

Број 23 //
Београд //
Децембар //
2014 //
Година VI //

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ГЛАСНИК

ISSN 1821-3995

**План и
програм
рада ЛКС
за 2015.
годину**

**Комора ће
штитити
интересе
лекарске
струке**

**За и против
платних
разреда у
здравству**



*Драге колеге и пријатељи, желимо Вам срећну и
успешну Нову 2015. годину, као и Божићне празнике.
Ваша Лекарска комора Србије*

Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Година VI, број 23,
децембар 2014. године.

ISSN 1821-3995

Редакција:

Београд, Ул. Краљице Наталије 1

Тел/факс:

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

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

Др Бранка Лазић

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

Јасмина Томашевић

Ликовно-графички уредник:

Илија Милошевић

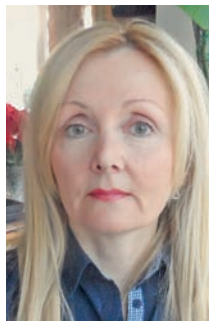
Типографско писмо:

Adamant

Лист се објављује четири пута
годишње и доставља бесплатно
свим члановима ЛКС**Насловна и последња страна:**КБЦ „Др Драгиша Мишовић“
– Дедиње**Штампа:**

Штампариа „Scanner studio“, Београд

Реч уредника

Поштоване колегинице и колеге,
Драги чланови Лекарске коморе Србије

У овом Новогодишњем броју пре свега желим да вам честитам предстојеће празнике и вама и вашим породицама пожелим све најбоље у наредној години.

Упркос свим догађањима у протеклих годину дана, почев од елементарних непогода до смањења ионако неадекватних примања, морамо даље. На самом почетку Гласника можете наћи План и програм рада Лекарске коморе Србије – нашу Нојеву барку – који је осмислио директор Коморе професор др

Драган Делић. У интервјуу са др Миланом Симићем, председником Управног одбора Лекарске коморе Србије ћете сазнати како ће та наша барка пловити, како ће се Лекарска комора у наредне четири године борити да постане равноправан сарадник Министарства здравља и Републичког фонда за здравствену заштиту, да достигне циљеве записане у Програму. Ту су саопштења Управног одбора ЛКС поводом најновијих догађаја – актуелног смањења плата и прилога у Дневнику РТС-а о „индексу корупције у Србији“ која можете наћи и на нашем сајту од момента догађања.

У току је истраживање о миграцијама здравственог кадра из Србије и о резултатима тог истраживања ћемо још писати када оно буде завршено.

У Новој години нас очекује, према најави Владе Републике Србије, нови начин плаћања у јавном сектору – платни разреди. Наша новинарка је разговарала са професором др Бериславом Векићем, државним секретаром у Министарству здравља и о тој теми.

У овом броју преносимо и ставове Синдиката чији су чланови запослени у здравству.

Тема од огромног интереса за здравље становништва Србије – рано откривање најчешћих болести обрађена од стране стручњака из Канцеларије за превенцију малигних болести, предстоји нам доба организованих скрининга.

Са ПЕТ технологијом нас упознају професор др Владимир Обрадовић, аутор концепта Националног центра за ПЕТ медицину и професор др Вера Артико, директор Центра за нуклеарну медицину КЦ Србије.

На нсловној страни је Клиничко-болнички центар „Др Драгиша Мишовић“ настао спајањем три меморијалне болнице, болница у којој се учи не само медицина, већ и однос према болеснику и вредностима живота, где се срећу историја и најсавременије методе лечења.

Колико дружење са лекарима може да обогати у духовном смислу говори нам доајен нашег новинарства и публицистике господин Драгутин Бацко Грегорић, не само у Гласнику, него и у својој књизи „И лекари су људи“.

Како је 50.годишњицу уписа на Медицински факултет у Београду – Златни јубилеј прославило више од 70 лекара из те генерације која је изнедрила 29 универзитетских професора, 30 примаријуса, 40 доктора наука и готово 50 магистара...

И још много тога интересантног ...

Срдачан поздрав

Главни уредник

Прим др Бранка Лазић

ИЗ ОВОГ БРОЈА

АКТУЕЛНОСТИ У КОМОРИ Стр. 12

- САОПШТЕЊЕ ЗА ЈАВНОСТ
ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ
- КОМОРА ЋЕ ШТИТИТИ
ИНТЕРЕСЕ ЛЕКАРСКЕ СТРУКЕ
- МИГРАЦИЈЕ ЗДРАВСТВЕНИХ
РАДНИКА СА БАЛКАНА
- АКЦИОНИ ПЛАН РАДА
- ОБЕЛЕЖЕНА ЕСНАФСКА СЛАВА СВЕТИ ВРАЧИ

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ Стр. 20

- ПЛАТНИ РАЗРЕДИ РАЗГРАНИЧИЋЕ
РАД ОД НЕРАДА
- КАКО ДО ПРАВЕДНИЈЕ РАСПОДЕЛЕ НОВЦА
- У СУСРЕТ РЕЛИЦЕНЦИРАЊУ
- ЈАЧАЊЕ САРАДЊЕ КОМОРА
И УДРУЖЕЊА ИНОВИА
- СВАКИ ТРАНСФЕР НА УВИД ЈАВНОСТИ
- НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ РАНОГ ОТКРИВАЊА
МАЛИГНИХ БОЛЕСТИ
- ОБЕЛЕЖЕНО 37 ГОДИНА БОРБЕ ЗА ЗДРАВО СРЦЕ
- ОТВОРЕНА КЛИНИКА ЗА КАРДИОХИРУРГИЈУ
- „УСИСАВАЊЕ“ ТРОМБА
У ЛЕЧЕЊУ МОЖДАНОГ УДАРА
- ЧЕТИРИ ДЕЦЕНИЈЕ КЛИНИКЕ ЗА ОРТОПЕДИЈУ

НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ Стр. 43

- ПОЗИТРОНСКА ЕМИСИОНА ТОМОГРАФИЈА (ПЕТ)
- РЕГЕНЕРАЦИЈА ОШТЕЋЕНЕ КИЧМЕНЕ МОЖДИНЕ
- НЕИНВАЗИВНИ „ВЕАТ ТО ВЕАТ“
ХЕМОДИНАМСКИ МОНИТОРИНГ

СА СТРУЧНИХ ОКУПЉАЊА Стр. 51

- ИНТЕРНАЦИОНАЛНИ САСТАНАК „НЕУРОКАРД 2014“
- КОНФЕРЕНЦИЈА „ДАНИ ЗАВОДА 2014“
- „ГЕНОМИКА РЕТКИХ БОЛЕСТИ“
- СВЕТСКИ ЗДРАВСТВЕНИ САМИТ У БЕОГРАДУ

ПРЕДСТАВЉАМО

ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ Стр. 54

- КЛИНИЧКО-БОЛНИЧКИ ЦЕНТАР
„ДР ДРАГИША МИШОВИЋ“ – ДЕДИЊЕ
- ПОЛИКЛИНИКА „МД ДР МИЛУТИНОВИЋ“

ПРЕНОСИМО ИЗ ДРУГИХ ГЛАСИЛА Стр. 59

- ФИНАНСИЈСКА ОДРЖИВОСТ КУЋНОГ ЛЕЧЕЊА
У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ
- НЕПОБИТНЕ КОРИСТИ ОД КУЋНОГ ЛЕЧЕЊА
- СЛУЖБА КУЋНОГ ЛЕЧЕЊА
„РАК-РАНА“ ДОМОВА ЗДРАВЉА
- ЈАЧАЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ
ЗАШТИТЕ – АЛИ КАКО?

ИЗ ИСТОРИЈЕ МЕДИЦИНЕ Стр. 66

- ШАБАЧКА ОКРУЖНА БОЛНИЦА ОД 1885. ДО 1915.
- СЕЋАЊЕ НА БЕОГРАДСКЕ КАРАНТИНЕ 1972.

ПУБЛИКАЦИЈЕ Стр. 69

- „И ЛЕКАРИ СУ ЉУДИ“

ЛЕКАРИ ПИШУ Стр. 71

ЈУБИЛЕЈИ Стр. 71

ВЕСТИ И ДОГАЂАЈИ Стр. 76

ОДЛУКЕ СУДОВА ЧАСТИ Стр. 81



6–11

План и програм рада ЛКС за 2015. годину

У предложеном документу, проф. др Дражан Делић, директор ЛКС, ошћвара бројне проблеме у вези са лекарским еснафом, али и указује на моћућа решења



20–23

Плаћни разреди разіраничиће рад од нерада

О оовом и друћим ћићањима у здравћиву ћовори
ћроф. др Берислав Већић, државни секретар МЗ



13–15

Комора ће иштити интересе струке

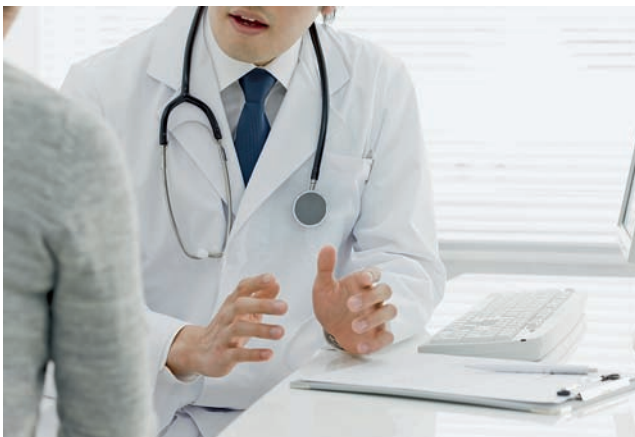
Како ће се Комора борити да, коначно, буде схваћена као озбиљан партнер држави, али и за промену ставова међу чланством – објашњава др Милан Симић, председник УО ЛКС



15–17

Миграције здравствених радника

У Србији је у току прво регионално истраживање које анализира миграције здравствених радника из земаља Западне Балкана. Прикључите се!



24–28

Како до праведније расподеле новца

Четири репрезентативна синдикала у здравству у први план истичу борбу за очување стечених права и сигурности за изражење решења



29–31

У сусрет лиценцирању

Већ од априла очекују се први захтеви за обнову лиценце – истиче Радмила Урица, директорка Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије

Реч директора

ПЛАН И ПРОГРАМ РАДА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ ЗА 2015. ГОДИНУ

Предлагач:
Проф. др ДРАГАН ДЕЛИЋ
Директор Лекарске
коморе Србије

УВОД

При изради сваког плана и програма рада, знање, искуство и мудрост налажу стриктно уважавање и поштовање неких правила и принципа: објективно сагледавање проблема, јасно дефинисање циљева, реална процена властитих могућности и домета, могућност и потребу укључивања других актера, сагледавање и дефинисање јасних временских оквира, као и неопходност периодичне евалуације активности и резултата. Актуелна стварност, бременита значајним проблемима, изискује бројне и суштинске промене, али рационалност и прагматизам налажу оне циљеве које је могуће достићи и остварити у долазећем периоду.

У циљу ефикасности и ефективности у реализација нашег плана и програма рада, у потпуности и доследно морамо поштовати следеће аксиоме:

- активан став према надолazeћим проблемима, односно правовремено ангажовање и „корачање“ ка проблемима,

- тимски рад као *modus vivendi* и *modus imperativus*. Укључивање у рад стручних (експертских) тела ЛКС и што већег број лекара са доказаним знањем, интегритетом и новим идејама,

- хармонизација односа унутар ЛКС базирана на поверењу, уважавању и договарању, као и децентрализација у одлучивању, која неће реметити или угрожавати јединствену (договорену) политику,



Проф. др Драган Делић

- свакодневна и искрена сарадња са другим институцијама, установама, телима и организацијама у здравственом систему Србије, на принципима јасне поделе задужења и одговорности,

- спознаје да ЛКС неће имати позитивну будућност, уколико свако ново руководство објективно не сагледа рад претходног руководства, али и успостави континуитет са успешним искуствима и донетима. Реликт прошлости да „истори-

ја почиње са нама“ мора бити само део наше прошлости. Наравно, то не искључује наше право и обавезу да критички сагледамо и оциенимо све грешке, недоследности, промашаје и заблуде из претходног периода,

- домаћинско пословање и строга контрола утрошених средстава, као и

- забрана уласку страначке политике, активности и подела унутар Лекарске коморе Србије.

Уколико испоштујемо горе наведене аксиоме, реализација постављених задатака биће само питање времена и степена утрошене креативне/интелектуалне енергије. Ово време је идеално за велике и празне приче, али је и пријемчиво за озбиљан, креативан и одговоран рад. Суштина је шта желимо?

ЕКОНОМИЈА, ЕКОНОМЕТРИЈА И ЕКОНОМИЧНОСТ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ

Уводне напомене

Економски волунтаризам и евидентна хипокризија која се огледа у несразмери између прокламованих права у области здравствене заштите и слабе економске моћи земље са неправедном поделом финансијских средстава, доводе у (жељену) заблуду осигуранике, а лекаре претвара у дежурне кривце. При томе, потпуно су јасне и прихватљиве четири 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,
- 3) свуда у свету здравствени систем је веома скуп из више разлога: високообразовани кадар који ради у њему, софистицирана и, често неопходна, комплементарна дијагностика, нови и скупи терапијски протоколи итд. Квалитетна и ефикасна здравствена услуга захтева и подразумева значајна улагања, односно издвајања финансијских средстава. Не постоји бесплатан здравствени систем. Оно што неспорно постоји, као два антипода, су добар и лош здравствени систем

са многобројним варијантама између та два екстрема, и

- 4) здравствена заштита није облик потрошње већ најбоља инвестиција у остваривању свеукупног развоја друштва. Здравље становништва је стратешки ресурс сваке здраворазумске државе.

Предлог

Неопходно је утврдити чињенично стање (свеобухватна финансијска, стручна и ситуациона анализа), а затим предложити реална/могућа решења за један нови функционалан/оперативан систем утемељен на, пре свега, економским законитостима. Предлажем формирање експертске радне групе за израду студије: „Анализа текућег начина финансирања, процена будућих трендова и могуће преобликовање финансирања здравствене заштите у циљу побољшања ефикасности и ефеката здравственог система Србије“.

Радну групу чинили би, пре свега, економисти (Економски институт, Економски факултет, РФЗО итд.) и лекари (ЛКС, синдикати, РФЗО, Институт за јавно здравље, Медицински факултет итд.) који би сагледали бројне економске аспекте и предложили могућа решења:

1. Одрживост садашњег начина финансирања и пројекције будућих трошкова
 - 1.1 Прилив средстава 2009-2014.
 - 1.1.1 Анализа реализованих прихода према структури извора плаћања
 - 1.1.2 Анализа и поређење расположивих средстава и других релевантних макроекономских индикатора са трендовима земаља у региону и ЕУ
 - 1.2 Реализација наплате доприноса
 - 1.2.1 Оцена модалитета нормативне и позитивне праксе која доводи до смањења уплате доприноса и идентификација свих актера
 - 1.2.2 Процена губитака насталих по основу недисциплине у плаћању доприноса и по основу одлука државних органа о ослобађању плаћања
 - 1.3 Процена укупних издвајања за здравствену заштиту (јавни и приватни) 2009-2014.

1.4 Пројекције реализације будућих прихода 2015-2020.

1.4.1 Пројекција основних макроекономских параметара

1.4.2 Пројекција реализације прихода на основу приказаних сценарија економског развоја

1.5 Предлози за ефикасније обезбеђење средстава за финансирање здравствене заштите

2. Одрживост садашњег начина плаћања обављених услуга и набавке потрошних добара

2.1. Анализа постојеће ситуације

2.1.1 Основни проблеми који се односе на ефикасност трошења средстава

Анализа структура расхода, идентификација несразмера и процена утицаја на ефикасност

2.1.1.1 Трошкови рада

2.1.1.2 Материјални расходи

2.1.1.3 Расходи за фармацеутске производе

2.1.2 Закључци

2.2 Предлози промена

2.2.1 Примери позитивних искустава земаља у региону

2.2.2 Предлози за побољшање ефикасности садашњег начина плаћања за обављене услуге и набавку робе

2.2.3 Мере за повећање ефективности

2.2.4 Мере за повећање ефикасности

2.2.5 Редифинисање права из здравственог осигурања

2.2.6 Добровољно здравствено осигурање

2.2.7 „Тржишни“ модел финансирања здравствене заштите

Временски рок за из раду студије износио би шест месеци.

ЗАКОН О ЛЕКАРИМА

Уводне напомене

Лекарска делатност у Србији, упркос бројним законима и подзаконским актима који регулишу здравствену заштиту, није на задовољавајући начин регулисана, односно не постоји свеобухватни правни акт којим су дефинисани и омеђени сви аспекти лекарске делатности. Закон о лекарима бавио би се категоријом која броји 32.400 људи, а који би прецизније регулисао њихова права и дужности, нпр. да пропише појам, устројство

7 <

и услове за обављање лекарског позива, права и обавезе лекара, вредновање рада лекара, узајамне односе лекар-лекар и лекар-пацијент итд. У овом Закону јасно би била позиционирана и Лекарска комора Србије, као и Српско лекарско друштво.

Овај изузетно важан закон, добија још више на свом значају, уколико знамо да живимо у времену у коме је систем вредности, моралних норми, етичких принципа и жртвовања за друге постало анахронизам, раритет и необичност. Бојим се да су, данас, лекари постали дежурни кривци и „глинени голубови“ за скретање пажње са озбиљнијих друштвено-економско-политичких проблема, евидентних фрустрација и изражавања незадовољстава (обичних) људи.

Предлог

У израду овог Закона требало би укључити, како због квалитета и значаја, тако и због лакшег пута за његово усвајање у Народној скупштини Републике Србије, представнике Министарства здравља, Одбора за здравље Народне скупштине, РФЗО, Здравственог савета Србије, Српског лекарског друштва, Института за јавно здравље Републике Србије и др. Носилац активности била би Лекарска комора Србије.

Рок за израду нацрта Закона о лекарима, као и шира расправа у регионима, захтевали би минимум шест месеци активног рада.

РЕВИЗИЈА (ПРЕГЛЕД И МЕЊАЊЕ) ЗАКОНА И ПРАВИЛНИКА

Уводне напомене

Нова здравствена политика у Србији, која треба да реши проблеме неконзистентне и нецеловите здравствене политике једног неуређеног и неефикасног здравственог система, није могућа без суштинских промена у законодавној материји. При томе, јасно је да те законске одредбе/решења нису нове/наше креације, већ креативна компилација европских прописа уз неопходну социокултурну и економску адаптацију за нашу средину. *Conditio sine qua non* за су-

штинске промене у здравственом систему је комплетна ревизија два круцијална закона:

- Закон о здравственој заштити („Службени гласник РС“, бр.107/05) који маргинализује или, још горе, заборавља улогу и значај лекара у здравственом систему Србије (нпр. члан 1. Закона), као и нпр. инфериоран положај Лекарске коморе Србије у систему прибављања мишљења и одлучивања у том систему.
- Закон о здравственом осигурању који доводи лекаре у подређен положај јер је записано да „Републички фонд за здравствено осигурање обезбеђује средства“ (члан 212, тачка 3. Закона). Истина је на другој страни, јер лекари својим радом и пружањем услуга, које имају своју шифру и цену, обезбеђују средства која, (не) законитом одлуком бивају отуђена од њих. Нпр. у члану 222, тачка 3. стоји да Управни одбор Републичког фонда заступа интересе осигураника, али нигде нема ко заступа интересе лекара?

На „нижем“ нивоу законодавства, треба урадити озбиљну ревизију Закона о коморама здравствених радника и Статута Лекарске коморе Србије. Нпр. треба омогућити пуноправно чланство и лиценцу незапосленим лекарима (без плаћања чланарине), унутрашња организација ЛКС мора бити оперативнија/функционалнија/јефтинија, изборни систем и процедуре бирања морају се суштински изменити у смислу веће демократичности и значајно мањег утрошка финансијских средстава итд.

Неопходна је ревизија Правилника о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника у правцу реалнијих, објективнијих и прецизнијих критеријума за, пре свега, обнављања лиценце које неумитно долази јануара 2016. године.

Предлог

Покретање иницијативе за измену Закона сигурно зависи од наше аргументације, организованости и снаге деловања, али и од спремности Министарства здравља, РФЗО,

Одбора за здравље Народне скупштине итд. да донесу, у суштини, политичку одлуку да су промене неопходне и неминовне, и да у те процесе активно укључе и Лекарску комору Србије. Због ових чињеница, тешко је говорити о временским роковима и нашем захтеву да се активно укључимо у креирање нових закона. За сада, добијена је усмена сагласност министра здравља, али предстоји наше писмено обраћање Министарству здравља са очекиваним писменим одговором и потврдом усменог договора.

Задатак је Посебног одбора за медицинско образовање да у првој половини 2015. године, после широк расправа у регионима, издаје са конкретним предлозима за измену Правилника о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника. Непољна је чињеница да су Комора биохемијара и Фармацеутска комора дале конкретне предлоге за измену Правилника, јер њихов нови лиценци период почиње почетком 2015. године.

ПРОБЛЕМИ НА НИВОУ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Уводне напомене

Добро организована и ефикасна примарна здравствена заштита, са едукованим и мотивисаним лекарима, је предуслов свих предуслова за нову здравствену политику, чак и за жељене промене на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите. Све почиње, и готово све се завршава, на нивоу примарне здравствене заштите. Истичем само два могућа циља:

- 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 одсто), и
- лекари примарне здравствене заштите, уз стварање одговарајућих предуслова, морају редуковати упућивање пацијаната специјалистима секундарног или терцијарног нивоа са садашњих 16-30 одсто на 10-15 одсто (холандских четири од-

сто је футуристички домен, али ни сам сигуран и пожељан циљ).

Предлог

Одбори за примарну здравствену заштиту ЛКС мора да током 2015. године, плански и сукцесивно, отворе бројне проблеме и понуде решења за:

а) Капитацију у примарној здравственој заштити

Многобројне су примедбе лекара примарне здравствене заштите на примењену Уредбу о корективном коефицијенту, највишем процентуалном увећању основне плате, критеријумима и мерилима за део плата који се остварује по основу радног учинка, као и начин обрачуна плате запослених у здравственим установама, и оне се мање-више свде на констатацију да није добијана реална слика учинка лекара услед недовољне селективности и објективности постојећих критеријума. Главни проблеми се налазе у варијабилном делу плате који се базира на четири критеријума: регистрацији, регионалности, превентиви и ефикасности. Оцењивање рада лекара, због параметара који се узимају за прорачун капитационе формуле, довело је до апсурдне ситуације да они лекари који имају највише пацијената и највише раде, имају мању плату од осталих. Такође је апсурдна ситуација, да не постоји разлика у цени прегледа лекара без специјализације и лекара специјалисте опште медицине.

б) Укључивање приватника, на нивоу примарне здравствене заштите, у систем финансирања

На нивоу примарне здравствене заштите огледа се и проблем постојање и развоја три потпуно самостална и паралелна здравствена система (државни, приватни и војни), и то у једној малој и сиромашној држави, што нема своје стручно, ни економско покриће. Зато се морају дефинисати правци комплементарног развоја приватног и државног сектора, са постепеним, планским и промишљеним укључивањем приватних доктора у систем финансирања. Притом, не сме се угрозити опстанак државног сектора и, што је још важније, пацијената опредељених за иза-

бране докторе у примарној здравственој заштити. Такође, морају се размотрити сви економски аспекти и реперкусије такве одлуке: подела скромног „економског колача“ на већи број актера, усаглашавање ценовника итд. Крајњи циљ и смисао укључивања приватног сектора је ефикаснији, квалитетнији и сигурнији здравствени систем.

ц) Формирање превентивних центара у домовима здравља

Полазећи од позитивних искустава саветовалишта за дијабетес у примарној здравственој заштити, која су неразумном одлуком укинута, као и научне/искуствене спознаје о значају (медицинском/економском/ социјалном) превентивног рада, треба реафирмисати идеју превентивног рада и превентивних центара у примарној здравственој заштити. Битна претпоставка за њихов рад и опстанак су обучени кадрови које и Фонд за здравствено осигурање мора да препозна и призна у систему плаћања. Друга могућност је, што заговарају Секција опште медицине СЛД-а и Катедра опште медицине, да саветовалишни (превентивни) рад буду инкорпорирани у свакодневни рад лекара примарне здравствене заштите, под условом да се уведе тимски рад и број прегледа ограничи на 30.

Одбор за примарну здравствену заштиту, поред три горе наведена кључна проблема, мора да на „дневни ред“ стави и следећа питања: мере извршења, номенклатуру услуга, проблеме медицине рада и стоматологије, недостатак кадрова, лимитирање броја опредељених осигураника, преобимне администрације, недостатак неопходне дијагностике, избор руководећег кадра и промена законске регулативе итд.

ХУМАНИ РЕСУРСИ

Уводне напомене

Хумани ресурси и сви његови релевантни аспекти у здравственом систему Србије, од уписне политике на медицинске факултете, па до политике запошљавања, стручног усавршавања и секундарног одабира кадрова, су од круцијалног значаја за квалитет и развој тог система. Свакодневно се занемарује чиње-

ница да је квалитетан и ефикасан здравствени систем, а то не може бити без добре кадровске политике, предуслов да сви остали системи буду у функцији и продуктивни. Одлука о забрани заснивања радног односа са новим лицима ради попуњавања слободних места, код корисника јавних средстава до 31. децембра 2015. године, као и Уредба о поступку за прибављање сагласности за за ново запошљавање и додатно радно ангажовање код корисника јавних средстава, угрожавају планску и промишљену политику у области хуманих ресурса и, на дуже стазе, доводе у питање функционисање и развој здравственог система Србије. И због овога, планирање кадрова и запослених у здравственом систему, као његовом најважнијем ресурсу, мора бити у епицентру наших активности.

Повећан је број незапослених лекара и због неконтролисаног уписа и прилива са свих медицинских факултета у Србији. Према проценама међународних експерата, школује се три до четири пута више лекара него што су потребе Србије. Грубо говорећи, једна трећина лекара се спрема за запошљавање, једна трећина за биро рада, а једна трећина за одлазак у иностранство. Без пажљивог планирања потреба за лекарима на националном нивоу и промена начина финансирања факултета, садашња неприхватљива ситуација са незапосленим лекарима неће бити решена.

Без елитистичког предзнака и тежње, у свим разговорима морамо истичати да лекарска професија, због својих специфичности и задатака, тешко може да се упоређи са неком другом професијом. Изједначавање права и обавеза лекара и других професија у сфери рада, исказаног кроз Закон о раду, нема своје утемељење у реалности.

Предлог

Лекарска комора Србије треба да, са Министром здравља, Здравственим саветом Србије и Институтом за јавно здравље Републике Србије, покрене озбиљну расправу о реформским променама у области хуманих ресурса:

а) Уписна политика на медицинске факултета у служби развоја здравственог система Србије,

9 <

- б) Лекарски стаж у служби припрема лекара за самосталан рад у примарној здравственој заштити,
- в) Стручни испит у циљу провере стеченог знања за самосталан рад у примарној здравственој заштити, али и показатељ квалитета наставе на медицинским факултетима,
- г) Политика запошљавања у циљу развоја квалитета здравствене заштите са стручним покривањем и елементима правичности и правде,
- д) План и програм специјализација и ужих специјализација са правилном дистрибуцијом кадрова у свим регионима Србије, и
- е) Могућност секундарног одабира кадрова као предуслова за квалитетну кадровску политику.

Лекарска комора Србије, у сарадњи са Министарством здравља, мора да ублажи постојећу ситуацију да је значајан број младих лекара без запослења и да редукује број њихових одласака у иностранство. Садашње вишегодишње волонтирање, без перспективе и сигурности за посао, неприхватљива је реалност која доноси вишеструку штету. Њихов статус „непостојећих лекара“ треба увести у законске оквире кроз изразу и усвајање Правилника о продуженом и добровољном стажирању лекара у циљу стицања нових знања и вештина. Тим Правилником треба регулисати, између осталог, следеће аспекте:

- Ко може да стекне тај статус: нпр. лекари са завршеним стажом и положеним стручним испитом,
- Критеријуми за избор: нпр. просечна оцена и дружина студирања,
- Рад и усавршавање под стручним контролом: нпр. менторски рад,
- Праћење стицања знања и вештина: нпр. шестомесечна оцена стручног колегијума по извештају ментора,
- Предност при запошљавању у тој здравственој установи, уколико добије позитивне оцене стручног колегијума.

Лекарска комора Србије за те одабране лекаре, у границама својих финансијских могућности, треба да омогући стипендирање (нпр. 50 одсто нето плате лекара примарне здравствене заштите). Стипендије

би се делиле на нивоу регионалних лекарских комора, уз предлог и валидно објашњење стручних колегијума здравствених организација.

ЛЕКАРСКЕ ГРЕШКЕ

Уводне напомене

Излечење је слadak плод горког корена, како за болесника, тако и за лекара. Међутим, и лекари се често преваре (*Medici, cura te ipsum*). Лекарска грешка, као реалност, као свакодневница нашег позива, као резултат високоризичног посла у сфери недовољног знања и разумевања сложености људског бића и патолошких процеса у њему, постала је табу тема у нашој средини захваљујући, пре свега, нама лекарима. Уколико 7,4 одсто америчких лекара, добровољно и анонимно, током једногодишњег периода пријави грешку, уколико 99 одсто лекара који раде у областима медицине са високим ризиком за настанак грешке (нпр. кардиохирургија, неурохирургија), пријави бар једну грешку до своје 65 године живота (*N Eng J Med* 2011;365 (7):629-36), зашто ми о томе ћутимо, тим више што су наши услови рада, дијагностике и лечења далеко иза америчких.

Са друге стране, лекарска грешка као резултат недостатка потребних знања и вештина, као и повреде стандарда дужне пажње, мора да буде предмет нашег праћења и анализе, па и санкционисања, од нивоа здравствене установе до Лекарске коморе Србије. О овоме се мора говорити јавно, стручно утемељено, без лажне солидарности и покривања (сакривања) неопростивих грешака.

Предлог мера

1. Увођење система добровољног и анонимног пријављивања властите грешке,
 2. Организовање дебата, предавања, округлих столова, стручних конференција са писаним сопштењима за јавност итд,
 3. Осигурање лекара од професионалне грешке.
- Носиоци активности
- Одбори за примарну, секундарну и терцијарну здравствену заштиту, Врховни суд части ЛКС, Етички од-

бор ЛКС итд. Могућа и пожељна сарадња са СЛД.

Активности и реализација задатака током 2015. године.

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА

Уводне напомене

Континуирана едукација је наше изворно право, нешто што се подразумева, нешто што је у опису нашег радног места, она је парадигма наше професије. Континуирана професионално усвршавање даје и сигурност, убедљивост и неопходну ширину у сагледавању и разумевању појава и проблема, али и очекивану компетентност. Однедавно, континуирана едукација је и наша обавеза, али не у смислу да присилимо лакаре на континуирано учење и усавршавање, већ у правцу: поштовања суштине и форме, униформности, обавезне евалуације квалитета и изведених закључака, па и евидентирања обима континуиране медицинске едукације.

Предлог

Неопходна је и ревитализација концепта континуиране медицинске едукације којим ће се, поред класичних облика, на бази коришћења савремених аудиовизуелних технологија и средстава масовних комуникација (нпр. интернет) омогућити савремена и свеобухватна едукације лекара, обнова знања и вештина, као и стацање нових. Такозвано Е-усавршавање мора да добије на обиму и значају, уз последиичну значајну редукцију финансијских трошкова лекара.

У сарадњи са Здравственим саветом Србије треба радити на измени Правилника о ближим условима за спровођење КМЕ, као и на поједностављењу формулара за акредитацију програма. Такође, треба написати Правилник о контроли и евалуацији квалитета реализованих програма континуиране едукације. Ограничавајући фактор за писање овог правилника је чињеница да Законом о здравственој заштити није предвиђена контрола реализације програме КЕ, нити тело коју би ту контролу спроводило.

Мишљења сам да би коморе требало да преузму процес акредитације програма КЕ (логистички део посла), а Здравствени савет Србије улогу контроле и стручне евалуације реализованих програма. Све ово захтева измене у Закону о здравственој заштити, односно блиску сарадњу са Министарством здравља.

Предлажем да Лекарска комора Србије, у оквирима својих финансијских могућности, помогне лекарима примарне здравствене заштите у нпр. плаћању котизације. На основу јавног конкурса, ЛКС би одабрала састанке намењене лекарима примарне здравствене заштите и уплатом организаторима ослободило би лекаре плаћања котизације.

Носиоци ових активности требало би да буду Одбори за примарну здравствену заштиту и Одбор за стручна питања и стручни надзор.

МЕЂУНАРОДНА САРАДЊА

Неопходно је наставити даље активности на међународној сарадњи у циљу развоја струке, боље професионалне организованости, јачања позиција у здравственом систему Србије и размене искустава. Приоритети у међународној сарадњи су:

- Јачање регионалне сарадње, поготова са лекарским коморама истог/сличног говорног подручја и идентичног историјског порекла,
- Јачање сарадње са лекарима из дијаспоре, и
- Учешће наших лекара на међународним састанцима уз рестриктивне мере (проценити оправданост и могућу/очекивану корист, на једној страни, према финансијским трошковима, на другој страни).

Активности у овој области треба да реализује Посебан одбор за међународну сарадњу ЛКС.

ИЗДАВАЧКА ДЕЛАТНОСТ

Лекарска комора Србије у циљу оснивања библиотеке властитих издања, афирмације струке и помоћи лекарима при издавању књига/ц-

беника/монографија треба да установи издавачку делатност. За почетак, две едиције би имале своје оправдање:

- Издавање стручних књига из свих области медицине – Editio princeps, и
- Издавање књига о лекарима: биографије, аутобиографије, литерарна дела, сећања, разговори, путописи...

Одбор за образовање преузео би обавезу да формира уређивачки одбор од познатих и признатих лекара, односно од лекара који имају завидно искуство у писању стручних књига и литерарних дела. Прва издања, реално је очекивати, крајем 2015. године.

DOMUS MEDICA

Нема даљег развоја Лекарске коморе Србије, ширења њене активности и окупљања лекара у њој, и око ње, уколико се не створи адекватан простор са пратећом опремом. Досадашња искуства са скученим простором су јасно указала да је то лимитирајући фактор за шире активности лекарства, уз значајан трошак за изнајмљивање простора. Због тога треба уложити напор и значајна финансијска средства да се пронађе и купи адекватан простор за свеукупне активности Лекарске коморе Србије. У том дому налазиле би службе ЛКС, као и просторије за различите садржаје и активности:

- Стручне службе са документацијом,
- Судови части,
- Редакција „Гласника”,
- Сале за професионалне и стручне састанке,
- Библиотека,
- Интернет,
- Клуб за окупљање и дружење лекара,
- Промоције књига,
- Округли столови, дебатни клубови о разним темама (медицинским, стручним, професионалним, етичким),
- Излагање радова публикованих у индексираним часописима,
- Културне манифестације.....

Треба успоставити контакт са Дирекцијом за имовину Републике Србије, и уколико она не располаже

адекватним простором, треба расписати јавни конкурс са прецизним условима.

Задатак треба да реализују: директор ЛКС, председник Регионалне лекарске коморе за Београд и извршни одбор РЛКБ, уз формирање посебне комисије за избор (јавну набавку).

СИСТЕМАТИЗАЦИЈА РАДНИХ МЕСТА У ЛКС

У садашњој економској кризи, уз очекивано смањење прилива средстава у касу ЛКС, треба размотрити пуну оправданост броја запослених у ЛКС (тренутно 44 запослених, са повременим ангажовањем појединаца), као и закуп простора у регионима са ангажовањем појединаца.

Предлажем да се из систематизације „бришу” места шефа кабинета и два саветника директора ЛКС. Предлажем, да се у систематизацију уведе место професионалног новинара са пуним радним временом. Поред припреме и писања текстова за „Гласник”, задаци би били и свакодневни контакт са другим писаним и електронским медијима, анализа текстова о лекарима и здравственом систему Србије, уређење и ажурирање сајта ЛКС, учествовање у писању саопштења и одговора ЛКС итд.

УМЕСТО ЗАКЉУЧАКА

У Плану и програму рада ЛКС изнети су само „главни правци” деловања. Остављам слободу и могућност посебним одборима ЛКС да мартирају и дефинишу додатне задатке из области свог деловања. Такође, треба рачунати да ће надоласеће време, са очекиваним и новонасталим проблемима, наметнути нове задатке и активности. Сви ти задаци биће лакше препознати и решени уколико се успостави квалитетна и искрена сарадња, пре свега, са Министарством здравља. Питање је за све актере: заиста шта желимо? Quod scripsi, scripsi.

У Београду,
1. децембар 2014.

АКТУЕЛНОСТИ У КОМОРИ >>>>>>>>>>>>



САОПШТЕЊЕ ЗА ЈАВНОСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Глас ȳроѡив смањења ȳлаѡа

Лекарска комора Србије као организација лекара чији је задатак да штити и заступа професионалне интересе својих чланова и чланица, противи се смањењу плата лекара. Лекари у Србији незадовољни положајем у друштву сматрају да би здравствена струка морала да

буде препозната као делатност од изузетног значаја за друштво и грађане.

Због тога, Лекарска комора Србије очекује потпуно другачији однос власти према иницијативама лекарског ефнафа.

17. новембар 2014.

САОПШТЕЊЕ ЗА ЈАВНОСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Повреда уїледа и часїи лекара

Поводом прилога у другом Дневнику РТС-а, 03. 12. 2014. године, о „индексу корупције у Србији“ праћеним само илустрацијом где испод лекарских слушалица стоји новац и дела белог мантила где нечија рука у џеп ставља новац, ЛКС се обраћа следећим саопштењем:

Овако тенденциозно упирање прстом само ка лекарима представља крајње увредљиву поруку за цео лекарски еснаф.

Сматрамо да је уредништво РТС-а крајње непрофесионално ставило на програм овакву илустрацију извештаја, те тражимо јавно извињење и најављујемо тужбу против уредништва РТС-а за повреду угледа и части лекара Србије

Управни одбор ЛКС
Председник
Др Милан Симић



ИНТЕРВЈУ – ДР МИЛАН СИМИЋ, ПРЕДСЕДНИК
УПРАВНОГ ОДБОРА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

КОМОРА ЋЕ ШТИТИТИ ИНТЕРЕСЕ ЛЕКАРСКЕ СТРУКЕ

**// ЛКС, НИ ОСАМ ГОДИНА ОД ОСНИВАЊА, НИЈЕ ОЗБИЉНО СХВАЋЕНА КАО ПАРТНЕР
МИНИСТАРСТВА ЗДРАВЉА И РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ //**

Пред новим руководством Лекарске коморе Србије су велики изазови, јер имамо обавезу да нас држава препозна и прихвати као сарадника, а чланство као неког ко говори у име 30.000 лекара Србије, ко их штити и заступа. Тек кад урадимо те две ствари моћи ћемо да кренемо даље, у сусрет Комори коју сви поштују и цене, у којој лекари виде своју другу кућу, а држава драгоценог партнера – каже, за Гласник ЛКС, др Милан Симић, председник Управног одбора Коморе.

Где је месио ЛКС данас, осам година од оснивања?

Да бих одговорио на ово питање мораћу да се вратим на сам почетак. Након вишедеценијског прекида у раду, сетом закона о здравству, лекари су добили Комору по систему „тражили сте комору – ево вам коморе“, али онаква каква одговара држави којој не треба партнер, а не чланству. Или, што би један колега рекао, добили смо „главу коморе“, која размишља и доноси одлуке и закључке, „органа“ који јој омогућавају да живи, али нису нам дали „руке и ноге“ да можемо да се крећемо и радимо у корист лекара. У тој ситуацији, претходно руководство се у првом мандату окренуло себи и бавило се стварањем органа Коморе и повереним пословима,



стављајући остале послове регулисане статутом у други план.

У току протеклих осам година, Лекарска комора и даље није могла да промени ништа у погледу било ког правилника, а камоли закона који регулишу професију лекара, није имала пред ким да заступа, нити где да штити интересе лекара. Нико у држави није налазио за сходно да одговори на обичан допис Комори, а камоли да је пита за мишљење и став, о укључивању у припрему неког прописа да и не говоримо. Зато је Комора, осам година након оснивања, близу, али не колико треба, свог чланства које је препознаје и тражи од ње помоћ и заштиту, а неопростиво далеко од

државе и њених органа који је у њој виде само претњу, а не партнера, па је гурају од себе.

Да ли је Комора довољно озбиљно схваћена као партнер у здравственом систему Србије, поред Министарства здравља, РФЗО, СЛД, Здравственог савета?

Комора не само да није озбиљно схваћена као партнер који је основан законом, између осталог, ради организованог учешћа у унапређењу здравствене заштите, него јој није дозвољено ни да буде партнер Министарства здравља, нити РФЗО.

Знајан број лекара у Србији није задовољан оним што је еснафска организација до сада чинила за њих. Шта је довело до таквог става и како се може променити?

Незадовољство је разумљиво јер Лекарској комори у претходном периоду није, једноставно, било дозвољено да било шта учини за лекаре, који нису обавештени да Комора покушава да укаже на проблеме и тражи да се они реше, па су схватили да Комора ништа не ради, а њима је све горе. Такође је Комора у претходном периоду мало користила медије и средства комуникације која су јој на располагању да успостави комуникацију са чланством и јавношћу и обавести их о својим ставовима и



си правила о КМЕ. Чак би свака од комора здравствених радника требало да буде у могућности да посебним правилником регулише специфичности КМЕ свог чланства. Ако Министарство не препозна у Комори партнера коме може, осим издавања лиценци, препустити и саморегулисање професије, између осталог, преко Правилника о КМЕ, ново руководство мора инициирати да Министарство одмах приступи измени правила по којима се обавља КМЕ. Ургентност је утолико већа што ће се релиценцирање лекара десити већ 2016. године. Ново руководство се нада да је свима у Србији, у којој је већ евидентан недостатак лекара, стало да лекари буду релиценцирани. Први „тест“ ће свакако бити релиценцирање медицинских сестара у 2015. години и Лекарска комора се нада да ће се нешто променити пре него што се здравство и његов естаблишмент суоче са последицама лоших законских и правних решења, која ће бити катастрофална без одговарајућих промена.

Било како било, ново руководство је свесно да лекари од Коморе очекују помоћ у решавању проблема који се дешавају у КМЕ, који почињу са обавезом лекара да се континуирано едукују, а да не постоји обавеза никога да квантитативно и квалитативно едукује. Зато ће руководство у наредном периоду, у оквиру постојећих средстава и правних могућности, учинити све да у материјалном и организационом смислу помогне свом чланству да у што већој мери испуни своје обавезе у вези са КМЕ.

Да ли ће и када бити могуће да лекари доживљавају Комору као „своју кућу“?

Оног тренутка када Лекарска комора буде добила своје место и улогу у здравственом систему која заслужује и које јој припада, када постаје партнер у решавању проблема и креирању здравствених политика, када јој буде омогућено да заступа и штити професионалне интересе лекара и када због свега тога лекарима буде боље у професионалном раду, а све се те активности доведу до бољег живота лекарског еснафа, Комора постаје нешто без чега лекарска професија – не може.

Јасмина Томашевић

ИСТРАЖИВАЊЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ HEALTHGOUPEP

МИГРАЦИЈЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СА БАЛКАНА

Професионални развој и потреба за већим приходима су главни покретачи растућег тренда миграције здравствених радника који је у последњих неколико година присутан у земљама Западног Балкана. Ово су прелиминарни резултати регионалног истраживања које међународна истраживачка организација Хелтгруппер (Healthgroup) спроводи у Македонији, Србији и Албанији кроз Регионални програм за унапређење истраживања на Западном Балкану. Истраживање се спроводи у сарадњи са Фрај-

а нарочито у здравственом. После деценија нестабилности, у Србији и даље преовлађују економски аспекти миграција. Тренутна ситуација, отежана светском економском кризом, значајно утиче на миграционе токове у Србији која је суочена са одласком нових високообразованих експерата и квалификованих радника, углавном у земље ЕУ. Србију карактерише превелика продукција здравственог кадра, како средњег тако и високообразованог, настала као последица неадекватне уписне политике у средњим школама и факултетима. Ова појава последишно

>>> Уколико се ради о иререверзибилним – неповратним миграцијама, нарочито уколико су у питању специјалисти са вишегодишњим искуством, то може бити проблем за цео здравствени систем у Србији. Али ако је миграција здравственог особља реверзибилна, односно након које се по повратку новостечене вештине и знања примењују у матичној земљи, то је од велике користи не само за здравствени систем, него и за целокупно друштво <<<

буршким Универзитетом у Швајцарској и Брауновом школом јавног здравља из Израела.

Одлив радне снаге земаља кандидата за чланство у ЕУ је идентификован као један од главних разлога за кашњење у изградњи капацитета у већини ових земаља и у њиховој способности да се прилагоде стандардима ЕУ у свим секторима,

генерише високу стопу незапослености младих. Овакав тренд, који се назива и „траћење мозга“ („brain waste“), представља неповратни губитак новца уложеног у развој људских ресурса.

– Миграција здравственог кадра представља један од актуелних проблема у свим земљама које су укључене у истраживање и у који-



у иностранство у односу на старије. Као главне разлоге за потенцијалну миграцију они наводе веће могућности за професионални развој и боље приходе у иностранству. У овој групи лекара су поред економских присутни и политички разлози као мотив за напуштање земље. Наиме, током дискусија у оквиру фокус група млади лекари у Србији, Македонији и Албанији су истакли директну повезаност запошљавања са политичким везама. Утицај политике у области запошљавања и развоја каријере су подједнако заступљени као фактори који несумњиво доприносе одливу разочараних кадрова из ових земаља.

С друге стране, код старијих лекара са дугогодишњим искуством, поред заједничких економских и социјалних разлога, додатни проблем који утиче на њихово задовољство послом је однос пацијената. Конкретно, у готово свим земљама истраживања, лекари се осећају подређено у односу на пацијенте. Често су изложени претњама, вербалним и физичким нападима, притиском и уценама, и не осећају се безбедно. Оваква ситуација међу старијим лекарима отвара могућност за размишљање да емигрирају јер верују да је однос између лекара и пацијената потпуно другачији у западним и развијеним земљама.

Конечно, оно што је веома забрињавајуће и присутно у свим земљама је чињеница да већина лекара не препоручује бављење медицинском млађим генерацијама.

Миграција здравственог особља је као појава регистрована одавно, али за разлику од пре сада је заинтересованост за професионалну мобилност, као и за развој и планирање каријере у иностранству присутна већ код студената медицине. По правилу се жеља за миграцијом која се јавља и присутна је током студија спроводи након њиховог завршетка. Динамичан начин живота, економски услови, могућности за професионални развој, промена демографске слике у развијеним земљама, као и продукција здравственог кадра без сагледавања реалних потреба само су неки од разлога који доприносе да се повећа одлив здравствених радника из наших у западне високо развијене земље.

Појава миграције показује тренд раста у последњих неколико година, јер су се значајно повећале шансе за

успешну интеграцију потенцијалних кандидата миграната у развијеним земљама. У том смислу, стиче се утисак да неке развијене земље имају пажљиво и „у тишини“ планиране званичне политике и механизме који имају за циљ да интегришу високо стручне кадрове, како би надокнадиле недостатак сопствених кадрова у области здравства. Земље примаоци активни су учесници

у оне земље које се суочавају са хроничним недостатком здравственог кадра. Међутим, чини се да је утицај овог документа и даље веома мали и недовољно значајан у контексту миграција здравствених радника из региона.

Методологија Истраживања се заснива на квалитативним и квантитативним техникама. Поред интервјуа са креаторима политике,

АНКЕТА

Обавештавамо вас да се у Србији тренутно спроводи прво регионално истраживање које анализира разлоге миграција здравствених радника из земаља Западног Балкана, укључујући и Србију. Ово истраживање је намењено докторима који раде у земљи и иностранству.

Позивамо вас да поделите ваше ставове у вези миграција учешћем у анкети која је анонимна и траје седам минута.

Истраживање спроводи организација Healthgrouper у сарадњи са Fribourg Универзитетом у Швајцарској и Хебрејским Универзитетом у Израелу. Резултати истраживања ће бити објављени у научним часописима, путем електронских медија и у штампи.

Прикључите се, нека се чује и ваш глас!

Више информација о истраживању можете наћи на <http://healthgrouper.com/sr/page/Migration-of-health-workforce-Balkan-2014>

ци у целом механизму, док су земље које производе здравствени кадар подржавајући фактор.

Миграција се увек своди на следеће: најквалитетнији су свуда тражени, они испуњавају своје жеље, а њихова матица остаје празна и запустела. Чим нема улагања све се полако урушава и нестаје. Бојим се да ће Србија у наредним деценијама имати све лошију здравствену заштиту грађана. – износи своје стрепње лекар из Србије.

Тренд преузимања и регрутовања здравствених радника из мање развијених у развијене земље је већ дуго времена присутан у свету, што се посебно одразило на земље Африке и Централне Америке. Појава одлива здравствених радника из земаља у развоју у развијене земље представља предмет интересовања Светске здравствене организације (СЗО). У 2010. на Генералној скупштини СЗО у Женеви, државе чланице су усвојиле Глобални етички кодекс за регрутовање здравствених радника како би се осигурало да сви актери укључени у овај процес делују у складу са етичким принципима и проблемима које он може изазвати. Ово се посебно од-

доносиоцима одлука, кључним заинтересованим странама и дискусијама у оквиру фокус група лекара и медицинских сестара, у Истраживању је кључна квантитативна компонента која ће бити спроведена он-лајн истраживањем међу здравственим радницима са циљем да се утврде главни фактори притиска за напуштање наше земље („push factor“), односно фактори привлачења наших здравствених радника у друге земље („pull factor“). Предвиђено је да на специфично дизајниран упитник одговоре лекари и медицинске сестре.

Од изузетног значаја је да се у истраживање о миграцијама здравственог кадра у Србији укључи што већи број лекара и медицинских сестара и техничара, како оних који су запослени у здравственом систему Србије, тако и они који су због посла напустили матичну земљу.

Координатор пројекта и главни истраживач
Владимир Лазаревић
Главни истраживач – контакт особа за Србију
Др Маја Крстић
mkrse@healthgrouper.com



морају признати кроз Правилник о специјализацијама и ужим специјализацијама здравствених радника и здравствених сарадника и кроз коефицијенте.

13. Да се упуту допис РФЗО у којим ће се тражити измена садржаја и обима превентивних мера у области примарне здравствене заштите

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

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

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

17. Покренути иницијативу којом би се Фонд за здравствено осигурање обавезао да регулише статус осигураника;

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

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

20. Сарадња са представницима струковних удружења, струковних и гранских синдиката који окупљају лекаре;

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

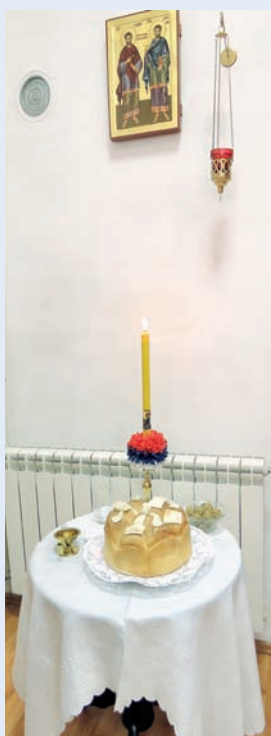
22. Залагање за поштовање норматива и стандарда за рад изабраних и других лекара на примарном нивоу здравствене заштите

23. Праћење и унапређење катедре опште медицине на медицинском факултету.

Др Сергеј Ив. Лазаров

У РЛК БЕОГРАДА

Обележена еснафска слава – Свети Врачи



У скромној и достојанственој атмосфери у просторијама Регионалне лекарске коморе Београда обележена је 14. новембра лекарска слава – Свети Врачи Козма и Дамјан, који се у народу поштују као заштитници лекарске професије. Сечењу славског колача у Комори присуствовало је више десетина гостију, међу којима су били представници СПЦ, регионалних лекарских комора, пријатељи и сарадници.

Свети Врачи су, према предању, помагали су и лечили не тражећи „заузврат ништа ради добитка и богаћења, већ Бога ради“, због чега су остали упамћени као свети бесребреници. Козма и Дамјан били су рођена браћа, родом из Азије, крштени као деца и васпитавани у хришћанском духу. Лечили су људе и животиње „од сваке болести“, најчешће полагањем руку. За свој труд нису тражили награде, само су захтевали од болесника да верује у Христа. Велико имање које су наследили поделили су сиромасима.

Свети Врачи славе се два пута годишње – 14. јула, када је умро Козма, и 14. новембра на дан Дамјанове смрти. Празник Светих Врача обележен је у храмовима СПЦ и бројним здравственим установама.

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ >>>>>>>>>>>>>>>

ИНТЕРВЈУ – ПРОФ. ДР БЕРИСЛАВ ВЕКИЋ, ДРЖАВНИ СЕКРЕТАР
У МИНИСТАРСТВУ ЗДРАВЉА СРБИЈЕ

ПЛАТНИ РАЗРЕДИ РАЗГРАНИЧИЋЕ РАД ОД НЕРАДА

// ИАКО ТЕ РАЗЛИКЕ НЕЋЕ БИТИ ПРЕТЕРАНО ВЕЛИКЕ, КРОЗ ПЛАТНЕ РАЗРЕДЕ ЉУДИ КОЈИ ВИШЕ И БОЉЕ РАДЕ, БИЋЕ ЗА ТО АДЕКВАТНИЈЕ НАГРАЂЕНИ

// КАД БУДЕ ЗАВРШЕНО ИТ УМРЕЖАВАЊЕ, ХРОНИЧНИ БОЛЕСНИЦИ НЕЋЕ ИЋИ У ДОМ ЗДРАВЉА ПО РЕЦЕПТ. НЕГО ДИРЕКТНО ПО ЛЕКОВЕ У АПОТЕКУ

// УКЉУЧИВАЊЕ ПРИВАТНОГ СЕКТОРА У СИСТЕМ ЗДРАВСТВА – НЕМИНОВНОСТ //

Наследили смо изузетно велики број проблема, али смо за релативно кратко време, а то је овај интервал од седам месеци, успели доста тога да покренемо, а нешто од тога и да урадимо. Осврнућу се на чињеницу да смо ми, у последње две године заузимали последње, 35. место на European Health Consumer Index листи. Делили смо неславно последње место са Румунијом, Бугарском, Пољском и Летонијом са 451 бодом. У истом рангирању здравствених система прво место имала је Холандија са 870 индекса бодова. Шта је разлог томе, не бих улазио у поновну анализу, доста је било разговора на ту тему, али бих нагласио да је господин Арне Бјорнберг, власник Health Consumer Paucet House која ради листу, боравио већ четири-пет пута у Србији, био гост Министарства здравља, и заједно смо анализирали недостатке и правили приоритете у решавању одређених здравствених сегмената унутар здравствене заштите грађана Србије. Врло брзо ћемо уверити нашу јавност да смо, са покренутим питањима и идејним решењима, направили озбиљан искорак у превазилажењу нагомиланих проблема са којима се суочава Мини-



Проф. д-р БЕРИСЛАВ ВЕКИЋ

старство здравља у Србији – каже, у разговору за Гласник Лекарске коморе Србије, проф. др Берислав Векић, државни секретар у Министарству здравља Србије.

Најчешће се ојравдање налази у новцу, будући да је Србија, према издвајањима за здравство по глави становника, при дну лествице

евројских држава. Ипак, новац није једини проблем?

Ради поправке стања у здравству знамо да је неопходан новац. Без новца се не може спровести озбиљна реформа у здравству. Међутим, пратећи тешку економску ситуацију у нашој земљи, ми смо „тежиште приче“ окренули ка програму раци-



онализације. Подсетићу да наша земља одваја 220-230 евра по глави становника за здравствену заштиту. То је мала сума, недовољна за задовољење основних здравствених потреба сваког становника Републике Србије. Знамо колико кошта једна операција, пост-оперативна терапија, ендоскопска интервентна процедура или, ако се ради о онколошком болеснику коме је потребна и хемиотерапија, радиотерапија, допунске софистициране дијагностичке процедуре као што је ПЕТ/скен, нуклеарна магнетна резонанца. Ипак, на принципу солидарности унутар нашег здравственог система, успевамо да покријемо све те потребе грађана Србије.

Смањена је стопа доприноса за здравство, њих су умањене 10 одсто, а од средине 2015. као и у другим деловима „јавне управе“ увводе се њихови разреди. Колико ће се све то неопходно огразити на положај лекарске струке, али и свих запослених у здравству?

Важно је истаћи да ће, укидањем солидарног пореза, будуће обрачунавање бити далеко повољније за лекаре. Јер, кроз солидарни порез из бруто масе узимано је десет одсто, а сада је само основица умањена за десет одсто. Десет одсто се не обрачунава за дежурства, рад по позиву, приправност итд, већ се искључиво на базичну плату узима десет одсто. То значи да ће плата, у односу на плату која је подразумевала солидарни порез, бити са мање одбитака у наступајућем временском периоду.

Од средине наредне године најављено је увођење њихових разреда. Има ли места бојазни да би неки здравствени посленици тиме могли да буду „оштраћени“ у односу на коефицијенте?

У преговорима са четири репрезентативна синдиката, по питању платних група усагласили смо ставове у 95 одсто свих питања. Уколико Влада одобри предлог који смо дефинисали заједно са синдикатима, неће бити смањене плате, нити место и улога лекара у друштву. Штавише, хтели смо да сви људи који имају завршене одговарајуће школе буду адекватно награђени. Желимо да направимо јасну

разлику између лекара који су тек завршили, специјалиста, субспецијалиста, као и лекара који раде софистициране технике, као што су: трансплантациона хирургија, интервентна кардиологија, неурохирургија, психијатрија у специјалним психијатријским установама итд. Такође, по питању средњег медицинског кадра јасно су разврстане сестре које су завршиле средњу, вишу и високу медицинску школу, као и све струковне школе са боловском класификацијом од 180 до 330 бодова.

Платни разреди имаће један прелазни период. Не желимо никога да доведемо на нижи платни разред, већ ће се задржати на позицији у којој се сада налази и временом ће морати да потврђује и доказује да му припада тај платни разред.

>>> Желимо да направимо јасну разлику између лекара који су тек завршили, специјалиста, субспецијалиста, као и лекара који раде софистициране технике, као што су: трансплантациона хирургија, интервентна кардиологија, неурохирургија, психијатрија у специјалним психијатријским установама и друге <<<

Платни разреди унутар платних група ће нам омогућити да разграничимо рад од нерада. Иако те разлике неће бити претерано велике, кроз платне разреде људи који више и боље раде, биће за то адекватније награђени и оствариће бољи напредак у каријери. Платни разреди биће уведени када се заврши реформа државне управе. Сада радимо пројекат преко Европске уније која нам помаже да, сагледавањем пет земаља ЕУ, реформишемо државну управу. Свака реформа државне управе подразумева и одређене подсементне међу којима је и здравство.

Велики број младих незапослених докључа одлази у друге земље у потрагу за послом. Како променили су слику?

Са формирањем нове Владе, забрањено је запошљавање у државном сектору. Забрана ће важити до краја 2015, што ће нам омогућити да споведемо и одређену рационализацију, али и адекватно сагледавање стања у здравственом систему. Лоша дистрибуција лекара управо се показала кроз неколико приме-

ра, као што је Мајданпек, као што је Врбас, и неки други градови где имамо дефицит одређених специјалности, а, штавише, и превелик број истих специјалности у неким деловима Србије.

Тренутно на евиденцији Службе за запошљавање око 2.400 лекара, а до краја децембра путем конкурса биће запослено 676 нових здравствених радника, од тога 333 средњег и вишег медицинског кадра и 343 лекара. Пре пар месеци имали смо 512 новозапослених у здравству што, заједно са ових 676 које је одобрила владина комисија за нова запослења, указује да смо отворили више од хиљаду нових радних места за здравствене раднике. Чињеница је да смо имали и одређени природни одлив лекара у пензију. Сада желимо да, кадровским пла-

ном за 2015. годину, јасно дефинишемо стратегију за сваку појединачну установу, од дома здравља до врхунских терцијарних установа.

Какав је став Министарства здравља када је у питању хијерархија лекара, с једне, и дуодисциплина лоша политика специјализација с друге стране?

Подсетићу да је 67 одсто лекара у Србији у старосној доби између 55 и 65 година. То нам је аларм, а уједно указује да се раније није много водило рачуна о подмлађивању кадра у српском здравству. Менаџмент сваке здравствене установе мораће да води рачуна управо о подмлађивању сваке гране, а не да дођемо у ситуацију да се одобравају специјализације за области у којима већ имамо довољан број специјалиста, а не одобравају из области где се јасно може уочити дефицит тог кадра, односно тих специјализација. Министарство здравља ће поштрићи контролу рада самог менаџмента здравствених установа.

Одобравањем волонтерских специјализација желели смо да пове-



лекара опште праксе, „извући“ ћемо из примарне здравствене заштите, тако да ће лекари опште праксе имати више времена имати да посвете оној групацији од 20 до 30 одсто који истински имају проблема, а нису у ситуацији да их лекар опште медицине адекватно прегледа због лимита времена. Желимо да се доминантни дијагностички прегледи код тих болесника ураде у примарној здравственој заштити, а тек пошто су припремљени и дијагностиковани да се шаљу на секундарни и терцијарни ниво. Другим речима, само оно што не може да се уради у дому здравља треба да буде пребачено на секундарни ниво. На тај начин, добићемо квалитетнији преглед и олакшати рад лекара на секундарном нивоу, који су такође оптерећени, будући да велики број пацијената сада иде директно на секундарни ниво, без јављања лекару у примарној заштити, и ми, практично, губимо нит пута лечења таквих пацијената.

Евиденцијан је и мањак ђегијатара у примарној заштити?

Свесни смо неадекватне распоредности педијатара у здравственој мрежи, јер има делова где је политика здравствених установа била лоша и није се водило рачуна о обнављању и подмлађивању кадра, а, парадоксално, има установа које имају вишак педијатара. Ми спроводимо рационализацију кадра и јасан попис лекара. Нисмо имали добро ажурирану евиденцију о запошљавању здравствених радника, јер, подаци које смо добили од установа и они којима располаже Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ – једноставно се не поклапају. Што се тиче педијатрије, она је једна од 15 дефицитарних грана медицине у којима су омогућене и волонтерске специјализације у наредном периоду.

Када ће почети примена ѓлаћања по DRG методи у установама секундарној и терцијарној нивоа?

Уколико говоримо о плаћању по DRG, ми управо радимо на томе, јер да бисмо имплементирали DRG метод у установама секундарног и терцијарног нивоа потребно је створити одговарајуће предуслове. DRG јасно дефинисано – дефинисано да

ће свака сродна дијагностичка, односно терапијска група бити са одговарајућом ценом, и на тај начин ће се и бодовати рад људи у установама секундарног и терцијарног нивоа, а самим тим и плаћати из Републичког фонда за здравствену заштиту.

Најављено је и укључивање приватној сектора у здравствени систем Србије. Да ли је то могуће без претходне реформе здравствене осигурања?

То је могуће извести. Реформа здравственог осигурања и реформа здравствене заштите могу да иду паралелним путем. Ради се на увођењу допунског здравственог осигурања и приватног здравственог осигурања. Увођење приватног здравства у систем је – неминовност. Самим тим направићемо већу конкуренцију, али квалитетну конкуренцију. Они који буду конкурисали за потписивање уговора са Фондом, односно укључени у здравствени систем Републике Србије, мораће да испуне стриктне услове које ће прописати Министарство здравља. Неће моћи сви да буду укључени у здравствени систем, него само они који буду испуњавали строге услове. Тиме ће се смањити прилив пацијената ка болницама и домовима здравља, а преко здравствене књижице, исте услуге које би грађани направили у домовима здравља и болницама, биће им прокњижене са истом ценом и код тог приватника који је потписник уговора са РФЗО, односно Министарством здравља. На тај начин ћемо смањити гужве, подићи конкуренцију унутар здравственог система. Што је још важније, то је једно од решења ка смањењу листи чекања које су биле једно од горућих питања у здравственом систему Србије.

Према најави министра Лончара, прво ће у здравствени систем бити укључени педијатри и гинеколози из приватног сектора, како бисмо подigli квалитет услуге примарне здравствене заштите. После тога вероватно ће бити укључене приватне установе које се баве дијагностиком – да бисмо смањили листе чекања за дијагностичке процедуре, као што су, на пример, магнетна резонанца и скенер, на којима такође имамо поприличне листе чекања.

Током протеклих месеци листе чекања почели смо да смањујемо. До краја године Министарство здравља изаћи ће са подацима, а наш план је да се до тада смањи бар 15 одсто листе, односно број пацијената који чекају операцију катаракте, кука и колена, дијагностичке процедуре као што су магнетна резонанца и скенер, интервентне процедуре из кардиологије и операције на отвореном срцу.

Који ће бити приоритетни здравствене политике у 2015?

Доминантан циљ биће ИТ умрежавање здравственог система. Жеља нам је да до краја 2015. буде умрежено свих 158 домова здравља, секундарних и терцијарних установа, апотека и РФЗО као „капе система“, тако да ћемо моћи тачно да контролишемо рад сваке установе и сваког лекара, као и потрошњу. Јер, без ИТ повезивања у здравственом систему не можемо да контролишемо потрошњу како лекова, тако и санитарског потрошног материјала. Настављамо са реформом здравственог система. Припремамо и одређене измене и реформу примарне здравствене заштите. Радимо на листама чекања, као једном од главних коруптивних елемената у здравственом систему. Настављамо да радимо на елиминацији корупције у здравству, из више правца. Другим речима: нулта толеранција за корупцију у здравству.

Почетком 2015. очекујемо монтирање првог гама-ножа у Србији. Завршене су све предрадње да Београд, односно Институт за неурохирургију Клиничког центра Србије, добије гама-нож. Тако да наши пацијенти неће више одлазити у Истанбул на лечење. Преко кредита Светске банке набавићемо пет линеарних акцелератора, тако да ће аутоматски бити смањене и листе онколошких пацијената који чекају зрачну терапију. Осим Београда, нове апарате за зрачење добиће и Нови Сад, Кладово, Ниш и Крагујевац. Радимо на изменама правилника, подзаконских аката и неких законских процедура око трансплантационог програма, а чекају нас и активности око Фонда за лечење ретких болести. Све то представља „домаћи задатак“ Министарства здравља за 2015. годину.

Јасмина Томашевић



ни школовања, да не говорим о сложености и одговорности. Није исто ако вам библиотекар да погрешну књигу или лекар погрешну дијагнозу. Према речима министарке Кори Удовички, то неће бити примењено пре половине 2015, а у наредне три године треба да крене пуна примена. Постојаће неки прелазни период за усаглашавање. До сада смо у разговорима са представницима Министарства здравља и Министарства државне управе и локалне самоуправе, за поједине запослене предвидели смо вишу платну групу – за лекаре то су друга, трећа и четврта, а за медицинске сестре шеста, седма и осма, у зависности од посла који раде и школске спреме коју имају. Тако ће медицинске сестре које имају одговарајуће образовање са istim бројем ЕСПБ поена и адекватно радно место имати исти платни разред као економиста и правник.

Да ли се довољно консултује струка – синдикали, ЛКС, СЛД... – кад се доносе реулајторни пројекти за здравство?

Не. Мислим да се струка недовољно консултује. Кад говоримо о платним разредима, они су дали нормативе, смернице према којима треба радити. Неке групе подигли смо за степен или два више у односу на почетни предлог. Разврстали смо, у начелу, неких десетак врста делатности. Треба урадити каталог радних места у здравству, па свако занимање из каталога предвидети у одређену платну групу. Након тога, Министарство финансија треба да коефицијенте из Уредбе „преведе“ у платне групе, да се види каква би био тај однос и колико пара треба за ту примену. Нажалост, не зна се распон најниже и највише плате по платним групама. Нема ни финансијске конструкције. Тешко је говорити о томе да ће платне групе донети бољитак.

Синдикат просвете залаже се за платне групе, док смо ми из здравства скептични, јер мислимо да неће реално сагледати рад лекара и других запослених у здравству. Можда ће неком бити боље. За нас у здравству бојим се да платни разреди неће донети никакав бољитак. У Словенији је распон један према 11, али већ има захтева за укидање платних разреда, јер се то ни-

је показало као добар модел. Страх ме је да се не деси као са капитацијом. Капитација је уведена зато што је за то неко добио новац да тај пројекат примени и код нас. Да се не ради поново о томе да је неко узео новац за пилот пројекат платних разреда и да то сад мора да се оправда, без обзира што иде на штету запослених?

Годинама се говори о основном пакету здравствених услуга, али још није дефинисан.

Нама сигурно предстоји једна добра реформа здравственог осигурања, која би можда донела бољитак. Друго, избегава се да се дефинише основни пакет здравствених услуга које се обезбеђују на терет

послодавца. Наравно, то неће захтевати издвајање нових средстава. Превентивни одмори могу да се финансирају из постојеће масе којом се обезбеђује осигурање запослених. То ће бити враћање на оно што смо имали раније, али не и у важећем колективном уговору. Сва друга права мислим да ћемо успети да сачувамо. Што се тиче права на додатке за недељни рад, пековремени рад – она остају у складу са законом.

Какав је ваш став о најављеном укључивању приватног сектора у систем здравства?

Немам ништа против приватног здравства. Али, шта је циљ сваког приватника у здравству? Његов циљ није, као у државном здравству, за-

>>> Синдикат запослених у здравству и социјалној заштити не подржава владине мере и сматра да оне неће ништа допринети запосленима у здравству и грађанима. Мере владе Србије практично се свode на смањење броја запослених у јавном сектору и на смањење плата и пензија <<<

здравственог осигурања. Здравство је „беплатно“, а грађани знају колико, заправо, кошта кад оду код лекара, па онда поједине ствари мора да плате. Зар није поштеније да се каже за околико издвајања имате околико услуга, остало ћете морати да платите.

Последњих дана имаће интенивизације са Министарством здравља. Како бисте их оценили?

Преговори иду задовољавајућим током, мада не увек онако како бисмо желели. Представници Министарства здравља су врло коректни, разумеју проблематику и исказују висок степен разумевања наших захтева. Текст колективног уговора требало би да буде завршен до краја 2014. Састанцима су присуствовали, осим из ресорног Министарства здравља, и представници министарства за рад, државну управу, финансије. „Прешли“ смо већи део постојећег текста колективног уговора и усагласили се о већини питања. Оно што је новина, мислим да ћемо успети да, на иницијативу нашег синдиката, вратимо право запослених на коришћење превентивних рекреативних одмора о трошку

здравља становништва, него профит. Ако оствари суфицит, он то неће вратити у систем да побољша здравствену заштиту, већ је то његова зарада.

Плате у здравству обезбеђују се из доприноса за здравствено осигурање, а не из буџета. Ако би се обезбедила боља наплата доприноса у складу са законом, ефекти би били већи од уштеда у буџету. Здравство се сврстава у индиректне буџетске кориснике, иако се здравство не финансира из буџета, само 3,5 одсто потребних средстава иде из буџета за лечење неосигураних категорија, а све остало из обавезног доприноса за здравствено осигурање. Нема никаквог оправдања да нас сврставају у буџетске кориснике.

Али, све мере које Влада донесе за буџетске кориснике важе и за здравство.

То јесте велики проблем: третман буџетских корисника. Закон о платама, о јавним службама, знатно је неповољнији од Закона о раду. Закон о раду даје могућност да се колективним уговором утврде већа права у погледу примања. Рецимо, за запослене у јавним предузећима



ти затечена права. Захтевамо да се овај најважнији документ за сваког појединца запосленог у овим службама, у коме су разрађена сва права и одговорности запослених на радном месту потпише како би се наставио континуитет важења права и одговорности у здравственој делатности.

Према досадашњим преговорима постоји могућност потписивања ПКУ већ следеће недеље, а који би био усаглашен са Законом о раду и без значајнијих измена. Питање плата, и увођењу платних група и разреда према ГС ЗСЗ Независност може имати не-

гативне стране, јер ће се радити на основу оцењивања запослених које може произвести субјективност надређених и незадовољство запослених, док дугорочно предвиђање раста плата зависи од економске моћи државе.

Наш захтев по овом питању је да постојеће плате морају бити основ за израду платних група и разреда и да такав тарифни део буде саставни део ПКУ, како бисмо касније могли, кроз социјални дијалог, да уговоримо плате, јер не сме се десити да Влада сама одлучује о платама. //

СИНДИКАТ ЛЕКАРА И ФАРМАЦЕУТА СРБИЈЕ

Плаћени разреди без јавних предузећа – неприхватљиви

Др Драган Цветић,
председник СЛФС
Спец. анестезије и
реаниматологије

Поред хроничних проблема који трају годинама па и деценијама, три су тренутно горућа са којима се среће лекарство односно здравство Србије. То су: умањење плата, припрема платних група у јавном сектору и преговарање о новом Посебном колективном уговору (ПКУ) за здравство.

Умањење плата за лекаре специјалисте, нажалост, није ништа ново. Нама су плате умањене још од 1. јануара 2014, такозваним солидарним порезом. Сада је ово ново умањење је проширено на све запослене у здравству, односно јавном сектору, и веће је него досадашње! СЛФС је за изузимање здравства из тих мера из више разлога. Здравство се не финансира из буџета, већ из средстава Републичког фонда за здравствено осигурање. Здравство се јасно разликује од јавних предузећа, а поготову од државне управе и локалне самоуправе и других припадника јавног сектора. Ниво и трајање школовања, дужина специјализација, континуирана едукација, сложеност посла и одговорност, чине здравство делатношћу од посебног друштвеног значаја. А, наше



плате и онакве какве су биле, су међу најнижим у Европи! Ова мера, у комбинацији са мером забране новог запошљавања, полако, али сигурно своди број лекара и сестара на ниво недовољан за функционисање здравственог система у Србији.

Идеја платних група у јавном сектору на којима се интензивно ради, а СЛФС је један од активних учесника у преговорима, генерално јесте прихватљива. Да се слични или исти послови у разним областима изнивишу, што значи да би били исто или слично и плаћени. Међутим, прављење платних група и разреда без јавних предузећа и агенција обесмишљава целу иде-

ју. И СЛФС је оштро против тога. Јавна предузећа, од којих су многа велики губитници иако монополисти, остварују профит у интересу друштва, а не у свом личном интересу. Уколико би она била изузета, онда бисмо и даље имали административне службенике у „јаком предузећу“ са платом лекара специјалисте и слично. Други велики проблем су лимитирана средства за плате у јавном сектору што доводи у питање реализацију целог пројекта, чак и ако га на папиру поставимо на прихватљиве основе.

Постојећи Посебан колективни уговор за здравство важи до 31. децембра 2014. године. Водимо интензивне преговоре око новог ПКУ. Од стране надлежних министарства је предочено да неће минимизирати никакву проширења у области материјалних односно новчаних права. Став синдиката је да све учинимо да не дође до смањивања права која већ имамо по старом ПКУ. То је начин да заштитимо колико је могуће наше интересе и права која су сужена новим Законом о раду.

Времена су тешка и лекари би требало да схвате да само организовани, преко својих лекарских организација и са јасном свешћу о припадности еснафу, имамо могућност да заштитимо своје интересе. Права и позиције се освајају и за то се често треба изборити. Нико нам ништа неће поклонити! //



РАДМИЛА УГРИЦА, ДИРЕКТОРКА КОМОРЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ЗДРАВСТВЕНИХ ТЕХНИЧАРА СРБИЈЕ (КМСЗТС)

У СУСРЕТ РЕЛИЦЕНЦИРАЊУ

// У 2015, ОД УКУПНО 92.000 ЧЛАНОВА КМСЗТС, ОЧЕКУЈЕ СЕ ДА У ПРОЦЕС РЕЛИЦЕНЦИРАЊА УЋЕ ГОТОВО 18.000 МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ЗДРАВСТВЕНИХ ТЕХНИЧАРА // ЗБОГ БРОЈНОСТИ ЧЛАНСТВА, ДОБАР ИНФОРМАТИЧКИ СИСТЕМ ЈЕ ИМПЕРАТИВ //

Комора медицинских сестара и здравствених техничара Србије има око 92.000 чланова уписаних у Именик, а у 2015. очекујемо да у процес релиценцирања уђе 17.924 колегица и колега свих осам профила – каже, у разговору за Гласник ЛКС, Радмила Угрица, директорка најбројније коморе здравствених радника у нашој земљи.

Она подсећа да је, свих пет комора – биохемичара, лекара, фармацеута, стоматолога и медицинских сестара и здравствених техничара – упутило Министарству здравља предлог Правилника о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника. При изради овог предлога водило се рачуна да тај документ буде у складу са Законом и Статутом коморе. Одговор Министарства се чека.

У процес релиценцирања прва ће ући Комора биохемичара, а КМСЗТС већ од априла 2015. очекује прве захтеве за обнову лиценце, пре свега од чланова из две највеће здравствене установе из Београда – Клиничког центра Србије и Војномедицинске академије.

– Први пут од оснивања Коморе почињемо релиценцирање чланства, тако да и ми имамо велику трему. Због бројности чланства, акценат ћемо ставити на информациони систем како бисмо базу података довели до савршенства. Према Правилнику, ли-



Радмила Угрица

ценца се издаје на седам година, а сваки члан Коморе мора да поднесе захтев за релиценцирање најмање 60 дана пре истека лиценце. Пре тога, мора да сакупи 168 бодова из континуиране едукације. Сва упутства и детаљнија објашњења у најскоријем року чланови ће моћи да пронађу на нашем сајту www.kmszts.org.rs – истиче Радмила Угрица.

Негосћајући богови

Велики проблем представља недовољан број прикупљених бодова код једног броја чланова коморе.

– У зависности од броја бодова, они који не сакупе потребне бодове, мораће да раде под надзором или да полажу стручни испит пред комисијом која ће бити накнадно сачињена. Инсистирала сам да рок за то буде до годину дана. Јер, можда ће неко успети да научи и положи испит и за три месеца, а онда не мора да ради годину дана под надзором. То је проблем који мучи свих пет комора. Тражили смо и да се смањи број бодова континуиране медицинске едукације за обнову лиценце, са садашњих 24 на 20 у току једне лиценце године, као



ког нивоа, схватају колико је сестра важна у целом процесу оздрављења – указује директорка КМСЗТС.

Према њеним речима, и остали директори комора заинтересовани су за нове заједничке пројекте, да блиско сарађују и наступају заједно у Министарству здравља.

– Уверена сам да ћемо успети. Сви знамо да је ситуација тешка, али не треба да одустајемо. Ми не тражимо новац. Имамо ресурсе, знамо шта хоћемо и можемо, треба и друштво да нам помогне да добијемо своје место под сунцем које нам и припада. Садашњи министар здравља долази из непосредног рада и надам се да ће имати више разумевања него претходни – каже Радмила Угрица.

Радмила Угрица је последњих осам година била на месту председника ИО органа Београд који броји преко 26.000 чланова. Она истиче да су са колегама из клиничко-болничких центара, као и примарне здравствене заштите, имали изузет-

очекивану професионалну сатисфакцију.

– Тако се дешава да, иако неко заврши школу чија је настава акредитована и добије диплому, здравствени систем га не препознаје, као ни здравствена установа. Чека на радно место, нема описа посла, ни адекватне новчане надокнаде. Велика је колизија у четири министарства. Иако од 2006. не постоје више медицинске школе, већ само високе струковне медицинске школе, и иако је од тада седам генерација завршило струковне медицинске студије, они и даље не могу бити примљени у радни однос нити добити лиценцу са стеченим звањем. Ја долазим из Дома здравља Палилула, где највеће тешкоће због овога трпи служба патронаже у којој раде високообразоване сестре које сада имају дупло више посла. Превентивни рад је тако доведен у питање. Сестре које су завршиле високу струковну школу, раде послове са нижим степеном образовања јер их

мље, где су цењене и добро плаћене. Сада су атрактивне Норвешка и Италија, а велико интересовање постоји и за Немачку. Уколико наша земља постане чланица ЕУ, упозорава Угрица, биће велики одлив медицинских сестара и здравствених техничара свих профила, као и лекара, биохемичара, фармацеута – који су у Европи дефицитарни кадар. Јер се, високоразвијеним земљама више исплати да узму некога ко је школован и има искуство, него да улажу и чекају тај кадар. Да би се остале и радиле у својој земљи, сестре треба да буду препознате и адекватно награђене.

У плану је да београдски огранак КМСЗТС купи простор, чиме бисмо уштедели велика средства. Једна од мера штедње биће и увођење службених кола, а неће бити коришћења приватних возила у службене сврхе. Руководство Коморе заједно са чланством треба да дође до најбољих начина како да се смањи притисак на колеге и колегинице чија је плата смањена. Чланарина КМСЗТС износи 0,6 одсто од плате. У новом буџету акценат треба да буде на образовању и континуираној едукацији, како би се, на најмању меру, свела додатна плаћања едукације.

С обзиром на велики број чланова, планирано је да се лиценце штампају у централној канцеларији КМСЗТС, за шта ће бити купљен савремени апарат. Такође се планира формирање библиотеке, штампање публикација медицинских сестара и здравствених техничара, израда и штампање приручника за полагање стручног испита који треба буде јефтинији. На стручном испиту знање треба да оцењују сестре, а испит треба да се, због лакшег приступа полаже по регионима.

– Сигурна сам да ми, медицинске сестре и здравствени техничари, као једна толико бројна, битна и хумана професија, имамо капацитете да у друштву и здравственом систему узмемо место које нам припада, те да се за своја права, адекватне начине превазилажења тешкоћа и напредак изборимо кроз све доступне институције Републике Србије – закључила је, на крају разговора, Радмила Угрица, директорка Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије.

Јасмина Томашевић

>>> Ако хирург, када заврши операцију, нема сестру и тим који ће да пропрати пацијента даље, урадио је тек пола посла. Сестре су незамењива карика у свему томе. Морам да мењам свест. Тек кад болесни дођу у установу било ког нивоа, људи схвате колико је сестра важна у целом процесу оздрављења <<<

но добру сарадњу на пољу КМЕ, у циљу да чланство бодове КМЕ плаћа што мање. Средства су издвајана у Фонд узајамне помоћи, како за КМЕ, тако и за школовање колега, јер проценат високообразованих медицинских сестара и техничара није на завидном нивоу. Сви огранци, а Београд као највећи издвајао је и по 10 милиона динара за КМЕ и образовање. Чланови могу да се јаве на јавне огласе и, уколико испуне услове, добију средства.

Директорка Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије указује на још један велики проблем: високо струковно образовање медицинских сестара и техничара није препознато од стране неколико министарства, чија сарадња је неопходна да би медицинске сестре и здравствени техничари који су улагали у себе и своје образовање уз велики труд и знатне материјалне трошкове по завршетку формалног школовања и оставили

систем не препознаје. Комора може струковним сестрама издати решење о упису у Именик Коморе, али не и лиценцу. Неки директори могу да их запосле на основу својих интерних правилника, али то треба да буде системско решење унето у Закон о високом образовању – наглашава наша саговорница и додаје:

Велики одлив сестара

– Данас имамо и сестру струковну, специјалисту, мастер и доктора наука. Мислим да ће се усвојити метод ЕСПБ бодова. Више хиљада сестара је на тржишту рада, пуно њих ради са средњом, иако имају диплому високе школе. Све то може да се избегне. Сестра тражи лиценцу да може да ради на одговарајућем радном месту. Не можемо више да ћутимо и чекамо, морам да се боримо и нађемо место у систему.

Последњих година сестре све чешће одлазе на рад у европске зе-



здравствених радника, иновативне компаније су одлучиле да кроз повећање транспарентности тог односа омогуће бољи увид општој јавности у значај сарадње која је покретач напретка у лечењу пацијената и развоју иновативних лекова.

Будући да је интегритет здравствених радника при доношењу одлуке о прописивању одређеног лека један од носећих стубова здравствене заштите, удружење ИНОВИА је исказало жељу да кроз сарадњу са Коморама у наредном периоду по-

јача активности и према општој и према стручној јавности, како би сви били сигурни да односи фармацеутске индустрије и здравствених радника не утичу на одлуку о прописивању лекова. У том смислу, иницирани су договори да током 2015. године, уз подршку Лекарске и Фармацеутске коморе, удружење ИНОВИА организује низ јавних наступа и презентација које би имале за циљ промоцију Кодекса, како би сви заинтересовани били правовремено упознати са његовим најважнијим одредбама.

Удружење ИНОВИА је понудило Лекарској и Фармацеутској комори да делегирају по једног представника у Одбор за поштовање прописа, тело које је задужено за процесуирање сумњи на повреду Кодекса, о чему ће се Коморе изјаснити кроз своја тела.

Др Сергеј Лазаров



руководством Удружења Иновиа

мације, како би се, са једне стране задржала квалитетна комуникација у циљу добробити пацијента и квалитетнијег лечења, а са друге стране, поштовали принципи етичности, истинитости, транспарентности и непристрасности“.

Говорећи о значају Кодекса за индустрију и пацијенте, Делић је истакао да је Србија једина земља која није чланица ЕУ, а чланица је ЕФ-

именом и презименом објављују подаци о преносу вредности са фармацеутске индустрије на здравственог радника и здравствену организацију.

На сајту сваке компаније чланице или сајту удружења Иновиа биће објављено за сваког здравственог радника понаособ све што је добио у току једне календарске године – од котизације, трошкова пута и сме-

фармацеуте да квалитетније сарађују у интересу пацијената, кроз размену информација и података. Помоћу Кодекса могуће је, каже, препознати шта јесте, а шта није законито и етично.

Како не би прекршиле Закон о заштити личних података, фармацеутским компанијама је препоручено да у уговор који потписују са здравственим радником уврсте и члан којим се саглашава да се ти подаци јавно објаве.

Према његовим речима, таква врста додатне транспарентности може да донесе бољитак здравственом систему само ако буде обавезујућа за све учеснике, тако да је удружење покренуло иницијативу од Министарства здравља да одредбе Кодекса буду део нове верзије Закона о оглашавању лекова и свих одговарајућих регулаторних докумената.

Доношење Кодекса подржало је и Министарство здравља, оцењујући га као „добродошао додатак у регулаторној области“.

Од ове године чланице Иновиа не смеју да нуде лекарима ни оловку, блок, роковник... а могу информативни и едукативни материјал до 30 евра динарске противвредности који побољшава медицинску услугу и негу пацијента – нпр. демонстративни уређај за инхалацију. Није дозвољен материјални поклон:



Др Бојан Тркуља

ПИА, и у стању је да спроведе европске норме понашања.

– Кодекс има елемент саморегулације. Нисмо били у обавези да га донесемо, али смо отишли „корак даље“. Овај сектор заборачио је испред онога што представља стандард и стално се усаглашава са земљама Европске уније.

Директор тог удружења, др Бојан Тркуља, објашњава да се уводи и обавеза да се јавно и под пуним



Милутин Делић

штаја за стручне скупове у земљи и иностранству, као и поклона вредних од 30 евра. Кодекс дефинише одређена правила понашања у комуникацији представника фармацеутске индустрије са лекарима, другим здравственим радницима и чиновницима приликом промовисања лекова који се прописују и издају на рецепт, указао је Тркуља.

Према мишљењу др Тркуље, Кодекс треба да охрабри и лекаре и

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ >>>>>>>>>>>>>>>

33 <

стетоскоп, апарат за притисак, ман-
тил, једнако као и потрошни мате-
ријал, јер то спада у трошкове са-
мих здравствених радника.

– Наша обавеза према крвној организацији ЕФПИА јесте да уведемо иста правила понашања. Не постоји пуно простора за локална прилагођавања – објашњава др Бојан Трукуља, директор Иновиа. Он се залаже да се прича појасни у контакту са струком и удружењима здравствених радника, али је уверен да „вишак транспарентности не може да буде проблем“.

Кодекс захтева детаљно откривање података у погледу природе и обима интеракција између индустрије и здравствених радника и организација. Иновиа верује да се транспарентност може постићи без жртвовања легитимне потребе здравствених радника за заштитом приватности. Компаније би требало, кад год је могуће, да податке идентификују и објаве на нивоу појединачног здравственог радника, а не здравственог организације.

Кодекс намеће обавезу да се објављује пренос вредности на здравствене раднике и здравствене организације. Обавеза пријављивања ступа на снагу 2016. у вези са преносима вредности обављеним календарске 2015. Свака компанија чланица објавиће податке у року од шест месеци по завршетку одговарајућег извештајног периода, а објављене информације треба да остану у јавном домену најмање три године по објави, осим ако прималац не повуче своју сагласност повезану са конкретним објављивањем.

Када се вредност преноси на правно лице (здравствену, медицинску или научну асоцијацију или организацију: болницу, клинику, амбуланту, универзитет) наводиће се донације и бесповратна средства (у готовини или роби), као и покривање трошкова скупова, укључујући котизације, спонзорске уговоре са установама или лицима која организују скуп, трошкове путовања и смештаја, хонораре за услуге и консултације.

За појединачне преносе наводиће се покривање трошкова у вези са стручним скупом (котозација, смештај, путовања) и хонорари за услуге и консултације. У највећој мери објављивање података биће поименично.

J. Томашевић

КАНЦЕЛАРИЈА ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ МАЛИГНИХ
БОЛЕСТИ, ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ
СРБИЈЕ „ДР МИЛАН ЈОВАНОВИЋ БАТУТ“

НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ РАНОГ ОТКРИВАЊА МАЛИГНИХ БОЛЕСТИ

Пише:
 ПРИМ. ДР ВЕРИЦА
 ЈОВАНОВИЋ,
 ШЕФ КАНЦЕЛАРИЈЕ
 ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ
 МАЛИГНИХ БОЛЕСТИ



на и ректума, простате, мокраћне бешике, желуца и панкреаса. Код жена у Србији maligni процес је најчешће локализован на дојци, kolону и ректуму, грлићу материце, плућима, телу материце и желуцу.

Сваки осми оболели
и умрли мушкарац од
рака у Србији жртва је

малигног тумора дебелог црева и ректума, док готово свака друга оболела жена и свака трећа жена која умре у Србији има рак дојке, kolona и ректума и грлића материце.

Превенција малиїних болесїи

Водећи светски центри за истраживање рака процењују да се појава више од половине малигних тумора данас може спречити, пре свега превентивним активностима, контролом фактора ризика и раним откривањем болести.

Скупштина Светске здравствене организације усвојила је на свом 58. заседању у Женеви 2005. године Резолуцију о превенцији и контроли рака (WHO 58.22 Cancer prevention and control) управо због високе уче-

Малигни тумори, после болести срца и крвних судова, представљају најчешћи узрок оболевања и умирања у нашој земљи. Подаци који приказују стање оболевања и умирања у Републици Србији показују релативно високу инциденцију и mortalitet од малигнух тумора, као и високу учесталост фактора ризика за њихов настанак. Оваква епидемиолошка ситуација је слична и у развијеним земљама света.

У Србији годишње од свих локализација малигних тумора приближно оболи 34.000 и умре 21.000 људи. Последњих неколико деценија уочен је континуирани пораст у оболевању и умирању од свих водећих локализација малигних тумора.

Мушкарци у нашој средини, највише оболевају од рака плућа, коло-



сталости малигних обољења и њихове високе стопе смртности ради спровођења превенције и раног откривања малигних тумора, али и боље дијагностике, лечења и неге оболелих. Резолуција указује на потребу израде и спровођења свеобухватних националних програма превенције и контроле малигних болести.

Превенција малигних болести има огроман јавно-здравствени значај и представља најефикаснији приступ контроли малигних болести. На више од 80 одсто свих малигних болести могуће је утицати спречавањем или модификовањем фактора ризика, тј. спречавањем почетка болести. Уколико до малигне болести ипак дође, њен је исход могуће побољшати раним откривањем, терапијом и рехабилитацијом уз одговарајуће палијативно збрињавање. Циљ оваквих мера је да се побољша здравље становништва Републике Србије и превенира настанак малигних болести, посебно код особа са повећаним ризиком за њихов настанак. Циљ је и побољшање квалитета живота већ оболелих од малигних болести, којима су неопходни ефикасно лечење, адекватна контрола симптома и компликација, контрола нежељених ефеката лечења, као и психолошка, социјална и духовна подршка пацијенту и породици.

Одговарајућа примена знања на свим нивоима здравствене заштите, али пре свега свеобухватна мобилизација нације у борби против рака, има вишеструку корист. Свеобухватна и интегрисана акција усмерава се на превентабилне факторе ризика и унапређење и јачање система здравствене заштите у циљу ефикасније превенције и контроле малигних болести.

С обзиром на чињеницу да малигне болести имају заједничке факторе ризика (пушење, конзумирање алкохола, неправилна исхрана, физичка неактивност) и социјално-економске детерминанте са другим хроничним незаразним болестима, малигне болести обухваћене су и Европском стратегијом Савет Европе даје јасне препоруке земљама чланицама да је неопходно увођење програма организованог раног откривања рака, који подразумева обухват прегледима здраве популације одређеног узраста у што већем броју

(циљна популација), како би се малигни тумори открили у фази када је могуће њихово лечење. Скрининг подразумева организовану примену неког прегледа или теста на здравој популацији, популацији без симптома и знакова болести, у циљу што ранијег откривања болести.

Министарство здравља иницирало је план активности за активно учешће Републике Србије у борби против малигних болести у виду Националног програма за борбу против рака „Србија против рака“.

Програм „Србија против рака“ представља интегрисану, свеобухватну, координисану и одрживу акцију друштва, усмерену на превентабилне факторе ризика и друге детерминанте здравља, уз активно укључивање и одговорност свих сектора друштва на унапређењу и

кривање карцинома дојке мамографијом, карцинома глића материце узимањем ПАП бриса код жена и карцинома дебелог црева, применом ФОБ тестова за тестирање скривеног крварења у столицама.

Скрининг рака се спроводи код жена које су здраве и то: скрининг карцинома дојке код жена узраста од 50 до 69 година, по децентрализованом моделу на територији 19 општина у Србији, док се скрининг карцинома грлића материце спроводи на територији 17 општина, а скрининг тест је ПАП преглед бриса грлића материце, за жене које су у животној доби од 25 до 64 године.

Скрининг или рано откривање карцинома дебелог црева се спроводи тестирањем крви у столицама применом ФОБ тестова за мушкарце и жене узраста од 50 до 74 годи-

>>> Свеобухватна и интегрисана акција усмерава се на превентабилне факторе ризика и унапређење и јачање система здравствене заштите у циљу ефикасније превенције и контроле малигних болести <<<

јачању система здравствене заштите у циљу ефикасније превенције и контроле малигних болести.

У складу са потребама Републике Србије и епидемиолошким подацима повезаним са оболевањем и умирањем од малигних болести, три малигне болести (карцином дојке, карцином грлића материце и колоректални карцином) су посебно заступљене у популацији становништва Србије, што је био и непосредни повод за увођење у програма здравствене заштите програма организованог скрининга рака и спровођења организованог популационог раног откривања малигних болести (организованог скрининга за следеће болести: карцином дојке, карцином грлића материце и карцином дебелог црева).

Србија кроз рак

Влада Републике Србије је програм националног организованог скрининга рака уврстила у приоритете и од 2012. године се спроводи организовани скрининзи за три наведене малигне болести у Србији, или скрининг прегледи за рано от-

не живота. Овај преглед се обавља у 28 општина у Србији.

Носиоци ових превентивних прегледа су домови здравља, али сва додатна испитивања, или лечења када су потребна, обављају се у болницама.

Поред наведених прегледа за рано откривање малигних болести, на територији Републике Србије се спровode опортунистички прегледи, као и остали превентивни прегледи, који и служе превенцији односно раном откривању свих болести, укључујући и малигне болести.

Циљеви свеобухватног програма „Србија против рака“ пројектовани су тако да се коришћењем постојећих ресурса на најбољи могући начин унапреди здравље нације, спречи настанак малигних болести, смањи број новооболелих и умрлих од малигних болести, побољша рано откривање рака, унапреди дијагностику и лечење малигних болести, продужи живот оболелих од рака, оболелима од малигних болести обезбеди одговарајући стандард услуга на свим нивоима здравствене заштите, унапреди квалитет живота оболелих од рака и њихових



граму раног откривања карцинома дојке (Сл. гласник РС 73/2013) у току 2012/2013. године и 2014. године.

Организовани скрининг карцинома дојке јесте организовано позивање жена циљне популације од 50 до 69 година старости, од стране службе за здравствену заштиту жена на скрининг мамографију у дому здравља односно општој болници у зависности од тога где се налази мамографска јединица. Читање мамографских снимака обављају два независна читача радиолога обучена за скрининг мамографију, док позитивне мамографске налазе чита и трећи радиолог – супервизор. Код позитивних мамографских налаза врши се и додатна дијагностика, УЗ дојке и циљана мамографија са компресијом. Уколико је налаз и даље позитиван таква жена се шаље на даљу дијагностику и лечење.

Циклус организованог скрининга карцинома дојке траје две године, потом се континуирано понавља. Планирани обухват јесте 75 одсто циљне популације.

Да би започео организовани скрининг на некој територији потребно је обезбедити све предуслове у смислу кадра, едукованог кадра, опреме за скрининг и додатну дијагностику за рано откривање рака дојке.

Организовани скрининг карцинома дојке у протекле две године спровођен је на територији Републике Србије у 19 општина радом стационарних мамографа и у 28 малих општина радом мобилног мамографа.

Резултати скрининга

Анализом прикупљених података из организованог скрининга карцинома дојке, закључно са 30. новембром 2014. године, на организовани скрининг карцинома дојке мамографским прегледом, позвано је укупно 150.979 жена из општина где се спроводио организовани скрининг раног откривања рака дојке.

У наведеном периоду мамографски прегледи урађени су код 75.000 жена, што је 50 одсто од броја позваних жена циљне популације.

Укупан број позитивних мамографских налаза износио је 4.617, што чини шест одсто од броја урађених мамографија.

Укупан број откривених и хистопатолошки потврђених карцинома дојке износи 227.

Према анализи расположивих капацитета и плану спровођења организованог скрининга карцинома дојке, у 2015. години организовани

не популације од 50 до 69 година старости.

Према одлуци Министарства здравља, у наредном периоду планира се занављање кадрова у установама где је то неопходно, упућивање око 140 доктора на специјализацију



Скрининг карцинома дојке обавља се стационарним или мобилним мамографом

скрининг карцинома дојке спровође се у 29 општина радом стационарних мамографа, а још у 17 општина радом мобилног мамографа центра за радиологију Клиничког центра Ниш.

Организовани скрининг радом стационарних мамографа спровође се континуирано у следећим домовима здравља: Лазаревац, Стари град, Палилула, Нови Београд, Земун, Суботица, Сента, Нови Сад, Ваљево, Краљево, Крагујевац, Ниш, Зрењанин, Панчево, Сремска Митровица, Лозница, Шабац, Лесковац, Крушевац, Обреновац, Раковица, Смедерево, Зајечар, Пирот, Врање, Прокупље, Чачак, Ужице и Пријепоље.

А мобилни мамограф Клиничког центра Ниш радиће у Меровини, Куршумлији, Блацу, Брусу, Житорађи, Варварину, Ђићевцу, Тутину, Сјеници, Рашкој, Новој Вароши, Прибоју, Чајетини, Пожеги, Косјерићу, Ариљу и Ивањици.

Радом стационарних и мобилних мамографа у 2015. години организованим скринингом раног откривања карцинома дојке биће обухваћено око 320.000 жена циљ-

из радиологије, као и континуирана едукација радиолога и радиолошких техничара за скрининг мамографију. То ће све помоћи унапређењу кадровске структуре која може бити од помоћи код спровођења организованог скрининга карцинома дојке.

Да би скрининг био одржив потребно је обезбедити континуирану едукацију радиолога и радиолошких техничара за скрининг мамографију и супервизију мамографских налаза, занављање кадрова у радиолошкој служби тамо где је то неопходно, обезбедити адекватно планирање и финансирање скрининга, као и неопходно одржавање и сервисирање мамографске опреме.

Континуирани процес

Организовани скрининг карцинома дојке је континуирани процес који се спроводи по децентрализованом моделу и шири се на оне територије где се стичу услови за спровођење оваквог вида секундарне превенције рака дојке који подразумева организовано позивање жена циљне популације од 50 до 69

Организовани скрининг колоректалног карцинома

Пише: прим. др сци. мед.
Душица Банковић
Лазаревић, спец.
социјалне медицине
Координатор за
скрининг колоректалног
карцинома



Колоректални карцином представља веома значајан јавно здравствени проблем у развијеним земљама света због велике учесталости и високе смртности у популацији.

Према подацима Globocan из 2012. године, колоректални карцином је по учесталости у Србији други најчешћи малигни тумор код мушкараца, после карцинома плућа, при чему је број новооткривених случајева око 3.400, а стандардизована стопа инциденције 43,4 на 100.000 мушкараца. Код жена, колоректални карцином је четврти најчешћи малигни тумор, после карцинома дојке, плућа и грлића материце, при чему је број новооткривених случајева око 2.100, а стандардизована стопа инциденције 23,3 на 100.000 жена. Према истом извору, колоректални карцином се по смртности од малигнух болести код мушкараца у Србији налази на другом месту, после карцинома плућа, са стандардизованом стопом mortalитета од 22,8 на 100.000 мушкараца и око 1.900 смртних случајева годишње, док је код жена трећи најчешћи узрок смрти од малигнух болести, после карцинома дојке и плућа, са стандардизованом стопом mortalитета од 11,5 на 100.000 жена и 1.200 смртних случајева годишње.

Подаци Регистра за рак Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ из 2011. године су у складу са наведеним и показују да је колоректални карцином у

1.610 жена) и умрло 2.521 особа оба пола (1.481 мушкарац и 1.040 жена).

Према подацима Интернационалне агенције за истраживање рака (IARC) из 2012. године, Србија се по учесталости оболевања од колоректалног карцинома налази на 13. месту међу европским земљама, док је по смртности на шестом месту у Европи, после Мађарске, Хрватске, Словачке, Словеније и Чешке Републике. Овај податак указује да се колоректални карцином у нашој земљи откривао касно, када је болест већ унапредовала и када су шансе за излечење знатно мање.

ПРОГРАМ ОРГАНИЗОВАНОГ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛНОГ КАРЦИНОМА

У циљу смањења инциденције и mortalитета од колоректалног карцинома стручњаци Министарства здравља Републике Србије су у сарадњи са најеминентнијим академским стручњацима из ове области на челу са академиком проф. др Зораном Кривокапићем, у деценијском раду сачинили и унапредили Програм организованог скрининга колоректалног карцинома у Србији, и ускладили га са „Европским смерницама за осигурање квалитета скрининга колоректалног карцинома“ (2010. година), које примењују програми скрининга већине европских земаља. Спровођење организованог скрининга колоректалног карцинома у Србији обавља се у

складу са Уредбом о Националном програму раног откривања колоректалног карцинома (Сл. Гласник РС 73/2013).

Превенција колоректалног карцинома усмерена је на смањење броја оболелих, на побољшање квалитета живота оболелих, као и на смањивање трошкова лечења који су изразито високи у случајевима колоректалног карцинома.

У оквиру примарне превенције значајно је елиминисање или смањење степена изложености људи факторима ризика за колоректални карцином а то су: неадекватна исхрана, која је богата животињским мастима, а сиромашна влакнима, гојазност, физичка неактивност, пушење, прекомерно конзумирање алкохола и др. што све утиче на инциденцију колоректалног карцинома.

Секундарна превенција подразумева откривање болести у раном стадијуму, што доприноси успешности лечења.

Организовани скрининг колоректалног карцинома представља значајну компоненту секундарне превенције, којим се врши откривање болести коришћењем скрининг теста у привидно здравој популацији, која не показује знаке болести и која има просечан ризик за настанак болести.

Колоректални карцином је идеалан циљ за рано откривање и превенцију кроз организован скрининг.

У земљама, углавном развијеним, у којима се скрининг програми успешно примењују већ неколико деценија, забележен је пад смртности од колоректалног карцинома.

Циљ организованог скрининга колоректалног карцинома је смањивање инциденције и mortalитета од те болести што се постиже: њеним откривањем у преканцерозном стадијуму – стадијуму доброћудних полипа, чијим се уклањањем спречава настанак колоректалног карцинома или откривањем коло-



стикованием и уклоњеним аденомима било је 509 особа, односно 0,9 одсто тестираних. Са колоноскопски дијагностикованим и патохистолошки потврђеним колоректалним карциномом било је 114 особа, односно 0,2 одсто тестираних.

ПЛАН ОРГАНИЗОВАНОГ СКРИНИНГА ЗА 2015. ГОДИНУ

У 2015. години планира се да се организовани скрининг спроводи у 33 општине у Републици Србији на чијој територији домови здравља врше позивање и тестирање имунохемијским FOB тестовима, као и подручних 13 општих болница и седам клиничко болничких установа, у којима ће се обављати скрининг колоноскопије.

Осим установа које већ спроводе и спроводиће и у наредним двогодишњим циклусима организова-

ни скрининг колоректалног карцинома, у 2015. години планира се да се организовани скрининг колоректалног карцинома прошири на још пет општина: Шабац, Крушевац, Бачка Топола, Бојник и Врачар у Београду.

Према Плану, тестирањем ће у 2015. години бити обухваћено 300 000 људи.

У циљу унапређења спровођења организованог скрининга колоректалног карцинома предлаже се централизована набавка имунохемијских FOB тестова за све домове здравља укључене у организовани скрининг, како би се остварио одговарајући обухват циљне популације позивањем и тестирањем, имајући у виду одличан одзив на организовани скрининг колоректалног карцинома.

Према сачињеном Плану едукације за колоноскопију биће по-

већани капацитети здравствених установа секундарне/терцијарне здравствене заштите, у погледу образованог кадра за извођење колоноскопије, како би организованим скринингом колоректалног карцинома поступно била обухваћена целокупна циљна популација у Србији и повећаван обухват скринингом.

ЗАКЉУЧАК

Организовани скрининг колоректалног карцинома је у првом циклусу дао охрабрујуће резултате у погледу одзива популације на скрининг, као и добре резултате у погледу дијагностикованих полипа и колоректалних карцинома у тестираној циљној популацији што указују да ће наредни циклуси скрининга дати очекиване ефекте по здравље људи у Србији. //



Проф. др РОБЕРТ ЈУНГ

мо о срцу Војвођана као и свих других којима је наша помоћ била потребна, рекао је проф. Јунг.

Стручњаци елитне установе за лечење кардиоваскуларних болести и једног од најпризнатијих здравствених центара у овом делу Европе са скоро 600 запослених, за протеклих 37 година на Клиници за кардиологију прегледали су више од 1.250.000 болесника. Урађено је 520.000 ЕХО и 200.000 doppler прегледа, 156.000 хоспитално је ле-



ИНСТИТУТ ЗА КАРДИОВАСКУЛЕРНЕ БОЛЕСТИ ВОЈВОДИНЕ

чено, урађено је 76.000 коронарографија, 18.000 PCI, 7.000 имплантација PACE/ICD... У истом периоду на Клиници за кардиохирургију урађено је 31.500 операција на срцу. Постоперативни морталитет износи 2,8 одсто.

Болести система крвотока чине 53,8 одсто свих болести у Војводини. У 2014. укупно је хоспитализовано више од 6.500 болесника, а у коронарној јединици лечено је око 3.000.

Просечна дужина лечења на Клиници за кардиологију је 7,3 дана, док је 2005. време лежања било 10,1 дан.

Особе оболеле од болести срца и крвотока данас чекају четири и по пута мање на неку од интервенција него ранијих година. Према типу хирургије, током 2014. године највише је било коронарне хирургије 50,9 одсто, затим валвуларне 28,2 одсто, 16,2 одсто комбиноване и 4,8 одсто осталих операција. //

КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР НИШ

Ойворена Клиника за кардиохирурџију

Клиника за кардиохирургију Клиничког центра Ниш отворена је 24. новембра, четири године од почетка изградње. Проф. др Зоран Радовановић, директор нишког Клиничког центра најавио је да ће од дана отварања зграда кардиохирургије са трансплантационом хирургијом радити пуним капацитетом. Операције ће обављати кардиохируршки тимови из Београда, јер Ниш, за сада, нема својих.

Тако ће у почетку нишки хирурзи асистирати београдским колегама и едуковати се док не достигну потребан број самосталних операција за звање кардиохирурга. КЦ Ниш има два субспецијалиста, као и три на специјализацији. //



„Усисавање“ ѿромба у лечењу можданог удара

У Клиничком центру у Нишу, први пут у Србији, урађена је аспирациона тромбектомија Пенумбра системом у лечењу можданог удара, саопштио је крајем октобра директор те установе др Зоран Радовановић. Сложена операција може да буде изведена у првих неколико сати након појаве симптома можданог удара, а практично се „усисава“ тромб који је и изазвао мождани удар.

– Реч је о једноставној и брзој техници вакуум аспирације тромба код запушења великих крвних судова у мозгу Пенумбра системом. То је модел једноставног аспирационог метода тромбектомије, којим се поред аспирације врши и механичка фрагментација тромба – објаснио је проф. Радовановић.

Новом методом се “усисава” тромб који се налази у крвном суду у мозгу пре него сто направи трајно оштећење. Најсавременију терапијску процедуру, која се у свету примењује тек у последње три године, урадио је на Клиници за радиологију неуроинтервентни тим на челу са др Миодрагом Илићем.

– Након примене ove терапије досло је до комплетне реканализације крвног суда, уз побољшање неуроло-

шког налаза и смањење функционалног дефицита код пацијенткиње С.Б. На контролном скенеру остеоћење мозга било је минимално, а пацијенткиња је отпуштена на кућно лечење у добром стању – рекао је др Илић.

– Мождани удар је први на листи смртности код жена, а други код мушкараца у Србији. Већина можданих удара је узрокована тромбом који блокира циркулацију у мозгу што доводи до трајног оштећења можданог ткива и функционалног поремећаја, често и уз трајни инвалидитет. Зато је важно одмах по појави првих симптома јавити се најближој клиници и примени-ти терапију – казала је др Мирослава Живковић, чланица Републичке комисије за борбу против можданог удара.

У Нишу се од 2006. године користи друга, такође савремена терапија мозданог удара, у смислу интравенског разбијања угрушка – фибринолитички третман, који најчешће значи разлику између трајног оштећења и опоравка мозга и који је ефикасан само ако се примени најкасније 4,5 сата од почетка болести. Том методом до сада је излечено 25 пацијената са можданим ударом. //



КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР
КРАГУЈЕВАЦ

*Четири
деценије
Клинике за
ортопедију*

Клиника за ортопедију и трауматологију Клиничког центра Крагујевац обележила је 40 година рада. Пригодном свечаном академијом, у оквиру овогодишњих, 39. по реду Октобарских здравствених дана у Крагујевцу, Клиника за ортопедију и трауматологију, обележила је јубилеј и представила стручној јавности савремене принципе дијагностике и лечења.

Почеци крагујевачке ортопедије уско су повезани са оснивањем болнице у Крагујевцу, прве сталне цивилне болнице у Србији, пре више од једног и по века. Године 1974. издваја се Ортопедско – трауматолошко одељење из оквира хируршке службе, са доктором Радославом Јанковићем на челу. Као самостална организациона јединица, Одељење тада располаже са четири болесничке собе, троје лекара специјалиста, три лекара на специјализацији и 16 стално запослених.

Четири деценије касније, Клиника за ортопедију и трауматологију, у свом тиму има 14 лекара специјалиста, три специјализанта, екипу од 39 медицинских техничара и три физиотерапеута.

Годишње се на Клиници која има 70 постеља хируршки лечи око 1.500 пацијената из региона који гравитира Клиничком центру Крагујевац. Обави се око 1.400 операција, више од 29.000 прегледа и око 13.000 различитих ортопедских интервенција.

Према речима проф. др Бранка Ристића, директора Клинике за ортопедију и трауматологију, у наредном периоду, уз развој и усавршавање савремених метода дијагностике и лечења, очекује се да ће наши лекари имати све више посла.

Данас, више од петине инвалидитета у свету, директно је повезано са ортопедским болестима и тај проценат убрзаније расте, у односу на друга обољења код становништва. //

НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ >>>>>>>>

ПОЗИТРОНСКА ЕМИСИОНА ТОМОГРАФИЈА (ПЕТ)

// УЗ ПОМОЋ МОЋНОГ УРЕЂАЈА И РАДИОФАРМАКА, МОГУЋЕ ЈЕ ВИДЕТИ И ИЗМЕРИТИ ПРОЦЕСЕ НА НИВОУ ЋЕЛИЈА И МОЛЕКУЛА // ПЕТ ЦЕНТАР У КЦС АКРЕДИТОВАН НА ЕВРОПСКОМ НИВОУ //

Позитронска емисиона томографија (ПЕТ) је јединствена метода која припада области нуклеарне медицине, помоћу које можемо да „видимо“ и „меримо“ најсуптилније процесе на ћелијском и молекуларном нивоу. Због чега је ова метода „један од симбола савремене молекуларне медицине“, какве су могућности и предности њене примене и у ком смеру треба да се даље развија ова област – за Гласник Лекарске коморе Србије говори проф. др Владимир Обрадовић, наш водећи стручњак за ПЕТ дијагностику и аутор пројекта увођења ПЕТ-а у здравствени систем Србије, и проф. др Вера Артико, директор Центра за нуклеарну медицину Клиничког центра Србије под чијим кровом пуних пет година ради ПЕТ центар.

ПЕТ се заснива на примени позитронских радиофармака, који представљају различите биолошки активне супстанце у чијем су саставу радиоактивни изотопи – позитронски емитери. Најчешће се користе позитронски емитери: флуор-18 (^{18}F), угљеник-11 (^{11}C), азот-13 (^{13}N) или кисеоник-15 (^{15}O). Захваљујући веома динамичном развоју, данас је на располагању више од 300 позитронских радиофармака, који се примењују у рутинској ПЕТ ди-

јагностици, преклиничким испитивањима и научноистраживачком раду.

После уношења у организам пацијената или експерименталних животиња, те биолошки активне супстанце обележене позитронским емитерима задржавају своје особине и учествују у различитим ћелијским процесима. С обзиром на то што карактеристике испитиваних процеса зависе од тога да ли су испитивана ткива и органи здрави или оболели, спољашњим регистравањем зрачења, помоћу специјалних уређаја и одговарајућом рачунарском обрадом, добија се визуелни приказ и врши процена патолошких промена карактеристичних за најтеже и најчешће болести, од којих су на првом месту малигни тумори.

*Најшира примена ПЕТ-а
у онкологији*

За разлику од првобитно коришћених ПЕТ скенера за снимање пацијената, данас су у клиничкој примени хибридни ПЕТ/СТ, а у новије време и ПЕТ/MR уређаји. Наиме, захваљујући додатној компоненти (СТ-скенер или MR-магнетна резонанца), обезбеђује се прецизно утврђивање локализације функционалних промена утврђених ПЕТ



терену садашње Поликлинике КЦС. Заузима површину од око 700 квадратних метара са комплетном инфраструктуром за инсталирање и функционисање два хибридна уређаја за снимање пацијената. Центар поседује један ПЕТ/СТ уређај нове генерације, а инсталирање другог предвиђено је када се обезбеди домаћа производња позитронских радиофармака.

Према речима проф. Обрадовића, у Националном ПЕТ центру ангажован је мултидисциплинарни тим стручњака у чијем саставу су: лекари специјалисти нуклеарне медицине (од којих су већина доктори наука и наставници Медицинског факултета), електроинжењери, физичари, физикохемичари, специјализовани радиолошки техничари са високом или вишом стручном спремом и помоћно особље. Захваљујући реализацији два велика

онисање Националног ПЕТ центра који представља базичну клиничку, развојну, едукативну и истраживачку ПЕТ установу у земљи, за сада заснива искључиво на примени радиофармака ^{18}F -FDG из увоза, тако да се испитивања обављају на максимално 12 пацијената дневно.

– Током пет година, у ПЕТ центру укупно је обављено 5.600 испитивања: од октобра до краја 2009. године – 50, 2010. – 534, 2011. – 913, 2012. – 1.297, 2013. – 1.384 и до новембра ове године – 1.352 болесника. Индикације за примену ове методе најчешће су онколошке: дијагноза, диференцијална дијагноза, избор места за биопсију, праћење ефеката терапије или прогресије болести. Испитивање се у мањој мери примењује и у неурологији и у детекцији инфекција и инфламација. Ускоро се планира и увођење кардиолошких испитивања. За сада се ПЕТ користи

женим помоћу ^{18}F – флуорохолин, флуорид, флуордопа којима би се олакшала дијагностика карцинома простате, тумора мускулоскелетног система, неуроендокриних тумора и неких неуролошких болести – каже др Артико.

Трошкови прегледа покривени су од стране РФЗО. Осим пацијената из Србије, захваљујући међудржавним уговорима, примају се и пацијенти из Црне Горе и Републике Српске. Имајући у виду континуирани пораст онколошких, неуролошких и кардиолошких болести, ПЕТ дијагностика треба да буде доступна у целој земљи, у складу са светским стандардима према којима је неопходан један ПЕТ/СТ уређај на милион становника.

Пошребa за домаћим радиофармацима

– Осим радиофармака обележених позитронским емитером ^{18}F који, захваљујући „полуживоту“ од 110 минута, могу комерцијално да се дистрибуирају на дистанцу од неколико стотина километара, за ПЕТ дијагностику у пуном обиму и примену ове методе у биомедицинским истраживањима ин vivo неопходни су и радиофармаци који су обележени ^{11}C , ^{13}N и ^{15}O . Међутим, „полуживоти“ тих позитронских емитера износе свега 20, 10 и два минута, тако да морају да буду произведени на лицу места и у тренутку примене. Због тога, ПЕТ центри у којима се примењује широки спектар ПЕТ процедура располажу циклотронима са праћећом опремом за производњу позитронских радиофармака – наводи проф. Обрадовић.

Он подсећа да је Радна група Министарства здравља подржала утврђени план да се производња позитронских радиофармака реализује у Клиничком центру Србије, у непосредној близини Националног ПЕТ центра, а уједно и главне саобраћајнице у земљи. На тај начин ће се, под оптималним условима, омогућити снабдевање ПЕТ центра свим потребним позитронским радиофармацима (укључујући оне који не могу да се допремају са дистанце), као и снабдевање осталих ПЕТ центара у земљи основним позитронским радиофармацима. Избором ове локације обезбеђено је и максимално скраћење времена тран-



ОБРАДА НАЛАЗА

пројекта техничке сарадње са Међународном агенцијом за атомску енергију (2005-2010), 12 чланова колектива Центра завршило је вишемесечну бесплатну едукацију из ПЕТ-а у референтним установама у Европи. Однедавно је Национални ПЕТ центар од Европског удружења нуклеарне медицине акредитован и као један од европских центара за едукацију из ПЕТ-а.

Актуелни директор Центра за нуклеарну медицину, проф. др Вера Артико, наглашава да се функци-

радиофармак флуоридеоксиглукоза, који има извесна ограничења, јер се у неким туморима не везује. Надамо се да ћемо ускоро бити у прилици да набавимо и друге радиофармаке. Тако, неуроендокрини тумори са експресијом соматостатинских рецептора најбоље се визуелизују применом пептида обележених помоћу ^{68}Ga , који се добија из галијумског генератора. Такође, постоји неколико регистрованих радиофармака које можемо увести из иностранства, такође обеле-



ни ПЕТ центар мора да има циклотрон. Учествојемо у пројектовању циклотрона, машине која производи позитронске емитере, уз њу иду и лабораторије где се синтетишу радиофармаци на лицу места. На тај начин, радиофармак би био знатно јефтинији, имало би га довољно за рад и у три смене, а обезбедили бисмо оне радиофармаке које не можемо да допремимо из увоза – објашњава наш саговорник.

На питање да ли имају едукован кадар који би радио на производњи радиофармака, проф. Обрадовић каже да циклотрон „не може да се направи преко ноћи“. Потребно је бар две године, а за то време едукују се профили који би радили на производњи. То је, практично, мала фабрика радиоактивних лекова. Реч је о сложеном пројекту, који је неопходан. Он ће снабдевати не само наш центар него и друге будуће ПЕТ центре у земљи. Слично је било и са ПЕТ Центром – прво су едуковали људе још од 2004. до 2010, направили наменски објекат и тек онда набавили машину.

– Земље у региону иду добрим путем. Хрватска има циклотрон. Имаће га и Македонија. Словенија нема циклотрон, али потребне радиофармаке лако допрема из Клагенфурта. Хрватска на 4,5 милиона становника има већ пет или шест ПЕТ машина, Словенија има две машине на два милиона становника. Наш Центар за сада покрива потребе које овог тренутка постоје. Овде се чека до месец дана на испитивање. Уведен је конзилијум где се транспарентно и строго према индикацијама планира и заказује. Максимални проток је 12 пацијената дневно зато што увозимо тај радиофармак и он се у међувремену распада. Пацијенти се упућују из клиничких центара, ВМА, као и Републике Српске и Црне Горе – наводи познати стручњак.

На снимање се чека до месец дана, док се, поређења ради, на магнетну резонанцу или скенер чека много дуже. Захваљујући доброј организацији посла, ПЕТ Центар ради ефикасно, транспарентно и у складу са индикацијама. Центар ради на принципу дневне болнице. Прво се ради анализа шећера у крви (радиофармак који се примењује је врста шећера), прегледа се пацијент и његова документација, а онда се у специјалном боксу укључује



Проф. др Вера Артико директор је Центра за нуклеарну медицину КЦС. Уједно је шеф Катедре нуклеарне медицине Медицинског факултета Универзитета у Београду. Делегат је Удружења нуклеарне медицине Србије у Скупштини Европског удружења нуклеарне медицине (ЕАНМ).

инфузија кроз коју се даје радиофармак. Пацијент лежи један сат и потом иде на снимање које траје највише пола сата. Резултати се издају сутрадан.

Циклотрон за трајно решење

– Често људи кажу да се ПЕТ користи за рано откривање рака. То није тачно. Рано откривање може се урадити и другим тзв. морфолошким методама почев од савременог ултразвука до компјутеризоване томографије и магнетне резонанце који „виде“ и веома мале промене. Предност ПЕТ-а је што се види функционално туморско ткиво, колико је раширен процес (у онкологији), ефикасност терапије – ако је ефикасна неће се видети ништа, јер је уништено туморско ткиво. За разлику од СТ или MR које и даље „виде“ промену која није више активна, ПЕТ приказује живо и функционално туморско ткиво и то у целом организму – каже проф. др Обрадовић, подсећајући да објекат има комплетну инфраструктуру за две машине, али за сада има један

ПЕТ/СТ уређај. Уколико настане неки проблем, нема алтернативне машине на коју би се пребацили пацијенти. Осим тога, потреба за ПЕТ-ом биће све већа.

Наши саговорници, проф. др Обрадовић и проф. др Вера Артико, упозоравају да, иако сада све добро функционише, трајно решење не постоји. Било је речи да треба да се одмах прави циклотрон, али тада није било разумевања здравствених власти. ПЕТ центар ради пет година, а још нема циклотрон. Постоји један позитронски емитер, који се не производи у циклотрону, Галијум 68, а добија се у генератору. Потребно је да се једном годишње увезе „германијум галијумски генератор“, чиме се обезбеђује да се одређени радиофармаци синтетишу у самој кући, независно од циклотрона. Та опрема није толико скупа и у Центру се надају да ће је добити брже него сам циклотрон.

– Потребно је да лекари буду добро информисани о значају ПЕТ-а, његовим могућностима и индикацијама за примјену. Наши стручњаци иду по клиникама и држе предавања. У свету се данас не може замислити болница терцијарног нивоа без ПЕТ-а. Колико год да је скупа опрема, она доноси уштеде. Захваљујући великим дијагностичким могућностима ПЕТ-а, значајно се убрзава успостављање тачне дијагнозе најчешћих и најтежих болести и тиме доприноси правременом и адекватном планирању лечења, прецизној процени резултата лечења, па самим тим и бољој прогнози болести. Уједно се болесници лишавају непотребних, мање корисних и често инвазивних дијагностичких и терапијских поступака. Све то доприноси и значајним уштедама у здравственом буџету. То мора да заживи у главама оних који доносе одлуке. Све је скопчано са буџетом и мора да се изнађе модалитет финансирања. Данас је ПЕТ нешто без чега се не може. Упоредо са ширењем ПЕТ-а у здравственом систему Србије, неопходно је да се обезбеди благовремена едукација мултидисциплинарих тимова који ће примењивати ту методу, а то је једна од утврђених функција Националног ПЕТ центра акредитованог на европском нивоу – закључује проф. др Владимир Обрадовић.

Јасмина Томашевић



НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ У НЕУРОКАРДИОЛОШКОЈ
ЛАБОРАТОРИЈИ КБЦ БЕЖАНИЈСКА КОСА

НЕИНВАЗИВНИ „BEAT TO BEAT“ ХЕМОДИНАМСКИ МОНИТОРИНГ

Пише:
ПРОФ. ДР БРАНИСЛАВ
МИЛОВАНОВИЋ, ДИРЕКТОР
ИНТЕРНЕ КЛИНИКЕ
КБЦ БЕЖАНИЈСКА КОСА И
ПРЕДСЕДНИК УДРУЖЕЊА
ЗА КАРДИОЛОГИЈУ СРБИЈЕ



Неурокардиолошка лабораторија КБЦ Бежанијска коса званично почела да ради јануара 2005. године, након претходног опремања врхунском технологијом укључујући тренутно насаваменије и револуционарне системе за неинвазивни дијагностички хемодинамски и неурокардиолошки мониторинг.

Task Force и Portapres су системи за стационарни и амбулаторни мониторинг и анализу EKG сигнала и притиска „откуцај по откуцај“, синхроно са срчаним радом, коришћењем специјалних сензора који мере проток кроз артерије прстију шаке. Оба система који се тренутно налазе у лабораторији су задња реч науке у овој области и НАСА их користи за тестирање космонаута.

Комбинацију оба неинвазивна система са најсавременијом дијагностиком тренутно поседује само неколико центара у свету, као што су, на пример, центар у Лондону и Хјустону. Захваљујући Министарству науке Републике Србије у плану је набавка и полисомнографа којим ће се моћи у исто време да се анализира и мождана и срча-

на активност код пацијената са кризама свести и, на тај начин, диференцира епилепсија од обичних криза свести.

Неурокардиолошка лабораторија се у самом почетку рада профилисала и као један од највећих светских центара за лечење криза свести, са

посебним освртом на неурокардиогену синкопу. Уз помоћ високософистициране опреме, могуће је врло ефикасно утврдити узрок губитка свести код пацијената и предузети одговарајуће лечење.

Персонална медицина и аутономни нервни систем

Неурокардиолошка лабораторија је центар активности Секције за Аутономни нервни систем СЛД и Удружења за неурокардиологију Србије, мултидисциплинарних организација које окупљају врхунске стручњаке разних профила и специјалности. Секција је једно од десет интернационалних удружења у оквиру Еврoпског удружења (ЕФАС), док је Удружење за неурокардиологију Србије четврто удружење формирано у свету после Америчког, Италијанског и Турског. Српско удружење за неурокардиологију је организовало први историјски интернационални конгрес из Неурокардиологије пре шест година у Београду и тиме започело серију годишњих састанака који су

јединствени у свету као својеврсни светски бренд.

Уз помоћ генетичара из Института Винча, већ неколико година се ради генетска анализа код сваког пацијента у циља утврђивања одређених генских полиморфизама који су битни за индивидуални приступ и откривање оптималног лека за сваког пацијента. Паралелно се код свих пацијената ради и комплетно тестирање функције аутономног нервног система у циљу откривања типа симпатовагаланог баланса.

С обзиром на то да су технике генетског инжињеринга скупе и тешко прилагодљиве за свакодневни клинички рад, циљ мултидисциплинарног приступа је да се утврди корелација између генетских полиморфизама и функционалног статуса аутономног нервног система. Током претходних година заједничког рада тестирани су главни антихипертензивни лекови коришћењем врхунске технологије која омогућава испитивање и раних ефеката примене терапије.

На основу претходног клиничког искуства утврђено је да позитиван одговор на терапију хипертензије зависи од типа симпато-вагаланог баланса. На основу постојеће базе података може се утврдити који је тип симпато-вагаланог баланса у корелацији са позитивним или негативним одговором на примену одговарајућег антихипертензива.

Дошло се до фазе у развоју персоналне медицине где се након обичног снимања ЕКГ и анализе сигнала у трајању од пет минута може утврдити тип симпато-вагаланог

НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ >>>>>>>>>>>>>>> ||

49 <



Проф. др БРАНИСЛАВ МИЛОВАНОВИЋ СА САРАДНИЦИМА



ТЕСТИРАЊЕ ПАЦИЈЕНАТА УЗ ПОМОЋ САВРЕМЕНЕ ОПРЕМЕ

баланса и прави лек који одговара том типу функције симпатикуса и вагуса. То је, практично, „пречица“ где се уз помоћ генетичара може развити софтвер за брзу клиничку примену сазнања о генетској детерминацији хипертензије, срчане фреквенце и функције аутономног нервног система.

Уз помоћ интернационалне групе програмера из Цириха у Неурокардиолошкој лабораторији се развија јединствен ANSA scan plus софтвер, који омогућава одговор који је лек оптималан за лечење хипертензије и процењује ризик од појаву изненадне срчане смрти.

Примена софтвера се заснива на методи ANSA (Autonomic Nervous System Adjustment), развијеној такође у овој лабораторији, у чијој основи је подешавање функције аутономног нервног система. Наиме, у првој фази се детектује тип поремећаја функције аутономног нервног система, док се у другој фази обавља „подешавање“ поремећаја у смислу постизања симпато-вагалне равнотеже. На пример, у случајевима ексцесивне симпатичке преминације циљ је појачати вагусну активност и обратно.

Неинвазивна ризик предиција за појаву изненадне срчане смрти

Код свих пацијената стручњаци са Института за психологију раде и серијско психолошко тестирање у циљу откривања психолошке структуре сваке личности. Психолошки профил личности је такође генетски детерминисан и у директној

корелацији са симпато-вагалном функцијом.

У оквиру Неурокардиолошке лабораторије се одвија и интезивна сарадња са инжењерима Техничког универзитета у Новом Саду, који у оквиру пројекта Министарства науке републике Србије раде анализу биолошких сигнала који се добијају снимањем сигнала притиска и ЕКГ-а. Захваљујући тој сарадњи могуће је фином анализом урадити пројекцију кардиоваскуларног ризика у смислу појаве изненадне срчане смрти, инфаркта или других нежељених догађаја.

Као резултат дугогодишње сарадње развијен је и нови ризик предиктор „Poincare plot“, који се показао као врло ефикасан у процени ризика од појаве изненадне срчане смрти.

Пољско удружење неинвазивних кардиолога је 2008. године након презентације овог предиктора, доделило награду „Норман Силвер“, проф др Браниславу Миловановићу на годишњем састанку у Закопанима.

У међувремену, уз помоћ инжењера у Неурокардиолошкој лабораторији је развијен математички софтвер за прецизну анализу тог предиктора у смислу добијања нумеричких вредности и визуалне пројекције ризика. Софтвер је развијен анализом записа од 2.700 пацијената који су праћени након инфаркта миокарда у периоду од 10 година. Сви пацијенти у тестирању првог, седмог дана и треће недеље након настанка инфаркта срца, што је омогућило ексклузивну базу података која је тренутно највећа у свету од постојећих.

чих истраживачких grupa које се баве овом проблематиком.

Нано технологија у кардиологији

Од пре неколико година започета је сарадња између Неурокардиолошке лабораторије КБЦ Бежанијска коса и тимова инжењера и физичара из три институције: Нано лабораторије Машинског факултета у Београду, Института Винча и Института за физику из Земуна. У све три познате научне институције испитивани су узорци лекова и плацебо форме истих препарата коришћењем четири различите методе у смислу анализе квантних промена на нивоу нано честица.

Циљ је био примена различитих високософистицираних уређаја у смислу развоја нових технологија у лечењу пацијената и скенирања функције постојећих лекова на нивоу нано честица. Посебан изазов је био осветљавања плацебо ефекта у лечењу синкопе и хроничних миокардитиса.

Развијен је нови систем лечења назван „Програмирани плацебо ефекат“ који је показао велику ефикасност у лечењу ових поремећаја. Посебан значај ове сарадње је што је први пут плацебо ефекат анализиран са становишта квантног феномена који је доказан у све три независне научне институције и потврђен клиничким резултатима. С обзиром на то да су резултати врло обећавајући, планира се даља сарадња у коришћењу ове нове технологије у лечењу и других болести. //



то треба да подржимо – да се integriшу у здравству и индустрији – сматра Дрманац. Он је подсетио да гени утичу на све аспекте нашег живота. Данас, користећи анализу гена, могу се из мајчине крви, неинвазивно, предвидети неке болести нерођеног детета. Важно је да можемо спречити рађање деце са болестима. Аутизам би, уз помоћ гена, могао да се предвиди на рођењу. Постоје начини лечења који могу да помогну да се та болест спречи или ублажи, итд.

Проф. Дрманац указао је и да, на пример, „читањем“ која врсте бактерија живе у нашим цревима можемо да одлучимо коју врсту хране да узимамо и неки пробиотик – да поправимо цревну флору. Важна област генетике је, осим генетских болести, канцер који има две компоненте: генетску предиспозицију и случајне мутације (соматске мутације) у току живота. Нова генетика помаже у откривању свих врста канцера, мутација које могу да доведу до канцера као предиспозиција или као узрок. У предиспозицији постоји 300 гена који су повезани са тзв. онкогенима који изазивају канцер. Ако њих прочитамо рано, пре 20-те године, можемо предвидети ризик да се добије канцер. Раније откривен канцер има већу шансу за лечење. Најбољи начин је да се изабере ко треба чешће и раније да се тестира, јесте да се предвиди уз помоћ генетике да ли има предиспозицију.

– Од почетка моја област је била да развијем, са великим тимом у Америци и сада у Кини, нове методе за читање гена целог генома. Има неколико мера које су важне – како да буде комплетан, да не пропустимо ниједан делић, а има шест милијарди слова које дефинишу геном, како да не направимо никакву грешку – пошто и мала грешка изгледа као да имамо бојлст коју немамо, и, треће, како да то урадимо на ефикасан начин тако да је јефтино и доступно свима, тако да сви могу прочитати свој геном, ставити га у „дата базу“ и користити у животу. Са бољим разумевањем генома, имамо још пуно да научимо, а моћи ћемо да унапредимо здравље и друге области – као да имамо персонализовану медицину, да прилагодимо спречавање и лечење сваком појединцу, али истовремено можемо имати и персонално гајење деце – што је важно – нагласио је Дрманац.

Соња Павловић, директорка ИМБГИ нагласила је да је набављен апарат који представља технолошки врх и који ће омогућити да пацијенти који болују од ретких болести не чекају јако дуго на дијагностику.

– Апарат може да прочита све гене који су икада повезани са било којом болешћу, па и са ретким болестима, за које знамо генетичку основу, и да се за неколико дана зна у ком од тих гена пацијент послат из неке здравствене установе има мутацију и да се постави дијагноза. Самим тим, неће се више слати узорци у иностранство, више нећемо имати такав финансијски проблем и биће доступно многим. Надамо да ћемо од првог јануара те анализе бити доступне пацијентима кроз здравствени систем. Ако се дијагноза постави на време за многе ретке болести можете да предузмете неке мере које ће довести до тога да пацијент има квалитетнији живот и да болест не напредује. Оно чему тежимо је предиктивна генетика, да се уради анализа читавог генома једног човека, али мора да разумемо шта то значи. Онда бисмо могли да предвидимо шта ће бити његов здравствени проблем или делова-

ти превентивно – да кажемо да ће сигуно развијати хипертензију и да пази како живи, или да пренаталном дијагностиком спречимо најтежа обољења. Сада, отприлике, разумемо једну четвртину генома – рекла је проф. Павловић.

Др Маја Стојиљковић из ИМГТИ нагласила је да је Институт, захваљујући великом европском пројекту успео да организује ову конференцију и да набави апарат за секвенцирање нове генерације који је важан за истраживање, али далеко важнији за дијагностику ретких болести у земљи.

Ј. Т.

Светски здравствени самит у Београду

Светски здравствени самит, посвећен новој стратегији за унапређење здравственог система у Србији, одржан је у београдском хотелу „Метропол“, а окупио је представнике здравственог система, стручњаке и званичнике здравствених институција европских земаља и Европске уније. У фокусу самита, чији је организатор ТГИ Гроуп Интернационал, биле су актуелне теме: финансирање здравственог система, стратегија даљег развоја, унапређење функционисања целокупног система здравствене заштите и отварање продуктивног дијалога свих кључних структура здравственог система. О сектору онкологије, могућностима и изазовима у тој области, говорили су директор Института за онкологију и радиологију Србије проф. др Радан Џодић, директор Клинике за медијалну онкологију Института за онкологију и радиологију Србије др Даворин Радосављевић и др Жозеф (Јосеф) Глигоров из Универзитетске болнице Тенон из Париза. На самиту су разматрана најважнија питања из области здравственог осигурања, правне регулативе и прилагођавања српског законодавства у овој области европском законодавству, фармацеутског сектора и јавним и приватним здравственим установама и праксама.

Државни секретар министарства здравља Борислав Векић најавио је да ће, путем кредита Светске банке, у 2015. години бити набављено пет нових линеарних акцелератора како би се коначно решио проблем листи чекања за зрачну терапију код онколошких пацијената. Векић је навео податак да је 2011. године било 37.437 новооболелих од карцинома, а умрло 25.007 пацијената, као и да забрињава повећање од 2,5 одсто броја умрлих. Државни секретар је указао да велики проблем представља медицинска едукација и да се током реформе примарне здравствене заштите мора више радити на превентиви. Скрининг програми, како каже, раде се на карцином дебелог црева, грлића материце и дојке, али је проблем одзив грађана који не долазе на заказане прегледе.

Покровитељи скупа били су Српско лекарско друштво, Асоцијација приватних здравствених установа и Удружење произвођача иновативних лекова.

//

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>

КЛИНИЧКО-БОЛНИЧКИ ЦЕНТАР
„ДР ДРАГИША МИШОВИЋ“ – ДЕДИЊЕ

РАСТ БРОЈА УСЛУГА УЗ ПРЕПОЛОВЉЕНЕ КАПАЦИТЕТЕ

// СТРОГА КОНТРОЛА ТРОШЕЊА ЛЕКОВА // ЈЕДАН КРЕВЕТ НА ХИРУРГИЈИ
ГОДИШЊЕ „ВИДИ“ 180 БОЛЕСНИКА // СВАКО РАДНО МЕСТО ЛЕКАРА И СЕСТРЕ
ОПРЕМЉЕНО КОМПЈУТЕРСКИМ ТЕРМИНАЛОМ //

Клиничко-болнички центар „Др Драгиша Мишовић“, настао обједињавањем три меморијалне болнице, јединствен је драгуљ српског задужбинарства. Запослени у тој кући настављају традицију својих елитних претходника, а оно што данас раде познато је и ван граница. Зашто је то болница у којој се учи не само медицина, него и однос према болеснику и вредностима живота, и како се из тешке ситуације може изаћи са истим и бољим резултатима, за Гласник ЛКС говори дугогодишњи директор те установе, проф. др Радисав Шћепаповић.

– Ни данас, пет година од пожара, у објекту који је изгорео не функционише ништа од медицинских садржаја. У питању је 10.000 квадратних метара простора, што је готово половина капацитета Центра, али и више од тога. Ту је било „срце“ КБЦ – главна дијагностика, интензивна нега, операциони блокови, најозбиљнији технолошки део. И, наравно, у тој ситуацији требало се сналазити, обезбедити посао за 1.200 радника. Са преполовљеним капацитетима требало је да радимо исту количину посла као и пре пожара. Сваке године потписујемо уговор са Републичким фондом за здравствено осигурање Србије за план рада према коме је ангажовано 1.200 људи.



Проф. др Радисав Шћепаповић

У овом тренутку најпотребнија нам је инвестиција за зграду која је изгорела пре пет година. Тек ове године почело је финансирање реконструкције, за коју је надлежан Град Београд, као оснивач КБЦ. Пет година нисмо добили ни динар. Од прошле године ушли смо у буџет, а радови су почели. Зграда је потпуно ван функције, осим лабораторије која је смештена у делу сутерена, потпуно издвојено.

Колико су нове околности у којима сје се нашли захтевале и измене у организацији посла?

Подигли смо ниво рада извршења свих услуга. Од 2009, кад је изгорела болница, до сада имамо тренд раста услуга и других параметара уз преполовљене капацитете. Ушли смо у један „концепт врућих кревета“ на хирургији: ујутру пацијент леже у болницу, оперише се тог дана, а већ следећег јутра излази. У његов, такорећи врућ кревет, пошто се промени постељина итд, леже други пацијент. Тако да на петнаестак кревета на хирургији радимо исти оперативни програм као и пре пожара.

Тад смо радили у пет операционих сала, сада радимо у једној. Тада смо имали 120 кревета, сада имамо десет пута мање, а 1.000 лапароскопских операција јучне кесе, по чему смо јединствени у Србији и то „десетковани“ какви јесмо. Чак смо повећали број тих хируршких захвата, са ранијих 600.

То је вероватно несхваћљиво за ваше колеге из развијених земаља.

Знају у иностранству шта ми радимо и како. Њима је то интересантан концепт, а они су га чак и анализирали. Иако нисам о томе желео да причам, прошле године награђени смо у Италији, а ове године позвани смо на европски конгрес (који) да изнесемо своја искуства у вези са информатичким менаџ-



Управна зграда КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ Дедиње



Улаз у Железничку болницу



Зграда Болнице за деčје плућне болести и твц



Клиника за урологију

ментом. За исти посао на хирургији, успели смо да просечну дужину хоспитализације смањимо око пет пута, са нешто изнад шест на 1,2 дана.

Један кревет на хирургији „види“ годишње 180 болесника, што звучи невероватно, нарочито ако се узму у обзир перформансе и оперативни програм. На хирургији, „сужењој“ каква јесте, радимо исти посао као пре, осим збрињавања хитних хируршких случајева. То се осетило као проблем у граду. Испали смо из хитне службе за хирургију, за хитне коронарне болеснике, јер немамо услова, немамо коронарну јединицу.

Данас на кардиологији имамо, да кажемо, једну „приручну“, малу интензивну негу у коју се примају сви болесници опште интерне неге, метаболички, ендокрини, пулмонални, кардијални, али немамо за акутни коронарни синдром, што недостаје Београду. Ургентни центар је преоптерећен, зато што је КБЦ „Мишовић“ са 120 хируршких кревета и 75 кревета интерне клинике испао из хитне службе. Иначе, оста-

ла одељења: урологија, деçје, ОРЛ – имају хитну службу.

Из несреће сће извукли максималне ђоуке?

Несрећа коју смо имали подстакла нас је на размишљање о економичности, о побољшању перформанси, о квалитету. Ми смо, као прва терцијарна установа, храбро ушли у процес акредитације. Био је то озбиљан посао у установи која је тада имала једва 15 рачунара. Сада је свако радно место, како лекарско, тако и сестринско, опремљено компјутерским терминалом са информационом системом. Готово све можемо да фактуришемо из система, а кад смо почели да радимо то је било свега 17 одсто. Ушли смо у реакредитацију, док остале установе које су биле укључене у пилот-програм акредитације, нису то учиниле. Акредитација је озбиљан посао и много је допринела повећању квалитета услуга. Уверен сам да треба подржати да постане обавезни део сваке здравствене установе за посао који треба да обавља.

ГОВОРМ БРОЈКИ

КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ има 1.131 запосленог, од којих је 180 лекара специјалиста, 27 лекара на специјализацији и пет клиничких лекара, 643 здравствених радника, 11 здравствених сарадника, осам биохемичара и фармацеута. Током 2013, хоспитализовано је 15.354 болесника, урађено је готово 13.000 операција, 300.000 амбулантних прегледа и 1.177.870 лабораторијских услуга. У савремено опремљеном породилишту рођене су 2.103 бебе, а укупно је од поновног отварања породилишта, 2. септембра 2009, до краја 2013. рођено је 2.196 беба.

Које су најважније користи од акредитације?

Акредитација подиже безбедност болесника, сигурност, квалитет рада и доприноси да може да се, кроз процедуре, процени свачији рад и

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>

55 <



ЛАБОРАТОРИЈА



ОДЕЉЕЊЕ ХЕМОДИЈАЛИЗЕ

одговорност. Лако се идентификује ко је за шта одговоран, како персонално, тако и свака тачка где има проблема, али и тачка где се добро ради. Акредитација је КБЦ „Мишовић“ доста допринела да се уведе један систем из кога иду наизглед неважне ствари на подизању квалитета: смањење броја нежељених догађаја, побољшање квалитета хигијене, исхране. Код нас акредитација није обавезна. У земљама нашег окружења, акредитацији се придаје велики значај и она је обавезна. Ми смо народ који треба понекад натерати да ради. Притом, наш Центар имао веће иницијалне трошкове од очекиваних, али у Фонду то није препознато. Примера ради, акредитованој установи требало би повећати средства за материјалне трошкове у тој иницијалној фази, јер ће процедуре усвојене у акредитацији сигурно смањити трошкове, било индиректно или директно. Иако је у почетку процеса акредитације било отпора, кад се уведе ред – то свима одговара.

И увођење њлањања по ДРГ неће бити једноставно?

Ми смо били спремни да први то урадимо, пре него што то постане обавеза. Понудили смо Фонду да будемо пилот-установа. Знали смо да ће бити проблема, јер то није баш једноставно. Брзо смо савладали и уочили бројне проблеме. Да је радила мања установа онда бисмо их уочили и кориговали, тако да би се избегло да и други имају те проблеме. Међутим, сада су ти проблеми акумулирани, има их доста, и прилично се инертно на њих реагује.

Задовољан сам оним како смо ми то урадили. Помогли смо да се направи нова номенклатура, класификација, нове шифре. Фонд се ту

ПРОШЛОСТ ЗА УГЛЕД

КБЦ „Др Драгиша Мишовић – Дедиње“ има дугу традицију чији почеци задиру у прву половину двадесетог века. Тадашње Друштво београдских женских лекара је од господина Ђорђа Вајферта добило на поклон земљишни посед на углу пута за Топчидер и пута за Дедиње. Под високом заштитом ЊКВ Краљице Марије, единбуршки Комитет шкотских жена одлучио је у знак сећања на храбру лекарку др Елси Инглис (Elsie Inglis) подигне болницу која ће носити њено име. У октобру 1922. године започиње изградња Меморијалне болнице Др Елси Инглис за жене и децу, да би прве болеснике примила јануара 1930. године.

Данас су у саставу КБЦ „Др Драгиша Мишовић – Дедиње“ налазе: Клиника за хирургију, Клиника за анестезију и реаниматологију, Клиника за интерну медицину, Клиника за урологију, Болница за психијатрију, Болница за неурологију, Болница за деље плућне болести и ТБЦ, Болница за гинекологију и акушерство, Болница за ОРЛ, Служба за лабораторијску дијагностику, Служба за радиолошку дијагностику, Служба за ендоскопију, Служба за трансфузиологију, Служба за научну, истраживачку и образовну делатност, Служба здравствене неге и болничка апотека.

највише на нас ослонио. Међутим, ту постоји гомила проблема и неразумевања. Доктори треба да комуницирају са администрацијом, али администрација нема ту флексибилност да одмах прихвати наше примедбе које се покажу као оправдане. То нам је искуство из увођења информационог система Heliant Health: ми смо „дизали“ модуларно и лабораторију и апотеку тако да се сада цена услуге код нас исказује одмах као фактура према Фонду, али се, такође, види колико је који доктор урадио посла. Свака таблета евидентира се по имену, по дану, по одељењу. Постоји контрола трошења лекова. Сваком лекару на рачунару се појави црвено упозорење да не може одређени лек да примени, јер није у складу са дијагнозом. Уколико се, ипак, догоди да неко ординира нешто што не треба, онда је то учинио својом вољом. Ако је то мимо правилника, неко то мора да плати, јер то држава није уговорила. У случају да лекар сматра да баш одређени лек треба дати, кроз стручни савет иде предлог према РФЗО да се то уврсти.

Успели смо у читавој овој несрећи коју смо имали, са преполовљеним капацитетима, да се одржимо на нивоу извршења посла који смо имали раније, самим тим заслужили смо да потпишемо уговор са Фондом и да све то што радимо буде плаћено кроз наше плате и да пацијенти буду задовољни услугама које се овде обављају. Наравно, постоје примедбе на скученост простора, јер у простору где је била једна амбуланта сада их има – пет. И ту може да се осети гужва, али настојимо да заказивање буде врло прецизно.



ОПЕРАЦИОНА САЛА

Имаће велики обим посла, а јужве не постоје ни у једном делу Центра. Како то постоје?

Моја је жеља да укинем све чекаонице. Шта ће чекаонице у болници? Болесник кад дође, треба да буде примљен, прегледан. Понудио сам домовима здравља Вождовац и Стари град да имамо директан „линк“ – да наше листе за заказивање прегледа и операције буду отворене, доступне свима, тако да лекар из дома здравља директно може да закаже преглед код специјалисте у КБЦ „Мишовић“, без слања упута. Онда би лекар у КБЦ, увидом у компјутерску евиденцију, знао тачно шта треба да буде урађено, који су налази већ урађени у дому здравља, без „шетања“ болесника тамо-овамо.

Колико љажње установа на чијем сје чело припадају континуираној едукацији лекара?

Успели смо досад да из сопствених средстава финансирамо све едукације које смо радили. Међутим, од првог јануара укидају се сопствена средства, и онда ћемо сви бити у проблему. То ће морати да се реши, а да се едукација плаћа из средстава која би Фонд обезбедио за ту намену.

Имаће ли довољно лекара и других медицинској особља, сразмерно пошребима?

У овом тренутку, према застарелим, архаичним нормативима, ми имамо вишак лекара, док је у пракси тај број лекара недовољан за оба-

вљање посла. На папиру, имамо 36,7 одсто мање сестара, а 19,8 вишка доктора. Проблем су спремачице, сервирке, кухиња – услуге за које могу да буду ангажовани и радници изван куће, уместо организовања кухиње, вешераја. Ако се путем тендера обезбеде услуге као што је прање веша и спремање хране, мислим да ће се побољшати ангажовање приватног сектора. Кад је део КБЦ изгорео, остали смо без кухиње и вешераја, ушли смо у тендер за набавку исхране болесника. То се више исплати него ангажовање наше кухиње. Данас могу да захтевам да то буде квалитет који је уговорен, да контролишем онога ко испоручује, јер је то његова обавеза. Много је лакше функционисати на тај начин, него да имамо раднике који неретко кажу да неће да раде за те паре. Побољшава се свест о томе, а онда би се, с једне стране, у здравственом систему смањило број немедицинских радника који нас оптерећује, а с друге – стимулисао приватни сектор. И економски ефекат био би бољи.

Најављују се велике уштеде на лековима. Каква су ваша искуства?

Велика је уштеда на лековима. Ми смо кренули са 150 милиона уговарања, па смо смањили на пола – за исте лекове и исту количину. Централизоване набавке смањују цену лекова. Ако годишње трошимо за лекове више од 40 милијарди, а смање цене лекова за 15 одсто, односно шест милијарди, то је велика уштеда.

Фонд коректно плаћа оно што је уговорено. Нема оправдања за тврдње неких здравствених установа да

Фонд нешто није платио – уколико се држе правилника и уговора, и има довољно пара у оквиру онога што су уговорили и урадили. Нема стаплера који ми потрошимо да није плаћен. Не може да се плати сто, ако је урађено 30, а купљено стотину.

Мислите ли да се треба промени сав зајослених у државном здравству?

За плате здравствених радника у оквиру система одлази готово половина укупног буџета РФЗО – око 100 милијарди. То су велике цифре. Треба скупити те паре. Људи треба да разумеју да ће морати „дебело“ да одраде овај посао како би га сачували. То је заблуда која више неће моћи да се толерише. Нико неће да плаћа нешто што не постоји и што се не ради. Објективно гледано, ако мени треба 10 људи за један посао, а има нас 15 или 20 – мораћемо да направимо компромис да ли да се солидарисемо, пристанемо да делимо неку суму новца или да се примени неки други систем.

У Америци доктори потписују уговоре на три године. Нико не ради мање од 300, чак и 350 раде резиденти. Лежерности, која је до сада постојала од самог уласка у државни систем, ускоро више неће бити. Има добрих идеја. Ако смо изједначили државни и приватни сектор – Фонд треба да направи конкуренцију, јер он уговара посао, плаћа услугу, свеједно да ли је пружа државна или приватна болница. Довешће се све у ред. Важно је да оно што радите код куће – радите и у вашој болници.

Какви су планови за 2015. годину?

Планови су ограничени. Ове године средства у буџету за занављање опреме су минимална и прилагодимо се томе. Покушавамо да редовно сервисирамо сву опрему, али је то тешко. Све здравствене установе су у сличном проблему, сви су тендери проблематични, јер се јављају којекакве фирме, „обарају“ тендере, а онда се на то споро реагује – чак и месеци прођу док се донесе решење. Оног тренутка кад се поднесе приговор, без обзира да ли ће бити одбијен, тендерска процедура се зауставља а нама су „везане руке“. Ипак, очекујем да се реконструкција настави идуће године.

Јасмина Томашевић

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>

ПОЛИКЛИНИКА „МД ДР МИЛУТИНОВИЋ“ У ПАНЧЕВУ

ПАЦИЈЕНТ УВЕК У СРЕДИШТУ ПАЖЊЕ

// ПОУЗДАНА И КВАЛИТЕТНА ДИЈАГНОЗА У НАЈКРАЋЕМ МОГУЋЕМ ПЕРИОДУ – „РЕЦЕПТ“ ЈЕ КОЈИ ВЕЋ 19 ГОДИНА У ПРИВАТНОЈ ПРАКСИ УСПЕШНО ПРИМЕЊУЈУ ДОКТОРКЕ ДРАГАНА И МИЛАНА МИЛУТИНОВИЋ //



САВРЕМЕНА ОПРЕМА ОМОГУЋАВА ПРЕЦИЗНУ ДИЈАГНОСТИКУ



Др Драгана Милутиновић



Др Милана Милутиновић

Поликлиника „МД др Милутиновић“, међу првима у Панчеву, почела је да ради 5. новембра 1995. године као ординација опште медицине. У то време, пре 19 година, био је веома храбар корак на који су се одлучиле др Драгана Милутиновић и др Милана Милутиновић, рођене сестре, крећући у несигурне воде приватне праксе. У то време обе су биле лекари опште праксе и веома кратко радиле у државном здравству. Стицај околности, али вероватно и визија за будућност коју су имале, допринео је да започну приватни посао.

Поликлиника је смештена у простору од 150 квадратних метара који је наменски грађен за потребе лекарске ординације. Састоји се од шест ординација опремљених савременим уређајима који омогу-

ћавају брзу и сигурну дијагностику. Поликлиника има и улаз за тешко покретне и непокретне пацијенти и инвалиде.

Током 19 година постојања Поликлиника МД развијала се, унапређивала свој рад и техничку опремљеност. У тој кући нарочито се поносе ултразвучним апаратом најновије генерације Medison Sonoace 8000 Live који омогућава изузетну прецизност у дијагностичким процедурама.

– Како смо у техничком смислу унапређивале ординацију, тако је и био циљ да и себе у стручном смислу усавршавамо. Обе смо завршиле специјализације из наше ординације, сестра др Милана Милутиновић, специјализацију дерматовенерологије, а ја интерну медицину – објашњава др Драгана Милутиновић.

Године 2003. ординација је прерасла у Поликлинику која данас пружа услуге свих субспецијалистичких грана интерне медицине, неуропсихијатрије, гинекологије и акушерства. Др Милана Милутиновић је 2010. године отворила у Београду, у пријатном простору у Пожаревачкој улици 32, „Life Derma“ ординацију за дерматовенерологију и антиејдинг.

– Наш основни принцип и циљ рада је помоћи пацијенту. Изузетна екипа стручних, едукованих и надамце љубазних запослених уз лепу реч и емпатију према пацијентима остварује тај циљ. Желеле смо, а мислим и успеле, да се пацијенти код нас пријатно осећају и имају поверења у наш рад. Потпуна посвећеност пацијентима и код нас је заиста пацијент у центру пажње. Прегледи се заказују, паци-



ПРЕНОСИМО ИЗ ДРУГИХ ГЛАСИЛА

јенти добијају квалитетну услугу у најкраћем могућем периоду, али се веома води рачуна и о финансијском аспекту: да пацијент обави само неопходне прегледе како би на најбржи начин дошли до адекватне дијагнозе – каже др Драгана Милутиновић.

У Поликлиници се обављају прегледи у оквиру интерне медицине и свих субспецијалистичких грана: кардиологије, ендокринологије, гастроентерологије, хематологије, алергологије. Такође се раде и неуролошки и психијатријски прегледи, комплетна ултразвучна дијагностика: абдомен, мала карлица, штитаста жлезда, дојке, мека ткива, срце, доплер крвних судова, кукови код деце.

Одласци у кућне посете уобичајени су начин рада јер нам омогућавају да остваримо циљ рада – адекватну и доступну бригу о нашим пацијентима. Поликлиника МД јединствена је у Панчеву, а једна од ретких приватних медицинских кућа у читавој Србији које имају организовану психо-физичку припрему за труднице и природни порођај.

У ординацији за дерматологију у Београду ради се: лечење акни, проблематичне коже, третмани чишћења лица, пилинг, скидање вирусних брадавица, младежа, мезотерапија, мезонити, филери, склерозација капилара, антицелулит терапија...

Такође, обављају се гинеколошки прегледи, ултразвук вагиналног и абдоминалног сондом, колпоскопија, Папаниколау, брисеви, лечење стерилитета, вођење трудноће, брисеви на Chlamidii, Mycoplasma, Ureaplasma...

– Пре готово две деценије била сам убеђена да ће веома брзо приватна пракса постати део здравственог система Србије и да је то неминовно, да ће нам то омогућити да не будемо „лекари другог реда“, иако се никада нисам тако осећала. Скоро читаву деценију борим се да докажем да је приватни здравствени сектор од непроцењиве вредности за наше пацијенте, али и за читав здравствени систем и државу. Покушавала сам то са места Председника Управног одбора Лекарске коморе Србија, а данас то чиним као председник Скупштине Асоцијације приватних здравствених установа и приватних пракси. И даље се надам да ћу успети у томе – каже, уз осмех, др Драгана Милутиновић. //

Финансијска одрживост кућног лечења у здравственом систему Републике Србије

(Рај је преузет из часописа Српски архив за целокупно лекарство, чији је издавач Српско лекарско друштво, свеска мај-април 2014, уз сагласност издавача коју је потписао проф. др Павле Миленковић)

УВОД

Кућно лечење и нега је вид организовања здравствене заштите чији је циљ пружање низа здравствених услуга особама свих узраста у кућним и условима непосредног социјалног окружења, које обухватају: палијативно лечење, промоцију здравља и едукацију, терапијске интервенције, негу при крају живота, рехабилитацију, подршку и одржавање, социјалну адаптацију и интеграцију с обезбеђивањем подршке чланова породице или старатеља оболелих особа. Државе са дугом традицијом кућног лечења, попут Канаде, сматрају да је кућно лечење есенцијална подршка индивидуалним потребама болесника, али и важна карика у контроли фактора ризика од нових компликација хроничних обољења, те да кућно лечење и нега имају важан утицај и на одрживост здравственог система уопште [1]. То су, пре свега, земље с повећањем броја старих болесних особа које дуго живе с хроничним незаразним обољењима, па сходно овоме, само у Онтарију је уложено 1,9 милијарди канадских долара у кућну негу, што чини 4,1% укупног улагања у развој њиховог здравственог система. Насупрот овоме, земље попут Велике Британије имале су дуг пут (више од 30 година) у институционализацији кућног лечења и неге, јер су тада постојеће установе секундарне здравствене заштите испољиле бојазан да ће кућно лечење испразнити њихов буџет и капацитете [2]. Економска криза у Републици Србији (РС) довела је до тога да су све услуге у систему здравствене заштите потцењене постојећим начинима плаћања и недостатком

финансијских средстава. Врло малим средствима која се одвајају из здравственог буџета за кућно лечење и негу доводи се у питање опстанак ове врсте здравствене услуге у РС. Зато смо сматрали важним да утврдимо трошкове здравствених услуга кућног лечења и неге, као и цену посете једне екипе за пружање поменутих услуга, која је неопходна за одрживост институције кућног лечења и неге у примарној здравственој заштити (ПЗЗ) РС.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је била анализа исплативости два модела организације кућног лечења и неге у ПЗЗ с проценом одрживе цене једне посете екипе за кућно лечење.

МЕТОДЕ РАДА

Урађена је економска процена коштања услуга кућног лечења и неге у 2011. години [3]. Развијена је структура искључиво фиксних трошкова кућне неге према званичним нормативима РС, као и фиксних трошкова пружања услуга кућног лечења у Дому здравља „Нови Београд“. Обрачун цена услуга за кућно лечење извршен је према ценовнику Републичког фонда за здравствено осигурање (РФЗО).

Структура фиксних трошкова и израчунавање цене пружања услуга кућног лечења према званичним нормативима Републике Србије (модел 1)

Једна екипа за кућно лечење, према нормативима, састоји се од барем једног лекара специјалисте

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

59 <

опште медицине и једне медицинске сестре. Уговорени просечни број посета на дан са РФЗО је осам посета дневно, док је потребна једна екипа за кућно лечење на 25.000 становника. Једна екипа ради 20 радних дана. Да би се рад нормално одвијао, потребно је да постоји најмање једно возило (класе „југо“) на две екипе за кућно лечење. Укупни трошкови кућног лечења и неге организованих по моделу 1 на месечном нивоу израчунати су према формули:

бруто плате лекара и сестре + трошкови за возило
 Трошкови за возило у раду екипе организоване по моделу 1 на месечном нивоу израчунати су према формули:

(гориво за пређених 200 километара по једном дану рада две екипе + уље + гуме + амортизација на седам година за цену возила од 7000 евра + регистрација) / 2
 Одржива цена једне посете екипе за кућну негу по моделу 1 израчуната је према формули:

укупни трошкови / (број радних дана × просечан број уговорених посета / дан)

Просечан број првих прегледа у односу на просечан број контролних прегледа на месечном нивоу био је 1:3.

Структура фиксних трошкова и израчунавање цене пружања услуга кућног лечења у 2010. години у Дому здравља „Нови Београд“ (модел 2)

У служби су радила два тима за кућно лечење сваког радног дана, суботом, недељом и празником. Састав једног ужег тима чинили су лекар и три медицинске сестре, који су користили четири теренска возила. Уговорени просечни број посета лекара кућног лечења на дан је осам посета дневно.

Укупни трошкови кућног лечења и неге организованих по моделу 2 на месечном нивоу израчунати су према формули:

бруто плате лекара и сестре + трошкови за возила

Трошкови за возила у раду екипе организоване по моделу 2 на месечном нивоу израчунати су према формули:

гориво за пређених 100 километара по једном дану рада две екипе + уље + гуме + амортизација на седам година за цену возила од 7000 евра + регистрација) × 2

Одржива цена једне посете екипе за кућну негу по моделу 2 израчуната је као и код модела 1 према формули:

укупни трошкови / (број радних дана × просечан број уговорених посета / дан).

Такође је израчуната према просечном оствареном броју посета лекара и сестара на месечном нивоу по формули:

укупни трошкови 2 / (број остварених посета лекара и сестара на месечном нивоу)

Цене услуга за кућно лечење према ценовнику РФЗО

Према ценовнику РФЗО, на нивоу ПЗЗ примењују се следеће цене за уговарање услуга за кућно лечење: први преглед лекара специјалисте кошта 353,74 динара, а други и сваки наредни преглед 257,76 динара. Преглед лекара на терену је услуга коју РФЗО не уговара са установама ПЗЗ за кућно лечење, иако она постоји у званичном ценовнику и износи 881,59 динара. У ценовнику РФЗО постоји и цена неге болесника у стану, која је 391,00 динар, али не може увек да се наплати, иако медицинска сестра увек прати лекара у посети екипе кућне неге. РФЗО одобрава и трошкове амортизације возила са додавањем коефицијента од 0,2 за сваку посету екипе за кућно лечење.

Сви трошкови биће изражени и у еврима по средњем курсу Народне

банке Србије на дан 20. октобра 2011. године јер тржишну цену горива и других трошкова за возила реално одражава евро, док плате лекара и сестара стагнирају на динарском нивоу због економске кризе.

За приказ трошкова и остварених броја посета коришћене су методе дескриптивне статистике (аритметичка средина и сума).

РЕЗУЛТАТИ

Укупни месечни трошкови кућног лечења и неге организованих према моделу 1 били су 1.906,50 евра по екипи, а према моделу 2 3.626 евра по екипи. Разлика у трошковима настала је због већих трошкова плата екипе кућног лечења и неге организованих према моделу 2, као и бруто трошкова за возила. Упоредни приказ структуре са спецификацијом трошкова за оба модела дат је у табели 1.

Када се укупни месечни трошкови рада екипе према моделу 1 поделе са 160 уговорених месечних прегледа, добија се цена једне посете екипе за кућну негу од 11,92 евра, што је око 1.200 динара по посети. Узимајући у обзир да је просечан број првих прегледа у односу на просечан број контролних прегледа на месечном нивоу 1:3, добија се следећа рачуница: (160 посета / 3) × 353,74 динара + (160 посета × 2/3) × 257,76 динара = 18.866,13 динара + 27.494,40 динара = 46.360,50 динара, или приближно 463,60 евра. На

Табела 1. Упоредна структура трошкова рада једне екипе за кућно лечење и негу на месечном нивоу организованих према два различита модела

Структура трошкова	Трошкови на месечном нивоу (евро)	
	Модел 1	Модел 2
Бруто плата једне екипе за кућну посету	1,500	2,500
Гориво за пређених 200 километара по једном дану рада две екипе	500	-
Гориво за пређених 100 километара по једном дану рада једне екипе	-	250
Уље	13	13
Аутомобилске гуме	50	50
Амортизација на седам година за цену возила од 7000 евра	100	100
Регистрација возила	150	150
Бруто трошкови возила	406.50	1,126
Укупни трошкови рада једне екипе за кућно лечење	1,906.50	3,626.00



овај износ РФЗО додатно одобрава и трошкове амортизације возила са додавањем коефицијента од 0,2, па је цена једне посете по екипи укупно 556,32 евра месечно.

Када се укупни месечни трошкови рада екипе према моделу 2 поделе са 243 просечно уговорених посета, добија се цена једне кућне посете по свакој екипи од 15 евра, што је око 1.500 динара по посети. Међутим, како је остварени просечан број посета леченим пацијентима на месечном нивоу износио 366 посета по екипи (посете лекара и посете медицинских сестара без лекара, за пружање неге пацијентима), уочава се да је цена једне посете по екипи била 9,91 евро, што је око 1.000 динара.

ДИСКУСИЈА

РФЗО при начину уговарања приказаном у моделу 1 месечно не исплаћује стварне трошкове кућног лечења, већ ове трошкове умањује за разлику од 1.349,20 евра на месечном нивоу. Уколико би се извршио прорачун на цену која постоји у ценовнику РФЗО (али која се приликом уговарања услуга кућног лечења са РФЗО не примењује), а која се односи на цену прегледа лекара на терену од 881,59 динара, онда би трошкови које би установа ПЗЗ могла да покрије за кућно лечење приликом 160 месечних посета била 141.054,40 динара, што је приближно 1.411 евра. Уколико би се на ову основу додало 20% за трошкове за возила, добија се износ од 1.693,20 евра месечно, што је за свега 213,30 евра мање од стварних месечних трошкова рада једне екипе за пружање здравствених услуга за кућно лечење болесника нормираних на 25.000 становника на месечном нивоу.

Да би установе ПЗЗ могле да исфинансирају горепоменуту разлику за кућно лечење болесника, морале би да наплате партиципацију од пацијента у износу од 1,33 евра, односно 133 динара, што углавном није могуће, будући да је знатан број ових пацијената ослобођен плаћања партиципације (особе с малигним обољењима) или су у питању особе веома лошег социоекономског стања. Други начин покривања трошкова кућног лечења јесте дотирање кућног лечења из других – најчешће локалних – из-

вора финансирања (општина, град, округ, регион).

На основу просечно уговореног броја посета и уговорених цена РФЗО по моделу 2, који је реализован у Дому здравља „Нови Београд“, уочава се да трошкови посете по екипи за кућно лечење не могу да се покрију наплаћивањем од РФЗО ни трошкова првог, ни трошкова контролног прегледа лекара, као ни трошкова сестринске неге болесника при сваком прегледу. РФЗО трошкове сестринске неге не одобрава увек, већ поставља посебне нормативе када се то може урадити, без обзира на то што с лекаром у кућну посету увек иде и медицинска сестра. Међутим, поменути трошкови би могли да се покрију без дотирања из других извора уколико би уговорена просечна цена посете за кућно лечење при уговарању услуга установе са РФЗО била 881,59 динара, са додатком од 20% за трошкове превоза и одржавања возила. Ово показује да је модел 2, где је организационо у тим укључен већи број медицинских сестара и већи број возила, исплативији од модела 1, где екипу која одлази у кућне посете чине један лекар и једна медицинска сестра, а једно возило је на располагању двома екипама.

Питање одрживости кућног лечења и неге и исплативости цене кућне посете екипе за кућно лечење је једно важно питање, док је друго – како установити цену кућног лечења у појединим групама болесника у односу на ефикасност кућног лечења у РС. У нашој земљи постоје извештаји о ефектима кућног лечења особа са психијатријским обољењима, где раде екипе за кућно лечење и негу хетерогеног профила стручњака (психијатар, социјални радник, психолог, неуролог, медицинска сестра) [4, 5], али не постоје економске анализе којима морају да претходе епидемиолошке студије и анализе. Економске анализе у здравству РС генерално недостају и тек спорадично се у појединачним извештајима одговара на важна питања економске оправданости одређених здравствених интервенција [6, 7]. Добро планираних епидемиолошких студија у нашој земљи, попут оне о хроничним незаразним обољењима, такође нема довољно [8, 9], као ни студија квалитета живота у вези са здрављем

[10, 11, 12] и задовољства болесника [13, 14] пруженим услугама, тако да, чак и уз претпоставку да се оне изведу о кућном лечењу и нези, такви епидемиолошки резултати не би имали са чим да се упореде у истим групама болесника који се лече у другим видовима ПЗЗ, а нарочито у установама секундарне здравствене заштите.

С друге стране, ефикасност кућног лечења добро је документована у многим студијама. Домаћа истраживања квалитета здравствене заштите у условима кућног лечења на клиничком ентитету хроничне инсуфицијенције срца [15] показала су у компаративној анализи једнаку ефикасност лечења особа са инсуфицијенцијом срца и у болничким и у кућним условима, уз знатне уштеде у дужини лечења у кућним условима, трошкова за помоћну дијагностику, те хематолошке и биохемијске анализе [16]. У Великој Британији је показано да се укључивањем кућног лечења и неге код болесника с хроничном опструктивном болешћу плућа (ХОБП) значајно смањује број болничких дана за око 10 дана, повећава задовољство болесника, смањује притисак за коришћење болничких постеља и смањује број смртних исхода приликом хоспитализације због погоршања болести, што доводи до укупног смањења трошкова лечења болесника са ХОБП [17]. Процењено је да се на само помених 9–10 дана лечења од ХОБП одваја 70% укупних трошкова лечења особа с овим обољењем на годишњем нивоу [18, 19]. Слични резултати ефикасности кућног лечења и неге болесника са ХОБП добијени су и метаанализом Кохрановог института [20]. Такође, постоје многи извештаји о потреби за кућним лечењем и негом болесника после инфаркта миокарда ради превенције тешких секвела [21, 22]. Многе земље, међу којима се посебно истиче Немачка, врше велике рандомизираних студије управљања ризиком код старих болесника с акутним инфарктом миокарда, где се пореде резултати кућног лечења и неге с периодичним посетама ових болесника стационарним установама [23]. У току је и рандомизирана студија поређења ефикасности кућног лечења и неге у односу на болничко лечење код старих особа с вишеструким морбидитетом, јер

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

61 <

је добро познато да само мали број ових болесника има једно хронично обољење [24].

Код особа с малигнитетом још нису усаглашени ставови о свим до-бробитима које овим болесницима доносе кућно лечење и неге јер се тек утврђују стадијуми малигних обољења у оквиру којих би болесници имали посебну корист од кућног лечења и неге у погледу опоравка после хируршких захвата, вештачке исхране, раног препознавања поремећаја расположења, рехабилитације, помоћи у прихватању нових животних околности у вези с малигним обољењима, унапређења квалитета живота и општег здравственог стања ових болесника [25]. Такође постоје извештаји да се у болничким условима не успоставља увек добра комуникација медицинских сестара са болесницима на продуженој нези и лечењу, оперисаним особама пред отпуст са хирушког лечења и болесницима са психијатријским обољењима, који теже прихватају живот са бољешћу [26]. Болесници који лошије комуницирају могу да мају гору комплијансу и пријемчивост за већину медицинских интервенција. Сматрамо да би комуникација болесника с медицинском сестром могла да буде боља у условима кућног лечења и неге, чиме би и комплијанса и пријемчивост медицинских интервенција биле боље, задовољство болесника веће, а побољшао би се и њихов квалитет живота.

ЗАКЉУЧАК

На основу резултата истраживања сматрамо да одобрене цене које се користе приликом уговарања услуга кућног лечења и неге са РФЗО нису финансијски одрживе. Разлог за овакву ситуацију је у недостатку средстава у здравственом систему РС која су намењена за пружање услуга кућног лечења и неге у ПЗЗ. Неопходна додатна новчана средства за одрживост кућног лечења и неге Министарство здравља и РФЗО могли би да нађу укључивањем у пројекте који се врше у здравственим системима других земаља које већ имају позитивна економетријска искуства с кућним лечењем и негом. На тај начин би се материјална средства за рад екипа кућног лечења и неге у нашој земљи обезбедила и преко пројекта-

та из буџетских средстава Европске Уније и других међународних извора намењених за јачање цивилног сектора, те би се ублажио и проблем незапослености квалификованих младих стручњака који би могли да се укључе у кућно лечење и негу.

Одрживост кућног лечења и неге од пресудног је значаја за уштеду ресурса болничког лечења, у које је у протеклој деценији у РС неупоредиво више уложено него у лечење у ПЗЗ. Изналажењем решења за одрживост кућног лечења и неге истовремено се решава финансијска одрживост целокупног здравственог система у РС.

Дејан Константиновић, Весна Лазаревић, Валентина Миловановић (Дом здравља „Нови Београд“, Београд, Србија); **Мирјана Лапчевић** (Дом здравља „Вождовац“, Београд, Србија); **Владан Константиновић** (PSTech, Београд, Србија); **Мира Вуковић** (Здравствени центар, Ваљево, Србија)

ЛИТЕРАТУРА

1. Ontario Home Care Association. Home Care in 2010 – Essential for an Aging Population. Available from: <http://www.homecareontario.ca/public/docs/publications/position%20papers/2010/home-careessential-for-an-aging-population.pdf> [Accessed Sept 2010].
2. LaVor J, Callender M. Home health cost-effectiveness: What are we measuring? *Med Care*. 1976; 14:866-72.
3. Konstantinović D, Lazarević V, Milovanović V, Konstantinović V. Tri decenije Službe za kućno lečenje i negu Doma zdravlja „Novi Beograd“. *Opšta medicina*. 2011; 17(3-4):123-30.
4. Stamatovic-Gajic B, Lecic-Tosevski D, Gajic T, Djukic-Dejanovic S, Maksimovic M, Vukovic M. Changing framework of services – to wait or not to wait? *J Ment Health Policy Econ*. 2011; 14:S33-4.
5. Čorić B. Služba za kućno lečenje odraslih kao deo sveobuhvatne psihijatrijske zaštite. *Psijatrija danas*. 199; 27(1):77-101.
6. Majstorović B, Kastratović D, Vučković D, Milanković B, Miličić B. Analiza operativnih troškova u anesteziji – ABC analiza. *Srp Arh Celok Lek*. 2011; 139(7-8):501-8.
7. Vukašinović Z, Bjegović-Mikanović V, Janičić R, Spasovski D, Živković Z, Cerović S, et al. Strategic planning in a highly specialized orthopaedic institution. *Srp Arh Celok Lek*. 2009; 137(1-2):63-72.
8. Lapčević M, Vuković M, Dimitrijević I, Kalezić N, Ristić J. The effect of medicamentous and non-medicamentous therapy on lowering risk factors for cardiovascular and cerebrovascular episodes in an interventional study. *Srp Arh Celok Lek*. 2007; 135(9-10):554-61.
9. Lapčević M, Vuković M. Risk factors for chronic noncontiguous diseases: twelve-week prospective study. *Srp Arh Celok Lek*. 2004; 132(11-12):414-20.

10. Gvozdenovic BS, Mihailovic-Vucinic V, Ilic-Dudvarski A, Zugic V, Judson MA. Differences in symptom severity and health status impairment between patients with pulmonary and pulmonary plus extrapulmonary sarcoidosis. *Respir Med*. 2008; 102(11):1636-42.

11. Gvozdenović BS, Mitić S, Žugić VG, Gvozdenović AT, Lazović NM, Plavšić S. Relationship between degree of dyspnoea and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Srp Arh Celok Lek*. 2007; 135(9-10):547-53.

12. Lapčević M, Prvanov D, Đorđević S. Procena kvaliteta života obolelih od hroničnih reumatskih oboljenja. *Opšta medicina*. 2010; 16(3-4):113-23.

13. Gvozdenovic B, Zugic V, Vukovic M. Severity of asthma exacerbations and satisfaction with inhaled medication. *Chest*. 2006; 130:1635.

14. Gvozdenović BS, Žugić V, Lapčević M, Vuković M, Milošević S, Plavšić S, Orlović SZ. Relationship between respiratory symptoms and satisfaction with inhaled asthma medication. *Srp Arh Celok Lek*. 2006; 134(11-12):498-502.

15. Konstantinović D. Komparativna analiza lečenja hronične srčane insuficijencije u bolničkim i kućnim uslovima. *Opšta medicina*. 1995; 1(1):5-12.

16. Konstantinović D, Kostić N, Lazarević B, Stefovski A, Bingulac J, Petrović O, et al. Kvalitet života onkoloških bolesnika na kućnom lečenju. *Opšta medicina*. 1999; 5(1-2):17-24.

17. Utens CM, Goossens LM, Smeenk FW, van Schayck OC, van Litsenburg W, Janssen A, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of early assisted discharge for chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: the design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2010; 10:618-29.

18. Sullivan SD, Ramsey SD, Lee TA. The economic burden of COPD. *Chest* 2000; 117:55-9S.

19. Strassels SA, Smith DH, Sullivan SD, Mahajan PS. The costs of treating COPD in the United States. *Chest*. 2001; 119:344-52.

20. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; CD000356.

21. Preen DB, Bailey BE, Wright A, Kendall P, Phillips M, Hung J, et al. Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. *Int J Qual Health Care*. 2005; 17:43-51.

22. Lim WK, Lambert SF, Gray LC. Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge. *Med J Aust*. 2003; 178(6):262-6.

23. Kirchberger I, Meisinger C, Seidl H, Wende R, Kuch B, Holle R. Nurse-based case management for aged patients with myocardial infarction: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*. 2010; 10:29-36.

24. Parker SG, Oliver P, Pennington M, Bond J, Jagger C, Enderby PM, et al. Rehabilitation of older patients: day hospital compared with rehabilitation at home. A randomised controlled trial. *Health Technol Assess*. 2009; 13(39):1-143.

25. de Kok IM, Polder JJ, Habbema JD, Berkens LM, Meerding WJ, Rebelj M, et al. The impact of healthcare costs in the last year of life and in all life years gained on the cost-effectiveness of cancer screening. *Br J Cancer*. 2009; 100:1240-4.

26. Vuković M, Gvozdenović BS, Stamatović-Gajić B, Ilić M, Gajić T. Development and evaluation of the nurse quality of communication with patient questionnaire. *Srp Arh Celok Lek*. 2010; 138(1-2):79-84

//

Коментар

Непобитне користи од кућног лечења

После 30 година успешног функционисања службе за кућно лечење Дома здравља Нови Београд, и других таквих служби широм Републике Србије, апсурдно је водити полемику о корисности палијативног збрињавања оболелих у кући, јер су бројни радови прим. др Дејана Константиновића објављени у земљи и иностранству, доказали следеће:



1. Да је модел кућног лечења од 1981. године, када је ова служба основана по први пут, (оснивач прим. др Дејан Константиновић), наишао на одобравање од стране пацијената, њихове родбине, лекарског стајежа и здравственог система, јер је у Закон о здравственој заштити РС унета обавеза домова здравља да формирају овакву Службу.
2. Кућно лечење је организовано на територијалном принципу и остварује се као замена за болничко лечење или продужно болничко лечење на основу упута ординирајућег лекара на бази листе индикација за кућно лечење.
3. Прим. др Дејан Константиновић је својим проспективним истраживањима у раду „Компаративна анализа квалитета лечења хроничне срчане ин-

суфицијенције у болничким и кућним условима“ (Часопис Општа медицина, 1995; Вол 1 (свеска бр. 1 стр. 5-12), доказао је да је исход лечења овог клиничког ентитета исти у болничким и кућним условима, а cost-benefit анализа показује да је кућно лечење два пута јефтиније од болничког лечења и краће траје од болничког лечења.

4. На тај начин, отклоњене су све сумње у квалитет, ефикасност, ефективност и рационалност таквог модела лечења.
5. Комплетну cost-benefit анализу објавили смо у у раду Финансијска одрживост кућног лечења у здравственом систему Републике Србије (Д. Константиновић и сар. Српски Архив за целокупно лекарство 2013 год.) са надом да ће лидери здравствене политике предузети одговарајуће мере у области финансирања кућног лечења што је, испоставило се, било само изневерено очекивање.

Сем наведеног, прим. др Константиновић је 2011. објавио рад у часопису Општа медицина Вол.17 под називом „Три деценије службе за кућно лечење ДЗ Нови Београд“, који је до средине децембра 2014. имао 743 преузимања, или 247 годишње, односно 20,5 месечно Интернет преузимања од читалаца са три континента (Европа, Азија и Северна Америка).

Чудно је да после толиког времена треба поново водити полемику на ту тему, а још је чудније да лидери у области здравствене заштите и здравствених служби, нису препознали вишеструке користи од кућног лечења.

У данашње време, када се у Србији повећава број старих лица и оболелих од различитих врста малигнитета, не придаје се довољни значај кућном лечењу као облику рационализације здравственог система и погодном решењу палијативног збрињавања тешко оболелих лица.

Према ауторовим сазнањима, кућно лечење у последњој деценији трпи многе импровизације и одступања од оригиналног модела, а са друге стране Републички фонд за здравствено осигурање и Министарство здравља не сагледавају потребу да се финансијски и организационо подрже и развијају службе за кућно лечење, што је несхватљиво.



Прим. др Дејан
Константиновић
спец. опште медицине

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

Служба кућног лечења „рак-рана“ домовна здравља

Пише: прим. др Мирјана
Лапчевић, специјалиста
опште медицине



Све већи проблем представља лечење тешких пацијената и палијативно збрињавање у стану у Београду и читавој Србији. Служба кућног лечења постала је „рак-рана“ домовна здравља и изабраних лекара, јер је постало очигледно да актуелни руководиоци не умеју да реше овај проблем, а осим идеје која је била почетак за увођење ове организационе јединице, друга политичка воља за помоћ најтежим пацијентима не постоји.

У Граду Београду грађани имају право да се одреде за изабраног доктора на територији било које Београдске општине, без обзира у којој Београдској општини живе. Међутим, када им је потребно кућно лечење, приморани су да пренесу здравствени картон од изабраног лекара у дом здравља општине на којој живе. Начелници Службе опште медицине београдских домовна здравља на Колегијуму 1997. године у ДЗ Вождовац сложили су се да је хумано да сви пружамо услуге грађанима на општини становања уз упут за кућно лечење од изабраног доктора, без обзира у којој општини

ради. Ту одлуку смо и поштовали до пре неколико година, када је РФЗО престао да плаћа те услуге.

Др Дејан Константиновић је 2012, поводом 30 година Кућног лечења у ДЗ Нови Београд објавио рад у часопису Општа медицина. Рад „Финансијска одрживост кућног лечења у здравственом систему Републике Србије“ објавили смо 2013. године у Српском архиву за целокупно лекарство, са надом да ће рад бити видљивији. И био је. Као једном од аутора овог рада, писали су ми уредници из угледних светских часописа и тражили да, ако имамо још оваквих истраживања, јер су актуелна и интересантна, публикујемо у њима. Такође су ме позивали организатори стручних скупова у Кини и САД да са овом темом учествујемо на тим скуповима.

Само Министарство здравља Републике Србије и РФЗО, упркос чињеници да је рад пре свега био намењен њима и нашој стручној јавности, нису били заинтересовани ни да га коментаришу, а камоли искористе за добробит грађана који се суочавају са све већим проблемима када у породици имају болеснике које су из хоспиталних установа упутили на кућно лечење.

Надам се да ће већи број колега прочитати овај рад у Гласнику ЛКС, а можда и колеге из Министарства здравља РС и РФЗО-а, па да ће мо о томе расправљати на скупу посвећеном овој веома значајној теми. Поготову у тренутку када се озбиљно разматра потреба да се приватни доктори уведу у систем здравствене заштите на примарном нивоу. //

ЧЛАНАК ИЗ „EUROPEAN JOURNAL OF GENERAL PRACTICE“

Јачање примарне здравствене заштите – али како?

Почевши од 1978. декларацијом у Алма Ати, подршка, развој и јачање примарне здравствене заштите (ПЗЗ) су у политичким програмима у многим земљама. На основу пораста научних доказа да јака примарна здравствена заштита доприноси бољим резултатима здравственог система, учињено је више напора да се постигне тај циљ. У неколико држава су осмишљени нови модели примарне здравствене заштите, у другим су специјалисти обучавани за рад породичној медицини; у неким се изводе посебне обуке и основане су катедре породичне медицине за додипломско и последипломско учење.

Како било, не постоје докази да је било шта од овога било успешно. У Аустрији, примера ради, изјаве о јачању

примарне здравствене заштите могу се наћи у многим коалиционим споразумима у претходним законодавним периодима. Ипак, и даље константно опада интересовање младих лекара за рад у породичној медицини и расте одлив медицинских дипломаца у друге европске државе. Обећавајући приступ овом проблему даје садашња влада која планира да замени традиционалне соло ординације у мултидисциплинарни ПЗЗ тимове. Остаје да се види да ли ће ова мера преокренути правац садашњег тренда. Засновано на мом посматрању и искуству Аустрије и још неколико земаља, хтео бих да нагласим шта је потребно за јачање примарне здравствене заштите:

– Могуће је једино ако лекари породичне медицине имају чврсту позицију у здравственом систему коор-



динишући пролаз пацијената на различите нивое, било да га олакшавају или успоравају. Ако пацијент може сам да бира, као што је случај у Аустрији, на ком нивоу ће решавати свој здравствени проблем, то води ка оптерећењу болничких капацитета и подривању позиције лекара на примарном нивоу.

– Јачање примарне здравствене заштите се може постићи ако се стручност и рад лекара ПЗЗ препозна и уважи како од јавности, политичара, тако и од колега других специјалности. У стварности, тај сектор је често оптужен за било који проблем који се јави у здравственом систему – непотребно одлагање постављања дијагнозе, полифармацију или резистенцију на антибиотике.

• Јачање примарне здравствене заштите се не може постићи ако плата не одражава есенцијалну улогу ПЗЗ за ефикасност здравственог система. У већини земаља у поређењу са специјалистима других грана лекари породичне медицине су најмање плаћени; ово подстиче навику плаћања „испод стола“ у неким државама или одласка обученог кадра у другим.

• Јака ПЗЗ се може постићи једино кад су могућности и радни услови погодни. Ако приступ квалитетној терапији или дијагностици није обезбеђен, квалитетан кадар ће се тешко задржати на примарном нивоу.

• Јака ПЗЗ захтева добру додипломску едукацију студената за рад у њој. Како стоје ствари у Аустрији, Медицински факултети су вођени финансијским интересима Министарства за науку. Труде се да достигну високе стандарде истраживања, да побољшају импакт фактор и да регрутују клиничаре научнике за престижне и ускоспецијализоване области. Одговарајућа обу-

ка студената за практичан свакодневни рад није њихов приоритет.

• Јака ПЗЗ тражи одговарајућу постдипломску обуку у ординацијама породичне медицине. Напротив, она се у Аустрији редовно одвија у болницама где се постдипломци користе за административне и рутинске послове.

• Истраживачки рад у ПЗЗ се не може такмичити за базичним наукама (генетика, молекуларна биологија), али му се мора дати шанса.

• ПЗЗ се може окарактерисати као јака кад се препознају стални пионирски напори за побољшање учинка, истраживања и обуке. Нпр. неприхватање или чак отпор према: унапређењу квалитета, изради водича или обради за научне анализе и обавештавање стручне јавности, слаби положај породичних лекара.

Уопште, јачање ПЗЗ тражи више од пуког слова на папиру Декларације. Ако се само неки од ових аспеката не препозна, циљ ће тешко бити постигнут. Сви се они морају срести у разумном периоду. Очигледно, посвећеност свих актера, као и култура међусобног разумевања су неопходне.

Јачање примарне здравствене заштите захтева холистички приступ за савладавање вишеструких баријера.

Manfred Maier

Катедра опште медицине

Центар за јавно здравље

Медицински универзитет у Бечу, Аустрија

E-mail: manfred.maier@meduniwien.ac.at

(Текст превела прим. др Бранка Лазих)

Strengthening primary health care—but how?

Starting with the Alma Ata declaration in 1978, sustaining, developing and strengthening primary health care (PHC) has been on the political agenda of many countries. Based on ever increasing scientific evidence that strong primary care contributes to improved health system performance and on key publications that extend the declaration of Alma Ata (1), several efforts to accomplish its goals have been undertaken. In some countries, health care systems with new models of PHC services have been introduced. In other countries, specialists are re-trained for a few months in general practice/family medicine (GP/FM) to increase workforce for the primary care level (2). Some countries have introduced specialty training and specialty status in GP/FM and many medical schools have introduced chairs for GP/FM to facilitate teaching and research in FM for undergraduate and graduate students.

However, there is no evidence that the various efforts to strengthen PHC have been successful. In Austria for example, statements about strengthening PHC can be found in the coalition agreements from all recent legislative periods. However, there is a continuous decrease in the attractiveness of working in the primary care sector and an increasing brain drain of medical graduates to other countries in Europe. A promising approach implementing measures to strengthen PHC comes from the current government, which plans to facilitate the change from traditional solo practices of GP to multidisciplinary PHC teams. It remains to be seen, whether this plan with its necessary consequences for the health care sector will reverse the ongoing trends.

Based on my observations and experience from Austria and several other countries, I would like to point out what it needs to strengthen PHC.

• Strengthening of PHC can only be accomplished if general practitioners have a strong position in the health care system by coordinating access to specialized care and care across the different levels of health care (3). This includes the regulatory role of gatekeeping or gate opening. If patients, like in Austria, can freely choose the level of care for their health problem, this leads to high hospital admission rates for patients with ambulatory care sensitive



conditions and undermines the position of primary care.

- Strengthening of PHC can only be accomplished if the discipline and the workforce receive recognition and respect by the public, politicians and specialist colleagues for their work in the health care system. In reality, however, general practice is very often blamed for any problem the health care system may face such as unnecessary delays in diagnoses, polypharmacy or antibiotic resistance.
- Strengthening of primary care cannot be accomplished if the remuneration does not reflect the essential role of primary care for an efficient health care system. In most countries when compared to specialists, primary care physicians are paid the least; this supports or maintains the habit of 'under the table payment' in some countries or of brain drain of trained doctors in others (2).
- Strong primary care can only take place where the facilities and working conditions meet the needs of strong PHC. If access to state of the art medication, state of the art point of care testing or modern diagnostic procedures is not provided, the workforce for good PHC will be hard to recruit or to stay on at the primary care service level.
- Strong PHC requires comprehensive basic medical education for all students with adequate exposure to GP. However, in Austria the aims of medical schools are guided by the financial incentives provided by the

Ministry of Science. They are interested to achieve high research output as assessed by the cumulative scientific impact factor and to recruit highly specialized clinician-scientists for successful applications for research funding in prestigious and specialized areas of high scientific impact. Adequate training of students and future practicing doctors is not their priority.

- Strong PHC also needs specific training for graduates, who are best suited to care for unselected patients at the primary care level. However, postgraduate training for GP in Austria takes place almost exclusively at the hospital sector where trainees are needed for administrative and routine work rather than being appropriately trained for their future needs.
- Strengthening of PHC can only be accomplished if funding for competitive research in applied research and health services research is secured. If projects from GP/FM have to compete with projects from basic research such as genetics or molecular biology, the outcome is predictable. Similarly, appointing a chair of GP/FM at the university without providing resources to reach a critical size for functioning of the unit will not bring about a change.
- Primary care will only be recognized as strong if the field and its representatives are recognized as leaders and pioneers in their continuous efforts to improve the quality of training, research and services in GP/FM. For example, delayed acceptance of or even resistance to quality improvement, to guideline development or to coding of consultations for scientific analyses and

for informing health policy in Austria by physician representatives weakens the position of GP/FM.

Overall, strengthening primary care requires more than a policy paper with a declaration of intent. If only a few of the aspects outlined above are introduced, the goal to strengthen PHC will be hard to accomplish. In fact, several if not all of the necessary requirements have to be met at least in a reasonable period. Obviously, the commitment of all players involved and a culture of mutual understanding is necessary. Strengthening of PHC requires a true holistic approach overcoming the multifaceted barriers.

Manfred Maier
Department of General Practice
Centre for Public Health
Medical University of Vienna
Vienna, Austria

E-mail: manfred.maier@meduniwien.ac.at

REFERENCES

1. Expert panel on effective ways of investing in health (2014). Available at http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/003_definitionprimarycare_en.pdf (Accessed 16 October 2014).
2. Rachel R, Roberts R, Richardson E, Shakhin S, Shakhin V, Leon DA, et al. Health and health systems in the Commonwealth of Independent States. Lancet 2013;381:1145–55. Available at [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62084-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62084-4) (Accessed 16 October 2014).
3. van Weel C, Schers H, Timmermans A. Health care in The Netherlands. J Am Board Fam Med. 2012;25:512–17.

Из историје медицине

ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ:
ШАБАЧКА ОКРУЖНА БОЛНИЦА ОД 1885. ДО 1915.

Управници и лекари

Пише: прим. др Предраг Тојић

Квалитет сваке институције управо је пропорционалан вредношћу запослених појединаца у њој. Ова законитост важи и за шабачку Окружну болницу у њеном трајању у Кнежевини и Краљевини Србији од 1865. до 1915. године. Окружна болница у Шапцу одлуком Министарства унутрашњих дела и његовим Санитетским одељењем почела се градити 1865. године и свечано отворена 1866. године. Била је прва болница у Србији, грађена по европским архитектонским стандардима. Ко је у њој радио у тих првих педесет година, пре свега су били лекари и управници, покушаћемо да отмемо од заборав.

Др Антонио Гродер, о коме је више писано у прошлом броју, био је од оснивања први управник Окружне болнице у Шапцу од 1885 до 1881. године. После доктора Гродера, окружног физикаса, на функцији управника су га наслеђивали такође окружни физикуси: др М. Спиридоновић, др Н. Ђорић и др Т. Мирковић.

Управник, истовремено и окружни физикус, није могао оба посла успешно обављати, посебно што је везан за све послове у Округу, те су пацијенти у болници морали остајати сами. С тога се 1878. године из Шапца тражи хитно постављање „болничког ординаријуса“ и лекарског помоћника. Међу првим „помоћницима“ био је др Карло Сиберт. Од 1879. године до 1880. ординаријус је био др Михајло Ленчински из Херсена, Русија.

Осмедесетих година „привремени ординаријуси“ били су: др М. Новаковић и др Ј. Пелнарж. Од почетка марта 1889. до краја 1895. године на овом послу налазио се др Аврам Винавер (о коме је у прошлом броју писано).

Др Марија Вучетић – Прита у Шабац је дошла 1895. године. Она и њен супруг били су једини лекарски пар у Србији. У Шапцу се задржала само две године ка-



да је прешла у Београд, радећи као велики прегалац на здравственом просвећивању. За време Великог рата радила је у војном санитету. По преласку Албаније старала се о српској избеглој деци по Швајцарској и Француској. Добила је више домаћих и старних одликовања. После рата се бавила приватном лекрском праксом. Умрла је у Београду 1954. године. Њен наследник у Окружној болници у Шапцу био је др Мила Михаиловић, који је остао само годину дана јер је крајем 1897. године постављен за среског лекара у Обреновцу. У ратовима је учествовао у војном санитету. Умро од трбушног тифуса у Новом Пазару 1915. године.

Промовише се хируршко одељење

Др Чедо Михаиловић, лекар општине шабачке, био је током 1897. године „хонорарни ординаријус“ Окружне болнице. Од марта 1898. године др Петар Ђукић, такође општински лекар, остаје као ординаријус до 1902. године. У 1902. години, осим управника радио је др Андра Јовановић, као ординаријус и др Букић Пијаде, као лекарски помоћник. У 1904. години ординаријус је био др Драгутин Марковић, а лекарски помоћник др Александар Радосављевић, касније професор Медицинског факултета у Београду. Уз др Радосављевића лекарски помоћник је био др Драгутин Рајта.

У 1905. години радио је др Драгутин Марковић, али као „титулари фех хируршког одељења“ би постављен др Михаило Дуњић, што се узима као почетак савремене хирургије. У 1906. години у Болници су радили: др Никола Ђорић, као управник, др Михаило Дуњић, др Драгутин Марковић, као ординаријус и др Божидар Смодлака, као лекарски помоћник. У 1907. години исти састав, док су 1908. само др Ђорић и др Дуњић. У 1909. години дошло је до мање промене – шеф хируршког одељења остао је исти, за хонорарног ординаријуса постављен је др Исак Хеџог Реџо, док су лекарски помоћници постале две колегинице: др Зорка Бркић и др Божана Бартош. У следећој, 1910. години, за окружног физикаса и управника Болнице именован је др Теофило Мирковић. Остали лекари до 1915. године



Др Марија Вучетић – Прита



Др Андра Јовановић



Болница 1865.

остали су исти. У оба балканска рат сви мушкарци били су у војним болницама на фронту.

Три сестре Бркић

Напред је поменута др Зорка Бркић, али би се још доста могло рећи о њој и њеним двојма сестрама. Све три су рођене у Шапцу и све три су завршиле медицину.

Др Зорка Бркић-Поповић рођена је 3. марта 1878. године у Шапцу. У Петрограду, Русија, 1902. године завршила је медицину, а у шабачку Окружну болницу ступила је 1909. године. У балканским ратовима била је лекар у Болници и управник II резервне војне болнице, а затим управник III војне болнице. У најтежим данима 1914. године неговала је рањенике у Шапцу. Потом, у повлачењу са III резервном војном болницом разболела се у Лесковцу од пегавца. Враћена из Јанкове клисуре, стигла до Врњачке бање у којој је умрла 30. новембра 1915. године.

Др Ана Бркић-Миљановић рођена је 1880. године у Шапцу. Завршивши Гимназију 1898. године отишла је сестри Зорки у Петроград у коме је 1904. године завршила медицину. Остала је и даље у руској престоници ради специјализације интерне медицине. У Србију се вратила 1906. године. Радила је прво у Смедереву и убрзо прешла у Београд. У свим ратовима од 1912. до 1916. године радила је по војним болницама. Добила је више ратних одликовања. Била је агилан члан Српског лекарског друштва и бројних хуманитарних организација. После рата радила је у Београду, пензионисана 1937. године и упокојила се у Београду 1950. године.

Др Љубица Бркић-Каверзнева рођена је 22. априла 1884. године у Шапцу, матурирала у Другој женској гимназији у Београду. Отишла је у Петроград и 1913. године завршила медицину, али остала да специјализира дерматологију. У то време удала се за инжењера Леонида Каверзнева. Када је почео Велики рат дошла је у Србију и радила по војним болницама све до повлачења преко Албаније. Тада се вратила у Русију, где је остала до 1923. године. Не могавши да издржи даљи большевички терор заједно са мужем и кћерима дошла је у домовину, нову, Краљевину СХС.

Радила је у Београду, учествовала је у раду Кола српских сестара и Црвеном Крсту на пољу здравственог и општеном просвећивања. Пензионисана је 1939. године, али је крајем II Светског рата мобилисана радећи на сузбијању заразе у пожаревачкој и сремскомитровачкој војној болници.

Упокојила се у 90. години у Београду 1973. године.

У напред написаном персоналном стању Окружна болница у Шапцу дочекала је Велики рат, преживела Церску и Колубарску битку, и повлачење преко Албаније. У Велики рат је Србија ушла са укупно 450 лекара у војном и цивилном санитету, а рат нису преживели укупно 157 лекара. Из Подринског округа девет лекара је изгубило живот. То је била цена родољубља и улог за све „следеће патње“.

//

Сећање на београдске карантине 1972. године

Зоран Радовановић
РЕДОВНИ ПРОФЕСОР ЕПИ-
ДЕМИОЛОГИЈЕ У ПЕНЗИЈИ

Недавне расправе о праву власти да, у случају потребе, приватни хотел претвори у карантин, буде сећања на најобимнији вид карантинске заштите у скорој прошлости, током епидемије великих богиња, у пролеће 1972. године. О том догађају одржани су бројни стручно-научни скупови, објављен је и низ књига, али је мало пажње обрађено на људску димензију принуд-



ног живљења у скученом простору, уз страх од преношења заразе са ближњих. Призивањем из сећања појединих детаља, том делу наше прошлости још увек је могуће додати социокултуролошки призвук.

Током марта и априла 1972. у Београду су, уз изолациону једини-

цу за оболеле, измештену у хотел „Чарапићев брест“, а затим у „1000 ружа“, постојала четири болничка (Кожна клиника, Прва хируршка клиника, Одељење трауматологије исте клинике у Бирчаниној ули-

ци и једно одељење Психијатријске клинике) и четири ванболничка карантина за особе изложене ризику оболевања („Младост“, „Национал“, „Бубањ поток“ и „Шумадија“).

У њима је било изоловано укупно 1.117 особа.

Интересантно је да је само један грађанин протестовао што мора у карантин. Био је то лекар који је у Дому здравља прегледао пацијента без одговарајуће заштите, а неосновано је сматрао да га сам статус чини изузетим од мера намењених „обичном“ свету. С данашње тачке гледишта, беспоговорно прихватање напуштања своје куће свих осталих грађана делује утолико чудније што током прва три дана, када се

67 <

одвијала главна акција трагања за могућим изворима заразе, епидемиолози нису смели да помињу велике богиње, како се, наводно, не би узнемиравала јавност.

Упркос том, стручно гледано штетном ембаргу, сазнање о епидемији вариоле није било тајна. Примера ради, прва гошћа карантина „Младост“ (данас „Хотел М“) поста-ла је бивша супруга болесника који је, описујући своје кретање пре сусрета с инфектологом, поменуо да је накратко свратио до ње како би нешто узео. Када јој је речено да је чека санитетско возило, требало јој је само десетак минута да немо покупи своје ствари и изађе из стана. Остаје нејасно да ли је та масовна покорност, скоро без питања, била резултат веровања у институције система или страх иминентан животно под једним релативно ауторитарним режимом.

Кожну клинику (данас Болницу „Др Лаза Лазаревић“) полиција је блокирала 22. марта у 13.08 сати, а особљу је у првом тренутку најтеже пало што их је од благодети сопственог дома делило мање од једног сата. Није, међутим, било осветољубивости према колегама које су „скратиле“ радно време. Није чак одата ни партијска секретарка која је у тренутку блокаде искочила кроз прозор, с накнадним образложењем да јој муж, иначе Црногорац, не би опростио ноћивање ван куће.

Између солидарности и страха

У већ дубоко подељеном колективу, пакао је био противнички табор. Тесном већином смењен је управник, али је тиме јаз само продубљен. Нервозу је повећавало одсуство услова за туширање у малобројним и запуштеним санитарним чворовима, без потребне приватности. Разочараност принудном издвојеношћу од спољног света, уз утисак да је изостала потребна подршка, испољавала се на разне начине. Један лекар је, кришом се смејулећи, пружио епидемиологу цигарету, а други се изазивачки понудио да му скува кафу. Остали су ову двојицу прекорно гледали, страхујући да се не прекине и крхка ве-за са светом преко овог ретког госта. Како је он претходно путовао по егзотичним земљама и био заштићен вакцином, скинуо је маску с лица и љубазно захвалио. Тај детаљ је помогао да се створи опуштена атмосфера и био је основа каснијих дуго-трајних пријатељстава.

Било је и пуно примера пажње и солидарности. О несташном 13-го-

дишњаку бригу је водила старија докторка, мајчински га корећи да ће га несташлук стајати главе. Овај дечак, због живахности назван Мо-љац, улетао је више пута у собу Ља-тифа М., учитеља из Новог Пазара, који је 9. марта унео вариолу у Бе-оград, заразивши 27 људи (уз још петоро оболелих у другом таласу епидемије). Због своје кожне боле-сти, Мољац никада није вакцини-сан против великих богиња. Умро је међу првима.

Истог дана по пријему, Љатифа је група пацијената на носилима пренела на дежурно (трауматоло-шко) одељење Прве хируршке кли-нике, где је наредног дана и умро. Вариолу су добила четири пацијен-та и лекар који их је пратио. Жустро

О АУТОРУ

Проф. др Зоран Радовановић био је шеф Катедре и управник Института за епидемиологију Медицинског факул-тета у Београду, управник Департамана за медицину заједнице и Департамана за примарну заштиту Медицинског факултета у Кувајту, саветник СЗО, консултант харвардске Школе народног здравља, координатор истражива-ња здравствених последица ирачког рата итд. Обављао је дужност генералног секретара Савеза лекарских дру-штава Југославије, председника Савезне комисије за заразне болести СФРЈ, председника Факултета за народно (јавно) здравље у Кувајту итд. Члан је Академије медицинских наука СЛД. Бави се публицистиком, председник је Лиге за имунизацију и Интерсек-цијског одбора за српски језик у ме-дицини СЛД.

је тражен лекарски помоћник који је био с њима, али је уочи успостављања карантина узео слобод-не дане и био недоступан. Његове колеге су тврдиле да он није угро-жен јер је познат као ленштина, па су сигурни да се није прихватио но-сила. Када је пронађен заиста је био (и остао је) здрав.

После 21 дан, заточеништву на кли-ници је дошао крај. Једна докторка је нестрпљиво чекала да добије потвр-ду да је слободна, затим је отрчала до телефона да обрадује мужа, ина-че познатог професора Медицинског факултета, а нешто касније је горко плакала у лекарској соби. Испоста-вило се да јој је муж, уплашен за соп-ствено здравље, поручио да иде оно-ме ко јој је издао дозволу.

На Одељењу за трауматологи-ју, као и у осталим карантинима, основна замерка „заточених“ би-ла је да им се помоћ не пружа до-вољно брзо. Жалбе су биле посебно оштре због спорог пристизања па-сивне заштите путем хиперимунних гамаглобулина, дотураних из света преко Сурчина. Светска здравстве-на организација је слала и марбо-ран, препарат за који се, мада ис-куства нису била превише богата, тврдило да спречава, али не лечи вариолу. Сви су жустро преузима-ли кесице с првом дозом тог препа-рата, да би се у току дана жалили на муку и тамну мокраћу. Претход-но им је речено да је марборан ток-сичан, али да је на њима да доне-су коначну одлуку (препоруча је била да попију обе дозе). Већина је стегла зубе и прогутала и вечер-њу дозу.

Основни проблем на Одељењу за трауматологију био је страх већи-не од својих колега из јединице ин-тензивне неге (где је Љатиф умро). Тај остракизам је тешко пао сестра-ма од којих је захтевано да се чак и хране одвојено, па је епидемиолог пребацио 12 њих, заједно са једним бројем ортопедских пацијената, у мотел „Национал“.

У том објекту су владали пристој-ни услови и боровило се махом у двокреветним собама. Свима је два пута дневно мерена температура и прегледао их је лекар. Није било до-звољено излажење из соба, осим у време заједничких obroка, а када се некое приближавао процењени крај инкубације, рачунајући према контакту с болесником од вариоле, добијао је obroке у својој соби.

Како је у карантину боровило ви-ше малолетних девојака, решено је да у ходнику, одакле се све ви-ди, стално седи полицајац. Послат је врло симпатичан и лепушкаст приправник који је једне вечери за-течен скоро необучен у једној де-војачкој соби. Зов природе је било тешко сузбити.

Много опаснији инцидент се де-сио једне ноћи када је дежурни тех-ничар епидемиологу саопштио да су примљене 33 новодошле осо-бе. „Ваљда 32!“ покушао је да га ис-прави епидемиолог, али је техни-чар остао при своме. Испоставило се да је, заједно са „контактима пр-вог реда“, тј. особама које су биле у блиском додиру с болесником, и он сам доведен у „Национал“, уместо у изолациону јединицу у „1000 ру-жа“. Предузете су енергичне мере дезинфекције, а срећа је што је бо-лесник био у соби са својом децом, две-три године пре епидемије ва-кцинисаном против вариоле.

Најживописнији лик је била кафанска певачица с југа Србије с необичним ботаничким именом (за ову прилику зваћемо је Лиска). Имала је неке промене на кожи, а давала је непоуздане податке о свом кретању, па је одлучено да се изолује као „суспектан случај“ док се не види да ли ће те промене еволуирати. После дан-два било је јасно да нема вариолу, али је транспортована санитарским возилом с особом која се разболела, због чега је пребачена у карантин. Попут свих осталих, вакцинисана је при пријему, али се вакцина није примила. Имала је затим несрећу да јој „цимерка“ добије вариолу, а због свог нејасног имуног статуса (три вакцинације без реакције, која је тада сматрана критеријумом заштитености), Лиска је постала рекордер по дужини карантинског стажа.

Различите судбине њог истим кровом

Панику је изазвала још првог дана по доласку у Београд, исказом да је отишла право у Удружење музичких уметника и изљубила се са тада врло популарним Драганом Живковићем Тозовцем и хармоникашем Тошом Елезовићем. Обојица су потврдили да су је видели, али да јој нису дозволили ни да им се приближи, а Елезовић је, уз то, завапио да са својим оркестром наредног дана мора да путује у Западну Немачку. После понављаних појединачних разговора, као веродостојна је прихваћена изјава двојице музичара.

Лиска је најдуже боравила у телу „Шумадија“ иза Авале. Једне хладне и кишовите ноћи епидемиолог је дошао да провери да ли је стање редовно и при светлости муње уочио сенку испод стрехе. Реч је била о породичном човеку који је наредног јутра требало да буде отпуштен, а Лиска је зажелела да проведе ноћ с њим. Сама помисао да би излазак могао да му буде одложен учинила је да се крије и мрзне целе ноћи.

Ова необична девојка је на крају добила путну исправу да се врати возом кући. Санитарни инспектор ју је изгубио на перону железничке станице, а нађена је, када је воз већ отишао, у испостави милицијске станице, чекајући да истекне радно време двојици органа реда, како би с њима кренула у обећани провод.

Поука из ове далеке епидемије је да је релативно лако стрпати људе у карантин, али да велики изазов представља даљи поступак с њима. //

Публикације

ДРАГУТИН – БАЦКО ГРЕГОРИЋ,
НОВИНАР, ПИСАЦ, ТВ ВОДИТЕЉ

И лекари су људи

Дугогодишњи новинар и уредник куће Политика, чије се име везује за „златно доба“ часописа Вива, писац и ТВ водитељ, Драгутин Бацко Грегорић, за читаоце Гласника ЛКС открива колико су га познанства са највећим лекарима света обогатила у духовном смислу, шта замера данашњој медијској сцени када је реч о медицини, као и сјајној, а још нерезализованој идеји да се националне пензије додељују и лекарима.

Ваша недавно ѡрововисана књиѡа „И лекари су људи“ доноси ауѡенѡиѡне ѡриѡе о наѡвећим именима свеѡйске медицинске сцене 20. века. У чему је њена сѡецифичносѡ?

Одговор је једноставан и налази се у наслову књиге: многе личности које су се нашле између њених ко-



Драгутин – Бацко Грегорић

рица припадају самом светском врху медицине, али су то и људи које срећемо и са којима се дружимо, који деле наше радости, бриге, страхове и наде, са узвишеним врлинама и прикривеним манама, с пасијама које често немају никакве везе са професијом којом се баве. Покушао сам, а надам се да сам у томе и успео, да их осликам и са те, друкчије стране, не пренебрегавајући при том струку која је и била повод за разговор.

Осѡварили сѡе значајну новинарску каријеру. Шѡѡа је ѡресудило да се као новинар окренете медицине?

Постоји уверење да новинар бира област којом ће се бавити као компензацију за некакве прикривене, а неостварене амбиције, али то није тачно. Новинарство није професија већ стил живота. Зато, чини ми се да нисам ја одабрао медицину, него да је она изабрала мене? Или, да опишем то кроз метафору – срили смо се случајно, упознали се и заволели, а све је надграђено обостраним поштовањем и дугогодишњом верношћу. Због тога сам одлазио на предавања професора Стојиљковића, Стефановића, Вујадиновића... што ми је омогућило да постанем добар „преводац“ медицинских тема на језик који је разумљив просечном читаоцу, да будем добар „кореспондент“ између лекара и могућег пацијента, или само радозналца. Наравно, не приписујем све себи: пресудну улогу у томе имали су моји стрпљиви сговорници, свеједно да ли су били академици овенчани светском славом, или сеоски лекари-пешаци из неке изгубљене убоге завити.

Колико вас је ѡознансѡво са најуѡледнијим лекарима, ѡѡуѡиѡ Кулија, Дебеѡкија, Исѡдора Паѡа, и мноѡих друѡих, обоѡѡило као личносѡ?

Свакако. Такви људи стварају и намећу стандарде не само у медицини! Кад кажем да ми је била част што сам их упознао, што их познајем, или што сам их познавао, то није израз пуке куртоазије. То је заиста тако! Они то заслужују не само због неспорног знања и умећа, већ и због једне данас непознате врлине – због поверења. Не оног поверења које се спомиње у кодексима лекарске и новинарске професије, већ оног људског. Зато и јесу велики, а крај њих и ја постајем богатији за те њихове врлине.

69 <

Да ли су заиста највећи умови и најједноставнији?

Да.

О чему сте, осим медицинских ускотручних тема, разговарали са њима? Да ли је нечија животиња прича оставила посебан утисак на вас?

О чему разговарају случајни познаници, а о чему пријатељи? Веома често се догађало да професионални разговор за новине прерасте у пријатељство, а онда је бивало и тема које су излазиле из оквира новинске приче. Чак и интимних, али такво поверење човек мора да заслужи. Сазнао сам за невероватне животне судбине, али о њима сам писао или говорио једино уз изричиту сагласност мојих саговорника. Зато смо и остајали пријатељи до краја, „до даске“. А, која је од тих прича оставила најдубљи утисак? Можда она ратна академика Исидора Папа, која се уз његов „благослов“ својевремено нашла у новинама, а затим и у овој књизи. Или судбина мог Дорћолца, кардиолога Дикија Бошковића...

Какво мишљење имају страни стручњаци о колегама у Србији?

А, какво ви мишљење имате о њима? Знате, светска медицинска заједница с пажњом прати шта се догађа код нас, у Србији, а ја сам убеђен да то није тек последица страха кроз које смо пролазили током последње деценије прошлог столећа. Неко је у шали рекао да наше лекаре у свету сматрају или генијалним или лудим... ваљда у оном позитивном смислу? Ја сам стекао утисак да би многе наше лекаре овог тренутка са задовољством и захвалношћу прихватили највећи светски медицински центри. Да их не набрајам поименице, али пример покојног академика Саве Перовића је вероватно био најупечатљивији. Уосталом, многи наши лекари су данас чланови бордова светских медицинских асоцијација.

Лекари су и чланови ваше уже породице – сујруја Гордана и син Павле. Јесте ли се као родитељи некада појивили да се ваш син одреди за медицину?

То је био његов избор и у томе је могао да има само моју подршку. Можда бих се противио да је кренуо мојим стопама, у новинарство, али то је већ нека друга прича. А, када је реч о медицини и лекарима у мо-

јој породици, то је лична одлука. Ја не знам да ли би мој син био добар као аутомеханичар, нуклеарни физичар или пилот, али као потомак неколико генерација лекара било је сасвим нормално да крене управо тим путем. Уосталом, он је прва слова срицао из медицинске литературе! Али, нажалост, оно што смо некад називали традиција и што је кроз континуитет гарантовало квалитет, данас сасвим неоправдано носи пежоративни белег – непотизма. Поносан сам што је мој син изузетно добар лекар.

Да ли вас њихова судбина „Виве“, која се, од најбоље српског часописа са медицинском тематиком у време када сте били главни уредник, данас још и променила?

Промене су неминовне, али не ваља када изневере очекивања. Уложили смо у тај часопис много, изградили углед и поверење и читалаца и саговорника... Неки од наших најугледнијих лекара и научника утркивали су се да објаве свој текст у „Виви“. То је само требало наставити. А, зашто се није наставило тим путем, не знам. Мислим да је томе кумовала политика куће, а не професионални разлози. Нажалост, са листом су у заборав безнадежно отпловиле и наше акције као што су „Сунчани сат“, „Златни Хипократ“, „Витез медицине“... поштовања вредна друштвена признања.

Како оцењујете данашњу медијску сцену када је реч о медицини – да ли је боља или јора, темељнија или површнија, да ли је квантитетнији праћен квалитетом?

Гора је, површнија, а квалитет је обрнуто пропорционалан квантитету. Одувек сам био против новинарства које дистрибуира сопствене „звезде“, а управо то се догађа данас. Јер, да попури саговорнику микрофон под нос може свака старлета, али да се припрема данима за разговор с неким стручњаком, е, то је већ компликовано, захтева знање, напор и време, а изгледа да је и сувишно.

Да ли сте још некој желели да иницијирате нешто, а из некој разлога то нисте учинили?

Да. Јер кад будем помислио да сам урадио све што сам желео у новинарству, посветићу се нечем другом. У овој нашој професији и незадовољство може да буде инспиративно.

Вашу „мисију“ борбе за здравље нације наставили сте и кроз своју ТВ емисију „Пулс живота“ на ССС каналу у којој сте, иакође, разговарали са илејагом изузетних лекара из свих области медицине.

Телевизија је моћан медијум, али понекад личи на ноћног лептира. Јер, новине могу да се ишчитавају данима, једна рубрика може да се прочита више пута, а телевизијска слика оде у етар, блесне, и угаси се. Нестане. Постоје и репризе, али и оне прођу у трену. Зато ни новинару не даје могућност „поправног испита“. Али, телевизија има моћ директне комуникације, а „саговорник“ се гледаоцу обраћа лично, без посредника интерпретатора. Зато је та порука упечатљивија и снажнија. Емисија „Пулс живота“ није забавна, али је гледана, а таква је због саговорника које доводимо пред камере. То су људи који имају шта да кажу, а с ауторитетом који гарантује да ће се њихове речи и упамтити. Све остало је готово рутина... уз оно правило да усред лета нећемо разговарати о скијању, или усред очајничке борбе с епидемијом еболе о кулинарским специјалитетима западне Африке. Част ми је што је у емисијама „Пулс живота“ за шест година гостовало више од хиљаду триста лекара, уз незнамо колико уметника, колега новинара, спортиста...

Шта бисте поручили лекарима у Србији данас?

Помислио сам да ћу вам уштедети време и простор, али ово питање изискује опширнији одговор. Та професија је врло угледна, мада се то по односу државе према лекарима и здравству не би могло закључити. Могу само да замислим очај који је лекаре, упркос етичком кодексу, нагнао да штракују?! Али, то се могло очекивати, а објаснићу вам и зашто: већ шест година мој стари колега из „Илустроване Политике“ и ја покушавамо да прогурамо идеју да се такозване националне пензије додељују и људима у здравству. Уобличио смо предлог по којем би било само педесет лауреата тог признања, и то по узору на чланство у француској Академији наука где новог бесмртника примају тек када неко од старих оде. Добили смо подршку свих релевантних институција и појединаца, од Српског лекарског друштва и Лекарске коморе Србије, преко скупштинског Одбора за здравство, па до Председника Републике и наших академика, али кад бисмо покушали да за

исто то заинтересујемо неког од министара здравља наилазили бисмо на непробојан зид... Сигурно да је лекарима непријатно да лобирају за ову идеју, али би нам њихова помоћ била драгоцене. Због њих, и због нас, и због наше заједничке будућности... која ми данас изгледа прилично неизвесна.

Да ли вам смеђа начин на који се говори о корупцији у здравству Србије?

Прича се о корупцији у здравству и на стуб срама су разапети готово сви наши лекари, али нико да се досети да је то бацање прашине у очи! Уместо приче о наводној корумпираности лекара који „продају душу ђаволу за стотину-две евра“ требало би потегнути питање – где је новац намењен довршетку здања поликлинике КЦС, а реч је о милионима евра? Ето шта је права корупција, а не примање боце домаће ракије или јефтиног вискија од захвалног пацијента.

Током последње три године око сто професора је отишло у пензију, а већ идуће ће још толико. И ко ће предавати нашој деци? Око хиљаду лекара, а међу њима је највише специјалиста, добило је лиценцу за рад у иностранству па отишло којекуда. Ко ће сутра лечити нас и нашу децу? Морамо донети национални план за заустављање било каквог одлива наших младих лекара. Недавно сам боравио у Нишу и у тамошњем Клиничком центру видео нову зграду са новим салама за кардиохирургију! Све је опремљено за 22. век. Али, на питање ко ће ту оперисати, добио сам невероватан одговор – „долазиће хирурзи из Београда“. А, на додатно питање ко ће оперисати у Београду, никакав одговор нисам ни очекивао.

Има још тога, али...

Као што видите, немам директну поруку лекарима, осим низа питања на која сви ишчекујемо одговор, над којима бисмо сви ми морали озбиљно да се замислимо. И лекари, и новинари.

А, можда и имам једну? Цео свој радни век провео сам покушавајући да се изборим за достојанство „белог мантила“, и да афирмишем оно најлепше и највредније што га краси. У тај чудесан круг успео сам да увучем неколицину својих колега уверивши их да су наше професије сличне: подједнако су напорне и одговорне, захтевају стални рад и учење, али су неодољиво лепе и креативне. То је било моја мисија коју би неко морао да настави.

Ј. Томашевић

Лекари њишу

Колиззија закона и правне недоумице лекара



Прим. др Ђиљана Станковић,
неонатолог ГАК Народни фронт

Да ли Министарство здравља стоји иза лекара који је постујући захтев родитеља, одступио од протокола, а настале су компликације због не примене истих?

Да ли „интернет“ знање, које родитељи стекну, треба да буде изнад правила струке? Да ли то значи да ја треба у свему да испоштујем вољу и захтев родитеља, па чак и кад знам да ћу нарушити здравље детета? Новорођенче не може да одлучује о својој добробити. Родитељ му из погрешних убеђења наноси штету, а испада да лекар то мора да прихвати? (Тумачење неких правника Закона о правима пацијената)

Навешћу само правно мишљење које сам добила од једног правника: Овакав захтев родитеља треба испоштовати у сваком случају, без изузетка, а о интересу детета не одлучујете ни ви, ни званична медицина, ни протоколи, већ искључиво родитељи.

Да ли је Закон о правима пацијената предвидео да није сваки родитељ добронамеран према свом детету? Где је право новорођенчета и детета на живот и здравље које му је загарантовано Уставом? Сетила сам се старе изреке: „Ја сам те створио, ја могу и да те убијем“. Бојим

се да је оваквим тумачењем Закона о правима пацијената озбиљно угрожено здравље најмлађе популације.

Родитељ треба да буде сарадник лекару у заштити здравља свог детета. А, испада да родитељ „у бризи за своје дете“ прекраја протоколе и држи лекара као лутку у луткарској позорници. Лекар сме да се помера само како родитељ повлачи конце? Где водимо струку и здравство уопште?

Ја сам неонатолог.

Пример 1: Родитељ не жели да његово дете добије Витамин К након рођења. Последица може да буде крварење у првим данима по рођењу или након пар недеља. Како да испоштујем такав захтев, ако знам који је ризик за дете? Ако прихватим такав захтев родитеља, који им по тумачењу неких правника даје Закон о правима пацијента, угрожавам пацијента и кршим основна начела медицинске етике лекарске професије за коју сам положила Хипократову Заклетву.

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

Пример 2: Родитељ одбија да вакцинише дете (што је Законом о заштити становништва од заразних болести обавезно).

Не жели да дете прими Engerix (вакцину против Хепатитиса Бе). Да ли треба да, пре него што слепо прихватим захтев родитеља, тражим резултате тестирања мајке на Хепатитис Бе?

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

Шта ако је жена ХбСАг +?. Онда дете у склопу терапије треба да добије и вакцину и серум. Ако не добије предвиђену терапију, може да оболи од Хепатитиса Бе. Да ли захтев родитеља да дете не прими вакцину против Хепатитиса Бе треба прихватити?

Лекари њишу

71 <

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

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

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

Који Закон је предвидео одговорност или последице за осигураника који није испоштовао препоруку лекара? Да ли ће родитељ да сноси трошкове лечења за своје дете ако дође до последица непоштовања лејкарске препоруке? Или ће по старом српском обичају да лекар буде крив јер није довољно добро објаснио пацијенту последице такве одлуке?

Да ли је ИЗЈАВА родитеља да не жели да новорођенче прими витамин К, вакцине или било коју другу терапију предложену од стране лекара довољна да лекар одустане од принципа добре клиничке праксе?

Мислим да то није довољно. Пацијент треба да прихвати одговорност за своје одлуке.

Предлог: Направити службену забелешку разговора са родитељима (и то са оба родитеља, јер одлука о терапији детета треба да буде заједничка) уз јасна упозорења на последице одступања од протокола. Ако је одлука родитеља да упркос свим сазнањима одустану од предложене терапије онда треба да потпишу да су свесни последица своје одлуке и да прихватају одговорност за последице које могу да настану.

Закон би требало да регулише, осим ПРАВА, и ОДГОВОРНОСТ пацијената. (Навешћу само један пример: на Западу нпр жена мора да иде на редовне колпоскопске прегледе...ако то одбије, а разболи се од карцинома сама сноси трошкове лечења...) //

ДР ДОБРИВОЈЕ БОШКОВИЋ,
ЛЕКАР, КЊИЖЕВНИК, МУЗИЧАР

Ординацију заменио пером и гитаром

Специјалиста за ухо, грло и нос, др Добривоје Бошковић из Франкфурта, данас пензионер, а са непресушним ентузијазмом посветио се писању и музици. Као врхунски лекар-специјалиста оториноларинголог лечио је многе познате оперске певаче, с којима се дружио, а и сам одлично пева и свира.

– Тешко је одговорити шта је приоритет мога рада, музика или књижевност, али сам последњих година више времена посветио писању – објашњава др Добривоје Бошковић.



што се за време певања збива у организму – каже др Бошковић и напомиње да су неки феномени први пут објашњени и дефинисани управо у тој књизи.

Уџбеник „Муцање – дијагностика и лечење“, такође је произашао из пера двојице оториноларинголога, Бошковића оца и сина, а намењен је оториноларинголозима, логопедима, психијатрима, психолозима и пацијентима и свим заинтересованим за ту говорну ману. Аутори први пут откривају и описују форензички, судско-медицински



На истом задатку: др Добривоје и др Дејан Бошковић

Недавно је у Музеју опере у Београду промовисана његова нова књига „Физиологија уметничког певања“, први уџбеник те врсте у Европи коју као аутор потписује са сином, др Дејаном Бошковићем.

Реч је о уџбенику који су написали лекари-певачи, у коме су први пут детаљно објашњени сви феномени те вокалне активности. Књига је намењена студентима певања, педагозима, певачима и заинтересованим лаицима. Предговор је написао првак Београдске опере Оливер Њего, професорка и примадона Радмила Бакочевић, као и проф. др Војко Ђукић, директор Клинике за ОРЛ Клиничког центра Србије.

– Певачи добијају добру прилику да упознају како грађу, тако и функцију органа и органских система, да створе визуелну представу онога

значај муцања. Јер, ако се муцавац задеси на неком месту у коме се одвија нека драматична и трагична сцена, он се толико узбуди да код њега настаје black-out (помрачење) феномен, услед чега не може да запамти, нити опише шта се догодило. Позван као сведок у кривичном поступку, пацијент са том говорном маном није у могућности да опише драматичан догађај, а, не зато што одбија да сведочи.

У књизи су описане сва важна сазнања о овој говорној мани: распрострањеност, манифестације, теорије узрока, могућности дијагностике и лечења.

– Штито о муцању намењено је не само педијатрима, логопедима, психолозима и педагозима, већ и родитељима, јер је потребан врло деликатан приступ деци која му-



диславе Весовић-Потић, Ленсоптик, Београд, прим. др Симе Марјановића, Neuropsychomedica специјалистичка ординација из неурологије, Београд, др Нинославе Михајловић, мр сци. Прву приватну ординацију за инфективне болести у Сарајеву отворила је инфектолог проф. др Сајма Кркић-Даутовић. Доктор Слободанка Мрдаковић-Ђоковић специјалиста за физикалну медицину и рехабилитацију ради у својој ординацији у Ужицу, прим. др Анто Мартиновић ОРЛ у Бару, др Милена Ђукановић, неуропсихијатар у Шапцу, а више година педијатријску ординацију имао је прим. др Маринко Вранеш.

Лекари наше генерације су стекли углед и поштовање и за свој рад и залагање, добијали заслужна признања, похвале, награде и одли-

у клиничку психопатологију као и проф. др Слободан Славковић (2013). Универзитетску награду „Веселин Лучић“, за најбоље научно остварење појединца 2011. године добила је проф. др Снежана Вељковић, специјалиста судске медицине за књигу Хроника медицинског факултета у Београду (1920-2010).

Најзначајнији професионални домети

Награда СЛД за научно-истраживачки рад додељена је проф. др Јовану Димитријевићу (2011) а за приватну здравствену заштиту Зорану Ђукићу (1992), рано преминулом колеги из Ивањице.

Проф. др Милан Шашић, специјалиста за инфективне болести и неуропсихијатрију добио је Орден за-

дељује најбољим хирурзима. Офталмолог из Краљева прим. др Милош Бачанац који каже да „сваког у очи гледа“ почасни је грађанин града Краљева. Др Милован Јанковић, анестезиолог, раније градоначелник Цетиња и директор болнице „Данило I“ у Цетињу, сада је поново изабран за председника Сената престонице Цетиње, Црна Гора.

Лекари уметници из ове генерације су: прим. др Предраг Тојић анестезиолог, некада Државни секретар у Министарству за дијаспору, познат је и по бројним наградама за књижевност; др Мирко Магарашевић, песник, есејиста, књижевни критичар, путописац, добитник овогодишње бијеналне награде „Мома Димић“ за збирку путописа Турска писма (Академска књига, Нови Сад 2012); прим. др Ђирило Орцевић, ортопедски хирург свира кларинет; др Милорад Крсмановић, неуропсихијатар, бави се сликарством.

У закључку, др Илинка Вуковић је рекла: „Желели смо да представимо лекаре наше генерације и њихове најзначајније професионалне успехе, колико смо до сада, на основу нама доступних података, сазнали. Надамо се да ћемо у наредним генерацијским сусретима допунити ову листу. Поносно можемо закључити да су лекари генерације медицинара уписаних на Медицински факултет у Београду 1964/65 године својим преданим и савесним радом унапредили медицинску струку и науку и допринели побољшању народног здравља у срединама у којима су радили.“

Проф. др Жарко Мартиновић је обавестио колеге да је уредник Интернет сајта на коме је поставио биографије и фотографије ове генерације медицинара. Адреса сајта је: <https://sites.google.com/site/medicinaril964>

Уследио је можда најузбудљивији тренутак ове прославе – додела Златног индекса, уз честитања и фотографисање. Дружење је настављено на вечери у ресторану Аеро клуб. Све биографије, уводни и други текстови, као и велики број фотографија и прилога биће објављени у електронској публикацији „Зборник сусрета генерације медицинара 1964-2014“, уредник проф. др Жарко Мартиновић.

**Мирослава Јашовић-Гашић,
Илинка Вуковић и
Жарко Мартиновић**



Пријатна атмосфера у току свечане вечере у ресторану Аеро клуб

ковања. Награду Српског лекарског друштва за животно дело добила је проф. др Мирослава Јашовић-Гашић, неуропсихијатар (2013), прва жена директор Психијатријске клинике, Клиничког центра Србије. Награду за животно дело града Кутине (Хрватска), добила је др Милица Јовић-Жагар, пнеумолог (2010).

Октобарску награду добили су ортопедски хирург проф. др Слободан Славковић (1994) и офталмолог проф. др Ђорђе Контић (1996). Награду Града Београда (раније Октобарска награда) проф. др Бранислав Пешић (2003) за дело Атлас неуролошке патофизиологије и проф. др Марко Муњица (2009) за књигу Увод

слуга за народ са сребрном звездом, за лечење оболелих од великих богиња у Карантинској болници за време епидемије вариоле вере у Београду 1972. године. Проф. др Јован Димитријевић, патолог, одликован је Орденом рада са златним венцем. Прим. др Станко Обрадовић добио је Орден рада са сребрним венцем. Прим. др Милош Бачанац, Краљево, носилац је Медаље заслуге за народ. Проф. др Драган Митровић, интерниста-реуматолог, одликован је Медаљом за рад са златним венцем. Проф. др Слободан Славковић, ортопедски хирург одликован је Медаљом „Др Владан Ђорђевић“ (2012) која се до-



нација деце у Србији". Скуп су организовали Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и Удружење „Родитељ“, како би у јавности покренули дискусију о проблемима везаним за вакцинацију деце у Србији.

– Имунизација је и даље најнефективнија и најнефикаснија мера примарне превенције којом се на најбржи и најјефтинији начин контролишу многе заразне болести и зато она представља приоритет у здравственој заштити, – рекао је државни секретар министарства здравља доц. др Ференц Вицко, отварајући скуп. Прим. др сц. мед. Драган Илић, директор Института за јавно здравље Србије, нагласио је да за колективни имунитет обухват треба да буде најмање 95 одсто и да се Србија последњих година сусреће са проблемима када је набавка вакцина и одржавање континуитета имунизације у питању, а све чешће се у јавности појављују и гласови против вакцинације, упркос јасно израженом стручном ставу о потреби и користи од имунизације.

Др Горанка Лончаревић, шеф Одељења за надзор над вакцинама, превентабилним болестима и имунизацију Института, истакла је да је имунизација најбезбеднија медицинска интервенција која је након хигијенски и микробиолошки исправне воде за пиће највише допринела човечанству и да је далеко безбедније примити вакцину него ризиковати могућност настанка инфекције, компликација, хоспитализације и неретко смртних исхода.

Предности имунизације се не виде, јер су болести против којих се вакцинишемо или искорењене или се веома ретко јављају, па људи стичу утисак да нису опасне, нагласили су стручњаци. Са променом времена у којем живимо и појавом интернета и друштвених мрежа, тај простор за комуникацију је заузет полуинформацијама или неистинама, док се званични стручни ставови надлежних институција не перципирају, нагласио је прим др Предраг Кон, начелник Јединице за имунизацију Градског завода за јавно здравље – Београд.

ПОВРАТАК САВЕТОВАЛИШТА ЗА ДИЈАБЕТИЧАРЕ

Саветовалишта за дијабетичаре, која су укинута 2007, биће враћена у домове здравља – најавио је Министар здравља Злативор Лончар, на Дијабетес форуму одр-

жаном 14. новембра поводом Светског дана дијабетеса. Према речима министра, допуном Правилника о условима и начину унутрашње организације здравствених установа, који је ступио на снагу средином новембра, предвиђено да се као организациона јединица у дому здравља може формирати саветовалиште за шећерну болест. Саветовалишта ће најпре бити организована у београдским домовима здравља, а касније и и широм Србије. Говорећи о разлозима таквог корака, он је указао да се на тај начин ствара могућност да се болест открије у најранијој фази и спрече последице које наступају услед неблаговременог јављања лекару.

Министар Лончар је навео да у свету од дијабетеса болује 382 милиона људи, док су процене Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ да у нашој земљи 670.000 одраслих становника има ту болест. Око 90 одсто случајева дијабетеса чини тип 2, док готово половину оболелих чини радно способно становништво од 40 до 59 година. Министар је указао да су трошкови лечења шећерне болести у свету 2013. године износили су 10,8 одсто укупних трошкова лечења, док се у Србији процењује да је просечна потрошња за лечење особе са дијабетесом износила око 680 долара.



Министар здравља Злативор Лончар

Проф. др Небојша Лалић, председник Републичке стручне комисије за шећерну болест, упозорио је да је дијабетес водећи узрок слепила, бубрежних болести, ампутација, инфаркта и шлога, а како би се те компликације спречиле, важно је да се болест открије на време и започне терапија. Проф. Лалић упозорио је на податак да се тип два дијабетеса, који има више од 90 одсто оболелих од те болести, сваке године дијагностикује у просеку код 16.000 становника Србије. Према проценама, у Србији ће до 2035. године од ове болести оболети 1.100.000 људи.

Стела Пргомеља, потпредседница Дијабетолошког савеза Србије, подсећа да су та саветовалишта укинута 2007. године на нивоу читаве земље.

– Особе са дијабетесом изгубиле су могућност да се са својим лекарима посаветују у вези свог стања кад год је то потребно: или лутају од једног до другог лекара у потрази за правим решењем, или нису добро раз-



тут“ одржан је стручни скуп под називом „Искуства Србије и ЕУ у борби против хепатитиса“. На Скупу који је организовало Удружење за борбу против хепатитиса „ХРОНОС“, представљена је Национална стратегија у борби против овог вируса. Присутнима су се обратили директор Института за јавно здравље Батут, проф. др Драган Илић, инфектолог из Клиничког центра Војводине, проф. др Милотка Фабри, као и политички директор Ахим Кауц и председница Татјана Реић из Европског удружења оболелих од болести јетре „ЕЛПА“ чији је члан и „ХРОНОС“.

Државни секретар из Министарства здравља, проф. др Владимир Ђукић је нагласио да држава има начина да имплементира Националну стратегију за борбу против хепатитиса у Србији. Према његовим речима, у овом моменту новац није пресудан за решавање проблема пацијената са хепатитисом Ц. Највећи проблем је наше незнање, игноранција и нежеља да се болесном човеку помогне на адекватан начин, стално покушавајући да се пронађе неки изговор, закључио је Ђукић.

Стратегија ће омогућити координисану и усмерену акцију коју ће држава предузети у борби против хепатитиса чији је главни циљ контрола и превенција болести.

Вирус хепатитиса је лако преносив и веома отпоран. Процењује се да велики број оболелих у Србији (чак 80 одсто) не зна да су носиоци вируса који, након дугог боравка у организму, разара јетру. Разлог за незнање лежи у одсуству уочљивих симптома и недоступности адекватне дијагностике.

ВМА: ОТВОРЕНА САЛА ЗА ЕЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЈУ

На Војномедицинској академији 12. децембра свечано је отворена Сала за електрофизиологију у оквиру Клинике за кардиологију. Пацијенти ВМА од сада ће бити у прилици да добију комплетну кардиолошку дијагностику, јер је реч о процедури која се ради само у најразвијенијим медицинским центрима. ВМА, такође, постаје трећа болница у региону која има Салу за електрофизиологију срца, а уједно једина војна болница тог типа.

Према речима начелника ВМА бригадног генерала проф. др. Маријана Новаковића, данас је значајан дан за ту установу, јер отварањем те Сале и званично започиње употреба процедуре која се сматра круном кардиолошке дијагностике и терапијске праксе.

– То је посебно значајно кад се зна да се, нажалост, из године у годину, бележи раст поремећаја рада срца, без обзира на старосну доб – нагласио је генерал Новаковић додајући да ће и војним и цивилним пацијентима од данас бити доступна врхунска медицина, јер ће ВМА, заједно са Клиничким центром Србије и Институтом за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ моћи да подели одговорност у збрињавању пацијената са проблемима везаним за аритмију и тако растеретити постојеће листе чекања.

У наставку данашње свечаности, генерал Новаковић доделио је плакете и захвалнице људима који су заслужни што је Сала за електрофизиологију данас пуштена у рад, а посебна плакета припала је проф. др Карлу



Круна кардиолошке дијагностике и терапијске праксе

Папонеу, највећем светском стручњаку из области кардиологије, који је био гост на данашњој свечаности и стручном скупу који је уследио након церемоније отварања. Плакету је добио и директор Клиничког центра Србије професор др Миљко Ристић, док су захвалнице за пружену подршку, поверење и сарадњу уручене директору Клинике за кардиологију КЦС доценту др Арсену Ристићу и асистенту др Небојши Мујовићу из Одељења за електрофизиологију срца КЦС.

ЦРНИ ТРОУГАО ЗА ЛЕКОВЕ ПОД ДОДАТНИМ ПРАЋЕЊЕМ

Лекови под додатним праћењем имају ознаку обрнутог црног троугла у Сажетку карактеристика лека (SPC) и Упутству за лек (PIL) уз текст: Овај лек је под додатним праћењем. Најчешћи разлог за додатно праћење лека је што је о њему доступно мање информација у односу на друге лекове, нпр. зато што је лек нов на тржишту или зато што су ограничени подаци о његовој дуготрајној примени. Ако је лек означен обрнутим црним троуглом, то не значи да тај лек није безбедан. Символ обрнутог црног троугла назначен на самом почетку SPC/PIL-а, треба да повећа пажњу здравствених

радника, односно пацијената или корисника лека, при праћењу терапијске употребе лека. Када виде обрнути црни троугао, здравствени радници и пацијенти треба

What does the black triangle mean?



ба да знају да је изузетно важно да пријаве све своје сумње на нежељене реакције на тај лек. Како пријавити сумњу на нежељену реакцију на лек, објашњено је овде.

У складу са принципима ЕУ, статус додатног праћења у Републици Србији увек добијају следеће категорије лекова: лекови који садрже нову активну супстанцу која је одобрена у ЕУ након 01.01. 2011; биолошки лекови, попут вакцина или лекова из хумане плазме

ОДЛУКЕ СУДОВА ЧАСТИ

Број: Дж – 37 – 3/2014
Београд, 20. новембар 2014. године

Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије, именовано решењем председника Врховног суда части Лекарске коморе Србије бр. Дж – 37 – 2/2014 од 22. октобра 2014. године у следећем саставу: проф. др Слободан Ковачевић, председник већа и др сци. мед. Радослав Радосављевић, мр сци. мед. Александар Исаковић, др Мирослава Јевтић, чланови Већа и мр сци. мед. Радимир Јанковић, члан Већа и судија известилац, одржало је 7. новембра 2014. године у Београду нејавну седницу, а поводом разматрања и одлучивања по жалби бр. Ди – 3 – 3/2013 – IV, коју је 14. октобра 2014. године подносилац предлога, Миливоје Предић из Кучева, отац преминуле пацијенткиње Весне Гајић, а против одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, бр. Ди – 3 – 3/2013 – IV од 05. марта 2014. године, а на основу одредаба из члана 246. и члана 247. Статута Лекарске коморе Србије, дана 07. новембра 2014. године донело следећу

ОДЛУКУ

1. УВАЖАВА СЕ жалба бр. Ди – 3 – 3/2013 – IV, коју је 14. октобра 2014. године поднео подносилац предлога, Миливоје Предић из Кучева, а против одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, бр. Ди – 3 – 3/2013 – IV од 05. марта 2014. године, као основана у целисти;

2. ПРЕИНАЧУЈЕ СЕ (на основу одредбе из члана 247. тачка 4) Статута Лекарске коморе Србије) Одлука Већа Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију број Ди – 3 – 3/2013 – IV, која је донета дана 05. марта 2014. године, ТАКО ШТО СЕ

– др Александар Марковић, специјалиста опште хирургије, рођен дана 23. октобра 1963. године у Пожаревцу, запослен у ОБ Пожаревац, са лиценцом бр. 305576,

ОГЛАШАВА ОДГОВОРНИМ

што је након рутинске лапароскопске операције жучне кесе дана 11. децембра 2012. године, као и реоперације 13. децембра 2012. године, коју је извршио код сада покојне Весне Гајић, кћери овде подносиоца предлога, дошло до одређених постоперативних компликација, које су за последицу имале развој синдрома билиарног перитонитиса као и развој респираторног дистресс синдрома па је прогресијом ових синдрома дошло до МОДС (мултиорганске диофункције) што је за последицу имало летални исход,

– чиме је учинио повреду професионалне дужности из одредаба члана 195. став 1. тачка 3) Статута Лекарске коморе Србије, па му се, на основу одредбе из члана 240. став 1. тачка 1. и одредбе из става 7. овог члана Статута Лекарске коморе Србије изриче дисциплинска мера

ЈАВНА ОПОМЕНА

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

Образложење

На Одлуку бр. Ди – 3 – 3/2013 – IV коју је дана 05. марта 2014. године донело Веће Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, поступајући по предлогу Миливоја Предића из Кучева, који је поднео томе суду против др Александра Марковића, специјалисте опште хирургије, запосленог у ОБ Пожаревац и којом Одлуком је овај лекар ослобођен од одговорности за повреду професионалне дужности и угледа члана Коморе из одредаба члана 195. став 1. тачка 3. Статута Лекарске коморе Србије, Миловоје Предић из Кучева изјавио је жалбу.

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

Овом жалбом подносилац, Миловоје Предић оспорава првостепену Одлуку у целисти због:

- „...битне повреде одредаба поступка
- погрешног и непотпуног утврђеног чињеничног стања;
- одлуке о дисциплинској одговорности...“

и предлаже да Врховни суд части Лекарске коморе Србије: „...као другостепени орган, осуди дисциплински одговорним др Александра Марковића одузимањем лиценце или да укине одлуку првостепеног суда и предмет врати на поновни поступак...“.

У образложењу ове жалбе се наводи да: „...Чињенично стање на којима се заснива ожалбена одлука није потпуно, тачно и егзактно утврђено. наиме из саме лекарске документације се јасно и недвосмислено види да су урађени пропусти у лечењу пок. Весне Гајић из Кучева и ако је документација непотпуна...“.

Такође у жалби даље се наглашава да: „...Интервенција је урађена 11.12.2012. године која је прошла без компликација али нису стављени дренажи које је лекар био у обавези да стави...“. Затим се наводи да: „...укључује се антибиотска терапија (али се не види који антибиотици се укључују)...“, па се у ожалбеној одлуци наводе параметри од 11. децембра 2012. године, а затим од 13. децембра 2012. године, па се из Одлуке не види шта се дешавало 12. децембра 2012. године са овом пацијенткињом.

Закључује се: „...Из налаза патолога Др Томислава Јовановића, стоји да постоји упала жучне кесе, што је лекар Др Александар Марковић и знао да је пацијенткиња имала упалу и да при таквим околностима мора да постави дренажу и укључи адекватне антибиотике...“, а истиче се и да: „...Дана 13.12.2012. године приликом реоперације при самом уводу у операцију, пацијенткињи није била постављена назогастрична сонда...“.

На крају се наводи да је Лекарска комора била у обавези да, због оваквог компликованог случаја, затражи вештачење Института за судску медицину у Новом Саду.

На основу изложеног у жалби, подносилац жалбе сматра да је: „...било несавесног и нестручног лечења од стране др Александра Марковића који је одговоран за смрт пок. Весне Гајић...“.

Након детаљног разматрања свих навода предметне жалбе, као свих изведених доказа и свих списа овог предмета, постојећих изјава сведока, укључујући и Извештај Комисије за унутрашњи стручни надзор ОБ Пожаревац, као и Извештај о ванредној спољној провери квалитета стручног рада од 27. маја 2013. године, а на основу Извештаја судије – известиоца (и члана Већа Врховног суда части Лекарске коморе Србије) у овом предмету, мр сци. мед. Радимира Јанковића, Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије, те након разматрања и анализирања свих доказа, како појединачно, тако и у њиховој међусобној повезаности, између осталог, утврдило следеће чињенице:

Неспорно је утврђено у току поступка да је Александар Марковић дана 11. децембра 2012. године, приликом предметне лапароскопске интервенције на жучној кеси сада пок. Весне Гајић, као и приликом реинтервенције која је обављена 13. децембра 2012. године починио одређене стручне пропусте.

Неспорно је утврђено и да је са нужном реинтервенцијом у конкретном случају оклевано, јер је она учињена тек 13. децембра 2012. године у поподневним часовима, а код акутног абдомена неопходно је хитно реаговање.

По завршеној интервенцији је требало поставити дренаже, а што у овом случају није учињено.

Након настанка компликација код пацијенткиње Весне Гајић, након интервенције која је обављена 11. децембра 2012. године није благовремено урађено снимање ултразвучним апаратом (урађено је тек након протока времена од 48 часова).

Реинтервенција 13. децембра 2012. године је од стране др Александра Марковића поново покушана применом лапароскопске методе, иако је уобичајено да се у случајевима постоперативних компликација код интервенција на абдомену, реинтервенције раде класичном методом, на отвореном абдомену – лапаротомијом. Др Александар Марковић је и предметну реинтервенцију покушао прво применом лапароскопске методе, па је тек на крају интервенције применио класичну методу.

Такође, при поменутој реинтервенцији је било неопходно користити назогастричну сонду, а што у овом случају није учињено, што је за директну последицу имало продирање желудачног садржаја у дисајне путеве сада пок. Весне Гајић, због чега је и пребачена на ВМА, где је након 9 дана проведених у коми и преминула.

У смислу свега напред наведеног, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је закључило да су

наводи из предметне жалбе, основани у целости, односно да првостепено веће Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију није у потпуности правилно извршило оцену свих изведених доказа у потпуности, те да је извело погрешан закључак и донело погрешну одлуку, односно да је дошло погрешне примене материјалног права, те да је ослобађајућа одлука првостепеног Већа неоснована у целости.

Ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је констатовало да је након прве интервенције требало поставити дренаже, а да се затим, након погоршања здравственог стања ове пацијенткиње и појаве фебрилности оклевало без потребе, а затим је и реинтервенција покушана прво неподобном методом, имајући у виду све околности овог конкретног случаја.

Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је узело у обзир тежину последице до које је дошло, али је такође ценило и чињеницу да до наведених пропусти није дошло са намером или директним немаром одговорног лекара. У питању је био избор неподобне методе при предметној реинтервенцији. С тим у вези, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је др Александру Марковићу изрекло меру јавне опомене сматрајући да ће се овом мером постићи жељени ефекат, као и њено превентивно дејство. Ова мера ће бити извршена објављивањем ове одлуке, која ће бити доступна свим лекарима у Србији, а на који начин ће се постићи циљеви генералне превенције, па на тај начин и сврха изречене мере.

У смислу свега напред наведеног, Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је закључило да су наводи из предметне жалбе основани, да је првостепено Веће Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију погрешило доносећи ослобађајућу одлуку, па је ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије, након разматрања и расправљања по предметној жалби донело Одлуку као у диспозитиву.

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

ДОСТАВЉЕНО:

- др Александар Марковић;
- адв. Јован Павловић;
- Миливоје Предић;
- Суд части РЛК за југоисточну Србију;
- а/а

2015.



ЈАНУАР

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
29/2014.	30	31	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	1

ФЕБРУАР

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
26	27	28	29	30	31	1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	1

МАРТ

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
23	24	25	26	27	28	1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31	1	2	3	4	5

АПРИЛ

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
30	31	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	1	2	3

МАЈ

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
27	28	29	30	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

ЈУН

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	1	2	3	4	5

ЈУЛ

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
29	30	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	1	2

АВГУСТ

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
27	28	29	30	31	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31	1	2	3	4	5	6

СЕПТЕМБАР

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
31	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	1	2	3	4

ОКТОБАР

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
28	29	30	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	1

НОВЕМБАР

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
26	27	28	29	30	31	1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	1	2	3	4	5	6

ДЕЦЕМБАР

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
30	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	1/2016.	2	3



ГЛАСНИК ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

