

Број 5 //
Београд //
Јул //
2010 //
Година II //

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ГЛАСНИК

ISSN 1821-3995

ПОВОДОМ 120 ГОДИНА ОД СМРТИ ДР ЛАЗЕ К. ЛАЗАРЕВИЋА,
ЛЕКАРА, ХУМАНИСТЕ, КОСМОПОЛИТЕ И ФИЛАНТРОПА

РАДОСТ ЖИВЉЕЊА ЗА ДРУГЕ

// Родоначелник геријатрије у Србији
// Рад који је ушао у медицинску
литературу као Лазаревићев знак
// Зашто је Лазаревић одбио захтев
Краља Милана //



КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР

ЕКСКЛУЗИВНО

ПРЕДЛОГ НОВОГ
ПРАВИЛНИКА
О ОГЛАШАВАЊУ
ЛЕКА, ОДНОСНО
МЕДИЦИНСКИХ
СРЕДСТАВА

И ТО ЈЕ МОГУЋЕ У СРБИЈИ

ИЗБОРИ БЕЗ ПРИМЕДБИ

// И према извештају CeSID-а избори
за чланове Скупштине Лекарске коморе
Србије и чланове скупштина регионалних
лекарских комора протекли уз висок
ниво организованости //

ЛИЦА И НАЛИЧЈА: ЛЕКАРИ
И ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМПАНИЈЕ

ГУШЋЕ СИТО ЗА СПОНЗОРЕ

// Нова правила „игре“ // Зашто је диквалификација
здравствених радника постала део свакодневног
фолклора // Љута трава за љуту рану // Да ли је
људско тело постало највеће тржиште //

Компанија која иза себе има 150 година традиције, која послује на 20 тржишта Европе и броји више од седам милиона клијената, а уз то је и лидер је на пољу здравственог осигурања у Аустрији, са премијом од 908 милиона евра и преко 50 одсто тржишног учешћа, као што је UNIQA осигурање сигурно су уверљиве референце када је реч о увођењу ове врсте осигурања у Србији. За сада, у области приватног здравственог осигурања постоји велики број неусклађених законских регулатива о добровољном здравственом осигурању које, пре свега, дискриминишу пацијенте. Као иновативна компанија UNIQA, односно осигурање нове генерације које нуди првокласне производе и врхунску услугу у различитим сегментима осигурања, својим искуством и знањем, може да помогне у увођењу ове услуге на наше тржиште.

Постоје веома јаке основе за коришћење приватне здравствене услуге у Источној Европи, захваљујући годишњем расту потрошње у приватном здравственом сектору од 10 процената. Искуства UNIQA групе на овом тржишту су таква да од 2002. године, када је приватно здравствено осигурање уведено у земљама Мађарске, Пољске, Чешке, Словачке и Бугарске премија осигурања расте просечно годишње по стопи од 26 процената да би 2006. достигла нешто више од 200 милиона евра. У 2010. очекујемо да ће UNIQA на овим тржиштима забелешити премију од укупно 592 милиона евра.

Истовремено, захваљујући искуству и првокласним здравственим производима, које ће UNIQA пренети и у Србију, грађани Србије ће надамо се за своју осигуравајућу кућу изабрати управо UNIQA осигурање. Посебно што је UNIQA присутна у Србији од 2006. и сврстава се међу пет водећих осигуравајућих компанија. Већ трећу годину за редом UNIQA бележи највећи раст, најажурнија је по питању решавања одштетних захтева, има јак и препознатљив бренд и кроз Центар за бригу о клијентима своју услугу пружа током 24 сата, 7 дана у недељи.

Osiguranje uvek košta manje.

Osiguranje nove generacije.

Osiguranje uvek košta mnogo manje - od računa za doktora koji morate da platite sami ukoliko niste osigurani dok ste na letovanju ili od štete koja bi mogla da se dogodi kod kuće - dok ste bili na putu.

Odložite svoje brige, osigurajte sebi leto puno bezbrižnog uživanja.

U poslovnicama UNIQA osiguranja, **od 23. juna do 30. septembra kupite putno osiguranje**, dobićete na **poklon osiguranje stana** u trajanju Vašeg boravka u inostranstvu.

BESPLATNA DOSTAVA
polisa putnog osiguranja
na željenu adresu
www.uniqua.rs
Kontakt centar 011 20 24 100



Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Година II, број 5,
јул 2010. године.

ISSN 1821-3995

Редакција:

Београд, ул. Краљице Наталије 1.

Тел/фах:

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

И-мејл:

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

Привремени уређивачки одбор:

председник из РЛКБ
прим. др Нада Радан-Милованчев,

чланови:

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

Издавачки савей:

председник проф. др Едита Стокић
из РЛКВ,

чланови:

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

Новински уредник:

Милош Чолић.

Ликовно-графикски уредник:

Илија Милошевић.

Типографско писмо:

Adamant.

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

На насловној страни:

горе: прва наменски изграђена
болница. Зидана од 1846. до 1849.
године, срушена 1904. године.
Налазила се на месту уз данашњу
Његошеву улицу где је сада зграда
гимназије, а названа је Болница
централне војске Србије.

Штампа: ПТТ Београд

Драге колегинице,
Драге колеге,



И за нас је четири годи-
не постојања и рада Ле-
карске коморе Србије, а ево до Вас
је стигао и пети број нашег ГЛА-
СНИКА.

До сада нам је, у овим првим го-
динама, био један од циљева да
часопис представља врсту инфор-

матора, који ће Вас упознавати са свим активностима
Лекарске коморе у земљи и ван ње.

Делокруг Коморе био је обиман, постигнути су зна-
чајни успеси у протеклом периоду, али прави испит
зрелости Комора је положила управо у јуну ове годи-
не, када је показала своју способност и снагу да спро-
веде на целој територији Србије успешно изборе за де-
легате, чланове будуће Скупштине Лекарске коморе
Србије и скупштина свих регионалних лекарских ко-
мора за следећи мандат од четири године.

Осећам потребу да поново поменем, да није ништа
необично и неочекивано што после више од 60 годи-
на непостојања Лекарске коморе чланови не умеју још
да препознају и сагледају значај и улогу коју ЛКС тре-
ба да има у нашем друштву.

Скупштина ЛКС, скупштине свих РЛК и сви њихови
одбори урадили су најтежи почетни посао. Пун ентузијазма,
сви без икакве материјалне надокнаде пре-
лазили су непретројиве препреке, радили и трудили
се како су најбоље умели да следећем сазиву трасира-
ју све путеве. Следећи сазив наставља рад у формира-
ној и у свету већ признатој комори.

Уверена сам да је демократски начин кандидова-
ња за ове изборе обезбедио делегате, који желе и мо-
гу својим ангажовањем да допринесу афирмацији и
угледу наше Коморе.

Уверена сам да ће чланство, дакле сви лекари у на-
редне четири године успевати да препознају потребу
постојања и ангажовање ЛКС у свим сегментима на-
шег лекарског деловања и да ће својим изабраним де-
легатима пружати подршку.

Очекујем и молим и даље за сугестије, драги читао-
ци, са жељом да нам часопис буде све бољи и бољи и
да задовољи потребе чланства ЛКС.

Aetate rectius sapimus.

Прим. др Нада Радан Милованчев
председник привременог Уређивачког одбора

ИЗ ОВОГ БРОЈА

// Избори без примедби **5** // За свако место више кандидата **14** // „Мртва трка“ на Врачару и Старом граду **18** // Већи одзив лекара из државне праксе **20** // У Пироту највећа излазност **22** // Поновљени избори у Грачаници **24** // Висок ниво организованости **24** // Гушће сито за спонзоре **28** // Quo vadis, Србијо? **32** // Људско тело је највеће тржиште **33** // Предлог Правилника о начину оглашавања лека, односно медицинског средства **34** // Чланство – без изузетка **45** // Од часописа до сајта **47** // Заједно – спремни за будућност **48** // Нова фабрика – за ново време **60** // Радост живљења за друге **65** // Знањем до задовољног пацијента **81** //

39–44

Приватна пракса у Србији данас

ЈОШ УВЕК ТАБУ ТЕМА И СТРАХ ОД УСПЕХА

Не постоји политичка воља да се приватна пракса integriше у систем здравствене заштите Сваки други скенер и магнетна резонанца у Србији инвестирана новцем приватника

50–52

Континуирана медицинска едукација берлинског удружења здравствених радника

БЕЗ БОДОВА ХОНОРАР ТАЊИ И ДО 25 ОДСТО

Уколико докази нису комплетни или недостају следује смањење хонорара од 10 до 25 процената

53–59

Палијативно збрињавање

МАЊЕ ПАТЊЕ ВИШЕ ДОСТОЈАНСТВА

Реченица „Ништа више не можемо учинити“ или “То је све што смо могли учинити” – која се неретко чује у нашим здравственим установама није истинита јер...

68–80

Са свих меридијана

ТАЈНА ЖЕНА ИКС

Нано технологијом против атеросклерозе; Осећање безнађа повећава ризик од шлога; Откривена зона у мозгу која контролише страх; Депресија ће постати водећи здравствени проблем...

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ ЦЕНТРАЛНЕ ИЗБОРНЕ КОМИСИЈЕ НА ИЗБОРИМА ЗА ДЕЛЕГАТЕ СКУПШТИНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ И СКУПШТИНА РЕГИОНАЛНИХ ЛЕКАРСКИХ КОМОРА

ИЗБОРИ БЕЗ ПРИМЕДБИ

// НА ОСНОВУ ИЗБОРНОГ МАТЕРИЈАЛА ПРИМЉЕНОГ ОД БИРАЧКИХ ОДБОРА, УТВРЂЕНО ЈЕ ДА, ПРЕМА ИЗВОДИМА ИЗ БИРАЧКИХ СПИСКОВА, ИМА БИРАЧА: 29.210 И ДА ЈЕ, ПРЕМА ИЗВОДИМА ИЗ БИРАЧКИХ СПИСКОВА, ГЛАСАЛО 3897 БИРАЧА И ДА ЈЕ БИЛО 73 НЕВАЖЕЋИХ ГЛАСАЧКИХ ЛИСТИЋА //

У складу са чланом 5 став 2 тачка 16 Правилника о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу, Централна изборна комисија Лекарске коморе Србије (у даљем тексту: ЦИК) подноси предметни Извештај о спроведеним изборима Скупштини Лекарске коморе Србије. У Извештају ЦИК наводи имена свих изабраних делегата Скупштине ЛКС и Скупштине РЛК као и податке о току изборног процеса на изборима одржаним дана 20. 06. 2010.г. и поновљеним на мањем броју бирачких места дана 27. 06. 2010.г.

Централна изборна комисија радила је на 24 одржане седнице у складу са Правилником о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу, Пословником о раду Централне изборне комисије и Роковником за вршење изборних радњи у поступку спровођења избора за чланове Скупштине ЛКС и чланове скупштине регионалних лекарских комора, расписаних за 20. 06. 2010. године.

1) СКУПШТИНА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

За Скупштину Лекарске коморе Србије бирано је укупно 124 делегата и то:

1. из региона Београд 29 из државних здравствених установа и 15 из приватне праксе;
2. из региона Војводина 18 из државне и 6 из приватне праксе;
3. из региона Југоисточне Србије 19 из државне и 4 из приватне праксе;
4. из региона Централне и западне Србије 18 из државне и 4 из приватне праксе;
5. из региона Косово и Метохија 11 лекара из државне праксе.

1. Комисија је утврдила да је, од укупно 49 бирачких одбора на територији ЛКС примила изборни материјал од 49 бирачких одбора.

2. Комисија је утврдила да није било битних повреда Правилника осим на бирачком месту у Пироту где су поновљени избори дана 27. 06. 2010.г.

Због битних повреда Правилника, Изборна Комисија Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију је поништила гласање на укупно 1 бирачких места, и то:

(број)

Пирот _____,

(навести бирачка места на којима је поништено гласање)

и одредила да се, на овом бирачком месту, понови гласање).

3. На основу изборног материјала примљеног од бирачких одбора, утврђено је:

– да је за изборе предато укупно гласачких листића: 28.809

– да је остало неупотребљено гласачких листића: 24.912

– да, према изводима из бирачких спискова, има бирача: 29.210

– да је, према изводима из бирачких спискова, гласало бирача: 3.897

– да је било неважећих гласачких листића: 73

– да је било важећих гласачких листића: 3.824

Напомена: Од укупно 29.210 уписаних бирача, Службени гласник РС одштампао је 28.809 гласачких листића (401 мање од броја гласача).

У Скупштину ЛКС изабрани су следећи делегати:

ЛИСТА ДЕЛЕГАТА СКУПШТИНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

(ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ – ДРЖАВНИ ИЛИ ПРИВАТНИ)

Београд -Нови Београд

Татјана Радосављевић – државни

Спасо Анђелић – државни

Душан Стефановић – државни

Милош Јовановић – државни

Снежана Петровић – државни

Београд - Вождовац

Мирјана Лапчевић – државни

Весна Јовановић – државни

Мирослав Вукосављевић – државни

Бобан Ђорђевић – државни

Београд - Чукарица

Нада Јовановић-Васиљевић – државни

Драгана Мартиновић – државни

Марија Тошић – државни

Јасмина Кукобат – државни

Владимир Ковчин – државни

Београд - Врачар

Ђорђе Алемпијевић – државни

Бранка Лазић – државни

Александра Милосављевић – државни

Београд - Савски венац

Загорка Максимовић – државни

Мирјана Милићевић – државни

Београд - Земун

Љубиша Поповић – државни

није изабран један делегат – државни



Састанак у Регионалној лекарској комори за Југоисточну Србију у Нишу

Београд – Звездара

Драган Мандарић – државни
Миодраг Вукчевић – државни
Весна Млађеновић – државни

Београд – Палилула

Петар Станојевић – државни
Вера Одановић – државни

Београд – Стари град

Нада Бараћ – државни
Сергеј Лазаров – државни

Београд – Обреновац

Маја Тодоровић – државни

Београд – Нови Београд

Нада Радан-Милованчев – приватни
Миодраг Манигода – приватни
Гордана Пантелић – приватни
Миланка Давитков – приватни
Марина Драговић – приватни
Драгољуб Мандић – приватни

Београд – Стари град

Драгана Милутиновић – приватни

Олга Поповић – приватни

Ивана Петровић – приватни

Миодраг Станић – приватни

Љиљана Милашиновић – приватни

Зорица Динић – приватни

Јован Димитријевић – приватни

Данка Грудић – приватни

Зоран Раовић – приватни

Војводина – Сомбор

Богдан Николић – државни

Снежана Гајић – државни

Војводина – Суботица

Илона Чернетић – државни

Јожеф Сирак – државни

Војводина – Кикинда

Радослав Бечејац – државни

Војводина – Зрењанин

Љиљана Павковић – државни

Војводина – Вршац

Горан Вешовић – државни



Војводина – Панчево
 Мирјана Марковић-Лазих – државни
Војводина – Сремска Митровица
 Драган Малобабић – државни
 Биљана Пивалица – државни
Војводина – Нови Сад
 Драган Данкуц – државни
 Тихомир Вејновић – државни
 Бранислав Перин – државни
 Светлана Чвокић – државни
 Светлана Малешевић – државни
 Бранко Миличевић – државни
 Светлана Сараволац-Стефановић – државни
Војводина – Врбас
 Драган Ристић – државни
Војводина – Нови Сад
 Јосип Чикош – приватни
 Мирјана Анђелић – приватни
 Драгана Гвоздановић – приватни
Војводина – Бачка и Срем
 Емилија Грујић – приватни

Јадран Тачић – приватни
Војводина – Банат
 Милета Попов – приватни

Југоисточна Србија – Број 1
 Радивоје Лазих – државни
Југоисточна Србија – Број 2
 Живорад Дидић – државни
није изабран један делегат – државни
Југоисточна Србија – Број 4
 Мирослав Миљковић – државни
Југоисточна Србија – Број 5
 Ружица Аздејковић – државни
 Владета Милојевић – државни
Југоисточна Србија – Број 6
 Александар Радосављевић – државни
 Милан Симић – државни
 Небојша Илић – државни
 Стева Станишић – државни
 Маја Бошковић – државни
 Марина Дељанин-Илић – државни

7 <

Зоран Димић – државни

Горан Стојиљковић – државни

Југоисточна Србија – Број 7

Иван Илић – државни

Југоисточна Србија – Број 8

Драгослав Алексић – државни

Јасмина Иванчевић – државни

Југоисточна Србија – Број 9

Славица Ђуровић-Младеновић – државни

Драган Китановић 1111958744110 Државни

Југоисточна Србија – Број 1

Душан Антић – приватни

Југоисточна Србија – Број 2

Снежана Јовановић – приватни

Драган Стефановић – приватни

Југоисточна Србија – Број 3

Стеван Баљошевић – приватни

Централна и западна Србија – Број 1

Снежана Ковачевић – државни

Централна и западна Србија – Број 2

Александар Исаковић – државни

Централна и западна Србија – Број 3

Владимир Обрадовић – државни

Централна и западна Србија – Број 4

Гордана Лучић – државни

Предраг Мијаиловић – државни

Миљко Пејић – државни

Централна и западна Србија – Број 5

Добрила Дражовић – државни

Рада Петровић – државни

Централна и западна Србија – Број 6

Бранко Ристић – државни

Јасмина Кнежевић – државни

Владимир Гајић – државни

Борка Милев – државни

Централна и западна Србија – Број 7

Милан Парезановић – државни

Станко Барлов – државни

Централна и западна Србија – Број 8

Сеад Личина – државни

Централна и западна Србија – Број 9

Владо Спироски – државни

Централна и западна Србија – Број 10

Слађана Илић – државни

Централна и западна Србија – Број 11

Бранко Радивојевић – државни

Централна и западна Србија – Број 1

Бранка Јоцић – приватни

Централна и западна Србија – Број 2

Бранко Миленковић – приватни

Централна и западна Србија – Број 3

Рајко Лазић – приватни

Централна и западна Србија – Број 4

Миодраг Јаркин – приватни

Косово и Метохија – Грачаница

Александар Васић – државни

Рада Трајковић – државни

Јован Младеновић – државни

Милош Мирковић – државни

Славица Чанковић – државни

Косово и Метохија – Косовска Митровица

Златко Новески – државни

Властимир Цветковић – државни

Татјана Икић – државни

Косово и Метохија – Шилово

Јелица Крчмаревећ – државни

Косово и Метохија – Штрпце

Љубиша Недељковић – државни

Сава Станојевић – државни

4. Чланови Централне изборне комисије **нису имали** примедбе на утврђивање резултата избора.

5. Закључено је да се резултати избора одмах објаве на сајту Лекарске коморе Србије и на огласним таблама ЛКС и регионалних лекарских комора.

6. Комисија је завршила рад на проглашењу резултата избора 02. 07. 2010. год. у 18,00 часова.**II) СКУПШТИНА РЛК БЕОГРАД****За Скупштину Регионалне лекарске коморе Београда бирано је 44 делегата из државних здравствених установа и 15 делегата из приватне праксе.**

Комисија је утврдила да је, од укупно 10 бирачких одбора на територији РЛК Београда примила изборни материјал од 10 бирачких одбора.

1. Комисија је утврдила да **није било** битних повреда Правилника.

2. На основу изборног материјала примљеног од бирачких одбора, утврђено је:

– да је за изборе предато укупно гласачких листића: 10.252

– да је остало неупотребљено гласачких листића: 9.578

– да, према изводима из бирачких спискова, има бирача: 10.235

– да је, према изводима из бирачких спискова, гласало бирача: 674

– да је било неважећих гласачких листића: 24

– да је било важећих гласачких листића: 650

У Скупштину РЛК Београд изабрани су следећи делегати:

ЛИСТА ДЕЛЕГАТА СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ БЕОГРАДА**(ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА****ИМЕ И ПРЕЗИМЕ – ДРЖАВНИ ИЛИ ПРИВАТНИ)****Нови Београд**

Драган Цветић – државни

Бојан Васић – државни

Милош Јовановић – државни

Сања Тасић – државни

Драгана Гојшина – државни

Ненад Степић – државни

Снежана Петровић – државни

Лукас Расулић – државни

Вождовац

Мирјана Лапчевић – државни

Драгана Матић – државни

Весна Шуљагић – државни

Нинослава Михајловић – државни

Мирослав Вукосављевић – државни

Небојша Лађевић – државни

Чукарица

Марија Тошић – државни

Драгана Мартиновић – државни

Србољуб Стајић – државни

Снежана Кузмановић – државни

Јасмина Кукобат – државни

Владимир Ковчин – државни

Нада Јовановић-Васиљевић – државни

Врачар

Бранка Лазић – државни

Ђорђе Алемпијевић – државни
Александра Милосављевић – државни
Јелена Милић – државни

Савски венац

Мирјана Мићовић – државни
Сара Белеслин – државни
Мирјана Милићевић – државни

Земун

Драгица Блажон – државни
није изабран један делегат – државни
није изабран један делегат – државни

Звездара

Драган Мандарић – државни
Миодраг Вукчевић – државни
Весна Млађеновић – државни
Горица Бишкупих – државни

Палилула

Петар Станојевић – државни
Сања Ђорђевић – државни
Јасмина Павловић – државни
Владимир Жугић – државни

Стари град

Сергеј Лазаров – државни
Игор Николић – државни
Нада Бараћ – државни

Обреновац

Љиљана Миленковић-Атанацковић – државни
Миодраг Срећковић – државни

Нови Београд

Гордана Сувајац – приватни
Миланка Давитков – приватни
Миодраг Манигода – приватни
Мирјана Дурбаба – приватни
Војислав Живанић – приватни
Зорица Ђумић – приватни

Стари град

Драгана Милутиновић – приватни
Данијела Вранеш – приватни
Драган Миливојевић – приватни
Миодраг Тодоровић – приватни
Милан Динић – приватни
Александар Ђоковић – приватни
Мирослава Шарац – приватни
Султана Манојловић – приватни
Ана Гифинг-Брадић – приватни

3. Чланови Изборне ЦИК-а **нису имали** примедбе на утврђивање резултата избора.

4. Комисија је завршила рад 02. 07. 2010. год.
у 18,00 часова.

III) СКУПШТИНА РЛК ВОЈВОДИНЕ

За Скупштину Регионалне лекарске коморе Војводине бирано је 27 делегата из државне праксе и 6 делегата из приватне праксе.

1. Комисија је утврдила да је, од укупно 9 бирачких одбора на територији РЛК Војводине примила изборни материјал од 9 бирачких одбора.



Здравствени центар у Чачку

9 <

2. Комисија је утврдила да није било битних повреда Правилника.

3. На основу изборног материјала примљеног од бирачких одбора, утврђено је:

– да је за изборе предато укупно гласачких листића: 5.945

– да је остало неупотребљено гласачких листића: 4.964

– да, према изводима из бирачких спискова, има бирача: 5.947

– да је, према изводима из бирачких спискова, гласало бирача: 981

– да је било неважећих гласачких листића: 16

– да је било важећих гласачких листића: 965

У Скупштину РЛК Војводина изабрани су следећи делегати:

ЛИСТА ДЕЛЕГАТА СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ВОЈВОДИНЕ

(ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ – ДРЖАВНИ ИЛИ ПРИВАТНИ)

Сомбор

Емеше Ури – државни

Наташа Дрча – државни

Суботица

Марко Сенте – државни

Јожеф Сирак – државни

Дубравка Флего – државни

Киkinда

Радивој Бореновић – државни

Мила Гаврилов – државни

Зрењанин

Светлана Детки – државни

Бранка Беновић – државни

Вршац

Гордана Гашпар – државни

Панчево

Милан Ковијанић – државни

Слободан Овука – државни

Сремска Митровица

Дубравка Ковачевић Суботички – државни

Љубица Фодора – државни

Јованка Дејановић – државни

Нови Сад

Зоран Комазец – државни

Драган Будаков – државни

Драган Катанић – државни

Предраг Филипов – државни

Мирослав Илић – државни

Светлана Сараволац Стефановић – државни

Веселин Бојат – државни

Снежана Трећаков – државни

Олгица Јукић Неатница – државни

Нада Кардум – државни

Никулина Мијучић – државни



Ниш

Врбас

Спасоје Убавин – државни

Нови Сад

Игор Брзаковић – приватни
Маја Тоби Стризовић – приватни
Зоран Булатовић – приватни

Бачка и Срем

Владимир Блануша – приватни
Клара Борош Ђеви Маркуш – приватни

Банат

Владимир Арсенић – приватни

4. Чланови ЦИК-а **нису имали** примедбе на утврђивање резултата избора.

5. Комисија је завршила рад 02.07.2010. год.
у 18,00 часова.

IV) СКУПШТИНА РЛК ЈУГОИСТОЧНЕ СРБИЈЕ

**За Скупштину Регионалне лекарске коморе бира-
но је 29 делегата из државне праксе и 4 делегата из
приватне праксе.**

1. Комисија је утврдила да је, од укупно 9 бирачких одбора на територији РЛК ЈиС примила изборни материјал од 9 бирачких одбора.

2. Комисија је утврдила да је било битних повреда Правилника на бирачком месту у Пироту (на дан одржавања избора промењена адреса бирачког места одлуком лица које је ЛКС-у уступило простор).

Због битних повреда Правилника, Изборна Комисија Регионалне лекарске коморе ЈиС поништила гласање на укупно 1 бирачких места, и то:

(број)

Бирачко место 26 – Пирот, и одредила да се, на овим бирачким местима, понови гласање дана 27. 06. 2010. На поновљеном гласању није било примедби.

3. На основу изборног материјала примљеног од бирачких одбора, утврђено је:

– да је за изборе предато укупно гласачких листића: 6.270

– да је остало неупотребљено гласачких листића: 5.323

– да, према изводима из бирачких спискова, има бирача: 6.270

– да је, према изводима из бирачких спискова, гласало бирача: 947

– да је било неважећих гласачких листића: 9

– да је било важећих гласачких листића: 938

У Скупштину РЛК Југоисточне Србије изабрани су следећи делегати:

ЛИСТА ДЕЛЕГАТА СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ЈУГОИСТОЧНЕ СРБИЈЕ

(ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ – ДРЖАВНИ ИЛИ ПРИВАТНИ)

Број 1

Драгана Петровић – државни
Сузана Младеновић – државни

Број 2

Живорад Дидић – државни
није изабран један делегат – државни

Број 3

Звонимир Панتيћ – државни
није изабран један делегат – државни

Број 4

Славиша Антонијевић – државни
Србобран Бранковић – државни

Број 5

Драгана Арсић – државни
Саша Зајић – државни

Број 6

Александар Радосављевић – државни
Милан Симић – државни
Небојша Илић – државни
Горан Стојиљковић – државни
Маја Бошковић – државни
Иван Тасић – државни
Марина Дељанин-Илић – државни
Лидија Ристић – државни
Слађана Миленковић – државни
Драгослав Илић – државни
Зоран Милошевић – државни
Зоран Димић – државни

Број 7

Перица Стојановић – државни

Број 8

Јован Костић – државни
Бисерка Митић – државни
Косовка Илић – државни

Број 9

Славица Ђуровић-Младеновић – државни
Драган Китановић – државни
Братислав Ноцић – државни

Број 1

Радмила Јанковић – приватни

Број 2

Драган Стефановић – приватни
Снежана Јовановић – приватни

Број 3

Мирољуб Џикић – приватни

4. Чланови ЦИК-а **нису имали** примедбе на утврђивање резултата избора.

5. Комисија је завршила рад 02. 07. 2010. год.
у 18,00 часова.

V) СКУПШТИНА РЛК ЦЕНТРАЛНЕ И ЗАПАДНЕ СРБИЈЕ

**За Скупштину Регионалне лекарске коморе Централне и западне Србије бира-
но је 29 делегата из државне праксе и 4 делегата из приватне праксе.**

1. Комисија је утврдила да је, од укупно 15 бирачких одбора на територији РЛК Централне и западне Србије примила изборни материјал од 15 бирачких одбора.

2. Комисија је утврдила да није било битних повреда Правилника.

3. На основу изборног материјала примљеног од бирачких одбора, утврђено је:

11 <

- да је за изборе предато укупно гласачких листића: 5.910
- да је остало неупотребљено гласачких листића: 4.761
- да, према изводима из бирачких спискова, има бирача: 5.910
- да је, према изводима из бирачких спискова, гласало бирача: 1.149
- да је било неважећих гласачких листића: 25
- да је било важећих гласачких листића: 1.124

У Скупштину РЛК Централне и западне Србије изабрани су следећи делегати:

**ЛИСТА ДЕЛЕГАТА СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ
ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ЦЕНТРАЛНЕ И ЗАПАДНЕ СРБИЈЕ**

(ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ - ДРЖАВНИ ИЛИ ПРИВАТНИ)

Број 1

Митко Брајић – државни
Слађана Каурин-Милетић – државни

Број 2

Владан Секулић – државни

Број 3

Зорица Џида – државни
Вера Терзић – државни

Број 4

Ружица Стојић – државни
Муниб Кајевић – државни
Мирослав Селаковић – државни
Марија Марковић – државни

Број 5

Жаклина Тутуновић – државни
Добрила Дражовић – државни
Рада Петровић – државни

Број 6

Александар Жунић – државни
Гордана Ђокић – државни
Борка Милев – државни
Владимир Гајић – државни
Татјана Михајловић – државни
Милан Пауновић – државни

Број 7

Срђан Вукашиновић – државни
Ана Илић – државни
Јордан Петровић – државни

Број 8

Љубинко Васиљевић – државни
Снежана Дабетић-Недељковић – државни

Број 9

Владан Стакић – државни
Снежана Трајкова-Милић – државни

Број 10

Момир Јовановић – државни
Томислав Башовић – државни

Број 11

Предраг Радојковић – државни
Горан Обрадовић – државни

Број 1

Зоран Добросављевић – приватни

Број 2

није изабран један делеџаџи – Приватни

Број 3

Рајко Лазић – приватни

Број 4

Весна Васић – приватни

4. Чланови ЦИК-а **нису имали** примедбе на утврђивање резултата избора.

5. Комисија је завршила рад 02.07.2010.год. у
18.00 часова.

VI) СКУПШТИНА РЛК КОСОВА И МЕТОХИЈЕ

За Скупштину Регионалне лекарске коморе Косова и Метохије бирано је 37 делегата из државних здравствених установа.

1. Комисија је утврдила да је, од укупно 6 бирачких одбора на територији РЛК Косова и Метохије примила изборни материјал од 6 бирачких одбора.

2. Комисија је утврдила да није било битних повреда Правилника.

3. На основу изборног материјала примљеног од бирачких одбора, утврђено је:

- да је за изборе предато укупно гласачких листића: 742
- да је остало неупотребљено гласачких листића: 576
- да, према изводима из бирачких спискова, има бирача: 742
- да је, према изводима из бирачких спискова, гласало бирача:
- да је било неважећих гласачких листића: 1
- да је било важећих гласачких листића: 165

У Скупштину РЛК Косова и Метохије изабрани су следећи делегати:

**ЛИСТА ДЕЛЕГАТА СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ
ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ КОСОВА И МЕТОХИЈЕ**

(ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ - ДРЖАВНИ ИЛИ ПРИВАТНИ)

Грачаница

[illegible]



ПРОВЕРА ИДЕНТИТЕТА

Косовска Митровица

Златко Новески – државни
Љиљана Минић – државни
Иванка Недељковић – државни
Љубиша Милошевић – државни
Горица Ђукић-Васић – државни
Лена Радосављевић – државни
Милутин Андрић – државни
Властимир Цветковић – државни
Небојша Илић – државни
Даница Мурганић – државни
Татјана Икић – државни

Шилово

Миле Кузмановић – државни
Давид Стојановић – државни
Небојша Младеновић – државни

Штрпце

Радисав Пантић – државни
Станислава Радовић – државни
Нихат Османи – државни
није изабран један делегат – државни

4. Чланови ЦИК-а **нису имали** примедбе на утврђивање резултата избора.

5. Комисија је завршила рад 02.07.2010.год. у 18,00 часова.

VII) ЦЕНТРАЛНА ИЗБОРНА КОМИСИЈА ЛКС

Централна изборна комисија ЛКС (у даљем тексту: ЦИК) донела је у изборном процесу 33 различита образаца за спровођење избора, као и сва неопходна акта за спровођење избора из своје надлежности (Правилник о раду бирачког одбора).

Уз надзор представника ЦИК-а, Службени Гласник РС штампао је изборни материјал за изборе, од чега посебно треба издвојити гласачке листиће (у 4 различите боје и заштићене воденим жигом, посебном шаром и шифром коморе за сваку изборну јединицу) и контролне листове за сваку гласачку кутију. Такође припремљени су и у Службеном гласнику РС одштампани посебни изводи из бирачког списка за свако бирачко место.

Иако су ово први избори одржани у Лекарској комори на свим нивоима на овај начин, постојао је висок степен организованости и велика жеља код свих актера да избори протекну у најбољем реду.

Сарадња са ЦЕСИДОМ (који је посматрао изборни процес у целини) била је највишем нивоу и омогућен је посматрачима ЦЕСИД-а увид у сваки део изборног процеса. Централна изборна комисија ЛКС одржала је последњу седницу у уторак 13.07.2010.г. и на њој усвојила Извештај који се подноси Скупштини ЛКС наусвајање. У Београду 13. 07. 2010. г.

Председник Централне изборне комисије
Дејан Д. Бабић, адвокат



ЛЕКАРИ У ЦЕНТРАЛИ НА ИЗБОРНОМ МЕСТУ У НОВОМ САДУ У ПРОСТОРИЈАМА РЛК ВОЈВОДИНЕ

ИЗВЕШТАЈ ИЗБОРНЕ КОМИСИЈЕ РЛК ВОЈВОДИНЕ О СПРОВЕДЕНИМ ИЗБОРИМА ЗА ЧЛАНОВЕ СКУПШТИНЕ ЛКС И ЧЛАНОВЕ СКУПШТИНЕ РЛК ВОЈВОДИНЕ

ЗА СВАКО МЕСТО ВИШЕ КАНДИДАТА

// ЗА 24 МЕСТА У СКУПШТИНИ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ КОЛИКО СЕ БИРАЛО НА ТЕРИТОРИЈИ НАДЛЕЖНОСТИ РЛКВ КАНДИДОВАНО 75, А ЗА 35 МЕСТА У СКУПШТИНИ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ВОЈВОДИНЕ 88 ЛЕКАРА //

Поступајући у складу са Статутом Лекарске коморе Србије и Правилником о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова Скупштине и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу, Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине је, на седници

одржаној 26. 04. 2010. године, изабрала Изборну комисију Регионалне лекарске коморе Војводине у саставу:

1. Реља Алексић, председник Комисије
2. Златко Папић, заменик председника
3. Ђерђи Пфау, члан
4. Живорад Лазаревић, члан



5. Др Бранислав Ђуран, члан
6. Драган Савић, члан

Одлуком Скупштинне Лекарске коморе Србије, на територији надлежности Регионалне лекарске коморе Војводине формирано је девет изборних јединица за избор делегата из државне праксе:

1. Изборна јединица Сомбор (бирана 2 члана Скупштине ЛКС и 2 члана Скупштине РЛКВ)
2. Изборна јединица Суботица (бирана 2 члана Скупштине ЛКС и 3 члана Скупштине РЛКВ)
3. Изборна јединица Кикинда (биран 1 члан Скупштине ЛКС и 2 члана Скупштине РЛКВ)
4. Изборна јединица Зрењанин (биран 1 члан Скупштине ЛКС и 2 члана Скупштине РЛКВ)
5. Изборна јединица Вршац (биран 1 члан Скупштине ЛКС и 1 члан Скупштине РЛКВ)
6. Изборна јединица Панчево (биран 1 члан Скупштине ЛКС и 2 члана Скупштине РЛКВ)
7. Изборна јединица Сремска Митровица (бирана 2 члана Скупштине ЛКС и 3 члана Скупштине РЛКВ)
8. Изборна јединица Нови Сад (бирано 7 чланова Скупштине ЛКС и 11 чланова Скупштине РЛКВ)
9. Изборна јединица Врбас (биран 1 члан Скупштине ЛКС и 1 члан Скупштине РЛКВ)

Као и три изборне јединице за избор делегата из приватне праксе и то:

1. Изборна јединица Нови Сад (бирана 3 члана Скупштине ЛКС и 3 члана Скупштине РЛКВ)
2. Изборна јединица Бачка и Срем (бирана 2 члана Скупштине ЛКС и 2 члана Скупштине РЛКВ)
3. Изборна јединица Банат (биран 1 члан Скупштине ЛКС и 1 члан Скупштине РЛКВ)

Бирачка места у изборним јединицама (укупно 9 бирачких места) била су у канцеларијама Регионалне лекарске коморе Војводине у Сомбору, Суботици, Кикинди, Зрењанину, Вршцу, Панчеву, Сремској Митровици, Новом Саду и Врбасу.

У току предизборних активности, изборна комисија Регионалне лекарске коморе Војводине као и стручна служба Регионалне лекарске коморе Војводине посветила је пуно пажње информисању и анимирању чланства у поступку кандидовања и избора. Сваки члан РЛКВ је писменим путем информисан о одржавању избора, начином и поступком кандидовања као и бирачком месту на коме може гласати.

Резултат тог ангажмана огледа се у чињеници да је се за 24 места у Скупштини Лекарске коморе Србије колико се бирало на територији надлежности РЛКВ кандидовало 75, а за 35 места у Скупштини Регионалне лекарске коморе Војводине 88 лекара.

Током пријема кандидатура, Изборна комисија Регионалне лекарске коморе Војводине одржала је седам састанака.

Изборна комисија Регионалне лекарске коморе Војводине 15.06.2010. године запримила је од стране Централне изборне комисије изборни материјал који је у предвиђеном року дистрибуиран бирачким одборима.

У Скупштини Града Новог Сада у сарадњи са Центром за слободне изборе и демократију 17. 06. 2010. године успешно је одржана обука за чланове бирачких одбора.

Излазност на изборима 20. 06. 2010. године била је следећа:

СКУПШТИНА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Укупна излазност:

Уписаних бирача: 5947
Гласало: 980 (16,47%)
Важећих гласачких листића: 955
Неважећих гласачких листића: 25

Државна пракса:

Уписаних бирача: 5370
Гласало: 834 (15,53%)
Важећих гласачких листића: 810
Неважећих гласачких листића: 24

Приватна пракса:

Укупно бирача: 577
Гласало: 146 (25,30%)
Важећих гласачких листића: 145
Неважећих гласачких листића: 1

СКУПШТИНА РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ВОЈВОДИНЕ

Укупна излазност:

Уписаних бирача: 5947
Гласало: 981 (16,49%)
Важећих гласачких листића: 960
Неважећих гласачких листића: 21

15 <

Државна пракса:

Уписаних бирача: 5370

Гласало: 835 (15,53%)

Важећих гласачких листића: 815

Неважећих гласачких листића: 20

Приватна пракса:

Укупно бирача: 577

Гласало: 146 (25,30%)

Важећих гласачких листића: 145

Неважећих гласачких листића: 1

ДРЖАВНА ПРАКСА**Изборна јединица Нови Сад**

Скупштина Лекарске коморе Србије

Уписаних бирача: 2125

Гласало: 302 (14,21%)

Важећих гласачких листића: 291

Неважећих гласачких листића: 11

Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине

Уписаних бирача: 2125

Гласало: 302 (14,21%)

Важећих гласачких листића: 291

Неважећих гласачких листића: 11

Изборна јединица Суботица

Скупштина Лекарске коморе Србије

Уписаних бирача: 586

Гласало: 79 (13,48%)

Важећих гласачких листића: 78

Неважећих гласачких листића: 1

Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине

Уписаних бирача: 586

Гласало: 79 (13,48%)

Важећих гласачких листића: 79

Неважећих гласачких листића: 0

Изборна јединица Кикинда

Скупштина Лекарске коморе Србије

Уписаних бирача: 301

Гласало: 38 (12,62%)

Важећих гласачких листића: 37

Неважећих гласачких листића: 1

Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине

Уписаних бирача: 301

Гласало: 38 (12,62%)

Важећих гласачких листића: 38

Неважећих гласачких листића: 0

Изборна јединица Сомбор

Скупштина Лекарске коморе Србије

Уписаних бирача: 483

Гласало: 78 (16,14%)

Важећих гласачких листића: 78

Неважећих гласачких листића:

Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине

Уписаних бирача: 483

Гласало: 78 (16,14%)

Важећих гласачких листића: 77

Неважећих гласачких листића: 1

Изборна јединица Вршац

Скупштина Лекарске коморе Србије

Уписаних бирача: 262

Гласало: 97 (37,02%)

Важећих гласачких листића: 90

Неважећих гласачких листића: 7

Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине

Уписаних бирача: 262

Гласало: 98 (37,4%)

Важећих гласачких листића: 95

Неважећих гласачких листића: 3

Изборна јединица Зрењанин

Скупштина Лекарске коморе Србије

Уписаних бирача: 427

Гласало: 54 (12,64%)

Важећих гласачких листића: 54

Неважећих гласачких листића: 0

Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине

Уписаних бирача: 427

Гласало: 54 (12,64%)

Важећих гласачких листића: 54

Неважећих гласачких листића: 0

Изборна јединица Сремска Митровица

Скупштина Лекарске коморе Србије

Уписаних бирача: 519

Гласало: 126 (24,27%)

Важећих гласачких листића: 124

Неважећих гласачких листића: 2

Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине

Уписаних бирача: 519

Гласало: 126 (24,27%)

Важећих гласачких листића: 122

Неважећих гласачких листића: 4

Изборна јединица Врбас

Скупштина Лекарске коморе Србије

Уписаних бирача: 292

Гласало: 19 (6,05%)

Важећих гласачких листића: 18

Неважећих гласачких листића: 1

Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине

Уписаних бирача: 292

Гласало: 19 (6,05%)

Важећих гласачких листића: 18

Неважећих гласачких листића: 1

Изборна јединица Панчево

Скупштина Лекарске коморе Србије

Уписаних бирача: 375

Гласало: 42 (11,2%)

Важећих гласачких листића: 41

Неважећих гласачких листића: 1

Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине

Уписаних бирача: 375

Гласало: 42 (11,2%)

Важећих гласачких листића: 41

Неважећих гласачких листића: 1

ПРИВАТНА ПРАКСА**Изборна јединица Нови Сад**

Скупштина Лекарске коморе Србије

Укупно бирача: 307

Гласало: 62 (20,19%)

Важећих гласачких листића: 61

Неважећих гласачких листића: 1

Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине

Укупно бирача: 307

Гласало: 62 (20,19%)

Важећих гласачких листића: 61

Неважећих гласачких листића: 1

Изборна јединица Банат

Скупштина Лекарске коморе Србије

Укупно бирача: 103

Гласало: 38 (36,89%)
 Важећих гласачких листића: 38
 Неважећих гласачких листића: 0
 Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине
 Укупно бирача: 103
 Гласало: 38 (36,89%)
 Важећих гласачких листића: 38
 Неважећих гласачких листића: 0

Изборна јединица Бачка и Срем

Скупштина Лекарске коморе Србије
 Укупно бирача: 161
 Гласало: 46 (28,57%)
 Важећих гласачких листића: 46
 Неважећих гласачких листића: 0
 Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине
 Укупно бирача: 161
 Гласало: 46 (28,57%)
 Важећих гласачких листића: 46
 Неважећих гласачких листића: 0

Приговора на рад бирачких одбора, односно изборне комисије Регионалне лекарске коморе Војводине није било. Свим активностима везаним за спровођење избора, састанцима Изборне комисије као и за време гласања присуствовали су посматрачи из Центра за слободне изборе и демократију који нису имали примедбе на спроведени изборни процес.

Након одржаних избора и заступања изборног материјала од стране бирачких одбора, представници Изборне комисије Регионалне лекарске коморе Војводине предали су 21.06.2010. године Централној изборној комисији изборни материјал.

РЕЗУЛТАТИ ИЗБОРА

За чланове Скупштине лекарске коморе Србије са територије надлежности регионалне лекарске коморе Војводине из државне праксе изабрани су:

Драган Данкуц
 Тихомир Вејновић
 Бранислав Перин
 Светлана Чвокић
 Светлана Малешев
 Бранко Миличев
 Драган Ристић
 Светлана Сараволац Стефановић
 Снежана Гајић
 Богдан Николић
 Илона Чернетић
 Радослав Бечејац
 Љиљана Павковић
 Горан Вешовић
 Мирјана Марковић Лазић
 драган малобабић
 Биљана Пивалица
 Јожеф Сирак

За чланове Скупштине лекарске коморе Србије са територије надлежности регионалне лекарске коморе Војводине из приватне праксе изабрани су:

Јосип Чикош
 Драгана Гвоздановић
 Мирјана Анђелић
 Јадран Тачић
 Емилија Грујић
 Милета Попов

За чланове Скупштине Регионалне лекарске коморе Војводине изабрани су:

Нови Сад

Драган Катанић
 Зоран Комазец
 Драган Будаков
 Предраг Филипов
 Мирослав Илић
 Снежана Трећаков
 Веселин Бојат
 Олгица Јукић Неатница
 Нада Кардум
 Никулина Мијучић

Сомбор

Ури Емеше
 Наташа Дрча

Киkinда

Радивоје Бореновић
 Мила Гаврилов

Панчево

Слободан Овука
 Милан Ковијанић

Сремска Митровица

Јованка Дејановић
 Љубица Фодора
 Дубравка Ковачевић Суботички

Вршац

Гордана Гашпар

Зрењанин

Светлана Детки
 Бранка Беновић

Врбас

Спасоје Убавин

Суботица

Сенте Марко
 Дубравка Флего

Приватна пракса

Зоран Булатовић
 Маја Тоби Стризовић
 Игор Брзаковић
 Владимир Блануша
 Клара Борош Ђеви Маркуш
 Владимир Арсенић

Због чињенице да су, на територији изборних јединица Суботица и Нови Сад, изабрана два кандидата који су се кандидовали на обе листе у наведеним изборним јединицама ће се одржати допунски избори за попуну Скупштине Регионалне лекарске коморе Војводине.

Конститутивна седница новог сазива Скупштине Регионалне лекарске коморе Војводине одржана је 15. 07. 2010. године на којој су, након усвојеног извештаја Изборне комисије Регионалне лекарске коморе Војводине, верификовани мандати присутним члановима Скупштине.

Након верификације мандата седница је прекинута а наставак седнице заказан је за 10. 09. 2010. године, на шестогодишњицу оснивања Лекарске коморе Војводине. //

ИЗВЕШТАЈ О ИЗБОРИМА ЗА ДЕЛЕГАТЕ СКУПШТИНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ И СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ БЕОГРАДА

„МРТВА ТРКА“ НА ВРАЧАРУ И СТАРОМ ГРАДУ

// У ИЗБОРНОЈ ЈЕДИНИЦИ ВРАЧАР И СТАРИ ГРАД, ДВА КАНДИДАТА ИМАЛА ИСТИ БРОЈ ГЛАСОВА, ЗБОГ ЧЕГА ЈЕ БИЛО НЕОПХОДНО ПОНАВЉАЊЕ ИЗБОРА НА НАВЕДЕНИМ БИРАЧКИМ МЕСТИМА //

Одлуком Скупштине Лекарске коморе Србије од 19. 04. 2010. расписани су избори за избор чланова Скупштине ЛКС и чланова Скупштине Регионалне лекарске коморе Београда, који су одржани 20. 06. 2010. године у времену од 07,00 до 19,00 часова. Изборна комисија Регионалне лекарске коморе Београда одржала је девет седница на којима су решавана питања везана за спровођење изборних радњи у поступку спровођења избора.

Изборна комисија радила је у складу са Правилником о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу, Пословником о раду Изборне комисије Регионалне лекарске коморе Београда и Роковником за вршење изборних радњи у поступку спровођења избора за чланове Скупштине ЛКС и чланове Скупштине Регионалне лекарске коморе Београда.

За Скупштину Лекарске коморе Србије са територије Регионалне лекарске коморе Београда бирано је укупно 44 делегата и то 29 из државне праксе и 15 из приватне праксе.

За Скупштину Регионалне лекарске коморе Београда бирано је укупно 59 делегата, 44 делегата из државне праксе и 15 делегата из приватне праксе.

У складу са чланом 26. Статута Лекарске коморе Србије Скупштину Регионалне лекарске коморе Београдине изабрани делегати Скупштине Лекарске коморе Србије из региона Београда уз изабране делегате Скупштине Регионалне лекарске коморе Београда.

Закључно са 30.05.2010. године кандидатуре за делегате за Скупштину Лекарске коморе Србије поднело је укупно 86 чланова РЛК Београда, и то: 61 из државне праксе и 25 из приватне праксе. Четири кандидатуре су биле неисправне, па је Централна изборна комисија прогласила укупно 82 кандидатуре, 58 из државне праксе и 24 кандидатура из приватне праксе.

За Скупштине Регионалне лекарске коморе Београда, укупно је поднето 108 кандидатура, и то: 86 из државне праксе и 22 из приватне праксе. Две кандидатуре су биле неисправне, па је Централна изборна комисија прогласила 106 кандидатура, 85 из државне праксе и 21 из приватне праксе.

У изборној јединици Земун није поднет довољан број кандидатура. Наиме, у овој изборној јединици су се пре-

ма броју гласача бирала два делегата за Скупштину Лекарске коморе Србије и три делегата за Скупштину Регионалне лекарске коморе Београда, а поднета је само једна кандидатура за члана Скупштине ЛКС и једна кандидатура за члана Скупштине РЛКБ.

За избор чланова Скупштине Лекарске коморе Србије и чланова Скупштине Регионалне лекарске коморе Београда формирано је 12 изборних јединица, 10 за делегате из државне праксе и 2 за делегате из приватне праксе.

Изборне јединице формиране су за једну или више општина. У оквиру ових изборних јединица одређено су бирачка места. При формирању бирачких места изашли су нам у сусрет представници градских општина који су за дан избора обезбедили просторије за гласање или у самој згради општине или у некој од месних заједница које су у њиховом саставу.

Како се на овим изборима гласало за делегате Скупштине Лекарске коморе Србије из државне праксе и из приватне праксе као и за делегате за Скупштину Регионалне лекарске коморе Београда из државне праксе и из приватне праксе, на осам бирачких места биле су две гласачке кутије, а на два бирачка места у Изборним јединицама Нови Београд и Стари град, чак четири гласачке кутије јер се гласало за лекаре из државне праксе и за лекаре из приватне праксе.

Чланови бирачких одбора радили су у складу са Правилником о раду бирачких одбора којим је регулисан рад бирачких одбора на бирачким местима самог изборног дана.

Ова процедура била је велика новина за већину чланова бирачких одбора, али и поред тога они су професионално обавили свој задатак и нико није уложио приговор на њихов рад.

На бирачком месту број 4 у Изборној јединици Врачар и бирачком месту број 2 у Изборној јединици Стари град, два кандидата су имала исти број гласова, због чега је било неопходно понављање избора на наведеним бирачким местима, што је и учињено дана 27. 06. 2010. године.

Највећи посао у раду изборне комисије представљала је провера сваке кандидатуре, да ли је поднета у складу са наведеним Правилником о поступку кандидовања, начину избора и опозива (број потписника подршке кандидатури, да ли је са исте изборне јединице, да ли

ради у државној или приватној пракси, матични број и друго). Стручна служба Регионалне лекарске коморе Београда пружила је Изборној комисији велику помоћ у раду, нарочито у делу који се односио на проверу сваке кандидатуре, пријему кандидатура, обавештавању чланства о изборима и о бирачком месту.

И ако су ово први, на овај начин, одржани избори за чланове Скупштине Лекарске коморе Србије и чланове Скупштине регионалних лекарских комора, може се закључити, да примедби на техничку страну организовања избора од кандидатуре до дана одређеног за гласање, као и на сам ток гласања на свим бирачким местима, није било и да су избори протекли у најбољем реду и у складу са одредбама наведених аката.

Председник Изборне комисије
Гордана Цекић
секретар Стручне службе РЛК Београда

ИЗАБРАНИ ЧЛАНОВИ СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ БЕОГРАДА

ЧЛАНОВИ ИЗ ДРЖАВНЕ ПРАКСЕ

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА: НОВИ БЕОГРАД

Драган Цветић, КБЦ „Бежанијска коса“
Бојан Васић, ГАК „Народни фронт“
Милош Јовановић, Клинички центар Србије
Сања Тасић, Дом здравља „Нови Београд“
Драгана Гојшина, Дом здравља „Нови Београд“
Ненад Степић, ВМА
Снежана Петровић, Дом здравља „Нови Београд“
Лукас Расулић, Клинички центар Србије

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА: ВОЖДОВАЦ

Мирјана Лапчевић, Дом здравља „Вождовац“
Драгана Матић, Дом здравља „Врачар“
Весна Шуљагић, ВМА
Нинослава Михајловић, Дом здравља „Нови Београд“
Мирослав Вукосављевић, ВМА
Небојша Лађевић, Клинички центар Србије

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА: ЧУКАРИЦА

Марија Тошић, Градски завод за хитну медицинску помоћ
Драгана Мартиновић, Дом здравља „Др Симо Милошевић“ Чукарица
Србољуб Стајић, Дом здравља „Нови Београд“
Снежана Кузмановић, Дом здравља „Стари град“
Јасмина Кукобат, Републички завод за здравствено осигурање
Владимир Ковчин, КБЦ „Бежанијска коса“
Нада Јовановић-Васиљевић, Дом здравља „Др Милорад Влајковић“ Барајево

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА: ВРАЧАР

1. Бранка Лазић, Дом здравља „Стари град“
2. Ђорђе Алемпијевић – Медицински факултет
3. Александра Милосављевић, Дом здравља „Врачар“
4. Јелена Милић, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА: САВСКИ ВЕНАЦ

Мирјана Мићковић, Дом здравља „Стари град“
Сара Белеслин, Градски завод за хитну медицинску помоћ
Мирјана Милићевић, Градски завод за хитну медицинску помоћ

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА: ЗЕМУН

Драгица Блажон, Дом здравља „Земун“

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА: ЗВЕЗДАРА

Драган Мандарић, Клинички центар Србије
Миодраг Викчевић, КБЦ „Бежанијска коса“
Весна Млађеновић, Дом здравља „Др Миливоје Стојковић“-Гроцка
Горица Бишкупих, Дом здравља „Др Миливоје Стојковић“-Гроцка

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА: ПАЛИЛУЛА

Петар Станојевић, Дом здравља „Др Симо Милошевић“-Чукарица
Сања Ђорђевић, Дом здравља „Врачар“
Јасмина Павловић, Дом здравља „Опово“
Владимир Жугић, Клинички центар Србије

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА: СТАРИ ГРАД

Сергеј Лазаров, Градски завод за јавно здравље
Игор Николић, Клинички центар Србије
Нада Бараћ, КБЦ „Др Драгиша Мишовић“

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА: ОБРЕНОВАЦ

Љиљана Миленковић-Атанацковић, Дом здравља „Обреновац“
Миодраг Срећковић, Дом здравља „Обреновац“

ЧЛАНОВИ ИЗ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА: НОВИ БЕОГРАД

Гордана Сувајац, ординација „Др Сувајац“
Миланка Давитков, ординација „Dynamic medic“
Миодраг Манигода, Дом здравља „Др Ристић“
Мирјана Дурбаба, Специјална ординација „ФММС Онкомедикус“
Војислав Живанић
Зорица Ђумић, Специјална болница „Galathea“

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА: СТАРИ ГРАД

Драгана Милутиновић, Поликлиника „МД Др Милутиновић“
Данијела Вранеш, ДЗ „Визим“
Драган Миливојевић, Специјална хируршка ординација „Менс сана“
Миодраг Тодоровић, ординација „Др Тодоровић“
Милан Динић, ДЗ „Визим“
Александар Ђоковић, Специјална болница „Етика“
Мирослава Шарац, Општа болница „Бел медик“
Султана Манојловић, Специјална болница „Intermedicus bis“
Ана Гифинг-Брадић, Поликлиника „Labea medica dijagnostica“

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ ИЗБОРНЕ КОМИСИЈЕ РЛК ЗА ЦЕНТРАЛНУ И ЗАПАДНУ СРБИЈУ

ВЕЋИ ОДЗИВ ЛЕКАРА ИЗ ДРЖАВНЕ ПРАКСЕ

// ЗА СКУПШТИНУ ЛКС ОД УКУПНО УПИСАНИХ 5616 ГЛАСАЧА ИЗ ДРЖАВНЕ ПРАКСЕ ГЛАСАЛО 1103 ГЛАСАЧА ШТО ЈЕ 19.64 ОДСТО, А ОД 400 ГЛАСАЧА ИЗ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ ГЛАСАЛО 53 ГЛАСАЧА ШТО ЈЕ 13,25 ПРОЦЕНАТА //

Као један од органа за спровођење непосредних избора за чланове Скупштине Лекарске коморе Србије и Скупштине Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију, изабрана је Изборна комисија регионалне лекарске коморе.

Конститутивна седница Изборне комисије одржана је непосредно по отпочињању изборних радњи, 29.04.2010. године.

Стручна служба је извршила дистрибуцију образаца за подношење кандидатура и пошто су примљене прве кандидатуре, Комисија је у прописаним роковима одржавала седнице како би приспеле кандидатуре, по претходно извршеној провери њихове формалне исправности, благовремено доставила Централној изборној комисији на проглашење.

Комисија је према потребној динамици одржала девет седница и на њима прегледала укупно 52 кандидатуре за Скупштину Лекарске коморе Србије и 57 кандидатура за Скупштину Регионалне лекарске коморе. Седницама је присуствовао представник CESID-а.

На сам дан избора није било примедби на рад Бирачких одбора нити је било пријава било каквих неправилности на бирачким местима.

По преузимању изборног материјала од Бирачких одбора сачињен је записник о резултатима гласања на територији централне и западне Србије те је на основу њега утврђено да је за Скупштину Лекарске коморе Србије од укупно уписаних 5616 гласача из државне праксе гла-

сало 1103 гласача што је 19.64 одсто, а од 400 гласача из приватне праксе гласало 53 гласача што је 13,25 одсто.

За Скупштину Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију од укупно уписаних 5616 гласача из државне праксе гласало 1103 гласача што је 19,64 процената, а од 294 гласача из приватне праксе гласало 46 гласача што је 15.64 одсто.

Као коначан исход избора који су, може се рећи, процедурално успешно спроведени, изабрано је 22 члана (18 из државне праксе и четири из приватне праксе) Скупштине Лекарске коморе Србије и 32 члана (29 из државне праксе и три из приватне праксе) Скупштине Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију.

Од 11 Изборних јединица за лекаре из државне праксе и четири изборне јединице за лекаре из приватне праксе није био пријављен кандидат у Изборној јединици бр 2 (Ужице, Чачак и Нови Пазар) за приватну праксу за Скупштину РЛК. У свим осталим Изборним јединицама кандидован је најмање онај број кандидата који је требало изабрати. Четири кандидата из државне праксе и један кандидат из приватне праксе изабрани су на обе листе.

Питање спровођења допунских избора биће решено по конституисању органа Коморе.

Председник Изборне комисије
Др Душанка Малетковић

	ТИТУЛА, ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	ГРАНА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈЕ	ОРГАНИ ЛКС	ГРАД	ДРЖАВНИ-ПРИВАТНИ
1	Ружица Стојић	Општа медицина	Скупштина РЛК	Ариље	државни
2	Бранко Миленковић	Гинекологија акушерство	Скупштина ЛКС	Чачак	приватни
3	Жаклина Тутуновић	Општа медицина	Скупштина РЛК	Чачак	државни
4	Рада Петровић	Педијатрија, ендокринологија	Скупштина ЛКС и РЛК	Чачак	државни
5	Слађана Илић	Дерматовенерологија, алергологија	Скупштина ЛКС	Ђуприја	државни
6	омислав Башовић	Општа хирургија	Скупштина РЛК	Ђуприја	државни
7	Момир Јовановић	Неурохирургија	Скупштина РЛК	Ђуприја	државни
8	Добрила Дражовић	Медицина рада	Скупштина ЛКС и РЛК	Горњи Милановац	државни
9	Миодраг Јаркин	Интерна медицина, кардиологија	Скупштина ЛКС	Јагодина	приватни
10	Владан Секулић		Скупштина РЛК	Јагодина	државни

11	Снежана Трајкова-Милић	Гинекологија и акушерство	Скупштина РЛК	Јагодина	државни
12	Владан Стакић	Интерна медицина	Скупштина РЛК	Јагодина	државни
13	Весна Васић	Офталмологија	Скупштина РЛК	Јагодина	приватни
14	Владо Спироски	Оториноларингологија	Скупштина ЛКС	Јагодина	државни
15	Борка Милев	Општа хирургија	Скупштина ЛКС и РЛК	Крагујевац	државни
16	Милан Пауновић	Дечја хирургија	Скупштина РЛК	Крагујевац	државни
17	Владимир Гајић	Ургентна медицина	Скупштина ЛКС и РЛК	Крагујевац	државни
18	Бранко Ристић	Ортопедија са трауматологијом	Скупштина ЛКС	Крагујевац	државни
19	Александар Жунић		Скупштина РЛК	Крагујевац	државни
20	Гордана Ђокић	Ургентна медицина	Скупштина РЛК	Крагујевац	државни
21	Јасмина Кнежевић	Педијатрија	Скупштина ЛКС	Крагујевац	државни
22	Рајко Лазић		Скупштина ЛКС и РЛК	Крагујевац	приватни
23	Татјана Михајловић		Скупштина РЛК	Крагујевац	државни
24	Милан Парезановић	Заразне болести	Скупштина ЛКС	Краљево	државни
25	Ана Илић	Неурологија	Скупштина РЛК	Краљево	државни
26	Станко Барлов	Дечја хирургија, дечја ортопедија	Скупштина ЛКС	Краљево	државни
27	Срђан Вукашиновић	Педијатрија	Скупштина РЛК	Краљево	државни
28	Јордан Петровић	Интерна медицина, кардиологија	Скупштина РЛК	Краљево	државни
29	Александар Исаковић	Офталмологија	Скупштина ЛКС	Лозница	државни
30	Зоран Добросављевић	Гинекологија и акушерство	Скупштина РЛК	Лозница	приватни
31	Љубинко Васиљевић	Општа медицина	Скупштина РЛК	Нови Пазар	државни
32	Сеад Личина	Ортопедија	Скупштина ЛКС	Нови Пазар	државни
33	Снежана Дабетић-Недељковић	Дерматовенерологија	Скупштина РЛК	Нови Пазар	државни
34	Муниб Кајевић		Скупштина РЛК	Пријепоље	државни
35	Горан Обрадовић	Урологија	Скупштина РЛК	Смедерево	државни
36	Бранко Радивојевић	Радиологија	Скупштина ЛКС	Смедерево	државни
37	Митко Брајић	Трансфузиологија	Скупштина РЛК	Шабац	државни
38	Слађана Каурин-Милетић	Медицинска статистике и информатике	Скупштина РЛК	Шабац	државни
39	Снежана Ковачевић	Интерна медицина, кардиологија	Скупштина ЛКС	Шабац	државни
40	Миљко Пејић	Општа хирургија, васкуларна хирургија	Скупштина ЛКС	Ужице	државни
41	Предраг Мијаиловић	Интерна медицина	Скупштина ЛКС	Ужице	државни
42	Мирослав Селаковић	Физикална медицина и рехабилитација	Скупштина РЛК	Ужице	државни
43	Гордана Лучић	Интерна медицина, гастроентерохепатологија	Скупштина ЛКС	Ужице	државни
44	Марија Марковић	Интерна медицина	Скупштина РЛК	Ужице	државни
45	Владимир Обрадовић	Оториноларингологија	Скупштина ЛКС	Ваљево	државни
46	Зорица Џида	Инфективне и тропске болести	Скупштина РЛК	Ваљево	државни
47	Вера Терзић	Општа медицина	Скупштина РЛК	Ваљево	државни
48	Бранка Јоцић	Педијатрија	Скупштина ЛКС	Ваљево	приватни
49	Предраг Радојковић	Интерна медицина	Скупштина РЛК	Вел. Плана	државни

Поводом избора за Скупштину Лекарске коморе Србије и Скупштину Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, заказаних за 20. 06. 2010. године, Скупштина РЛКЈИС формира-ла је Изборну Комисију у саставу:

1. Светислав Трајковић, председник
2. Милорадна Стојановић, заменик председника
3. Деса Миленковић, члан
4. Милош Бранковић, члан
5. Данијела Симић, члан
6. Драган Ракић, члан
7. Маријета Николић, члан

Пре почетка рада ове Комисије, оставку је дала др Маријета Николић, тако да није учествовала у раду ове Комисије, али се непотпуни састав није показао као сметња успешном раду ове Комисије.

У оквиру својих активности, а у складу са Правилником који регулише поступак избора, Комисија се конституисала и усвојила Пословник о свом раду, након чега се редовно састајала како би разматрала кандидатуре које пристижу од стране чланова Коморе, и на основу провере података које је вршила Стручна служба РЛКЈИС, доношене су одлуке о прослеђивању кандидатура Централној изборној комисији при ЛКС на проглашење.

Даље активности ове Комисије биле су везане за саме изборе, односно за изборни дан, 20. 06. 2010. године, када су чланови Комисије поделом задужења, вршили обилазак и контролу на самим бирачким местима. Поменутог дана, уз присуство представника ЦЕСИД-а,



Рад Изборне комисије РЛКЈИС у Нишу

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ ИЗБОРНЕ КОМИСИЈЕ РЛК ЈУГОИСТОЧНЕ СРБИЈЕ

У ПИРОТУ НАЈВЕЋА ИЗЛАЗНОСТ

// У ИЗБОРНОЈ ЈЕДИНИЦИ БРОЈ 2-НЕГОТИН НИЈЕ ИЗАБРАН ЈЕДАН ДЕЛЕГАТ ЗА СКУПШТИНУ РЛК, А У ИЗБОРНОЈ ЈЕДИНИЦИ БРОЈ 3-БОР НИЈЕ БИЛО КАНДИДАТА ЗА СКУПШТИНУ ЛКС И НИЈЕ ИЗАБРАН ЈЕДАН ДЕЛЕГАТ ЗА СКУПШТИНУ РЛКЈИС //

избори су спроведени у свим Изборним јединицама региона, са изузетком Пирота, све је протекло без проблема. У Пироту су избори по приговору на регуларност, поновљени дана 27. 06. 2010. године, обзиром да је дошло до промене бирачког места.

Након 27. 06. 2010. године, комплетан извештај о спроведеним изборима, прослеђен је Централној изборној комисији при ЛКС, која је 2. 07. 2010. године и прогласила резултате избора.

Обзиром да Скупштину РЛКЈИС по одредбама Статута чине делегати Скупштине Коморе са територије регионалне коморе уз изабране делегате Скупштине РЛК, то састав Скупштине РЛК за југоисточну Србију чине следећи делегати/ по Изборним јединицама:

1. Драгана Петровић, Пожаревац
2. Сузана Младеновић, Пожаревац
3. Радивоје Лазић, Пожаревац

4. Радмила Јанковић, Пожаревац-приватна пракса
5. Душан Антић, Пожаревац-приватна пракса
6. Живорад Дидић, Неготин
7. Звонимир Пантић, Бор
8. Славиша Антонијевић, Алексинац
9. Србобран Бранковић, Алексинац
10. Мирослав Миљковић, Алексинац
11. Ружица Аздејковић, Крушевац
12. Владета Милојевић, Крушевац
13. Драгана Арсић, Крушевац
14. Саша Зајић, Крушевац
15. Стеван Баљошевић, Крушевац-приватна пракса
16. Александар Радосављевић, Ниш
17. Милан Симић, Ниш
18. Небојша Илић, Ниш
19. Стева Станишић, Ниш
20. Маја Бошковић, Ниш
21. Марина Дељанин Илић, Ниш



ИЗЛАЗНОСТ НА ИЗБОРИМА

ИЗБ.ЈЕДИНИЦА	УКУПНО УПИСАНО	ГЛАСАЛО	ИЗЛАЗНОСТ	ИЗАБРАНО ЛКС	ИЗАБРАНО РЛК
1. ПОЖАРЕВАЦ	344	17	5%		2
2. НЕГОТИН	320	46	14%	1	1
3. БОР	419	26	6%		1
4. АЛЕКСИНАЦ	321	31	10%	1	2
5. КРУШЕВАЦ	500	79	16%	2	2
6. НИШ	2481	288	12%	8	12
7. ПИРОТ	260	133	51%	1	1
8. ЛЕСКОВАЦ	644	142	22%	2	3
9. ВРАЊЕ	577	135	23%	2	3

22. Зоран Димић, Ниш
 23. Горан Стојиљковић, Ниш
 24. Иван Тасић, Ниш
 25. Лидија Ристић, Ниш
 26. Слађана Миленковић, Ниш
 27. Драгослав Илић, Ниш
 28. Зоран Милошевић, Ниш
 29. Снежана Јовановић, Ниш- приватна пракса.
 30. Драган Стефановић, Ниш-приватна пракса
 31. Иван Илић, Пирот
 32. Перица Стојановић, Пирот
 33. Драгослав Алексић, Лесковац
 34. Јасмина Иванчевић, Лесковац
 35. Јован Костић, Лесковац
 36. Бисерка Митић, Лесковац
 37. Косовка Илић, Лесковац
 38. Славица Ђуровић Младеновић, Врање
 39. Драган Китановић, Врање

40. Братислав Ноћић, Врање
 41. Мирољуб Џикић, Врање- приватна пракса

Од укупног броја делегата које је било потребно изабрати, остала су непопуњена места, и то:

У Изборној јединици бр.2. Неготин - није изабран један делегат за Скупштину РЛК, а у Изборној јединици бр.3. Бор - није било кандидата за Скупштину ЛКС и није изабран један делегат за Скупштину РЛКЈИС.

За поменута места требало би у предвиђеном року спровести допунске изборе, како би састав обеју Скупштина био комплетан.

Сумирани резултати по Изборним јединицама изражени кроз укупан број гласача у односу на њихову излазност у процентима - у прилогу овог Извештаја.

Председник Регионалне. Изборне комисије
Мр. Светислав Трајковић

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ ИЗБОРНЕ КОМИСИЈЕ РЛК ЗА КОСОВО И МЕТОХИЈУ

ПОНОВЉЕНИ ИЗБОРИ У ГРАЧАНИЦИ

// ЗА СКУПШТИНУ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ, ОД УКУПНО УПИСАНИХ 742 ГЛАСАЧА ИЗ ДРЖАВНЕ ПРАКСЕ, ГЛАСАЛО 166 ГЛАСАЧА КОЛИКО И ЗА СКУПШТИНУ РЛК ЗА КИМ ШТО ИЗНОСИ 22,39 ОДСТО //

Као један од органа за спровођење непосредних избора за чланове Скупштине Лекарске коморе Србије и Скупштине Регионалне лекарске коморе за Косово и Метохију, изабрана је Изборна комисија Регионалне лекарске Коморе, са задатком да изборе расписане за 20. јуни 2010. године спроведе у складу са Правилником о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа ЛКС и чланова скупштина и других органа РЛК у њеном саставу. Конститутивна седница Изборне комисије одржана је непосредно по отпочињању изборних радњи, 6. маја 2010. године.

Стручна служба је извршила дистрибуцију образаца за подношење кандидатура и чланство Регионалне коморе путем СМС порука обавестила о датуму спровођења непосредних избора, могућностима преузимања образаца за кандидатуру као и о року подношења истих. Комисија је, пошто су примљене прве кандидатуре, у прописаним роковима одржавала седнице ка-

ко би приспеле кандидатуре, по претходно извршеној провери њихове формалне исправности, благовремено доставила Централној изборној Комисији ЛКС на проглашење.

Комисија је према потребној динамици одржала девет седница и на њима прегледала укупно 25 кандидатуре за делегате Скупштине Лекарске коморе Србије и 33 кандидатура за делегате Скупштине Регионалне Лекарске коморе. Седницама је присуствовао представник CESID - а.

На сам дан избора није било примедби на рад Бирачких одбора нити је било пријава било каквих неправилности на бирачким местима.

По преузимању изборног материјала од Бирачких одбора сачињен је записник о резултатима гласања на територији надлежности РЛК за Косово и Метохију, те је на основу њега утврђено да је за Скупштину Лекарске коморе Србије од укупно уписаних 742 гласача из државне праксе гласало 166 гласача што је 22,39 одсто.

ИЗВЕШТАЈ CeSID ИЗБОРИМА ЧЛАНОВА СКУПШТИНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ

Висок ниво организованости

// НИШТА ОД СИТНИХ ПРОПУСТА НИЈЕ УТИЦАЛО НА САМУ ВОЉУ БИРАЧА И ТОК ГЛАСАЊА // САРАДЊА СА CeSID -ОМ НА НАЈВИШЕМ НИВОУ // МАЛА ИЗЛАЗНОСТ „РАК РАНА“ ОВИХ ИЗБОРА И ПИРОТ ЈЕ ЈЕДАН ОД РЕТКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ ЦЕНТРА У КОМЕ ЈЕ ОДЗИВ ЛЕКАРА БИО НАТПОЛОВИЧАН //

Избори за чланове (делегате) Скупштине Лекарске коморе Србије (ЛКС) и чланове (делегате) Скупштине регионалних лекарских комора (РЛК) у њеном саставу, одржани су у недељу, 20. 6. 2010. године.

За Скупштину Лекарске коморе Србије бирано је укупно 124 делегата и то:

1. региона Београд 29 из државних здравствених установа и 15 из приватне праксе,

2. из региона Војводина 18 из државне и 6 из приватне праксе,

3. из региона Југоисточне Србије 19 из државне и 4 из приватне праксе,

4. из региона Централне и Западне Србије 18 из државне и 4 из приватне праксе и

5. из региона Косова и Метохије 11 лекара из државних здравствених установа.

За Скупштину Регионалне Лекарске коморе за Косово и Метохију од укупно уписаних 742 гласача из државне праксе гласало 166 гласача што такође износи 22,39 одсто.

Како су у ИЈ бр.1 – Грачаница, а након спроведених редовних избора, два кандидата за делегате Скупштине ЛКС добила исти број гласова, Централна Изборна комисија донела је Одлуку да се избори за члана Скупштине ЛКС из државне праксе понове. Дана 27. јуна 2010. године на бирачким местима бр.41 и бр.45 – ИЈ Грачаница поновљени су избори, након којих је Комисија такође сачинила записник о резултатима гласања и утврдила да је од укупно уписаних 381 гласача из државне праксе гласало 39 гласача, што је 10,28 процената.

Као коначан исход избора који су, може се рећи, процедурално успешно спроведени, изабрано је 11 чланова из државне праксе за делегате Скупштине Лекарске коморе Србије и 29 члана из државне праксе за делегате Скупштине Регионалне Лекарске коморе за Косово и Метохију.

Од четири изборне јединице за лекаре из државне праксе, није било довољно пријављених кандидата у изборним јединицама бр.1 и бр.4 (Грачаница и Штрпце) за државну праксу за чланове Скупштине РЛК. У свим осталим Изборним јединицама кандидован је најмање онај број кандидата који је требало изабрати. Осам кандидата из државне праксе изабрани су на обе листе.

Питање спровођења допунских избора биће решено по конституисању органа Коморе.

Председник Изборне комисије
Др. Небојша. Р. Митић

ЛИСТА ДЕЛЕГАТА СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ КОСОВА И МЕТОХИЈЕ

ДРЖАВНА ПРАКСА

Изборна јединица бр. 1 – Грачаница:
Момчило Мирковић

Зоран Букумирић
Милош Мирковић
Александар Васић
Славиша Минић
Зорица Томчић
Саша Младеновић
Јован Младеновић
Рада Трајковић
Наташа Поповић
Славица Јованић
Славица Чанковић

Седам делегата у ИЈ Грачаница није изабрано.

Изборна јединица бр. 2 – Косовска Митровица:

Златко Новески
Љиљана Минић
Иванка Недељковић
Љубиша Милошевић
Горица Ђукић – Васић
Лена Радосављевић
Милутин Андрић
Властимир Цветковић
Небојша Илић
Даница Мурганић
Татјана Икић

Изборна јединица бр. 3 – Шилов:

Јелица Крчмаревић
Миле Кузмановић
Давид Стојановић
Небојша Младеновић

Изборна јединица бр. 4 – Штрпце:

Љубиша Недељковић
Сава Станојевић
Радисав Пантић
Станислава Радовић
Нихат Османи
Није изабран један делегат.

//

СРБИЈЕ И ЧЛАНОВА СКУПШТИНЕ РЛК У ЊЕНОМ САСТАВУ

За Скупштине регионалних лекарских комора у саставу Лекарске коморе Србије број чланова који се бира у складу је са бројем чланова лекарске коморе у регионима.

1. За Скупштину Регионалне лекарске коморе Београда бирано је 44 делегата из из државних здравствених установа и 15 делегата из приватне праксе;
2. За Скупштину Регионалне лекарске коморе Војводине бирано је 27 делегата из државне праксе и 6 делегата из приватне праксе.
3. У Југоисточној Србији, за Скупштину Регионалне лекарске коморе бирано је 29 делегата из државне праксе и 4 делегата из приватне праксе.
4. За Скупштину Регионалне лекарске коморе Централне и Западне Србије бирано је 29 делегата из државне праксе и 4 делегата из приватне праксе.
5. За Скупштину Регионалне лекарске коморе Косова и Метохије бирано је 37 делегата из државних здравствених установа.

У току припрема које су вршене за ове изборе, одржане су укупно 32 седнице изборних комисија Регионалних лекарских комора (у Крагујевцу 9, на Косову и Метохији 7, у Нишу 5, Београду 4 и Новом Саду 7), као и 19 седница Централне изборне комисије Лекарске коморе Србије.

Предизборне активности

На седницама ЦИК-а и РЛК-а одлуке по свим тачкама дневног реда донесене су углавном једногласно. Очекивано, на седницама је највише говора било о потенцијалним кандидатима и документацији коју је било неопходно прикупити ради успешне кандидатуре. Како су ово били први непосредни избори за чланове Скупштине лекарске коморе Србије и скупштина регионалних лекарских комора, дешавало се да сами кан-

>>> Као финалну активност у предизборном периоду ЦИК је у сарадњи са CeSID-ом донео и *Правилник о раду бирачких одбора* <<<

25 <

дидати предају непотпуну документацију, па је слање непотпуних кандидатура на допуну представљало највећи посао за чланове изборних комисија.

Две врсте пропуста се могу издвојити код непотпуних кандидатура: непостојање адресе код нових „чипованих“ личних карата и недовољан број прикупљених потписа. Допуном кандидатуре са неким од ових пропуста, кандидат би аутоматски постајао једна од личности којој су бирачи на изборима могли указати своје поверење.

Са друге стране, све кандидатуре које су задовољава- ле прописе на седницама су усвајане једногласно и без било каквих проблема или приговора од стране чланова Централне и Регионалних изборних комисија.

Посматрачи CeSID -а присуствовали су на осамнаест од укупно деветнаест седница ЦИК-а Лекарске коморе Србије, као и на готово свим седницама Регионалних лекарских комора. Извештаји са седница потврђују горе наведену констатацију да су сва заседања протекла у потпуном реду, пријатној атмосфери без било каквих трзавица и несугласица међу члановима било централне било регионалних изборних комисија. На свакој седници је постојао кворум који је обезбеђивао несметан рад и доношење свих одлука које су биле у надлежности изборних комисија.

Правилник о раду бирачких одбора

Основни документ за спровођење избора у Лекарској комори Србије је Правилник о *посматрању кандидовања, начину избора и ојозива чланова скупштине и других органа лекарске коморе Србије и чланова скупштине и дружих органа регионалних лекарских комора у њеном саставу*.

Као финалну активност у предизборном периоду ЦИК је у сарадњи са CeSID-ом донео и *Правилник о раду бирачких одбора* којим су регулисани и најситнији детаљи о раду бирачких одбора на бирачком месту самог изборног дана.

>>> CeSID је своје посматраче распоредио на свих 49 бирачких места на којим се одржавало гласање за делегате Скупштина ЛКС и скупштина РЛК <<<

Иако је овај правилник урађен по моделу *Правилника о раду бирачких одбора* на општим изборима, ипак се састојао од појединих специфичности које указују на озбиљност са којом је ЦИК Лекарске коморе Србије ушла у цео изборни процес. Како се на овим изборима гласало за делегате Скупштине Лекарске коморе Србије из државних здравствених установа и из приватне праксе као и за делегате Скупштине Регионалних лекарских комисија такође из државних здравствених установа и из приватне праксе, ЦИК је одлучио да изборни процес „рашчлани“ на четири готово независна дела!

Ово је довело до тога да на бирачком месту уместо једне кутије, на коју су наши бирачи навикли уколико се ради о једној врсти избора, имамо две кутије (уколико на том бирачком месту гласају само лекари из државних здравствених установа) или чак четири уколико на том истом месту гласају и лекари из приватне праксе! Цео процес гласања су пратили и листићи различитих боја за сваку од четири могуће комбинације ових „мини избора“ који су се спроводили 20. јуна, као и посебан контролни листићи за сваку од четири могуће кутије. Контролни листиће су, за разлику од гласачких, штампани

само у две боје којима је означавано да ли се ради о изборима за делегате Скупштине ЛКС или делегате Скупштине РЛК.

Наравно, није сувишно истаћи и то да су припремљени посебни изводи из општег бирачког списка Лекарске коморе Србије за свако бирачко место, за сваку од скупштина и пракси за коју је било могуће гласати.

Специфичност ових избора се огледа и у квалитету папира на ком су штампани гласачки листићи који су као једно од средстава заштите имали интегрисани водени жиг.

Тренинзи за чланове бирачких одбора и CeSID-ове посматраче

Труд који је Лекарска комора Србије уложила у организацију избора као и пажња која је посвећена и најситнијим детаљима, указује на жељу да избори буду одржани без пропуста и да се ничим не може оспорити њихов легитимитет. Са друге стране, процедуре које је Правилник о раду бирачких одбора предвиђао за сам изборни дан биле су велика новина за чланове бирачких одбора које су чинили људи без већег искуства у изборном процесу.

Стога је ЛКС уз подршку CeSID-а организовала тренинг за све бирачке одборе и своје посматраче како би их упознала са свим специфичностима „лекарских“ избора.

Тренинг је одржан у пет регионалних центара у којим Регионалне лекарске коморе имају своја седишта: Београду, Новом Саду, Нишу, Крагујевцу и Косовској Митровици. Сви тренинзи су почели у исто време – 19 часова, осим у Косовској Митровици у којој је због сигурности учесника тренинг померен за 16 часова.

Ослањајући се на Правилник о раду бирачких одбора за спровођење избора за чланове Скупштине ЛКС и чланове скупштина регионалних лекарских комора, ЦИК-а Лекарске коморе Србије, CeSID-ови тренери успели су да, без икаквих проблема и потешкоћа одрже свих пет обука у пет региона. Према њиховим извештајима атмосфера на тренинзима била је изузетно добра. Чланови бирачких одбора постављали су питања на која су тренери одговарали, објашњавајући при том ако је потребно и више пута, поједине специфичности како би се избегле било какве нејасноће које би могле да доведу до пропуста у току самог изборног процеса.

Приликом организације тренинга ЛКС је показала завидан ниво организованости па су тако поред долазке свих председника и заменика председника бирачких одбора били обезбеђени и сви технички услови за његово неометано одржавање.

Изборни дан

На дан одржавања избора – 20. 06. 2010. године, CeSID је своје посматраче распоредио на свих 49 бирачких места на којим се одржавало гласање за делегате Скупштина ЛКС и скупштина РЛК. Посебно треба истаћи чињеницу да су CeSID-ови посматрачи били присутни и на бирачким местима на Косову и Метохији и то у Грачаници, Косовској Митровици, Шилову и Штрпцу где је гласање прошло без већих проблема.

Сам изборни дан није донео веће неправилности. Осим појединих „дечјих болести“ које су очекиване и уобичајене када се први пут организују избори у овом обиму. Међутим, ништа од ситних пропуста није утицало на саму вољу бирача и ток гласања.

У „дечје болести“ се могу сврстати пропусти око организовања и уређивања бирачког места јер је од 49 зва-

ничних бирачких места према извештајима CeSID-ових посматрача на 3 бирачка места дошло до њиховог измештања и промене адресе што је за последицу имало кашњење приликом отварања ових бирачких места. Овакав пропуст је довео до озбиљнијих последица само у Пироту, тако да ће на овом бирачком месту бити поновљени избори. У осталим случајевима чланови бирачких одбора и кандидати су се сагласили да измештање бирачког места није утицало на ток гласања.

Случај Пирот

Према Решењу о одређивању бирачких места у Пироту је било предвиђено гласање у Здравственом центру Пирот, ул. Војводе Момчила бб. Како је сам здравствени центар и болница у Пироту измештени из града, директор Здравственог центра је одлучио да се бирачко место премести у Дом здравља Пирот који се налази у самом центру града. Измештање није на време саопштено свим члановима бирачког одбора и са њим је био упознат само заменик председника бирачког одбора. Остали чланови бирачког одбора и CeSID-ов посматрач су, према првобитном плану, упућени на "погрешно" бирачко место. Неспоразум је брзо изглађен, али је утицао да се бирачко место у Дому здравља Пирот отвори тек у 07:40 часова. Сем овог пропуста, према наводима нашег посматрача, гласање је текло у потпуном складу са правилима и нико од чланова бирачког одбора није имао нити једну замерку или примедбу на сам ток гласања и процес пребројавања гласова.

Кашњење је забележено у формулару намењеном CeSID-ови посматрачима и у Записнику о раду бирачког подбора али смо сматрали да ће, као и остала бирачка места на којима је гласање каснило због измештања бирачког места, проћи без већих проблема. Стиче се утисак да би и ово кашњење прошло незапажено да поражена кандидаткиња није инсистирала на поништавању избора иако, како смо већ навели, оно није утицало на ток и резултате гласања.

Треба истаћи и чињеницу да је у Пироту више од 50% уписаних бирача изашло на ове изборе и тако им дали пун легитимитет.

Наиме, мала излазност је била „рак рана“ ових избора и Пирот је један од ретких здравствених центара у коме је одзив лекара био натполовичан. Могуће је да је

>>> Стандардни проблем који прати све изборе – непотпун/нетачан бирачки списак. На појединим изводима нашли се и покојници, а понегде је недостајао и матични број, адреса и слично <<<

и само измештање бирачког места у центар града утицало да више људи изађе на избор и подржи свог кандидата јер, као што нам искуства са ранијих избора говоре, и ситнице могу утицати да се излазност бирача повећа, а близина бирачког места свакако није занемарљив фактор.

Осим Пирота, избори ће бити поновљени на бирачком месту број 4, на Врачару, затим бирачком месту број 9, на Старом Граду, и у Грачаници, бирачким местима 44 и 45. Међутим, на овим бирачким местима не ради се о било каквим неспоразумима или неправилностима. Последња два делегата имала су исти број гласова, због чега је понављање гласања неопходно како би се коначно утврдило ко ће од њих бити делегат.

Занимљиво је да су чланови бирачких одбора строго поштовали и правило о документацији потребној

за гласање. Наиме, Правилником је предвиђено да бирач може остварити право гласа само са личном картом или путном исправом (пасош), док су возачка дозвола и лекарска идентификациона картица сматране изведеним документима са којима се није могло гласати. Тако се дешавало да лекари који су били чланови бирачких одбора, своје колеге и познанике врате по одговарајућу документацију како би им било омогућено да остваре право гласа.

Иако су ово први, на овај начин, одржани избори за чланове Скупштине ЛКС и чланове скупштине РЛК, намеће се закључак да је постојао висок ниво организованости и велика жеља код свих актера да избори протекну у најбољем реду. Сарадња са CeSID-ом је била на највишем нивоу, па је тако посматрачима у предизборним активностима као и онима који су били на бирачким местима, био омогућен комплетан увид у цео изборни процес.

Сва бирачка места затворена су на време (у 19 часова) и према извештајима CeSID-ових посматрача пребројавање гласова било је спроведено прецизно и у складу са правилима, а у свим бирачким кутијама пронађени су контролни листићи.

Сујесџије за бугуће изборе

Избори одржани 20. јуна 2010. године су показали да Лекарска комора Србије веома озбиљно приступа овом процесу, почев од кандидовања преко организације предизборних активности, све до самог изборног дана. Оно што се показало као проблем јесте мала излазност бирача која се може образложити са више фактора: неинформисаност лекара, незаинтересованост лекара, удаљеност бирачког места, непознавање кандидата и нешто сложенија процедура гласања.

Сви ови разлози могу утицати на одзив бирача. Искуство CeSID-а са досадашњих јесте да квалитетна кампања у којој би бирачима био појашњен значај њиховог гласа и његове последице, може значајно да утиче на њихову одлуку да изађу и гласају. Такође, како су на овим изборима гласали лекари из целе Србије, а бирачка места су била отворена у свега 40 градова/општина (на територији града Београда их је било 10!) сматрамо да је и то могло утицати на нечију одлуку да један од ретких дана одмора проведе у путу и гласа за кандидата који му је веома често и непознат! Разуме се, повећање броја бирачких места повећало би и трошкове организације избора.

Правилником је предвиђено и то да лекар може остварити своје бирачко право само коришћењем личне карте или пасоша приликом идентификације на бирачком месту, док су возачка дозвола и лекарска идентификациона картица биле строго забрањене као документи помоћу кога се могло остварити бирачко право. Ова веома строга одредба се може донекле ублажити тако што ће се лексарима дозволити коришћење и ових, такође валидних докумената. У ту сврху било би корисно допунити садржај лекарске идентификационе картице тако да на њој, поред основних личних података о лекару, буду истакнути и фотографија лекара и јединствени матични број грађана (ЈМБГ).

Поред горе наведених сугестија, остаје нам да поменимо и стандардни проблем који прати све изборе: непотпун/нетачан бирачки списак. Иако се показало да је бирачки списак релативно прецизан, што није изненађујуће обзиром на број бирача, мора се радити на његовом константном ажурирању, јер су се на појединим изводима нашли и покојници (Смедерево, ...), а понегде је недостајао и матични број, адреса и слично (Чачак, ...). //

>>> ЛЕКАРИ И ФАРМАЦЕУТСКЕ

МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА ДОНЕЋЕ ПОДЗАКОНСКИ АКТ НА ЗАКОН О ЛЕКОВИМА И МЕДИЦИНСКИМ СРЕДСТВИМА, КОЈИМ ЋЕ СЕ СТРОГО ДЕФИНИСАТИ ОДНОС ИЗМЕЂУ ЛЕКАРА И ФАРМАЦЕУТСКИХ КОМПАНИЈА

ГУШЋЕ СИТО ЗА СПОНЗОРЕ

ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМПАНИЈЕ НЕЋЕ МОЋИ ДА УТИЧУ
НА ЛИСТЕ ПРЕДАВАЧА И ТЕМЕ НА СКУПОВИМА,
ШТО ЈЕ У СКЛАДУ И С НАЈСТРОЖИМ ЕВРОПСКИМ
ИСКУСТВИМА, ПОРУЧУЈУ ИЗ МИНИСТАРСТВА ЗДРАВЉА

Како је последњих деценију и више у Србији само лоша вест добра вест на насловне стране новина овог лета „засела“ је још једна „добра“. Скандал на Онколошком институту у Београду. Истражни судија Посебног одељења Вишег суда у Београду одредио је притвор директору Института за онкологију и радиологију Србије и његовим сарадницима, који се сумњиче за примање мита од фармацијских кућа за намештене тендере за цитостатике.

Они се терете за незаконито спровођење поступка јавних набавки, унапред договарајући и одређујући фармацијске произвођачке компаније које ће добити посао испоруке за поједине врсте цитостатика са „Б“ и „Ц“ листе за Институт за онкологију, и тако утицали на повећану потрошњу цитостатика фармацијских кућа „Рош“, „Мерк“, „Астра Зенека“, „Актавис“, „Санофи Авентис“ и „Фармасвис“.

Те компаније наводно су унапред добијале податке о потрошњи цитостатика, планираним поступцима јавних набавки, као и информације значајне за сачињавање најповољније понуде на тендерима.

Афера је нагнала Владу и ресорно Министарство – здравља, да убрза доношење неке врсте кодекса понашања лекара и фармацијских компанија, а у вези с набавкама, путовањима, поклонима... Министарство, наиме,

намерава врло брзо да донесе подзаконски акт на Закон о лековима и медицинским средствима, којим ће се строго дефинисати однос између лекара и фармацијских компанија.

Тако, рецимо, стручни скупови неће више моћи да имају „сателитске“ симпозијуме које организују фармацијске компаније. Такође, фармацијске компаније неће моћи да утичу на листе предавача и теме на скуповима, што је у складу и с најстрожим европским искуствима, поручују из Министарства здравља.

Извесно је међутим да и најидеалније законско решење неће оставити део простора за креативно тумачење шта је дозвољено а шта не у сарадњи лекара и фармацијских компанија. С друге стране било би и претерано очекивати да нова законска решења носе својства супер лепка која би могла да појачају, на више места аферама истањено, поверење између пацијената и лекара.

Каткад и вапијући глас лекара: Нисмо сви исти – глас је који до медија ретко стиже, док чишћење последица, последње и претходних, афера најчешће има ефекат враћања исцеђене пасте за зубе у тубу. Можда неке и успе али руке остају упрљане. И после ове афере са лековима и њиховом набавком њихова колатерална штета је цела лекарска струка.

М. Ч.

УВЕСТИ РЕД

Према речима директорке Лекарске коморе Србије Татјане Радосављевић оно што фармацијске куће могу да поклањају лекарима јасно је прописано у Европи и свету, у два важећа кодекса који су веома слични.

– У прелазним одредбама тих докумената пише да уколико земља нема своје кодексе, треба те постојеће да примени директно. Наша земља има засад само кодекс о односу лекара и пацијената. Лекарска комора се залаже за увођење реда у ову област и први корак је уређење сличним кодексом који ће важити и за фармацијске куће – каже Татјана Радосављевић.



ТАТЈАНА РАДОСАВЉЕВИЋ

>>> ЛЕКАРИ И ФАРМАЦЕУТСКЕ



Томица Милосављевић

ЗА ЉУТУ РАНУ
– ЉУТУ ТРАВУ

Министар здравља Томица Милосављевић изјавио је да је недопустиво да поједини лекари иду са породицама на ексклузивне дестинације о трошку фармацијске индустрије јер је то кршење кодекса.

„Фармацијска кућа може да плати лекару одлазак на конгрес, боравак и котизацију“, рекао је Милосављевић у интервјуу за „Политику“ истичући да је недопустиво да неки иду са породицама на ексклузивне дестинације о трошку фармацијске и да ће подзаконским актом Закона о лековима неке ствари из ове области бити боље дефинисане.

На питање може ли се неким мерама трговина одвојити од здравља јер се зна да представници фармацијских кућа имају „дилове“ с лекарима око прописивања медикамената и обилазе их по ординацијама у радно време, Милосављевић је указао да је „правилима регулисано да фармацијски не смеју у радно време да посећују лекаре“. „Добијање пара за прописивање лекова је кодексом забрањено. Ако се докаже да је неко то радио - мора да буде кажњен“, казао је Милосављевић.

Према његовим речима, оно што је легално плаћено лекари за предавања на скуповима треба да буде објављено на сајту фармацијске куће. „Ако имамо проблем морамо да ставимо на љуту рану љуту траву. То је у интересу свих. Ако је неко спреман да ми плати да одржим неко предавање, што је моја интелектуална својина, то може, али у складу са законом“, рекао је министар Милосављевић.

ИГРАЈМО
ПО ПРАВИЛИМА

Док траје истрага, не могу да дају било какве изјаве преносе медији став овдашњих испостава светских фармацијских кућа. Само су из компаније „Мерк“ објаснили да су усвојили Кодекс понашања за припаднике фармацијске професије у коме јасно стоји и одредба: „Никада нећемо понудити ни обезбедити било какву финансијску или материјалну добит (укључујући донације, стипендије, субвенције, подршку, консултантске уговоре) у замену за прописивање, препоруку, куповину, снабдевање или администрирање производа или обећање да ће тако нешто бити учињено. Ништа не може бити понуђено или обезбеђено на начин или под условом који би имао недоличан утицај на рад здравственог професионалца који прописује лекове“.

Генерални менаџер фармацијске куће „Бајер“ за Србију Мануел Најч, почетком 2010. године, покренуо је кампању „Играјмо по правилима“, као први корак да се фармацијском бизнису у Србији и ре-

ДИСКВАЛИФИКАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА, ПА И ЧИТАВОГ СИСТЕМА, БЕЗ ЧВРСТИХ ДОКАЗА, АНАТЕМИСАЊЕ И ОСУДЕ ПРЕ СУДСКЕ ПРЕСУДЕ, ПОСТАЛА ЈЕ СВАКОДНЕВНИ „ФОЛКЛОР“ И МИЉЕ У КОМЕ ЖИВИМО, У КОМЕ И НАША ДЕЦА ОДРАСТАЈУ И САЗРЕВАЈУ

QUO VADIS, СРБИЈО?

ИСКРЕНО СЕ ПЛАШИМ, ДА СЕ НА ОВАЈ НАЧИН ПРИПРЕМАЈУ ГРАЂАНИ НА ЈЕДИНУ МОГУЋУ ОДЛУКУ, А ДА СЕ СА ДРУГЕ СТРАНЕ, ВРШИ ПРИТИСАК НА СУДСТВО ДА ОПРАВДА ТАКВА ОЧЕКИВАЊА

Пише проф. др Драган Делић
ПРЕДСЕДНИК ЗДРАВСТВЕНОГ
САВЕТА СРБИЈЕ



Једна појава или начин размишљања, понашања попримају епидемијске размере у нашем друштву, разарајући и оно мало здраве памети, људског дигнитета и морала преосталог после вишегодишњег лутања, несхватљивих превида, неопростивих грешака и тешких пораза. Наиме, дисквалификација здравствених радника, па и читавог система, без чврстих доказа, анатемисање и осуде пре судске пресуде, постали су свакодневни „фолклор“ и миље у коме живимо, и у коме и наша деца одрастају и сазревају.

На жалост, у ово погубно „коло“ за сваки народ, укључили су се и поједини новинари као активни „играчи“, распирујући и потхрањујући такав начин размишљања и понашања. Не желећи да заостају за другима, уз наглашену жељу за повећањем броја свог гласачког тела, поједини политичари додатно распирују и потхрањују атмосферу искључивости, нетолеранције и осуде без релевантних чињеница и доказа.

Истине ради, овај фронтални и континуирани напад има у неким елементима објективно упориште и исходиште у реалним проблемима који постоје у здравственом систему Србије и које се деценијама не решавају (нпр. постојање корупције, примање мита, лекарске грешке и превиди, криза руковођења здравственим установама, итд.), али жестина, генерализација, острашћеност и искључивост попримају несагледиве размере и неминовно воде ка потпуном уништењу **поверења** у здравствене раднике, а што је основ (темељ) сваког здравственог система.

Посебан проблем су неистине које се пласирају на првим страницама новина (нпр. *лекари украли бубреге болеснику шоком операције, лекари убијали децу нейтралним дозама цитостатика у циљу веће зараде,...*) које, нормално, стварају атмосферу линча која се јасно препознаје у коментарима читалаца.

После оваквих чланака, човек се са зебњом пита: шта је следеће?

После тридестогодишњег рада у здравственом систему Србије, одговорно тврдим да овај систем, ипак, добро функционише, не захваљујући помоћи државе, материјалном положају запослених, софистицираној дијагностици и ефикасној терапији.... него, пре свега, због

стручног, одговорног, самопрегорног и ентузијастичког рада већине здравствених радника и у најтежим временима по нашу државу. То је непобитна чињеница која се увек мора уважавати и истицати, не у интересу здравствених радника, већ у интересу болесника и целог друштва.

Са друге стране, свестан сам свих проблема у здравственом систему Србије и неопходности радикалних промена, али у атмосфери сарадње, толеранције, уважавања струке и стручности, поштовања економских законитости и етичких начела наше узвишене професије.

Наравно, и ја се залажем за неопходност ефикаснијег, стручнијег и плодотворнијег рада полиције и судства, али тиме не желим да елиминишем право на невиност до доношења правичне и недвосмислене одлуке суда.

Такође, није ми ни на крају памети да релативизујем и доведем у сумњу истражне поступке, али ми као грађанину сметају пропратне манифестације силе, набеђене непогрешивости надлежних органа, вишеме-

>>> Жестина, генерализација, острашћеност и искључивост попримају несагледиве размере и неминовно воде ка потпуном уништењу поверења у здравствене раднике, а што је основ, темељ сваког здравственог система <<<

сечни боравак оптужених лекара у истражном затвору (да ли је то увек неопходно?) и искључиво, острашћено и навијачко писање значајног дела штампе у готово свим досадашњим, многобројним и вишезначним аферама.

Искрено се плашим, да се на овај начин припремају грађани на једину могућу одлуку, а са друге стране, врши притисак на судство да оправда таква очекивања. Дозволите ми само један крајње добронамеран и хипотетичан став: шта ако се на крају докаже да нису (сви) криви? Ко ће бити одговоран за цео овај процес осуде и бласфеме пре судске одлуке? Да ли ће и новинари понети део кривице? Да ли због пролазног повећања тиража, треба доприносити деструкцији једног система који је у основи сваког уредјеног и ефикасног друштва?

Знање, искуство и мудрост увек налажу обазривост, критичност, вишеструку и вишестрану проверу. Ко то не разуме, и не прихвати као идеју водиљу, склон је супротном ставу: *Credo qua absurdum* (верујем јер је бесмислица).

//

>>> У РАЉАМА ФАРМАЦЕУТСКЕ ИНДУСТРИЈЕ

ЧИТАТИ – ТУМАЧИТИ, ПОВЕРОВАТИ ИЛИ НЕ

Људско тело
је највеће
тржиште// ШТА ЗАПАЖА ДР МАТИЈАС РАТ
НЕКАДАШЊИ САРАДНИК ДВОСТРУКОГ
НОБЕЛОВЦА ЛИНУСА ПАУЛИНГА И
САМОСТАЛНИ ИСТРАЖИВАЧ // ИДЕ ЛИ
НАУКА БРЖЕ ОД АУТОМОБИЛА //

Пред дуванске, индустрије оружја, фармацеутска индустрија се годинама налази на светском трону профита. Мера успеха еквивалентна је Њ. К. В: профиту. Ту места за милосрђе нема. Нема зараде – нема ни лека. То или – или, не односи се само на ендемске болести, географски простор, бројност и платежну способност потенцијалних корисника.

Нажалост, не може се очекивати да ће у тој борби и агресивној промоцији лекова фармацеутске компаније наглашавати и његове слабе стране. Коначно присетите се и сами ако сте продавали кола или стан нисте рекли баш све купцу, већ је то остала само Ваша мала тајна.

Али, овде је улог много већи и не мери се само милијардама долара већ и људским животима. Неки циклуси лечења, не морају то бити хемотерапије коштају и до 200.000 америчких долара – тврде обавештени. Доктор Матијас Рат из Немачке већ две деценије води рат против тамне стране фармацеутске индустрије.

Као некадашњи сарадник двоструког нобеловца Линуса Паулинга и као самостални истраживач, др Рат тврди да је у лечењу разних врста рака од пресудне важности да се у људском организму успостави равнотежа коришћењем Витамина Це и аминокиселине лизин.

За фармацеутску индустрију, тврди др Рат „људско тело је навјеће тржиште“ света. зато ова индустрија и медицина с њом у спрези не лече људе да би оздравили, него зато да буду што дуже болесни, јер то осигурава тешко замисливе профите. Иза тих података крије се моћ екстремне бескрупулозности коме не суди ниједан суд.

Али, ако – рећи ће неко – др Рат води неки свој велики рат, с малим словом и историјом као и фармацеутском индустријом, да погледамо – јер др Рата се, по

правилу сетимо – само у ексцесним ситуацијама – како би реаговали на нови тест који открива – ни мање ни више – од 109 наследних болести

Нови тест који се ове године нуди у САД омогућава наводно паровима који желе децу да пре зачећа установе да ли су потенцијални преносиоци неког тешког поремећаја, преноси Глас Америке. Тест је, како наводе, развијен с надом да би могао да смањи број беба које се рађају са наследним болестима и открива 109 наследних болести, као што су цистична фиброза, дечја анемија и друге...

Да ли вам је сада лакше. Јесте, сигурно и ако јесте или нисте пред том одлуком, она чека можда вашу децу, унуке ...

Још када докторка Ејми Ејвазаде, из клинике Џон Мјуир, каже да верује у нови тест и свима саветује да се подвргну тестирању – потврђује ето и струка оно што Ви већ знате...

Тест открива не једну, пет, 10, 50, 100, 200 већ више од 400 генетских мутација. Колико ћете чекати на те резултате. Не краће од провере када вам „закашљуца“ мотор аутомобила. Како је генетске мутације лакше открити него присуство воде у бензину, овде резултате добијате за мање од седам дана, како и приличи модерној науци ... Иде ли наука брже од аутомобила.

„Трагамо за мутацијама за које родитељи не знају да их имају“, каже директор лабораторије Консил, др Рамци Сринивадсам и истиче да ако оба супружника добију позитивне резултате за исту болест могу да размисле о „инвитро“ зачећу, у коме лекари прегледају сваки зигот и обављају зачеће само оног који не показује знаке специфичне болести.

>>> Да ли мера успеха фармацеутске
индустрије профит или излечење
пацијента? <<<

У фармацеутској индустрији не постоји реч „али“, и простор за потпитања, те се и стручна упитаност, по правилу смешта ван контекста, или добијате епитет „особењака“. Оно што се призаје, признаје се најситнијим словима за чије читање није довољна ни већа диоптрија, а налази се у неком ћошку упутства.

Па упркос интересовању за нови тест и, готово, решењу да сте ето пронашли „лек“ за природни, ако не страх, онда макар опрез, неки генетичари саветују управо то: опрезност. Тако генетичар Прија Кишнаји из Медицинског центра Универзитета Дјук каже да се не зна сигурно да ли тест открива све оно што обећава.

Важно је дакле да „обећање“ буде што веће, онако предизборно, и теже ако затреба, а да се „гађа“ што шири спектар, јер са више „драмлија“ веће су шансе за погодак и – зараду.

Неко у недомици, једни за, други против, ипак једно се ипак зна: наведена је унапред цена теста. А то је да овај тест за две особе кошта 350 долара. **М. Ч.**

Молимо читаоце Предлога Правилника о начину оглашавања лека, односно медицинских средстава да узму учешће у јавној расправи тако што ће своје сугестије, коментаре и предлоге упутити што хитније на Лекарску комору Србије, Улица краљице Наталије 1, Београд или на мејл: lekarskakomorasrbije@gmail.com

ПРЕДЛОГ

На основу члана 164. став 9. Закона о лековима и медицинским средствима („Службени гласник РС“, број 30/2010), министар здравља доноси

ПРАВИЛНИК О НАЧИНУ ОГЛАШАВАЊА ЛЕКА, ОДНОСНО МЕДИЦИНСКОГ СРЕДСТВА

І. ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1

Овим правилником прописује се начин оглашавања лека и ветеринарског лека (у даљем тексту: лек) и медицинског средства.

Члан 2

Оглашавање лека, односно медицинског средства је сваки облик давања истинитих информација о леку и медицинском средству општој и стручној јавности ради подстицања прописивања лека, снабдевања лековима и медицинским средствима, њихове продаје и потрошње, од стране носиоца дозволе за лек, односно носиоца уписа медицинског средства у Регистар медицинских средстава (у даљем тексту: Регистар), као и од правног и физичког лица које врши промет лекова и медицинских средстава на велико и мало (у даљем тексту: оглашивач).

Под општом јавношћу, у смислу овог правилника, подразумевају се грађани у Републици Србији.

Под стручном јавношћу, у смислу овог правилника, подразумевају се здравствени и ветеринарски радници који прописују, издају, односно продају, односно дају налог, односно користе и примењују лекове и медицинска средства, који врше набавку лекова, односно медицинских средстава за апотеке и друге здравствене установе, приватну праксу, односно ветеринарске организације, или на било који други начин утичу на набавку и употребу лекова, односно медицинских средстава, дипломирани фармацеути и друга стручна лица у области производње и промета лекова, односно медицинских средстава на велико и мало, као и лица овлашћена за заступање, чланови управног и надзорног одбора здравствених установа и ветеринарских организација.

Под стручном јавношћу, у смислу овог правилника, подразумевају се и стручна лица запослена у министарству надлежном за послове здравља, односно у министарству надлежном за послове ветерине, у организацији обавезног здравственог осигурања, односно која су ангажована у стручним комисијама и телима организације обавезног здравственог осигурања, као и запослени у Агенцији за лекове и медицинска средства Србије (у даљем тексту: Агенција), односно који су ангажовани у саветодавним телима Агенције, односно лица која обављају послове у вези са лековима, односно медицинским средствима, односно у вези са производњом и прометом лекова и медицинских средстава.

Члан 3

Информације које се оглашавају о леку, односно медицинском средству морају бити истините и научно доказане и не смеју довести у заблуду стручну и општу јавност.

Информације из става 1. овог члана дају се ради правилне и рационалне употребе лека, односно медицинског средства уз поштовање етичких норми.

Оглашавање лека мора бити у складу са сажетком карактеристика лека и упутством за лек, одобреним од стране Агенције.

Оглашавање медицинског средства мора бити у складу са одобреним упутством за употребу медицинског средства.

Члан 4

Оглашавање лека, односно медицинског средства обухвата:

1) рекламирање лека, односно медицинског средства путем средстава

јавног информисања, укључујући и интернет, рекламирање на јавним местима и друге облике рекламирања (поштом, посетама и сл.);

2) промовисање лека здравственим и ветеринарским радницима који прописују лекове и то непосредним обавештавањем на стручним скуповима, у стручним часописима и другим облицима промоције;

3) давање бесплатних узорака стручној јавности;

4) спонзорисање научних и промотивних скупова у којима учествује стручна јавност (плаћањем трошкова за пут, смештај, исхрану, као и трошкова обавезног учешћа на научним и промотивним скуповима).

Не сматра се оглашавањем лека само навођење имена лека, односно интернационалног незаштићеног назива лека (INN), односно жига уколико он служи искључиво као подсетник.

Промовисање лека, односно медицинског средства из става 1. тачка 2) овог члана стручној јавности из члана 2. ст. 3. и 4. овог правилника врши се на начин и под условима прописаним овим правилником.

Носилац дозволе за лек, односно уписа медицинског средства у Регистар може самостално да врши промоцију лека, односно медицинског средства или са другим, односно преко другог правног лица које он одреди ангажовањем запослених лица у том правном лицу (у даљем тексту: упоредна промоција лека, односно медицинског средства), у складу са законом којим се уређује област лекова и медицинских средстава, као и у складу са овим правилником.

Носилац дозволе за лек, односно уписа медицинских средстава у Регистар дужан је да води евиденцију о правним лицима, односно запосленим лицима у том правном лицу који су ангажовани за упоредну промоцију лека, односно медицинског средства из става 3. овог члана, као и да на свом званичном сајту објави ажуриран списак о тим правним, односно физичким лицима.

У списак из става 4. овог члана уносе се следећи подаци: пословно име и седиште правног лица, лични подаци о физичком лицу које врши промоцију лека, односно медицинског средства, као и занимање, односно звање тог лица, износ финансијских средстава, односно накнаде за правно, односно физичко лице за обављање послова промоције лека, односно медицинског средства.

Члан 5

Није дозвољено оглашавање лека који нема дозволу за лек, односно чија је дозвола престала да важи, као и медицинског средства које није уписано у Регистар, односно чије је решење о упису медицинског средства у Регистар престало да важи.

На лек који нема дозволу за лек, односно медицинско средство које није уписано у Регистар, а за које је Агенција издала одобрење за увоз, у складу са законом којим се уређује област лекова и медицинских средстава, као и подзаконских аката донетих за спровођење тог закона, примењују се одредбе става 1. овог члана.

Није дозвољено оглашавање лека, односно медицинског средства које доводи у заблуду, односно наводи на закључак да су безбедност и ефикасност лека осигурани његовим природним пореклом, односно којим се описује болест и успеси лечења тако да наводе на самолечење, као и оглашавање лека, односно медицинског средства на neodговарајући и сензационалистички начин о њиховим успесима у лечењу приказивањем слика и др.

Није дозвољено оглашавање лека, односно медицинског средства којим се наводи на закључак да лек спада у храну, козметику или друге предмете опште употребе.

Није дозвољено оглашавање лека ради подстицања на прописивање, издавање, односно продају лекова давањем или обећавањем финансијских, материјалних или других користи.

Члан 6

Оглашавањем лека, односно медицинског средства, у смислу овог правилника, не сматра се:

- 1) обележавање лека, односно медицинског средства у складу са прописима којима се регулише област лекова и медицинских средстава;
 - 2) објективно обавештавање о леку и медицинском средству опште и стручне јавности у здравственим часописима или здравственим рубрикама других часописа, које не наводи на погрешан закључак и има за циљ давање одговора на посебна питања у односу на одређени лек, односно медицинско средство, под условом да су информације о леку и медицинском средству у складу са сажетком карактеристика лека, односно упутством за лек и упутством за употребу медицинског средства, као и да се употребљава само интернационални незаштитени назив лека (INN) и генерички назив медицинског средства, под условом да обавештавање нема елементе рекламирања;
 - 3) информације о леку и медицинском средству које се односе на промену паковања, нежељене реакције на лек, односно медицинско средство, продајни каталог лека, односно медицинског средства са ценом, под условом да не садрже елементе рекламирања;
 - 4) изјаве које се односе на стање здравља или болести под условом да се ни индиректно не спомиње име лека, односно медицинског средства.
- У информацију о цени лека, односно медицинског средства из става 1. тачка 3) овог члана не може се укључити информација о начину плаћања цене или дела цене од стране организације за обавезно, односно добровољно здравствено осигурање.

II. ОГЛАШАВАЊЕ ЛЕКА, ОДНОСНО МЕДИЦИНСКОГ СРЕДСТВА ОПШТОЈ ЈАВНОСТИ

Члан 7

Оглашавање лека, односно медицинског средства општој јавности обухвата рекламирање лека који се издаје без лекарског рецепта и медицинског средства намењеног за употребу од стране пацијента путем средстава јавног информисања, интернета, рекламирања на јавним местима, као и други облици рекламирања општој јавности (достављање рекламног материјала путем поште, посетама и др.).

Члан 8

Рекламна порука за лек, односно медицинско средство из члана 7. овог правилника чије је рекламирање дозвољено, мора да садржи јасну информацију да је производ који се рекламира лек, односно медицинско средство и не сме да доведе у заблуду.

Рекламна порука из става 1. овог члана најмање садржи информације које се односе на:

- 1) име лека, односно назив медицинског средства, у складу са законом којим се уређује област лекова и медицинских средстава;
- 2) начин примене и податке који су неопходни за правилну употребу лека, односно примену медицинског средства;
- 3) видљиво, читљиво и разумљиво написано, нацртано или говорно упозорење пацијенту или кориснику да пажљиво прочита упутство за лек и упутство за употребу медицинског средства и да се о могућем ризику, као и о нежељеним реакцијама на лек, односно медицинско средство посаветује са лекаром, или фармацеутом, а за ветеринарске лекове са ветеринаром.

Рекламна порука из става 2. тачка 3) овог члана садржи упозорење које гласи: „Пре употребе детаљно проучити упутство! О индикацијама, мерама опреза и нежељеним реакцијама на лек, односно медицинско средство посаветујте се са лекаром или фармацеутом“.

Упозорење из става 3. овог члана мора бити обележено појачаном бојом у односу на други део рекламне поруке и уоквирено у величини најмање једне десетине рекламне поруке, са словима одговарајуће величине, тако да је упозорење могуће нормално уочити и није га могуће превидети.

Упозорење из става 3. овог члана у рекламним порукама на телевизији потребно је приказати самостално и у посебном кадру уз пратећу гласовну поруку идентичног садржаја.

Члан 9

Ако се рекламна порука из члана 8. овог правилника даје путем интернета, информација о леку и медицинском средству мора бити саставни део почетне, односно главне стране огласне интернет поруке или рекламе, а не стране која се даје као веза, односно референца за главну страну.

Члан 10

Приликом рекламирања лека, односно медицинског средства није допуштено општу јавност:

- 1) наводити на утисак да лек, односно медицинско средство нема нежељене реакције;

- 2) наводити на утисак да пре узимања лека и примене медицинског средства није потребно консултовати лекара;

- 3) наводити на утисак да се узимањем лека и применом медицинског средства може избећи лекарски преглед, савет или хируршка интервенција;

- 4) наводити на утисак да узимање лека и примена медицинског средства гарантује успех у лечењу болести;

- 5) наводити на утисак да је одређени лек, односно медицинско средство боље од других лекова и медицинских средстава;

- 6) наводити на утисак да је лек, односно медицинско средство добро узимати односно примењивати и када нема знакова болести, односно да побољшава здравље;

- 7) сугерисати да ће здравље лица које не узима лек и не примењује медицинско средство бити нарушено, осим у случајевима кампање коју спроводи надлежно министарство (спречавање епидемија, епизотије), у складу са законом;

- 8) наводити на утисак да је лек због свог природног порекла нешкодљив и делотворан;

- 9) наводити на утисак да лек, односно медицинско средство представља храну, козметику или друге предмете опште употребе;

- 10) наводити на утисак да је лек добио дозволу за лек, односно да је медицинско средство уписано у Регистар, односно да ће у наредном периоду добити дозволу за лек, односно да ће медицинско средство бити уписан у Регистар;

- 11) упућивати да се препоручени лек, односно медицинско средство може заменити другим леком, односно медицинским средством.

Члан 11

Није дозвољено рекламирање следећих лекова општој јавности:

- 1) лекова који се издају уз рецепт;
- 2) лекова који се издају на терет средстава здравственог осигурања;
- 3) лекова који садрже опојне дроге или психотропне супстанце;
- 4) лекова за туберкулозу;
- 5) лекова за болести које се преносе полним путем;
- 6) лекова за инфективне болести;
- 7) лекова за хроничну несаницу;
- 8) лекова за дијабетес и друге метаболичке болести.

Осим лекова из става 1. овог члана, министар надлежан за послове здравља може одредити и друге лекове који се не могу рекламирати, одлуком која се објављује у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Члан 12

Министарство надлежно за послове здравља, односно министарство надлежно за послове ветерине може, када је то у општем интересу (спречавање епидемије, епизотије и сл.), путем средстава јавног информисања, односно на други начин да обавести грађане о употреби лекова који се издају уз рецепт.

Члан 13

Рекламирање лека, односно медицинског средства општој јавности није допуштено ако садржи:

- 1) наводе да ће се лек, односно медицинско средство укључити у листу лекова и медицинских средстава који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања или добровољног здравственог осигурања, осим у случају из члана 10. тачка 7) овог правилника;
- 2) наводе о цени лека, односно медицинског средства, као и о делу цене лека, односно медицинског средства која се обезбеђује из средстава обавезног, односно добровољног здравственог осигурања;
- 3) препоруке здравствених, односно ветеринарских или научних радника о особинама лека, односно медицинског средства које подстичу коришћење лека, односно медицинског средства;
- 4) препоруке лица које би због своје популарности могло утицати на коришћење лека, односно медицинског средства.

Члан 14

Приликом рекламирања лека, односно медицинског средства општој јавности није дозвољено коришћење:

- 1) историје болести или приказивање дијагностичких поступака који би могли довести до погрешног самолечења или самодијагнозе;
- 2) непримерних, узнемиравајућих или обмањујућих израза и сликовног приказивања промена у људском телу изазваних болешћу, повређивањем или деловањем неког лека, односно медицинског средства на људско тело или делове тела.

Члан 15

У рекламирању лека, односно медицинског средства општој јавности није дозвољено приказивати децу која узимају лек, односно медицинско средство, односно којима је лек, односно медицинско средство доступно без присуства одраслих особа.

Рекламирање лека, односно медицинског средства општој јавности не сме бити искључиво или углавном усмерено на децу.

Члан 16

Рекламирање лека, односно медицинског средства општој јавности није допуштено уз навођење назива апотеке, приватне праксе, специјали-

35 <

зоване продавнице и назива правног лица које врши промет на велико у којима се лек, односно медицинско средство може купити.

Члан 17

У рекламирању лека, односно медицинског средства општој јавности није дозвољено износити тврдње или закључке о делотворности лека, односно медицинског средства који су предмет клиничког испитивања у земљи или иностранству.

Члан 18

При рекламирању лека, односно медицинског средства општој јавности није дозвољено прикупљање и изношење личних података о болести одређеног лица или групе лица, дијагнозама, терапијским поступцима који су примењени у поступку лечења, као и леку и медицинском средству који су употребљавани у поступку лечења одређеног лица или групе лица.

Члан 19

Оглашивач не сме да даје бесплатне узорке лека, односно медицинског средства општој јавности.

Члан 20

Оглашивач је дужан да ажурно води податке о свим рекламним порукама које је дао путем средстава јавног информисања, интернета, рекламирању на јавним местима, поштом, посетама и сл.

Оглашивач је дужан да чува све оригиналне рекламне поруке из става 1. овог члана, у писменом, сликовном, звучном, електронском или било ком другом облику, у складу са законом, и да их да на увид инспекцији надлежној за лекове и медицинска средства.

III. ОГЛАШАВАЊЕ ЛЕКА, ОДНОСНО МЕДИЦИНСКОГ СРЕДСТВА СТРУЧНОЈ ЈАВНОСТИ

Члан 21

Промовисање лека стручној јавности мора да садржи основне податке о леку из дозволе за лек, односно податке који су усклађени са сажетком карактеристика лека, као и податке који се односе на режим издавања лека.

Подаци из става 1. овог члана морају да буду тачни, ажурирани, проверљиви и у довољној мери потпуни да прималац на основу њих може да формира своје мишљење о терапијској вредности одређеног лека, као и да имају датум када су сачињени или када су последњи пут ревидирани.

Материјали за оглашавање намењени стручној јавности морају носити ознаку „само за стручну јавност“.

Члан 22

Оглашивач врши промовисање лека упознавањем стручне јавности са карактеристикама лека, како би стручна јавност стекла став о терапијским дејствима лека.

Члан 23

Промовисање лека врши се у складу са сажетком карактеристика лека и упутством за лек.

Поред података из става 1. овог члана, промовисање лека може да садржи и податке о продајној цени лека или о делу цене лека која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања.

Члан 24

Материјал који служи за промовисање лека мора да садржи податке о датуму добијања дозволе за лек или датуму последње измене, односно допуне дозволе за лек и сажетка карактеристика лека, наводе, табеле или друге податке преузете из медицинских часописа или других научних радова и који морају бити ажурирани, релевантни и верно пренети са навођењем литературе и тачног извора информација.

У промотивном материјалу из става 1. овог члана за описивање лека не сме да се користи реч „безбедно“ без одговарајућег објашњења, у складу са подацима одобрених од стране Агенције у поступцима које Агенција спроводи у складу са законом.

У промотивном материјалу из става 1. овог члана за описивање лека, односно за описивање терапијских индикација, реч „ново“, може да се употребљава искључиво у периоду од годину дана од дана издавања дозволе за лек, односно од измене и допуне дозволе за лек од стране Агенције.

Члан 25

Приступ стручним информацијама кроз оглашавање и обавештавање стручне јавности о леку у писменом, сликовном, звучном, електронском или било ком другом облику мора бити ограничен само на стручну јавност из члана 2. ст. 3. и 4. овог правилника.

Члан 26

Промовисање лека стручној јавности могу да врше стручни сарадници оглашивача који имају завршен медицински, стоматолошки, фармацеутски или факултет ветеринарске медицине.

Лица из става 1. овог члана морају бити посебно обучена о основним клиничко-фармаколошким знањима за област лекова о којима врше промовисање.

Оглашивач је дужан да врши сталну едукацију стручних сарадника који врше промовисање његовог лека, као и проверу њихових знања ради обезбеђивања потпуних, прецизних и тачних информација о леку који промовишу.

Члан 27

Стручни сарадници оглашивача који врше промовисање лека дужни су да оглашивачу пренесу све информације у вези са лечењем и нежељеним дејствима на лек, а до којих су дошли у поступку промовисања лека.

Члан 28

Стручни сарадници оглашивача који врше промовисање лека могу лицима из реда стручне јавности поклонити само предмете који немају већу вредност, односно чија је вредност симболична и који служе за обављање медицинске, стоматолошке, или фармацеутске, односно ветеринарске делатности, односно делатности послодавца код кога је стручна јавност запослена (нпр. оловка, нотес, календар и друге сличне ствари мале вредности).

Поклон који није у складу са ставом 1. овог члана стручна јавност дужна је одбити, односно врати даваоцу поклона, као и да о томе сачини писмену белешку која се доставља непосредном руководиоцу, односно директору или другом лицу који руководи радом установе, односно ветеринарске организације, односно државног органа или друге организације.

Члан 29

У поступку промовисања лека стручној јавности није дозвољено:

- 1) подстицање на прописивање, издавање, набавку, препоручивање употребе или куповину лека, нуђењем и давањем награде у новцу, давањем поклона или давањем и омогућавањем било какве друге имовинске и неимовинске користи, односно обећавање или давање неке повластице или награде;
- 2) подстицање стручне јавности да се један лек може заменити са другим леком из исте терапијске групе, без постојања јасне медицинске индикације;
- 3) износити тврдње или закључке о делотворности лека који су предмет клиничких испитивања у земљи или иностранству;
- 4) промовисати лек који је у поступку измене сажетка карактеристика лека и упутства за лек;
- 5) коришћење сажетка карактеристика лека и упутства за лек чија је величина слова мања од 3 мм, односно коришћење другог начина штампе који онемогућава лако читање и разумевање;
- 6) објављивање информација посредством медија, а које се користе у поступку оглашавања здравствених установа, односно приватне праксе, односно ветеринарских организација и специјализованих продавница;
- 7) умањивање значаја упозорења о мерама опреза или нежељеним реакција на лек које су наведене у сажетку карактеристика лека и упутству за лек;
- 8) умањивање терапијске вредности неког другог лека који има дозволу за лек или на било који други начин подстицати сумњу у вредност другог лека;
- 9) коришћење назива министарства надлежног за послове здравља, министарства надлежног за послове ветерине, Агенције, односно лица која учествују у поступку испитивања и издавања дозволе за лек;
- 10) коришћење материјала заштићеног било којим обликом заштите интелектуалне својине без претходног пристанка власника;
- 11) коришћење разгледница или других облика писаних пошиљки чији садржај може бити доступан или читљив другим лицима осим стручној јавности;
- 12) коришћење телефона, телефакса, електронске поште или других електронских система лица која спадају у круг стручне јавности без њиховог јасно израженог претходног пристанка, а која се на тај начин оглашавају или обавештавају о свом раду.

Члан 30

Стручни сарадници оглашивача у поступку промовисања лека стручној јавности не могу да ремете рад стручне јавности.

Посете стручних сарадника оглашивача могу се организовати искључиво у време и на месту које одреди директор, односно друго лице које руководи радом здравствене установе, ветеринарске организације, државног органа, односно друге организације у којој је запослена стручна јавност.

Члан 31

Стручна јавност не сме тражити нити примити подстицај на прописивање, издавање, набавку, односно потрошњу лека.

Члан 32

Оглашивач је дужан да ажурно води податке о промотивном материјалу који је користио за промовисање лека стручној јавности, као и о другом промотивном материјалу који је објављен у стручним и другим часописима, односно у другим облицима промовисања лека.

Оглашивач је дужан да води евиденцију о стручној јавности којој је достављен промотивни материјал из става 1. овог члана.

Оглашивач је дужан да чува све оригиналне промотивне материјале из става 1. овог члана у писменом, сликовном, звучном, електронском или било ком другом облику, у складу са законом, и да их да на увид инспекцији надлежној за лекове и медицинска средства.

Члан 33

Промовисање медицинског средства стручној јавности из члана 2. ст. 3 и 4. овог правилника врши се сходно одредбама чл. 21 до 32. овог правилника.

Промовисање медицинског средства стручној јавности могу, поред лица из члана 26. став 1. овог правилника да врше и стручни сарадници оглашивача који имају одговарајући факултет у зависности од врсте медицинског средства.

Члан 34

Ради информисања стручне јавности о карактеристикама лека, односно медицинског средства који се уводи у промет дозвољено је давање једног најмањег паковања са напоменом на паковању: „Бесплатан узорак, није за продају“.

Стручни сарадник оглашивача може искључиво здравственим и ветринарским радницима који прописују, односно примењују лекове, односно медицинска средства из реда стручне јавности дати бесплатан узорак лека, односно медицинског средства под условима:

1) да лек има дозволу за лек, односно да је медицинско средство уписано у Регистар;

2) да је бесплатан узорак лека, односно медицинског средства искључиво намењен упознавању са карактеристикама новог лека, односно медицинског средства;

3) да је количина бесплатних узорака ограничена на 30 дневно дефинисане дозе лека у току једне календарске године и да се даје искључиво здравственим и ветринарским радницима који прописују, односно примењују лекове;

4) да је количина бесплатних узорака медицинског средства за једнократну употребу ограничена на 15 узорака у току једне календарске године, односно да је количина бесплатног узорака медицинског средства за виšekратну употребу ограничена на један узорак у току једне календарске године, као и да се даје искључиво здравственим радницима који користе или примењују медицинско средство.

5) да бесплатан узорак лека не садржи опојне дроге или психотропне супстанце, у складу са законом;

6) да се уз сваки бесплатан узорак лека, односно медицинског средства приложи копија сажетка карактеристика лека и упутства за употребу медицинског средства.

Оглашивач води податке о бесплатно датим узорцима лека, односно медицинског средства лицима из реда стручне јавности.

Податке из става 2. овог члана оглашивач је дужан да чува, у складу са законом, и да их да на увид инспекцији надлежној за лекове и медицинска средства.

Члан 35

Бесплатан узорак лека, односно медицинског средства може се дати на писмени захтев здравствених и ветринарских радника који прописују лекове, односно здравствених радника који користе или примењују медицинско средство из реда стручне јавности.

Писмени захтев из става 1. овог члана садржи потребне податке за идентификацију лека, односно медицинског средства чији се бесплатан узорак лека, односно медицинског средства тражи, датум и потпис стручног лица.

Оглашивач води податке о захтевима из ст. 1. и 2. овог члана, који садрже име и презиме стручног лица које је поднело захтев, број датих бесплатних узорака лека, односно медицинског средства, назив здравствене, односно друге установе, приватне праксе и другог правног лица, као и датум када је бесплатан узорак лека, односно медицинског средства уручен.

Податке из става 3. овог члана оглашивач је дужан да чува, у складу са законом, и да их да на увид инспекцији надлежној за лекове и медицинска средства.

Члан 36

Стручно лице које је примило бесплатне узорке лека, односно медицинског средства не може те узорке продавати и може их употребљавати искључиво у обављању делатности код послодавца код кога је запослено.

Члан 37

Оглашивач може организовати, као и спонзорисати научне и промотивне скупове, стручна предавања, конгресе, семинаре, као и друге стручне скупове на којима учествује стручна јавност (у даљем тексту: стручни скупови).

Спонзорисање стручних скупова из става 1. овог члана не сме бити условљено тражењем, односно давањем било каквих материјалних или нематеријалних противуслуга од стране стручне јавности која организује стручни скуп.

Стручни скупови из става 1. овог члана морају бити едукативни и у складу са научним достигнућима.

Стручни скупови из става 1. овог члана не смеју се организовати само ради рекламирања лека, односно медицинског средства.

У најави организације стручног скупа који спонзорише оглашивач, односно на почетку одржавања стручног скупа морају се навести сви оглашивачи који спонзоришу тај скуп.

Садржај стручних скупова који организује оглашивач утврђује тај оглашивач, а садржај стручног скупа који организује стручна јавност а спонзорише оглашивач утврђује организатор тог стручног скупа.

Оглашивач не може да учине на садржај стручног скупа који организује стручна јавност, с тим да има право да на посебним местима која су за то одређена, односно местима ван места одржавања главног догађаја, даје информације о леку, односно медицинском средству у складу са законом којим се уређује област лекова и медицинских средстава, као и у складу са овим правилником.

Оглашивач не може истовремено да организује пратећи стручни скуп на месту на коме стручни скуп организује стручна јавност.

Члан 38

На стручном скупу који организује стручна јавност, или на стручном скупу на коме учествује стручна јавност, без обзира да ли је тај скуп спонзорисан или не од стране оглашивача, аутор, односно лице које излаже дужно је да пре започетог излагања (на првом слајду или на други одговарајући јасан и недвосмислен начин) да изјаву о постојању, односно непостојању финансијског, личног или другог интереса, укључујући и интерес са стручном јавношћу повезаних лица, у односу на оглашивача (у даљем тексту: изјава о сукобу интереса).

Под повезаним лицима са стручном јавношћу из става 1. овог члана подразумевају се супружник или ванбрачни партнер, крвни сродник у првој линији, односно у побочној линији заједно са другим степеном средства, усвојитељ или усвојеник, као и свако друго правно или физичко лице које се према другим основама и околностима може оправдано сматрати интересно повезаним са стручном јавношћу.

Одредбе ст. 1. и 2. овог члана примењују се и у случају објављивања радова у стручним и научним часописима, односно публикацијама, као и у средствима јавног информисања.

Оглашивач, организатор стручног скупа, правно, односно физичко лице које објављује стручне или научне радове, односно средство јавног информисања дужни су да чувају изјаве о сукобу интереса из става 1. овог члана, потписане од стране стручне јавности.

Спонзорисање стручне јавности у складу са овим правилником не сме да учине на непристрасно вршење послова стручне јавности.

Члан 39

Оглашивач, односно спонзор дужан је да на свом званичном сајту ажурно објављује податке о стручним скуповима које је спонзорисао, односно стручној јавности чије је учешће на стручним скуповима спонзорисао.

На сајту из става 1. овог члана објављују се подаци о: називу скупа, периоду одржавања стручног скупа, начину и износу средстава који су спонзорисани, износу финансијских или других средстава којима је спонзорисано учешће стручне јавности на стручним скуповима, лични подаци стручне јавности, као и износу финансијских средстава.

Подаци из ст. 1. и 2. овог члана објављују се на сајту континуирано за текућу као и претходну календарску годину.

Члан 40

Оглашивач може на стручном скупу који он организује да ангажује стручну јавност на основу уговора у складу са законом.

Стручној јавности из става 1. овог члана припада право на накнаду у складу са закљученим уговором.

Оглашивач је дужан да о лицима са којима је закључио уговор из става 1. овог члана, као и о висини исплаћене накнаде из става 2. овог члана, ажуриране податке објави на свом званичном сајту, у складу са чланом 39. став 3. овог правилника.

Члан 41

Садржај стручних скупова мора бити ограничен само на главни садржај због кога се стручни скуп организује, а сви остали садржаји стручног скупа морају имати пратећи карактер у односу на главну сврху скупа.

Гостољубивост на стручним скуповима мора бити ограничена само на главни садржај стручног скупа и не може се односити на лица која не спадају у круг стручне јавности, у складу са овим правилником.

Спонзорисање стручних скупова не може се односити и на плаћање трошкова пратећих манифестација као што су: туристичка путовања, спортске и друге сличне манифестације које немају карактер стручних скупова у смислу овог правилника.

Члан 42

Оглашивач може спонзорисати стручне скупове само до нивоа покривања неопходних трошкова за пут, смештај, исхрану, као и трошкове обавезног учешћа на стручном скупу (котиација, стручне публикације, трошкови простора у коме се одржава скуп, као и трошкове директно повезане са организацијом стручног скупа).

Оглашивач може спонзорисати трошкове учешћа на стручним скуповима из става 1. овог члана највише за дане трајања стручног скупа и још највише два дана на име доласка и одласка са тог скупа.

37 <

Члан 43

Оглашивач је дужан да чува податке о организованим стручним скуповима, документацију о лицима чије је учешће спонзорисао са подацима о намени тих средстава и износу финансијских средстава датих за спонзорисање, као и о промотивном материјалу са местом и датумом његовог објављивања.

Оглашивач је дужан да чува податке из става 1. овог члана у писменом, сликовном, звучном, електронском или било ком другом облику и да их да на увид инспекцији надлежној за лекове и медицинска средства.

IV. ПОСТУПАК ЗА ДОБИЈАЊЕ ОДОБРЕЊА ЗА УПОТРЕБУ ПРОМОТИВНОГ МАТЕРИЈАЛА ЗА РЕКЛАМИРАЊЕ**Члан 44**

Носилац дозволе за лек, односно носилац уписа медицинског средства у Регистар, дужан је да Агенцији поднесе захтев за добијање одобрења за употребу промотивног материјала за рекламирање лека, односно медицинског средства намењених за употребу од стране пацијента, путем средстава јавног информисања и промовисање лекова здравственим и ветеринарским радницима који прописују лекове и то обавештавањем на стручним скуповима, стручним часописима и другим облицима промовисања, као и другу документацију, која се односи на рекламирање лека (у даљем тексту: одобрење за употребу промотивног материјала).

Члан 45

Захтев за добијање одобрења за употребу промотивног материјала за лек садржи податке:

- 1) пословно име и седиште произвођача;
- 2) пословно име и седиште носиоца дозволе за лек;
- 3) заштићени назив лека;
- 4) интернационални незаштићени назив лека;
- 5) облик, јачину и паковање лека;
- 6) режим издавања лека;
- 7) АТЦ шифру лека;
- 8) терапијске индикације лека;
- 9) коме је намењено оглашавање лека (општој или стручној јавности);
- 10) врста медија и начин објављивања рекламе или обавештења;
- 11) датум и потпис одговорног лица за послове оглашавања и рекламирања лека.

Захтев из става 1. овог члана, подноси се Агенцији за сваки лек, односно за сваки облик и јачину лека.

Члан 46

Носилац дозволе за лек, уз захтев за одобрење промотивног материјала, подноси у писаном и електронском облику, следећа документа:

- 1) сажетак карактеристика лека и упутство за лек;
- 2) предлог рекламног, промотивног материјала;
- 3) оригиналну литературу у целисти из које су коришћени изводи, цитати или табеле у промотивном материјалу.

Носилац дозволе за лек уз захтев из става 1. овог члана подноси и копију дозволе за лек.

Документација из става 1. тач. 2) и 3) овог члана сматра се пословном тајном.

Члан 47

Захтев за добијање одобрења за употребу промотивног материјала за медицинско средство намењено за употребу од стране пацијента садржи податке:

- 1) пословно име и седиште произвођача;
- 2) пословно име и седиште носиоца уписа медицинског средства у Регистар;
- 3) назив медицинског средства;
- 4) генерички назив медицинског средства;
- 5) место продаје медицинског средства;
- 6) терапијске индикације медицинског средства;
- 7) врста медија и начин објављивања рекламе или обавештења;
- 8) датум и потпис одговорног лица за послове оглашавања и рекламирања медицинског средства.

Захтев из става 1. овог члана, подноси се Агенцији за свако медицинско средство.

Члан 48

Носилац уписа медицинског средства у Регистар, уз захтев за одобрење промотивног материјала за медицинско средство намењено за употребу од стране пацијента, подноси у писаном и електронском облику и садржи следећа документа:

- 1) упутство за употребу медицинског средства;
- 2) предлог рекламног, промотивног материјала;
- 3) оригиналну литературу у целисти из које су коришћени изводи, цитати или табеле у промотивном материјалу.

Носилац уписа медицинског средства у Регистар уз захтев из става 1. овог члана подноси и копију решења о упису медицинског средства у Регистар.

Документација из става 1. тач. 2) и 3) овог члана сматра се пословном тајном.

Члан 49

У поступку издавања одобрења за употребу промотивног материјала за лек, односно медицинско средство Агенција процењује предлог промотивног материјала и другу документацију која се односи на рекламирање лека односно медицинског средства намењеног за употребу од стране пацијента, односно промовисање лека, односно медицинског средства стручној јавности, оцењује усклађеност документације са одредбама прописа којима се уређује област оглашавања лекова и медицинских средстава.

Члан 50

Агенција издаје решење о одобрењу за употребу промотивног материјала за лек, односно медицинско средство у року од 30 дана од дана пријема потпуног захтева, односно одбија захтев за издавање овог одобрења.

Агенција у поступку процене захтева за добијање одобрења за употребу промотивног материјала за лек, односно медицинско средство, може тражити додатне податке и додатну документацију.

Агенција писмено обавештава носиоца дозволе за лек односно носиоца уписа медицинског средства у Регистар да у року од 15 дана од дана пријема обавештења уклони недостатке наведене у обавештењу и достави Агенцији тражене податке и документацију.

Рок из става 1. овог члана престаје да тече од дана када је Агенција затражила додатне податке и додатну документацију, до дана достављања тражених података и документације од стране носиоца дозволе за лек односно носиоца уписа медицинског средства у Регистар.

Решење из става 1. овог члана издаје се на период најдуже до рока важења дозволе за лек односно рока важења решења о упису медицинског средства у Регистар.

Агенција може издати одобрење за употребу промотивног материјала за лек, односно медицинско средство и на краћи временски период.

Агенција је дужна да копију решења из става 1. овог члана достави надлежном министарству у року од 15 дана од дана издавања овог одобрења.

V. ОБАВЕЗЕ НОСИОЦА ДОЗВОЛЕ ЗА ЛЕК ОДНОСНО НОСИОЦА УПИСА МЕДИЦИНСКОГ СРЕДСТВА У РЕГИСТАР**Члан 51**

У случају измене, допуне, обнове, односно престанка важења дозволе за лек односно решења о упису медицинског средства у Регистар, носилац дозволе за лек, односно носилац уписа медицинског средства у Регистар је дужан да о томе обавести Агенцију и достави документацију која се односи на измене, допуну или обнову дозволе, односно уписа медицинског средства у Регистар.

Агенција на основу процене документације из става 1. овог члана врши измену, допуну, обнову, односно доноси решење о престанку решења о одобрењу за употребу промотивног материјала за лек, односно медицинско средство.

Члан 52

Носилац дозволе за лек односно носилац уписа медицинског средства у Регистар мора да има одговорно лице за документацију у поступку добијања одобрења за употребу промотивног материјала за лек, односно медицинско средство.

Лице из става 1. овог члана мора да води евиденцију о датуму, начину и месту рекламирања лека, односно медицинског средства, као и о стучним састанцима и предавањима који су организовани за рекламирање лека, односно медицинског средства, као и да на промотивном материјалу наведе број и датум решења о одобрењу за употребу промотивног материјала за лек, односно медицинско средство.

Члан 53

Носилац дозволе за лек односно носилац уписа медицинског средства у Регистар мора да чува документацију за добијање одобрења, у складу са роком важења решења о одобрењу за употребу промотивног материјала за лек, односно медицинско средство.

VI. ЗАВРШНА ОДРЕДБА**Члан 54**

Даном ступања на снагу овог правилника престаје да важи Правилник о начину и условима оглашавања лека, односно медицинског средства („Службени гласник РС“, бр. 99/2006).

Члан 55

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Број: _____

У Београду _____ 2010. године

Министар проф. др Томица Милосављевић

ПРИВАТНА ПРАКСА У СРБИЈИ ДАНАС: УПОРЕДНА АНАЛИЗА

ПРИВАТНА ПРАКСА ЈОШ УВЕК ТАБУ ТЕМА

// У СРБИЈИ НЕ ПОСТОЈИ ПОЛИТИЧКА ВОЉА ДА СЕ ПРИВАТНА ПРАКСА ИНТЕГРИШЕ У СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ, ТЕ СЕ ИЗНАЛАЗЕ РАЗЛИЧИТА КВАЗИ ЕКОНОМСКА И КВАЗИ МЕНАѢРСКА ОБЈАШЊЕЊА ВОДЕЋИХ ЉУДИ МИНИСТАРСТВА ЗДРАВЉА И РЕПУБЛИЧКОГ ЗАВОДА ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ //



Други Здравствени форум одржан је јуна ове године у Београду

Пише: прим. др Татјана Радосављевић,
директорка Лекарске коморе Србије

У земљама у транзицији, поготовто у земљама бившег источног блока, интеграција приватне праксе у систем здравствене заштите и систем здравственог осигурања представља аксиом и почетак здравствених реформи. У Србији то је на жалост још увек табу тема, јер не постоји политичка воља да се приватна пракса integriше у систем здравствене заштите Србије, те се изналазе различита квази економска и квази менаџерска објашњења водећих људи Министарства здравља и Републичког завода за здравствену заштиту.

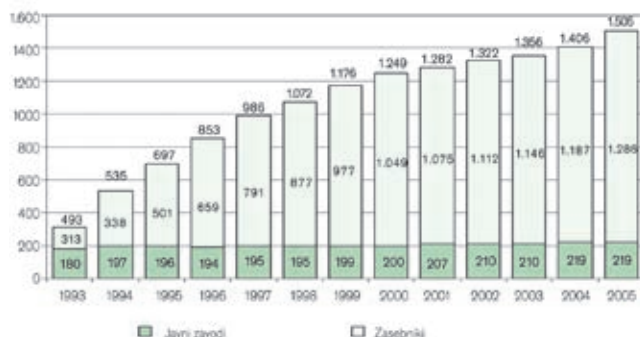
Са друге стране приватна пракса у Србији је за више од двадесет година свога постојања доказала изразиту виталност и успешно је превазилазила све препреке и сачувала пацијенте, који услуге плаћају из сопстве-

ног џепа. Такође, приватна пракса очувала је у најгорим годинама по здравствени систем виталност истог, мада је третирана као „ванбрачно дете здравственог система Србије“ и стављана у исту раван као трафике, драгстор, са на силу уведним фискалним рачуницима, задржала виталност и квалитет. Тако да у приватној пракси постоје облици примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите. Због свега тога аутор покушава да упореди овакво стање са приватном праксом у Србији с искуствима и достигнућима у Словенији и Хрватској, земљама бивше Југославије које су кренуле из истог здравственог система као и Србија, али су приватну праксу интегрисали у систем здравствене заштите и осигурања као један од првих корака у својим здравственим системима.

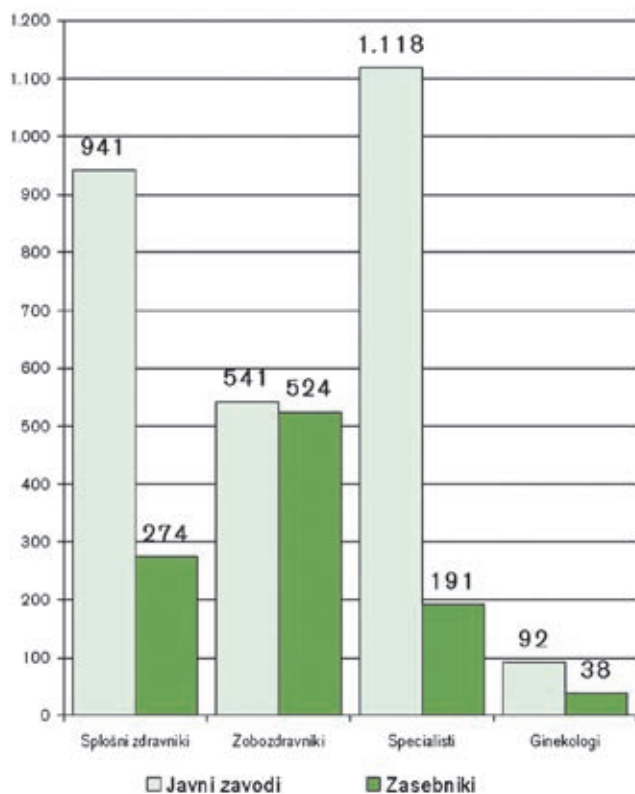
На следећих неколико табела може се видети шта о месту приватне праксе мисле сами учесници у том процесу у Словенији.

39 <

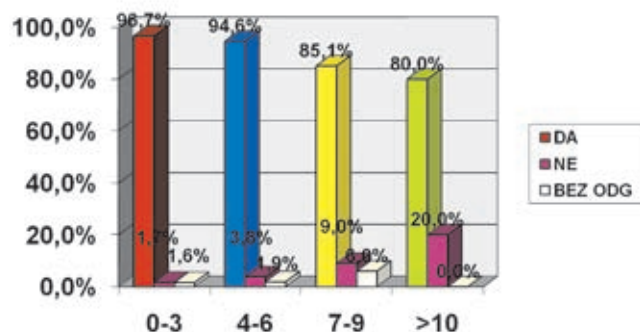
Тренд развоја приватног сектора у мрежи (укључене и патронажне сестре) – СЛОВЕНИЈА



Број приватних доктора и запослених у јавним заводима – према спец. грани-СЛОВЕНИЈА



Питање лекарима, да ли би још једном одлучили за приватну праксу (у односу на то како дуго су приватни доктори)



ЗА И ПРОТИВ ОДЛУКЕ ДА СЕ БАВЕ ПРИВАТНОМ ПРАКСОМ (АНАЛИЗА СПРОВЕДЕНА МЕЂУ СЛОВЕ- НАЧКИМ ЛЕКАРИМА И СТОМАТОЛОЗИМА)

„за“

- Аутономија у стручном раду
- Флексибилност
- Задовољство лекара и пацијената је веће
- Могућност веће зараде (на дуги рок)
- Транспарентно пословање

„против“

- Већа лична одговорност
- Економски ризик
- Нема ослонаца правне безбедности
- Мање одмора и слободног времена
- „burn out“ феномен

Приватни доктори у мрежи јавне здравствене слу- жбе – Словенија:

Приватни сектор у финансијском плану РЗЗО учествује око 14 одсто, а по броју доктора 28 одсто свих у јавном сектору.

Регулација државе везана за разграничење јав- ног и приватног:

- јавна регулација (законом предвиђена разграничења)
- организациона и садржајна разграничења (мрежа, доступност, дежурства, ординацијско време, и др.)
- разграничења капацитета (кадрови, опрема, пословни простори и др.)
- Финансијска разграничења са стране прихода (јавни и приватни) и стране трошкова (трошкови плате, материјални трошкови, амортизација и др.)

ЗАКОНСКА РЕГУЛАТИВА ПРАТИ ИНТЕГРАЦИЈУ ПРИ- ВАТНЕ ПРАКСЕ У СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ОБА ЗЕМЉЕ:

Прописи који су темељ за уговарање са РЗЗО у Сло- венији:

1. Закон о лекарској служби (ЗЗдрС)
2. Закон о здравственој делатности (ЗЗДеј)
3. Закон о здравственој заштити и здравственом осигурању (ЗЗвЗЗ)
4. Правилник о лекарском регистру
5. Правилник о условима за извођење приватне праксе
6. Правилник о приватној лекарској служби
7. Годишњи уговор између министарства, РЗЗО и претставника извођача здравствених услуга

КОНЦЕСИОНИ МОДЕЛ УЧЕШЋА ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Концесије-Хрватска

- **Концесија за јавне услуге** – уговором уређен правни однос чији је предмет пружање једне или више услуга у општем интересу или одређених законом којим се уређује поједина концесија
- на основи концесије физичке особе и здравствене установе могу обављати здравствену делатност:

- обитељске (опште) медицине,

- стоматолошке здравствене заштите,
- здравствене заштите дојенчади и предшколске деце,
- здравствене заштите жена,
- лабораторијске дијагностике,
- апотекарске делатности,
- медицине рада и
- здравствене неге у кући

Издавање концесије, решење о концесији и концесијски уговор-Словенија:

- Општина издаје концесије за основну здравствену делатност
- Министарство здравља – за специјалистичку делатност
- Мишљење о додели концесије издаје Лекарска комора и РЗЗО

Кораци: **Молба или тендер – Концесијска одлука – Концесијски уговор – годишњи Општи уговор – уговор са РЗЗО**

Кораци:

- Решење о упису у регистар лекара
- Ординација: грађевински, технички и санитарно-хигијенски услови – министарство здравља
- Концесијско решење и концесијски уговор

Критеријуми за издавање концесије и склапање концесијског уговора - Словенија:

- тренутна локална или државна политика (слабост: зависи од тренутне воље појединаца)
- потреба због проширења програма здравствених услуга (договорена општим уговором или преко године анексом уговора)
- затварање досадашње приватне праксе (субститут)
- недостатак доктора у домовима здравља или специјалистичким ординацијама
- предуге листе чекања

ГОДИШЊИ (ОПШТИ) УГОВОР – СЛОВЕНИЈА

Склапају га – по трипартитном уговорном принципу:

1. Министарство здравља
2. РЗЗО (Завод за здравствено осигурање Словеније)
3. Представници извођача здравствених услуга:
 - Удружење здравствених завода Словеније (јавни заводи),
 - Лекарска комора Словеније (заступа концесионаре),
 - Фармацеутска комора Словеније,
 - Удружење природних бања,
 - Удружење социјалних завода Словеније,
 - Удружење завода за хендикепиране особе Словеније.

Склапање уговора прави се сваке године и дефинише:

- опсег програма здравствених услуга на државном нивоу;
- капацитет за извођење тих услуга;
- опсег финансијских средстава.

Уговор извођач - РЗЗО може да се склопи са - Словенија:

– **Приватним лекаром** (само физичка особа – самозапослени у смислу закона о пензијском и инвалидском осигурању)

– **Предузећем у различитим облицима** према Закону о привредним друштвима:

- самостални подузетник (с. п.)
- друштво са ограниченом одговорношћу
- друштво са неограниченом одговорношћу
- командитно друштво
- тихо друштво
- деоничко друштво
- други облици повезаних друштава

– **Удружењем, осниваном на основу Закона о задругама**

– **Приватним заводом, осниваном на основу Закона о заводима**

КОНЦЕСИЈА КАО ДЕО ЗДРАВСТВЕНЕ РЕФОРМЕ У РЕПУБЛИЦИ ХРВАТскоЈ

Уговором о концесији концедент и концесионар уређују међусобна права и обавезе везано уз кориштење дане концесије. Тим уговором требају бити обухваћене одредбе:

- о врсти здравствене службе;
- одредбу о почетку кориштења концесије;
- одредбу о давању концесије на **рок од 10 година**;
- о накнади за концесију;
- подаци о особи односно особама с којима ће концесионар радити у тиму одређеним стандардима обавезног здравственог осигурања;
- одредбу о простору и опреми у којем ће се обављати здравствена делатност;
- одредбу о обавези концесионара да ће наставити радни однос с здравственим радником с којим је радио у тиму до почетка кориштења концесије;
- одредбу о обавези концесионара да ће приликом одређивања плата здравственог радника у свом тиму усклађивати обрачун плата с одредбама **колективног уговора за делатност здравства и здравственог осигурања**;
- одредбу о обавези концесионара да обавести концедента о свакој промени која се односи на садржај уговора о концесији.

КОНЦЕСИЈЕ - СТАЊЕ 2007 у Словенији

– Према статусно – правном облику:

- Предузеће са концесијом333
- Запослен код приватног доктора се концесијом25
- Приватни доктор са концесијом903
- Укупно сви доктори са концесијом 1261

Укупни број доктора (и стоматолога) у мрежи је5.800

Укупни број доктора ван мреже, који раде у целини за приватне пацијенте170

Лекарска комора Србије залаже се у потпуности за укључивање приватне праксе у систем здравствене заштите и осигурања у Србији.

Овај преглед искустава околних земаља заправо је један од уводних документа од којих Лекарска комора Србије полази у изради Студије изводљивости о интеграцији приватне праксе у систем здравствене заштите у Србији. //

ПРИВАТНО ЗДРАВСТВО – ПРОБЛЕМ ИЛИ ШАНСА?

СТРАХ ОД УСПЕХА

// СРБИЈА ЈЕ САДА ЈЕДИНА ЗЕМЉА У ЕВРОПИ, КОЈА НЕМА ПРИВАТНО ПОРОДИЛИШТЕ, А ТЕМИШВАР ИХ ИМА ТРИ, СКОПЉЕ НЕКОЛИКО И КОД ЊИХ СЕ С КЊИЖИЦОМ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА ОБАВИ ХИЉАДЕ ПОРОЂАЈА У ПРИВАТНОМ СЕКТОРУ // СВАКИ ДРУГИ СКЕНЕР И МАГНЕТНА РЕЗОНАНЦА У СРБИЈИ ИНВЕСТИРАН НОВЦЕМ ПРИВАТНИКА //

Многи не знају да је приватно здравство најмлађа индустријска грана у Србији и да је било забрањено све до 1989 године. Вероватно исти разалози, због којих је било и забрањено, утичу и на то да је оно и сада у сенци великог, моћног државног здравства. Развој иде постепено с пуно неверице и неповерења, а и сами приватници, који су уложили новац у ходу се уче правилима бизниса и боре да их друштво препозна као партнера, а не као непријатеља, како је то било у почетку, а сада већ као конкурента.

У овом тренутку имамо око 30.000 лекара, а од тога је око 10 одсто у приватном сектору. У Србији има 1690 регистрованих ординација, поликлиника, болница. Пола од њих је у Београду, где се поред недавно регистрованог приватног Клиничко болничког центра налази око шест Општинских болница, девет Домова здравља, тридесетак специјалних болница, док су остало поликлинике и мале ординације. То можда и није мало, али ако се осврнемо и погледамо докле су стигле земље у нашем окружењу или у бившим социјалистичким земљама, морамо признати да заостајемо за њима, иако је наше здравство било у прошлости далеко испред њих.

Бојажљив развој здравственог туризма

Ми смо сада једина земља у Европи, која рецимо нема приватно породилиште, а Темишвар их има три, Скопље неколико. и не само то, код њих се с књижицом здравственог осигурања обави хиљаде порођаја у приватном сектору. Све новине сада пишу о болница *Аџи Багем* у Истанбулу, у коју шаљемо кардиолошке болеснике на операцију срца, а они су почели да раде 1991 године.



У ОВОМ ТРЕНУТКУ У СРБИЈИ ИМА ОКО 30.000 ЛЕКАРА
А ОД ТОГ БРОЈА СВАКИ ДЕСЕТИ РАДИ У ПРИВАТНОМ СЕКТОРУ

>>> Економски бум са приватним здравством, направила је Малезија, Индија, Сингапур, Бразил и наравно у Европи већ традиционално Швајцарска, Немачка и Француска а како видимо прикључују им се Турска и Грчка <<<

Тада као предузетничка иницијатива три лекара и једног економисте. Почели су од мале поликлинике. Данас имају више од 25 елитних болница по целој Турској, све су са Харвардским сертификатима стандарда, медицинским факултетом и преко 8.000 запослених. Пошто смо недавно били гости те болнице, на лицу места су нас упознали на које све начине држава стимулише развој приватног здравства, јер у њему препознаје озбиљан потенцијал за привредни развој земље.

И код нас има помака, тако је ове године почео да ради први приватни Клиничко болнички центар. Потписан је и уговор са Фондом здрав-

је инвестирано новцем приватника. Затим повећао се број болничких капацитета, као и број пацијената, који су спремни и који имају поверења да се оперишу и лече у приватним болницама, што говори да квалитет услуге расте.

Морам да приметим да је Фонд здравственог осигурања пуно урадио на свом информационом систему, тако да је постао информативнији и доступнији свим корисницима, а самим тим направљена је добра основа за даљи развој и реформу тог система, што је кључно за будућност нашег здравства.

Добра ствар која се дешава у протеклом периоду је и то што се по-

ји никада не би дошли у Србију да није вашег сервиса и вас. Сви који су у туризму знају колико је тешко довести страног туристу у другу земљу, а можете замислити колико је тешко стећи поверење и довести некога ко има неки проблем, и ко ће да вам толико верује да ће смети да се код вас оперише, болнички лечи или испитује.

Агенција из Банџока шражи њацијенше

За то мора пуно услова да се стекне, од тога да је имиџ земље добар, да сте ви квалитетни, да имате услугу која је боља и јефтинија



Јасмина Кнежевић: У Србији још постоји велико неповерење према приватној пракси

ственог осигурања за 300 операција на срцу, о њиховом трошку. У међувремену повећао се број скенера и магнетних резонанци у приватном сектору, тако да сада од свих „магнета“ које Србија има, 50 одсто

ступено и бојажљиво почео да развија и здравствени туризам. Под правим здравственим туризмом сматрам оне пацијенте, које успете да доведете из света и који долазе код вас због ваше услуге и ко-

него на „светској пијаци“, да имате добар сервис и добре резултате. Ако се успе, корист је огромна и за друштво и репутацију струке као и за сваког појединца који у томе учествује. Они ће успут обићи и град,

43 <

отићи на неки излет, повести пратњу, која ће бити у хотелу и трошити на тај начин новац и ако се врате задовољни ширити позитивну причу о нашој земљи – баш као што то чине наши пацијенти по повратку из Турске.

Србија таквих пацијената из целог света има сада једног до два недељно. Притом мислим да је и то невероватан успех. Ангажовали смо агенцију у Бангкоку да нам налазе пацијенте из света а и уз помоћ адвокатске канцеларије *Афеја* удружимо се са осталим приватницима и наступам на светском трзисту заједно. Надам се да ћемо ми у будућности привлаћити више пацијената из света, него што ће бити оних које ће наш Фонд слати у свет да се оперишу и испитују у светским приватним клиникама.

Као што видимо много тога се променило и у свету. Здравство је изашло на тржиште и сада су сви у покрету, најбољи доктори, експерти за неке ствари, иду из земље у земљу у потрази за пацијентима а и пацијенти се крећу и траже свог

Када говорим шта је није било добро протеклих година, из угла особе која је већ 15 година у приватним водама, то је да сам очекивала да ће се променити однос према новцу осигураника Фонда и да ће новац почети да прати пацијента. Сада онај ко користи услуге приватног сектора сваку ствар плаћа два пута, држави јер мора - а не користи, и приватнику за оно - што је користио.

Како задржати докторе, пацијенте и – новац

Пуно се причало о изабраном лекару и мислила сам да ће Фонд коначно дефинисати цену услуга и да ће тај новац, без обзира колико он био мали, моћи да „прати пацијента“, тако да без обзира да ли пацијент жели да уради операцију киле или било шта друго, у Клиничком центру у Београду, у Бел Медици или у болници у Суботици. Македонија нити је економски снажнија од нас, нити уређенија а код њих тако систем функционише више од

отварамо боловања и да ризикујемо да нам посао и углед, због тога пропадне.

Мислим да није добро – а дешавало се у последњих годину дана – то је да се све више услуга почело да наплаћује од пацијената и то назива, нестандартним услугама. Тако, ако имате новац моћи ћете да платите и да добијете, рецимо, потребну дијагностику одмах по подне, а ако не, чекаћете неколико месеци.

На овај начин, озбиљно нарушавамо, по мом мишљењу, добар систем солидарности, по којем се финансира наше државно здравство и да таквим начином плаћања има предност онај ко плаћа, а не онај који има медицински проблем који тражи хитност. Чини ми се да се нигде у свету није показало као добро и могуће, када се од државне установе очекивало да буде предузетник и да зарађује новац. Да је држава добар домаћин и предузетник не би се дешавали сви ови ломови и промене система.

Верујем да је свима јасно да је на свим пољима, па и на здравственом потребно страних и домаћих инвестиција. Сви заједно морамо да направимо добар пословни амбијент, правну сигурност, администрацију да поједноставимо, дозволимо свима да раде, које тржиште тражи и наравно, да поставимо једноставна, логична правила са добром контролом стручног и финансијског пословања.

То је једини начин да задржимо и младе докторе и пацијенте, а и новац у земљи - иначе све оде. Многе земље су да би задржале пацијенте, докторе и новац у свој земљи, крајње поједноставиле правну регулативу добијања лиценце, било страним докторима или њиховим докторима, који су отишли а волели би повремено да долазе и да раде или оперишу у свој земљи. То је добар пример *вин-вин* ситуације, где сви добијају, само се мора показати већа толеранција и ширина. Чини ми се да се овде људи највише плаше успеха, а то дефинитивно мора да се мења.

Наше здравство је гломазно, неефикасно и скупо. Мора да претрпи реформу. Приватан и државни сектор треба да буду партнери, који ће се допуњавати, заједнички борити и правити пројекте и трудити се да се изузме оно што је добро из оба система, да би могли да се такмичимо храбро, без комплекса, на светском тржишту и да нашим и страним грађанима пружимо разноврснију понуду.

Др Јасмина Кнежевић

>>> Све новине пишу о болница *Aci Badem* у Инстанбулу, у коју шаљемо кардиолошке болеснике на операцију срца, а они су почели да раде не тако давно, 1991 године. Тада као предузетничка иницијатива само три лекара и једног економисте. Почели су од мале поликлинике. Данас имају више од 25 елитних болница по целој Турској, све су са Харвардским сертификатима стандарда, медицинским факултетом и преко 8.000 запослених <<<

лекара, који им одговара по знању, цени и квалитету и комфору сервиса који му се пружа. То су многе земље у свету схватиле и направиле су прави економски бум са приватним здравством, као што је Малезија, Индија, Сингапур, Бразил и наравно у Европи већ традиционалне Швајцарска и Немачка и Француска а како видимо прикључују им се Турска и Грчка.

Готово да нема земље која не покушава да на овом пољу нешто не уради, али код нас је још увек све то на нивоу ентузијазма појединца, а не стратешка ствар земље. Међутим, сада када се јавно суочавамо са чињеницом да самостално не можемо да оперишемо хиљаде пацијената, који чекају на операцију срца и да би им спасили животе, морамо их слати у друге земље у њихове приватне болнице, можда ћемо се замислити. подржати или бар мање кочити развој приватног здравственог сектора Србије.

10 година, они дакле, могу да бирају где ће се лечити, новац их прати, с тим што ће можда нешто доплатити, али то је само разлика у цени, али не све испочетка.

Код нас још увек постоји велико неповерење у приватни сектор, не само да ли је он способан стручно и организационо да испрати неке ствари, већ се сумња у поштење и постоји страх да је интерес приватника само богаћење. Зато се приватнику још увек не верује, иако неко ко има рецимо регистрацију Дома здравља, и задовољава све што тражене услове, опрему, кадрове, он не може пацијенту да пропише боловање или обична уверења, већ мора болесног човека или дете да шаље у државни Дом здравља да чека, да би му тамо преоптерећени колега државног посла, писао и отварао боловање.

Не желим да прихватим да смо сви ми преваранти и да имамо било какав мотив да неоправдано

ИСКУСТВА ДРУГИХ – ЧЛАНСТВО У ЛК САВЕЗНЕ ДРЖАВЕ БЕРЛИН

ЧЛАНСТВО – БЕЗ ИЗУЗЕТКА

// КОМОРЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СУ ОБАВЕЗНЕ ПРЕМА ЗАКОНУ ДА ИЗДАЈУ ТАКОЗВАНЕ „ЗДРАВСТВЕНЕ ПРОФЕСИОНАЛНЕ КАРТИЦЕ“ СВОЈИМ ЧЛАНОВИМА ЈЕР ПОСТОЈИ ЈАВНИ ИНТЕРЕС ЗА ЕФИКАСАН И БЕЗБЕДАН НАЧИН САОПШТАВАЊА ПОДАТАКА ИЗМЕЂУ ЛЕКАРА И ПАЦИЈЕНТА //



Лекарска комора Берлина ослања се на ефикасан процес прикупљања и обраде података

Чланство у Лекарској комори Савезне државе Берлин чине две групе лекара: они који раде као лекари у Савезној држави Берлин и стижу чланство на основу места у коме раде („Berufsausübungsmemberschaft“) као и лекари који живе у држави Берлин, осим уколико су већ чланови неке друге Државне коморе здравствених радника, што је чланство на основу места становања („Wohnsitzmitgliedschaft“) – објашњава Кристоф Рериг из Лекарске коморе Берлина.

Чланство у Лекарској комори Савезне државе Берлин је обавезно јер је чланство у једној од Државних комора здравствених радника Савезне Републике Немачке обавезно за све лекаре. Уколико су неопходни преду-

слови за чланство задовољени, чланство је засновано на законима. Лекар је или члан Коморе/а неке Савезне државе/а у којој он ради, или, уколико се он не бави лекарском професијом, лекар је члан Државне коморе у савезној држави у којој живи.

Надзор рада и радној учинка

Не постоји изузетак за обавезу чланства у некој лекарској комори. Притом готово да и не постоји могућност да неко буде изузет од обавезе да буде члан неке Државне коморе здравствених радника. Важни статутарни задаци Државне коморе здравствених радника – како наводи Рериг су:

45 <

Заступање професионалних интереса, дакле заступање заједничких интереса свих чланова дате Државне коморе као и овлашћење да изриче дисциплинске казне кроз надзор рада и радног учинка чланова Државне коморе здравствених радника. Такође Комора управља квалитетом постдипломских образовних курсева обуке и континуиране медицинске едукације (КМЕ) и учествује у арбитражама у питањима професионалних конфликта

Рериг наглашава да део одговорности Државне коморе здравствених радника није да издаје нити комплетне, нити сажете верзије медицинских лиценци за рад („Одобрење“ и „Berufserlaubnis“), јер је то део одговорности регионалних административних тела Одељења за здравствена питања.

>>> Циљеви имплементације електронских процеса су да замене класични процес комуникације а да се на тај начин смањи обим рада администрације, као и трошкови, што пружа комфор и додатне погодности за чланство <<<

Тренутно стање оквира за управљање интерним информацијама односи се на извршавање статутарних задатака, при чему се Комора ослања на ефикасан процес прикупљања и обраде података. Због тога су чланови обавезни према закону да Комори дају информације и податке које она од њих захтева (обавезна регистрација). Постојећи начини прикупљања информација су путем писама, електронске поште и телефонска комуникација. Ови подаци се прикупљају у један централни интерни оквир за управљање информацијама. Тај оквир података је основа од пресудне важности за све задатке Коморе који се односе на чланство. Рецимо спровођење дисциплинских мера или плаћање чланарине.

Комора користи софтвер за стандардно пословно планирање ресурса (ERP – Softver). Овај софтвер је развијен у Данској („Navision“). Пре осам година ову компанију је преузео Microsoft, па се сада овај софтвер назива „Microsoft Dynamics Nav“. Тај софтвер дистрибуирају мајкрософт партнери за продају и маркетинг, који га прилагођавају интерним процесима конкретних компанија.

Циљеви имплементације електронских процеса су да замене класични процес комуникације а да се на тај начин смањи обим рада администрације као и трошкови администрације што пружа комфор и додатне погодности за чланство. Такође остварује флексибилност у погледу времена за све учеснике у процесима комуникације или администрације и брзо обезбеђивање информација у обимима који су неопходни.

Предности и ошћиса

Најважнији елементи сервисног портала су једно-смерни: кроз систем јавног управљања садржајем и понуде за чланове, пацијенте и друга лица који су без заштите доступан свима, као и двосмеран кроз персонализоване информације и трансакције које су искључиво намењене члановима и са заштитом.

Успешност сервисног портала ће зависити, сматра Рериг, од атрактивних информација и трансакција. На пример: прегледа и измена снимљених личних података, прегледа система Коморе за управљање документима (важни документи, архива прегледа) или ини-



Зграда Лекарске коморе Савезне државе Берлин

цирања административних процедура (пријаве) као и распитивање о тренутном статусу неке пријаве и добијању одлука Коморе о томе да се напусти нека административна процедура.

Да би се то остварило неопходни су флексибилни елементи софтвера, сервер за апликације из отворених извора (*open source* апликације) и набављање изворног кода. Неопходне заштита обавља се кроз корисничко име и шифру корисника као и потпис – картице. Предности потписа картица је да корисник може да овери (потврди) своје присуство, да кодира информације док се потписи који су обавезујући према закону такође мо-

>>> Неопходна заштита обавља се кроз корисничко име и шифру корисника као и потпис – картице <<<

гу стављати помоћу ових картица. Због ове три најважније функције потписа и картица они се могу примењивати где год постоји потреба за разменом осетљивих информација.

Коришћење картица са електронским потписом уведено је немачким законом и политиком. Нова немачка лична карта ће, на пример, укључивати и могућност да се примене функције електронског потписа. Коморе здравствених радника су обавезне према закону да издају такозване „здравствене професионалне картице“ својим члановима зато што постоји јавни интерес за ефикасан и безбедан начин саопштавања података између лекара и пацијента.

Ми се надамо – каже Рериг да ће коришћење картица са електронским потписом увести професионализам у процес саопштавања података између лекара и пацијента као и да ће коришћење ових картица у значајној мери унапредити комуникацију између Коморе и њених чланова. //

КОМУНИКАЦИЈА СА ЧЛАНОВИМА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ БЕРЛИНА

ОД ЧАСОПИСА ДО САЈТА

// КОМОРА РЕДОВНО ОРГАНИЗУЈЕ ДОГАЂАЈЕ У ЦИЉУ ШИРЕЊА ИНФОРМАЦИЈА О РЕЛЕВАНТНИМ ПИТАЊИМА КАО ШТО СУ ПАНЕЛ ДИСКУСИЈЕ, РАДИОНИЦЕ ...

// ПОЗИВНИЦЕ ЗА ОВАКВЕ ДОГАЂАЈЕ ШАЉУ СЕ ПУТЕМ ЧАСОПИСА КОМОРЕ, ИНТЕРНЕТ САЈТА КОМОРЕ, ЕЛЕКТРОНСКОМ ПОШТОМ ИЛИ ПУТЕМ ПИСАМА //

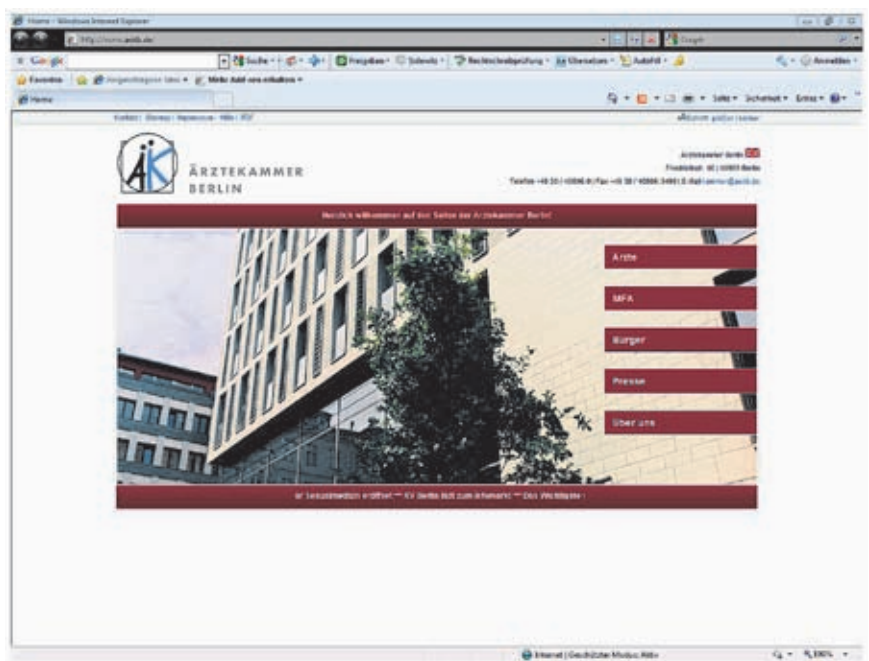
Канали комуникације које користи Лекарска комора Савезне државе Берлин су: часопис који излази за чланове Коморе (BERLINER ÄRZTE) затим интернет сајт Коморе као и посебни састанци за информисање чланова рецимо тренутно стање у општој медицини, нови начини рада у службама хитне помоћи ... – објаснио је Саша Рудат, шеф Канцеларије за односе са јавношћу Лекарске коморе Савезне државе Берлин

Часопис је намењен члановима Коморе и излази једном месечно. Има 44 до 52 странице и штама се у нешто мањем тиражу од Гласника Лекарске коморе Србије: од 27,000 примерака. Шаље се поштом сваком члану Коморе – појашњава Рудат.

Карактеристике часописа су да има главну тему на 8 до 12 страница, као и детаљно дизајниране корице док је што се садржине тиче „широких перспектива“ и има критичко, образовно и конструктивно полазно становиште. Теме које се обрађују у часопису најновије информације из саме Коморе: вести у вези са медицинском регулативом, континуираним медицинским образовањем и обуком, администрацијом и квалитетним образовањем за чланове Коморе као и другим областима.

Присутне су вести о политици у вези медицинске професије и здравствене заштите на регионалном, националном и међународном нивоу. Такође ту су и – објашњава Рудат извештаји о различитим догађајима као и белешке о континуираној медицинској едукацији – курсевима које организује Комора.

Циљ извештавања је да теме буду релевантне и информативне за што је могуће више чланова Коморе. Стога, часопис уопштено говори не извештава о: новим медицинским процедурама, медицинским апаратима и фармацеутским производима. Изузетак је рубрика



САЈТ КОМОРЕ ЛК БЕРЛИНА

ИНТЕРНЕТ

Интернет сајт Коморе је www.aerztekammer-berlin.de који између осталог нуди : свеобухватне информације о свим областима рада Коморе, за лекаре, медицинске сестре и техничаре, грађане и новинаре. Приступ делу сајта који је резервисан само за чланове Коморе (за сада је могуће имати искључиво налог за сврхе континуиране медицинске едукације). Приступ календару догађаја за континуирану медицинску едукацију и информацијама о КМЕ курсевима Лекарске коморе Савезне државе Берлин.

Интернет сајт Коморе доноси и следеће садржаје: Извештаје о догађајима као што су панел дискусије, конференције, и сл. Говоре председника о релевантним питањима као што су безбедност пацијената као и линкове за релевантне организације као што је Коалиција за безбедност пацијената.

„Преписати безбедније“. Часопис „BERLINER ÄRZTE“ нема намеру да замени научне медицинске часописе!

Комора редовно организује догађаје у циљу ширења информација о

релевантним питањима као што су панел дискусије, радионице, ... Позивнице за овакве догађаје се шаљу путем часописа Коморе, интернет сајта Коморе, електронском поштом или путем писама. //

БЕОГРАД, 2–4. СЕПТЕМБАР – ПРВА СТРАТЕШКА КОНФЕРЕНЦИЈА СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ

ЗАЈЕДНО – СПРЕМНИ ЗА БУДУЋНОСТ

// ГЛАВНИ ЦИЉ КОНФЕРЕНЦИЈЕ ЈЕ УМРЕЖАВАЊЕ НАШИХ ИНТЕЛЕКТУАЛНИХ ВРЕДНОСТИ У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВА СА СРПСКОМ АКАДЕМСКОМ ЗАЈЕДНИЦОМ У ДИЈАСПОРИ, ШТО СЕ ЈЕДИНО МОЖЕ ПОСТИЋИ СТРАТЕШКИМ УНАПРЕЂЕЊЕМ САРАДЊЕ ИЗМЕЂУ НАШИХ ЛЕКАРА ИЗ ДИЈАСПОРЕ С ИНСТИТУЦИЈАМА И ПОЈЕДИНЦИМА КОЈИ ПРЕДСТАВЉАЈУ СТУБОВЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ //

Лекарска комора Србије и Министарство за дијаспору Републике Србије организују, у сарадњи са Матицом иселеника Србије и Удружењима српских лекара у Немачкој и САД, прву стратешку конференцију српске медицинске дијаспоре под називом „Заједно – спремни за будућност“ која ће се одржати у Београду од 2. до 4. септембра 2010. године. („Сербан Диаспора Medical Conference 2010“, Хотел „Holiday Inn“, Belgrade, „Together – Fit for the Future“). Патрони Конференције су Њ. К. В. принц Александар Карађорђевић и принцеза Катарина Карађорђевић.

Главни циљ конференције је умрежавање наших интелектуалних вредности у области здравства са српском академском заједницом у дијаспори, што се једино може постићи стратешким унапређењем сарадње између наших лекара из дијаспоре са институцијама и појединцима који представљају стубове здравствене заштите у Србији. Лекарској комори Србије, као једној од најмлађих по датуму оснивања у Европи, велико је задовољство и част, али и једна од најзначајнијих улога у здравственом систему наше земље, да одржи високи квалитет здравствене заштите, како на медицинском, тако и на етичком нивоу.

Управо српска медицинска дијаспора може да нам, својим искуством и позицијама у здравству земаља домаћина, помогне на том путу успостављањем мостова сталне сарадње кроз усавршавања и стипендије за младе лекаре, гостујућа предавања по позиву и билатерална признавања избора у звања асистената и професора на нашим и страним универзитетима.



До краја не искоришћен потенцијал српске медицинске дијаспоре: Торонто

Лекарска комора Србије и Министарство за дијаспору Републике Србије желе да на конференцији покрену иницијативу стварања предуслова на нивоу државе за активнију координацију између српске медицинске дијаспоре и Матице. Институционализацијом односа са медицинском дијаспором наша сарадња би се подигла на један виши стратегијски и оперативни ниво, што би на крају резултирало значајним интеграционим и реинтеграционим процесима.

Прва стратешка конференција српске медицинске дијаспоре треба да успостави конкретне предуслове за заједничке, научне и стручне, програме и пројекте српске медицинске дијаспоре и Матице, што уједно представља и први покушај уједињавања целокупног српског лекарства и српске медицинске науке од краја другог светског рата до данас.

Лекарска комора Србије на овај начин жели да први пут историји српске медицине направи „Национални регистар целокупног лекарства српског народа“, што представља велики стручни изазов за нашу академску јавност у целини.

Сви учесници прве стратешке конференције српске медицинске дијаспоре свечано ће бити поздрављени од стране патрона конференције Њ. К. В. принца Александра и принцезе Катарине на Белом Двору, 2. септембра 2010. године, у 19 часова, док ће се званично отварање Конференције одржати у хотелу „Holiday Inn“ у Београду, 3. септембра 2010. године у 9 часова, уз присуство највиших политичких представника Републике Србије, Председништва, Владе и Парламента, ректора универзитета у Србији, представника Српске академије наука и уметности, градоначелника градова дома-



Жарко С. Павић



Израда првог Националног регистра целокупног лекарства српског народа: Минхен



Од више стотина хиљада Срба у Чикагу немали број је и медицинских стружњака

► Конференција српске медицинске дијаспоре 2010. добила је званичну подршку од Светске здравствене организације и њеног Одељења при Европској Унији у Бриселу. Проф. др Josep Figueras, директор „Observatory Group“ Одељења у Европској канцеларији Светске здравствене организације у Копенхагену, истакао је значај оваквих скупова у даљем уједињавању европског здравства. У име СЗО и ЕУ на Конференцији ће бити присутан др сци. Matthias Wiesmar, експерт-аналитичар за здравствене системе у транзицији, који ће одржати и уводно предавање на Конференцији са темом: „Health Care Systems in Transition - Comparative Experience“.

ћина конференције и других званица. Конференција у свом пленарном делу ће се бавити основним питањима везаним за развој здравственог система Србије, местом и улогом Лекарске коморе Србије у здравственом систему Србије, као и модалитетима успостављања сталне и контролисане едукације наших лекара на примарном, секундарном и терцијарном нивоу.

У оквиру округлих столова разматраће се теме одрживости финансирања здравствених система у транзицији (округли сто 1), ефикаснијег и транспарентнијег учешћа приватне праксе у здравственој заштити Србије (округли сто 2) и континуираном медицинском едукацијом у здравственом систему Србије (округли сто 3). За сваки округли сто биће изнесена искуства наших лекара из дијаспоре, као и њихових гостију који су присутни на конференцији као експерти по позиву. У поподневним сесијама ће се у три сале, након уводних, приступних предавања лекара из дијаспоре, одржати радионице које требају да дају одговоре на постављене циљеве конференције.

Последњег дана предвиђене су радне посете учесника конференције одабраним институцијама здравствене заштите секундарног и терцијарног нивоа, како државним тако и приватним, а у циљу упознавања лекара из дијаспоре са тренутним стањем у здравственом систему Србије. Свечани завршетак конференције, након представљања стратешких Закључака претходног дана, предвиђен је у Сремским Карловцима, а домаћини су Друштво лекара Војводине и градоначелник Сремских Карловаца.

Дакле, главни циљеви прве стратешке конференције српске медицинске дијаспоре су:

1. УНАПРЕЂЕЊЕ САРАДЊЕ између наших лекара и експерата на пољу медицинских наука из дијаспоре са институцијама и појединцима који представљају стубове здравствене заштите у Србији,
2. УМРЕЖАВАЊЕ српских интелектуалних вредности у области здравства у Републици Србији са српском академском заједницом у дијаспори,
3. ИЗРАДА „ПРВОГ НАЦИОНАЛНОГ РЕГИСТРА ЦЕЛОКУПНОГ ЛЕКАРСТВА СРПског НАРОДА“,
4. ИЗРАДА БРОШУРЕ ПОД НАЗИВОМ „ЗАКЉУЧЦИ ПРВЕ СТРАТЕШКЕ КОНФЕРЕНЦИЈЕ СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ 2010“, а која ће се направити на основу мишљења и препорука наших експерата из Србије и дијаспоре на задате теме и питања у оквиру округлих столова и радионица.

Проф. др Жарко С. Павић

ИСКУСТВА ДРУГИХ – КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА БЕРЛИНСКЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ

БЕЗ БОДОВА ХОНОРАР ТАЊИ И ДО 25 ОДСТО

// СПЕЦИЈАЛИСТИ МОРАЈУ ДА САКУПЕ 250 КРЕДИТНИХ ПОЕНА ЗА ПЕТ ГОДИНА
// ЈЕДАН ПОЕН ЕКВИВАЛЕНТАН ЈЕ ЈЕДНОЈ ЈЕДИНИЦИ, КОЈА ОДГОВАРА ЕДУКАЦИЈИ ОД 45 МИНУТА // УКОЛИКО ДОКАЗИ НИСУ КОМПЛЕТНИ ИЛИ НЕДОСТАЈУ СЛЕДУЈЕ СМАЊЕЊЕ ХОНОРАРА ОД 10 ДО 25 ПРОЦЕНАТА //

Професионални кодекс медицинских радника у облику у коме је усвојен на Скупштини немачких медицинских радника доноси опис следећих захтева па и за чланове Берлинског удружења здравствених радника: лекар који обавља лекарску праксу обавезан је да шири своје медицинско знање и да се обавештава о тренутно важећим одредбама које утичу на његово практиковање медицинске професије.

Стога је Удружење медицинских радника посвећено дужности чланова медицинске професије да се континуирано медицински едукују. Специјалисти имају обавезу да континуирано учествују у сертификованим програмима КМЕ Удружења медицинских радника на локалном или на националном нивоу, да би били у стању да обављају медицинску праксу у складу са најновијим достигнућима.

Лекар мора да обезбеди одговарајуће доказа надлежном медицинском удружењу да је користио поменуте шансе за КМЕ. Да би се лекарима специјалистима обезбедила могућност да јавно документује своје учешће у структурираној КМЕ, Удружења медицинских радника су применила **KME sertifikat**.

Сви специјалисти морају да сакупе 250 КМЕ кредитних поена током периода од 5 година. Овај број поена

има за резултат КМЕ сертификат. Један КМЕ поен еквивалентан је једној КМЕ јединици, која одговара едукацији од 45 минута. КМЕ сертификат важи током периода од 5 година, а после овог периода он аутоматски престаје да важи.

Закон који је применљив на све процедуре које се помињу у овим смерницама је „Allgemeine Verfahrensbildung“, то јест (државни) закон који регулише административне процедуре.

ОБАВЕЗНА КМЕ ЗА ДОКТОРЕ МЕДИЦИНЕ У НЕМАЧКОЈ



КМЕ - КРЕДИТИ (250 П / 5 Г)

Категорија		
А	Пленарно заседање са дискусијом	8 поена по дану
Б	Конгрес	6 поена по дану
Ц	Радионице, семинари, групе које раде по Балинт методу, конференције о случајевима, семинари у малим радним групама	1 поен по часу КМЕ
Д	Интерактивна КМЕ/ЦПД: медицински часописи, ЦД-РОМ, Интернет	1 поен по јединици КМЕ плус 1: 70% о. к./10 потраживања
Е	Индивидуално читање часописа и других информација у писаном облику 50 поена током 5 година	
Ф	Аутор, предавач, говорник	без икакве верификације
Г	Хоспитацион, специјализована обука	1 поен по часу КМЕ
Х	ПМТ – курсеви	1 поен по јединици КМЕ

* 1 поен = 1 КМЕ-јединица / одговара времену до 45 мин. или „еквиваленту“

Консеквенце, уколико докази о КМЕ нису комплетни или недостају су следеће:

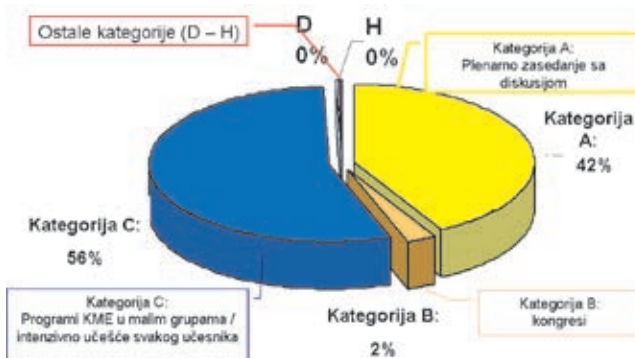
1. квартал дате године после 5 год: 10 одсто смањење хонорара

5. квартал дате године после 5 год: 25 одсто смањење хонорара

Мера умањења хонорара за дати проценат престаје да се примењује на крају године у којој се званично покаже да доказ о похађању комплетне КМЕ. Консеквенца, уколико доказ о КМЕ није комплетан или недостаје више од две године после датог периода од 5 година је укидање акредитације односно уговора.

Нема никаквих консеквенци, уколико је доказ о КМЕ некомплетан или га уопште нема: али учешће у структурисаној КМЕ се објављује у Извештајима о квалитету рада болнице на интернету.

РЕЛАТИВНА УЧЕСТАЛОСТ ЦЕРТИФИКОВАНИХ ПРОГРАМА ЗА КМЕ У БЕРЛИНУ

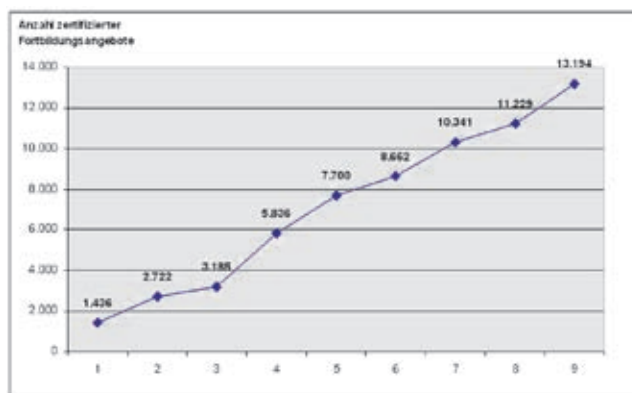


Промотерима је остављена могућност да се пријаве за сертификацију за један или за више догађаја тако што ће у својим пријавама навести медицинску област(и) и врсту КМЕ за коју се сертификација тражи. Апликације за сертификацију морају да буду упућене директно берлинском Удружењу медицинских радника.

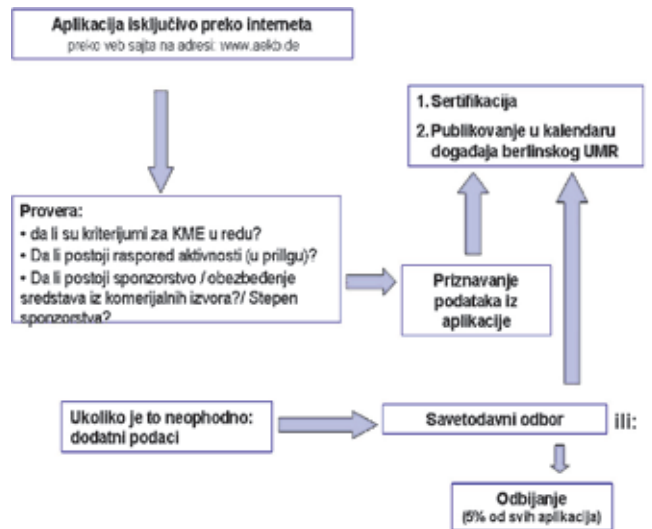
Одлуку о сертификацији и о броју кредита - поена који ће бити подељени доноси берлинско Удружење медицинских радника. Ово удружење медицинских радника је овлашћено да прикупља доприносе за покривање трошкова сертификације. Управни одбор Удружења медицинских радника одређује износ овог доприноса.

ПОВЕЋАЊЕ БРОЈА ЦЕРТИФИКОВАНИХ ПРОГРАМА ЗА КМЕ ТОКОМ ПЕРИОДА 2001-2006.

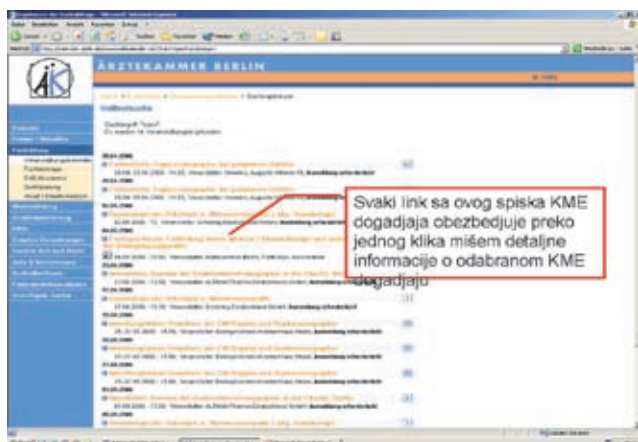
КМЕ догађаји / година



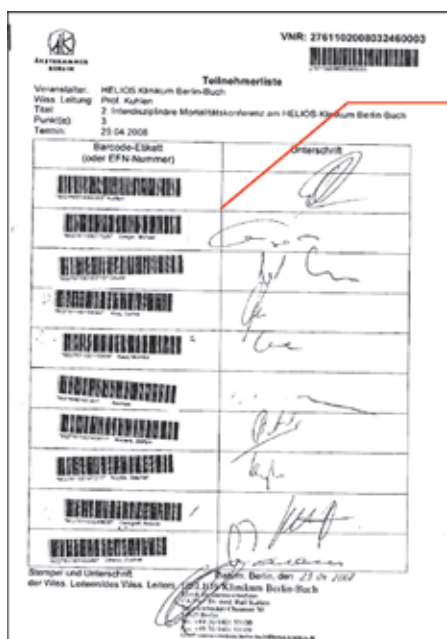
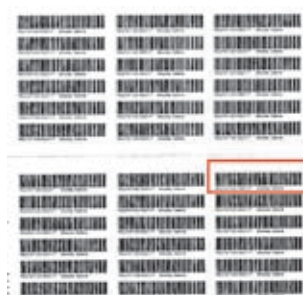
ПРОЦЕС СЕРТИФИКАЦИЈЕ ЗА КМЕ ОД СТРАНЕ УДРУЖЕЊА МЕДИЦИНСКИХ РАДНИКА САВЕЗНЕ ДРЖАВЕ БЕРЛИН



51 <

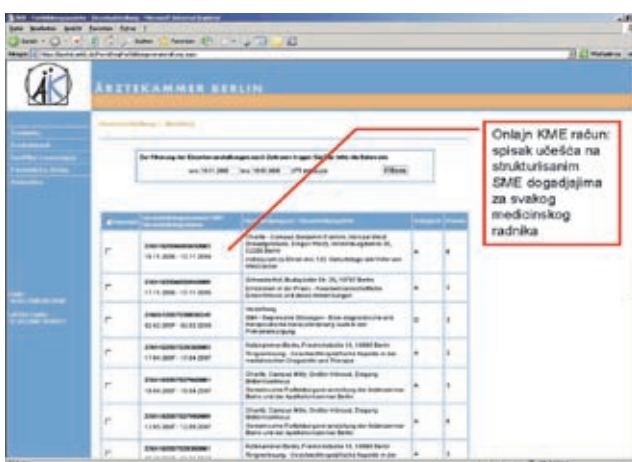
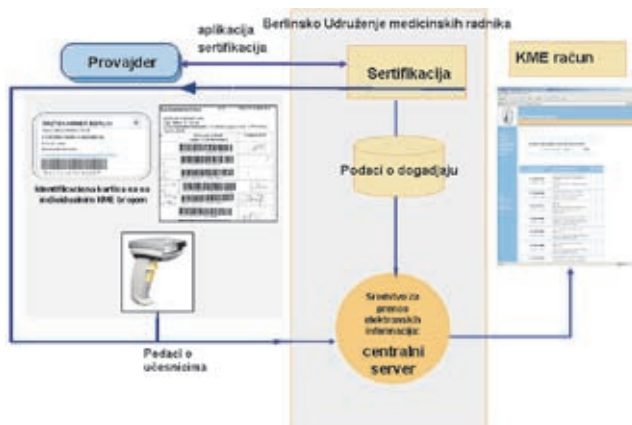


Za svakog lekara
opšte prakse:
Pojedinačni KME –
ID broj
od 15 cifara



Spisak KME
sastanaka:
Svaki doktor
dokumentuje
svoje učešće

ДОДЕЉИВАЊЕ КМЕ КРЕДИТА НА КМЕ РАЧУН ПОЕНА



ПАЛИЈАТИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ - ИСКОРАК КА СМАЊЕЊУ И/ИЛИ УБЛАЖАВАЊУ ТЕГОБА ОНКОЛОШКИХ БОЛЕСНИКА

МАЊЕ ПАТЊЕ ВИШЕ ДОСТОЈАНСТВА

// ПАЛИЈАТИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ НАМЕЊЕНО СВИМА КОЈИ БОЛУЈУ ОД АКТИВНЕ, ПРОГРЕСИВНЕ, УЗНАПРЕДОВАЛЕ И ПО ЖИВОТ ПРЕТЕЋЕ БОЛЕСТИ А НЕ САМО ОБОЛЕЛИМ ОД КАНЦЕРА // РЕЧЕНИЦЕ „НИШТА ВИШЕ НЕ МОЖЕМО УЧИНИТИ“ ИЛИ „ТО ЈЕ СВЕ ШТО СМО МОГЛИ УЧИНИТИ“, КОЈЕ СЕ НЕ РЕТКО ЧУЈУ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА НИЈЕ ИСТИНИТА, ЈЕР УВЕК ПОСТОЈИ НАЧИН ДА СПРЕЧИМО, СМАЊИМО, ОТКЛОНИМО ПАТЊУ И ПОБОЉШАМО КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ДО СМРТИ //

Изузетан напредак на пољу онкологије током последњих пет деценија прослог века и почетком новог миленијум као да су потпуно потиснили спознају да лекар не лечи болест већ болесника. Оријентација медицине ка болести допринела је да иста у многим областима постаје егзактна наука поновљивих, проверљивих и примењљивих резултата али и скрајнуто умеће, вештина, надахнуће, интуиција и испољена емоција (уметност-*ARS Medicus*) према оболелом.

Суочавање са болестима у којима наша наука не делује, кад болест постаје активна, прогресивна, и води ка смртном исходу отвара суштинско питање значење живота и вредност живљења. Од тог тренутка наша наука није од користи, болест је победила и ми се суочавамо са патњом оног који све време носи болест а коме смо у настојању да само болест победимо недовољно исказивали саосећање и давали подршку.

Суочевање са тешком и по живот претећом болести не наноси патњу само оболелом већ и његовој породици. Патња је свеобухватна по садржају (физикална, психомотивна, психосоцијална, духовна) и по броју актера који је доживљавају (оболели, чланови породице, пријатељи).

Шта је палијативно збрињавање?

Палијативно збрињавање – Palliative care – је збрињавање оболелих од активне, прогресивне, узнапредовале и по живот претеће болести с основним циљем справљања, умањена, отклањања патње и побољшања квалитета живота. Међу постојећим дефиницама палијативног збрињавања, Стратегија о Палијативном збрињавању Републике Србије (2009) наводи дефиницију Светске Здравствене организације (2002) као опште прихваћену:

- Палијативно збрињавање је приступ који побољшава квалитете живота оболелог и његове породице суочене са проблемима придруженим постојањем по живот претеће болести, кроз рану идентификацију, превенцију, пажљиву процену лечење бола и других узрока патње (физикалних – симптоми болести, психосоцијалних и духовни).

Палијативно збрињавање:

- отклања бол и друге симптоме болести
- афирмише живот и прихвата смрт као нормалан процес – болест, губитак и смрт су саставни део живота
- обједињује психолошке и духовне аспекте бриге о оболелом
- не убрзава нити одлаже смрт
- пружа систем подршке оболелом да живи што је могуће активније до краја живота
- даје подршку породици да се избори са свим тегобама током трајања болести члана породице као и подршку у периоду жалости
- захтева тимски приступ у препознавању потреба оболелог и породице, укључивањем и саветовања чланова породице, током болести, умирања и периода жалости
- побољшавањем квалитета живота, такође, може позитивно да утиче и на сам ток болести

У палијативном збрињавању се усмеравамо на квалитет живота а не на квантитет – дужину – живота. Квалитет живота – **мање патње више достојанства** – је циљ палијативног збрињавања ма колико времена преостало до краја живота. Палијативно збрињавање се усмерава ка оболелом а не ка болести. Холистички приступ је основа палијативног збрињавања у разрешењу физикалних и психосоцијалних тегоба оболелог / породице и остварује се формирањем интердисциплинарних и/или мултидисциплинарних тимова у којим осим лекара и медицинске сестре учествује социјални радник, психолог/психијатар, волонтери и свештеник. Палијативно збрињавање промовише филозофију тима и тимског рада. Оболели и породица су увек чланови интердисциплинарног тима и онда када нису непосредно присутни у тима.

Које је палијативно збрињавање намењено и где се сироводи?

Палијативно збрињавање је намењено свима који болују од активне, прогресивне, узнапредовале и по живот претеће болести а не само оболелим од канцера. Нажалост, како број онколошких болесника предста-

53 <

вља велику популацију оболелих, не само код нас већ и у свету, то је њихово учешће у палијативном збрињавању и даље значајно (50–80 одсто) у односу на друге оболеле (немалигне болести – неуролошке, кардиопулмоналне, кардиоваскуларне, АИДС). Усмереност палијативног збрињавања ка онколошким болесницима не значи да се филозофија, научене вештине и знања из палијативног збрињавања на овој скупини оболелих, не могу примењивати у збрињавању других немалигних хроничних болести и стања (дегенеративне болести, дијабетес мелитус, реуматизам, артритис, деменција цереброваскуларни инсулти, трауматизовани...).

Основна разлика између малигне болести и горе наведених немалигних хроничних болести је да оне у основи нису активне, прогресивне и унапредовале. Постоји више заблуда у нашој медицинској (опстој) јав-

>>> Уколико саопштавамо лоше вести на добар начин то се увек запамти, ако то радимо лоше то се никада не заборавља <<<

ности кад је реч о томе коме је намењено палијативно збрињавање када и где га отпочети са применом. **Палијативно збрињавање се спроводи од тренутка када специфично лечење малигне болести нема ефекта.**

Савремени концепт палијативног збрињавања захтева укључивање палијативног збрињавања од тренутка постављања дијагнозе малигне болести. Потпуно је јасно да ће ниво активности палијативног збрињавања бити утолико већи уколико је специфично лечење мање ефикасно а симптоми болести развијенији. Граница између куративне и палијативне медицине данас је у онкологији занемарљива и готово збрисна. Палијативно збрињавање је усмерено и ка оним онколошким болесницима који немају тренутно знаке активне болести али су присутни знаци озбиљних компликација претходног лечења које изазивају патњу оболелом и могу бити узрок смрти. Неретко се подршка овим болесница током и после лечења, у медицинској литератури означава као **супортивна терапија** и како се у основи примењује филозофија и принципи палијативног збрињавања. Типичан пример су касне компликације на урогениталном или дигестивном тракту изазване зрачењем тумора мале карлице или неуропатије као последица примене цитостатика.

Палијативно збрињавање ошћочейи до ошћављању дијагнозе малигних болесци

Палијативно збрињавање отпочиње са постављањем дијагнозе по живот претеће болести уз повећавање активности током терминалне фазе болести и приближавња смрти. Терминална фаза болести (очекивано време живљења 3–6 месеци) иако саставни део палијативног збрињавања, може се посматрати као посебан клинички ентитет у палијативном збрињавању због њеног нераздвојивог дела – **краја живота – умирања**, процеса који који је временски ограничен на неколико дана највише 1–2 недеље.

Реченица „Ништа више не можемо учинити „или „То је све што смо могли учинити „ – која се не ретко чује у нашим здравственим установама, по обустваљању специфичног куративног лечења, није истинита, јер увек постоји начин (нешто) да спречимо, смањимо, отклонимо патњу и побољшамо квалитета живота до смрти.

Отуда је и главна порука палијативног збрињавања: ма каква болест била, ма како унапредовала,

ма какво год је претходно лечење спроведено, увек постоји нешто што можемо учинити у побољшању квалитета преосталог живота. Право на отклањање бола (патње) је основно људско право!

Палијативно збрињавање је намењено само старијим од 65 година живота: тачно је да је многим старијим особама потребно палијативно збрињавање и то не због тога што су стари већ због болести од којих болују и пате. Отуда се многи принципи палијативног збрињавања могу примењивати у бризи о старима, тим пре што становништво Србије постаје све старије а самим тим и потреба примене филозофије и принципа палијативног збрињавања у бризи о старима постаје све извеснија и неопходнија.

Палијативно збрињавање не познаје границе у годинама живота, полу, образовању, социјалном статусу, религијској или расној припадности оболелог /породице којима је потребно.

Палијативно збрињавање се спроводи само у хосписима тзв. збрињавање у хосписима (hospice care) и недостатак хосписа онемогућава развијање и примену палијативног збрињавања. Палијативно збрињавање није исто што и збрињавање у хоспису али је збрињавање у хоспису увек палијативно збрињавање. Палијативно збрињавање се може применити у било којој фази болести, почев од постављања дијагнозе, истовремено са куративним – специфичним лечењем, у терминалној фази болести, на крају живота и као подршка породици у периоду жалости.

За разлику од реченог, збрињавање у хосписима је усмерено ка оболелим у терминалној фази болести, онима код којих куративни приступи лечења остају без ефекта и код којих је очекивана дужина живота због напредовања болести између 3 и 6 месеци. Хосписи су добро дошли у палијативном збрињавању али нису неопходни за успешно и квалитетно организовање, спровођење и развијање палијативног збрињавања на територији једне државе, региона или локалне самоуправе.

Тимови за палијативно збрињавање могу примењивати и спроводити палијативно збрињавање у институцијама, болницама, хосписима, домовима за старе, у кући оболелог, сестринским кућама, односно на свим оним местима где постоје оболели /породица којим је потребна помоћ ових тимова. Палијативно збрињавање захтева свобухватну и континуирану бригу о оболелом /породици и подразумева разгранату мрежу служби које тај континуитет обезбеђују. Осим тога, палијативно збрињавање би требало да буде доступно и бесплатно свим оболелим којима је потребно без обзира на тип болести, географску локацију или социоекономски статус.

Управо разграната мрежа Домова Здравља (168) као и искуство у организацији и раду тимова за кућно лечење један је од разлога, уз већ горе наведене, за стратешку одлуку да се палијативно збрињавање у Србији пре свега, организује и развија на нивоу примарне здравствене заштите оснаживањем, у знању и вештинама из палијативне медицине, тимова за кућно лечење односно изабраног лекара и патронажне сестре надлежног Дома Здравља као примарне здравствене установе. Добра и разграната мрежа центара за социјални рад на локалном нивоу такође је добра основа стратешког избора у развијању палијативног збрињавања у кућним условима.

Поред палијативног збрињавања у кући оболелог, Стратегија за палијативно збрињавање предвиђа (Акциони план 2009–2015) да се на секундарном нивоу формирају палијативне јединице у које би се смештали оболели ради спровођења одређених палијативних

приступа и/или као помоћ породици у периоду не дужем од две недеље. (за више податка www.ministarstvo.zdravlja.gov.rs/strategije)

Реалност или немогућа мисија

Палијативно збрињавање у кући: реалност или немогућа мисија? (Ј. М. Гомас –Palliative medicin, 1993). Нема јединственог, савршеног и лако преносивог модела организовања палијативног збрињавања, свака држава прави своју организациону структуру палијативног збрињавања сходно својим потребама, постојећим ресурсима и организационој структури здравственог система. Процењујући наше потребе, расположиве ресурсе здравственог система и утицај на друштво у целини, темељ будућег развоја палијативног збрињавања у нашој земљи је у примарној здравственој заштити односно палијативно збрињавање у кућним условима. Као сваки модел и овај има своје **предности, парадоксе и ограничења**.

Спровођењем палијативног збрињавања у кући оснажујемо и проширујемо капацитет хуманости и солидарност друштва према онима који пате. Оболели је окружен члановима породице који активно учествују у збрињавању и исказивању бриге. Редовне посете тима оболелом отклањају осећај напуштености, беспомоћности, безнадежности и небриге друштва. Чланови тима уочавају потребе породице (економске, емотивне, организационе) током болести и после смрти, предвиђају, превенирају и отклањају кризне тренутке, који су неминовни доприносиће умањењу осећаја одбачености и небриге друштва.

Организовање и развијање палијативног збрињавања у кући исказује непосредан ефекат на здравствени систем:

- повећава поверење у систем
- смањује трошкове лечења и збрињавања
- смањењем „притиска“ на локалне и регионалне здравствене установе утичући на њихов рад
- цео систем постаје препознатљив по хуманости и солидарности

Иако се чини, у односу на тренутно стање, да је палијативно збрињавање у нашој земљи немогућа мисија, палијативно збрињавање у кући је ипак реалност и бајрометар свих наших осталих лечења који нам пружа јединствену прилику да то учинимо на прави начин.

Квалификационо збрињавање

Основна структура палијативног збрињавања се може сажети у три чиниоца:

Едукацији – свих актера

- здравствених радника - сва три нивоа здравственог система,
- здравствених сарадника (социјални радника, психолог, фармацеут),
- законодавца, (економисти, правници, адвокати)
- локалне самоуправе, медија и друштва у целини (политичари, волонтери, становништво)
- увођење програма палијативног збрињавања у средње и високо образовање (институција које се баве образовањем кадрова неопходних за палијативно збрињавање)

Законској регулативи

- у области здравствене и социјалне заштите која омогућује доступност палијативном збрињавању свима под једнаким условима

- која подржава јасну организациону структуру палијативног збрињавања на нивоу целе државе
- која обезбеђује уравнотежен приступ употреби и доступности (у медицини) у односу на злоупотребу опиоидних аналетика

Моделу финансирања

- који обезбеђује одржив систем финансирања (Стратегијом) усвојеног модела палијативног збрињавања
- који обезбеђује доступност есенцијалним лековима, опиоидним аналетикима (36 лекова је на листи неопходних за квалитетно палијативно збрињавање) и медицинским средствима (помагалима).

Сликовито речено, палијативно збрињавање се састоји од **главе** – знања, вештине, искуства и стручне компетенције, **руку** – законске регулативе, организације и финансијске подршке и **срца** – разумевања за потребе другог, бриге о другима: саосећајно, солидарно и хумано. Ови појединачни делови тела усклађени у јединствену активност обезбеђују успешан **холистички приступ** у палијативном збрињавању.

Палијативно збрињавање и етички принципи

Болест, умирање и смрт отварају суштинска питања вредности људског живота и живљења уопште. Како живимо у свету великих технолошких искорача у којима процес умирања, али не и неминовност смртог исхода, може бити продужен, здравствени радници се често нађу у тешкој, готово немогућој ситуацији да буду сигурни у исправност својих одлука, односно да ли то што чине или предлажу је и најбоље решење (избор). Да ли предложена решења продужавају живот/ одлажу смрт (која је „цена“ тог одлагања?) или само патњу оболелог и породице? Како бити сигуран да је избор исправан, како умањити осећај властите неуспешности и осећај љутње и/или кривице породице да „није све учинила“/„да нисмо све учинили“/ да се смрт одложи/„избегне“?

Најбоље што можемо учинити је да у доношењу одлука поштујемо малу групу етичких принципа, који нису закон али су наша морална обавеза да их свакодневно примењујемо. **У палијативном збрињавању ни једна одлука се не може и не сме доносити без:**

- поштовања аутономије оболелог (поштовање система вредности оболелог, дај информацију и укључи оболелог у доношење одлуке – створи партнерски однос и подели одговорност)
- принципа добробити – чини увек у добробит оболелог – чини добро другоме
- принцип не наношења штете - не чини другом оно што сам не желиш да ти се чини
- принцип правде (праведности) – прихватај захтев оболелог/породице правично (без дискриминације) и уравнотежи потребе појединца са потребама друштва.

Свакодневна клиничка пракса нам указује на честу конфликтност између наведених принципа те је важно:

- проценити и дати приоритет оном принципу који је најважнији
- оном који је од интереса за оболелог
- оном који ће допринети добробит оболелом не само у физичком и психичком већ и егзистенцијалном осећању доброга
- оном који неће нарушити принцип праведности

55 <

Да ли умирем? Да ли то значи да ћу умрети? Колико ми је још времена остало? Молим вас да њему/њој не кажете да има рак, ми га/њу боље познајемо од вас, то он/она неће преживети? Да ли то значи да ми се болест поново појавила на другом месту и да ми више нема спаса? Докторе, какве су ми шансе? Не могу да верујем/емо да баш ништа више не можете учинити да са та болест заустави! Зашто прекидате лечење можда ће цитостатик /зрачење ипак да делује ако наставите? Зашто да не дате инфузију, кад не једе и не пије већ неколико дана, а сваким даном је све слабији? Зашто не дате крви/плазму то би га/њу сигурно ојачало? Учините нешто видите да умире, зашто га не покушате оживити?

Оваква или слична питања са којим са свакодневно сусрећемо од постављања дијагнозе, током лечења до приближавања крају живота, отварају питања:

- о прогнози болести
- о дијагнози и скривању истине од оболелог
- одржавању и прекиду лечења
- вештачкој исхрани /хидрацији
- потребе за реанимацијом.

Буги Ћу

1. Колико ћу још да живим или да ли то значи да ћу умрети, да ли умирем?

Пре отпочињања разговора о прогнози веома је важно знати све детаље о току болести нарочито о оном што се дешава последњих неколико месеци, недеља или дана, одговарајући само на она питања које оболели и породица желе да сазнају. Важно је саопштити оболелом и породици да ми не избегавамо разговор о дужини нечијег живота али да је то веома тешко одредити (користити: дани/недеље, недеље/месеци). Уопште је познато да су лекари лоши „прогнозери“ и стога је боље наглашавати непрецизност него се упустити у прецизне временске периоде који могу имати и веома непријатне последице. Здравствени радници морају бити припремљени и спремни да разговарају о процесу умирања уз истовремено пружање уверавања оболелом и породици да неће бити напуштени током тог процеса управо захваљујући континуираном збрињавању и свакодневном обиласку умирућег. Иако нам се чини да у процесу умирања наше присуство није неопходно, оно је значајно јер нашим присуством, знањем и вештинама можемо умањити патњу умирућег и пружити значајну психоемотивну подршку породици. Отуда у нашем слогану значајно место заузима БУДИ ТУ, буди присутан, дај подршку, умањи патњу.

2. Немојте му рећи да болује од рака, ми /ја боље њу/њега познајем од Вас,

Отвара питање саопштавања дијагнозе болести и укључује три етичка принципа (поштовање аутономности оболелог, принцип добробити и принцип ненаношења штете) о којима треба мислити као и месту и начину саопштавања дијагнозе. Прихватајући забринутост породице неминовно је истаћи да скривање истине нема оправдања и да ће доћи тренутак постављања директних питања о самој болести, лечењу, патњи и смрти, те је боље о дијагнози болести разговарати непосредно по њеном постављању него касније тим пре што већина оболелих жели да зна од чега болује. Суштина саопштавања дијагнозе није у томе да ли рећи или не већ како рећи.



3. Не могу да верујем/емо да баш ништа више не можете учинити да са та болест заустави!

Одлука о наставку или прекидању лечења је увек резултат пажљивог баланса између два етичка принципа: принципа добробити – користи и принципа ненаношења штете, тј избор онога што је у најбољем интересу оболелог. Доношење одлуке је тада сложен процес који осим пажљиве процене стања оболелог (болести), укључује наше знање, искуство, интуицију и очекивања оболелог /породице. Одлука о наставку лечења и поред спознаје да неће донети корист оболелом већ само да би се изашло у сусрет нереалним очекивањима оболелог/породице „Мора нешто да се учини“ никад није етички оправдана.

4. Јашто не дате инфузију; крв, плазму ...?

Веома често питање које чланови породице, ређе оболели, постављају лекарима. Проблем вештачке хидрације /исхране је нарочито наглашен код тимова за палијативно збрињавање у кући. Одлука о укључивању вештачке хидрације или исхране заснива се на принципу добробити и ненаношењу штете. Основно питање које себи постављамо у доношењу одлуке је: да ли вештачком хидрацијом /исхраном побољшавамо опште стање и квалитете живота оболелог или не? (Једноставна питања за болесника; Да ли сте жедни, гладни?). Ако је одговор **ДА** вештачка хидрација/исхрана је оправдана и етички исправна, ако је одговор **НЕ**, не треба је спроводити јер нема етичко упориште.

У клиничкој пракси је тешко, нарочито у кући оболелог, избећи незадовољство породице на такву одлуку,



те се у циљу умањења узнемирености породице, уз одговарајуће образложење зашто се предлаже таква одлука, може направити компромис и дати мања количина течности.

Индикација за трансфузију крви у лечењу анемије не заснива се на ниским вредностима хемоглобина (ми не лечимо лабораторијски резултат већ болесника) тим пре што су узроци анемије у узнапредовалој болести мултифакторијални (малнутриција, исцрпљеност /депресија костне сржи предходном цитостатском терапијом, крварење, анемија хроничне болести и ређе хемолита). Пре корекције анемије трансфузијама важно је открити узрок анемије као и учинак претходних трансфузија ако их је било. Трансфузију дати само по заустављању крварења (уколико се даје док болесник крвави могуће је погоршање крварења о чему такође треба мислити при давању трансфузије) и уколико је претходна трансфузија имала ефекта. Ако је ефекат претходне трансфузије у корекцији симптома анемије изостао нема етичке основе да се иста понавља. Доношење одлуке о примени крви и крвних деривата у палијативном збрињавању уз етичке принципе доброти и ненаношења штете обавезно укључује и принцип праведности.

5. Учините нешто, видите да умире, зашто не покушате да га оживите?

Захтев за реанимацијом код малигних и не-малигних болесника у терминалној фази болести је мање присутан због спознаје породице да члан њихове породице умире и да се целокупне активности палијативног збрињавања усмеравају ка достојанственом умирању.

Порука коју морамо запамтити је: Смрт је природни крај живота а не неуспех медицине.

Ако до захтева за реанимацијом ипак дође здравствени радници нису у обавези да те захтеве испуне ако сматрају да је интервенција узалудна и није у интересу оболелог (принцип ненаношења штете и принцип доброти). Међутим, претња тужбом и судском парницом здравственим радницима, за неиспуњавање захтева породице, проузрокује дилеме и повећава притисак у доношењу исправних одлука и у свакодневној пракси води ка реанимацији оваквих болесника уз нарушавање принципа доброти, ненаношења штете и принципа праведности.

Едукација здравствених радника

Указујући на значај едукације за квалитетно палијативно збрињавање, многе колеге које читају овај текст вероватно ће се запитати шта је то тако важно у палијативном збрињавању, а да то њима није познато и каква се то посебна вештина захтева од лекара и њихових сарадника коју они већ не поседују. Да ли је то тако?

Према препорукама Европског парламента (REC 24), Светске здравствене организације (WHO, 2007) и међународне /европске асоцијације за палијативно збрињавање и збрињавање у хосписма (IAPHC, EAPC) свака едукација здравствених радника мора да садржи:

- вештину комуникације
- доношење одлука
- лечење компликација предходног лечења и/или саме болести

57 <

- лечење бола и других симптома болести
- психосоцијално збрињавање оболелог и породице
- разумевање и прихватање духовних потреба оболелог
- збрињавање умирућег
- збрињавање породице у периоду жалости

Ефикасна контрола симптома је немогућа без ефикасне комуникације (Buckman, 2000)

Цитирана реченица указује да је вештина комуникације фундаментални аспект палијативног збрињавања, цењена од оболелог / породице јер пружа помоћ, даје подршку, осигурава осећај усмерености „у добром правцу“, гради поверење и одржава наду. Иако овако речено, комуникација можда поприма апстрактан квалитет, међутим вештина комуникације има и своје конкретне особине које се могу научити, тим пре што током студија медицине не добијамо одговараће знање у овој области.

Ово није вештина коју ми познајемо, као што је узимање анамнезе - „медицински интервју“, већ виши ниво комуникације који се усмерава ка тешким ситуацијама пред којим се налази оболели и породица у загрљају по живот претеће болести.

Недостатак добре комуникације повећава психолошку и егзистенцијалну патњу оболелог и чланова породице, умањује могућност лекару да уочи узрок узнемирености оболелог, онемогућава лекара да обезбеди контролу бола и других симптома болести, појачава синдром изгарања и повећава несугласице и напетост у раду тима.

Страх од шешких питања

Најчешће замке комуникације у које „упадају“ здравствени радници су:

- блокирање разговора и преусмеравање ка, за болесника, неважним питањима,
- држање предавања оболелом и породици без могућности да поставе питања (преплављивање информацијама са употребом медицинских израза које оболели и породица не разумеју),
- рутински одговори без исказивање сесећања и давања додатних објашњења,
- прећутно избегавање суштинских питања и одговора (по принципу то се подразумева - болесник подразумева да ће му лекар саопштити важну информацију и не пита, док лекар сматра да ће га болесник и уколико нешто жели да зна питати - **Не питај ме, Не кажем ти**)
- преурањено уверавање и/или неприкладно охрабривање.

Главна порука свих наведених препрека у остваривању добре комуникације су знаци исказивања нашег свесног/несвесног:

- дистанцирање од проблема болесника
- страх и непријатност у суочавању са тешким питањима, у овладавању снажним емоцијама (страх од смрти, забринутости, беса, љутње)
- осећај непријатности и несигурности у саопштавању лоших вести

Како је комуникација у основи двосмеран процес у коме учествује лекар /медицинска сестра-техничар / и болесник/породица оправдано је поставити питање **да ли и какве препреке постоје од стране самог болесника које онемогућавају добру комуникацију**. Комуникација ће бити лоша уколико болесник негира болести, не

прихвата стања у коме се налази, ћути, избегава, одбија разговор и исказује љутњу/гнев током разговора.

Добра комуникација у палијативном збрињавању значи:

- планирање времена и простор за разговор (јасно указати на време којим располажемо, искључити телефон – време је посвећено само болеснику, разговор обавити само са болесником или у присуству особе (лица) које одреди болесник (то не морају бити чланови породице, избор је болесников а не наш)
- стрпљење током разговора (омогућити причу),
- посматрање (гледање оболелог у очи, седети а не стајати изнад или поред оболелог, обратити пажњу на социјалне услове оболелог, културне и религијске особине средине у којим живе болесник/породица)
- постављање питања (питања која се односе на разумевање садашњег стања /тегоба, прошлих догађања и шта се очекује од будућности)
- активно слушање (разматрати све скривене поруке и кроз разговор навести болесника да направи приоритет онога шта га највише онеспокојава или узнемирава, открити узроке: негирања болести, емотивне и духовне патње)
- разговор, (водити насамом са болесником осим ако он не захтева другачије, питања и одговори су једноставни и без медицинских израза, са прављењем паузе - давање времена да се информација прихвати и пронађу речи у исказивању оног шта брине оболелог, постављати питања која ће нам указати да болесник разуме о чему се разговара и како разуме властито стање)
- препознавање и одговарање на емоције је добро само ако савладамо вештину комуникације која се скраћено представља као **NURSE: Naming** – именуј емоцију, **Understanding** – разуми емоцију, **Respecting** – поштуј емоцију, **Supporting** – одговори на емоцију и дај подршку, **Exploring** – истражује, реци ми више – скривене поруке и емоције.
- (лекар може прихватити жељу оболелог да буде излечен од рака али то не значи да се слаже да је то могуће, ова дистинкција је веома важна у грађењу и одржавању доброг односа између лекара и болесника, осим тога људи нису вољни или не воле да неко други говори о њиховим емоцијама укључујући и лекара)
- исказивање саосећања – емпатије (вербалним и невербалним говором)
- одговорити на потребе оболелог и породице (укључити друге чланове тима по препознавању узрока узнемирености и забринутости оболелог/породице, користити скалу узнемирености, одредити приоритете).
- договор са болесником да одабере чланове породице (или пријатеља), уобичајено је два члана, са којим ће тим комуницирати о потребама оболелог и/или породице – чланови тима немају обавези и не требају да разговарају са свим члановима породице већ само са оним које делегира болесник

Саопштавање лоших вести

Резултат добре комуникације са оболелим /породицом је увек:

- побољшање разумевања саме болести и реалног сагледавања могућег неповољног исхода
- ефикасна контрола бола и других симптома
- одсуство конфликтних ситуација и избегавање нереалних захтева породице са и од члановима тима
- повећања поверења у предложене начине лечења,
- ефикасно коришћење времена посете оболелом,
- повећање ефикасности рада тима
- осећај професионалне остварености
- избегавање синдрома изгарања

Лоша вест се дефинише као свака саопштена информација која неповољно и неповратно мења нечија очекивања о будућности. Вест је утолико лошија уколико су очекивања била већа и мање реална.

Посебна пажња у вештини комуникације је усмерена на саопштавање лоших вести које су, ма колико били искусни и ма колико пута то саопштили током своје каријере (онколози су у позицији да им сопштавају свакодневно), увек праћене наглашеним осећањем властите нелагодности и узнемирености. Ове емоције ће бити у толико наглашеније уколико клиничар дуже познаје оболелог („дружење“ током болести оболелог), ако је болесник млад и када постоји претеран оптимизам код болесника о успешном лечењу. С друге стране, уколико је саопштавање лоших вести праћено исказивањем саосећања (*NURSE*) оно може бити од пресудног утицаја на смањење анксиозности и депресије код болесника али и смањења непријатних емоција код клиничара. Управо исказано саосећање може бити од већег значаја за болесника него сама информација која се саопштава или охрабривање које обично прати такву вест.

МОДЕЛИ САОПШТАВАЊА ЛОШИХ ВЕСТИ:

1. Не рећи ништа, прећутати – лекар зна шта је најбоље за болесника:

- а) да би се оболели заштитио од лоших вести
- б) јер болесник не жели да сазна лошу вест
- ц) јер се лекар не осећа пријатно од емотивне реакције која прати саопштавање лоших вести

2. Рећи све јер:

- а) болесник има право да све зна
- б) сви болесници желе да све сазнају о својој болести, прогнози, лечењу
- ц) рећи све је неопходно да би оболели донео властиту одлуку
- д) оболели морају да живе са последицама својих одлука

3. Саопштавање лоших вести у VI корака –SPIKES (S-Setup - Припрема, P-perception, I-invitation, K-knowledge-Сопштавање информације, E- empathise - Одговор на информацију болесника и наше прихватање и одговор на постојећу емоцију болесника, S - summarized and strategise - План збрињавања и контрола симптома) – ВАЖНО ЈЕ КАКО РЕЋИ! - прилагођено је сваком болеснику појединачно јер је и потреба људи за количином информација које желе да сазнају индивидуална зато што су начини борбе са болести различити, зато што је свима потребно време да упију и прихвате лошу вест и зато што се овим моделом гради партнерски однос који је у интересу лекара и болесника.

УКОЛИКО САОПШТАВАМО ЛОШЕ ВЕСТИ НА ДОБАР НАЧИН ТО СЕ УВЕК ЗАПАМТИ, АКО ТО РАДИМО ЛОШЕ ТО СЕ НИКАД НЕ ЗАБОРАВЉА.

ДОНОШЕЊЕ ОДЛУКЕ У ПАЛИЈАТИВНОМ ЗБРИЊАВАЊУ

Одлучивање у палијативном збрињавању се базира на етичким принципима и захтева:

- прикупљање што више информација (претходна медицинска документација и тренутно стање болесника)
- усмеравање на главни проблем
- толерисање емотивне узнемирености болесника/породице

- разматрање опција за и против
- разговор са болесником/породицом

Резултат одлуке је:

- избор најбољег решења

Сви наведени кораци у доношењу одлуке се одвијају истовремено и укључују: медицинско знање – могуће антиципирање догађаја и одлука, вештине комуникације, размишљања, интуицију и уметност откривања главног проблема болесника који је понекад више од саме дијагнозе болести.

Незаобилазно питање у процесу одлучивања је КО ДОНОСИ ОДЛУКУ?

Емпиријска сазнања и истраживања показују да болесници желе да учествују у одлучивању са кључним питањем какву улогу болесник жели да има у том процесу. Теоријски постоји пет различитих модела укључивања болесника у процес одлучивања који се једноставно описује као пут од патерналистичког ка аутономном (конзумерском) одлучивању.

Типови одлучивања:

- патерналистички – лекар доноси одлуку у има болесника
- заступничка одлука - лекар заступа одређену опцију и доноси одлуку после разговара са болесником
- договорена одлука (партнерска) – лекар и болесник одлуку доносе заједно
- сагласна одлука – болесник доноси одлуку после разговора са лекаром
- аутонома (конзумерска) болесник самостално доноси одлуку

Истраживања су показала да највећи број оболелих и лекара жели поделу одговорности у одлучивању, односно доношење партнерске (договорене) одлуке која одузима мало времена лекару а болеснику пружа осећај уважености, сигурности и подршке. Не изненађује да управо договорене одлуке умањују потребу болесника за додатним информацијама на Интернету или тзв. другим мишљењем, за разлику од других модела одлучивања које појачавају „глад“ за информацијом у потрази за потврдом исправности одлуке или оном што није болеснику понуђено као опција у одлучивању (шта је прећутано). На жалост, у нашој средини се недовољно инсистира на договореном – партнерском доношењу одлука, свакодневна пракса указује на далеко већу заступљеност других типова одлучивања чији је заједнички именитељ игнорисање потреба других (ми то знамо најбоље) или бежање од преузимања одговорности (речено му је – сам је донео такву одлуку).

Као што је већ речено највећи број болесника жели да одлуку доноси заједно са лекаром, међутим лекар мора бити свестан да поред медицинских и етичких чинилаца које заступа, на заједничку одлуку могу утицати: предрасуде болесника, ранија болна искуства болесника, породични односи, религијска уверења оболелог и породице, мишљење средине, законска ограничења и притисак политичких или других ауторитета средине у којој живе лекар и болесник.

Ако бисмо могли сажети филозофију палијативног збрињавања у неколико речи она би садржавала следеће: **Гледај, питај, слушај, причај (разговарај/одговарај) и буди ту!** - што је и слоган палијативног збрињавања у Републици Србији.

ИСТОРИЈА ГАЛЕНИКЕ ЈЕ И ИСТОРИЈА
ФАРМАЦЕУТСКЕ ИНДУСТРИЈЕ
НА ОВИМ ПРОСТОРИМА



FABRIKA ČVRSTIH FARMACEUTSKIH PREPARATA

НОВА ФАБРИКА – ЗА НОВО ВРЕМЕ

// ГАЛЕНИКА ЈЕ ОСНОВАНА ЈУНА 1945. НА ОСТАЦИМА РАТОМ
ОПУСТОШЕНИХ ХЕМИЈСКО-ФАРМАЦЕУТСКИХ ЛАБОРАТОРИЈА „ОДОЛ“,
„МИШКОВИЋ И КОМПАНИЈА“, „СТАНО-ЛАБОРАТОРИЈА“ И „РЕНЕ ДУНОД“ //

Када је, пре 32 и по године на новој локацији поред Батајничког друма почела да ради, у то време, нова фабрика лекова, била је највећа фабрика у бившој Југославији и једна од најмодернијих фабрика у Европи. Међутим, време је учинило своје. Са новом фабриком, Галеника данас поново хвата корак са временом и најбољима у овој области.

На новом је почетку, али не први пут у својој историји. У 65 година постојања може се сагледати и развој савремене фармацеутске индустрије бивше Југославије, Србије и југоисточне Европе. Иако пут није увек био праволинијски, нити увек присут цвећем, Галеника је доказала да с правом носи име Галена, оснивача научне фармације (II век н. е.), чије је име постало синоним за многе фармацеутске појмове, институције и делатности.

Галеника је основана у јуну 1945. на остацима ратом опустошених хемијско-фармацеутских лабораторија „Одол“, „Мишковић и компанија“ (основана четврт века раније), „Стано-лабораторија“ и „Рене Дунод“. Мада је ова лабораторијска опрема у то време већ увелико била застарела и амортизована, отпочела је производња лекова у облицима таблета, ампула и медицинских масти и паста за зубе.

Радионица у Облаковској

Била је то мала „радионица“ за производњу лекова у једносpratници у Облаковској улици 47/а: невелика, неусловна зграда, а по сведочењу из тог времена, у приземљу су израђиване таблете, медицинске масти и пасте за зубе. На спрату, у јед-



НЕНАД ОГЊЕНОВИЋ, ГЕНЕРАЛНИ ДИРЕКТОР „ГАЛЕНИКЕ“

РАМЕ УЗ РАМЕ СА СВЕТОМ

– Драго ми је што смо у овој, за Галенику значајној години, кренули јаким, са пуно самопоуздања и спремним да се ухватимо у коштац са свим изазовима који нам предстоје. Као визионари и градитељи успели смо да заједничким залагањем дођемо до крајњег циља, а то је завршетак инвестиције вредне 50 милиона евра која ће нашу Компанију учинити још атрактивнијом и вреднијом и са којом ће, не само Галеника, већ и читава нација моћи да се поноси, јер на тај начин стаћемо „ра-

ме уз раме“ са свим највећим светским произвођачима лекова, каже Мр пх. Ненад Огњеновић, генерални директор „Галенике“.

– Спој искуства и младости донео је Галеници успехе на свим пољима, од успешне производње, доброг квалитета, интензивне заступљености и присутности у јавности. Пронашли смо добитну комбинацију за пословање наше Компаније. Ипак свесни смо чињеница да за успех и позицију коју заузимамо нисмо заслужни само ми. Сматрам ово добром при-

ликом да одам признање и упутим захвалност нашим партнерима, сарадницима и пријатељима. Очекујем да нас у наредним годинама буде још више, да будемо још чвршће повезани и да наше заједништво добија још већи значај у великом свету произвођача лекова. Само заједничким радом и жељом можемо доћи до крајњег циља, а то је Галеника као најбоља и најјача фармацеутска компанија у земљи и значајан фактор на иностраном фармацеутском тржишту, закључује наш саговорник.

61 <



Добитник Нобелове награде за медицину, проналазак стрептомицина, Селман Ваксман одао је признање

>>> Искорак од „седам миља“ Галеника је направила 1949. године када је из њеног погона у Творничкој улици у Земуну изашла прва бочица пеницилина, а Југославија постала четврта земља у свету које су имале сопствену производњу пеницилина <<<

ном адаптираном стану организована је производња ампула, раствора и сирупа. Готови производи чувани су у магацинским просторијама, у сутерену зграде. Већ наредне, 1946. из скученог простора у Облаковској, Галеника се сели у зграду бившег предузећа Електро-Босна у Улици 22. октобра број 7 у Земуну. За мање од годину дана Галеника израста у перспективног произвођача лекова.

Искорак од „седам миља“ Галеника је направила 1949. када је 31. јула из њеног погона у Творничкој улици у Земуну изашла прва бочица пеницилина, а Југославија постала четврта земља у свету (после САД, Француске и Енглеске) које су имале сопствену производњу пеницилина. Опрема је била поклон Агенције Уједињених нација за помоћ и обнову. У част Александра Флеминга, проналазача пеницилина, познати вајар Оскар Бербеља, урадио је његову бисту која се и данас налази у кругу Галенике.

Галеника се сврстава у ред познатијих фармацеутских кућа што јој признају и највећи ауторитети тога доба. Један од њих, добитник Нобелове награде за медицину, проналазач стрептомицина Селман А. Ваксман одао је признање Галеници, посетивши је у августу 1959.

Маја 1974. постављен је камен темељац за нову Фабрику лекова. Хроничари тврде да је то било те-

шко време за тако велику инвестицију, а изградњу су отежавала: инфлаторна кретања, недостатак девиза за увоз савремене опреме... У то време била је отежана и продаја лекова због неликвидности здравствених установа.

Само огромним залагањем свих запослених у Галеници крајем новембра 1978. године пуштена је у рад нова фабрика лекова, са којом је учињен одлучни корак у свет. Била је то једна од најсавременијих фабрика лекова у Европи и највећа у бившој Југославији.

Пуштањем у рад нове фабрике, те 1978. Галеника је објединила производњу која се до тада одвијала на шест локација, углавном у ненаменским просторијама. Већ прве године рада нове фабрике производња је повећана два и по пута, а трећина производње је била намењена извозу.

Турбулентне деведесете

Да није било турбулентних деведесетих – распад Југославије, међународне санкције и неуспела приватизација, можда би фабрика и раније била завршена, али не би било ни симболике: од оснивања Галенике (1945) до отварања фабрике на Новој локацији (1978) прошло је 32,5 године. И тачно толико је још требало времена да би Галеника изградила и пустила у рад нову фабрику која одговара свим захтевима савремене фармацеутске индустрије.

Свој потпуни преображај ова фабрика доживљава у 2009. и почетком 2010. године када испуњавањем захтева међународних стандарда добија сертификате ISO 9001, ISO 13485 (СЕ знак), као и НАССР система, затим шири свој асортман за 20 лекова и 5 дијететских средстава, отвара шест но-



„Галеници“ посетивши је у августу 1959. године



Тако је било некад

вих тржишта (Русија, Казахстан, Белорусија, Ирак, Хрватска, Албанија) тако да је укупан број земаља у које Галеника извози порастао на 25 са тенденцијом даљег ширења. Највећа потврда да је Галеника на правом и сигурном путу јесте отварање нове фабрике чврстих фармацеутских препарата.

По планираном капацитету биће једна од највећих у региону. За почетак рада испуњени су сви неопходни светски стандарди. Ова инвестиција, коју је финансирала Галеника, вредна је 50 милиона евра, претежно је извозно оријентисана и омогућиће да квалитетом и количином (две милијарде таблета и 100 милиона капсула годишње) изађе

63 <



У ПРИПРЕМИ ЈЕ ИЗГРАДЊА НОВОГ ОБЈЕКТА ЗА КОНТРОЛУ КВАЛИТЕТА

>>> Нова фабрика чврстих фармацеутских препарата у коју је Галеника инвестирала 50 милиона евра омогућиће уверљивији наступ на светском тржишту <<<

на сва светска тржишта укључујући и европско као равноправан партнер светски познатим мултинационалним компанијама. План је да се поред домаћег и регионалног тржишта обезбеди пласман и на тржишта ЕУ, Африке, Азије.

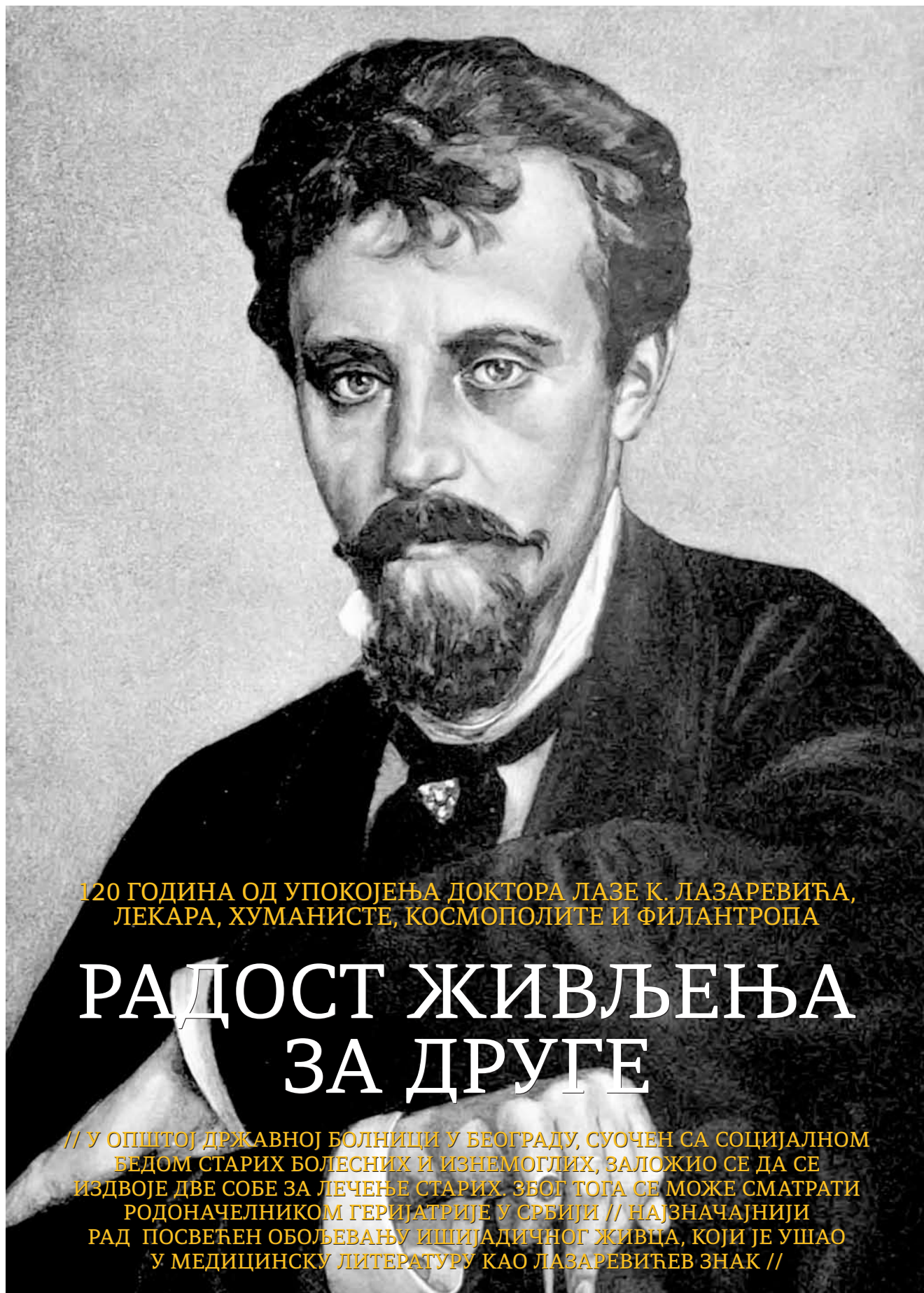
Поред 50 милиона евра, колико је укупно уложено у нову фабрику, потребно је још 76,6 милиона евра за друга текућа и стратешка улагања. Стари део фабрике биће адаптиран и прва фаза је већ завршена, а за другу ће бити потребно око два милиона евра и обухватиће, између осталог, увођење нових технологија у остале фабрике. У припреми је изградња новог објекта за контролу квалитета и Института за истраживање и развој и новог аутоматизованог централног складишта сировина и материјала за паковање, а укупна вредност тих пројеката је 19,5 милиона евра. Стратешку инвестицију представља наставак изградње нове фабрике течних и получврстих препарата, инвестиција чија је вредност процењена на више од 50 милиона евра.

Оснивач Галенике је Влада Републике Србије, која је и њен стопостотни власник у којој је запослено око 2.600 људи, са годишњим прометом од 100 милиона евра. Почетак рада нове фабрике на најлепши начин обележава годину у којој Галеника слави 65 година постојања.

А. Б.



ОСНИВАЧ И ЊЕН СТОПОСТОТНИ ВЛАСНИК ЈЕ ВЛАДА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ



120 ГОДИНА ОД УПОКОЈЕЊА ДОКТОРА ЛАЗЕ К. ЛАЗАРЕВИЋА,
ЛЕКАРА, ХУМАНИСТЕ, КОСМОПОЛИТЕ И ФИЛАНТРОПА

РАДОСТ ЖИВЉЕЊА ЗА ДРУГЕ

// У ОПШТОЈ ДРЖАВНОЈ БОЛНИЦИ У БЕОГРАДУ, СУОЧЕН СА СОЦИЈАЛНОМ
БЕДОМ СТАРИХ БОЛЕСНИХ И ИЗНЕМОГЛИХ, ЗАЛОЖИО СЕ ДА СЕ
ИЗДВОЈЕ ДВЕ СОБЕ ЗА ЛЕЧЕЊЕ СТАРИХ. ЗБОГ ТОГА СЕ МОЖЕ СМАТРАТИ
РОДОНАЧЕЛНИКОМ ГЕРИЈАТРИЈЕ У СРБИЈИ // НАЈЗНАЧАЈНИЈИ
РАД ПОСВЕЋЕН ОБОЉЕВАЊУ ИШИЈАДИЧНОГ ЖИВЦА, КОЈИ ЈЕ УШАО
У МЕДИЦИНСКУ ЛИТЕРАТУРУ КАО ЛАЗАРЕВИЋЕВ ЗНАК //

65 <

Реалан живот, свесно или несвесно, стално нас удаљава од једног лепог осећања – радости. Суочени са многобројним, пре свега материјалним, проблемима све више постајемо равнодушни. Равнодушност се испољава како према самим себи, још више према другима. Све је мање људи који се не слажу с овим „достигнутим осећајем“, већ покушавају да нађу пут радости за себе и друге. Многобројни примери из прошлости појединцима су најбољи путоказ.

Један од светлих примера у лекарској професији био је др Лаза К. Лазаревић, лекар, Примаријус београдски, окружни физикус, члан Краљевске академије наука, књижевник – приповедач и много шта друго.

Државна стипендија

Наиме, др Лаза К. Лазаревић, рођен у Шапцу 1. маја 1851. године по Грегоријанском календару, односно 13. маја по Јулијанском, као треће дете од оца Кузмана и мајке Јелке. Неизмерна родитељска радост при његовом рођењу као да је већ тада одредила да му животни кредо буде радост. И то радост живљења за друге. То што се радовао другима је и дефинисао при крају свог кратког и бурног живота. Доктор Лаза Лазаревић је у мају 1890. године за време боравка у Рогашкој Слатини на једномесечном климатско-бањском лечењу, суочен са својом болешћу, помало депресивно, пише мајци Јелки између осталог „мајко не знаш колика је радоси живети за друге“. Његова спонтано изречена дефиниција у топлом писму мајци потврдила је све оно што је он до тада урадио.



Болница „Лаза Лазаревић“ у кругу Клиничког центра

ЗНАК

Др Лаза Лазаревић је објавио у часопису „Archivum serbicum“ 1880. године рад „Ichias postica Cotunni“. У том раду он између осталог наводи следеће: „посматрам већ више година... један симптом, који је по мојему мишљењу патогномостичан, а који није нигде споменут“. Лазаревић објашњава настајање бола у нерву и наглашава да се он појачава на притисак и растезање: „нерв ће најчешће бити растегнут онда, када је колено екстендовано, стопало у плантарној екстензији, а цела нога флектована у трбуху. Извесно је да ће код исхијаде ова екстензија бити болна, и то је све јаче сто се нерв јаче истеже...“

А, доктор Лаза Лазаревић после завршене мале матуре у Шапцу наставио гимназијско школовање у Београду. После велике матуре 1870. године уписао је Велику школу, претечу данашњег Универзитета, где је 1872. завршио и постао практикант у Министарству правде и Министарству финансија, чекајући државну стипендију да упише студије медицине у Немачкој. Државну стипендију добио је 1873. и одлази у Берлин где уписује студије медицине.

По природи озбиљан, радан, посвећује све своје снаге да што боље савлада немачки и што дубље зарони у тајне медицинских наука. Уз тежак и озбиљан студиј ишло је и сиромаштво. Због оскудног живота побољева, не прекидајући да испуњава све обавезе студента, лечи се. Како то уз младост и иде, Лаза се заљубљује у једну Швабицу, носи у себи све љубавне патње праћене многим предрасудама, што је у својој приповетци Швабица и написао.

Као родољуб одазива се позиву Отаџбине и учествује у Српско-турском рату 1878. године као добровољац у

>>> Као родољуб одазива се позиву Отаџбине и учествује у Српско-турском рату 1878. године као добровољац у санитету српске војске <<<

санитету српске војске. Даномоћно ради у Ратним болницама у Нишу, Алексинцу, Ћуприји, демонстрирајући до тада стечено знање на најбољи могући начин. После завршетка рата и Берлинског конгреса враћа се да заврши студије медицине и 1879. стиче диплому доктора медицине на престижном Медицинском факултету у Берлину.

Као државни стипендиста враћа се у Србију. По распореду Министарства здравља кратко ради у унутрашњости, потом добија премештај за Београд. Надлежни у Министарству здравља убеђени у његово велико знање постављају га за окружног физикуса београдског. По истом критеријуму бива изабран и за члана Краљевске академије наука и постаје један од дворских лекара Краља Милана Обреновића.

Посвећен струци целодневно, бави се записивањем, покушава да се бави научноистраживачким радом што и објављује у европским медицинским публикацијама. Почев од Српског архива у Београду, потом Пешти, Бечу, Берлину, Цириху, Минхену итд.

Сукоб са краљем Миланом

Најзначајнији његов рад је посвећен обољевању ишијадичног живца, који је ушао у медицинску литературу као **Лазаревићев знак**. Рад о овоме објавио је пре Аргентинца Ласека, али он није признат између осталог и зато што је потицао од припадника малог народа једне заостале државе. Српски лекари и даље се држе чињенице да је др Лаза Лазаревић био први који је промовисао овај знак, па га и данас наводе у свакодневном раду.

Др Лаза Лазаревић је успео да објави 67 стручних радова у већ наведеним европским престоницама и свом Београду. Због тога је добио и звање Примаријуса и за свој изванредан рад у београдској Општој државној болници. Др Лаза Лазаревић је био оличење мултидисциплинарног лекара. У болничким протоколима записано је да је био добар акушер, интерниста, хирург, офталмолог... Записано је да је успешно радио операције катаракте.

У Општој државној болници у Београду, суочен са социјалном бедом старих болесних и изнемоглих, зало-



Предраг Тојић: др Лаза Лазаревић отишао је у вечност, а нама оставио своје дело и обавезу да га се сећамо

жио се да се издвоје две собе за лечење старих. Због тога се може сматрати родоначелником геријатрије у Србији, као посебне медицинске дисциплине.

Поред доказане стручности др Лаза Лазаревић је био високо-моралан човек. Један пример то свакако доказује. Наиме, бахати суверен Србије Краљ Милан Обреновић је једног свог политичког противника, преко сво-

>>> Др Лаза Лазаревић је био оличење мултидисциплинарног лекара.

У болничким протоколима записано је да је био добар акушер, интерниста, хирург, офтамолог... <<<

јих пандура, избатаина на смрт. Од др Лазе Лазаревића тражено је да му изда умрлицу да је умро природном смрћу. Др Лаза Лазаревић је такав захтев са индигнацијом одбио свестан последица које такав чин носи. Његова истинољубивост и правдољубивост га је одбранила од репресивних мера опаког српског суверена. Али је остала трајан пример његове етичности и моралности, која је добродошла и у нашем времену. Да је поступио како је од њега тражено имао би материјалне и друге бенефите. Није хтео да узме оно што истиче из неетичког и неморалног поступка.

Др Лаза Лазаревић је за живота успео да објави девет приповедака, две су постхумно објављене из до-

вршених рукописа. Својим књижевним делом добио је епитет српског Чехова, српског Шолохова, велика на писане речи из редова лекара других нација. Његове приповетке су и данас, 120 година по упокојењу, део обавезне лектире у српским школама. За 11 година колико се бавио лекарском праксом учинио је више од многих који су дуже радили. Његова нежна телесна конституција, оптерећена даноноћним радом, није више издржала. Упокојио се 28. децембра 1890. године по Грегоријанском календару у Београду где је на Новом гробљу и сахрањен.

Како се др Лаза Лазаревићу одужила Србија? Његов родни Шабац је једној улици у централном делу града дао његово име, једној Основној школи, на стогодишњицу његовог упокојења подигао му је споменик у природној величини испред куће у којој је рођен у Господар Јевремовој улици. Здравствени центар у Шапцу 1987. године понео је његово име, а у реорганизацији 2007. године избрисао!

Београд у коме је живео и радио дао је његово име једној улици, једној школи, Психијатријској болници и на кућу у којој је живео у Хиландарској 5 Српско лекарско друштво му је поставило спомен плочу. Мало или много процените сами?!

Отишао је у вечност а нама је оставио своје дело и обавезу да га се сећамо. Обавеза сећања се односи на његову радост живљења за друге, а потреба да осујетимо у нама страст узимања од других!

Прим. др Предраг Тојић

РИМ • БЕЗ ЉУБАВИ, МОЗАК У АПСТИНЕНЦИЈАЛНОЈ КРИЗИ – Љубав је попут дроге, а када она престане, мозак реагује као да је у апстиненцијалној кризи и последице могу бити непредвидљиве, показало је истраживање на мозгу несрећно заљубљене особе. Чим види слику бившег партнера за којим и даље пати,

у мозгу те особе снажно се активирају три дела: област која контролише мотивацију, део под називом „nucleus accumbens“, орбитофронтални и префронтални кортекс који се повезују са жељом и зависношћу од дроге, и инсуларни кортекс и предњи режањ који се повезују са физичким болом и стресом.

Фотографија „мозга напуштене особе“ објављена је у часопису *Journal of Neurophysiology*, у чланку о резултатима истраживања које су спровели Луси Браун и Сол Кори са медицинског факултета Алберт Ајнштајн Универзитета Јесива у Њујорку. Научници су магнетном резонанцом анализирали реакције у мозгу



ПАЗИЗ



МАДРИД

КО ЈЕ ПРВИ ПАЗИЗ ИЛИ ...

ПРВА ПОТПУНА ТРАНСПЛАНТАЦИЈА ЛИЦА НА СВЕТУ

ПАРИЗ – После више парцијалних трансплантација, у Француској је обављена и прва потпуна трансплантација лица. Тај компликовани захват извео је хирушки тим болнице „Анри-Мондор“ у Кретеју, недалеко од Париза, на челу са професором Лореном Лантјеријем.

Операција, прва те врсте на свету, обављена је 26. и 27. јуна над 35-годишњим мушкарцем, оболелим од једне генетске болести која му је изобличавала лице. Пацијент се данас добро осећа, хода, храни се и разговара, изјавио је професор Лантјери, додајући да је почела и да му расте брада.

Он је казао да је његов хирушки тим до сада једини на свету успео да обави потпуну трансплантацију лица са капцима и комплетним лакрималним системом. Професор Лантјери је такође навео да ће тран-

сплантације те врсте омогућити лекарима и хирурзима да науче много ствари и у другим областима попут имунологије, пренели су француски медији.

... МАДРИД

ПРЕДСТАВЉЕН ПРВИ ПАЦИЈЕНТ СА ПРЕСАЂЕНИМ ЛИЦЕМ

МАДРИД – Шпанац који је био подвргнут првој тоталној трансплантацији лица на свету, представљен је јавности први пут после операције. На конференцији за штампу одржаној у болници Val d'Ebbron, недалеко од Барселоне, у којој је оперисан крајем марта, 31-годишњи мушкарац представљен само именом Оскар, захвалио је, мада још са тешкоћом, лекарима и породици донора. Током операције која је трајала

ВАШИНГТОН • ОСЕЋАЊЕ БЕЗНАЈА ПОВЕЋАВА РИЗИК ОД ШЛОГА КОД ЖЕНА – Осећање безнаја код жена повећава ризик од шлога, установили су амерички стручњаци Универзитета у Минесоти. Иначе здраве жене, које хронично осећају безнаје, чешће имају наслага у вратним артеријама које могу да

изазову шлог, а верује се да су изложеније и срчаним болестима, преноси сајт Стетоскоп.

Многе студије су доводиле у везу депресију и повећану склоност срчаним обољењима, а неке су указале да оптимизам може да представља и превенцију од ових болести. У њиховом истраживању учествовало је 559

жена, просечне старости 50 година, које нису патиле од кардиоваскуларних болести нити су имале повишен притисак. Евентуално безнаје испитаница мерено је упитником о будућности и личним циљевима, док је контрола здравља укључивала и проверу дебљине вратних артерија уз помоћ ултразвука.

петнаесторо студената које су њихови партнери недавно напустили.

На слици се јасно види да емоције које их обузимају потресају њихов мозак и изазивају хиперактивност у поједином његовим деловима. Истраживање је показало да одлазак вољене особе изазива бурне реакције у мозгу остављене особе које у по-

јединим случајевима могу да доведу до потпуно неконтролисаног понашања.

ПАРИЗ • ИСПИТИВАЊЕ УТИЦАЈА ГЕНА И СРЕДИНЕ НА ПСИХУ – У Француској је покренуто свеобухватно истраживање везано за утицај средине и генских фактора на поја-

ву шизофреније и других психичких поремећаја, које ће бити финансирано из европских фондова.

Научници ће, у оквиру једног од европских истраживачких програма са буџетом од 10 милиона евра, проучавати интеракције између специфичних гена и спољних фактора ризика, са циљем да објасне појаву

24 сата, хирурзи су скинули комплетно лице донора, односно вилицу, нос, јагодице, мишиће, зубе и очне капке и као маску га пресадили пацијенту. Оскар је пре пет година доживео несрећан случај у коме му је лице било потпуно унакажено. Имао је потешкоће са дисањем, говором и гутањем и био је приморан да дише и храни се вештачким путем.

Шеф медицинског тима др Хоан Пере Барет оценио је на истој конференцији за новинаре да ће Оскару бити потребно годину до годину и по дана кинезитерапије, али да ће после тога успети да поврати до 90 одсто покретљивости лица. Пацијент је напустио болницу и може да пије и узима мекану храну, а од пре два месеца је у стању и да говори. Повратио је осећај на читавом лицу и делимично може да покреће мишиће лица, мада још не може да затвори очи, ни уста.

Већ недељу дана после хируршке интервенције било му је потребно бријање, што је био један од првих позитивних знакова након трансплантације. Међутим, у два наврата било је и одбацивања, али је оно регулисано лековима. Оскарова сестра је казала да га најсрећнијим чини то што сада може да хода улицом, а да га људи не загледају, пренела је агенција АП.

Прво пресађивање лица, које је било парцијално, обављено је у Француској 2005. године и од тада у свету је урађено још 12, од којих три у Шпанији.

СВАКИ ПЕТИ НИЈЕ СВЕТАН
ДА ЈЕ ЗАРАЖЕН

НОВА АМЕРИЧКА СТРАТЕГИЈА БОРБЕ ПРОТИВ СИДЕ

ВАШИНГТОН – Америчка администрација објавила је у уторак националну стратегију борбе против сиде, чији је циљ да се у наредних пет година за четвртину смањи годишњи број новоинфицираних

У ШУМАДИЈИ

ЛЕКАРИ БИ У НЕМАЧКУ

КРАГУЈЕВАЦ – За рад у Немачкој, крагујевачкој филијали Националне службе за запошљавање пријавило се пет лекара, изјавила је Танјугу директора те филијале Љиљана Петровић. Нагласивши да је запошљавање лекара у Немачкој на годину дана у оквиру међурегионалног посредовања Националне службе за запошљавање Србије, Петровићева је рекла да су здравствене установе из Немачке исказале по-

Утврђено је да су артерије дебље у просеку за 0,02 мм код оних жена које су изразиле безнађе у погледу будућности и реализације личних циљева, што представља медицински значајну разлику, чак и када се у обзир узму и други ризични фактори као што су године, раса, приходи и слично. Руководилац студије

Сузан Еверсон-Роуз истиче да су нужне додатне студије које би откриле до каквих психолошких промена долази код жена које осећају дуготрајно безнађе и како те промене делују на организам.

Додатна испитивања могла би да укључе и праћење нивоа кортизола, познатог као хормон стреса, али

у сваком случају жене које током дужег периода осећају безнађе требало би да знају да то може лоше да делује и на њихово физичко здравље и да траже помоћ, каже Еверсон-Роуз.

ТЕЛ АВИБ • ОТКРИВЕНА ЗОНА У МОЗГУ КОЈА КОНТРОЛИШЕ СТРАХ

психичких обољења чија учесталост није иста у свим срединама.

Они ће прикупљене податке везане за спољне факторе ризика упоређивати са статистиком у другим европским земљама, пренеле су светске агенције. Спољни фактори ризика обухватају, поред осталог, урбанизацију (веће опредељење

за живот у граду него на селу), инфекције током трудноће, компликације приликом рођења, трауме преживљене у детињству (злостављање, занемаривање...), повреде главе, уживање канабиса... Више истраживања је већ показало да су деца која расту у великим градовима изложена дупло већој опасности од разво-

ја шизофреније него она која живе на селу. Постоји, такође, велики број научних доказа да уживање канабиса међу адолесцентима, пре свега у већим дозама, повећава опасност од психичких обољења.

ХЕЛСИНКИ • ВИТАМИНОМ Д ПРОТИВ ПАРКИНСОНА – Ни-

требу за 20 лекара специјалиста, али и опште праксе. После истека прве године, послодавац, али и запослени одлучују да ли ће лекар наставити да ради у једној од здравствених установа у неколико градова Немачке који су изразили потребу за нашим лекарима, навела је она.

„Све филијале ће документацију заинтересованих незапослених лекара проследити централу у Београду, где ће послодавци из Немачке одабрати кандидате“, рекла је Петровићева и навела да је крагујевачка филијала проследила документацију петоро кандидата, а накнадно ће доставити и за још неколико, јер има заинтересованих који припремају документацију. Петровићева је казала и да је послодавац навео да познавање језика није приоритет, али да ће, ипак, предност у запошљавању имати они који знају немачки и енглески језик.

ПРВИ УВОДЕ ЛЕЧЕЊЕ ЛАСЕРОМ

КРАГУЈЕВАЦ – Клинички центар у Крагујевцу, прва је државна здравствена установа у Србији која ће од јесени примењивати ласерске апарате у хирургији, изјавила је портпарол тог центра Вања Ђорђевић. Истакавши да ће ласери бити примењивани у лечењу васкуларних болести, као што су проширене вене, затим у пластичној хирургији, абдоминалној, колоректалној, грудној, неурохирургији и урологији.

„Два ласерска апарата најновије генерација Клинички центар добиће од италијанске фирме Еуфотон, специјализоване за производњу хируршких ласера“, додала је Ђорђевићева. Она је рекла да Клинички центар има екипу лекара-хирурга која је, после обуке у Италији, добила лиценце за лечење ласерским апаратима, али и звање инструктора, Ђорђевићева је најавила да ће ускоро на обуку отићи још једна група лекара. „Сви они биће и инструктори

лекарима у осталим здравственим установама у Србији, али и лекарима из Босне и Херцеговине, Македоније и Црне Горе“, рекла је Ђорђевићева, објаснивши да је циљ да Клинички центар од јесени има међународни Едукативни центар за примену ласера у хирургији.

Лечење ласерским апаратима није „покривено“ здравственим осигурањем, а колико ће коштати биће касније познато. У приватним здравственим установама се, примера ради, за лечење проширених вена наплаћује око 500 до 600 евра.

ПОВЕЋАН БРОЈ ОБОЛЕЛИХ ОД ЦРЕВНИХ БОЛЕСТИ

КРАГУЈЕВАЦ – У првих шест месеци ове године у Шумадији су регистрована 182 пацијента са цревним заразним болестима што је за осам одсто више у односу на прошлу годину, саопштили су представници Института за јавно здравље у Крагујевцу. Како је наглашено, 63 одсто тих пацијената заразило се путем хране што је, такође, повећање за десет одсто у односу прошлу годину, када је од укупно 456 оболелих утврђено да се њих 53 одсто путем хране заразило.

Директор Института за јавно здравље у Крагујевцу Драгољуб Ђокић нагласио је да је број тих пацијената десет пута већи јер се због блаже клиничке слике нису обратили лекару, па су тиме остали и нерегистровани у здравственом систему.

Изнет је и податак и да је у прошлој години регистровано само 57 оболелих од болести пренетих полним путама, односно 24 у првих шест месеци ове године, што говори, како је оцењено, о недовољном надзору здравственог система над тим болестима.

Према речима надлежних у Институту, годишње у Шумадијском округу од кардиоваскуларних болести умре око 2.500 становника, што је половина свих

– Група научника у Израелу открила је зону у мозгу која контролише страх и нада се да ће то откриће омогућити да се једног дана произведе лек против разних врста фобија. Истраживачи су проучавали реакцију мозга на офидиофобију, односно страх од змија. Волонтери-ма који пате и који не пате од те вр-

сте фобије мозак је скениран док су посматрали плишаног медведа или живу змију која је пролазила пред њиховим очима.

Притиском на дугме, плишана играчка или змија могли су да буду приближени или одаљени од учесника експеримента. Научници су установили да је део мозга, односно

цингуларни кортекс који контролише емоције, постајао светлији на скенеру када су волонтери који пате од офидиофобије били довољно храбри да змију приближе себи.

Научници се надају да ће то откриће омогућити производњу лекова против разних врста фобија које негативно утичу на квалитет живота

во витамина Д би могао да покаже индивидуалну опасност од појаве неуродегенеративног обољења Паркинсонове болести, показали су резултати финског истраживања објављеног у „Неуролошким архивима“. Научници су дошли до тог резултата мерењем нивоа витамина Д током две године код 3000 особа, чије је здрав-

ствено стање потом праћено више од 30 година, пренели су медији.

Током истраживања је, након корекције одређених фактора ризика, као што су физичка активност и индекс телесне масе, код учесника са нивоом витамина Д у крви од најмање 50 нмол/л регистрована за 67 одсто мања опасност од развоја Пар-

кинсона него код оних са мање од 25 нмол/л витамина Д у крви.

Научници су на крају истакли да су резултати њиховог истраживања потврдили хипотезу да је хроничан недостатак витамина Д фактор ризика за појаву Паркинсонове болести.

Витамин Д је специфичан липо-солубилан (растворљив у масти) ви-



КРАГУЈЕВАЦ

смртних исхода. Најчешће обољење из те групе болести је инфаркт миокарда, од чега три пута више оболевају мушкарци, мада је, како је речено, и број оболелих жена од те болести у порасту.

ДАО ОГЛАС ДА ПРОДАЈЕ БУБРЕГ

КРАГУЈЕВАЦ – Крагујевчанин Р. М., стар 54 године, дао је оглас да продаје бубрег, цена по договору, на огласној табли Уролошке клинике Клиничког центра у Крагујевцу, јавила је локална телевизија. Он је рекао да зна да то није по закону, али да је на такав

корак приморан, јер је у дуговима због раније подигнутог кредита који сада није у ситуацији да врати јер је одавно без посла.

„Знам да то закон не дозвољава, али продајем оно што је моје и ништа нисам украо“, рекао је Р. М. и додао да је са завршеном средњом школом некада радио у Градским тржницама. Р. М. је разведен и нема децу, а бубрег је планирао да прода за 40.000 евра, мада је у огласу навео да је цена „по договору“.

Портпарол Клиничког центра Вања Ђорђевић је у изјави Танјугу рекла да је оглас уклоњен са огласне табле на Уролошкој клиници. „Колико је оглас стајао на табли није познато, али он више није на месту где је био окачен“, рекла је Ђорђевићева и додала да на огласним таблама грађани практикују да остављају разне понуде, а најчешће да издају стамбене јединице.

неких људи. Међутим, они страхују и да би њихово откриће могло да буде злоупотребљено, на пример за „брисање“ страха у понашању војника, пренели су страни медији.

ЖЕНЕВА • ПРИРУЧНИК ЗА УПОТРЕБУ ПЕДИЈАТРИЈСКИХ ЛЕКОВА
– Светска здравствена организација

(СЗО) објавила је први потпуни приручник везан за коришћење педијатријских лекова, пренели су француски медији.

Тај приручник ће омогућити лекарима приступ стандардизованим информацијама везаним између осталог за коришћење, нежељене ефекте и контраиндикације за ви-

ше од 240 лекова намењених лечењу деце старости до 12 година. У СЗО су истакли да грешке у дозирању могу да имају велике последице код мале деце.

Нови приручник ће омогућити лекарима да пронађу лекове који највише одговарају одређеном обољењу, да одреде њихову дозу, као и

71 <

тамин - један његов мали део потиче из хране (рибља уља, јаја, бутер и дигерица), али се већином синтетише у људском организму преко једног од деривата холестерола под дејством УВБ сунчевих зрака, што значи да је минимално излагање сунцу неопходно за подмиривање потреба организма за витамином

Д. Сада остаје да се истражи механизам утицаја витамина Д на Паркинсона и утврди његова оптимална концентрација у крви како би се спречила та врста обољења. **Танјуг**

ЖЕНЕВА • ЛЕКОВИ ПРОТИВ ТБ МОЖДА ЕФИКАСНИ И ПРОТИВ ТРОПСКИХ БОЛЕСТИ – Неки леко-

ви који су развијени с циљем борбе против туберкулозе (ТБ) могли би да се покажу ефикасним и против неких смртоносних тропских болести које угрожавају милионе људи широм света, објавиле су две непрофитне фармацеутске организације - Глобални савез за развој лекова против туберкулозе и Иницијативи за

НЕСВАКИДАШЊИ БЛИЗАНЦИ
ИЗ ШКОТСКЕ

ЈЕДНО БЕЛО, ЈЕДНО ТАМНОПУТО

Близанци Данијел и Марта имају различиту боју коже, што се, према наводима стручњака, дешава једном у милион случајева

ГЛАЗГОВ – Керол Фрејзер је толико била сигурна да ће њени близанци бити различите боје коже да им је и пре него што су се родили дала надимке Со и Бибер и била је праву. Да ли је реч о мајчинској интуицији или пукој срећи, тек Керол је једна у милион којој се то догодило. У тренутку рођења деца су имала готово идентичну боју коже, али сада након четири месеца, што више расту, Данијел и Марта су све различитији.

„Ми смо навикнути на то да је једна беба бела, а друга црна. Понекад заборавимо да то може да изгледа ђудно другим људима“, додала је она. Сама Керол (42) је из мешовитог брака, отац јој је црнац са Кариба, а мајка белкиња. Са другим мужем Керилина мајка је родила још две ћерке које су беле (Керол је тамнопуто), тако да је она навикнута на различиту боју коже у оквиру своје породице.

Керол и њен супруг Брајан, који је беле пути, прошли су пакао неколико њених побачаја. Неколико месеци после свадбе она је затруднела по трећи пут и сазанала да њене ћелије нападају ембрионе и да због тога побације. Међутим, лекар јој је рекао да постоје лекови који јој могу помоћи. Следећи пут када је остала у другом стању подвргнута је терапији стероида и девет месеци касније родила је ћерку Руби. На исти начин одржавала је трудноћу и други пут када је установљено да носи близанце.

Експети за генетику кажу да у већини мешовитих бракова женска јајашца садрже мешавину гена цр-



Глазгов

не и беле боје коже, па се дете рађа са кожом која је средња нијанса између те две боје. Веома ретко јајашца садрже гене за једну боју коже. У Керилином случају то се десило са два јајашца – једно је имало

услове под којима могу да их преписују, али и да се информишу о мерама предострожности које треба предузети и постојању интеракција одређеног лека са другим лековима.

„Да би били делотворни, лекови морају да буду пажљиво одабрани, а њихова доза да буде усклађена са годиштем, тежином и потребама де-

тета, док је без светског приручника велики број лекара морао да препише лекове ослањајући се на веома ограничене податке“, изјавио је један од руководилаца СЗО Ханс Хогерзејл.

ВАШИНГТОН • КАРДИОВАСКУЛАРНА ОБОЉЕЊА НАЈВЕЋИ УЗРОЧ-

НИК СМРТИ – Болест срца и мождани удар заједно су највећи узроци смрти на свету, а Светска здравствена организација наводи да су само кардиоваскуларна обољења узроци више од 17 милиона смртних случајева годишње. У Сједињеним Државама стопа преживљавања је један према десет за жр-

лекове против запостављених болести (ДНДи).

У светлу наведених нових сазнања, Глобални савез је одлучио да ДНДи-у уступи права да развија једну класу лекова против ТБ, који пружају наду за лечење Шагасове болести, афричке спавајуће болести и висцералне лишмениозе, пренео

је Ројтерс. То је први досад забележен споразум о бесплатном давању лиценце између две непрофитне организације које се баве развијањем нових лекова.

Подршку овом споразуму дала је и Фондација Била и Мелинде Гејтс, уступајући ДНДи-у 1,5 милиона долара бесповратног зајма за прекли-

ничку процену једињења која су нарочито ефикасна против лишмениозе - смртоносне паразитске инфекције, која се шири уједом пешчане мушице.

Шагасова болест, коју изазива један паразит, је најзаступљенија у руралним областима Јужне Америке. Од ње сваке године оболева око

тамни, а једно светли генетски садржај. Експерти су сложни – шансе да се тако нешто догоди су заиста један у милион.

ДА ИЛИ НЕ

И ВАНТЕЛЕСНО ЗАЧЕТА ДЕЦА СУ МЕНТАЛНО ЗДРАВА

АМСТЕРДАМ – Деца која су зачета вантелесном оплодњом су у тинејџерском узрасту ментално здрава колико и природно зачета, утврдили су стручњаци Универзитета медицинског центра у Амстердаму. Ванматерична оплодња се састоји из узимања јајне ћелије потенцијалне мајке, њене оплодње у лабораторијским условима и постављања у материцу, подсећа Ројтерс.

Један „циклус“ лекова и процедура које ова, најнапреднија техника оплодње захтева, кошта и до 15.000 долара, а за успешну трудноћу често је потребно неколико таквих циклуса. Већина деце која су плод оваквог зачећа се рађају здрава. Ипак, према досадашњим искуствима, постоји незнатно већи ризик од неког урођеног дефекта. Осим тога, ова деца чешће него природно зачета могу да буду испод просечне тежине на рођењу.

Холандски тим занимао је ум, а не тело овако рођене деце, односно да утврди да ли овакво зачеће оставља било какве емоционалне последице, нарочито у бурном тинејџерском узрасту.

У ту сврху стручњаци из Амстерадама, које је предводила Карин Вагенар, нису се обратили родитељима или наставницима вантелесно зачете деце, него су се бавили самом децом.

Испитаници старости од 11 до 18 година су попунили упитник о проблемима које су имали у понашању, на

емотивном плану и у друштвеном животу у претходних шест месеци. Резултати 86 деце зачете вантелесном оплодњом су упоређени са резултатима 97 њихових вршњака из контролне групе, који су зачети природним путем. Утврђено је да практично нема разлике у обиму проблема између вантелесно и природно зачете деце, као ни у проценту оних у обе групе који се не уклапају у уобичајене менталне параметре.

Једно раније америчко истраживање је, међутим, указало на већу подложност депресији и опијању међу девојкама и већу подложност поремећају пажње и хиперактивности међу младићима који су вантелесно зачети, у односу на њихове природно зачете вршњаке.

МАПЕ ГЕНА ПРЕДОДРЕЂУЈУ ДУГОВЕЧНОСТ

Окриће стручњака Бостонског универзитета доводи у сумњу прецизност генског теста за утврђивање ризика од Алцхајмерове болести, који се тренутно нуди на тржишту САД

БОСТОН – Амерички стручњаци с Бостонског универзитета су утврдили мапе гена који указују, с већом тачношћу него икад раније, на вероватноћу да неко доживи 100 и више година, чак и ако други гени истих особа могу да се доведу у везу са различитим обољењима. Ово откриће доводи у сумњу прецизност генског теста за утврђивање ризика од Алцхајмерове болести, који се тренутно нуди на тржишту САД, преноси Ројтерс.

Проучивши генетски код више од 1.000 људи који су доживели или преживели 100. годину и упоредив-

тве срчаног напада изван болнице и то је податак који се није мењао последњих 30 година.

Али, ново истраживање наговештава да има места за побољшање, при чему су истраживачи на универзитету државе Мичиген установили да би, уколико људи који живе у сиромашнијим суседствима про-

ђу обуку за пружање прве помоћи, жртве срчаног напада имале више шанси да преживе. Глас Америке преноси да је студија установила да људи у сиромашним крајевима имају два до три пута веће шансе да добију срчани напад него они који живе у богатим деловима града. Кардиолог Хариндра Ву-

цсандера установио је да је број смртних случајева због болести срца опао за скоро 35 одсто код људи који живе у Онтарију, у Канади између 1994. и 2005. и да су промене животног стила и понашања прилично допринеле томе.

Он је указао да један нови медицински апарат има велику улогу

осам милиона људи, од којих 14.000 умире. Реч је о доживотном обољењу, које може да доведе до срчаних болести и отказивања срца, а под ризиком да оболи од њега је око 100 милиона људи. Лишмениоза и афричка спавајућа болест усмрте сваке године по 50.000 људи, а

представљају претњу за укупно 400 милиона особа.

Лишмениозе има у Европи, Африци и Азији, а најраспрострањенија је у Индији.

КЕМБРИДЖ • ДЕФЕКТИ ПРОТЕИНА У НЕРВНИМ ЧВОРИШТИМА – Више од 135 болести мозга,

укључујући аутизам, хронични бол, шизофренију и деменцију, повезано је са дефектом протеина у такозваним синапсама - чвориштима између нервних ћелија, утврдили су британски стручњаци из Института Сангер, при Универзитету Кембриџ. Они су први пут успели

ши га са генетском мапом 1.200 других особа, истраживачи из Бостона су утврдили 19 склопова око 150 гена који са 77 одсто прецизности указују на предоређеност да се доживи дубока старост. Највеће изненађење је изазвала чињеница да људи предоређени за веома дуг живот имају и многе од гена који указују на болести исте као и код други људи, али срећан склоп других гена успева да те болести неутралише или бар одложи.

Један од руководилаца истраживања, др Томас Перлз, истиче да се већина неупућених пита чему уопште живети тако дуго, сматрајући да стогодишњаци пате од свих могућих болести везаних за старост, да су инвалиди и да сигурно болују од Алцхајмера. Истраживање његовог тима је, међутим, показало да 90 одсто дуговечних у просеку не пати ни од каквог инвалидитета до 93. године. Бостонски стручњаци наглашавају да поседовање „срећног“ склопа гена не би требало да значи да такве особе могу да пију алкохол до миле воље, пуше или се преједају.

Наглашавајући значај умерености, они наводе пример припадника појединих верских секти у САД, који захваљујући томе што су вегетаријанци, не пију, не пуше, а у стресним ситуацијама се окрећу религији и породици, у просеку живе 88 година - знатно дуже него други грађани САД.

Бостонски тим наглашава да не намерава да изнесе на тржиште свој тест гена дуговечности, већ ће инсталирати бесплатни вебсајт на којем ће особе које су дале да им се уради генетска мапа, моћи саме да провере да ли имају потенцијал да доживе веома дубоку старост.

Светске статистике показују да једна од 6.000 особа доживи 100. рођендан, а тек једна од седам милиона 110. Стручњаци с Бостонског универзитета тврде да су се показале неоснованим теорије како код становништва у неким областима Русије и Азербејџана постоји већа вероватноћа да доживе 100 година. Др Перлз је нагласио да ово истраживање неће довести до стварања еликсира младости, али да би могло да се искористи да се одложи наступање неких болести везаних за старост, као што је Алцхајмер.

ПРОНАЂЕНА ЈОШ ЈЕДНА ЛОЗА ПРАЧОВЕКА

ТАЈНА ЖЕНА ИКС

Фосилни остаци костију прста из пећине Денисове у Сибиру припадају новој досад непознатој лози прачовека
// Детаљна ДНК анализа показала да не постоје везе између неандерталца и хомо сапиенса

ЛОНДОН, ЛАЈПЦИГ – Научници су на путу да докажу да је у свету постојала још једна врста прачовека, досад непозната, те да данашњи човек потиче од још једног претка. Реч је о фантастичном открићу, невероватном и за научнике, како је изјавило више њих с угледних светских научних установа као што су Институт Макс Планк за антрополошку еволуцију у Лајпцигу, Центар за гео-генетику при Универзитету у Копенхагену, Институт за археологију и етнологију у Новосибирску, Државни универзитет Кент у Охају, музеји за историју природе у Лондону и у Њујорку.

Када су руски научници у лето 2008. у једној изолованој пећини у Сибиру пронашли кост човечијег прста, веровало се да је реч о фосилном фрагменту неандерталца, познатог претка данашњег човека. Фосилни остатак је назван „Денисова“ по пећини где је пронађен. Првобитна анализа ДНК материјала је показала да се ради о кости жене и фосил је назван „Жена ИКС“. Изненађење је уследило после детаљне анализе ДНК тог ружичастог делића кости женског прста.

Према резултатима детаљне ДНК анализе која је урађена у Институту Макс Планк у Немачкој, а чији су резултати управо објављени у часопису „Природа“ (Nature), испоставило се да се ради о врсти која јесте у хомо-низу, односно да припада лози „хоминина“ (бића сличних човеку), али да нема спојница са неандерталцем (Номо neandertalicus), нити Хомо сапиенсом, већ припада досад непознатој лози прачовека која је вероватно мигрирала из Африке у део Централне Азије пре око 30.000 година.

у здрављу срца, објашњавајући да би тај апарат, не већи од спајалице, могао би да буде револуционарно откриће у начину на који се третирају срчана обољења. Апарат је сићушни сензор уграђен кроз катетер у срчану пулмонарну артерију, а процедура уградње траје само седам минута.

Пацијент на грудима има мерач којим се прикупљају подаци о срчаном притиску, а подаци се шаљу електронски у лекаров компјутер. Лекар затим може да прилагоди лекове веома брзо, ако је потребно, а са уграђеним сензором пацијент има 30 одсто више шанси да избегне одлазак у болницу.

БЕРЛИН • ОТКРИВЕН „МОРАЛНИ КОМПАС“ У МОЗГУ – Научници су открили „морални компас“ у мозгу људи за који се сматра да контролише како процењујемо понашање других људи. Регион који се налази иза десног уха, активира се када размишљамо о грешкама или добрим делима других људи, преноси

да израде мапу протеинских структура људских синапси, које су одговорне за преношење информација, што отвара нови поглед на болести од којих пате милиони људи широм света, преноси Ројтерс. Неуролог Сет Грант, који је руководио овим истраживањем, истиче да протеини нервних чворишта представљају мо-

лекуларну основу многих болести мозга. „Не знамо ни за једну молекуларну структуру одговорну за више можданих болести, па зато сматрамо да ово представља велико откриће“ истиче Грант. Користећи технику, познату под називом протеомика, тим из Кембриџа је анализирао све протеине људских мо-

жданих ћелија, којих има милион милијарди, а повезане су синапсама које имају кључну улогу у процесу усвајања и памћења информација. Британски стручњаци су утврдили да у људском мозгу има око 1.500 разних протеина, од којих је за сваки задужен један ген. Наведене мождане болести су поједностављено



Научници на путу да докажу да је постојала још једна врста прачовека

Остаци неандерталског човека нађени су и у Француској, Шпанији, на Балкану, Блиском истоку, у северној Африци. Занимљиви су налази лобања с подручја Узбекистана, Палестине, Ирака, Кине, Танзаније. Научници су дуго времена претпостављали да је модерни човек, чији је директни предак хомо сапиенс, наследио гене неандерталца, али су у XIX веку та истраживања доведена у сумњу. Генетска истраживања фосилних остатака су показала да између неандерталца и хомо сапиенса није дошло до укрштавања, те да је неандерталац изумрла грана човечанства.

Најновија анализа остатка кости прста „Жене ИКС“, или „Данисове“, потврђује да су три лозе прачовека постојале на истом подручју и да су претеча модерног човека. Анализа ДНК је базирана на специфичном делу хелије означеном мт ДНК, који се једино преноси женском, односно мајчинском линијом.

Анализом у Институту Макс Планк је урађено 156 комбинација упоређивања мтДНК генома са мтДНК геномима 54 савременика, као и са остацима старим око 30.000 година који су нађени у Русији и од шест којих су припадали неандерталцима. Утврђено је да је „Жена ИКС“ имала посве специфичан геном, односно властиту мтДНК линију.

Научници су објавили да се геном мтДНК неандерталца и хомо сапиенса разликује у 202 нуклеотидне позиције, док је код „Жене ИКС“ утврђено 385 таквих позиција. То указује, закључили су да фосилни остаци „Жене ИКС“, припадају досад непознатој лози у хомо фамилији. Научници, такође, верују да су све три врсте „хоминина“ живеле у истом подручју у Централној Азији.

У том делу света су нађени остаци лозе хомо еректус (*homo erectus*) која је из Африке дошла у Азију пре два милиона година и остаци Хомо хајделбергенсиса (*heidelbergensis*) из времена пре око 650.000 година. Обе лозе су у директној вези са хомо сапиенсом. „Жена ИКС“ је млађа и генетски другачија. Слични енигматски фосилни остаци нађени су у Азији: у Нармада (Индија), анд Јунксијану, Далију анд Јинијушану (Кина), али се за њих верује да су могући азијски „деривати“ од лозе Хомо хајделбергенсис.

М. М.

радио „Дојче веле“. Научници са Технолошког института Масачусетса су дошли до открића да наша етика и разликовање доброг од лошег нису само ствар васпитања, већ су записани у мозгу.

Тако су истраживачи успели да магнетним таласима на тренутке „искључе“ морални компас код не-

ких људи, што их је онемогућавало да сасвим одвоје добре поступке од лоших. Вођа пројекта др Лиане Јанг каже да је запањујуће како је могуће магнетним пољем променити просуђивање људи.

Експеримент се одвијао тако што је 12 волонтера добило по 192 мини сценарија и њихов задатак је био да

оцене понашање јунака тих сценарија на скали од 1 (недопуштено понашање) до 7 (сасвим прихватљиво понашање).

Потом су им исти сценарији дати после и током изложености магнетном пољу, а одговори су се сасвим разликовали. Ово није први пут да научници проналазе у мозгу центре

речено последица мутације тих гена, које доводе до дефекта у можданим протеинима. Разумевањем састава синапсе, могло би се утврдити који протеини су одговорни за коју болест или болести, напомиње Грант.

Испитивањем на мишевима стручњаци из Кембриџа су утвр-

дили да се коришћењем различитих лекова да би се изменио састав протеина у синапсама, мења и веза с одређеним болестима мозга. Најављујући да следи истраживање којим треба да се утврди да ли се ово односи и на људе, Сет Грант истиче да ће, ако се покаже да је тако, бити ра-

дикално померен фокус научног приступа истраживању можда-них болести.

УПСАЛА • МЛЕКО СМАЊУЈУ РИЗИК ОД ИНФАРКТА – Конзумирање млечних производа може да буде корисно за срце, показало је најновије истражи-



САНКТ ПЕТЕРБУРГ

ДО 2030.

ДЕПРЕСИЈА ВОДЕЋИ ЗДРАВСТВЕНИ ПРОБЛЕМ

Процењује да 150 до 200 милиона људи у свету пати од различитих форми депресије

САНКТ ПЕТЕРБУРГ – Депресија и њој слични психички поремећаји заузеће до 2030. врх листе здравствених проблема који погађају светско становни-

штво, остављајући иза себе кардио-васкуларна и малигна обољења, упозорено је на конгресу Светске психијатријске асоцијације у Санкт Петербургу. Овај научни форум први пут се одржава у Русији, а овогодишња тема су „Традиција и иновације у психијатрији“, пренела је агенција Итар Тас.

Члан Извршног одбора Светске здравствене организације, професор из Швајцарске Норман Сарторијус, саопштио је да се процењује да 150 до 200 милиона људи у свету сада пати од различитих форми депресије.

„Ова патологија добија све масовније размере, без обзира на социјални или економски систем овог или оног друштва“, речено је на конференцији за новинаре.

У Русији, савети и помоћ психијатријске службе потребни су једном од шест становника, а број особа са озбиљнијим психијатријским проблемима је премашио милион, изјавио је придружени члан Руске академије медицинских наука Јуриј Александровски.

НЕМАЧКИ СУД ПРЕСУДИО

ЕУТАНАЗИЈА ДОЗВОЉЕНА УЗ ПРИСТАНАК ПАЦИЈЕНТА

БЕРЛИН – Највиши цивилни суд Немачке пресудио је, у оквиру једног случаја, да прекидање животних функција пацијента који умире не представља кривично дело уколико постоји пристанак те особе. Овом одлуком немачког Савезног суда правде, која је уследила након вишегодишње дебате у Немачкој о еутаназии, ослобођен је један адвокат који је прошле године осуђен за покушај убиства када је посаветовао једну жену да помогне својој мајци да умре, јавио је Ројтерс.

задужене за, како се веровало, ствари васпитања. Тако су прошле године амерички научници тврдили да су пронашли „Божју тачку“, односно регију мозга која наводно регулише религијска осећања и убеђења.

ВАШИНГТОН • БЕБЕ РОЂЕНЕ ЦАРСКИМ РЕЗОМ ИЗЛОЖЕНИ-

ЈЕ ИНФЕКЦИЈАМА – Бебе рођене царским резом су изложеније опасности од инфективних обољења од оних рођених природним путем, показали су резултати истраживања групе порториканских и америчких научника објављеног у научном часопису PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences).

Приликом царског реза беба нема исто излагање микробима као она која се рађа природним путем, што би могло да ствара различиту предрасположеност за инфекције, објаснили су научници.

Бебе рођене природним путем, када изађу из стерилне плаценте, први пут су у контакту са различитим

вање шведских стручњака са Универзитета у Упсали. Млечна храна је значајан извор засићених масних киселина, које су доведене у везу са срчаним обољењима. С друге стране, млечни производи би могли да буду и корисни за срце јер снижавају крвни притисак и ниво холестерола, пренео је Ројтерс.

Да би разјаснио ову недоумицу, тим из Упсале је мерио садржај два биомаркера млечне масти у крви 444 испитаника који су преживели срчани удар и 556 здравих испитаника. Установљено је да су под мањим ризиком од срчаног удара испитаници који у крви имају највећи садржај биомаркера пентадекано-

ичне и хектадеканоичне киселине, које су индикатори нивоа конзумирања млечне масти.

Код жена из те групе ризик од инфаркта је био мањи за 26 одсто, а код мушкараца за девет одсто. Тачан механизам доброг дејства млечних производа на срце још није познат, али шведски стручњаци на-

Адвокат је на ту пресуду уложио жалбу. Старија жена, која је касније преминула, рекла је својој ћерки да не жели да настави да живи на апаратима, након чега је пала у кому после излива крви на мозак 2002. године.

По савету адвоката, ћерка је прекинула сонду која је њену мајку одржавала у животу. Сонда је касније поново постављена, али је жена преминула две недеље након тога. Њена ћерка, која је заједно с адвокатом била оптужена за покушај убиства, ослобођена је, док је адвокату изречена условна казна у трајању од девет месеци.

Појам еутаназија, убиство из милосрђа, потиче из грчког језика и значи „добра смрт“. У појединим земљама, као што су Холандија и Белгија, добровољна еутаназија је легална, али генерално и даље представља кривично дело убиства и изазива оштре полемике како јавности, тако и стручних кругова широм света, посебно с етичког становишта.

ОСНИВАЊЕ БАНКЕ ХУМАНОГ МЛЕКА У СРБИЈИ

БЕОГРАД – У сарадњи са Институтом за неонатологију, компанија „Роса“ је осмислила и покренула пројекат под називом „Подршка оснивању прве банке хуманог млека у Србији“, чији је циљ куповина најсавременијих медицинских апарата за обраду, контролу, чување и дистрибуцију хуманог млека и доставног возила које ће прикупљати млеко од потенцијалних давалаца.

Захваљујући том партнерству, превремено рођеним бебама и бебама са здравственим проблемима, а које су смештене у Институту за неонатологију, биће омогућена најбоља и најздравија храна – мајчино млеко, рекла је директорка тог института Нивеска Божиновић – Прекајски. Указујући на значај

хуманог млека за новорођенчад, докторка Прекајски је подсетила да се у Институту за неонатологију годишње збрине око хиљаду беба, од којих поједине имају само 600 грама.

Државни секретар Министарства здравља др Невена Карановић је подсетила да су почетком 20. века сва деца била дојена, а да се на крају прве декаде 21. века боримо за одржавање дојења да би се деца нормално развијала. Она је подсетила да је Министарство здравља још прошле године одобрило формирање банке хуманог млека која ће бити једина на Балкану и захваљујући којој ће 8,5 одсто деце успети да израсте у нормалне и здраве људе.

Истакнуто да се, од укупног броја рођене деце у Србији, између 9 и 11 одсто роди пре времена а од тога две трећине беба је тешко болесно. Под превремено рођеном децом сматрају се она која се роде пре 37. недеље, при чему су најмање преживеле бебе у Институту за неонатологију имале свега пола килограма.

НОВИ АПАРАТ ЗА МАГНЕТНУ РЕЗОНАНЦУ У КЦВ

НОВИ САД – Председник покрајинске владе Бојан Пајтић у Клиничком центру Војводине (КЦВ) у Новом Саду пустио у рад нови апарат за магнетну резонанцу у чију је набавку, преко Фонда за капитална улагања и Покрајинског секретаријата за здравство, уложено 150 милиона динара. То је трећи такав уређај у покрајини, уз два у Сремској Каменици, захваљујући којем ће бити омогућен преглед од десет до 20 пацијената дневно, што ће знатно смањити дуга чекања на листама, која сад износе од шест до девет месеци.

У последње три године у здравство у покрајини уложено 12,5 милијарди динара, што је више од укуп-

микробима, међу којима су и бактерије мајке, које омогућавају прво природно излагање новорођенчета бактеријама.

Те бактерије могу да имају одбрамбену улогу и спрече колонизацију патогених агенаса (микроорганизама) као што су „златне стафилококе“ отпорне на антиби-

отик „метицилин“, објављено је на веб сајту www.lepoint.fr.

ОСЛО • ХУМОР ПРОДУЖАВА ЖИВОТНИ ВЕК – Према недавном вишегодишњем истраживању у Норвешкој, смисао за хумор смањује морталитет и продужава очекивану дужину живота. Истраживањем

је било обухваћено 53.000 Норвежана чије је понашање праћено током седам година. Резултати студије објављени у часопису „International Journal of Psychiatry in Medicine“, показали су да смисао за хумор утиче на смањење стопе морталитета за 20 одсто. „Резултати до којих смо дошли потврђују да смисао

помињу да су они извор многих биоактивних супстанци, између осталог калцијума, витамина Д и калијума. Нека ранија истраживања су показала да конзумирањем млечних производа може да се допринесе повећању нивоа тзв. „доброг“, односно ХДЛ холестерола.

ВАШИНГТОН • **КАКАО + ФЛАВАНОЛ = ЗДРАВИ КРВНИ СУДОВИ** – Какао са високим садржајем антиоксиданса флаванолола може да буде веома важан за опоравак и одржавање крвних судова, показали су резултати међународног истраживања објављеног у медицинском часопису JACC (Journal of the American College of Cardiology).

Током испитивања је свакодневна конзумација какаа са флаванолом код учесника истраживања више него дуплирала број активних ангиогених ћелија (CACs) у крви, за које је доказано да утичу на функције обнавља-

њих улагања у протекле три деценије, и да је захваљујући тим инвестицијама у Новом Саду изграђено ново породилиште, Клиника за рехабилитацију деце и други објекти. Истакло је Пајтић. У Србији постоји око 15 апарата за магнетну резонанцу у државним установама и исто толико у приватном здравственом сектору.

УКЛОЊЕН ВИДЕО НАДЗОР ИЗ ГИНЕКОЛОШКЕ ОРДИНАЦИЈЕ

ЈАГОДИНА – Налог Министарства здравља да се уклоне камере из гинеколошке ординације Опште болнице у Јагодини и уништи снимљени материјал, спроведен је, чиме је престало кршење права пацијената, утврдила је стручна служба Заштитника грађана, саопштено је данас из кабинета омбудсмана. Како је наведено, омбудсман је затражио од Министарства здравља да здравствени инспектори провере да ли поједини лекари Опште болнице у Јагодини раде и у приватној пракси, без сагласности послодавца, и да предузму законом предвиђене мере.

Током контроле Заштитнику грађана указано је да су пречести кварови уређаја, због којих је уведен видео надзор, највероватније повезани са запосленима који без потребних сагласности раде и приватно, те саботирањем уређаја у државној болници пацијенте усмеравају према приватним ординацијама. Заштитник грађана затражио је од директора болнице да разреши дужности заштитницу права пацијената у тој установи, због чињенице да ни превентивно, ни док је камера била у функцији, па ни у току контроле, није учила да је видео надзор био несразмерна безбедносна мера којом је грубо прекршено право на приватност пацијената, већ га је

оправдавала. Заштитник грађана је указао и да су у целом случају кључну улогу имали медија, који су алармирали јавност и надлежне државне органе, наведено је у саопштењу.

УНАПРЕЂЕЊЕ ПРОГРАМА ТРАНСПЛАНТАЦИЈЕ

БЕОГРАД – Делегација Светске здравствене организације (СЗО) разговарала је са представницима Војномедицинске академије о сарадњи у домену даљег унапређења националног програма трансплантације ткива и органа у Србији, саопштено је из ВМА. Током посете Центру за трансплантацију органа и стерилном блоку Клинике за хематологију ВМА, разговарало се и о искуствима и резултатима ВМА у области трансплантационе хирургије. Заменик начелника ВМА Никола Филиповић је истакао да та установа има оспособљене мултидисциплинарни тимове и све организационе и техничке предуслове за реализацију програма трансплантације јетре, бубрега и костне сржи.

Он је указао и на проблеме у трансплантацији који се односе и на проблем недостатка органа, „још увек недовољне свести о потреби завештања органа“ као и перманентне едукације лекара и медицинских техничара. О најзначајнијим резултатима и могућностима ВМА, као и о резултатима у домену трансплантације јетре, бубрега и костне сржи госте су упознали доктори Елизабета Ристановић, Зоран Ковачевић, Небојша Станковић и Слободан Марјановић.

На ВМА је до сада урађено 10 трансплантација јетре и 318 трансплантација бубрега а лекари те установе урадили су и 36 трансплантација бубрега у Клиничком центру Ниш и једну трансплантацију бубрега у бањалучком здравственом центру.

за хумор може да продужи животни век.

Смисао за хумор веома позитивно утиче на ментално здравље и друштвени живот чак и након одласка у пензију, али он нема ефекта на дужину животног века ако га особа није упражњавала пре 65. године. Тада генетска предиспозиција и

биолошки фактори старења постају доминантнији“, објаснио је Свен Свебак из Норвешког универзитета за науку и технологију, који је руководио истраживањем.

МОСКВА • **НАНОТЕХНОЛОГИЈОМ ПРОТИВ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ** – Руски нуклеарни физичари израдили су

јединствени апарат за прочишћавање крви, применом нанотехнологије, што ће спасити човека од атеросклерозе и многих других болести, пренео је радио Глас Русије.

Такав уређај за тзв. каскадну плазмифорезу је јединствен у свету. И израдили су га руски нуклеарни физичари и стручњаци науч-

ња и одржавања крвних судова, а резултат су здрави крвни судови.

Слабо функционисање крвних судова, како су истакли научници, представља рани стадијум у развоју кардиоваскуларних болести, укључујући и коронарну болест срца. Повећани ниво ангиогених ћелија се, такође, повезује са смањеним ризиком

од смрти услед кардиоваскуларних болести, што су показали и резултати студије која је 2005. године објављена у медицинском часопису NEJM (New England Journal of Medicine).

БОН • КОФЕИНОМ ПРОТИВ ЋЕЛАВЉЕЊА – Алпецинов кофеински шампон, чувеног немачког произ-

вођача „Др Волф“, доказано лечи ћелавост.

Кофеин који се налази у лосиону спречава мушки хормон - тестостерон, да штетно делује на корен косе, тако што спречава превремено опадање косе, преноси Дојче веле. Адолф Кленк, један од запослених у фирми Др Волф, истиче да произ-



Војномедицинска академија у Београду

ПРВА ОПЕРАЦИЈА НА СРЦУ У ПРИВАТНОМ КБЦ-У

БЕОГРАД – У недавно отвореном приватном Клиничко болничком центру (КБЦ) у Београду успешно је урађена прва операција на срцу - замена аортног залистка, саопштила је та здравствена установа. Професор др Реик Хускић, који је извео операцију, изјавио је да је пацијент добро и да је превезен на одељење интензивне неге где се опоравља.

Захваљујући уговору који је приватни КБЦ потписао са Републичким заводом за здравствено осигурање (РЗЗО), пацијентима који су до сада били на листи

чекања за кардиохируршке интервенције омогућено је да се о трошку здравственог осигурања оперишу у тој клиници. У складу с тим, пацијент коме је урађена интервенција оперисан је годину дана раније него што је било предвиђено листом чекања.

Пацијентима у Србији понуђене су три могућности да би се листе чекања на кардиохируршке интервенције смањиле - да и даље остану на листи чекања да би се оперисали у некој од државних здравствених установа, да на интервенцију отпутују у Турску или да буду оперисани у приватном КБЦ-у.

У саопштењу се наводи да се за сада 262 пацијента са листе чекања определило за операцију у приватном КБЦ-у, а да је досад прегледано више од 100 пацијента који се налазе на листи чекања. Та здравствена установа ће ускоро почети са две до три операције дневно, најављено је у саопштењу.

но-производног комплекса Алфа из града Дубне. Плазморефаза омогућава да се крв „прочисти“, између осталог уклони холестерол и липопротеиди.

Данас један такав третман у Русији, и то са увозном опремом, кошта пацијента у просеку 1.000 долара. Домаћа израда омогућиће да лече-

ње буде доступније великом броју људи. Новина је да су руски научници за ову плазморефазу користили нанопилтер.

– Предност новог апарата је то што је компактан, крв више не треба делити у центрифуги, процедура може да се изводи чак и у војно-теренским условима, објаснио

је сарадник Алфа комплекса Јуриј Притков. Такав коферчић може да се транспортује било где, код болесника кући, могу да га користе и војници, спасиоци у разним ситуацијама...

Индустријска производње каскадне плазморефазе је већ почела и очекује се да ће се уложени новац

води Алпецина, између осталог, спречавају мушки хормон – тестостерон, да штетно делује на корен косе.

„Кофеин спречава и блокира тај процес. Он продужава период раста, тако што се спречава превремено опадање косе и истовремено штити од негатив-

ног утицаја тестостерона“, објашњава Кленк.

Алпецинови шампони карактеристичне плаве боје данас фирми Др Волф обезбеђује годишњу зараду у висини од преко 30 милиона евра. Иако 200 мл овог кофеинског шампона кошта 6,99 евра, у свету је све ви-

ше мушкараца који су спремни да плате садржај скупих бочица, каже Кристоф Харас-Волф.

Штефан Штеренберг из Института Др Волф сматра да је делотворност ових шампона доказана, без обзира што је немогуће гарантовати да коса никада више неће да опада. //

ПОЧЕТКОМ 2011. ПРЕЛИМИНАРНИ УГОВОР С „ЕУРОТРАНСПЛАНТОМ“

У ЛАЈДЕНУ ПАЦИЈЕНТИ И ИЗ СРБИЈЕ

БЕОГРАД – Министар здравља Томица Милосављевић најавио је да би почетком следеће године требало да буде потписан уговор о прелиминарном чланству Србије у Међународној фондацији „Еуротрансплант“. Прелиминарни уговор би значео да се тог тренутка на исти у Лајдену могу наћи и хитни пацијенти из Србије, а то су деца, људи који услед дуге анализе имају велики број антитела у крви или случајеви отказивања јетре услед тровања, објаснио је Милосављевић на конференцији за новинаре организованом поводом дводневне посете делегације Министарства здравља Немачке.

„Са делегацијом Немачке смо, осим о трансплантацији, разговарали и о анестезији код деце и лечењу бола, као и о успостављању услова да здравствене институције у Србији сарађују са истим институцијама у Немачкој“, навео је Милосављевић. Он је најавио да ће ове године значајна средства бити уложена у лабораторију за типизацију ткива у Институту за трансфузију крви, а ради се и на стварању мреже координатора трансплантације по болницама.

Председник „Еуротранспланта“ Бруно Мајсер је навео да су за успех програма те међународне фондације неопходни активан и мотивисан министар здравља и лекари који ће својом иницијативом поддржавати пројекат.

„У Србији је у великој мери испуњен овај услов, а постигнут је и напредак у обе лабораторије које се баве анализом ткива и што се тиче опремељености и што се тиче услова који морају да се испуне“, рекао је Мејсер и додао да ће лабораторије у наредних година дана добити европске акредитације за бављење тим послом.



У ЗАТВОР ЗБОГ МАЛТРЕТИРАЊА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСОБЉА

ВРАЊЕ – Прекршајни судија у Врању изрекао је Слободану С. (30) казну затвора у трајању од 20 дана, а Давору П. (27) од седам дана, због тога што су малтретирани и претили особљу Здравственог центра у Врању, саопштила је Полицијска управа из тог града. Слободан С. и Давор. П. су на Пријемном тријажном одељењу Здравственог центра у Врању, узнемиравали и малтретирани особље. Слободан је упућивао претње и увреде и насрнуо на дежурног лекара, док је Давор упућивао увредљиве речи и оштетио параван за указивање лекарске помоћи. //

од 43 милиона долара, исплатити за 4–5 година.

ПАРИЗ • ТЕЛИЈСКОМ ТЕРАПИЈОМ ПРОТИВ РАКА КРВИ – Испитивање примене ћелијске терапије на пацијентима оболелим од рака крви, код којих не постоји могућност спровођења других терапијских ме-

тода, дало је охрабрујуће резултате, објавила је група француских научника.

Ради се о новом методу који се састоји у убризгавању претходно „обрађених“ лимфоцита, како би се повећала њихова антиканцерогена активност, пренеле су светске агенције.

Из убризганих лимфоцита је претходно одстрањен један њихов део који инхибира антиканцерогено дејство других лимфоцита. Код трећине лечених пацијената је, како су истакли истраживачи, дошло до дуготрајнијег оздрављења од болести која је постала код њих отпорна на остале терапијске методе. //



Франц Вајлер, члан Борда менаџмента UNIQA осигурања

ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ ИЗМЕЂУ
СВЕТСКИХ ИСКУСТАВА И ДОМАЋЕ ПРАСКЕ

ЗНАЊЕМ ДО ЗАДОВОЉНОГ ПАЦИЈЕНТА

// У већини земаља ЕУ социјално осигурање плаћа приватним и јавним болницама исте нормиране суме за одређене услуге, што значи да не постоји монопол, већ здрава конкуренција која омогућава да корисници услуга буду на добитку //

81 <

Везано за очекивања по питању пословања на тржишту приватног здравственог осигурања Србије, господин Франц Вајлер, члан Борда менаџмента UNIQA осигурања, верује да ће грађани Србије увођењем система добровољног здравственог осигурања добити квалитетнију услугу и уживати у свему што им као корисницима приватног осигурања припада, онако како то грађани осталих европских земаља раде.

Који су највећи изазови у Србији који ће се догодити увођењу система добровољног здравственог осигурања?

– Развој добровољног здравственог осигурања има потенцијал само у одговарајућим оквирима. Особе које креирају здравствену политику морају успоставити принцип неприхватања сваког ризика у случају добровољног здравственог осигурања, јер оно управо у први план истиче здравље, односно здравствено стање осигураника као један од најважнијих фактора приликом закључивања здравственог осигурања. Истовремено неопходно је избећи сукоб интереса где се једна институција јавља као регулатор и у исто време учесник на тржишту. Уз то потребно је развити јасну свест пацијената да морају имати право приступа ресурсима који произилазе из обавезног здравственог осигурања, без обзира где добијају медицинску услугу – у приватној или јавној здравственој установи – сматра Франц Вајлер.

Како ви видиш тренутни правни оквир приватног здравственог осигурања у Србији?

– У овом тренутку грађани Републике Србије лишени су најбољих пракси које би се стекле заједно са реномираним страним осигураницима, јер према постојећим прописима, није могућ развој добровољног здравственог осигурања. Као одговорна компанија UNIQA, подржава снажну социјалну свест и солидарност, али сматра да се ти принципи морају спроводити кроз озбиљне државне пројекте а не кроз тржишно пословање – што је немогуће у оквирима добровољног осигурања. Постојећи прописи налажу осигуравачима да осигурају сваког ко им се обрати, независно од старости и здравственог стања, чиме „условљавају“ осигуравајућа друштва да ако желе успешно да по-

слују у овој области, морају да се заштите од високог ризика који носе клијенти критичног здравственог стања и самим тим морају да наплате далеко већу премију осигурања.

Шта је појединачно урадило како би пацијенти били задовољни својим здравственим системом, а с обзиром на велико искуство које имате у Аустрији?

– Да би здравствени систем функционисао на фер принципима неопходно је да буде отворен и према приватном сектору. У величини земаља ЕУ социјално осигу-



>>> Добровољно здравствено осигурање у Србији

– директан пример сукоба интереса <<<

рање плаћа приватним и јавним болницама исте нормиране суме за одређене услуге, што значи да не постоји монопол, већ здрава конкуренција која омогућава да корисници услуга буду на добитку. У Србији, за сада добровољно здравствено осигурање спроводи Републички завод за здравствено осигурање – у оквиру Министарства здравља – то је директан пример сукоба интереса и јасно је да су осигуравајућа друштва у подређеном положају.

Када је у питању увођење и имплементација приватног здравственог осигурања код нас, у којој мери ваш know-how може да се примени?

– У фокусу читавог здравственог система у Европи је пацијент

и његове потребе. Ми као веома успешна компанија у овој области, са својим клијентима делимо заједнички циљ а то је – њихово здравље. UNIQA ће када се промене прописи и омогући реално пословање у овој области, на тржиште Србије пренети искуства из Аустрије у погледу превенције болести и промоције и инвестирања у здрав начин живота. UNIQA пуно улаже у промоцију превентивне медицине што показује и милион чланова MedClubа који редовно присуствују стручним семинарима, вежбају са водећим тренерима и користе низ погодности које компанија нуди кроз своје програме. За све осигуранике у Србији важна је информација да се сви програми које UNIQA нуди креирају у сарадњи са матичном кућом, па смо и за производе здравственог осигурања добили помоћ консултаната који су сличне програме имплементирали на тржишту Аустрије и широм средње Европе.

Када ће приватно здравствено осигурање да добије једнак статус као и социјално-здравствено осигурање?

– Да ли ће се и када Србија повезати с Европом у овом важном сегменту индустрије осигурања зависи од политичке одлуке и ми смо уверени да то време неминовно долази, јер Србија тежи да и у том погледу буде део развијеног света.

UNIQA константно делује са другим осигуравајућим кућама кроз Удружење осигуравача покушавајући да утиче на повећање разумевања међу креаторима државне политике да је солидарност, као принцип који се уводи обавезом осигуравајућих друштава да прихвате све клијенте који затраже осигурање могућа само у условима када је та врста осигурања обавезна. Када будемо имали другачије структурно уређење, компаније ће саме радити на бољој едукацији и то ће бити добар почетак. Понуда здравствених пакета мора бити у складу са стварним стањем здравствених услуга у односу на оне које је до сада пружало обавезно здравствено осигурање. Поред тога, неопходно је и побољшање економског стандарда и куповне моћи становништва. UNIQA је расположена да државним институцијама понуди знање и европске програме као и да инвестира у сегмент здравственог осигурања – закључује Франц Вајлер, члан Борда менаџмента UNIQA. **Н. Р. М.**

ПРВА СТРАТЕШКА
КОНФЕРЕНЦИЈА
СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ
ДИЈАСПОРЕ

**„ЗАЈЕДНО – СПРЕМНИ
ЗА БУДУЋНОСТ“**

Београд,
2. – 4. септембар 2010.

ГОДИШЊИ САСТАНАК

ЛЕКАРСКИХ КОМОРА
ЦЕНТРАЛНЕ И ИСТОЧНЕ ЕВРОПЕ

ZEVA

Теме састанка: Сигурност
пацијента и квалитет у медицини

Скопље,
30. септембар – 2. октобар 2010.



ГЛАВНЕ ТЕМЕ КОНГРЕСА:

- I – Хипертензија и њоме условљени поремећаји
- II – Гојазност, дијабетес – метаболички синдром
- III – Онкологија
- IV – Алергије и аутоимуних болести

У ВАРНИ (БУГАРСКА) ОД 23. ДО 25. СЕПТЕМБРА 2010.

**ПРВИ КОНГРЕС МЕДИЦИНСКОГ
ФОРУМА ЈУГОИСТОЧНЕ ЕВРОПЕ**

ОДРЖАЋЕ СЕ И ДВА ОКРУГЛА СТОЛА

- I – Безбедност пацијента
- II – Здравље и здравствена политика у условима економске кризе – европска и међународна пракса.

Предвиђено је за сваку област по једно уводно предавање (keunote lecture – state of art, 25–30 минута) још два до три главна предавања (15–20 минута) са позваним предавачима који разрађују поједине области главне теме, као и шест усмених презентација (8–10 мин) од најинтересантнијих приложених радова. Све остало биле би постер презентације. Званични језици Конгреса су енглески и бугарски.

Председник Научног одбора Конгреса је проф. др Владимир Овчаров, претседник Бугарске Академије медицинских наука, копредседници Организационог одбора су Др Андреу Кехауов и проф. др Јован Тофоски.

Поред еминентних стучњака из нашег региона учествоваће и експерти Светске здравствене организације, Светске лекарске Асоцијације, Немачке и представници из још неколико земаља (касне са потврдама).

Очекује се да ће и међународни Конгрес Медицинског форума Југоисточне Европе окупити око 1500 колега из региона и шире. Поднет је захтев за акредитацију Конгреса од ЕАССМЕ. Све пропозиције за презентацију е на енглеском језику и додатне инфрамције могу се наћи на веб страни Конгреса www.seemfcongress.zdravenews.eu а апстракт и регистрације се шаљу на и-мејл: seemf.congress@gmail.com.
Котизација 80 евра.

за организациони одбор Конгреса SEEMF
Проф. др Јован Тофоски

Учествују представници Словеније, Албаније, Грчке, Бугарске, Црне Горе, Македоније, Турске, Молдавије, Румуније док се очекује да се Конгресу прикључе и колеге из Србије и БиХ



Прва Варошка болница у Београду, зидана 1865–1868. године. У употреби као болница до 1983. године