

Број 18 //
Београд //
Септембар //
2013 //
Година V //

ГЛАСНИК

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ISSN 1821-3995

2013
БЕОГРАД
НИШ

ДАНИ СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ

ДИЈАСПОРЕ



ДАНИ СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ
ДИЈАСПОРЕ
2013



03-04 ОКТОБАР
БЕОГРАД

ТРАНСПЛАНТАЦИЈА СРЦА И ПЛУЋА
СКРИНИНГ И РАНА ДЕТЕКЦИЈА МЕЛАНОМА
ПОВРЕДЕ КОЖЕ И ДОМАЋА ЕКСТРУДИКТА
ПРИВАТНА ПРАКСА – РЕШЕЊА ЗА ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ СРБИЈЕ
ПРЕКЛАЗНИКЕ ЛЕЗИЈЕ У ХИРУРГИЈИ ПАТОЛОГИЈИ

НИШ

ХИРУРГИЈА МЕДИЦИНА

ЛКС

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ
SERBIAN MEDICAL CHAMBER



WWW.LKS.ORG.RS

БЕОГРАД 03. 10. 2013.
ВЕЛИКА САЛА ДОМА СИНДИКАТА

ТРАНСПЛАНТАЦИЈА СРЦА И ПЛУЋА

09:00	Уводни реч	Проф. др Миљко Ристовић
09:30	Трансплантација срца	Проф. др Миљко Ристовић
10:00	Хируршки аспекти и веза са у трансплантацији срца (повишећи аспекти трансплантације срца у болници "Редо", Загреб)	Проф. др Бојан Бишковић
10:30	Атастерна срчана дисекција	Др Ђивка Недековић
10:50	Хируршки третман примарне срчане дисфункције	Др Младен Кочица
11:10	Индикације за трансплантацију срца	Проф. др Марина Делчић-Ушчић
11:40	Трансплантација срца код деце: двадесетогодишње искуство Центра за срце и дијабетес код Ојенхаузен, Немачка	Проф. др Денис Кешичковић
12:10	Индикације за трансплантацију срца код деце	Проф. др Јасмина Кичићковић
12:30	Дискусија	
12:30	Пауза за ручак	
14:30	Трансплантација плућа у Србији - штамо смо далеко	Проф. др Драган Мандраћ
15:30	Индикације за трансплантацију плућа	Проф. др Лидаја Ристовић
16:15	Праћење болесника са трансплантираним плућем	Доц. др Младен Вучевић
17:00	Блиски аспекти трансплантације срца и плућа	Прим. др сир. мед. Татјана Радисављевић
17:45	Дискусија	
18:30	Резултатни тестови и евалуација	

Адреса: Велика сала Дома синдиката, 6 Београд, Београдски булевар

БЕОГРАД 03. 10. 2013.
МАЛА САЛА ДОМА СИНДИКАТА

СКРИНИНГ И РАНА ДЕТЕКЦИЈА МЕЛАНОМА

09:45	Церемонија отварања	Др Драгана Милетиновић
10:00	Увод у теледерматологију	Проф. др Туро Коруга
10:20	Текст пре едукације - 40 клиничких фотографија са подацима по IPS стандардима	Доц. др Дејан Опрић
10:50	Кључне тачке у дерматологији	Др Јадран Бандић
11:15	Скрининг меланома	Др Јадран Бандић
11:35	Кафе пауза	
11:50	Скрининг меланома путем мобилног телефона - SkinScan App	Др Јадран Бандић Др Маријана Бандаћ Др Александар Пазаро
12:15	Скрининг меланома путем мобилног телефона - Интерактивна веб-серија	Др Јадран Бандић
12:30	Пауза за ручак	
14:30	Дерматологија прве каре (алгоритам за диференцијацију меланоцитних кожних тумора)	Др Јадран Бандић
14:55	Дерматологија - други корак (АБЦД алгоритам за диференцијацију скрининга од малих меланоцитних тумора)	Др Јадран Бандић
15:20	Теледерматологија - Презентација теледерматолошке мреже	Проф. др Туро Коруга Доц. др Дејан Опрић Др Јадран Бандић
15:40	Теледерматологија - Интерактивна теледерматолошка мрежа	Проф. др Туро Коруга Доц. др Дејан Опрић Др Јадран Бандић
16:40	Кафе пауза	
16:55	Текст пре едукације - 40 дерматолошких и клиничких фотографија са подацима по IPS стандардима	Доц. др Дејан Опрић
17:35	Физика коже	Проф. др Туро Коруга
17:55	Алгоритамске карактеристике меланоцитних кожних тумора	Доц. др Дејан Опрић
18:15	Резултатни тестови	Доц. др Дејан Опрић
18:30	Евалуација курса	Проф. др Туро Коруга
18:45	Церемонија за затварање	ЛКС

Адреса: Мала сала Дома синдиката, 6 Београд, Београдски булевар

Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Година V, број 18,
септембар 2013. године.

ISSN 1821-3995

Редакција:

Београд, ул. Краљице Наталије 1

Тел/факс:

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

И-мејл:

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

Главни уредник:

Др Бранка Лазић

Чланови уређивачког одбора:

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

Издавачки савет:

Прим. др сци Татјана Радосављевић
Др Драгана Милутиновић
Проф. др Марина Дељанин Илић
Прим. др сци Спасо Анђелић
Доц. др Бранко Ристић
Проф. др Бранислав Перин
Др Александар Радосављевић
Др Љубиша Недељковић

Новински уредник:

Јасмина Томашевић

Ликовно-графички уредник:

Илија Милошевић

Типографско писмо:

Adamant

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

Насловна и последња страна:

Плакат „Дани српске медицинске
дијаспоре 2013“

Штампа:

Штампарија „Гласник“, Београд

Реч уредника

Поштоване
колегинице и колеге,



На почетку желим да вас позовем на традиционалне Дане српске медицинске дијаспоре 3. и 4. октобра у Београду и Нишу.

Пратећи савремене, а корисне технолошке иновације, у овом броју представљамо платформу постављену на сајт Лекарске коморе Србије за on-line едукацију наших чланова. Као и у развијеном свету, наши лекари могу да у време када им одговара и када им је то потребно дођу до бодова за континуирану едукацију на овај начин.

Преносимо вам интервју наше новинарке са новим директором Републичког фонда за здравствено осигурање. Затим дајемо кратак преглед новина које су ступиле на снагу са Законом о правима пацијената и на шта лекари треба посебно да обраде пажњу.

Дајемо извештај са управо одржане Конференције о репродуктивном здрављу у организацији Регионалне лекарске коморе Београда, дајући свој допринос напорима за заустављање тренда негативног природног прираштаја и старења становништва, уз приказ дела презентација за оне који нису били у могућности да присуствују.

Представљамо вам Дом здравља Инђија који је достигао највише стандарде у организацији службе, квалитету и безбедности лечења пацијената, а очекује вас и уводни текст о лечењу матичним ћелијама и још много тога.

Видимо се на Данима српске медицинске дијаспоре!

Др Бранка Лазић
Главни уредник Гласника
Лекарске коморе Србије

ИЗ ОВОГ БРОЈА

АКТУЕЛНОСТИ У КОМОРИ Стр. 12

- КОНКУРС ЗА НАДЗОРНИКЕ ЗА 2014.
- СПИСАК ПРОГРАМА КОЈЕ КОМОРА ПОДРЖАВА
- РЛКЈИС, ПОДРУЧНА КАНЦЕЛАРИЈА КРУШЕВАЦ:
АЖУРИРАЊЕ ПЕРСОНАЛНИХ ДОСИЈЕА

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ Стр. 17

- САОПШТЕЊЕ ЛКС, СИНДИКАТА И УДРУЖЕЊА
ЛЕКАРА ОПШТЕ/ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ
ПРЕИСПИТАТИ КАПИТАЦИОНУ ФОРМУЛУ
- МИНИСТАРКА ЗДРАВЉА: НЕОПХОДНЕ
ПРОМЕНЕ У ОЦЕНИ РАДА ЛЕКАРА

НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ У СВЕТСКОЈ МЕДИЦИНИ Стр. 24

- ОСНОВЕ 3D/4D УЛТРАЗВУЧНЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ
- О ВАЖНОСТИ ПРИМЕНЕ РАЗЛИЧИТИХ
МЕТОДА У ИСТРАЖИВАЊУ: КЛИНИЧКА
ИСПИТИВАЊА ДЕМЕНЦИЈЕ

СА СТРУЧНИХ ОКУПЉАЊА Стр. 30

- СРПСКИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОЗИ ОДРЖАЛИ
КОНГРЕС У БЕОГРАДУ: НАЈВЕЋИ СКУП
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА У РЕГИОНУ
- МЕЂУНАРОДНИ КОНГРЕС У ОРГАНИЗАЦИЈИ
КВЦ БЕЖАНИЈСКА КОСА: ХЈУЗОВ СИНДРОМ
- БОЛЕСТ НАШЕГ ВРЕМЕНА

САВЕТИ ПРАВНИКА РЛКБ Стр. 39

- ЧЛАНСТВО У КОМОРИ: И ПРАВО И ОБАВЕЗА

ЛЕКАРИ ПИШУ Стр. 47

- СЛФС: АТМОСФЕРА СТРАХА
И МЕДИЈСКОГ ЛИЧЧА
- ГРОЗНИЦА ЗАПАДНОГ НИЛА
- БАЛИНТ МЕТОД И УНАПРЕЂЕЊЕ
КОМУНИКАЦИЈЕ

ШАРЕНЕ СТРАНЕ Стр. 56

- СУСРЕТ СА ДРАГИМ ПРОФЕСОРОМ

ИЗ ИСТОРИЈЕ МЕДИЦИНЕ Стр. 58

- ДВА МИЛЕНИЈУМА МЕДИЦИНЕ
У СРЕМСКОЈ МИТРОВИЦИ: ОД РИМСКИХ
ЛЕКАРА ДО НАШИХ ДАНА

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА Стр. 62

- КОНФЕРЕНЦИЈА
О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДРАВЉУ
- УТИЦАЈ ЖИВОТНЕ ДОБИ ПАРТНЕРА
НА ЗДРАВЉЕ ПОТОМСТВА
- УЛОГА И МЕСТО КОНТРАЦЕПЦИЈЕ
У ОЧУВАЊУ РЕПРОДУКТИВНОГ ЗДРАВЉА
- ДЕМОГРАФСКА СИТУАЦИЈА У СРБИЈИ
И ПРИРОДНИ ПРИРАШТАЈ

ОДЈЕЦИ Стр. 74

- О ТРАНСПЛАНТАЦИЈИ ИЗ УГЛА
СТРУЧЊАКА И НАДЛЕЖНИХ

ВЕСТИ Стр. 77

IN MEMORIAM Стр. 81

- ПРОФ. ДР ДРАГОСЛАВ ЕРЦЕГОВАЦ

ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ Стр. 81

- КАЖЊЕНО МИЛОСРЂЕ: ДР РУЖИЦА ВОЈИЋ



6-7

ЛКС увела нову могућност за стицање знања и бодова за своје чланове - лекаре

Платформа за online континуирану едукацију



30-32

Светска конференција
лекара опште/породичне
медицине WONCA 2013.
одржана у Прагу

Брига за све генерације



8-12

*Проф. др Момчило Бабић
директор РФЗО о новинама
у области здравственој
осиурања*

**Решавање
квадрашуре круја**



17-21

*(Пре)високе новчане санкције предвиђене
Законом о правима пацијената*

**Казне за
медицинаре њуне
буџет?**



42-46

*Дом здравља „Др Милорад Мика Павловић“
у Инђији*

**Високи
стандарди најбољи
показ**



48-51

*Злостављање носи ризик њрајној
оштећења здравља*

**Мобини
и како ја
препознајти**

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ УВЕЛА НОВИ ВИД КМЕ ЗА ЛЕКАРЕ

ПЛАТФОРМА ЗА ONLINE ЕДУКАЦИЈУ

// ЧЛАНОВИ ЛКС НАЋИ ЋЕ НА ПЛАТФОРМИ АКРЕДИТОВАНЕ ПРОГРАМЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ КОЈЕ МОГУ ДА КОРИСТЕ БЕЗ ПЛАЋАЊА КОТИЗАЦИЈЕ И ДОДАТНИХ ПУТНИХ ТРОШКОВА, КОМФОРНО, ИЗ СВОЈЕ ОРДИНАЦИЈЕ ИЛИ СТАНА, 24 САТА 365 ДАНА У ГОДИНИ //

Пише:
Прим. др Татјана
Радосављевић,
директор ЛКС



Праћење напретка медицинске науке и праксе и технолошког развоја у медицинској делатности је стручна, законска и етичка обавеза лекара. Међутим, могућности за стручно усавршавање су често лимитиране. Увођење online програма едукације и успостављање сарадње ЛКС са појединцима, институцијама и организацијама на том плану, чине се као оптимално решење за превенци-

ју претећег заостајања у стручном усавршавању лекара у постојећим друштвено-економским околностима.

Иако нема директну обавезу у погледу обезбеђивања услова за континуирану едукацију својих чланова, Лекарска комора

је свесна објективних могућности лекара да задовоље ову потребу, као и цене по којој то раде. У условима све већих материјалних ограничења одлучили смо да створимо услове да сваки члан Коморе може своје знање поделити са другима, путем online програма.

Зашто платформа?

Online едукација не може да се одвија на било ком сајту. За организацију и извођење online едукације неопходна је виртуелна учионица – платформа.

У свету постоје два типа ових платформи- MOODLE i BlackBoard. Преко 30 милиона људи свакодневно користи једну од наведених платформи. Платформа ЛКС је развијена на MOODLE основи, као „open source“ решење које не захтева додатна плаћања софтвера и његових будућих иновација.

Област online едукације још увек није довољно регулисана у Србији.

Платформа омогућава планирање и мапирање процеса едукације, у којем је кретање корисника кроз програм КМЕ условљено. На тај начин, коришћење теста као технике професионалног усавршавања добија свој пуни смисао (кандидат мора да се упозна са наставним планом, да проучи сву релевантну литературу, пре него што приступи полагању теста).

Како се врши евалуација успеха, односно, колико су тестови ефикасно средство професионалног усавршавања?

Платформа омогућава планирање начина оцењивања и аутоматску процену постигнућа кандидата, као и обезбеђење повратне информације, тако да корисник научи и када грешу у избору одговора.

Поред тога, желела бих да истакнем још нешто од суштинске важности за будући развој овог вида едукације у Србији.

Електронски тестови су рана фаза развоја ове технологије која се означава као Computer based learning (CBL) и Computer based training





(СВТ), односно Учење/Вежбање засновано на коришћењу рачунара. Ова технологија заснива се на тестовима и једносмерним комуникацијама у дистрибуцији литературе коју припрема едукатор.

Без платформе НЕМОГУЋЕ ЈЕ развијати е-учење у правцу online едукације, која истискује и замењује различите форме електронских тестова.

На овој платформи чланови ЛКС ће наћи акредитоване online програме континуиране едукације, које могу да користе без плаћања котизације и додатних путних трошкова, комфортно, из своје ординације или стана, 24 сата 365 дана у години.

На овој платформи наћи ће место сви online програми појединаца и установа које немају сопствене могућности да исте објављују на другом месту. Ови програми ће и даље бити власништво организатора - установа, организација и појединаца који су их акредитовали. Пружањем логистичке подршке овим напорима, Лекарска комора настоји да олакша професионални развој лекара, својих чланова, по најповољнијим условима (бесплатно), на начин који не ремети њихове друге професионалне и личне обавезе.

За кориснике програма припремили смо упутство, које ће олакшати сналажење на платформи.

До сада је више од хиљаду лекара решавало тестове са платформе. То говори да смо на правом путу.

ДО БОДОВА И ИЗ ФОТЕЉЕ

Платформа за online едукацију Лекарске коморе Србије пуштена је у рад 29. јула. У првих 24 сата њеног постојања платформу је посетило скоро 600 корисника, који су направили више од 8.000 корака (појединачних активности); посетиоци су у просеку провели више од 31 минута на платформи, прегледајући у просеку садржаје на 13,3 стране. Више од трећине посетилаца (210 чланова ЛКС) отворило је своје корисничке налоге, а 60 чланова приступило је решавању тестова који се налазе на платформи. Они су одмах добили одговарајуће потврде о успешно завршеном програму КМЕ, са бодовима за продужење лиценце.

Регистровани смо да је један број корисника решавао два теста у току истог дана. Похађање више од једног програма КМЕ у току једног дана није дозвољено (став Здравственог савета Србије од 16. августа 2011, <http://www.zdravstvenisavetsrbije.gov.rs>). Молимо вас да ово правило поштујете.

Марко Ајдуковић, администратор

Позивамо све организаторе акредитованих online програма КМЕ да нам се придруже на Платформи. Једини услов је да ти тестови буду **БЕСПЛАТНИ** за лекаре.

Предузимамо напоре да се на платформи нађу и инострани online тестови, који ће такође, бити бесплатни за наше лекаре.

Припремили смо, такође, одговарајуће програме обуке лекара за коришћење online едукативне технологије у теренској компјутерској учионици, коју ћемо, на ваш позив, организовати широм Србије. И њих ћемо, као и све друге едукативне активности, подржавати да би били бесплатни за чланове Коморе, јер желимо да ова платформа

постане извор знања које унапређује квалитет рада лекара, а не само средство за прикупљање бодова потребних за продужење лиценце.

Заједно са програмима КМЕ које Лекарска комора Србије финансијски подржава и омогућава лекарима да их потпуно бесплатно похађају, преко традиционалних конференција и предавања по читавој Србији, жеља нам је да вратимо део чланарина лекарима Србије, на овај начин. Финансијска независност Лекарске коморе Србије предуслов је и њене независности као дела здравственог система, а то је и један од најважнијих циљева Лекарске коморе Србије и њених чланова. //

ИНТЕРВЈУ ПРОФ. ДР МОМЧИЛО БАБИЋ, ДИРЕКТОР РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

РЕШАВАЊЕ КВАДРАТУРЕ КРУГА

// ДУГОВАЊА ПРЕМА ФОНДУ ИЗНОСЕ 886 МИЛИОНА ЕВРА, А ПОТПУНО ЈЕ НЕНЕПЛАТИВО 380 МИЛИОНА// САМО ТРЕЋИНА ПРОПИСА У ЗДРАВСТВУ ЈЕ ДОБРА, ТРЕЋИНУ ТРЕБА ПРОМЕНИТИ, ДОК ТРЕЋИНА УОПШТЕ НЕ ПОСТОЈИ //

Републички фонд за здравствено осигурање усвојио је у мају „Стратегију развоја здравственог осигурања Републике Србије до 2020. године“. О каквом документу је реч, који су главни проблеми у функционисању Фонда данас и шта очекује грађане у области осигурања - само су нека од питања на која, за Гласник ЛКС, одговара проф. др Момчило Бабић, директор те установе. – Документ представља планску основу за активности које обавља и које ће обављати Фонд у наредним годинама. Стратегија је, заправо, стручни и научни оквир за вођење послова у трансформисању Фонда ка модерној организацији европског квалитета и ранга у области здравственог осигурања. Документ је базиран на озбиљном концепту који сам обликовао у оквиру тридесетогодишњег искуства, а уобличио коначно пре доласка на дужност директора Фонда. Компаративне студије показују да је већина европских здравствених осигурања, мислим на земље чланице Европске уније, доста слична и у значајној мери централизована, као што је централизован и РФЗО, али има и веома позитивних искустава у децентрализованим организацијама здравственог осигурања.

На месту директора Републичког фонда здравственог осигурања именовани сте крајем фебруара ове године. Које сте мере сте предузели у циљу унапређења рада Фонда?

Од мог доласка на ову дужност, предузете су бројне промене, пре свега у регулисању наших послова, нормативној регулативи. Промене су бројни правилници.



Проф. др Момчило Бабић

Донети су неки који до сада нису постојали. Најважније промене односе се на увођење јавности рада Фонда и здравствених институција. То ће омогућити да сваки грађанин, уколико то жели, свакодневно има увид у то шта се догађа са средствима у јавној, државној својини у здравственим институцијама. Интернет странице - сајтови здравствених институција представљаће огледало њихове свакодневне активности и биће свакодневно ажурирани, што данас није случај. Установе ће бити дужне да их редовно „освежавају“, да исказују тачне податке о простору, опреми, броју запослених, са именима и презименима, што се често држи као велика тајна у здравственим институцијама у мрежи РФЗО. Примера ради, ми имамо попис опреме, али многи уређаји не раде. Са-

да ће спискови опреме морати да буду постављени на сајту установе, па ће се знати који уређаји не раде, а онда се поставља питање зашто су ван функције. То је недопустиво, готово када се ради о уређајима високе технолошке вредности за које се праве листе чекања, било да је у питању скенер, магнетна резонанца, ангио-сала, чак и ултразвучни апарат. Листе чекања такође ће бити на сајтовима свих установа, али ће бити и обједињене на сајту Фонда. И потпуна транспарентност финансијског пословања биће обавеза сваке здравствене институције.

Да ли ће Фонд финансирајући и информатичаре који ће одржавати те системе?

Фонд ће да обезбеди један број информатичара који ће да раде на

увођењу, имплементацији самог информационог система. Иначе, само одржавање сајта може да ради медицинска сестра или административни радник, јер ће бити организована обука овде у Фонду. Програм је једноставан за употребу, user friendly, и само треба да се уносе подаци. Наравно, то није довољно за увођење информационог система. Овде се ради о ажурирању сајта. Сада болнице једном месечно шаљу листе чекања, што је неадекватно. То је уређено једним од 12 правилника које смо донели откако сам ја на дужности директора Фонда. Фонд мора да спроводи закон. Не учествује у креирању, али може да буде један од иницијатора промена. Ми тражимо да имамо добре законе, боље од постојећих.

Које проблеме бисте извојили као најважније? Како се они могу решити или, бар, ублажити?

Пре свега, то је проблем финансијске недисциплине у држави. Претходна влада није смела да толерише да неке фирме, а тако се радило годинама и деценијама уназад, не плаћају доприносе. Не плаћање пореза и доприноса у западним земљама је озбиљан прекршај (кривично дело?). Ко не плати порез, огрешио се о државу и најчешће му следује затвор. Овде стотине предузећа нису плаћале своје обавезе, а сада дуговања према Фонду износе 886 милиона евра. То је права катастрофа.

Колико од њих суме је ненаплаћено?

Потпуно је ненаплаћено 380 милиона евра, јер су бројна предузећа ликвидирана. Фонд би требало да у стечајном поступку постане власник. РФЗО не може да буде власник, то може само држава, али би држава требало да плати та дуговања. Близу 500 милиона дугују предузећа у реструктурирању. Нажалост, јавна предузећа дугују шест милијарди динара или 60 милиона евра. ЈКП у надлежности локалних самоуправа дугују две милијарде и 200 милиона динара, односно око 20 милиона евра. То су огромне цифре. Требало би да их тужимо, али покушавамо да то решимо поравнањем пре тога. У западним земљама у таквој ситуацији био би проглашен банкрот Фонда. Јер, у питању је готово половина средстава која се убирају на годишњем нивоу. За плате 104.000 запослених у здравству иде 99 милијарди динара, 980 милио-

на евра. Зараде здравствених радника су мале, а кад бисмо успели да наплатимо дуговања, могли бисмо за 50 одсто да подигнемо плате. Или да набавимо 10.000 нових болничких постеља, а да се то не одрази на плате. Или да направимо стотину операционих сала. Ако би од укупно 36.000 болничких постеља, 10.000 заменили новим, то би донело значајно побољшање. По српским болницама још има алуминијумских кревета. У КБЦ Бежанијска коса, све је било дотерано и окречено, али луксуза никад није било, јер није било пара. При крају мог директорског мандата у тој кући, 24 одсто средстава које смо трошили било је из донација. То је незамисливо. Ја сам често користио добру вољу својих пријатеља и стављао их у функцију болнице.

Други велики проблем је потпуно неуређен здравствени систем. Једна трећина прописа које сада имамо је добра и одговара потребама, једна трећина није добра и треба их подхитно променити, док једна трећина уопште не постоји. Радећи текст о здравственом законодавству за уџбеник социјалне медицине, дошао сам до закључка да ми једну трећину прописа још нисмо „такли“, а морамо да их донесемо, јер почињу преговори са ЕУ. Пре свега мислим на бројне прописе у вези са

У ситуацији економске кризе у којој се (и) наша земља налази, штеђења на свим нивоима је – императив. У којој мери ће здравствена каса бити рестриктивнија?

Нажалост, рестриција ће бити. Оно што сигурно знам и на чему ћемо инсистирати, то је да не буде смањења плата здравствених радника. Мислим да је то велики успех за ово доба. Током ове године, када је био ребаланс буџета, у јуну, смањени су приходи Фонда за пет милијарди динара, односно за 50 милиона евра. Са 50 милиона евра много тога је могло да се обезбеди од лекова и услуга. Мораћемо да врло брзо донесемо озбиљан план штеђења. То ће наложити Министарство финансија и нови министар који сигурно има свој план и стратегију рада у предстојећем периоду. Оно што бисмо ми желели јесте да се то не одрази на здравствено стање становништва и да буде обезбеђена основна здравствена заштита.

Када ће бити дефинисан основни пакет услуга?

То је добро питање. Тај пакет мора бити добро покривен финансијским средствима и ми ћемо настојати да до краја године дефинишемо

ОБРАЧУН СА КОРУПЦИЈОМ

Ако мене питате има ли корупције у здравству ја ћу вам рећи има, али ни приближно онолико колико се прича! У Фонду су пресечени ланци корупције у јавним набавкама. Неки службеници су отерани са дужности, а, богме, чекам да евентуално неког новог ухватимо у „грешци“ и брутално казнимо за пример. У установама има један одсто доктора који раде „свашта“, али ја не изводим закључке на популацији од један одсто. За мене је то занемарљиво. Позивам све колеге да заједно радимо у борби против корупције. Како? Пријављивањем, а не закулисним причама и интригама, које најчешће немају покриће. Онај ко није спреман да пријави је саучесник. Тако стварамо перцепцију јавности како су доктори најкорумпиранији и најгори људи у земљи. Ми је сами стварамо, а после нам криво што је такво уверење јавности. Хоћу да то променимо заувек. Имаћемо ускоро у Фонду Савет за људска права, борбу против корупције и обмана у здравству. Имаћемо тело коме можемо да пријавимо недолично поступање. Јавност рада је наш најбољи ослонац и заштитник.

здрављем становништва и његовом заштитом. Сада је потпуно погрешно да ветеринарска инспекција контролише храну. Они јесу стручњаци за животиње, али овде се ради о здравственој исправности намирница за човека, за људску употребу. Заводи за јавно здравље треба да преузму потпуно ту функцију – контролу воде, ваздуха, хране, како је то и било раније.

шта се подразумева под основним пакетом. То је дискутабилно питање око кога се воде озбиљне стручне расправе и дискусије. Не постоји ни у свету неки добар модел. Богате земље немају никакав интерес да праве основне пакете кад имају комплетне пакете здравствених услуга. Сиромашне земље, пак, и не знају шта би под тим требало да се подразумева, немају стручне капа-

цитете који би радили на томе. Овде је једна добра група радила на том пакету и ја сада имам материјал од стотинак страница. Али, недостатак свих наших студија и истраживања је што не дају конкретне императивне мере. До јуче сам био научни радник и наставник, и могао сам да причам о разним филозофским темама на овај или онај начин. И тема око пакета је за мене била лепо академско питање. Сада се налазим у позицији да морам да донесем одлуку. Имамо пакет или немамо. Морам да кажем да га немамо. Очекујем од истраживача да направе неки искорак, сачине „понуду која се не може одбити“ - лекова који се подразумевају у том пакету, здравствених услуга које ће у сваком тренутку бити плаћене за све грађане. Уосталом, Фонд ће финансирати највећи део тог пакета, тако да нам то представља и обавезу. За нас је најозбиљније питање шта наручити за 260 евра: да ли „капут“, „одело“, или „ципеле“ или све то у најскромнијој варијанти. Треба нам најмање пола, ако не и цела година да дођемо до дефинисања тог пакета. Ово што сада имамо у студијама и материјалима није довољно за доношење одлука. Немамо одговор на питање шта да наручимо за 260 евра.

Грађани очекују да добију све потребне услуге на шерић Фонда?

То је природно. И стално постоји медијски притисак на Фонд и ја сам непрекидно изложен медијској сатанизацији из два разлога – пре свега из реалног и природног очекивања грађана да добију што више и, с друге стране, због интересних група којима сам првог дана „стао на жуљ“, који ме због тога проглашавају бахатим итд. Оптужбе да је увођење електронских здравствених картица „највећа пљачка stoleћа“ је бестидно. Картица кошта 500 динара. Пре две године је донет закон, са Народном банком- Заводом за израду новчаница уговорена је израда и урађено је 1.200.000 картица. У питању је законска обавеза Фонда, то јест моја - јер сам на челу Фонда, и то мора да се спроведе. То је добра одлука претходне владе и то јесте део наших обавеза из европске агенде. Питање број 37 у Упитнику који је господин (Божидар) Ђелић донео из Брисела односило се на електронску картицу: да ли је имамо, када ће бити уведена ако је немамо. Наша Влада одговорила је да ће картице бити уведене у року од две године. Зашто то питање по-

стављено, ако је небитно за европску агенду наше земље? Напротив, веома је битно. Постоји европски пропис на коме се то питање базира. Они хоће контролу броја и категорија свих осигураника. Садашње картице нису добре, нити контролабилне. Систем омогућава једном у пола године да се залепи маркица. Када фирма престане да постоји, радници и даље користе осигурање. Нема ту никакве пљачке. Ако су пасоши коштали 3.300 динара, а издато је четири милиона пасоша, ако су личне карте коштале 1.200 динара, то никоме није сметало, нити је смео да каже да је то „пљачка века“ зато што МУП то ради. Посао око израде картица подложен је контроли. Нека дође било тужилац, МУП, нека све прегледају, видеће да је то један чист посао између два државна субјекта, две народне банке: једне здравствене и друге која се стара о новцу.

Рок за прелазак на електронске картице је померен. Да ли мислите ли да је цела ова прича прешерано узбурка јавности?

Сигуран сам да ћемо ми електронске здравствене картице поделити, јер ће нам грађани сами то тражити. Велики је комфор да ставите картицу у читач и од тог тренутка више не треба преписивати податке. Ако треба да се попуњавају рецепти, са те картице нема преписивања ни прекуцавања. Мења се Закон о евиденцијама који ће омогућити да то преписивање, које је сада обавеза и здравствених радника, једном престане. Убрзо ћемо најавити електронски рецепт који треба да буде уведен у наредних годину годину и по дана, а он ће моћи само на ту картицу, тако да сам уверен да ће сви бити заинтересовани да је имају. То значи да београдски осигураник који се налази на одмору у Чачку, а има изабраног лекара у Београду, може да јави доктору да му је нестао лек, електронским путем ће апотеке добити тај налог и са картицом ће пацијент моћи да преузме лек, без одласка у Београд. Медијска анти-кампања која је уздржавала јавност, нама је одузимала много времена да убеђујемо људе да је закон донет раније. Картица је безбедан „кључић“ за улазак у електронски здравствени картон, заправо - електронску историју болести. Картица се постави у читач и добијају се медицински подаци од значаја за третман пацијента. Оног тренутка кад се извади та картица, нема више тих података.

Хоћете ли заштити да се здравствене установе ионашају више „домаћински“ него до сада?

Свакако. Императивно ћемо захтевати, кроз финансијску контролу пре свега. Кључно питање у читавом здравственом систему јесте да ли постоји контрола. Здравствене установе брзо ће увидети да постоји озбиљан контролни систем, између осталог и кроз функцију заштитника осигураника, које смо већ правилником регулисали и који ће се налазити као наши службеници у свакој здравственој установи, у неким као што је КЦС и десетак таквих заштитника. У неким кућама ће се радити и у три смене. Ургентни центар ради „као драгстор“, непрекидно је отворен и можда долази до неких прекршаја у односу на саме пацијенте. Чињеница да тамо долази огроман број људи, да се праве велике гужве, за мене је индикатор температуре у здравственом систему. Неко други не обави посао, онда су људи принуђени да иду у Ургентни центар у вечерњим сатима. Систем ургентног збрињавања који представља огледало функционисања здравственог система, веома је лоше уређен. Министарство здравља и Фонд ће морати да уложе озбиљне напоре да уреде систем. Сада сви иду у УЦ, неселективно. Клиничко-болнички центри морају да буду свакодневно отворени за хитне случајеве. Овакво, имамо „чеп“ у УЦ који је, упркос труду доктора, непрестив. И домови здравља врло брзо ће морати да преузму неке функције у ургентном збрињавању.

Колико држава издваја за лечење најуроженјих кашеиорија грађана?

Средства која држава издваја за лечење неосигураних лица су недовољна. Уместо шест милијарди, добијемо 600 милиона. Десет одсто стварних потреба из буџета. Буџет јесте оптерећен, али неко мора да плати здравствену услугу, а то је РФ-ЗО. Фонд не купује опрему, не набавља никакве уређаје, не може да да средства за изградњу или адаптацију простора. Ми само можемо да купимо здравствене услуге на тржишту, од државних или приватних установа. Ако неко каже да су веће-и по болницама неуређени, а Фонд није дао паре – то је бесмислица. Фонд то не сме да ради од 2005, када је донет Закон о здравственом осигурању.

Очекујете ли да централизоване јавне набавке, када буду доспеле у-

ни обим, остваре најављиване уштеде и антикоруптивни ефекти?

Направљен је систем. Јавне набавке за 2014. још нису почеле, јер чекамо да добијемо финансијски оквир од државе, Министарства финансија, Владе. Очекујемо одређене уштеде. Мање смо оптимистични него на почетку, јер се на количину не може добити дисконт какав смо очекивали, зато што је сада ограничен број лекова, њих 166, стављено у надлежност фонда. Болнице ће и даље морати саме да на-



бављају 1.200 лекова. Од 166 лекова чија набавка за 2014. годину иде преко Фонда, 60 нема алтернативу, тако да је тешко разговарати о снижењу цена. У 2015. обавеза Фонда биће комплетне јавне набавке лекова и материјала. Установе ће морати брзо да направе своје планове јавних набавки, као што је урађено у Фонду, покренуте су процедуре, направљена тендерска документација. Све је спремо за расписивање тендера који ће бити транспарентни, контролабилни, а стално постоји уверење да се на тендерима краде. Пошто сам на месту директора Фонда, ја се не срећем ни са ким од потенцијалних добављача, фармaceutских компанија, велледрогерија. Нема сусрета са њима ни приватно, ни службено. Нема разговора. Желим да избегнем било какву причу и могућност да будем увучен у ту причу.

Друга важна ствар, запослени у Фонду имају обавезу да пријаве своје сусрете са потенцијалним добављачима, у писменој форми. Свако појединачно прави извештај. То баш није популарно код запослених, али ја не тежим да будем популаран, већ да уредим систем. Ако сазнам да се неко срео са добављачем, а није известио, следи му отказ. Још није било отказа. Шта још није популарно међу запосленима, а што сам ја увео – сваки запослени свакодневно мора да напише извештај о свом раду у електронској форми. То захтева десет минута ују-

тро за претходни дан или на крају радног времена.

Да ли ће недавно усвојен Правилник „избрисајти“ листе чекања?

Правилник о листама чекања неће избрисати те листе, али ће бити фер и подложен контроли. Неће бити померања и прескакања, ни двоструког пријављивања пацијената. Све листе чекања водиће се на сајтовима установа, али и у Фонду. Контрола установа од стране Фонда смањиће и елемент коруптивности.

>>> Очекујем да ће НЗР унети више светла у то колики су стварни трошкови за здравствену заштиту <<<

Хитност медицинских индикација регулисана је правилником, али ја сам убеђен да ће он и његова примена увести много више реда него што га сада има.

Од 1. јануара наредне године почеће изградња Националног здравствене рачуна. Шта ће се тиме добити?

Добићемо, de facto оно што је стварни трошак у здравственом систему, било да је од стране Фонда, било да је од стране појединаца, државе, донатора. Све земље га имају и ми, такође, ако желимо у ЕУ мораћемо да га уведемо. Очекујем да ће НЗР унети више светла у то колики су стварни трошкови за здравствену заштиту. Оних 260 евра по становнику су само трошкови Фонда.

Повећана су издвајања за програм ваншлесне ојлодне. Колико новца ће бити укупно издвојено за ту намену и колико људова ће добити њакову шансу у државним, а колико у приватним клиникама?

Сразмерно понуди увек расте тражња. То је законитост тржишта. Направили смо уговор са Гинеколошко-акушерском клиником Клиничког центра Србије да утростручи број парова на третману, а тражићемо и од других установа у мрежи да знатно повећају број. У наредних месец дана видећемо колико ће бити потребе за приватним клиникама. Немамо ниједан разлог да под

истим условима не сарађујемо са приватним и државним кућама. Битно је задовољство брачног пара који долази на третман.

Често се говори се неопходности партнерства приватној и јавној сектору у здравству. Осим постојећих, у којим областима постоји могућност да се то оствари у наредном периоду?

Има уговора са приватницима. Могуће их је остваривати и у предстојећем периоду. Сигурно је да ћемо за оне здравствене услуге за које се праве дуге листе чекања, па онда не може државни сектор да их задовољи, морати да се обратимо приватном сектору. Треба да имамо разумну флексибилност: ми плаћамо здравствену услугу, а не државни или приватни сектор.

Најавили сте „обрачун са нерадом и јавашлуком“. Колико је то, у постојећој ситуацији, изводљиво?

Ево, почели смо од Фонда. Сваки запослени, сваког дана пише извештај о свом раду. То већ примењују у Рајфајзен банци, осигурању.. То је први корак.

ЛКС, СЛФС и Синдикат запослених у здравству и социјалној заштити, и Удружење лекара опште/јородичне медицине- указали су у заједничком саопштењу да су изостали ефекти примене Уредбе о корективном коефицијенту о наплаћивању лекара према учинку, и да је калкулациона формула - лоша. Каква је Ваш став?

У Великој Британији, „мајци капитације“, скоро сваке године се модификује капитациона формула. Унапређује се, додају се битни елементи. Према томе, то ће бити и наша судбина. Капитациона формула није најбоља, сигурно да има недостатке.

Највеће примедбе односе се на недовољну селективност постојећих критеријума, као и да коефицијент не даје праву слику стања, односно учинка лекара.

Моја идеја је да, за почетак, ми не правимо разлике тако што ћемо некоме смањивати зараду. Прво ћемо наградити оне који више раде. Они ће добити, на пример, 10 одсто веће плате. У следећој фази, биће разлика. Компетиција је „друго име“ за капитацију. Они који нису у стању да покажу већи резултат рада, суочиће се са смањењем плате. То сада није случај, али треба да усавршавамо ту формулу и да је



базирамо на европским искуствима. Ја бих највише волео да то буде слично Британцима, јер имају највише искуства.

Да ли ћо иде наушћрб квалићеша?

Увек постоји проблем између квалитета и етичких дисбаланса. Мања

лекари ће имати дефинисано оно шта Фонд може да плати. Оних 260 евра по становнику мора да се преточи у праксу. Направићемо и нову листу лекова. Очекују нас озбиљне промене.

Како са оіраниченим средствима йомирићи, с једне сћране, захћшеве за најширом йревенцијом и, с друје,

>>> Мењаћемо и услове рада у примарној здравственој заштити, на којој ће бити главни ослонац здравственог система <<<

потрошња лекова не значи бољи резултат рада. Није тако. То је наушћрб здравља. То је груби етички прекршај и то не желимо. Мењаћемо и услове рада у примарној здравственој заштити, на којој ће бити главни ослонац здравственог система. Они ће добијати од Фонда добре инструкције за рад и унапређење рада. Направићемо и дијагностички и фармакотерапијски приручник и

за најсофистициранијим йроцедурама у медицини?

То је решавање квадратуре круга! Нажалост, ми немамо новца, али смо изложени великом притиску. Ми се налазимо у фази притисака који личе на трку у наоружању. Скупи и недовољно доказани по ефикасности лекови су смртна опасност за мале и сиромашне земље као што

је наша. Њихова набавка би онемогућила плаћање неких много јефтинијих и ефективнијих технологија. Неки кругови чак мисле да се, повећањем притиска на Фонд путем медијске хајке, може све или скоро све изнудити. Уствари, то је директно ометање рада Фонда. Мене притискају медији, посебно плаћени од стране интересних група и појединаца који виде да са мном, не само да не могу да се „договоре“ ни око чега непоштеног, већ ни да се састану. Доктори добро знају да ћу увек бити на њиховој страни, да ће бити испоштовани, уважени. Они желе бољи здравствени систем, уређен и стабилан. Желе да знају правила. Ја хоћу да направим правила, макар се свима њима не допадала, али која омогућавају више правичности и за њих. И зато мој радни дан траје 12–15 сати. Желим да им поручим да ће за две године то бити битно бољи и ефикаснији здравствени систем од овог који имамо данас. Не обећавам куле и градове, већ само енергичну борбу за промене. //



РЕГИОНАЛНА ЛЕКАРСКА КОМОРА ЗА ЈУГОИСТОЧНУ СРБИЈУ:
ПОДРУЧНА КАНЦЕЛАРИЈА КРУШЕВАЦ

АЖУРИРАЊЕ ПЕРСОНАЛНИХ ДОСИЈЕА

// ДОКУМЕНТАЦИЈА МОРА БИТИ ПРИПРЕМЉЕНА ЗНАТНО ПРЕ ОБНВЉАЊА
ЛИЦЕНЦЕ // РАДИ СУЗБИЈАЊА СИВЕ ЕКОНОМИЈЕ И КОНТРОЛЕ ПРИВАТНИХ
ОРДИНАЦИЈА, БИЋЕ УПОРЕЂЕНИ СПИСКОВИ ОСНИВАЧА ПРЕМА ЕВИДЕНЦИЈАМА
РЛКЈИС И ЗДРАВСТВЕНЕ ИНСПЕКЦИЈЕ // КОМОРА ЋЕ ПОМОЋИ ЕДУКАЦИЈУ
КООРДИНАТОРА ЗА ДСГ //

Пише: Др Драгана Арсић
уз помоћ стручне
службе РЛКЈИС

Регионална лекарска комора за Југоисточну Србију (РЛКЈИС) делује у складу са Планом активности за 2013. годину, а који је усвојен на седници Скупштине РЛК.

Поменути Планом су дефинисани послови које поједини органи наше РЛК обављају у оквиру својих надлежности. То се односи на све органе- Скупштину, Извршни одбор, све посебне одборе, Надзорни одбор, Суд части, као и поједине Комисије. Сви наведени органи раде у складу са својим овлашћењима утврђеним Статутом Лекарске коморе Србије и доносе одговарајуће одлуке, дају предлоге и заузимају ставове. Све одлуке и закључци наведених органа се редовно стављају на сајт Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију у облику у коме су усвојени, тако да је ова врста транспарентности најбољи начин да чланство буде у току са активностима органа РЛКЈИС.

На иницијативу неких посебних одбора, председник Регионалне ле-



карске коморе за југоисточну Србију, спец. др мед. Александар Радосављевић, организовао је два веома важна радна састанка на којима су договорени почетни кораци у сарадњи. Реч је о Посебном одбору за стручна питања и стручни надзор на

чији је предлог председник РЛКЈИС позвао представника Здравствене инспекције нишавског округа, др Горана Стаменковића. Договорено је да се ради сузбијања сиве економије и контроле приватних ординација, упореде спискови оснивача из евиденције Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију и инспекције, ради утврђивања релевантних података о броју пријављених оснивача. Такође је договорено да се сачини нека врста приручника- упутства за вођење медицинске документације, а у циљу заштите чланства због евентуалне необавештености о важећим прописима из те области.

Посебни одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси, који је у овој години био доста активан, иницирао је други радни састанак, који

је председник РЛКЈИС уприличио са координаторима Републичког фонда здравственог осигурања за Дијагностички сродне групе (ДСГ) из Пожаревца, Бора, Крушевца и Ниша. Констатовано је да и сами координатори нису, нажалост, едуковани у довољној мери, тако да је договорено да Комора својим ресурсима помогне њихову едукацију како би они надаље могли да помогну лекарима и одговоре на бројне недоумице како у пракси треба примењивати ДСГ као нови начин плаћања услуга. У наредном периоду ће ти координатори опет бити позвани на седницу Посебног одбора заједно са др Урошем Јовановићем, као представником РФЗО, а очекује реализација договорене едукације.

Овакви радни састанци требало би да буду одржавани и са представницима осталих институција из области здравства, јер се показало да је тај вид сарадње вишеструко користан за чланство Коморе.

У протеклом периоду је Стручна служба активно радила на наплати чланарине од тзв. добровољних чланова, који раде углавном у фармацевтским кућама, као и од појединих оснивача приватних установа. Истовремено са тим активностима, увелико се кренуло са ажурирањем



здравствени радник процени да пацијент, из било ког разлога, не разуме дато обавештење, обавештење се може дати члану пацијентове уже породице.

Пацијент се може одрећи права на обавештење, осим обавештења о томе да је предложена медицинска мера потребна и да није без знатног ризика, односно да је ризично њено непредузимање. У изузетним случајевима, надлежни здравствени радник може прећутати дијагнозу, ток предложене медицинске мере и њене ризике, или обавештење о томе умањити, ако постоји озбиљна опасност да ће обавештењем знатно нашкодити здрављу пацијента. У том случају обавештење се мора дати члану уже породице пацијента.

Слободан избор

Право на слободан избор (члан 12.) лекара и стоматолога и установу - неспорно је, међутим, и ту постоје ограничења - „у складу са законом којим се уређује област здравствене заштите и законом којим се уређује област здравственог осигурања“. Пацијент има право на слободан избор доктора медицине, али као осигураник РФЗО може да бира лекара - опште медицине, педијатра, гинеколога и стоматолога - само у (државним) установама из плана мреже. Доктора стоматологије, додуше, може да бира, али те услуге ионако плаћа „из џепа“, односно само за неке категорије грађана те услуге покрива осигурање (деца, труднице, млади до 26. година...). Ни избор здравствене установе није до краја изводљив (нпр. ако пацијент хоће да „прескочи“ примарни и секундарни ниво и одмах иде на преглед код професора који ради у установи терцијарног нивоа).

Право на приватност и поверљивост регулисано је чланом 14. овог Закона. Пацијент има право на поверљивост свих личних информација, које је саопштио надлежном здравственом раднику, као и право на заштиту своје приватности током дијагностике и лечења. Према слову Закона, прегледу пацијента и предузимању медицинских мера могу присуствовати само здравствени радници који непосредно учествују у њима. Иако, по правилу, прегледу пацијента и предузимању других медицинских мера мо-

гу присуствовати ученици и студенти здравствене струке, здравствени радници у току приправничког стажа и стручног усавшавања, пацијент то може да одбије. На изричит захтев пацијента, прегледу који обавља надлежни доктор медицине, односно доктор стоматологије, не могу присуствовати други здравствени радници.

Када је у питању Право на пристајак (члан 15, први став) „пацијент има право да слободно одлучује о свему што се тиче његовог живота и здравља“. Међутим, у наставку се чини изузетак: „осим у случајевима када то директно угрожава живот и здравље других лица“. Дакле, пацијент сам одлучује чак и кад угрожава свој живот и здравље. У истом члану наводи се и да се Медицинска мера против воље пацијента може се предузети „само у изузетним случајевима, који су утврђени законом и који су у складу са лекарском етиком“.

Према члану 17, пацијент способан за расуђивање, има право да предложено медицинску меру одбије, чак и у случају када се њоме спасава или одржава његов живот. Да ли таква формулација уводи еутаназију „на мала врата“?

Према члану 20. истог Закона, пацијент има право увида у своју медицинску документацију. Изузетно, то право имају и чланови уже породице пацијента, уколико су ти подаци од значаја за њихово лечење. Надлежни здравствени радник дужан је да уредно води медицинску документацију, у складу са законом, и да евидентира све предузете медицинске мере.

Поверљивост јодајшак

Када је реч о праву на поверљивост података о здравственом стању пацијента (члан 21.), утисак је да се у нашој земљи до појаве овог Закона често су преко сваке мере у јавност доспевали подаци о здравственом стању јавних личности. На податке које су износили овлашћени медициналари, медији су додавали и информације својих „изваничних извора“. Закон је јасан: подаци из медицинске документације, спадају у податке о личности и представљају нарочито осетљиве податке. Дужни су да их чувају сви здравствени радници, здравствени

сарадници, као и друга лица којима су ти подаци доступни и потребни ради остваривања законом утврђених надлежности.

Дужности чувања података о здравственом стању пацијента надлежни здравствени радници, могу бити ослобођени само на основу писменог пристајка пацијента, односно његовог законског заступника, или на основу одлуке суда. Изузетно, подаци о здравственом стању пацијента могу бити саопштени пунолетном члану уже породице, без пристајка пацијента, ако је то неопходно ради избегавања здравственог ризика за члана породице.

Надлежни здравствени радник који обавља медицинско истраживање, дужан је да води рачуна о томе да заштита живота и здравља пацијента увек има предност у односу на интерес друштва и науке (члан 25.). Пацијент, који због медицинског истраживања претрпи штету на свом телу или здрављу, има право на накнаду штете у складу са законом, без обзира на кривицу. Здравствена установа је дужна да, пре почетка медицинског истраживања, осигура пацијента који учествује у истраживању, за случај настанка штете по здравље тог лица која је изазвана медицинским истраживањем, у складу са законом.

Члан 28, регулише Право на олакшавање патњи и бола, сагласно општеприхваћеним стручним стандардима и етичким принципима. Прецизирано је да то подразумева терапију бола и хумано палијативно збрињавање, али не и еутаназију.

Право на поштовање пацијентовог времена, из члана 29, свакако је важно, али остаје питање како ће се поступати ако већи број пацијентата очекује заказивање истог прегледа или дијагностичке процедуре „у најкраћем могућем року“. Како установити да ли је тај рок прекорачен са разлогом или без?

Пацијент, осим права, има и дужности - одговорност за лично здравље, одговорност према другим корисницима услуга и према здравственим радницима. (чл. 33-35.)

Према члану 33, пацијент је дужан да при остваривању здравствене заштите: активно учествује у заштити, очувању и унапређењу свог здравља; у потпуности и



штење о поступању и предузетим мерама у вези са приговором.

Подносилац приговора, незадовољан извештајем саветника пацијената, може се обратити Савету за здравље, здравственој инспекцији, односно надлежном органу организације здравственог осигурања код које је пацијент здравствено осигуран.

Савет за здравље, образован у јединици локалне самоуправе, разматра приговоре о повреди појединачних права пацијената на основу достављених и прикупљених доказа и утврђених чињеница; обавештава подносиоца приговора и директора здравствене установе, односно оснивача приватне праксе на коју се приговор односи и даје одговарјуће препоруке; разматра извештаје саветника пацијената, прати оства-

ривање права пацијената на територији јединице локалне самоуправе и предлаже мере за заштиту и промоцију права пацијената (члан 42.). Савет за здравље поред представника локалне самоуправе, чине и представници удружења грађана из реда пацијената, здравствених установа са територије јединице локалне самоуправе, као и надлежне филијале Републичког фонда за здравствено осигурање.

Казнене одредбе у Закону су неизбежне, али треба да првенствено имају превентивну сврху, осим што пуне буџет. Јер, како применити Закон и избећи казну од 300.000 до милион динара ако се пацијенту „не омогући слободан избор доктора медицине“? Питање је шта је слободан избор и може ли се тај став тумачити „овако и онако“. Ако лекар у

примарној заштити већ има здравствене картоне нпр. 3.000 одређених пацијената, како изаћи у сусрет још једном заинтересованом пацијенту, а да се притом не огреши о Закон и „заради“ казну за установу?

Надзор над спровођењем овог закона обавља Министарство надлежно за послове здравља. Јединице локалне самоуправе треба да организују рад и обезбеде услове и финансијска средства за рад саветника пацијената и Савета за здравље у року од шест месеци од дана ступања на снагу овог закона. Било како било, Закон коначно имамо, а да ли ће и у којој мери заживети, остаје да се види. Једно је сигурно, здравственим радницима неће бити нимало лако да нађу равнотежу између параграфа и реалности.

Јасмина Томашевић

За прекршај из става 1. овог члана тач. 2) до 7), 9) и 10) казниће се и здравствени радник предузетник новчаном казном од 100.000 до 500.000 динара.

Члан 45.

Новчаном казном од 500.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај здравствени радник предузетник ако поступа супротно одредбама члана 25. став 12. овог закона.

Члан 46.

Новчаном казном од 10.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај здравствени радник ако:

- 1) пацијенту ускрати право на информације (члан 7. став 1);
- 2) пацијенту, односно законском заступнику не да обавештење које је потребно како би пацијент, односно законски заступник донео одлуку о престанку или непрестанку на предложену медицинску меру, односно у медицинску документацију не унесе податак о датум обавештењу или ако пацијенту, односно законском заступнику онемогући увид у трошкове лечења (члан 11);
- 3) другим лицима саопшти личне информације за које је сазнао, односно које му је пацијент у току пружања здравствене заштите саопштио (члан 14. став 2);
- 4) без престанка пацијента, односно противно његовој вољи или без престанка законског заступника детета, односно пацијента лишеног пословне способности, над пацијентом предузме медицинску меру (члан 15. ст. 2. и 3);
- 5) у медицинску документацију пацијента не упише податак о престанку или одбијању престанка па-

цијента, односно законског заступника на предложену медицинску меру и пацијенту не омогући увид у своју медицинску документацију или ако не води медицинску документацију у складу са законом (члан 17. став 3. и члан 20. ст. 1. и 5);

- 6) законском заступнику не омогући увид у медицинску документацију када је пацијент малолетно, односно лице лишено пословне способности и ако детету које је навршило 15 година живота и које је способно за расуђивање, не омогући увид у његову медицинску документацију (члан 20. ст.2 и 3);
- 7) прекрши обавезу чувања нарочито осетљивих података о личности пацијента, односно располаже или рукује подацима из медицинске документације пацијента супротно одредбама чл. 21, 22. и 24;
- 8) не упише у медицинску документацију пацијента податак о напуштању здравствене установе без најаве пацијента, не обавести, без одлагања, о напуштању стационарне здравствене установе од стране детета, односно пацијента лишеног пословне способности надлежни орган старатељства, односно законског заступника или не обавести, без одлагања, надлежни орган старатељства о одлуци законског заступника да дете, односно пацијент лишен пословне способности напусти стационарну здравствену установу, противно најбољем интересу пацијента (члан 27. ст. 3-5).

За прекршај из става 1. овог члана тач. 3) и 8) казниће се и здравствени сарадник.

Члан 47.

Новчаном казном од 20.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај саветник пацијената, ако не доставља месечни извештај директору здравствене установе, односно тромесечни, шестомесечни и годишњи извештај Савету за здравље (члан 41. ст. 6. и 7). //



We take cancer personally

Pacijenti su u središtu svega što radimo u kompaniji Roche.

Oni nas pokreću i inspirišu da stvaramo inovativne lekove i pronalazimo terapijska rešenja koja će nastaviti da menjaju živote onih koji boluju od raka širom sveta.

Dug put je iza nas, ali je i dug put pred nama.



МИНИСТАРКА ЗДРАВЉА ПРОФ.
ДР СЛАВИЦА ЂУКИЋ ДЕЈАНОВИЋ

Неоџходне џромене у оцени рада лекара

Капитациона формула је била добра идеја, али само ако се узме у обзир и квалитет рада лекара, а не само квантитет, оценила министарка здравља Славица Ђукић Дејановић, гостујући у Дневнику РТС-а. Министарка је истакла и да мора да буду унете промене у ту формулу, као и да се на томе ради. Промену начина оцењивања лекара затражили су синдикати и Лекарска комора. – Капитациона формула је добра идеја, али ако узмемо у обзир само квантитет, а не квалитет, значи да се нешто у њеној структури мора мењати, – рекла је Славица Ђукић Дејановић.

Лекари имају јако мале плате за веома сложен посао, рекла је министарка и истакла да је формирала Комисију која управо ради на томе да се промени капитациона формула. – Чињеница је да неких осам одсто лекар може имати више од свог колеге, ако се изузетно труди. Осам одсто на малу плату је јако мало, и сама сума новца која разликује лекаре је демотивишућа, – рекла је Ђукић Дејановић и додала да ће ситуација бити таква док се не покрене привреда Србије.

Министарка је додала да је на Министарству и Фонду да структуру капитационе формуле у наредних неколико месеци у договорима са синдикатима и здравственим радницима поправи, у смислу вредновања квалитета рада. //

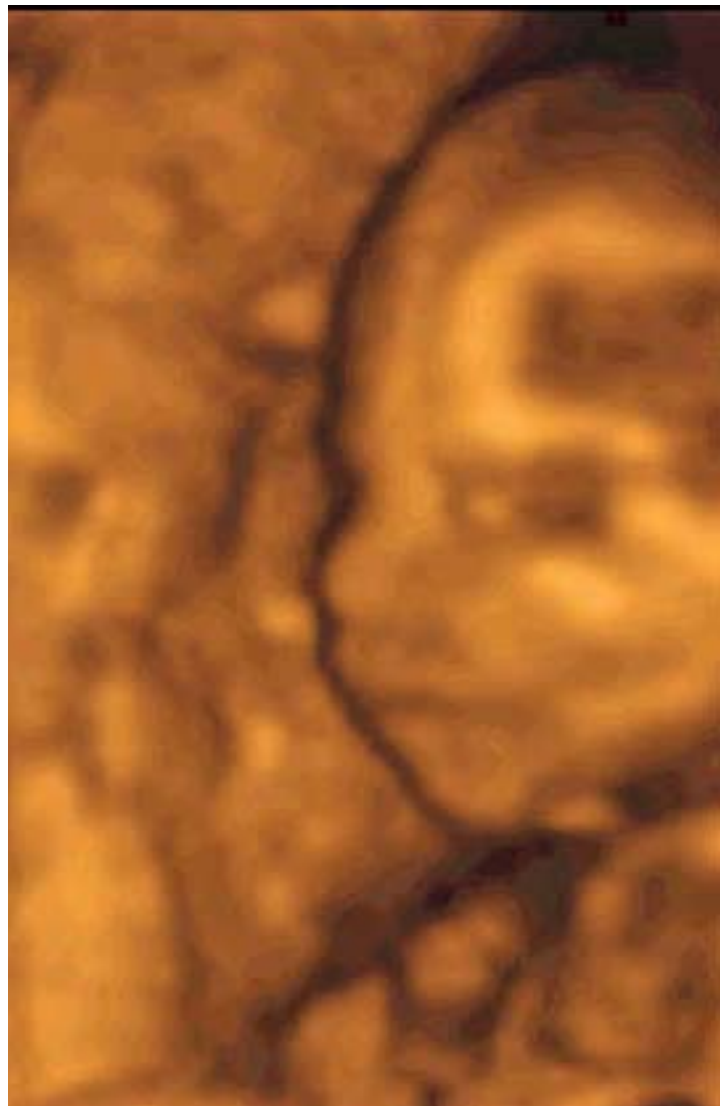
НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ У

Ултразвучна 3D/4D технологија базира на 2D ултразвучној технологији која за генерисање тродимензионалних слика користи РС хардверску технологију и одговарајући софтвер.

Напредак 3D компјутерске графике допринео је развоју ултразвучних приказа. И поред импресивности 3D слике, техника креирања 3D/4D слике се и даље заснива на 2D ултразвучним сликама. То се одвија тако што одговарајући софтвер и хардвер ређају слике једну до друге и тако генеришу волуменски приказ.

Приказ 4D или, у оригиналу, „Real-Time3D“ или „Live 3D“, заснован је на истој технологији као „статични“ 3D или Free-hand 3D ултразвучни приказ. То је серија 3D ултразвучних волуменских секвенци које су анимиране одговарајућим софтвером и приказују се на монитору као покретна 3D слика.

До недавно су анимиране секвенце биле нешто „испрекидане“, јер се за анимацију користи свака двадесета слика, али са напретком графичког хардвера анимиране секвенце су све „течније“ и одвијају се у реалном времену.



НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ У СВЕТСКОЈ МЕДИЦИНИ

О ВАЖНОСТИ ПРИМЕНЕ РАЗЛИЧИТИХ МЕТОДА У ИСТРАЖИВАЊУ

КЛИНИЧКА ИСПИТИВАЊА ДЕМЕНЦИЈЕ

// ХИПОМЕТАБОЛИЗАМ ПРЕТХОДИ АТРОФИЈИ МОЗГА КОД ОСОБА БЕЗ КОГНИТИВНИХ ПРОМЕНА КОЈЕ СУ АМИЛОИД-БЕТА ПОЗИТИВНЕ //

Пише:
ДР СЦИ. ВАЊА КЉАЈЕВИЋ



Истраживачка група са којом тренутно радим у немачком Центру за неуродегенеративне болести (DZNE) у Ростоку бави се клиничким питањима деменције, с посебним интересом за деменцију код Алцхајмерове болести (AD). У раду користимо неуроимџинг методе, као што су: diffusion tensor imaging (DTI), positron emission tomography (PET), и (functional) Magnetic Resonance Imaging ((f)MRI). Овде ћу указати на неколико студија у којима смо користили те методе, илуструјући како специфична истраживачка питања захтевају различите методе.

У недавно завршеној студији истраживали смо хипометаболизам и атрофију мозга у преклиничкој и пре-деменцијској фази Алцхајмерове болести у групи од 245 испитаника. Користећи нову методу ПЕТ-имиџинга за *in vivo* мерење β -амилоида у мозгу, Florbetapir F 18 ([18F] AV 45), упоредили смо хипометаболизам, квантификован методом FDG-PET, и атрофију сиве масе мозга, што смо израчунали користећи MRI, код когнитивно нормалних $A\beta$ -негативних особа (контролна група) и когнитивно нормалних $A\beta$ -позитивних особа, $A\beta$ -позитивних

особа са раном варијантом благог когнитивног поремећаја и $A\beta$ -позитивних особа са каснијом варијантом благог когнитивног поремећаја.

Наиме, према недавно усвојеним модификацијама критеријума за дијагностику и истраживање AD,

та болест представља континуум, обухватајући преклиничку фазу (когнитивно нормалне $A\beta$ -позитивне особе), продормалну фазу ($A\beta$ -позитивне особе са раном варијантом благог когнитивног поремећаја и $A\beta$ -позитивне особе са каснијом варијантом благог когнитивног поремећаја) до клиничке AD деменције. Наша истраживања су показала да је значајан хипометаболизам одређених структура мозга већ присутан код когнитивно нормалних $A\beta$ -позитивних особа код којих нема знакова значајне атрофије. Ово узбудљиво откриће да хипометаболизам претходи атрофији у смислу да се промене могу пратити већ у најранијој фази болести, те да хипометаболизам и атрофија имају различита анатомска полазишта, представили смо прошлог месеца на конгресу Међународног Алцхајмеровог удружења у Бостону, САД.

Користећи fMRI, у другој студији проучавали смо да ли негативне емоције утичу на радну меморију

код когнитивно нормалних старијих особа, а у студији за коју почињемо са скенирањем овог месеца, испитиваћемо семантичке процесе код AD пацијената користећи симултано ERP (event-related potentials- евоцирани потенцијали) и fMRI методе. Тренутно је веома мали број објављених радова који извештавају о симултаној употреби ERP и fMRI, углавном зато што та врло сложена комбинација метода захтева посебно осмишљени експериментални дизајн, специјалну опрему (нпр. EEG капе са електродама које се могу унети у MRI скенер), посебне стратегије симултане примене тих метода превазилазе техничке изазове, јер се кроз њихову комплементарност у принципу може постићи бољи увид у питања када и где у мозгу долази до прекида одређене когнитивне функције.

Досљупни подаци

Наша истраживачка група такође је посвећена иницијативи да се подаци прикупљени у истраживањима учине доступним другим истраживачима. Заједно са професором Штефаном Тајпелом од јануара 2012. координирам Европску DTI Студију о деменцији (European DTI Study on Dementia, EDS), на којој раде водећи истраживачи из области Алцхајмерове деменције из Немачке, Италије, Холандије, Ирске и Велике Британије. Уступа-



јући податке заједничкој бази података, та иницијатива омогућава истраживања већих група пацијената од оних које су доступне појединачним центрима.

Тренутно располажемо подацима за више од 400 пацијената са дијагнозом AD и благог когнитивног поремећаја, уз податке о контролним групама са когнитивно нормалним испитаницима. EDSD дата укључују резултате неуропсихолошких тестова, DTI i MRI имидже, и, између осталог податке о APOE ε4 статусу, тау, phospho-tau, и Aβ-вредностима за део испитаника. Ускоро ће ти подаци бити јавно доступни, бесплатно, истраживачима из целог света, захваљујући иницијативама као што су Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (ADNI) (<http://www.adni-info.org/>), коју води професор Michael W. Weiner из Сан Франциска и NeuGrid (<https://neugrid4you.eu/>), коју води професор Giovanni Frisoni из Бреше, и које ће на својим порталима чувати и EDSD дата.

На темељу података из EDSD базе података, до сада су објављена четири рада. Међу њима је и студија ауторке овог текста „The ε4 genotype of apolipoprotein E and white matter integrity in Alzheimer's disea-

О АУТОРУ

Вања Кљајевић докторирала је из области когнитивних наука на Универзитету Карлтон у Отави. Њена интересовања укључују афазисе, неуроллингвистику, когнитивне аспекте деменције, као и неуроимидинг методе. Објавила је књигу *Comprehension of Wh-Dependancies in Broca's Aphasia*, Cambridge Scholars Publishing (2012), и бројне радове у домаћим и страним часописима и збиркама.

се“, која је објављена у једном од водећих светских часописа из области AD, „Alzheimer's & Dementia“ (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23706516>), чији је impact factor 14.48. У тој студији истраживали смо питање да ли APOE ε4 утиче на микроструктуру беле масе мозга у AD, на групама од 70 пацијената и 56 когнитивно здравих особа, in vivo користећи DTI методу. Главни закључак студије је да APOE ε4 има негативан утицај на белу масу здравог мозга, али да се тај ефекат већ изгубио у манифестној AD.

Суптилне промене на малим влакнима беле масе нису уочљиве ако се користе друге методе.

Специфичан образац

Иако су неуроимидинг методе важне у неуро-когнитивним истраживањима, моја досадашња искуства са бихевиоралним студијама о питањима језика, које су настајале кроз сарадњу са тимовима у Хрватској, Холандији, Србији и Шпанији, указују на њихову и даље веома важну улогу у стицању увида у когнитивну функционалност. На пример, студија о разумевању сложене синтаксе код когнитивно нормалних, старијих говорника шпанског језика, која је направљена са тимом на Институту за геронтолошка истраживања у Сан Себастијану, показала је да ти говорници користе компензационе методе специфичне за структуру шпанског језика како би постигли нормално разумевање реченица које захтевају више радне меморије, чија функција слаби услед процеса старења. Резултате смо објавили на овогодишњој међународној конференцији когнитивних наука у Берлину, а чланак је доступан у збирци радова.

Студија са једним типом афазичних говорника српског језика показала је да код тих пацијената постоји специфичан образац у говорном outputу референције на време кроз глаголске форме, који указује на ослабљену способност тих говорника да укажу на прошлост и, уствари, не одражава граматички поремећај језичке морфологије, као што се обично сматра. Студија је рађена у сарадњи са проф. др Roelien Bastiaanse са Универзитета у Гронингену и др Драганом Чаушевићем са београдског Института „Цветко Брајовић“.

Резултате смо представили на CUNY Conference on Sentence Processing у Сан Дејвису, Калифорнија, 2009, и објавили нешто касније као поглавље у књизи „Multidisciplinary Aspects of Time and Time Perception“, штампаној у берлинској издавачкој кући Спрингер.

Дакле, неуроимидинг је отворио нове сфере истраживања и обећава неслушене могућности увида у рад мозга. С друге стране, бихевиоралне и lesion-студије имају осигурано место у неуро-когнитивним истраживањима. //



НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ У СВЕТСКОЈ МЕДИЦИНИ

МАТИЧНЕ ЋЕЛИЈЕ У ЛЕЧЕЊУ БОЛЕСТИ ПОВЕЗАНИХ СА СТАРЕЊЕМ

ВЕЛИКА ОЧЕКИВАЊА ОД ЋЕЛИЈСКЕ ТЕРАПИЈЕ

// ПРИМЕНА ТЕ ТЕРАПИЈЕ, КОЈА ЈЕ САСТАВНИ ДЕО РЕГЕНЕРАТИВНЕ МЕДИЦИНЕ, ПОДРАЗУМЕВА РЕПАРАЦИЈУ ИЛИ ЗАМЕНУ ОШТЕЋЕНИХ ИЛИ ОДУМРЛИХ ЋЕЛИЈА //

Пише: др Јасмин Нурковић

У последњих пет година додељене су две Нобелове награде за медицину научницима који су се бавили матичним ћелијама.

У 2010. години у САД је регистровано 12,9 одсто људи старијих од 65 година, док је ова узрасна група чинила осам одсто укупне светске популације.

Зато је данас, а сматра се да ће то бити и у непосредној будућности, превенција и лечење обољења повезаних са старењем, централни задатак у различитим секторима биомедицинских дисциплина. Главна обољења која се повезују са старењем су дегенеративне болести (неуродегенеративна обољења – Алцхајмерова болест, Паркинсонова болест и амиотрофична латерална склероза, макуларна дегенерација ретине, остеоартритис, остеопороза и друге) и обољења у чијој основи лежи поремећај ћелијске функције (тумори, кардиоваскуларна обољења, хронична опструктивна болест плућа и шећерна болест). Једна од могућности за лечење ових обољења је примена ћелијске терапије, која је саставни део регенеративне медицине, а подразумева репарацију или замену матичним ћелијама оште-



ћених ћелија које су изгубиле функцију или оних ћелија које су одумрле.

Дефиниција и класификација матичних ћелија

Иако се област биологије матичних ћелија нагло научно развила, постоји значајан степен конфузије и несллагања о природи матичних ћелија. Ова забуна може се делимично приписати жељи за индивидуалним терминима и дефиницијама да се опишу матичне ћелије. Литература о матичним ћелијама препуна је термина, као што су: „бесмртно“, „неограничено“, „континуирано“, што такође није корисно. Уколико би се експериментално доказивала „бесмртност“ матичних ћелија то би значило да ће експеримент и резултати надживети и ауторе и читаоце.

Сва та сазнања уз узајамно разумевање и експерименталну стандардизацију могу бити корисна и довести до доброг научног утемељења у овој области.

Матичне ћелије су неспецијализоване ћелије организма у врло раном стадијуму развића, које у нормалним условима у датом ткиву могу да се диференцирају у различите типове функционално специјализованих зрелих ћелија.

Оне имају важну улогу у ембрионалном развићу и органогенези (ембрионалне и феталне матичне ћелије), као и у ткивној хомеостазии и регенерацији (адултне матичне ћелије).

У односу на функцију, матичне ћелије се класификују на нормалне и канцерске матичне ћелије, а у односу

МАТИЧНЕ ЋЕЛИЈЕ у односу на функцију		МАТИЧНЕ ЋЕЛИЈЕ у односу на извор изолације		
нормалне	канцерске	ембрионалне	феталне	адултне

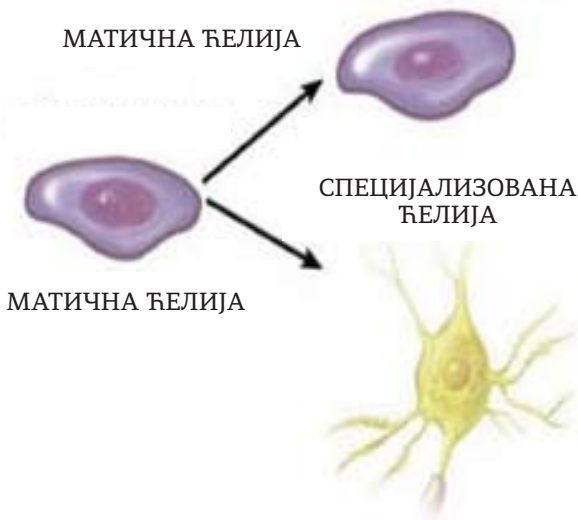
Табела 1. Класификација матичних ћелија у односу на функцију и извор изолације



ИСТРАЖИВАЊА

Нова сазнања у биологији матичних ћелија чине ту област једном од најинтересантнијих тема у медицини. Један од разлога за то је потенцијал матичних ћелија у терапији дегенеративних болести. Од овог броја у неколико наставака биће речи о најновијим сазнањима из области матичних ћелија у свету, као и о најновијим истраживањима која се раде у нашој земљи. Текстова је припремио др Јасмин Нурковић, асистент у Департману за биомедицинске науке и истраживач у Лабораторији за матичне ћелије Државног универзитета у Новом Пазару.

Др Нурковић је докторант на изборном подручју Матичне ћелије у биомедицинским наукама, под менторством проф. др Миодрaга Стојковића. Лабораторију за матичне ћелије води шефица Зана Долићанин, лекар специјалиста очних болести, која се пост-докторски усавршавала из области матичних ћелија у Бордоу, у Француској. Лабораторија, директно или индиректно, сарађује са еминентним научницима из те области у нашој земљи.



Слика 1. Асиметрична деоба матичне ћелије

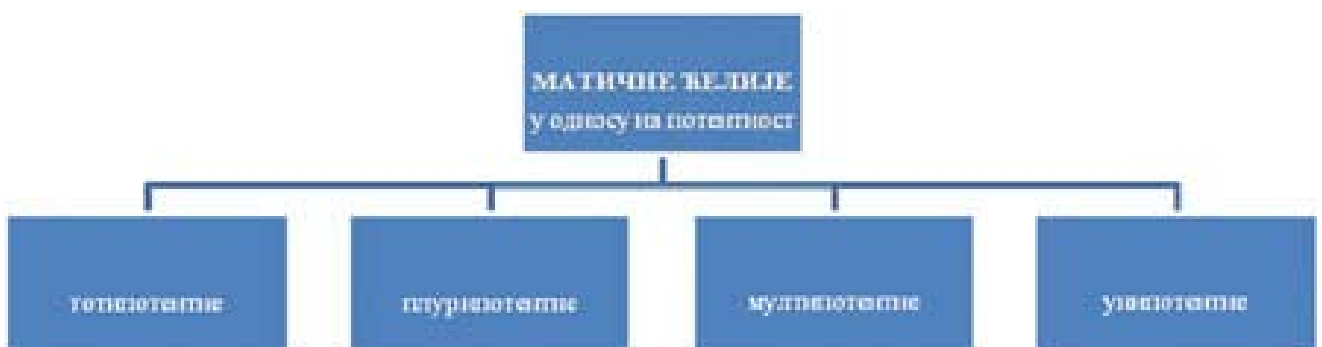
на извор изолације на ембрионалне, феталне и адултне матичне ћелије (Табела 1).

Три основне карактеристике обележавају матичне ћелије: 1) способност самообнављања, 2) потентност, 3) клоногеност.

Самообнављање је јединствена способност континуиране деобе матичних ћелија у смислу сопствене репродукције, што их чини потенцијално бесмртним. Наиме, матичне ћелије деобом дају две ћелије, од којих једна ћерка ћелија обнови сопствену популацију, а друга путем пролиферације и диференцијације даје сукцесивно прогениторне, прекурсорске и потом зреле ћелије организма; таква деоба назива се асиметрична деоба (Слика 1).

Потентност (пластичност) означава потенцијал диференцијације матичних ћелија у различите специфичне врсте ћелија. У односу на потентност, матичне ћелије могу бити разврстане у широк дијапазон, од тотипотентних, преко плурипотентних, мултипотентних до унипотентних ћелија (Блок дијаграм 1).

У следећем броју ближе ћемо објаснити поделу матичних ћелија у односу на потентност. //



Блок дијаграм 1. Класификација матичних ћелија у односу на потентност

СА СТРУЧНИХ ОКУПЉАЊА >>>>>>>>>>>>>>>



СВЕТСКА КОНФЕРЕНЦИЈА ЛЕКАРА ОПШТЕ/ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ WONCA 2013. ОДРЖАНА У ПРАГУ

БРИГА ЗА ГЕНЕРАЦИЈЕ

// МАРГАРЕТ ЧЕН: ПОРОДИЧНИ ДОКТОРИ – ЗВЕЗДЕ У УСПОНУ

// РИЧАРД РОБЕРТС: КОРИШЋЕЊЕ ИНФОРМАЦИОНИХ ТЕХНОЛОГИЈА У РАЗМЕНИ ЗНАЊА И КОМУНИКАЦИЈИ – КАРИКА КОЈА ЈЕ НЕДОСТАЈАЛА //

У организацију 20. Светске конференције опште и породичне медицине, чешке колеге уложиле су озбиљан вишегодишњи напор који се вишеструко исплатио:

1) Од почетка до краја све је функционисало ненаметљиво, а савршено, пропраћено љубазном и сусре-

тљивом домаћинском бригом за госта;

2) Програм је осмишљен да је заиста покрио све стручне аспекте бриге за генерације;

3) Изузетном посећености не само колега са свих континената, већ и свих светских имена у породичној медицини.

Духовитом (поменувши не само шестогодишње стручне и организационе састанке, већ и бригу о предвиђању природних непогода) и надасве пријатељском добродошлицом, на отварању први је поздравио више хиљада присутних учесника, Бохумил Сајферт, председник Организационог одбора домаћина.



Посебну част и на радост домаћина и свих присутних је учинила др Маргарет Чен (Chan), генерални директор Светске здравствене организације, својим предавањем о породичним докторима као „звездама у успону“ у ери најразличитијих неједнакости у свету.

У стопу је пратио председник WONCA др Ричард Робертс (Richard Roberts) који, свестан да не можемо све неправде и неједнакости у доступности здравствене заштите сами решити, предочио да информационе технологије и њихово коришћење у размени знања, комуникацији и консултацији са колегама, али и са пацијентима, представљају „карику која је недостајала“ да све наше знање и добре намере спроведемо у дело. Отуда и учешће и свеприсутност компаније Интел на овој Конференцији, уз представљање иновативног приступа у лечењу уз широку употребу информационих технологија од стране вицепредседника сектора за маркетинг и продају Гордона Грејлиша. На неформалном де-



лу отварања, извођење музичког програма Тап Тап оркестра састављеног од студената са проблемима у развоју и дипломаца Прашког Института Једлицка је пропраћено са најдужим аплаузом. Модератор церемоније Андреј Хавелка са својим swing-jazz оркестром Melody Makers је подигао многе учеснике на ноге већ прве вечери.

У одлично пројектованом Конгресном центру са холлом који је застакљен и пружа панораму Прага све и да из њега не изађете, било је довољно простора за излагање близу 1.800 постер презентација у три дана. Србију су представљале колеге из више Домова здравља, од којих су највредније биле колеге из Дома здравља Чукарица са осам аутора и 10 радова. Предавања су одражавана у исто време у свих шест дворана, а уз то и интересантне радионице у мањим салама позивале су на непрекидно трагање за нај-садржајем науштрб осталих. Једно од најпосећенијих је било „Да ли се усуђујемо да будемо различити?“ професора др Игора Шваба из Љубљане,

У ОРГАНИЗАЦИЈИ УДРУЖЕЊА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА СРБИЈЕ У БЕОГРАДУ ОДРЖАН 2./19. КОНГРЕС

НАЈВЕЋИ СКУП ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА У РЕГИОНУ

// ВИШЕ ОД 400 УЧЕСНИКА ИЗ СРБИЈЕ И ЗЕМАЉА У ОКРУЖЕЊУ ИМАЛО ПРИЛИКУ ДА ЧУЈЕ 28 ЕМИНЕНТНИХ ПРЕДАВАЧА ПО ПОЗИВУ //

Пише: проф. др Лиђија
Кандолф Секуловић

Национални Конгрес Удружења дерматовенеролога Србије одржан је од 12. до 15. јуна у београдском Центру Сава. Конгресу је присуствовало укупно 400 учесника из Србије и региона – из Македоније, Бугарске, Босне и Херцеговине, Црне Горе, Хрватске, Словеније и Мађарске. Учесници скупа имали су прилику да чују 28 еминентних предавача по позиву из региона, Европе и Сједињених Америчких Држава који су, уз најбоље дерматовенерологе из Србије, разменили најновија сазнања и искуства.

Главне теме Конгреса биле су: превенција, дијагностика и лечење меланома и тумора коже (сесије о дерматолошкој онкологији), нове терапијске опције за псоријазу, дијагностика и лечење аутоимунских и инфламаторних болести коже, полно преносиве болести и естетска дерматологија.

Неколико тема било је у сесијама под називом Слободне теме, где су изнети нови подаци у вези са контактним дерматитисом, дерматолошком хирургијом, педијатријском дерматологијом и кутаним васкулитисима.

Дан пре почетка Конгреса одржан је курс из дермоскопије на коме су предавачи били проф. др Ђузепе



Председник Конгреса проф. др Радош Зечевић током радног дела Конгреса

Аргенциано (Giuseppe Argenziano) и проф. др Ирис Залаудек (Iris Zalaudek) који су водећи стручњаци у свету на пољу раног откривања тумора коже, а овај курс похађало је више од 300 дерматолога.

Конгрес је свечано отворен у Народном позоришту у оквиру кога су пригодне говоре одржали проф. др Ервин Чахлер (Erwin Tschachler), будући председник Европске академије за дерматологију и венерологију, проф. др Ђузепе Аргенција-

но, председник Интернационалног Удружења за дермоскопију, и проф. др Жан-Жак Гроб (Jean-Jacque Grob), председник Европског удружења за дерматолошку онкологију, а потом је изведена чувена балетска представа „Ко то тамо пева“.

У оквиру рада Конгреса, у среду 12. јуна у Центру „Сава“ одржана је и промоција књиге „Савремена терапија псоријазе“ аутора проф. др Радоша Зечевића, проф. др Лиђије Кандолф Секуловић, проф. др Дани-



Проф. др Лидија Кандолф Секуловић и доц. др Жељко Мијушковић са гостима Конгреса



Проф. др Радош Зечевић и доц. др Жељко Мијушковић са словеначким и хрватским колегама



Предавачи са учесницима конгреса у холу КБЦ Бежанијска коса:
први с лева је проф. др Грахам Хјуз, по коме је АФС добио име Хјузов синдром



Професори: КНАМАНТА М., СЕРВЕРА Р., ШОЕНФЕЛД Ј., АЛЕКБЕРОВА З. и СТОЈАНОВИЋ ЈБ.



Чланарина за добровољне чланове (доктори медицине који не обављају као професију послове здравствене делатности, доктори медицине који су у пензији, а нису радно ангажовани и доктори медицине држављани РС који живе и раде у иностранству) износи 0,8 одсто од нето месечне зараде, односно месечних примања и не може бити нижа од 400 динара.

Незапослени доктори медицине, који су добровољни чланови, имају обавезу плаћања чланарине у износу од 10 динара месечно.

Одлуком о висини накнаде за чланарину за 2013. годину, смањен је најнижи износ чланарине са 500 динара на 400 динара.

9. ПОСЛЕДИЦЕ НЕУЧЛАЊЕЊА У КОМОРУ

Основ за добијање лиценце, поред запослења, јесте и упис у Именик Лекарске коморе Србије.

Сходно чл.259. Закона о здравственој заштити, новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај здравствени радник ако се не удружи у комору здравствених радника у складу са законом

Чланом 257. Закона о здравственој заштити РС, новчаном казном од 500.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај здравствена установа односно друго правно које обавља здравствену делатност уколико омогући самосталан рад здравственом који није добио лиценцу, односно обновио лиценцу.

10. ПОСЛЕДИЦЕ НЕПЛАЋАЊА ЧЛАНАРИНЕ

Члан Лекарске коморе Србије чини повреду угледа члана Коморе уколико не испуњава обавезе члана Коморе утврђене законом, Статутом и другим општим актом.

Уколико члан Коморе не испуњава обавезу плаћања чланарине, не оставрује право на исплату солидарне помоћи, и на издавање потврда и уверења.

У складу са чланом 21. Статута Лекарске коморе Србије, редовном члану Коморе престаје чланство, неплаћањем чланарине шест месеци у току једне (календарске) године, од дана уписа у именик Коморе, а након истека те године.

Гордана Цекић
Регионална лекарска комора Београда

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>

ДОМ ЗДРАВЉА „ДР МИЛОРАД - МИКА ПАВЛОВИЋ“ У ИНЂИЈИ

ВИСОКИ СТАНДАРДИ – НАЈБОЉИ ПУТОКАЗ

// УСПЕЛИ СМО ДА СЕ ИЗБОРИМО ЗА КВАЛИТЕТ ОВЕ КУЋЕ, ЈЕР СМО ВЕРОВАЛИ У ЉУДЕ – КАЖЕ ДР ВАСА ПЕТРОВИЋ, ДИРЕКТОР // ДО КРАЈА ГОДИНЕ ТРЕБА ДА БУДЕ УВЕДЕНО И ШЕСТ ЕВРОПСКИХ СТАНДАРДА //

Дом здравља „Др Милорад - Мика Павловић“ у Инђији шест година узастопно проглашен за најбољи у Србији у сталном унапређењу рада, у категорији домова здравља у општинама до 50.000 становника, као и по основу укупног салда бодова.

Директор те установе, прим. др Васа Петровић, у разговору за Гласник Лекарске коморе Србије, истиче да је Инђија постала „репер“ квалитета рада примарне здравствене заштите и то не само у Србији, него и у Југоисточној Европи и републикама некадашње Југославије.

Осим тога, инђијски Дом здравља прва је установа у Србији која је добила акредитацију на седам година. Иако није био обухваћен

пројектом који је финансирала држава, овај дом здравља до сертификата је стигао за само годину дана, маја 2011. Агенција за акредитацију здравствених установа Србије оценила је као „изванредно“ (excellent) чак 98,19 одсто од укупно 545 задатих параметара. – Систем акредитације уведен је да би сигурност и безбедност биле на највишем нивоу. Поставили смо критеријуме какве тренутно нема нико у Србији, ни окружењу. У томе је учествовало 13 тимова са укупно 124 запослених. Наши материјали сада су „уџбеници“ за акредитацију другима у земљи. Захваљујући запосленима и проф. Рамићу, који је био координатор за безбедност и сигурност, успели смо да наш систем квалите-

та, сигурности и безбедности, буде много виши него што држава прописује. То пуно кошта – каже прим. др Васа Петровић, који се на челу те куће налази већ осам година.

Др Петровић специјализирао је гинекологију, а потом и менаџмент у здравству, магистрирао на ФОН-у. На челу новосадског Дома здравља био је три године, а богато искуство има и у области ургентне медицине.

Шест европских стандарда

Према речима др Петровића, до краја године треба да буде уведено шест европских стандарда квалитета које још нико нема у Срби-





Прим. др Васа Петровић са сертификатом о акредитацији

ји. У том озбиљном послу сарађују са Факултетом техничких наука у Новом Саду.

Током претходних седам година, ова установа повећала обим и садржај послова за 700 одсто. Па-

ралелно су едуковани запослени и обновљена комплетна опрема. – Систем здравствене заштите мора бити једнако доступан, брз и квалитетан свуда, а не само у великим центрима као што су Београд,

Ниш, Крагујевац и Нови Сад. Успели смо да се изборимо за квалитет ове куће, јер смо веровали и улагали у људе.

Наши апарати најбољи су по светским мерилима. У односу на дру-



ИСКУСТВА ДРУГИХ

Словенија је 2003, у време када је проф. др Душан Кебер био њихов министар (сада експерт СЗО), урадила пилот пројекат за карцином грлића материце. Седам година касније, они су дословце прегледали све жене. Чак и оне Словенке које живе у иностранству добиле су позивно писмо да када стану ногом на словеначко тле, одмах иду у први дом здравља где ће бесплатно урадити преглед и Папаниколау тест. То је фасцинантан успех.

Битан показатељ квалитета здравствене заштите жена јесте инциденца обољења. Финска која је најбоља има 2,5 оболелих на 100.000, Словенија 2,8.

Подаци за Србију су алармантни: стопа износи чак 36 на 100.000, а то је једини карцином који може да се превенира и излечи ако се открије на време. У Србији сваког дана од рака грлића материце оболи пет жена, две жене умру.

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>

ге, ова кућа пружа од три до пет пута већи број услуга, како по обиму, тако и по садржају – наводи др Петровић.

Учесници бројних пројеката

Годишње се у лабораторији обави 250.000 услуга, а савремени уређаји „штеде“ реагенсе. Директорка Светске здравствене организације, када им је била у посети, рекла је да на основу таквог рада лабораторије, Дом здравља треба да дели за посленима 13. плату. Апсурдно, лабораторија прави губитак од 15.000 евра сваког месеца, јер ради много више у односу на средства обезбеђена за њен рад.

чи 10.000 динара мање у куративу, а код малигих болести динар уложен превенцију „штеди“ 100.000 динара за лечење.

Међу здравственим установама у Србији, ДЗ Инђија има највише пројеката, како са Министарством здравља, тако и са међународним организацијама: пет пројеката са ромском популацијом, четири са Министарством здравља у вези са превенцијом малигих и кардиоваскуларних болести, а са Глобал фондом, највећим светским фондом за борбу против АИДС, туберкулозе и маларије, реализују пројекте превенције АИДС у затворима и казнено-поправним домовима у Србији. – Урадили смо највише прегледа у циљу откри-

вања малигих болести, правили смо своје акције и, у сарадњи како са Општином, тако и Покрајином, и одрадили велике проспективне студије. Прве године, када смо почели да позивамо наше суграђанке на превентивни преглед за карцијом грлића материце, имали смо одзив 55,8 одсто, какав није имала ниједна земља у окружењу. То смо радили сопственим средствима. Показали смо да мала општина као што је Инђија може да брине о здравственој заштити својих суграђанки – указује др Петровић.

Он упозорава да се колоректални карцином „пробија“ на прво место међу малигнитетима у мушкој и женској популацији. Зајед-



Дом здравља Инђија има највише превентивних активности у Србији, а последњих шест година на базарима здравља који се организују на територији општине, два пута годишње, у свим насељеним местима раде се бесплатни прегледи и контрола здравственог стања становништва. – Медицина је превенција. Још Аристотел је говорио да је превенција све и да је он плаћен да не ради. То се често заборавља. На базарима здравља који се организују на територији општине бесплатно је прегледано више од 25.000, односно 60 одсто становника – каже др Петровић, напомињући да га искуства стечена током МОНИКА пројекта СЗО, чији је био носилац за нашу земљу, „терају“ да се озбиљно бави превенцијом. Јер, један динар уложен у превенцију кардиоваскуларних болести зна-

САВЕТОВАЛИШТЕ ЗА МЛАДЕ

Уведено је и Саветовалиште за младе, које је добило награду као најбоље саветовалиште те врсте у Србији.

Млади су носиоци свих активности, па тако вршњачких едукатора има 880, а волонтера-промотера више од 3.500. Држећи радионице по школама, они се боре против болести зависности, алкохола, дувана, дроге, као и сексуално преносивих болести. Написали су и режирани две представе које се баве том тематиком.

но са секретаријатом за науку покрајинске владе, започет је пројекат – водио га академик Бранимир Гудурић – који је показао специфичности националних мањина, због тога што исхрана директно утиче на учестаност колоректалног карцинома. Пројектом су обухваћене српска, мађарска, словачка и русинска популација – укупно 5.000 људи, од чега 3.700 српске националности. Европска комисија оценила је тај пројекат као најбољи пројекат Југоисточне Европе. Одобрено је да пројекат буде урађен за целу Војводину, али како се комуникација одвија на релацији Брисел – Београд, на томе се стало.

Академик Гудурић приказао је тај пројекат у Америци, где је добио похвале и признања, пошто Американци као вишенационална средина инсистирају на тим специ-



фичностима. Добили су и сугестије како да ураде „добру причу“ по регионима у Војводини, али је пројекат стао због финансија. Са Републиком Српском и Домом здравља у Бијељини до сада су прошли три „филтера“ како би тај пројекат у оквиру програма прекограничне сарадње био финансиран из ИПА претприступних фондова Европске уније.

Међу бројним делегацијама, Инђију су посетили и представници италијанске регије Трентино, професори Клаудио Агустини и Пауло Сера, који су се залажили да та регија финансира пројекат у области заштите менталног здравља становника те војвођанске општине. Италија је једна од ретких земаља ко-

у објекту у Инђији сада је издвојена педијатрија, диспансер за плућне болести и апотека. У оквиру исте зграде направљена је и Поликлиника. Дом здравља „Др Милорад - Мика Павловић“ има у саставу објекте у још девет места у општини. Амбуланте се налазе у Љукову, Јарковцима, Новим Карловцима, Старом Сланкамену, Сланкаменачким виноградима, Чортановцима, Марадиду и Бешки. Здравствену заштиту обезбеђује 24 сата у амбулантама у Инђији и Бешки, где је пре неколико година направљен пункт Ургентне медицине, првенствено ради указивања помоћи на Коридору 10.

У Дому здравља у току је пројекат за побољшање здравствених и

обуку и имају лиценце. Апарати су постављени на пијаци, спортском центру, базену, стадиону и у згради Општине. Парамедикуси „купују време“ за пацијента са застојем срчаног рада до доласка медицинара – каже директор ДЗ Инђија.

У свим амбулантама још од 2006. постоји пуна опрема за кардиопулмоналну и церебралну ресусцитацију, указивање неопходне животне потпоре, односно СРСР. У ДЗ Инђија медицинари су завршили обуку према Европском савету за ресусцитацију, сви имају белгијске лиценце, а једном-двапут годишње имају реедукацију за проверу лиценце.

За потребе хитне помоћи, заједно са општином, купљена су два нова



ЕЛЕКТРОНСКИ ЗДРАВСТВЕНИ „КАРТОН“

Комплетан електронски „картон“ уведен је овде пре седам година. Наш програм има европске сертификате, а обезбеђује много више података него што тражи РФЗО: од 100 одсто према критеријума које је тражио Фонд, информатички систем у Инђији испуњава 154 одсто. Опрема је врхунска, вишеструки системи заштите обезбеђују да не дође до пада и губљења података. То је „срце система“, али у систематизацији још нема предвиђеног радног места за информатичаре.

ја је практично укинула болничко лечење ментално оболелих.

Реновирани сви објекти

Када је реч о простору и опреми, сви објекти су реновирани, дограђено је 1.500 квадратних метара у Дому здравља, урађени су клима уређаји у све просторије. У свим просторијама и у ходницима чује се тиха музика. Свака служба у Дому здравља препознатљива је по боји простора и униформи. Пријатнијем амбијенту доприносе и плазма телевизори у чекаоницама, као и пултови уместо некадашњих шалтера. Максимално је испоштована сигурност и безбедност пацијената, и кроз све просторије у свим амбулантама Дома здравља видно је обележена жута линија, за уклањање медицинског отпада.

социјалних услова живота најстаријих суграђана који су болесни и сами. Отворен је и Превентивни центар, који се бави превенцијом малигних и кардиоваскуларних болести. За разлику од осталих домова здравља у Републици, овдашње Саветовалиште за дијабетес никада није престајало да ради. Подсећамо, та саветовалишта укинута су 2007, а поново отворена новембра 2012. године.

Дефибрилатори на јавним местима

Пре шест година поставили смо аутоматске дефибрилаторе на јавним местима у Инђији. На њима раде парамедикуси, који имају сертификате Европског ресусцитационог савета и који своје знање обнављају сваке године. Сви су прошли

реанимобила, као и два нова санитарска транспортна возила са клима уређајима за превоз пацијената на хемодијализу у Сремску Митровицу. Постоји и нови возни парк за Службу кућне неге и теренски рад. – Служба ургентне медицине дома здравља Инђија најбоља је у Србији, не зато што ја то кажем, већ то показују параметри. Примењујемо технологију коју други не примењују, радимо дијагностику и терапију коју други не раде. Ми смо прва установа југоисточне Европе која ради хипотермију на терену, а када се пацијент „врати у живот“ нема никаквих последица, упркос асфиксији и хипоксемији. Имамо малу лабораторију која ради све ургентне параметре, али и најбоља возила – реанимобиле, према критеријума Европског савета за ресусцитацију. Инђија је достигла успешност реани-



нимације од 33 одсто прошле године и 36 одсто током 2013. То је верификовано, како у писаној тако и у електронској форми. Успешност у свету креће се у распону од један до 40 одсто – наглашава др Петровић. Он подсећа да су 2008, захваљујући брзој интервенцији хитне помоћи, смањене последице удеса пољског аутобуса на аутопуту код Инђије, када су, нажалост, страдали пољски грађани, за шта су добили признање пољске Владе и Министарства спољних послова. Дом здравља Инђија имао је тада за пет минута две екипе на терену, за наредних пет још пет екипа, за седам минута још пет, а за 29 минута збрнути су сви повређени.

Када је реч о манифестацијама од међународног значаја, медицинари из Инђије имају импозантно искуство: покривали су ЕГЗИТ, као и велики концерт групе Red Hot Chili Peppers на коме је било 100.000 људи и то на начин какав до тада није забележен у Европи. Осим пољске болнице са 30 лежајева, било је организовано и 14 здравствених пунктова у ацени и ангажовано осам возила. У току вечери прегледана су 684 пацијента, а само један (који је у ВИП ложи пао на спеленицама)

транспортован је у Нови Сад ради даљег испитивања. Слична организација санитетске службе била и на Егзиту: 15 лежајева, шест пунктова, а за посетиоце су неопходне услуге биле бесплатне.

Улагање у едукацију зајослених

Дом здравља у Инђији има 350 запослених, од којих је 85 доктора. У последњих осам година 16 лекара завршило је специјализацију. Направљена је смо дугорочна слика развоја система здравствене заштите у општини, тако да ће у наредних 25–30 година Инђија имати адекватан број специјалиста.

Уместо да грађани буду упућивани у Нови Сад или Београд, много економичније, сматра др Петровић, било би да специјалисти долазе једном недељно у Инђију и прегледају пацијенте у новој Поликлиници. На тај начин уштедело би се много новца и времена.

Стратегија куће је да сваке године што више запослених прође неки вид едукације. Последњих година едукацијом су обухваћени сви запослени. Њихови радови запажени су и награђени на домаћим

и страним конгресима, а видно су изложени у просторијама Дома здравља. – Оно на чему сам прво инсистирао јесте промена културе понашања и културе дијалога. Сви запослени су прошли и циљану едукацију Факултета организационих наука у области персоналне комуникације, комуникације са медијима и комуникације у кризним ситуацијама. Циљану едукацију прошло је и немедицинско особље – указује др Петровић.

Тако су њихове спремачице данас едуковане хигијеничарке, са завршеним немачким курсевима са практичном и теоријском наставом, за шта имају и сертификате. Промењена су и хемијска средства која се користе за дезинфекцију и одржавање објеката, а за 50 одсто смањена је физичка активност хигијеничарки, уз разна телескопска и друга механичка помагала. – Можемо да урадимо пуно у здравству, само ако будемо добри домаћини. То је најважнија ствар. Нису „напољу“ паметнији од нас. Само су рационалнији и држава их „прати“, са циљем да се повећа обим и садржај услуга, а смањи број оболелих – закључио је, на крају разговора, др Васа Петровић.

Јасмина Томашевић



тирање користи у земљама енглеског говорног подручја, а појам мобинг у многим другим Европским земљама и земљама ван енглеског говорног подручја, можда постоје неке семантичке разлике и конотације, чија је намера и сврха да се однесе на исти феномен.

Постоје мишљења да се било које разлике у употреби термина могу односити више на културалне разлике самог феномена у различитим земљама него на саме разлике у појмовима, односно схватањима. Насупрот овоме, сматра се да термине треба употребљавати према њиховом правом значењу, јер неуједначеност у употреби, различити теоријски концепти и методолошке мане истраживања доводе и до

ње се односи на упорне и нежељене сексуалне покушаје, обично на радном месту, где су последице одбијања потенцијално веома неповољне за жртву.

Малтретирање (енгл. *bullying*) је употреба силе или принуде да се злостављају или застрашују остали. Понашање може бити стално и укључује неравнотежу друштвене или физичке снаге. Понашање може да укључи вербално малтретирање или претње, физички напад или принуду и може више пута бити усмерено на поједине жртве, можда на основу друштвеног стајења, расе, вере, пола, сексуалности, изгледа, понашања или способности. Према неким ауторима, ако се малтретирање спроводи од

дефиниција елиминише привремене сукобе и фокусира се на оне ситуације када долази до испољавања психијатријске и/или психосоматских патолошких стања.

Једна од дефиниција мобинга наведена је у француском Закону социјалне модернизације из 2002. године коју је дефинисала француска психолошкиња Мари-Франс Иригојен: „Мобинг је психолошко малтретирање које се понавља путем акција којима је циљ или последица деградирање услова рада, које могу довести до напада и нанети штету људским правима и људском достојанству, утицати на физичко и ментално здравље или компромитовати жртвину професионалну будућност.“ Мари-Франс Иригојен је многим закључцима потврђивала Лејманове ставове, али за разлику од њега, њено мишљење је да за мобинг није значајно постојање психолошког терора као континуираног понашања у трајању од најмање шест месеци, већ суровост моралне агресије која може да буде таквог интензитета да жртва много раније осети последице мобинга. Некада је довољан и само један мобинг да разори личност индивидуе.

ПЕТ ОСНОВНИХ ФАЗА

Постоји пет основних фаза мобинга. Прва фаза је потенцијална основа мобинга и представља нерешен конфликт међу сарадницима који као крајњи исход има поремећај у међуљудским односима. Почетни сукоб се убрзо заборавља, а заостале агресивне тежње усмеравају се према одабраној особи. У другој фази потиснута агресија ескалира у психотерор. Услед сплетки, понижења, претњи и психичког злостављања и мучења, жртва губи своје професионално и људско достојанство и почиње да се осећа и постаје мање вредном. Ово је праћено губитком угледа, подршке, права гласа итд. у свом радном окружењу. У трећој фази већ обележена и перманентно злостављана особа постаје „чак за боксовање“, „дежурни кривац“ за све пропусте и неуспехе колектива. Четврту фазу карактерише очајничка „борба за опстанак“ жртве, код које се тада појављује синдром изгарања на послу (*burn-out*), психосоматски и депресивни поремећај. У петој фази након вишегодишњег терорисања, жртве оболевају од хроничних болести и поремећаја, напуштајући посао или чак посежу за суицидним излазом.

различитих података о преваленци мобинга који се креће од два одсто до 17 одсто или осцилира између 12 одсто и 15 одсто у северним и западним Европским земљама. Подаци четвртог Европског истраживања о условима на раду показују да око четири-пет одсто запослених у земљама Јужне Европе пати од малтретирања на послу. Узнемиравање (енгл. *harassment*) обухвата широк спектар понашања офанзивног карактера. Обично се схвата као понашање са намером да се неко узнемири или насекира, и то се карактеристично понавља. У правном смислу, то је намерно понашање које се заснива на претњи или узнемиравању. Сексуално узнемирава-

стране групе, онда је то мобинг. Жртва малтретирања се понекад назива „мета“.

Мобинг или психички терор (енгл. *mobbing*) у радном окружењу, према Лејману, значи непријатељску и неетичну комуникацију која је усмерена на систематичан начин од стране једног или већег број лица, углавном према једном појединцу. Такође, постоје случајеви у којима је мобинг узајаман све док један од учесника не постане губитник. Ове акције су честе (скоро сваки дан) и током дужег периода (најмање шест месеци) и због своје учесталости и трајања, резултирају значајним психичким, психосоматским и социјалним патњама. Ова

Вертикални и хоризонтални

Подела мобинга може бити према критеријуму смера мобинга, мотива и узрока. Такође, постоји и политички мобинг, мобинг у здравству, и другим делатностима (нпр. државна управа, одбрана, школство, угоститељство итд.). У односу на смер спровођења мобинга, ко је злостављач (мобер), а ко жртва мобинга, мобинг се дели на хоризонтални и вертикални.

Хоризонтални мобинг се јавља међу радницима који су у једнаком положају на скали хијерархије у установи. Осећај угрожености, завист и љубомора могу подстаћи жељу да се елиминише неки колега посебно ако се мисли да његова елиминација може да доведе до напретка у каријери мобера. Читав група радника због неких унутрашњих проблема, напетости и љубоморе може да изабере једног радника, „жртвеног јарца“, на коме ће доказивати да су способнији и јачи, спроводећи над њим разне облике моралног малтретирања и психичке тортуре.



социјалног порекла, приватног живота; имале су осећај да су дежурни кривац; биле су мање укључене у програм едукације; осећале су да им се резултати на радном месту обезвређују; надређени су их сексуално угрожавали; желеле су да про-

резултати овог истраживању су показали да се 16,3 одсто испитаника изјаснило о постојању барем једне врсте мобинга у трајању дужем од шест месеци. Овај податак налази се у опсегу резултата добијених у истраживањима спроведеним у дру-

вљања на раду, Закона о забрани дискриминације, и Закона о раду, треба узети у обзир и специфичности наше земље као државе у транзицији, где постоји перманентни страх од губитка посла као и непостојања јасно дефинисаних правила понашања, недовољно развијеног међусобног поштовања и задовољавајућег нивоа пословне комуникације.

Особе које злостављају било да су колеге или неко из заједнице могу своје неадекватно понашање да испољавају још увек без адекватних санкција. У прилог томе да насиље, мобинг добија размере епидемије говори велики број пријављених случајева код невладиних организација, синдикалних организација и правосудних органа где се највећи број односи на мобинг у здравственим установама. Такође, треба бити обазрив и због злоупотребе мобинга од наводне жртве, па су због тога потребне едукације шта је мобинг, како га препознати, спречити, а шта су обавезе на радном месту. //

>>> О постојању бар једне врсте мобинга у трајању дужем од шест месеци изјаснило се 16,3 одсто испитаника <<<

мене радно место; осећале су замор због посла који раде; имале су психичких тегоба и биле су на боловању због дешавања на радном месту; и ове врсте мобинга дешавале су се дуже од шест месеци. Ово истраживање је било више усмерено на одnose на самом радном месту, и није узело у обзир друге особе које могу да спроводе насиље на радном месту, на пример пацијенте, породице пацијената, као и мере које би требало да се постоје и да се спроводе у радном окружењу у случају насиља на радном месту. Такође,

гим европским државама, а који се крећу од пет одсто међу запосленима у болницама у Финској до 38 одсто запослених у здравственом сектору у Великој Британији. Када су у питању земље у окружењу добијени резултати у овом истраживању најближи су резултатима студије спроведене међу здравственим професионалцима Босне и Херцеговине током 2004. и 2005. године у којој се 26 одсто испитаника изјаснило као жртва константног мобинга.

Без обзира на законску регулативу, Закона о спречавању злоста-



не и тропске болести са клиничком сликом менингитиса и енцефалитиса. У наведеном периоду забележено је и осам смртних исхода. Све умрле особе су биле старије од 60 година и хронични су болесници.

Међу оболелима најзаступљеније су биле особе старости преко 50 година - 89,1 одсто, а међу њима 71,8 одсто је имало неко хронично обољење, односно повећан ризик за тежи облик болести. Учешће оболелих мушкараца износило је 63,8 одсто, а жена 36,2 одсто.

Оболели од грознице Западног Нила су регистровани на подручју 13 општина Београда. Највише оболелих је са територије Општине Палилула (18,2 одсто) и Вождовац (14,5 одсто), следе Нови Београд (12,6 одсто), Гроцка и Звездара (по 10,9 одсто).

У односу на начин заражавања 33,3 одсто оболелих имало је повећану изложеност убодима комараца у периоду од три недеље пре појаве симптома (боравак у природи и шуми, кућа/викендица близу реке, боравак на реци, рад у башти и воћњаку), а код осталих оболелих начин заражавања је непознат. У свим случајевима оболеле особе у

та за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак“.

Завод за биоциде и медицинску екологију је током августа 2012. године, од сакупљених 3.000 комараца *Culex pipiens* са три локалитета на територији Београда, послао 150 пулова женки на детекцију генома West Nile Virusа (WNV) у Националну референтну лабораторију за авијарну инфлуенцу Републике Србије у Ветеринарском специјалистичком институту „Краљево“ у Краљеву. WNV је потврђен у 10, од 150 пулова *Culex pipiens* коришћењем методе RT - PCR (West Nile).

АКТУЕЛНА ЕПИДЕМИОЛОШКА СИТУАЦИЈА ГРОЗНИЦЕ ЗАПАДНОГ НИЛА НА ТЕРИТОРИЈИ БЕОГРАДА У 2013. ГОДИНИ

У складу са препорукама Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић - Батут“ за спровођење епидемиолошког надзора над грозницом Западног Нила, од

ним ризиком од тежег облика болести.

Све оболеле особе са тешком клиничком сликом менингитиса (упала можданица и кичмене мождине) и енцефалитиса (упала мозга), односно неуроинвазивним обликом болести, хоспитализују се на Клиници за инфективне и тропске болести.

Међу оболелима 51 особа је са територије Београда: са Палилуле и Новог Београда - по пет, из Земунa - шест, Чукарице - седам, Вождовца - осам, Старог града и Барајева - по две, Младеновца - три, Обреновца - четири, Звездаре - пет, а Савског венца, Гроцке, Раковице и Сопота - по једна.

Од укупног броја оболелих (64) од грознице Западног Нила највише су заступљене особе старости преко 50 година - 50 (78,1 одсто), затим следе оболели узраста од 40 до 49 година - шест (9,4 одсто), од 30 до 39 година - пет (7,8 одсто) и од 20 - до 29 година - три (4,7 одсто).

Према подацима о начину инфекције (изложеност ризику заражавања у периоду од три недеље пре појаве симптома), код свих оболелих начин заражавања је непознат. Ниједна од оболелих особа није нигде путовала.

Код свих оболелих инфекција вирусом грознице Западног Нила лабораторијски је потврђена у националној референтној лабораторији за АРБО вирусе, Института за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак“ (присуство антитела класе IgM у ликвору и /или серуму оболелих).

До 15. августа у Европској унији регистровано је 30 случајева оболевања од грознице Западног Нила и 119 случајева у суседним земљама.

Према подацима Завода за биоциде и медицинску екологију, у првој недељи августа месеца на територији града Београда методом случајног узорка постављене су клопке за узорковање комараца на 145 локација. Анализом тих узорака (PCR R-T) детектовано је присуство вируса Западног Нила у 42 узорка на ширем подручју Београда, што са локалитетима од 31. јула чини укупно 66 позитивних локација (на неким локалитетима је поновљено узорковање и позитивност се одржава, а испитивани су нови локалитети, који су показали позитивност у августу, а били негативни у јулу).

>>> Вирус Западног Нила се не преноси међу људима путем контакта. Код око 80 одсто инфицираних особа болест протиче асимптоматски, а око 20 одсто заражених особа има благу клиничку слику у виду грознице, главобоље, мучнине, повраћања, понекад се јавља оток лимфних жлезда или оспа на кожи груди, леђа или стомака. Код једног оболелог на 150 инфицираних долази до развоја тешке клиничке слике са знацима упале мозга (енцефалитис) или упале можданица и кичмене мождине (менингитис), односно неуроинвазивног облика болести <<<

периоду инкубације нису путовале ван земље.

Лабораторијским испитивањима узорака крви и ликвора код 69 оболелих испитаника дијагностикована је грозница Западног Нила, од тога 45/54,9 одсто потврђених и 24/29,3 одсто вероватних случајева, на основу лабораторијских критеријума - присуство антитела IgM класе у ликвору и/или серуму. Лабораторијске анализе су обављене у националној референтној лабораторији за АРБО вирусе, Институту-

друге половине јула до 20. августа 2013. године, Центру за контролу и превенцију болести Градског завода за јавно здравље, Београд пријављена су 64 случаја оболевања од неуроинвазивног облика грознице Западног Нила (46 потврђених и 18 вероватних). У наведеном периоду регистрована су четири смртна исхода (два из Београда и два ван Београда). Све четири умрле особе су старије од 50 година и хронични су болесници, односно припадају категорији становништва са повећа-



КАКО ДО БОЉЕГ РАЗУМЕВАЊА ОДНОСА ЛЕКАР – ПАЦИЈЕНТ?

Балинт метод и унапређење комуникације

Пишу: прим. др Смиљка
Радитић и прим. др Драгица
Николић

Доктори се често осећају „у шкрипцу“, са пацијентима. Интеракције са пацијентима могу изазвати у доктора осећања фрустрираности, љутње, неспокојности... Један од начина за боље разумевање ових захтевних ситуација је учествовање у Балинт групи.

ЗАШТО БАЛИНТ ГРУПА?

Балинт група, названа по психоаналитичару др Мајклу Балинту, је едукативна, тренинг група од осам до 12 чланова са једним или два групна водитеља, методолошки представља комбинацију искуствене и супервизионе групе док-



тора која се редовно састаје и у којој се презентују „клинички случајеви“ како би се боље разумео однос лекар-пацијент. Балинт групе су моћан искуствени метод лекарског тренинга у терапеутској комуникацији и ефективној употреби односа доктор-пацијент. Користе се за учење и стицање широког спектра професионалних и интерперсоналних компетенција. Иако су доктори научени и тренирани да траже „прави“

одговор на медицински проблем, у Балинт групи је фокус на повећању способности доктора да повеже негу, лечење и бригу за пацијента.

Чланови Балинт групе могу бити: доктори, остали здравствени професионалци, студенти, психолози, педагози, социолози, остале професије.

РАД У БАЛИНТ ГРУПИ

Балинт група која траје 90 минута почиње презентацијом једног од учесника „клиничког случаја“ који може укључити неку медицинску информацију, али се углавном концентрише на интеракцију лекар-пацијент и природу дилеме која је довела до тога да изнесе „случај“ групи. Група дискутује о „случају“ сагледавајући обе стране: доктора, пацијента и њихов однос и откривајући различите и нове пер-



У Балинт групи фокус је на повећању способности доктора да повеже негу, лечење и бригу за пацијента



ШАРЕНЕ СТРАНЕ >>>>>>>>>>

спективе о пацијенту и осећањима доктора. Успех у раду зависи од поштовања, поверљивости, граница, толеранције према различитим мишљењима и подршке разликама у мишљењима, поштеног односа и сигурности у групи. Садржај рада у групи је поверљив. Чланови Балинт групе могу да се састају месецима или годинама развијајући кохезију и поверење током времена проведеног у групи.

Како Балинт група помаже лекарама? – да спознају да и други имају тешкоће у интеракцији са пацијентима и сензибилишу лекара да препозна сопствена осећања и мотивације као и да брже и лакше препознаје психолошко и психосомат-

>>> Балинт групе су моћан искуствени метод лекарског тренинга у терапеутској комуникацији и ефективној употреби односа доктор – пацијент <<<

ско – да развијају веће разумевање, емпатију за пацијенте и да подстиче доктора да слуша причу пацијента – да размишљају како осећања и мисли утичу на однос лекар-пацијент – да схватају значење свесних и несвесних одговора пацијентима – да унапреде вештине за сналажење у „тешким“ ситуацијама са пацијентима – да боље раде свој посао када се појави неодређеност и несигурност – да ефикасније доносе одлуке у вези са медицинским проблемима – да охрабре докторе да процењују вештине комуникације, препознају и разумеју своја ограничења – да имају бољу перцепцију о постојању „слепих мрља“ у комуникацији са пацијентима и разумевању пацијента као особе и његових проблема – као „антидот“ синдрому изгарања у раду лекара – да доктори промене ставове како би однос лекар-пацијент употребили у терапеутске сврхе и да имају већу иницијативу у свакодневном раду – да освесте индивидуални приступ пацијенту и трагају за алтернативним начинима у одговору на „тешке“ ситуације – да спознају да понекад нема јасних одговора и решења.

Више информација о Балинт методу на вебсајту Балинт друштва Србије: www.balintsrbiya.org //

КОНТАКТ ОБНОВЉЕН ПОСЛЕ
СКОРО 50 ГОДИНА ОСВЕЖИО СЕЋАЊА

СУСРЕТ СА ДРАГИМ ПРОФЕСОРОМ

Генерација студената 1964/65. не разликује се много од садашњих генерација, иако ће следеће године бити 50 година од како смо се уписали на факултет. Велики број наших колега је, што се и сада дешава, одмах по завршетку студија отишао у иностранство. Једна велика група је у Швајцарској и има неколико уважених чланова од којих су поједини завршили каријеру као наставници.

На једном од наших дружења присећали смо се давних студентских дана. Највише смо причали о нашем асистенту са интерне ме-

дицине др Светозару Кнежевићу. Са професором Кнежевићем смо, ношени свих ових година свакодневним обавезама, сасвим изгубили контакт. Др Михаел – Мики Подвинец, који је председник швајцарског удружења за сарадњу са иностранством рекао је да би га требало наћи и допунио то реченицом: „Можда можемо у нечему да му помогнемо“.

Трагање се исцлајило

Речено-учињено! Почела је потрага за професором са интерне Б клинике Светом Кнежевићем. На-



ПРОФЕСОР СВЕТОЗАР КНЕЖЕВИЋ СА СТУДЕНТИМА

KORAK DO ZDRAVLJA

Od početka septembra na tržištu se pojavio novi internet servis "Korak Do Zdravlja". Reč je o inovativnoj usluzi za naše područje koje omogućava jednostavno zakazivanje pregleda kod lekara koji se nalazi neposredno u vašoj blizini ili pronalazak najbliže apoteke i njenih osnovnih podataka. Ova jednostavna web usluga omogućava svakome, ko ima pristup internetu, da pronađe lekara po profesiji, opštini i slobodnim terminima, te se registruje i jednostavno zakaže pregled u slobodnom terminu.

Kao što je korisnicima jednostavno zakazati termin isto tako je i lekarima jednostavno organizovati svoje termine. U trenutku zakazivanja termina lekar dobija mail potvrde o zakazivanju i termin na stranici postaje zauzet. Isto tako sat vremena pre zakazanog termina lekar dobija na e-mail podsetnik sa informacijama o terminu. Na taj način svaki lekar može svoj posao voditi i pratiti putem interneta sa bilo koje lokacije, na bilo kojem uređaju (PC-u, laptopu, tabletu ili pametnom telefonu) koji ima pristup internet.

Naveden web servis dostupan je u sve opštine Republike Srbije i obuhvaćene u sve medicinske specijalnosti lekara.

Kako bi Vas pacijenti što jednostavnije pronašli u Vašim osnovnim podacima stavljena je i google mapa čime se vizualno dočarava pozicija vaše ordinacije.

The image displays four screenshots of the 'Korak Do Zdravlja' website interface. The top-left screenshot shows the main navigation menu with icons for 'NASLOVNA', 'TIŠINA', 'OSTAKNE', and 'ZAKAZIVANJE'. The top-right screenshot shows the profile of 'dr. Zoran Janjavić' with a map of his location. The bottom-left screenshot shows a dropdown menu for selecting a location. The bottom-right screenshot shows a 'Rezerviši TERMIN' section with a calendar and a 'VIŠE INFORMACIJA' section with contact details.

Stranica je prostija od "kijanja", mislimo da nam je svima dosta čekanja na telefonu. Zakažite, otkazite i organizujte sve na vrlo prost način...Korakom do zdravlja.

Za sve informacije o mogućnostima usluge slobodno nas posetite na stranici ili nas kontaktirajte putem e-maila

www.korakdozdravlja.rs

info@korakdozdravlja.rs .

ШАРЕНЕ СТРАНЕ >>>>>>>> ||

ИЗ ИСТОРИЈЕ



ПРОФЕСОР КНЕЖЕВИЋ У СВОМ ДОМУ

ша другарица др Илинка Ђурђић (сада Вуковић) убрзо је утврдила преко професорке Љубице Божиновић да је професор Кнежевић још увек активан и виталан и проследила му наше телефоне. Велики су били радост и узбуђење када се проф Кнежевић јавио истим крепким гласом као у давне студентске дане и позвао нас да га посетимо. Мики (Подвинец) написао је дирљиво писмо за професора и послао нам да му га уручимо.

Професор нас је сачекао већ на степеништу, изљубили смо се, мало се нашалили на рачун наших „младих“ година и у разговору брзо прешли на студентске дане и нашу генерацију. Професор је био видно узбуђен када је чуо колико је вредних и уважених људи произашло из наше генерације. Набрајале смо му имена наших колега професора: Ђорђа Контића, Зорана Куљаче и Симе Марјановића са офталмологије, Градимира Голубовића са гастроентерологије, Мирославе Јашовић са психијатрије, Владиславе Весовић и Љиљане Радовановић са физијатрије... Списак би био дуг да се наброје и сва друга имена. Причали смо о животним путевима и

успешним каријерама наших колега широм Србије и света.

Евоциране усјомене

Професор Кнежевић је испричао да има два сина. Један је у Србији фармацеут, веома је брижан, у шта смо се увериле кад је у једном тренутку зазвонио телефон и син га је питао да ли је све добро. Други син је кардиолог, има приватну ординацију у Њу Џерсију са 10 запослених лекара и бави се модерном кардиолошком дијагностиком. „Наследио“ је свог оца коме цела наша група дугује изванредну припрему из интерне медицине, а посебно кардиологије. Данас знамо колико нам је, у току целог нашег професионалног живота, знање које нам је пренео професор Кнежевић користило за добробит наших пацијената.

Вече је брзо протекло и на растанку смо се договорили да се од сада чешће виђамо. Професор нас је позвао на први следећи сусрет и обећао да ће том приликом сам спремити свој чувени специјалитет- шарана на ђувечу.

Др Нина Михајловић

Пише: Прим.
др Предраг
Рогоулић



Сремска Митровица један је од најстаријих градова Европе. Имао је три различита имена: Sirmium, Civitas Sancti Demetrii и садашње Сремска Митровица. Царски је град Римског царства у доба Тетрархије у коме је рођено шест Римских царева, а још више у њему је столовало. Град је имао око 100.000 становника уз комплетно уређену инфраструктуру, водовод, канализацију, поплочане улице, хиподром, мали колосеум итд. У овој години обележавања Миланског едикта, нагласио бих да је цар Константин више од 500 дана своје владавине боравио у Сирмијуму и сматра се да је најзначајније одлуке и донео у овом граду.

Осим становништва, кроз град пролазе бројне легије са својих похода, затим трговци и разни други путници. Са њим у граду се појављују и први лекари, нарочито војни. Пронађен је читав низ хируршких и медицинских инструмената из тог доба. Теса vulneraria на слици један је од тих проналазака. Припадала је војним Римским лекарима. У граду је било више епидемија куге, од којих је прва забележена 270 године. Донео ју је цар Клаудије који је и подлегао болести у Sirmiumu. Војни хирурзи обављали су и читав низ операција. У средњем веку медицина је углавном везана за цркве и манастире, а њоме се баве видари, травари, исцелитељи са више или мање успеха и обавијени верском догмом мрачног средњег века. Према Светом Димитрију, мученику погубљеном на Савском мосту, град добија друго име Civitas Sancti Demetrii, а од тога Митровица и, на крају, Митровица.

Изградња болнице

Град се мења кроз историју и полако добија облике мањег града у Аустро-Угарској монархији, али на



на побољшање здравственог стања становништва. Значајан допринос борби против трахома др Душана Гајића рецимо, др Уроша Борића у борби против епидемија колере. Увођење најсавременије дијагностике, лабораторија и рентген апарата у приватну ординацију др Бранка Рогулића још средином двадесетих година прошлог века, као и увођење савременог вођења порођаја у компликованијим случајевима, прегледи уха деце, само су неке од метода које су у мале средине доносили лекари са престижних универзитета Европе.

Осим стручног рада, несагледив је утицај ових људи на укупан живот града. Високо образовани, са знањем више страних језика, широке културе, ти људи у својој средини доносе нове идеје, погледе, навике. Бавећи се преводилачким, књижевним радом, музиком и другим активностима, лекари уздижу ниво градова као што је Сремска Митровица у сваком, а не само медицинском погледу.

Иако није радио у Сремској Митровици, морам напоменути да је овде 22. октобра 1847. године рођен др Милан Јовановић – Батут, један од родоначелника савремене Српске медицине и оснивач Медицинског факултета у Београду. Његова биста краси круг Митровачке болнице.

Упоредо са разгранаванем рада лекара, почињу да се отварају и савремене апотеке у граду. Прво су лекари имали своје приручне апотеке, а прву званичну апотеку у граду отворио је 1806. Johannes Peromyscenus Musshamer. Потом се отварају и друге апотеке са школованим фармацевтима.

Такође у граду крајем XIX и почетком XX века ради седам школованих бабица од чега шест приватних и једна градска. Тадашње бабице завршавале су бабичке школе у Пешти и Бечу. Имале су велику аутономију у раду, али уз сарадњу са лекарима које су позивале у сваком компликованијем случају.

Након Другог светског рата, увођења новог друштвеног система, забране бављења приватном праксом, здравствени систем граду функционише у оквиру државног здравственог система. Болница бива обновљена, проширена. Градом и селима шири се мрежа амбуланти, а формира се и Хигијенски завод у граду.

Не истаћи још две личности оставило би овај кратак осврт недовршеним. То су прим. др Ђорђе Панишић, један од настављача хируршких вештина које су у болницу унели др Никола Вујић и његови следбеници, и утемељивач хируршке школе која је своја искуства црпила из близине ауто-пута кроз трауматологију и кроз класичну хирургију лечећи становништво Срема, Мачве и Семберије.

Диспансер за жене

Други је прим. др Радивој Грчић, утемељивач службе гинекологије и акушерства у Сремској Митровици. Неколико пута гинекологија се издвајала и враћала под „окриље“ хируршке службе. Но, тек поврат-



ком др Радивоја Грчића са специјализације 1952, а званично 1955. издвојена је као самостална служба и од тада почиње њен убрзани развој. Уводе се најсавременије процедуре у акушерству и гинекологији. Савремено праћење и вођење порођаја, индукција порођаја, токолитици у превенцији превремених порођаја, само су неке од процедура које се рутински спроводе у породилишту.

Цитолошка лабораторија, колпоскопија као рутинска метода, најсавременије оперативне технике, вагиналне операције, радикалне операције у гинекологији, само су

део лепезе рада гинеколошке службе.

Формирање Диспанзера за жене, као и редовно спровођење систематских прегледа по селима у циљу раног откривања преканцероза и рака грлића материце, дали су убрзо значајне позитивне резултате, можда позитивније од тренутне ситуације. Стална едукација, праћење савремене литературе била је обавеза сваког лекара уз познавање бар једног страног језика. Учешће на домаћим и међународним конгресима са радовима који су били запажени било је уобичајено. Служба је постала показна за едукацију кадрова из већих центара. Др Грчић својим ауторитетом и радним еланом произвео је мноштво врских гинеколога и може се раћи с правом да је утемељио Митровачку школу гинекологије. Она и данас функционише са мање или више успеха, а у складу са тренутним стањем здравства у Србији.

Кратком ретроспективом покушао сам да укажем на спој историје једног града који је од царског града проживео метаморфозе у равничарски градић и медицине која је пратила успоне и падове зависно од историјског и друштвеног тренутка у коме се налазио град и људи у њему. Утицај лекара на токове живота и развоја Сремске Митровице неизбрисиво су уткани у сваку пору овог града на обали Саве. И мислим да тако увек треба и да буде. Мале средине неправедно запостављене понекад, често су носиоци и расадници савремених идеја и токова једног друштва и медицине као његовог дела. Неправедно запостављање ове чињенице увек пре или касније доводи до урушавања система који не може бити заснован на псеудоелитизму и централизацији.

Понекад је потребно да се подсетимо историјских чињеница из наше струке. Стога их треба чувати, бележити и остављати за будућа поколења. Ми баш у овом послу нисмо нарочито вредни. Нарочито у мањим срединама. Зато радове људи који су уложили огроман труд да отргну од заборава ове историјске чињенице и сачувају их треба изузетно ценити и њима дугујемо захвалност. Један од них је и проф. др Јован Максимовић чије сам радове консултовао приликом писања овог чланка и за то му се неизмерно захваљујем. //

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА >>

УЗ ПОДРШКУ ЛКС, РЛК БЕОГРАДА,
ОДРЖАНА ДВА БЕСПЛАТНА КУРСА КМЕ

КОНФЕРЕНЦИЈА О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДРАВЉУ

Уз подршку Лекарске коморе Србије, Регионалне лекарске коморе Београда, одржана је 20. и 21. септембра Конференција „Репродуктивно здравље и демографски трендови у Србији“ у београдском Дому синдиката.

У склопу Конференције одржана су два курса:

1. Курс прве категорије „Очување репродуктивног здравља као један од императива здравствене политике у Србији“, одржан је 20. септембра. Курс је акредитован од стране Здравственог савета као курс I категорије. Учесће је предавачима донело по 12, а слушаоцима по шест бодова.
2. Курс прве категорије „Демографски трендови у Србији - да ли је здравствени систем Србије спреман да одговори на изазов“ одржан је 21. септембра. Курс је такође акредитован од стране Здравственог савета, а предавачи су остварили по 11 бодова, слушаоци по шест бодова за обнову лиценце.

Полазници оба курса попуњавали су на почетку улазни упитник, а на крају излазни упитник.

Првог дана одржана су предавања:

- Место репродуктивног здравља у националним стратегијама Србије, предавање **прим. др Драган Илић**, директор Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“;
- Могућности за смањење перинаталног и матерналног морбидитета и mortalитета у Србији – **проф. др Милан Ђукић** из Гинеколошко-акушерске клинике Народни фронт;
- Изазови 21. века у збрињавању новорођанчади у Србији, **др сци. Нивеска Прекрајски**, из Института за неонатологију;
- Полно преносиве и инфламаторне болести мале карлице и њихов утицај на репродуктивно здравље, **др сци. Милан Бјекић** из Градског завода за кожне и вереричне болести;

- Улога и место контрацепције у очувању репродуктивног здравља, **др Бојан Васић** из ГАК Народни фронт;
- Утицај старости партнера на здравље потомства, **прим. др Спасо Анђелић** из ГАК Народни фронт, председник Регионалне лекарске коморе Београда.
- Медиколегални аспекти у гинекологији и акушерству, **проф. др Ђорђе Алемпијевић** са Медицинског факултета;
- Промоција репродуктивног здравља кроз здравље у свим политикама, **др сци. Душица Матијевић** из Градског завода за јавно здравље Београд.

Другог дана Конференције, у оквиру Курса I категорије „Демографски трендови у Србији – да ли је здравствени систем Србије спреман да одговори на изазов“, одржана су предавања:

- Демографски трендови у Европи – улога СРМЕ и националних медицинских асоцијација у примени политике „Здравље за све до 2020“, **др Катрин Фјелдстед**, потпредседница Сталног комитета лекара Европе (СРМЕ);
- Демографска кретања у Републици Србији и природни прираштај, **др Златко Спасић**, представник ЛКС у Здравственом савету Србије;
- Демографски трендови и здравствени систем Србије, **др Александар Радосављевић**, председник РЛК за Југоисточну Србију;
- Шта се може закључити о профилу здравствених радника Србије према званичним статистичким подацима? – **доц. др Милена Шантрић Милићевић** са Института за социјалну медицину;
- Суочава ли се Србија са мањком лекара? Имамо ли одговор на демографски изазов, **прим. др Татјана Радосављевић**, директорка Лекарске коморе Србије;
- Демографски трендови – водећи узроци смртности у последњих десет година,
- **Гордана Бјелобрк**, шеф одсека за демографију Републичког завода за статистику. //



Утицај животног доба партнера на здравље поштомства

Пише: прим. др Спасо
Анђелић,
ГАК Народни фронт,
Београд

Сам настанак новог живота подједнако је узбудљив, не само за будуће родитеље, већ и за лекаре који ће пратити развитак и раст новог бића све до порођаја након 40 недеља трудноће. На рођење здравог новорођенчета утичу различити фактори, они који утичу пре трудноће, и



фактори који утичу током трајања трудноће. Здрави стилови живота труднице и њеног партнера, као и савремени приступ вођења трудноће, могу у значајној мери позитивно утицати на здравље детета.

Фактори који могу пре саме трудноће утицати на здравље детета су:

– Наследни фактори код оба родитеља за које данас постоје веома ефикасне методе испитивања, а који, пак, могу утицати на сам ток труд-

ноће и здравље новорођенчета.

– Старост родитеља представља значајан фактор настанка, тока трудноће, порођаја и исхода, али и здравља тек рођеног детета.

Наиме, познато је да фертилна способност жене опада после 30 године живота, са значајним падом након 35 година. То се односи, како на настанак трудноће природним путем, тако и на настанак трудноће асистираним репродуктивним техникама.

Исто тако, проценат хромозомских аномалија у директној је пропорцији са годинама труднице и повећава

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА >>



се неколико пута у размаку од само пет година у поређењу 30. са 35. годином живота (Down: 1: 1000 према 1:250). Тај однос је много већи након 35. године и у 40. години износи 1:69, а у 45. години 1:19, за Down syndrome, док је за анеуплоидије тај број двоструко већи. Инциденца хромозомских аномалија је значајно виша код мултиплих трудноћа.

Повећан морбидитет и морталитет мајки се уочава код старијих трудница нарочито у случају првих трудноћа у порођају.

Улога мушког партнера у литератури је мање заступљена. Препорука је неких аутора да се код мушкарца старијих од 45. године старости трудници уради рана амниоцентеза. Доступна сазнања говоре да са годинама опада степен фертилитета и повећава могућност конгениталних аномалија.

Стил живота и навике значајно утичу на ток, и исход трудноће, а тиме и на здравље новорођенчета.

Саветује се да се искористи период пре зачећа за стицање одређене физичке кондиције. У већини случајева трудноћа неће значити

одустајање од уобичајене физичке активности. Редовне вежбе могу олакшати варење, спречити опстипацију, побољшати циркулацију, дисање, мишићни тонус и еластичност коже. Трудница треба да зна да је приликом физичке активности веома важно држати се принципа умерености. Овако стечено опште добро стање олакшаће ће, како трудноћу, тако и порођај, и индиректно утицати на здравље новорођенчета.

Током трудноће важно је придржавати се правила здраве исхране. Треба избегавати храну богату мастима и шећерима. Адекватном припремом хране, избегавањем сировог меса, неопраног воћа и поврћа, спречава се потенцијално уношење инфективних агенаса, као што су тохоплазмоза, листерија и др.

Навике у исхрани могу деловати и на ток трудноће и на настанак не само неугодности у трудноћи (умор, јутарња мучнина, грчеви у ногама, опстипација и сл.), већ и компликације као што су анемија, прееклампсија, као и превремени порођај, премала и превелика те-

жина новорођенчета. Разнолика исхрана задовољава потребне количине свих неопходних састојака.

Код трудница које интензивно пуше током трудноће чешће се јављају крварења у раној трудноћи као и спонтани побачаји, поремећај плацентног крвотока који узрокује застој у расту бебе. Код ових трудница деца имају двоструко већи број сметњи са дисањем и учесталија је изненадна смрт новорођенчета. Познато је да у нашој средини 37 одсто трудница пуши.

На основу литературе алкохол је важан фактор ризика у настанку пренаталних оштећења детета. Алкохол без икаквих проблема пролази плацентну баријеру и улази у крв фетуса. С обзиром на недовољну ензимску активност јетре фетуса у смислу разградње алкохола и савсим мала количина остаје у крви детета два до три пута дуже него у крви мајке, где као хелијски токсин изазива сметње у расту, а са друге стране аномалије у развоју. Алкохол се не препоручује трудницама ни у малим количинама током чиставе трудноће.



На сличан начин делују и опојне дроге, при чему се кокаин сматра тератогеном, јер утиче на различите аномалије урогениталног тракта, хероин зависнице најчешће имају непримерени пораст телесне тежине и појаву прееклампсије, а значајан проблем је и алоимунизација.

Током трудноће се намеће потреба за избегавањем различитих токсичних и опасних материја из животне и радне средине. Нарочито обратити пажњу на употребу хемијских средстава која се користе у домаћинству.

Као посебан социјални проблем издвојили смо насиље у породици, што може утицати на ток и исход трудноће. Од изузетног значаја је подршка партнера, породице али и људи из радне и животне средине током трудноће, порођаја и постпорођајном периоду.

САВРЕМЕНО ВОЂЕЊЕ ТРУДНОЋЕ

Примена савремених протокола у вођењу трудноће која подразумева редовне контроле, у смислу лабора-

торијских, ултразвучних, и клиничких испитивања, повећава шансу за рађање здравог детета. Пракса је да се трудноћа контролише најмање једном месечно, док се у последњем триместру контроле обављају на 15 односно седам дана.

У компликованим трудноћама контроле су чешће, а испитивања опсежнија. Према подацима из литературе 15 одсто трудноћа су ризичне и захтевају посебан третман.

Савремена медицинска сазнања и процедуре омогућавају благовремену дијагностику, али и лечење различитих поремећаја током трудноће.

Пажљиво вођење порођаја, уз примену актуелних метода праћења и предузимање адекватних мера и поступака, смањују проценат порођајних траума код новорођенчета.

ЗАКЉУЧАК:

Три групе фактора су пресудне за рађање здравог потомства.

1. Трудноћа и рађање у периоду од 20 до 30 година

2. Правилна исхрана, одговарајућа физичка активност, избегавање пушења, алкохола и опојних средстава током трудноће, здрава радна и животна средина, подршка партнера и породице

3. Савремен медицински третман и нега пре, у току трудноће, у време порођаја и после њега

Благовремено планирање породице, придржавање здравих стилова живота од стране труднице, као и адекватно праћење тока трудноће и порођаја од стране гинеколога и медицинског особља су довели до тога да трудноћа никада није била тако сигурна и да никада раније бебе нису имале толико изгледа да се роде живе и здраве.

Последњих деценија постоји значајан тренд одлагања рађања у каснијој животној доби. То утиче на повећање морбидитета и морталитета мајки и новорођенчади.

Важно је да се наведене чињенице у многој већој мери истичу и користе у едукацији младих генерација. //

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА >>

Улога и место контрацепције у очувању репродуктивног здравља

Пише: др Бојан Васић,
ГАК Народни фронт

Имајући у виду да се у први сексуални однос креће доста рано,

Готово да нема контроверзније теме која је крајем прошлог и током овог века толико узбуркала јавност, било стручну, било општу, као што је контрацепција.

То је вероватно због тога што је контрацепција, од самог старта сматрана методом којом се спречава настајање потомства, тиме утиче на наталитет, али и на репродуктивно здравље популације. Исто тако, сама тема контрацепције носи са собом различите аспекте који су допринели да не видимо и потенцијално добре стране које, не само да не морају бити опозит репродуктивном здрављу, већ је можемо користити и у циљу унапређења.

Аспекти које садржи појам контрацепција су:

- Медицински аспект
- Правни (судско -медицински) аспект
- Морални аспект
- Етички аспект
- Верски аспект

Готово да неме земље, средине, где контрацепција није подстакла различите моралне, етичке, верске, културолошке дебате. Тек последњих година савремена контрацепција посматра се са другог аспекта и све више професионалаца, али и грађана уопште, сагледава и другу, добру страну.

Са строго медицинског аспекта, сама контрацепција може бити у служби очувања репродуктивног здравља кроз:

- ЕДУКАЦИЈУ МЛАДИХ
- СПРЕЧАВАЊЕ ШИРЕЊА ПОЛНО ПРЕНОСИВИХ БОЛЕСТИ
- УТИЦАЈ КОМПЛИКАЦИЈА ПРЕКИДА ТРУДНОЋЕ НА РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЉЕ
- ПЛАНИРАЊЕ РАЂАЊА У ОПТИМАЛНОЈ ЖИВОТНОЈ ДОБИ

	жене	мушкарци
13-14. година	15,3%	27,6%
14-15. година	36 %	32,4%
16. година	48,7 %	39%

намеће се потреба за едукацијом младих, и то едукацијом кроз установе и државни систем. Корени едукације, у време када су медији отворени, када се свугде потпуно отворено говори о сексу, сигурно су у самој породици, у којој се прво намеће потреба да се доста рано, у односу на раније године, разговара о темама које су до сада биле табу.

Имајући у виду да при том првом односу мало девојчица и дечака размишља о томе да треба спречити не само трудноћу, већ и сексуално преносиве болести, да мало њих размишља о проблемима које ниси трудноћа ране животне доби, ако и о компликацијама артефицијалног прекида трудноће неопходно је едукацију спроводити у:

- Породици
- Предшколској и школској средини
- Заједници
- Специјализованим установама

Сама едукација би требало да садржи стицање основних знања о сексуалном васпитању, о методама контрацепције не само у циљу спречавања нежељених трудноћа већ и у превенцији сексуално преносивих болести, као и о биолошки најбољем периоду живота за рађање.

Спречавање ширења сексуално преносивих болести је један од императива свих стратегија за очување и побољшање репродуктивног здравља. Сексуално преносиве болести повећавају морталитет и морбидитет. Оне су познати кофактор у настанку премалигнућних и малигнућних болести. Оне утичу на инфертилитет и значајан су фактор у очувању репродуктивног здравља.

У време штурних и непрецизних података, а када знамо у пракси да гонореје и даље има, превенција се намеће као једно од најмоћнијих оружја. Исто важи и за сифилис, ефекти чијег не препознавања и нелечења су познати и општој популацији.



О ХИВ/АИДС-у се последњих деценија доста прича, али тренд пораста и даље постоји са јасним утицајем на репродуктивно здравље читаве светске популације.

Посебно је занимљива последњих година *Chlamydia trachomatis*, као узрочник различитих облика и степена запаљења репродуктивних органа и жене и мушкарца, али и као изрочник инфертилитета парова. Сматра се да данас само у Сједињеним америчким државама има око 2,8 милиона случајева. Управо због тога CDC препоручује годишњи скрининг свих жена млађих од 25 година, као и старијих уколико постоје фактори ризика. Стопа инциденце у Србији на 100.000 становника је 15,3 (2011. год).

Свугде у свету се ставља нагласак на превенцији полно преносивих болести са познатим протоколом који је дао CDC који се састоји од следећих корака:

ким приватним установама. У нашој земљи артефицијални прекид трудноће предвиђен је законом до 10. недеље старости трудноће.

Компликације прекида трудноће подеље су у три категорије и то на

1. Непосредне
 - Крварење (1/1000 прекида)
 - Повреде вагине, цервикса (10/1000), и материце (4/1000 прекида)
 - Компликације анестезије (1/ 100 000 мајор)
2. Ране компликације
 - Крварење
 - Инфекције
 - Психички проблеми



- Едукација (како се шире, као се можемо заштитити, као се лече...)

- Апстиненција (уздржавање од сексуалних односа и даље остаје као значајан корак у спречавању ширења СТД)

- Вакцинација (ХПВ, ХБВ)
- Обојана моногамија (30 одсто жена током живота, 23,6 одсто мушкараца)
- Смањење броја сексуалних партнера

Најзначајније методе контрацепције које се могу користити као добро оружје у циљу превенције полно преносивих болести су баријерне методе и то: мушки кондом, женски кондом, дијафрагма (у комбинацији са бактерицидним, вироцидним и микоцидним кремама.)

Познато је да је артефицијални прекид трудноће најлошији и најнепримеренији начин контрацепције који се и даље масовно користи како у неразвијеним и средње развијеним земљама, тако и у најразвијенијим земљама света. Познато је какав утицај компликације такве интервенције могу имати на репродуктивно и здравље уопште. Према подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, у 2011. години обављено је 21.154 прекида трудноће, међутим, сматра се да је тај број многоструко већи због великог броја неевидентирања прекида трудноћа, посебно у не-

3. Касне компликације
 - Пелвична инфламаторна болест
 - Ектопичне трудноће
 - ИНФЕРТИЛИТЕТ

Према испитивању спроведеном 2009. године на ГАК Народни фронт 41,1 одсто жена не користи никакву контрацепцију током односа, док 56,5 одсто користи неку од метода. Од тог броја 58,5 - 88,2 одсто само повремено користи неку од метода док само 11,8 одсто користи контрацепцију редовно.

Имајући све то у виду, добробит савремених, и адекватно одабраних и примењених контрацептивних метода био би:

- Утицај на свест младих
- Спречавање ширења полно преносивих болести
- Смањење броја артефицијалних прекида трудноћа и њихових компликација
- Смањење стопе инфертилитета
- Планирање трудноћа у оптималној животној доби за рађање (од 20. до 30. године живота)

Контрацепција у 21. веку може да буде метод за унапређење репродуктивног здравља и повећања стопе natalитета. //

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА >>

МОЖЕ ЛИ СЕ ПРОМЕНИТИ НЕГАТИВНИ
ДЕМОГРАФСКИ ТРЕНД?

Демографска ситуација у Србији и природни прираштај

СТАНОВНИШТВО СРБИЈЕ ЈЕДНО ЈЕ ОД НАЈСТАРИЈИХ
ПОПУЛАЦИЈА У СВЕТУ: ПРОСЕЧНА СТАРОСТ ЈЕ 41,4 ГОДИНЕ,
А БИОЛОШКИ ТИП СТАНОВНИШТВА ЈЕ РЕГРЕСИВАН

Пише: др Златко Спасић

Становништво у свету бележи непрекидни пораст бројности. У 19. веку, на свету је било око милијарду људи, после Другог светског рата тај број је био двоструко већи, да би нас данас на планети било више од седам милијарди.

У Србији је кретање броја становника изгледало другачије. Пред Берлински конгрес 1874. године, Србија је имала 1.353.890 становника, а после ослобођења већег дела југоисточне Србије од Турака (почетком 20. века) око 2.500.000 људи. Иако је у Првом светском рату Србија изгубила 1.250.000 људи (28 одсто становништва), након њега у Србији живи 4.800.000 људи - због присаједињења Војводине (1.500.000 људи) и Косова и Метохије (900.000 људи). Пред Други светски рат у Србији је живело 6.500.000 људи, а након њега тај број је поново достигнут тек 1948. године. Почетком 70-их година у Србији је живело 7,2 милиона људи, да би максимум достигао 90-их година 20. века - 7,8 милиона. Данас Србија (без Косова и Метохије) има 7.120.666 становника, а број становника се између два последња пописа смањило за 377.355 (пет одсто).

Уколико се настави овакав демографски тренд, према најоптимистичнијим проценама 2050. године Србија ће имати око шест милиона

становника (колико је имала после Другог светског рата), а као народ ћемо нестати за 250 година. У последњих 50 година у Србији се не рађа довољно деце ни за просту репродукцију становништва, односно просту замену генерација. Број домаћинства је 2.497.187 (такође смањен), а просечно домаћинство броји 2,2 члана (по претходном попису 2,5). Највећи демографски пад је у јужној и источној Србији.

Становништво Србије једно је од најстаријих популација у свету. Просечна старост становништва 41,4 године, а биолошки тип становништва је регресиван. Просечни животни век је 71,4 година

>>> Уколико се настави овакав демографски тренд, према најоптимистичнијим проценама 2050. године Србија ће имати око шест милиона становника, а као народ ћемо нестати за 250 година <<<

за мушкарце и 76,6 година за жене. Удео старих људи у популацији је 17 одсто, а удео младих 12 одсто. Од 435.491 домаћинства у Србији, свако пето је старачко и самачко. Узроци повећања старења становништва су: 1. пад фертилитета и његово дуггодишње задржавање на ниском нивоу; 2. низак наталитет; 3. висок морталитет; 4. миграције.

Густина становништва је 92-96 становника на километар квадратни, а изражена је унутрашња ми-

грација ка великим урбаним центрима (Београд, Нови Сад и Ниш), док се „периферијске области“ државе полако празне. Најинтензивније се празне сеоска насеља и у наредних 25 година нестане четвртина села у Србији, а најчешће одлазе млади људи, старости од 25. до 34. године. Када нема младих - нема ни потомства, па се тако у последњих 10 година, у 500 сеоских насеља није родило ни једно дете. Рурални простор се гаси и демографски и привредно.

Отежавајући фактор представља чињеница да се овакав демографски развој дешава у време дубоке економске кризе. Оваква криза под-

разумева високу стопу незапослености.

Оваква економска ситуација утиче значајно на механичка, али и на природна кретања становништва. Обе врсте кретања становништва ће бити приказане у наставку текста.

Миграције (механичка кретања становништва)

На број становника утичу само спољашња емиграција и имиграција. Спољашња емиграција (тзв. „индикатор безнађа“), према попису из



2011. године, броји 455.095 грађана (без лица албанске и бошњачке националности). Спољашња имиграција износи 300.000 људи (из некадашњих република СФРЈ) и 1.850 из осталих земаља света. Србија је традиционално земља емиграције, а од 2008. до 2010. године из Србије је годишње одлазило 15.000 људи. Емигранти су углавном људи старости од 20 до 40 година, односно део становништва са максималном радном и репродуктивном способношћу, а доминира становништво са истока и југа Србије. То су крајеви који се празне, а депопулација је последица: ниског животног стандарда, високих цена, незапослености и ниског квалитета живота уопште. Демографски празан простор попуниће имигранти (углавном са простора Косова и Метохије и из Азије). То ће изменити постојећи популациони састав у Србији.

ПРИРОДНА КРЕТАЊА СТАНОВНИШТВА:

1. Наталитет (број живорођене деце на 1000 становника за годину дана) је у опадању – са 9,6 на хиљаду становника у 2006, на 9,4 на хиљаду становника у 2010. години. Наталитет испод 12/1000 становника се сматра неповољним.
2. Фертилитет, плодност становништва (број рођене деце на 1.000 фертилних жена тј. од 15. до 49. године, за годину дана) у Србији је 1,4. Ефективни фертилитет се добија ако се рачунају само живорођена деца. Брачни фертилитет (број деце по брачном пару на 1.000 парова за годину дана је 0,8.
3. Мортинаталитет (број мртворођене на 1.000 рођене деце за годину дана) је тешко упоредив, због различитих критеријума за мртворођеност. Код нас (као и у свету) 75 одсто мртворођене деце је превремено рођено (prematursi).
4. Морталитет (број умрлих на 1.000 становника за годину дана) у Србији је 14,2 на хиљаду. Прецизније податке дају специфичне стопе морталитета – у односу на узрок смрти (болести или стања која су најчешћи узрок смрти) и у односу на биолошка обележја (најзначајнији: матурнално-акушерски и морталитет одојчади). Према узро-

ку смрти, редослед узрока је следећи: кардиоваскуларне болести, малигне неоплазме, насилне смрти. Матурнално-акушерски морталитет (индикатор квалитета здравствене службе у вези са рађањем) у Србији износи 13,85 на 100.000 живорођене деце, што у пракси износи од шест до девет умрлих породиља на 67.000 порођаја. Морталитет одојчади (индикатор квалитета педијатријске службе, посебно неонатолошке) у Србији је смањен од 6,7/1.000 у 2010, на 6,3/1.000 у 2011. години.

5. Природни прираштај (однос разлике броја живорођене де-



- це и броја умрлих на хиљаду становника у једној години) у Србији је негативан и износи -5,2/1000. То представља смањење броја становника, јер је у Србији број умрлих за 35.000 већи од броја живорођених.
6. Витални индекс (број живорођених на 100 умрлих пао је са 69 у 2006, на 66,2 у 2010. години.
 7. Нупцијалитет (број склопљених бракова на 1.000 становника у једној години) у Србији износи 5,21/1000. Број склопљених бракова је у опадању, а просечна старост при ступању у брак је 32,5 година (мушкарци) и 28,8 година (жене). Ванбрачно рођене деце је 22,8 одсто, а жене ван брака роде најчешће само једно дете.
 8. Диворцијалитет (број разведених бракова на 1.000 становника у једној години) у Србији је 1,16/1.000 становника, односно 222,07 на 1.000 склопљених бракова). Просечна старост при разводу је 40–41 година (мушкарци) и 37–38 година (жене).

Општи циљ одрживог демографског развоја у Републици Србији је стационарно становништво (становништво у коме ће све генерације бити приближно исте бројности). За очување и евентуални пораст броја становника у Србији у наредних 50 година, пораст плодности је неопходан, али не и довољан услов. Много значајнију компоненту представља спољна имиграција. Комбинација ових двеју компоненти дала би најбољи демографски учинак, а национални састав би се најмање изменио када би имигранте чинили људи, који су претходно емигрирали из Србије (повратници).

Република Србија покушала је да нађе одговор на текућа демографска кретања, па је у оквиру популационе политике 2008. године усвојила Стратегија подстицања рађања. Међутим, у пракси се спроводе само две мере популационе политике државе у овој области: родитељски додатак и пуна надокнада зараде запосленој мајци за време породилског одсуства у трајању од годину дана (уз акције локалних самоуправа „Трудноћом до посла“). Значајна улога међутим, намењена је здравственој служби.

Извори података:– Републички завод за статистику– Центар за демографска истраживања Института друштвених наука– Институт за јавно здравље Републике Србије „Милан Јовановић Багута“– Лекарска комора Србије– Зборник радова 56. гинеколошко-акушерске недеље СЛД– Публикације и часописи: „Демографски преглед“, „Становништво“, „Филозофија и друштво“, „Гласник географског друштва“. //

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА >>

Анализа демографске ситуације у Србији и предлози за превазилажење

Главни узроци лоше демографске ситуације у Србији су:

- Негативан миграциони салдо
- Депопулација
- Интензивно старење становништва
- Низак фертилитет
- Висок морталитет
- Низак природни прираштај

Овако дефинисане узроке карактерише међусобна условљеност и повезаност, као и сабирање (синергизам) у испољавању штетних утицаја на демографску ситуацију. Зато и предлог акције за превазилажење мора да представља удружено и повезано деловање државе и здравствене службе.

Притом циљеве можемо сврстати у три смера: потомство, знање и рад, а задужења за њихово остварење јасно дефинисати и поделити. При том се морају узети у обзир пре свега отежавајући и онемогућавајући фактори, чији утицај треба неутралисати или значајно умањити у почетном делу активности.

ОТЕЖАВАЈУЋИ ФАКТОРИ

1. Негативан утицај на фертилитет има незадовољавајући нупцијалитет (брачност), који се реализује у релативно касном животном добу:

- у 2012. години у Србији је било 1.634.692 жене у фертилном добу (од 15 до 49 година), али реално је то само око 1.000.000 жена – оне које су у оптималном добу за рађање (од 20 до 36 година)
- једна четвртина становника старијих од 15 година није у браку, а петина жена је неудата
- просек година при ступању у брак је 30 година
- у старосној групи од 30 до 35 година, трећина мушкараца је нежењена, а 17,5 одсто жена је неудато.

2. Негативан утицај на природни прираштај има незадовољавајући социјални амбијент:

- висока стопа незапослености (више од 25 одсто)
- месечни приход домаћинства у 2010. г. је био 438 евра и од тада је у сталном паду
- 57 одсто младих људи (од 25 до 34 године), односно сваки други млади човек у Србији, живи код родите-

ља, а сваки трећи од њих не остварује никакав приход. Живот са родитељима један је од главних узрока касног ступања у брак, а (према искуствима правника и психолога) и водећи узрок развода брака

- 97.000 људи храни се у народним кухињама, међу којима и 9.840 деце. Већина деце у Србији живи у немаштини и неадекватним условима за раст и развој (подаци UNICEF-а)

- постоји социјална несигурност и неприпремљеност људи на нова правила живота и рада (либерални, односно тзв. „дивљи капитализам“).

- Све то узрокује емотивну кризу, осећај страха и ствара услове за манипулацију страхом. Према анкети листа „Блиц“, доминира страх од болести (55,3 одсто) – услед неповерења у здравствени систем (66,8 одсто), страх од кризе и сиромаштва (23,1 одсто), и страх за будућност потомства (80 одсто).

3. Нејасно дефинисани циљеви, задаци и мере демографске политике

- Постоји колизија демографског интереса државе и индивидуалног интереса, базираног на теорији поштовања људских права. Нespoјива је политика планирања породице (базиране на неприкосновеном праву појединца да слободно одлучује о рађању, броју деце и размаку између рађања) и демографска потреба државе да води активну популациону политику (што подразумева интервенцију државе у приватној сфери брака и породице).

4. Старење и економска емиграција у оквиру саме здравствене службе, која ће врло брзо условити недостатак кадра и онемогућити избор тима изабраних лекара, који је и за много развијеније земље незамислив луксуз.

ОНЕМОГУЋАВАЈУЋИ ФАКТОРИ

1. Акоголизам

- У Србији има 360.000 алкохоличара (пет одсто становника или 15 одсто запослених). Стотину људи годишње умре од последица алкохолизма, а 50одсто убиства се почини у алкохолисано стању. Од укупног броја лечених алкохоличара половину чине млади (узроста од 25 до 30г).



2. Злоупотреба осталих психоактивних супстанци (наркоманија)

– Процењује се да у Србији има 80.000 до 100.000 наркомана (по неким проценама и до 150.000), које снабдева око 70 нарко-банди. Број умрлих од конзумирања ПАС (директно или индиректна) креће се до 100 лица годишње. Просечна старост новорегистрованог наркомана је 30 година, а у тренутку смрти 35 година.

3. Трауматизам

– Стопа морталитета од трауматизма у Србији је 110–120/100 000, а 30 одсто њих су људи од 15 до 45 година. Структура повређивања је: 43 одсто самоубиства (1.500 људи), 23 одсто саобраћајни трауматизам (150-оро деце), 15 одсто остале повреде.

4. Инвалидитет

– У Србији 10 одсто становништва чине инвалидна лица (660.000), која су практично искључена из репродукције (тешко налазе партнере супротног пола, а још теже посао, тако да нису у стању да издржавају себе, а још мање породицу).

5. Хронична обољења и токсична оштећења здравља

– У Србији око 500 000 људи болује од Hepatitis B и C, али само 20 одсто њих зна да је болесно.

– Постоји изложеност становништва штетном дејству материја из наше земље и оних које стижу из околних држава, а које делују: токсично, генотоксично (мутагено), тератогено и канцерогено.

ПОДЕЛА ЗАДУЖЕЊА У ДРУШТВУ

За постизање демографског циља, који представља тзв. стационарно становништво, односно замену генерација подједнако бројним, неопходна је јасна подела задужења на нивоу државе. Држава мора да обезбеди: оправак привреде и финансијску консолидацију (као неопходан предуслов за спречавање емиграције), спровођење исправне демографске политике (са подстицањем рађања и бригом о деци), добар систем образовања (тренутно четвртина становништва је неписмена или има само основну школу), добро опремљену и обучену здравствену службу.

Добар почетак свеобухватне акције треба да буде промена садашње перцепције животног успеха и улоге породице. Наиме, садашња перцепција успеха подразумева новац или велику материјалну имовину као средство за обезбеђивање задовољства и комфора, при чему се деца виде као сметња томе, односно доживљавају се као економско оптерећење, а не као задовољство. Измена овакве перцепције и улоге породице мора да постане кључни фактор унутрашње политике, без обзира на политичку опцију. Да би се то остварило, она мора да постане обавезни елемент васпитања и образовања, као и деловања масовних медија. Приступ мора да буде ненаметљив (кроз разне форме забаве и уметности) и селективан (одстрањивање садржаја који носе погрешну поруку). Кључни садржај треба да буде свеобухватна информација о вредностима по-

томства и породичног живота, која треба да замени актуелну глорификацију себичности, индивидуализма и хедонизма.

Посебан значај у измени перцепције успеха у жељеном правцу има едукација, која треба да обезбеди промоцију очувања здравља и усвајање здравог начина живота. Пре свега код деце и младих треба вршити популаризацију појединачне естетске и физичке привлачности, које су последица здравог начина исхране и физичке активности. Истовремено је неопходна ненаметљива и стална негативна пропаганда (зло) употребе штетних (токсичних и психоактивних супстанци), уз јасно повезивање њиховог коришћења са оштећењима здравља. Други део поруке треба да представља промоција здраве сексуалности и потреба очувања репродуктивног здравља. Она подразумева правилно и благовремено информисање и едукацију деце и младих (од почетка пубертета и током адолесценције) о задовољавању сексуалног нагона на биолошки оправдан начин – кроз хетеросексуални однос, уз заштиту репродуктивног здравља (спречавање нежељених трудноћа и ширења полно преносивих болести). Друге врсте сексуалног односа, као и хомосексуалност (које је немогуће забранити), не треба пропагирати као вид тзв. сексуалних слобода, нити им додељивати медијску пажњу.

УЛОГА ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ

За превазилажење актуелне демографске ситуације, повећање броја порођаја је неопходно, али има одложено дејство због:

– смањеног броја жена способних за рађање, тако да ни брзо и значајно повећање броја порођаја не значи истовремено и повећање броја становника

– новорођена деца ће свој радни и репродуктивни учинак моћи да испоље тек након 20 и више година.

Кључни фактори на које треба утицати су: артефицијелни абортуси као метод планирања бројности породице, ширење полно преносивих болести, брачни стерилитет, метаболички поремећаји и масовне незаразне болести, које су последица неправилне исхране, хемизација пољопривреде и утицај генетски модификоване хране. Неопходна је едукација ради промене репродуктивног понашања.

Здравствена служба мора да обезбеди да у репродукцији учествује максималан број становника са очуваном способношћу за вишеструко добијање потомства. 498 гинеколога у 158 домова здравља и око 700 у стационарној здравственој заштити (од укупно 1759), као и 60 неонатолога зато морају да обезбеде услове за повољан перинатални исход: надзором над здрављем труднице, стручно изведеним порођајем у адекватно опремљеној служби, уз пратећу добро опремљену и добро обучену неонатолошку службу. Како се број компликација у трудноћи повећао на 35,3 одсто, а број патолошких стања на 30 одсто, неопходан је потпуни обухват трудница здравственом заштитом, надзором и негом.

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА >>



Примарни ниво здравствене заштите жена треба задржати у свим домовима здравља и женама обезбедити:

1. адекватну преконцепциону припрему (контрола општег здравственог стања и регулација телесне тежине, скрининг на малигнитет, откривање и лечење цервицитиса, премедикација фолном киселином, контакт са генетским саветовалиштем код откривеног ризика за хромозомске и генетске аномалије),
2. надзор над трудноћом (наставак контроле општег здравственог стања, одређивање крвне групе и праћење Rh неподударности, ултразвучно праћење развоја плода и скрининг на аномалије - уз обавезни Дабл тест, откривање трудноћа са повећаним ризиком, њихово праћење и правовремено збрињавање на одговарајућем нивоу здравствене заштите - уз спречавање прематуритета и психофизичка припрема за порођај)
3. надзор након порођаја (укључивање патронажне службе одмах након напуштања породилишта, контрола у првој недељи после порођаја и планирање опоравка, гинеколошку контролу породиље шест недеља и шест месеци након порођаја).

Стационарна здравствена заштита жена (секундарни и терцијарни ниво) спроводи се у 76 породилишта (шест на Косову и Метохији) различитог степена кадровске и материјалне опремљености. Добро материјално опремљеним породилиштем може се сматрати оно које има

обезбеђен мониторинг породиље (UZ и CTG апарат), које има посебну операциону салу за царске резове, два реанимациона стола за новорђенчад (по један у операционој сали и породилишту) и потребан број инкубатора за бебе. Недовољно акушерско искуство и вештина су узрок лоших клиничких процена (што даје висок степен асфиктичних оштећења деце) или страхом од њих (што је узрок нерационално високог броја царских резова). Оптимално клиничко искуство и квалитет рада имају лекари у породилиштима са око 2.000 порођаја годишње. Акушери и особље, који раде у породилишту са мање од 500 порођаја годишње, немају довољно радног искуства и потребан степен вештине, што се мора надокнадити континуираном едукацијом. Негативна кадровска селекција, комерцијализација и страх од одговорности и утужења (70 одсто свих утужења), додатно компликују рад у породилишту. Матернални морталитет у Србији је 13,85/100 000 порођаја, па је заједно са САД и Белорусијом на 41. месту у свету. Главни узроци смрти су: крварење, ПИХ и сепса.

Посебан проблем (у здравственом и финансијском смислу) представљају превремено рођена деца. Њихово лечење и нега је 10 пута скупље него матурне, уз висок степен касније инвалидности. Последице би била мање ако се направе стручни тимови акушера и неонатолога, односно побољша континуирана едукација из перинатологије, као области која повезује ове две специјалности. Како прематуриси чине 75 одсто смртности одојчади, њиховом збрињавању мора се посветити посебна пажња. Стопа перинаталног морталитета у Србији је 9,1-9,4/1000, док је у ЕУ 5,6/1000. 80 одсто перинаталне смртности чине прематуриси, а водећи узроци умирања су: асфиксија 34,5 одсто (углавном РДС - у паду) и



конгениталне аномалије (у порасту). Национални циљ је перинатални морталитет испод 6,5/1000 рођења.

Узроци релативно високог перинаталног морталитета код нас су: велики број превремено рођене деце, неадекватан транспорт новорођенчади, лоша организација службе за перинаталну заштиту (неусклађеност територијалног распореда одељења за неонаталну интензивну негу са потребама породилишта – у односу на број порођаја), изостанак најсавременијих метода лечења. Смањење перинаталне смртности код нас се може постићи савременом територијалном организацијом лечења и неге болесног новорођенчета, што подразумева прогресивну тростепену негу: основно збрињавање, специјализовано збрињавање и неонатална интензивна нега и терапија, уз правовремен и адекватан транспорт (који се подразумева). Стопа неонаталног морталитета садржана је делом и у перинаталном морталитету јер се (по подацима СЗО) од 25 до 50 одсто неонаталних смрти деси у прва 24 сата по рођењу. Најчешћи узрок је опет прематуритет, затим следе асфиксија, РДС, интракранијално крварење (узроковано асфиксијом) и неонатална сепса.

Стопа морталитета адолесцената је у Србији висока (32,28/100 000), а код младића је 2,5 пута већа него код девојака. Узроци су најчешће повреде, тровања, па малигне болести, а оно што је посебно значајно је чињеница да је Три четвртине тих смрти било могуће превентирати. Морталитет младих је 74/100 000 за мушкарце и 36/100 000 за жене, а најчешћи узрок је трауматизам. Висок је степен понашања са здравственим ризиком, злоупотреба ПАС, а 13 одсто девојака узраста од 20 до 25 година је имало један до два абортуса, док свега 50 одсто њих посећује гинеколога.

Смањење укупне смртности само одлаже проблем са актуелном демографском сликом Србије. Иако од хроничних незаразних болести и малигнитета људи код нас највише умиру, као и у свету – они у Србији умиру раније (као млади и средовечни људи). Праву меру за побољшање демографске ситуације представља смањење смртности деце и људи у фертилном добу живота (пре свега адолесценти и млади). Практично то значи да треба елиминисати основне узроке смрти код младих (трауматизам – углавном саобраћајни и токсикоманије) и средовечних људи (кардио- и цереброваскуларне болести и малигнитет).

Постоји узајамност деловања природног прираштаја и развоја здравствене службе. Повратни утицај смањења природног прираштаја и старења становништва огледа се у:

- смањењу радноспособног становништва
- смањењу прихода и повећању расхода РФЗО, као и здравствене службе
- неопходности другачије структуре и организације здравствене службе
- неопходности промена у образовању и едукацији здравствених радника

По демографским питањима надлежни су: Министарство здравља и Министарство за рад, запошљавање и социјалну политику. Стратешка документа на нивоу Владе су дефинисана, а програм за здравство дефинисан и Уредбом Владе Србије о националном програму заштите жена, деце и омладине. Здравствени савет Ср-

бије је разматрао здравствени аспект ниског природног прираштаја у Србији и предложио следеће акционе приоритете:

ПРИОРИТЕТНИ ЗАДАЦИ ДРЖАВЕ

- Смањивање емиграције кроз економску стабилизацију, равномернији економски развој и повећано запошљавање младих
- Промена друштвене перцепције животног успеха и промоција породице
- Смањење економске цене родитељства
- Спречавање саобраћајног трауматизма, сузбијање насилничког понашања и злоупотребе ПАС
- Отклањање узрока и смањивање инвалидности
- Органска производња хране и запошљавање у тој области

Приоритети здравствене службе

- Смањење смртности младих и адолесцената (посебно жена у фертилном периоду)
 - Очување и унапређење репродуктивног здравља младих и адолесцената (превасходно женског пола), уз очување њиховог фертилитета (смањењем броја абортуса и превенцијом ППБ)
 - Савремен надзор над трудноћом са обухватом трудноћа од најмање 85 одсто у првом триместру и раним откривањем ризичних трудноћа, које треба правовремено упутити на виши ниво здравствене заштите. Посебну пажњу у оквиру надзора над трудноћом захтева рано откривање хромозомопатија и урођених аномалија (УЗ преглед и Дајл тест) и спречавање прематуритета (домаћа производња оралних облика прогестерона значајно би појевтинирила лечење у циљу одржавања трудноће).
 - Смањење перинаталне и неонаталне смртности (матријално и кадровско опремање неонатолошке службе при породилиштима о безбедивање одговарајућег броја специјално опремљених возила за транспорт прематуруса и животно угрођених неонатуса у специјализоване здравствене установе терцијерног нивоа).
 - Смањење матерналне смртности (кроз материјално и кадровско опремање интензивне неге при породилиштима).
 - Промоција здраве исхране и здравих стилова живота, уз очување менталног здравља (превенција гојазности, депресије и употребе ПАС).
 - Превенција кардиоваскуларних и малигних обољења, уз организовани скрининг.
 - Повећана контрола здравствене исправности хране и воде за пиће.
- др Златко Спасић
Извори података:
- Републички завод за статистику
 - Центар за демографска истраживања Института друштвених наука
 - Институт за јавно здравље Републике Србије „Милан Јовановић - Батут“
 - Лекарска комора Србије
 - Зборник радова 56. гинеколошко-акушерске недеље СЛД
 - Публикације и часописи: „Демографски преглед“, „Становништво“, „Филозофија и друштво“, „Гласник географског друштва“.



је стање у ургентној медицини и трансплантацији „огледало здравственог система“ и док се стање у тим областима не поправи, нећемо моћи да идемо даље. За трансплантацију је најважнији ентузијазам, а у тиму има од 30 до 50 људи.

Системско решавање проблема

Он је истакао да за лечење деце, односно трансплантацију органа код малишана, новац не сме да буде проблем. Лончар је рекао да Универзитетска дечија болница у Тиршовој и Институт за мајку и дете у овом тренутку припремају неопходну документацију за најугроженију децу коју ће наредних седмица у Београду прегледати стручњаци из иностранства. Они треба да дођу, виде и кажу – шта је могуће да се уради у нашим усло-

је изразио сумњу да би трансплантација срца код деце могла да се ради у Србији, пре свега јер нема органа који би били донирани.

Шћепановић је указао да је још 2007/8 нуђен твининг споразум са једном аустријском клиником, али се на то нико од надлежних није обазирао. Он је предложио да се грађани законом обавезу да се изјасне да ли су донори или не, или да се изјасне да ће то умести њих након њихове смрти урадити чланови породице. – Једном дата сагласност породице више не може да се повуче. То предлажемо у закону. Ако

>>> За лечење деце, односно трансплантацију органа код малишана, новац не сме да буде проблем – речено је на округлом столу <<<



вима, а шта не, где би то било изводљиво и по којој цени.

Проф. др Душан Шћепановић, председник Стручног тима за унапређење трансплантације органа у Србији, који је и сам био подвргнут трансплантацији срца,

Рекао је да је тај тим урадио елаборат са закључком и молбом да се крене у системско решавање проблема. Али, додао је, ако нема органа, нема ни трансплантације. Он

>>> Тим за унапређење трансплантације урадио је елаборат са закључком да се крене у системско решавање проблема <<<

грађани тако неће, онда нека умиру. Ја морам да будем врло груб, јер сам све то преживео, рекао је Шћепановић.

Шћепановић је оценио и да су готово никакви изгледи Србије да уђе у чланство Еуротранспланта и предложио оснивање Србијатранспланта. До сада, експертски део је завршен: изнети су детаљи, почев од промене закона и јасних критеријума за трансплатација срца, јетре и бубрега код деце и одраслих. Али, како је рекао, јавност мора да схвати да ту важи сурова селекција, јер органа нема довољно, поготово не за децу.

Трансплантације срца и јетре рађене од 1994. до 1999.

Др Перић из Института за кардиоваскуларне болсети Дедиње, подсетио је да је у тој кући трансплантација срца и јетре рађена од 1995. до 1999, а у том периоду пресађено је 18 јетри и седам срца. Само један трансплантирани пацијент није напустио болницу, а проценат преживљавања био је 96 одсто. Све те захвате Институт Дедиње је финансирао из сопствених средстава. У међувремену, кардиоваскуларна патологија је знатно порасла. Годишње се обави око 2.000 кардиохирурских и још толико великих васкуларних процедура. Ако би се трансплантације поново обављале у тој кући, оне не би смеле да утичу на редовни рад. Са становишта овог кардиохирурга, трансплантација срца је средњетешка процедура, али је „тешко све остало“. Перић се залажио за системско решење којим треба да се све регулише, осмисли, и спроведе у живот.

Јован Кошутић, начелник Кардиолошке службе Института за мајку и дете, према броју становника, у Србији не би могло да се ради више од три трансплантације срца код деце годишње, што је недовољно да би се постигао квалитет. Он је указао да се и неке велике и реномирне клинике у свету налазе пред затварањем управо због нерентабилности и премалог броја захвата.

На скупу се чуло и да је трансплантациона медицина сурова, јер не постоји економски интерес за државу. После трансплантације срца преживљавање након годину дана је 93 одсто, након пет година 75 до 80, након 10 година 60 до 65 одсто, а тек сваки четврти пацијент са туђим срцем преживи 15 и више година. //



сетодневно лечење у Специјалној болници Меркур у Врњачкој Бањи, о трошку Републичког Фонда за здравствено осигурање.

Рехабилитација је продужена са пет на 10 дана, а коришћење тог вида рехабилитације омогућено је једном у четири године, а не једном у седам, како је претходним правилником прописано. Наведене промене ступиле су на снагу 1. августа. Сви пацијенти који су у 2008. и првој половини 2009. године користили продужену рехабилитацију, већ сада имају право на поновни долазак. Битно је да прође тачно четири године од завршетка претходног боравка како би се то право поново остварило.

Подсећамо, у Меркуру, Националном едукативном центру за дијабетес, спроводи се индивидуална и групна едукација оболелих од дијабетеса. Програм обухвата не само едукацију, већ и правилну исхрану, дозирању физичку активност, коришћење природног лековитог фактора, лабораторијске анализе, дијагностику (ЕМНГ, ултразвук, ендоскопија...) најсавременију медикаментну терапију и јачање мотивације за променом стила живота.

Предност таквог Националног центра јесте у томе што се едукација, превенција и лечење оболелих од шећерне болести спроводе на једном месту, под свакодневном контролом и уз тимски рад више од 40 лекара различитих специјалности и субспецијалности. Ефекти на пољу превенције компликација доносе значајне уштеде здравственој каси.

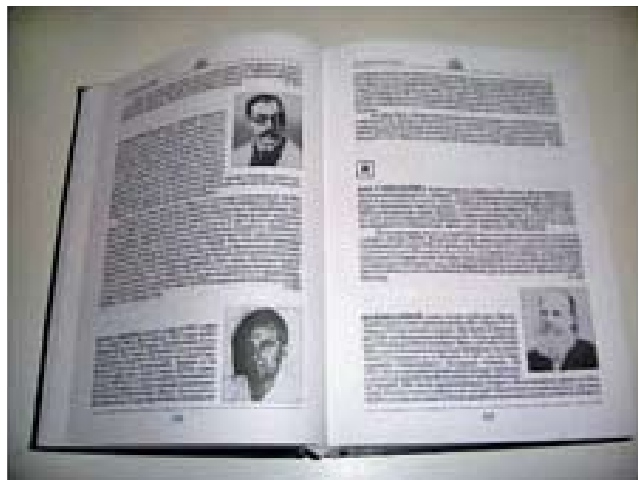
Од 2008. године до 2013. године у Меркуру је лечено 41.678 особа. Скраћење програма у 2012. години на пет дана имало је за последицу смањено интересовање оболелих за бањску рехабилитацију. Програм рехабилитације прошле године користило је 4.231 пацијент, што представља 56 одсто мање него у 2011. када је било 9.685 пацијената.

Истраживање у Србији је показало да су трошкови лечења оболелих од дијабетеса са компликацијама у 2007. години били 11 пута већи, него за лечење оболелих без компликација. РФЗО издваја 3,5–4,0 милијарде динара само за лечење компликација.

БИОГРАФИЈЕ 1.538 ЛЕКАРА НА ЈЕДНОМ МЕСТУ

Лексикон „Познати српски лекари“, објављен поводом 130 година Српског лекарског друштва, недавно је доштампан примерено интересовању за овај енциклопедијски зборник. „Познати српски лекари“ прво је свеобухватно дело ове врсте код нас објављено са циљем да првенствено служи међусобном упознавању и сарадњи, али и као основа за даље истраживање доприноса појединаца развоју и афирмацији професије и средине у којој живе и раде.

У Лексикону су објављене личне и професионалне биографије 1.538 лекара и стоматолога који су се у периоду од 18. до краја 20. века старали о здрављу народа и унапређивању медицинских наука. У суштини, Лексикон



преко биографија указује на карактеристике развоја српске медицине, показује начин и обим бриге о народном здрављу, медицинској едукацији и науци, пружа увид у сукцесију здравствених проблема, развоја дијагностике, опште медицине и растућег броја специјализација и субспецијализација, уочавају се доприноси наших лекара који су студирали и боравили у иностранству и страних који су боравили код нас, форме законодавства.

радне са светом, види се развој нашег здравственог законодавства.

Према међународно установљеним критеријумима лексикографије, пројекат је спровео тим од 73 сарадника, који се баве научно-истраживачким радом. Предговор је написао академик Владимир Кањух. Током припрема су консултовани сви медицински факултети у Србији, поштоване њихове сугестије, коришћени лично попуњени упитници учесника као и обимна литература (76 библиографских јединица). Лексикон има 941 страницу.

Поред биографија и фотографија лекара објављени су и значајни факсимили од интереса за историју српске медицине као што су: Српске новине од 19. августа 1844, Српски архив за целокупно лекарство (књига I, 1874. године), плакат Првог конгреса српских лекара и природњака из 1904. године, графикон о школовању медицинских кадрова у Србији од 1920. до 2004. године, као и факсимил првог печата Српског лекарског друштва из 1872. године.

Књига је приређена у оквиру пројекта Српска енциклопедија 20. века, аутора Милене Милановић, која је, пре овог, објавила лексиконе „Срби у свету – ко је ко“ и „500 Срба који су обележили 20. век“.

„Срби у свету – ко је ко“, на српском и енглеском језику, обухвата биографије 2.100 познатих Срба из 80 земаља, као и 12 епархија Српске православне цркве са 340 парохија, адресе 1.040 организација, удружења и клубова. Предговор су написали академици Добрица Ћосић и проф. др Никола Моравчевић из Чикага.

За Лексикон „Срби који су обележили 20. век“, на српском и енглеском језику, избор 500 личности извршио је

Успомена на професора Драјослава Ерићовца

Пре неколико месеци преминуо је наш познати стручњак из области неурологије, епилептолог, клинички неурофизиолог, професор Медицинског факултета/ Центра за мултидисциплинарне студије Универзитета у Београду, члан Њујоршке академије наука, Америчке академије за неурологију, председник Научног савета Приватне лекарске коморе, био је председник секције Српског лекарског друштва за ЕЕГ и клиничку неурофизиологију, председник Посебног одбора за медицинску етику Лекарске коморе Србије, успешан Србин, демократа и православац.

Рођен 1928. у Београду, завршио је Немачко-српску основну школу, матурирао је 1946. у Првој мушкој гимназији и дипломирао 1955. на Медицинском факултету у Београду. Докторирао је 1976. у Београду, усавршавао се на Универзитетима у Фрајбургу и Филаделфији САД. Радио је као асистент на Неуролошкој клиници Универзитета у Грацу, у ЕЕГ лабораторији Педијатријске клинике у Базелу, Клиници за неурологију у Фрајбургу и Институту за ментално здравље у Београду. Ре-



довни професор на Медицинском факултету је постао 1993. Аутор је 149 публикација, као и монографије Психомоторна епилепсија.

Прошле године професор је постао први носилац Медаље за животну дело Лекарске коморе Србије, због свог целокупног ангажовања у периоду поновног настанка Лекарске коморе у Србији, када је својом храброшћу, чашћу и виталношћу водио наш коморски брод као најстарији делегат у првом сазиву Скупштине кроз осмосатне седнице одолевајући свим притисцима. Творац је Кодекса професионалне етике Лекарске коморе Србије и први председник Посебног одбора за медицинску етику Лекарске коморе Србије, заслужан за унапређење не само науке, већ и професионализма, части и угледа струке својим животним ангажовањем.

Слава му.

Главни уредник гласника
Лекарске коморе Србије

* Корисцени подаци из биографског лексикона Познати српски лекари

ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ: ДР РУЖИЦА ВОЈИЋ

Кажњено милосрђе

ЛЕКАРКА ИЗ ШАПЦА, ЗА ЉУДСКО МИЛОСРЂЕ И ЛЕКАРСКО ДОБРОЧИНСТВО
КАЖЊЕНА ЈЕ 1945. ТРОГОДИШЊОМ РОБИЈОМ И ПЕТОГОДИШЊИМ
ОДУЗИМАЊЕМ ГРАЂАНСКЕ ЧАСТИ

Пише:
ПРИМ. ДР ПРЕДРАГ ТОЈИЋ

Цео свет је, малтене свакодневно, позорница насиља и непочинства. И једно и друго одвија се организовано кроз: ратне и мирнодопске, појединачне, ко-



лективне, формалне и неформалне злочесте учинке. Жртве насиља и непочинства нису поштеђене без обзира на минуо и частан живот, милосрдна и добротитељска дела. Штавише, и људи сјајних биографија постају метамрзитеља и фанатика.

Таквих примера је много, поготово у нашој ближој и даљој историји. Предмет овог текста ће управо бити један такав.

Др Ружица Војић, рођена у Шапцу 1898. године, од оца Пауна, угледног шабачког бојације и вуновлачара, и мајке Росе, домаћице, завршила је основну школу и гимназију у Шапцу. Како је била прворођено дете, поред сестара Милице и Мари-

БЕОГРАД 03. 10. 2013.
САЛА ДОМА ОМЛАДИНЕ

ПОВРЕДЕ КИЧМЕ И ДОЊИХ ЕКСТРЕМИТЕТА - ОДАБРАНА ПОГЛАВЉА

09.30	Како обезбедити оптималне биолошке и биомеханичке услове за зарастање и регенерацију коштаног ткива?	Академик проф. др Милорад Митковић
10.30	Третман проксималних екстраартикуларних тибедних фрактура	Проф. др Јорг Франке
11.30	Ургентно збрињавање политрауматизованих пацијената	Др Горан Стојиљковић
12.30	Дискусија	
13.00	Пауза	
14.00	Специфичности прелома у децејем узрасту	Мр сци. мед. др Станко Барлов
14.45	Приказ случајева овертајено збрињених пацијената Ортопедске службе Опште болнице Њоњ Париз	Др Сеад Личина
15.30	Савремена инвазивна дијагностика дискус хрбнице	Др Бранко Радивојевић
17.00	Рехабилитација пацијената са повредом доњих екстремитета.	Доц. др Дејан Нешић
18.00	Дискусија и едукација	

Акредитован: 11 бодова за предавање, 7 бодова за постер презентацију, 3 бодова за слушање.

БЕОГРАД 04. 10. 2013.
ВЕЛИКА САЛА ДОМА СИНДИКАТА

ПРИВАТНА ПРАКСА - РЕШЕЊЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ СРБИЈЕ

09.30	Отварање и поздравна реч	
10.00	Приватна пракса у Србији 1999-2013	Др Драгана Милутиновић
10.20	Студија изводљивости унапређења приватне праксе у здравствени систем Србије	Проф. др Дејан Петровић
10.58	"Јуџ Наврига" - искуства у раду	Др Јадран Бицић
11.16	Приватни предузетништво у Србији	Мр сци. мед. Јасмина Кисељковић
11.30	Специјална хируршка болница "Zava Surgery" - Наш - Специфичности приватне праксе у Србији	Др Драган Стефановић
11.50	Улога приватне праксе у развоју личностне, реконструктивне и естетске реконструкције	Мр сци. мед. Виолета Скоробаћ
12.10	"MEDII EK" - здравствена установа, Чачак	Др Бранко Милековић
12.30	Дијагностички центар "Храм" - улога приватне праксе у дијагностици	Прим. др Градимира Драгутиновић
12.50	"Медигруп" - прва приватна здравствена платформа у Србији	Проф. др Александар Љубић
13.10	Дискусија	
14.00	Пауза	
15.00	"Топ Утоп" специјална болница за кардиохирургију Скопље - македонска искуства	Академик Жан Митрев
15.30	"Сателит" кардиолошка организација Бања Лука - статус приватне праксе у Републици Српској	Проф. др Александар Лазаревић
16.00	"Светлост" специјална болница за офталмологију Загреб - вишегодишња искуства	Проф. др Ринкица Габрић
16.30	"Аксис" специјална болница за хирургију крајевнице и ортопедију, Загреб	Проф. др Роберт Сафитић
17.00	Дискусија	
17.45	Евалуација	

Акредитован: 11 бодова за предавање, 7 бодова за лектор презентацију, 3 бодова за слушање.

Сви програми су акредитовани код Здравственог савета Србије и бесплатни за чланове Лекарске коморе Србије.



Скенирајте QR Code и преузмите програм конференције на Ваш мобилни уређај

БЕОГРАД 04. 10. 2013.
САЛА ДОМА ОМЛАДИНЕ

ПРЕИНВАЗИВНЕ ЛЕЗИЈЕ У ХИРУРШКОЈ ПАТОЛОГИЈИ

09.00	Уводна реч	
09.30	Преинвазивне лезије дојке	Проф. др Тибор Тот
10.00	Панкреасне интрадукталне неоплазије	Prof. dr Gunter Klörpel
10.30	Пауза	
11.00	Преинвазивне лезије ОРЛ регије	Проф. др Snežana Andrejević Blant
11.30	Преинвазивне лезије панкреаса	Prof. dr Giuseppe Zamboni
12.00	Преинвазивне лезије јајника	Проф. др Snežana Tomić
12.30	Дискусија	
13.00	Пауза	
14.00	Преинвазивне лезије плућа	Проф. др Жатка Ери
14.30	Преинвазивне лезије у уропатологији	Проф. др Илија Ненадић
15.00	Преинвазивне лезије простате	Прим. др Радослав Радосављевић
15.30	Дискусија	Сви предавачи
16.00	Завршетак семинара	Сви предавачи
17.00	Тест - провера знања	
17.30	Евалуација	
18.00	Затварање курса	

Акредитован: 14 бодова за предавање, 7 бодова за слушање.

НИШ 04. 10. 2013.
САЛА НАРОДНОГ ПОЗОРИШТА

ХИПЕРБАРИЧНА МЕДИЦИНА

08.45	Реч добродошлице	
09.00	Молекуларне основе хипербаричне оксигенације	Проф. др Томислав Јовановић
09.20	Оксидативни стрес и хипербарична оксигенација	Проф. др Томислав Јовановић
09.40	Анаеробне инфекције и хипербарична оксигенација	Проф. др Томислав Јовановић
10.00	Хипербарична оксигенација и ангиопатије	Проф. др Томислав Јовановић
10.20	"Трошкови и користи" примене хипербаричне оксигенације у санирању последица дијабетесних ангиопатија	Проф. др Томислав Јовановић
10.40	Hyperbaric Medicine in Europe Indications, the European Code of Good Practice in Hyperbaric Medicine Practice and the European Accreditation system for Hyperbaric Medicine Courses, Centers and Specialists	Prof. Dr Med Sci Alessandro Martoni
11.20	Хипербарична оксигенација у санирању последица каротидне болести и церебралне исхемије	Проф. др Ђорђе Радак
11.50	Резултати експерименталне примене хипербаричне оксигенације у санирању последица мождане трауме	Доц. др Предраг Бркић
12.20	Улога HBO у лечењу тешко повређених екстремитета	Проф. др Марко Бумбаширевић
12.50	Пауза	
13.50	Индикације за примену HBO терапије	Прим. др Лепосава Милићевић
14.10	HBO у лечењу хроничних рана и инфекција меких ткива	Др Бранко Маркуш
14.30	Значај HBO у терапији системских болести везивног ткива	Др Весна Колетић
14.50	Развој хипербаричних комора и усаглашавање са потребама савремене медицине	Мариана Седлар, дипл. инж. маш.
15.10	Примена хипербаричне оксигенације у санирању последица спортских повреда	Доц. др Предраг Бркић
15.30	Отворена дискусија, закључци и препоруке	Модератор Проф. др Томислав Јовановић
16.30	Евалуација	Модератор Проф. др Томислав Јовановић

Акредитован: 11 бодова за предавање, 7 бодова за постер презентацију, 5 бодова за слушање.

WWW.LKS.ORG.RS

ПРОГРАМ КОНФЕРЕНЦИЈЕ

БЕОГРАД

03. октобар 2013.

09.00-19.00 / ВЕЛИКА САЛА ДОМА СИНДИКАТА
Нурс "ТРАНСПЛАНТАЦИЈА СРЦА И ПЛУЋА"
(08.00-09.00 регистрација учесника)

09.45-19.00 / МАЛА САЛА ДОМА СИНДИКАТА
Нурс "СКРИНИНГ И РАНА ДЕТЕКЦИЈА МЕЛАНОМА"
(09.00-09.45 регистрација учесника)

09.30-19.00 / САЛА ДОМА ОМЛАДИНЕ
Симпозијум "ПОВРЕДЕ КИЧМЕ И ДОЊИХ ЕКСТРЕМИТЕТА -
ОДАБРАНА ПОГЛАВЉА"
(08.30-09.30 регистрација учесника)

19.00-20.00 / САЛА ДОМА ОМЛАДИНЕ
Округли сто "УЛОГА, МЕСТО И ЗНАЧАЈ СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ
ДИАСПОРЕ У РАЗЛИЧИТИМ ВИДОВИМА СТРУЧНОГ
УСАВРШАВАЊА ЛЕНАРА ИЗ СРБИЈЕ"

04. октобар 2013.

09.30-19.30 / ВЕЛИКА САЛА ДОМА СИНДИКАТА
Симпозијум "ПРИВАТНА ПРАКСА – РЕШЕЊЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ
СИСТЕМ СРБИЈЕ?"
(регистрација учесника 08.30-09.30)

09.00-18.00 / САЛА ДОМА ОМЛАДИНЕ
Међународни нурс
"ПРЕНИВАЗИВНЕ ЛЕЗИЈЕ У ХИРУРШКОЈ ПАТОЛОГИЈИ"
(регистрација учесника 08.00-09.00)

НИШ

04. октобар 2013.

САЛА НАРОДНОГ ПОЗРИШТА

08.45-16.40
Симпозијум "ХИПЕРБАРИЧНА МЕДИЦИНА"
(регистрација учесника 08.00-08.45)

17.00-19.00
Промоција књиге "И ЛЕНАРИ СУ ЉУДИ" Драгутина Грегорића



ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ
SERBIAN MEDICAL CHAMBER

