QUO VADIS

ЛЪТОПИСИ на ЛЕКАРСКИЯ СЪЮЗЪ ВЪ БЪЛГАРИЯ

София, година XII, брой 4, понеделник, 30 април 2012 г. Национално издание на Българския лекарски съюз www.blsbg.com

15–18 МАЙ
БУЛМЕДИКА
БУЛДЕНТАЛ

АНЕСТЕЗИОЛОЗИТЕ - ИЗЧЕЗВАЩ ВИД

на стр. 8-9

НАЦИОНАЛНИЯТ СЪВЕТ НА БЛС:

ПРЕГОВОРИТЕ ЗА НРД ЗАПОЧВАТ ПРЕЗ МАЙ

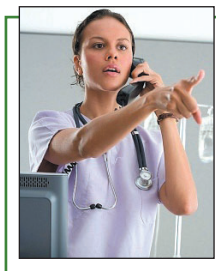
За заседанието на НС в Сливен

на стр. 3

В комплекс „Камена“ - преференциални цени за лекари и семействата им

на стр. 16

В БРОЯ



ПРОЗРАЧНОСТ

Лекарският съюз настоява за изцяло нова наредба за следдипломното обучение

на стр. 4

СПЕЦИАЛЕН ГОСТ

Проф. д-р Енис Йозяр

ръководител на Катедрата по радиационна онкология и лечение с Кибер нож в болница „Ачибадем“

на стр. 7

РЕПЛИКА НА МЕСЕЦА

Докторите у нас са факири - и без бюджет лекуват качествено.

Доц. д-р Божидар Финков

Доц. д-р Таня Кунева, началник на клиника и ръководител на катедра „Професионални болести“ към МУ - София, в навечерието на Първи май: *Трудовата медицина не е атрактивна, не носи пари, няма клинични пътеки, не привлича младите. Но тя е значима за здравето и развитието на обществото... При хармонизирането с европейските норми все повече ще се спазват правилата...*

БЛС спечели делото срещу РК - Търговище за неплатен членски внос

Търговищкият районен съд, след запознаване с приложените по делото доказателства и след анализ на нормативната рамка и Устава на БЛС установи, че централното ръководство на БЛС е в правото си да получи претендираната сума. Констатирайки, че ответникът, РК - гр. Търговище, не може да черпи права от собственото си неправомерно поведение, съдът счете предявения от БЛС иск за основателен и доказан, с което пресече недобросъвестната практика за неплащане на дължимите отчисления от членски внос към централните структури.

Съдът постанови РК-Търговище да изплати дължимата сума ведно със законната лихва, както и сумата за разноски в заповедното производство, за което вземане има издадена заповед за изпълнение.

Д-р Светлозара Илиева е новият директор на Медицинския одит

Новият директор на Изпълнителна агенция "Медицински одит" е д-р Светлозара Илиева. Тя е назначена от министъра на здравеопазването Десислава Атанасова, съгласувано с министър-председателя Бойко Борисов.

Д-р Светлозара Илиева заемаше длъжността директор на дирекция "Контрол на снабдяването и потреблението на лекарствените продукти в лечебните заведения" в ИАМО. Тя е завършила медицина в МУ-София, работила е като лекар-ординатор в Четвърта МБАЛ - София и като асистент в УМБАЛ "Царица Йоанна". Има две специалности - по вътрешни болести и болести на обмяната и храненето, както и завършена магистратура по "Здравен мениджмънт". Специализирала е в Полша и Русия. В периода 2001-2010 г. е работила в НЗОК последователно като главен експерт в дирекция "Медицински дейности" и началник-отдел в дирекция "Договаряне, методология и контрол на извънболничната медицинска помощ".

Зам.-министър Минчо Вичев е в Надзорния съвет на НОИ

Заместник-министърът на здравеопазването д-р Минчо Вичев заема мястото на Гергана Павлова в Надзорния съвет на НОИ, реши правителството. След като Павлова беше освободена от поста зам.-министър на здравеопазването, това наложи и освобождаването ѝ от състава на Надзорния съвет на Националния осигурителен институт, уточняват от правителствената информационна служба.

Съгласно чл. 35, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване, Надзорният съвет на Националния осигурителен институт се състои от по един представител на всяка от представителните организации на работниците и служителите и на работодателите, признати съгласно Кодекса на труда, и равен на тях брой представители, определени от Министерския съвет.

Медик стана шеф на Световната банка

52-годишен лекар оглави Световната банка. Американецът Джим Йон Ким бе избран за президент на финансовата институция.

Той ще наследи на поста Робърт Зелик на 1 юли. Неговият мандат е 5-годишен. През това време Ким ще ръководи всички институции от групата на Световната банка, включително Международната банка за възстановяване и развитие. По професия Ким е лекар и антрополог. Той е президент на Колежа в Дартмут, Ню Хампшир. Бивш директор е на департамента за борба с ХИВ/СПИН към Световната здравна организация.

Ким е с корейски произход, но е гражданин на САЩ. Кандидатурата му бе издигната от президента на Щатите Барак Обама.

Според новия президент икономическият растеж е приоритет за всяка държава. В интервю за Би Би Си той казва, че това е най-добрият начин да се създават работни места и да се спасят хората от бедността.

Здравните услуги са устойчиви на всякаква рецесия

Направена е класация на индустриите, които криза не лови, съобщават от Си Ен Би Си.

Например в сферата на лекарствата и здравните услуги има 8,22% ръст през критичната 2009 г., когато много от стандартните бизнеси бяха притиснати до стената. Данните са събрани с помощта на компанията за финансова информация Sageworks.

Лекарите, както и сестрите, и зъболекарите предоставят услуги, чието търсене не търпи отлагане, независимо от спада в икономиката. Болестите просто не изчезват по време на рецесия. Това обяснява и ръста в тази индустрия с 4,65% през миналата година и с цели 7,71% през 2007 г. У нас статистиката сочи, че около 600 до 1000 лекари годишно напускат страната и заминават да практикуват в чужбина заради по-високото възнаграждение.

Села „осиновяват" кандидат-студент по медицина

Общинската управа в Бойчиновци обяви, че търси кандидат-студент по медицина, за да поеме издръжката му в университета. В замяна бъдещият медик трябва да поеме ангажимент да работи при тях. В Бойчиновци и 12-те села в района живеят 9272 души, за които се грижи един лекар. Много от местните хора пътуват за прегледи до Монтана, а най-бедните не полагат никакви грижи за здравето си.

Затова кметството е решило да плаща в продължение на 6 г. таксите за следване (по 1000 лв.) и месечна стипендия на бъдещия доктор. "Това е единственият начин да осигурим млади кадри", заяви зам.-кметицата Галя Райкова.

ДАРИ ЗА СЕБЕ СИ!

Български лекарски съюз откри дарителска кампания за изграждането на

Дом на лекаря

Банкови сметки на БЛС при ОББ АД са:

BG 23 UBBS 80021068099630, валута BGN
BG 58 UBBS 80021441299710, валута EUR
BG 19 UBBS 80021111241810, валута USD

Проектът на сградата

Семейство лекари молят за помощ

Семейство лекари търсят финансова помощ за трансплантация на стволови клетки на своя син, който е с церебрална парализа. Процедурите ще се извършат в Националния онкологичен научен център в Москва. В писмо до ръководството на БЛС родителите на детето пишат: "Много бихме били щастливи, ако откликнете като колеги и проявите разбиране към нашата молба за финансова и морална подкрепа, защото по този начин ние и всички хора около нас, изпаднали в такава тежка ситуация, но не и загърбили проблемите, ще разберем, че не сме сами на този свят и в него живеят също така добри хора!"

Сметките, на които можете да помогнете, са:

ОББ-клон Велико Търново, България
SWIFT: UBBSBGSF
Банков код №200 800 23
Клиент ИВАН ЛЮБОМИРОВ ВАСИЛЕВ
IBAN Сметка № BG95UBBS80021400653716 ЕВРО
IBAN Сметка № BG96UBBS80021004783312 ЛЕВА
IBAN Сметка № BG53UBBS80021100861616 ЩАТСКИ ДОЛАРИ

Средната цена за поредната имплантация на стволови клетки, когато състоянието на детето позволи да бъде прието за лечение в московската клиника, е около 7970 $

За връзка с родителите:
Д-р Любомир Василев - 0888932225
Д-р Деяна Василева - 0888231863

ПРЕДСТОЯЩО

Чилови дни - за 15-ти юбилеен път

На 17 юни, неделя, от 13 ч. в Къщата-музей "Проф. К. Чилов" в родното му село Славейно, Смолянско, свещено място на българската медицина, ще се проведе заключителната тържествена част на традиционните, създадени през 1998 г., Чилови дни. Те са посветени на делото на един от най-знаменитите български лекари чл.-кор. проф. Константин Чилов (1898-1955). Завършил медицина във Виена (1925), специализирал вътрешни болести във Виена, Фрайбург и Хале, той първи изгражда мост между европейската и българската медицина. Публикува над 250 научни труда в областта на кардиологията, нефрологията, гастроентерологията, хематологията, паразитологията, метаболизма; създава и българската клинична лаборатория. Умира през 1955 г. от рак на дебелото черво, като 20 дни преди това изнася последната си лекция пред студентите по същата тема, хладнокръвно описвайки своите собствени симптоми.

С юбилейната 15-та награда "Проф. К. Чилов", която се отсъжда от БЛС, БАН, СУБ, Съюза на българските медицински дружества, Национален алианс "Живот за България" и в. "Български лекар", ще бъде удостоен дългогодишният национален консултант по фтизиатрия доц. Донка Стефанова. Тя ще изнесе лекция на тема "Резистентна туберкулоза" на 10 май, петък, от 13,30 ч. в Аулата на Центъра по хигиена.

А на 16 юни, събота, от 13 до 15 ч. в с. Кутела, което се намира на 8 клм от с. Славейно, ще се проведе 4-тият Родопски здравен Събор, организиран от Клуб "Родопско здраве" и в. "Български лекар".

„Последната линейка на София" отива в Кан

Документалният филм "Последната линейка на София" ще направи световната си премиера в рамките на Седмицата на критиката в Кан. Историята разказва за милионен град, в който има само 13 линейки. Трима лекари - Краси, Мила и Пламен - са невероятните герои на филма: енергични, с чувство за хумор, които раздават себе си в опит да спасят живота на другите. Участниците във филма са описани като "страстни пушачи с невероятно чувство хумор", които не спират да правят всичко по силите си, въпреки трудностите и ударите от обществото. Колко дълго те ще имат сили да изпълняват своята мисия? Режисьор и оператор на филма е Илиян Метев.

Лечебница се отоплява с биомаса

Общинската болница в Разлог от няколко години се отоплява с биомаса. Тецът с мощност 1,5 МВт бе построен от датската фирма "Бруната". Акционерното дружество "Бруната Термал" АД вдигна съоръжението в двора на МБАЛ-Разлог. Топлината се получава от изгарянето на дървени стърготини, клони и кори. "Един кВтч струва 12,5 ст., което е доста поевтино за здравното заведение от тока на ЧЕЗ - заяви кметът на Разлог Красимир Герчев. - Надявам се скоро и други обществени сгради ще се топлят с биомаса", добави той. "Бруната" вдигна и соларна централа край петричкото с. Капатово за 1,3 млн. евро. Монтираните над 2100 фотосоларни модула дават 530 кВт обща пикова мощност.

QUO VADIS
Лѣтописи на Лѣкарския съюзъ въ България

Адрес на редакцията:
София, бул. „Акад. Иван Евстр. Гешов" 15,
НЦОЗ **Български лекарски съюз,**
тел. 02/ 954 98 90

Отдел „Информация и връзки с обществеността"
Главен редактор: Лилия Н. Петкова
Редактор: Лили Войнова
Фоторепортер: Георги Георгиев
Предпечат: Ан-Ди
Експонация и печат: „Печатница София"

Редакционно броят е приключен на 29 април 2012 г.

В Акредитационния съвет

Обсъдиха проект на Единна кредитна система за продължаващото обучение

- **Представени бяха сравнителни параметри от практики в различни страни**
- **Бонуси, а не санкции при изпълнение на определения брой точки, препоръчват медиците**

За три години всеки лекар да събере 150 точки - около този параметър се обединиха представители на БЛС и на Съюза на медицинските специалисти, участвали в заседанието на Акредитационния съвет на 24 април, т.г.

Приемането на единна кредитна система за продължаващото обучение е важно за съсловието, изтъкна зам.-председателят на съсловната организация д-р Юлиан Йорданов, който е и председател на съвета. Усъвършенстването на непрекъснатата квалификация и оценката на медиците ще се извършва вътре в съсловието, а не под административен натиск отвън.

Д-р Юлиан Йорданов, зам.-председател на БЛС

Българският лекарски съюз представи данни по темата от страни, където има опит в продължаващото обучение. Параметрите са различни - от 250 точки за три години, например, до 150 за същия период.

Д-р Кирил Еленски

От направеното експозе стана ясно, че няма общоприета Европейска кредитна система. Това налага да се разработи национална. Мнението на участниците в заседанието на Акредитацинния съвет е, че българската система трябва да бъде лесно приложима у нас и критериите да са ясни. При изпълнението на определения брой кредитни точки да се даде предимство на бонусите, а не на санкциите - такава позиция бе изказана от присъстващите.

Друг параметър, около който постигнаха съгласие на работната среща, бе: кредитните точки да се изчисляват на базата на един академичен час - 45 минути.

Какво кредитираме? Това бе първият въпрос, на който бе потърсен конкретен отговор.

Посочени бяха седем форми за продължаващо обучение, сред които лекция, колегиум; конгреси, симпозиуми, конференции в страната и в чужбина;практически упражнения, индивидуално обучение, курсове; дистанционно обучение; квалификация с медицинска литература - списания, учебници, монографии; автори на доклад, лекция, публикация, реферат, постери и пр.;полагане на изпит за оценка на придобитите знания.

Проф. д-р Александър Куртев

Академик Петя Василева и д-р Методи Маджаров

РЕПЛИКИ

Между другото

Проф. д-р Асен Гудев: Трябва да изведем по някакъв начин съсловието от летаргията. Унификацията и хармонизацията неминуемо ще дойдат...

Д-р Методи Маджаров: Когато се хармонизират заплатите, ще се хармонизира и моралът.

Как кредитираме? Посоченият отговор е: един академичен час, с лимит на отделните форми. Участниците в работната среща допълниха, че е необходимо да се определи и "степен на значимост".

Кой кредитира? Кого кредитира? И по тези въпроси, както и по финансирането на ПМО се изказаха мнения. Обсъждането на проекта за Единна кредитна система остава отворено.

Участниците в дискусията на 24 април изказаха мнение, че кредитирането на формите трябва да се извършва в отдел ПМО/ППР в Управителния съвет и РЛК. Това се налага поради големия обем от информация, която трябва да се систематизира и е невъзможно да се поддържа в бъдещите бордове по специалности. Отделно трябва да се води точен финансов отчет.

Участниците не можаха да се обединят около общ отговор на въпроса за категориите на лекари, които трябва да се включат в продължаващото медицинско обучение - практикуващи лекари, администратори, работещи във фармацевтични фирми, в НЗОК и т.н.

Финансовите взаимоотношения продължават да се уреждат с договори между БЛС и организаторите на непрекъснатото обучение. Общо беше становището за предварително заплащане на мероприятията на база прогнозен брой участници - до 250, до 500 и над 500.

Кои детайли останаха без конкретен отговор?

На проф. д-р В. Димитров бе възложено да предложи българските и чуждестранни списания, които могат да носят кредити по нашата система.

Предстои да се уточни до кой поред съавтор на дадена статия могат да се дават кредитни точки.

Открит остана и въпросът за кредитирането на формите на продължаващото медицинско обучение за специализанти.

Следващото заседание на Акредитационния съвет ще се проведе на 8 май.

Националният съвет на Лекарския съюз:

Преговорите за НРД 2013 започват през май

- **Извънреден събор - в началото на есента**

Преговорите за Национален рамков договор трябва да стартират навреме - текстовете да бъдат добре обмислени, подредени и редактирани, за да не се налага всяка година да се сменят правилата и хората да се лутат. За ежегодно договаряне могат да останат цените и обемите. Това бе отбелязано от д-р Цветан Райчинов на заседанието на Националния съвет на БЛС, проведено на 23 април, т.г. в Сливен. Идеята да се сключва НРД за три години е възможно този път да се реализира.

Преговорите ще започнат по определена методика. Прави се график по специалности. Най-продължителният процес на договаряне е за клиничните пътеки. Събират се всички експерти, изпратени от страната. Те решават какво и защо искат да се промени в клиничните пътеки. Излъчват се 5-7 човека, които след това преговарят на експертно ниво - с експертите на НЗОК. Подписва се протокол. Ако има спорове, те се решават от ръководствата на двете страни - от Надзорния и Управителния съвети.

До края на май да се проведат срещи - да се изяснят параметрите за болничната помощ, за да може БЛС да ги предложи като промени в Наредба 40 преди септември. Срещите за ПИМП могат също да стартират в началото на май. Единствено преговорите за СИМП се налага да започнат след 15 май по обективни причини (учредяване на асоциация).

Но преди това регионалните колегии трябва до 10 май да определят своите експерти.

БЛС иска, когато има промени в НРД, те да се съгласуват между съсловната организация, Касата и министерството. По всяко време да може да се прави анекс по искане на една от страните.

Рамковият договор да се подпише до края на март и да влиза в сила от 1 април или да се подпише до края на февруари и да влиза в сила от 1 март, за да има време да се реагира, да се подписват документи и пр. Това е едно от новите предложения.

Предлага се и заплащането в болниците да става по друга методика - да се гарантират заплатите на персонала. БЛС отново ще настоява да се заплаща за дейност на анестезиолозите и на патоанатомите. Обсъдени бяха и бюджетите на болниците. Експерти на БЛС ще изготвят сравнителна таблица на бюджетите досега и заложените за 2012 година.

Необходимостта от регулация на разходите за лекарства - това бе тема, по която изказаха становище не един и двама от участващите в заседанието на Националния съвет. За да се спре нарастването на тези разходи, БЛС предлага реимбурсирането да става на основата на диагноза, а не на медикаменти. Като се фиксира определена сума, която не може да се надхвърля, ще се стопира "подяждането" на парите за медицински дейности. Затова се предлага да има текст, който посочва, че парите за дейности не могат да се използват за медикаменти. От резерва не може да се черпи повече от определения процент за лекарства.

НС реши де се проведе онлайн анкета за избора на екип от пациентите - чрез сайта на БЛС да се направи едномесечно проучване "относно съществуването на механизъм за избор на екип", да се вземат становищата и на регионалните колегии, и на лекарите от болниците...

Извънреден събор на БЛС да се проведе в края на септември-началото на октомври, реши Националният съвет. На висшия форум ще бъдат предложени промени в Устава и ще се обсъди бъдещето на съсловната организация.

Преди това, на 7, 8 и 9 юни ще се проведат заседания на Управителния и на Националния съвет във Велико Търново, където ще се честват Молловите дни, организирани от Великотърновската регионална колегия.

ЛЕКАРСКИЯТ СЪЮЗ НАСТОЯВА ЗА ИЗЦЯЛО НОВА НАРЕДБА ЗА СЛЕДДИПЛОМНОТО ОБУЧЕНИЕ

В писмо до министъра на здравеопазването председателят на съсловната организация изтъква становището на БЛС по проекта за промени в наредба 34. Публикуваме пълния текст на писмото.

ДО
Г-ЖА ДЕСИСЛАВА АТАНАСОВА
МИНИСТЪР НА
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Относно: проект за изменение и допълнение на наредба № 34 от 29 декември 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването

Уважаема
г-жо Министър,

Във връзка с цитирания проект за промени в Наредба № 34, БЛС изразява следното становище:

1. По подготвения проект нямаме възражения, и подкрепяме идеята за спешни промени. Предлагаме да се помисли за текстове, създаващи възможност на завършилите изцяло или частично специализация по предишните наредби, но неположили изпит, да се явят на изпит за специалност по ускорена процедура след опреснителни курсове. Също така за тези лекари, които са работили в съответните бази за специализация, без да са зачислени, да им се признае стаж за съответната специалност.

2. Заедно с това, БЛС счита, че следва да се променят фундаментално принципите на специализация и да се обмисли внимателно и подготви изцяло нова наредба за следдипломното обучение в системата на здравеопазването. В тази връзка считаме, че е уместно да се създаде работна група с представители на заинтересованите страни - МЗ, съсловните организации, медицинските университети и др., която да подготви детайлно принципите за провеждане на следдипломно обучение и, след съответно утвърждаване - да изработи и нова наредба. Смятаме, че водеща роля в тази работна група следва да имат МЗ и БЛС.

С уважение:
Д-р Цветан Райчинов,
председател на УС на БЛС

БЛС е против непрекъснатото увеличаване на разходите за лекарства

"БЛС е силно разтревожен от лавинообразното увеличаване на разходите за медикаменти, заплащани от НЗОК през последните години. Този процес води до невъзможност за увеличаване на разходите за медицински дейности в доболничната и болничната помощ, които са силно недофинансирани и с цени по-ниски от други европейски страни в рамките на 4-6 пъти." Това се казва в писмо на Българския лекарски съюз до здравния министър Десислава Атанасова. В него съсловната организация остро протестира срещу липсата на регулация за лекарствата, което води до постоянно нарастване на цените и обемите им. "Средствата, заплащани от страна на НЗОК, като се включат и тези, които ще закупят болниците, вероятно тази година ще са около 1 млрд. лв., близо 40% от бюджета на НЗОК и над 30% от бюджета за здравеопазване на държавата. Това е абсолютно ненормално съотношение, което не съществува в никоя европейска, а и в друга държава", подчертават от БЛС. Според ръководството на Съюза това състояние на нещата не трябва да продължава. Няма да може да се реши и с половинчати мерки, затова трябва да се предприемат кардинални мерки за ефективна регулация както на цените, така и на общите разходи, заплащани с публични средства.

В тази връзка БЛС настоява да се забрани чрез промяна в Закона за здравното осигуряване или в Закона за бюджета на НЗОК да се прехвърлят средства от други пера или от годишния оперативен резерв на Касата или това да става до определен процент. Подобен ограничителен текст съществуваше от 2004 до 2007 г., припомнят от организацията. БЛС предлага също да се премине към реимбурсиране по диагнози, диференцирани по тежест - за определена диагноза Касата да плаща до определена сума, независимо от изписваните лекарства. Или НЗОК да има право да намалява процентите на реимбурсация на групи медикаменти при нарастване на разходите им.

Регионални колегии събраха 18 181,68 лв. в помощ на пострадалите от хасковска област

След призива на ръководството на БЛС за подпомагане на хората от бедстващите райони в Хасковска област, регионални колегии от цялата страна се отзоваха с конкретна финансова помощ. Вече са събрани 18 181,68 лв., съобщава в свое писмо до централата д-р Динчо Генев - председател на УС на РК Хасково. Средствата да се използват за ремонт и обзавеждане с необходимата апаратура на кабинета на общопрактикуващия лекар в с. Бисер, предлагат от колегията. От името на пострадалите граждани д-р Генев благодари на всички колегии, изразили благотворителен жест. Публикуваме писмото, както и списък с даренията до посочената дата.

Изх.№ 617 / 04-04-2012 г.

До УС на БЛС
До УС на РЛК

Уважаеми колеги,
Приложено ви изпращам справка от дневното извлечение за движението на средствата по дарителската сметка, открита в полза на пострадалите от наводнението в обл. Хасково -

Банка ДСК ЕАД - Хасково		Име: РЛК Хасково - благотворителна цел		нач. салдо-	0,00	
BIC: STSABGSF		IBAN: BG95STSA93000020118605		оборот-	18191,68	10,00
				кр. салдо-	18181,68	
операция №	дневно извлечение №	дата	контрагенти	основание	приход	разход
1	1	16.02.2012 г.	РЛК - ????	дарение	800,00	
2	2	17.02.2012 г.	РЛК - Русе	дарение	4500,00	
3	2	17.02.2012 г.	????	дарение	570,00	
4	2	17.02.2012 г.	ЦСМП - Търговище	дарение	133,20	
5	3	20.02.2012 г.	РЛК - Плевен	дарение	2000,00	
6	4	21.02.2012 г.	РЛК - Хасково	дарение	1000,00	
7	4	21.02.2012 г.	РЛК - Перник	дарение	500,00	
8	5	23.02.2012 г.	РЛК - Габрово	дарение	1000,00	
9	6	27.02.2012 г.	РЛК - Кърджали	дарение	683,00	
10	7	29.02.2012 г.	банка ДСК	лихва / такса	0,74	5,00
11	8	01.03.2012 г.	РЛК - Враца	дарение	678,00	
12	9	02.03.2012 г.	РЛК - Благоевград	дарение	920,00	
13	10	06.03.2012 г.	РЛК - Пловдив	дарение	3225,00	
14	11	14.03.2012 г.	РЛК - Пазарджик	дарение	1152,00	
15	12	16.03.2012 г.	РЛК - Велико Търново	дарение	300,00	
16	13	21.03.2012 г.	РЛК - Ямбол	дарение	500,00	
17	14	26.03.2012 г.	РЛК - Враца	дарение	227,00	
18	15	30.03.2012 г.	банка ДСК	лихва / такса	2,74	5,00

Събраната сума към дата 04-04-2012г. е 18 181,68 лв.

УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ, УВАЖАЕМИ ДАРИТЕЛИ,

От името на пострадалите ни съграждани, изказвам най-сърдечни благодарности и уважение за предоставеното от Вас и Вашите организации дарение.

Благодарим за съпричастието на своевременно отзовалите се колегии - Русе, Търговище, Плевен, Хасково, Перник, Габрово, Кърджали, Враца, Благоевград, Пловдив, Пазарджик, Велико Търново, Ямбол и на анонимните дарители. С този жест на благотворителност, Вие за пореден път доказахте своята хуманност и загриженост към нуждаещите се.

Желаем Ви здраве и просперитет!

С почит:
02-04-2012 г. Д-р Динчо Генев,
Хасково председател на УС на РЛК - Хасково

Извън борда

Проблемите на лекарската експертиза рефлектират върху хората с увреждания

Проблемите в здравната сфера са толкова много, че едва ли могат да бъдат решени бързо. Въпросът е, че те рефлектират директно върху живота и здравето на пациентите и затова не търпят отлагане. Липсата на далновидна политика в сектора в продължение на години постави на дневен ред неуредиците най-вече в спешната помощ, но има и други сектори, които са пред колапс. Изключително тежко е например положението с лекарската експертиза. В ТЕЛК и НЕЛК не достигат кадри, сбъркана е и цялостната система на освидетелстване на хората с увреждания. А те са най-уязвимата група в обществото! Предлаганите в последно време промени, които предвиждаха прехвърлянето на органите на медицинската експертиза от МЗ към НОИ, само разбуниха допълнително духовете. Добрата новина е, че управляващите изглежда се вслушаха в доводите на експертите и на БЛС и се отказаха от тях. В момента е сформирана междуведомствена работна група по предложение на председателя на Националния съвет по медицинска експертиза - вицепремиера Симеон Дянков. Целта е тя да разгледа мястото на медицинската експертиза, да предложи преструктуриране на органите на медицинската експертиза, така че да се подобри дейността им в полза на болните хора. Засега работата върви добре. До момента са проведени три работни срещи. Има изградена концепция, която се приема от всички. Дали от крайния резултат ще има само икономически ползи, или ще се защитят и пациентите, предстои да видим. Защото е абсурдно зад действията, които засягат хората с увреждания, да стоят само цифри и пари, без да се мисли за правата им. А иначе проблемите в медицинската експертиза са много.

АДМИНИСТРАТИВЕН ХАОС

Несъмнено един от най-сериозните е пръснатото административно подчинение на отделните органи. Или казано по-просто, не е ясно коя служба на кого се подчинява, а оттам идва и невъзможността за осъществяване на контрол. Националната експертна лекарска комисия е със статут на здравно заведение към МЗ, териториалните лекарски комисии са към многопрофилните болници, т.е. към търговски дружества, регионалните картотеки за медицински експертизи, които се явяват деловодството на ТЕЛК, са на подчинение на Регионалната здравна инспекция. Така НЕЛК, която има контролни и методични функции, не може да администрира работата на ТЕЛК, затова и когато възникне някакъв проблем, няма как да го реши. Обжалваното експертно решение на ТЕЛК влиза за разглеждане в НЕЛК, службата се произнася, но по-нататък какви санкции се предприемат, експертите не знаят. Затова едно от основните предложения е за изграждане на единна административна структура, с ясно разписани отговорности.

НЕДОСТИГ НА КАДРИ

Административният разнобой рефлектира и на кадровото обезпечаване, въпреки че върху него влияят други, по-съществени фактори. Няма лекари, които да искат да работят в медицинската експертиза, тъй като там заплащането е много ниско. Средното възнаграждение е някъде около 580 лв., като в Закона за здравето изрично е разписано, че лекар, който работи в ТЕЛК или НЕЛК, не може да полага друга дейност по договор със здравната каса. Така медиците получават ниско възнаграждение, а в същото време нямат право да работят допълнително! Друга пречка е, че през 2003 г. в Кодекса за социално подпомагане е приет текст, в който се казва, че при отмяна на решение на ТЕЛК от по-горестоящ орган и промяна в процента и сумата, която поражда пенсията за инвалидност, разликата между двете суми се поема като ревизионен акт от членовете на ТЕЛК. След продължителна битка от страна на Сдружението на лекарите от медицинската експертиза, през 2010 г. това безумие отпада, но от 2012 г. тихомълком разпоредбата е възстановена. И се стига до следващия абсурд - лекар с мизерна заплата, трябва да плаща ревизионни актове от 3-4 хил. лв. Затова в системата на експертизата работят някъде около 85% пенсионери. Както е тръгнало, ако не се вземат спешни мерки, след 5-6 години ще останем без специалисти в тази област, което пък ще рефлектира най-вече върху хората с увреждания. Защото лекарите масово напускат системата, нови хора не идват, а за млади медици въобще не може да се говори. Основната причина те дори да не помислят за ТЕЛК е невъзможността да се обучават. При сегашната структура на ТЕЛК, ако един от членовете отсъства 10 дни, за да отиде на някакъв курс за квалификация, трябва да спре работата на ТЕЛК, защото по закон решение се постановява само при пълен състав на комисията.

НЕОСНОВАТЕЛНИ СЪМНЕНИЯ ЗА КОРУПЦИЯ

Разбира се, навсякъде има черни овце, но да се слагат под общ знаменател всички, които работят в ТЕЛК, е най-малкото обидно. В последно време обаче писанията в медиите се опитват да създадат точно такъв имидж на специалистите от медицинската експертиза. Само че твърденията, че много са се увеличили пенсиите по инвалидност и за това били виновни докторите в ТЕЛК, не отговарят на истината. Защото никой не си направи труда за толкова години да подготви един анализ на здравния статус на населението. При положение, че има 1.8 млн. регистрирани хипертоници в България, при положение, че хората с онкологични заболявания са 270 хил. и всяка година нарастват с 36 хил., диабетиците са над 320 хил., а годишно имаме и около 12 500 миокардни инфаркта, какво може да се очаква. На фона на цялата тази картина, доста нелепо звучат хвърлените в публичното пространство числа, че 850 хил. били пенсионерите по инвалидност и това било много за България. Данните обаче не са верни, защото реално хората с инвалидна пенсия са около 450 хил. души. Несъвършенствата в Кодекса по социално осигуряване объркват числата. Разпоредбите дават право на лицата, които имат над 71% трайно намалена работоспособност, да получават т. нар. допълнителна втора инвалидна пенсия, която е в размер на 25% от социалната пенсия. Така те получават по две пенсии и на практика бройката в НОИ се удвоява. Друг проблем е, че в нашата държава се бърка понятието инвалидна пенсия и социална помощ. Целта на медицинската експертиза е да определи степента на увреждане на дадено лице, а по-нататък има служби по социална медицина, има Агенция по заетостта, Инспекция по труда - много други институции, които би трябвало да преценят дали едно лице, което има определен вид и степен на увреждане, може да работи определен вид труд. Колкото до приказките за корумпираните лекари, дори да има нещо вярно за някои медици, то е поради корупционната среда, която е създадена административно. Не може да се отделят 7 млн. лв. за издръжка на лекарската експертиза, а всъщност експертите да отговарят за разпределението на ресурс от 1.6 млрд. лв. за инвалидни пенсии. Ясно е, че някой може да се поддаде на изкушенията, при положение, че взима по-малка заплата от чистачките в Народното събрание.

ЛИПСА НА АДЕКВАТНО ФИНАНСИРАНЕ

В момента финансирането на ТЕЛК става чрез сключване на договор между директора на съответното лечебно заведение със здравното министерство, като МЗ заплаща 20 лв. за издаден брой експертно решение. Тези 20 лв. трябва да покрият труда на 3-ма лекари-специалисти, на 2-ма технически сътрудници, поддръжка, режийни разноски, апаратура, дълготрайни материални активи. Освен това сумата не е актуализирана нито със стотинка от 2004 г. Тогава здравният министър определи тези 20 лв. като допълнително материално стимулиране към заплатите на работещите в ТЕЛК, които се формираха от бюджета. През 2005 г. финансирането на лечебните заведения се пое от здравната каса на базата на клинични пътеки, а ТЕЛК-овете останаха извън борда. На практика лекарите бяха лишени от основните си заплати и останаха само на "допълнителните" пари. Материалната база също е под всякаква критика. Ситуацията е трагична. Компютрите са минимум на 10-12 години. В момента се работи по един европейски проект за изграждане на единна информационна система на органите на медицинската експертиза, но сумата от 800 хил. лв., която ще бъде отпусната, въобще няма да покрие нуждите.

От няколко години лекарите, работещи в системата на медицинската експертиза, се опитват безуспешно да убедят управляващите в необходимостта от радикални реформи в сектора, но отзвук досега нямаше. В момента има надежда и тя е в междуведомствената работна група. Дано експертите в нея да успеят да променят правилата, защото политиката на негативно отношение и тотално пренебрежение към българския лекар ще доведе само до едно - до липса на доверие между лекар и пациент, а оттам и до срив на цялата система.

НЕЛК предлага следните мерки за оптимизиране на системата:

- Изграждане на единна административна структура - НЕЛК, ТЕЛК, и РКМЕ, подчинена на МЗ, с единни правила за администриране, финансиране и контрол.
- Създаване на единни стандарти и алгоритъм за подготовка за освидетелстване, съобразени с бюджета на НЗОК и валидни за цялата страна. Отпада изискването за извършване на нарочни изследвания за медицинска оценка, оценката е на базата на наличната документация в досието на личния лекар.
- Създаване на единна информационна система на медицинската експертиза - разработва се в момента по Оперативна програма "Развитие на човешките ресурси" и има отпуснати 800 000 лв. средства от ЕС.
- Прозрачност и контрол в реално време по дейностите на медицинската експертиза, който ще се осъществи чрез взаимовръзка на информационната система с НОИ, НЗОК, МТСП, МВР, съдебната власт и други заинтересовани страни.
- Извеждане на медицинската експертиза като високоспециализирана медицинска дейност с необходимостта от полагане на изпит за получаване на сертификат за извършване на тази дейност.
- Извършване само на медицинска оценка чрез определяне на вид и степен на увреждане. Трудовата и социалната оценка да се извършват по компетентност от структурите на МТСП чрез промяна в законодателството.

БЛС отново настоява за сериозни наказания при посегателство над медици

• Лекарят не е длъжностно лице

В писмо до министъра на правосъдието Диана Ковачева, председателят на съсловната организация д-р Цветан Райчинов изразява безспокойство от поставените вече за обществено обсъждане изменения в основните понятия за длъжностно лице, заложени в проекта за нов Наказателен кодекс. С промените за длъжностни лица се приемат някои категории медици, упражняващи дейност в лечебно заведение.

В писмото се изтъква, че този законодателен подход се явява абсолютно недопустим, имайки предвид широкото понятие за лечебно заведение, установено в Закона за лечебните заведения.

Българският лекарски съюз ясно и твърдо заявява своята позиция против възприемането на лекарите и другите медицински изпълнители за длъжностни лица, извън хипотезата, посочена от ВКС в Тълкувателно решение № 2/21.12.2011 г.

За пореден път Българският лекарски съюз апелира конкретно за изменение и допълнение в чл. 131, ал. 2 и чл. 116, ал. 2 от Наказателния кодекс на Република България, като се установят за по-тежко наказуеми посегателствата над медицински лица. Съсловната организация на лекарите многократно е сезирала различни органи, институции и лица относно проблема със застрашаването и нарушаването на физическия интегритет на медицински специалисти.

В писмото си до правосъдния министър председателят на БЛС отбелязва: "Следва да се има предвид, че неприкосновеността на медицинските специалисти, осъществяващи служебните си ангажименти, е особено значима за всички нас. Всички подобни набези крият висока обществена опасност. Това е така, защото прякото въздействие върху физическия интегритет на медицинския специалист рефлектира върху редица обществени отношения. Лекарите и останалите медицински лица са призвани да осигурят трудоспособността на българските граждани, трудоспособност, на която се крепи българската икономика, законодателната власт, съдебната власт, изпълнителната власт, в общи линии - цялата държава. При неправомерно въздействие върху всяко едно медицинско лице се засяга възможността да функционира описаната тук система, тъй като пострадалото медицинско лице впоследствие не би било в състояние да окаже помощ на друг гражданин в нужда, било то работник, правник, политик. Нещо повече, тежката икономическа обстановка, в която работят медиците, и явната незаинтересованост на държавата да осигури физическата им неприкосновеност са причина редица колеги специалисти да напускат страната ни.

Моля да вземете предвид изложеното в настоящото писмо и да окажете необходимото въздействие за промяна в особените състави на НК, с цел да бъдат третирани като по-сериозни посегателствата върху медицински специалисти, упражняващи служебните си ангажименти."

Копие на същото писмо е изпратено до председателя на Народнто събрание Цецка Цачева, до председателя на парламентарната комисия по правни въпроси Искра Фидосова и до председателя на парламентарната здравна комисия Даниела Дариткова.

Пълният текст на писмото можете да прочетете в сайта на БЛС.

ПОЗИЦИЯ

Д-р Диана Чинарска - член на УС на БЛС:

Общопрактикуващите лекари заплащат от джоба си здравната реформа

• За социалните безплатни задължения на джипитата в България

От 2000 -та година знаем какво е да си общопрактикуващ лекар в България.Това е лекар с определено много добра медицинска квалификация, който работи и организира лечението на пациентите си 24 часа 365 дни в годината вече в продължение на 13 лета.

Той сключва договор с Националната здравноосигурителна каса за определен вид недофинансиран и неадекватно остойностен лекарски труд.

Но когато трябва да заплаща от джоба си стойността на реформата на общините в България в областта на здравеопазването, това вече е, меко казано, безобразието на системата. Ще се мотивирам защо.

1. По конституция всеки гражданин на България има право на достъпна медицинска грижа във всякакъв вид, уредена в съответните ни закони.

2. Основните функции се изпълняват от центровете за спешна медицинска помощ в страната и регионите. Те се финансират от държавата.

3. Следващите в системата, осигуряващи този достъп, са общопрактикуващите лекари, финансирани за медицински дейности - прегледи, имунизации, манипулации от договор с Националната здравноосигурителна каса.

Остава да се изяснят следните въпроси, повдигнати от семейните лекари в страната след намаляване на заплащането им за регистрирани като неблагоприятни лекарски практики в определени общини:

1. Кой и как може да финансира социалната дейност на семейните лекари в отдалечени и планински райони?

2. Кой и как може да предложи помещения за лекарски кабинет и поддържането му в тези райони на социално слаби граждани и самотни възрастни хора?

3. Кой и как ще осигури транспорта на медицинските екипи на ОПЛ до тях по всякакъв повод през всички годишни сезони?

4. Кой и как ще финансира допълнително необходимия медицински и немедицински персонал за тези граждани на страната, които са и данъкоплатци, за техните здравни нужди?

5. Кой ще поеме професионалния риск, на който са изложени семейните лекари, изпълнявайки несвойствените им задължения - носене на ваксини с хладилни чанти, пренос на техника, която може да дефектира при този примитивен начин на ползване и т.н.?

Изход има и то повече от един, ако си отговорим на следните въпроси:

- Как се формира годишният бюджет на една община?
- Как се разходва този бюджет?
- Как се субсидират общините по целеви програми?
- Къде и колко е бюджетът, отделен за здравеопазване, който те получават от държавата, чиито платци са и тези самотни възрастни и безработни граждани?

Възможните отговори могат да дойдат от правителството, министерство но труда и социалната политика, от Националното сдружение на общините в България.

Тук е мястото и на Националната пациентска организация да се загрижи и за тези пациенти, а не само за онкоболни, хемодиализирани и трансплантирани.

Защото в европейските държави е така:

- Във Франция - посещението на всеки лекар извън кабинета му се калкулира - колко километра е до дома на пациента, в колко часа през деня или нощта е посетен, каква е тежестта на здравния проблем, ако е през зимата, дали е с кола, шейна, ски или друго средство. Всичко се калкулира и се заплаща на медицинското лице, прегледало пациента, например в 1 часа през нощта в планината, в единствената къща в региона, с хипертонична криза, при обилен дъжд или снеговалеж.
- В някои арабски страни се предлагат и поддържат с оборудване лекарски кабинети - само се изчаква съответният лекар да започне да практикува. И там са на смесено здравно финансиране, но намират начин да ценят лекарския труд, а не карат лекарите да товарят на камили чантите си и други консумативи, за да работят.

Това е възможно да се случи и в България и зависи от нас, от всички общопрактикуващи лекари.

Проф. д-р Енис Йозяр - ръководител на Катедрата по радиационна онкология и лечение с Кибер нож в болница "Ачибадем":

В Турция онкологичните заболявания са обявени за приоритет и държавата плаща изцяло лечението

Столичната "Токуда" и турската верига лечебни заведения "Ачибадем" обявиха началото на партньорство, посветено на навременното и високоспециализирано лечение на онкоболни пациенти. Двете болници ще работят съвместно за осигуряване на улеснен достъп и модерна лъчетерапия с Кибер нож и Гама нож на пациенти, които са подходящи за безкръвно лечение на туморни заболявания. За новия вид терапия и за здравната система на Турция разговаряме с проф. Енис Йозяр - ръководител на Катедрата по радиационна онкология и лечение с Кибер нож в болница "Ачибадем".

- Проф. Йозяр, колко болници има веригата "Ачибадем" и колко пациенти минават годишно през нея?

- "Ачибадем" има 23 болници, като 10 са в Истанбул. Аз работя в най-голямата. Групата болнични заведения са водещи здравни структури в Турция и до сега имат извършени над 4000 процедури с Гама нож и над 900 процедури с Кибер нож. Около 20% от всички лекувани при нас пациенти са чужденци, а всеки трети от тях е от България. Само в отделението по радиотерапия и лъчелечение всяка седмица идват по 3-4 българи. Някои се диагностицират, други преминават нужната терапия. В цялата болница пациентите от вашата страна са доста повече.

- Каква е разликата между процедурите с Гама нож и Кибер нож?

- Кибер ножът и Гама ножът са сред най-модерните и безкръвни форми на онколечение. Гама камерата се използва за неоперативно лечение основно на мозъчни тумори. Това е радиохирургична техника с доказан успех, при която туморите се лекуват по безкръвен и бърз начин, без да се налагат деликатни и рискови отворени операции. Лечението с Гама нож не изисква анестезия и приключва за няколко часа, след което пациентът може да се прибере у дома същия ден. За една сесия обаче се лекува само един тумор.

С Кибер нож могат да се лекуват както тумори в мозъка, така и в други локации - обикновено в бял дроб, черен дроб, панкреас. Кибер ножът представлява роботизирана система за радиохирургия. С нея радио лъчите се използват по фокусиран начин и всички ракови зони в мозъка и тялото могат да бъдат третирани с високи дози, без риск за околните здрави тъкани. При лечението здравата тъкан може да бъде максимално защитена от облъчването и неговите странични ефекти. С Кибер ножът може да се наложат няколко последователни процедури и тогава престоят в болницата е по-дълъг - от 1 до 5 дни. Това е безкръвна терапия, няма разрез, използва се само лъчение. И при нея пациентът може да отиде на кино, вкъщи при жена си, на вечеря веднага след процедурата, ако не се налагат повторни облъчвания. Хубавото е, че няма никакви странични ефекти, но за съжаление не всички пациенти са подходящи за подобна терапия. Болните се селектират, защото не всички отговарят на критериите. От 10 до 15% от случаите са показани за такова лечение. За Гама ножа тумори с големина над 2.5 см не са третират. При Кибер ножа няма ограничение на размера, но има медицински показатели, които се спазват. Това е основната разлика. Общото е, че лечението с Гама и Кибер нож е значително по атравматично и е незаменимо в случаите, когато туморите не могат да се премахнат оперативно.

- Колко струва една такава операция?

- Имаме договор с болница Токуда и българските пациенти ще плащат 7 000 евро и за двете процедури. За турските граждани цената е различна - от 6 до 10 000 евро, но тя се покрива изцяло от държавата. В Турция онкологията е обявена за приоритет и всичко се плаща от държавната здравна каса. При нас всички са осигурени.

- Как българският пациент може да стигне до вашата болница?

- По силата на договора лекарите в Токуда ще диагностицират пациентите с онкологични заболявания и ще определят подходящи ли са за лечение с Кибер или Гама нож. След това нашите колеги ще осигурят посрещането, настаняването, включително преводача на български език и лечението с най-модерните машини за безкръвна терапия. Партньорство ще създаде възможност пациентите да бъдат бързо насочени към най-точното лечение, като няма да им се налага да се лутат и търсят друга терапия. Техните случаи ще бъдат консултирани в реално време между българските и турските специалисти и в рамките на няколко дни, болният ще може да бъде придвижен и настанен в клиниките на "Ачибадем". Колаборацията между лечебните заведения ще осигури точно определяне на план за прием и съответно по-голям шанс за навременно и качествено лечение на пациенти с вече установени туморни заболявания.

- Как се стигна до това сътрудничество?

- Ние потърсихме колегите от болница Токуда. Искахме да разберем дали на територията на България има такива апарати. Първо говорихме за обмяната на опит - ваши хирурзи да дойдат в Турция и обратно. Накрая се договорихме да се използват и от вас тези нови технологии, тъй като ние имаме опит с тях, а в България все още няма Кибер и Гама нож. Една такава машина е много скъпа. До колкото знам в Токуда болница са подготвени помещения за подобни апарати, но в период на криза закупуването им е непосилно.

- Как е устроена здравната система в Турция?

Държавата покрива изцяло лечението на пациентите, но не всички лечебни заведения сключват договор с държавното осигуряване. Болният може да отиде на лечение в частна клиника и да доплати разликата в цените. Онкологичните процедури и медикаментите обаче са изцяло платени от държавата. Вие от пресата имате особено важно значение за решаване на онкологичните проблеми в България. Много е важно да пишете всичко за тях и да настоявате държавата да покрива разходите на пациентите. В Турция, както вече споменах, онкологичните заболявания са приоритет за държавата. Български лекари споделиха с мен, че вашата здравна каса плаща еднакво за лъчелечение, независимо от състоянието на болния, а това не е редно, защото то зависи от качеството на услугата, продължителността на терапията и други фактори. Затова не е нормално цената да е една и съща. Не могат да се сравнят примерно Фиат и Ферари и да се плати една и съща цена за двата автомобила.

- Как избрахте болница Токуда за партньор?

- Най-добре е да питате мениджъра, но мисля, че Токуда е една от най-добрите болници в България и това обяснява изборът.

- В Турция задължително ли е членството в лекарската камара?

- Да, членството е задължително и доколкото знам, ние имаме добри взаимоотношения с вашата съсловна организация на лекарите. Камарата защитава нашите права и е нормално всички лекари да членуват в нея.

- Имаше информация, че Турция търси български лекари. Работят ли наши медици в болниците на "Ачибадем"?

- Законите в Турция бяха либерализирани през последните години и вече се позволява на чужденци да работят в страната ни. Разрешено е на чужди лекари не само да наблюдават, но и да оперират в Турция. Дипломите се признават, така че няма никакъв проблем. Колкото до "Ачибадем", не съм запознат дали има български медици, но по принцип знам, че вашите специалисти са много добри и са добре приети навсякъде по света. Медицинските ви университети дават качествено образование и затова млади хора от Турция често избират да учат в България, но след това се прибират, защото при нас заплащането е много по-добро.

- Може ли да попитам нещо по-лично. Защо избрахте тази професия. Имате ли някаква родова обвързаност с медицината?

- Лекарската професия наистина често се предава по наследство. Моят чичо е лекар и като видях колко много пари получава, реших и аз да стана доктор. /смее се/

- Защо се насочихте към тази тежка специалност - онкологията?

- Това стана случайно, но е доста дълго за обяснение.

- Как вашето общество възприема професията. У нас лекарите са уважавани хора, но понякога се случва дори да ги малтретират по време на дежурства. Медиите също често ги атакуват незаслужено.

- Професията на лекаря е престижна, добре платена и хората уважават много своите доктори. И ние обаче също имаме проблеми. Преди два дни дори убиха лекар. Случват се различни инциденти, но те са по-скоро изключение, а не практика.

- Колко е ангажиран един лекар. Намирате ли време за релакс, за хоби?

- Винаги може да се откраднe малко време. Аз обичам да пътувам и да спортувам. Така си почивам. Идвал съм и в България няколко пъти на море и мога да кажа, че страната ви ми харесва много.

Проф. Йозяр е роден през 1962 г. в Анкара, Турция. Завършил е Медицинския факултет на университета в Анкара през 1985 г. От 1988 до 1993 г. специализира радиационна онкология в Hacettepe Universiti. През 1991 г. получава френска държавна стипендия и специализира в болница Tenon, Париж. През 1995 г. изучава техниките на брахотерапията, неутронната терапия и 3 D радиотерапия в Държавния университет на Wayne, болница Harper и в Центъра по радиационна онкология Gershenson в Детройт, Мичиган, САЩ.

Между 1991 и 2007 г. участва в много срещи, организирани от национални и международни асоциации. През 1995 г. получава наградата Philips Customer Partnership за труда си "Техника на моноизоцентричната радиационна терапия за лечение на тумори в главата и шията с използване на асиметрични колиматори". Владее английски и френски.

Липсват доктори и в други области на медицината

По данни на БЛС лекарите в България са 31 хиляди, но не всички са реално практикуващи професията. Не малка част от тях работят за фармацевтични компании, във фирми за клинични проучвания, стават политици или пък администратори в здравната каса и министерството. Непрекъснато се увеличават и медиците, които избират по-високите възнаграждения в чужбина, вместо мизерното съществуване у нас. От началото на годината 155 доктори са напуснали страната, сочи справка на БЛС. През 2011 г. техният брой беше 510 души. Средно около 80% от новозавършилите студенти заминават за страни от ЕС да работят и специализират. Най-масово напускат анестезиолози и хирурзи. Тежко е положението със съдебните лекари, които са 70 в България. Не достигат патоанатоми (само 80 за страната), специалисти по инфекциозни болести, ревматолози. Проблем има и с вирусолозите, алерголозите. Вестник Quo vadis вече писа за недостига на педиатри, не са достатъчно лабораторните лекари, отлив има дори при джинитата. Разбира се има и предпочитани специалности - като хирургия, акушерство и гинекология, кардиология, офталмология, където заплащането е по-добро. Освен това има сериозен възрастов дисбаланс - около 20% от медиците са пенсионери. Според данни на съсловната организация дефицитни се оказват и лекарите със специалности като лицево-челюстна хирургия (само 23-ма). На изчезване са и лекарите, специализирали спешна медицина (42-ма). Проблем има и в лъчетерапията - само 44 медици са придобили тази специалност. Липсват специалисти по диетика (28 за цялата страна).

Ръководството на БЛС многократно е алармирало, че ако не се вземат спешни мерки и не се задържат лекарите в страната, съвсем скоро ще се наложи да си внасяме медици. Само че никой няма да дойде, защото дори в Албания заплатите са по-високи. Така проблемът ще рефлектира директно върху пациентите - след 5 години няма да има кой да ги лекува. Засега кризата за специалисти не се усеща еднакво силно навсякъде. Все още има струпване на доктори в София, Пловдив и Варна, и липса на кадри в по-малките населени места. Картината обаче се променя много бързо и лекари от някои специалности не достигат дори в университетските и областните болници. Това води до невъзможност да се лекуват адекватно много заболявания, предупреждават медиците.

Конституцията гарантира на всеки гражданин равни права на достъп до здравеопазване. Липсата на лекари нарушава тези права, подчерта главният секретар на БЛС д-р Димитър Ленков. Според него в тази ситуация излиза, че гражданите от големите градове са привилегировани, а на останалите правата са нарушени. Специализирането по медицина у нас е възможно само с явяване и спечелване на конкурс. Местата, които се отпускат обаче са "обидно малко", подчерта д-р Ленков. Той припомни, още един проблем за специализантите - те си плащат сами осигуровките, а освен това периодът на обучение не се признава за трудов стаж - нещо, което не се практикува в нито една от европейските страни.

ИЗРАВНЯВАТ ЗАПЛАТИТЕ НА ЛЕКАРИТЕ В ЕС?

Заплащането на лекарите в страните от ЕС да бъде изравнено, тъй като сега има огромни разлики и заради ниските възнаграждения медици търсят работа в средноевропейските държави. Това предлага Европейската федерация на лекарите (FEMS) на Еврокомисията. Ако ЕК приеме предложението, направено от полската секция, изравняването няма да е в абсолютна сума, а като коефициент от производителността на труда. То обаче ще осигурява същия стандарт на медика в собствената му страна, както в чужбината.

България е на опашката в Европа по заплащане на лекарите, показва доклад от проучване на FEMS. Месечните възнаграждения на болничните доктори в Белгия започват от 6250 евро и достигат до 16 600 евро. А в нашата страна заплатите са около 300 евро. Пред нас е дори Румъния, където заплатите започват от 376 евро и достигат 847. С най-добри доходи са медиците в Белгия, Италия, Великобритания и Холандия.

БЕЗ УПОЙКА

АНЕСТЕЗИОЛОЗИТЕ - ИЗЧЕЗВАЩ ВИД

Анестезиолозите в България са на изчезване и затова е наложително спешно да се търсят адекватни решения на проблема. Недостигът на кадри ще постави под въпрос сигурността на пациентите и цялата здравна система. За това алармираха водещи специалисти, преподаватели от медицинските университети, национални консултанти и шефове на дружества по специалности на среща във ВМА по повод 7 април - Световен ден на здравето. Тя беше организирана от Научното дружество на анестезиолозите и Военномедицинска академия. Позицията на БЛС представи председателят на организацията д-р Цветан Райчинов.

Анестезиолозите са около два пъти по-малко от тези, които са необходими на страната, каза проф. Димитър Карадимов, началник на интензивната клиника в ИСУЛ. Според него основните причините са липса на държавна политика за квалификацията на лекарите и ниското заплащане. По данни на Министерство на здравеопазването на болница се падат средно по 1,6 лекари с тази специалност. "Анестезиолозите работят на няколко места, а доста от тях са в пенсионна възраст. Публична тайна е, че има болници, където те са само на хартия, за да се покрият изискванията за договор с Касата", обясни доц. Николай Петров, председател на Дружеството на анестезиолозите и началник на КАРИЛ във ВМА. Ген. Стоян Тонев, началник на Военномедицинска академия пък се пошегува, че ако държавната политика не се промени, за анестезиолозите ще трябва да се намери още една Бриджит Бърдо, която да направи резерват като на мечките в Белица, защото са изчезващ вид. Той допълни, че в медицината не може да се говори, че една специалност е по-важна от другите. И поясни, че това е тежка и изключително отговорна работа. Ген. Тонев призова за по-голяма чувствителност към проблемите на тези специалисти и сподели наблюденията си от болницата, която ръководи. По думите му сред анестезиолозите все по-често се срещат колеги с психични разстройства, увеличават се дори разводите сред тях. Анестезиолозите обаче са и най-умните, смелите и отговорните сред нас, добави председателят на Българския лекарски съюз д-р Цветан Райчинов. И припомни, че БЛС се мъчи вече няколко години да извоюва самостоятелно заплащане за тези специалисти, но от НЗОК отказват. Въпреки това Съюзът ще продължи да се бори за това. "Най-търсените лекари в чужбина са анестезиолозите, затова чест прави на тези хора, че са останали да работят в България. Обществото и всички институции сме им длъжници," подчерта той.

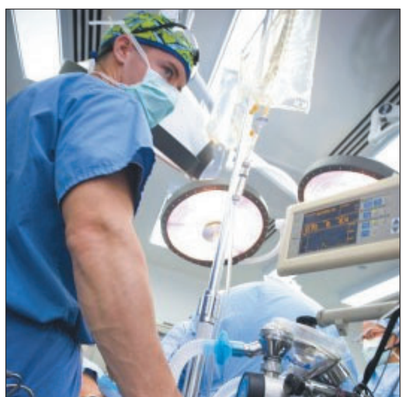
Ножът е опрял до кокала, няма кой да слага упойките в много болници, коментира от своя страна доц. Крум Кацаров, председател на Дружеството на гастроентеролозите. Той поясни, че наскоро във ВМА са увеличили три пъти заплатите на тези специалисти. Липсата на кадри засягала и други специалности - патоморфология, педиатрия, рентгенология. "В Германия здравеопазването е като Мерцедес. У нас то е като Трабант или по-скоро като разпадаща се каруца", каза още доц. Кацаров.

Няма точни данни за броя на специалистите

Ген. Тонев отбеляза, че днес никой не може да каже колко са точно анестезиолозите у нас, защото буквално всеки ден напускат по няколко. Той подчерта, че освен в големите университетски и областни болници, сериозна криза има и в малките общински лечебни заведения, като някои от тях губят възможността да работят по определени клинични пътеки именно заради недостигът на специалисти. "За съжаление, това е една изчезваща специалност, а онези, които все още я практикуват, не могат да се похвалят нито с добро здраве, нито с внимание и загриженост от страна на обществото", допълни началникът на ВМА. Предполага се, че броят на работещите анестезиолози у нас е между 700 и 800. Сериозен проблем е неравномерното им разпределение - в по-голямата си част те са съсредоточени в София, Пловдив и Варна. В страната броят им е незначителен. Вече няма болнично заведение, в което да няма поне един незает щат за анестезиолог. Заради огромната отговорност, някои от анестезиолозите напускат отделенията и отиват на работа във фармацевтични фирми. Сериозен дефицит има и при сестрите и акушерките, които би трябвало да помагат на тези специалисти. Крайно остаряло и амортизирано е и оборудването, проблем има и с консумативите. На пресконференцията бяха изнесени данни, които ясно показваха, че до 2009 се отчита ръст в общия обем на подадените анестезии, но оттогава досега се отбелязва бавен и постоянен спад. Променя се и самата структура на анестезиите, като се увеличава делът на венозните за сметка на общите и локалните - процес, който отново е свързан с недостига на анестезиолози.

Заплащането е едно от най-ниските в гилдията

В момента в България медицинската дейност се плаща по клинични пътеки, само че такива няма за анестезията, подчертаха още експертите. Затова средната заплата на анестезиолог е 700-1100 лв., което прави специалността непривлекателна. Доц. Петров уточни, че има и голямо разслоение - някои негови колеги получавали много малко, а други - значително повече. Ниското заплащане отблъсквало и младите медици и те не искали да специализират точно това. Проф. Милан Миланов, председател на Столичната лекарска колегия допълни, че в много клиники не са добри и условията на труд. "Разликите между столицата и провинцията са драматични. В България има не повече от 4 интензивни отделения и 10 операционни, които отговарят на европейските критерии", каза проф. Миланов. Той подчерта, че колегите му в провинцията са също толкова квалифицирани, като тези в София, но са принудени да работят с апаратура от 70-те години. "Модерният подход в медицината е мултидисциплинарният. Без анестезиолозите не може да се осъществи нито една хирургическа интервенция", коментира проф. Никола Владов, национален консултант по трансплантология.



Скоро няма да има кой да обучава медиците

Проф. Силви Георгиев, ръководител катедра в Медицинския университет в София съобщи за още един проблем - кризата с кадрите вече се усеща и при преподавателите. Проф. Миланов допълни, че в цяла Европа има липса на лекари, затова около 500 български медици всяка година търсят късмета си навън. "Само вчера подписах 35 молби на доктори, които искат да заминават. Десет от тях бяха на анестезиолози", каза той. Проф. Иван Смилов, началник клиника в "Майчин дом" припомни практиката за обучаване на кадрите с клинична ординатура. По тази система излизали някои от най-добрите специалисти. "Тази форма беше основна за специализиците. Големите болници отделят по едно-две места за всяка специалност. Идва млад лекар, работи 4 г., а през това време държавата и болницата му плащат. Сега и там има голям отлив, дават се много малко места - има най-много едно-две места общо за една голяма болница", коментира проф. Смилов. "В момента нямаме проблем с кадрите, защото обучаваме 10-ина млади колеги от Украйна, Молдова, Македония, Гърция и Турция, но те едва ли ще останат в България, след като получат специалността си, съобщи проф. Димитър Карадимов, шеф на интензивната клиника в "Царица Йоана - ИСУЛ. Болницата обявила свободни позиции за анестезиолог още преди година, но досега не се е явил нито един кандидат. "Принудихме се от двама дежурни анестезиолози да намалим постепенно до един със специалност и един без специалност. Сега е останал само един анестезиолог, въпреки че сме голяма спешна болница", коментира проф. Карадимов.

Здравна система ще изпадне в кома

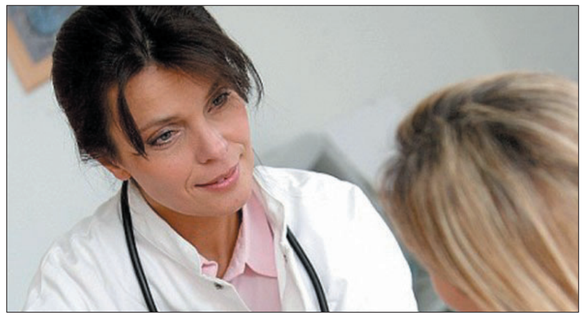
Специалистите предупредиха, че ако безхаберието на държавата продължи, проблемът ще се задълбочи и решаването му ще стане още по-трудно. Те попитаха кой и как определя колко места за специализации трябва да се отпуснат. И дадоха пример - за 18-те университетски болници в София сега има отпуснати 25 места за специализиращи анестезиолози, от които 11 по държавна поръчка и 14 - като платено обучение. 41 кандидати са отпаднали от класирането поради липса на места. В същото време само в София има недостиг от още поне 80 анестезиолози. У нас се пада по анестезиолог и половина на болница, а европейският стандарт е 40 лекари на 10 000 души население, подчертаха специалистите. "Не е тайна, че ниското заплащане, липсата на мотивация у специализиращите и лошите условия на труд са причина за изтичането на специалисти, но е недопустимо институциите да продължават да не предприемат никакви мерки. Ясно е, че трябва да има решение на политическо ниво", обобщи председателят на Дружеството на българските анестезиолози доц. Николай Петров. Той припомни, че няколко пъти досега са изготвяли и предлагали програми на вниманието на компетентните институции, отговор обаче не е последвал.

Предложения за решаване на проблема

- Да се изработи програма с мерки за стабилизиране на специалностите, в които липсват кадри
- Да се провери адекватна ли е бройката, която държавата заявява за специализации
- Да се установи точния брой на анестезиолозите и на другите специалисти
- Да се коригира нарушеното съотношение между млади и стари лекари
- Да се обсъди проблема с недостига на преподаватели по различните специалности
- Спешно да се помисли за самостоятелен бюджет за анестезиолозите в болниците

ВДИГАТ ЗАПЛАТИТЕ В СПЕШНАТА ПОМОЩ

Заплатите в Спешната помощ ще скочат с 20% от 1 юни, обеща здравният министър Десислава Атанасова пред бТВ. Това е една от мерките, чрез които се прави опит да се реши недостига на кадри в тази специалност. Средствата за увеличението ще бъдат осигурени от икономии в бюджета на здравното ведомство. Покачването на възнагражденията беше обещано от Атанасова веднага след като пое министерския пост. Тя уточни, че обмисля законодателни промени, с които да се криминализират нападенията над медици по време на работа. За подобна промяна настоява отдавна Българският лекарски съюз. Атанасова каза, че се обмислят варианти за по-добри условия за специализация на младите кадри. За пореден път тя заяви, че усилено се търсят механизми, с които да се принудят всички да си плащат здравните осигуровки, както е по закон. Министърът обясни, че две групи не покриват вноските си - българските имигранти и разочарованите от здравната система. Атанасова коментира идеята си да се издава лична карта само срещу покрити здравни вноски. Нейсно съм, че само МВР може да лиши гражданите от личните им документи, но в момента обмисляме възможността тези, които са с неплатени осигуровки, да не могат да прехвърлят имущество или моторни превозни средства", допълни тя. На въпрос как ще се санкционират хората, които нямат какво да прехвърлят, министърът отговори, че чака идеи от здравната каса и НАП.



АБСУРД ПО БЪЛГАРСКИ: ПЛАЩАШ, ЗА ДА РАБОТИШ

Ситуацията със специализациите у нас е абсурдна. Няма друга страна, в която да те карат да си плащаш, за да работиш и учиш. Така коментира сегашната система за специализации проф. Иван Смилов от "Майчин дом". Той даде пример, че местата за специализанти по различните медицински направления, финансирани от държавата, са общо 184 за цялата страна по данни на здравното министерство. За да се трудят и специализират обаче, сами си плащат още 592-ма души. Проф. Смилов подчерта, че навсякъде по света плащат на лекарите, за да повишават квалификацията си. В Германия наши млади лекари получавали по 2-3 хиляди евро, за да специализират. Чудя се как при наличие на толкова заявки за места от университетските болници от министерството отпускат толкова малко места, каза още проф. Смилов.

Специалистите предлагат към сега действащата наредба на МЗ да се запише, че университетски и областни болници имат право да си избират млади лекари от Медицинския университет и след като ги назначат, младите лекари да имат право веднага да бъдат записани за специализация.

Настоява се също да се увеличи заплащането на лекарите от липсващите специалности, да се подготви нова национална стратегия за здравеопазването, да се промени начина на придобиване на специализация. Само по този начин ще се спре изтичането на кадри и ще се реши проблема с недостига на специалисти, категорични са медиците.

Отговорът на МЗ:

ЩЕ ОБУЧАВАМЕ ДОПЪЛНИТЕЛНО КАДРИ ЗА ДЕФИЦИТНИ СПЕЦИАЛНОСТИ

Възможно е да се увеличи броят на специализантите от приоритетни за страната ни специалности, обучавани по държавна поръчка. Това съобщи зам.- министърът на здравеопазването д-р Минчо Вичев. Според него за целта могат да се използват финансови средства, икономисани от програми на МЗ. Д-р Вичев смята, че трябва да се увеличи приема както на сестрите, така и на лекарите. Иначе след 10 години болниците ще останат без кадри. Според зам.-министъра досега здравното ведомство не е правило достатъчно, за да осигури кадри от приоритетните за страната ни специалности, затова и държавата ни се лишава от качествени специалисти. Има икономии от някои програми, които могат да се използват за увеличаване на бройките, обучавани по държавна поръчка по приоритетни специалности, съобщи той. "Надявам се да не навлезем пак в нечистоплътни спорове коя специалност е най-подценена, а да се тръгне по пътя на приоритетите", коментира д-р Вичев.

ГОТОВИ СА ПРОМЕНИТЕ В НАРЕДБАТА

Работната група в здравното министерство вече е готова с промените в наредбата за лекарските специализации. Целта е в близките години да се попълни огромният дефицит на кадри в много специалности. Предстои обсъждането на проекта със съсловните организации, директорите на болници и всички заинтересовани страни. "От две години предлагаме на предишните екипи в МЗ към сега действащата наредба да се добави едно пояснение: Всички университетски и областни болници да имат право да си избират млади лекари специализанти от Медицинския университет. След като ги назначат за своя сметка, младите колеги да имат право веднага да бъдат записани за специализация", коментира Димитър Димитров, директор на университетската многопрофилна болница "Св. Анна". Той поясни, че досега оправданието винаги е било липсата на достатъчно средства. По тази причина години наред се обявяваха нулеви години за определени специалности. Това доведе до остър недостиг на квалифицирани лекари в големите болници. Директорите на лечебни заведения са убедени, че при добър мениджмънт болниците могат да плащат заплати на младите специализиращи лекари. Д-р Димитров даде пример, че за цяла София е отпуснато само едно място за лекар рентгенолог, а това е една от специалностите, която е дефицитна. При посещението си в болница "Св. Анна" за откриването на обновената клиника по ортопедия здравният министър Десислава Атанасова обеща тези промени да залегнат в новата наредба за специализациите. В проектодокумента е предвидено не само държавата, а и болниците, общините и неправителствени организации да могат да плащат стипендии за специализация на лекарите. "Така ще може да се реши проблемът с недостатъчния брой специалисти", обясни министър Атанасова. Промяната в наредбата ще даде възможност на лекарите от Спешна помощ да специализират каквото пожелават. Това беше и предложението на БЛС. Целта е повече медици да се насочат към центровете за бърза помощ, защото там недостигът от кадри е особено остър.

Китай - различната страна

• За възможностите за намаляване на разходите в здравеопазването с използване на методите на традиционната китайска медицина

Д-р Павел Джуров

Продължение от бр. 3

Във финансово изражение използването на китайската медицина позволява за кратко време да бъдат обслужени голям брой пациенти за сравнително малки суми. Иглите там не са за еднократна употреба, а се подменят постепенно през няколко месеца. Употребеният памук в кабинета за месец е един пакет. Малко повече се изразходва спирт - за стерилизиране на мястото на поставяне на иглата, за стерилизиране на ръцете, на иглите, но това също е в пределите на 1 - 2 литра в зависимост от броя на пациентите. Основната сума, която се заплаща, е стойността на лекарската услуга и тя варира в доста големи граници - от 20 до 70 лв. на процедура. В Китай през 2007 година сумите бяха 10 юана на процедура, като при масаж беше възможно да се поискат допълнителни средства. Това обяснява голямата възможност на китайското здравеопазване да поема много случаи при критични ситуации. Не трябва да се забравя, че акупунктурата и масажът работят дори при липса на вода, ток и при други екстремни условия. При всички случаи на колапс, акупунктурата е един от най-бързите възможни методи за помощ. Интересен факт в тази насока е, че войниците на Японската армия притежават към ежедневния си екип и игли за акупунктура.

В нашите условия трудно си представяме, че може да се случи ситуация, при която човешкият живот да зависи от такива прости за употреба и лесни за носене неща. Аз обаче съм прекосил Тибет и съм видял живота на обикновените хора, където токът е лукс и се осигурява от агрегат 2-3 часа на вечер. Където лекарствата трудно достигат и трудно издържат на климат с ежедневни валежи. Тогава имах възможността и да оценя апаратчето за електроакупунктура, което е снабдено с батерии, издържащи 1 година при ежедневно ползване. Тези редове могат да послужат на медицинските специалисти в малките населени места, които с подобни средства биха могли да овладеят по-стандартните случаи на дископатии, безсъние, артрити в начална форма и прочее.

Друга неизвестна финансова страна на китайската медицина е произвеждането на екстракти и лекарства. В болницата (моят опит показа, че това се отнася за всяка университетска болница) е създадена специфична аптека, която приготвя билковата рецепта за всичките необходими дози наведнъж в специални книжни пликове. С плика, рецептата и бележката за плащане пациентът отива в специална лаборатория, където има малки екстрактори с електрически нагреватели. Те са в състояние в рамките на 30 минути да направят препарат, който се поставя в стъклена опаковка, етикетира се с названието на рецептата и начина на приложение и пациентът получава готов продукт. В системата на лабораторията е предвидено постоянно изработване на други екстракти, така че за целите на пациентите са отделени няколко реактора с малък обем (5 в Хъфей), които работят непрекъснато и малка поточна линия с по-голям екстрактор, който произвежда специфични неща - например, екстракт от еленови рога, жен шен или нещо специфично за болницата.

Друго направление за постигане на финансова ефективност е създаването на специален производствен отдел към болницата, който изготвя специфични местни лекарства, най-често като таблетки или капсули. Тези лекарства се ползват с предимство на прилагане и изписване от локалната медицинска общественост, което ги прави много конкурентоспособни. Много често лекарствата са създадени от самите медици в университета или болницата, което позволява разходите да бъдат снижени, а чрез продажба в болничната аптека могат да донесат не малко финансови ползи на ръководството на лечебното заведение. Осигуряването на авторското право става със специална защита от държавата. Заплащането на труда на авторите е подобно на нашите договори за внедряване, но подробностите са характерни за местните условия.

На болниците е предоставена много по-голяма свобода за решение на специфичните проблеми на пациента, за създаване на VIP - легла, отделения, които са по-високо платени, като на обикновения пациент задължително е осигурен минимумът от здравни грижи.

Проблемът за задържане на лекарите в дадено заведение се чувства и в Китай, защото хората с изградено име и възможности се интересуват как да преминат на работа в големия град - Beijing или Shanghai. Nanjing може да бъде сравнен с Велико Търново, но със седем и половина милиона население, съсредоточено на около 10 квадратни километра градски периметър и около 30 квадратни километра провинциална част. В тези 30 квадратни километра са изградени изключително промишлените зони, където са цеховете на големите компании с по 200 -300 души персонал, работещ на 2-3 смени. В тези цехове няма медицински пункт, но има задължително малък здравен център с няколко специалисти, съобразно производствения характер и възможните здравни проблеми, който се намира в района, на около 500 - 1000 метра от всеки цех. Там се осъществява и профилактиката и регистрацията на новите работници. Фирмите заплащат централно, под формата на абонамент, годишната профилактика и процедурите при специфично лечение, но това зависи от елементите на конкретния договор. Компаниите имат едно основно задължение извън профилактичните прегледи - да насърчават спорта.

В българското ежедневие лекарите рядко могат да кажат: "Ела на тренировки с мен". В повечето случаи се говори - идете и играйте гимнастика, защото и те самите не живеят здравословен живот. Рядко след студентските години някой се сеща да посети фитнес зала, да не говорим за редовна тренировка сутрин или джогинг. В Правилника за развитие на академичния състав се чете изискване - импакт фактор, защото е много важно в чужбина да са чули за нашите публикации, а в същото време възпитателната работа на един преподавател изобщо не е отразена. Създаването на един клуб на приятели на природата, на приятели на словото, на музиката, такива неща не се виждат или оценяват. Интересно как очакваме децата да станат по-добри от нас, да научат шах, тенис, плуване, а в същото време ние нямаме тези предмети включени в учебната програма. Как да научим пациентите си да се справят със стреса, когато всички методики са от алтернативната медицина, а тя не се признава у нас. Какво ли са имали предвид в древността, като са използвали намазването на телата си с етерични масла след излизане от ваната - вероятно просто мода. Съвременният живот е сложен не само с компютрите и с финансите си, но и с факта, че забързаното ежедневие отсява традициите и оставя само някои, като в същото време навлизат нови неща. Премахването на пушенето е добър акт, но не е ли добре да има и курсове за лекарите за здравословен начин на живот? В Китайската медицина има специална система от упражнения, която практикуващият масаж трябва да изпълнява ежедневно, иначе губи квалификацията си. Някои от древните лекари като Хуа Туо са известни майстори на бойните изкуства, разработили нови методи за самозащита без използване на оръжие. От тях е възникнала и се е развила гимнастиката у-шу. Под различни форми тя достига до нас, но колко от практикуващите акупунктура са в състояние да направят някое упражнение от нея?

Мисля, че голямото достижение на Китайската медицина не е в акупунктурата, масажа и билките, а преди всичко в създаването на нов модел на физическа култура на отделния човек, на приучването му да се грижи за здравето си индивидуално, без да са необходими средства или специални условия. Именно липсата на физически упражнения по международно признание са слабото място на нашите съграждани и е редно като медицински специалисти да направим нещо повече от обикновени пожелания. Профилактиката на заболяванията е област, в която малко се върши поначало, а ценен опит като китайския изобщо не се забелязва в специализираните списания.

Сега е на мода да се взимат хранителни добавки, енергийни напитки и прочее модерни прояви на алтернативната медицина, но много от тези по принцип хубави творения на човешкия интелект, се прилагат по напълно отрицателен за здравето начин. Създава се една нагласа на търсене на решение на проблема с много пари, чрез купуване на "магически" препарати, докато в същото време спортните площадки между блоковете намаляват, заради "уплътняване" на терена. По телевизията се рекламира все по-голяма бутилка бира (интересно къде по света можете да видите разфасовка от 2 литра, сякаш това е безалкохолно). Множат се малките капанчета край блоковете, докато спортните площадки се използват като паркинги и кой, ако не лекарите, може да се изправи срещу тази неблагоприятна тенденция. Китайската медицина е мощно оръжие, но и тя се нуждае от войник и е време да се включим в борбата за здраве не индиректно, а чрез личен пример.

Австрийската ДСГ система

се въвежда вече 20 години и засега обхваща едва половината от лечебните заведения

Продължение от миналия брой

Пример:
Как се използва ДСГ моделът 2010г.?

Както бе публикувано в миналия брой, регистрираните болести, предоставените и регистрирани медицински процедури, отделенията, през които преминава пациентът и неговата възраст - всички тези данни съставляват предпоставките за разпределението на всеки индивидуален случай към някоя група случаи. Разбира се, има и изключения, които ще изтъкнем отделно. Тъй като всяка процедурно-ориентирана диагностично-свързана група случаи се характеризира с точков резултат, винаги се получава фиксирана ставка за случая. Стойността на тази фиксирана ставка е еднаква за всяка болница в Австрия, независимо дали тя е университетска или обикновена.

В допълнение към тази фиксираната стойност на ставка, при определени условия могат да се получат и специални точки.

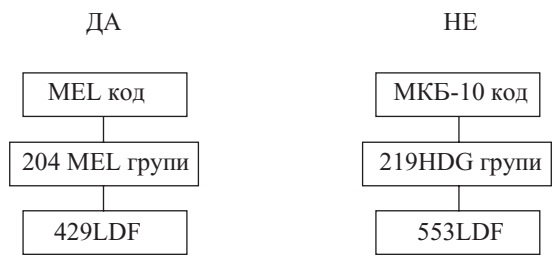
ДСГ моделът 2010 съдържа 982 групи случаи, 429 от които са главно процедурно ориентирани и 553 са диагностично-свързани.

От съдържащите се в каталога на процедурите 1496 отделни медицински процедури (MEL), 1293 водят до една от 204-те MEL групи. Тези 204 MEL групи може да се диференцират още по-нататък според процедурите, възрастта и диагнозите, така че накрая да се достигне до всяка една от 429-те LDF.

Останалите 203 процедури се използват за групиране на диагностично-свързаните случаи с фиксирани ставки или за остойностяване на фиксираните ставки на случаите.

Ако никоя от избраните 1293 MEL групи не е подходяща, тогава определянето на групата се осъществява въз основа на 12 500-те диагнози в МКБ-10, които могат да бъдат кодирани като главни диагнози, за да се разпредели пациента към една от 219-те главни диагнозни групи (на немски - HDG). Тук също може да се направи по-нататъшно обособяване въз основа на възраст, диагнози, психиатрични отделения и процедури, така че накрая да се достигне до една от 553-те LDF в HDG-групите.

Избрана отделна медицинска процедура



Източник: Федерално министерство на здравето - ДСГ модел 2010

Фиксирани ставки

За всяка процедурно-ориентирана диагностично-свързана група случаи (LDF) се определя фиксирана ставка под формата на точки (LDFP). Те са съставени от дневна компонента (TK на немски) и процедурна компонента (LK на немски). В случаите, когато се правят многократни процедури в рамките на една сесия (напр. операция на катаракта на двете очи), за допълнителната процедура се определя процедурен бонус - обикновено по-нисък. Всяка LDF има също максимална, минимална и средна продължителност на престоя в болница и минимална стойност за допълнителен брой дни над максималния престой (срв. секция 3.3.2.).

Дневната компонента се използва заедно с основните процедури за реимбурсиране особено на онези разходи, които се натрупват дневно в рамките на грижите за пациента. Освен медицински и сестрински грижи, те включват, например, всяка лекарствена терапия (изключение: онкологичните лекарства, които по принцип изискват фиксирана ставка с процедурна компонента).

Процедурната компонента е точков еквивалент за избраните медицински процедури (напр. скъпоструваща и сложна хирургия) и по този начин е независима от средната продължителност на престоя на пациента в болницата. Всеки случай с фиксирана ставка има определена към него типова продължителност на престоя ("от-до" в дни), за която се реимбурсира целият брой точки. Този диапазон е дефиниран с конкретна максимална и минимална дължина на престоя за всеки случай с фиксирана ставка.

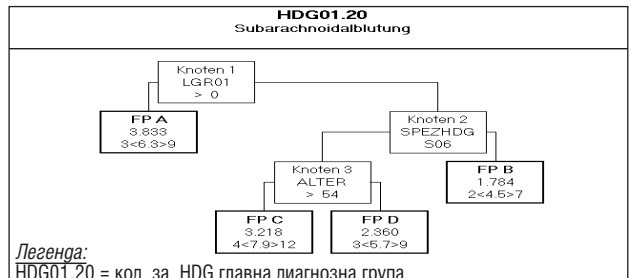
Тази калкулация се прилага като стандартна за всяка болница в Австрия, което означава, че за определена болест на определен тип пациенти се дават еднакъв брой точки и за университетската, и на обикновената болница - освен ако има допълнения за интензивни грижи, които, разбира се, зависят от категоризацията на звената за реанимация и интензивни грижи.

Допълнителни точки за по-дълъг престой

Ако хоспитализационният период се удължи над максималната продължителност на престой, заложена за групата случаи, за всеки допълнителен ден към фиксираната ставка се прибавят допълнителни точки. Това дневно допълнение, обаче, намалява с броя на дните над максималната дължина на престоя. С други думи, за първия ден свръх максималната дължина на престоя се отпускат повече точки, отколкото за втория, за третия - по-малко от тези за втория и т.н. Това осуетява всякакви мотиви за умишлено задържане на пациентите за по-дълги периоди. В случай на екстремални периоди на хоспитализация над заложената продължителност на престоя, дневната добавка "замръзва" след достигане на определена прагова стойност (BD добавка (min) - BD е дължина на престоя на немски). Тогава всеки следващ ден се прибавя тази минимална стойност.

Пример за „дърво на решенията“:

Показана в силно опростена форма, калкулацията на фиксираните ставки на приложения случай се извършва на няколко етапа при вземане на решения - те винаги следват модела "Ако..., то...". Това означава, че след всяко взето решение се получава разклонение, поради което в този смисъл можем да говорим за "дърво на решенията".



Легенда:
HDG01.20 = код за HDG главна диагнозна група
Subarachnoid haemorrhage = име на тази HDG група (специфична форма на мозъчен haemorrhage)
LGR = процедурна група ("Leistungsgruppe" на немски)
SPEZHDG = специална главна диагноза ("spezielle Hauptdiagnose" на немски)
FP = фиксирана ставка на случая ("Fallpauschale" на немски)

Източник: Федерално здравно министерство - KDok 2010

Пример: 3,883 точки се реимбурсират за FP A (фиксирана ставка A), минималната продължителност на престоя в болницата е 3 дни, максималната продължителност - 9 дни, а средната дължина на престоя е 6,3 дни.

Горната графика използва за пример конкретен случай, за да илюстрира сложността на фактическия процес на вземане на решение. На първо място е въпросът дали са били предоставени определени процедури: "LGR 01 > 0" означава, че поне една процедура от процедурна група 01 е била извършена. Ако на въпроса се отговори с "ДА", следващата стъпка по линията на вземане на решение се отклонява наляво, а ако е "НЕ" - надясно.

Така, с "НЕ", възниква и въпросът дали е налице специфична болест (главна диагноза от SPEZHDG S06), а накрая и възрастта на пациента може да е решаваща - в тези случаи, "ДА" също се движи надясно, а "НЕ" - наляво.

Накрая на всеки процес на вземане на решение, се определя "крайна пресечна точка", която съответства на процедурно-ориентираната диагностично-свързана група (LDF). Крайното решение се отнася до това, дали има налични предпоставки за някакво допълнително точкуване. Щом се изминат тези стъпки, се получава крайната фиксирана ставка на случая. Всякакви допълнителни точки се калкулират като последна стъпка. Точките на фиксираната ставка и допълнителните точки дават общите точки, които се начисляват за случая.

Редуцирана фиксирана ставка за кратък престой

За разлика от горния случай, престоят в болница може да бъде също и по-кратък от заложената минимална продължителност. При такива случаи се начислява редуцирана фиксирана ставка. Калкулацията на тази ставка обаче се основава в голяма степан на калкулацията на обикновената фиксирана ставка. Процедурната компонента се начислява в пълен размер. Има обаче линейни намаления в дневната компонента. Линейни означава, че еднакво количество точки се изважда за всеки ден по-малко от минималната продължителност на престоя.

Виенска болница

Специални разпоредби при случаи с „нула дни“ и „еднодневни“

Съществуват и правила за специално точкуване за процедури от каталога за еднодневните клинични случаи. Престоят там се калкулира обикновено по съвсем същия начин, както ако пациентът е бил приет в болницата за едно денонощие.

Случаите с 0 дни в HDR-групите без процедури от каталога за еднодневните клинични случаи се реимбурсират с нормалната процедурна компонента и само 5% от дневната компонента, която би била получена, ако се използват нормалните правила за точкуване на кратки хоспитализации. Изключение от това правило са прехвърлянията, смъртните случаи и хоспитализациите при онкологични терапии (MEL22.xx).

Продължава в следващ брой

Превод: Ели Генова

ИНОВАЦИИ В МЕДИЦИНАТА НА БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ 2012

От 15 до 18 май 2012 година изложбените зали на Интер Експо Център-София отново ще се превърнат в модерно обзаведени здравни заведения.

Нови модели клинично-лабораторна и диагностична апаратура, медицинска техника и дентално оборудване, инструменти, реактиви, консумативи и други продукти за лечение от световната практика ще осъвременят представите за прогреса в медицината и най-доброто в здравната практиката на специалистите от болници, диагностично-консултативни центрове, медицински и дентални клиники.

БУЛМЕДИКА отново ще представи модерна техника и нови генерации апаратура за лечебната дейност, очакват се иновативни системи и апарати за по-висока прецизност в диагностиката, лабораторно оборудване и консумативи за отделни медицински практики, за спешна медицинска помощ, ортопедия и рехабилитация, офталмология, помощни средства с различно клинично приложение и т.н.

БУЛДЕНТАЛ (зъболечение и зъботехника) ще демонстрира най-новото оборудване, апаратура и инструменти за дентални, лекарски, козметични кабинети и за зъботехнически лаборатории, стоматологични и зъботехнически материали и консумативи, обзавеждане за рентгенови и зъболекарски кабинети, продукти за оралната хигиена и др.

БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ 2012 се радва на изключителен интерес от страна на чуждестранни изложители, като освен традиционни участници, в предстоящото издание се включват и нови компании от Хърватска, Румъния, Гърция, Унгария, Полша, Германия, Русия, Китай, Словения, Турция, Италия, Австрия, Пакистан и други държави.

Своята активност запазват медицински и дентални фирми от Република Южна Корея, които за четвърта година прилагат модела за национално участие с общ щанд.

Тази година **Агенцията за промотиране в чужбина и интернационализация на италианските предприятия (ИЧЕ) и Агенция Булгарреклама** организират дебют на колективното представяне на фирми от здравната сфера от Италия.

БУЛМЕДИКА / БУЛДЕНТАЛ е очакван форум за контакти и делови инициативи на съсловните организации и широк кръг специалисти и експерти в здравеопазването. Организаторите планират дискусии, демонстрации, фирмени презентации и семинари по актуални теми.

Асоциация Sofia Dental Meeting и Агенция Булгарреклама подготвят богата научна програма с участието на български и чуждестранни лектори по важни направления в зъболечението, като имплантологията, оклузодонтията, протезирането и др.

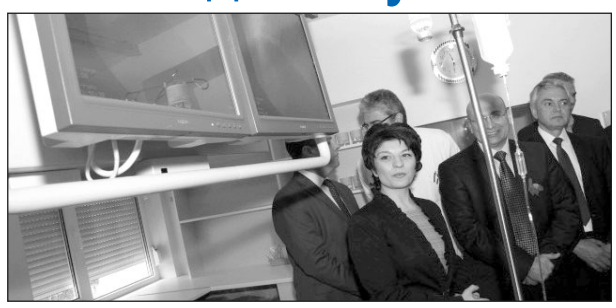
БУЛМЕДИКА / БУЛДЕНТАЛ ще бъде домакин на официалната церемония по награждаването на победителите в V-о юбилейно издание на **Националния дентален конкурс "Усмивка на годината" - наградите на в-к "Дентал Трибюн" (16 май 2012 г.).** Конкурсът е за български лекари по дентална медицина и зъботехници с най-добри постижения в денталната естетика, оценявани от авторитетно жури - водещи личности в бранша от страната и чужбина. Спечелилият първо място автоматично ще бъде номиниран за участие в световните награди Dental Tribune Awards 2012, организирани от Dental Tribune International.

Постерна сесия на печелилите досега дентални лекари и техните постижения ще пресъздадат четири годишната история на конкурса "Усмивка на годината".

Тази година официалното издание на БУЛМЕДИКА / БУЛДЕНТАЛ - световноизвестният бизнесгайд today, ще стигне до здравните специалисти у нас и балканските страни две седмици преди старта на изложбата. Инициаторите в-к "Дентал Трибюн" и Агенция Булгарреклама решиха изданието с новостите и очакваните събития да бъде на български и английски език.

За повече информация: www.bulmedica.bg

Европейското финансиране е важен ресурс за модернизиране на лечебните заведения у нас



"Като бенефициент на средства по европейски програми държавата оказва категорична подкрепа на болниците, които кандидатстват с проекти за финансиране", каза министърът на здравеопазването Десислава Атанасова. Обявено беше, че през месец май предстои отварянето на офертите и класирането на кандидатите, след което през юли или август ще стартират първите дейности по усвояване на евросредствата. "147 млн. лв. са сериозен ресурс за българското здравеопазване и важен фактор за модернизирането му, което трябва да бъде използвано в пълна степен", изтъкна министър Атанасова при посещението си в болницата във Велико Търново.

Поводът за тази визита бе откриването на кардиоинвазивна структура в областната болница. Инвестирани са 700 хиляди лева собствени средства за закупуване на съвременна апаратура за лечебното заведение. Министър Атанасова подчерта, че мениджърският екип на Великотърновската болница е отличен пример за това как в трудни финансови условия, със собствени усилия може да се постигне високо качество на лечебната дейност. Тя насочи вниманието и към възможностите за финансиране по европейски програми.

"Лекари без граници":

Икономиите превръщат достъпа до здравеопазване в лукс

Организацията "Лекари без граници" предупреди, че икономиите, които някои страни налагат, за да се справят с дълговата криза, превръщат достъпа до здравеопазване в лукс, и поиска Европейският съюз да спре да насърчава този вид мерки, съобщи испанският ежедневник "Ел мундо".

В знак на протест срещу последиците от тях върху най-уязвимите групи, като имигрантите например, представители на организацията паркираха лимузина-линейка пред сградата на Европейския парламент.

Здравето не е и не може да бъде лукс, става въпрос за основно право и като такова държавите са задължени да премахнат всякакви пречки пред достъпа на хората до системите за обществено здраве, заяви председателят на организацията за Испания Алваро Гонсалес.

Според "Лекари без граници" икономиите намаляват средствата за превенция и обществено здраве в момент, когато броят на нуждаещите се от социална закрила е по-голям заради кризата.

Организацията изрази най-вече опасенията си за тежката ситуация в Гърция, където икономическите мерки имат сериозни последици за обществото в условията на засилваща се безработица. Ограниченията на социалните помощи принуждават много гърци да се обръщат към нас в търсене на помощ, отбелязват от движението.

"Лекари без граници" също така разкритикува положението на нелегалните имигранти, голяма част от които престават да търсят лекарска помощ заради икономическите бариери, дискриминацията, политическото преследване и страха, че ще бъдат предадени на властите. Затова организацията настоява ЕС да гарантира равния достъп до здравеопазване на всички хора в общността и особено на най-уязвимите групи.

Полша - страната с най-малко лекари

Полша е страната в Европейския съюз с най-малко лекари на 10 000 жители, съобщава "Dziennik Polski". Изданието се позовава на изследване, поръчано от лекарска съсловна организация. Според нейни представители, има реална опасност след няколко години да няма кой да лекува поляците.

От съсловието посочват като основна причина за липсата на лекари сериозни грешки в системата за обучение на специалисти. Информацията от март 2012 г., събрана от общините, сочи че в момента Полша се нуждае от над 2600 медици с различни специалности. От полското Министерство на здравеопазването обаче твърдят, че могат да плащат само за 444 специализанти. Причината е липса на пари в бюджета на ведомството.

Изследването на съсловната организация на Полша показва, че най-голям дефицит има сред патоанатомите. В това направление на медицината в момента работят 450 лекари, като повечето от тях са пред пенсиониране. Малък е и броят на гериатрите - 250, като от тях само 150 практикуват.

Подобни цифри показват, че на 1 специалист се падат около 300 000 човека, алармират лекарите. Те напомнят, че в Белгия и Словакия на такъв брой жители се падат 2,5 специалисти, в Чехия - 1,5, в Швеция - 7,8, а в Австрия - 7,4.

Медицинските сестри в Европа работят повече и получават по-малко

Повече от половината европейски държави са съобщили за намаляване или замразяване на възнагражденията, както и за ръст в безработицата при медицинските сестри. Над една трета са изразили загриженост за качеството на грижата и безопасността на пациентите. Над една пета са отчели замяна на медицински сестри с необучени служители. Това се казва в доклад "Грижа по време на криза: Влиянието на финансовата криза върху сестрите и сестринството". Той е изготвен от Европейската федерация на асоциациите на медицинските сестри (EFN), където членува и Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи, и сравнява данните, постъпили от асоциациите в 34 европейски държави.

В частта си за България докладът отчита изключително ниски заплати за сестри и акушерки - средно около 220 евро месечно. За сравнение, в Австрия например медицинските сестри с диплома получават брутна заплата в размер на 1893 евро в началото на кариерата си.

В директивата за клинични изпитания ще има промени

- ***Създава се портал за включване на заявките***
- ***Засилва се сътрудничеството между страните-членки на Европейския съюз***

Еврокомисарят Джон Дали

Клиничните изпитания имат съществено значение в сектора за проучване и развитие, отчитайки инвестиции за над 20 милиарда евро годишно в Европейския съюз. Това изтъкна еврокомисарят по здравеопазване Джон Дали. Той съобщи, че Европейската комисия подготвя предложение за промяна в Директивата за клинични изпитвания. Тези изследвания са съдбоносни за много хора. Те дават надежда на пациентите и техните роднини и са от съществено значение за развитието на нови лекарства и лечения. Те са и ключ към създаването на работни места в обществения здравен сектор, отбеляза еврокомисарят.Около 4400 нови клинични изпитвания годишно получават разрешение, като по всяко време в Европа текат около 12 000 изпитвания. Тревожно е обаче, че през последните няколко години тези изпитвания в ЕС са намалели почти с 15%. Разходите - ресурси и бюрокрация - се удвоиха и забавянията се увеличиха с 90%, посочва Дали. По думите му е изключително важно да се улеснят мултинационалните клинични изпитвания в Европа (25% от европейските изпитвания се провеждат в повече от една страна членка), не само за запазване на иновативните проучвания в Европейския съюз, но и за да се гарантира най-високо качество на медикаментите. Съществуват няколко фактора, допринасящи за замирането на клиничните изпитвания в ЕС, казва еврокомисарят. Такива са обвързването на бизнеса със сектор „Проучване и развитие“, отношенията между бизнеса и академичните проучвания, възможностите за инвестиции или възвръщаемостта им. Бюрократизацията на процеса несъмнено също е важен фактор, отбелязва Джон Дали. "Така че как мога да помогна аз като еврокомисар по здравеопазването? Първоначално, Комисията може и ще подобри законодателната рамка, като се заеме първо с изброените проблеми", казва еврокомисарят и изброява няколко стъпки за постигането на целта е: създаване на портал за включване на заявките за клинични изпитвания; развитие на по-бърза система за оценка при защитаване пациентските права и сигурност; повишаване на сътрудничеството между страните членки."В крайна сметка, това, което ни води при промяната в Директивата, е интересът на пациента. И, като родители, братя, сестри или приятели, това е от значение за всички нас", подчертава еврокомисарят.

България е сред 10-те най-нещастни държави в света

Те са на един и същ континент, принадлежат към едни и същи международни институции и са част от единен пазар, но гражданите им са на двата далечни полюса в световната класация за щастие.

Това са Дания и България.

Едната оглавява първия по рода си доклад World Happiness Report и е в компанията на следващите я Финландия, Норвегия и Холандия. Другата е почти на дъното (147-о място сред 156 държави) и се нарежда заедно с Конго, Танзания, Хаити, Коморските острови, Бурунди, Сиера Леоне, Централната африканска република, Бенин и последната - Того.

Докладът обхваща периода между 2005 г. и 2011 г., а поводът за публикуването му е конференция на ООН за щастието на нациите. Той е дело на базираният в САЩ Earth Institute (част от Колумбийския университет) и редактиран от директора на института Джефри Сакс, Ричард Леярд и Джон Хелиуел. Авторите са събрали данни от няколко световни социологически и икономически проучвания, както и информация от национални и международни анкети.

ТОП 10 НА НАЙ-ЩАСТЛИВИТЕ ДЪРЖАВИ:

1. Дания
2. Финландия
3. Норвегия
4. Холандия
5. Канада
6. Швейцария
7. Швеция
8. Нова Зеландия
9. Австралия
10 Ирландия

Най-нещастните държави са и сред най-бедните. Хората в четирите най-щастливи имат доходи до 40 пъти по-високи от тези в най-нещастните, посочва докладът. Скандинавците живеят средно с 28 години по-дълго от гражданите на "нещастните" страни.

Авторите подчертават, че икономическият растеж и парите не са единственият определящ фактор. Типичен пример за това са САЩ, които за последните 30 години са постигнали забележително икономическо развитие, но усещането на хората за щастие е останало почти непроменено (страната е на 11-то място в класацията).

Взети заедно, много по-важни са и такива неща като здравословното състояние, усещането за свобода, силните връзки в обществото и възможността да разчиташ на някого, стабилните семейства, доверието към управляващите, отсъствието на корупция.

В доклада е използван индекс с оценка от 0 до 10, като челните десет държави са постигнали показател от 7.2-7.8, докато последните (сред които и България) - под 4.

Сред заключенията на доклада са още:

- безработицата причинява също толкова нещастие като раздялата или загубата на близък човек; на работното място сигурността и добрите отношения носят повече удовлетворение от размера на заплатата и работното време;
- когато хората се държат добре, това прави повечето в обществото щастливи;
- в развитите държави жените са по-щастливи от мъжете, докато в бедните картината е по-скоро смесена;
- хората се чувстват най-нещастни, когато са на средна възраст.

Снимка: [World Happiness Report]

Необходими документи за издаване на сертификати за работа в чужбина

1. Копие от лична карта.

2. Нотариално заверено копие на диплома за завършено висше образование.

3. Нотариално заверено копие на диплома за специалност.

4. Удостоверение от Районната лекарска колегия на БЛС за членство и добра практика.

За контакти: 02/954 94 37 и 0899 90 66 47 - Ирен Борисова

ПРЕДСТОЯЩО

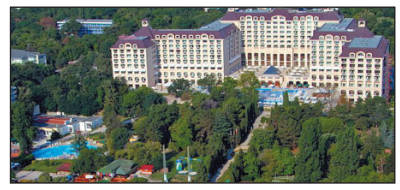
Научен симпозиум "Първична профилактика - роля на промените в начина на живот" 11-13 май 2012 г., к.к. Албена

Организатор: Дружество на кардиолозите в България
За повече информация: www.cim.bg

Международен симпозиум по интегративна медицина 24-27 май 2012 г., РИУ Правец - гр. Правец

Организатор: Институт за международни отношения и културен обмен
За повече информация: www.cic.bg

Академия "Мозъчно-съдови заболявания" 25-27 май 2012 г., хотел "Мелиа Гранд Ермитаж", гр. Варна



Организатор: Сдружение българско дружество по неврология
За повече информация: www.cic.bg

Първи балкански педиатричен конгрес с участието на педиатри от 12 балкански държави и XII-ти Национален педиатричен конгрес 31 май - 3 юни 2012 г. - гр. Пловдив

Организатор: Българска педиатрична асоциация
За повече информация: 4000 Пловдив, ул. "К. Фотинов" №13, тел: 0888/ 688-300, факс: 032/ 26-89-77
e-mail: info@pediatria-bg.eu

Симпозиум "Акад. Чудомир Начев" 12 май, 2012 г.

Организатори: БАН, МУ - София, Българска национална академия по медицина, Съюз на учените в България.
Тема: Лекарствена терапия на хипертонията
Модератор: Проф. д-р Генка Петрова
Лекции и лектори: Фармаклогично повлияване на хипертонията - доц. д-р Ир. Николова. Отношение на пациентите към лекарствената терапия - доц. В. Петкова
Разходи за лечение на хипертонията - проф. д-р Г. Петрова.
В залата на БАН, лекциите - от 9 до 12 часа, дискусия - 12 до 12,30 часа.

Побързайте!

Ако сте пропуснали, абонирайте се сега за второто шестмесечие на 2012 година!

Във всеки пощенски клон - каталожен №401

ЕДИНСТВЕНОТО НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЛС!
За 6 месеца - **10.80 лв.**

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник "QUO VADIS"

Национално издание на Българския лекарски съюз

Вестник "Quo Vadis" излиза от 2000 г. в пълноцветен печат, формат А3, периодичност - веднъж в месеца. Разпространява се чрез абонамент и ръчна продажба.

Абонати на изданието преди всичко са членовете на БЛС. Част от абонамента се извършва директно от Регионалните лекарски колегии, а останалата от "Български пощи" и частни фирми.

Вестникът третира актуалните проблеми на медицинското съсловие, отразява събития, свързани с болничната и извънболничната помощ, включва анализи и интервюта. В. "Quo Vadis" публикува медицински статии, посветени на определени заболявания, представят се нови терапевтични продукти.

ПЪРВА СТРАНИЦА		
Цвят	**Под главата**	**Долна част**
Черно-бяла	*2,00лв./кв. см*	*1,70лв./кв. см*
Плюс един цвят	*2,50лв./кв. см*	*1,90лв./кв. см*
Четири цвята	*3,00лв./кв. см*	*2,20лв./кв. см*

Цвят	Вътрешна страница
Черно-бяла	*1,20лв./кв. см*
Плюс един цвят	*1,60лв./кв. см*
Четири цвята	*2,00лв./кв. см*

Цвят	Последна страница
Черно-бяла	*1,50лв./кв. см*
Плюс един цвят	*1,80лв./кв. см*
Четири цвята	*2,40лв./кв. см*

Цените са без ДДС.

Лого - първа страница под главата - 250 лв.
PR материали - 1.80 лв./кв. см, с възможност за включване на цветно каре до 15% от общия обем на материала.
Отстъпки:
За сума : 1500 - 3000 лв. - 7% ***3000 - 4500 лв. - 10%***
4500 - 6000 лв. - 13% ***6000 - 10 000 лв. - 20%***

Изработване на рекламно каре: 0.30лв./кв. см.

ЗА САЙТА НА БЛС

I. Информация за сайта:

www.blsbg.com е официалният сайт на Българския лекарски съюз.

Той съдържа информация за:

- БЛС (създаване и история, СДО, асоциирани членове, УС, НС)
- Нормативни актове
  - Закони
  - Подзаконови нормативни актове
  - Медицински стандарти
  - ПДМП
  - НРД
  - Актове на ЕС и БЛС
- Актуален регистър на лекарите в Република България
- Актуална информация и новини

II. Рекламен период:

Рекламните кампании в сайта могат да се осъществяват за период не по-малък от 5 -7 дни.

Стандартните периоди на реклама, които предлагаме са за: 7 дни, 15 дни, 1 месец, 2 до 6 месеца.

III. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

банери	Размери:	без	с
		препращане	
JPEG	195 x 105 px	15 лв.	20 лв.
банер	200 x 133 px	18 лв.	25 лв.
(статичен)	200 x 266 px	26 лв.	29 лв.
FLASH	200 x 133px	25 лв.	30 лв.
банер	200 x 266 px	37 лв.	40 лв.

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

1 месец	- 10%	**4 месеца**	- 22%
2 месеца	- 15%	**5 месеца**	- 25%
3 месеца	- 20%	**6 месеца**	- 30%

2. Текстови обяви / Платени публикации:

	7 дни	15 дни	1 месец	2 - 6 месеца
до 450 знака	15 лв.	10% отстъпка	15% отстъпка	20% - 30%
от 450 до 1000 знака	22 лв. отстъпка			
над 1000 знака	34 лв.			
с включен текстов линк	плюс 5 лв.			

3. Нестандартни рекламни форми:

За изработване на нестандартни рекламни форми цените са по договаряне в зависимост от сложността. Всяка нестандартна рекламна форма се публикува на сайта след проверка от техническо лице.

IV. Плащане:

1. Договорните суми за реклама се заплащат не по-късно от 1 (един) работен ден преди старта на рекламата.

2. При неспазване на сроковете БЛС си запазва правото да отложи рекламната кампания.

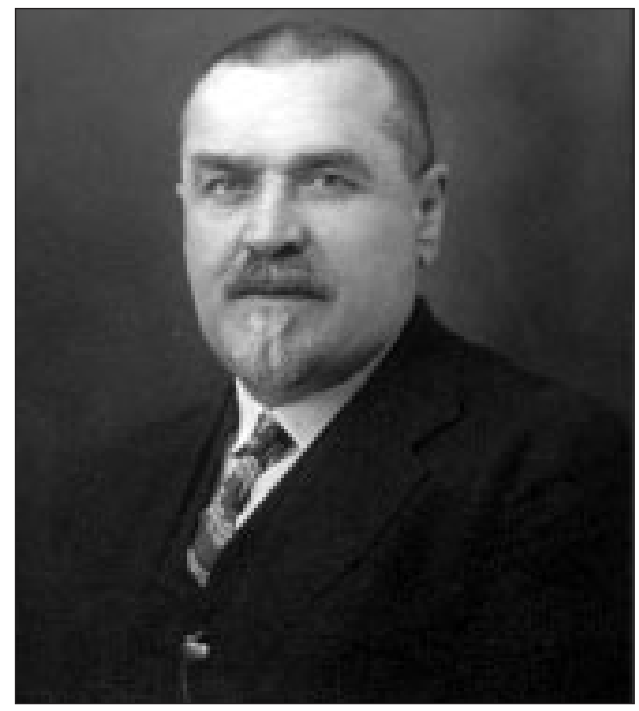
3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

V. Забележки:

✓ Рекламите се публикуват на всички страници на сайта.
✓ Цените не включват ДДС.
✓ Цени за реклами над 6 месеца - по договаряне
✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

Проф. д-р Параскев Стоянов създава „Школа Първа хирургия“

- ***Забележителният медик е зам.-председател на БЛС и председател на Варненската колегия***
- ***Името на тази всестранно развита личност е легенда още за неговите съвременници***



Д-р Тотко Найденов

Продължава от миналия брой

Сред неоспоримите корифеи на българската хирургия е професор д-р Параскев СТОЯНОВ.

Роден е на 31 януари 1871 година в Гюргево. Баща му, русенецът Иванчо Стоянов е почетен член на Букурещкия революционен комитет - с негови средства е въоръжена четата на Христо Ботев. Майка му, Габриела фон Валтер, е германка от Саксония.

Проф. Стоянов е не само всепризнатият класик-основоположник на съвременната българска хирургия, но и един от най-колоритните български лекари въобще. Той е създателят на Катедрата по пропедевтика на хирургичните болести (т. нар. "Школа Първа хирургия") и на университетското обучение и учебната хирургична литература. Поставя началото на слънце-, море- и калолечението у нас - създава Морският детски костно-ставен санаториум (1905, единствен на Балканите). Затова се смята за родоначалник на съвременната българска физиотерапия и рехабилитация и на Българското хирургическо дружество.

РАЗНОСТРАННИ ИЗЯВИ

Той е и първият български алпинист - изкачил е алпийския швейцарски връх Гран Комбен (4318 м) през 1895 г. Запален плувец (плува в Черно море до Никулден!) и турист (и над 50-те изкачва Пирин и Рила); филателист. Негово дело е и откриването на Варненсия аквариум.

Полиглот (служи си с 10 езика, вкл. турски и арменски), с лекота следва медицина в Париж, Женева, Букурещ и Вюрцбург, а 2 години специализира хирургия и урология последователно в Париж, Берлин, Хайделберг, Лайпциг, Лозана, Берн, Виена и Букурещ.

При завръщането си в България, отказва назначение в Александровската болница, защото смята, че в провинцията ще бъде по-близо до народа си. Отива в Ловеч, където излизат няколко негови краеведчески книги, най-важната от които е "Градът Ловеч като столица на Васил Левски". После - в Русе, Плевен, Варна.

В морската ни столица разгръща огромна впечатляваща лекарска и обществена дейност. Подпредседател е на БЛС и ръководител на неговия Варненски клон. Превежда пътепис на Феликс Каниц. Пише книга и драма за Тодор Кирков, известен ловешки поборник. Издава и други книги на най-разнообразна тематика: "Калолечение в Балчишката тузла" (1911); "Изгарянето на сметта като източник на електричество, двигателна сила, топливо и прочие" (1908); "Хигиена на туриста" (1910); "Живеницата (скрофулотуберкулозата) и нейното лечение" (1921); "Морелечение. Лечебни свойства на морето" (1926). Не помалко оригинално е издаденото през 1929 г. "Практическо ръководство на туризма. За туристи, скаути, спортисти, юнаци, ловци, колоездачи, автомибилисти, яхтсмени". То би могло да служи и днес на планинарите. В него професорът-хирург и планинар описва алпийски техники, възли на осигурителните въжета, подредба на хижи, приготвяне на туристически гозби, бране и заготовка на билки, пренасяне на пострадали, спасяване на удавник. В предговора му четем: ""Живота може да оприличим с възкачване на някой планински върх. Роден в подножието му, човек се катери по стръмните му склонове, стига на върха към 50-те си години и оттам нататък, уморен вече, започва да слиза полека-лека, за да свърши пак в подножието на планината на живота, гдето му е зинал вече гробът." Колко образно, тъжно, но вярно синтезирано описание на краткия човешки живот, каквото може да даде единствено Лекар...

Членува във Варненското и Плевенското археологически дружества. Участва в разкопките при Варна и Кайлъка. Член е и на Българското колоездачно дружество.

В Ловеч се жени за руската еврейка Нина Лайн, родом от Ростов на Дон, която му ражда две деца - Аркадий (бъдещ професор в ИСИ) и Лидия (бъдещ професор-филолог).

През войните е началник на военно-полеви болници.

ПЪВИЯТ НАШ ПРОФЕСОР ПО ХИРУРГИЯ

На 10 юни 1918 г. е избран (и този път одобрен от Академичния съвет, за разлика от незаслужено пренебрегнатия д-р Асен Петров - виж миналия брой на "Quo vadis") за първия наш професор по хирургия. Сбъдва се мечтата му: "да обучавам хиляди ръце за хирургична работа". Изнася лекции и по анатомия. Тъй като, все пак, никой у нас няма опит в преподавателската работа, бива командирован за придобиване на опит в 24 катедри в Италия, Швейцария, Германия, Чехия и Австрия, откъдето "взех всичко, което смятах за най-добро и което приляга за нашите условия."

Издава първите наши учебници по анатомия и хирургия: "Ръководство по анатомия", "Обща хирургия", "Специална хирургия", "Оперативна медицина", "Хирургична диагностика и семиотика".

В "Ръководство по специална хирургия" (1926) пише: "Нямам претенцията да съм създал нещо непогрешно и съвършено, не греши сал оня, който не твори."

Сред основателите на Медицинския факултет в СУ, 1918 година.

КАКВО НИ ЗАВЕЩА?

В "Обща хирургия" (1922) четем: "В хирургията, както в медицината, има две различни части, които се допълват: занаят и наука. В наше време с асептиката се правят чудеса. Изкуството си остава пак изкуство, което се владее от малцина. И в хирургията, както във всеки занаят, има ученици, калфи, майстори и художници; па има и кърпачи, и ако щете - фокусници на въже, които с бързина режат ръце и крака (което бе естествено стремление, когато не се използваше упойката), отварят корема, вадят матки и режат черва за 10-15 минути. Това е прекаляване; истината е на средата. Да се работи бърже е добре, само доколкото бързината не вреди на сигурността и е безопасна, за да не се протака напразно един оперативен акт, какъвто е един шок и наркозата-упойка, която е едно временно отравяне."

По-нататък четем: "Сега модерният хирург работи сръчно, спокойно, не бавно и не толкова бързо, доколкото това е безопасно. Винаги и преди всичко интересът и здравето на болния трябва да е на пръв план.

Лекарят, въобще, и хирургът, в частност, трябва да е енциклопедист и винаги нащрек, за да бъде в течение на всяко ново откритие и всяко ново усъвършенстване на техниката.

Хирургията изисква много търпение; с труд, усилия и наклонност се става добър хирург. Вродените способности повече от другаде изникват в хирургията. Добрият хирург трябва да владее, да изучава основно и двата фактора: занаятчийския и научния паралелно; ако повече развива първия, става добър или посредствен занаятчия, ако засили само втория - става добър клиницист и диагностик, но несръчен техник. Истинският, добрият, призваният хирург владее еднакво добре единия и другия фактор на хирургията, и като ги прекара през своите вродени способности, създава личността и добрия, известния, знаменития хирург, в който се кристализира и техника, и наука.

Истинската хирургия се учи, обаче, само в болницата, в клиниката. Учение на операциите само на труп, прилича на детска игра на войни с дървени пушки. При лечението на болния, в операционната стая, се учи да опериращ, там се реже живо месо, тез цвъркащи пулсиращи артерии, скалпелът човърка живи тъкани и нерви, чувството на отговорност, съзнанието, че си играеш с живота и здравето на болния, ти дава силата да опериращ, и ти спъва ума да не грешиш! Там се приучава човек да гледа и мирише кръв и гной, да слуша стонове и пъшкания, там се кали душата и ръката на бъдещия хирург."

Какво повече може да се добави към тези определения на хирургията и хирурзите, дадени от техния класик и първомайстор?

ПРЕПОДАВАТЕЛЯТ И ПОСЛЕДОВАТЕЛИТЕ

Не само оперира всеки ден, но и преподава от 1 до 3 часа и лично води ежедневните упражнения със студентите, изпитва ги, пише книги и статии (76 труда) за български и най-различни европейски списания. "Да правя добро е за мен най-високо нравствено удовлетворение", твърди сам той.

Кога почива, кога спи този неуморим хирург, преподавател, турист, краевед, писател, общественик?

На 69 години го сполетява фаталният мозъчен инсулт...

Остава създадената от проф. Параскев Стоянов легендарна "Школа Първа хирургия" (днес тя справедливо носи името му), подготвя десетки други професори, доценти и лекари, които са свързани с една нишка: любов и преданост към болния, чистота в колегиалните взаимоотношения, висока ерудиция, квалификация и интелект. Най-близките негови сратници са израстналите под грижовното му крило бъдещи професори Гочо Москов, Бойчо Бойчев, Марин Ас. Петров, Антон Червенаков, Георги Капитанов, Петър Алтънков (най-преданият му ученик във Варна, който пише за него: "По време на операция внушава спокойствие и уважение към сестрите.")

"Школата на проф. Параскев Стоянов се отличава с творчество, новаторство, демократичен дух и човеколюбие", определя проф. Миладин Апостолов, доайенът на историята на българската медицина.

Катедрата по обща и оперативна хирургия е ръководена от проф. Параскев Стоянов цели 20 години (1918 - 1938). За кратко време приемник му е проф. Гочо МОСКОВ (1939 - 1942), но ранната смърт не му позволява да се развие докрай като талантлив педагог и оператор. След него Катедрата се поема последователно от професорите Георги КАПИТАНОВ (1946 - 1965), проф. Марин Ас. ПЕТРОВ (1966 - 1973), Ганчо ГАНЧЕВ (1973 - 1980), Карл ЕНЕВ (1980 - 1985), Георги МИЛКОВ (1985 - 1989), Радослав ГАЙДАРСКИ (1990 - 1993), доц. Венко МЛАДЕНОВ (1993 - 1995), отново Радослав ГАЙДАРСКИ (1995 - 1999) и, след 2000 г. - Виолета ДИМИТРОВА...

С проф. Параскев Стоянов и неговата школа е свързано и името на д-р Александър НЕДЯЛКОВ (1879 - 1968); той асистира на д-р Евстати Гешов при зашиване на прободено с нож сърце, с което влиза в историята на българската медицина. Демобилизиран след Първата световна война (когато ръководи голяма военна болница в Скопие, където извършва над 2000 операции!), става началник на хирургичното отделение във Варна и изгражда Варненския морски детски санаториум.

Медицинският университет във Варна и болницата в Ловеч носят името на проф. д-р Параскев Стоянов

Продължава в следващ брой

Перлата на Велинград - красива, обновена и с минерален басейн

● *Лекари и семействата им могат да почиват в оздравителния комплекс на преференциални цени*

Лекарската професия е една от най-тежките и изхабяващи, като умората идва не само от дългите часове, прекарани в болниците и кабинетите, а и от огромната отговорност за здравето и живота на пациентите. Точно затова ръководството на Българския лекарски съюз сключи договор с перлата на Велинград - хотел "Камена", където медиците и техните семейства могат да релаксират в добри условия и да се възстановят бързо и качествено. И то на преференциални цени! Още повече, че хотелът е изцяло обновен и модернизиран.

Балнеологичен център "Камена" е разположен в живописна котловина в Западните Родопи. Разполага с 280 легла в единични стаи и няколко апартамента. Ресторантът предлага невероятни вкусотии, а лятната градина създава незабравима атмосфера с безбройните розови храсти и различни уникални растителни видове. Точно сред тях се намира барбекюто. Помислено е и за забавленията - в хотела има две игрални зали с маси за тенис, дартс, шах, интернет. Центърът разполага и с тенис корт, детска площадка, място за спорт, амфитеатър. А медицинските услуги, предлагани в комплекса, са известни не само в България, но и в много страни от целия свят.

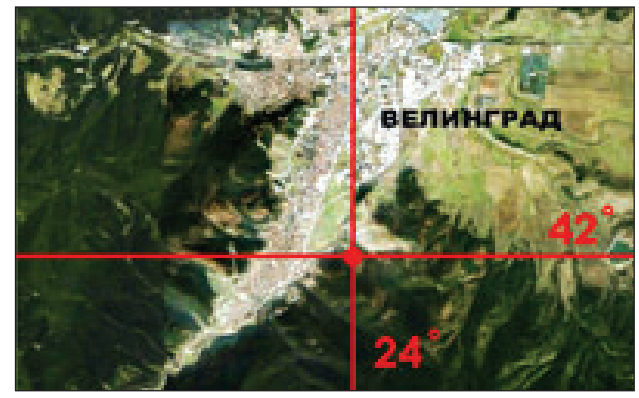
"Преди една година приключи цялостната реконструкция на хотел "Камена", която извършихме предимно със собствени средства", разказа изпълнителният директор Георги Михайлов. Той поясни, че са обновени всички стаи и фоайета. Към вътрешния басейн е направено джакузи, сменена е настилката на външния басейн, ресторантът е напълно реновиран. Паркът е подновен, оправен е и тенис-кортът, който може да се използва от гостите на комплекса. "С това, което е направено, отговаряме за много повече от 3 звезди, но на този етап ръководството взе решение да не се преминава към повишаване на категорията, защото това ще доведе и до увеличаване на цените", подчерта г-н Михайлов. И допълни, че през тази година строителната програма е по-скромна, съобразена е с финансовите възможности на дружеството. Все пак предстои до края на 2012 г. да се изгради парна баня и нов СПА кабинет. А иначе и в момента рехабилитационните и оздравителни програми са много и разнообразни. Комплексът предлага луголечение, хидромасаж, подводни терапии. Благотворните СПА и уелнес процедури за отваряне и стимулиране на енергийните точки на тялото включват добре познатите методи като масаж, сауна, солариум, къпане в тангенторна вана, методи на алтернативната медицина като ароматерапия и традиционни козметични манипулации. На разположение на гостите на хотела е лекарски кабинет с физиотерапевт и невролог.

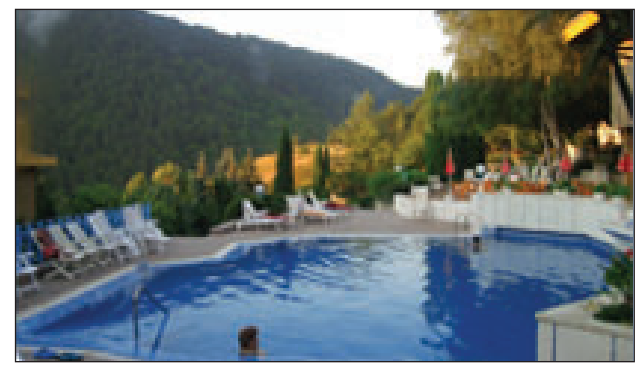
За хората, които обичат да отпочиват активно, "Камена" предлага възможности и за туризъм. Велинград се гордее с един природен феномен - Клептуза, най-големият карстов извор в България. Всяка секунда на повърхността му избликват 570 л. ледено студена вода, която образува две езера, вливащи се в Чепинска река.

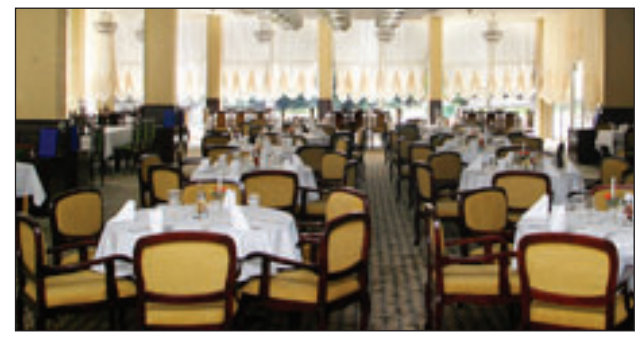
"Над карстовия извор се намира църквата "Св. Илия" и там е местото в България, където се пресича екватор и паралел, продължава разказа си г-н Михайлов. От хотела пък има пътека, по която се отива до параклиса "Св. Спас". Посещаван е от незапомнени времена от хора, свързващи лечебните свойства на водата със светията на здравето. Посещава се на Спасов ден от вярващи с надежда за изцеление.

Непосредствено зад "Камена" можете да се изкачите до местността Вазова поляна, където големият български писател е сътворил значителна част от класическите си произведения. Оттам се продължава към връх Острец, където в момента се строи голям параклис "Св. Георги Победоносец". Там са направени археологически разкопки, които показват, че е имало голяма крепост с църква. "За тези, които предпочитат автотуризма, препоръчвам да отидат до язовир Чигов чарк или Доспад. Не са за пропускане и местностите Кара тепе и Юндола, а също и уникалния язовир Белмекен, където е разположена и единствената в Европа спортна база. Това са нещата, които могат да се видят", поясни г-н Михайлов. Велинградските ловни и дивечовъдни стопанства пък предлагат много добри условия за развитие на ловния и риболовен туризъм.

Проблемите с кризата се решават с увеличаване на дейността и строг контрол на разходите. "За да сме конкурентноспособни, прилагаме различни варианти за привличане на клиенти - разказва изпълнителният директор. - Работим с много туроператорски фирми. Популяризираме "Камена" и това, което предлагаме в редица сайтове, имаме определени традиции на израелския пазар. Освен това от 2 години работим и по т. нар. зелени училища - приемаме деца, като им осигуряваме всичко необходимо. В комплекса има възможност и за т. нар. семинарен туризъм- разполагаме с 4 зали". С преференциални цени освен лекарите след сключения от БЛС договор, се ползват и всички работещите в системата на здравеопазването. Тук те могат да се разделят със стреса и да се заредят с енергия. Нещо, от което се нуждае всеки съвременен човек. Потопете се в един спокоен свят на хармония на дух и тяло, призовават от "Камена".







За справки:
тел. (0359) 5-85-38 и 0879 50 50 22