

Број 8 //
Београд //
Јун //
2011 //
Година III //

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ГЛАСНИК

ISSN 1821-3995

ИНТЕРВЈУ

ПРОФ. ДР АЛЕКСАНДАР
ВУКСАНОВИЋ, ДИРЕКТОР
РЗЗО СРБИЈЕ

ДО УШТЕДА КРОЗ ЈАВНЕ НАБАВКЕ

НОВОСТ У ЗДРАВСТВЕНОМ
СИСТЕМУ СРБИЈЕ

ЛЕКАРИ ОСИГУРАНИ ОД ПРОФЕСИОНАЛНЕ ОДГОВОРНОСТИ

ДР АДОЛФ ХЕМПТ, ОСНИВАЧ
И ПРВИ ДИРЕКТОР ПАСТЕРОВОГ
ЗАВОДА У НОВОМ САДУ

ВЕЛИКАН СВЕТСКЕ НАУКЕ И МЕДИЦИНЕ



G20438

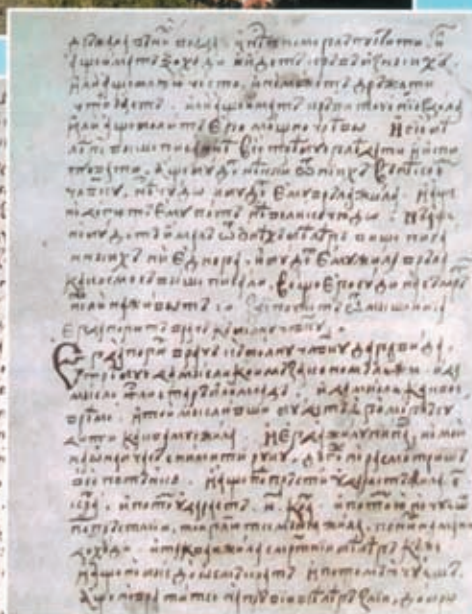
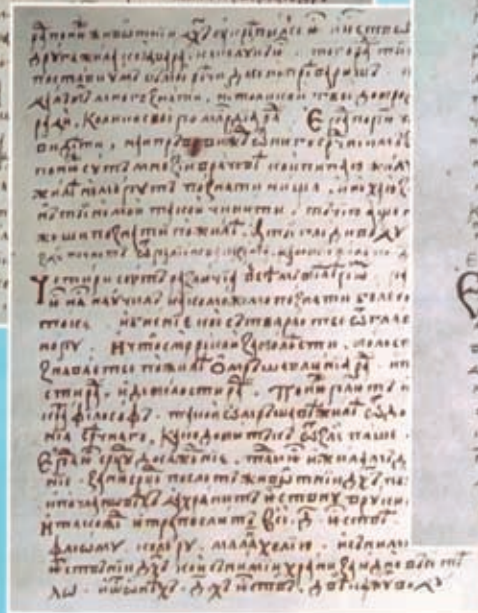
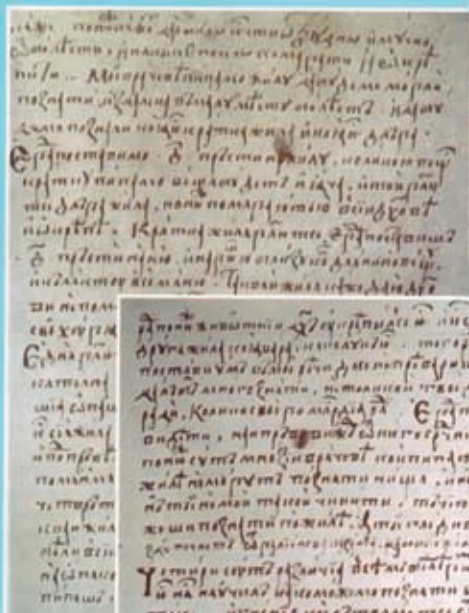
World Medical Journal



Official Journal of the World Medical Association, Inc

Nr. 5, October 2010

vol. 56



- Economic Crises on National Health Care Systems – Experience and Strategies
- The Impact of the Economic Recession on Nurses and Nursing in Iceland

На насловној страни званичног часописа Светске здравствене организације – World Medical Journal, чији је члан Лекарска комора Србије постала прошле године објављена је слика наше светиње с ознаком:

Српски православни манастир Хиландар, изграђен 1198. године и Медицински кодекс из Хиландара из XVI века.

Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Година III, број 8,
јун 2011. године.

ISSN 1821-3995

Редакција:

Београд, ул. Краљице Наталије 1

Тел/факс:

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

И-мејл:

lekarskakomorasrbije@gmail.com,

www.lks.org.rs

Главни уредник:

Прим. др Нада Радан-Милованчев

Чланови уређивачког одбора:

Проф. др Милош Јовановић

Прим. др Миланка Давитков

Др Миодраг Манигода

Др Мирослава Радан

Сарадници:

Др Бранка Лазић РЛКБ

Др Јелица Крчмаревић РЛК КиМ

Др Татјана Бошковић РЛКВ

Проф. др Марина Дељанин Илић РЛКЈИС

Др Милан Симић РЛКЈИС

Др Слађана Илић РЛКЦЗС

Издавачки савет:

Прим. др сци Татјана Радосављевић

Др Драгана Милутиновић

Проф. др Марина Дељанин Илић

Прим. др сци Спасо Анђелић

Доц. др Бранко Ристић

Проф. др Бранислав Перин

Др Александар Радосављевић

Др Љубиша Недељковић

Новински уредник:

Милош Чолић

Ликовно-графички уредник:

Илија Милошевић

Типографско писмо:

Adamant

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

Штампа:

Штампарија „Гласник“, Београд

Поштоване колегинице,
Поштоване колеге,



Желела бих да сте се већ
питали, зашто нам из-
дање овог броја касни.

Желим да верујем да је тако из
разлога што заиста добијамо похва-
ле, које истичу да је часопис едуа-
тиван, стручан, да објављује интере-
сантне теме и за млађе и старије, да
даје извесну правну помоћ објављу-
јући законску регулативу, да задово-

љава све естетске захтеве и ето са свим тим атрибутима не да-
је могућности за неке приговоре. Наравно, све може и боље и
лепше и ту очекујемо и даље Ваше сугестије и помоћ.

Овај број касни и верујем да ћете прихватити образложење:
Лекарска комора Србије као оснивач и издавач овог часописа
мора као и сва правна лица у нашој земљи, да се придржава
свих законских прописа о јавним набавкама, па је тако у
обавези да путем расписивања конкурса дође до оптималних
финансијских услова за штампање и дистрибуцију часописа.
Овог пута је то трајало нешто дуже, морали су да се испошту-
ју сви законом предвиђени рокови за приговоре од стране по-
нуђача услуга штампања и дистрибуције.

Време од објављивања прошлог броја до данас је био за ЛКС
узбудљив период.

Обиловао је збивањима, која су тежила, да нас у неким сег-
ментима рада врате на почетак. Понадала сам се да су све деље
болести превазиђене, поносили смо се у контакту са представ-
ницима лекарских асоцијација из других земаља преносећи
им достигнућа наше ЛКС. Али, али...неки вирус добије на ви-
руленцији, можда и мутира и бољке се враћају у већ виђеном,
или сличном облику.

Било је непотребних несугласица, али и много добрих жеља
и намера, да се све изглади и врати у мирне воде и да се ви-
ше не бавимо собом.

Док смо се ми, ето, бавили собом, на Генералној Скупштини
једне велике Лекарске коморе у Европи колеге су сатима ди-
скутовале о формулисању предлогу закона, који се упућује др-
жавној управи на расправу и усвајање. Једна од тема је била
обезбеђивање сигурности квалитета у репродуктивној меди-
цини, а тиме превенција морбидитета. Сучељавала су се ра-
зна мишљења проистекла из медикиколегалних, хуманих и ре-
лигиозних оквира. Сатима се расправљало о оправданости и
неопходности преимплантационе и постнидационе дијагно-
стике, а ми ...

Ми стварамо сами себи непотребне проблеме, о којима УО и
Скупштина ЛКС губе драгоцену време или то ми, иако аполи-
тична организација, можда желимо да личимо на неке друге
Скупштине.

И поред неких разочарења, оптимиста сам и уверена да ће
ЛКС остварити своје зацртане циљеве и унапређивати све окол-
ности у којима се целокупно лекарство налази на корист и за-
довољство како лекара, тако и наших пацијената.

Прим. Др Нада Радан-Милованчев
главни уредник

ОБАВЕШТЕЊЕ: Молимо све чла-
нове Лекарске коморе Србије да у
својој Регионалној комори прове-
ре и усагласе своје актуелне адре-
се с адресама на којима се воде у
регистру РЛК. Гласник се шаље на
адресу којом располаже РЛК.

ИЗ ОВОГ БРОЈА

// Ускоро нови Статут **5** // Нове акредитације стручних програма **6** // Корупција у српском здравству **10** // Лекари у Србији осигурани од професионалне одговорности **11** // Домаћа и инострана искуства капитације **12** // Континуирана медицинска едукација у Војводини **14** // Комора се вратила у своју кућу **14** // Сертификати на провери **15** // Статус службеног лица запосленима у здравству **16** // ЛКС кључни партнер Министарства здравља и РЗЗО-а **36** // Правилник о признањима Лекарске коморе Србије **38** // Законска регулатива за оснивање приватне здравствене установе **40** // Сигурност пацијента као приоритет **42** // Великан светске науке и медицине **48** // Сремац лекар у Јадру **59** // Милом народу Србском! **61** // Репринт „Поменика погинулих и помрлих лекара и медицинара у ратовима 1912–1918.“ **62** // Прво приватно медицинско телефонско саветовалиште „Медитеса“ **64** // Заборављени спасиосци **67** // Дани Светосавља у Паризу **68** // У Смедереву отворена Подручна канцеларија Подунавског региона Регионалне лекарске коморе за Централну и Западну Србију **69** // У Београду 16 процената више оболелих **69** // Студијска посета здравствених радника Србије Словенији **70** // Вести, информације извештаји **72** // Са свих меридијана **74** // Транспарентност и борба против корупције **83** //

9

ЕВАЛУАЦИЈА
„ПУТА СЕРТИФИКАТА“

ФОРМУЛА
24 + 24 БОДА

18–35

МОДЕЛИ
ФИНАНСИРАЊА

КУДА ИДЕ
ЗДРАВСТВЕНИ ДИНАР?

45–47

ШТА ЈАВНОСТ МИСЛИ
О НАШЕМ ЗДРАВСТВУ?

ВЕЋЕ ПОВЕРЕЊЕ
СТАРИЈИХ ОСОБА

54–57

РАЗВОЈ ПРЕВЕНТИВНЕ
ДЕЛАТНОСТИ НА ЈУГУ СРБИЈЕ

ПРВИ НА
БАЛКАНУ

АКТИВНОСТИ УПРАВНОГ ОДБОРА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

УСКОРО НОВИ СТАТУТ

// ПРИХВАЋЕН ПРЕДЛОГ ИЗМЕНА И ДОПУНА СТАТУТА КОМОРЕ КОЈИ ЈЕ ПРИПРЕМИО УПРАВНИ ОДБОР И ОТВОРЕНА ЈЕ ЈАВНА РАСПРАВА КОЈА ЋЕ ТРАЈАТИ ДО ПОЧЕТКА НОВЕМБРА // СВИХ 30.000 ДОКТОРА ОСИГУРАНИ НА СВОТУ МАКСИМАЛНО ДВА ПУТА 10.000 ЕВРА У ТОКУ ГОДИНЕ //

Прошло је 200 дана од формирања новог сазива Управног одбора Лекарске коморе Србије. Сачекало нас је доста посла из претходног периода јер је прва половина 2010. год била углавном посвећена изборима у Комори. Од прве седнице Управног одбора почела је реализација задатих циљева: направити правила функционисања како би након нашег мандата Комора била снажна институција која остварује своју улогу еснафске, стручне организације, а не још једне бирократске службе, јер њих већ имамо довољно.

Промењен је Пословник о раду Управног одбора ради ефикаснијег рада. Урађени је огроман посао у формирању тендерске документације за осигурање од професионалне одговорности – спровели смо два тендера и успели.

Свих 30.000 доктора осигурани су на осигурану својом максимално два пута 10.000 евра у току године. Потребно је да се јаве Комори уколико имају сазнање да је покренут против њих судски поступак, Комора тада контактира осигуравајуће друштво ДДОР Нови Сад и члан Коморе добија правну и другу помоћ у покренутом поступку.

Управни одбор је одржао до сада осам редовних седница и две ванредне, припремио одржавање Четврте редовне Скупштине ЛКС као и једне ванредне.

На последњој Скупштини одржаној 17. маја 2011. у Новом Саду прихваћен је предлог измена и допуна Статута Коморе који је припремио Управни одбор и отворена је јавна расправа која ће трајати до почетка новембра.

Следе и измене и допуне Статута – изузетно важан посао који ће намамо се променити све досадашње недоумице у тумачењу Статута и помоћи остваривању циља: оформити снажну, јединствену институцију Лекарске коморе Србије која ће подићи углед лекарске професије у Србији.

Већина чланова Управног одбора била је затечена одлуком Скупштине Регионалне коморе Војводине која је 18. фебруара 2011. увела мораторијум на учешће својих чланова у органима Лекарске коморе Србије. Управни одбор је због редовног недоласка четири члана из Вој-



Др Драгана Милутиновић

водине веома отежано радио, али то није успорило наше активности.

Многи проблеми око континуиране медицинске едукације сагледани су и намамо пронађена су решења за њих. Између 16–26,4 одсто доктора није доставило документацију о похађању КМЕ. Наиме Управни одбор је и пре промене Правилника о континуираној медицинској едукацији (важећи Правилник је почео да се примењује 26.01.2011.) донео Одлуку да сви чланови доставе сертификате о прикупљеним бодовима КМЕ како би сагледали како тај процес функционише.

Сада је обавеза сваког доктора према важећем Правилнику да на крају сваке календарске године достави сертификате.

Такође подаци да између шест одсто чланова (РЛК Београд) и 22 процента чланова (РЛК ЈИС) није прикупило довољан број бодова мотивисало нас је да Управни одбор донесе одлуку о финансирању програма КМЕ који би се бесплатно одржавали у свим градовима Србије и омогућили да чланови лакше прикупе бодове неопходне да би 2016. године могли да обнове лиценцу.

За сада је акредитовано неколико предавања са медио легалним темама и прво ће бити одржано у Ваљеву. Дат је налог регионалним коморама и подручним канцеларијама да организују ове програме.

Као што знате и ове године ћемо организовати Конференцију о дијаспори, припреме су у току и ту ће бити прилика да чланови Коморе у више градова у Србији присуствује предавањима и курсевима са страним предавачима, колегама из дијаспоре и нашим еминентним стручњацима.

Управни одбор припремио је и низ Правилника или допуна и измена постојећих, које је Скупштина усвојила као на пример: Правилник о раду Судова части ЛКС, Правилник о тајности података у Лекарској комори Србије, Правилник о додели годишњих награда ...

О нашим наредним потезима и шта ћемо даље радиати сазнаћете већ у следећем броју Гласника.

председник УО ЛКС,
Др Драгана Милутиновић

ВИСОК СТЕПЕН ЗАИНТЕРЕСОВАНОСТИ ЗА АНКЕТУ ЛКС

НОВЕ АКРЕДИТАЦИЈЕ СТРУЧНИХ ПРОГРАМА

// АКРЕДИТОВАНИ ПРОГРАМИ, ПОЧЕВ ОД МАЈА МЕСЕЦА, БИЋЕ РЕАЛИЗОВАНИ ТОКОМ СЛЕДЕЋИХ ГОДИНУ ДАНА ПО УТВРЂЕНОМ ПЛАНУ ОДБОРА ЗА МЕДИЦИНСКО ОБРАЗОВАЊЕ РЛК, У РАЗЛИЧИТИМ ГРАДОВИМА СРБИЈЕ, СЕДИШТИМА РЛК И РЕГИОНАЛНИХ КАНЦЕЛАРИЈА //

Анкета, која је на иницијативу ЛКС током јануара месеца ове године спроведена међу лекарима на територији целе Србије, показала је висок степен заинтересованости, како за медиколегалне програме, тако и за стручне теме у оквиру континуиране медицинске едукације у организацији ЛКС.

На основу установљених потреба и жеља лекара, у априлу месецу је акредитовано више домаћих курсева друге категорије, одређен број стручних састанака, као и један домаћи симпозијум. Теме су медиколегалне, а слушаоци могу остварити до пет бодова присуством одређеном програму КМЕ.

Акредитованих програми, почев од маја месеца, биће реализовани током следећих годину дана по утврђеном плану Одбора за меди-

цинско образовање РЛК, у различитим градовима Србије, седиштима РЛК и Регионалних канцеларија.

Нове акредитације стручних програма, у складу са израженим потребама лекара, обавиће се током јула и септембра месеца, након чега креће њихова реализација.

Лекарска комора Србије и Одбор за медицинско одржавање при њој настојаће да квалитетну едукацију учине доступном свим лекарима. У циљу остваривања овог приоритета, Комора од чланства очекује активну сарадњу. Свака конструктивна примедба, предлог и сугестија могу допринети квалитетном приступу решавању евентуалних недостатака, проблема и задатака.

Домаћи симпозијум под називом „Комуникација у здравству – терапеутска комуникација“ одржан је од 2–3. јуна, у Нишу.

Акредитовани су следећи домаћи курсеви друге категорије:

1. Лекарска грешка и осигурање
2. Нежељени исход лечења
3. Лекар и умирући пацијент
4. Однос лекар-пацијент у данашњем тренутку
5. Поступање у случају сумње на лекарску грешку

Од стручних састанака, акредитовани су следећи:

1. Етико-легални аспекти краја живота
2. Стручна грешка
3. Лекарска грешка

Детаљне информације о акредитованим програмима КМЕ доступне су на звичној интернет страни ЛКС.

Др Слађана Илић

АНАЛИЗА АНКЕТЕ ЛКС

Пошребно али и скуйо

Више од 90 одсто лекара који су пошунули анкету скуило је више од 24 бода у шоку прве године у којој су прикуљани бодови

Укупно је обрађено 4935 анкета. Од укупног броја анкетираних лекара њих 92,71 одсто је става да је едукација лекара у Србији неопходна. На скали 1–5 преко 70 процената лекара је оценома 4 и 5 оценило тему програма КМЕ у којима су учествовали.

Око 70 одсто лекара је саму реализацију програма КМЕ оценило највишим оценама: половина анкетираних лекара сматра да је интерактивност у програмима КМЕ заслужила оценом 4 и 5, а свега једна трећина лекара сматра да су знања и вештине које су стекли на истим програмима примењиви у свакодневној пракси.

Лекари из РЛК Београд су на скали 1–3 тему предавања најчешће оценили оценом 3, реализацију оценом 3, интерактивност оценом 2, као и примењивост стечених знања у свакодневном раду. Око 50 одсто лекара нема став по питању да ли би квалитет програма КМЕ био већи ако би га организовала ЛКС, али више од 80 процената њих подржава идеју да се ЛКС појави као организатор појединих програма КМЕ.

Што се тиче ставе о значају интерне едукације, преко 95 одсто њих се слаже са мишљењем да је интерна едукација једнако значајна као и екстерна. Лекарима су веома заинтересовани да се појаве као предавачи у програмима КМЕ и уз оне који су већ били предавачи можемо рећи да је преко 70 одсто лекара спремно да узме активно учешће у организовању и реализацији програма КМЕ.

Лекари су се у највећем проценту изјаснили да је напона за програме КМЕ прескупа. Више од 90 одсто лекара који су попунили анкету је скупило више од 24 бода у току прве године у којој су прикупљани бодови. Око 60 одсто лекара је заинтересовано за понуђене медико-легалне теме. Најчешће теме на програмима које би лекари желели да похађају су из области ургентне медицине, интерне медицине – посебно из области кардиологије.

Др Слађана Каурин Милетић,
специјалиста медицинске статистике
и информатике

АНАЛИЗИРАНО ЈЕ:

- 850 анкета из Регионалне лекарске коморе Централне и Западне Србије;
- 215 анкета из Регионалне лекарске коморе Југоисточне Србије;
- 63 анкете из Регионалне лекарске коморе Војводине;
- 28 анкета из Регионалне лекарске коморе Косова и Метохије; и
- 3779 анкета из Регионалне лекарске коморе Београда.

Табела број 1 – Став анкетираних према едукацији лекара у Србији

РЛК	НЕОПХОДНА		НЕПОТРЕБНА		ДРУГО/ НЕМАМ СТАВ		УКУПНО	
	БРОЈ	%	БРОЈ	%	БРОЈ	%	БРОЈ	%
Крагујевац	735	88,2	23	2,7	75	9,0	833	100
Ниш	185	86,4	7	3,3	22	10,3	214	100
Војводина	53	85,5			9	14,5	62	100
Косово и Метохија	21	75,0	1	3,6	6	21,4	28	100
Београд	3519	94,3	109	2,9	104	2,8	3732	100
УКУПНО	4513	92,71	140	2,9	216	4,4	4869	100

Табела број 2 – Оцена квалитета програма КМЕ у којима су анкетирани учествовали:

а) Тема

РЛК	1		2		3		4		5		УКУПНО
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	
Крагујевац	11	1,4	44	5,6	146	18,6	237	30,2	346	44,1	784
Ниш	7	3,4	13	6,3	26	12,6	68	32,9	93	44,8	207
Војводина			3	5,0	18	30,0	23	38,3	16	26,7	60
Кос. и Мет.					3	13,6	12	54,6	7	31,8	22
Београд	1	6,3	1	6,3	1	6,3	5	31,1	8	50,0	16
УКУПНО	19	1,7	61	5,6	194	17,8	345	31,7	470	43,2	1089

Београд:

	Број	%
Лоше	43	1,2
Задовољавајуће	1163	31,6
Добро	2467	67,2
УКУПНО	3673	100

б) Реализација

РЛК	1		2		3		4		5		УКУПНО
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	
Крагујевац	10	1,3	57	7,3	170	21,7	279	35,6	267	34,1	783
Ниш	6	2,9	11	5,3	56	27,1	83	40,1	51	24,6	207
Војводина			6	10,0	13	21,7	24	40,0	17	28,3	60
Кос. и Мет.					8	36,4	9	40,9	5	22,7	22
Београд					2	12,5	6	37,5	8	50,0	16
УКУПНО	16	1,5	74	6,8	249	22,9	401	36,8	348	32,0	1088

Београд:

	Број	%
Лоше	118	3,2
Задовољавајуће	1590	43,3
Добро	1966	53,5
УКУПНО	3674	100

в) Интерактивност

РЛК	1		2		3		4		5		УКУПНО
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	
Крагујевац	38	4,9	111	14,4	226	29,3	235	30,4	162	21,0	772
Ниш	19	9,3	35	17,2	58	28,4	62	30,4	30	14,7	204
Војводина	3	5,0	9	15,0	21	35,0	17	28,3	10	16,7	60
Кос. и Мет.			1	4,5	11	50,0	8	36,4	2	9,1	22
Београд	1	5,9	2	11,8	4	23,5	5	29,4	5	29,4	17
УКУПНО	61	5,7	158	14,7	320	29,8	327	30,4	209	19,4	1075

Београд:

	Број	%
Лоше	550	15,0
Задовољавајуће	1828	49,9
Добро	1287	35,1
УКУПНО	3665	100

г) Примењивост

РЛК	1		2		3		4		5		УКУПНО
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	
Крагујевац	38	4,9	92	10,8	205	26,4	250	32,2	192	24,7	777
Ниш	14	6,7	22	10,6	61	29,5	67	32,4	43	20,8	207
Војводина	2	3,3	9	15,0	18	30,0	19	31,7	12	20,0	60
Кос. и Мет.	3	13,6	1	4,6	11	50,0	5	22,7	2	9,1	22
Београд	2	11,1	2	11,1	3	16,7	5	27,8	6	33,3	18
УКУПНО	59	5,5	126	11,6	298	27,5	346	31,9	255	23,5	1084

Београд:

	Број	%
Лоше	273	7,4
Задовољавајуће	1837	50,1
Добро	1558	42,5
УКУПНО	3668	100

Табела број 3 – Став о квалитету програма КМЕ уколико би организатор била ЛКС

РЛК	Значајно бољи		Незнатно бољи		Немам став		Друго		УКУПНО
	Број	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	
Крагујевац	292	34,8	180	21,5	314	37,5	52	6,2	838
Ниш	76	35,7	43	20,2	74	34,7	20	9,4	213
Војводина	14	22,2	14	22,2	28	44,5	7	11,1	63
Кос. и Мет.	9	32,2	3	10,7	14	50,0	2	7,1	28
Београд	845	23,0	880	23,9	1949	53,1	1	0,0	3675
УКУПНО	1236	25,7	1120	23,3	2379	49,3	82	1,7	4817

7 <

Табела број 4 – Став о подршци идеји да ЛКС реализује део едукације у 2011

РЛК	ДА		НЕ		УКУПНО
	Број	%	Број	%	
Крагујевац	761	92,0	66	8,0	827
Ниш	197	97,0	6	3,0	203
Војводина	58	93,5	4	6,5	62
Кос. и Мет.	23	85,2	4	14,8	27
Београд	3069	84,1	581	15,9	3650
УКУПНО	4108	86,1	661	13,9	4769

Табела број 5 – Став о томе да ли је интерна едукација једнако значајна као екстерна едукације

РЛК	ДА		НЕ		УКУПНО
	Број	%	Број	%	
Крагујевац	686	81,9	152	18,1	838
Ниш	163	78,7	44	21,3	207
Војводина	46	74,2	16	25,8	62
Кос. и Мет.	27	96,4	1	3,6	28
Београд	2903	78,1	814	21,9	3717
УКУПНО	3825	78,8	1027	21,2	4852

Табела број 6 – Дистрибуција испитаника по томе да ли су учествовали као предавачи у КМЕ

РЛК	ДА		НЕ		УКУПНО
	Број	%	Број	%	
Крагујевац	204	26,7	559	73,3	763
Ниш	82	43,2	108	56,8	190
Војводина	20	37,0	34	63,0	54
Кос. и Мет.	5	20,0	20	80,0	25
Београд	1143	30,5	2602	69,5	3745
УКУПНО	1454	30,4	3323	69,6	4777

Табела број 7 – Дистрибуција испитаника по заинтересованости за учешће као предавачи у КМЕ

РЛК	ДА		НЕ		УКУПНО
	Број	%	Број	%	
Крагујевац	202	63,5	116	36,5	318
Ниш	67	77,0	20	23,0	87
Војводина	11	73,3	4	26,7	15
Кос. и Мет.	10	100			10
Београд	1116	44,1	1416	55,9	2532
УКУПНО	1406	47,5	1556	52,5	2962

Табела број 8 – Дистрибуција испитаника на основу мишљења о накнади за програме едукације

РЛК	ПРИСТУПАЧНО		ПРЕСКУПО		ДРУГО/ НЕМАМ СТАВ		УКУПНО
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	
Крагујевац	207	24,7	513	60,2	118	14,1	838
Ниш	38	18,2	126	60,3	45	21,5	209
Војводина	15	25,0	32	53,3	13	21,7	60
Косово и Метохија	6	22,2	19	70,4	2	7,4	27
Београд	868	23,4	2255	60,7	593	16,0	3716
УКУПНО	1134	23,4	2942	60,7	774	16,0	4850

Табела број 9 – Дистрибуција испитаника по заинтересованости за теме које се баве питањем стручне грешке

РЛК	ДА		НЕ		УКУПНО
	Број	%	Број	%	
Крагујевац	440	57,4	326	42,6	766
Ниш	128	70,7	53	29,3	181
Војводина	40	67,8	19	32,2	59
Кос. и Мет.	9	90	1	10	10
Београд	3	37,5	5	62,5	8
УКУПНО	620	60,5	404	39,5	1024

Табела број 10 – Дистрибуција испитаника по заинтересованости за теме које се баве питањем правних аспеката лекарске одговорности

РЛК	ДА		НЕ		УКУПНО
	Број	%	Број	%	
Крагујевац	434	57,1	326	42,9	760
Ниш	117	64,6	64	35,4	181
Војводина	36	61,0	23	39,0	59
Кос. и Мет.	9	100			9
Београд	4	50	4	50	8
УКУПНО	600	59,0	417	41,0	1017

Табела број 11 – Дистрибуција испитаника по заинтересованости за теме које се баве питањем нежељених исхода лечења

РЛК	ДА		НЕ		УКУПНО
	Број	%	Број	%	
Крагујевац	447	58,8	313	41,2	760
Ниш	98	54,1	83	45,9	181
Војводина	39	66,1	20	33,0	59
Кос. и Мет.	13	92,9	1	7,1	14
Београд	3	37,5	5	62,5	8
УКУПНО	600	58,7	422	41,3	1022

Табела број 12 – Дистрибуција испитаника по заинтересованости за теме које баве питањем етичких стандарда за обављање лекарске професије

РЛК	ДА		НЕ		УКУПНО
	Број	%	Број	%	
Крагујевац	372	48,8	391	51,2	763
Ниш	98	54,1	83	45,9	181
Војводина	26	44,1	33	55,9	59
Кос. и Мет.	9	90,0	1	10,0	10
Београд	5	62,5	3	37,5	8
УКУПНО	510	50,0	511	50,0	1021

Табела број 13 – Дистрибуција испитаника по броју прикупљених бодова кроз програме КМЕ у 2010

РЛК	≥24		<24		УКУПНО
	Број	%	Број	%	
Крагујевац	698	91,6	64	8,4	762
Ниш	181	90,5	19	9,5	200
Војводина	50	89,3	6	10,7	56
Кос. и Мет.	16	64,0	9	36,0	25
Београд	4348	92,1	292	7,9	4640
УКУПНО	5293	93,1	390	6,9	5683

ЕВАЛУАЦИЈА „ПУТА СЕРТИФИКАТА“ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ ЗА 2010. ГОДИНУ

Формула 24 + 24 бода

ОДЛУКОМ УО ЛКС ОСТАВЉЕНА ЈЕ МОГУЋНОСТ ДА ОНИ ЛЕКАРИ КОД КОЈИХ НЕ ПОСТОЈЕ РАЗЛОЗИ ПРЕДВИЂЕНИ ЧЛАНОМ 13. ПРАВИЛНИКА, А НИСУ САКУПИЛИ НАЈМАЊЕ 24 БОДА ЗА 2010. ИЛИ НЕМАЈУ БАР 12 БОДОВА У СТРУЦИ ЗА КОЈУ ЈЕ ИЗДАТА ЛИЦЕНЦА, ТО МОГУ ДА УЧИНЕ У НЕПОСРЕДНОМ НАРЕДНОМ ПЕРИОДУ ПОШТУЈУЋИ ФОРМУЛУ 24+24 БОДА ЗА 2010. И 2011. – ДАКЛЕ ДА НАДОКНАДЕ НЕДОСТАЈУЋЕ БОДОВЕ ЗА 2010. БАР ДО ПРЕДВИЂЕНОГ БРОЈА КАО И ДА У ТЕКУЋОЈ 2011. ПРИКУПЕ НЕОПХОДНИХ НАЈМАЊЕ 24 БОДА

Већина лекара добило је своју прву лиценцу од Лекарске коморе Србије 1. јануара 2009. године. Лекари одлуком Министра здравља нису били у обавези да током 2009. године похађају акредитоване програме КМЕ како би прикупили бодове неопходне за обнављање лиценце. За нама је 2010. година – прва лиценцна година у којој је постојала обавеза похађања акредитованих програма КМЕ и прикупљања бодова.

Сходно томе али и чињеници да су лекари у обавези да на крају сваке лиценцне године достављају потврде са акредитованих програма КМЕ Лекарској комори Србије (Правилник о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике, „Сл. Гласник РС“ 88/10 и 99/10), Лекарска комора Србије је у претходна четири месеца спровела евалуацију тзв. Пута сертификата за 2010. годину.

Предаја Потврда и њихова верификација су спроведени у седиштима Регионалних лекарских комора и у Подручним канцеларијама тамо где су оне већ формиране. Тај велики посао обавили су чланови ПО за медицинско образовање РЛК уз свесрдну помоћ запослених у Стручним службама РЛК али и шефова Подручних канцеларија.

Може се рећи да је одзив лекара био добар када је у питању достављање докумената: 82 одсто. У директном контакту с онима који нису доставили документа преовлађују следећи разлози:

– боловање (трудничко, породилско, дуже од 6 месеци), одсуства „покривена“ чланом 13. Правилника о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце...

– актуелан или скорији одлазак у пензију

– специјализација и ужа специјализација су у току и очекивање добијања нове лиценце

– незапосленост и прекид радног односа који је заснован на одређено радно време а с тим у вези и одсуство материјалних могућности за похађање акредитованих програма

Не мали број лекара наводи да није био довољно информисан, да нису проучили Правилник, неки претпостављају да ће се поновити тзв. грејс-период из 2009. године. Има, на жалост, и оних који сматрају да још дуго времена неће бити контроле обављене КМЕ.

Имајући све ово у виду Одлуком УО ЛКС и ПО за медицинско образовање ЛКС остављена је реална могућност да они лекари код којих не постоје разлози предвиђени чланом 13. Правилника, а нису сакупили најмање 24 бода за 2010. годину или немају бар 12 бодова у струци за коју је издата лиценца, то могу да учине у непосредном наредном периоду поштујући формулу 24+24 бода за 2010. и 2011. годину – дакле да надокнаде недостајуће бодове за 2010. годину бар до предвиђеног броја као и да у текућој 2011. години прикупе неопходних најмање 24 бода, без обзира да ли су бодови стечени тзв. интерном или екстерном едукацијом.

Важно је напоменути да је ово и последња прилика да се надокнади пропуштено, обзиром да од 1. јануара 2012. године такве могућности више неће бити. Све додатне информације и одговоре на питања треба потражити у својим Подручним канцеларијама или Стручним службама матичне Регионалне лекарске коморе.

ПО за медицинско образовање ЛКС

КОРУПЦИЈА У СРПСКОМ ЗДРАВСТВУ

ВРХ ЛЕДЕНОГ БРЕГА

// ПРОБЛЕМ КОРУПЦИЈЕ НА ЖАЛОСТ НЕ РЕШАВАЈУ НОВИНСКИ НАСЛОВИ АЛИ УГЛЕД ПРОФЕСИЈЕ РУШЕ! НЕ РЕШАВА ГА НИ КАЗНЕНА ПОЛИТИКА САМА ЗА СЕБЕ. ТАЈ ПРОБЛЕМ ЈЕ СИСТЕМСКИ //

Тема корупције у здравству се по ко зна који пут поново појављује у медијима и увек оправдано изазива много пажње. Људи су осетљиви посебно на питања у вези њиховог здравља. Корупције има свуда али је најизраженија у друштвима у којима су односи неуређени, у којима је поремећен систем вредности и морала, где се ствари не називају правим именом. У друштвима која су сиромашна, где се речима успех и контроверза заклања криминал, лоповлук и отимачина. Где је идеал брзо стечени новац а не вредноћа, знање и способност који омогућавају пристојан и поштен живот.

Лекари су део овог друштва и деле заједничку судбину са свима. Нису ни гори ни бољи од других. Одговорно тврдим да огромна већина лекара поштено и савесно обавља свој посао без обзира на све тешкоће на које наилазе. Лекари су годинама чувари социјалног мира у овој земљи. И систем некако функционише захваљујући њима, а не квалитету система.

Али, повремени бомбастични наслови који тешко оптужују лекаре, проблем корупције у здравству неће решити. То је само врх леденог брега. Написи о узимању стотинак евра – што је апсолутно за сваку осуду – је оно што грађани виде и на шта оправдано реагују, а медији преносе. Ти лекари се хапсе, осуђују и стављају на стуб срама. Њих чека и кривична одговорност а и могућност губитка лиценце.

Али, оно шта се дешава на вишим нивоима од здравствених установа па све до републичког врха, где се врше велике набавке опреме, лекова, материјала, велике инвестиције и сл. то углавном остаје непознато и недоирљиво. Корупција се онда своди само на лекаре који раде, као и што се сва незадовољства због оваквог система сваљују опет на лекаре које пацијенти виде, а не на оне који тај систем креирају. А систем је такав да погудује и развоју корупције.

Проблем корупције на жалост не решавају новински наслови али углед професије руше! Не решава га ни казнена политика сама за себе. Тај проблем је системски. Систем у коме се рад не вреднује, у коме је плата лекара специјалисте једва преко 600 евра, у коме се плаћа присуство на послу, а не рад, у коме стално нешто не-

достаје и у коме се врше сталне реформе, а слабо се шта поправља. Систем који је преоптерећен, где лекари постају административни службеници, где су чекаонице увек препуне, где се листе чекања мере месецима, јесте систем у коме ће најалост бити корупције.

Али проблем не треба гледати само из угла последица већ и узрока. Лекарска професија је професија од посебног друштвеног значаја. А и здравство уопште. То

би администрација ове земље морала да схвати. Ако је то тако, а јесте, онда ту професију треба и вредновати на посебан начин. Да би се то могло мора се уредити систем и здравствене заштите и посебно систем здравственог осигурања. У сиромашној земљи као што је наша с издвајањима за здравство која не прелазе 260 евра по глави становника годишње, мора се јасно дефинисати шта се за толико новца може добити.

Мора се дефинисати основни пакет здравствених услуга на који, с обавезним издвајањем и буџетски додавањем, имају право сви грађани. То политички сигурно није популарно урадити. Нико не жели да буде тај који ће рећи да је „цар го“. Али то тако јесте!

Када се то буде дефинисало, када све преко обавезног пакета буде имало своју цену која ће се плаћати путем допунских

осигурања у степену који корисник сам изабере или путем директног плаћања ако процени да је то за њега боље, када се приватни сектор буде интегрисао у здравствени систем, онда ће могућност за корупцију бити сведена на минимум. Када лекар буде добро плаћен и када то не буде никаква тајна јер он ради посао од посебног друштвеног значаја, од њега ће моћи са пуним правом и да се захтева.

У супротном не да се корупција неће сузбити него полако али сигурно, поготову с отварањем према Европској унији, доћи ћемо у ситуацију да лекари специјалисти одлазе а ми као земља тешко да ћемо бити пожељна дестинација чак и за лекаре из неразвијених афричких и азијских земаља.



Др. Драган Цветић

НОВОСТ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ: ЛЕКАРИ У СРБИЈИ ОСИГУРАНИ ОД ПРОФЕСИОНАЛНЕ ОДГОВОРНОСТИ

За обострану сигурност

Лекарска комора Србије је, као струковна организација, у којој је чланство лекара обавезно, и која од државе Србије има пренето јавно овлашћење везано за издавање лиценце лекарима, приступила је процесу осигурања свих лиценцираних лекара у Србији од професионалне одговорности. После завршетка отвореног поступка, изабран је ДДОР Нови Сад АД за осигуравајућу кућу, са којом је закључен уговор о осигурању свих лекара у Србији који имају важећу лиценцу, као и свих лекара који стичу лиценцу у току године дана колико полиса важи.

Предмет осигурања је законско правна одговорност за штете настале услед смрти, повреде тела или оштећења здравља трећих лица, које су проузроковане обављањем здравствене делатности лекара, али не и оним делом објективне одговорности која се односи на послодавца. Такође, у ово осигурање је укључена и стручна одговорност где није дошло до повреде, него су настали само трошкови, односно финансијска штета код пацијената, или није било испоштовано обавезно извештавање и објашњење пацијенту (informed consent).

ОСИГУРАНА СУМА ИЗНОСИ ДО 10.000 ЕВРА – Осигурана сума износи до 10.000 евра по једном лекару за сваки осигурани случај, за неограничен број осигураних случајева укупно, која се исплаћује у динарској противвредности по продајном курсу Народне банке Србије на дан исплате. Осигурање покрива по једном лекару у једној години највише до 20.000 евра за све његове штетне случајеве заједно, а да појединачна штета не може бити већа од 10.000 евра. Штете испод 200 евра нису обухваћене овим осигурањем.

Уговор о осигурању од професионалне одговорности који је Лекарска комора Србије склопила са ДДОР Нови Сад омогућава и склапање уговора о тзв допунском осигурању, под најповољнијим условима са лекарима појединцима, које може да покрива ризике за штете веће од 10.000, додатне врсте ризика од професионалне одговорности, као и осигурање ординације због болести лекара и губитка прихода.

„Лекарска комора Србије ушла је у пројекат, јер лекар с осигурањем пружа квалитетнију здравствену заштиту пацијентима, а истовремено спроводи правила савремене медицинске струке и науке, без повлачења у тзв „дефанзивну медицину“. Треба истаћи да ово осигурање које је Лекарска комора Србије омогућила не захтева никаква додатна материјална плаћања лекара“, рекла је тим поводом др Тања Радосављевић, директор Лекарске коморе Србије.

Осигурање покрива све гране медицинске делатности, све струке и специјалности, општу и породичну медицину, као и хируршке интервенције пластичне хирургије које се раде као последица лечења од болести, несреће или урођених малформација, које имају реконструктивни и функционални значај.

Ово осигурање међутим покрива и штету која је последица и хируршких захвата искључиво естетског карактера, у делу који се односи на стручни рад лекара у смислу нивоа професионалности обављање интервенција, али не и штету која је последица недостигнутог,

али очекиваног жељеног резултата. Осигурање покрива штете из делатности лекара које обављају у здравственим установама у државној или приватној својини и приватној пракси, али и штете настале из било које медицинске радње у ургентним случајевима, када је лекар у професионалној обавези да интервенише, иако није на дужности лекара.

ОСИГУРАЊЕ НЕ ПОКРИВА „ЛЕКАРСКУ ГРЕШКУ“ – Осигурани случај је ненамерно направљена грешка, односно несавестан или нестручан поступак или пропуст лекара учињен у супротности са актуелним прописима и стандардима медицинске струке, а који је настао код превентивних, дијагностичких и терапеутских (куративних) поступака или рехабилитације пацијената и који има за последицу повреду тела или оштећење здравља или смрт пацијента.

Предмет осигурања је законско правна одговорност за штете настале услед смрти, повреде тела или оштећења здравља трећих лица, које су проузроковане обављањем здравствене делатности лекара, али не и оним делом објективне одговорности која се односи на послодавца. Такође је у ово осигурање укључена и стручна одговорност где није дошло до повреде, него су настали само трошкови, односно финансијска штета код пацијената, или није било испоштовано обавезно извештавање и објашњење пацијенту (informed consent).

Лекарска грешка се у законодавству Србије везује за одреднице Кривичног законика Србије, тј за несавесно лечење и тешка дела против здравља људи, те у том смислу кривични поступак не може покрити никакво осигурање. Уговор о осигурању од професионалне одговорности односи се на захтеве за надокнаду штете у грађанском, тј. парничном поступку.

ОСИГУРАЊЕ У ДРУГИМ ДРЖАВАМА – У Хрватској је до сада било 1600 захтева за надокнаду штете, у Немачкој се годишње јави око 40.000 пацијената или њихових породица који захтевају надокнаду штете, док у САД се трећини од 100.000 људи који туже лекаре, исплати накнада преко осигуравајућих кућа. Истовремено у Немачкој, немачки јавни тужиоци упуте само 2500 захтева за покретање истражних поступака.

Осигурање од професионалне одговорности лекара зато постаје неопходност. У неким земљама се без овог осигурања не могу добити лиценце, а тамо где је на добровољној бази лекари сами увиђају да је оно нужно, те закључују уговоре с осигуравајућим кућама.

Француски хирурзи и гинеколози, штрајковали су 2006. године више од две недеље да би издејствовали повећање премије за осигурање од професионалне одговорности. Резултат тог штрајка био је да француска држава преузима део плаћања овог осигурања лекарима.

Пошто је ризик од професионалне одговорности велики, нису мале ни осигуране суме. Просечно се годишње осигурања крећу од 500 до 20.000 евра, више су за гинекологе, хирурге и неурохирурге. Осигурана сума у Словенији износи 13.000 евра.

Информативна служба Лекарске коморе Србије
За више информација, контакт: 011/ 36-26-185

ИЗВЕШТАЈ РЛК ВОЈВОДИНЕ ОКРУГЛИ СТО СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ „КАПИТАЦИЈА У ЗДРАВСТВУ СРБИЈЕ“

ДОМАЋА И ИНОСТРАНА ИСКУСТВА КАПИТАЦИЈЕ

// У ВЕЋИНИ ЗЕМАЉА У ОКРУЖЕЊУ УВОЂЕЊЕ КАПИТАЦИЈЕ У ПРИМАРНУ ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ИСТОВРЕМЕНО ЈЕ ЗНАЧИЛО И ПРИВАТИЗОВАЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ // ТРЕНУТНА СИТУАЦИЈА У ЗДРАВСТВУ СРБИЈЕ ЈЕ У СУШТИНИ ПОВОЉНА ЗА УВОЂЕЊЕ НОВОГ МОДЕЛА ФИНАНСИРАЊА И ОРГАНИЗАЦИЈЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ //

Скупштина РЛКВ одржана је 21. 02. 2011. године, Извршни одбор се састао четири пута, а што се тиче посебних одбора ситуација је следећа:

Одбор за стручна питања и надзор имао је један састанак док је Одбор за медицинско образовање одржао два састанка и једну електронску седницу. Одбор за медицинску етику имао је три састанка, а Одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у приватној пракси два састанка. Надзорни одбор одржао је такође два састанка.

Актуелне тема:

Округли сто – „Капитација у здравству Србије“ Модел организације и финансирања примарне здравствене заштите У Новом Саду 18. марта ове године одржан је састанак у организацији Регионалне лекарске коморе Војводине под покровитељством Покрајинског секретаријата за здравство АП Војводине, који је окупио учеснике из Србије, Македоније, Хрватске, Републике Српске и Словеније.

Циљ округлог стола био је сагледавање свих аспеката система капитације, начина плаћања који се највише употребљава у свету, као и упознавање са системима финансирања примарне здравствене заштите у земаљама у окружењу, те виђење експерата о другачијем моделу капитације од предложеног од стране Министарства.

Намера организатора била је да путем организовања Округлог стола да свој допринос решавању проблема финансирања и организације примарне здравствене заштите у

Србији. У нашем систему примарне здравствене заштите донета је одлука о постепеном преласку са финансирања само на основу броја запослених и њихових колективних уговора, на плаћање према броју опредељених пацијената према сваком запосленом, названом капитација. Разлози за увођење капитације су бројни, а један од њих је избегавање ситуација у којој они који раде примају исто колико и они који не раде или раде мање.

Од учесника, др Стоје Стојмановски, потпредседник Лекарске коморе Македоније у свом излагању истакао је да је у Македонији 1997. године уведен избор матичног лекара, 2001. године спроведена капитација у приватном сектору, а 2006. године је уведена капитација у целој примарној здравственој заштити.

Македонија има око два милиона становника и 1600 лекара, а потреба за увођењем капитације довела је до ефикасније и рационалније потрошње здравственог буџета, и боље и одговорније организације здравственог система. Овакав систем довео је до активног учешћа лекара у креирању система здравствене заштите, чиме се подиже и квалитет исте.

Гост предавач из Словеније, био је Јанез Јелникар, бивши директор Завода за здравствено осигурање из Македоније, који је своја искуства из Словеније имплементирао у покретање система капитације Македонији. У свом обраћању, навео је да искуство различитих земаља показује да је најбољи начин плаћања примарне здравствене заштите заправо мешовити модел и комби-

новање капитације са плаћањем надокнаде за услугу, уз правилно одмеравање различитих елемената који треба да обезбеде правилно стимулисање даваоца здравствених услуга како би обезбедили услугу



Словеначко искуство
као македонски модел:
ЈАНЕЗ ЈЕЛНИКАР

не само на најрационалнији већ и најквалитетнији начин.

Проста капитација би подразумевала да се средства деле само на основу броја опредељених грађана, међутим, пошто очекивана потреба за здравственом заштитом није иста код свих, и она пре свега зависи од старости, уводе се и коефицијенти за поједине групе грађана у зави-

сности од њихове старосне структуре. Они имају за циљ да искажу очекивану потребу за здравственом заштитом појединих група грађана. С обзиром да је и број осигураника и буџета за здравство Македоније и Војводине једнак, модел који је покренут у Македонији могао би бити примењен и у Војводини.

Др Данијела Станковић Баришчак, члан ИО и посебног Одбора за стручна питања и стручни надзор РЛКВ изнела је учесницима Округлог стола тренутно стање Пројекта капитације у примарној здравственој заштити у Србији. Пројекат Министарства здравља који финансира ЕУ „Подршка примени капитације примарној здравственој заштити“ активиран је у септембру 2007. године и трајао је до краја 2010. године. На завршној конференцији заједничког пројекта 8. 12. 2010. године у Сава Центру, представљени су резултати трогодишњег пројекта са посебним освртом на нов начин финансирања у примарној здравственој заштити.

Циљеви новог начина плаћања би требали да буду: повећање ефикасности здравствене заштите, повећање једнакости приступа ПЗЗ и

глом столу, увођење капитације на начин како је то спроведено у тим земљама одраз, пре свега, политичке воље да дође до корених промена на нивоу примарне здравствене заштите

- У већини земаља у окружењу увођење капитације у примарну здравствену заштиту истовремено је значило и приватизовање примерне здравствене заштите (Македонија, Хрватска, делимично Словенија), јер су лекари директно ступали у уговорне односе са здравственим фондовима;
- У систем капитације примарне здравствене заштите у том смислу могуће је имплементирати и постојеће приватнике који обављају своју делатност на том нивоу (Македонија);
- Према опште прихваћеним индикаторима квалитет услуга на нивоу примарне здравствене заштите је у овим земљама у појединим сегментима бољи након увођења капитације, пре свега у односу на доступност здравствене услуге и опремљеност;

ња услуга примарне здравствене заштите, пре свега мора се обратити пажња на дефинисање граница регистрованих (пријављених) пацијената, јер су, како доња граница тако и горња, изузетно важне;

- Предложена капитациона формула у Републици Србији (РЕГИСТРАЦИЈА 40% РАЦИОНАЛНОСТ 40% ЕФИКАСНОСТ 10% ПРЕВЕНЦИЈА 10%) је неодржива са аспекта категорије РАЦИОНАЛНОСТ са 40%, имајући у виду искуства земаља у којима је систем заживео;
- Тренутна ситуација у здравству Србије је у суштини повољна за увођење новог модела финансирања и организације примарне здравствене заштите, јер с обзиром на потребу и неминовност увођења истих, а да до сада конкретније промене нису спроведене, постоји реална шанса да би радикалне и корените промене у потпуности успеле – „шанса да се направи нешто НОВО“;

Остали учесници Округлог стола били су и проф. др Здравко Косјерина, заменик покрајинског секретара за здравство АП Војводине, проф. др Владимир Лазаревић, Светска Здравствена Организација, Николина Будић, тајник Хрватске лијечничке коморе, прим. мр. сц. Невенка Винтер-Репалуст, заменица председника Повјеренства за примарну здравствену заштиту Извршног одбора Хрватске лијечничке коморе, доц. др Северин Ракић и др Чедо Алексић, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, др Живко Даскаловски, председник Скупштине Лекарске коморе Македоније, проф. др Ержебет Ач Николић и др Соња Шушњевећ, Институт за јавно здравље Војводине, др Драгомир Цимеша директор Покрајинског фонда за здравствено осигурање, др Васа Петровић, директор Дома здравља Инђија и др Гојко Мишковић, Зелена мрежа Војводине.

Присутне су поздравили покрајински секретар за здравство АП Војводине др Атила Ченгери, као и др Светлана Малешевић, председник Одбора за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси РЛКВ и ЛКС. Модератор Округлог стола био је проф. др Бранислав Перин, председник Регионалне лекарске коморе Војводине.

Више о овој теми можете прочитати на веб страници РЛКВ: <http://www.lkvorg.rs>

Др Татјана Бошковић



Драгомир Цимеша, директор Покрајинског фонда за здравствено осигурање

побољшању њеног квалитета, као и одржавање финансијске стабилности финансирања.

На крају Округлог стола донети су и закључци:

- Јединствен став је да је у свим земљама у окружењу, чији су представници учествовали на округ-

- Финансирање оваквог начина капитације је могуће и, шта више, државу кошта мање за своје осигуранике за исти обим услуга у односу на период пре увођења капитације;

- Капитациона формула мора бити добро избалансирана да би задовољила све стране у процесу пружа-

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА
ЕДУКАЦИЈА У ВОЈВОДИНИ У 2010.

Најревноснији у Кикинди

*Према бази података РЛКВ
у 2010. години 4220 чланова је сакупило
преко 24 бода, а 798 чланова има
мање од обавезних 24 бода.*

Број лекара уписаних у Регионалну лекарску комору Војводине је по последњим подацима 6176, а РЛКВ је до сада издала 5978 лиценци лекарима у Војводини. Од 1.1.2011. године до данас је уписано 89 нових чланова.

Према бази података РЛКВ у 2010. години 4220 чланова је сакупило преко 24 бодова, а 798 чланова има мање од обавезних 24 бода. Подаци се региструју у девет регионалних канцеларија на територији Војводине (Сомбор, Суботица, Кикинда, Зрењанин, Сремска Митровица, Вршац, Панчево, Нови Сад и Врбас), и шаљу у електронску базу података која се свакодневно обнавља.

РЛКВ је писменим путем обавестила чланове који нису сакупили довољно бодова у 2010. години, а ускоро

ће и чланови који су сакупили преко 24 бода бити такође обавештени писменим путем.

Најмањи број чланова који нису испунили своје обавезе КМЕ за прошлу годину је на територији Кикинде.

Што се тиче лекара који немају довољно сакупљених бодова, тој групи припадају и пензионери који нису у могућности да сакупљају бодове, као и они који не желе да обнове лиценцу, па самим тим ни да присуствују програмима КМЕ. Такође, у тој групи се налазе и труднице које су у току 2010. године биле на трудничком и породилском одсуству.

Исто тако, у групи оних који имају од 0 до 24 бода налазе се и лекари који су били на боловању у току 2010. године дуже од 6 месеци, или рецимо боравили у иностранству, као и они који су лиценцу добили у току 2010. године, па самим тим нису у обавези да сакупе свих 24 бода.

На предлог Одбора за медицинско образовање РЛКВ, Извршни одбор РЛКВ је одобрио 5.000.000 динара из сопственог буџета за финансирање два курса континуиране едукације (који ће бити акредитовани са укупно 12 бодова). Исти ће бити организовани у свим већим градовима у Војводини, са циљем да сви чланови који нису скупили довољан број бодова то ураде на ова два курса. О тачним терминима курсева чланство ће бити благовремено обавештено.

На веб сајту РЛКВ <http://www.lkv.org.rs>, чланови могу сазнати више о овој и другим актуелним темама, а ако се региструју и проверити свој број бодова за прошлу годину.

Др Татјана Бошковић
Р. Алексић, секретар РЛКВ

ЛЕКАРСКА КОМОРА ДУНАВСKE БАНОВИНЕ

Комора се враћила у своју кућу

*Зграду је пројектовао
чувени новосадски и српски
архитекта Ђорђе Табаковић*

Од 1.1.2010 године Регионална лекарска комора Војводине је ушла у закуп дела зграде на тргу Ференца Фехера 7 у Новом Саду, која је до национализације 1951. године припадала Лекарској комори Дунавске бановине. Зграду је, за потребе Лекарске коморе Дунавске бановине, пројектовао чувени новосадски и српски архитекта Ђорђе Табаковић. Зграда је завршена 1937. године, а важно је нагласити да су читав посао, од куповине плаца, израде пројекта и извођења радова, финансирали лекари – чланови Лекарске коморе Дунавске бановине.

Закупом ових просторија, и евентуалном реституцијом када дође до ње, Регионална лекарска комора Војводине се, практично, враћа у своју кућу.

Др Т. Бошковић
Р. Алексић, секретар РЛКВ



Зграда Лекарске коморе Дунавске бановине

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ БЕОГРАДА

СЕРТИФИКАТИ НА ПРОВЕРИ

// ЗА ОБРАДУ ЈЕ БИЛО УКУПНО 10.801 ДОСИЈЕА ЧЛАНОВА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ И ОД ТОГ БРОЈА ОБРАЂЕНО ЈЕ УКУПНО 8.371 ДОСИЈЕ // ЗАХТЕВ ДА НЕЗАПОСЛЕНИ ЛЕКАРИ КОЈИ ИМАЈУ ЛИЦЕНЦУ, БУДУ ОСЛОБОЂЕНИ ОБАВЕЗЕ ПРИКУПЉАЊА БОДОВА // ИЗ ОДРЕЂЕНИХ СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈА КАО, НА ПРИМЕР, ПАТОЛОГИЈЕ И СОЦИЈАЛНЕ МЕДИЦИНЕ НЕМА ДОВОЉНО ОРГАНИЗОВАНИХ И АКРЕДИТОВАНИХ ПРОГРАМА ЕДУКАЦИЈЕ //



У СИСТЕМ БОДОВАЊА ТРЕБАЛО БИ ДА СЕ УКЉУЧИ И АКАДЕМСКА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈА: КБЦ ЗВЕЗДАРА

Прикупљање сертификата о учешћу на стручним скуповима у току претходне 2010. године поверено је стручним службама РЛК. Пошто РЛК Београда има 10.801. члана, обимни посао око провере садржаја приспелих сертификата је поверен Посебном одбору за стручна питања и стручни надзор, а како је ова година прва у којој се такав посао ради до краја морали смо да трагамо за најпогоднијим решењима. Рок за слање сертификата у стручну службу био је 15. јануар, а у жељи да се цео посао квалитетно и правовремено уради ангажоване су додатне снаге четири колегинице – незапослени лекари, преко Националне службе за запошљавање.

За обраду је било укупно 10.801 досије чланова Лекарске коморе Србије. Од тог броја обрађено је укупно 8.371 досије.

На основу укупно обрађених 8.371 досијеа дајемо следеће податке:

1. Довољан број бодова има 6.251 чланова

2. Довољан број бодова нема 880 чланова

3. Пасивни: у пензији или умрли – 155 чланова

4. Исписано 55 чланова

5. На боловању 166 чланова

6. Немају лиценцу 337 чланова

7. Позвани, у циљу допуне података, а нису могли да успоставе контакт (погрешан број, непостојаћи број, недоступан, не јављају се на позиве) 110 члан.

8. Чланови ЛКС којима лиценца важи почев од 01. 05. 2011. године и још им није истекла лиценцна година: 417

9. Није обрађено 2307 досијеа

У току обраде сертификата разматрани су и упитници упућени члановима ЛКС из којих преносимо одговоре, примедбе и сугестије.

1. Смањити број бодова које треба сакупити у току једне лиценцне године.

2. Да незапослени лекари који имају лиценцу, буду ослобођени обавезе прикупљања бодова.

15 <

3. Незадовољство лекара са специјализацијом из гинекологије, који су присуствовали симпозијуму у организацији Удружења гинеколога, који није акредитован од стране Здравственог савета (организатор др Паја Момчилов) и тако нису добили очекиване бодове.
4. Радити на томе да се за бодовање признају: међународна он лајн едукација, специјалистички испит, магистарске и докторске студије.
5. Да ЛКС организује програме едукације путем којих ће се обезбедити део потребних бодова.
6. Из одређених специјализација нпр. патологије и социјалне медицине нема довољно организованих и акредитованих програма едукације.
7. Инсистирати да се програми едукације не одржавају у радно време.
8. Организатори програма погрешно обавештавају лекаре да ће сертификати бити послати у ЛКС.

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ ПОСЕБНИХ ОДБОРА РЛК БЕОГРАДА

СТАТУС СЛУЖБЕНОГ ЛИЦА ЗАПОСЛЕНИМА У ЗДРАВСТВУ

// АКРЕДИТАЦИЈА БИ МОРАЛА ДА СЕ ОБАВЉА НАЈМАЊЕ ШЕСТ ПУТА У ТОКУ ГОДИНЕ, КАКО БИ СЕ БРЖЕ И ЛАКШЕ ОРГАНИЗОВАЛА И СПРОВОДИЛА КМЕ // У СИСТЕМУ БОДОВАЊА ТРЕБА ПРЕДВИДЕТИ И АКАДЕМСКУ СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈУ // СТРУЧНИ САСТАНЦИ БИ ТРЕБАЛО ДА СЕ БОДУЈУ ПРЕМА ДУЖИНИ ТРАЈАЊА //

А) Посебан одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној лекарској пракси одржао је своју четврту седницу 15. 04. 2011. године на којој се дискутовало о законским могућностима да запослени у здравственим установама добију статус службеног лица и да здравствене установе у примарној здравственој заштити закључе Уговор о процени ризика радних места у оквиру здравствених установа. Након детаљне анализе, на следећој седници донети су одлуке о покретању одговарајућих иницијатива.

Б) Посебан одбор за медицинску етику је на својој трећој седници од 07.04.2011.године донео следећи

ЗАКЉУЧАК:

Упутити Скупштини Лекарске коморе Србије захтев за тумачење члана 40 тачка 1. Статута Лекарске коморе Србије који гласи : „прати поштовање правила Кодекса медицинске етике од стране чланова Коморе“. Тумачење је неопходно ради разграничења надлежности између Посебног одбора за медицинску етику и Етичког одбора Лекарске коморе Србије.

В) Посебан одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној лекарској пракси је на својој трећој седници од 15.04.2011. године донео закључак да се Министарству здравља упуте следеће иницијативе:

а) предлог за измену Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама у делу који се односи на потребан број кадрова и у погледу броја кревета (општа болница-нај-

мање 15 кревета, специјална болница најмање 5 кревета, а клинички центри најмање 50 кревета) .

б) измена услова за отварање поликлиника (да поликлинику могу да оснују два лекара)

в) омогућити консултативне прегледе у ординацијам, ван њихове делатности.

г) законска могућност да здравствене установе могу да оснују издвојене јединице, огранке.

Дискутовало се о новооснованом Институту за испитивање медицинске опреме и донета је одлука да се Министарству здравља упути допис којим се Лекарска комора Србије противи да, закључење уговора о испитивању медицинске опреме са овим институтом буде обавезујућег карактера за здравствене установе, већ да оне по свом избору могу да закључе уговор са овлашћеним сервисерима.

Г) Посебан одбор за медицинско образовање је на својој четвртој седници, која је одржана 11.04.2011.године донео закључак да се покрене иницијатива за измену Правилника о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике.

На истој седници усвојене су следећи предлози за измену Правилника за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике.

1. Члан 5. став 1. треба да гласи:

„Поступак процене квалитета програма континуира-



Студијски боравци представљају важан вид КМЕ, али нису валоризовани на прави начин

не едукације (у даљем тексту: акредитација програма) врши Лекарска комора Србије (у даљем тексту:

Комора) најмање шест пута годишње.

Образложење: Процену за акредитацију требало би обзиром да је везано за лиценце да врши независно тело Коморе, а не Здравствени савет.

Акредитација би морала да се врши најмање шест пута у току године, како би се брже и лакше организовала и спроводила КМЕ.

Статутарно одредити Комисију која ће радити акредитацију програма. Комисија би за своје ангажовање била адекватно плаћена.

Према новом Правилнику смањен је укупан број бодова који доносе учешће на конгресима и симпозијумима, тако да би требало да се врати на претходни систем истих, како колеге не би губиле већ стечене бодове.

Такође је смањен број бодова за учешће на курсеви-ма, но није урађена квалитативна анализа истих. Ов-

де је предложен систем бодовања по дану. Један дан – шест бодова и на тај начин направили разлику између курса у трајању од једног дана и вишедневног курса, попут вишемодуларних курсева од недељу дана са практичном наставом.

Овим правилником нејасно је како се вреднују курсеви и колико који курс носи бодова.

Студијски боравци представљају важан вид КМЕ и као такав од великог су значаја и ЕУ. У Немачкој једна недеља проведена у некој клиници са ментором вреднује се са 40 бодова (40 радних часова). Мишљења смо да би исто требало и код нас да се примени, јер овим се колеге демотивишу за одлазак на студијска путовања.

Стручни састанци би требало да се бодују према дужини трајања и на тај начин би се зависно од дужине трајања предавања стицао различит број бодова.

Објављивање у публикацијама:

– Предложено је да се првом аутору призна одређен број бодова, а да остали аутори деле број бодова предвиђен за првог аутора.

– Нејасно је позиционирање радова објављених у часописима цитираним у SCI Expanded листи од којих већина има impact factor. Требало би их сврстати у категорију CC i SCI радова где им припада место, поготову што се водећи домаћи часописи налазе у тој категорији.

– Нејасно је дефинисано тестирање, поготову у електронској форми.

– Познато је колико времена и труда узима спремање специјалистичког испита, тако да би требало предвидети бодовање специјалистичког и субспецијалистичког испита и то на годишњем нивоу од 24 бода.

– У систем бодовања треба предвидети и академску специјализацију.

– Правилником треба предвидети и континуирану едукацију у писаној или електронској форми.

– Треба вредновати међународне акредитоване ON LINE тестове.

– У систем бодовања треба предвидети и академску специјализацију.

Д) Посебан одбор за стручна питања и стручни надзор је на својој четвртој седници од 14.04.2011.године, поред разматрања листе надзорника, донео и следећи

ЗАКЉУЧАК:

Предлаже се покретање процедуре израде протокола лечења и клиничких путева у сарадњи са свим релевантним институцијама.

Редизајниран сајт ЛК Србије садржи обавештења за лекаре, установе, медије, актуелне догађаје и финансијске извештаје. На њему се може прочитати план рада коморе, мисија и визија у наредне четири године, погледати акта и обрасци везани за рад коморе, закони и уредбе које се односе на медицинску делатност као и подаци о програмима континуиране медицинске едукације (збирна табела акредитованих програма, обавештења о одржавању скупова, изменама правилника о КМЕ и сл).

Постоји иницијатива да се информација о акредитованим скуповима који се одржавају у региону, постави на сајт РЛК. За сада она није у потпуности заживела јер организатори не пријављују правовремено одржавање скупова, мењају првобитно договорене термине и место одржавања. У наредном периоду се планира развој механизма за правовремено информисање у овој области.

Др Бранка Лазић

КУДА ИДЕ ЗДРАВСТВЕНИ ДИНАР >>>

ПАНЕЛ ДИСКУСИЈА „ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ СРБИЈЕ – ЕВРОПСКИ МОДЕЛИ ФИНАНСИРАЊА“

НОВАЦ НИЈЕ ПРЕСУДАН

// КАКО НАЋИ ПРАВУ ФОРМУЛУ ДА СРБИЈА ДОБИЈЕ ЗДРАВО ТРЖИШТЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА, А ИЗБЕГНЕМО СЦЕНАРИО У КОМЕ ЋЕ КВАЛИТЕТНО ЛЕЧЕЊЕ БИТИ ПРИВИЛЕГИЈА ИМУЋНИХ, ТО ЈЕ ЈЕДНАЧИНА КОЈУ ЋЕ ВРЛО БРЗО МОРАТИ ДА РЕШАВА НОВИ МИНИСТАР ЗДРАВЉА //

Може ли се и у Србији успоставити здравствени систем који гарантује квалитетну и правовремену здравствену услугу на терет здравственог осигурања, како у државном, тако и у приватном сектору, какав већ постоји у великом броју земаља, и да ли би такав систем био финансијски одржив – одговоре на ова питања понудили су учесници панел дискусије „Здравствени систем Србије – Европски модели финансирања“ коју је организовао Данас конференс центар.

Саша Јездић, директор амбуланте за физикалну терапију „Јездић“ указао је на неке законске недостатке са којима се сусрео као предузетник у приватном здравству у Србији. Као физиотерапеут он није могао да запосли лекара физијатра, јер би прекршио закон.

– Све што је могло да се пренесе из САД – знање, однос према послу и према пацијенту, пренео сам у своју амбуланту коју сам пре годину и по дана отворио у Београду, рекао је Јездић и додао да пацијенти из Србије сами сnose трошкове услуга, док странцима исте услуге плаћа или рефундира њихово осигурање.

Сваки грађанин Израела има здравствено осигурање. За здравство се издваја 4,8 одсто пореза на приходе, али уколико то није довољно, држава додаје средства из буџета објаснила је Рејчел Кеј, заменик директора Макаби института за истраживање здравствених услуга.

Кари Веијалаинен, амбасадор Финске у Србији, објаснио је да се за здравство у Финској издваја 8,4 одсто бруто домаћег производа који износи 32.025 евра по глави становника. Али, упркос тако великим издвајањима, здравствени систем има недостатака, зато влада ради на томе да здравствене услуге буду подједнако доступне сваком грађанину.

Није могуће „копирати“ модел здравства друге земље и кад је реч о различитим моделима финансирања здравствене заштите, треба знати да не постоји саврешено решење. Иначе, за потребе здравства у Србији се издваја око шест одсто БДП или око 260 евра по глави становника, истакао је Вукашин Радуловић, извршни директор РЗЗО.

Приватно-јавно партнерство, о коме се често говори, још није заживело, јер не постоји одговарајућа законска регулатива. Требало би дефинисати основни пакет здравствених услуга, али и размотрити да ли Србији треба још један фонд здравства – упозорила је Татјана Радосављевић, директорка Лекарске коморе Србије.

За разлику од Србије где је РЗЗО једини фонд, и где се приватни систем здравства више третира као нужно зло, у Израелу постоје четири фонда, а државни фонд покрива тек 46,5 одсто пацијената на болничком лечењу, сви остали болнички кревети су практично ван државног система. Овај систем доводи до тога да ни у државном систему не постоји менталитет „радио не радио, свира ти радио“, пошто се на тржишту четири фонда боре квалитетом и ценом својих услуга за сваког пацијента у Израелу.

У Србији, чак и када неко у државном систему здравства покуша да га унапреди и учини ефикаснијим и бољим за грађане, он се суочава са двоструким „топлим зецом“, притиском и споља и изнутра, да се ништа не мења – сматра Жељко Пантић, организатор овог панела и Данас конференс центар. Тако је у једном великом граду у Србији, пројекат увођења кол центра у једном државном здравственом центру довео до великог пораста броја пацијената.

У свакој нормалној земљи човек који тако нешто уради био би награђен, док у овом случају то није било тако: раст пацијената у том центру довео је до озбиљног пада броја пацијената у једном броју приватних здравствених установа, тако да су са свих страна кренули у лобирање да пројекат кол центра буде обустављен. Оно што је много горе од овог притиска приватних амбуланти уследило је изнутра: лекари из самог здравственог центра почели су да притискају менаџмент да укине пројекат зато што су имали много више прегледа, а плата им је остала иста, тако да им је фактички одговарао што мањи број пацијената.

Овај пример најбоље илуструје сву апсурдност постојећег стања у коме велики број људи у државном систему здравства ужива имунитет белих медведа, загарантовану плату која де факто ни на који начин не кореспондира са степеном рада, бројем пацијената, или тако нечим ефемерним. И док приватни систем здравства мора да има тржишни менталитет, да води рачуна о сопственим трошковима, набавци скупе опреме и квалитету услуге, значајан број људи у државном систему здравства и даље верује у друга Тита, и понаша се у складу са тим. Како наћи праву формулу да добијемо здраво тржиште здравствених услуга, а избегнемо сценарио у коме ће квалитетно лечење бити привилегија имућних, то је једначина коју ће врло брзо морати да решава нови министар здравља – закључује Пантић. //

КУДА ИДЕ ЗДРАВСТВЕНИ ДИНАР >>>

ЕВРОПСКИ МОДЕЛИ ФИНАНСИРАЊА:
ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ СРБИЈЕ

СВАКИ ДРУГИ ДИНАР ЗА ПЛАТЕ

// У ПРОТЕКЛЕ ДВЕ ГОДИНЕ БУЏЕТ РЗЗО СМАЊЕН СА ГОТОВО 1,95 МИЛИЈАРДИ ЕВРА, КОЛИКО ЈЕ ИЗНОСИО 2008, НА ОКО 1,75 МИЛИЈАРДИ ЕВРА У ПРОШЛОЈ ГОДИНИ // ПРЕМА СТРУКТУРИ РАСХОДА РЗЗО У 2010, НАЈВЕЋИ ДЕО „ЗДРАВСТВЕНОГ ДИНАРА“ ТРОШИ СЕ НА ЗАРАДЕ ЗАПОСЛЕНИХ У ЗДРАВСТВУ (44,54 ОДСТО), ДОК ЗА ЛЕКОВЕ НА РЕЦЕПТ ОДЛАЗИ 12,85 ОДСТО //

Није могуће једноставно „копирати“ модел здравства друге државе – указао је Вукашин Радуловић, извршни директор Републичког завода за здравствено осигурање. Он је подсетио да су „урађене све кључне припреме да би се кренуло у реформе здравственог система“, али да Србија у томе касни 15 до 20 година за другим земљама.

Добра страна кашњења, како каже, јесте што можемо да „покупимо“ туђа искуства. Радуловић је подсетио да Србија за здравство издваја око 260 евра по глави становника, или шест одсто БДП-а, али је проблем што је у протекле две године буџет РЗЗО смањен са готово 1,95 милијарди евра, колико је износио 2008, на око 1,75 милијарди евра (у 2010).

Чак 69,5 одсто средстава РЗЗО „убира“ из доприноса запослених, 29 одсто из доприноса Пензијско-инвалидског осигурања и Националне службе за запошљавање, 0,42 одсто из буџетских трансфера и 1,1 одсто из осталих прихода. Према структури расхода РЗЗО у 2010, највећи део „здравственог динара“ троши се на зараде запослених у здравству (44,54 одсто), док за лекове на рецепт одлази 12,85 одсто.

РЗЗО има уговоре са приватним здравственим установама у области вантелесне оплодње, дијализе, барокоморе, кардиохирургије, а 120 лекара у приватном сектору има ИД број и могу да прописују рецепт

те својим пацијентима. Кад је реч о различитим моделима финансирања здравствене заштите, треба знати да не постоји савршено решење које би могло да се имплементира у сваки здравствени систем већ се

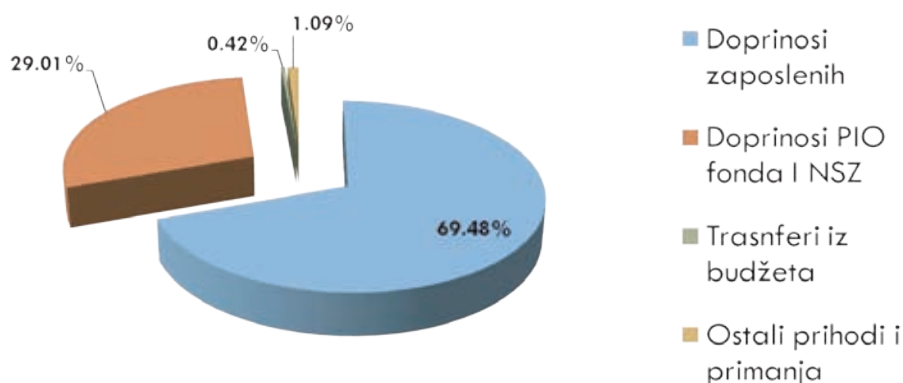
мора прилагодити постојећим условима. Не постоји, рецимо, најбољи механизам плаћања, али пракса показује да је финансирање засновано на комбинацији услуга све присутније, истакао је Радуловић.



РЗЗО

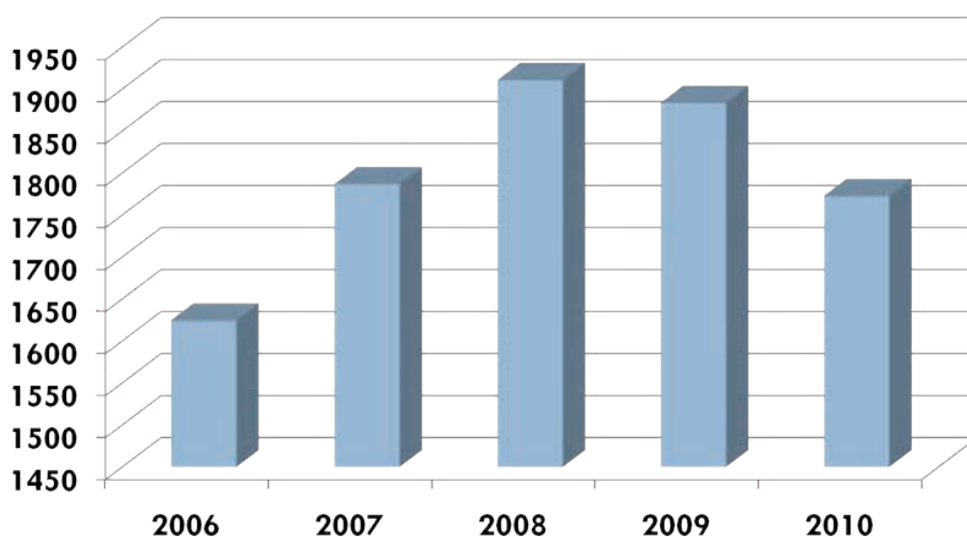
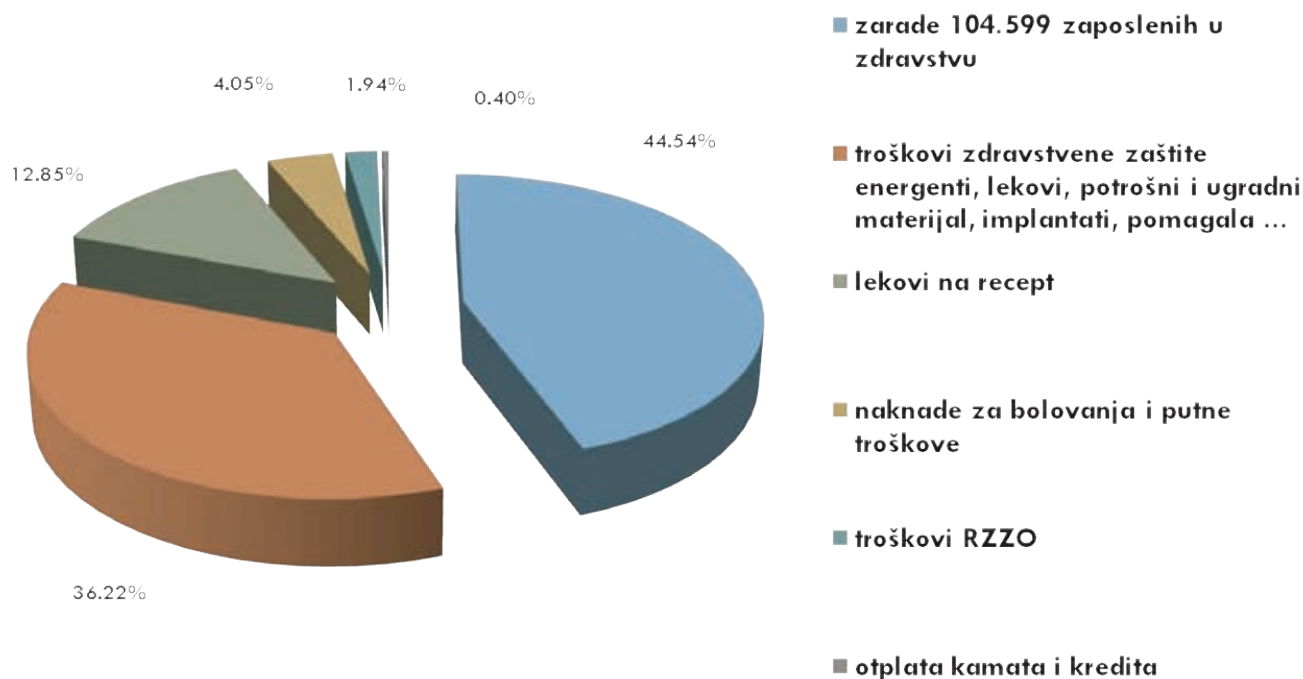
- Национална, јавна организација за обавезно здравствено осигурање
- Дирекција, 28 филијала, 152 испоставе
- 2200 запослених

19 <



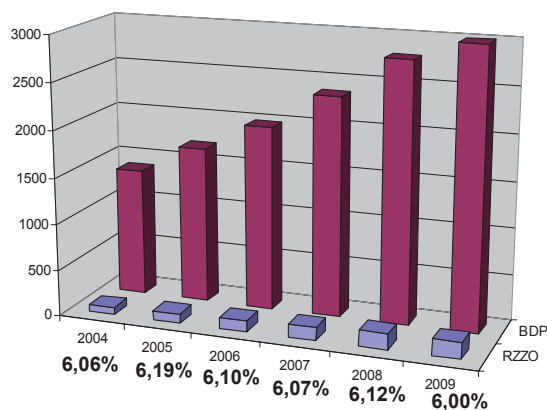
ПРИХОДИ
У 2010. ГОДИНИ

РАСХОДИ У 2010. ГОДИНИ

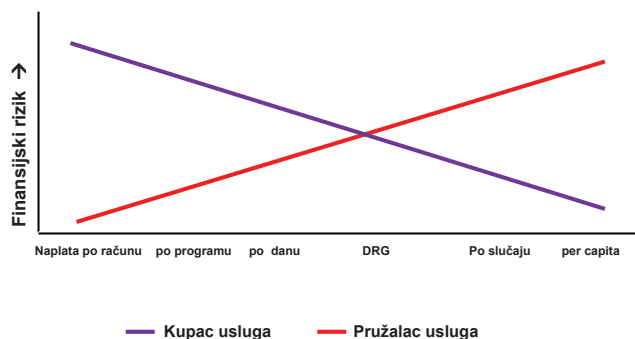


БУЏЕТ РЗЗО
(У МИЛИОНИМА
ЕВРА)

БУЏЕТ РЗЗО/БДП



РАСПОДЕЛА ФИНАНСИЈСКОГ РИЗИКА



	Prema lekarima	Prema zdravstvenim ustanovama
Plaćanje zasnovano na vremenu	Plata	Fiksi budžet (istorijska alokacija)
Plaćanje zasnovano na usluzi	Plaćanje-po-usluzi, Plaćanja-po-epizodi-nege, Plaćanje programa	Plaćanje-po-usluzi, Plaćanja-po-bolničkom-danu, Plaćanje-po-epizodi-nege, Plaćanje-po-case-mix modelu ili programima ili kombinacijom različitih modela
Plaćanje zasnovano na populaciji	per capita, plaćanje po teritorijalnom principu	Blok ugovori

 МОДЕЛИ
ФИНАНСИРАЊА

Država	Zarada	Kapitacija	PPU	Kombinacija
Severni "NHS" model finansiranja zdravstvene zaštite zasnovan na porezu				
Danska				X (kapitacija + PPU)
Engleska		X (državne ustanove)	X (privatne ustanove)	
Finska	X			
Irska		X (državne ustanove)	X (privatne ustanove)	
Norveška			X	
Švedska	X (državne ustanove)		X (privatne ustanove)	
Južni "NHS" model finansiranja zdravstvene zaštite zasnovan na porezu				
Italija		X		
Portugal	X			
Španija	X			
Model finansiranja zdravstvene zaštite zasnovan na obaveznom zdravstvenom osiguranju				
Austrija				H (fiksna nadoknada + PPU)
Belgija			X	
Francuska			X	
Nemačka			X	
Slovenija	X (državne ustanove sa korekcijom od 5% u odnosu na izvršenje)			X (privatne ustanove: kapitacija + PPU)

21 <

Country	Diagnoses	Procedures	Casemix
USA	ICD-9-CM	ICD-9-CM, CPT4	HCFA/CMS-DRG, AP/R/APR-DRG
Australia	ICD-10-AM	ACHI	AR-DRG, local variations
Japan	ICD-10, ICF		DPG
South Korea	ICD-10	KHIC-PH	Korean DRG
Mexico	ICD-9-CM	ICD-9-CM	HCFA DRG, version 16
South Africa	ICD-10	ICD-9-CM	AP-DRG
Austria	ICD-10	Austrian	LKF
Belgium	ICD-9-CM	INAMI, /ICD-9-CM	AP-DRG (1995), APR-DRG (2002)
Denmark	ICD-10	Nomesko	Nord DRG/DAGS
Finland	ICD-10	NCSP	Nord DRG/Fin
France	ICD-10	CDAM	GHM/GHJ
Germany	ICD-10	SGVB	G-DRG
UK	ICD-10	OPCS	HRG
Ireland	ICD-10-AM	ACHI	AR-DRG
Italy	ICD-9-CM	ICD-9-CM	HCFA-DRG, version 14
Netherlands	DBC	Dutch coding lists	DBC-Groups
Norway	ICD-10	Norwegian code	Nord DRG
Portugal	ICD-9-CM	ICD-9-CM	HCFA DRG
Spain	ICD-9-CM	ICD-9-CM	HCFA DRG
Sweden	ICD-10	Nomesko	Nord DRG
Switzerland	ICD-10	ICD-9-CM	AP-DRG
Hungary	ICD-10	ICPM-Hungary	Hungarian grouper
Romania	ICD-10	ICPM	AP-DRG, HCFA, IR-DRG
Russia	ICD-10	ICD-9-CM	AP-DRG

МОДЕЛИ ФИНАНСИРАЊА/СТИМУЛАЦИЈА

	Plaćanje na osnovu troškova	Opšti budžet	Plaćanje na osnovu kombinacije usluga
Povećanje aktivnosti	Jako	Slabo	Umereno
Kontrola troškova	Slaba	Jaka	Umereno
Efikasnost zdravstvene ustanove	Slaba	Slaba/Umerena	Umerena / Jaka
Kvalitet nege pacijenata	Neodređen	Neodređen	Neodređen

Izvor: Aas, 1995; WHO, 2000; Kutzin, 2001; Jegers et al., 2002; Langenbrunner et al., 2002; Langenbrunner et al., 2005; Moreno-Serra et al., 2010

ЗДРАВСТВО

Javni sektor

Primarne ZZ			Sekundarna i Tercijerna ZZ			UKUPNO
L	MS	O	L	MS	O	
13,383	37,738	10,842	8,442	35,733	12,539	118,677

Privatni sektor

Stomatoloske ordinacije			Laboratorije			Lekarske ordinacije			Druge zdravstvene ustanove			UKUPNO
L	O	VI.	L	O	VI.	L	O	VI.	L	O	VI.	
622	1,140	1,604	158	953	237	808	2,176	601	218	234	65	8,816

Izvor: Matična evidencija RZZO 21.2.2011. godine – izdate knjižice

УГОВОРИ СА ПРИВАТНИЦИМА

- ВТО
- Барокомора
- Дијализа
- Кардиохирургија
- Магнет
- 120 приватних лекара има ИД бројеве за рецепте

ЗАКЉУЧАК

- Не постоји најбољи механизам плаћања
- Финансирање на основу комбинације услуга све присутније
- Моруће је унапређење ефикасности без негативног утицаја на квалитет неге
- Сваки здравствени систем мора прилагодити своја решења.

//

КУДА ИДЕ ЗДРАВСТВЕНИ ДИНАР >>>

ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ

ОД УТОПИЈЕ ДО РАЦИОНАЛНОГ РЕШЕЊА

// СВАКА ВЛАСТ ТРЕБА ДА ОДГОВОРИ НА ТРИ ПИТАЊА: КАКО ЋЕ СЕ ФИНАНСИРАТИ СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ, КАКО СЕ ПАЦИЈЕНТИ МОГУ ЗАШТИТИТИ ОД ФИНАНСИЈСКИХ ПОСЛЕДИЦА БОЛЕСТИ И ПЛАЊАЊА УСЛУГА ИЗ СОПСТВЕНОГ ЦЕПА И НАЈЗАД, КАКО ПОСПЕШИТИ ЕФИКАСНИЈЕ КОРИШЋЕЊЕ ДОСТУПНИХ РЕСУРСА //

Татјана Радосављевић, директорка Лекарске коморе Србије, упознала је присутне на скупу са неким од активности Светске здравствене организације која се у 2010. интензивно бавила финансирањем здравствене заштите.

– Свака власт треба да одговори на три питања: како ће се финансирати систем здравствене заштите, како се пацијенти могу заштитити од финансијских последица болести и плаћања услуга из сопственог цеха и најзад, како поспешити ефикасније коришћење доступних ресурса.

И то је управо у складу са захтевом Светске здравствене организације да се преко система финансирања нађе пут ка универзалној покривености становништва здравственом заштитом.

У документу СЗО указано је на нове потенцијалне изворе финансирања као што су трансакције у мењачницама, порези на дуван и мобилне телефоне, заслађена пића, храну са високим процентом соли и адитива, као и алкохол, рекла је Татјана Радосављевић и додала да је у току студија изводљивости о увођењу приватног сектора у систем осигурања и заштите.

Према њеној оцени приватно-јавно партнерство, о коме се често говори, још није заживело, јер још није усвојена одговарајућа законска регулатива. Директорка ЛКС сматра да би требало дефинисати основни пакет здравствених услуга, али и размотрити да ли је Србији потребан још један фонд здравства.

Када је реч о укључивању приватног сектора у систем осигурања, директорка ЛКС указала је да од 2000. године није дефинисан основни пакет услуга у нашој земљи. Она сматра да је приватно-јавно партнерство, о коме се често говори, само „у покушају“, јер још није прецизирано уговорима.

Директорка Лекарске коморе Србије, истакла је да је у току студија изводљивости о увођењу приватног сектора у систем осигурања и заштите. Притом, каже, треба имати у виду колики је ниво инвестиција у зграде, опрему, особље; да ли постоји могућност да се укине ПДВ на увоз опреме за приватне здравствене куће; да се приватни сектор уведе у систем осигурања; као и да

је здравствени туризам „жив новац“ који стоји на располагању. Она сматра да је приватно-јавно партнерство, о коме се често говори, само „у покушају“, јер још није прецизирано уговорима.

Нека од могућих решења што ефикаснијег рада у остваривању бољих резултата су :

- извући максимум од технологије и здравствених сервиса
- мотивисати здравствене раднике
- побољшати болничку ефикасност
- пружати негу на прави начин и у право време и тиме редуковати медицинске грешке
- елиминисати губитке и корупцију
- критички процењивати који су сервис и услуге потребни

Наравно све то треба „покрыти“ новцем, упозорава директорка ЛКС, а неки извори финансирања здравствене заштите с обзиром на досадашња искуства су: попут општег пореза што је случај у Енглеској као и локалних пореза комбинованих са провајдерима којима управљају локални савети што је случај у Данској.

У Француској је то рецимо: социјално осигурање које плаћају запослени и запослени осигурани од стране бројних осигурања, која су аутономна али нису компетитивни или социјално здравствено осигурање које плаћају запослени и запослени, са компетитивним осигурањима како се то примењује у Немачкој.

У САД извори средстава нађени су у добровољном осигурању, са пореским олакшицама, које плаћају запослени као и у Аустралији где добровољно осигурање плаћају појединци, са пореским олакшицама или осигурање за случај катастрофе и поседовање рачуна, који се не опорезују у Сингапуру. //

КУДА ИДЕ ЗДРАВСТВЕНИ ДИНАР >>>

СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАСТИТЕ У ИЗРАЕЛУ

КОМБИНАЦИЈА
ЈАВНОГ И ПРИВАТНОГ

// ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ ИЗРАЕЛА КАРАКТЕРИШЕ КОМБИНАЦИЈА ПРИВАТНОГ И ДРЖАВНОГ СЕКТОРА, КАО И ЧЕТИРИ МЕЋУСОБНО КОНКУРЕНТНА ФОНДА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА // У ОДНОСУ НА УДЕО У БРУТО ДОМАЋЕМ ПРОИЗВОДУ ТРОШКОВИ ЗА ЗДРАВСТВО У СРБИЈИ ВИШИ СУ НЕГО У ИЗРАЕЛУ, АЛИ ИЗРАЕЛ ИЗДВАЈА ЗНАТНО ВИШЕ НОВЦА ПО ГЛАВИ СТАНОВНИКА // ПАКЕТОМ ОСНОВНОГ ОСИГУРАЊА НИСУ ОБУХВАЋЕНИ ИЗБОР ЛЕКАРА У ПРИВАТНОЈ БОЛНИЦИ, КОНСУЛТАЦИЈЕ, ЗУБАРСКЕ УСЛУГЕ, КАО И КУЋНА НЕГА //

Рејчел Кеј, заменик директора Макаби института за истраживање здравствених услуга, истакла је да здравствени систем Израела карактерише комбинација приватног и државног сектора, као и четири међусобно конкурентна фонда здравственог осигурања.

Она је указала да сваки грађанин Израела има здравствено осигурање, а дефинисан је и минимум здравствених услуга. Према њеним речима, у односу на удео у бруто домаћем производу трошкови за здравство у Србији виши су него у Израелу, али Израел издваја знат-

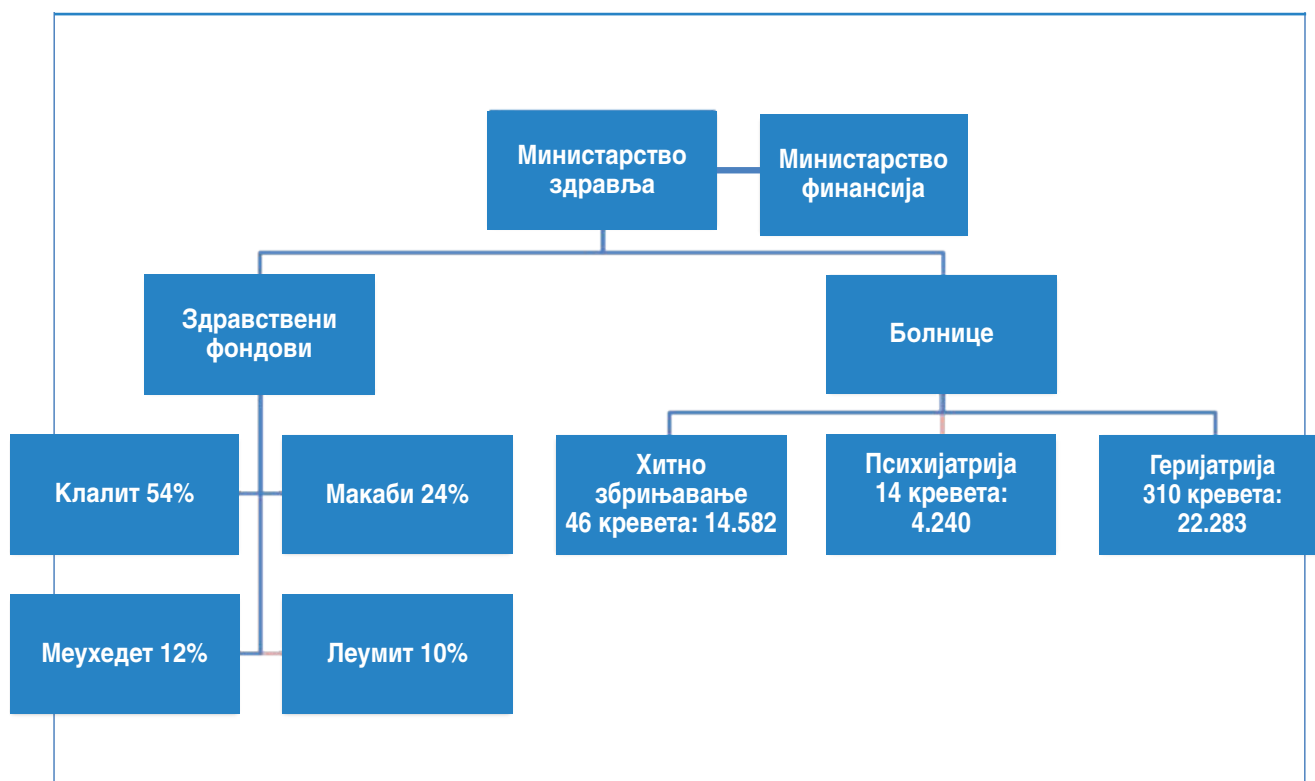
но више новца по глави становника. За здравство се у Израелу издваја 4,8 одсто пореза на приходе, а, уколико то није довољно, држава додаје средства из буџета. Осим тога, примењује се уједначен комплекс услуга, док пакетом основног осигурања нису обухваћени избор лекара у приватној болници, консултације, зубарске услуге, као и кућна нега.

Макаби Институт, који има 1,9 милиона корисника, осим основног пакета, нуди и допунске услуге и ангажује 5.000 лекара по уговору које плаћа зависно од учинка, рекла је Рејчел Кеј.

ОСНОВНИ ДЕМОГРАФСКИ И ЗДРАВСТВЕНИ ПОДАЦИ (ПОДАЦИ СЗО)

	ИЗРАЕЛ	СРБИЈА
Укупно становника (у милионима 2008.)	7.1	9.8
Годишњи прираштај: 1998–2008.	1,9%	-0.4%
Старијих од 60 год. у процентима у односу на целокупни број (2008)	14%	19%
Очекивана дужина живота на рођењу (2008)	81	74
Вероватноћа смртности пре навршене пете године живота на 1000 живо рођених – оба пола (2008)	5.0	8.0
Број лекара на 1.000 становника (2006)	3.7	2.0
Здравствени трошкови у процентима БНД (2007)	8.0%	9.9%
Здравствени трошкови по глави становника у доларима (2007)	1.672	769
Приватни трошкови у % од укупних здравств. трошкова	44,1%	38,2%

ИЗРАЕЛСКИ ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ



ИЗРАЕЛСКИ СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ:

- државно
- приватно финансија

НАЦИОНАЛНИ ЗАКОН
О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ ИЗ 1995:

- Опште здравствено осигурање је законски обавезно
- Финансира се из наменских и општих пореских прихода
- Грађани плаћају допринос у висини од 4,8 одсто од прихода
- Цена „корпе услуга“
 - Заснована на издацима здр. фондова из претходне године
 - Ажурирана сваке године на основу здравственог индекса
- Уколико наменски порез није довољан, влада је обавезна да допуни фонд који гарантује покривање „трошкова корпе услуга“.
- Трошкове здравствене заштите покривају четири конкурентна национална здравствена фонда по закону о националном здравственом осигурању из 1995.

– Неки фондови су квази јавни (власништва радничких синдиката), неки су приватни.

– Здравствене фондове попуњавају превесходно (90 одсто) влада по принципу аге-релатед капитације, затим наплате од пацијената и неки други приходи (укупно 10 одсто).

– Сваки грађанин је члан једног од четири здравствене фонда по слободном избору са могућношћу преласка из једног у други.

– Фонд је у обавези да прихвати захтев за учлањење

– Здравствени фондови омогућају свима једнаку законом дефинисану „корпу услуга“ и на коју сви грађани имају право (износи око 60 одсто од укупних здравствених трошкова).

– Државне и приватне пружаоце услуга чине лекари, болнице, апотеке (лекови) и други видови професионалне здравствене заштите.

– Основна „корпа услуга“ за сада не покрива потребе одржавања менталног здравља, дуготрајну негу, породилску болничку негу и зубарске услуге одраслих

– Здравствени фондови могу да обезбеде додатне услуге, које нису у основној „корпи услуга“, тако што средства обезбеђују додатним осигурањима, за које се премије уплаћују директно њима.

25 <

– Допунско осигурање покрива трокове слободног избора лекара у приватној болници, прибављање другог мишљења старијег консултанта, зубарске услуге, алтернативну медицину, лекове ван списка обавезне корпе, медицинска помагала, услуге у иностранству итд.

– Здравствени фондови имају дугорочну политику за сарадњу са приватним осигурањима и омогућују својим члановима и путна осигурања преко приватних осигурања.

ИЗРАЕЛСКЕ БОЛНИЦЕ ЗА ХИТНО ЗБРИЊАВАЊЕ

Број кревета 14.528 тј. 2,05 кревата/1000становника

• 11 болница Министарства за здравље поседују 46,5 одсто кревета од укупног броја

• 8 болница Калалит фонда 30,4 одсто кревета

• 7 непрофитних болница 10 одсто кревета

• 2 Хадассах болнице 6,0 одсто кревета

• 6 мисионарских болница 3,6 одсто кревета

• 11 приватних непрофитних болница 3,4 одсто кревета

• 1 Меухедет болница 0,1 одсто кревета

– Све болнице за акутно збрињавање пружају амбулантне услуге

– Све државне болнице имају ургентне центре

– У свим државним болницама број особља је сразмеран броју кревета на сваком одељењу

– Сви програми медицинских специјализација се спроводе у болницама

– Болнички лекари могу да имају своју приватну праксу ван државне болнице и могу да склапају уговоре са здравственим фондовима као независни лекари.

Превод др Мирослава Радан
приредила др Н.М-Р.



Болнички лекари могу да имају своју приватну праксу ван државне болнице: Тел Авив

КУДА ИДЕ ЗДРАВСТВЕНИ ДИНАР >>>

ЕВРОПСКИ МОДЕЛИ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ У ФИНСКОЈ

ДРУГА СТРАНА МЕДАЉЕ

// ФИНСКИ ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ ИАКО ИЗДВАЈА ЗА СОЦИЈАЛНУ ЗАШТИТУ 9820 ЕВРА ПО ГЛАВИ СТАНОВНИКА СУОЧАВА СЕ С ОЗБИЉНИМ ИЗАЗОВИМА, А КОЈИ ЧИНЕ ПОРАСТ ТРОШКОВА БОЛНИЧКОГ ЛЕЧЕЊА, ПОРАСТ ТРОШКОВА ЗА ЛЕКОВЕ, СВЕ ВЕЋИХ ОЧЕКИВАЊА ОД СТРАНЕ ПАЦИЈЕНАТА, КАО И СВЕ ВЕЋИ ПРОЦЕНАТ СТАРИЈЕ ПОПУЛАЦИЈЕ У ОДНОСУ НА ДРУГЕ ЕВРОПСКЕ ЗЕМЉЕ //

Представљајући фински модел, иначе у потпуности државног здравства, Кари Веијалаинен, амбасадор Финске у Србији, подсетио је да у Финској живи 5,4 милиона људи, као и да постоји висок стандард образовања, социјалне сигурности и здравствене заштите, које финансира држава. Импресивни су и подаци који говоре о БДП по глави становника који износи 32.025 евра, док се за здравство, према подацима из 2008, издваја 8,4 одсто БДП-а.

Из државног буџета се за принадлежности Министарства за социјална питања и здравље издваја 22 одсто, а за социјалну заштиту 9.820 евра по глави становника. Свесни смо да увек може боље и да је то изазов за све земље, па и за Финску.

Чињеница је, такође да упркос тако великим издвајањима, здравствени систем има и недостатке, али влада ради на томе да здравствене услуге буду подједнако доступне сваком грађанину, истакао је Веијалаинен и додао да су Финци задовољнији здравственим системом од осталих Европљана, али да је у извештају ОЕЦД дато и 20 препорука за побољшање постојећег система.

ФИНСКА У ЧИЊЕНИЦАМА:

Становништво:

– 5,4 милиона, тј. 15,8 становника/км²

Очекивани животни век жене:

– 83 година
– мушкарци – 76 година

ДРУШТВО И ЕКОНОМИЈА

Главне одлике:

– Високи стандард образовања, социјалног осигурања, здравствене заштите

– У потпуности финансирано од стране државе

– Национални доходак по глави – 32.025 евра

ТРОШКОВИ ЗДРАВСТВА У ФИНСКОЈ

– Министарство за Социјалну политику и здравље издваја 22,8 одсто из државног буџета

– Трошкови за здравство у 2008 били су 8,4 одсто од БНД (у 2003. 7,4 одсто) у поређењу са „ОЕЦД“ просеком од 8,8 процената

– Трошкови за бенефиције од стране социјалног осигурања 9820 евра по глави, а то су издаци за незапослене, за старосне пензије и др.

ПРЕМА ИЗВЕШТАЈУ ОД СТРАНЕ ОЕЦД

Финска треба да :

– подигне ниво услуга у државним здравственим центрима кроз запошљавање већег броја лекара.

– повећање улоге медицинских сестара, као део стратегије за припрему здравственог система за изазове које представљају старење популације и повећање трошкова болничких и апотекарских услуга.

– у суштини, фински здравствени систем послује добро

– Финци су задовољнији својим здравственим системом од многих у другим земљама ОЕЦД.

– у односу на трошкове то је нискобуџетни систем (7,45 одсто од националног дохотка)

– морталитет од инфаркта срца и možданог удара је драстично смањен у протеклих 30 година, а квалитетна медицинска услуга укључује велики проценат скрининга на све врсте малигних обољења, велик проценат трансплантација бубрега у односу на инсуфицијенције бубрега као и правовремено збрињавање фрактура кукова.

– систем ипак није савршен



Доста тога се поправило од када је влада поставила јасан циљ: Хелсинки

– има неједнакости у доступности лекарима опште праксе. Изгледа да већи број консултација код лекара остварују они који имају лакши приступ службама медицине рада него они који су упућени на лекаре здравствених центара.

– до скоро су се пацијенти суочавали са дугим чекањима на преглед у здравственим центрима, као и са дугима листама за ред на операције.

– доста тога се поправило од марта 2005. када је влада поставила јасан циљ смањења листа чекања на здравствене услуге.

Фински здравствени систем се суочава с озбиљним изазовима, а које чине пораст трошкова болничког лечења, пораст трошкова за лекове, све већих очекивања од стране пацијената, као и све већи проценат старије популације у односу на друге Европске земље измедју 2010. и 2020. године.

ПРЕМА ИЗВЕШТАЈУ ОЕЦД

– недавно спроведене реформе здравства су добро осмишљене, али нису свеобухватне.

– извештај ОЕЦД укључује и преко 20 препорука за унапредјење система

Неке од тих су:

– побољшати доступност лекарима здравствених центара и тако довести становнике у равноправнији положај

– регионализовати или централизовати администрацију у циљу боље ефикасности

– увести финансијски подстрек за подржавање смањења чекања и побољшања одговорности

– проширити улогу сестара у испуњавању очекивања корисника

– увести буџет за лекове, који се прописују на рецепт у здравственим центрима и службама медицине рада, да би се трошкови адекватније држали под контролом

Превела
Др Мирослава Радан,
приредила
Др Н. Р-М.

КУДА ИДЕ ЗДРАВСТВЕНИ ДИНАР >>>

ИНТЕРВЈУ ПРОФ. ДР АЛЕКСАНДАР ВУКСАНОВИЋ,
ДИРЕКТОР РЗЗО СРБИЈЕ

КРОЗ ЈАВНЕ НАБАВКЕ ДО УШТЕДА

// ПРОТОКОЛИ СУ НЕШТО ШТО ЈЕ ВЕОМА ВАЖНО И ЊИХОВО УВОЂЕЊЕ ПРЕДСТАВЉА ВЕЛИКУ ЗАШТИТУ ЗА ПАЦИЈЕНТЕ, НЕ САМО ЗА ЛЕКАРЕ, НЕГО И ЗДРАВСТВЕНЕ РАДНИКЕ УОПШТЕ И ЗА ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ ЗЕМЉЕ
// МОЖДА НЕКО ИМА ЖЕЉУ ДА БУДЕ ОПЕРИСАН У ОДРЕЂЕНОЈ БОЛНИЦИ, ДА ГА ОПЕРИШЕ ОДРЕЂЕНИ ХИРУРГ, АЛИ У ТОМ СЛУЧАЈУ ТИ ПАЦИЈЕНТИ НЕ МОГУ ДА БУДУ ПАРАМЕТАР ЗА ДУЖИНУ ЧЕКАЊА // КАПИТАЦИЈА: ДА АЛИ НЕ „ПРЕКО КОЛЕНА“ //

Посао лекара и хирурга на клиници је љубав и то је, наравно, мени много лакше - објашњава проф др Александар Вуксановић, директор РРЗО Србије у интервју за „Гласник“ Лекарске коморе Србије своју садашњу позицију. Ја и сада, кад год имам контакт са пацијентима то доживљавам као антистрес терапију у односу на овај посао овде.

• Више зависите од Вас?

– Посао хирурга је у суштини ипак посао тима. Када сте млади хирург, ви доносите одлуке па је и одговорност највише на вама, али је то ствар, како да кажем, ипак емоција...

• И струке?

– Добро, и струке. Али на крају кад то упростите, то је ствар емоције и стварно: хирургија, медицина, урологија то је оно што волим да радим, наравно са пацијентима.

• Има ли Фонд решење за жалбе здравствених радника и здравствених услова због недостатака појединих лекова и других средстава за свакодневни рад?

– Мени је апсолутно јасно пре свега као лекару, да свако од нас жели да има што боље услове за рад, да има што савременију опрему, да има што већу палету најсавременијих лекова и то се, стручно, потпуно да оправдати и схватити. Није то ствар само много компоријег рада, него је то могућност да радите у што бо-



Проф. др Александар Вуксановић

љим условима, да пацијенту омогућите што већи комфор у болницама, јер савремена медицина одиста може да лечи оно што је пре две, три, пет година било немогуће лечити. Али пацијентима је веома важно и у каквим условима се лече, тако да је то све потпуно разумљиво. Али, опет, и лекари, а и, рекао бих наши пацијенти, морају да буду свесни економске реалности, економске моћи земље. Просто, значи, медицина, односно здравствени систем земље троши новац који економија ове земље ствара, тако да је то једно са другим повезано.

• И здравство није могло да избејне економску кризу.

– Ми дефинитивно и ове, 2011. године, али и 2010. године имамо смањење прихода. То смањење прихода мора да се одрази и на потрошњу уопште, а медицина јесте нека врста потрошње. Ми се трудимо, у Републичком заводу, да наши осигураници, да не кажем паци-

јенти, што мање осете тај смањени прилив новца и у том смислу смо и прегледали одређене поступке који имају за циљ уштеде у набавкама и санитетског материјала, и лекова, да би тај новац који смо на тај начин уштедели могли да поново пласирамо у здравство Србије на тај начин да прво не смањујемо права која су наши осигураници до сада имали и чак, шта више, да пробамо да права и проширимо.

• На који начин очекујете да би се уштеда остварила кроз јавне набавке? Који су то механизми?

29 <

– Један од поступака који је довео до тог начина уштеде је договор Републичког завода са дистрибутерским кућама око уштеде од десет процената у нашем плаћању према њима. Имајући у виду колико новца одлази на лекове и у здравственим и у апотекарским установама, то је једна значајна свота новца.

Такође централизовали смо набавку неких санитарских материјала који опет имају за циљ да смање трошкове у односу на то када су их појединачне здравствене установе спроводиле. Једноставно, када набављате већу количину нечега можете да добијете и нижу цену. То јесте већи посао за Републички завод, и у смислу расподеле свега тога по установама, али је у овом тренутку примарно да прво обезбедимо да то што смо раније набављали и даље буде у довољним количинама. Значи, да због смањеног прилива не морамо да смањујемо количине тог материјала, а такође и да омогућимо опет оно што сам рекао, ако треба да набављамо и неке нове лекове.

• *Каг сће сиоменули десет процената колики је шонизнос?*

– То је између четири и пет милијарди динара.

• *Да ли постоји механизам контроле ако је нека установа потрошила више новца односно искористила ли наменски?*

– Здравствене установе су обавезне и правдају трошкове преко фактура. Значи, оно што смо ми у Републичком заводу предузели је да ћемо фактуре контролисати на самом улазу. Значи, електронска фактура када долази у неку од филијала, односно када долази у Републички завод за здравствено осигурање, она ће већ на самом уласку пролазити кроз одређене филтере који ће да провере ваљаност такве фактуре и да ли су поштовани сви критеријуми Републичког завода у лечењу те особе, тог нашег осигураника. Уколико нису, та фактора ће бити одмах оспоравана, уколико не, она пролази тај први филтер. Постоје касније још други филтери.

Кроз те фактуре се, између осталог, правда и потрошња одређеног материјала и одређених лекова, тако да на тај начин ми можемо да вршимо контролу утрошка средстава. Да ли се средства која ми преносимо здравственим установама користе наменски се такође контролише.

Значи, Републички завод, не да само има могућности, него је и у обавези да врши контролу наменског коришћења средстава и постоје наше контролне службе

>>> И лекари и пацијенти, морају да буду свесни економске реалности, економске моћи земље <<<

и у оквиру филијала, и у оквиру Дирекције, које врше контролу наменског трошења средстава. Значи, ако је нека здравствена установа добила новац за енергенте, да ли га је стварно искористила за енергенте или за неку другу намену то већ представља кривично дело. Значи, ненаменско трошење средстава представља кривично дело.

• *Да ли су се ваши контролори суочили са шом чињеницом? Познати су и случајеви да су кроз повећане трошкове количине лекова шим одређеним средствима исплаћивали лични доходи.*

– Где год се учило да се здравствене установе није придржавале уговора, наша контрола је реаговала кроз оспоравање фактура, оспоравања плаћања, повраћај средстава. Значи, где год је установљена неправилност у трошењу то је кориговано.

• *Да ли шад гео рага олакашава вођење протокола?*

– Апсолутно. Протоколи су нешто што је веома важно и када сам дошао за медицинског директора Клиничког центра Србије, једна од првих ствари је била да објасним да увођење протокола у лечењу болесника представља велику заштиту за пацијенте, велику заштиту за, не само лекаре, него и здравствене раднике уопште, за институције, за здравствени систем земље. Мислим да је то веома важно. Протоколи лечења не треба да буду никаква наша специјалност. Просто, они постоје свуда

>>> На Лекарској комори је да заједно са свим осталим структурама здравственог система исфорсира да се ти протоколи до краја спроведу и поштују <<<

у свету. Њихова израда је веома скупа, веома компликована али то је нешто што велика светска удружења раде. Оно што ми треба да урадимо је да то искуство применимо, преведемо у наше протоколе и да се само тих протокола придржавамо.

• *Лекарска комора Србије има изванредан однос са Немачком лекарском комором. Они заиста желе да нам савде на располагање нешто што их је веома мноштво коштало. Е, сад, да ли ћемо ошћу покушати да буге-мо шаметнију у шодрази за неким „српским“ моделом протокола или искористишћу шонуђено?*

– Па, апсолутно. На то не треба уопште трошити речи, колико је то битно и значајно за здравствени систем, за здравствене раднике, њихову заштиту, заштиту пацијентата, установа. На Лекарској комори је да то заједно са свим осталим структурама здравственог система, значи са Републичким заводом, са Министарством здравља, са врхунским институцијама, пре свега, ту мислим на Клинички центар Србије – који је већ део посла урадио – исфорсира да се ти протоколи, терапијски протоколи, до краја спроведу и поштују.

• *Где шћу видиш неку бољу сарадњу с Лекарском комором?*

– То би био један од врло битних пројеката на коме би заиста требало да радимо. Протоколи су нешто на чему би стварно требало ове две институције заједно да раде на корист свих учесника.

• *Каква је штрашћуја за решавање проблема листе чекања за шодједине шераијске и дијагностичке случајеви?*

– Листа чекања је нешто што је мене запрепастило када сам дошао на чело Завода у смислу броја пацијената који фигуришу на одређеним листама чекања. Листе чекања постоје и у најбогатијим земљама света. Волим да истакнем, као уролог, да се, рецимо на бенигну операцију простате у Енглеској чека дванаест, четрнаест, шеснаест месеци. Данас се на преглед специјалисте уролога у Енглеској чека до шест месеци, некада и дуже. То код нас једноставно није случај. Али,

дефинитивно, и ми имамо листе чекања у одређеним сегментима. Постоји стање болести где фактор време није толико битан, наравно, квалитет живота тих људи јесте угрожен, али није пресудан у смислу да одлучује о животу или смрти. Али, постоје и она стања где је то веома битно, као што је, на пример, кардиохирургија и један од проблема с којима се ја тренутно носим и Републички завод су листе чекања у кардиохирургији.

• *Шта ћу планирати да предузмем?*

– Оно што је мене понукало да мало рашчешљамо то је чињеница да од тих силних имена на листама чекања, када смо ми те пацијенте звали да их упутимо на лечење у неку од установа ван мреже установа, добијали смо врло мали одговор – испод десет процената. Имао сам састанак са директорима кардиохируршких установа и из тога је произашао један закључак да ћемо ми централизовати листе, да ће сваки од пацијената добити један упитник који ће попунити – да ли жели да буде на централној листи, што значи да ће бити упућиван у прву установу која има места, јер, само да напоменем: у Клиничком центру Војводине се на кардиохируршку интервенцију чека, рецимо, око два месеца, у Нишу – до месец дана, а на Дедињу су хиљаде имена. Значи, сам пацијент ће сво-



Зграда РРЗО Србије

јевољно одлучити и потписати да ли жели да буде на централној листи чекања и да буде упућен, ако је потребно, у Војводину, Нови Сад, Клинички центар Србије, Турску, приватни клиничко-болнички центар, где већ буде било, или жели да буде на листи чекања саме установе. Можда има жељу да буде оперисан у тој болници, да га оперише одређени хирург, али у том случају ти пацијенти не могу да буду параметар за дужину чекања и не могу да буде параметар за потребу да Републички завод закључује уговоре са установама ван мреже, да имамо одлив пара на местима где можда и не треба.

• *Шта мислиш о сарадњи између државној и приватној здравства са позиције директора Фонда?*

– Одмах када сам дошао на место директора Републичког завода рекао да, не да немам никакав лични проблем с тиме да се приватни сектор храбрије укључи у здравствени систем Србије, већ напротив. Мислим да је то један неминован процес и мислим да треба сасвим храбро закорачити у том правцу јер на тај начин можемо само да ојачамо здравствени систем Србије.

Оно што је веома важно када правимо те кораке, када идемо у тај поступак, је да се води рачуна да ни у једном тренутку права наших осигураника, сигурност пацијената не буде ничим компромитована.

• *Једно су жеље а друго пракса?*

– Ви знате да је било доста говора око овог уговора који Републички завод треба да потпише са приватним институцијама у смислу лечења на примарном

>>> немам никакав лични проблем с тиме да се приватни сектор храбрије укључи у здравствени систем Србије <<<

нивоу. То да ако неко реши да иде у приватни дом здравља ту услугу плати, али да га лекар из тог приватног дома здравља може упутити на секундар, терцијар, може да му пропише боловање, помагала, рецепте и тако даље. Могућност прописивања рецепата постоји и сада.

Што се тиче ових других ствари, и сама струка, Лекарска комора, синдикати лекара су имали велике примедбе на тај примарни нацрт како би то требало да буде уређено и то сам ја, наравно, затекао по доласку. Сасвим би нормално било послушати став и мишљење струке. Пре свега, лекаре који раде на примарној здравственој заштити. Ми смо у разговорима са њима дошли до одређених закључака како би требало уопште да буде уређено укључивање приватних поликлиника и домова здравља у здравствени систем Србије и на који начин. На основу њиховог мишљења и сарадње ми смо направили један нацрт тог правилника, који је сада упућен Министарству здравља на оцену. Од Министарства здравља сада зависи да ли ће они дати сагласност на то или ће имати можда неке примедбе.

• *Имаш ли Ви ућисак, с позиције на којој си сада, да је то неко фаворизован?*

– Да вам кажем: ако и нека страна фаворизује некога, Републички завод, Министарство здравља, Лекарска комора, Синдикат лекара – значи сви, морамо да радимо да нико не буде фаворизован и да нико не буде опструисан. То је у интересу свих нас. Ја не верујем да је у интересу било које од ове четири стране да или некога спутава или да некога фаворизује. Можда би на кратке стазе неком деловало оправдавајући разлог да се неко фаворизује или опструира, али дефинитивно, ако се реално гледа на дуже стаза, ни једној страни не иде у прилог.

• *Каква је сарадња са приватним лекарима, да ли је то изводљиво, нагодна трошкова, можда не целокупних?*

– Па ви знате какве су цене у нашем здравству у државним институцијама...

• *Разлику, рецимо, нека љаши пацијент?*

– Мислим да у тој сфери постоје још увек законске препреке али опет кажем да то све мора да се гледа кроз призму сарадње ове четири институције. Значи, Министарства здравља, Републичког завода, Коморе и Синдиката лекара.

• *Комора је окренула и покушала да зайочне нешто у том правцу?*

31 <

– Ја апсолутно не мислим да било који од ова четири стуба здравства Србије може сама да донесе одлуку. Сви смо на истом задатку и, у суштини, имамо исти интерес.

• *Да ли смањите да је ценовник који плаћа за услуге РЗЗО појачањем, да су цене, нереално ниске.*

– Преглед врхунског стручњака се креће од 400–500 до 1000 динара. У редовном раду то нам је основни параметар. Али, има и тих аномалије које треба отклонити.

• *Како ћемо се искобељати из чињавне усјавне, љавне и љавичне заврзламе око дојунској рада...*

– То је сад на министру.

• *Када ће се активирајући најаљвени љавилник ко-ја љавиљизованим усјавовима омољућава нека љрава љољућ љројисивања лекова, боловања ...*

– Ми смо ускладили ставове са Комором и Синдикатом и заједнички предлог смо упутили Министарству здравља. Тако да је заједнички предлог ова три стуба здравства упућен четвртм, то је Министарству здравља, на мишљење.

• *Када ће љочећи љољисивање ујовора РЗЗО-а са љри-ваљним здрављвеним усјавовима, нарочиљо у обла-сљи љримарне зашљиље?*

– То је одобрено.

• *Зашљо лекари заљослени у љриваљним здрављвеним усјавовима не мољу биљи изабрани лекари са љун-ним љравом и обавезама?*

– Ако погледате наш заједнички предлог: Коморе, Републичког завода и Синдиката упућен Министарству, суштина тог предлога је да су – ако изузмемо то да ће пацијент, односно осигураник, платити услугу прегледа приватног лекара – права и обавезе у приватном сектору у том нашем предлогу изједначене са правима и обавезама у државном сектору.

То је суштина нашег заједничког предлога, јер како је иницијално било замишљено, струка је имала огромне примедбе на тај иницијални предлог и Комора, наравно, и синдикати, а и ми овде смо сматрали да тај иницијални правилник није добар и да пружа могућност не само за злоупотребу, која би могла да има и финансијске реперкусије, већ да није био добар примарно за пацијенте. Јер сам пацијент не би био адекватно зашћићен.

• *Када ћеље сљровесљи љрољрам калљиљације, и да ли ће љриваљне здрављвене усјавове биљи укључене у љљо?*

– Што се тиче капитације, то је један од великих пројеката у претходном периоду. Ја сам дошао у тренутку када је он био при самом крају и рекао сам да је програм капитације, који су прихватиле многе земље, нешто што ће неминовно у једном тренутку доћи и код нас на дневни ред. То што он још није заживео је последица тога што је опет потребно да Влада донесе одређене уредбе које се тичу плата, након чега може да се крене са програмом капитације. У старту сам рекао да ће, док сам ја на челу Републичког завода, тај програм капитације кренути полако, обазриво, не ништа да се нешто сече и ломи преко ноћи и да се било ко до-

води – и здравствени радници и наши осигураници – у проблем.

Суштина капитације је да се неко, да тако крајње поједностављено кажем, плати онолико колико ради. То као сама идеја није лоше, али кажем, до момента саме реализације, треба да прође један период времена када ће се здравственим радницима дати могућност да се привикну на нове критеријуме. Сваки од лекара има могућност да преко веб сајта Републичког завода провери, како тренутно стоји, да провери како би се са променама критеријума његови приходи мењали. Значи, постоји могућност за сваког лекара да се прилагоди новим условима рада.

Кажем, у почетку ће ти критеријуми бити максимално лабави, просто да дамо шансу да се привикну, да се уклопе, да у ходу могу да проверавају где искачу, како да се коригују и временом ћемо онда критеријуме пооштравати.

• *Лекари између себе савршено знају ко, како и колико ради иљак ћуље. Да ли љрељознајље љу врсљу ура-ниловке у здрављвеном сисљему Србије, некој незаме-рања које иљљељи и љљојединцу и сисљему?*

– Откако је људског рода, било је таквих и биће таквих. На систему је да то спречи и то се мора системски решити. Не можете ви препустити појединцу да каже једном да је добар радник, а другом да је лош радник и да ће зато овај први имати већу плату, овај други мању. Јер то ствара могућност и злоупотреба. То не треба да буде на појединцу. То треба да буде на систему који ће препознати како свако од нас ради и нека буде тако награђен, да се не оставља неком шефу, директору и његовом личном утиску.

>>> У старту сам рекао да ће, док сам ја на челу Републичког завода, тај програм капитације кренути полако, обазриво, не ништа да се нешто сече и ломи преко ноћи и да се било ко доводи – и здравствени радници и наши осигураници – у проблем <<<

• *До када ће се државна имовина и ољрема која се наба-вља средсљвима РЗЗО-а корисљиљи за дојунски рад?*

– Набавка опреме није надлежност Републичког завода већ Министарства здравља. Ми имамо одређене цифре где смо, у циљу смањења листе чекања, решење пронашли у томе да лекарима, здравственим радницима уопште, омогућимо да у допунском раду, поподне, када заврше своје редовно радно време и када испуне своје обавезе у оквиру радног времена сто посто, раде у допунском раду и у државном сектору. На тај начин они остварују приходе, не само за себе, већ остварују приходе и за институцију у којој раде. А и пацијентима је исто добро зато што им се омогућава да дођу до лекара кога желе и да не чекају на некој листи чекања и, уопште, да свој здравствени проблем реше на бржи начин. Треба мислити на то да су у том ланцу сви задовољни – и здравствени радници, и здравствени систем, и институција за коју они раде. Наравно, потписивање тог уговора је ствар сваког појединца – да ли он жели да ради у државној институцији или некој приватној.

**Др Нада Радан Милованчев,
Милош Чолић**

>>> КУДА ИДЕ ЗДРАВСТВЕНИ ДИНАР

ЕКОНОМ, ЕКОНОМИЈА, ЕКОНОМЕТРИЈА И ЕКОНОМИЧНОСТ
У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ

САН, ЗАБЛУДА, РЕАЛНОСТ И/ИЛИ НЕМИНОВНОСТ?

// ДА ЛИ ДРЖАВА, У НАШЕ ИМЕ И БЕЗ НАШЕ САГЛАСНОСТИ, МОЖЕ ДА ОТПИШЕ ОГРОМНЕ НЕНАПЛАЋЕНЕ ДУГОВЕ ПРЕМА ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ – 84 МИЛИЈАРДЕ ДИНАРА? // НИГДЕ НИЈЕ ЗАПИСАНО КО ЗАСТУПА ИНТЕРЕСЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА И ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА КОЈИ СВОЈИМ РАДОМ ОБЕЗБЕЂУЈУ ФИНАНСИЈСКА СРЕДСТВА ЗА РАД ЗАВОДА, ПА И УПРАВНОГ ОДБОРА //

Пише: ПРОФ. ДР ДРАГАН ДЕЛИЋ,
ПРЕДСЕДНИК ЗДРАВСТВЕНОГ
САВЕТА СРБИЈЕ



Пишући ове редове као лекар-клиничар оскудним, у сваком случају, недовољним познавањем, мање-више, егзактне науке као што је економија, узимам себи за право да, ипак, изнесем експлицитан став да у сектору здравствених услуга у Србији готово да нема ни Е од економије.

Економски волонтаризам и евидентна хипокризија која се огледа у несразмери између прокламованих права у области здравствене заштите и економске моћи земље, доводе у (жељену) заблуду осигуранике, а здравствене раднике претвара у дежурне кривце. При томе, мени као натуршцику у свету економије, потпуно су јасне и прихватљиве три општепознате чињенице:

- 1) у потпуности финансиран систем здравствене заштите, бесплатан за све грађане и који, у крајњој инстанци, покрива осигуранике свим облицима здравствене заштите, није реалан у економском смислу,
- 2) економски принципи, поред социјалне компоненте и неких других фактора, морају бити у основи функционисања здравственог система. Социјалну политику утемељује и спроводи добро организована, економски стабилна и здраворазумска држава, а не здравствени систем, и
- 3) свуда у свету здравствени систем је веома скуп из више разлога: високообразовани кадар који ради у њему, софистицирана и често неопходна, компле-

ментарна дијагностика, нови и скупи терапијски протоколи, итд. Квалитетна и ефикасна здравствена услуга захтева/подразумева значајна улагања, односно издвајања финансијских средстава. Оно што неоспорно постоји, као два антипода, су добар и лош здравствени систем са многобројним варијантама између ова два екстрема.

Како здравствени систем, па и здравствено осигурање, функционишу и опстају деценијама у земљи Србији? Да ли ту постоји нека закономерност и предвидљивост? Прво и основно, квантитет, а још мање квалитет рада у сектору здравствених услуга, нису у позитивној корелацији са начином и обимом финансирања.

На обим нашег рада, пре свега, утичу болесници и њихова спремност (свест, спознаја) да је неопходно (пожељно) отићи до лекара, што је, по правилу, испод реалне стопе морбидитета, односно здравственог стања нације. Такође, на обим нашег рада утиче постојеће инфраструктура у здравству, као и њена доступност.

Име, њезиме и – цена

На другој страни, финансијски прилив у здравствене установе зависи од економске моћи државе, односно њене процене/одлуке која и колика финансијска средства може/жели да одвоји за функционисање сектора здравствених услуга. При томе, увек се истиче значај одрживости финансирања као једине и искључиве константе у здравственом осигурању.

Да ли је финансирање у служби пуког преживљавања, или је, пре свега, у служби квалитетног, свеобухватног и развојног здравственог система? Одговор се сам намеће. Још веће и значајније непознавање суштине сектора здравствених услуга се огледа у његовом позиционирању у сфери потрошње, да се финансира из буџета, да њиме управљају осигуранници и да Републички завод за здравствено осигурање обезбеђује средства (Закон о здравственом осигурању, члан 212, тачка 3).

33 <

Поједностављено сагледавање суштине проблема и функционисања система, огледа се и у члану 222, тачка 2. где стоји да чланови Управног одбора Републичког завода заступају интересе осигураника.

Нигде није записано ко заступа интересе целокупног здравственог система и здравствених радника који својим радом обезбеђују финансијска средства за рад Завода, па и Управног одбора. Посебно питање је, да ли је и Завод обесправљен (развлашћен), и да ли он само спроводи политику Владе у задатим оквирима?

Шире гледано, добар и ефикасан здравствени систем је предуслов /полазна основа за добро и ефикасно функционисање свих осталих система у добро организованом и напредном друштву.

Уже гледано, здравствени систем по суштини, организацији, реализацији и ефектима припада услужној делатности. Здравствени радници пружају високоспецијализоване услуге које имају своје име и презиме, као и своју цену. У ту цену, која је често нереално ниска, улази и наше знање, континуирана едукација, сложеност посла, време, одговорност, физички напор,...па зашто не, и стрес.

Према томе, здравствени радници својим радом обезбеђују финансијска средства, односно њима припадају финансијска средства на основу уложеног рада, баш као што се, да поједноставим проблем, пекарима плаћа хлеб или превозницима карта.

Законом ове државе, ова финансијска средства бивају отуђена и затим делимично враћена одлукама органа које чине осигураници (sic!). Овакав систем, објективно, доводи здравствене раднике у инфериоран/зависан положај. Овакав систем, без економске логике, између

осталог, омогућује да држава за 2011. годину намени, за 1.200.000 неосигураних лица, по 520 динара (!?).

Планирано је да ће годишње уплате 3,5 милиона осигураника омогућити прилив/потрошњу око 30.000 динара по становнику. У ЕУ је просек око 1500 евра по становнику.

Да ли су они расипници или су лоше организовали свој здравствени систем? Да ли је могуће пружити исти или приближни квалитет здравствене заштите као у земљама које вишеструко више одвајају/плаћају за здравство?.

Да ли постоје алхемичари у XXI веку?

Да ли ми поштујемо и уважавамо економске критеријуме или је здравствени систем вишедеценијски економски/социјални вентил ове државе? Да ли држава,

>>> Данас су грађани и запослени у здравству, на неки начин, таоци Владиних одлука које се доносе у циљу очувања социјалног мира <<<

у наше име и без наше сагласности, може да отпише огромне ненаплаћене дугове према здравственом систему Србије (84 милијарде динара)?

Овим су сигурно погођени и осигураници који редовно плаћају здравствено осигурање, јер они финансирају заштиту и за оне који не плаћају из различитих



ДА ЛИ ПОСТОЈЕ АЛХЕМИЧАРИ У 21. ВЕКУ: КАКО ОД ДИНАРА НАПРАВИТИ ДВА

разлога; најгора могућност је привилеговани положај појединих група осигураника. Отписом дугова се, неминовно, снижава и квалитет услуга јер се ради о „систему спојених судова“.

Одлуком Фонда о једногодишњој овери здравствене књижице, проблем нередовног или, чак, неплаћања здравственог осигурања ће се мултипликовати у наредном периоду.

Уколико прихватимо да економија „не станује“ у здравственом систему Србије, намеће се питање како са много мање пара, него у европским земљама, постижемо сасвим добре/прихватљиве резултате у превенцији и лечењу наших осигураника? Који су то „сигурносни вентили“ у здравственом систему Србије?

Наводим само три могућа објашњења:

- 1) значајан број осигураника одласком код приватног лекара, у приватне лабораторије или куповином лекова додатно финансира своју здравствену заштиту,
- 2) значајно мањи број запослених лекара и, посебно, медицинских сестара на 1000 становника у нашој земљи него у земљама ЕУ, и
- 3) ниске плате које доводе у питање чак и достојанство здравствених радника.

Не само због уравнотеженог и објективног сагледавања проблема финансирања здравственог система, већ и због искреног осећаја и спознаја о могућности развоја и напретка и у оваквим условима, сагледајмо и другу страну медаље. Пошто је здравствени систем, као и сви велики системи, „двосмерна улица“ са много учесника и одговорних лица за њено функционисање, не искључујем, чак и наглашавам неке неискоришћене могућности за смањење трошкова, економичније пословање и већи финансијски прилив. На пример:

– у примарној здравственој заштити треба повећати проценат превентивних посета, које на дуге стазе доносе медицински и економски бољитак (са садашњих 4–5 одсто на европских 10–15 процената),

– лекари примарне здравствене заштите, уз стварање одговарајућих предуслова, морају редукovati упућивање пацијаната специјалистима секундарног или терцијерног нивоа са садашњих 16–30 одсто на 10–15 одсто (холандских четири одсто је футуристички домен, али нисам сигуран и пожељан циљ),

– понављање анализе на секундарном/терцијерном нивоу здравствене заштите, широка дијагностика без медицинског/стручног покрића, нерационална употреба лекова, итд, јесу „златне резерве“ у здравственом систему Србије,

– постојање и развој три потпуно самостална и паралелна здравствена система (државни, приватни и војни) у једној малој и сиромашној држави,

– здравствени менаџмент који није увек на висини постављених задатака, поготово у сфери економије пословања, организацији рада, мотивацији запослених. Са друге стране, чињеница је да им и постојећи закони не иду на руку: да ли закон штити раднике или нераднике?

– неискоришћене могућности тзв. здравственог туризма и бањско-климатских лечилишта,

– висок проценат немедицинских радника (28 одсто) у здравственом систему,

– заостајање за савременим трендовима у области активне имунизације становништва,

– веће/значајније учешће тзв. традиционалне медицине у превенцији и лечењу појединих обољења,

– висока учесталост интрахоспиталних инфекција што, између осталог, односи и значајна финансијска средства, итд.

И на крају, шта је лајтмотив (идеја водила) овог чланка? Истина избија на видело у тренутку када јој прети опасност да буде уништена.

Према томе, полазна основа за решавање наведених проблема је суочавање с истином и саопштавање исте, ма колико она била болна у контексту актуелних друштвених-економских-политичких збивања у нашој земљи: неповољна економска ситуација, куповање социјалног мира „болна“ транзиција, избори који су увек пред вратима, итд.

Данас су грађани и запослени у здравству, на неки начин, таоци Владиних одлука које се доносе у циљу очувања социјалног мира. Осигуранници морају знати колико одвајају за здравство и шта то доноси/омогућује, а то је основни пакет услуга.

Кокеџирање са бесилајним здрављем

Све изнад тога је ствар њихове одлуке, финансијске (економске) могућности појединаца и државе. Болно, али истинито звучи афоризам Милана Бештића: „За лек се не каже хвала, *што се њлаха*“.

Истичем неходност усвајање здравих стилова живота (едукација становништва!) и у супротном, економске консеквенце у сфери дијагностике и лечења последичних стања. Сматрам, да се из више разлога, мора ићи ка редефинисању права из здравственог осигурања, без обзира што то није опортунно и општеприхватљиво у овако турбулентним временима.

Политичари, пак, морају да престану да кокеџирају са нереалним очекивањима осигураника/гласача, да не стичу предизборне поене са демагошким паролама о бесплатном здравству, да схвате да јерихонске трубе постоје само у библијским причама и, што је најбитније, да целокупан терет одговорности не пребацују на здравствене раднике.

Здравствени радници, пак, уз доследно и потпуно поштовање доктрине, протокола, савремених достигнућа и етике, морају увести у организацију рада, дијагностичке процедуре и терапијске протоколе и економске параметре и законитости. Уштеда на једној страни, са медицинским покрићем, само значи квалитетније и ефикасније лечење на другој страни. Нестручност, некритичност и расипништво, такође, морају повлачити економске консеквенце за здравствене раднике који се тако понашају и раде.

Неопходна је модернизација целокупног система у смислу промене начина плаћања здравствених радника, начина праћања резултата рада и обезбеђења квалитета услуга, тј. заштите и примаоца и даваоца услуга преко транспарентног и економски утемељеног начина финансирања, као и увођења система одговорности на свим нивоима.

Према томе, ова ситуација мора да нас натера да „играмо с отвореним картама“. Оно што штети, то и поучава (*Quod nocet, docet*). За почетак, за здравствене раднике, и истина је довољна. //

УЛОГА И ЗНАЧАЈ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ У РЕФОРМИ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

КЉУЧНИ ПАРТНЕР МИНИСТАРСТВА ЗДРАВЉА И РЗЗО-а

// ОД САМОГ ПОЧЕТКА ПРЕДСТАВНИЦИ ЛКС БИЛИ УКЉУЧЕНИ У ПРОЈЕКТЕ ЕВРОПСКЕ УНИЈЕ ПОПУТ ПРОЈЕКТА ПОДРШКА ПРИМЕНИ КАПИТАЦИЈЕ У ПРИМАРНОМ ЗДРАВСТВУ СРБИЈЕ И ОБУКА ЗА МЕНАЏМЕНТ У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ //

Лекарска комора Србије почела је са поновним радом средином 2006. године, после одржаних избора за скупштину организације. После шездесет година лекари Србије добили су адекватног и компетентног заступника сталешких интереса, а најшира јавност Србије, сви њени грађани, регулаторно тело лекарске струке и гарант квалитета здравствене заштите. Тиме су створени неопходни предуслови за свеобухватни приступ реформама здравственог система и стално унапређење квалитета здравствених услуга.

Битно је истаћи и чињеницу да је, упркос декларативној спремности креатора здравствене политике да помогне реоснивање и поновни почетак рада Коморе, било потребно скоро две године да Лекарска комора Србије заврши конституисање својих тела и органа, донесе неопходне правне прописе и почне са обављањем поверених и других послова предвиђених законом.

Кренули смо буквално од нуле, без динара помоћи надлежних државних органа која је била прописана законом. Ипак, истог тренутка када смо стали на своје ноге, укључили смо се у сва актуелна дешавања у систему здравствене заштите.

Већ 2007. године, у тренуцима када Комора још увек није имала своје званично седиште, паралелно с уписом доктора медицине у Именик Лекарске коморе Србије, представници Коморе укључују се у активности Пројекта примарне здравствене заштите на Балкану финансираног од стране канадске владе, кроз ЦИДА-у, канадску агенцију за међународни развој. Од тог тренутка до данас није било значајнијег међународног или домаћег пројекта у коме Комора није учествовала и давала значајан допринос.

Ресјеџабилан њартнер

Наши представници нису били само пасивни учесници великог броја конференција и стручних састанака на тему развоја и унапређења здравствене заштите, већ су активно партиципирали у предлагању конкретних решења, пратећи све време праксу развијеног света, пре свега ону из земаља Европске Уније.

Сасвим је друга ствар када је реч о томе у којој су мери наши предлози решења уважавани од стране других кључних заинтересованих страна, пре свега здравствених власти. Од самог почетка представници ЛКС били су укључени у пројекте Европске уније попут пројекта Подршка примени капитације у примарном здравству Србије и Обука за менаџмент у систему здравствене за-

>>> Комора се као одговорна и модерно конципирана организација, увек противила је доношење ad hoc решења, супротно примерима позитивне праксе, превасходно из држава чланица Европске уније <<<

штите. О степену ангажовања и доприносу реализацији самих пројеката могуће је, у сваком тренутку, добити информације од одговорних на поменутих пројекти-ма, али и од великог броја међународних експерата који су у њима учествовали.

Помоћник директорке ЛКС за државни сектор био је ангажован као инструктор у пројекту Подршка примени капитације у примарном здравству Србије, док је директорка лично члан Савета за реформу примарне здравствене заштите при Републичком заводу за здравствено осигурање Србије. Поред тога, активно смо укључени у рад Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, одговарајућих тела која се баве праћењем и унапређењем квалитета здравствене заштите, а партиципирамо и у раду невладиног сектора у домену јавне промоције здравља.

Крајем 2010. године одржана је презентација извештаја Канцеларије СЗО у Србији на тему Евалуација примарне здравствене заштите у Србији, који је, од стране холандског Института за јавно здравље НИВЕЛ, урађен на основу двогодишњег уговора СЗО и министарства здравља Републике Србије. ЛКС је на том скупу имала једног од панелиста, а представници СЗО су одали конкретно признање нашој организацији на доприносу при изради извештаја.

Лекарска комора Србије се, такође већ 2007. године

укључила у међународне активности из области свог рада. Постајемо члан Симпозијума лекарских комора земаља Централне и Источне Европе - ЗЕВА, а 2009. већ организујемо и редовни годишњи састанак овог форума. Истовремено смо кренули и с укључивањем у рад Сталног комитета лекара Европе, при коме смо, у врло кратком року, остварили статус посматрача. Чланови смо и великог броја међународних лекарских организација и удружења, повезујући тиме више од тридесет хиљада лекара Србије са колегама из Европе и света.

Из данашње перспективе, без икакве дилеме, могуће је рећи да је ЛКС у протеклом периоду била кључни партнер министарства здравља и РЗЗО-а у процесу реформи примарне здравствене заштите. Били смо и јесмо активни учесник у промоцији реформе финансирања примарне здравствене заштите, тим пре што су неки од носилаца највиших функција у Комори признати познаваоци и, зашто не рећи, експерти у области здравствених система и организације примарног здравства. Оно чему се Комора, као одговорна и модерно конципирана организација, увек противила је доношење *ad hoc* решења, супротно примерима позитивне праксе, превасходно из држава чланица Европске уније.

Улога ЛКС у реформи примарне здравствене заштите

Када је реч о реформи финансирања пружалаца услуга на примарном нивоу здравствене заштите, битно је поменути да је ЛКС током протекле две године организовала велики број трибина и стручних састанака са циљем приближавања основа система капитације лекарима запосленима у примарној здравственој заштити.

Истовремено, одговорни у Комори обишли су велики број домова здравља на територији целе земље и, у директном контакту са лекарима, разматрали конкретне проблеме који су уочавани у појединим срединама. Из таквих активности проистекао је велики број примедби на понуђена конкретна решења, али и једнаки број могућих адекватних одговора на постојеће проблеме.

Преко својих огранака ЛКС је прикупљала примедбе и сугестије лекара и руководилаца домова здравља, систематизовала их у свом седишту, и достављала их надлежнима у РЗЗО-у. Промовишући идеју капитације, врло често смо били у ризику да будемо непопуларни код својих колега са примарног нивоа здравствене заштите и доживљени као неко ко, у негативном смислу, утиче на њихов социоекономски статус.

Напомињемо да ЛКС ни у овом тренутку није задовољна појединим понуђеним решењима из ове области, али то ниједног тренутка не значи да нисмо свесни неопходности промене начина финансирања и да и даље нећемо нудити корисна и компетентна решења.

Врло је важно знати да су лекари који раде у примарној здравственој заштити у Србији, генерално говорећи, најслабије плаћени лекари у држави. Поред тога, њихове могућности за допунски рад су најмање. У таквом окружењу од изузетне је важности примена систематичног и студиозног приступа изменама начина финансирања пружалаца услуга.

Други проблем је велика неједнакост у погледу доступности здравствене заштите у различитим деловима земље, али и квалитета пружања здравствених услуга и услова за рад здравствених професионалаца. У таквим околностима *conditio sine qua non* је развијање оптималног система за праћење и евалуацију учинка лекара у примарној здравственој заштити.

Лекари Србије себе доживљавају као еснаф који је, у протеклих неколико деценија, био чувар социјалног мира у држави што, *de facto*, и јесте тачно. Међутим, лекари Србије у стручном погледу не заостају за колегама из далеко развијенијих и богатијих земаља.

ЛКС, као њихов најрепрезентативнији представник, свесна је своје одговорности и улоге у процесима реформе система здравствене заштите и обнове друштвеног удела струке. Ова два процеса морају тећи паралелно. На тај начин истовремено се обезбеђује боља здравствена заштита за грађане Србије и веће задовољство лекара који је пружају.

Лекарска комора Србије у овом тренутку

Лекарска комора Србије своју посвећеност доброти не само својих чланова, већ свих грађана Србије, манифестује кроз своје свакодневне активности али и специфичне пројекте. У току је израда студије изводљивости укључивања приватног сектора у здравствени систем Србије, а представници ЛКС активно учествују у раду Посебне радне групе за унапређење рада изабраних лекара коју је именовао претходни министар здравља и Савета за реформу примарне здравствене заштите РЗЗО-а.

Паралелно са тим, укључени смо у велики број активности везаних за унапређење квалитета здравствене заштите и акредитацију здравствених установа. Највиши представници Коморе учествују као предавачи на еминентним скуповима посвећеним развоју здравственог менаџмента, борби против корупције, медицинском праву, повећању безбедности пацијената.

Чак и највиши здравствени ауторитети у држави, попут Здравственог савета Републике Србије, ослањају се у свом раду на Лекарску комору Србије. То потврђују и чињенице да ЛКС несебично ставља своје ресурсе на располагање Здравственом савету када је реч о акредитацији програма континуиране медицинске едукације и процени менаџерских капацитета у систему здравствене заштите Србије. Програмом рада ЛКС за 2011. који је, на својој недавној седници, усвојила Скупштина ЛКС као највиши орган организације, предвиђена је организација читавог низа конференција са раличитим темама – терапеутска комуника-

>>> Врло је важно знати да су лекари који раде у примарној здравственој заштити, генерално говорећи, најслабије плаћени лекари у држави <<<

ција, капитација, професионална етика, медикологалне теме и др.

Реформа финансирања здравствене заштите не може и не сме бити посматрана одвојено од других системских питања. Поменуће активности Лекарске коморе Србије усмерене су на реформу читавог система здравствене заштите. Места сумњи у нашу посвећеност овом континуираном процесу нема. У склопу свега, неспорна је и наша подршка реформи финансирања система здравствене заштите у целини, па и примарног нивоа здравствене заштите као његовог дела од изузетног друштвеног и државног значаја.

Председник Регионалне лекарске коморе
за југоисточну Србију
Спец. др мед. Александар Радосављевић

На основу члана 27. Статута Лекарске коморе Србије, Скупштина Лекарске коморе Србије на својој седници, одржаној дана 17. маја 2011. године у Новом Саду, доноси

ПРАВИЛНИК

О ПРИЗНАЊИМА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

I ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Правилником о признањима Лекарске коморе Србије (у даљем тексту: Правилник) утврђују се признања која додељује Лекарска комора Србије (у даљем тексту: Комора) те поступак и начин њиховог додељивања.

Признања које Комора додељује својим члановима за активно учествовање у раду Коморе и њених тела, за унапређење лекарске делатности и нарочито старање о угледу лекара, као и другим појединцима, институцијама и организацијама који су својим радом дали значајан допринос раду Коморе, као и развоју здравствене делатности уопште.

II ПРИЗНАЊА КОМОРЕ

Члан 2.

Признања Коморе су:

- Награда Коморе за животно дело-одликовање Коморе
- Повеља Коморе
- Плакета Коморе
- Диплома Коморе,
- и
- Награда Коморе за остварење изузетних резултата на почетку стручне каријере

Члан 3.

Визуелни идентитет признања Коморе из члана 2. Овог Правилника утврдиће Управни одбор Лекарске коморе Србије.

Члан 4.

НАГРАДА КОМОРЕ ЗА ЖИВОТНО ДЕЛО – ОДЛИКОВАЊЕ КОМОРЕ је посебно признање Коморе појединцима за врхунски рад и достигнућа на унапређивању и развоју лекарске делатности, утврђивању професионалних стандарда у струци ради унапређења здравствене заштите и за унапређење медицинске науке и струке уопште.

Годишње се додељује једно признање Лекарске коморе Србије.

Члан 5.

Награда за животно дело може бити додељено појединцу само једанпут у животу.

ПОВЕЉА КОМОРЕ се додељује за изузетне резултате, постигнуте континуираним ангажовањем током дужег временског периода у остваривању циљева и задатака Коморе, а нарочито за предани рад на очувању и заштити професионалних интереса лекара, унапређење услова за обављање здравствене делатности, као и за изузетне заслуге у унапређењу и организацији континуиране медицинске едукације чланова Коморе.

Повеља Коморе се додељује појединцу или институцији односно организацији у складу са критеријумима из става 1. Овог члана.

Годишње се додељују две Повеље Коморе.

Повеља Коморе може бити додељена појединцу, односно институцији или организацији само једанпут.

Члан 6.

ПЛАКЕТА КОМОРЕ се додељује као посебно признање члановима Коморе за вишегодишње истакнуто ангажовање у раду тела и органа Коморе и допринос остваривању циљева и задатака Коморе.

Годишње се додељују три плакете Лекарске коморе Србије.

Плакета Лекарске коморе Србије може бити додељена члану Коморе само једанпут у животу.

Члан 7.

ДИПЛОМА КОМОРЕ се додељује члановима Коморе за активно учествовање у раду тела и органа Коморе, за исказну подршку и помоћ у раду Коморе уопште.

Годишње се додељује шест диплома Лекарске коморе Србије.

Члан 8.

НАГРАДА КОМОРЕ ЗА ОСТВАРЕЊЕ ИЗУЗЕТНИХ РЕЗУЛТАТА НА ПОЧЕТКУ СТРУЧНЕ КАРИЈЕРЕ

се додељује појединцу лекару члану ЛКС за истакнути континуи-

рани професионални развој и за остварење изузетних резултата у обављању лекарске делатности на почетку стручне каријере.

Годишње се додељује једно признање из става 1. овог члана Правилника.

Награда Коморе за остварење изузетних резултата на почетку стручне каријере може бити додељена члану Коморе лекару до 35 година живота, само једанпут.

III НАЧИН И ПОСТУПАК КАНДИДОВАЊА

Члан 9.

Предлог за доделу признања члану Коморе могу подносити чланови Коморе преко регионалних комора код којих је предложени члан Коморе уписан у Именик чланова Лекарске коморе Србије.

Предлог за доделу признања појединцима који нису чланови Лекарске коморе Србије, а који сходно овом Правилнику испуњавају услове за доделу признања Коморе, као и предлог за доделу признања институцији или организацији могу подносити чланови Коморе. Овај предлог члан Коморе подноси преко регионалне коморе код које је уписан у Именик чланова Лекарске коморе Србије.

Предлози за признања Коморе, регионалне коморе примају до 01. октобра у текућој години.

Члан 10.

Предлози за доделу признања морају бити образложени са подацима и документима, а по потреби садржаће и мишљењем одговарајућих здравствених устнова.

Члан 11.

На основу приспелих предлога, Скупштина регионалне лекарске коморе (у даљем тексту: Скупштина РЛК) предложиће Управном одбору Лекарске коморе Србије (у даљем тексту: Управни одбор

ЛКС) листу кандидата за доделу признања са образложењем и целокупном документацијом из чл. 10 овог Правилника.

Скупштине РЛК достављају Управном одбору ЛКС листе предлога кандидата за доделу признања Коморе најкасније до 15. октобра текуће године.

IV ДОДЕЛА И УРУЧЕЊЕ ПРИЗНАЊА

Члан 12.

Одлуку о додели признања доноси Управни одбор Лекарске коморе Србије.

Одлука се објављује у Гласнику Коморе.

Члан 13.

Признања Коморе уручују се добитницима на свечаности поводом следеће Коморе „Свети Врачи“ 14. новембра.

Признања Коморе уручује директор Коморе или лице које он овласти.

V ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 14.

Стручно административне послове везане за доделу признања обавља стручна служба Коморе.

Члан 15.

Овај Правилник ступа на снагу даном доношења, објављује се у Гласнику Коморе.

У Новом Саду, 17. 05. 2011. Године
Скупштина Лекарске коморе Србије
проф. др Марина Дељанин Илић, председник



ТЕМЕ И ДИЛЕМЕ КАКО РАЗУМЕМО ЗАКОНСКУ РЕГУЛАТИВУ ЗА ОСНИВАЊЕ ПРИВАТНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

Два аршина за исти њосао

Уколико би смо дословно схватили слово закона онда рецимо један лекар оишће љраксе, који би ускоро могао да њосијане и изабрани лекар, не може у свом раду да обавља љревенџивну акџивносџ, јер би џо мојло биџи схваћено као задирање у обласџ јавној здравља

Два основна правна акта одређују правила и услове за оснивање приватне здравствене установе. То су: Закон од здравственој заштити (333) и Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене заштите.

Ако пођемо од основног документа, а то је Закон о здравственој заштити, видимо да се у члану 45. Дефинише да здравствену службу чине:

1. Здравствене установе и приватна пракса,
2. Здравствени радници и здравствени сарадници који здравствену делатност обављају у здравственим установама и приватној пракси.

Потом се наводи да: „Здравствена установа обавља здравствену делатност, а приватна пракса одређене послове здравствене делатности“.

Да ли је приватна пракса у здравственом систему Србије већ овим уводним члановима, који говоре о тој тематици стављена у неравноправан положај?

Ако кренемо даље у 333 у члану 46. Стоји да: „Здравствену установу може основати Република, аутономна покрајина, локална самоуправа, правно или физичко лице, под условима прописаним овим законом. Здравствене установе могу се оснивати средствима у државној или приватној својини, ако овим законом није другачије уређено.“

У члану 47. Стоји да: „Здравствене установе које се оснивају средствима у државној својини (у даљем тексту: здравствена установа у државној својини) оснивају се у складу са Планом мреже здравствених установа (у даљем тексту: План мреже), који доноси Влада.“

Да ли то значи да приватне здравствене установе уопште нису део фамозног плана мреже здравственог система Србије и да ли је то још једна дискриминирајућа одредба у односу на приватно здравство?

Након наведених чланова 333 који дефинишу основне појмове везане за оснивање приватне праксе, прећи ћемо на део који дефинише врсте и услове за оснивање и престанак рада приватне праксе. У члану 55. Наводи се да: Приватну праксу може основати:

- 1) незапослени здравствени радник са положеним стручним испитом;
- 2) здравствени радник корисник старосне пензије, уз сагласност коморе здравствених радника.

У члану 56. каже се да се приватна пракса може основати као:

- 1) ординација лекара, односно стоматолога (општа и специјалистичка);
- 2) поликлиника;
- 3) лабораторија (за медицинску, односно клиничку биохемију, микробиологију, патохистологију);
- 4) апотека;
- 5) амбуланта (за здравствену негу и за рехабилитацију);
- 6) лабораторија за зубну технику.

Сведоци смо да данас постоје и Домови здравља, опште и специјалне болнице, као и клиничко болнички центри, који су основане приватним капиталом.

Поменути члан 56. Такође каже да: „Приватну праксу из става 1. тачка 2) овог члана може основати више здравствених радника са високом школском спремом здравствене струке, у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.“

Овим чланом је дефинисано и шта не може радити приватна пракса: „...не може обављати здравствену делатност из области хитне медицинске помоћи, снабдевања крвљу и крвним дериватима, узимања, чувања и пресађивања органа и делова људског тела, производње серума и вакцина, патоанатомско – обдукцијску делатност, као и здравствену делатност из области јавног здравља.“

Уколико би смо дословно схватили слово закона онда рецимо један лекар опште праксе, који би ускоро могао да постане и изабрани лекар, не може у свом раду да обавља превентивну активност, јер би то могло бити схваћено као задирање у област јавног здравља.

Такође смо сведоци да су највећи светски произвођачи вакцина и серума фармацеутске компаније, у којима наравно доминира приватни капитал, а то не смета ни нашој ни другим земљама да од њих набављају вакцине и серуме. Али ако би неко у земљи Србији хтео то да ради то не би било могуће према садашњем 333.

Члан 57. Дефинише да: „Здравствени радник из члана 55. овог закона може основати приватну праксу под условом:

- 1) да има општу здравствену способност;
- 2) да је завршио факултет, односно одговарајућу школу здравствене струке и положио стручни испит, а за специјалисте и одговарајући специјалистички испит;
- 3) да је извршио упис у именик надлежне коморе;
- 4) да је добио, односно обновио одобрење за самостални рад, у складу са законом;
- 5) да испуњава услове прописане овим законом за оснивање и почетак рада приватне праксе у погледу кадра, опреме, простора и лекова;
- 6) да му правноснажном судском одлуком није изречена кривична санкција - мера безбедности забране обављања здравствене делатности, односно да му одлуком надлежног органа коморе није изречена једна од дисциплинских мера забране самосталног рада, у складу са законом којим се уређује рад комора здравствених радника;
- 7) да испуњава друге услове утврђене законом.

Из наведени ставки јасно је директно или индиректно које ће све документи бити потреби да би сте испунили горе наведене услове.

Члан 58. Каже да: „Приватна пракса може обављати одређене послове здравствене делатности ако испуњава услове прописане овим законом, и то:

- 1) ако има одређену врсту и број здравствених радника одговарајућег степена стручне спреме, са положеним стручним испитом, а за обављање одређених послова и са одговарајућом специјализацијом;
- 2) ако има дијагностичку, терапијску и другу опрему за безбедно и савремено пружање здравствене заштите за делатност за коју је основана;
- 3) ако има одговарајуће просторије за обављање здравствене делатности, односно одређених послова здравствене делатности за које је основана;
- 4) ако има одговарајуће врсте и количине лекова и медицинских средстава које су потребне за обављање одређених послова здравствене делатности за које се приватна пракса оснива.

Ближе услове у погледу кадра, опреме, простора и лекова за оснивање и обављање одређених послова здравствене делатности приватне праксе из става 1. овог члана прописује министар. Приватна пракса која користи изворе јонизујућих зрачења мора поред услова из ст. 1. и 2. овог члана испуњавати и друге услове прописане законом којим се уређује заштита од јонизујућег зрачења.

Према члану 59: „Приватна пракса може обављати одређене послове здравствене делатности ако Министарство решењем утврди да су испуњени услови прописани законом за обављање одређених послова здравствене делатности.

Решење из става 1. овог члана доноси здравствени инспектор, у складу са овим законом и законом којим се уређује општи управни поступак.

На решење из става 2. овог члана може се изјавити жалба министру, у року од 15 дана од дана пријема решења здравственог инспектора.

Решење министра из става 3. овог члана коначно је у управном поступку и против њега се може покренути управни спор.

На основу решења о испуњености услова за обављање одређених послова здравствене делатности приватна пракса уписује се у регистар код надлежног органа, у складу са законом.

Приватна пракса почиње са радом даном уписа у регистар из става 5. овог члана.“

Приватна пракса може обављати само одређене послове здравствене делатности који су утврђени решењем Министарства о испуњености услова за обављање одређених послова здравствене делатности, наводи се у члану 60. 333.

Према члану 62. 333 Приватна пракса дужна је да:

- 1) пружи хитну медицинску помоћ свим грађанима;
- 2) учествује на позив надлежног државног органа у раду на спречавању и сузбијању заразних болести, као и на заштити и спасавању становништва у случају елементарних и других већих непогода и ванредних прилика;
- 3) врши сталну проверу квалитета свог стручног рада у складу са законом;
- 4) истакне распоред радног времена и придржава се тог распореда;
- 5) истакне ценовник здравствених услуга и изда рачун за пружене здравствене услуге;
- 6) редовно доставља надлежном заводу, односно институту за јавно здравље медицинско-статистичке извештаје и другу евиденцију у области здравства, у складу са законом;
- 7) организује, односно обезбеђује мере за одлагање, односно уништавање медицинског отпада, у складу са законом.

Пажљивим читањем ћемо приметити да је тачка 1. Овог члана у колизији са чланом 56. којим се прописује којим делатностма се не може бавити приватна пракса, па се ту наводи и услуге пружања хитне медицинске помоћи. Наш став је да је потпуно логично и неопходно да свака приватна здравствена установа има кадар и опрему потребну за пружање базичних и проширених мера хитне медицинске помоћи.

Члан 63. 333 наводи између осталог: „Приватна пракса из члана 56. Став 1. Тач. 1) и 2) овог закона (ординација и поликлиника, напомена прирешивача)..., мора обезбедити и стално доступан санитетски превоз, закључивањем уговора са најближом здравственом установом која може обезбедити санитетски превоз.“ Овим чланом је дефинисано и да: „Приватна пракса из става 1. (ординација) овог члана може обезбедити лабораторијску и другу додатну дијагностику која је потребна за постављање дијагнозе за свог пацијента,..., закључивањем уговора са најближом здравственом установом, односно приватном праксом.“

У наредном броју „Гласника“ ће, о се осврнути на Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене заштите.

ПРЕПОРУКЕ САВЕТА ЕВРОПСКЕ УНИЈЕ О СИГУРНОСТИ ПАЦИЈЕНАТА И СПРОВОЂЕЊЕ ПРЕПОРУКА У НЕМАЧКОЈ

СИГУРНОСТ ПАЦИЈЕНТА ПРИОРИТЕТНО ПИТАЊЕ

// МЕРЕ КОЈЕ СУ ПРЕДУЗЕТЕ ЗА УСПОСТАВЉАЊЕ ТЗВ. „КУЛТУРЕ СИГУРНОСТИ“ ПОДРАЗУМЕВАЛЕ СУ: СПРОВОЂЕЊЕ ОДЛУКА 108. НЕМАЧКЕ МЕДИЦИНСКЕ СКУПШТИНЕ, АДВОКАТСКЕ УСЛУГЕ НЕМАЧКЕ КОЛАЦИЈЕ ЗА СИГУРНОСТ ПАЦИЈЕНТА, ЈАВНА КАМПАЊА И БРОШУРЕ СА НАЗИВОМ „УЧЕЊЕ НА ГРЕШКАМА“, ИЗ 2008. И УКЉУЧИВАЊЕ ЗАИНТЕРЕСОВАНИХ ГРУПА У КОНТРОЛУ КВАЛИТЕТА И СЕРТИФИКОВАНЕ ПРОГРАМЕ //

Сви смо сведоци, да је тема сигурности пацијената, једна од најчешћих, о којој се последњих година говори у медицинским круговима у нашој земљи. У следећем тексту даћемо приказ препорука Савета Европске Уније, из јуна 2009. године, као и предузете кораке у њиховој примени у Немачкој. У даљем тексту су препоруке ЕУ приказане арапским бројевима и словима абецеде, док су кораци у спровођењу ових препорука у Немачкој обележени римским бројевима.

1. Подржати успостављање и развој националних политика и програма у вези сигурности пацијената путем:

а. Одређивања компетентног управног тела или више њих, која су одговорна за сигурност пацијената на њиховој територији

И. У Немачкој компетентна тела су Државна комора лекара и Удружења лекара законски прописаних од стране здравственог осигурања

II. Ова тела подржавају Немачку коалицију за сигурност пацијената

б. Уграђивања сигурности пацијената као приоритетног питања у здравственим политикама и програмима како на националном, тако и на регионалним и локалним нивоима. Ово је постепено, током неколико година проведено кроз следеће активности:

И. 2002: Национални акциони план за сигурност пацијената и превенцију грешака, руковођен од Агенције за квалитет у медицини (AQUAMED), која је саставни део Немачке медицинске асоцијације (GMA), као и од стране Удружења лекара законски прописаних од стране здравственог осигурања (ASHIP).

II. 2004: GMA и ASHIP подржавају успостављање мреже, која обезбеђује централну базу за појачање сигурности пацијената.

III. 2005: 108. Немачка медицинска скупштина: доношење иницијативе чланова у вези промоције сигурности пацијената, укључујући успостављање мреже.

IV. Иницијативе и пројекти Федералног министарства здравља (FMH) у сарадњи са медицинском струком (нпр., Национални акциони план за побољшање сигурности у медицини од 2008. до 2012)

с. Подржавање развоја сигурнијих и једноставнијих система, процеса и алатки, укључујући коришћење информационалних и комуникационих технологија. Пројекти, публикације и тренинг курсеви у оквиру тога:

II. Програми квалитета управљања и процедуре сертифицивања у здравственој заштити: KTQ® процедуре (сарадња за транспарентност и квалитет у здравственој заштити) и QEP® (квалитет и развој у пракси) процедуре (укључујући сигурност пацијента и управљање ризицима)

IBQS (Институт за квалитет здравствене заштите и сигурност пацијената) процедуре: упоредно спољашње и унутрашње осигурање квалитета, укључујући показатеље сигурности пацијената.

III. Извештавање о квалитету

IV. GMA програм обуке „Управљање квалитетом у медицини“ и „Лидерство у медицини“

V. „Систем извештавања о лекарској грешци (MERS)“ – Систем за документовање наводних лекарских грешака од стране експертске комисије и арбитражних тела Државне лекарске коморе.

VI. Подршка системима извештавања о медицинској грешци и системима учења на грешкама: успостављање Система извештавања о критичном инциденту (CIRS), руковођено од стране AQUAMED, који служи за извештавање и учење из критичних инцидената у медицини (www.cirsmedical.de)

VII. Национални акциони план за побољшање сигурности у медицини од 2008 до 2012 (FMH, Комисија за лекове GMA, NASHIP и други)

VIII. Радне групе GCPs: за регистар грешака у медицинском третману, за доношење одлука, обавештавање и саветовање, за сигурност лекова, за ненамерно остављена страна тела код хируршких пацијената, за ризике у вези медицинских уређаја и прибора (за све радне групе успостављени су програми едукације и тренинга)

d. Редовног разматрања и обнављања сигурносних стандарда и/или најбоље праксе примењиве у здравственој заштити на њиховој територији. У циљу испуњавања ове препоруке спроведене су активности на следећим пољима:

I. Немачка књига шифри социјалног осигурања V (SGBV), управљање квалитетом/упутства о осигурању квалитета (болнички и ванболнички извештаји о квалитету, укључујући одредбе о сигурности пацијената)

II. Програми управљања квалитетом: KTQ® и QEP®

III. Упоредно спољашње осигурање квалитета у болницама (BQS процедуре)

IV. Спољашње осигурање квалитета за ванболничке пацијенте (ASHIPs)

V. Прописи о осигурању квалитета у трансплантационој медицини, трансфузији и одржавању и руковању медицинским уређајима и прибором

VI. Упутства, водичи и медицински стандарди (Протоколи дијагностике и лечња, национални водичи здравствене заштите)

e. Охрабривању организација запослених у здравству да узму активну улогу у обезбеђивању сигурности пацијената.

I. У вези с овим значајне су иницијативе са 108. Немачке медицинске скупштине

f. Укључивања специфичних приступа за промовисање сигурносних процедура за превенцију најчешћих нежељених реакција као што су реакције у вези са лековима, јатрогене инфекције и компликације током или након хируршких интервенција. У склопу ове тачке у процесу имплементације примењени су следећи кораци:

I. Концепт практичне обуке и едукације са називом „Сигурност пацијента”

II. „Речник сигурности пацијента” и „Упутство о сигурности пацијента”, публикације издате од стране Агенције за квалитет у медицини.

III. Извештавање о нежељеним реакцијама лекова: ADR регистар Комисије за лекове Немачког медицинског удружења (GMA)

IV. Национална „Кампања чистих руку”

V. Пројекат „High five”: спроведен да се тестира спровођење препорука WHO за сигурност пацијента у немачким болницама (Пројекат вођен од стране AQUAMED)

VI. Преко седамдесет мера које се односе на Национални акциони план за побољшање сигурности лекова од 2008. до 2012. године.

VII. Препоруке Немачке коалиције за сигурност пацијената које се односе на превенцију грешака типа „погрешно место/погрешан пацијент”, увођење CIRS-а у медицинским уређајима, коришћење листи лекова, и упошљавање система за извештавање о критичним инцидентима/регистра о грешкама у медицинском третману, коришћењем јединствених базичних података на националном нивоу у Немачкој

2. Оспособити и информисати грађане и пацијенте путем:

a. Укључивања организација пацијената и њихових представника у развој програма сигурности пацијената на свим одговарајућим нивоима. У овом циљу:

I. представници пацијената су укључени у све релевантне медицинске организације у Немачкој (Форум пацијената GMA, Управљачка јединица NASHIP-a, AQUAMED и GCPs за руковођење пацијентима)

b. Ширења информација пацијентима у вези: стандарда сигурности пацијената који су на снази, затим сигурносних и мера против ризика, које се предузимају да се смање или спрече грешке и штета, укључујући најбоље практичне мере, и право на информисани пристојанак на третман, с циљем да се олакша избор пацијента и његово одлучивање. Упознавање пацијената са жалбеним процедурама и могућим лековима, као и обештећењу и важећим условима.

I. У вези са овом препоруком направљени су портали за пацијенте: www.forum-patientensicherheit.de, www.patienten-information.de (са водичима за пацијенте).

II. Затим су примењене мере прописане законом о запошљавању, које се тичу обезбеђивања информације пацијенту о процедурама и њиховим алтернативама.

III. У спровођењу ове препоруке учествовале су и експертске комисије и арбитражна тела Државне лекарске коморе.

IV. Оформљени су центри за информисање пацијената при Државној лекарској комори, као и при Удружењу лекара прописаних од стране здравственог осигурања (ASHIP),

V. саветодавне службе при компанијама које се баве здравственим осигурањем.

c. Разматрања перспектива развоја кључних овлашћења у сигурности пацијента, као што су базично знање, ставови и способности потребне да се достигне сигурнија здравствена заштита за пацијенте

I. У склопу ове препоруке развијени су и примењивани водичи за пацијенте и структурисани програми третмана (укључујући тренинг пацијената)

3. Подржати успостављање или јачати извештавање ослобођено кривице и системе учења о:

a. Обезбеђивању информација о обиму, типу и узроцима грешака, нежељених ефеката и блиских пропуста.

43 <

I. Да би се спровела ова препорука успостављен је Систем извештавања о медицинским грешкама (MERS), који представља систем за документовање наводних грешака у медицинском третману. Исти је успостављен од стране експертских комисија и арбитражних тела Државне лекарске коморе.

II. www.cirsmedical.de : систем извештавања и учења о критичним инцидентима и грешкама у медицини унутар немачког здравственог система (националне и регионалне мреже и пројекти)

b. Охрабривању запослених у здравству да узму активно учешће у извештавању, кроз успостављање начина извештавања који је отворен, истинит и некажњавајући.

I. Мере које су предузете за успостављање тзв. „културе сигурности“ подразумевале су: спровођење одлука 108. Немачке медицинске скупштине, адвокатске услуге Немачке коалиције за сигурност пацијента, јавна кампања и брошуре са називом „Учење на грешкама“, из 2008.г., и укључивање заинтересованих група у контролу квалитета и сертификоване програме.

c. Омогућавању, уколико је могуће, пацијентима, њиховој родбини и другим неговатељима да извештају о својим искуствима. У циљу спровођења ових препорука оформљени су:

I. центри за информисање пацијената при Државној лекарској комори и ASHIP,

II. омогућавање пацијентима приступа CIRS,

III. и укључивање заинтересованих група у контролу квалитета и сертификоване програме.

d. Допуне других система извештавања о сигурности, као што су онај о фармаковигиланци и медицинским уређајима, да би се избегло вишеструко извештавање где је то могуће. Ова препорука је испуњена увођењем:

I. обавезе лекара да извести о претпостављеном нежељеном ефекту лека Комисију за лекове GMA, сходно Члану 6. Професионалног кодекса лекара у Немачкој,

II. као и извештавањем о инцидентима који су настали због медицинских уређаја или прибора

4. Промовисати, на одговарајућем нивоу, образовање и тренинг здравствених радника:

a. Мултидисциплинарно образовање и тренинг о сигурности пацијента свих професионалаца у здравству, као и других радника у здравству и одговарајућег управљачког и административног особља у здравственим установама. Спровођење ове препоруке обухватало је:

I. План и програм курсева названих „Тренинг пацијентове сигурности“, који су направљени од стране Агенције за квалитет у медицини, и то за све професионалце у здравственом систему

II. Интеграција концепта сигурности пацијента у план и програм постдипломског и континуираног професионалног усавршавања на тему „Управљање квалитетом у медицини“, које спроводи GMA

III. Учешће у ЕУ пројекту „Европска мрежа за сигурност пацијената“ (EUNetPaS) од 2008-2010

b. Уграђивање сигурности пацијента у додипломско и постдипломско образовање, тренинг на послу и континуирани професионални развој професионалаца у здравству. Ово је учињено путем:

I. Курсева континуиране професионалне едукације при Државној лекарској комори и ASHIP-у, који се одnose на план и програм „Управљање квалитетом у медицини“ и „Тренинг пацијентове сигурности“, а који су сачињени од стране GMA и AQUMED II. Едукација и тренажне радне групе Немачке коалиције за сигурност пацијената

c. Узимајући у обзир развој кључних компетенција у сигурности пацијента, суштинско знање, ставове и вештине потребне да се достигне сигурнија нега, и њихово ширење на све здравствене раднике, одговарајуће управљачко и административно особље. Имплементација ове препоруке подразумевала је:

I. Спровођење курсева на тему „Тренинг пацијентове сигурности“ за све здравствене професионалце, који су спровођени од стране Агенције за квалитет у медицини и ASHIP-а.

II. Савезна лекарска комора и ASHIP су спроводили тренинг курсеве и радионице, семинаре анализе случајева о сигурности пацијента и управљању квалитетом.

III. У циљу спровођења ове препоруке било је учествовање у пројекту EUNetPaS у циљу смањења или превенције грешака и штете, укључујући мере најбоље праксе.

IV. Немачка коалиција за сигурност пацијента је доносила препоруке за акцију и информације.

V. AQUMED је спроводила тренажни и образовни концепт „Сигурности пацијената“ за све професионалне здравствене раднике.

VI. Савезна лекарска комора је одржавала семинаре о анализи случајева и пацијентовој сигурности.

d. Сарађујући са организацијама укљученим у професионалну едукацију у здравству, с циљем да се обезбеди адекватна пажња теми сигурности пацијента у образовним програмима високог образовања, као и у текућој едукацији и тренингу професионалаца у здравственом систему. Ово је подразумевало и развој вештина потребних да се достигне промена у понашању неопходна да се унапреди сигурност пацијента кроз системске промене. У спровођењу ове препоруке учествовали су:

I. Немачка медицинска асоцијација,

II. Савезна лекарска комора, ASHIP, као и едукациони и тренинг центри Државне лекарске коморе.

III. Такође су учествовали и удружења и организације професионалаца у здравству,

IV. Федерална радна група за допунска лековита средства основана од стране физиотерапеута, масера, радних терапеута и логопеда.

Превод др Мирослава Радан,
приредио др Миодраг Манигода

ШТА ЈАВНОСТ У СРБИЈИ МИСЛИ О ЗДРАВСТВУ

ВЕЋЕ ПОВЕРЕЊЕ СТАРИЈИХ ОСОБА

// ПО ПРОЦЕНИ ИСПИТАНИКА НАЈВЕЋУ СНАГУ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА ПРЕДСТАВЉА СТРУЧНОСТ ЗАПОСЛЕНИХ ЛЕКАРА, А НАЈВЕЋЕ СЛАБОСТИ СУ ТЕХНИЧКИ И ОРГАНИЗАЦИОНИ АСПЕКТИ, КАО ШТО СУ ОРГАНИЗАЦИЈА РАДА У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА, ТЕХНИЧКА ОПРЕМЉЕНОСТ И ДОСТУПНОСТ УСЛУГА И ОСОБЉА // ГОТОВО ДА НЕ ПОСТОЈИ УВЕРЕЊЕ ДА СЕ У СРБИЈИ ПРОПИСУЈУ НАЈСАВРЕМЕНИЈИ ЛЕКОВИ, ВЕЋ ДА ЈЕ ПРОПИСАНА ТЕРАПИЈА КЛАСИЧНА, СТАВ ЈЕ ВЕЋИНЕ ГРАЂАНА //

Компанија „Roche“ (Рош) позната по традицији и породичним принципима пословања успешно послује у свету већ 115 година, а у Србији пуних 20 година. Поштовање највиших стандарда корпоративног бизниса подразумева креирање стратегије и планова на основу чињеница. Управо зато крајем прошле 2010. године одлучили смо да зарад реалног сагледавања ситуације и пословног окружења у коме се налазимо спроведемо истраживање тржишта.

Обзиром на методологију истраживања добили смо и низ веома занимљивих података који се односе на

здравство у целини, задовољство и степен поверења у здравствене раднике, начин информисања људи о здрављу и многе друге ставове испитаника. Истраживање тржишта започели смо у децембру месецу, укlopивши се у редовно омнибус истраживање компаније GfK.

Омнибус је квантитативно истраживање које се спроводи континуирано више пута током године. Свако истраживање се ради истом методом на другачијем узорку (сваки пут се анкетају друге особе). Анкетирање је спроведено „Лице у лице“ у домовима испитаника. Узорак је чинило 1000 испитаника, старости преко 15



Dobri i loši aspekti funkcionisanja zdravstvenog sistema

Šta po Vašem mišljenju dobro funkcioniše u našem zdravstvenom sistemu?

Baza: Ukupna ciljna populacija



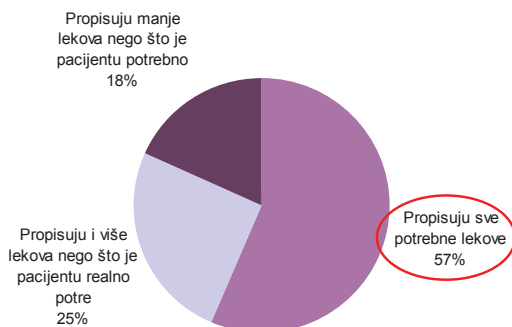
- Najveća snaga zdravstvenog sistema Srbije: stručnost zaposlenih lekara
- Najveće slabosti: tehnički i organizacioni aspekti kao što su organizacija rada u zdravstvenim ustanovama, tehnička opremljenost i dostupnost usluga i osoblja



Količina i kvalitet terapije koja se propisuje

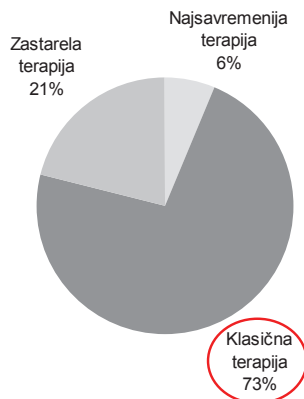
Kako biste ocenili terapiju lekovima koju propisuju lekari u Srbiji?

Baza: Ukupna ciljna populacija



Da li biste rekli da je u pitanju najsavremenija terapija, klasična ili zastarela terapija?

Baza: Ukupna ciljna populacija



- Većina građana pozitivno percipira terapiju lekovima ocenjujući da pacijenti dobijaju onoliko lekova koliko im je potrebno
- Propisana terapija je klasična, stav je većine građana
- Gotovo da ne postoji uverenje da se u Srbiji propisuju najsavremeniji lekovi

година из различитих региона (Београд, Источна Србија, Западна Србија и Војводина).

Ipsos Strategic Marketing спроводи још једно истраживање искључиво за потребе компаније Рош. Методологија је подразумевала ad hoc анкету „лице у лице“ у кући испитаника. Подаци су прикупљани на узорку репрезентативном за популацију грађана Србије старијих од 18 година. Величина узорка је 1014 (са 100 узорака тачака).

Истраживање је показало да је систем здравства четврти по поверењу испитаника, одмах иза институција којима грађани Србије традиционално верују (црква, војска и школство). У здравство поверење има нешто више од трећине пунолетних грађана Србије (36 одсто). Функционисање здравства у Србији се углавном перципира као средње (42 одсто даје оцену „ни добро ни лоше“). Позитивне оцене чешће дају старије особе (старије од 60 година) и оне које једном или више пута месечно користе услуге здравственог система.

Такође, постоји висок степен поверења у запослене (лекаре, фармацеуте, лаборанте...). Вероватно због егзактности података које пружају, испитаници највише поверења имају у фармацеуте и лаборанте. Висок степен поверења потврђује и ГФК омнибус истраживање које указује и да је оно значајно веће у Западној Србији.

По процени испитаника највећу снагу здравственог система представља стручност запослених лекара, а највеће слабости су технички и организациони аспекти, као што су организација рада у здравственим установама, техничка опремљеност и доступност услуга и особља.

На питање о количини и квалитету терапије која се прописује 57 одсто грађана верује да им се прописује сва потребна терапија. Већина грађана позитивно перципира терапију лековима оцењујући да пацијенти

добивају онолико лекова колико им је потребно. Истовремено, готово да не постоји уверење да се у Србији прописују најсавременији лекови, већ да је прописана терапија класична, став је већине грађана.

Половина грађана верује да се приликом одабира конкретне терапије лекари пре свега воде тегобама пацијента, док остали сматрају да се одлука доноси на основу неких других критеријума. ГФК истраживање потврђује да се лекари највише руководе својом стручном проценом, али такође раде и рутински. У могућу корист од фаворизовања лекова сумњају пре свих старији.

На директно питање ко улаже највише напора како би се открили нови лекови, значајно мањи проценат грађана наводи фармацеутску индустрију (само 14 одсто), док значајно већи проценат сматра да су напредак у терапији омогућили експерименти независних научника (чак 38 процената испитаника) или медицинске институције, а потом и лекари који свакодневно раде с оболелим пацијентима.

Информације из области здравства до грађана најчешће стижу путем медија: телевизије (69 одсто) и новина (11 одсто).

Две трећине становника Србије је у последњих шест месеци чуло или прочитало неку вест која се односила на здравство, а као најважније вести из ове области углавном се издвајају негативне информације (пропусти, грешке, афере).

На питање ко је одговоран за едукацију лекара резултати истраживања указују да поред самог лекара, за едукацију су одговорни и установе у којој лекар ради и министарство здравља, а у Београду више очекују од фармацеутских компанија него у другим регионима.

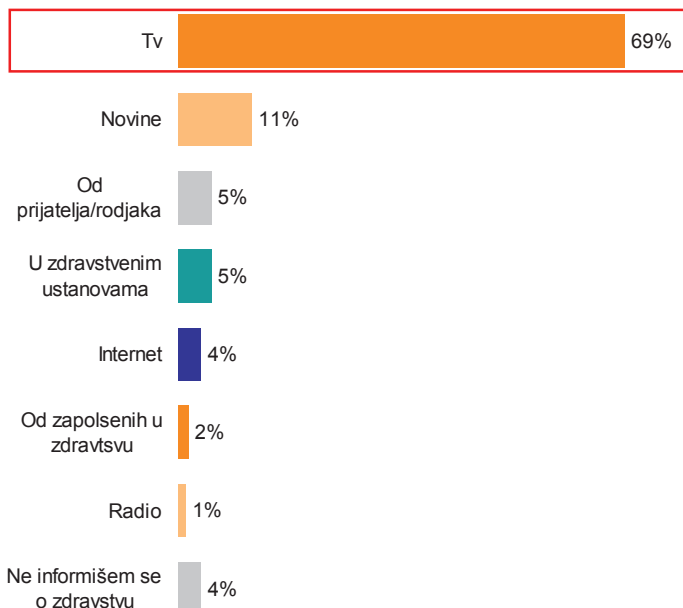
Поред едукације, пожељне активности фармацеутских кућа би биле и разне донације, пре свега лекова, затим медицинске опреме и стручне литературе. Такође, постоји и изражено очекивање по питању едука-



Izvori informisanja o zdravstvu

Na koji način najčešće dolazite do informacija o zdravstvu?

Baza: Ukupna ciljna populacija



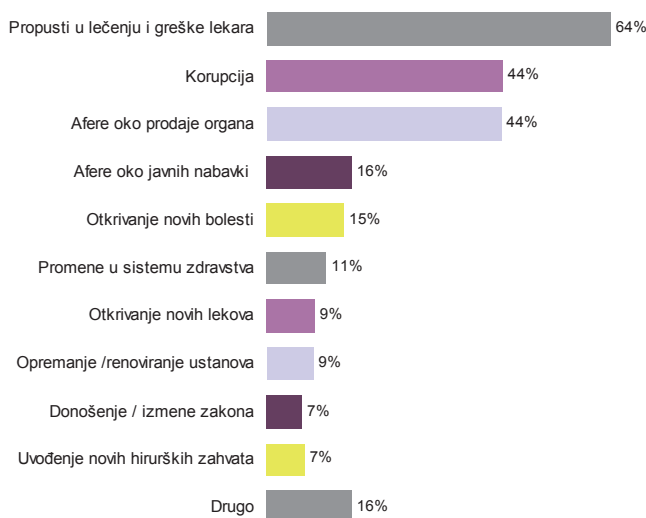
- Informacije iz oblasti zdravstva do građana najčešće stižu putem medija: televizije (69%) i novina (11%)
- U delu populacije koji se ne informiše o zdravstvu ima najviše mladih osoba, uzrasta od 18 do 29 godina



Informacije o zdravstvu

Koje su najvažnije vesti koju ste čuli?

Baza: Oni koji su čuli neku vest koja se odnosila na zdravstvo (66% od ciljane populacije)



ције самих пацијената кроз саветовалишта, штампане материјале, интернет садржаје, телефона за помоћ, предавања...

На крају, када сагледамо добијене одговоре, можемо бити поносни на стручност и образованост лекара у Србији, али истовремено можемо закључити и шта нам

недостаје. Значај медија је огроман као и потреба пацијената да сазнају више о здравственим проблемима са којима се суочавају.

Мр ph Драгана Николић,
менаџер за корпоративне послове
Рош д.о.о. Србија

ДР АДОЛФ ХЕМПТ, ОСНИВАЧ И ПРВИ ДИРЕКТОР ПАСТЕРОВОГ
ЗАВОДА У НОВОМ САДУ, ВЕЛИКИ НАУЧНИК И АУТОР
АНТИРАБИЧНЕ ВАКЦИНЕ ЗНАТНО БОЉЕ ОД ПАСТЕРОВЕ

ВЕЛИКАН СВЕТСКЕ НАУКЕ И МЕДИЦИНЕ

// ПОСЛЕ СЛОМА АУСТРОУГАРСКЕ, ДР ХЕМПТ СЕ ВРАТИО У ЛУКАВАЦ И ОСТАО НА МЕСТУ ОПШТИНСКОГ ЛЕКАРА ДО 1921. ГОДИНЕ, КАДА ЈЕ ПРЕШАО У НОВИ САД ДА ОРГАНИЗУЈЕ ПАСТЕРОВ ЗАВОД // ЗБОГ ОЧИГЛЕДНИХ ПРЕДНОСТИ, ХЕМПТОВУ ВАКЦИНУ ПРИХВАТИЛО ЈЕ И КОРИСТИЛО ДЕЦЕНИЈАМА НИЗ ЕВРОПСКИХ ДРЖАВА, МАЂАРСКА, НЕМАЧКА, ЧЕХОСЛОВАЧКА, АУСТРИЈА, РУМУНИЈА И БУГАРСКА //

Пише: Проф. др Душан
Лалошевић,
Пастеров завод и Медицински
факултет Нови Сад

Велика раширеност беснила и данас, те напади бесних животиња на људе показују да Пастеров завод стално мора бити на висини задатка који обавља 90 година. Ово је и прилика да се сетимо колико је профилакса ове болести била тешка у прошлим временима. Само 12 година после париског, основан је први Пастеров завод у Србији и на Балкану, 1900. године у Нишу. Његов допринос превентивној медицини Србије био је огроман, у првом реду у производњи вакцина против вариоле и беснила.

Међутим, после 1928. године, у целој Краљевини СХС остао је активан само Пастеров завод у Новом Саду, који је до данас остао централна антирабиична установа.

Многи стари лекари својим личним печатом оставили су неизбрисив траг у развоју нашег здравства. Такав је и др Адолф Хемпт, оснивач и први директор Пастеровог завода у Новом Саду, велики научник и аутор антирабиичне вакцине знатно боље од Пастерове.

Хемптова породица пореклом је са територије данашње Белгије, из места Хемптин крај Лијежа, са француског говорног подручја. На путу од Лијежа ка Намуру налази



се мало насеље Хемптин, одакле је бројна стара грофовска породица де Хемптин (de Hemptinne), која има и свој грб. У овој породици било је много познатих чланова, индустријалаца, лекара, професора, свештеника, војника од којих су за Белгију више њих дали живот у Првом и Другом светском рату.

Када је Аустроугарска монархија спроводила колонизацију територије Српског војводства углавном немачким живљем, дошао је у ове крајеве Адолф Хемпт, отац др Адолфа Хемпта, као мисионар, реформаторски свештеник и књијар. Првобитно презиме де Хемптин, скратио је и „понемчио“ у Хемпт, дошавши у Нови Сад.

Оженио се Катарином Тевели (Tewely), родом из Будимпеште. Будући доктор медицине Адолф Хемпт рођен је у Новом Саду 21. септембра 1874. године, у Рузмаринској улици, данас Лазе Телечког, у центру града. Убрзо се породица преселила у Сарајево где се Хемпт отац даље бавио мисионарским радом,

мајка била чувена бабица, а млади Адолф је завршио школовање до матуре. Како је породица била недовољно богата да га издржава на даљем школовању, Хемпт је као војни питамац кренуо на студије медицине.

Медицину је студирао на факултетима у Грацу и Минхену, а дипломирао 1898. у 24-ој години живота, на Медицинском факултету Универзитета у Грацу. Како је студирао као војни питамац, одмах по дипломирању, постављен је за аспиранта у Прву гарнизонску болницу у Бечу 15. јуна 1898. а већ од 1. октобра исте године као војни лекар остао је у овом „шпитаљу“ до јесења 1901. године.

Позив др Ангрије Штамјара

Затим је био распоређен у коњичку регименту у гарнизону Грос-Енцерсдорф (Uhlanen Regiment No. 8, Marodenhaus Gross-Enzersdorf) код Беча, где се и оженио Маријом Винклер 14. марта 1903. године. Др Хемпт је имао осморо деце, пет синова и три кћери. Још у Грос-Енцерсдорфу родио се први син Ханс, 1904. године, док су остала деца рођена у Лукавцу, где је др Хемпт радио после демобилизације 1905. године, као општински лекар. За време Првог светског рата др Хемпт је као резервни официр, у чину потпуковника, био командант војне болнице у Трсту. После слома Аустроугарске, др Хемпт се

вратио у Лукавац и остао на месту општинског лекара до 1921. године, када је прешао у Нови Сад да организује Пастеров завод, на позив др Андрије Штампара, начелника у Министарству здравља.

Зидање зграде почело је 6. септембра 1921. године наредбом Грађевинској дирекцији којој је додељен кредит од 350.000 динара. На првој сачуваној фотографији главне зграде Пастеровог завода из 1922. године, око које још стоји грађевински материјал, виде се две табле са називима установа, и Бактериолошког и Пастеровог завода. „Новосадски завод је довршен и од јуна месеца

1922. др Хемпт је званично именован за управника. Такође и у извештају Хигијенској организацији Друштва народа поводом организације конгреса о беснилу 1927. године, др Хемпт наводи 1922. годину као почетак рада Пастеровог завода у Новом Саду.

Управник од 1922. године

Др Хемпт је 9. децембра 1921. године постављен на место одговорног референта јавно-здравственог одељења Министарства здравља за Банат, Бачку и Барању, а 24. новембра 1922. поставља се за управника

За вакцинацију пацијената против беснила др Хемпт је у почетку користио мађарску „дилуциону“ методу. Оригинални Пастеров метод за вакцинацију људи кичменим мождинама инфицираних кунџа вирусом *fixe*, сушеним у циљу слабења вируса, користио се у Француској и њеним колонијама све до 1953. године. У другим државама претрпео је различите модификације у циљу лакше и безбедније примене. Прву модификацију урадили су Пастерови сарадници Калмет и Ру (Albert Calmette, Emile Roux) 1891. године а односила се на конзервирање кичмених мождина



Др Хемпт са орденом Светог Саве, његова жена Марија – Тереза и грб породице де Хемптин (de Hemptinne) из Белгије; Основни амблем је црвени штит са две узенгије и квадрат са франачком ружом

(1922.) врши послове. То је врло лепо удешен мали завод... За седам месеци прошле године прошло је кроз овај завод 1194 лица. Згодан ђоложај Новој Сади са добром саобраћајном мрежом учиниће овај завод најбоље посећеним у нашој земљи.“

На основу ових података може се закључити да иако је др Хемпт већ од фебруара 1921. био у Новом Саду и сигурно радио на његовој изградњи, јер је још пре Првог светског рата предлагао изградњу Пастеровог завода у Сарајеву. Вакцинација пацијената против беснила започела је у Пастеровом заводу јуна 1922. а тек 24. новембра

новоподигнутог Пастеровог завода у Новом Саду. Од зидања зграда новог завода до развоја нове вакцине против беснила која му је додала светску славу, те до развоја великог Хигијенског завода у Новом Саду, др Хемпт је преко десет година изузетно напорно радио, не штедећи ни своје здравље. На велику раширеност беснила указује и рад др Хемпта у Југословенском ветеринарском гласнику из 1929. године. Раширеност беснила у нашој држави потсећа на „средњепољску епизоотију *lyssae*“, пише др Хемпт и залаже се за обавезну вакцинацију паса против беснила.

кунџа у 30 посто глицерину, што је омогућавало транспорт и дуже очување вируленције.

Хеђеш Ендре (Högyes), Пастеров ученик и оснивач Пастеровог института у Будимпешти, 1887. је изабацио сушење кичмених мождина, а за слабење вируса користио је различита разређења свежег нервног ткива са вирусом *fixe*, која су се давала два пута дневно 14–20 дана.

Овако припремљена вакцина давала је мањи проценат компликација, а била је лакша за припрему.

У првом Пастеровом заводу у Србији, у Нишу, Аливизатос (Gerasim Alivizatos) пореклом Грк са Агроса,

49 <

1918. изradio је своју „етар – методу“. Вакцина је припремана од инфицираног мозга кунића и инактивисана стајањем у етру 72 сата у ледењаку. Суспензија вакцине давана је у количини од 150–200 милилитара под кожу трбуха, а пацијенти су остајали у азилу завода и до 24 дана.

Увиђајући колико су дотадашње процедуре компликоване, дуготрајне и недовољно стандардизоване, др Хемпт је приступио изради своје модификације Пастерове вакцине. Комбинујући најбоље процедуре публиковане до тада, 1925. године објавио је своју модификацију припреме вакцине против беснила, која се инактивисала етром и фенолом.

Вакцина се справљала од мозга кунића, а касније јагањаца, који су инфицирани вирусом *fixe*. Петог дана од инфекције јављали су се



Хемптова вакцина

први знаци обољења, а седмог дана у стадијуму парализе животиње су жртвоване и стерилно су вађени мозак и кичмена мождина. Нервно ткиво је стављано у етар током 96 сати, након чега је етар аспириран помоћу вакум - пумпе и нервно ткиво је хомогенизовано у специјалном млину. Затим је прављена суспензија у физиолошком раствору са 1 одсто фенола и у специјалном апарату вакцина је разливана по 5 милилитара у стаклене ампуле, са претходно одштампаним етикетама.

Стаклене ампуле су под стерилним условима затваране топљењем на пламену на посебној полуаутоматској машини и паковане у картонске кутије. Вакцина се давала под кожу трбуха по 5 милилитара током 6 узастопних дана и једна доза након 30 дана. Деци се давала половина дозе. Уникатни уређаји и ма-



Садашњи Завод и његов директор испред здаде

шине на електрични погон, били су произведени у новосадској фабрици „Аеромеханика“ око 1930. године.

Када је већ дошао до формулације своје вакцине, др Хемпт је боравио у Пастеровом институту у Паризу и 1925. године објавио свој први рад о новој вакцини у тада једном од најчувенијих часописа, Аналима Пастеровог института.

Предности Хемптове вакцине

По његовој методи вакцинација је трајала само 6 дана, што је према другим методама вакцинације које су трајале 14 – 21 дан био врло револуционарни напредак. Друга тековина Хемптовог рада била је да је вакцина садржавала потпуно мртав вирус, инактивисан а очуване имуногености, по чему је Хемпт опет први у свету. Из тих разлога

његова вакцина је била безбедна и лака за примену, у стакленим ампулама, док су други Пастерови заводи справљали свежу вакцину и прилагођавали третман сваком појединачном пацијенту.

Због ових очигледних предности, Хемптову вакцину прихватило је и користило деценијама низ европских држава, Мађарска, Немачка,

Чехословачка, Аустрија, Румунија и Бугарска. У Југославији пре Другог светског рата ова вакцина је произвођена под фирмом новосадског Хигијенског завода, коме је др Хемпт био први директор, а после рата се наставила у поново самосталном Пастеровом заводу све до 1983. године, када су већ машине за производњу отказале после више деценијског рада. За свој рад Хемпт је одликован орденом Светог Саве. Умро је у Новом Саду 1943. године.

Хемптова вакцина против беснила далеко је надживела свога аутора. Од 1925. године када је практично Хемпт дошао до формулације своје вакцине, њена производња у Југославији трајала је до 1983, а у Мађарској, на пример, до 1989. године. Већина земаља Европе прихватила је Хемптову вакцину и низ деценија је производила и за људе и за животиње.



Први печат Пастеровог завода

52 >



Кућа у којој је живео др Адолф Хемпт, позната као „Хемптова колиба“, налази се поред зграде Пастеровог завода у Новом Саду, у оквиру Клиничког центра Војводине



ЗА СВОЈ РАД ДР АДОЛФ ХЕМПТ ОДЛИКОВАН ЈЕ ОРДЕНОМ СВЕТОГ САВЕ: ХЕМПТОВА БИБЛИОТЕКА

ОСМОРО ДЕЦЕ ДР ХЕМПТА

Др Хемпт је имао осморо деце. Још у Грос-Енцерсдорфу код Беча, где је био гарнизонски лекар, родио се први син Ханс, 1904. године. Остала деца рођена су у Лукавцу код Тузле, где је Хемпт био општински лекар, укупно петорица синова и три кћери. Деца др Хемпта рано су се развила по свету.

Најстарији син Ханс завршио је студије хемије у Београду, кратко радио у Хигијенском заводу у Новом Саду, 1940. прешао у Суботицу, а пред рат побегао у Шпанију и радио у Барселони у фармацеутској индустрији. Познат је по развоју пенушавих таблета аспирина. Умро је 1976. године.

Други син Ото Ерих завршио је студије медицине у Београду. У Споменици Медицинског факултета (1970. год) под бројем 1054 налази се Хемпт А. Ото Ерих, дипломирао школске 1935/36. Касније је специјализирао интерну и бактериологију. Умро је у Холандији 1995. године.

Трећи син Херберт као стипендиста реформаторске цркве завршио је студије теологије у Стразбуру, умро 1994.



Др Адолф Хемпт са породицом по доласку у Нови Сад, 1921.

Четврти син Петер млад је умро у Новом Саду 1927. од реуматске грознице. Најмлађи син Харалд завршио је трговачку академију и радио као економ болнице у Ријеци. Умро је 2003.

Занимљиво да му је жена, пореклом Русиња, била лекар бактериолог, као и њихов син Георг, који ради у Копру. Најстарија ћерка Маргарета била је учитељица у

Америци, преминула 1988. Млађа ћерка Дагмар јако је волела да свира клавир, али др Хемпт није дао женском детету да иде на страну на конзерваторијум. Удала се за хотелијера из Врњачке бање Мирића, а данас живи у Новом Саду. Најмлађа Херта остала је са оцем до његове смрти, а онда се удала за ветринара и данас живи у Баварској.



Техничари Јосип Мадацки и Андрија Јаковљев, др Милан Николић, шеф и др Љубица Штрвоје

ДНЕВНИК ВОЈВОДИНА

субота 23. октобар 2010.

11

ЧОКА ПРОГЛАШЕНА ЗА ПОДРУЧЈЕ ЗАРАЖЕНО БЕСНИЛОМ

Девојчицу напала бесна куна златица

ЧОКА: Осмогодишњу девојчицу Анастасију Ражу из Чоке бесна куна златица напала је на путу од куће до Основне школе „Јован Поповић“. Пре неколико дана, животиња је у Улици Ђуре Даничића скочила девојци на школску торбу и уз цикање почела да је уједа. Преплашену девојчицу од разјарене животиње успела је да ослободи бака, када је плачући дотрчала кући, где је бесна куна златица и ухваћена. Драма са златном куном наставила се и приликом њеног превоза у Пастеров завод у Новом Саду,

где је потврђено да је животиња заражена беснилом. У току вожње куна се измигољила из кавеза и уједа за ногу и девојчиног оца Тибора. Бесна животиња била је врло агресивна па су у Пастеровом

Животиња је скочила девојци на школску торбу и уз цикање почела да је уједа. На путу до Пастеровог завода уједа за ногу и девојчиног оца Тибора

заводу морали да је омаме, да би установили њено здравствено стање. Када је установљено да је заражена беснилом, отац

Тибор је одмах примио серум, док је девојчица серум примила још у Кикинди.

У делу Чоке где се збио немилли догађај одмах је наложена вакцинација свих паса и мацака. Министарство пољопривреде

прогласило је Чоку и околину подручје у полуупренику од 10 километара за подручје зараженим беснилом, што подразумева обавезну вакцинацију и предузимање других превентивних мера, које ће се спроводити до 29. октобра на утрженом подручју.

Девојчицина бака Пирошка Бало каже да је чула како Анастасија врши и видела како животиња скаче на њу.

Прво сам помислила да је то мачка, па сам покушала да ослободим укупу од животиње. Преко ходника и степеншта улетеле су у кухињу, где сам успела да је скрићем. У кухињи сам животињу поклопила ћебетом. Убрзо је дошао и зет и убио је у кавез за папагаје - прича бака Пирошка Бало.

Девојчице је у Доку здржавља у Чоки ukazана помоћ, а отац Тибор се, са бесном животи-



Немилли догађај изазвала заштићена звер

њом у кавезу, сам упутио за Нови Сад. Када се куна ослободила и уједа га за ногу, задржао је присебност, зауставио возило, ухватио куну за врат и боље обезбедио кавез у коме ју је испоручио на испитивање у Пастеров завод у Новом Саду.

Куна златица припада крволочним зверима, која је код нас као ретка врста под заштитом. У питању је животиња издуженог витког тела, дужине око 70 центиметара. Има лепо тамно смеђе крзно, а испод врата на грудима карактеристичну мрљу златне боје, по којој је и добила име.

М. Митровић



Бака Пирошка Бало куну златицу поклопила ћебетом

ИЗ НОВИНА – БЕСНА КУНА

Данас можемо рећи да је Пастерову вакцину наследила Хемптова, као најбоља све до развоја модерних вакцина са културе ткива. Када се појавила вакцина против

беснила произведена на ембрионским пачјим јајима, Меркле и Мор из Тропског института у Хамбургу у Немачкој, која је такође примењивала Хемптову вакцину, наво-

де да је Хемптова боља од нове са пачјих ембриона, која даје више локалних и општих реакција и нижи титар антитела од Хемптове.

Др Имре Лонтаи, експерт за беснило из Мађарске, на Симпозијуму поводом 80 година Пастеровог завода у Новом Саду 2001. године, изнео је податак да ко год је у Мађарској примио Хемптову вакцину, није оболео од беснила.

Прошло је 137 година од рођења и преко 68 година од смрти др Адолфа Хемпта, у свету познатог експерта за беснило. Као оснивач и први директор Пастеровог завода у Новом Саду, а и као рођени Новосађан, није заборављен. Његово гробно место на Реформаторском гробљу је под заштитом, на згради Пастеровог завода 1997. године постављена је његова спомен плоча, као и његовог ученика др Милана Николића, улица у којој је 1936. подигао своју породичну кућу, недалеко од Пастеровог завода, 2002. године добила је назив „Др Хемпта“.

Завод за заштиту споменика града Новог Сада прогласио је Пастеров завод спомеником културе 1997. године, а ову одлуку је потврдила Влада Републике Србије 2001. године. У самој Одлуци о проглашењу, објављеној у „Службеном гласнику“ (48/2001, стр. 2) спомиње се др Адолф Хемпт као велики научник и аутор нове методе примене антирабичне вакцине.

//



Иако са 80 одсто неписменог становништва и нестабилном политичком ситуацијом, отварањем Првог краљевског

РАЗВОЈ ПРЕВЕНТИВНЕ ДЕЛАТНОСТИ У НИШУ И НА ЈУГУ СРБИЈЕ
СА ПОСЕБНОМ УЛОГОМ ВОЈНОГ ПАСТЕРОВОГ ЗАВОДА

ПРВИ НА БАЛКАНУ

// ПРЕ 110 ГОДИНА ПРВИ КРАЉЕВСКИ ПАСТЕРОВ ЗАВОД У СРБИЈИ И НА БАЛКАНУ
ПОЧЕО ЈЕ ДА РАДИ 7. ЈУНА 1900. У НИШУ, САМО 15 ГОДИНА ПОСЛЕ ПАРИЗА
// ЗА ВРЕМЕ ПРВОГ СВЕТСКОГ РАТА, ОКУПАТОРИ, БУГАРИ И АУСТРИЈАНЦИ
ОПЉАЧКАЛИ СУ СВЕ ШТО ЈЕ ЗА СТРУЧНИ РАД ЗАВОДА БИЛО ПОТРЕБНО, ЗАЈЕДНО
СА ДРАГОЦЕНОМ АРХИВОМ, ПА СУ У ЗАВОДУ ОСТАЛИ САМО „ГОЛИ ЗИДОВИ“ //

После вишегодишњих напора и великог труда, први краљевски Пастеров завод у Србији и на Балкану, претеча данашњих превентивних здравствених установа, почео је да ради 7. јуна 1900. године у Нишу, само петнаест година после Париза, четрнаест година после Москве, Петрограда и Одесе и десет година после Њујорка, Чикага и Будимпеште. Као такав парирао је тадашњој медицинској пракси на светском нивоу.

Тај храбар и ентузијастички корак сврстао је тадашњу Србију, на прагу XX века, са 80 одсто неписменог становништва и нестабилном политичком сценом, у ред модерних држава, те био велики корак ка правом развоју здравствене заштите и подизању здравствене културе народа. Производња анималне лимфе, као вакцине против великих богиња, по први пут у Србији почела је даном свечаног отварања Пастеровог завода. Давног 25. децембра 1900. године, Министарство војно

донело је наређење ¹ да се нови завод у Нишу за справљање „антирабичне емулзије“ за превентивно пелцовање против беснила са одељењем за справљање „анималне лимфе“ званично назива Пастеров завод, тако да је завод и званично отворен 1. јануара. 1901. године.

Након његовог отварања, Др Драгутин Петковић (1873–1947.) био је именован за првог сталног управника Пастеровог завода у Нишу. ^{2, 3, 4, 5} У току 1901. године на место помоћника управника долази, ондашњи санитетски поручник, др Милош Стевановић. Др Стевановић је први радио вакцину против беснила и други анималну лимфу против великих богиња. Свој радни век је провео на месту шефа одељења за справљање анималне лимфе. У одсуству доктора Петковића, које је трајало скоро две године, када се он усвршавао у Паризу, Немачкој и Бечу, доктор Стевановић је обављао функцију управника Завода. Доктор Стевановић је до краја свог радног века радио у Пасте-



ПАСТЕРОВОГ ЗАВОДА У НИШУ, СРБИЈА УЛАЗИ У РЕД МОДЕРНИХ ДРЖАВА

ровом заводу, заправо до своје смрти 1915. године од пегавца.

Током исте 1900. године домаћом лимфом је против богиња било пелцовано 11.540 регрута. Први антирабично лечени болесник био је војник, па се може рећи да су прве вакцине произведене у Пастеровом заводу биле коришћене за потребе војног санитета. Крајем исте године у Ниш су стигли ради лечења и први цивилни болесници уједени од бесног вука, људи са села, из чачанског среза.⁶

До отварања Завода у Нишу, људи уједени од бесних животиња, најчешће паса, били су упућивани сами или са пратиоцем, најчешће у Пастеров завод у Пешти ради лечења. Било је између 100 и 200 таквих пацијената, од којих су половину чинила деца.

У првим годинама рада Завод је давао озбиљне резултате, који су, уосталом, при оснивању ове институције и очекивани. Отворен као званична војна установа, радио је за потребе војног санитета, али је у исто време корисник његових услуга, у све већој мери постајало и цивилно становништво Србије. Та традиција коришћења војних санитетских установа у цивилне сврхе се одржала и до данас, и са поносом можемо рећи да је темеље те сарадње градио први Краљевски војни Пастеров завод у Нишу.

Према статистичким подацима Краљевине Србије из периода 1901–1904. године у Пастеровом заводу је антирабично лечено 1140 лица, од којих је умрло свега седам. Број лечених се с годинама повећавао, док је број смртних случајева остајао у границама просека медицинских центара у Европи, што је резултат који је Пастеров завод у Нишу, тада сврставао у ред медицински најнапреднијих институција у Европи.

Српско лекарско друштво је 7. септембра 1904. године одржало Први конгрес лекара и природњака на коме је др Драгутин Петковић врло запажено говорио о развојном путу и успешном раду Пастеровог завода,⁹ који се за врло кратко време по својим резултатима изравнао са успесима реномираних завода у Паризу (0,47 одсто умрлих од беснила у периоду од десет година,¹⁰ наспрам 0,77 одсто у Нишу¹¹ за три године рада), Пе-

шти или Бечу, што је тада за тако младу институцију био прави подвиг и својеврсно признање које и данас представља стручно-културни понос.

Након 1904. године долази до проширења примарних делатности. Прва новина те године била је инсталирање бактериолошког одељења у оквиру Пастеровог завода, које је решењем Министарства војног, службено отворено 1. априла.⁷ Већ 20. априла отворено је Дезинфекционо одељење, када је отпочео са радом и првог курса за дезинфекторе.⁸ Исте године биле су извршене и припреме за отварање серотерапијског и хемијског одељења. Ове промене биле су од кључне важности за Србију, ако се зна да су доминантно место у структури обољевања па и узрока умирања становништва имале заразне болести.

Рад Пастеровог завода после Првог светског рата

У годинама које су уследиле, до Првог светског рата, Пастеров завод у Нишу је, поред тога што му је основна делатност била оријентисана на сузбијање беснила и великих богиња, радио и на другим задацима везаним за сузбијање зараза и хигијенским питањима уопште. Бактериолошко одељење Пастеровог завода је 1915. године спремало тетравакцину и радило више на бактериолошким дијагнозама. Број лечених за првих 14 година његовог рада, од 1901–1915. године износио је

>>> Пастеров завод у Нишу изгубио је своје првобитно име трансформишући се у Епидемиолошки завод 1923. године <<<

укупно 8649, или просечно 617 лица годишње.¹²

По писању првог послератног управника др Герасима Аивизатоса, за време Првог светског рата, окупатори, Бугари и Аустријанци су опљачкали све што је за стручни рад завода било потребно, заједно са драго-

55 <

ценом архивом, и у Заводу су остали само „голи зидови“. Обзиром да је Србија поднела највећу жртву Првог светског рата, заправо 28 посто становништва је страдало у ратном вихору, по аналогији се исти сценарио одиграо и на плану превентивне медицинске делатности разорене Србије.

После Првог светског рата, када се Пастеров завод као и цела Србија нашао опустошен, започео је делатност као цивилна установа. Већ 1919. године под руководством тек отвореног Министарства народног здравља, Пастеров завод са својим тадашњим управником др Аливизатосом, започео је темељан рад на борби против енормно растуће опасности од беснила. Због тога је у Пастеровом заводу још првих година након рата развијан научно-истраживачки рад који је резултовао проналажењем нове методе за заштиту од беснила познате под називом: „Етер метода по Аливизатосу“ или „Mixed-метода“, која је, на светском нивоу дала најбоље резултате у заштити угрожених лица од беснила.

Завод у Нишу је у наредном периоду отпочео с отварањем нових социјално-медицинских установа које су представљале зачетак здравствене службе Ниша и околине. Тако је 1920. године основана Венерична амбуланта, затим стална бактериолошка станица, Школске поликлинике у Нишу и другим градовима, здравствене станице, диспанзери за жене и децу, Домови народног здравља, народна купатиле.¹³

Најзначајнији податак је, ипак, да је 14. октобра 1923. године, реновиран и знатно проширен и осавремењен Пастеров завод прерастао у Епидемиолошки завод у Нишу.¹⁴ Као компетентна стручно-научна институција на себе је преузео борбу против свих заразних болести користећи и вакцине против цревних зараза које су израђиване по методи др Аливизатоса.

Пошто је 1926. године дотадашњи Епидемиолошки завод прерастао у Хигијенски завод у Нишу,¹⁵ први у земљи, почео је знатно да шири своју делатност, тако да је у наредним годинама постао снажна хигијенско-противепидемијска, санитарно-хемијска, санитарно-техничка и здравствено-просветна институција, која је поред борбе са заразним болестима, почела да мења неповољне хигијенске прилике, нарочито међу селским становништвом.¹⁶

Рад Завода после Друїої свейскої райа

Хигијенски завод је тридесетих година имао више одељења: бактериолошко-сероволошко, антирабично, хемијско, санитарно-техничко и одељење за медицинску статистику из кога ће потећи сва даља социјално-медицинска делатност.¹⁶ У заслуге завода из тог периода спада и изградња дуго очекиваног водовода у Нишу, али још више од тога рад и развој првог Анти туберкулозног диспанзера у Нишу, исте 1937. године.^{17,18} Тако успешан период рада између два рата, може се објаснити изузетним ангажовањем свих запослених, који су тековине савремене превентивне медицине у свету објединили са сопственим научно-истраживачким радом.

О квалитету рада Хигијенског завода у Нишу говоре и подаци о посетама бројних здравствених радника из читавог света. То су углавном били лекари стипенди-

сти Лиге народа, Рокфелерове фондације или Светске здравствене организације. Њихов боравак у Хигијенском заводу у Нишу имао је за циљ упознавање са организацијом и радом наше здравствене службе која је била узор у светским размерама.

Послератни период представља нову епоху у раду Завода. Осиромашен ратом, а затим и осипањем кадрова, без основне опреме и средстава за рад у окружењу где су владале бројне заразне болести (пегави тифус, туберкулоза, трбушни тифус и др.). Завод је тада функционисао са шест одељења: бактериолошко-епидемиолошко, социјално-медицинско, санитарно-техничко, хемијско, одељење за заштиту школске деце и одељење за сузбијање туберкулозе. Увођењем социјализма Завод је доживео најдубље промене, најпре због новог друштвеног система, а затим и због преласка на самостално финансирање, као и на самоуправљање у здравственој заштити.

Велика улога Завода у послератном периоду огледа се и у оснивању средње медицинске школе у Нишу 1946. године,¹⁹ а од оснивања Медицинског факултета 1960. године постаје његова најважнија наставна база. Оснивање факултета дало је нови полет овој значајној установи како у кадровском, тако и у стручном смислу. Према закону о здравственој заштити и здравственој служби Народне Републике Србије од 23. јуна 1961.²⁰ године Хигијенски завод у Нишу, као и сви остали хигијенски заводи у земљи који су под тим називом функционисали од 1926. године, прераста у Завод за здравствену заштиту.

У наредном периоду Завод проширује своје епидемиолошке, хемијске, микробиолошке, вирусолошке, паразитолошке, санитарно-техничке, статистичко-извештајне и социјално-медицинске активности. Право оснивача Завода прелази 1965. године на Медицински факултет у Нишу. Исте године, по први пут, у Заводу су одржани „Дани превентивне медицине“, јединствени стручно-научни састанак који се одржава до данашњих дана.

Завод за здравствену заштиту 1979. прераста у Завод за заштиту здравља у Нишу.²¹ Од 1984. године Завод

>>> О квалитету рада Хигијенског завода у Нишу говоре и подаци о посетама бројних здравствених радника из читавог света. То су углавном били лекари стипендисти Лиге народа, Рокфелерове фондације или Светске здравствене организације <<<

за заштиту здравља у Нишу по новом статуту функционише као „самостална и самоуправна организована здравствена радна организација радника повезаних заједничким интересима у јединственом процесу рада.

Завода за заштиту здравља Ниш Своју делатност Завод тих година обавља преко својих пет сектора: Сектора за социјалну медицину, Сектора за епидемиологију, Сектора за микробиологију са паразитологијом, Сектора за хигијену и заштиту животне и радне средине и Службе за заједничке послове.²¹



Према статистичким подацима Краљевине Србије од 1900–1904. у антирабично је лечено 1140 лица

56 <

Деведесете године двадесетог века и друштвени потреси које су са собом носиле отежале су, али не и зауставиле активности ове реномиране установе која је одлуком Владе Србије од 10. фебруара. 1998. године прерасла у Институт за заштиту здравља у Нишу.

У Институту за заштиту здравља од 2003. године постоји и Сектор за промоцију здравља чиме је и здравствено-васпитни рад који ова установа спроводи успешно од свог оснивања добио форму која омогућава модеран приступ и унапређење ових активности.

Данас у Институту за јавно здравље у Нишу од 227 запослених 66 је доктора медицине, од којих 60 специјалиста, шест примаријуса, 13 магистара, 23 доктора наука. У настави је ангажовано 12 доктора медицине у звању професора, четири доцента и девет асистената. Запослена су 73 медицинска техничара, 53 здравствена сарадника и 46 немедицинских радника. Са 139 здравствених радника Институт данас представља водећу установу овог типа у Републици Србији и са успехом обавља градске, регионалне и републичке задатке из домена епидемиологије, микробиологије, хигијене са заштитом животне средине, социјалне медицине с организацијом здравствене службе, здравственим васпитањем, здравственом статистиком и информатиком. Институт представља референтну здравствену установу за југоисточну Србију.

Наставници и сарадници Медицинског факултета у Нишу из овог Института написали су и штампали већи број уџбеника и монографија, а стручњаци и научни радници ове куће, како из редова наставног особља, тако и осталих, велики број стручних и научних радова публиковали или саопштили у земљи и иностран-

ству. Институт за јавно здравље је у овој години сертифицирован по ИСО стандарду 9001-2008 и реакредитован од стране АТС по стандарду 17025, чиме је потврђен највиши европски квалитет у раду, што представља гаранцију даљег развоја и напредка ове институције.

У XX век Ниш је у област превентиве ушао са првим Пастеровим заводом у земљи, у XXI век са Институтом за јавно здравље, који ће, поштујући традицију, доследно одговорити и овој својој улози, имајући стално на уму да је „превентивна медицина наука, струка и скуп мултидисциплинарних вештина чија примена обезбеђује спречавање болести, продужење живота и унапређење физичког и менталног здравља.

Институт за јавно здравље у Нишу наставља рад с ентузијазмом, проширујући своју делатност и развијајући се просторно, стручно и кадровски како би што боље обезбедио заштиту и унапређење здравља становништва Србије.

Данас, 110 година након оснивања првог Пастеровог завода, односно Института за заштиту здравља, а одскора Института за јавно здравље у Нишу, није нескромно рећи да његов рад представља круцијалан историјски и здравствено-културни значај за развој здравствене заштите не само југоисточне Србије, већ и целе државе, и да као такав представља камен темељац превентивне медицине у нашој земљи.

Миодраг Стојановић,
Дијана Мушовић*,
Зоран Милошевић****

* Медицински факултет Ниш,
* Институт за јавно здравље Ниш

ЛИТЕРАТУРА

1. Документ о отварању Пастеровог завода.
2. Марковић М: Одговор на „Истину о Пастеровом заводу“, СА, 9, Београд, 1902: 403.
3. Станојевић Б: Српско лекарско друштво-Споменица 1872.-1972. Београд: 199.
4. Андрејевић Б: Српско лекарско друштво-Споменица 1872.-1972. Београд: 116.
5. Милојевић Б: Историја Ниша, II, Градина и Просвета, Ниш, 1984: 504.
6. Станојевић С. Први цивилни болесници Пастеровог завода у Нишу из чачанског краја уједени од бесног вука.
7. Станојевић Ст: Пастеров завод у Нишу, Народна енциклопедија српско-хрватско-словеначка, III, Библиографски завод Д. Д. Загреб, 1928: 302.
8. Станојевић Ст: Пастеров завод у Нишу, Народна енциклопедија српско-хрватско-словеначка, III, Библиографски завод Д. Д. Загреб, 1928: 30-32.
9. Петковић Д: О антирабичном лечењу уопште и о лечењу у Краљевско-српском Пастеровом заводу, рад изложен на I конгресу српских лекара и природњака одржаном у Београду 5. 6. и 7. септембра 1904. године: 1-20.
10. Петковић Д: О антирабичном лечењу уопште и о лечењу у Краљевско-српском Пастеровом заводу, рад изложен на I конгресу српских лекара и природњака одржаном у Београду 5. 6. и 7. септембра 1904. године: 8.
11. Петковић Д: О антирабичном лечењу уопште и о лечењу у Краљевско-српском Пастеровом заводу, рад изложен на I конгресу српских лекара и природњака одржаном у Београду 5. 6. и 7. септембра 1904. године: 12.
11. Николић М: наведени рад (Пастерови заводи у Србији), Гласник Хигијенског института, III, 3-4, Београд, 1954: 58-59.
12. Гласник Министарства народног здравља, 10, 11 и 12, Београд, 1922: 593-601.
13. Аливицатос Г: Епидемиолошки завод у Нишу, Гласник Мин. нар.
14. Здр. 10, 11 и 12, Београд, 1923: 490-492.
15. Константиновић Б: Хисторијат Централног хигијенског завода, Социјално-мед. преглед VIII, св 1, Београд, 1936:1.
16. Наведени необјављени извештај о раду завода кроз период 1919.-1928. године.
17. Грујић Ж: Средње-медицинска школа у Нишу, писмено саопштење из 1984. године.
18. Грађевински дневник, 1938. Ниш; документ-књига у архиви Пастеровог завода у Нишу.
19. Шумоња А: Подаци о образовно-васпитној организацији здравствене структуре „Др Миленко Хадзић“-Ниш; документ у архиви наведене организације 01 бр.98 од 14.02.1983.године.
20. „Сл. гл. НР Србије“ бр.22/61”
21. Милојевић В. Пастеров завод у Нишу 1900-1985, Просвета Ниш, 1900: 245-253

ОНИ СУ ПИСАЛИ ИСТОРИЈУ СРПСКОГ ЛЕКАРСТВА

СРЕМАЦ ЛЕКАР У ЈАДРУ

// ДР МИЛЕНКО МАРИН, ПРАШКИ ДОКТОР, СРЕМАЦ ДОШАО НА ПРИВРЕМЕНИ РАД У ЛОЗНИЦУ И ОСТАО ДО КРАЈА ЖИВОТА // У ЗНАК ЗАХВАЛНОСТИ ЗА ДОПРИНОС РАЗВОЈУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ОВОМ КРАЈУ И УСПЕШНОМ РАДУ БОЛНИЦЕ, НА ЧИЈЕМ ЧЕЛУ ЈЕ БИО 29 ГОДИНА, ОВА УСТАНОВА ДОБИЛА ЈЕ 1992. ГОДИНЕ ИМЕ „ДР МИЛЕНКО МАРИН“ //

Географска одредница Сремац, завичај др Миленка Марина, намерно је истакнуто у наслову овог чланка, као пут из кога се кретало у обнови после Првог светског рата. Наиме, тада као и сада, све квалитетно и добро кретало се правцем Север–Југ. Ратом разорена Србија требала је многоумних глава, лекара свакако, да би се подизала из рушевина тек формирана Краљевина Срба, Хрвата и Словенаца.

Лозница, административни центар Јадра и средњег Подриња, варошица од 3000 становника требала је стручњака свих профила, како би кренула у процес обнове и напретка. На место среског лекара у Лозници Министарство здравља упутило је 1922. године младог др Миленка Марина.

Др Миленко Марин рођен је 1891. године у сремском селу Мали Радинци у свештеничкој породици. Нижу гимназију завршио је у Руми, а вишу у престижној Карловачкој гимназији у Сремским Карловцима, где је показао склоности ка медицинским наукама. Личним опредељењем и сугестијом својих карловачких професора уписује студије медицине у Грацу, а потом их наставља у Бечу. Као Србина догађаји из Првог светског рата, због личне безбедности, одводе га из Беча у Праг, где завршава студије и стиче диплому доктора опште медицине јула 1920. године.

Завидно знање

Студирајући на овим престижним универзитетима, (Грац, Беч, Праг), стекао је завидно знање за обављање лекарске праксе. Ношен узвишеним родољубивим осећањима, иако није био стипендиста и није имао никаквих обавеза према новоформираној Земљи, ставља се на располагање Министарству здравља.

Решењем Министарства бива постављен за лекара у Жупском Александровцу. Ту проводи непуну годину дана, потом кратко ради у Крупњу, а 1922. прелази у Лозницу где је постављен за среског лекара. На том месту је и наследио др Живана Јашића о коме је писано у прошлом броју „Гласника“. Као срески лекар ради само две године и Министарство здравља Краљевине СХС поставља га 1924. за управника болнице у Лозници. На месту управника болнице остаће све до 1953. године.

Социјалне, здравствене и економске прилике у Краљевини, Србији и Лозници, биле су изузетно тешке. За младог др Марина изазовне, да провери своје знање и хуманост. Схватио је да целог себе стави у поверену му службу, како би што више могао помоћи народу да изађе из заосталости и непросвећености. Даноноћ-



На место среског лекара у Лозници Министарство здравља упутило је 1922. младог др Миленка Марина

ним радом стекао је поверење народа и епитет „народног лекара“.

Да би што више био у служби напаћеног народа, поред ординирања у болници у Лозници увео је и институт „ординирање по кућама у Лозници и околним местима“. Ово је чинио да би олакшао тешким болесницима и поштедео их малтретирања. Уместо њих малтретирао је себе ради њих, као што су чинили његови велики учитељи у Аустрији и Чешкој. Његово пожртвовање народ је препознао и због тога га је поштовао и волео. Колико је био у служби свога народа сведочи и чињеница да је купио плац и саградио кућу поред саме болнице у Лозници, опет, да би био на услузи пацијентима, увек и у свако доба.

Други светски рат додатно је погоршао прилике народа и др Миленка Марина ставио на још већа искушења. Велики прилив избеглица из Босне, слабо развијену

59 <



ДР МАРИН СА СУПРУГОМ

>>> Несебично је пружио заштиту свом колеги др Соломону Адањи, урологу и послератном професору на Војно-медицинској академији у Београду, скривајући га у својој кући ризикујући свој и живот своје супруге <<<

здравствену службу у Србији ставио је још у тежи положај. Још преданијим радом др Марин је надокнађивао немаштину у лековима и санитеском материјалу.

Стизао је да свима учини што је могао; утврди веру, улије наду и пружи подршку. Човек с оствареним неограниченим поверењем код народа, стекао је поверење и окупационих власти у Лозници. Са таквим поверењем могао је да учини и више, на пример да помогне у скривању Јевреја и прогоњених припадника покрета отпора у овом делу Србије.

Оснивач лисџа „Подриње“

Са стеченим општим образовањем у Карловачкој гимназији и на универзитетима у (Грацу, Бечу и Прагу), Лозници се представио као „омнипотентни“ део лекарства. Наиме како је уз гимназију похађао и музичку школу, свирао је добро виолину, па је и ту способност ставио у функцију народног просвећивања. Као члан Друштва „Караџић“ свирао је у оркестру виолину и руководио музичком секцијом.

Основао је лист Друштва „Подриње“, био је члан Одбора за обнављање Вукове куће и установљење Вуковог сабора (1933), за подизања Вуковог дома културе (1937) и постављања Вуковог споменика у Лозници. Одликован је Орденом Светог Саве (за грађанске врлине и заслуге). За послератне заслуге такође је одликован Орденом заслуга са златним венцем, Орденом рада, Вуковом наградом и општинском наградом „23 септембар“.

У знак захвалности за допринос развоју здравствене заштите у овом крају и успешном раду болнице, на чијем челу је био 29 година, ова установа је добила 1992. име „др Миленко Марин“, које и данас са поносом носи. Пред Поликлиником постављена је његова биста, као знак трајне захвалности благодарних Лозничана.

Др Миленко Марин је грађанима Јадра и Лознице поклонио сву своју љубав и стечено знање, безусловно. Преминуо је у марту 1975. године у Лозници, испраћен масом благодарног народа, што је била најбоља потврда његових људских и лекарских вредности. Свог порода није имао, његова деца су били сви Лозничани и грађани средњег Подриња. Његова свакодневно мала, животна велика, трајно узорна дела, остаће као велики прилог историје Српског лекарства.

Прим. др Предраг Тојић



Др Миленко Марин преминуо је 1975. у Лозници

ВРЕДНО ЈЕ ПОТСЕТИТИ СЕ

Милом народу Србском!

Овако обраћање: „Милом народу Србском!“, – тешко да бисте данас пронашли чак и међу писмима читалаца новина а поготово да књига буде посвећена управо том народу. Ипак, та искрена осећања др Јована Валенте, једног од оних лекара који је задужио не само српско здравство, ту посвету написао је у Београду, месеца јануара 1865. у тада објављеној књизи. Она је, не само његовим колегама, већ и обичном, писменом свету послужила као незаобилазни здравствени водич у време свеколике оскудице па и оне коју многи и данас не сматрају превеликим хендикепом: знања. Зато је вредно потсетити се:

Каг сам се 1852. год. решио скромне моје услуге србском народу посвећивши, био сам њом мисли руковођен, да и ја принесем колико ми могуће буде к развијку најпрегачи сродној ми народа која је кроз њолико столећја и ужасна и несрећна судбина њомила – написао је пре више од века др Јован Валента.

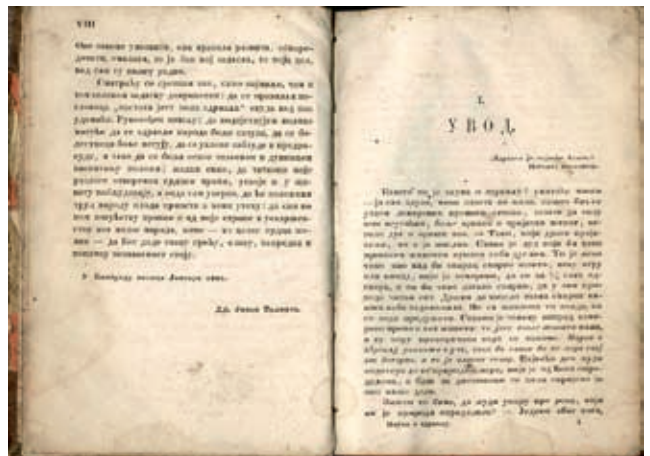
Примивши се звања лекара у околију смедеревском – нејда славној престојници Десјојна српских ујознао сам се с обичајима, начином животи, предрасудама народним и са целим начином мишљења једној знајној дела србском народа – пише Валента.

– У свакој дајој љирици дејствоввао сам речима, разлозима, усменим савешом на народ окупиа. Поићуно сам се уверио да само љуш јавне шћамје и љомоћ високе владе једина су средствва, којим се може усешено и штрајино на наш народ дејствоввати, јер шћамјом умножена реч дојре у све и најдаље крајеве нашеј ошћастива, она нађе љуштем шћровине, љоклона, љубојишћива, љошћребе ишћд. и у најдаље усамљене куће.

Мени као лекару – наставља др Валента, најбољи је за дајћак био, да из бојашћој извора лекарских наука и искушћива она љравила за обдржавање здравља и за чување болестњика љоцрћим, која су свакоме нужна, као лекар највише сам љу оскудицу осећао, ља овим делом и наумо да љом недосћашћу доскочим.

– Када сам љирсћјуио у дејствоввању моје намере, нашао сам довољно дела већ израћених на немачком, француском, енјлеском језику, ићак изабрао сам дело словенској браћиа врсћиној и у чешкој високо љошћивованој сјисашћља Др Кодима, јер ми се чинило да је схваћаше и смер њејовој дела најбљжи духу и начину схваћаша нашеј народа и љо шћоме сам дело за шћемељ и љравац ујошћребио и на разним месћима знајно сјрам љошћреба нашеј народа развио и умножио.

Највећа ушћјеха биће ми, ако видим, да сам с мојим малим и ојраниченим шћрудом ма колико љринео к развијку мој народа, да моја доказивања добију ућлива на чистјоцу, на љобољшаше и одржвање здравља овој највећей човечијей блаја – објашњава др Валента.



Руковођен мишљу: да подејствујем колико могуће да се здравље народа боље сачува, да се болестници боље негују, да се уклоне заблуде и предрасуде, и тако да се боље основ телесном и душевном васпитању положи; желим само да читаоци моје разлоге отвореним срдцем приме, усвоје, и у животу набљудавају, и онда сам уверен да ће положени труд народу плода принети, а мени утеху: да сам по мом могућству принео и од моје стране к усавршенству мог милог народа коме – из целог срдца желим да Бог даде сваку срећу, славу, напредак и коначно, независност своју – написао је давне 1865. др Јована Валента

– Наш народ од љприроде овако красно шћелесно сћворен и обдарен ићак немилуће и љре времена мре, љре оној њему од Боја у сваком љоједином случају одређеној рока. Половина деце новорођене и више умире у љрвој јодини свој животи. Смашћраћу се срећним ако, само најмање, чим к љом великом за дајћу дојринесем: да се љравила и љословица „чистјојна јестј љола здравља“ свуда код нас удомаћи.

– Руковођен мишљу: да љодејствујем колико могуће да се здравље народа боље сачува, да се болестници боље негују, да се уклоне заблуде и предрасуде, и шћако да се боље основ шћелесном и душевном васићшашу љоложи; желим само да чистјоци моје разлоје оћвореним срдцем љриме, усвоје, и у животи набљудавају, и онда сам уверен да ће љоложени шћруд народу љлода љринеићи, а мени ушћеху: да сам љо мом могућшћиву љринео и од моје сћшране к усавршенсћиву мој милој народа коме – из целој срдца желим да Бој даде сваку срећу, славу, најпредак и коначно, независност своју.

У Београду, месеца јануара 1865, Др Јован Валента

РЕПРИНТ „ПОМЕНИКА ПОГИНУЛИХ И ПОМРЛИХ ЛЕКАРА И МЕДИЦИНАРА У РАТОВИМА 1912–1918.“

МОРАМ ЊИМА ПОМОЋИ, А МЕНИ КАКО БОГ ДА...

// НОВЕМБРА 1912. ГОДИНЕ СРБИЈА ИМАЛА ЈЕ САМО 370 ЛЕКАРА А НОВЕМБРА МЕСЕЦА 1918. ОСТАЛО ЈЕ ЗАПИСАНО: „У ЦЕЛОЈ СРБИЈИ, СА СТАРОМ СРБИЈОМ И МАКЕДОНИЈОМ БИЛО ЈЕ СВЕГА 35 ЛЕКАРА“ //

Недавно је Српско лекарско друштво издало репринт „ПОМЕНИКА ПОГИНУЛИХ И ПОМРЛИХ ЛЕКАРА И МЕДИЦИНАРА У РАТОВИМА 1912–1918.“, чији се оригинал налази у књижном фонду Народне библиотеке Србије. Садржај књиге неће оставити равнодушним читаоца, стил је аутентичан времену збивања, ненаметљиво је истакнута пожртвованост, као и идеали и љубав према отаџбини.

Давне 1912. године почињу Балкански ратови. Србија жели да се ослободи од турске власти делове својих националних територија. У томе делимично успева, али из рата излази јако исцрпљена и финансијски осиромашена. Изгубила је 74.500 војника. Мада исцрпљена овим ратовима и у свему неспремна, није могла да избегне следећи, Велики рат, који је годинама припреман: Први светски рат. Чекао се само повод, који је нађен у атентату на надвојводу Фрању Фердинанда у Сарајеву, 28. јуна 1914. године. Четири ратне године вођене у изузетно тешким условима водиле су српску војску ка победама, али и поразима.

Новембра и децембра 1915. године, српска војска је принуђена да се преко Црне Горе и Албаније повлачи према Јадранском мору. По изузетно јакој зими, без хране и одеће, три месеца се пробијала српска војска кроз планинска беспућа и при томе изгубила 300.000 војника! После одмора на Крфу чекале су их још две године Солунског фронта, две године у каменним рововима које тешко да би неко други издржао.

Та тешка времена Србија дочекује са веома малим бројем лекара.

Први лекар дошао је у Србију давне 1819. године. Онда су се смењивали други лекари странци, а долазили су и лекари Срби из околних земаља. Тек 1846. године Србија почиње да шаље своје младе школоване на даље студије медицине у Беч, Грац, Праг, Цирих, Женеву и Париз јер свој медицински факултет није имала. И поред добијених стипендија ти млади људи су тешко живели. Многи су морали уз студије истовремено и да раде како би се издржавали.

Све то их није спречавало да активно учествују у свим облицима друштвеног живота, да шаљу у Србију извештаје са културних догађања, да раде као преводиоци, песници, књижевници. Вративши се у своју земљу прихватили су службу где год је било потребно, често мењајући место боравка, али су увек и свуда свој узвишени посао радили са много љубави и пожртвовања. Били сицењени, омиљени и поштовани. Посебно су се ангажова-

вали на пољу здравственог васпитања жена, омладине и сеоског становништва. На веома лак и разумљив начин објашњавали су како се сачувати од разних болести, промовишући здрав начин живота.

И поред свог ангажовања да побољша здравствену заштиту становништва, Србија Балканске ратове дочекује са болном чињеницом, да лекара нема довољно ни за доба мира а камоли рата. Новембра месеца 1912. године, војни министар саопштава:

„У целој Србији има свега 370 лекара, од ових је ратним распоредом одређено 296 за војиште, тако, да за позадину остаје свега 74 лекара. Како од овог броја мора да се одузму лекари који су у централној управи (6), лекари који су услед старости и болести сасвим неспособни (8), и лекари, који су давно лекарски позив напустили (3), то за лекарску службу у целој позадини, у грађанству и војсци, остаје свега 57-у тај број урачуна-то је и 16 женских. С овако малим бројем лекара не би се могла отправљати лекарска служба ни у редовним а камо ли ратним приликама.

Почетак балканских ратова окупља лекаре из Србије и околних земаља, као и оне који прекидају студије и хитају на ратисте где су преко потребни, чекајући да их распореде у војни санитет. По завршетку ратова враћају се да заврше студије. Нажалост, ускоро их чека још један рат са свим својим ужасима и недаћама али их чека и епидемија пегавца енормних размера која је „косила све пред собом“. Болесника је било превише, лекара премало. Радили су даноноћно, без тренутка одмора јер није имао ко да их замени. Лечећи тифусне болеснике и сами су се разбољевали и умирали.

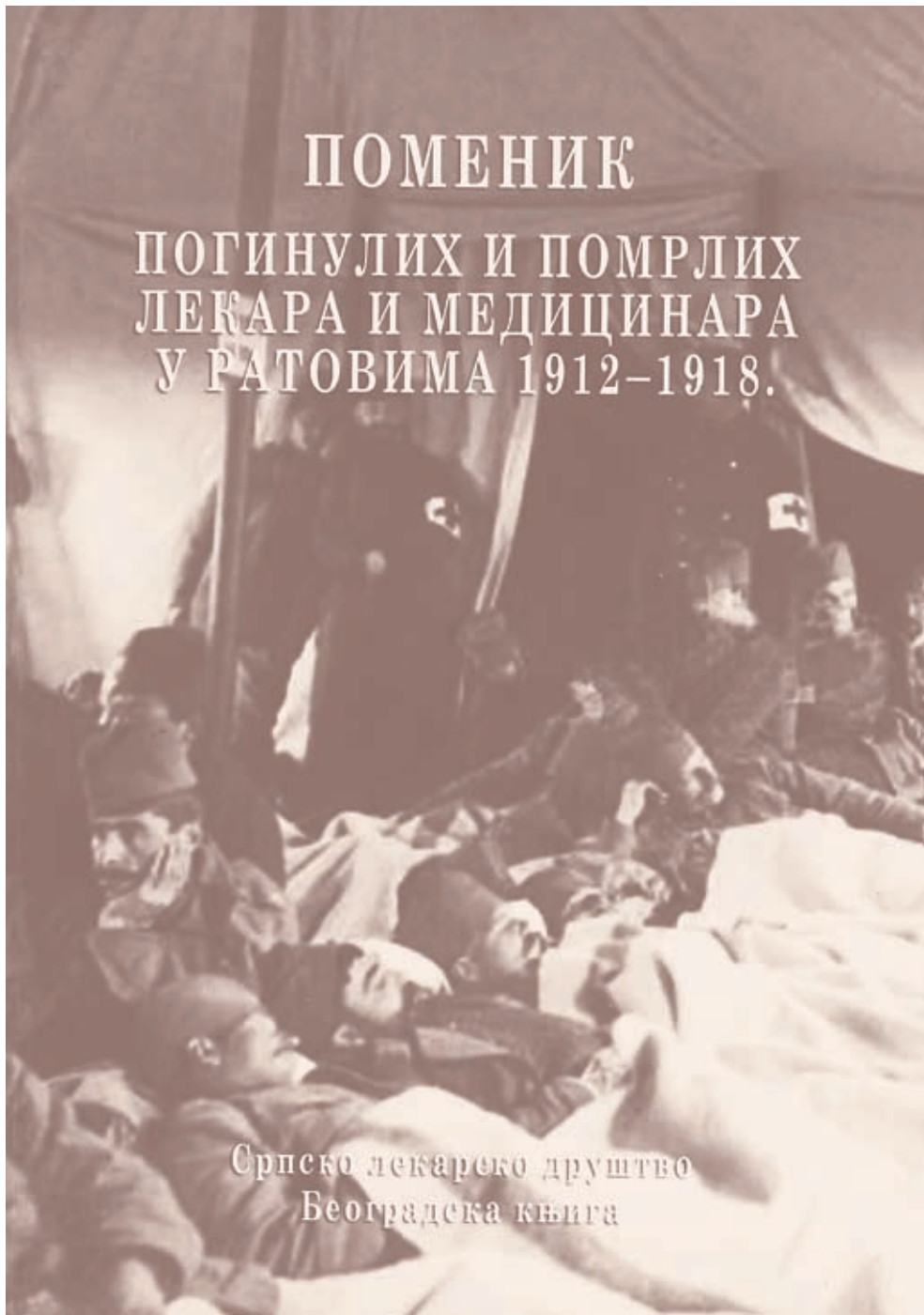
У дневнику једног лекара пише:

„Овде је сада ров за лекара. Ту имам да победим или да паднем онако исто славно као што су досад падали наши официри и војници у јуришима.“

У другом дневнику пише:

„Малаксао сам...лејао бих! Али како да лежем кад је толико очију ујрло у мене...сваки шражи моју помоћ. Морам њима помоћи, а мени како Бој да...“

Храбрили су рањенике а својим пријатељима говорили: „Ја познајем себе; свесћан сам тошћуно да ћу и ја овој зарази поглећи, али друшћије не моћу.“ Или, „ја се



Др Тома Авраси



Др Светислав Андрејевић



Др Адам Фердинанд



Др Сотир Андрејевић

У току ратова Србија је изгубила 153 лекара, једног зубног лекара, шест старијих медицинара, 21 млађег медицинара и 25 страних лекара

својим најорним радом само одужујем српском војнику, који сахрањује насу оишћу домовину“.

На крају ратова, новембра месеца 1918. године, остало је записано: „у целој Србији, са Старом Србијом и Македонијом било је свега 35 лекара. У многим срезовима дужност средњих лекара вршили су медицинари, великим делом и са неколико семестара.“

У току ратова Србија је изгубила 153 лекара, једног зубног лекара, шест старијих медицинара, 21 млађег медицинара и 25 страних лекара. Пегавац је био узрок смрти код 87 лекара, а укупно је однео 117 живота, не рачунајући још седам код заробљених лекара.

За своју ревносну службу, оданост, храброст и хуманост добијали су одликовања. споменута само нека која су красила груди ових изузетних људи: Орден Светог Саве, Крст Милосрђа, Крст Црвеног крста, Златна медаља за ревносну службу, Таковски Крст, Карађорђева звезда, Француски орден Легије Чести, Бели орао.

Др Војислав М Суботић и Српско лекарско друштво заслужни су за чување успомена на све лекаре и медицинаре који су погинули или умрли у току ових ратова, преко своје публикације „Поменик“ из 1922. године, „да им се ода заслужено признање и почаст и подигне вечни спомен у њихову част“.

Прим. др Миланка Давитков

>>> ИСКУСТВА ЈЕДНОГ ПОКУШАЈА

ПРВО ПРИВАТНО МЕДИЦИНСКО ТЕЛЕФОНСКО САВЕТОВАЛИШТЕ „МЕДИТЕСА“

ЈЕДАН ПОЗИВ МЕЊА СВЕ

// У БЕОГРАДУ 1. АПРИЛА 2009. ГОДИНЕ, СВАКОГ ДАНА ОД 8 ДО 20 ЧАСОВА, РАДИЛО ПО МНОГО ЧЕМУ ЈЕДИНСТВЕНО И ДО САДА, НА ОВИМ ПРОСТОРИМА, НЕЗАБЕЛЕЖЕНО САВЕТОВАЛИШТЕ // У САВЕТОВАЛИШТУ ЈЕ БИЛО СТАЛНО ИЛИ ПОВРЕМЕНО АНГАЖОВАНО 12 ЛИЦА //

Данас у свету постоје многе службе које пружају услуге чији је циљ да помажу грађанима да удобније живе, штеде своје време, добију правовермену и праву информацију о многим питањима која су битна за њихов живот, олакшају решавање разних недоумица, да би се тако осећали сигурније и заштићеније. Проблеми и дилеме са којима се данашњи човек суочава су бројни и потичу из разних сфера живота. Међутим, сви ти проблеми изгледају лако решиви, када се човек суочи са здравственим проблемима.

Један од облика здравствене заштите су и саветовалишта. Она најчешће раде при домовима здравља, хитној помоћи или у неким специјализованим установама. Саветовалишта су углавном специјализована за једну врсту болести, зависности или популацију. Велики број пацијената и данас помиње и жали за укинутим Саветовалиштима за дијабетичаре у Домовима здравља која су функционисала беспрекорно.

Савешћу од телефона до мејла

Убрзани темпо живота доводи до тога да се сада често дешавају непредвиђени догађаји, који могу да угрозе здравље, па чак и опстанак појединца, породице, па и целе заједнице. Због тога је једно од основних питања којима би требало да се бави свако друштво и појединац – питање здравља.

Проучавајући модерне трендове у свету у области која се бави начинима помоћи оболелим или здравим особама који имају неке дилеме у вези са својим здрављем, група ентузијаста је дошла до закључка да би и у Србији, као и у неким западним земљама, било пожељно да се отвори једно медицинско телефонско саветовалиште.

У складу са том идејом, у Београду је 1. априла до 31. децембра. 2009. године (укупно девет месеци), сваког дана од 8 до 20 часова, радило по много чему јединствено и до сада, на овим просторима, незабележено саветовалиште.

Група пензионисаних војних и других лекара, специјалиста из различитих грана медицине, покренула је прво приватно телефонско медицинско саветовалиште, чија је основна намена била пружање квалитетних и правовремених медицинских информација, односно одговора на сва питања грађана у вези са њиховим здрављем.

Посредством телефона, фиксног или мобилног, е-маила или непосредно, у амбуланти опште медицине, која је постојала при саветовалишту, ово медицинско саветовалиште је било доступно свима који имају потребу да се обавесте о било ком здравственом проблему, односно који су желели да затраже савет о унапређењу, очувању или заштити сопственог здравља или здравља неког члана своје породице или, уопште, да потраже неку информацију која би за њих била важна и корисна.

Медицинско телефонско саветовалиште под називом „Медитеса“, било је осмишљено као место на којем ће искусни стручњаци, пажљиво саслушати грађане, одговарати на њихова питања и притом им, својим саветима, указивати шта, када и како би требало да ураде, или како да поступају у одређеним ситуацијама у вези са својим здрављем.

Основни циљ пројекта „Савети о здрављу телефоном“ био је унапређење здравља грађана и подстицање корисника услуга да доносе прикладне одлуке о свом здрављу и то на основу упутстава лекара, која су у складу са савременим здравственим достигнућима и усаглашеним стручним ставовима. Компетентни стручњаци пружали су помоћ тако што су својим предлозима, сугестијама и препорукама водили и подстицали кориснике услуга да стекну увид у своје здравствене потешкоће и да пронађу здраву основу за њихово самостално решавање, а ако то није било могуће, упућивали на даље лечење код одговарајућих лекара.

Тајношћу њогајка

У саветовалишту се реализовала и континуирана едукација корисника услуга о томе како да се односе према свом здрављу, о правилном начину исхране, рекреацији, раду и еколошкој свести. На тај начин је чињен напор да се подигне ниво свести појединца о одговорности за сопствено здравље и промовише изграђивање здравог стила живота који позитивно утиче на избегавање болести и повреда. На основу разговора са грађанима стручњаци од поверења тумачили су дијагнозе и терапије, и процењивали и препоручивали који би лекови могли да помогну, да би се поправило њихово здравствено стање.

Корисницима услуга саветовалишта је била обезбеђена брза доступност лекара било где да се налазе: у

свом дому, на путу или одмору. Корисник услуге саветовалишта није био дужан да открије свој идентитет, тј. била је осигурана потпуна тајност података. Контакт са лекаром могли су да остваре у сваком за њих погодном и важном тренутку.

Медицинско телефонско саветовалиште „Медитеса“ бавило се пружањем услуга у систему здравствене заштите. Основна функција саветовалишта је била вербална помоћ грађанима како да успешно реше своје здравствене проблеме или дилеме. Као секундарну функцију, „Медитеса“ је имала и организацију, прихват, транспорт и смештај пацијената, по њиховој жељи, а на основу стручне препоруке лекара.

У саветовалишту је било стално или повремено ангажовано 12 лица: директор-власник, маркетинг менаџер,

вор наплаћује и да је ограничен на 10 мин. Кориснику услуге рачун је долазио уз рачун за коришћење телефонских услуга.

Седиште саветовалишта је било на Новом Београду. Користило је два стана, један мањи, од 60 м², за амбуланту опште медицине, а други већи, од 78 м², за позивни центар.

За рад саветовалишта било је потребно набавити канцеларијску опрему за лекаре, телефонску централу са потребним бројем прикључака, потребан број рачунара и комплетну опрему за амбуланту опште медицине.

Уз оно што је напред речено о оснивању и мисији овог саветовалишта овде треба нагласити још неке елементе маркетиншке анализе.

Како го фомуле успеха

За рад саветовалишта важни су били Закон о здравственој заштити и Закон о оглашавању. Неке одредбе тих закона су уопштене, доста непрецизне и нејасне. Законом је забрањено оглашавање здравствених услуга, стручно-медицинских поступака и метода здравствене заштите, укључујући здравствене услуге, методе и поступке традиционалне медицине које се обављају у здравственој установи, приватној пракси или у другом правном лицу које обавља здравствену делатност, у средствима јавног информисања и на другим носiocима огласних порука.

Дозвољено је само оглашавање назива здравствене установе, односно пословног имена приватне праксе, седишта, делатности која је утврђена решењем о испу-

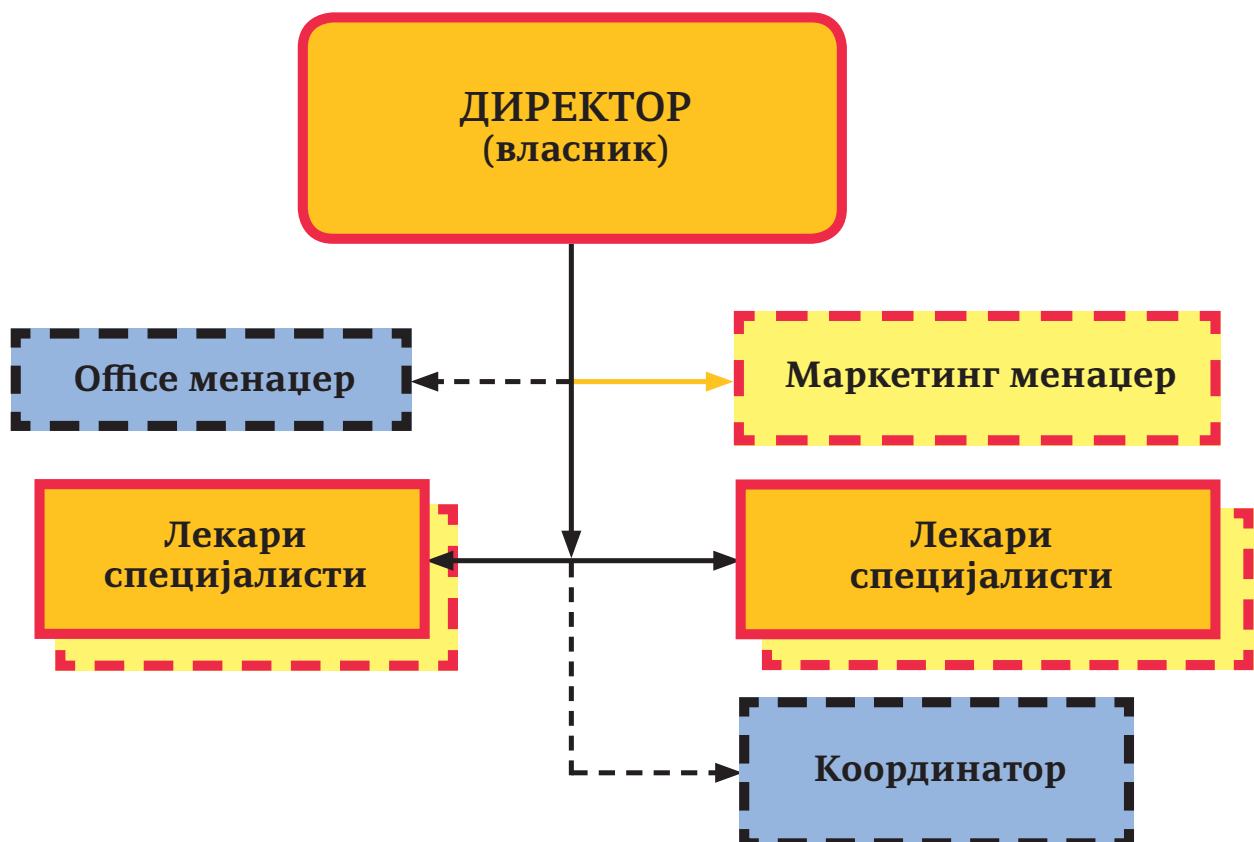
>>> Велики број пацијената и данас помиње и жали за укинутим Саветовалиштима за дијабетичаре у Домовима здравља која су функционисала беспрекорно <<<

оффице менаџер (координатор унутрашње организације), лекари специјалисти различитих грана медицине и координатор спољње сарадње.

Новчана надокнада коју је плаћао корисник услуге телефонског саветовалишта одређена је била ценом телефонског импулса и дужином разговора. Пре почетка сваког разговора емитовала се порука да се разго-

66 >

ОРГАНИЗАЦИОНА СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКОГ ТЕЛЕФОНСКОГ САВЕТОВАЛИШТА



65 <

њености услова за обављање здравствене делатности, као и радног времена

У случају „Медитесе“ маркетинг циљеви су били повећање броја корисника њених услуга и креирање доброг имиџа у јавности. Поред комерцијалних постојали су и некомерцијални циљеви, тј. основна функција саветовалишта је била вербална помоћ грађанима у вези са њиховим здравственим проблемима и едукација корисника услуга о другим важним питањима; подизање нивоа свести корисника о одговорности за сопствено здравље и промоција здравог стила живо-

>>> Услуге лекара специјалиста најчешће су у том периоду користиле жене, позиви су најчешће долазили из Београда док је 66 одсто грађана који су позивали било старије од 55 година <<<

та који позитивно утиче на избегавање болести и повреда.

Комерцијална пропаганда саветовалишта користила је различита средства: графичка средства (флајери, плакат, лого), огласна средства (оглашавање у штампи, на радију), пројекциона средства (рекламни спот, сајт), просторно-пластичне средства (оловке на којима је број телефона саветовалишта, лого на магнету, обележивач стране за књиге, мајице и капе за промотере).

Одлука о трошењу новца за оглашавање морала је бити веома опрезна, јер се може показати да, ако се премало потроши на огласе, заправо се троши сувише, јер оглас неће привући пажњу. Како грађани зову саветовалиште кад имају здравствене проблеме, или дилеме у вези са својим здрављем, али саветовалиште мора бити свакодневно присутно у медијима. Може то да буде и само назив саветовалишта са бројем телефона.

У оквиру саветовалишта радила је и амбуланта опште медицине, где су грађани могли непосредно бесплатно да се консултују с лекарима специјалистима. Саветовалиште је пружало и услугу организације лечења у одговарајућим клиникама.

Општа формула за успех медицинског телефонског саветовалишта не постоји. За саветовалиште је најважнији фокус на квалитет услуга и на потребе клијената. Давања услуга је ефикасно када привлачи нове клијенте. Саветовалиште је, зато, организовало бесплатно пружање услуга на свом сајту и у ординацији опште медицине.

Квалитетан савет кайкад значи више од лека

Циљне групе саветовалишта су биле студенти, омладина, радна популација, хронични болесници, особе са посебним потребама, пензионери. То су најчешће биле особе које нису имале времена да иду код лекара и чекају да би добили савет, особе које су желеле неку информацију, али су желеле и да остану анонимне или особе које су тешко покретне, старе, усамљене.

Медицинско телефонско саветовалиште „Медитеса“ је за прва два месеца рада имало неколико стотина позива, просечно 20 на дан, а грађане, међу којима су већином биле старије жене, највише је занимало како да се лече од срчаних и уролошких проблема.

Може се рећи да је за рад „Медитесе“, првог саветовалишта такве врсте у Србији, владало доста велико интересовање Београђана, али су позиви стизали и из

других градова широм Србије, посебно из Војводине. Услуге лекара специјалиста најчешће су у том периоду користиле жене (56 одсто), позиви су најчешће долазили из Београда (69 процената, а 66 одсто грађана који су позивали било је старије од 55 година. Најзаступљенија питања грађана била су из кардиологије и урологије (по 18 одсто), питања за неуролога било је 11 одсто, за гастроентеролога 10 процената, а било је и питања из психологије и психијатрије.

Тај тренд се наставио и касније. Лекари саветовалишта учествовали су у бројним информативним и специјализованим ТВ емисијама и одговарали на питања заинтересованих грађана преко имејла и у штампи („Блиц“). Запажено је вишеструко повећање интересовања за саветовалиште и број позива се у току тих догађаја сигнификантно увећавао. Дошло се до потврде, давно контактоване чињенице, да квалитетан савет понекад значи више од лека. То је довело до даљег развоја и стицања поверења у класичне облике здравствене превентиве и лечења.

Највише позива између 10 и 12 и после 18 часова

Највише позива је било у преподневним часовима, између 10 и 12 часова, и поподне, после 18 часова. Око 20 одсто особа које су једном контактирале центар јављале су се поново, или више пута, тако да су се, у овом кратком периоду, неки пацијенти определили за поједине лекаре. Многи од њих су желели и лични контакт, који су могли да остваре у амбуланти саветовалишта. То су углавном били кардиолошки пацијенти, посебно они са хипертензијом, који су се некад јављали и више пута на дан када се нису осећали добро.

Слично су се понашали и уролошки пацијенти који су желели опширно да се информишу о својој болести и добију савет како да се понашају да би евентуално сами себи помогли или, ако није то било могуће, долазили на консултацију, а затим даље одлазили на хируршки третман. Младе особе су се углавном интересовале за разне могућности контрацепције, као и за то да ли су, можда, после интимног контакта, трудне и како да то утврде и да ли постоји пилула за „дан после“. Велики број старијих особа, поред постављања питања, био је врло заинтересован и за дужи разговор о свом здрављу уопште, па и о неким другим уопшћеним темама, тако да су после првих десет минута, колико је било ограничење, звали више пута и настављали конверзацију.

Горе наведени покушај организовања медицинског телефонског саветовалишта показао је да таква установа може да има корисно место у систему наше здравствене заштите. Иако прва и недовољно рекламирања, „Медитеса“ је релативно брзо привукла пажњу, односно наишла на веома позитиван пријем код наших грађана, а и дела наше медицинске јавности.

Ипак, тешка економска ситуација у земљи, посебно лош материјални положај наших грађана, утицала је ли митирајуће, односно није дозволила да се развију сви капацитети „Медитесе“, како је првобитно било планирано.

С друге стране, да је било више средстава за рекламу и за увођење још неких специјалиста у састав тима лекара (најпре психијатра), врло је вероватно да би интересовање наших грађана за једну овакву институцију било много веће, а и њени укупни ефекти. Због тога се аутор овог рада нада да покушај са „Медитесом“ неће остати усамљен, односно да ће он послужити као инспирација и, наравно, искуство за неке нове и успешније акције на овом плану.

Др Маја Стојадинов-Илић

ЛЕКАРИ СПАСИОЦИ И У СЛОБОДНОМ ВРЕМЕНУ

Заборављени сѝасиосци

Позив лекара представља најузвишенију професију. Лекар је цењен, поштован и приман у свако време и у сваком друштву. Али због тога лекар има одређену дужност, које се мора држати целог свог живота.

Чувени лекар и писац, Scribonius Largus, пише о лекарској дужности: „Ја немам ни амбиције, ни лакомоти; ја имам љубав само за моју вештину; ја поштујем најлепшу међу вештинама, вештину скоро надчовечанску, вештину која дозвољава да се олакша болесницима и да се поврати здравље.

У томе је њен циљ, њен једини циљ. Некорисни су, и достојни презирања сви егоисти, али су највише за презирање и достојни мржње људи и богова они лекари, чија душа није испуњена саосећањем и човечношћу. Лекар не треба да одмерава свој интерес према богатству према положају својих пацијената. Чак и непријатељи отаџбине имају право на саучешће. Као грађанин и као војник он је дужан да се против њих бори без милости; али као лекар, он треба да их негује, да их лечи, и, остајући веран светим обавезама, које му налаже његово занимање, он не треба никада да им да рђав лек. Ако се не ставља сва у службу болесника, медицина изневерава обећање, које је дала људима, да буде милосрдна“.

Цитиране речи Ларгусове најлепша су ода лекарском позиву. Оне указују да лекар мора бити то што јесте свуда и на сваком месту. „Лекар мора пружити хитну помоћ према захтевима хуманости. Може се повући тек када се увери да ће помоћ пружити друго квалификовано лице“ (Интернационални кодекс медицинске етике 1949, Лондон).

Такође лекар се мора придржавати прописа укључених у Женевску тј. прерађену Хипократову заклетву (1948), као и Хелсиншке декларације са заседања Светског удружења лекара 1964. године, у којој, између осталог, стоји да је „Основна функција лекара да заштити здравље људи“. У светлу свега овога с правом постављамо питање како ствари стоје код нас када се тиче односа лекара према здрављу народа, према пацијентима, и опште односа лекара према свом позиву.

Ако се закључује према средствима јавног информисања (штампе и електронских медија) онда оно није добро. Не само да није добро, већ супротно од онога што краси ову професију. Сетимо се само оних силних неодговорних наслова у новинама и извештаја на телевизији.

Обзиром да су ти наслови, а и вести најчешће изхитрени и непроверени, време их демантује, али деманти у тим истим средствима информисања се не појављују. Јасно је због чега.

На срећу лекарска професија, на које се те оцене одnose, не обазире се на то и даље врши свој позив лекара часно и поштено, како на свом радном месту тако и на свим другим јавним местима. Баш онако како је то кодексом лекарске професије предвиђено. Широј јавности то није познато, али болесници који се лече стационарно по болницама и клиникама, добро знају да сваке суботе и недеље долазе њихови лекари да их обиђу и направе визиту, иако је то ван уобичајеног радног дана. Оно што се мање зна је срећа којом је сваки лекар

испуњен када види успех свог лечења код пацијента. Са тим мислима он живи свих двадесет и четири сата.

Сетимо се само неких примера несебичног давања себе, и ван своје ординације, за помоћ болесницима. Августа месеца 2009. године, две лекарке, специјализанти анестезиологије, су несебично учествовале у спасавању и пружању лекарске помоћи утопљеницима, бугарским држављанима, на Охридском језеру. Њихова имена скоро да су остала непоменута.

Или недавни случај, када је млади лекар хирург зауставио свој аутомобил на аутопуту и почео да пружа помоћ унесрећеном у саобраћајној несрећи. Нажалост у том моменту изложио је опасности свој живот и живот своје породице. Он је настрадао а породица му је повређена.

>>> Августа 2009. две лекарке су несебично учествовале у спасавању и пружању лекарске помоћи утопљеницима, бугарским држављанима, на Охридском језеру. Њихова имена скоро да су остала непоменута <<<

Опет, његово име једва да је споменуто у средствима јавног информисања. Или лекарка, педијатар, која у аутобусу пружа професионалну помоћ ученици, којој је позлило и спашава је најгорег. О томе зна само њена породица и нико други. Таквих примера је много, и о томе знамо ми лекари и они којима је помоћ пружена. Нама је то довољно. Али само тражимо да нас не блате у средствима јавног информисања јер лекари и лекарски позив то незаслужују.

Проф. др Милош Јовановић

Свакодневна добра чињења лекара се свакако подразумевају, то је професија, то је љубав и то постаје божанствена страст које и нисмо свесни. Не очекујемо да се све бележи и хвали.

То је свакодневица, али када се десе неке изузетне ствари оне заслужују посебну пажњу. Наравно данас медији са страшћу описују, недовољно информисане о детаљима, само сензационалистичка лоша збивања у здравству.

Жао ми је што на on-line издању наших најпознатијих и најстаријих дневних новина више не стоје имена две докторке поменуте у горњем тексту. То су лекарке из унутрашњости Србије, тада на специјализацији из анестезиологије у Београду (ВМА) Др Гордана Димитрић и Др Жаклина Спасић. Несрећно настрадали, пожртвовани колега је из Београда Др Иван Смајевић, а једна од бројних, која у пролазу на улици помаже не претстављајући се, а ја сазнах, је др Бранка Јовановић, педијатар у Клиничком центру Звездара у Београду.

Гл. уреник Др Н.Р.М.



Др Душко Млађеновић из Зворника, др Илија Ненадић из Гетингена, менаџер Друштва српских лекара и стоматолога Рајнер Кри – Шумадинац, др Мирјана Андрејевић-Кри, др Иван Илић из Пирота, конзул из Хамбурга Војин Драгишић, проф. др Павле Станковић из Гетингена и координатор Универзитета Хамбург и Београд проф. др Јоахим Сеитз

СРПСКА МЕДИЦИНСКА ДИЈАСПОРА ДАНИ СВЕТОСАВЉА У ПАРИЗУ

ДА СЕ БОЉЕ УПОЗНАМО

// ДРУШТВО СРПСКИХ ЛЕКАРА И СТОМАТОЛОГА НЕМАЧКЕ (ГСАЕЗ) ВЕОМА ЈЕ АКТИВНО И ВРЛО УСПЕШНО РЕАЛИЗУЈЕ СВОЈЕ ПЛАНОВЕ У ПОВЕЗИВАЊУ ЛЕКАРА У ДИЈАСПОРИ И ЧИНИ НАПОРЕ ДА ЛЕКАРЕ ИЗ СРБИЈЕ ЗБЛИЖИ ЛЕКАРИМА ИЗ ДИЈАСПОРЕ //

Друштво Српских лекара и стоматолога Немачке (ГСАЕЗ) веома је активно и врло успешно реализује своје планове у повезивању лекара у дијаспори и чини напоре да лекаре из Србије зближи лекари из дијаспоре.

У циљу промоције друштва и у циљу зближавања што већег броја српских лекара и стоматолога широм Европе, председница друштва Др Мима Андрејевић-Кри, председништво и десетак лекара из Немачке, Швајцарске и Грчке гостовали су у Паризу поводом обележавања Дана Светосавља. Том приликом су организоване свечана Академија у резиденцији Амбасаде Републике Србије и бал на броду, који је пловио Сеном.

Друштво Српских лекара и стоматолога у Немачкој је до сада својим залагањем омогућавало бројним младим лекарима из Србије да се стручно усавшавају на клиникама широм Немачке. Тако су почетком године два лекара провела по месец дана на клиникама у Гетингену и стекла нова сазнања из своје струке.

По завршетку праксе др Ивану Илићу и др Душку Млађеновићу приређена је мала свечаност и том приликом је др Мирјана Андрејевић-Кри испред хуманитарне организације ПРОХУМАН уручила Др Илићу један гастроендоскоп као поклон Пиротској болници. Недавно су омогућили и у потпуности спонзорисали



Исечак из новина

боравак две медицинске сестре из Шапца. Циљ боравка је био да се на Интензивној нези Универзитетске хируршке клинике у ХанOVERу упознају и савладају начин увођења у свакодневни рад нових стандарда добре праксе.

Др Н. Р-М.

У СМЕДЕРЕВУ ОТВОРЕНА ПОДРУЧНА КАНЦЕЛАРИЈА ПОДУНАВСКОГ РЕГИОНА РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ЗА ЦЕНТРАЛНУ И ЗАПАДНУ СРБИЈУ

Ближи сѣруци и члансѣву

СЕДИШТЕ КАНЦЕЛАРИЈЕ
ЈЕ У ДОМУ ЗДРАВЉА ЗЦ „СВЕТИ ЛУКА“
У СМЕДЕРЕВУ



Здравствени центар „Свети Лука“

Пред сам крај прошле године 27. децембра 2010. године отворена је Подручна канцеларија Подунавског региона Регионалне лекарске коморе за Централну и Западну Србију. Седиште канцеларије је у Дому здравља ЗЦ „Свети Лука“ у Смедереву, што је одраз добре сарадње Лекарске коморе и руководства Здравственог центра.

Домаћини свечаности која је уприличена том приликом били су др Бранко Радивојевић, члан Скупштине Лекарске коморе Србије и председник Надзорног одбора ЛКС и др Горан Обрадовић, члан Скупштине Регионалне Лекарске коморе за Централну и Западну Србију и члан Одбора за стручни надзор.

Отварању канцеларије присуствовали су лекари центра, руководство локалне самоуправе на челу са градоначелником Предрагом Умичевићем, директор ЛКС прим. др Татјана Радосављевић, директор ЗЦ „Свети Лу-

ка“ Смедрево прим. др Драгана Миловановић-Алексић, директор Болнице прим. др Ненад Ђорђевић, као и председник Регионалне лекарске коморе за ЦЗС Проф. др Бранко Ристић. Овај догађај праћен је значајном пажњом од стране локалних медија.

Сама канцеларија је савремено опремљена захваљујући несебичној помоћи руководства смедеревског Здравственог центра, а финансирање је обезбеђено из средстава Регионалне лекарске коморе.

У канцеларији је по Уговору о делу запослен технички секретар са задатком прикупљања и архивирања сертификата свих лекара, сакупљања разних захтева, предлога лекара и сви других текућих послова, а све у циљу боље обавештености, ефикаснијег организовања КМЕ и подизања читаве лекарске професије на виши ниво.

Др Бранко Радивојевић

СРБИЈА У ВРХУ ПО БРОЈУ
ОБОЛЕЛИХ ОД РАКА

У Београду 16 процената више оболелих

У Србији годишње умре 21.000 људи од неког малигног тумора, а по броју оболелих од рака Србија се налази у врху са 33.000 нових случајева оболевања у години.

Руководилац центра за контролу и превенцију болести, доктор Невенка Павловић изнела је податке према којима је у последњих десет година број оболелих од канцера у Београду повећан за 16 процената.

Како је навела, у српској престоници годишње буде откривено око 8.000 новооболелих, а од рака умре преко 4.600 мушкараца и жена.

У Календару здравља март је означен као Месец борбе против рака с циљем да подсети на значај овог проблема, могућности превенције и важности бриге о сопственом здрављу, рекла је Павловићева.

Она је указала да малигни тумори представљају значајан здравствени проблем о чему сведоче подаци о сталном порасту броја оболелих и умрлих. У групи водећих узрока умирања, малигни тумори су на другом месту, одмах после болести срца и крвних судова.

У нашој земљи просечна старост оболелих жена је око 60, а мушкараца нешто више од 63 године. Код жена се најчешће дијагностикују малигни тумори дојке, затим, дебелог црева, грлића материце и плућа. Мушкарци најчешће болују од малигнух тумора плућа, дебелог црева, простате, мокраћне бешике и желуца.

Ово су истовремено водеће локализације и код умрлих од малигнух тумора у Београду, казала је Павловићева истакавши да се подаци о најчешћим локализацијама оболелих и умрлих од рака код оба пола у Београду и Србији не разликују. Када је у питању учесталост оболевања од рака грлића материце, Србија је на водећем месту у Европи. Поред тога, Србија је у групи европских земаља са високим стопама смртности од свих локализација малигнух тумора, посебно рака дебелог црева, дојке и грлића материце. //



За чланове клиничких тимова пет општих болница и осам домова здравља који су у пилот фази учествовали у изради клиничких путева, организована је и студијска посета Словенији, која је обухватала здравствене установе Словеније свих нивоа, као и Министарство здравља Словеније

СТУДИЈСКА ПОСЕТА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ СЛОВЕНИЈИ

КЉУЧНА ТАЧКА РЕФОРМЕ ЗДРАВСТВА ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЈА

// ПРЕНОС ОВЛАШЋЕЊА И ОДГОВОРНОСТИ СА МИНИСТАРСТВА НА БОЛНИЦЕ И ДОМОВЕ ЗДРАВЉА // ЗАДРЖАНИ ДОМОВИ ЗДРАВЉА КАО ОСНОВНИ МОДЕЛ ФУНКЦИОНИСАЊА НА ПРВОЈ ЛИНИЈИ, АЛИ ЈЕ ПРОСТОР У ЊИМА ИСКОРИШЋЕН И ЗА ИЗНАЈМЉИВАЊЕ ЛЕКАРИМА СА КОНЦЕСИЈОМ, АПОТЕКАМА, ОПТИЧАРСКИМ РАДЊАМА И СРОДНИМ ДЕЛАТНОСТИМА //

У оквиру активности Министарства здравља Републике Србије у области сталног унапређења квалитета, ради се и на развоју и примени клиничких путева у систему здравствене заштите у Србији, у оквиру пројеката „Пружање унапређених услуга на локалном нивоу - DILS“ и „Развој здравства Србије - додатно финансирање“ које подржава Светска банка.

Током 2010. године, покренут је процес формирања и едукације клиничких тимова из здравствених установа Србије кроз серију радионица у којима се здравствени радници упознају са методологијом израде клиничких путева и кроз праксу оспособљавају за самосталан рад на развијању и имплементацији клиничких путева, као и за улогу будућих едукатора. За чланове клиничких тимова пет општих болница и осам домова



здравља који су у пилот фази учествовали у изради клиничких путева, организована је и студијска посета Словенији, која је обухватала здравствене установе Словеније свих нивоа, као и Министарство здравља Словеније. Домаћини и организатори студијског путовања били су проф. др Душан Кебер, међународни консултант и др Оливера Јовановић, вођа пројектног тима за клиничке путеве.

Посета је започела у Љубљани посетом Министарству, где је лекаре и директоре установа из Србије примио актуелни министар здравља др Доријан Марушић.

Економска самосталност

Том приликом гости су упознати с организацијом здравствене заштите у Словенији, финансирањем домова здравља и болница и о правцима даљег реформисања и развоја. Кључна тачка словеначке реформе здравства је децентрализација и пренос овлашћења и одговорности са Министарства на болнице и домове здравља. Установе ће се у блиској будућности делом и самофинансирати и доћи ће до изражаја ефикасност и квалитет. Врло расположено је одговарао на питања гостију из Србије о досадашњим искуствима са реформом. Његови сарадници су говорили о управљању у болницама и домовима здравља, затим о управљању квалитетом, о нежељеним догађајима у току лечења и процедурама које су на снази у тим случајевима. Презентација је организована у свечаној сали Министарства, сви су учесници могли да постављају питања и дискутују.

Посета се наставила у Клиничком центру Љубљана, где је директор Симун Врхунец изложио организацију и начин рада ове установе, и степен примене клиничких путева у њој. Медицински директор Бригита Дрновшек Олуп је говорила је о квалитету, дужини и исходу лечења и како примена клиничких путева утиче на

њих. Главна медицинска сестра Ерна Кос Грабнар је говорила о њиховом утицају на квалитет здравствене неге. Група је затим обишла педијатријску клинику, неуролошку и одељење за болести крвних судова. Утисак уигране и добро опремљене установе су појачали и сами корисници који су у немалом броју потпуно смирено чекали на преглед. Све је светло, чисто и има прецизну намену. Протоколи се уредно воде и у писаном и у електронском облику.

Сутрадан група се поделила па је један део отишао у посету болници Јесенице а други Дому здравља Блед. Ту су их такође сачекали љубазни домаћини Леополд Зониг и Игор Хорват, главна сестра болнице Зденка Крамар, стручна директорица Сандра Тучар и приказали су функционисање својих установа и примену протокола и клиничких путева у њима.

Словенци су задржали Домове здравља као основни модел функционисања на првој линији, али су простор у њима искористили и за изнајмљивање лекарима са концесијом, апотекама, оптичарским радњама и сродним делатностима. На тај начин учинили су их економски самосталнијим и тржишно конкурентним при чему корисник добија комплетну услугу на једном месту.

Уско грло

У Словенији су клиничке путеве прво почели да примењују у болницама и то посебно хируршке гране. Али у свим гранама медицине имају разрађене процедуре лечења тако да не очекују посебне тешкоће при увођењу клиничких путева. Ипак постоје и уска грла која коче брже ухватавање (нпр. претерано администрирање и мањак кадра).

Следећег дана на програму била посета Дому здравља Постојна и болници у Изоли. Госте су примили директорка Ирена Ватовец Прогар, која је на челу ове установе више година и Јани Дернич, директор болнице у Изоли. Они су представили своје установе и организацију рада у њима. Приказани су одличне резултате у

>>> У Словенији су клиничке путеве прво почели да примењују у болницама и то посебно хируршке гране. Али у свим гранама медицине имају разрађене процедуре лечења <<<

смањењу смртности од кардиоваскуларних обољења за једну трећину применом протокола лечења. Протокол почиње у хитној служби, наставља се при болничком лечењу, а такође прати пацијента после изласка из болнице. Значајна је у целој причи и добра сарадња свих нивоа, где се у сваком моменту срећу и допуњују.

После овог обиласка стекло се уверење да се и поред разлика у моделима и финансирању многа од ових решења могу применити и код нас.

Рад на развоју и имплементацији клиничких путева у Србији се наставља. У пилот фази до сада је израђено шест клиничких путева за болнице и осам за домове здравља.

Планирано је да до краја 2012. развијени модели клиничких путева буду имплементирани у 18 здравствених установа/општих болница и 44 дома здравља. Остаје нада да ће клинички путеви ући у свакодневну праксу свих здравствених установа у Србији, на добробит како здравствених радника тако и пацијената.

Др Бранка Лазић

>>> ВЕСТИ, ИНФОРМАЦИЈЕ

У КЛИНИЧКОМ ЦЕНТРУ СРБИЈЕ СЕ ЗБОГ
ИСПИТИВАЊА СТЕРИЛИТЕТА ХОСПИТАЛИЗУЈЕ
ОКО 1200 ЖЕНА ГОДИШЊЕ

СВАКИ СЕДМИ ПАР НЕ МОЖЕ ДА ИМА ДЕЦУ

У Институту за гинекологију и акушерство у Клиничком центру Србије се због испитивања стерилитета хоспитализује око 1200 жена годишње и уради од 400 до 750 покушаја вантелесне оплодње, а на територији целе Србије уради се и до 2500.

У Београду сваки пети пар не може да има децу, односно има проблема са стерилитетом, преноси сајт Бебац. Од 1,8 милиона парова који су тренутно у репродуктивном периоду, најмање 200.000 су кандидати за вантелесну оплодњу или неки други начин лечења стерилитета.

Некада је сваки десети пар имао проблем стерилитета, а сада, у просеку, сваки шести пар нема деце. Притом се за проблем са репродукцијом сазнаје касније, јер су жене пре десетак година остајале у другом стању у просеку у 24. години, а сада се за проширење породице одлучују око 26. године или касније.

Сајт Бебац преноси да је по стопи наталитета Србија на последњем месту у Европи, а број деце по брачном пару смањен је са 4,1 на 0,81. Уколико се овај тренд настави, неке процене указују да ће већ 2100. године у централној Србији бити само 2,1 милион становника.

НИКО НИЈЕ РЕФУНДИРАО ТРОШКОВЕ
ЛЕЧЕЊА КОД ПРИВАТНИКА

ДИРЕКТОРСКЕ ОПСТРУКЦИЈЕ

Савез синдиката лекара и фармацеута Србије саопштио је да за сада нема сазнања да је иједан пацијент успео да рефундира трошкове лечења и дијагностике у приватним клиникама и ординацијама, иако има више од годину дана од како је Републички завод за здравствено осигурање то омогућио. У саопштењу се подсећа да је неопходно да пацијент, пре него што је био приморан да тај преглед обави приватно, покуша да га закаже у државној установи.

Уколико то није могуће учинити у року од 30 дана, директор установе је дужан да изда потврду, која се попуњава на лицу места и са којом пацијент посећује приватни сектор, а затим са потврдом и фискалним рачуном од приватника рефундира трошкове у филијали фонда, додаје се у саопштењу.

Како се наводи, директори установа чине опструкцију адекватном лечењу пацијената, тако што не издају одговарајуће обрасце, или када су у питању домови здравља, упућују пацијента његовом изабраном лекару, да он изда ту потврду, са којом нема никакве везе. То за последицу има да не постоји евиденција о томе колика је реална потреба за неким прегледима, због чега не могу да се планирају кадрови и куповина апарата, док постојећи постају све старији и дотрајалији, па ће велики број њих бити дотано искључен из употребе, а време чекања ће се продужити, наводи се у саопштењу Савеза синдиката лекара и фармацеута Србије.

ЗА РАЗВОЈ ПАЛИЈАТИВНОГ
ЗБРИЊАВАЊА

СРБИЈИ 3,5 МИЛИОНА ЕВРА

Палијативно збрињавање је приступ којим се побољшава квалитет живота пацијената суочених са неизлечивом болешћу, као и њихових породица кроз превенцију и олакшавање патњи путем лечења бола и других проблема – физичких, психолошких и духовних, речено је на конференцији за новинаре поводом почетка пројекта „Развој палијативног збрињавања у Србији“ који финансира ЕУ.

Министар здравља Зоран Станковић је казао да је Србија, у Стратегији за палијативно збрињавање, која је усвојена заједно са Акционим планом марта 2009. године, овом проблему широко приступила дефинишући палијативно збрињавање као период од постављања дијагнозе тешке болести до краја периода жалости. Станковић је истакао да су болести које захтевају палијативно збрињавање у највећем проценту малигни тумори, кардиоваскуларне болести, дијабетес, опструктивне болести плућа, ХИВ/АИДС, саобраћајне несреће и трауматизам.

Према његовим речима, у примарној здравственој заштити палијативно збрињавање обухвата јачање служби кућног лечења у 88 домовна здравља, који покривају територију већу од 25.000 становника са тимовима кога чине лекар, медицинска сестра, психолог, социјални радник и волонтери, а по потреби се укључују свештено лице и неуропсихијатар.

У болницама у оквиру одељења за продужено лечење и негу формирају се јединице за палијативно збрињавање са укупно 300 постеља у 27 болница, у којима раде један доктор специјалиста интерне медицине и медицинске сестре.

„Као врх пирамиде палијативног збрињавања јесте формирање Центра за развој палијативног збрињавања у Институту за онкологију и радиологију Србије, чији је задатак да прати, истражује и предлаже мере за унапређење развоја палијативног збрињава-

ЊУЈОРК • НАСИЛНИЧКО ПОНАШАЊЕ – Особе који су имале неку повреду главе склоније су тучи или насиљу и то посебно у првој години после задобијене повреде, показала је једна студија америчких стручњака. Истраживања су показала да повреде

мозга могу да доведу до емоционалних промена укључујући импулсивност или агесију, пренеси Ројтерс.

„Особе који су у школском узрасту доживеле неку повреду главе показују већу склоност ка насилничком понашању у пе-

риоду ране адолесценције него особе које нису имали такву врсту искуства“, објашњава ауторка студије Сара Стодарт са Мичигенског универзитета.

У студији се наводи и да су различите повреде главе, које су довеле до амнезије, потре-



ЗД СНИМЦИ ОДБАЦИВАЊА
ПРЕСАЂЕНИХ ОРГАНА

ЋЕЛИЈСКИ „БАЛЕТ“

ПАРИЗ – Група истраживања Пастеровог института и француског Института за здравље и медицинска истраживања (ИНСЕРМ) успела је да сними у тродимензионалној (ЗД) технологији процесе који доводе до одбацивања пресађених органа.

Снимање је обављено специјалним микроскопом који је увећао ћелијске интеракције у ткивима, на мишу коме је обављена трансплантација

коже код уха, тако да су истраживачи присуствовали правом ћелијском „балету“, пренели су француски медији.

Ти снимци су омогућили да се утврди да се реакција организма не зауставља на упали када се пресади одређен орган кога организам сматра уљезом, тако да имунолошке ћелије шаљу сигнале за узбуну који доводе до упале, већ да су одређене ћелије примаоца органа способне да направе заокрет ка лимфним ћелијама и тамо доведу до „лимфоцита Т“, такозваних ћелија „убица“, делове или антиген пресађеног органа.

Тај стални процес, како су истакли научници, доводи до тога да се стално подстиче „армија“ лимфоцита задужена за циљано уништавање пресађеног органа. То откриће би требало да омогући истраживачима боље сузбијање имунолошких реакција организма.

У ТОКУ ПРОШЛЕ ГОДИНЕ БУГАРСКА
ОСТАЛА БЕЗ 500 ДОКТОРА

ЛЕКАРИ НАПУШТАЈУ ЗЕМЉУ

СОФИЈА – Очекује се да до краја године више од 1000 лекара напусти Бугарску, како би радили у приватним клиникама у иностранству. У току прошле године Бугарска је остала без 500 доктора, а у претходним између 300 и 400, саопштено је из Бугарског лекарског савеза (БЛС).

Из Свеза је саопштено да готово свакодневно барем 10 доктора вади документе како би наставили са радом у иностранству, од који се свакодневно одобрава шест до осам захтева. Према подацима БЛС, 80 одсто доктора одлази у иностранство

БАЗЕЛ • ПРЕДНОСТИ И МАНЕ ХОРМОНА „ОЦИТОЦИН“ – Труднице које имају низак ниво хормона „оцитоцина“ подложније су развоју постпорођајне депресије која се јавља у истом проценту како код мајки које доје, тако и оних које не доје, показали су ре-

зултати швајцарског истраживања објављеног у часопису „Неуропсихофармакологија“.

Научници су дошли до тог открића мерењем нивоа „оцитоцина“ у крви групе жена током последњег тромесечја трудноће, пренели су француски медији.

„Оцитоцин“ је хормон који доводи до контракције материце током порођаја и стимулише производњу млека за дојење.

Испитивања обављена на животињама су показала да „оцитоцин“ има улогу и у појачавању повезаности између мајке и де-

са мозга или других озбиљнијих последица на мозгу, често доводиле до проблематичног понашања у периоду ране адолесценције. Чак 43 одсто особа које су у школском узрасту имале неку тежу повреду главе било је склоно тучи или неком облику

насилничког понашања у току те године у којој је дошло до повреде. Повреде главе најчешће доводе до агресивног понашања у раној адолесценцији када долази до постепеног престанка раста, па последице на мозгу тада постају очигледне.

БЕРЛИН • САН ПОМАЖЕ БОЉЕМ ПАМЋЕЊУ – Најбољи начин да се запамти тек научена песма, решење математичког задатка или неки нови трик са картама јесте да се после учења кратко одспава, утврдили су немачки научници. Истражива-

> 76



Болница у Софији

без специјализације, што у пракси значи да се никад неће вратити у земљу, јер ће се усавршавати у иностранству.

Осим емиграције лекара, Бугарску мучи и старост професије, пошто млади доктори напуштају државу, а све више старијих специјалиста, који остају, налази се пред пензионисањем.

ИСТРАЖИВАЊА ПОД ОКРИЉЕМ СВЕТСКЕ
ЗДРАВСТВЕНЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ

У СВЕТУ 2,6 МИЛИОНА МРТВОРОЂЕНИХ ТОКОМ 2009.

ЖЕНЕВА – У свету је током 2009. године рођено око 2,6 милиона мртве деце, показали су резултати истраживања спроведеног под окриљем Светске здравствене организације (СЗО) и објављеног у научном часопису „Лансет“.

Дневно се, како су показали резултати истраживања, региструје више од 7.200 деце преминуле пре рођења, међу којима 98 одсто у земљама са малим и средњим примањима.

Број мртворођене деце је смањен са три милиона, колико је регистровано 1995. године, на 2,6 милиона током 2009. године, што представља годишње смањење за само 1,1 одсто.

Најмањи број мртворођене деце је регистрован у Финској и Сингапуру (двоје на хиљаду новорођене), а највећи у Пакистану (47 на хиљаду новорођене) и Нигерији (42 на хиљаду новорођене).

Узрок тих случајева мртворођене деце су, како су истакли аутори истраживања, пре свега компликације везане за порођај, заразе регистроване то-

> 76

тета. Сада је, како истичу стручњаци, потребно обавити додатна истраживања како би се утврдило да ли промена нивоа „оцитотина“ током трудноће може да допринесе спречавању постпорођајне депресије која погађа деветнаест одсто жена након порођаја.

МОНТРЕАЛ • ЗНАЦИ ПРОФЕСИОНАЛНЕ ИСЦРПЉЕНОСТИ

– Група канадских научника из Монтереала открила је у крви и пљувачки људи који су учествовали у испитивању знаке професионалне исцрпљености различите од оних који обично указују

на депресију, пренели су француски медији.

Научници из Центра за истраживање људског стреса при Универзитету у Монтереалу дошли су до тог резултата прикупљањем узорака пљувачке 30 учесника истраживања средњих година у

> 76

75 <

чи су доказали да се мозак током сна много боље одупире „кварењу“ свежих информација, тако да њихова студија баца ново светло на изразито сложен процес којим људи похрањују и користе намерно стечене информације и податке, преноси радио „Дојче веле“.

Ранија истраживања показала су да се свеже информације, привремено похрањене у део мозга назван хипокампус, не „примају“ одмах. Такође је познато да реактивација тих информација недуго након учења, има кључну улогу у њиховом трајном смештању

у неокортекс, мождани „хард диск“. У будном стању, брзо присећање наученог обично је несигуран процес. Када би се, на пример, друга песма учила недуго након прве, тај поступак би врло вероватно отежао смештање прве у дубоку меморију.

75 <



ком трудноће, хипертензија, дијабетес, конгениталне аномалије и заостатак у интраматеричном развоју.

НА УНИВЕРЗИТЕТУ У ЈОКОХАМИ

ПРВИ СПЕРМАТОЗОИДИ ПРОИЗВЕДЕНИ У ЛАБОРАТОРИЈИ

ТОКИО – Група јапанских научника произвела је прве сперматозоиде у лабораторији, пренели су француски медији. Ради се о веома важном от-

крићу, иако његови ефекти могу бити видљиви тек касније. Сперматозоиди су произведени на Универзитету у Јокохами.

Средина која је коришћења за њихову производњу је она ембрионалних матичних ћелија. Сперматозоиди су били функционални и од њих су вештачком оплодњом добијени мали мишеви.

ПОГРЕШНА УПОТРЕБА АНТИБИОТИКА
СЛАБИ БОРБУ ПРОТИВ БОЛЕСТИ

КОБНА ОТПОРНОСТ

МАНИЛА – Светска здравствена организација (СЗО) упозорава да погрешна или нерационална употреба антибиотика поткопавају глобалну борбу против туберкулозе и маларије па је чак могућ повратак данима кад ова врста лекова није постојала.

Око 440.000 случајева туберкулозе отпорне на више лекова је прошле године регистровано у готово 60 земаља света, истиче Шин Јонг-со, регионални директор СЗО за Западни Пацифик, а преноси Ројтерс.

Шин упозорава да су и неке друге болести у порасту због учестале отпорности пацијената на лекове. Постоји могућност да ни за њих једног дана не буде лека. Због тога СЗО апелује на своје 193 чланице да обезбеде средства и разраде политику борбе против отпорности на лекове, која не само што убија него и знатно повећава здравствене трошкове. Осим туберкулозе, која је требало да буде сузбијена још пре више деценија, проблем је и маларија, код које се све чешће јавља отпорност на кључни лек „артемизинин“.

Расте и отпорност и на најновије антибиотике који се користе у лечењу гонореје, а у болница-

различитим тренуцима током дана ради мерења нивоа „кортизола“, хормона везаног за стрес. Научници су мерили и ниво више других фактора стреса као што су ниво инсулина, шећера, холестерола, упала, као и крвног притиска.

Ти фактори, када се сви заједно имају у виду, могу представљати знак неког метаболичког поремећаја. Учесници истраживања су и попуњавали упитнике везано за тренутан ниво стреса и симптоме депресије, као и професионалну исцрпљеност.

Научници на тај начин открили код особа са знацима професионалне исцрпљености нижи ниво „кортизола“ од нормалног уз поремећаје одређених метаболичких функција. Код особа са знацима депресије је примењен виши ниво „кортизола“ од

75 <

Бјорн Раш са универзитета у Либеку и његове колеге претпостављали су да се исто догађа и у сну и спровели су истраживање да би сазнали да ли су у праву.

На тесту су замољена 24 добровољца да покушају да запамте 15 парова карата са сликама, да би

после 40 минута пола испитаника пошло на спавање, а остали су добили нових 15 парова карата са нешто другачијим узорком слика.

После дремежа и прва група је добила исти задатак, после чега су чланови обе групе морали да покажу шта су запамтили из

оригиналног задатка. На изненађење научника, група која је спавала остварила је знатно боље резултате, упаривши тачно 85 одсто карата, наспрот 60 процена-та групе која је била будна.

„Реактивација сећања имала је потпуно другачији утицај у буд-

> 78



ма пацијенти се све чешће заражавају тзв. „супербактеријама“, отпорним и на најделотворније антибиотике.

СЗО је 2001. развила глобалну стратегију за сузбијање отпорности на антибиотике, али ове мере нису шире примењене.

БОЛНИЧКЕ ГРЕШКЕ ДЕСЕТ ПУТА ЧЕШЋЕ НЕГО ШТО СЕ МИСЛИЛО

ЦЕХ ОД 17,1 МИЛИЈАРДИ ДОЛАРА

ЧИКАГО – Сваки трећи Американац ће током боравка у болници вероватно искусити неку грешку медицинског особља, утврдили су стручњаци са Универзитета Јуте.

Стручњаци су до оваквог резултата дошли применом новог метода утврђивања болничких грешака који је развио Институт за унапређење здравствене неге у Масачусетсу, пренео је Ројтерс.

Њихова процена, иначе, десет пута премашује процену учесталости болничких грешака до које се долазило применом две раније методе, од којих је једна базирала на пријави грешака које су добровољно уношене у здравствене досијее.

„Очигледно је да имамо још много посла да бисмо створили здравствени систем конзистентно доброг квалитета – безбедан, ефикасан, усмерен на потребе пацијента, благовремен и лишен разлика на бази расне или етничке припадности“, истакла је Сузан Денцер, главна уредница америчког медицинског часописа „Хелт аферз“.

Медицинске грешке су најразноврснијег карактера - од декубитуса (рана од лежања), преко хируршких инструмената заборављених у телу опе-

> 78

нормалног и различит ниво метаболичких поремећаја него код оних са професионалном исцрпљеношћу.

ЊУЈОРК • ПРЕВРЕМЕНИ ПОВРАТАК ПОРОДИЉА НА ПОСАО РАЗЛОГ НЕДОЈЕЊА – Што

се новопечена мајка брже врати на посао после порођаја, мање су шансе да ће чак и покушати да доји своју бебу, наводи се у једној америчкој студији.

Мајке које се врате на посао после шест недеља од порођаја имају већу шансу да почну са до-

јењем, а када и почну да доје бебу мања је могућност да ће и наставити, пренеле су агенције.

С друге стране већа је вероватноћа да ће мајке које остају код куће девет месеци или макар тринаест недеља после порођаја дојити своје бебе три или више

> 78

77 <

ном и у стању сна“, рекла је др Сузан Дикелман додајући да се на основу ЦТ снимака може наслутити да је разлог за тај изненађујући резултат то што је већ у првим минутима сна почео пренос података из хипокампуса у неокортекс.

ПАРИЗ • ИСПИТИВАЊЕ ПОТЕНЦИЈАЛНОГ ЛЕКА ПРОТИВ ЛУПУСА - „Неовак“, биотехнолошка компанија специјализована за област активне имуноterapiје против аутоимуних, инфламаторних и канцерогених обољења, објавила је крај одабира 28

пацијената за прву и другу фазу испитивања дејства „ИФНакиноида“, потенцијалне терапије против хроничног аутоимуног обољења Лупуса.

Ради се о истраживању ИФН-К-001 током кога ће неки пацијенти, насумице, као терапију до-

77 <

СА СВИХ МЕРИДИЈАНА



Здравствени центар у Чикагу

месеци. Истраживања су показала да дојење бебе мање болује од дечјих болести, укључујући екцеме, упалу средњег уха, бронхитис или астму.

„Желели бисмо да на овај начин подстакнемо жене да доје своју децу и то што је дуже могу-

ће“, објашњава ауторка поменуте студије Чинело Огбуану.

У студији се предлаже да за послена дојиља покуша да нађе могућност да бебу доји за време паузе и да се обавезно редовно измуза како би наставила са дојењем.

Према најновијим истраживањима седам од десет жена у Сједињеним америчким државама доји бар у почетку своју бебу а тек три од десет мајки наставља да доји своје дете пуних шест месеци. У студији у коју је било укључено 6.150 запосле-

77 <

бијати „ИФНа-киноид“, а други плацебо (лажни лек), пренели су француски медији.

Регрутовање пацијената за то истраживање почело је априла 2010. године у Белгији, Бугарској, Француској и Сведској. Током последњих 10 година није реги-

стрована ниједна нова терапија против лупуса.

ВАШИНГТОН • ДВА ЛЕКА ПРОТИВ ХЕПАТИТИСА Ц - Амерички саветодавни панел експерата је ових дана једногласно дао подршку „телепревиру“, новом леку

против хепатитиса Ц, који производи компаније „Вертекс фармасјутикалз“.

Овај лек, како показују истраживања, може да продужи живот оболелима од те врсте хепатитиса, извештава АФП. Претходно је панел америчкој Управи за хра-

> 80

рисаних пацијената, до по живот опасних заразе стафилококама. У једном другом истраживању тим из денверске консултантске фирме „Милиман“ је на основу захтева за надокнаду штете осигуравајућим друштвима дошао до закључка да је у 2008. трошак медицинских грешака у САД износио 17,1 милијарду долара.

У овим трошковима, десет медицинских грешака имају удео од преко две трећине. При том је најчешће тражена одштета због декубитуса, постоперативних инфекција и упорног бола у леђима после операције кичме.

Амерички здравствени систем требало би нарочиту пажњу да посвети смањењу учесталости тих грешака, поручио је денверски тим.

АУТОРИ СМЕРНИЦА ЗА КАРДИОЛОГЕ
ПРИЗНАЛИ СУКОБ ИНТЕРЕСА

СРЦЕ ИХ ЈЕ ИЗДАЛО

ЧИКАГО – Половина америчких експерата који су у скорије време били укључени у писање приручника за лечење срчаних болесника признала је да су у некој врсти сукоба интереса, показала је студија обављена на Универзитету Пенсилваније.

Приручници који садрже смернице за лечење су намењени обуци лекара и могу да имају дугорочан утицај на то како се пацијенти лече, упозорио је вођа студије, др Џејмс Киркпатрик, који сматра да би стручњаци који формулишу такве смернице морали да буду изван сваке сумње.

Од 500 експерата укључених у ову студију, 56 одсто њих је признало да су у конфликту интереса, било тако што су консултантски неког произвођача лекова или медицинских уређаја или су у његовој саветодавној управи или су од неке такве компа-

није добили новац за истраживање или су власници њених акција, пренео је Ројтерс. Међу најчешће навођеним компанијама у овом извештају је произвођач медицинске опреме „Медтроник“.

Због некакве везе с овом компанијом, сукоб интереса је бележен код аутора седам од седамнаест проучених приручника за кардиологе.

Др Стивен Нисен са Кливлендске клинике истиче да ови налази доводе у питање независност и поузданост упутстава за кардиоваскуларну праксу и да би могли да нанесу непоправљиву штету поверењу у ту струку.

Др Киркпатрик напомиње да није чудо да тако много експерата код којих постоји сукоб интереса бива изабрано за ауторе приручника јер је данас у САД уопште тешко наћи квалификованог стручњака за срце код кога не би постојао неки конфликт интереса.

ГРУПА ФРАНЦУКИХ НАУЧНИКА
ОТКРИЛА ГЕН ДПУ19Л2

УЗРОЧНИК ЈЕДНОГ ОД ОБЛИКА МУШКЕ НЕПЛОДНОСТИ

ПАРИЗ – Група француких научника открила је ген ДПУ19Л2, узročник једне од врста мушке неплодности коју карактерише производња сперматозоида с округлом главицом тако да не могу да оплоде јајну ћелију, пренела је агенција АФП.

Ради се, како је показало истраживање објављено у америчком научном часопису *AJHG* (American Journal of Human Genetics), о гену који има главну улогу у сперматогенези.

> 80

них жена које су постале мајке наводи се да се жене које почињу да раде у периоду од шест недеља после порођаја много теже одлучују да уопште почну са дојењем него незапослене жене или мајке које су на породњском боловању бар 13 недеља.

Међутим, стручњаци који нису учествовали у изради ове студије наводе да су изнети подаци збуњујући и да не постоје реалне основе да се изведе закључак да разлог недођења беба треба тражити у превременом повратку породице на посао.

ПАТНА • ШТРАЈК ВИШЕ ОД 10.000 ЛЕКАРА – Више од 10.000 лекара ступило је у штрајк у источној индијској држави Бихар тражећи бољу безбедност, пошто је једног њиховог колегу убила група затвореници у затвору. Затворски лекар у индијској др-

> 80

79 <

ну и лекове (ФДА) дао једногласно позитивно мишљење и о леку за исту болест „боцепревир“, који производи фармацеутска компанија „Мерк“.

Оба лека делују као инхибитори протеаза. Замишљено је да буду придодати досад коришћеној

терапији за хепатитис Ц од два лека – пегилисаног интерферона и „рибавирина“.

Од хепатитиса Ц тренутно у свету болује око 180 милиона људи, а досадашњи лекови помажу само половини њих. Трећа фаза истраживања разматраних ле-

кова је показала да се терапијом са три медикамента постиже излечење код 79 одсто пацијената, док је лечење са два лека успешно у само 46 одсто случајева.

После испитивања током четири месеца од нежељених пропратних дејстава терапије са три

79 <

Научници су открили генетски узрок убацивањем чипова у ДНК особа са тим обликом неплодности. Утврђено је и да код 75 одсто тих пацијената долази до губитка генетског материјала, дела ДНК, на само једном гену ДПУ19Л2.

Ново откриће би могло да резултира развојем нових нехормонских контрацептивних средстава намењених мушкарцима.

„НЕЈЧЕР ЦЕНЕТИКС“,

ОТКРИВЕНО 13 ГЕНА ИЗАЗИВАЧА КОРОНАРНИХ ОБОЉЕЊА

ПАРИЗ – Група од више од 150 истраживача из неколико земаља сачинила је листу од 13 гена који доводе до опасности од коронарних обољења, пренела је агенција АФП. То би могло да помогне да се пронађу нова средства против срчаних болести, главног узрока смртности у свету.

Научници, њих 167 из више од 100 канадских, европских и америчких организација, могли су током анализе података добијених у 14 истраживања ДНК више од 140.000 Европљана да констатују да код оних у чијим породицама постоје случајеви атеросклерозе (гомилања масноће на зидовима одређених артерија) постоје мутације 13 гена. То истраживање, објављено у научном часопису „Нејчер ценетикс“, удвостручило је број гена за које је утврђено да подстичу срчана обољења.

На сама та обољења, како истичу научници, 50 одсто утиче генетика, али и начин живота, као што је конзумирање дувана и алкохола и недовољна физичка активност.

У НЕМАЧКОЈ ГОДИШЊЕ 60.000 ЉУДИ
УМРЕ ОД ТРОВАЊА КРВИ

МЕТОД ЗА РАНО ОТКРИВАЊЕ СЕПСЕ

БЕРЛИН – Сепса није болест прошлости и овај вид тровања крви веома је чест у развијеној Западној Европи, док је у сиромашним земљама права пошаст. Радио Дојче веле преноси да многи сепсу добију баш у болницама, али да је сада је развијен метод за њено рано откривање. У Немачкој годишње 60.000 људи умре од тровања крви, а многи међу њима умиру од сепсе коју неретко зараде баш током захвата у болницама.

Када се сепса установи, шансе за презивљавање су сведене на 50 одсто, што значи да половина оболелих умре, а главни разлог је што се сепса ка-



СЕПСА НИЈЕ БОЛЕСТ ПРОШЛОСТИ НИ У РАЗВИЈЕНОЈ ЕВРОПИ:

жави Бихар Бхудо Синг претучен је на смрт пошто је одбио да изда лажне сертификате седморици затвореника како су јако болесни да би били премештени у други затвор, пренела је агенција АП.

Индијска лекарска комора државе Бихар подржала је њихове

захтеве, мада се није прикључила једнодневном штрајку.

ПАРИЗ • **МОГУЋИ ЕФЕКТИ КАСНИЈЕ ТРУДНОЋЕ** - Рођење детета у 40. години живота утврђује шансе да се доживи 100. година живота, показали су ре-

зултати анкете спроведене на групи 100-годишњих жена. Анкета је показала да је 19 одсто тих жена родило дете након 40. године живота, пренели су француски медији. Ти резултати су потом упоређени са подацима везаним за жене преминуле мла-

79 <

лека код неких испитаника се појавио осип или анемија. FDA није дужна да следи мишљење панела и одобри употребу тих лекова, али она обично то чини.

За хепатитис Ц, иначе, не постоји вакцина, а амерички Центри за контролу и превенцију бо-

лести (ЦДЦ) процењују да сваке године од те болести умре преко 12.000 Американаца. Највећи број заражених хепатитисом Ц нема годинама никакве симптоме, али кад се они једном појаве, за већину је сувише касно да им помогне досадашња терапија

са два лека. У прошлости хепатитис Ц је могао да се добије у контакту са зараженим крвним производима, а и данас се шири међу наркоманима који деле иглу или slamку за ушмркавање кокаина, као и кроз секс без заштите са зараженом особом. //

сно дијагностификује па је и третирање готово немогуће. Истраживачи Института Фраунхофер ког Лајпцига развили су нову методу којом се сепса открива неупоредиво брже. Они користе нанометарске честице оксидованог гвођђа, каже др Дирк Кулмајер са Института за имунологију.

Према његовим речима, помоћу магнета се неколико минута померају честице кроз крв, тако да се могу пронаћи и изоловати бактерије и вируси.

Међутим, како додаје Кулмајер, није све тако једноставно, јер око тридесет врста бактерија и седам врста гљивица које изазивају сепсу нису природно намагнетисане, али постоји начин да се привуку.

На пример, честице гвођђа се превлаче тананим слојем пластике и затим такозваним функционалним слојем, а то могу бити, рецимо, антитела која везују одређене бактерије међу којима су стафилококе и друге патогене бактерије које могу да изазову сепсу.

Тако повезане са честицама гвођђа бактерије се спроводе до једне пластичне карте величине обичне кредитне картице која има 12 комора које су повезане минијатурним каналима.



Болница у Берлину



У ФРАНЦУСКОЈ

ВАЂЕЊЕ МАТЕРИЦЕ ПОМОЋУ РОБОТА

ЛИЛ – Група француских гинеколога из Лила је прва у свету успела да извади материцу вагиналним путем уз помоћ робота. Како су пренели француски медији, робот намењен таквим хируршким интервенцијама омогућава боље решавање сложених ситуација.

Робот, међутим, кошта више од милион евра и захтева годишње за одржавање 140.000 евра. //

ђе, у 73. години живота, а међу којима је шест одсто родило дете након 40. године живота.

ВАШИНГТОН • НИКОТИН МОЖЕ ДА БУДЕ СУЗБИЈАЧ ГЛАДИ

- Никотин може да делује као сузбијач глади, показали су резул-

тати истраживања објављеног у научном часопису „Сајенс“. Научници с универзитета „Јејл“ и медицинског колеџа „Бејлор“ у Хјустону идентификовали су код мишева врсту никотинских рецептора у хипоталамусу (део мозга) која активира нервне ћелије

задужене за покретање процеса којим се сузбија апетит.

Откриће би могло да резултира развојем нове врсте лекова за мршављење, јер су досадашњи лекови показали слабу ефикасност, а већина је повучена са тржишта због већих нежељених ефеката. //

Поштовани читаоци „Гласника“ Лекарске коморе Србије, мојом личном, техничком и ненамерном грешком у прошлом броју, броју 7 „Гласника“ Лекарске коморе Србије објављеног у децембру 2010. године, приликом објављивања Одлуке Врховног суда части Лекарске коморе Србије на 81–82 страници, у образложењу ове одлуке погрешно је објављен пасус који се не односи на предметну Одлуку овог Суда.

С тим у вези, због описане грешке најискреније се извињавам свим читаоцима „Гласника“ Лекарске коморе Србије, а посебно проф. др Зорану Ковачевићу и мр сц мед Зорану Паунићу, чија се имена у поменутом пасусу потпуно неоправдано појављују.

Жељко Мишић,
секретар Врховног суда части ЛКС

У наставку овог текста објављује се и следећи демант:

ОДГОВОР НА ИНФОРМАЦИЈУ И ИСПРАВКА ИНФОРМАЦИЈЕ

У вези Одлуке Већа Врховног суда части Лекарске коморе Србије број Дж – 06-4/2010 од 24. новембра 2010. године објављене у децембарском издању Вашег листа од 07. децембра 2010. године, истичем следеће:

Нетачан је навод на страни 2. Одлуке где се наводи:

“Имајући у виду све напред наведено, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је закључило да је Суд части Регионалне лекарске коморе Београда погрешно када је донео одлуку којом се проф. др. Зоран Ковачевић и мр. сци. Зоран Паунић ослобађају од одговорности, већ је ово Веће закључило да су именовани одговорни за повреду професионалне дужности или угледа члана Коморе, па је ценећи све конкретне околности у овом случају донело одлуку као диспозитиву.”

Супротно овим наводима, Одлуком Већа Врховног суда части Лекарске коморе Србије број Дж – 06-4/2010 од 24. новембра 2010. године објављене у децембарском издању Вашег листа од 07. децембра 2010. године:

1. уважена је жалба Живковић Оливере, из Београда, која је изјављена против Одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе Београда бр. Ди-58-471/09 од 12. октобра 2010.г. којом се члан Лекарске коморе Србије, др Јелена Крист, из Београда оглашава одговорном и изриче јој се дисциплинска мера опомена, као основана

2. Одбијена је жалба др Јелене Крист, из Београда изјављена против Одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе Београда бр. Ди-58-471/09 од 12. октобра 2010.г. као неоснована

3. Преиначена је Одлука Суда части Регионалне лекарске коморе Београда бр. Ди-58-471/09 од 12. октобра 2010.г. тако што се лекар – члан Лекарске коморе Србије др Јелена Крист, из Београда, специјалиста психијатрије у Специјалној болници за психијатријске болести Др Лаза Лазаревић у Београду, оглашава одговорном и изриче јој се дисциплинска мера јавне опомене.

У складу са изнетим указујем да спорни наводи представљају илустрацију **изношења неистинитих непотпуних и погрешних навода, те еклатантан пример повреде достајанства, части и угледа чланова Лекарске коморе, а при томе посебно уважених лекара Војномедицинске академије у Београду.**

Неосновано изношење имена проф. Др. Зорана Ковачевића и мр. сци. мед. Зорана Паунића као лица одговорних за повреду професионалне дужности или угледа члана Коморе у предметном поступку не може служити на част листу лекарске струке који држи до свог угледа.

У Београду,

Адвокат Милена Игњатовић



МИНИСТАР ЗДРАВЉА ПРОФ. ДР ЗОРАН СТАНКОВИЋ
ПРЕДСТАВИО ЈЕ ЧЛАНОВЕ СВОГ НОВОГ КАБИНЕТА

Транспарентност и борба против корупције

Министар здравља проф. др Зоран Станковић представио је чланове свог новог кабинета и изложио је шта је министарство урадило за непуну три месеца од када је он постављен на чело те установе. Говорећи о буџету Министарства здравља за ову годину, Станковић је навео да он износи 3,7 милијарди динара, што је на нивоу од 2003. године, али су у 2011. за набавку опреме и инвестиције одређена средства у износу од 906 милиона динара.

Министар Станковић указао је да су у протекла три месеца успостављени приоритети које ће Министарство здравља следити у будућем раду, а који обухватају да је пацијент у средишту здравственог система, измену законских прописа и нормативних аката у циљу унапређења система здравствене заштите, заштиту социјално најугроженијих група и транспарентност у раду и борба против корупције.

По новој систематизацији, Министарство здравља имаће три државна секретара. На својим функцијама су остали др Невена Карановић и др Периша Симоновић, а нови државни секретар је др Елизабет Пауновић.

Убудуће помоћница министра за организацију здравствене службе и инспекцију биће др Дубравка Шарановић Рацић, а на челу Сектора за јавно здравље и санитарну инспекцију биће проф. др Марија Јевтић. Професор Медицинског факултета, специјалист медицине рада др Петар Булат именован је за помоћника Сектора за европске интеграције и међународни сарадњу, док је Зорица Павловић остала да ради као помоћник за здравствено осигурање.

Потпуно нова лица у Министарству здравља су Милица Влашић Котуровић, која је на челу Сектора за правне послове и Слободан Марковић, који води Сектор за финансирање. //

ДРУГИ МЕЂУНАРОДНИ МЕДИЦИНСКИ КОНГРЕС У ОРГАНИЗАЦИЈИ ЈУГОИСТОЧНОГ МЕДИЦИНСКОГ ФОРУМА У БУГАРСКОЈ ОД 7. ДО 11. СЕПТЕМБРА 2011.

Здравствене реформе и финансирање



НЕСЕБАР



Патологија из које су предложене теме је актуелна и заједничка већини земаља, укључујући и Југоисточну Европу.

Конгрес је намењен свим лекаrima који желе да се упознају са новим трендовима у медицини, здравственим реформама и финансирањем у здравству.

Конгрес ће бити акредитован код ЕАССМЕ и сви регистровани учесници ће добити сертификате са поенима (КМЕ).

Други међународни медицински конгрес у организацији Југоисточног медицинског форума одржаће се у Бугарској у Несебару од 7. до 11. септембра 2011.

Овога пута главне теме конгреса су:

- Diabetes mellitus и компликације
- Кардиоваскуларне болести
- Инфективне болести
- Онколошке болести

Тема округлог стола који ће овом приликом бити организован је: *Здравствене реформе и финансирање*

Пријавни лист се може скинути са www.seemf.congress.zdravenews.eu док се све информације могу добити преко конгресног секретаријата на и-мејл: seemf.congress@gmail.com

Последњи дан за слање абстракта је 30. јуни 2011.

Абстракти се шаљу на и-мејл:
seemf.congress@gmail.com

Пријава за учешће на конгресу 30. јуни 2011.

Последњи дан за пријаву 2. септембар 2011.



Први на Балкану: „Пастеров завод“ у Нишу почео је да ради 1907. године у Нишу, само петнаест година после Париза