

НАЙ-ПОСЛЕ

РЕФОРМАТА В БОЛНИЦИТЕ ТРЪГВА въпреки неудобствата и възраженията

- Но за лечебни заведения за долекуване сега нямамо пари, призна шефът на НЗОК и зам.-министър на финансите Владислав Горанов
- Апостоли "post factum" разясняват из страната преструктурирането на стр. 3



Минусови градуси при старта на болничната реформа...

Легамакс Акаунтинг ООД

Счетоводно обслужване
за медици
тел: 02/851 7337

В БРОЯ

ГЛЕДНИ ТОЧКИ

Директори на общински
и частни болници:



**НЕ НИ
СЛАГАЙТЕ
ПОД ОБЩ
ЗНАМЕНАТЕЛ!**

на стр. 5

СПЕЦИАЛЕН

Доц. д-р Ангеля Ангеев:

**НЕКА ДА НЕ
ОТКРИВАМЕ
КОЛЕЛОТО ПРИ
ОСТОЙНОСТЯВАНЕТО
НА ЛЕКАРСКИЯ ТРУД**



на стр. 7

ГРИП, НАСТИНКА - веднага
ОСЦИЛОКОКЦИНУМ!

Хомеопатичен лекарствен продукт
за профилактика и лечение на грип!

Без лекарско предписание.
За тълма информация:
BOIRON БГ ЕООД, 1407 София, Южен парк бл. 28 Вл. А
тел. 02/ 963 20 91, факс: 02/ 963 45 00

LABORATOIRES
BOIRON

Прочетете листовката преди употреба.

Над 1200 места за специализанти по медицина са предвидени за настоящата година

До средата на март университетите в страната ще бъдат уведомен за предвидените над 1200 места за специализанти в областта на медицината, стоматологията, фармацията и здравните грижи през 2010 г. 400 от местата за специализации година ще са финансирани от държавата. Броят на специализациите е определен според потребностите от медицински специалисти у нас, съобщиха от здравното министерство. Сред най-многобройните са местата за анестезиолози - 101, от тях 59 се финансират от държавата, за спешна медицина - 49 и 39 се поемат от държавата, за патолози - 33, държавата ще плаща за 16, инфекциозни болести - 47, с държавно финансиране са 23, педиатрия -

38, платени от държавата - 16.

За специалностите с най-голям дефицит на кадри са предвидени и по три минимални заплати като месечно възнаграждение. Те са спешната медицина, патологията и инфекциозните болести. Останалите специализанти държавна поръчка ще получават по две минимални заплати, както беше и досега.

За първи път е предвидено възнаграждение за специализантите, които сами плащат обучението си. Те ще получават по една и половина минимална заплата на месец от болниците, в които са зачислени.

Най-много специализанти в момента има по кардиология - 186, акушерство и гинекология - 99, гастроентерология -

95, ендокринология - 94.

За първи път през т. г. специализантите ще могат да се прехвърлят от една база в друга и от един университет в друг, ако има свободно място и съгласие от съответните институции.

За да се осигури и по-добро качество, са направени промени и в изискванията по критериите за болниците, които могат да провеждат практическо обучение. За него здравните заведения трябва да имат система за вътрешна оценка и да могат да изгълбяват поне 50 на сто от учебната програма. Освен това един ръководител не може да има повече от трима специализанти. С промените в Закона за лечебните заведения се очаква и регламентирането на времето за специализация да се зачита за трудов стаж на специализантите.

БЛС удостои с почетен знак проф. д-р Станко Киров за юбилея му



За изключителен принос в областта на медицината на проф. д-р Станко Киров бе връчен почетен знак - сребърен, от Българския лекарски съюз. Отличието бе поднесено на празненството по повод 90-годишния юбилей на създателя и класик на българската онкохирургия от главния секретар на БЛС д-р Димитър Ленков.

ПРОЕКТ

Пределни нива на електромагнитните полета в жизнена среда

Четири зони за въздействие на електромагнитните полета да се обособят у нас е предвидено в проекта за Наредбата за максимално допустимите нива на електрически, магнитни и електромагнитни полета в честотния обхват от 0 Hz до 300 GHz, излъчвани от стационарни източници, както и изискванията за тяхното прилагане, съобщиха от министерството на здравеопазването.

Зоните се определят в зависимост от времето на пребиваване на хората там. За всяка зона се посочват и различни пределнодопустими нива на излъчванията на електромагнитните полета.

Първата зона е за кратковременно пребиваване и включва труднодостъпни места като планини, покриви на сгради, комини, кули, телекомуникационни мачти. Във втората попадат земеделски земи и терени, достъпни покриви на жилищни и други сгради, улици, пространството в и около превозни средства на електрически транспорт. Третата включва районите за отдих, паркове, градини и озеленени площи, включително атракционни паркове, зоопаркове и ботанически градини. В четвъртата зона са жилищните помещения и помещениата в обектите с обществено предназначение, дворовете на детските, учебните и лечебните заведения. Около всеки стационарен източник се определя хигиенно-защитна зона за опазване на населението от вредното му въздействие. Тя се проверява чрез измерване на най-малко три точки, където според изчисленията се

очакват най-високи стойности. За базови станции на мобилните далекосъобщителни мрежи с изходна мощност до 10 W не се изчислява хигиенно-защитна зона.

Въвеждането на обектите в експлоатация се извършва само при съответствие на стойностите на електромагнитното поле с максимално допустимите нива. Контролът по време на експлоатация се извършва от органите на държавния здравен контрол. Това става систематично и насочено, при постъпили сигнали на граждани, юридически лица, държавни и общински органи и организации. Измерванията се извършват в присъствието на представител на обекта, източник на електромагнитни лъчения, както и на собственика на жилището или обществената сграда, в която се провежда измерването. При обектите, за които са измерени нива, превишаващи максимално допустимите, се извършват контролни проверки и измервания най-малко 2 пъти за една година. За подобни обекти регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве създават и съхраняват досиета, включващи адрес на обекта, източник и характеристика на електромагнитните полета - местоположение, вид, брой, мощност, нива на излъчване по документация, прогнозен брой засегнати обитатели, постъпили сигнали, протоколи от извършени проверки, санкции. Обектите, които излъчват силни електромагнитни полета, ще трябва да имат и специална маркировка, с която да се предупреждават хората.

Модерен литотриптер в "Пирогов"

В секцията по урология на УМБАЛСМ "Пирогов" вече работи литотриптер последно поколение. Апаратът е с много висока производителност и терапевтична ефикасност. Литотриптерът е машина за разбиване на камъни в бъбреците и уретрите. Специално този на "Пирогов" разбива всички видове камъни, поради допълнителната насочваща ехографска система, уточняват от лечебното заведение.

Заради спешния характер на "Пирогов" и подсиурената 24-часова амбулаторна и клинична специализирана урологична помощ на пациентите не са необходими направления.

Продължават срещите с представители на болници и местна власт

Във връзка с предвижданото реструктуриране на болниците членове от екипа на здравното министерство и през февруари продължиха срещите с представители на болници в различни селища и на откриването с управляващите по места. Министър Нанев бе в УМБАЛ "Света Марина" във Варна, където присъства и на откриването на обновената Интензивна неврологична клиника. Неговият заместник д-р Валерий Митрев посети Велико Търново и Бургас, за да обсъди с директори на болници и служители на областната и местната власт прилагането на реформата в лечебните заведения в съответните региони. Доцент Тодорка Костадинова - зам.-министър на здравеопазването, пък беше на посещение в Плевен по повод разясняването на работата по проектите за усвояване на европейски средства от държавните болници.

ДИСКУСИЯ

„Здравеопазването в България - параграф 22“

В организираната от НДСВ и Либералния институт за политически анализи дискусия за здравната реформа под наслов "Здравеопазването в България - параграф 22" Българският лекарски съюз бе представен от главния секретар на организацията д-р Димитър Ленков. Във форума взеха участие председателят на НДСВ Христина Христова, д-р Антония Първанова, д-р Хасан Адемев, бившите министри Даниел Вълчев и Николай Василев, д-р Валери Цеков, д-р Боян Богданов и д-р Виолин Крушовенски, представители на синдикатите, експерти от администрацията на президента, пациентски граждански и неправителствени организации и др.

Единодушно бе прието до председателя на Народното събрание Цеца Чачева, министър-председателя Бойко Борисов, министъра на здравеопазването д-р Божидар Нанев и министъра на финансите Симеон Дянков да бъде изпратено отворено писмо. В него се изтъква, че

"НДСВ последователно подкрепя либерализацията на здравния сектор и реформирането му чрез реструктуриране. Забавянето на реформата заради липсата на политическо съгласие доведе до критично състояние този сектор.

Новите стъпки, които правителството предп-

рие в областта на здравната реформа, предизвикаха остра обществена реакция, която НДСВ подкрепя, тъй като е основателна.

Необходимо бе на хората, особено в пряко засегнатите от реформата общини, предварително да се разясни какви са намеренията на правителството, как ще бъде гарантирано едно от най-важните им човешки и граждански права - правото на равен достъп до здравеопазване, на време и с качество, което имат всички граждани на страната.

НДСВ подкрепя гражданските и професионалните протести, защото те са основателни, тъй като:

- съществува реална опасност да се нарушат конституционните права на хората от определени райони;

- затварят се болници само в отдалечени и труднодостъпни общини без предупреждение, без предварително зададени ясни правила и критерии, без уточнена визия какви структури ще заместят липсващите болници, кой и как ще ги финансира;

- няма ясна визия за реформата в болничния сектор и правителството не е обсъдило и приело необходимата нормативна база и специално закона за болничните заведения;

- следователно няма оценка на въздействието на предприеманите

мерки и обществото не знае крайната цел"

В документа са записани и предложения към държавните институции:

- след 6 месеца управление правителството на ГЕРБ най-после да формулира цялостната си политика в здравеопазването; както и да разясни модела на системата, към която се стреми;

- да се представи и публично да се обсъди нова здравна карта и стратегия, която да гарантира правото на равен достъп до качествени медицински услуги за хората;

- нормативно да се гарантира адаптивен период за реструктуриране на болничния сектор, за да могат общините, които успеят да отговорят на критериите, да получат финансиране за реструктурираните медицински заведения;

- правителството да гарантира конституционното право на навременна и качествена медицинска помощ за всички български граждани;

- да се ускори процесът по въвеждане на механизъм за заплащане, който да направи договарянето на цените и обемите на здравните услуги прозрачно и предвидимо;

- да се създадат благоприятни условия и стимули за развитие на доброволното здравно осигуряване.

ПРОМЕНЕТЕ В ЗАКОНА ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЩЕ ОТВОРЯТ ЛИ ПРЕСТРУКТУРИРАНЕТО ИМ?



- **Защитени са отдалечените над 60 километра и над един час път с автомобил до друга лечебница**
- **Отпада задължителната акредитация**
- **За първи път - критерии и за университетските болници**

Проектът за изменение на Закона за лечебните заведения мина на първо четене през парламентарната комисия по здравеопазване. Той бе приет с 12 одобряващи го гласа. Един бе против, а трима - въздържали се.

Промените "дават основните възможности за реструктурирането на болниците", изтъкват вносителят. Тогава логично е да им отправим въпроса защо се тръгна към реформата в болничната помощ, след като липсваха основните възможности, нормативите за реструктурирането на лечебните заведения?

Според проекта за болница ще се счита всяко лечебно заведение, в което има сектори, отделения или клиници по медицински специалности. Предвижда се болниците за активно лечение да могат да

разкриват структури за долекуване и продължително лечение или рехабилитация.

Определя се и кои болници са защитени. Това са намиращите се в труднодостъпни и отдалечени райони. За такива се смятат местата с отдалеченост от лечебно заведение над 60 километра и време за достъп до него над един час с автомобилен транспорт, както и с неблагоприятен географски терен - планински, полупланински или с лоша инфраструктура.

В проекта е заложено всяка болница да осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност, за да се гарантира медицинското обслужване на населението.

Предлагат се и промени в съдържанието на областните здравни карти, както и на националната. Въвеждат се но-

ви критерии за изготвянето им - съответствие на дейността на лечебното заведение с утвърдените медицински стандарти, осигуреност на болниците с медицински кадри на основен трудов договор, наличната и технически изправната медицинска апаратура, възможността за осигуряване на 24-часов спешен прием на пациенти. Съответствието на клиниките, отделенията и секторите в лечебните заведения за болнична помощ с тези критерии е условие за финансиране със средства от републиканския бюджет или от бюджета на Националната здравноосигурителна каса.

Отпада задължителната акредитация на болниците, диализните центрове, центрове за трансфузионна хематология, за спешна медицинска помощ, домовете за медико-

социални грижи, медико-диагностичните и медико-техническите лаборатории, медицинските центрове, денталните, медико-денталните, диагностично-консултативните центрове и тъканните банки. Всички те ще подлежат на доброволна акредитация, освен когато искат да обучават студенти, докторанти и специализанти.

За първи път се определят и критерии за университетска болница. За да се осигури качество, тя трябва да разполага с необходимите преподаватели и материално-техническа база. Предлага се поне 25 на сто от лекарите на трудов договор да са преподаватели, а от тях поне 10 на сто да са хабилитирани. От лекарите в такава болница поне 5 на сто да са специализанти. И поне веднъж годишно да се проучва студентското мнение. Според опонентите на този казус, свързан с университетските болници, освен критериите нищо друго не е уредено в проектозакона. Вносителят от министерството на здравеопазването обещава, че за второто четене текстовете ще се преработят, за да не се разминават с изискванията на Закона за висшето образование.

СЪСЛОВНАТА ОРГАНИЗАЦИЯ НАСТОЯВА ЗА КОРЕКЦИИ В ПРОЕКТА

Зам.-председателят на БЛС д-р Георги Ставракев представи позицията на организацията, като за пореден път изрази някои несъгласия с предлаганите промени. Създаването на структури за долекуване и рехабилитация в болниците например се оспорва. Те трябва да са отделни лечебни заведения, според представителите на Лекарския съюз.

Другото предложение е свързано с осигуряването на 24-часово изпълнение на лечебна дейност в болниците. Текстът би трябвало да се замени с "осигуряване на непрекъснато изпълнение на лечебна дейност, като лекарите са на разположение

или повикване". БЛС представи своето Становище по Законопроектта за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения, адресирано до председателя на парламентарната комисия по здравеопазване д-р Лъчезар Иванов.

Съсловната организация ще внесе и допълнителни предложения за изменения на ЗЛЗ между първото и второто четене на законопроекта. Предложенията са на д-р Диана Чинарска - член на Управителния съвет на Българския лекарски съюз.

Публикуваме пълния текст на Становището на БЛС.

СТАНОВИЩЕ НА БЛС

ПО ЗАКОНОПРОЕКТ ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, ВНЕСЕН ОТ МИНИСТЕРСКИ СЪВЕТ

В законопроекта има много положителни промени, които могат да се групират основно като промени, свързани със статута и дейността на лечебните заведения; промени, свързани с облекчаване на регистрационните режими; промени, свързани с гарантиране на качеството и достъпността на медицинската помощ, и други промени. Поради това подкрепяме изцяло по принцип законопроекта със следните по-съществени забележки, които могат да бъдат лесно коригирани на второ четене:

1. По § 4. В чл. 9, ал. 3 е заложено ниво на компетентност на лечебното заведение. Следва да се изясни от вносителя какво точно означава това в допълнителните разпоредби, а не да се прехвърля в наредба, още повече че е редно това да бъде предмет на медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика.
2. По § 5. Заложена е минимална бройка за специализанти в чл. 9а, ал. 2, т. 2, буква "в" е добро решение с оглед гарантиране на специализациите, но 5 процента е доста ниска бройка.

Считаме, че процентът следва да е поне 10-15.

3. По § 8. Предложеният текст на чл. 19, ал. 2 е неточен и ще създаде проблеми с разбирането за 24-часово изпълнение на лечебната дейност, което се тълкува едва ли не като 24-часово наличие на специалист по всяка специалност в болницата. Поради това предлагаме следния текст на ал. 2:

"Лечебното заведение за болнична помощ осигурява непрекъснато изпълнение на лечебната дейност според разрешението си за дейност, осигурявайки необходимия персонал в болницата, на разположение или на повикване", а в преходните разпоредби се регламентират понятията "разположение" и "повикване".

4. По § 9. Не сме съгласни със създадените ал. 2 и 3 на чл. 20. В болниците за активно лечение не следва да могат да се създават структури за долекуване, продължително лечение и рехабилитация. Това следва да са отделни лечебни заведения.

5. По § 14. Текстът на чл. 29, ал. 4 е некоректен. Комисията като такава не може да осигури медицинско обслужване на населението. За това трябва кадрови, материални и финансови ресурси.
6. По § 16. В чл. 31, т. 2 след "лечебните заведения" следва да се добави "за болнична помощ", тъй като за извънболничната помощ в т. 3 се регламентират не лечебни заведения, а минимален брой лекари по специалности.

7. По § 33. Аналогично на § 5. Заложена е минимална бройка за специализанти следва да е поне 10-15%.
8. По § 34. Категорично против сме ал. 2 и 3 на чл. 60а. Не може да се създава възможност болници да съществуват без консултативни кабинети, а да извършват дейността им с дъщерни дружества в доболничната помощ. Това ще доведе до източване на ресурси от СИМП. Доводът, че по този начин се създава възможност на специалисти от болниците да работят в СИМП и пациентите да имат достъп до тях, е несъстоятелен. Те и сега си работят в медицински центрове, ДКЦ и индивидуални и групови практики.

9. По § 55. Следва изрично да се регламентира, че преобразуваните диспансери ще продължат да получават досегашното финансиране от държавата и общините, поради което предлагаме да се създаде ал. 3 със следното съдържание: "Финансирането на дейността от републиканския и общинските бюджети на лечебните заведения по ал. 1 се запазва и се урежда с договори с техните правоприменици".
10. Изрично държим да се запазят промените в Закона за здравето в § 49 в този вид, касаещи нетрудоспособността, тъй като имаме информация за натиск от други институции да бъдат променени.

С уважение:
Д-р Цветан Райчинов,
председател на УС на БЛС
София
22.01.2010 г.



Арката на Александровска си остава символ на университетска болница (в средата). "Пирогов" и варненската "Света Марина" са победителите в конкурса "Най-иновативна болница".

ТОВА ЩЕ Е 30-А ПОРЕДНА ПОПРАВКА НА ЕДИН ЗАКОН

- **Над три часа продължиха дебатите в Народното събрание**

Законът за лечебните заведения е приет през 1999 година. Предлаганата сега поправка е 30-ата по ред. Това припомни депутатът Хасан Адемов в умерено критичното си изказване при обсъждането на проектозакона за изменение и допълнение на действащия закон. Той посочи като положителни промените, свързани с облекчаването на регистрационните режими и с уреждането на статута на специализиращите лекари. Но според него такъв основното ни закон би трябвало да бъде обсъден от Висшия медицински съвет и от Националния съвет за тристранно сътрудничество.

Според проекта отпада разделението на лечебните заведения в зависимост от териториалния обхват, но се въвежда т. нар. ниво на компетентност, което е притеснително според някои депутати. Какви са критериите? Какво ще стане, ако едно заведение извършва дейности под или над нивото си на компетентност? Не е ясно, според тях.

Проектът предлага някои противоречиви решения. Според опозиционния депутат Янаки Стоилов, създава се впечатление, че е писан от различни групи по интереси.

Според други депутати промените се свеждат до административни и финансови принуди към ле-

чебните заведения. А се очакваше да бъде изяснена философията на реформата, да се преодолее дългогодишния неблагоприятен резултат.

Отстрани изглежда дръзко, когато най-критичните реплики се хвърлят от тези, които доскоро управляваха здравната система, доколкото я има и каквато и да е тя. Дори когато тези критики са основателни, звучат странно...

Специално внимание, както вече информирахме, депутатите отделяха на университетските болници. Отново се изказа мнение, че текстовете трябва сериозно да се подобрят или да се изготви специален закон за уни-

верситетските болници.

Председателят на парламентарната здравна комисия д-р Лъчезар Иванов обясни, че в бъдеще такъв закон ще има. Той призова депутатите да забравят политическите си пристрастия, да приемат промените на първо четене, като спорните текстове ще се коригират преди второто четене.

Обсъждането на този прекрояван 30 пъти закон продължи повече от три часа, преди да бъде приет от Народното събрание на първо четене - с 96 гласа "за", 12 - "против" и 10 - "въздържал се". Народните представители гласуваха срокът между първото и второто четене да се удължи с допълнителни три седмици, за да има време за прецизиране на текстовете.

БАС И СЪЮЗЪТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ ДРУЖЕСТВА СКРЕПИХА КОНТАКТИТЕ СИ С ПОДПИС



На среща между управителните съвети на Българския лекарски съюз и Съюза на българските медицински дружества бяха обсъдени всички области, в които двете организации могат да си сътрудничат - продължаващото обучение и квалифи-

кация, правилата за добра медицинска практика, стандарти и норми в областта на медицинската помощ, провеждащата се здравна реформа и т. н. На срещата присъства и заместник-министърът на здравеопазването д-р Валерий Митрев. След

разискванията единодушно бе приет Меморандум за сътрудничество, под който сложиха подписи д-р Цветан Райчинов - председател на БЛС, и доц. д-р Тодор Попов - председател на Съюза на българските медицински дружества.

МЕМОРАНДУМ ЗА СЪТРУДНИЧЕСТВО

Отчитайки необходимостта от съвместна дейност, с цел постигане на съвременно здравеопазване, отстояване професионалните и съсловните права на лекарите, постигане на благоприятни и достойни условия на труд, провеждане на здравна реформа в интерес на обществото, решаване на проблемите в здравеопазването, ръководейки се от международно приетите принципи, норми и националните нормативни актове в областта на здравеопазването и професионалните и съсловните права на лекарите, отчитайки важната роля на продължаващото медицинско обучение като основно средство за непрекъснато повишаване квалификацията на лекарите, усвояване на нови научни и практически знания, повишаване качеството на медицинската помощ, доказване на професионална компетентност, надеждност, прозрачност и независимост на дейностите за оценка на професионалната квалификация,

се споразумяха за следното:

1. Договарящите се страни осъществяват сътрудничеството си на равнопоставена основа, при спазване разпоредбите на действащото в Република България законодателство, информирайки се взаимно и координирайки действията си в високите, изискващи съвместни решения или воля.
2. Договарящите се страни предприемат курс на интеграция и сближаване в рамките на БЛС, определяйки сферите на компетентност.
3. Заявяват готовността си за обединяване усилията на организациите, които представляват, за изработване на общи позиции, законодателни инициативи, представяне на общи становища и предприемане на съвместни действия пред компетентните органи и заинтересованите лица в Република България, както и пред европейски партньори в сферата на професионалната и съсловна дейност на лекарите, провеждане на здравна реформа в интерес на обществото, решаване на проблемите в здравеопазването и продължаващото медицинско обучение.
4. Изразяват своята готовност да работят за реализиране на европейските принципи, стандарти и норми в областта на медицинската помощ, лекарския труд

- и провеждащата се здравна реформа.
 5. Съюзът на Българските медицински дружества, като единствен член, приет от Съюза на европейските медицински специалисти, се задължава да информира UEMS за българските позиции в областта на продължаващото медицинско обучение.
 6. Договарящите се страни осъществяват сътрудничеството си на равнопоставена и взаимноизгодна основа, разпределяйки финансовите средства на базата на справедлив и приемлив баланс на интересите.
 7. Страните ще се информират взаимно за промените и развитието на своята политика, включително и по отношение на международната си дейност, освен ако причини за конфиденциалност не налагат обратното.
 8. Страните ще си предоставят взаимно всякаква информация, включително и за прояви, имащи пряко отношение към осъществяваната от тях съвместна дейност.
 9. Страните съвместно ще работят за повишаване квалификацията на лекарите, развивайки системата на продължаващото медицинско образование като съвременна система за обучение и квалификационна оценка на лекарите, спазвайки следните принципи:
 - а) Съюзът на Българските медицински дружества подпомага БЛС в акредитацията (оценката) на формите на продължителна квалификация на лекарите и има активно участие в осъществяването им;
 - б) Българският лекарски съюз организира, координира, провежда и регистрира продължаващото медицинско обучение на лекарите, регистрира индивидуалните кредити, получени от всеки лекар, в регистър на лекарите, участвали във формите на продължаващото медицинско обучение.
 10. Всички спорни въпроси, свързани с тълкуването и изпълнението на този меморандум, се решават чрез взаимни консултации и преговори между договарящите се страни.
- Този меморандум се сключва за неопределен срок и влиза в сила от датата на подписването му.
- Подписан в София на 24.02.2010 г. в два екземпляра на български език**

НЗОК ДА ПРЕКРАТИ ЕДНОСТРАННИТЕ РАЗПОРЕЖДАНЯ

Още в началото на месеца, на 6 февруари, на свое заседание Управителният съвет на БЛС реши:

- Да се изпрати писмо до УС на НЗОК с искане за среща между двата управителни съве-

та с оглед изясняване на следните въпроси:

- методика, по която се определят делегираните бюджети на ЛЗБП за БП за 2010;
- информация за индивидуалните типови договори на ЛЗ

и условията за тяхното изпълнение.

Дотогава НЗОК се призовава да прекрати всички едностранни действия и разпоредения към изпълнителите на медицинска помощ.

ДА СЕ ДАДЕ ВЪЗМОЖНОСТ НА СПЕЦИАЛИСТИТЕ ПО ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ ДА ПРИДОБИВАТ ТЯСНА ПРОФИЛНА СПЕЦИАЛНОСТ

На заседание на УС на БЛС, проведено на 06.02.2010 г., бе взето решение да се предложи на екипа на Министерството на здравеопазването да подготви и издаде Наредба с еднократно действие, която да даде възможност на лекарите с придобита специалност по вътрешни болести и работили пос-

ледните четири и повече години в профилирано терапевтично отделение, да могат да се явят на изпит в рамките на една година за придобиване на същата тясна профилна специалност.

Нашата загриженост е продиктувана от факта, че има доста компетентни лекари със

специалност по вътрешни болести, със стаж четири и повече години в профилирани терапевтични отделения, които не са придобили тясна специалност. Това ще даде възможност за преодоляване на съществуващия недостиг на специалисти по редица терапевтични специалности.

ПРИВИЛЕГИРОВАНЕТО НА БОЛНИЦИ НЕ Е ЛИ СКРИТА ДЪРЖАВНА ПОМОЩ?

Това е въпрос в писмото на председателя на УС на БЛС до вицепремиера и финансов министър Симеон Дянков. Поводът е изплащането на средствата на изпълнителите на медицинска помощ за извършена дейност.

Публикуваме текста на писмото с дата 22 февруари 2010 г.

Уважаеми г-н Дянков, Обръщаме се към Вас, въпреки че формално проблемът е в правомощията на НЗОК. С неизплащането на средствата на изпълнителите на медицинска помощ в края на декември 2009 г. и прехвърлянето им за следващата година и изявенията, че средствата на НЗОК се превеждат от финансов министър и неговия заместник, е пределно ясно, че практически процесът на изплащане на средствата зависи изцяло от министерството на финансите.

Във връзка с това имаме следните въпроси:

1. Неколкократно поставихме въпроса за изпълнението на бюджета на НЗОК в приходна и разходна част през 2009 г., но отговор не получаваме, освен че същият ще бъде внесен и приет в Народното събрание,

т. е. след юни 2010 г. Ще получим ли нормален отговор от една обществена институция, която би следвало да е максимално прозрачна и на която председател на Надзорния съвет е Ваш заместник-министър?

2. Все още не са разплатени всички средства на частните и общинските болници за декември, което би трябвало да стане до 31 януари. На какво основание се плаща избирателно на едни изпълнители, а не се плаща на други?

3. От подготовката на т. нар. делегирани бюджети става ясно, че НЗОК възнамерява да плаща за извършена дейност не в края на месеца, следващ отчетния, а след два месеца, което е нарушение на НРД. На какво основание се прави това?

Напомним Ви, че лечебните заведения в Република България според Търговския закон и Закона за лечебните заведения са равнопоставени, че по закон НАП е длъжна всекидневно да приважда на НЗОК постъпилите приходи от здравноосигурителни вноски без разпореджани на министър, както и че при временен недостиг на финансо-

ви средства НЗОК може да ползва т. нар. временно свободни средства в БНБ, които са над 600 млн. лв. или безлихвени заеми.

Ако нарушенията на НЗОК продължат, ще организираме лечебните заведения да заведат дела за нарушения на НРД и индивидуалните договори с оглед лихви за забава, нанесени вреди и пропуснати ползи. Смятаме да сезираме и Комисията за защита на конкуренцията с оглед създаване на неравнопоставеност на лечебните заведения. Стои въпросът не е ли привилегироването на определени лечебни заведения скрита държавна помощ.

Надяваме се искрено да получим ясен отговор на въпросите и в качеството си на ресорен вицепремиер да предприемете необходимите спешни действия за спазване на закона. Предупреждаваме, че тези проблеми създават нарастващо обществено напрежение сред медицинската общност и населението, както и заплаха за достъпа, качеството и безопасността на медицинската помощ, за което лекарите няма да носят вина.

ПО КАКВА МЕТОДИКА СЕ ОПРЕДЕЛЯТ ДЕЛЕГИРАНИТЕ БЮДЖЕТИ?

В писмо до Владислав Горанов, председател на Надзорния съвет на НЗОК и до Жени Начева, директор на НЗОК, УС на БЛС припомня, че нееднократно е изпращал покани до НС на НЗОК и до директора на НЗОК, с които настоява да се предостави методиката, по която се определят делегираните бюджети на ЛЗБП и се извършва регулация на дейността в извънболничната помощ.

"До настоящия момент не сме получили от Вас методиката, нито отговор на поставените въпроси.

С настоящето писмо отново официално Ви каним да ни

предоставите горепосочената информация.

Считаме, че НЗОК е публична институция и поради това имаме право на достъп до информацията относно реда и критериите за определяне на делегираните бюджети на ЛЗБП, както и за начина, по който се извършва регулация на дейностите в извънболничната помощ.

По силата на изрична разпоредба от НРД 2010 Националната здравноосигурителна каса има задължението да осигурява равнопоставеност на ИМП при сключване на договорите с РЗОК за оказване на медицинска помощ. Нераздел-

на част от договорите на ИМП представляват анексите, с които се определят делегираните бюджети на ЛЗБП и се извършва регулация на дейностите в извънболничната помощ.

Ръководството на БЛС, съвместно с НЗОК, има правото да осъществява наблюдение по изпълнението на НРД.

Моля, с оглед на гореизложеното, да ни предоставите исканата информация в срок до 26.02.2010 г.

В противен случай УС на БЛС ще бъде принуден да използва всички законови механизми за получаване на исканата от Вас информация."

ДО МЕСЕЦ ДА СЕ АКТУАЛИЗИРА БЮДЖЕТЪТ НА НЗОК

Във връзка с възникнали проблеми от финансов характер в лечебни заведения на заседанието си на 24 февруари Управителният съвет на БЛС прие следното

СТАНОВИЩЕ

1. УС на БЛС подкрепя желанието на правителството за реформа в здравеопазването. Подкрепата ще бъде оказвана доколкото реформата

води до повишаване качеството на медицинското обслужване на населението и подобрява условията на работа и възнагражденията на лекарите.

2. УС на БЛС не приема частичните и забавени плащания към лечебните заведения. В случай, че тази практика продължи, БЛС ще подкрепи всички инициативи на засегнатите свои членове.

3. БЛС настоява в рамките на един месец да бъде внесено в Народното събрание предложение за актуализиране на бюджета на НЗОК и премахване на лимитите, с оглед на поетите ангажименти от страна на министър-председателя Бойко Борисов и вицепремиера Симеон Дянков за гарантиране на нормалното функциониране на лечебната дейност.

Националната здравноосигурителна каса обеща, че СЛЕД ПРОВЕРКИ ДО ПРИПАДЪК ще се дават пари за всяка извършена дейност



- **Делегираните бюджети били финансов план, ориентир как да се работи, обясни новата шефка на Касата**
- **Няма понятие "бюджет" за лечебните заведения според закона, контрира председателят на Българския лекарски съюз**
- **Ниска до невероятност събираемост на здравните вноски през януари, отчетоха на пресконференция на НЗОК**

Въпреки показаната сговорчивост, на първата си пресконференция новата директорка на НЗОК Жени Начева изрече данни, които не само будят тревога, а и хвърлят в смут. До средата на януари Касата е получила общо 100 милиона лева, от които 70 милиона са трансфер от републиканския бюджет за пенсионери, войници и всички, осигурявани от държавата. Знае се, че в началото на годината постъпленията са по-малко. Но цифрите показват рекордно ниска събираемост, почти невероятна - само 30 милиона лева от здравни вноски. През миналата година пак имаше безпокойство, но за първите два месеца постъпленията бяха по около сто милиона лева.

Така само два дни след като Народното събрание гласува назначаването ѝ за поста, Жени Начева започва работа при нелеки условия - към рестриктивния бюджет се прибавя и рекордно ниската събираемост на здравни вноски, ако цифрите са верни.

Но за г-жа Начева нов е само постът - тя отдавна е във водовъртежа на проблемите на НЗОК. Особеното е, че се раздвижва здравната реформа и че реакциите към нея не са позитивни. А това естествено засяга и Касата.

Въпреки ниските постъпления, НЗОК ще се опитва да заплаща регулярно средствата на изпълнителите на медицинска помощ, декларира новият директор. Ще се дават пари за всички извършени дейности, когато са над делегираните бюджети. Във връзка с това е изпратен анекс към договорите на партньорите, потвърди Начева.

Това не е ли пак инерция от навика на Касата да взема едностранно решения и после да се опитва да ги обяснява? Припомняме, че според Закона за бюджета на НЗОК "районните здравноосигурителни каси определят задължителни стойности на делегирани бю-

джети за болнична медицинска помощ към договорите с изпълнителите". Според Жени Начева обаче плащането извън делегираните бюджети не е незаконно.

Ако до дни не бъдат осигурени обещаните допълнителни 350 млн. лева за НЗОК, няма как болниците да получат и лев повече, отбелязва председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов. Здравната каса не може да разпределя повече средства, без да наруши закона. Лечебните заведения са търговски дружества и при тях не може да се говори за делегиран бюджет. Този термин трябва да изчезне, за пореден път настоя председателят на съсловната организация.

Нито лечебните заведения, нито Касата са бюджетни институции. Необходима е промяна в закона - може би и той трябва да се преименува в за-

от началото на годината". А заместникът ѝ д-р Глинка Комитов призова към малко търпение - не повече от три месеца - трудностите идват от приходната част. Той подчерта, че ще се плаща извършена, а не отчетена дейност. Поради това ще има "проверки до припадък".

Зад изреченото на тази пресконференция лъснаха проблемите не само на Касата, а на цялата здравна реформа.

Съобщено бе, че само 12 са останали лечебните заведения, на които НЗОК е отказала всякакъв договор за болнична помощ. Такива са болниците в Радомир, Брезник, Трън. Много намалени са сключените договори с районите на Хасково, Ивайловград, Тополовград.

За да изпълнят изискванията за брой специалисти и да сключат договори, болници

се запазва броят на договорните партньори, но много лекари сключили договори за работа в болници. Касата ще проверява доколко ефективно те могат да работят на двете места.

Осигурените регулативни стандарти в началото на годината са на нивото на края на 2008-а и началото на 2009 г. Но е заделен резерв, който ще позволи на базата на сключените договори да се разпределят допълнителни бройки, съобщиха Жени Начева.

Няма никакъв регламент за работа в доболничната помощ по пътеки, изтъкна председателят на БЛС. Така че на този етап доболничната помощ не може да отбремени болничната. Той опори категорично всякакво намаление, каквито и да са финансовите съображения.

Председателят на БЛС отбелязва, че въведените от Касата допълнителни условия, които не фигурират в Националния рамков договор, са измислени. Д-р Райчинов обясни, че в съвместното указание на НЗОК и БЛС е ставало дума за наличие на двама специалисти от хирургични специалности, а после това било използвано да бъдат изхвърлени 4-5 хиляди специалисти по вътрешни болести.

Колкото до проверките, Касата не може да проверява медицинска целесъобразност, подчерта председателят на БЛС. Още в началото на изказването си той припомни, че НЗОК е последната институция, която има право и трябва да прави реформите в здравеопазването. Тя е финансиращият инструмент. Реформа се прави от съответните политически и обществени институции по съответния законен ред и нормативна база. А в края на изказването си председателят на БЛС отбелязва, че ако до 10-15 дни не се очертае решаване на проблемите, БЛС не само ще подкрепи, но и ще оглави протестите срещу необмислените промени.

Ще протестираме, отбелязва и лидерът на КНСБ д-р Желязко Христов, като даде пример с болницата в Ботевград, където подготвят гражданско неподчинение.

На пресконференцията присъства и лидерът на Българския зъболекарски съюз д-р Николай Шарков, който подкрепи настояването плащанията за извършена дейност да не се забавят.



Журналистите проявиха особен интерес към съобщената информация.

кон за приходи и разходи на НЗОК, но не и за бюджет, тъй като бюджет не се събира от всеки един гражданин.

Преди това г-жа Начева обясни, че делегираните бюджети не били "свиване на дейност", а "финансов план, ориентир как да работи Касата

подали данни за 12 починали лекари. Това показала информационната система на Касата, която е свързана с ГРАО. Г-жа Начева отказа да назове конкретни лечебни заведения, но поясни, че са из цялата страна.

В извънболничната помощ

РЕАКЦИЯ

КОЙ ЩЕ ЗАПЛАЩА ЛЕЧЕНИЕТО НА СПЕШНИТЕ НЕОСИГУРЕНИ ПАЦИЕНТИ?

Зам.-председателят на Българския лекарски съюз д-р Георги Ставракев разговаря с министъра на здравеопазването д-р Божидар Нанев и постави за спешно решаване въпроса, свързан със заплащането на лечението на здравнонеосигурени пациенти.

Кой заплаща, когато пациент, приет по спешност, има нужда от продължение на лечението по клинична пътека след 72-рия час? В момента Националната здравноосигурителна каса отказва да покрие лечението на тази група пациенти и това е сериозен проблем за генериране на големи задължения на болниците - каза д-р Ставракев.

Министър Нанев потвърди наличието на този проблем и гарантира, че в тази връзка се подготвя наредба, в която ще бъде посочен точен и ясен механизъм за покриване на направените разходи.

Повод за тази реакция бяха писма, постъпили в централата на Българския лекарски съюз от директори на различни болници в страната. С особена тревога за трудности при натрупването



на тези задължения, се обърна д-р Аргир Аргиров - изпълнителен директор на МБАЛ-Пловдив.

Съсловната организация иницира разговори и с министъра на труда и социалната политика Тотю Младенов. Ще бъде депозирано предложение за изграждане на публичен регистър на социалнослабите граждани в страната. Той ще бъде с улеснен достъп за изпълнителите на медицинска помощ с оглед установяване на социалния статус на всяко лекувано лице.

ГРАЖДАНСКА ИНИЦИАТИВА „СПРАВЕДЛИВОСТ“ ВНЕСЕ СИГНАЛ ДО ГЛАВНИЯ ПРОКУРОР

Гражданска инициатива "Справедливост" внесе сигнал до главния прокурор за извършени нарушения при изпълнението на Закона за бюджета на НЗОК за 2009 година.

В сигнала се посочва, че неизвестни лица са си позволили да извършат изменение в приетия от Народното събрание закон, като без правно основание са прехвърлили суми от приходите по сметка в БНБ, вместо да разплатят дейността на лечебните заведения за ноември и декември.

В резултат на това нарушение на закона са постъпили немаловажни вредни последици, както за лечебните заведения-търговски дружества, така и за пациентите, лекувани в тях.

В сигнала се обръща внимание и на факта, че за декември Националната здравноосигурителна каса е

заплатила 100 на сто от дейността на държавните болници и едва 50 на сто от дейността на частните и общинските болници. Това представлява нарушение на чл. 19 от Конституцията на Република България, според който законите създават еднакви условия за стопанска дейност на всички юридически и физически лица.

От главния прокурор се иска да разследва и установи кои длъжностни лица са си присвоили правата на Народното събрание и да повдигне обвинение срещу тях. Посочва се още, че кръгът на заподозрените лица включва, без да се ограничава до Симеон Дянков-министър на финансите, Александър Огнянов-и.д. директор на НЗОК тогава и целия състав на Управителния съвет на Националната здравноосигурителна каса.





ПРИ ЛЕКАРСКИ ГРЕШКИ ЛЪСВАТ ВСИЧКИ ПРОБЛЕМИ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НИ



Такова заключение изказа пред медиците социологът Тихомир Безлов, който участва в работата по голям проект, свързан именно с лекарските грешки.

Тиражирани бяха цифри като резултат от проучването - около 8 на сто от хората казват, че през последните пет години те или членове на техните семейства са били жертва на медицинска или лекарска грешка. Интересно е, че най-често за жертва се смятат висшите, а най-рядко - хората с най-ниско

образование. По-ошетени се усещат столичаните, а най-малко - в селата. Жените декларират много по-често, че са се "срещали" с лекарска грешка, отколкото мъжете.

Прави впечатление, че в кратък хоризонт от една година по-често излизат като тип грешки диагностиката и грешки на личните лекари. А в по-дългосрочен хоризонт, където според социолозите хората са видели последиците, повече се говори за болници. Или - повече се за-

помнят грешките, допуснати в болничната помощ.

Разбира се, всички тези данни ще се анализират. Но няма как да не си зададем въпроса: не се ли търси повече мнението на едната страна - на пациентите. И колко представителни са извадките?

Няма официална статистика, която да даде ориентация по проблема с лекарските грешки, отбелязва г-н Безлов. Проблемът съществува. Добре е, че се тръгва сериозно към него.

В проекта "Подобряване на ефективността на съдебната система при решаване на дела, свързани с лекарски грешки или небрежност, и повишаване защитата на правата на пациентите" като медицински експерт участва д-р Диана Чинарска, която е член на Управителния съвет на Българския лекарски съюз. Представяме нейната презентация и очакваме нашите читатели да участват в дискусия за лекарските грешки на страниците на вестника.

Д-р Диана Чинарска - медицински експерт:

ЛЕКАРЯТ Е ДЛЪЖЕН ДА ЛЕКУВА СПОРЕД ПРАВИЛАТА И СТАНДАРТИТЕ НА МЕДИЦИНСКАТА НАУКА

Ако той се отклонява от тях, говорим за професионална грешка.

Особеното обаче при лекарската грешка е, че обект е човешкият живот и че лекарската грешка може да бъде фатална за човека.

Лекарската професия е рисков професия и затова привлича интереса както на критиците в обществото, така и на правораздаващите институции по света.

За тях се говори още от древността до съвременния етап на достиженията в медицината. Не случайно до ден днешен няма никъде единно мнение и квалификация "що е то лекарска грешка"



1. ПРАВНИ АСПЕКТИ НА ПОНЯТИЕТО "ЛЕКАРСКА ГРЕШКА ИЛИ НЕБРЕЖНОСТ"

Базово за настоящото изследване е понятието "лекарска грешка или небрежност", което най-напред следва да бъде дефинирано.

Разбира се, веднага следва да се отбележи, че срещу употребата на това понятие често се възразява и донякъде - основателно, както от медицинските специалисти, така и от правоприложителите.

Според първата група специалисти¹, често пъти вредоносният резултат настъпва в резултат на обективни причини, които не биха могли да бъдат избегнати от лекаря, или на действия на трети лица (пациент, сестрински или лаборантски персонал и други), които не биха могли да бъдат известни, респ. - вменени във вина на лекаря, а и последният всякога действа с намерението да помогне на пациента, поради което и понятието като "грешка" или "небрежност" са относими към крайно ограничен брой случаи на доказано недобросъвестно поведение на лекаря.

Според втората група специалисти - юристите, е недопустимо изследването явление да се отъждествява с наказателноправни институти като "фактическа грешка"² и "небрежност"³, дефинирани в Наказателния кодекс (НК), тъй като е много по-широко и обхватно от смисловото понятие на съответната наказателноправна норма.

И все пак, доколкото нито една от хуманитарните дисциплини, ангажирана с обследваната проблематика, понастоящем не предлага не само легална, а и адекватна дефиниция на това понятие, за целите на

изследването ще си служим тъкмо с понятието "лекарска грешка", като ще положим усилия да дефинираме неговия обхват.

Според автора, като "лекарска грешка" може да се обозначи онова *неправилно действие или бездействие, или съвкупност от такива на медицински специалист, което се отразява негативно или би могло да се отрази негативно върху здравето на пациента, като защитено от правото единство на телесна цялост, физиологично състояние и функциониране на съвкупността от тъкани, органи и системи на човешкото тяло във всеки един момент от неговото биологично съществуване*, без това отрицателно изменение да е целено или допуснато от специалист.

Затруднени са и магистратите, но най-близка дефиниция дава съсловното за нея. Но най-изненадващото от проведеното дълбочинно проучване по цитирания проект е, че най-потърпевшите - пациентите, не са наясно какво е лекарска грешка, дават различни тълкувания, които се отразиха по интересен начин и в резултатите, дадени в обобщен доклад по проучването. Данните бяха обработвани от социолог, юрист и медицински експерт.

Резултатите показаха по недвусмислен начин, че истинската база данни за "лекарска грешка" може да се систематизира и обработва от етичните комисии на съсловната организация на лекарите - Български лекарски съюз. Единствено материалите от тази институция могат да претендират за приближаване на достоверност до висок процент.

Медицинската част на обобщения доклад е в следния вид в

резултат от данните от дълбочинните проучвания по темата:

"Подобряване на ефективността на съдебната система при решаване на дела, свързани с лекарски грешки или небрежност, и повишаване защитата на правата на пациентите."

Анализ на статистически обработените резултати от проведеното дълбочинно интервю от предварително изработените въпроси по блокове:

1. Проучването е проведено сред 1147 граждани с приблизителен 50% по равно за жени и мъже. Възрастовите групи от 18 до 61 години.

2. Интервюирани групи са:

- Пациенти по възраст, пол, образование, населено място - градове и села.
- Мениджъри на големи болнични заведения в страната
- Индивидуални лекарски практики
- Представители на съсловна организация
- Адвокати по съдебни дела за лекарски грешки
- Съдии по дела за лекарски грешки
- Прокурори по дела за лекарски грешки

В институционален контекст по отношение на лекарските грешки като повод за подадени жалби от пациентите съществува следната система:

1. Пациентът подава жалба, че той или негов близък е пострадал от лекарска грешка до Министерство на здравеопазването. Оттам се насочва към съответния отдел на министерството, като се ползват консултантите по случая, ако не е имало приложено становище, и се отговаря на пациента.

2. Втората възможност е тази жалба да се изпрати до Районната лекарска колегия на

жалбоподателя или на територията на лечебното заведение.

Там се дава на Етичната лекарска комисия за разглеждане и становище съобразно Кодекса по професионална етика на лекарите към Български лекарски съюз.

Има две възможности - ако има становища от водещи консултанти по заболяването, то комисията се произнася по случая. Ако обаче има вече досъдебно производство, тя прекратява разискванията по жалбата. Трети вариант е, ако има конфликт на интереси на местно равнище по тази жалба, тя се изпраща до Централната етична комисия на БЛС. Там се разглежда, ако има достатъчно доказателства и компетентни становища по казуса. Ако няма, то се назначава препоръка за становище от водещи консултанти на национално равнище. Тук идва проблемът, че за тази експертиза с финансови средства БЛС не разполага, а заинтересованите страни няма как да го сторят, защото са жалбоподатели и търсят справедливост. Така се стига до задънена улица в този вариант на хода на жалбите от пациентите.

3. Следният вариант е обратен по движение на жалбите

- Първо до управителя на местното лечебно заведение и до Районната колегия на БЛС
- Следващ етап е до Централната етична комисия която може да изпрати до Министерство на здравеопазването и до консултантите като експерти, или БЛС да излезе със становище
- Становището на Централната етична комисия се подписва от председателя на Български лекарски съюз до председателя на Районната колегия на лекарския съюз, към която членува съответното медицинско лице, обвинено по жалбата
- Поради автономността на районните лекарски колегии, то председателят ѝ не е задължен да подпише и потвърди становището на централата.

Като качество и опорни точки по становищата на експертите по лекарските грешки е необходимо да има единни стандарти и правила за добра лекарска практика по всички тясно профилни специалности.

1. Тези документи се изготвят от

- Министерство на здравеопазването със съдействие и участие на съсловните организации
- Български лекарски съюз

● Български зъболекарски съюз, заедно със националните консултанти по специалности и

● Съюза на медицинските дружества в България.

При наличие на медицински стандарти лекарите ще са задължени да спазват определени нива в лечебните процедури които ще ги предпазят от грешки до известна степен, а за пациентите ще има гаранция за усърдно прилагане и подхождане в лечебния процес, гарантиращ до минимум допускане на грешки от всякакво медицинско естество.

2. Одобрените и публикуваните стандарти по добра медицинска практика по специалности от Министерство на здравеопазването поставя следните изисквания и условия към лекарите за определената специалност:

- Да притежават съответната висока медицинска квалификация за придобита специалност и сертификати за високо специализирани дейности в областта
- Да има оборудване в съответствие с тези стандарти и апаратура, както и помощен медицински персонал
- Регистрацията на лекарската практика е по определени нормативи в страната
- Тези изисквания, когато са налице и са факт, дават достатъчна гаранция за защита на пациента от лекарска грешка
- Процентът на лекарска грешка е сведен до минимум спрямо пациента и за лекаря като изпълнител
- Констанцията за нарушение на който и да е пункт от стандартите ще улесни максимално назначените експерти по лекарски съдебни дела и ще е обективен критерий, изчистен от субективизъм.

Заключение към проведеното проучване по проекта за

"Подобряване на ефективността на съдебната система при решаване на дела, свързани с лекарски грешки или небрежност и повишаване защитата на правата на пациентите"

1. Ефективността ще се подобри при добри и своевременно казусни становища по всеки експертни становища на медицината.

● Ефективността на съдебната система ще се улесни при използване от експертите по медицински казуси като основни опорни пунктове в условията за практикуване на медицинска професия, описани подробно и пунктуално в "Медицински стандарти за добра ме-

дицинска практика" по специалности.

● Ползване и прилагане на текстовете в "Правила за добра медицинска практика" на Български лекарски съюз.

● Изготвени различни и подробни алгоритми за поведение при различни диагнози, заболявания и специалности, които в голямата си част са приведени в синхрон с европейските норми за тези документи.

2. Добрите становища се дават от добре подготвени експерти, които ползват за опорни точки ясни и точни критерии при разследване на дадени казуси.

3. Максимално бързото приключване на казусите от страна на съдебната система имат и обратен превантивен ефект за останалите медицински специалности.

4. Пациентите са защитени при наличие на изготвени и спазвани стандарти и правила за добра лекарска практика по всяка регистрирана специалност в страната.

5. Наличието на тези нормативни документи - правила и стандарти в медицината, ще гарантират и ще действат превантивно във всекидневната лекарска практика на всички нива в медицината и всички специалности.

6. Като превантивна мярка ще повлияе и изграждането на единен регистър на доказани "лекарски грешки" от съсловната организация.

7. Една система е ефективна, когато действа и превантивно - в този смисъл изнасянето на данни от настоящото проучване по подходящ начин и акцент сред пациенти и медицинска общност ще постигне целта двустранно.

¹ По мнения на интервюирани по проекта медицински специалисти.

² Фактичката грешка е легално дефинирана в чл. 14 НК, като незнание на фактически обстоятелства, които принадлежат към състава на престъплението, и е обстоятелство, изключващо както умислената форма на вина (по ал. 1), така и непредпазливостта, ако самото незнание на фактическите обстоятелства не се дължи на непредпазливост (по ал. 2).

³ Небрежността (несъзнателната непредпазливост) е форма на непредпазливостта, при която деецът не е легално предвидявал настъпването на общественонапасните последици, но е бил длъжен и е могъл да ги предвиди (чл. 11, ал. 3, пр. 1 НК).

⁴ Дефиницията за човешко здраве е предложена в Престъпленията против правата на човека, Стойнов, Ал., с. 111. Сиела, с., 2006.

Д-р Димитър Ермов, управител на МБАЛ-Свиленград: НАЙ-ДОБРОТО ЛЕКАРСТВО ЗА БОЛНИЧНАТА СИСТЕМА Е СВОБОДНАТА КОНКУРЕНЦИЯ

Д-р Ермов, повечето общински болници скочиха срещу започналата най-последна реформа в болничната помощ. Както представител на тези болници смятате ли, че тази реформа трябва да бъде реализирана?

Да, реформа безспорно трябва да има. Най-доброто лекарство за болничната система е свободната конкуренция. Държавата трябва да спре да субсидира губещи болници, трябва да остави на пациентите, чрез своя избор да решат къде да се лекуват - да решат кои болници ще останат и кои ще се реструктурират. Но трябва да е ясно и още нещо - общинските болници обслужват близо 3 милиона българи, което е една трета от всички граждани, лекувани в болниците у нас, при това с минимална част от финансовия ресурс, събран

ре на пазара на здравни услуги. Отговаря на всички критерии и стандарти, заложи от Министерството на здравеопазването. През 2007 г. водещата световна фирма ICR сертифицира "МБАЛ-Свиленград" ЕООД по основните сертификати за качество ISO 9001:2008; ISO 14001:2004; HACCP. Болницата ни обслужва около 40 000-но население. Теренът около нас е сравнително равнинен, а самата болница се намира на отдалеченост 70 км от областната болница, а някои селищата на общината са и на 100 км от нея.

Имаме пълната подкрепа на общината във всяко начинание при решаването на проблемите в болницата, включително и финансова, и това е така не само през настоящата година, а вече много години.

Участвате ли в акци-

Подкрепям БЛС за делегираните бюджети, но реформирането на болничната помощ би трябвало да стане в рамките на мандата на правителството.

Министърът заяви, че делегираните бюджети ще бъдат коригирани и реално извършената дейност ще се заплаща. Това не ви ли успокоява? Ако не ви успокоява, защо?

Безпокойството идва от това, че проверките за надработеното над лимита трябва да се извършат в рамките до един месец, което технически ще бъде много трудно и след което заплащането ще става след още един месец. Какви ще бъдат критериите, по които проверяващите ще решат, че извършените медицински дейности не са реални, като в КП има заложи индикации за хоспитализация и те се спазват. Притеснявам се, че ще започнат едни безкрайни спорове за това кой е крив и кой прав и на края ще пострадат бюджетите на болниците. А това означава да пострадат и пациентите.

Националното сдружение на общините зад вас ли е?

Да, твърдо стои зад нас. Още от лятото на 2009 г. Националното сдружение на общините полага усилия да избегне настоящата ситуация със закрити лечебни заведения и протестиращи граждани. Проведени бяха две срещи на представители на всички общини с болници с ръководството на министерството на здравеопазването. От тях нямаше никакъв сериозен резултат. После последваха две нови срещи, този път между ръководствата на Националното сдружение

и на министерството на здравеопазването. На тях се опитахме да предложим ефективни и практически стъпки за преодоляване на проблемите, пред които са изправени общините с общински болници. Тези срещи също завършиха без резултат. Затова на 24 януари Управителният съвет на НСОРБ прие и разпространи декларация, в която изрази своята тревога от принудителното изваждане на общинските болници от системата на здравеопазването.

В приетия документ Управителният съвет на НСОРБ настояваше:

- Да се спазват разпоредбите на Закона за лечебните заведения и Националния рамков договор и да не се въвеждат всеки ден нови изисквания за двама или трима лекари и други критерии;

- Да има ново договоряне между НЗОК и болниците, което да гарантира здравеопазване на всички граждани;

- Да се подготвят центрове за спешна помощ с необходимата техническа и кадрова обезпеченост;

- Да започнат спешни преговори между всички заинтересовани страни - лекари, общини, НЗОК и министерство на здравеопазването, за определянето на ясни стъпки за реализиране на реформата и нейното финансово гарантиране.

За съжаление нямаше конст-

АКЦЕНТ

- Държавата да спре да субсидира губещи болници
- Една трета от пациентите у нас се обслужват от общинските болници
- Националното сдружение на общините стои твърдо зад общинските болници
- Няма ясни критерии за проверките при надработване над лимита
- Реформата в болничната помощ трябва да отчита не само икономически, а и социален ефект от промените

руктивен отговор и на тази декларация. В настоящия момент НСОРБ търси практически решения за общините, чиито болници са закрити, за тези с намалените бюджети, както и за бъдещето на диспансерите, което също не е ясно след приемането на промените в Закона за лечебните заведения.

Как виждате вашата болница в следващите години - медицински център, болница за долечуване, за активно лечение...?

Категорично като болница за активно лечение.

Каква ще е съдбата на лекарите във ваша-

та болница, ако се реструктурира?

Съдбата на лекарите работещи в нашата болница е ясна. Те остават да работят в нея, тъй като ако има промяна в структурата на болницата, то тази промяна ще бъде в положителна посока - разширяване на дейността и разкриване на нови структури.

Как приемате тревогата на Българския лекарски съюз, че няма никакви схеми, концепция, дори компенсации за медицинските специалисти в заведенията, предвидени за реструктуриране?

Прави са - това също е едно от недомислените неща в реформата.

Това означава ли, че поддържате позицията на БЛС, че болничната реформа започна при липса на яснота и прецизни правила.

Да. Какъв въпрос бихте си задал сам, ако водехте това интервю?

Quo Vadis? Имате ли личен девиз - житейско правило?

No pain, no gain (Без болка няма успех).



МБАЛ в Свиленград

от всички здравноосигурени. Голяма част от пациентите ни идват от труднодостъпни райони, със застаряващо население и с висока безработица. Точно тези граждани ще претърпят двоен удар, тъй като за тях по същество здравните вноски нарастват многократно, защото за да ползват услугата, те ще трябва да изразходват допълнително средства за транспорт и да загубят работно време, което няма да им бъде компенсирано със заплатата. Общинските лечебни заведения отговарят на нуждите на тези граждани, като им предоставят адекватни медицински услуги в близост до техния дом. Затова реформата трябва да отчита не само икономическия, но и социалния ефект от промените и да гарантира действително качествена здравна помощ за всички граждани - независимо от социалния им статус, възраст или от мястото, в което живеят те.

Каква е конкретната ситуация във вашата болница? Имате ли подкрепата на принципала - общината?

Болницата ни стои доб-

ите на Инициативния комитет на общинските и частните болници, който събра внушителна подписка от граждани срещу начина на провеждане на болничната реформа и заяви готовност за протести?

Да. Подкрепям тези действия не толкова защото ние имаме проблеми, колкото от принципна позиция - и тя е, че реформа трябва да има, но не бива да се реализира по този начин - неясно, без план, без визия и идея какво ще се "появи" на мястото на закритата болница. Не е възможно само спешният център да реши проблемите. Трябва да е ясно как ще бъде гарантирано разпределението на болничните заведения на територията на общините, независимо от типа лечебно заведение, базирано на реални нужди на населението от тези общини.

Как приемате позицията на БЛС срещу делегираните бюджети и настояването за отлагателен период за реформата в болниците?

Д-р Димитър Ангелов Ермов - управител на "МБАЛ-Свиленград" ЕООД, завършва медицина през 1976 г. Притежава специалност по обща и детска хирургия. Работи последователно като хирург и като завеждащ хирургично отделение. Управител на болницата е в периода от 1991 до 2000 г. и от 2005 г. до момента. Д-р Ермов е и магистър по специалност "Здравен мениджмънт".





20 години от възстановяването на съсловната организация

ЗАВЪРНА ЛИ СЕ БЪЛГАРСКИЯТ ЛЕКАР ПРИ СЕБЕ СИ?



ВИЗИТКА

Българският лекарски съюз е със 109-годишна история. Учреден в първата година на миналия век, тий е втората професионална организация в Европа след английската. Защитата интересите на лекарското съсловие и има изключително важна роля и влияние в обществото и здравната политика на страната, тъй като в този период България няма министерство на здравеопазването. Освен разрешително за практика на всички лекари. Съюзът създава критериите за заплащане на техния труд, приема важни пра-

вила за практикуването на лекарската професия, както и етични норми и финансови взаимоотношения между лекар и пациент. След 41 години активна дейност БЛС е закрит от новата комунистическата власт. Във времето (от 1949 г. до 1990-а), когато Съюзът не съществува, са нанесени огромни вреди върху лекарското съсловие - лекарят от свободна творческа личност е превърнат в държавен служител без собствено мнение на най-ниското стъпало на социалната стълбица. Частната практика

е премахната през 1971 г. В следващите 20 години лекарското съсловие наподобява аморфна инертна маса, понасяща безропотно провежданите с нея експерименти, както е отбелязано в История на БЛС, книга първа

Първите наченки на възстановяване на Лекарския съюз започват веднага след демократичните промени в България от 1989 г. На 13 януари 1990 г. в сградата на днешния Национален център по опазване на общественото здраве е проведено Национално съвещание за възстано-



Пред десет години един от възстановителите на съсловната организация, проф. д-р Милан Мианов, заяви пред вестник "Quo vadis": "Българският лекар се завърна при себе си". Вече бяха тръгнали успешни медицински практики. Пропукваше се плахостта и на най-плахите в тази свободна професия. Съсловното отхвърли от плещите си съзнателно прикачената му формулировка "здравен работник". Имаше отново организация със свой професионално-етичен кодекс. Лекарите заговориха на висок глас за себе си и за мястото си в обществото.

Писмо бе нещо като "окръжно" по времето на социализма. Сега не ни се вярва, че такъв факт е имало и след прехода, в първите години на демокрацията. БЛС преминаше наследниците на старата номенклатура...

Преди две години, на честване от възстановяването на съсловната организация, пак проф. д-р Миланов посочи личните автомобили на лекарите като формална илюстрация за промените в статуса им. Е, да, няма ги смачканите возила. Има престигнати коли...

Но завърна ли се българският лекар истински при себе си? На този въпрос всеки сам трябва да си отговори. И после - всички заедно. БЛС търси да намери своята функционална, освен морална, идентичност в модерното ни време. Посоката е функционална идентичност на камара, но с надраждането, запазвайки традициите и историческото си лице...

ПОГЛЕД В МИНАЛОТО

В зората на ХХ век, през 1901 г. на 10 октомври, е създаден Българският лекарски съюз. Учредителното събрание избира първия председател - д-р Димитър Моллов. От септември 1903 г. до 1929-а е в сила Закон за опазване на общественото здраве, изработен от д-р Марин Русев. В края на октомври 1926 г. Българският лекарски съюз се присъединява към учредената в Париж няколко месеца порано международна професионална организация на лекарите.

Стремешт ни е да догоним страните с вековна култура и дълго политическо съществуване като Англия (1 лекар на 1095 души) и Норвегия (1:1857)", казва на 1 ноември 1928 г. пред Осемнадесетия редовен събор на Българския лекарски съюз неговият председател д-р Димитър Киров.

От 1929 г. със Закона за народното здраве членуването в БЛС става задължително за всички практикуващи лекарската професия.

За 43 години до 9 септември 1944 г. са проведени 25 редовни събора на организацията. На 8 декември 1944 г. със заповед на тогавашния министър на вътрешните работи Антон Югов е утвърден временен Управителен съвет на БЛС, а редовно избираният през 1940 г. е отстранен.

От 1949 г. Българският лекарски съюз престава да съществува - "влива" се в Профсъюза на здравните и хигиенни работници по решение на 61 участници в състоялата се на 3 октомври Национална конференция.

Следват 41 зими на безличие...



Възстановителите на БЛС се събраха през 2008 година на тържествено честване.



Първият председател на БЛС, избран след възстановяването на организацията, е проф. д-р Иван Киров.

ФАКТИТЕ ГОВОРЯТ

- 2002 г.
 - Българският лекарски съюз е приет за редовен член на Федерацията на Европейските лекари на държавна служба (FEMS) и на Международното дружество по приоритети на здравеопазването със седалище Бирмингам, Великобритания, в което участват 71 страни от целия свят.
 - Създаден е регистър на българските лекари, публикуван за първи път в "Държавен вестник".
 - Комисии към БЛС изработват правила за добра медицинска практика и непрекъснато обучение на лекарите.
 - Проведен е първият национален семинар по професионална етика.
 - БЛС участва в Европейския форум на медицинските асоциации и Световната здравна организация.
- 2003 г.
 - БЛС печели дело срещу тогавашния здравен министър за неподписването на Национален рамков договор'2002.
 - БЛС е домакин на симпозиум на Федерацията на европейските лекари на държавна служба (FEMS), проведен от 6 до 9 октомври в София. Участие вземат пратеници на медицински организации от 15 европейски страни. На работните срещи се дискутират проблеми по заплащането, работното време, свободното движение на пациенти от една държава в друга, недостига на лекари, възможностите за реализация на лекарите и пр.
- 2005 г.
 - БЛС е домакин на симпозиум на Федерацията на европейските лекари на държавна служба (FEMS), проведен от 6 до 9 октомври в София. Участие вземат пратеници на медицински организации от 15 европейски страни. На работните срещи се дискутират проблеми по заплащането, работното време, свободното движение на пациенти от една държава в друга, недостига на лекари, възможностите за реализация на лекарите и пр.
- 2006 г.
 - БЛС е домакин на симпозиум на Федерацията на европейските лекари на държавна служба (FEMS), проведен от 6 до 9 октомври в София. Участие вземат пратеници на медицински организации от 15 европейски страни. На работните срещи се дискутират проблеми по заплащането, работното време, свободното движение на пациенти от една държава в друга, недостига на лекари, възможностите за реализация на лекарите и пр.
- 2007 г.
 - БЛС участва в Европейския форум на медицинските асоциации и Световната здравна организация.
 - Делегация на БЛС има на Деветия симпозиум на медицинските камари на страните от Централна и Източна Европа, проведен в Македония.
 - На 161-вата сесия на Световната медицинска асоциация са поканени и
- 2008 г.
 - БЛС е домакин на симпозиум на Федерацията на европейските лекари на държавна служба (FEMS), проведен от 6 до 9 октомври в София. Участие вземат пратеници на медицински организации от 15 европейски страни. На работните срещи се дискутират проблеми по заплащането, работното време, свободното движение на пациенти от една държава в друга, недостига на лекари, възможностите за реализация на лекарите и пр.
- 2009 г.
 - На 10 март БЛС из-

праща до Националната здравноосигурителна каса предложение за промени в 132 клинични пътеки. Те са обобщение на идеите, постъпили от регионалните колегии, асоциациите на болниците и научните дружества по специалности. Целта е да се оптимизира изпълнението на пътеките, без да се нарушава качеството на медицинските услуги.

На 19 декември в София е проведен XXXXVIII извънреден събор на БЛС, на който са обсъдени договорените текстове между Съюза и НЗОК по Национален рамков договор 2010 и е гласуван мандат на Управителния съвет на БЛС за подписването му.

Управителните съвети на Българския лекарски съюз, Българския зъболекарски съюз и Националната здравноосигурителна каса подписват най-послед след три години Национален рамков договор'2010. Документът е преподписан от министъра на здравеопазването д-р Божидар Нанев.

На 13 януари се навършват 20 години от възстановяването на Българския лекарски съюз.

На 10 октомври съсловната организация на лекарите в България ще отбележи 109-годишнината си.

КАЗАНО ПРЕЗ ГОДИНИТЕ

Пред студенти по медицина професор Ахарг, Женева, 1899 г.: ДОКТОРЪТ ПОНЯКОГА ЛЕКУВА, ЧЕСТО ОБЛЕКЧАВА И ВИНАГИ УТЕШАВА

Участието на медицината в човешкото общество непрекъснато се увеличава. Лекарят през вековете е бил винаги в досег с отделните индивиди, но днес той влиза в досег не само с обществото на своя народ, а също и с цивилизования хора в целия свят. В индивидуалния живот лекарят играе своята благотворна роля от раждането до смъртта, подпомага болния в

многоликите му страдания - физически и духовни. Лекарят е често за болния интимен съветник и доверник на тайните му. Според една красива древна формула лекарят лекува, често облекчава и винаги утешава. В съвременния национален живот върху лекаря тежи цялата социална хигиена, цялото дело на подпомагане - обществено и частно, на болните, на децата, на

старите и душевно болните. Във всички цивилизовани страни лекарят има един и същ идеал. Той поставя своята наука в служба на доброто. Неговата дейност засяга всяко човешко същество, което страда, като не прави разлика между бедни и богати, религиозни и политически категории. В света съществува една истинска медицинска общност. Никъде ме-

дицината не е строго национална, както няма и национални болести. Всички лекари имат образование, черпено от един и същи извор. Те са съединени чрез науката и готови във всички страни да поправят злините, породени от несвършенствата на лопатата воля на хората. Лекарите са създадени да се разбират, независимо къде са родени, къде работят и живеят.

Пред Седмия събор на БЛС, 1909 г. Михаил Такев, министър на вътрешните работи:

ЛЕКАРИТЕ - МОЗЪКЪТ НА БЪЛГАРСКИЯ НАРОД

Обещах да узаконя Българския лекарски съюз и го изпълних. Вашата от години мечта е днес реалност,

остава сега вий, господа лекари - мозъка на българския народ, да покажете, че милеете за благо на тоя народ.

СПЕЦИАЛНО ЗА ВЕСТНИК „QUE VADIS“

Професор д-р Кирил Миленков: ЦЕЛЯХА ДА НИ ОБЕЗЛИЧАТ, НО НИЕ СИ ВЪЗСТАНОВИХМЕ СЪЮЗА

Помня закриването на Българския лекарски съюз. През 1949 г. бях студент по медицина и в наши дни сред нас се знаеше, че го има. Колегите ми от последните курсове можеха да кандидатстват и да бъдат приети в БЛС. Това за нас беше мечта, а и гордост. Но изведнъж през 1949-а Лекарският съюз беше закрит. После закриха и съюзите на зъболекарите, фармацевтите, све-

щиниците. Бяха трудни години. Според мене се целеше да се обезличи и унизи интелигенцията, за да стане послушна...

Не мога да не се възнувам, когато си спомням възстановяването на Българския лекарски съюз. Сега наистина има нужда от нови промени в здравното обслужване, в медицинското обучение. Не е нужно обаче да измисляме нещата, те съществуват,

ние само трябва да приложим опита на напредналите страни. Приветствам усилията на Съюза да издигне авторитета на лекарските съсловие, но за да се върви към по-добро развитие и да има повече добри резултати, колегията трябва да е сплотена. Искам да пожелая на всички български лекари да са здрави, единни и да воюват за своите и на пациентите си права.



Доцент д-р Георги Койчев: ВАЖНОТО Е, ЧЕ БЛС ГО ИМА, ЧЕ ИМА СЪБОРИ...

Преди 20 години в потока на събитията, налагащи промяна в обществото, възстановяването на Българския лекарски съюз бе явление с гръмотевична сила и хората, които го направиха, за мене бяха и ще си останат най-достойните сред достойните. Първият безспорно беше професор Димитър Радонов и неговата заслугата идеята да бъде изречена ясно и категорично и да се развие в медитативен и професионалните кръгове. До него застана и д-р Любен Астинов и двамата първи организираха дискусия в края на 1988 г. Тогава, както при всяко начало, се очертаха трите извечни позиции - "за", "против" и "да ама не".

В същата на ноември 1989 г. пред Научното дружество на психиатрите поставих настоячиво въпроса за възстановяването на БЛС. Откликнаха д-р Борис Бояджиев и д-р Бойко Иванов. Съвзряхме се с професор Радонов и д-р Любен Астинов и започнахме подготовката на учредителното събрание. Заехме се със създаването на проекто-устава и след няколко преирани тримата и професор Никола Беловеждов, използвайки съществуващи до закриването на БЛС устав, написахме необходимия документ. Времето безспорно изкривява спомените, но пишешите истории, трябва да знаят, че неспоменането на проф. Беловеждов е, меко казано, некоректно. Този благ и умен човек вложи твърде много енергия и време и заслужава благодарност.

Случи се и нещо знаменателно в ония дни - при мене дойде човек от службите, за да ме предупреди, че с тези инициативи трябва да се внимава, за да не се получи нещо подобно като Русенския клуб. Беше относително млад и симпатичен човек, съпругата му беше лекарка и разговорът ни протече в стил "така е, ама аз все пак да ти кажа". Без заплахи и намеци. Тогава разбрах, че духът на промяната прониква навсякъде.

На учредителното събрание бяха професор Атанас Щерев, професор Милан Мианов, д-р Христо Хинков. И Българският лекарски съюз пое съвместния си път... Сега понякога си мисля, дали не би било добре да се съберем ние, учредителите-възстановители - да споделим какво мислехме, какво е сега, какво трябва да бъде. Но както се казва, всичко,



И пациентите се включват в политиката

През февруари в Народното събрание беше представен проектът "Пациентът-политик" на Националната пациентска организация. Присъстваха здравният министър Божидар Нанев, д-р Албена Златарева, заместник-директор на НЗОК, и Борислав Георгиев, директор на дирекция "Лекарства".

"Пациентът-политик" е втори проект на организацията, първият - под наслов "Близко до теб", беше свързан със законопроекта за лечебните заведения. На потребителите бе дадена възможността да го коментират и да изразят мнения и препоръки между първото и второто му четене.

Проектът "Пациентът - политик" стартира под патронажа на председателя на парламентарната комисия по здравеопазването и зам.-председател на Народно събрание д-р Лъчезар ИВАНОВ, а партньори са Министерството на здравеопазването и НЗОК.

Според НПО

активната гражданска позиция

е важен елемент от живота на съвременните демократични общества при провеждането на държавната политика, особено в сферата на здравеопазването. "В България често хората вземат отношение по определени проблеми, едва когато решенията са вече факт и трудно може да им се влияе. В резултат се създават обществени нагласи, че приемането им се осъществява тайно, без да се подлагат на широк обществен дебат. Това неведнъж е ставало повод за създаването на

напрежение и сериозни пререкания между представителите на властта и гражданите. От друга страна, хората в България често проявяват инертност, не се интересуват или не познават възможностите, позволени от закона при провеждането на различни политики. За да бъдат елиминирани негативните нагласи спрямо законодателните практики в сферата на здравеопазването и за да се подобри диалогът между здравните институции и гражданите, НПО разработи проекта "Пациентът - политик", казват от неправителствената организация. Идеята за "Пациентът-политик" е заимствана от проекта "Европа за гражданите" на Европейската комисия. Основна задача е информирането на гражданите за законодателните предложения, както и за изготвянето на други нормативни документи в сферата на здравеопазването, увеличаване на прякото гражданско участие в законодателния процес и при сформиранието на политиките в здравеопазването, което ще подобри общественото разбиране и ще спомогне за постигане на консенсус по законодателните инициативи. Предвижданията са най-вече да се повиши прозрачността при работата на институциите в сфе-

рата на здравеопазването и да се разширят възможностите за взаимодействие между гражданското общество и държавните институции.

Проектът ще даде възможност на всеки български гражданин да изкаже своето мнение и да отправи предложенията си към Националната пациентска организация. Във форума на нейния сайт (<http://www.pro.bg/forum>) ще бъдат предложени на публична дискусия проектозаконите и нормативните документи на здравна тематика. На него ще бъдат организирани онлайн дискусии по различни инициативи, а гражданите ще могат да дават предложенията си. Всички заинтересовани ще могат да отправят питания и на горещия телефон 0 700 10 515. "Една от целите на проекта е обществото да стане активна страна при приемане на законодателството в здравната сфера", заяви Станимир Хасърджиев, председател на Националната пациентска организация.

Намерения и очаквания

"Пациентът-политик" е дългосрочен проект с няколко основни цели:

- Увеличаване на прякото гражданско участие в законодателния процес и при



сформиранието на политики в здравеопазването.

- Подобряване на общественото разбиране и постигане на консенсус по законодателните инициативи.

- Повишаване на прозрачността при работата на институциите в сферата на здравеопазването.

- Разширяване на възможностите за взаимодействие между гражданското общество и държавните институции.

Чрез проекта "Пациентът-политик" за първи път в България пациентите от цялата страна ще имат възможност пряко да изкажат своето мнение и да направят предложения по въпроси, свързани със здравната политика. Предвидени са множество инициативи за информиране на граждани-

те за проектите за закони и други нормативни документи в сферата на здравеопазването, както и начините за гражданско участие при формирането на политиката в здравеопазването. Проектите на закони и нормативни документи ще бъдат публикувани във форума на НПО и подложени на публична дискусия. Мненията на гражданите ще бъдат периодично обобщавани и предоставяни на съответните институции. Като част от проекта "Пациентът политик!" ще бъдат провеждани и други инициативи - кръгли маси, чат обсъждания с политици, срещи по места и други форми на дискусии с гражданите. Инициативите са в съответствие с практиката на европейските институции да се събират и обоб-

щават мнения на гражданите преди приемането и влизането в сила на даден документ. В България реалността е по-различна. Обикновено гражданите участват при вземането на решения, разработването на закони, подзаконовите актове и в политиката в здравеопазването чрез своите неправителствени организации. Представители на тези организации имат право да присъстват на откритите заседания на отделните парламентарни комисии, да бъдат включвани в работни групи или привличани като експерти при разработването на здравни политики. Индивидуално граждани и пациенти рядко имат достъп до този процес и досега тяхното участие е било по-скоро изключение от практиката.

Възможности за пряко участие

Националната пациентска организация предвижда различни начини за участие на гражданите в приемането на закони и провеждането на здравната политика в страната.

С избора на народните представители

Право на законодателна инициатива (т. е. да предлагат законопроекти) имат Министерският съвет и всеки един народен представител. Ето защо първата стъпка е да бъдат избирани депутати, на които впоследствие да може да бъдат представяни предложения и мнения по законите, касаещи здравеопазването.

Чрез неформални сдружения

Посредством своите организации пациентът може да отправя предложения относно въпроси, които счита, че не са уредени или са недостатъчно или неподходящо уредени в законите, както до Министерския съвет чрез съответния министър, така и чрез все-

ки един народен представител. За да бъде постигната конкретна промяна в нормативен или поднормативен акт, добре е действията от страна на гражданското общество да бъдат осъществени под егидата на пациентски сдружения. Така изхождайки от принципа на демокрацията - волята на мнозинството има по-голяма тежест и вероятността търсените изменения да се случат нараства. Пациентските организации имат по-обобщен поглед върху определена практика (базирана на множество повтарящи се случаи) или законова постановка, да изказват мнения по обсъждан законопроект.

Упражняване на контрол

Пациентът е в правото си да изисква чрез представляващата го организация точно прилагане на приетите закони, наредби, инструкции и други, като сигнализира за нередности съответната, прилагаща нормативния акт институция. В случай, че правата му са нарушени, пациентът

може да се обърне за защита на своите интереси както към административните органи, така и към съда. Пациентът има право да обжалва действията на всички държавни и административни органи и физически и юридически лица, които го увреждат както пред по-висшестоящия орган, така и пред съда. Пред съда може да подава и искове.

Обществен натиск

Докато първите няколко възможности стъпват на разумния диалог с институциите и различни представители на властта, то упражняването на обществен натиск застъпва крайните методи за постигане на определени цели. В първите варианти постигнатите промени са по-устойчиви, защото са резултат благодарение на консенсус по конкретни виждания, организирането на протест е крайна мярка при условие, че при другите начини за въздействие не е постигнат желаният резултат.

Повече за организацията

Националната пациентска организация е учредена в началото на 2010 г. като обединение от юридически лица - пациентски сдружения. НПО е регистрирана по Закона за юридическите лица с нестопанска цел за осъществяване на дейност в обществена полза. Нейната основна цел е да представлява и защитава интересите на всички пациенти. В Националната пациентска организация членуват 22 пациентски организации и 23 регионални партньорски сдружения, което превръща НПО в най-голямото пациентско обединение в България. Формирането ѝ е резултат на острата нужда от силен и обединен пациентски глас, отстояващ интересите на всеки пациент, независимо от неговото заболяване, пол, възраст, етнос, религия, сексуалност, политическа принадлежност. НПО ще даде на българския пациент възможността да защитава и да се бори за своите права, да влезе в диалог с институциите и да заеме полагащото му място в обществото и здравната система. На-

ционална пациентска организация е нова и модерна структура,

основана на европейски ценности

в дух на разбирателство, демократичност и висок морал. Ето защо още с учредяването си НПО създаде и прие първия в България Етичен кодекс на пациентските организации, съобразен с най-съвременните европейски и световни препоръки. В него са заложили основополагащите принципи и етични норми за дейността на организацията и нейните членове - демократичност, пълна прозрачност, взаимно уважение и разбирателство, обществена отговорност, равни права и възможности, взаимоотношения с институциите и партньорите. На Учредителното събрание на НПО е избран тричленен Управителен съвет и тричленна Контролна комисия с временен статут. Предстои провеждане на първото общо събрание на НПО, на което да бъдат приети необходимите корекции в устава и демократично да

бъде избрано ново ръководство с определен мандат.

Националната пациентска организация е създадена, за да обедини пациентския глас, да представлява и защитава интересите на всички пациенти. Тя ще работи за:

- развитие и утвърждаване на гражданското участие в управлението и контрола на здравната система;

- въвеждане на принципа за равноправно тристранно партньорство между държавните органи, организациите на медицинските специалисти, сдруженията на пациентите при изработване и приемане на стратегии, критерии и норми, въвеждане на политики и практики в системата на здравеопазването;

- включване на представители на пациентите в управлението на структурите в системата на здравеопазването,

- въвеждане и утвърждаване на етични норми и правила в работата на пациентските организации, както и взаимодействието им с институциите, медиите и обществото.

ОБНОВЕНОТО ОТДЕЛЕНИЕ ПО ОБРАЗНА ДИАГНОСТИКА КЪМ УМБАЛ „ЦАРИЦА ЙОАННА-ИСУЛ“ ЩЕ ПРИЕМА ПАЦИЕНТИ В НАЙ-СКОРО ВРЕМЕ

На 17 февруари 2010 г. министър-председателят на Република България Бойко Борисов и д-р Божидар Нанев - министър на здравеопазването, откриха обновеното Отделение по образна диагностика към "УМБАЛ "Царица Йоанна - ИСУЛ". Информация за новото оборудване на отделението бе представена от доц. д-р Бойко Коруков, дм - изпълнителен директор на УМБАЛ "Царица Йоанна - ИСУЛ", и доц. д-р Григорий Неделков, дм - началник на Отделението по образна диагностика. Двата апарата (шестнадесет срезова спирален компютърен томограф и магнитно-резонансен томограф 1.5) са от най-съвременен тип. Те са оборудвани със съответните автоматични инжектори и работни станции, с помощта на които се извършва т. нар. пост-просинг (допълнителната софтуерна обработка на образите) при изследванията. Апаратите дават възможност за най-съвременни ди-

агностични изследвания от рода на виртуална колоскопия и изследване на кръвотока (тъканната перфузия) в мозъка, черния и белия дроб, в другите вътрешни органи. С помощта на двата апарата ще бъде възможно бързо и в пълен обем определяне на стадия (стадиране) на онкологичните заболявания. Методите на изследване понастоящем са основните два за образната диагностика и ще повишат равнището на диагностичния процес при неврологични и неврохирургични заболявания. Двата апарата на опорно-двигателния апарат, на таза и на вътрешните органи, при процеси, развиващи се в медиастинума. Апаратурата ще обслужва хоспитализирани пациенти, пациенти със животозастрашаващи състояния, консултирани в Спешно отделение на болницата, пациенти с направление от НЗОК, както и здравно неосигурени пациенти, които ще заплащат по ценоразписа на УМ-



Премиерът Бойко Борисов и министър д-р Божидар Нанев откриват осъвремененото отделение.

БАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ". За покупката на двата апарата и ремонта на помещенията в отделението

са изплатени близо 5 000 000 лева. Парите са осигурени от Министерство на здравеопазването. УМБАЛ "Ца-

рица Йоанна-ИСУЛ" е петата болница в София с аналогични възможности в образната диагностика. Останали-

те са МБАЛ "Токуда", Военномедицинска академия, Правителствена болница и СБАЛНП "Свети Наум".

ОТ МЯСТОТО НА СЪБИТИЕТО

Доцент Григорий Неделков:

ЖЕЛАНИЕТО НИ Е ДА СМЕ НА РАВНИЩЕТО НА ДОБРИТЕ ЕВРОПЕЙСКИ БОЛНИЦИ

● Доцент Неделков, като завеждащ отделението по образна диагностика към болница "Царица Йоанна-ИСУЛ" вие най-добре сте запознат както със стореното досега, така и с възможностите за развитие и работа. Разкажете накратко какво беше и какво ще бъде.

- Идеята ни е болница "Царица Йоанна-ИСУЛ" стъпка по стъпка да си върне славата на някогашния институт за следдипломна квалификация на лекарите и да бъде на равнището на една добра европейска болница.

Но, нека се пренесем в началото.

Отделението по образна диагностика е правоприменик на създадената през 1951 г. в ИСУЛ Катедра по рентгенология, чийто пръв ръководител е професор Гоце Тенчов. Тука са работили немалко водещи специалисти по рентгенология в България. Тогава била закупена най-модерната техника - конвенционална рентгенова апаратура, ангиографи, всичко, което през 50-те е било на върха на техническите възможности в рентгенологията. През 1967-1968 г., през 70-те години, отделението е допълнително оборудвано, но после започва период, през който техниката остарява, нищо ново не идва. Чак през 1991 г., малко преди края на ХХ век, получаваме един скенер, но към днешна дата той е доста старо поколение, почти 19-годишен, затова бе-

ше належащо да се закупи нова техника на съвременен европейско равнище.

● И сте доволни от придобивката...

- Да. Новите два апарата - 16-срезовия компютърен томограф и 1,5-тесла магнитно-резонансен томограф - в момента са нещо като златен стандарт за европейските многопрофилни болници. Съвсем съвременни не според нашите, а според европейските норми и по този начин болницата е конкурентноспособна. Нали все пак сега сме търговски дружества, работим в пазарна среда, в конкуренция с болнични заведения като Военномедицинска академия, най-голямата частна болница в България "Токуда", Правителствена болница. Въобще, отиваме в авангарда. Имам предвид

техниката, защото човешкият ресурс винаги тук е имал по-високо равнище. Маята, както се казва, академичният дух на ИСУЛ винаги е съществувал и съществува - продължава традицията да се провеждат курсове на специализиращи лекари, студенти, специалисти. Имаше разминаване по едно време - техниката остава, а целите и задачите са по-високи, отколкото наличната апаратура. След като беше подменено в някои други клиници оборудването, дойде ред и на образната диагностика. Между другото, даже малко се забавихме, но считам, че вече с добър темп наваксваме. Защо? Защото в медицината има в края на краищата два основни въпроса - диагностика и лечение. И съвсем в процеса на работата диагностиката е пър-

вият въпрос. Не може да минеш на втория - качествено лечение, без да си направил добра и точна диагноза. Това изисква и да се вложат огромни средства.

● За добър резултат освен много работа са нужни и пари. Държавата ги осигури, а вие доста сте се потрудили, обстановката в отделението е впечатляваща...

- Безспорно. Веднага започнахме. Направихме планове, за да може да се ремонтира, беше нужно да получим строителни разрешения, последва процедура по Закона за обществени поръчки - там отидоха минимум 90 дни, три месеца и нещо. Така че предварителната подготовка продължи около 7-8 месеца, ако не и повече. След това започна строителството - имаше обжалвания от страна на изпълнителите, конкурс втори тур, сблъскахме се с процедурните неволи, но в края на краищата стигнахме дотук.

Сега в момента са монтирани апаратите и започваме обучение. Първият етап - на мястото от сервизните инженери на фирмата - по безопасност, пускане и спиране на апаратурата, изготвяне на основни протоколи - най-често срещани за изследване на болни.

Вторият - след лицензирането, по програма в договора за покупката - с апликатори от фирмата Дженерал електрик). Макар аналогични апарати да има и в България, нашите са оборудвани с най-последните версии на софтуера - от декември 2009

г., и наистина е необходимо да получим информация от оторизирани специалисти. Така че, някои от нашите най-опитни лаборанти също могат да бъдат апликатори след време, ако се отвори друг център.

● Споменахте за лицензиране...

- Казах, че започваме първия етап на обучението, но преди него има друга задължителна процедура - узаконяването от Агенцията за ядрено регулиране и там процедурата е бюрократична. Очакваме в началото на март всичко да е готово. Тогава ще можем официално да започнем, защото и сега ние можем да прегледаме някого, но подлежим на санкции, а те не са никак малки - до 20 000 лв. е глобата за нелегитимизиране, ако преди това започнем да работим. Всичко е нормално, по европейски и световни стандарти, но въпреки това трябва да го има документът.

● Колко и какви специалисти ще работят?

- Нови хора няма да има. Всички лекари от отделението, след като минат обучение, ще работят тук под мое ръководство. Те са 7 души, аз съм осмият. Може на някого да му се стори, че са много, но съвсем не е така, предвид 24-часовите дежурства. След едно нощно на всеки му се полагат 2 дни почивка, след едно дневно дежурство - 12 часа. Даже хората натрупват часове - заради учебния процес никой не може да си позволи след едно нощно дежурство два дни да го няма. Ако не на следващия,

тъй като просто няма възможност от умора, на втория ден идва на работа.

Имаме кадри, които могат да се справят на много добро европейско равнище. Лекарите са със специалност, нямаме съвсем начинаещи специалисти, така че всички от персонала навлизат в обучението. Надявам се да сме готови навреме и да можем да правим изследвания на двата апарата. Така че до три месеца ние се явяваме на пазара като изключително конкурентни специалисти, и то, убеден съм, най-добрите.

● Какъв вид изследвания ще е възможно да правите?

- На всякакви болести. Всички изследвания - за нуждите на хирургията, гастроентерологията, неврологията и неврохирургията, а с магнитния резонанс - и на ортопедията и травматологията. Онкологичните клиници вероятно най-често ще се обръщат към нас, защото за онкологично болния е необходимо комплексно диагностициране - не само да се установи какъв е туморът, но и да се определи стадият му - близки, далечни разсейки. Затова и клиниките по химиотерапия и лъчетерапия ще са редовните ни клиенти, а също и базираната в ИСУЛ клиника на професор Драган Бобев - единствената в страната по детска онкохематология - за лечение на малки деца с ракови заболявания. Сега обаче нашата задача е да сме готови и да започнем да приемаме пациенти, колкото е възможно по-скоро.



Ръководителят на отделението д-р Неделков пред единия от новите апарати за образна диагностика.

ОТ СТРАНАТА НА ИЗГРЯВАЩОТО СЛЪНЦЕ ДО БЪЛГАРИЯ ПЪТЯТ НЕ Е ТОЛКОВА ДЪЛЪГ

● В Медицинския университет в Плевен за трета поредна година се записват японски студенти

От новата учебна година в Плевен медицина учат още 16 японски младежи. Пристигнаха си с агента на Плевенския медицински университет в Япония Хироюки Такагива, помогнал им да вземат важно решение. Те се присъединяват към деветимата си сънародници, които са тук от 2007 г., когато във висшето учебно заведение започва прием на кандидати от Япония. Според Хироюки Такагива обучението в Медицинския университет в Плевен е на европейско равнище, а и се провежда на английски език за чуждестранните студенти. "Не на последно място, ние сме в България заради любовта си към киселото мляко", проявява чувство за хумор г-н Такагива. Към плюсовете той добавя по-ниските всекидневни разходи, малките разстояния, позволяващи да не се ползва транспорт, сигурността и спокойствието, възможността студентите да се познаят с преподавателите и помежду си.

Младите хора от Страната на изгряващото слънце с готовност разказват как се е стигнало до необичайния им избор да учат точно в Плевенския медицински университет. Всичко започва преди 4 години, когато след договаряне с ръководството на учебното заведение Хироюки Такагива започва да представя в родината си преподаването по медицина на английски език в българския град. Началото е трудно, всъщност дотогава в Япония асоциират страната ни само с киселото мляко и българския сумист Котоошу. Усилията на г-н Такагива променят нещата и днес вече немалко японци свързват с държавата България Медицинския университет в Плевен и реномираното европейско обучение в него.

Дойдохме, за да осъществим мечтата си

да бъдем лекари, споделят двама от японските студенти. Избират Плевен, тъй като меди-

цинското образование е на висота, могат да усъвършенстват английски език, животът е приятен и, както казва агентът на вуза Хироюки Такагива, обичат българското кисело мляко.

22-годишният Казуки Итами е вече второкурсник по медицина и е отличник - завършил е с успех 5.50. Детската му мечта е да стане лекар и в отечеството си два пъти поред опитва да се класира, дори кандидатства и за медицинска сестра, но без успех. Тогава в едно от многото електронни писма, изпращани му в знак на подкрепа от близки и приятели, получава координатите на Хироюки Такагива. С неговото съдействие Казуки сега е в Плевен, и то студент по мечтаната специалност - медицина.

Историята на Сачико Шимакауа е по-различна. Повече от 20 години в Япония работи като начална учителка, но още в гимназията иска да стане лекарка. Преди 5 години загубва съпруга си и тогава решава да

Японските студенти разказват как стигат до решението да учат в българския град Плевен.



смени професията и да последва отдавнашното си желание - да помага и спасява хората. Така Сачико се озовава в Плевен и е най-голямата по възраст от всички чуждестранни студенти в тукашния Медицински университет -

първото висше училище в България

в което през 1997 г. е въведено обучение по медицина на английски език. Досега има дипломирани 6 випуска лекари -

чуждестранни граждани. Повечето от тях се реализират с успех професионално в различни страни по целия свят. В момента по специалността медицина се обучават общо 104 студенти от Великобритания, Дубай, Индия, Ирак, Канада, Колумбия, Нигерия, САЩ, Сърбия, Турция, Франция, Япония.

"Общо 50 младежи и девойки започнаха от 8 февруари 2010-а (когато е началото на учебната година за чуждестранните студенти в МУ-Пле-

вен) англоезично обучение в първи курс по медицина при нас. От тях 40 са от Турция, останалите - от Индия, Великобритания и Япония", уточнява доцент Регина-Комса Пенкова, заместник-декан на факултета по медицина за чуждестранни студенти. Представители на университета преди дни са били в Дубай на международно изложение за образованието, на което са проучили възможността да привлекат още чужди студенти в Плевен, информира доцент Пенкова.

ФАКТИТЕ ГОВОРЯТ



Медицинският университет-Плевен

Медицински университет-Плевен, едно от петте висши медицински учебни заведения в България, е основан през 1974 г. на базата на бившата окръжна болница, създадена през далечната 1865 г. Първоначално е факултет в състава на Медицинската академия и след закриването ѝ през 1979 г. става автономно висше учебно заведение, с наименованието Висш медицински институт-Плевен. С Решение на 39-ото Народно събрание от 02.09.2004 г. е преобразуван в Медицински университет-Плевен.

За 35 години Плевенският медицински университет, започнал съществуването си с един факултет и обучение по една специалност - медицина, вече има факултети по "Медицина", "Обществено здраве", "Здравни грижи" и Медицински колеж с 10 специалности в 4 професионални направления. С високотехнологичния си и ерудиран академичен състав от 284 преподаватели, от тях - 78 хабилитирани, с внушителната си материална клинична база, спортен комплекс, две студентски общежития, модерен университетска библио-

тека, издателски център, МУ-Плевен отговаря на всички изисквания за самостоятелно висше училище.

Клинична база за обучение на студенти, докторанти и лекари-специалисти е стационарът на Университетската болница - УМБАЛ "Д-р Георги Странски" ЕАД - Плевен, с различни медицински специалности, с мощни диагностични звена, оборудвани с конвенционална и уникална апаратура - американския робот "Да Винчи S" за роботизирана хирургия и хирургия от разстояние, гама камера и ядрено-магнитен резонанс.

Днес МУ-Плевен обединява голям комплекс от учебни звена, съвременна предклинична база, болница с над 1100 легла, със специализирани клиники и изследователски звена с модерно оборудване. В тях се извършват обучение на студенти, лечение на пациенти, специализации на лекари и изследователска работа. От създаването му до края на 2008 г. са завършили 4902 лекари - 4170 българи и 732 чужденци от 42 страни на Европа, Азия,

Африка и Америка, както и 607 бакалаври и 169 магистри от специалността "Управление на здравните грижи". Към януари 2009 г. в МУ-Плевен специализантите са 788, от които 24 чуждестранни граждани, в 52 специалности. 701 са получили свидетелство за призната специалност от университета и 52 - в Медицинския колеж.

През учебната 2009/2010 г. общият брой на обучаващите се в МУ-Плевен по всички специалности, е 1555. В специалността "Медицина" при факултет "Медицина" студентите са 613, при факултет "Обществено здраве" в специалност "Управление на здравните грижи" - 163 бакалаври и 91 магистри, в "Медицинска рехабилитация и ерготерапия" - 122 бакалаври, в специалност "Здравен мениджмънт" - 51 магистри, при факултет "Здравни грижи" в специалност "Акушерство" се обучават 94 студенти, за медицински сестри - 215, в Медицински колеж за медицински лаборанти учат 58 души, за рентгенови лаборанти - 43, и за социални работници - 27 студенти. В Департамента за езиково и специализирано обучение се обучават 46 студенти, а общият брой на докторантите е 32.

От учебната 2010/2011 г. в МУ-Плевен започва прием на студенти по новоразкрити специалности във факултет "Обществено здраве" - "Инспектор по обществено здраве", ОКС "Бакалавър" и "Медицинска рехабилитация и ерготерапия", ОКС "Магистър", а към Медицинския колеж - специалността "Помощник-фармацевт", ОКС "Професионален бакалавър".

ПОВОД ЗА ГОРДОСТ

е, че първият носител на Мини Нобелова награда, учредена през 2002 г. от Шведското посолство, е възпитаник на Медицинския университет-Плевен - първенецът на випуск 2002 и носител на наградата "Златен Хипократ" за пълно отличие д-р Драгомир Дарданов. Показател за високото качество на обучението е фактът, че само две години по-късно с престижната награда е удостоен отново дипломант на университета - отличничката на випуск'2006 и носителка на "Златен Хипократ" - д-р Десислава Германова. Третата носителка на престижната Мини Нобелова награда в областта на медицината за 2009 отново е студентка на МУ-Плевен - стажант-лекарката Полина Маринова.

На тържествената промоция на младите лекари от випуск'2009 председателката на Народното събрание Цеца Цачева и министърът на образованието, младежта и науката доц. д-р Сергей Игнатов откриват реновираната зала "Магнум". Тя е оборудвана с авангардна аудиовизуална техника, чрез която се осъществява връзка с Телекомуникационния ендоскопски тренировъчен център към Медицинския университет-Плевен за целите на телемедицината.

Във випуск'2009 са се дипломирали 58 млади лекари, 34 от които са български граждани, а 24 - чуждестранни студенти от Македония, Индия, Украйна, Молдова, Сърбия и Гърция. Средният успех на випуска е много добър 4.99, общият брой отличници е 15, от които петима от Индия. Всички отличници получават плакети на факултет "Медицина", грамоти и подаръци - специализирана литература от издателския център на университета. Дипломантката д-р Владимирова Владимировна Стойкова е единствена с успех 6.00 от следването и от държавните изпити, за

което е удостоена с наградата "Златен Хипократ" и право на безплатна специализация в МУ-Плевен, връчена от председателката на Народното събрание Цеца Цачева.

През юни 2007 г. от президента на България Георги Първанов в Медицински университет-Плевен бе открит

уникален за страната и Европа

учебно-експериментален телекомуникационен център по ендоскопна хирургия, единственият за страните от Източна Европа и на Балканския полуостров. Центърът разполага с високотехнологична апаратура за роботизирана хирургия и хирургия от разстояние. За да се превърне в реалност, изграждането на телецентъра преминава през два продължителни етапа, с голям обем инвестиции. По време на първия етап са оборудвани операционните зали, а при втория етап се изгражда телецентърът за обучение. Закупена е високотехнологична апаратура на фирмите "Щорц" и "Трумф", която е най-модерната в сферата на ендоскопката апаратура. Оборудвани са две учебни амфитеатрални зали с вградена аудиовизуална конферентна мрежа за връзка извън страната. Изградена е учебна операционна зала по ендоскопска хирургия за опитни животни с видеоконферентна връзка и с четири поста. Монтиран е и първият в Източна Европа виртуален ендотренажор - система за обучение в реално време по ендоскопска хирургия, със софтуер, съдържащ 180 000 оперативни интервенции, записани от практиката в цял свят. Обособени са също заседателна зала и библиотека. С изграждането му студентите, докторантите и специализантите получават уникална възможност за обучение за работа с авангардна апаратура. Системата позволява постоянна връзка между оператора по време на хирургическата интервенция, конферентните и експерименталните операционни зали, както и централните за диагностика и терапия в страната и чужбина. Традиционната хирургия е изчерпала своите възможности, затова се върви към един нов вид интервенции. Целта на развитието на миниинвазивната хирургия е бързото възстановяване на пациентите и успешното им завръщане към социалния живот. В Плевен е изградена цялата база за телехирургия, или т. нар. хирургия от разстояние.

Директор на центъра е проф. д-р Григор Горчев, ректор на Медицински университет-Плевен, успял да внедри нов тип хирургия в клиничната практика - "Робот асистирана хирургия". Той е първият и единствен за Югоизточна Европа сертифициран хирург на конзола за извършване на гинекологични операции с роботизираната система da Vinci S.



Връчване на наградата Мини Нобел в областта на медицината за 2009 г. на студентката на МУ-Плевен, вече стажант-лекарка, Полина Маринова (в средата).

Новият еврокомисар Джон Дали държи на превенцията

Развитието на ефективни здравни системи във всички държави членки и еманципиране на потребителите чрез информацията ще са водещите принципи на Джон Дали като еврокомисар по здравеопазването и защита на потребителите. Той декларира, че ще работи "за удължаване на средния брой години, които гражданите могат да очакват да изживеят в добро здраве", като поставя ударение върху мерките за превенция на заболяванията, както и на осигуряването на достъпни, безопасни и ефективни лекарства за пациентите в ЕС. Дали очаква предстоящия доклад за дейността на Европейската агенция по ле-

карствата, за да търси възможности за оптимизиране навлизането на нови лекарства на пазара в по-кратки срокове и с минимални разходи. Еврокомисарят възнамерява да продължи да окуражава държавите членки да поставят графични предупреждения на кутиите с цигари и заедно с колегите си от другите ресори ще търси начини да направи тютюна по-малко привлекателен, особено за младите хора. Финансирането на пациентски групи от Програмата за здравеопазване ще бъде преосмислено, с цел да бъдат подкрепяни организации в обществена полза, които ефективно защитават правата на пациентите, без да е налице конфликт на ин-

тереси. По време на тричасовото препитване пред комисията бъдещият еврокомисар не се побоя да навлезе и в чувствителни теми.

Джон Дали заяви, че би искал петгодишният му мандат да бъде запомнен с осигуряването в училищата на необходимата информация за влиянието на здравословния начин на живот. Една от областите, в която новият еврокомисар обещава да съсредоточи усилията си, е мобилността на пациентите.

Друг въпрос е т. нар. "фарма-пакет", състоящ се от пет директиви за лекарствата с рецепта, както и борбата с фалшивите лекарства. Джон Дали излезе с предложение пакетът да се раздели, за да

стане възможно бързото приемане на текстовете, по които има консенсус, а спорните въпроси да бъдат разгледани отделно.

Евродепутатите обаче не се отзовават с ентузиазъм на неговата идея, тъй като според тях прилагането ѝ може да отложи приемането на важни части от пакета. Съветът им към еврокомисаря е да действа внимателно в тази сфера.

Запитан чия страна би заел при евентуален конфликт между фармацевтичната индустрия и потребителите, Дали категорично потвърждава отдадеността си на потребителите. Въпреки това той посочва, че наличието на силен фармацевтичен сектор ще е в полза на евро-



Джон Дали е роден през 1948 г. в Малта. Политическата му ка-

риера започва през 1987 г., когато е избран за депутат от името на Националистическата партия. Оттогава пет пъти последователно е преизбиран. Бил е министър на икономиката, министър на финансите, за кратко е заемал поста министър на външните работи, а от март 2007 г. е министър по социалната политика в Малта.

пейските граждани, защото компаниите трябва да могат да инвестират в изследователска дейност и да са на предната линия в борбата със заболяванията. На въпрос на кои за-

болявания ще отдава приоритет, Джон Дали изтъква широко обхватни проблеми като наднорменото тегло, алкохолизма, пристрастеността към наркотици и тютюнопушенето.

Продължава обсъждането на трансграничното лечение

Бъдещето на проектната директива за правата на пациентите в трансграничното здравеопазване става все по-неясно, след като проектът бе отхвърлен на среща на министрите на здравеопазването през декември м. г. Документът трябваше да определи кога и как пациенти от държава членка на Евросъюза могат да се лекуват в други държави от ЕС, за сметка на здравните си осигуровки. Испания и Унгария са сред най-яростните критици на документа, а освен тях срещу предложението се обявяват Ирландия, Португалия, Румъния, Словакия, Словения, Гърция и Литва. Швеция до последно се е опитвала да постигне компромис, но без успех. "Това е тъжен ден за пациентите. Те са основните губещи днес. Пропуснатата беше златна възможност да се подсилят правата им при търсене на лечение в друга държава

членка и това лечение да бъде реимбурсирано", коментира тогавашният еврокомисар по здравеопазването Андрула Василиу пред здравните министри след провала на преговорите. Според нея въпросът остава на дневен ред за следващата Европейска комисия, но поради невъзможността да се постигне единомислие, не е изключено предложението да бъде оттеглено изцяло. Европейските институции от няколко години се препъват в директивата, а няколкото версии са отричани от членове на Европейската комисия и Европейския парламент. Паскал Гарел, изпълнителен директор на Европейската федерация на болниците, заяви, че непостигането на споразумение е изненадващо. В идеята все пак има бъдеще, твърди Гарел и посочва за пример сходния опит на Европа с директивата за работното време, при която постигането на съгласие отне че-

тири години. "Резултатът е незадоволителен, но това няма да промени съществено живота ни. Ще работим с па-



циентите, прекосяващи границите, както сме го правили и досега", коментира още Гарел.

В момента държавите от ЕС изразходват за лечение в чужбина средно 1 на сто от публичните средства за здравеопазване. Услуги в

чужбина търсят предимно пациенти с редки заболявания и живеещите в погранични райони. Европейската

комисия е изчислила, че приемането на предлаганата директива би повишило необходимите средства с 90 млн. евро годишно, от които около две трети ще отидат за административни разходи.

Дебатите по правата на пациентите в ЕС започнаха

още в средата на 90-те, когато гражданин от Люксембург поиска от осигурителния си фонд да плати за посещение на дъщеря му при ортодонт в Германия. Осигурителната компания отказа и семейство Кол отнесе въпроса към съда. Неговият случай заедно с този на белгинец Декер стигнаха до Европейския съд, който през 1998 г. се произнесе, че в някои случаи пациентите трябва да бъдат реимбурсирани за лечение в друга държава от ЕС. През 1999 г. по повод на друг прецедент съдът постанови, че никоя здравеопазна система не може да бъде освобождавана от Европейския договор. През 2006 г. Европейският съд, отново въз основа на частен случай се произнесе, че здравните власти не могат да откажат финансиране на лечение в чужбина за пациенти, които ще трябва да чакат за подобно лечение в родината си повече от

медицински разумните срокове.

Държавите-членки на ЕС обсъждат трансграничното здравеопазване от 2003 г., но чувствителността на националните правителства по здравните въпроси винаги е била твърде висока. Първият опит за изработване на нормативна уредба на европейско равнище се провали - здравеопазването беше извадено от европейската директива за либерализирането на услугите, приета през 2006 г., под претекст, че ще стане обект на отделен документ. Последваха месеци на вътрешни битки, след което през юли 2008 г. беше оглашен проектът на директивата за трансграничното здравеопазване.

Ще бъдат ли подновени усилията за постигане на единомислие, вероятно ще е един от основните въпроси пред бъдещия европейски комисар по здравеопазването Джон Дали.

ПРИОРИТЕТИ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

Електронното здравеопазване и донорството



Новата европейска директива за органното донорство и трансплантациите, както и промоцията на електронното здравеопазване ще са двете стратегически цели на испанското председателство на Европейския съюз в областта на здравеопазването, обяви министърът на здравеопазването и социалната политика на Испания Тринидад Хименес пред здравната комисия в Европейския парламент. Евродирективата за качеството и безопасността на органното донорство и трансплантациите ще въведе общи елементи и добри организационни и медицински практики от опита на държавите членки. "На 23 март в Мадрид ще се състои конференция на ви-

соко равнище, посветена на трансплантациите на органи", а Европейската комисия и испанското председателство на ЕС ще организират на 15-18 март в Барселона и конференция за промоцията на електронното здравеопазване и прилагането на нови информационни технологии в здравеопазването, каза още министър Хименес. Той заяви, че испанското председателство ще се опита да придвижи и "много амбициозното" предложение за трансграничните медицински услуги, което отчита основни правила за качество и безопасност на пациента и отстоява принципа, че здравето е обществено благо, а не просто пазарен артикул.

Тринидад Хименес подчерта, че според Испания е важно да се иска предварително разрешение от здравния фонд по местоживееене, когато се търси медицинска помощ в друга държава членка от ЕС, или да се изгради система за контрол на обществените и частните здравни центрове на цялата територия на Европейския съюз. Испанското председателство ще продължи да работи и по европейското законодателство, свързано с лекарствата, с акцент върху битката с разпространението на фалшиви медикаменти и контрол в сектора. Ще продължи и разработването на изисквания за безопасността на храните и регулиране на информацията за потребителите.

ОПИТ

В Германия настояват за реформа поради недостига на medici

По данни на Обединението на лекарите и здравните каси на Германия (KBV) в момента в страната има недостиг на 3620 лекари, от които 2026 общопрактикуващи, 1260 психотерапевти и 334 тесни специалисти и педиатри. Най-сериозен е проблемът в селските райони, както и в провинциите Долна Саксония, Северен Рейн-Вестфалия, Саксония-Анхалт и Бавария. Поради тази причина германските medici настояват правителството да обмисли реформа на здравеопазването в страната.

Здравните власти в Източна Германия също бият тревога, че броят на лекарите не отговаря на нуждите на населението. Особено тежко е положението с личните лекари. Само в Саксония със столица Дрезден липсват 340 джипита. В Арцберг например се предлага частен кабинет с пълно оборудване, а който го вземе, ще получи 5000 евро брутна месечна заплата плюс хонорари.

От Лекарския съюз в Дрезден твърдят, че се явил български лекар, огледал помещението за частна практика, но

отказал да ги наеме с аргумента, че ще обмисли и други възможности. Тук все по-често се принуждават да предлагат работа на пенсионираните доктори. Малко са и студентите, готови срещу стипендия да се обрекат на общата медицина. Само 13 души от Медицинска академия в Дрезден миналата година са подписали договори да работят като джипита.

Мнозина немски специалисти предпочитат да отидат в Швейцария или в скандинавските страни, където заплащането е по-добро.



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
СЪЮЗ НА БЪЛГАРСКИТЕ МЕДИЦИНСКИ ДРУЖЕСТВА
НАУЧНИ ПРОЯВИ ПРЕЗ МАРТ 2010 г.
10-12 МАРТ - СОФИЯ 25-27 МАРТ - ПАМПОРОВО

Симпозиум "Миниинвазивни техники на SMAS - лифтинг без белези" (с международно участие)

Организатор: Българско дружество по естетична хирургия и естетична медицина

Проблематика: Миниинвазивни техники на SMAS - лифтинг без белези

Председател на организационния комитет: д-р Николай Сердев

Адрес за кореспонденция: д-р Николай Сердев, Медицински център "Естетична хирургия и естетична медицина", ул. "20 април" № 11, София 1606, телефон 952 46 52



XIII национална гинекологична конференция (с международно участие)

Организатор: Българско дружество по акушерство и гинекология

Проблематика: Съвременни проблеми на репродукцията

Председател на организационния комитет: професор д-р Никола Милчев

Адрес за кореспонденция: професор д-р Никола Милчев, завеждащ катедра по акушерство и гинекология, УМБАЛ "Свети Георги", ул. "Пешерско шосе" № 66, Хирургичен блок, Пловдив 4002, телефон 032/602 868



АВСТРАЛИЯ СПЕШНО ТЪРСИ ЛЕКАРИ

Австралийското правителство предвижда да преразгледа основно имиграционната политика на страната, за да ограничи наплива на нискоквалифицирани чужденци, но да бъдат привлечени повече специалисти с висока квалификация. Досегашният списък на търсените 106 професии ще бъде анулиран и ще бъде съставен нов, който да съответства на реалните икономически нужди на страната, заяви министърът по имиграцията Крис Еванс. Според него хиляди желаещи да получат австралийско гражданство посещават всевъзможни курсове по готварство, фризьорство и градинарство, тъй като тези професии са в стария списък. Новият политически курс ще доведе до отхвърлянето на поне 20 000 молби на нискок-



валифицирани имигранти, но ще нанесе удар върху австралийския презокеански студентски сектор, носещ приходи от 13 милиарда долара. Много студенти от Азия се стремят към постоянно местожителство в Австралия,

след като завършат професионални курсове в частни колежи като фризьори или в кетъринга. Правителството обаче е решило да се съобрази с мнението на немалко експерти, призовали австралийските власти да променят политиката към чуждестранните студенти след разкрития, показващи, че студентите се обучават, само за да се заселят в страната. На първо място на Австралия са й необходими квалифицирани лекари, следват медицински сестри, инженери и работници в минната промишленост.

През ноември миналата година Асоциацията на лекарите на Австралия обяви награда от 3000 долара за всеки, който успее да доведе в държавата им поне един доктор. В момента в отделни райони на страната остават вакантни около 500 работни места за лекари.

Абонирайте се за 2010 г.

Във всеки пощенски клон -

Каталожен №401



ЕДИНСТВЕНОТО НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЛС!

За година - само **10,80 лв.**
За 6 месеца - **5,40 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	2,00 лв./кв. см	1,70 лв./кв. см
Плюс един цвят	2,50 лв./кв. см	1,90 лв./кв. см
Четири цвята	3,00 лв./кв. см	2,20 лв./кв. см

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

Цвят	Последна страница
Черно-бяла	1,50 лв./кв. см
Плюс един цвят	1,80 лв./кв. см
Четири цвята	2,40 лв./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 рекламни каре: 0.30 лв./кв. см.

ЗА САЙТА НА БЛС

I. Информация за сайта:
www.blsg.com е официалният сайт на Българския лекарски съюз.

Той съдържа информация за:
- БЛС (създаване и история, СДО, асоциирани членове, УС, НС)

- Нормативни актове
● Закони
● Подзаконовни 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	
		препращане	с
JPEG	195 x 105 px	15 лв.	20 лв.
банер (статичен)	200 x 133 px	18 лв.	25 лв.
	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:

до 450 знака	7 дни	15 дни	1 месец	2 - 6 месеца
	15 лв.	10%	15%	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%

И СИБИРСКИТЕ ВЕТРОВЕ НЕ ОБРУЛИХА ГЕН. ПРОФ. Д-Р КОСТА СТОЯНОВ



Все още много хора си спомнят един енергичен, отзивчив, ведър и със свежо чувство за хумор доктор, който не отказва знанията и уменията си никому. Все още има лекари, които не са забравили професора, който им е дал криле в хирургията. Това е Човекът, чието име и днес се носи като легенда сред медицинската общност. Това е Хирургът с изключително присъствие в историята на българската медицина и хирургия - генерал професор д-р Коста Стоянов.

Житейският път на д-р Константин Ангелов Стоянов, известен повече като Коста Стоянов, започва на 14 май 1904 г. в малкото монганско селце Соточино. От майка си Юрдана е наследил веселия й нрав и здравото й чувство за хумор, а от баща си Ангел, селски учител - любовта към книгите и науката. След участието им в Септемврийското въстание семейство Стоянови емигрира в Югославия, после в Германия, където Коста става студент по медицина, но наскоро след това се премества за кратко в Австрия. Оттам заминава за мечтаната Москва, където се дипломира с отличие (1929). Специализира три години болнична хирургия - наистина най-подходящата професия за неговата динамична, неспокойна, действена, непрестанно търсеща предизвикателства, отговорности и трудности натура.

СТАРТЪТ Е ВЪЗТОРЖЕН, ДОРИ БЛЕСТЯЩ

През 1932 г. заедно с други 700 най-запалени и възторжени младежи и девойки К. Стоянов заминава като доброволец за Далечния изток да строи новия град Комсомолск на Амур. С еднакво въодушевление върти и кирката, и скапелата. И ако битката със суровата и неотстъпчива тайга е тежка, то битката със скорбута, тифа и глада е жестока. Заради епидемията от петнист тиф го изпращат и в Благовещенск на Амур. Но през тези две толкова трудни години на борба с природата и смъртта, той намира своята спътница в живота - медицинската сестра Виктория Аникевич, и се ражда първата му рожба - дъщерята Лидия. За проявената твърдост, сила и всеотдайност д-р Коста Стоянов получава грамоти, една от които е за заслугите му в ликвидирането на петнистия тиф в Амурската област.

Младото семейство се завръща в Москва и д-р Стоянов започва работа като хирург в Първи московски медицински институт. Там работи с такива светила на съветската хирургия като акад. С. И. Спасокукочки и професорите А. Н. Бакулев, В. С. Левит, С. С. Юдин, Р. Г. Сакаян. Родителите му също успяват да пристигнат в Москва - семейството отново е заедно. Майка му работи в почивния дом на Коминтерна в Кунцевски район. Две чудесни за д-р Стоянов събития му носи 1936 г. - става аспирант на чл. кор. проф. д-р П. А. Херцен и се ражда синът му Георги. Аспирантът Коста Стоянов направо

е в Меката на съветската хирургия и, гледано отстранно, човек би казал, че всички врати се отварят като с възлешна пръчица пред един талантлив и работлив млад човек.

НО... ПО ДОНОС

на 23 февруари 1938 г. българският политемигрант Коста Стоянов е арестуван, осъден като "враг на народа" и изпратен в "експедиция"?! (както дълги години ще се отбелязва този период от живота му) далече на север, в мините на Колъма. Тук блестящият хирург и многообещаващ учен е дървар. После гробар. "Дават му шанс" да работи и като лекар на лагера в мините "Чкалов". Опитват се да го убият при инсценирано бягство, но лагерниците го спасяват. Сибирският вятър отнася романтиката и въодушевлението, но остават жизнено важните идеализъм и чувство за хумор...

Жизнелюбив и жилав, вече на 41-годишна възраст, българинът Коста Стоянов доживява заповедта, с която К. А. Стоянов се освобождава от заеманата длъжност на главен лекар на болницата в мина "Чкалов" от 22.11.1945 г. и се откоман-

Решението на НКВД от 26 май 1938 г. относно К. Стоянов да бъде отменено и делото му прекратено поради недоказаност на престъплението.

Изпълнен с ентузиазъм, д-р Коста Стоянов - със своето богато житейско минало и още по-богато научно, клинично и преподавателско бъдеще - се втурва с цялата си душа и енергия

ВЪВ ВЪЗСТАНОВЯВАНЕТО НА СЛЕДВОЕННА БЪЛГАРИЯ

и в изграждането на медицинската наука и здравеопазване у нас. Веднага е назначен за началник на Хирургично отделение в Железничарската болница. От март 1948 г. вече е главен хирург на БНА и началник на Първо хирургично отделение на Общовойсковата болница в София. Същата година въвежда оперативното лечение на язвената болест.

Натрупаният клиничен опит и нереализираните му идеи изригват вулканично с предоставените му от МНЗ и МНО възможности. Освен че е произведен в чин генерал-майор от Медицинската служба, през 1950 г. прави първата в България операция на сърце - затваря foramen ovale apertum чрез дубликатура на перикарда.

1951 г. е особено интензивна за 47-годишния лекар. Той е главен хирург на войската, но със заповед №

министриране?! Едва ли. На 10 февруари 1952 г. доц. д-р К. Стоянов освобождава по своя воля директорския кабинет на Правителствена поликлиника. До август 1951 г. е началник на Централния военен госпитал. Избран е за доцент и е основател и пръв ръководител на катедрата по болнична хирургия в новосъздадения ИСУЛ. За пръв път в клиниката той прави пулмонектомия и заедно с доц. д-р Генчо Кръстинов прилагат

не на лекари-хирурзи в ИСУЛ.

През 1954 г. получава пълно

ПРИЗНАНИЕ ЗА НАУЧНАТА СИ ДЕЙНОСТ

- избран е за професор и е доктор на медицинските науки в България. През 1955 г. за пръв път у нас прави валвулолиза при сърдечен порок. Заедно с доц. д-р Г. Кръстинов и д-р Димитър

В операционната



интратрахеална анестезия и реанимация при големи операции. Започва прилагането на перикардиолиза при адхезивен перикардит. Пръв у нас прави пластика на хранопровода при изгарянния с изкуствен хранопровод по метода на Ру-Херцен и има оригинален принос в третирането на изгарянията. Заедно с доц. д-р Борис Попов имат оригинален принос за ранната диагноза и лечението на дифузните перфорационни перитонити. Прави и въвежда резекцията на хранопровода при рак. Предлага значително по-малко травмиращ метод за извънплеврален достъп при хирургично лечение на белодробната туберкулоза. Организира и заедно със своите сътрудници в ИСУЛ провежда първия 6-месечен курс за лекари-хирурзи. На следващата година организира и чете лекции на първия курс за усъвършенстване

Арнаулов правят през 1958 г. първите операции за хлътнали (обущарски) гърди у деца. През 1961 г. постига една голяма своя мечта - в новата Трета градска болница е разкрита първата в България клиника по сърдечно-съдова хирургия и проф. Коста Стоянов е първият й ръководител! До смъртта си остава главен хирург на БНА и несменяем завеждащ катедра по болнична хирургия в ИСУЛ. Има оригинални приноси за третирането на измръзванията в мирно и военно време, в борбата с шока, в хирургичното лечение на посттравматичната аневризма на белодробната артерия. Написва и издава десетина книги и е в редколегите на сп. "Военно-медицинско дело" и "Хирургия". Има оригинални приноси за третирането на измръзванията в мирно и военно време, в борбата с шока, в хирургичното лечение на



От семейния албум

дирова.

В края на същата 1945 г. К. Стоянов се връща в Москва, събира необходимите документи и в началото на 1946 г. си идва в България.

Нека припомним този тъжен период на 23 години емигрантство с лаконичното съобщение на Военния трибунал на Московски военен окръг от 4 декември 1957 г., който постановява:

1153 от 07.03.1951 г. МНЗ назначава медицински генерал д-р Константин Ангелов Стоянов и за директор на Правителствената поликлиника, както тогава се нарича Правителствена болница и тий е първият й директор. Мислите ли, че този мащабен многопрофилен хирург би могъл да се задоволи с чиновничество и ад-

ДРУГИТЕ ЗА НЕГО

Ученици:

Никога няма да забравим как оперира проф. Стоянов - неговия пестелив и точен жест, строга анатомичност, оригиналност, конкретна интерпретация и при най-заплетения случай, индивидуализиране на лечението, енциклопедични хирургични интереси, голяма ерудиция и лекторско майсторство.

Проф. д-р Аршавир Дереджан: Енергичен, жизнен, весел и шегуващ се, готов да се отзове

на помощ, блестящ хирург с учудващо предчувствие към евентуални инциденти и услужения, всеотдаен в работата си, пълен с идеи и ентузиазъм.

Проф. д-р Димитър Димитров:

Висш смисъл на своя живот проф. К. Стоянов вижда във всекидневното предаване на богатия си опит на клиницист и учен на своите сътрудници и ученици и често повтаря, че това е най-голямата негова заслуга и най-голямото му

морално удовлетворение.

Проф. д-р Никола Цанков, хирург:

Най-голяма полза съм имал от съвместната работа с ген. проф. Коста Стоянов. Той ме е подтиквал не само към практическата хирургия, но и към научната дейност.

Проф. д-р Бойчо Бойчев:

Коста Стоянов имаше широко, любящо сърце, но мразеше посредствеността, лавиращите и нечестните задкулисни хора. Беше една надарена личност, не бе дребнав, вижда-

ше далеч пред себе си, човек със замач, ясен, открит, честен и със силни морални качества, бодър дух и свеж хумор.

Д-р Хелда Боева, живяла в Москва по време на войната и сталиновите репресии:

Той никога не се оплакваше, не мърмореше, не хленчеше, не се тупаше в гърдите - нито там, нито тук.

Д-р Кирил Тенев, анестезиолог:

Аз съм горд, че съм ученик на проф. Коста Стоянов!

посттравматичната аневризма на белодробната артерия. Паметно в историята на българската кардиохирургия и за проф. Стоянов е още едно събитие. Точно преди 50 г., през 1960 г., той заедно с доц. д-р Генчо Кръстинов и д-р Аршавир Дереджан, са първите български хирурзи, които оперират дете с вродена клапна стеноза на белодробната артерия "на отворено сърце" с американския гост-хирург проф. д-р Майкъл ДеБейки! Детето живее 34 години след операцията и присъства на честването по повод 90-годишнината от рождението на проф. Коста Стоянов през юни 1994 г.

Проф. Стоянов оперира и оперира... До 20 ноември 1965 г., когато ръцете му намират вечен покой.

Огромно е влиянието, което проф. Коста Стоянов оказва върху клиничното мислене и лекарското поведение на поколения хирурзи и анестезиолози в българската медицина. Научната продукция и клиничната работа на проф. К. Стоянов обхваща хирургията на хранопровода, коремната, белодробната, детската и ендокринната хирургия, сърдечно-съдовата хирургия, анестезиологията и реанимацията, военно-полевата хирургия. Изключителна е неговата заслуга за оформянето на тези профили в хирургията като самостоятелни специалности, катедри и клиники.

Цялостната хирургическа, научна, преподавателска, организационна и публикационна дейност на проф. д-р Коста Стоянов, както и създаването и подготовката на десетки научно-преподавателски и клинични хирурзи, от които много негови ученици и последователи са ръководители на катедри, клиники и отделения, 11 са професори, 9 - доценти, 9 - негови аспиранти, много са асистенти и научни сътрудници, отговаря напълно на критериите за основател на медицинска школа и дава основание на историка на медицината проф. Миладин Апостолов да определи нова хирургична школа в българската медицина - **школата на ген. проф. д-р Коста Стоянов.**

Много са отличията, с които е удостоен проф. д-р Коста Стоянов - много български и съветски ордени и медали, званието "Заслужил деятел на науката" (1963). Пред ВМА стои негов бист-паметник, а от 2002 г. първата катедра по болнична хирургия в ИСУЛ - днешната Клиника по хирургия на УМБАЛ "Царица Йоанна" носи неговото име. Миналата година ВМА организира честване по повод 105-годишнината от рождението на генерал-майор проф. Коста Стоянов - основоположник на сърдечно-съдовата хирургия у нас.

Доц. д-р Маруся Петкова

ПАЦИЕНТЪТ - RES SACRA! А ЛЕКАРЯТ?

На 15 август 1963 г., д-р Стефан Черкезов, този съвсем млад, едва 26-годишен селски лекар на с. Стрелец, Велико-търновско, дипломираше се 9 месеца преди това, пътува с автобус в служебна командировка, който се сблъсква в автобус и избухва в пламъци. Д-р Черкезов пътува на степенката, от взривната вълна е изхвърлен в канавката и му няма нищо, но мигновено става и се втурва към горящия ад, за да спасява хората. Подпалва му се косата - потушава пламъците с ръце и продължава. Вади близо 40 души от огнения ад. Облечен е в бяла найлонова риза, която поради високата температура се

Шестима лекари от Болница "Александровска" загиват при обедната бомбардировка над София на 10 януари 1944 г. Четирима от тях са психиатри от Нервно-психиатричната клиника (тогава тези специалности още не са били разделени) - при сирените, дали сигнал за въздушна тревога те не избягват в скривалището, а остават при пациентите си, за да ги успокояват. Синът на единия от тези герои-психиатри - д-р Христо ПЕТРОВ е видният наш геронтолог доц. Георги Петров. (При нощната бомбардировка на 10 януари загива пък основателят на българската оториноларингология проф. Стоян Белинов, но в дома си,

почиват както болните, така и лекарите им.

...Загива и д-р Лидия ГЕОРГИЕВА от Кюстендил. По време на дежурството си в местната "Бърза помощ", на път към пациент, линейката ѝ бива блъсната и ребрата ѝ - потрошени. Оперират я успешно, но при кръвопреливането е заразена с хепатит, а последвалата чернодробна кома я отнася в гроба.

Злополуки, предимно с линейки, отнасят живота на 13 (повтарям: известни ми до момента) лекари, 2 медицински сестри (от Бургас) и една акушерка (от Трявна, придружаваща родилка). Един от тези колеги - националният консултант по гръдна хирургия д-р Илия ДЖАМБАЗОВ, загива при катастрофа със санитарен самолет, който се разбива на 22 юли 1978 г. над Рила и дълго време не са го търсили, защото са мислели, че лекарят и пилотът просто са избягали в Гърция... А те са били само ранени и са пълзели в гората, но са починали от кръвозагубата, глада и изтощението; мъчили са се няколко дни. Случайно ги намират един овчар и чак тогава известяват семействата им. Така че огромна вина за смъртта на тези мъченици носи тогавашната параноична власт. Днес синът на този лекар - д-р Владимир Джамбазов, е поел по неговия професионален път - и той е гръден хирург, работи в клиниката на нашия прекрасен лекар и дългогодишен национален консултант по гръдна хирургия доц. Данаил Петров, от Белодробната болница - София. Дъщерята на д-р Илия Джамбазов също е лекарка, работи във фармацевтична фирма.

И бащата на доц. Данаил Петров умира вследствие работата си. Става въпрос за д-р Борис ПЕТРОВ. Той е завеждащ Хирургичното отделение в Лом. При операция се убожда и се заразява от хепатит В от свой пациент, преболедува го тежко и получава най-неприятното му усложнение - чернодробна цироза, която пък му причинява опасните варици (разширени вени) на хранопровода. Няколко години по-късно, по време на друга операция, тези варици руптурират (спукват се), колегата получава тежък кръвоизлив; превеждат го в София и 2 дни по-късно умира.

Трима невролози от ИСУЛ - д-р Константин КОСТОВ, д-р Васил ЦАНКОВ и д-р Величко ЛИЧКОВ са премазани от ТИР, на път за консултативен преглед в Ямбол.

Д-р Минчо КОЛЕВ, лекар на сливенското село Аврамов, придружава родилка в линейката на път към Сливен; в мъглата по шосето внезапно изскача стадо овце, вследствие рязкото спиране линейката се преобръща, колегата получава тежки травми и 3 дни по-късно издъхва от тях в адски мъки.

Големият наш неврохирург ген. проф. Ганчо САВОВ оперира почти цял ден в клиниката си във ВМА последователно двама пациенти с много тежки и сложни случаи; на път към къщи, пресичайки булеварда, преуморен и разсеян, е блъснат от тролей, получава множество черепно-мозъчни травми и... издъхва в собствената си операция...

Немалко лекари умират не, така да се каже, точно "на минутата" по време на работа, а

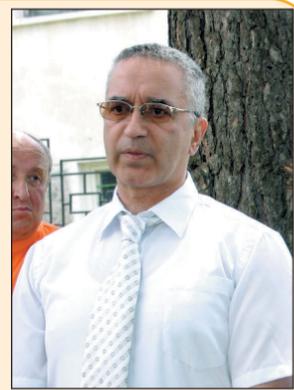
малко по-късно. Така става и с хирурга доц. Георги БРАНКОВ. След приключване на една операция, той пренася на ръце своя пациент до леглото му, вследствие на което хернията му инкарцира (заклещва се). Оперират го успешно, но седмица по-късно получава най-неприятното късно усложнение при подобни операции: белодробна емболия и скоропостижно почива. Неговият син е дългогодишният национален консултант по детска хирургия проф. Огнян Бранков, зав. Клиниката по детска хирургия в "Пирогов".

Д-р Петко ПЕТКОВ, дежурен в "Пирогов" навръх Коледа, цяла нощ се бори за живота на съпрузи, тежко обгорели при пожар; сутринта, силно преуморен, едва се добрира до дома си, но преди да честити Рождество Христова на семейството си, се свлича бездиханен вследствие масивен инфаркт.

Дългогодишният окръжен акушер-гинеколог на Ямбол д-р Горан ГОРАНОВ (баща на сегашния говорител на МВНР г-н Горанов) издъхва, 63-годишен; макар и пенсиониран, той продължаваше да работи неуморно. Една сутрин, след като е извършил през нощта 2 цезарови сечения, четейки рапорта пред колегите си, д-р Горанов издъхва за секунди, покосен от масивен инфаркт. Така почиват и акушер-гинекологът на Добрич д-р Камен АНДРЕЕВ, едва 57-годишен; и колегите им от "Майчин дом" д-р Димитър КОВАЧЕВ, д-р Спас СПАСОВ и д-р Васил ГУНЕВ. Намират в кабинета му, издъхнал от своя 3-ти получен по време на работа инфаркт, акушер-гинеколога на Смолян д-р Тодор КИРАНОВ.

По този героичен начин - по

Д-р Тотко Найденов, лекар и журналист, ни предостави изследването си, посветено на медици, загинали при изпълнение на професионалния си и човешки дълг. Всъщност това е сериозна и подробна аргументация за поредната инициатива на д-р Найденов - да отбелязваме 15 август като Национален ден на спасението. Публикуваме изследването му със съкращения. Темата е актуална сега, когато се заговори много за лекарски грешки, но никой не се обръща с лице към лекарската самоотверженост...



Нено ГЕОРГИЕВ и Георги МИЛКОВ.)

Наистина, огромно е физическото и психоемоционалното напрежение в операционните зали; то е съчетано с отговорността към човешкия живот, който буквално държиш в ръцете си, горещината, продължителното, дълги часове стоеене прав, безсънието (голяма част от случаите стават при нощни дежурства или операции).

А колко повече са случаите, когато вследствие пренапрежението и отговорността лекари получават инфаркти или инсулти, отключват ритъмни нарушения или диабет или се заразяват от своите пациенти (предимно хепатит В или С), и - слава, Богу! - не умират, но си увреждат здравето непоправимо или се инвалидизират за винаги?!

Излиза, че професията, която връща здравето и спасява човешкия живот, е най-опасна за здравето и живота на хората, които я практикуват!!

Покъртителен е случаят с братовчедите Хекимови - Бо-

във Втора университетска хирургия - Пловдив. По време на отпуската си в Златоград винаги се отзовава на покани на колелите си да оперира - безвъзмездно! Така и загива в болницата, рано сутринта, току-що приключил тежка операция. Този род - Хекимовият, е несъмнено най-лекарския в България (хеким на турски означава лекар); коренът им е от Златоград, от него са произлезли 6 поколения народни лечители и лекари - дипломираните са над 30; петима са загинали при изпълнение на служебния си дълг (освен двамата братовчедо-хирурзи, и още трима, не-дипломирани лечители, в далечното минало, заразени фатално от свои пациенти - от чума и жълтеница).

Почиват, на път към къщи, още недостигнали до дома си след изнурително нощно дежурство, неврохирургът от "Пирогов" д-р Стефан БЕЗЛОВ, носител на "Златен Хипократ", анестезиологът д-р Георги КОСОВСКИ (въпреки предишните си 2 инфаркта, продължава да дава нощни дежурства; отключвайки вратата на автомобила си след поредното от тях, се свлича бездиханен от него) и много други.

Тези над 50 хирурзи (повтарям - половината от тях са пироговци!), починали по време на работа или минути след приключването ѝ - от преизтощение и отговорност, са на средна възраст 55-57 години, т. е. в разцвет на силите си. За пореден път спасявайки затруднени миньори, загива дългогодишният минен спасител Илия Шинков от Мадан. Така загиват и полицаи, защитавайки нападателни от бандити граждани, и много обикновени граждани, самоотвержено хвърлили се в морските вълни да спасяват давящи се. Делото и паметта на тези достойни наши сънародници трябва да се почита...

Официализирането на 15 август като Национален ден на спасението е една уникална възможност да докажем и поощрим духовността на своите сънародници и в това отношение ще бъдем единствената страна в ЕС, а сигурно в света, която отбелязва и почита паметта на своите сънародници, спасители на човешкия живот.

По една щастлива случайност (доколкото е възможно щастие в трагедията) датата на подвига на д-р Стефан ЧЕРКЕЗОВ 15 август съпада с Деня на Майката на Спасителя. Затова се надявам на подкрепата и от влиятелни духовници от Българската православна църква...

.....
Илюстрациите са стенописи в ИСУЛ, автори са студенти от Художествената академия.



стопява по тялото му, като му причинява дълбоки изгаряния (кожата му буквално виси на парцали). Идват линейките, но Лекарят - вместо първи да легне в някоя от тях, сам мъкне носилките с пострадалите хора и ги товари вътре. Накрая, останал последен, тръгва пеша към близкия град Горна Оряховица, под жаркото слънце. Присреща го една линейка и го кара в амбулаторията на хирургичното отделение. Медиците, забелязали тежкото му състояние, мигом се втурват към него, но д-р Черкезов ги отправя с изумителните по своята самоотверженост думи: "Колеги, оставете ме, аз ще умра, гледайте другите..." Издъхва на следващия ден в адски мъки. Остава млада жена вдовица и момиченце-сираче, едва на годинка и половина.

През 2005 г. предложих на ген. Стоян ТОНЕВ да увековечим чутовния подвиг на този юначен Българин и Лекар и вече пета година много болници в страната го отбелязват по ритуал, сходен на 2 юни: персоналът излиза пред вратите им точно в 12 ч. и мълчи за 1 минута, през което време сирените на линейките вие...

Освен д-р Черкезов, чрез анкети по телефона съм открил още над 100 колеги, загинали при изпълнение на служебния си дълг, но вероятно те са поне още толкова. Тези колеги буквално са изпълнявали определението на Хипократ за пациента - че той е "рес сакра" ("свещена вещ") и истинският, самоотверженият Лекар трябва да отдаде всичките си сили за оздравяването му.



време на свръхнапрегнатата си и отговорна работа или непосредствено след нея - през последните 40 години са починали повече от 70 лекари: предимно хирурзи (над 50; половината от тях - от "Пирогов"); вероятно това е болницата с най-много лекари и сестри, станали жертва на своята велика професия (в света!!), 9 акушер-гинеколози и 2 ортопеди (впрочем, те също са хирурзи), 3 общопрактикуващи лекари (преуморени, в края на работния ден!) и пр. (Сред тях са и столичните професори-хирурзи Байо БАЕВ,

жидар и Кирко. И двамата са хирурзи, и двамата умират по един и същи начин: от масивен инфаркт, призори, минути след извършени от тях среднощни операции. Д-р Божидар Хекимов е 42-годишен., съдов хирург в Хасковската окръжна болница. Преуморен след тежко нощно дежурство, но щастлив от успешно проведените операции, си тръгва към къщи, за да погали 3-месечния си син; едва излязъл от двора на болницата, пада до оградата ѝ и издъхва. Д-р Кирко Хекимов, 60-годишен, е главен асистент