

# QUOVADIS

ЛЪТОПИСИ  
НА  
ЛЪКАРСКИЯ СЪЮЗ  
ВЪ БЪЛГАРИЯ

София, година XII, брой 3, четвъртък, 31 март 2011 г.

Национално издание на Българския лекарски съюз [www.blsbg.com](http://www.blsbg.com)



**17-20 МАЙ**  
**БУЛМЕДИКА**  
**БУЛДЕНТАЛ**

*Националният съвет на БЛС реши:*

## 52-РИ ИЗВЪНРЕДЕН СЪБОР

### НА 15, 16 И 17 АПРИЛ

• Обсъждат се промени в Устава и в Етичния кодекс

Преди това -

## КРЪГЛА МАСА ЗА ЛЕКАРСКИТЕ ГРЕШКИ

на стр. 3

• Проф. д-р Милан Миланов представи разработка по темата



## actavis

ДОПИСВАНЕ НА ТЕМАТА

Между лекарите и обществото трябва да стои правото

среща при омбудсмана



на стр. 4

НА ФОКУС

Медиците продължават да напускат



на стр. 8-9

В БРОЯ

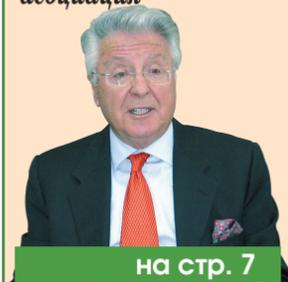
БЕЗ РЕТУШИ

Отново финансов натиск върху болниците

на стр. 5

СПЕЦИАЛЕН ГОСТ

Проф. Христос Писиотис, консултант на Гръцката медицинска асоциация



на стр. 7

СЪПРИЧАСТНОСТ

## ЙЕРОГЛИФ НА НАДЕЖДАТА ОКАЧИХА В МУ-ПЛЕВЕН



Проф. Горчев се среща с японски студенти

Ректорският съвет гласува да покрие разходите по обучението на останалия без близки Хироси Чива

на стр. 6

# БУМ!



# ОХ!!

# АЙ!!!



Без консерванти!  
Без парабени!

**ПРИ КОНТУЗИИ, НАТЪРТВАНИЯ,  
МУСКУЛНА УМОРА**

Хомеопатичен лекарствен продукт. Не се прилага под 1 годишна възраст. Без лекарско предписание.

За пълна информация:  
БОАРОН БГ, 1408 София, ж.к. Южен парк, бл.28, вх. А, ап. 6, тел. 963-09-06, факс: 963-45-00

LABORATOIRES  
**BOIRON**

# Световната банка: БЪЛГАРИТЕ ПЕСТЯТ ОТ ПРЕГЛЕДИ ПРИ ДОКТОР И ОТ ЛЕКАРСТВА

България е сред страните в Източна Европа, в които икономическата криза е нанесла най-голям удар върху хората, а след идването си на власт правителството на ГЕРБ е засилило негативния ефект, намалявайки разходите за здравеопазване и образование. Това показва последният доклад на Световната банка, който разглежда как домакинствата и правителствата от Източна Европа и Централна Азия се справят с рецесията. Експертите на банката, базирали изводите си на данните от 2009

година. През втората половина на 2009 г., кабинетът намали с 436 млн. лв. заложените 3.07 млрд. лв. за здравеопазване и финансирането на сектора беше свито с 6.9% спрямо 2008 г. Намалението на всички държавни разходи без социалните, тези за МВР и отбраната беше заради резкия срив на данъчните приходи. Според изследването на Световната банка в стремежа да намалят разходите си българските домакинства започват да прибавят до стратегии, които не само

влошават качеството на живота им, но и го застрашават. Например всяко пето от най-бедните семейства е ограничило посещенията си при лекар, дори и при болест, а 36% са престанали да купуват предписаните им лекарства. Това се отнася в по-голяма степен до семействата от ромски и турски произход, уточняват в доклада. Световната банка прогнозира, че нови 10 милиона души в Източна Европа и Централна Азия ще изпадат в бедност заради кризата.



По покана на БЛС, на 18 март 2011 г. в централата на съсловната организация гостуваха проф. Христос Писотиос, консултант на Гръцката медицинска асоциация, и Георгиус Паскалидис, сътрудник на Асоциацията. В рамките на визитата им бе проведена работна

среща. От страна на БЛС в нея взеха участие зам.-председателят д-р Юлиан Йорданов, главният секретар д-р Димитър Ленков и доц. д-р Андрея Андреев. Обсъдени бяха въпроси, свързани със структурата и организацията на работа на Гръцката медицинска асоциация, про-

## ПРЕДСТАВИТЕЛИ НА ГРЪЦКАТА МЕДИЦИНСКА АСОЦИАЦИЯ ГОСТУВАХА НА БЛС

дължаващото медицинско обучение в Европа и акредитацията му от Съвета за европейска акредитация на ПМО (ЕАССМЕ), здравноосигурителната система в Гърция и други проблеми от взаимен интерес.

Интервю с проф. Писотиос - на стр. 7

## Лекари съгям Касата

Бум от дела на пазарджишки джипита срещу местната здравна каса за наложени глоби задържаха административния съд в града, съобщиха общопрактикуващи лекари. Докторите били глобени заради това, че са дали повече направления за първите две тримесечия на 2010, отколкото предвиждат наложените им лимити. 20 джипита, които били проверени, трябвало да възстановят на РЗОК суми до 8000 лева.

Пазарджишката болница "Хигия" успя да си прибере от местната районна здравноосигурителна каса 255 778 лв., дължими за извършени дейности и отчетени клинични пътеки. Лечебницата беше първата, която заведе граждански иск срещу държавната структура през декември миналата година, след като Касата просрочи разплащанията си към здравното заведение по фактури от април, май и юни миналата година.

## Студенти учат медицина под водата

Студенти по медицина ще учат морски профил и със спускания под вода. 30 бъдещи лекари започват занятия в Медицинския университет - Варна. Курсът е единствен у нас. Студентите ще изучават морска токсикология и психология. Ще се запознаят с работата на барокамерата във ВМА във Варна. Ще имат практика във Военноморското училище.

## Нова организация на спешната помощ

Здравното министерство издаде нови инструкции за организацията на спешната помощ в страната. Целта е да се подобри лечението на пациентите. С новите правила линейките трябва да карат пациентите до най-близкото лечебно заведение, в което може да им се окаже нужната медицинска помощ, без значение на територията на коя област се намира то. С промени-

те се прекратява практиката да се прехвърлят пациенти от една линейка в друга, когато се карат на далечни разстояния. Смяна на санитарните автомобили ще се допуска само, ако има нужда от осигуряването на линейка с по-висока степен на оборудване или медицински екип с по-висока квалификация. В случай, че лечебното заведение, в което е откаран пациентът, не може

да му окаже нужната помощ поради липсата на квалифициран персонал или апаратура, веднага трябва да се направи първична реанимация на болния и да се осъществи връзка с националния консултант по съответната медицинска дисциплина. Ако някое лечебно заведение откаже да приеме спешен пациент, ще трябва да даде писмени обяснения за причините.

### IN MEMORIAM

#### ПОЧИНА

известният акушер-гинеколог

## ПРОФ. Д-Р ДИМИТЪР РАДОНОВ

един от възстановителите на БЛС

След кратко боледуване на 93 години ни напусна професорът, който има огромни заслуги за развитието на акушер-гинекологията у нас и е учител на най-добрите български АГ-специалисти.

Роден е на 17.11.1917 г. в гр. Банско, завършва 1-ва мъжка гимназия в София и Медицинския факултет на Софийския университет. Преминава през всички стъпала на професионалната кариера. Бил е зам. директор по лечебната чест в Института по акушерство и гинекология. От 1978 г. до пенсионирането си е завеждащ клиниката във Втора градска болница. Дългогодишен републикански консултант по акушерство и гинекология. Над 5 000 деца са родени при него.

Професор Радонов е автор и съавтор на повече от 150 публикации в нашия и чуждия печат. Създател е на множество иновативни методи за лечение, които са се превърнали в правила за лечение на гинекологичните заболявания. Автор е на книгата "Вътрешни болести и бременност" - извънредно ценна при решаването на сложния проблем на бременността и раждането особено при сложни обстановки. Той е автор и съавтор на редица фундаментални книги като: "Застрашен плод и новородено", "Клинична патофизиология на бременността и новороденото", "Хипотрофия на плода и новороденото", "Методология на елективното родоразрешение". Един от пионерите е за развитието на перинатална медицина.

Носител е на Народен орден на труда "Златен", награден е със сребърен орден на Община София и с много награди от различни организации. Обявен е за "Заслужил гражданин" на гр. Банско

Проф. Радонов води продължителна битка за възстановяване на Българския лекарски съюз. Още през 1984 г. за пръв път поставя този въпрос в писмо до ЦК на БКП, МА и МНЗ. В него се изтъква необходимостта от възстановяването на БЛС за издигане авторитета на лекарите. Тази теза е защитавал и в TV предаването "Всяка неделя". Въпросът е повдигал в статии във в. "Отечествен фронт". През 1990 г. на общо събрание на МА в присъствието на лекари от цялата страна изнася доклад за необходимостта от възвръщането на БЛС и е подкрепен от всички присъстващи. След възстановяването на Съюза дълги години работи активно за утвърждаване на авторитета на съсловната организация.

Поклон пред незабравимия колега, учител и приятел!

### IN MEMORIAM

#### Напусна ни

## ПРОФ. Д-Р ЗДРАВКО СТАНЧЕВ

доайен на българските педиатри

Проф. Станчев е основоположник на детската ендокринология и генетика у нас. Автор е на над 200 научни публикации и монографии, описал е за първи път в България 37 синдрома и редки болести. Той посвети 50-години на педиатричната практика, бе учител на няколко поколения детски лекари.

Колегите му ще го запомнят като високоерудирани личност и блестящ лекар. Кончината на проф. д-р Здравко Станчев е загуба за българската педиатрична общност.

Проф. Станчев е роден на 23.9.1920 г. във Велико Търново. Завършва висше медицинско образование в Медицинския факултет на Софийския университет през 1946 г. Той ръководи в продължение на 15 години първата у нас Клиника по детска ендокринология. Носител е на орден "Св.Св. Кирил и Методий" - I степен.

Поклон пред светлата му памет!



## ОБЯВА

### Многопрофилна болница за активно лечение по неврология и психиатрия "Св.Наум" ЕАД,

София, 1113 ул. „Любен Русев“ №1, тел. (02) 97 02 300; изпълнителен директор тел. (02) 8703298, факс (02) 87 09 309 ел. поща: ubaln@yahoо.com

на основание чл.68 от ЗЛЗ и чл.90 от Кодекса на труда обявява конкурс по документи и събеседване по предварително представен проект на тема, подробно описана в настоящата обява за следните длъжности:

- Началник на Клиника за интензивно лечение на нервни болести;
- Началник на Отделение по нервни болести на Клиника за интензивно лечение на нервни болести;
- Началник на Отделение за интензивно лечение на Клиника за интензивно лечение на нервни болести;
- Старша медицинска сестра на Клиника за интензивно лечение на нервни болести;
- Старша медицинска сестра на Отделение за интензивно лечение на Клиника за интензивно лечение на нервни болести.

#### 1. Определям изисквания за заемане на длъжността Началник клиника/отделение:

- Кандидатите да притежават:
- Образователно-квалификационна степен "магистър" по медицина;
- Хабилитирано лице с призната медицинска специалност по профила на клиниката /за клиника/;
- Призната медицинска специалност по профила на отделението;
- Трудов стаж минимум 10 години по специалността за клиника и не по-малко от 5 години за отделение;
- Квалификация по здравен мениджмънт /за клиника/;
- Да не са осъждани на лишаване от свобода за умишлени престъпления от общ характер, освен ако са реабилитирани.

#### 2. Изисквания за заемане на длъжността Старша медицинска сестра на клиника/отделение:

- Образователно-квалификационна степен "бакалавър" или "магистър" по специалност "Управление на здравните грижи";
- Трудов стаж не по-малко от 10 години като медицинска сестра;
- Да не са осъждани на лишаване от свобода за умишлени престъпления от общ характер, освен ако са реабилитирани.

#### 2. Необходими документи:

Документите се подават в запечатан непрозрачен плик. В този плик са поставени два запечатани непрозрачни плика, обозначени с надпис "Плик 1" и "Плик 2" и със съдържание както следва:

#### Плик 1 - Съдържа следните документи:

- Заявление за участие в конкурса с посочен телефон за връзка и адрес за кореспонденция;
- Професионална автобиография;
- Нотариално заверени копия от дипломите за научна степен и звание, за образователно-квалификационна степен и за специалност;
- Препис от трудовата книжка;
- Копие на документа за квалификация по здравен мениджмънт за началник клиника;
- Свидетелство за съдимост;

#### Плик 2

- Писмена разработка на тема за началник клиника/отделение: "Развитие и управление на клиниката/ отделението в медицински, икономически аспект, контрол върху разходите";
- Темата, предмет на събеседването с кандидатите е: "Развитие и управление на съответната клиника/ отделение в медицински, икономически аспект, контрол върху разходите";
- Проект на тема за старша медицинска сестра на клиника/отделение: "Повишаване качеството и ефективността на здравните грижи в клиниката/отделението";
- Темата, предмет на събеседването с кандидатите е: "Повишаване качеството и ефективността на здравните грижи в клиниката/отделението".

Документите се подават в деловодството на МБАЛНП "Св.Наум" ЕАД, гр.София, бул. "Цариградско шосе - IV км" в срок 1 /един/ месец от публикуването на обявата, всеки работен ден от 08,30 до 16,00 часа.

#### Адрес на редакцията:

София, бул. „Акад. Иван Евстр. Гешов“ 15, НЦООЗ Български лекарски съюз, тел. 02/ 954 98 90

#### Отдел „Информация и връзки с обществеността“

Главен редактор: Лилия Н. Петкова  
 Редактор: Лили Войнова  
 Фоторепортер: Георги Георгиев  
 Предпечат: Ан-Ди  
 Експонация и печат: „Печатница София“



## Националният съвет на БЛС реши:

# ИЗВЪНРЕДЕН СЪБОР -

## ОТ 15 ДО 17 АПРИЛ

### ● Промени в Устава ще превърнат Съюза в Лекарска камара

**И**звънредният 52-ри събор на Българския лекарски съюз ще се проведе на 15, 16 и 17 април в с. Равда. Това реши на свое заседание Националният съвет на БЛС. На Събора ще се обсъдят предложения за промени в Устава и в Етичния кодекс на съсловната организация, както и варианти за изграждане на "Дом на българския лекар".

Промените в устава целят БЛС да се преобразува в Лекарска камара. В състава на камарата ще влязат Националната организация на специализиращите лекари; Националната организация на лекарите от първичната и извънболничната медицинска помощ; Националната организация на лекарите от специализираната извънболнична медицинска помощ; Националната организация на лекарите от болничната медицинска помощ; Национална организация на медицинските специалисти (Дружества по специальности).

Предложенията за промени са в изпълнение на предизборната платформа на д-р Цветан Райчинов, представена преди да бъде избран за председател на УС на БЛС. Към тях са включени и предложенията от РЛК. Д-р Райчинов предупреди, че е най-добре лекарите сами да реструктурират организацията си, защото в противен случай това ще стане откъдето по законодателен път. Вече имало идеи сред някои политици за подобно нещо.

Измененията предвиждат промяна в състава на управителните органи на Съюза. При първия вариант се предлага БЛС да има петима заместник-председатели, вместо двама, както е в момента. Според предлаганите текстове, те вече няма да се избират от Събора, а постове ще бъдат заемани по право от председателите на подструктурите към съсловната организация. При втория вариант се предлага БЛС да е с трима зам. шефове, избрани от Събора от квотата на джипитата, специалистите и болничните лекари, а петимата председатели на съответните организации да влязат без избор в УС на Съюза.

Предложенията предизвикаха оживени дискусии по време на Националния съвет на БЛС. Според някои от участниците в НС по този начин ще се наруши равнопоставеността, тъй като част от членовете на Управителния съвет ще бъдат

избирани, а останалите ще получат длъжностите по право. Затова беше предложено всички да се избират директно от Събора.

Промените предвиждат още членството в сдруженията на лекарите, които ще се включат в БЛС, да остане на доброволен принцип. Организациите ще приемат устава, които не трябва да противоречат на този на БЛС, и ще избират ръководните си органи с тригодишен мандат, като мандатите ще трябва да съвпадат с този на централното ръководство. Подструктурите ежегодно ще определят до 10 свои представители за участие в преговорите по рамковия договор на експертно ниво. Има и идея при освобождаване мястото на председателя на Управителния съвет на съсловната организация, то да се заема от главния секретар на БЛС, вместо от зам.-председател, както досега.

Ако новите текстове бъдат приети, те ще влязат в сила от деня на публикуването им на сайта на БЛС. Подструктурите на БЛС пък ще трябва да приведат уставите си в съответствие с тях до края на 2011 г., предвижда проектът. До края на март 2012 г. ще трябва да се проведе и редовен отчетно-изборен събор, който да избере ръководни органи на БЛС съгласно промените в устава. Как точно да се структурират управителните органи на Съюза ще преценят делегатите на 52-рия събор. След това ще бъдат иницирани и промени в Закона за съсловните организации.

#### Регистрираща и оповестяваща система за грешки

По предложение на председателя на етичната комисия на БЛС проф. Милан Миланов Националният съвет реши на 7 април да се проведе кръгла маса, на която да бъде поставен отново проблемът за лекарските грешки. "Въпреки наличието на цялостна законова и подзаконова област в тази сфера, сме свидетели на развихрящ се



остракизъм от страна на обществото към медицинската дейност, което, ако продължава, неминуемо ще доведе до остракизъм и от страна на медицинската общност и тогава какво правим", попита професорът колегите си. Затова според него е крайно време да се постигне обществен консенсус за това какво е лекарската грешка

Проф. Миланов направи впечатляваща презентация пред членовете на НС по темата, като представи идеите си за нов етичен кодекс на организацията. Той включва изцяло нова класификация на лекарските грешки, създаване на оповестяваща

система на грешките, която да подпомага практиката на лекарите и предложение за създаване на лекарски професионално-експертни комисии, членовете на които да се одобряват от БЛС. Друга новаторска идея е съсловното само да определя националните консултанти по различните специалности. Сега те се избират от министъра на здравеопазването. В тази връзка професорът предложи конкретни действия, като създаване

даване фигурата на "DATA REPOSITORY" "информатор", за всяка болница, за всяко ДКЦ, за регионална структура на ОПЛ, за ЦСМП. Той ще събира и оповестява отделните случаи, при които се е стигнало по една или друга причина до лекарска грешка. Създаване също на национална регистрираща и оповестяваща система за грешки, която да прави всяка година отчет и предложения за промяна на нормативните документи, промяна в НПК - досъдебно и съдебно преследване след установяване на "грешка" от съответните органи и други.

"В сферата на грешките медицината е най-близко до въздухоплаването: много от факторите, които водят до грешки в двете области са сходни. И при двете често грешките са фатални. И при двете ако първата грешка не бъде радикално решена, последващите нарастват в геометрична прогресия. И при двете има наличие на "черна кутия", но за разлика от авиацията при нас тя е неофициална и неотваряема. Така че искам да завърша тази презентация със следния призив: КОЛЕГИ ДА ОТВОРИМ ИЛИ НЕ КУТИЯТА НА ПАНДОРА? ТОВА Е ВЪПРОСЪТ!", завърши пре-

зентацията си проф. Миланов. Националният съвет прецени, че всички тези идеи трябва да бъдат представени на кръглата маса, като се очаква на нея да присъстват представителите на министерството, здравната каса, изпълнителната и законодателната власт.

#### Пет варианта за построяване на Дом на лекаря

Съборът на БЛС през април ще разгледа и предложенията за построяване на Дом на лекаря. Сградата трябва да бъде изградена на земята, която беше предоставена на БЛС от Министерския съвет през 2005 г. Теренът е 1760 кв. м. и е на стойност 1 992 000 евро или около 4 млн. лева.

За земята в центъра на София се предлагат 5 възможни решения. Първото е Домът да се построи от членовете на БЛС, като за целта те ще трябва да отделият средно по около 200 лв. Така сградата ще бъде изцяло на БЛС. Втората възможност е да се обяви публична процедура за избор на инвеститор за изграждане на обекта, като обезщетението за БЛС е не по-малко от 30% от разгрънатата застроена площ. От съсловната организация предвиждат в такъв случай в обявата да се запише, че инвеститорият поема и размера на дължимия банков кредит на БЛС. Следващата възможност е недвижимият имот да се продаде по пазарни цени, а с придобитите средства да се купи готова сграда. Четвъртото предложение е замяна на имота за готов новопостроен обект, което би дало възможност за незабавно устройване на БЛС и неговата администрация. Д-р Цветан Райчинов съобщи, че в момента се обмисля и пети вариант - държавата да финансира изграждането на сградата, след което тя да се поделни поравно между БЛС и НЗОК, тъй като в нея ще се инвестират предвидените за сграда на Касата 6 млн. лева. Водили сме разговори за подобно нещо с премиера Бойко Борисов, но засега от здравната каса се дърпат, каза председателят на Съюза. Д-р Райчинов обаче е категоричен, че кой и как ще строи Дома на лекаря ще реши само и единствено Съборът на БЛС.

#### РЕАКЦИЯ

### Ръководството на съсловната организация подаде жалба до Комисията за защита от дискриминация

Според УС на БЛС не-равнопоставено е отношението към общопрактикуващите лекари без сключен договор за "дежурен кабинет", които не получават плащане от 11 стотинки, предвидено в полза на лечебното заведение, а също и в случаите на дейност извън София, при които има само една Обща практика. Ръководството на БЛС поиска от министъра на здравеопазването отношението към общопрактикуващите лекари без договор за дежурен каби-

нет да бъде коригирано чрез промяна в Наредба № 40/2004 г., като се даде възможност и на ОПЛ без договор да получават 11 стотинки за дейността, която извършват. До момента министър Стефан Константинов не е предприел никакви действия в тази насока.

Във връзка с жалбата на БЛС, Комисията за защита от дискриминация образува дело № 16-17-2 от 28.02.2011 г.

Пълния текст на жалбата четете в сайта на БЛС.

# ВСИЧКИ РАЗБИРАТ ОТ ФУТБОЛ И ОТ „ЛЕКАРСКИ ГРЕШКИ“

● Кой ще преброи гафовете на здравната система?

Публичното пространство през февруари бе препълнено от темата за лекарските грешки. Кой ли не говори - полицай, журналисти, хора с различни професии и с различни ставания...



...самите да регулират взаимоотношенията и помежду си, и с обществото. Порицаването на частни случаи не бива да замърсява обикновения процес на управление на системата да се стоварват върху главите на лекарите. Как те да работят в стрес? И се за...

## ПОЩА

В централата на Българския лекарски съюз пристигат писма, в които колегите реагират на тенденциозната, според тях, кампания за сатанизирани на образа на българския лекар. Едни от подателите настояват съсловната организация веднага и остро да отговори на несправедливи обвинения, на недоказани обобщения. Други изказват благодарност за позициите, които ръководството на Лекарския съюз показва пред медиите в защита на облика на съсловието. Всички пишат с болка и...

През февруари "лекарските грешки" бе тема на месеца - виж стр.6, бр.2, от 28.02.2011 г. Изкуствено поддържаното напрежение между лекари и пациенти показва, че има проблем и между лекарите и държавата, отбелязва пред медиите националният омбудсман Константин Пенчев още преди месец. На 15 март той организира дебат по темата.

Проф. д-р Милан Миланов:

# МЕЖДУ ЛЕКАРИТЕ И ОБЩЕСТВОТО ТРЯБВА ДА СТОИ ПРАВОТО



● Едва 8 на сто от жалбите са поради лекарска небрежност, констатира от „Медицински одит“

на семинар?" Именно от "Медицински одит" обаче съביха, че след проверките по жалби само около 8 процента от случаите са резултат на лекарска небрежност. Директорът на агенцията доц. д-р. Златица Петрова припомни, че за миналата година са получени 539 жалби, от които са проверени 301. От тях 73 на сто са свързани с качеството на

султ и "Медицински грешки - персонална вина или проблеми на мениджмънта" от Мина Попова, директор на дирекция в ИАМО. Привлякоха внимание термини като "персонален подход" и "системен подход" и съответно "култура на обвинението" и "култура на доверието". У нас все още се прилага персоналният подход при анализирани на лекар-

В целия свят между лекарите и обществото не стоят журналистите и МВР, а правото. Едно е да работиш под пресата на правото, друго - на обществото. Това заяви проф. д-р Милан Миланов на т. нар. дебат при националния омбудсман. Когато се работи под пресата на обществото, се стига до страх в съловието - страх от иновации, от поемане на риск. А това води до понижаване на качеството на медицинското обслужване. Ние сме за правото, а не за "вълчето виене и жаждата за кръв", каза председателят на етичната комисия на БЛС.

Да се осмисли институцията "експерт", настоява проф. Миланов. Според него трябва да има и "обратен иск" - за нарушаване на правата на българския лекар.

Освен шефът на етичната комисия, от страна на Българския лекарски съюз в дебата при омбудсмана участваха главният секретар д-р Димитър Ленков и д-р Дияна Чинарска от Управителния съвет. Ако обществото иска европейско здравепазване, трябва и европейско осигуряване със средства, изтъкна д-р Ленков. В медиите се търсят сензации, а това води до обратен ефект върху съловието. Притиснати и несправедливо обвинявани лекарите напускат страната. Да не останат у нас само знахари и гадатели..., предупреди д-р Ленков.

Повечето от времето бе дадено на Изпълнителната



агенция "Медицински одит", чиито специалисти представиха свои разработки по темата. По този повод в залата се чуха реплики: "като участници в дебат ли сме тук или като аудитория

медицинската помощ. Агенцията представи две разработки - "Медицински грешки - чуждестранен опит в нормативната уредба" от Аделина Янкова, старши юристкон-

ските грешки, каза Мина Попова. Това означава, че се търси конкретен виновник и е разпространена културата на обвинението. Това пък кара медиците да крият грешките понякога и проблемите се задълбочават вместо да се решават. Затова е разумно да се наложи на системния вместо на перналния подход. Така ще се установи култура на доверие и ще се даде възможност повтарянето на едни и същи грешки да се предотвратява.

Соченото с пръст, търсенето на персонална отговорност и вкарването на имена в черни списъци не помагат и няма да доведат до преодоляване на допуснатите пропуски - около това становище се обединиха участниците в дебата при омбудсмана.

## ПРЕДЛОЖЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

● "Лекарска грешка": Професионално неправилно действие или бездействие, или съвкупност от такива на лекар, извършено при оптимално създадени условия за работа, в резултат на незнание или недооценка на обстоятелствата и/или състоянието на пациента, при което са настъпили неблагоприятни последици за здравето и живота му, но са могли да бъдат предотвратени.

● "Медицинска грешка": Неизпълнение и/или неправилно изпълнение на планирани действия и/или нормативни изисквания или приложението на грешен план за постигане на целта.

(От презентацията на Изпълнителна дирекция "Медицински одит")



Среща при омбудсмана

## ОТСТРАНИ

Проф. Георги Лозанов, председател на СЕМ:

ДА ЗАПИШЕМ МЕДИЦИТЕ В ЧЕРВЕНАТА КНИГА НА ИЗЧЕЗВАЩИТЕ ВИДОВЕ, ДА ГИ ПАЗИМ!

НО: МЕДИТЕ НЕ СА „УНИВЕРСАЛНИЯТ ВИНОВНИК“!



Не съм сигурен, че медийният регулатор има място в проблема за лекарските грешки, започна изказването си проф. Лозанов, който бързаше за заседание на СЕМ.

От собствени наблюдения той посочи две страни на проблема: нормативната база и човешките истории.

За първата, институционалната, страна каза: има хаос и неяснота на движението в тази сфера. Това е специализиран дебат, който не се проведе у нас. Необходимо са хора, които да поемат риска и да могат до го проведат. Медиите не са същинската причина за неблагоприятния резултат. Има уклон те

да са универсалният виновник.

При втората страна на проблема - човешките истории - има за какво да се търси участието на медиите. Често историите се преекспонират - има човешка драма, лесно се събужда съчувствие, търси се виновник, създава се един образ на лекаря. А трябва да се търси баланс, според проф. Лозанов.

Лекарите са изчезващ вид - да ги запишем в червената книга, да ги пазим, е мнението на медийния експерт. Лекарите изискват специално внимание. Погледът трябва да бъде обърнат към "институционалната политика".

## ОСОБЕНО МНЕНИЕ

Поля Голева, юрист:

НЕ СПЕЦИАЛНА ДЕФИНИЦИЯ, А НАДЕЖДНА ЕКСПЕРТИЗА Е НЕОБХОДИМА

Не ни трябва ново собствено понятие и дефиниция за лекарска грешка, заяви юристката, според която имаме перфектни уредби и причината за напрежението между лекари и пациенти не е в законодателството.

Най-много грешки има при шофьорите, припомни Голева. Но никой не е дефинирал "шофьорска грешка", или адвокатска, например. Дефиницията ограничава.

Проблемът, според юристката, е на експертно медицинско ниво. Никой съдия няма да реши казус без лекарска експертиза. Ако има

проблем с тези специалисти у нас, може би да се привлечат независими международни медицински експерти, предложи Голева.

А за "обезпечителния фонд" тя припомни, че могат да си го позволят само богати държави и попита кой у нас ще прави вноски? На този етап да говорим за такъв фонд е фантастика. Нека се заемем с конкретни въпроси, на които да намерим отговори.

Въпросът за риска е много важен. Той не зависи само от лекаря, а и от средата...

# ОТНОВО ФИНАНСОВ НАТИСК ВЪРХУ БОЛНИЦИТЕ

## Лимитите отнемат основно право на пациентите - да избират къде да се лекуват

Министерството на финансите не е превело нито лев за болниците в отдалечените райони на страната през цялата 2010 година. Тази порочна практика продължава и сега. За това алармираха от Националното сдружение на общините в България на среща с депутати от здравната комисия в парламента. Става въпрос за т. нар. защитени лечебни заведения, които са в труднодостъпни региони и отстоят на повече от 60 км (1 час път) от по-голямо населено място. Според постановление на Министерския съвет те трябва да получават допълнителна субсидия от държавата, за да не останат хората без медицинска помощ. Нужните средства за тях са около 6 млн. лв. годишно и през 2008 и 2009 г. са изплащани редовно. На такава субсидия имат право 62 болници.

"Не е редно държавата да не изпълнява ангажиментите си, защото лечебните заведения изготвят предварително бюджетите си, като включват и тези пари, а след това се оказва, че не могат да разчитат на тях", коментира депутатът от Синята коалиция д-р Ваньо Шарков. От Сдружението на общините предупредиха, че това ще доведе болниците до фалит.

Касата пък от своя страна е намалила с близо 40% парите на някои общински лечебници в сравнение с 2010 г. Това ще принуди клиниките да хлопнат врати до 2-3 ме-

сеца, заявиха от организацията. Сред драстичните примери за намален бюджет е болницата в Оряхово - за миналата година тя е имала близо 2 млн. лв., а за 2011 г. средствата са едва 83 хил. лв., сочат данни на НСОСРБ. Проблем има и с диспансерите - болниците се увеличават, а бюджетът е орязан почти наполовина.

Общинските лечебни заведения обслужват 1/3 от населението, а получават 10% от парите за болнична помощ, заяви кметът на Карнобат Георги Димитров. Директорката на НСОСРБ Гинка Чавдарова се закани, че

**ЩОМ ДЪРЖАВАТА НЕ ИСКА ДА ПОМОГНЕ, ЩЕ БЪДЕ ПРИНУДЕНА ДА ГО НАПРАВИ**

Сериозно са орязани и бюджетите на най-големите болници, съобщи междуременно в "Труд", позовавайки се на справка на здравната каса за разпределението на прогнозните бюджети на лечебните заведения за 2011 година. Средното намаление е с 2-3 млн. лв., но в отделни случаи стига до над 20 на сто. Разчетите на Касата показват, че тази година за лечебните заведения ще се отдели общо с 19.7 млн. лв. по-малко (намаление с 1,8%) в сравнение с предходната. Така рухна твърдението на управляващите, че парите за здраве през 2011 г. са увеличени. Обяснението на управлятеля на НЗОК

д-р Нели Нешева, че това са само предварителни сметки и че намалението идва от промените в цените на клиничните пътеки, не променя особено ситуацията.

Най-засегнатите болници според план-сметката на здравната каса са: варненската "Св. Марина" - с 2,3 млн. лв. по-малко, или минус 6,6%, "Пирогов" - с 1,2 млн. лв., или с 3% по-малко, "Св. Екатерина" - с 1,9 млн. лв., или 6,1% по-малко, "Доверие" орязвана с 1,2 млн. лв., което се

**ДЪЛГОВЕТЕ ИМ ЩЕ ПРОДЪЛЖАТ ДА НАРАСТВАТ**

По повод обвинението, че орязаните бюджети на малките болници оставят част от пациентите без медицинска помощ, здравният министър д-р Стефан Константинов коментира, че няма нарушения, защото всеки човек, независимо къде живее, може да отиде в която и да е болница. Проверка на в. Quo vadis



Дори „Пирогов“ е сред най-засегнатите болници - с 1,2 млн. лева по-малко

равнява на минус 21,6%, Националната кардиологична болница - с минус 1,7 млн. лв., или 6,2%, ВМА - с 1,39 млн., или 5,5% по-малко. Лекарите се опасяват, че с болниците ще се случи същото като миналата година - ще получават само между 50 и 70% от изработените средства. В същото време

обаче показва, че това съвсем не е така. Наистина хората от отдалечените райони се насочват към големите градове и столицата и вече може да се говори за миграция на пациенти, но финансовите ограничения, наложени с прогнозните бюджети и лимитирането на дейността, заради изискванията

на стандартите, доведоха до дълги листи на чакащи. Така за разбиване на камъни в бъбреците например във Военна болница пациенти се записват чак за юни, в Токуда също трябва да се чака минимум 2 месеца. Листи на чакащите има във всички държавни и в повечето частни болници и то за всякакви специалности. Вярно е, че литотриптери има достатъчно в София, но това означава, че пациентът трябва да обикаля от клиника в клиника и накрая да си направи манипулациите там, където не е свършил бюджетът, а не където иска. Така се нарушава основното право в нашата здравноосигурителна система - правото на избор на лечебно заведение. Освен това границата между спешно и неотложно състояние

понякога е доста крехка и може да се окаже, че докато изчаква реда си, състоянието на пациента се е влошило значително. Според лекарите

**ТАКА НА ПРАКТИКА СЕ ПАРАЛИЗИРА СИСТЕМАТА**

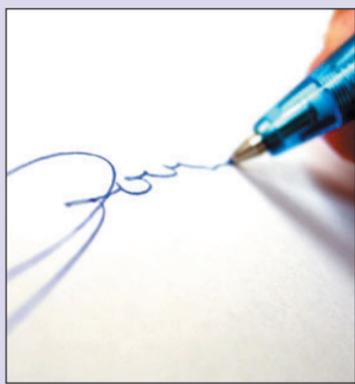
На фона на непрекъснатите финансови рестрикции и на постоянната смяна на здравни министри, звучат неуместно констатациите на вицепремиера и финансов министър Симеон Дянков, който поставя здравната реформа сред реформите, при които управляващите са се надявали на по-добър напредък. "Здравната реформа тръгна и забуксува на два пъти. Надявам се, че този здравен министър ще успее да я отпуши", казва той пред в. "Капитал" Което показва две неща - министър Дянков все още не е разбрал, че реформа се прави с пари, а също и че поради липсата им промени скоро няма да има.

### НЗОК: Университетските клиники са доволни от парите си

Да бъде създадена работна група, която ще подготвя предложения за законови промени, свързани с подобряване на работата в здравната сфера. Около тази идея са се обединили на работна среща директори на университетски болници, управителят на НЗОК д-р Нели Нешева, здравният министър д-р Стефан Константинов и председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов. Информацията е от пресцентъра на здравната каса.

От страна на директорите на университетските болници е била изразена положителна оценка към механизма, по който НЗОК разпределя средствата на лечебните заведения през тази година, твърдят от Касата. От изказаните мнения на директорите на болничните заведения станало ясно, че средствата, които НЗОК им е разпределила за първото тримесечие, са били достатъчни.

На срещата е бил обсъден и въпросът с издаването на протоколи за лекарства за трансплантирани, онкоболни и пациенти с редки болести, които от 1 март преминаха към НЗОК.



## В МЗ карали болнични шефове да подписват празни документи

Директорите на 36 общински болници са били привикани в Министерството на здравеопазването, за да подпишат запис на заповед без сума и дата. С този документ директорите се задължават безусловно да изплатят на министерството в срок до 21 април сумата, която ведомст-

во посочи. Причината е, че вече трети месец болниците не са получавали пари за работата на ТЕЛК, за хемодиализа, спешна помощ и реанимация. От здравното министерство устно са им обяснили, че ако подпишат въпросните документи, по-късно ще получат заработените средства, съобщиха от Центъра за защита правата в здравеопазването. На сайта на пациентската организация дори беше публикуван графикът, по

който директорите са викани в МЗ.

За работата си през 2011 г. общинските болници нямат подписан договор с Министерството на здравеопазването. Така те нямат гаранция, че ще получат средства за извършената от тях медицинска дейност.

Здравният министър Стефан Константинов коментира, че ще направи лично проверка по случая. Той подчерта, че не вярва директорите

на общински болници да са подписвали празни бланки, защото са "печени" и са "вредли и кипели" в системата. От Центъра за защита правата в здравеопазването обаче казаха, че на директорите е било обяснено, че който не подпише запис на заповед, няма да получи парите си, докато не бъде сключен договор със съответната болница. Дадено е устно обещание след подписването на договорите записът на заповед да бъде

скъсан.

По непотвърдена информация по тази схема държавните болници вече са получили субсидия без да имат договори, казаха от ЦЗПЗ. Според тях вероятно Сметната палата вече е констатирала нарушението, защото директорите на големите болници не са били принудени да подпишат запис на заповед и на практика министерството не е имало основание да им изплати парите.

# ЙЕРОГЛИФ НА НАДЕЖДАТА ОКАЧИХА В МЕДИЦИНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ В ПЛЕВЕН

- Ректорът проф. д-р Григор Горчев се среща с 14 студенти от страната на изгряващото слънце
- Академичният съвет реши да поеме разходите по обучението на Хироши Чоба, останал без близки след цунамито в родината му



Само дни след ужасяващото бедствие в Япония, на 16 март следобед, проф. Григор Горчев, ректор на Медицинския университет - Плевен, проведе среща с японските студенти, обучаващи се във висшето училище. Той изрази лично своето съчувствие към трагедията и загубите на японския народ след разрушителното земетресение и опустошително цунами, и заплахата от ядрена катастрофа.

Освен това ректорът сподели готовността на академичното ръководство за оказване на помощ и съдействие на студентите и техните близки и семейства в родината им.

В настоящия момент в университета следват 15 японски студенти в англоезично обучение по медицина и в Департамента за езиково и специализирано обучение. В отговор на загрижеността на ръководството, те споделиха, че са влезли във връзка със своите близки и че те са невредими от природното бедствие, защото не са от засегнатите райони.

За съжаление, изключително прави един младеж, който произлиза от опустошените райони и не мо-

же да се свърже със семейството си. Това е студентът от III-ти курс по медицина Хироши Чоба. Притеснен той се е завърнал в Япония, за да търси роднините си в префектура Ниигата, град Нишикан-ку.

Проф. д-р Горчев обяви решението на Ректорския съвет на университета, че висшето училище ще покрие разходите по обучението на останалия без семейство японски студент.

Университетът поддържа връзка и със своя представител в Токио. Преди няколко дни по те-



Проф. Григор Горчев бе на посещение в Токио точно преди година - през март, 2010-а.

лефона той споделил, че няма паника въпреки спирането на тока, липсата на вода и всички известни трудности, с които световната общественост е запозната. Хората търсят връзка с близките си. Надежда им дава фактът, че десет дни след природните трусове бяха намерени оцелели възрастна жена и нейният внук.

В знак на подкрепа и солидарност към японските студенти, техните семейства и съграждани на територията на Медицинския университет - Плевен е разлепен японският йероглиф, означаващ надежда.

## Изявление на проф. Горчев

От името на академичното ръководство на Медицинския университет - Плевен и лично от мое име изразявам дълбоката ни тъга и съпричастност към трагедията на японския народ, като свеждаме глава пред жертвите на опустошителното земетресение и последвалото разрушително цунами в Япония.

Изказвам силната си надежда и вяра, че един толкова дисциплиниран и трудолюбив народ като японския ще намери сили да се изправи след невиджаните разру-

шения и нанесени щети!

Всички ние, преподаватели, студенти и служители на университета, отправяме искрена молитва за бедстваща Япония и страдащите хора там да намерят сили да преодолеят мъката от загубите и страха от надвисналата радиоактивна опасност.

Споделям готовността на ръководството да окаже всякаква възможна подкрепа и съдействие на японските студенти, обучаващи се в Медицинския университет - Плевен, за да могат да продължат своето следване.

### БЧК ОТКРИ БАНКОВА СМЕТКА

Българският Червен кръст откри специална банкова сметка със собствен принос от 8 000 швейцарски франка за набране на парични дарения в полза на пострадалите от земетресението и последвалото цунами в Япония. Българските граждани, желаси да подкрепят инициативата, могат да изпратят средства по следната сметка:  
УНИКРЕДИТ БУЛБАНК АД  
IBAN: BG 64 UNCR 7630  
1078 6609 13;  
BIC: UNCRBGSF;  
БЪЛГАРСКИ ЧЕРВЕН КРЪСТ  
(За пострадалите от земетресението в Япония).

### Европа е готова да лекува облъчените

Всички 500 центъра за присаждане на костен мозък в Европа са готови да поемат тежко облъчени, ако Япония поиска. Над 3000 медици са на разположение по всяко време, съобщава Европейската асоциация на центровете за костномозъчна трансплантация. Поне 50 души от спасителите в атомната централа вероятно ще се нуждаят от бързо лечение. Световната здравна организация ще бъде уведомена кой център колко облъчени може да посеме за трансплантация и кръвопреливане.

### ВЪПРЕКИ ПРИРОДНОТО БЕДСТВИЕ

## НАЧАЛНИКЪТ НА НЕОНАТОЛОГИЯТА В БОЛНИЦА ФУКУОКА УЧАСТВА В СИМПОЗИУМ У НАС

Д-р Мурамацу бе специален гост на симпозиум и кръгла маса на тема "Предизвикателството ин-витро". Форумът се проведе в "Токуда болница София" на 17 март, дни след опустошителното природно бедствие в страната на изгряващото слънце. Гостът е началник на отделение по неонатология в японската болница ФУКУОКА, която е част от веригата Токушукай, към която принадлежи и Токуда болница.

В рамките на научната среща бяха дискутирани съвременните методи за ин-витро оплождаване, както и специфичните грижи за деца, родени от многоплодна бременност. Бяха представени постиженията на българските неонатолози при лечението на новородени с екстремно ниско телло.

Японският опит в грижите за бебета, родени преждевременно, бе един от акцентите на форума.

Д-р Мурамацу изнесе доклад за опита на Фукуока при лечението на деца, родени през 22 - 23 - та седмица от бременността. Япония е една



В неонатологията на болница Токуда

от страните, в които преживяемостта на преждевременно родените деца е от най-високите.

На форума присъстваха водещи акушер-гинеколози и неонатолози от нашата страна. В конгресния център на Токуда болница се проведе и кръглата маса на тема "Предизвикателството ин-витро - за родителите, лекарите и институциите". За участие в нея бяха поканени представители на Министерството на здравеопазването, Държавната

агенция за закрила на детето, сдружение "Зачатие" и фондация "Искам бебе", клинични психолози, медици.

### Персоналът на „Токуда болница София“ събира средства за пострадалите колеги в Япония

От общо 280-те болници на веригата Токушукай е пострадала само една. Лечебницата в Сендай е ударена от опустошителната вълна, има разрушения. Поради това голяма част от ресурсите на другите звена от веригата са насочени към засегнатата от бедствието болница, научихме от пресцентра на "Токуда болница София".

Персоналът на болница Токуда в нашата столица събира средства, които ще изпрати на лечебното заведение, засегнато от цунамито.



### Още в първите дни 735 ЯПОНСКИ МЕДИЦИ ДАВАХА ПЪРВА ПОМОЩ

Японският Червен кръст веднага мобилизира хиляди свои специално обучени доброволци, които оказват съдействие на останалите без дом и евакуираните жители, засегнати от катастрофалното земетресение на 11 март т. г. и последвалото цунами. На пострадалите се осигурява временен подслон. Вече са раздадени над 65 000 одеяла.

Над 85 мобилни медицински екипа (735 лекари, медицински сестри и доброволци) дават първа помощ, здравна и психосоциална подкрепа.

За бедстващите непрекъснато се осигурява топла храна, чиста питейна вода, почистване на отпадъците и друга помощ.

Проф. Христос Писиотис, консултант на Гръцката медицинска асоциация:

# ГЪРЦИТЕ ОБИЧАТ ЛЕКАРИТЕ СИ, НО НЕ ХАРЕСВАТ ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

**Проф. Писиотис, как е организирана здравната система в Гърция?**

- Приблизително 80% от здравната система в Гърция е обществена и 20% - частна. През последните години, след като социалистите поеха управлението, обществената система на здравеопазване става все по-лоша. Приетите нови закони разрушиха добре работещата преди това система на здравеопазване. При предишната система лекарите получаваша добри заплати и им беше разрешено да практикуват и в частни болници. По онова време бях председател на професорите в университета и премиерът ме помоли за мнение, тъй като те искаха да направят съвсем нова система на здравеопазване. Дадох му предложение от 70 страници, в което, общо взето, се казваше, че в обществената система на здравеопазване пациентите няма да плащат, ще плаща само общественото осигуряване, но на стоящите по-високо в йерархията - професори и доценти, да се даде правото да оперират частни пациенти, като ги таксуват, с каквито цени искат. И това ще е законно, с разлика, а не да се дават пари под масата. Държавата ще вземе 30% от тези пари, а лекарят - останалите 70%. Здравният министър много хареса идеята, но неговите съпартийци заявиха: този Писиотис е нацист, либерал, той е луд и ще унищожи националната здравна система. Така че направиха сегашната обществена система на здравеопазване и всички добри и известни лекари напуснаха, отидоха в частните болници. Като ти предлагат едва ли не всичко за същата работа, за която си получавал 3000 евро, не си толкова глупав да останеш, нали? Е, аз се проявих като такъв, защото изследванията и обучението са ми като хоби, обичам да се занимавам с тях. Но когато казаха, че ми дават 30 000 евро, мислих, мислих и накрая се предадох. И за последните 10 години спечелих толкова пари, колкото не съм взел за 30-те си години университетска кариера.

**В колко здравни каси се осигуряват гражданите?**

- В Гърция 70% от пазара на здравни услуги се пада на Агенцията по национално обществено осигуряване (ИКА), а останалата част на други фондове, които са структурирани на професионален принцип - на лекарите, юристите, инженерите.

Плащането на здравни вноски е задължително за всички. Още от раждането си получавате номер на социална осигуровка и се причислявате към агенцията. Когато станете лекар, се прехвърляте към съответния професионален здравен фонд. Общият им брой е около 30, като те обхващат около 30% от пазара. Ако чужденец отиде на работа в Гърция, законът го задължава да плаща социални осигуровки. Ако не го направи, ще отиде



**Проф. Христос Писиотис е изтъкнат гръцки хирург, преподавател в Медицинския университет, консултант на Гръцката медицинска асоциация.**

**От 1989 - 1996 г. е член на Консултативната комисия по медицинско обучение (АСМТ) - ЕС и председател на Подкомисията по медицинско обучение на студен-**

**тите (АСМТ) - ЕС. От 1996 - 2003 г. е член на Постоянния комитет на европейските лекари (СРМЕ), а до 2001 г. е и зам.-председател на Комисията по медицинско образование и обучение (СРМЕ). От 2008 г. е член на ЕАССМЕ, TASK FORCE за преработка на документ D9908 - електронно обучение.**

в затвора.

**Каква част от пазара обхваща частното здравно осигуряване?**

- Близко 20% и се увеличава с всяка година. Преди 20 години, когато частното здравно осигуряване започна, обхващаше едва 5% от пазара. Обществено осигуряване е задължително, а частното е на доброволен принцип.

**Частните болници в Гърция работят ли с Агенцията за обществено осигуряване?**

- В последните години в Гърция много хора са силно разочаровани от обществените болници, защото качеството на медицинските услуги там е ниско. Така че ако имаш пари, си правиш частна застраховка. Точно затова частният сектор драстично се увеличава. Ще ви дам пример. През 1985-1995 г. бях шеф на хирургията в най-добрата обществена болница в Гърция. Тази болница беше нещо като "Хилтън" при хотелите, но постепенно западаше. От една частна

болница ме "купиха", като футболистите. Предложиха ми много пари и аз напуснах. В Гърция, ако имаш частна застраховка, тя покрива всичките ти разходи. Но е доста скъпа - варира от 1000 до 5000 евро на година. Имам дори пациенти със застраховка от половин милион евро. По-рано частните болници приемаха и плащане от обществени агенции, като ИКА, които покриваха част от разходите, а останалото се плащаше от пациента или от частния му застраховател. Сега, понеже обществените агенции бавят плащанията, в частните болници се приема плащане или директно от болните, или от частната застраховка. Така че пациентът плаща, получава разписка и отива в осигурителната си агенция да си получи парите. Той не получава цялата сума, а процент, в зависимост от осигурителната му агенция и застрахователната премия. Пациентът освен това ги получава след 6 месеца или година. Имаме още един сери-

озен проблем. Държавата ни е фалирала, но наема прекалено много хора в общественния сектор. А кой плаща за тях - ние, с данъците си. С други думи имаме близо 800 000 обществени служители, а за да имаме здрава икономика, би трябвало да са около 300 000. Какво да се направи с останалите, да ги уволним? Не можем да ги уволним. Така че сега се прилага следното: пен-

мо доброто. Но националната система на здравеопазване не харесват.

Попитайте ме, колко от разходите на болниците отиват за заплати? Организацията на работата струва 10%, други 20% отиват за лечение, и останалите 70% са за заплати. В здравния сектор също имаме прекалено много наети. Например отделението, което ръководех в обществената болница, имаше 20 лекари. Ние извършвахме около 2000 операции на година. В частната болница под мое ръководство бяха 3-ма хирурзи - специалисти, а не специализанти (в обществената болница имах 12 специализанти). С тримата хирурзи ние извършвахме същото количество операции. Това говори само по себе си. А в самата болница се правеха 12000 операции годишно.

**Кой провежда продължаващото обучение у вас и как е организирано?**

- По закон продължаващото обучение трябва да се извършва от Министерство на здравеопазването. Но нито министерството, нито университетите направиха нещо по въпроса до 2000 г., когато като платен представител на Гръцката медицинска асоциация (ГМА) в европейските организации подписах спазуменение, че поемаме отговорност за продължаващото медицинско обучение и акредитацията на медицинските мероприятия, които се провеждат в Гърция. Ако сте немски професор по радиология например и искате да направите среща в Гърция през април (хубаво време, можеш да посетиш морския бряг) и създадете условия на 2000 европейски лекари, те всички ще дойдат. Компанията плаща, дружествата по радиология, кардиология, ендокринология имат доста пари. Организирането е всичко необходимо, кандидатствате към UEMS (Европейски съюз на медицинските специалисти), които ни препращат молбата на нас в ЕАССМЕ (Съвет за европейска акредитация на ПМО). Там проверяваме всички необходими реквизити, определяме кредитите и я връщаме на UEMS, които пък ви ги пращат на вас, и след това можете да отидете в Гърция. С други думи, за европейска среща трябва да кандидатствате към ЕАССМЕ-UEMS. За национална среща в Гърция, се кандидатства към Гръцката медицинска асоциация, ние отговаряме за това. А от Министерство

**Какво е средното възнаграждение на лекарите?**

- Около 1000 евро е средната заплата в общественния сектор, но зависи от работата - един ръководител на хирургично отделение взема близо 3000 евро.

**Удовлетворени ли са гражданите от медицинските услуги, които получават?**

- Не. Те обичат отделните лекари, защото знаят, че лекарите им мислят са-

на здравеопазването са много доволни, че не те трябва да вършат тази работа.

**Имате много добра система за остойностяване на медицинските услуги. Бихме ли могли и ние да се възползваме от нея?**

- Остойностяването става чрез провеждане на преговори между Министерството на здравеопазването и Гръцката медицинска асоциация. Ще се постарая да ви изпратим и ценоразписа за отделните медицински услуги.

**Лекари участваха в националните протести в Гърция. Какви бяха основните им искания?**

- Пари. Увеличение на заплатите. Всичко опира до парите.

**Гърция използва ли Диагностично-свързаните групи и смята ли да ги въведе в бъдеще?**

- Не се използват в Гърция и нямат намерение да ги въведат. Защото те са провал. Започнаха от САЩ и се провалиха. Изключително скъпи са. Никой не ги използва вече. Сега, с Обама, цялата система на САЩ се промени. Стана като тази при общественото осигуряване, което имаме в Европа.

**Налага ли се доплащане на пациентите в болниците?**

- Доплащане от пациента в обществените болници съществува, но е много малко - по закон се плащат 6 евро. За да се избегнат незаконни плащания под масата, направиха частни приеми на лекарите в обществените болници късно следобед и сега болните отиват на частен лекар и плащат 60 евро, като сумите се декларират. Това означава, че 30% отиват за данъци. Това е много висока такса. За приемане в болница не се плаща, дори пациентът да иска да плати.

**Ще заработи ли според вас Директивата за трансгранични здравни грижи, която ще позволи на пациентите да се лекуват, където пожелаят в ЕС?**

- Да, разбира се, на теория. Трябва да се пробва, за да се види как работи системата. С други думи, като имате европейско гражданство, където и да отидете, в която и да е европейска страна, не би трябвало да плащате. Това става, когато е спешен случай. Ако сте си избрали страна, в която да се лекувате, и това не е спешен случай, ще трябва да плащате.

# МЕДИЦИТЕ ПРОДЪЛЖАВАТ ДА НАПУСКАТ

● Всяко общество получава такова здравеопазване, каквото заслужава



Само за три месеца от началото на годината над 120 лекари са напуснали страната и са заминали за чужбина. Избрали са гърбета, вместо унижението да се молят за нормални условия на работа и справедливо заплащане на труда. Младите доктори обикновено си тръгват, защото не могат да специализират у нас. По-възрастните замиват уморени и оскърбени от неизпълнените обещания на политиците, от агресията на някои медии и безразличието на обществото към проблемите им. Казват, че няма да се върнат. Не ги привличали постялните хаос в здравеопазването, липсата на реформи и мисълта, че докато се борят за живота на пациентите, някой може да ги нарече убийци.

Почти всички млади лекари си отиват. В страната ни остават пенсионирани и пациентите, които скоро няма да има на кога да се уповават. Тенденцията да се бяга от постоянните проблеми у нас се задълбочава с всяка изминала година. През 2008 броят на напусналите лекари е 380, през 2009 г. те вече са 400, а през 2010 - 500. Най-много български медици се отправят към Германия, Англия, Франция,

а във Франция той ще получава месечно по 5 000 евро. В Германия плащат на специалистите по 3300 евро. Защо да останат тук? Как да ги задържим? У нас все по-малко са ревматолозите, алергологите. Не достигат и общопрактикуващите лекари. Наскоро самият здравен министър д-р Стефан Константинов призна, че близо 580 000 българи, предимно в отдалечените региони на страната, нямат личен лекар в населеното място, в което живеят. За да получат някаква медицинска помощ, те трябва да пътуват с часове. Медицинските сестри вече достигнаха санитарния минимум, което неминуемо се отразява на качеството на предлаганите услуги.

От години медиците протестират, че у нас се отделят около 4% от БВП за здравеопазване, докато за Европа средният процент е 8. По информация на СЗО след настъпването на кризата във всички европейски държави рязко се е покачил този процент, докато само у нас той е намалал - на 3,7%. Липсата на достатъчно публични средства принуждава клиниките да искат пари за лекарства и консумативи, които не се плащат от НЗОК. Това дразни хората и кого обвиняват те, според вас? Държа-

обявяват присъди, но не от съда, а от политиците и телевизите. За да се стигне до саморазправа от страна на пациентите, защото са чакали дълго пред кабинета или пък защото докторът не е разрешил на прегледа да присъства цялата рода на болния. Най-виновни у нас се оказаха лекарите! Заради грешките на системата, за които самите те отдавна предупреждават.

Защото няма как линейката да дойде навреме, след като за цяла София екипажите са два, дори три пъти по-малко от необходимите. За Пловдив - също. Ясно е, че ще закъснее и че хората ще обвинят лекарите, а не министрите на поне три правителства, които не са си свършили работата. Отново медиците излизат виновни и когато пациентите се размотават от болница в болница, защото няма свободни легла или пък защото клиниката няма право да лекува далечно заболяване. Причината отново е в лошата система и организацията на здравеопазването, а не в лекарите. Само че те го отричат.

От години медиците протестират, че у нас се отделят около 4% от БВП за здравеопазване, докато за Европа средният процент е 8. По информация на СЗО след настъпването на кризата във всички европейски държави рязко се е покачил този процент, докато само у нас той е намалал - на 3,7%. Липсата на достатъчно публични средства принуждава клиниките да искат пари за лекарства и консумативи, които не се плащат от НЗОК. Това дразни хората и кого обвиняват те, според вас? Държа-

ва година наред не изпълняваше задължението си и не осигуряваше пенсионерите, децата, държавните чиновници, полицаите. Парите за тях отиваха директно в резерва на НЗОК в БНБ, докато накрая се стигна до срамното национализиране на събраните средства. Затова пък всички болни, независимо дали са осигурени или не, се лекуваха от високите на не повече от 3 млн. работници, служители и работодатели. Как да стигнат парите? И за какво равноравие и справедливост да направя така, че да ги сведе до минимум. Тогава и пациентите ще бъдат доволни и медицинците ще работят спокойно.



Капакът на цялата бъркотия сложиха напакдите от медиците. Никъде по света никоя телевизия не би си позволила да съобщи, че едн кой си лекар е убиец, че е престъпник, без това да е минало през съответния компетентен орган, който да е доказал вината. Все пак нали има журналистическа етика. Камо ли пък присъдата да се издава от вътрешния министър на страната. У нас, когато става въпрос за лекарите, презумпцията "невинен до доказване на противното" не важи. От лекарите се очаква никога да не грешат, защото при тази професия залогът е човешкият живот. Само че не трябва ли точно затова да се създадат идеалните условия за работа? Истината е, че в болниците винаги ще има инциденти, но държавата трябва да направи така, че да ги сведе до минимум. Тогава и пациентите ще бъдат доволни и медицинците ще работят спокойно.

Сега трупаното през години недоволство разруши основата на здравеопазването - отношенията между лекаря и пациента. Но

без доверие успешно лечение не може да се провежда. Днес пациентите мразят лекарите, надхрани от новините, а и от собствените си сблъсък с неформалната здравна система. Медиците от своя страна също недолюбват пациентите. Те знаят, че след натрупаната умора и неудовлетвореност могат да сгрешат или пък да бъдат обвинени в грешка, дори когато са невинни. И децата им да ги видят вечерта на телевизионния екран с безлезиици. Могат ли да им обяснят, на тях и на съучениците им, че са невинни? Могат ли да разчитат, че няма да бъдат изправени пред стената на позора? Без вина!

Има и още един въпрос. Трябва ли огромната трагедия - смъртта на дете, да се използва за очерняне на цяло съсловие? Трябва ли мъката

на близките да се опорочава, да им се внушава, че детето им е починало поради небрежност от страна на медиците, а не от болестта. Дали това ще ги успокои и ще им помогне да намерят сили да живеят с детето, което почина от операция на сливици в "Царица Йоанна". Много по-добрият вариант е да се въведе официално доплащане,

примерно от 10%, но да има ясни правила. В момента никой не знае за какво трябва да доплаща, кой носи отговорност в даден момент, защото да се осигуряваме допълнително и какво ще ни покрие втората здравна вноска. Батакът е пълен. Самата здравна система хвърли пациенти и лекари един срещу друг.

## Отделяме най-малко пари за сектора

В България годишно се отделят на глава от населението 283 долара за здравеопазване. За сравнение в Гърция са 2700, в Чехия - 1600, в Унгария - 1500, в Полша - 1300, в Румъния - 800 долара. В Германия за здравеопазване се отделят 11% от БВП, във Франция - 10%, в Румъния - 8%, а у нас едва 3,7%.

Данните са на СЗО от 2006 г.

Не може да се подмине смъртта на децата преди това да се докаже, а управляващите гора си направят да да потърсят приците за трагедията, за не се повтори. Най-зле е да се отнемат карски права. Само че карската професия иска опит, който се губа с години. Доверието към даден медик също се губи с години. Не е ли време да се погледнат открито условията, в които се труди лекарят у нас. Да се обсъдят отново правилата. Да си зададем въпроса дали прословутият "избор на лекар" не прави незаинтересовани останалите медици, които също имат отношение към даден случай. Дали те не си казват: "Той получи парите, нека се оправя". Само че, известно е - лекарската професия е екипна и отхвърлянето на това изискване може да доведе до трагични инциденти. Както вероятно се случило с детето, което почина от операция на сливици в "Царица Йоанна". Много по-добрият вариант е да се въведе официално доплащане,

Болните трябва да имат права и да ги защитават. Всички ние сме пациенти в даден момент. Включително и лекарите. Само че правата ни вече 10 години дори не са запечатани на хартия. Всяко правителство, всяка политическа сила, преди да дойде на власт, обещава специален закон, който да регламентира тези права, но след това... забравя. Защото хаосът е удобен. Той пречи да се посочи истинският виновник. Пречи да се разбере, че държавата не може или не иска да гарантира на своите граждани качествена и достъпна медицинска помощ. Затова е необходим грешник. У нас за такъв е нарочен лекарят.

За съжаление здравната ни система продължава да се тресе. Реформата няма, няма и да има - все пак наблюдават избори! Малките болници отново са заплашени от фалити. Лекарите се чудят как да лекуват - по медицинските стандарти или според изискванията на НРД. Пациентите обикалят от клиника в клиника и псуват докторите за всичките си неволности. В същото време политиците отново обещаваат, без да изпълняват. Затова добрите лекари ще заминат, а тук ще останат само некадрниците. Но няма всяко общество получава такава медицина, каквато заслужава.

## В ОБРАТНА ПОСОКА

### АВСТРАЛИЙКАТА Д-Р ДЖАНЕТ ПАТЕРСОН ЩЕ ЛЕКУВА БЪЛГАРСКИ СИРАЦИ



Джанет Патерсон е родена в град Пърт, Австралия. Завършила е Медицинския университет там и има 4 години стаж - в болницата в град и като общопрактикуващ лекар. В България е по покана на фондация "Българско дете" и ще работи заедно със съпруга си в Центъра за сираци в с. Боровци. Надява се, че след като се регистрира в БЛС, ще получи правото да практикува професията си у нас и ще може да обслужва и хората от съседните села, в които няма лекари.

Д-р Патерсон, как млади хора като вас решиха да работят на село и то в доста отдалечена от Австралия държава? Решението да помагате на хората взехме отдавна. Самият проект на фондацията привлече вниманието ми с възможностите, които дава за обучението на деца - сираци. Тези момчета и момичета имат нужда от медицински грижи и образование и ние ще се опитаме да им ги дадем.

Какво представлява проектът, по който работите в България? Става въпрос за център, в който млади хора от домовете за сираци могат да живеят, след като навършат 18 години. Могат да останат до 20 месеца след завършване на училище и при нас ще получат професионална подготовка, за да могат сами да се справят в живота. Ще могат да се обучават за строителството и за селското стопанство.

Знаете ли, че при старта на българската здравна реформа ние изследвахме опита на Австралия? Как точно е устроено здравеопазването у вас и доволни ли са хората? Здравеопазването у нас е много добро, но винаги има хора, които не са доволни. Аз съм била в няколко страни и навсякъде е така. Честно казано мисля, че вие се справяте доста добре. При нас спешните случаи се обслужват веднага, но ако състоянието не е спешно, се чака дълго, понякога дори година или две. Това е най-големият проблем и сега властите се опитват да го решат.

Как избрахте точно България? Моят съпруг отдавна се интересува от Източна Европа. Шегува се, че интересът му идва от филма за Джеймс Бонд. Освен това искам да се грижим за сираци, те също отдавна са в сърцата ни. В България направихме връзка с една жена от Пловдив и ето ни тук. Страната ви е много красива, но все още не сме успели да я разгледаме цялата. Искаме да живеем тук дългосрочно.

Зашо се насочихте към специалността общопрактикуващ лекар? Когато бях в университета, не мислех, че ще стана джипи, но след това установих, че предпочитам да бъда част от ос-

## ВЕЛИКОТЪРНОВСКИ СЕЛА ОСТАНАХА БЕЗ МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Жители на села от Великотърновска област се налага да пътуват по 30 километра, за да търсят лекарска помощ. Причината е липсата на кандидати за лични лекари в техните селища. Районната здравна каса във Велико Търново е сключила за тази година 127 договора с об-

щопрактикуващи лекари. 49 практики обаче остават трайно незаети в областта. Те са в села от шест общини. В община Елена разстоянието между пациентите и лични лекари е от 20 до 30 километра, даде пример директорът на касата доктор Иван Иванов. Същият проб-

лем съществува и за жителите на село Майско. За тези села се дава бонус за неблагоприятни условия - от 320 до 360 лв. месечно. Парите се плащат дори при един записан в пациентската листа. Въпреки това няма кандидати за практиките, посочиха от районната здравна каса.

## ГЛАД ЗА ДОКТОРИ В ЕВРОПА

Десет държави от Стария континент обявиха свободни работни места по време на международната трудов бора, която се проведе на 12 март в София. Съвсем очаквано най-много се търсеха лекари, медицински сестри и рехабилитатори. Въпреки кризата, гладът за медици в Европа е голям, затова и предлаганите възнаграждения са доста съблазнителни.

Сред най-атраktivните офери бяха тези от Дания. Страната се нуждае от специалисти във всички сфери, но особено много търси психиатри. Заплатата на лекар със специалност там е 5000 евро. В Германия докторите получават по 3300 евро, като предложенията са предимно за по-малките населени места. Медици търсят също Словения,

Швейцария, Италия и Швеция. В скандинавската страна предлагат и курс по шведски преди започването на работа. Италия дава 3000 евро на лекар и 2000 на сестра. Специалистите по здравни грижи изчисляха, че там ще получават 10 пъти повече, отколкото у нас. Стартовата заплата на медиците в Германия е 3300 евро, а за медсестрите варира от 1800 до

### ● Дания предлага 10 000 лв. за психиатри

2000 евро. При назначаването на медицинските кадри обаче има някои особености, разказа Славка Радева, началник отдел "EURES и международни спогодби" в Агенцията за заетостта. При завършването преди 2007 г., по-трудно се признава дипломата, тъй като има

някои несъответствия в учебните ни планове спрямо тези в Европейския съюз. Затова, ако сте медсестра с диплома от преди 2007 г., нищо чудно първо да ви накарат да доучите и да вземете още някой и друг изпит и едва тогава да ви назначат на работа. През този период може да работите

по-нискоквалифициран труд, обясни Радева. Норвегия също търси лекари и медсестри, като оказва пълно съдействие при преместването и усвояването на езика. Средната заплата там е около 2500 - 2800 евро, което означава, че лекарите получават значително повече. Тази година Швейцария за първи път предложи места за лекари - физиотерапевти и кардиолози. Изискването е да владееят немски или френски на ниво B2.

Страната се нуждае от медсестри дори повече от Германия. Още на място по време на трудовата бора EURES посредниците се ангажираха с подпомагане на кандидатите за работа при целия процес по признаване на дипломата, намиране на жилища и настаняване. Според тях българите са много мотивирани и техните работодатели остават изключително доволни, заяви представител на компанията посредник - Helvetia Medicum.

# УСПЕХИТЕ НА МЕДИЦИНАТА ПРЕЗ 2010

## ГОДИНА НА ТРАНСПЛАНТАЦИИТЕ

Тази година цялостните трансплантации на лице и откриването на две анти-тела, които неутрализират над 90 на сто от шамовите на вируса ХИВ, несъмнено са сред големите постижения в областта на медицината. Други хирургически интервенции и изследвания също привлякоха вниманието, но сякаш останаха в сянката им.

**Нека започнем с трансплантациите на лице.** Френски хирурзи присадиха на пациент цяло лице, заедно с клепачите и слъзните канали. Операцията продължи около 12 часа и бе извършена от екипа на проф. Лоран Лантиери в болницата "Анри-Мондор" в района на Париж. Трансплантацията на клепачи е голямо предизвикателство за хирурзите, защото става дума за най-трудната за присаждане част от лицето, заяви проф. Лантиери.

Лицето на 35-годишния пациент Жером е деформирано вследствие на ге-

участваха 80 специалисти, продължи 22 часа. Пациентът видя лицето си в огледалото и остана доволен, увери ръководителят на екипа Жоан Пере Баррет.

На Ричард Едуардс от Едмънд, щата Оклахома, бе извършена **трансплантация на две ръце** в Еврейската болница в Луисвил, Кентъки. Операцията продължи 17 часа. Едуардс бе получил сериозни изгаряния по лицето, гърба и ръцете си. Когато видя новите си две ръце, той възкликна, че Господ го е благословил. Пациентът може да свие лявата си ръка в юмрук, както и да движи китките и всеки пръст на двете си ръце, подчерта ръководителят на хирургическия екип д-р Уорън Брайденбах.

Специалисти от университета на Глазгоу за първи път в света тестваха **трансплантация на стволови клетки в мозъка на пациент над 60 години**, получил инсулт. Специалистите се надяват, че имплантираните в мозъка му



Сюжетът на екшъна "Лице назаем" се превърна в реалност 8 години след премиерата на филма

значителна крачка напред в областта на клетъчната терапия. Методът обаче не е ефикасен за хора, които имат увреждане на оптичния нерв или са засегнати от дегенерация на макулата, нито за онези, които са напълно слепи с двете си очи, защото ле-

допир и започнаха да "произвеждат" сълзи. Това клинично изследване за пръв път показва, че изкуствена роговица може да стимулира регенериране на очни тъкани, каза ръководителката на екипа д-р Мей Грифит от болницата на Отава.

На 54-годишна белгийка бе присадена трахея, "покрита" с нейна собствена тъкан. Линда де Крок имала постоянни болки, след като при автомобилна катастрофа трахеята ѝ била смазана и два метални стента я държали отворена. Сега жената има донорски орган, част от който първо е бил имплантиран в ръката ѝ между лакътя и китката. Там собствената ѝ тъкан се развила около хрущялно "скеле". Лекарите обвили парче от донорската трахея с тъкан от бузата на пациентката и го имплантирали в лявата ѝ ръка. Там го свързали с широка артерия, за да възстановят кръвообращението. Накрая парче от донорската трахея било присадено в гърлото на Линда. За първи път толкова голям донорски орган се имплантира в тялото на пациент, за да се развие, преди да бъде окончателно присаден, поясниха лекарите под

ръководството на д-р Пьер Делаер от Университетската болница в Льовен.

**Френски хирурзи оповестиха, че успешно са използвали технология за реконструкция на трахея въз основа на парче кожа и фрагменти от ребрата на пациента.** Според проф. Филип Дартвел, който ръководи отделението по гръдна и сърдечносъдова хирургия в медицинския център "Мари Ланлонг" в района на Париж, това е първият в света надежден заместител на трахея. Извършената от екипа на проф. Дартвел трансплантация се състои в заменяне на увредената трахея с нова, която е изградена с тъкани на самия пациент. Това позволява да се избегне реакцията на отхвърляне. Присадката включва парче кожа заедно с кръвоносните съдове, което е било отнето от ръката на пациента. След това се добавят парчета хрущяли, отнети от ребрата му. Същата технология често е използвана при реконструкция на нос.

**Канадски учени разработиха метод, който позволява да се получи кръв на базата на човешка кожа.** Той разкрива нови перспективи за лечение на някои болести, включително рак. Методът ползва човешки кожни клетки, за да ги превърне в кръвни със същия генетичен подпис. Перспективата на пациент да бъде прелята кръв, произлязла от собствената му кожа, дава надежди, че един ден банките кръв няма да са нужни на хората, нуждаещи се от кръвопреливане. Учени вече успяха да превърнат кожа в кръв, но ползвайки ембрионни стволови клетки.

Макар и да дават обещаващи резултати в медицинските изследвания, стволовите клетки от човешки ембриони са свързани също с риск от образуване на тумори. Заобикалянето на този риск прави трансплантациите по-лесно осъществими, увери ръководителят на изследването Мик Бхатия от института Макмастър за изследвания върху стволовите клетки и рака в Хамилтън, Онтарио.

И накрая, **американски учени откриха две мощни анти-тела, които неутрализират над 90 на сто от шамовите на вируса ХИВ.** Изследването на функционирането им е голям пробив, който ще улесни разработването на ваксина срещу СПИН, заяви директорът на Американския национален институт за алергии и инфекциозни болести д-р Антъни Фаучи. Двете анти-тела са наречени VRCO1 и VRCO2. Те неутрализират повече шамове, отколкото което и да било друго известно досега анти-тяло. Учените са на мнение, че откритието им може да се използва не само за предотвратяване на инфекцията, но и за лечение на СПИН. Те все пак отбелязват, че ще минат години, преди да бъде създадена ефикасна ваксина срещу СПИН. Причината е, че вирусът ХИВ мутира постоянно. Той променя повърхностните си протеини, за да не бъде разпознат от имунната система. Двете анти-тела обаче се прикрепват към непроменени части на вируса, което обяснява защо са в състояние да неутрализират толкова много шамове, отбеляза ръководителят на екипа Джон Маскола.

(От БТА)



Хирурзи от болницата "Анри Мондор" край Париж са извършили петата операция по трансплантация на лице в света

нетично заболяване. Когато се погледнал в огледалото след операцията, Жером се зарадвал. Той дори обръсна брадата, поникнала по новото му лице.

В болницата "Вал д'Еброн" в Барселона също бе извършена цялостна трансплантация на лице. Пациентът Оскар от 5 години имал сериозна деформация на лицето, получена в резултат на травма. Заради нея той не можел нормално да говори, да преглъща и да диша.

**На пациента бяха присадени цялата кожа и лицева мускулатура, нос, устни, челюсти, небце, кости на скулите.** Операцията, в която

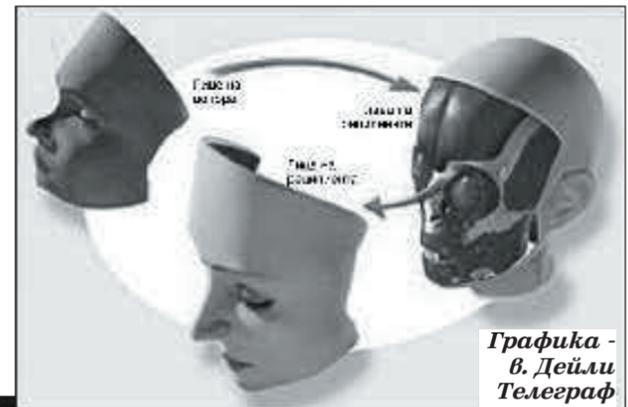
стволови клетки ще се диференцират в неврони и ще помогнат за възстановяване на мозъчните функции.

През 2011 г. други 12 пациенти, получили инсулт, ще прибегнат до същата терапия, като количеството на имплантираните стволови клетки ще бъде увеличено.

Пациенти в Италия, които ослепели или получили сериозни очни увреждания, след като са били опръскани с химикали, възвърнаха зрението си вследствие на трансплантация на техни собствени стволови клетки. Според Грациела Пелегрини от Центъра по регенеративна медицина към университета на Модена това е

карите се нуждаят от малко здрава тъкан, която да присадят. Изследването обхванало 106 пациенти. Над три четвърти от тях възвърнали зрението си след трансплантацията.

**Биосинтетични роговици, имплантирани по хирургичен път,** позволиха частично да бъде възстановено зрението на пациенти. Двегодишното изследване показва, че имплантирането на биосинтетична роговица, създадена от човешки колаген, допринася за регенериране и възстановяване на увредени очни тъкани. В присадката регенерираха клетки, произлезли от роговицата на пациента. Биосинтетичните роговици станаха чувствителни на



Графика - В. Дейли Телеграф



# ДА СТАНЕШ ЛЕКАР НА ИНАТ!

Снежана Конгева, магистър по право, [zdrave.net](http://zdrave.net)

**П**роблемите в здравеопазването са в центъра на общественото внимание, защото засягат по един или друг начин всеки български гражданин. В почти всяко българско семейство се обсъжда темата на нашето удовлетворение като пациенти, но само в семействата на работещите в здравеопазването са актуални темите за проблемите, които имат търсените от нас професионалисти. Един от основните проблеми се оказва обучението и развитието на човешките ресурси, поради непоследователна политика в тази област и липса на законодателни разпоредби относно правата и задълженията на специализантите при осъществяването от тях дейност в университетските болници. Последствията за медиците са мизерно съществуване, невъзможност при нормални условия да създадат и издържат семейство и деца, липса на визия за бъдещата им професионална реализация в страната и безнадеждност, че направените за собствена сметка разходи по време на обучението ще бъдат покрити от работата им по същата професия. А негативите за здравния сектор са занижен интерес у младите хора към медицината, недостиг на кадри в определени специалности и неравномерното им разпределение в лечебните заведения на територията на страната. Ситуацията се влоши още повече, след като за около две години (2004 - 2006) в правния мир отсъстваше термина "придобиване на специалност в здравеопазването" и не беше зачислен нито един лекар или лекар по дентална медицина.

Съгласно влязлата в сила от 2007 г. наредба зачислените специализанти подписват **тристранен договор** със съответния медицински университет и с обучаващата институция. Този договор не може да бъде определен нито като трудов договор или договор за повишаване на квалификацията по Кодекса на труда, нито като граждански договор по Закона за задълженията и договорите:

При трудовото правоотношение се извършва работа при условия и ред, определени от работодателя (университетската болница), като предварително са регламентирани изискванията към служителите (специализантите), условията на труд, вътрешния ред, работното време, почивките и отпуските, заплащането и др. Дейността се осъществява за сметка на работодателя, затова и крайният резултат му принадлежи. За разлика от гражданския договор, при който се дължи определен трудов резултат - изпълнителят извършва

за своя сметка и на свой риск работа, за която притежава необходимата компетентност и знания, и определя мястото, времето и начина на изпълнение. Специализиращият лекар не е компетентен да извършва медицински дейности без наблюдение и контрол от страна на обучаващия персонал и поради тази причина за периода на специализация са приложими само трудовоправните норми. Гражданските договори, които досега се подписват със специализантите по държавна поръчка, са в нарушение на императивни разпоредби в Кодекса на труда, защото отношенията по предоставянето на работна сила се уреждат само като трудови правоотношения (чл. 1, ал. 2 от КТ), със сключен писмен трудов договор (чл. 62, ал. 1 от КТ). Законодателството не позволява също страните да прикриват трудов договор с граждански (чл. 17, ал. 1 от ЗЗД).

Новата алинея 4 на чл. 180 от Закона за здравето, в сила от 31.07.2010 г., с която **времето на обуче-**

на допълнително възнаграждение за трудов стаж и професионална квалификация. Ще се ползват права от общественото осигуряване - обезщетения за временна неработоспособност, бременност и раждане, отлеждане на малко дете и др., но специализантите няма да имат право на платен отпуск, тъй като тази разпоредба не променя автоматично договорите за обучение в трудови договори.

На практика по време на обучението **специализантите полагат труд и имат задължения**, като работещите по трудов договор - в рамките на работно време дават дежурства и полагат нощен труд, извършват прегледи, изследвания, манипулации, операции, визитации и оформят медицинската документация, защото са с магистърска степен и правоспособност за законоупражняване на медицинска професия. Но **специализантите нямат права по отношение на полагания труд** - не са гарантирани правата им по отношение спазването на изискванията за продължител-

ност на университетската база също не може да упражни правата си, като е лишено от възможността да осъществява необходимия контрол по отношение на количеството и качеството на извършваната от специализантите работа, спазването на работно време и вътрешния ред. Не може да бъде търсена и дисциплинарна отговорност.

На това основание **проблемът** може да се формулира по следния начин: Не се прилага трудовото право в отношенията между специализиращите и университетската болница по повод предоставяната работна сила, с което се нарушават императивни правни норми, а оттам и правата на двете страни.

Необходими са законодателни промени, регулиращи отношенията по повод придобиването на специалност в системата на здравеопазването, в следните насоки:

**Първо**, промени в Наредба № 34 от 2006 г. за **прилагане на трудовото право в периода на обучение** - трудовите правоотношения по време на обучението за придобиване на специалност между специали-

чл. 114 от КТ се защита за трудов стаж. Специализантите ще имат всички права, произтичащи от трудов стаж, включително и право да ползват платен годишен отпуск, и право на обезщетение при прекратяване на трудовия договор за неползван отпуск, който не е погасен по давност. Размерът на отпуска се изчислява пропорционално на трудовия стаж, изчислен по часове, дни и месеци.

- Договорилите работа за повече от 5 работни дни (40 часа) през календарния месец по чл. 114 от КТ, задължително се осигуряват и ползват права по всички осигурителни рискове - общо заболяване и майчинство, инвалидност поради общо заболяване, старост и смърт, трудова злополука и професионална болест, и безработица.

- Трудовият договор по чл. 114 от КТ е основен трудов договор.

**Второ**, промени в Закона за лечебните заведения, Наредба № 34 от 2006 г. и Инструкция № 1 на министъра на здравеопазването за образуване на средства за работна заплата за **самостоятелно определяне на средствата за работна**



**ноосигурителната каса** - работещите специализанти по основен трудов договор в университетска болница да имат правото да извършват прегледи, изследвания, манипулации, операции и да оформят медицинската документация на задължително здравноосигурени пациенти, лекувани по клинични пътеки, и да дават дежурства.

Ограничението на Националния рамков договор, по клинични пътеки да работят само лекари-специалисти, налага порочната практика да се преподписват извършените от специализанта дейности. По този начин трудно се създават навици у бъдещите лекари-специалисти да поемат отговорност и да оформят точно и навреме медицинската документация. Освен това с признаване правото на работа по клинични пътеки ще се облекчи натовареността на щатния медицински персонал, при което заделянето на допълнителни средства от собствените приходи на университетските болници за възнаграждения на специализантите ще бъде и икономически оправдано.

През 2010 г. с допълненията в наредбата за специализации и в Кодекса за социално осигуряване, беше направена първата стъпка за гарантиране правото на специализантите на възнаграждение и осигуряване. Следващата промяна трябва да мотивира всички участници в процеса на обучение за придобиване на специалност и да създаде **условия за саморегулиране и устойчивост на здравната система**.

В противен случай все повече и повече ще се питаме, какви морални качества трябва да има един човек, за да се лиши в продължение на десет години от доходи и личен живот в името на това да стане лекар? При това без гаранция, че в бъдеще упражняването на тази професия ще му осигури по-висок жизнен стандарт, професионално удовлетворение и признание.



**ние за придобиване на специалност се признава за трудов стаж**, на практика регламентира наличие на трудово правоотношение. Понеже за трудов стаж може да бъде признато времето, през което лицето е работило по трудово правоотношение и са правени осигуровки. Когато лицето се осигурява без трудово правоотношение (по граждански договори, самоосигуряващи се, и др.), това време се защита само за осигурителен стаж. До момента, в който започнат да се сключват трудови договори успоредно с тристранните договори за обучение, времето на специализация ще се защита за трудов стаж по силата на изричната норма на специалния закон (чл. 180, ал. 4 от ЗЗ) и ще се доказва с документ от обучаващата институция пред бъдещите работодатели за изплащане

ност на работното време, задължителната междудневна и седмична почивка, получаването на храна за 12-часовите дежурства, увеличено заплащане на нощен труд и работа през официални празници, допълнително възнаграждение за придобит трудов стаж и професионална квалификация, ползването на платен годишен отпуск и застраховка за професионален риск. Все права, които могат да се ползват само при наличие на трудов договор. Платените специализанти са в още по-неравностойно положение - освен, че заплащат стойността на обучението, задължително внасят за собствена сметка осигуровки, за да ползват осигурителни права, и не получават никакво възнаграждение за работата в обучаващата институция.

От друга страна, ръко-

зантите и обучаващата институция да бъдат уредени на основание чл. 114 от КТ.

С трудово правоотношение по чл. 114 от Кодекса на труда ще се регламентират следните права на специализантите:

- По чл. 114 от Кодекса на труда може да се сключва трудов договор за работа през определени дни от месеца или определена продължителност на работното време. Възможността да се договаря работа през определени дни от месеца за пълна или непълна продължителност на работното време през деня ще допринесе специализантите да отделят време за теоретичната си подготовка и явяване на колоквиуми.

- Независимо от конкретната продължителност и разпределение на работното време, работата по трудов договор на основание

**заплата на специализантите** - да има допълнително щатно разписание на длъжностите лекар-специализант, а получаваните от тях трудови възнаграждения да не се включват в средствата за работна заплата на персонала на университетската болница.

Ако се сключват трудови договори по чл. 114 от КТ без наличие на щатна длъжност, изплатените заплати на специализантите ще се отнасят към средствата за работна заплата, като с техния размер ще се намаляват средствата за допълнително възнаграждение на персонала по т.нар. "клинични пътеки". От това неминуемо ще възникне конфликт между щатния персонал на болницата и специализантите.

**Трето**, промени в НРД за **признаване правото на специализантите да работят по договор със здрав-**

# ШЕСТ ДЪРЖАВНИ ЛЕЧЕБНИЦИ ПОЛУЧАВАТ СРЕДСТВА ПО „РЕГИОНАЛНО РАЗВИТИЕ“

Близо 66 млн. лв. безвъзмездна финансова помощ ще получи Министерството на здравеопазването, в качеството си на конкретен бенефициент по Оперативна програма "Регионално развитие" по схема "Подкрепа за реконструкция, обновяване и оборудване на държавни лечебни и здравни заведения в градските агломерации". Това съобщиха от прес-

те лечебни и здравни заведения; доставка на модерно медицинско оборудване и апаратура за иновативни технологии и оборудване за ранна диагностика и лечение на онкологични заболявания; прилагане на специфични мерки в държавните лечебни заведения с лъчетерапевтични звена; прилагане на мерки за енергийна ефективност в сградите на държавните

УМБАЛ "Д-р Георги Странски" ЕАД, гр. Плевен, на стойност 6,5 млн. лева

- Създаване на регионален диагностичен център за онкологични заболявания към МОБАЛ "Д-р Стефан Черкезов" АД, гр. Велико Търново, на стойност приблизително 7 млн. лева;

- Ремонт, реконструкция, обновяване и оптимизиране на сградния

68 млн. лв., насочени към дейности за ремонт/реконструкция и закупуване на високотехнологично оборудване, са в процес на оценка. Те са насочени съответно към:

- Изграждане на онкологичен и лъчетерапевтичен център "Света Марина", гр. Варна;

- Център за ранна диагностика и лечение на онкологични заболявания в УМБАЛ "Александ-

- Осигуряване на ефективна здравна инфраструктура и модернизация на МБАЛ "Д-р Иван Селимински" АД, гр. Сливен;

- Регионален център за ранна диагностика на онкологични заболявания на територията на "МБАЛ-Бургас" АД.

Общата стойност на Средносрочната рамкова инвестиционна програма на Министерството на



**УНИВЕРСИТЕТСКАТА БОЛНИЦА В ПЛОВДИВ СПЕЧЕЛИ ПРОЕКТ ЗА 6,7 МЛН. ЛВ.**

Университетска болница "Св. Георги" в Пловдив спечели проект по ОП "Регионално развитие" за създаване на високотехнологичен център за образна диагностика на онкозаболявания, съобщил изпълнителният директор доц. д-р Карен Джамбазов.

Финансирането е на стойност 6,7 млн. лв. С тях ще бъде закупена иновативна медицинска апаратура - дигитални ехографска и мамографска системи, компютърен томограф с възможност 64 среза, магнитно-резонансна томография, ИТ-система за дигитализиране и архивиране на образите, консолидирана система за клинично-химични и имунологични изследвания за клинична лаборатория, ендоскопска система, реанимобили и др.

Изграждането на модерния комплекс ще улесни ранната диагностика, качеството и достъпа до онкологично лечение, подчертаха от болницата. Максималният срок за реализиране на проекта е 24 месеца.



Монтанската МБАЛ „Д-р Стамен Илиев“ и великотърновската МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов“ са две от шестте подпомогнати болници



центъра на Министерството на регионалното развитие и благоустройство.

Средствата се отпускат по шест проектни фиша, които са в съответствие с Националната здравна стратегия 2008-2013 г. и Концепцията за реструктуриране на системата за болнична помощ на Република България за периода 2010-2017 г. Те са одобрени с решение на ръководителя на Управляващия орган на ОПРР.

Инвестицията е насочена в ремонт, реконструкция и модернизация на сградите на държавни-

лечебни и здравни заведения, подобряване достъпа до медицинска помощ на хора с увреждания, представители на малцинствата и лицата в неравностойно положение.

Конкретните лечебни заведения и проекти, които ще получат финансиране в рамките на одобрените шест фиша, са:

- Разширяване на лъчетерапевтичен комплекс в Клиника по лъчелечение на СБАЛ по онкология - ЕАД, гр. София, на стойност приблизително 29 млн. лева;

- Ремонт, оборудване и модернизиране на

фонд на МБАЛ д-р "Стамен Илиев АД", гр. Монтана, на стойност 8,5 млн. лева;

- Създаване на високотехнологичен център за образна диагностика на онкологични заболявания в УМБАЛ "Свети Георги" ЕАД, гр. Пловдив, на стойност приблизително 7 млн. лева;

- Европейско качество на здравеопазването чрез реконструкция и енергийна ефективност в МБАЛ, гр. Русе, на стойност 8,5 млн. лева.

Още 7 проектни фиша за подкрепа на държавната здравна инфраструктура в размер на близо

роvsка" ЕАД, гр. София;

- Повишаване качеството на медицинското обслужване в област Благоевград чрез модернизация на МБАЛ-Благоевград АД и изграждане на регионален център за ранна диагностика на онкологични заболявания;

- Създаване на високотехнологичен сектор за ранна и точна диагностика на онкологични заболявания в МБАЛ "д-р Атанас Дафовски" гр. Кърджали;

- "Реконструкция, обновяване и оборудване в МБАЛ "Д-р Братан Шукеров", АД, гр. Смолян;

здравеопазването по линия на ОП "Регионално развитие" 2007 -2013 г. е близо 148 млн. лв., като в резултат от изпълнението ѝ се очаква да бъдат обновени 13 лечебни заведения за болнична помощ в шестте района за планиране на страната, да се постигне правилна диагностика и лечение на онкологичните заболявания, да се подобри здравния статус на нацията, да се създадат нови 380 работни места, както и 4 428 396 души да бъдат облагодетелствани от обновяване на сградите на държавни лечебни и здравни заведения.

## МЗ чака одобрение на последната част от проекта за домовете за изоставени деца

● 16,5 млн. лева по оперативна програма "Развитие на човешките ресурси" ще се използват за реализиране на целия процес

Министерството на здравеопазването предаде проектния фиш за деинституционализация на домовете за медико-социални грижи за деца (ДМСГД) по Оперативна програма "Регионално развитие", съобщиха от ведомството. Проектът се нарича "Реструктуриране на домовете за медико-социални грижи за деца от 0-3 г." и е на стойност 10 млн. лв. Той ще се реализира по схема "Подкрепа за

реконструкция, обновяване и оборудване на държавни лечебни и здравни заведения в градските агломерации" и е част от одобрената през месец октомври 2010 г. Средносрочна рамкова инвестиционна програма.

В проекта се предвижда да се деинституционализират 8 дома за деца до три години в градовете Габрово, Монтана, Пазарджик, Перник, Пловдив, София, Русе и

Търговище. Със средствата по оперативната програма се предвижда тези домове да се пригодят за новите услуги, които ще предлагат, като подкрепа и превенция на изоставянето, спешна закрила, заместваща грижа и др. Ще се изградят центрове за консултиране на семейства в риск, за рехабилитация на болни малчугани, за майчино и детско здравеопазване и др. Целта е възможно повече деца



от домовете да се върнат в биологичните си семейства, а тези за които това не е възможно,

да бъдат осиновени или настанени в приемни семейства.

Децата, които не мо-

гат да бъдат отглеждани в семейна среда заради здравословното си състояние, ще живеят в коренно променени условия - центрове за настаняване от семеен тип, които ще се изградят по проекта. За реализиране на целия процес по деинституционализация на ДМСГД ще се използват средства в размер на 16,5 млн. лв. и по Оперативна програма "Развитие на човешките ресурси" за разкриване и предоставяне на здравно-социални услуги. Проектите по това направление тепърва ще се финализират и предадат за одобрение.

# НАРАСТВАЩИТЕ РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕ ОКАЗВАТ НАТИСК ВЪРХУ ПРАВИТЕЛСТВЕНИТЕ БЮДЖЕТИ

• Разходите за здраве във всички европейски страни са се повишили, често с по-висока скорост от тази на икономическия растеж, което е довело до увеличаване на дела от БВП, заделен за здраве. През 2008 г. страните от ЕС средно са изразходвали за здраве 8,3% от своя БВП, което е повече от изразходваните през 1998 г. 7,3%. Обаче, делът на БВП, заделен за разходите за здраве, се колебае значително по страни, като се започне от по-малко от 6% в Кипър и Румъния до повече от 10% във Франция, Швейцария, Германия и Австрия.

• В някои страни, съвременната икономическа тенденция към понижаване, доведе до значително увеличаване на коефициента на здравните разходи към БВП. В Ирландия процентът на БВП, отделен за здраве, се повиши от 7,5% през 2007 г. на 8,7% през 2008 г. В Испания той се вдигна от 8,4% до 9,0%.

• През 2008 г. Норвегия е изразходвала около 4300 евро за здраве на човек от населението - най-много от всички европейски страни. Следващите страни с най-високи разходи са Швейцария, Люксембург и Австрия. Повечето северни и западни европейски страни са изразходвали между 2 500 и 3 500 EUR на човек, което е с 10-60% повече от средния разход за ЕС. Източните и южните страни, като Турция, Румъния, България, Полша и Унгария, са изразходвали по-малко от средния разход за ЕС.

• Здравните разходи на глава от населението имат тенденция към положителна корелация с БВП на глава от населението, макар връзката да е по-силна сред европейските страни с нисък БВП на глава от население-

твеното здраве.

• Във всички европейски страни, с изключение на Кипър, главният източник за финансиране на здравето е общественият сектор. Средно почти три четвърти от целия разход за здраве през

от общите разходи за здраве средно за страните от ЕС. В някои страни обаче, то играе съществена роля. За определени групи от населението в Германия то обезпечава основно покритие. Частното здравно осигуряване във Франция финансира 13% от всички разходи, но обезпечава покритието на допълнителни и допълващи услуги във цялостната обществена система.

• При настоящата нужда от редуциране на бюджетните дефицити, правителствата могат да бъдат изправяни пред труден политически избор в краткосрочен план. За да намалят своите дефицити, може да им се наложи да ограничат растежа на обществените разходи за здраве, да намалят разходите в други сфери или да повишат данъците или вноските за социално осигуряване. Повишаването на производителността в сектора на здравето може да помогне за облекчаване на този натиск, например чрез по-взискателна оценка на здравните технологии или повишено използване на информационните и комуникационните технологии ("е-Здраве"). Тези инициативи могат да бъдат и от допълнителна полза за усъвършенстване качеството на грижите, което е друга област на сътрудничество между ОИСР и Европейската комисия.

Превод: Ели Генова

(Из "Здраве накратко: Европа", първо издание на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие и Европейската комисия)



нието. Даже при страни със сходни равнища на БВП на глава от населението може да съществуват значителни разлики в разходите за здраве. Например, Испания и Франция имат сходни БВП на глава от населението, но Испания изразходва за здраве по-малко от 80% от нивото на Франция.

• Здравните системи понякога биват критикувани, че изключително се концентрират върху "грижи за болните" - лечението на заболелите, но не правят достатъчно за превенция на болестите. Средно за страните от ЕС, само около 3% от текущите разходи за здраве се изразходват за превенция и програми за общес-

твеното здраве. 2008 г. е бил финансиран от обществения сектор чрез общо облагане или вноски за социално осигуряване. Повече от 80% от всички разходи за здраве се падат на финансирането от обществения сектор в Люксембург, Чешката република, нордическите страни (освен Финландия), Великобритания и Румъния.

• Размерът и съставът на частното финансиране е различен в отделните страни. В повечето страни, той е във формата на лични плащания от пациентите. На частното здравно осигуряване се дължат само около 3-4%



## Джипитата в Румъния отказват да работят с Касата

Семейните лекари в Румъния обявиха, че от 1 април няма да могат да обслужват безплатно пациентите си, защото не могат да приемат предложението им от 2011 г. договор със здравноосигурителната институция, съобщава Medifax. В съобщенията, качени на вратите на кабинетите, лекарите обясняват, че за съжаление не могат да сключат новите договори, защото те ще ги поставят в положение да не могат да осигурят нормални грижи за пациентите си. Освен това подписването на договорите би довело до затваряне на кабинети заради дългове, уведомяват румънските джипити.

Лекарите са възмутени от това, че след сключването на рамковото споразумение заради финансови ограничения, от април нататък ще бъдат принудени да избират кои от пациентите им да получат лекарства, покривани с публични средства и кои не, и че пациентите ще трябва да доплащат за всяко посещение при лекар, защото парите, дадени за здраве, са били "национализирани от правителството". Възмутени са също, че заради изисквания на

здравното министерство, на практика няма да им остава време за прегледи на болните.

"Министерството на здравеопазването и здравната каса са решили, че можете да се чувствате зле само веднъж на три месеца - толкова често ще имаме право да ви преглеждаме при хронично заболяване", твърдят джипитата. Те съобщават, че и след 1 април ще продължат за известно време да консултират пациентите си без съответното заплащане, но няма да могат да им издават рецепти за безплатни лекарства. Ако обаче министерството и здравноосигурителната каса не променят решението си, ще бъдем принудени да затворим кабинетите си или да работим на частно, допълват джипитата.

Друга мярка, предприета от семейните лекари в Румъния, е ваденето на сертификати за съответствие, които да използват при евентуална емиграция в чужбина. "Благодаря ви за разбирането и подкрепата! Присъединете се към нас, защото заслужавате по-добро здраве", се казва още в съобщението на семейните лекари към пациентите и обществото като цяло.

## КЪДЕ СМЕ НИЕ

# СТРАНАТА НИ Е С НАЙ-ВИСОКА СМЪРТНОСТ В ЕС

България е с най-висока смъртност в Европейския съюз. Този извод прави социологическа агенция "Барометър България" на базата на свое проучване. Агенцията се позовава на данни на НСИ и Евростат, като проучването обхваща периода от 2004 до 2009 година.

Смъртността у нас през този период е от 14 до 15 на 1000 души при средна стойност за ЕС - 9.7 на 1000, като най-ниска е в Кипър и в Ирландия.

Най-засегнати от високата смъртност у нас са селата, където коефициентът на общата смъртност е 20.1 на 1000 души, а в градовете е 11.9 на хиляда.

През 2004 г. отрицателният прираст в България е бил 5.2 на 1000, но до 2009 г. спада на 3.5 на хиляда.

Много сериозен проблем е детската смъртност, при която се наблюдава тенденция към увеличаване. През 2004 г. е била 11.6 на 1000, а през 2009 г. спада на 9.0 на хиляда. От страните в ЕС по-висока е детската смъртност единствено в Румъния - 10.1 на хиляда.

За последните няколко години естетственият прираст у нас бележи известни подобрения, но все още държи отрицателни стойности. През 2009 г. е бил минус 3.5 на 1000. По то-



зи показател България попада в първата тройка наред с Латвия (минус 3.6) и Унгария (минус 3.4), за разлика от Ирландия, където е 10 на хиляда.

През последните години у нас нараства и броят на ражданията от малолетни (10-14 г.) и непълнолетни (15-19 г.) момичета. През 2004 г. непълнолетни са родили 344 деца, а през 2009 г. - 464. По показател "деца раждат деца" ни задминава единствено Румъния, но тя има над 25 милиона жители, а по последни данни у нас населението е около 7 300 000. В другите държави от ЕС подобни раждани са под 100 за година.

Друга негативна тенденция в страната са високите брой аборти сред непълнолетни и малолетни. През 2007-2008 г. абортите сред малолетните са 150-200, а при непълнолетните - над 3000 годишно.

Според социолозите липсват и програми за насърчаване на раждаемостта у нас и подпомагането на млади семейства. В Румъния, например, младите семейства могат при много изгодни условия да закупят първо жилище с кредит от държавата. В Швеция при първо жилище младите семейства се възползват от лихва от 1 процент.



**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**

**Курсове по СДО и индивидуално обучение за 2011 година**  
инфекциозни болести - тематични курсове срещу заплащане:

**1. "СЪВРЕМЕННА АНТИВИРУСНА ТЕРАПИЯ ПРИ СПИН"**  
Тематичен курс, предвиден за всички видове медицински специалисти  
Продължителност - 3 дни  
Начало - 11.04.2011 г.  
Курсисти - 10  
Отг.: Д-р Н. Янчева  
База - Специализирана болница за активно лечение на инфекциозни и паразитни болести "Проф. Иван Киров" ЕАД, гр. София 1606, бул. "Акад. Иван



Гешов" № 17, тел. за контакти - 02/ 952 37 80/ в.тр. 223 и дир. 02/ 952 26 97  
Кредитни точки - по 8 дневно

**2. "ОПОРТЮНИСТИЧНИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ИМУНОКОМПРОМЕТИРАНИ ПАЦИЕНТИ"**  
Тематичен курс, предвиден за всички видове медицински специалисти  
Продължителност - 3 дни

Начало - 18.04.2011 г.  
Курсисти - 10  
Отг.: Д-р Н. Янчева  
База - СБАЛИПБ "Проф. Иван Киров" ЕАД, гр. София 1606, бул. "Акад. Иван Гешов" № 17, тел. за контакти - 02/ 952 37 80/ в.тр. 223 и 02/ 952 26 97  
Кредитни точки - по 8 дневно

**Медицинска паразитология - основен курс**

**3. "ИЗБРАНИ ГЛАВИ ОТ МЕДИЦИНСКАТА ПАРАЗИТОЛОГИЯ"**  
Основен курс за лекари, специализиращи по Наредба № 34, преминали първите две години от специализацията  
Продължителност - 30 дни

Начало - 01.04.2011 г.  
Курсисти - 10  
Отг.: Доц. К. Вутова  
База - СБАЛИПБ "Проф. Иван Киров" ЕАД, гр. София 1606, бул. "Акад. Иван Гешов" № 17, тел. за контакти - 02/ 952 37 80/ в.тр. 223 и 02/ 952 26 97  
Кредитни точки - по 8 дневно

**СИМПОЗИУМ „АКАД. ЧУДОМИР НАЧЕВ“**

Организатори: БАН, МУ- София, БНАМ, Съюз на учените в България  
9 април, 2011 година  
Тема: Епигенетика на лекарствата - роля на фармакотерапията  
Модератор: проф. д-р Н. Бояджиева  
1. Основни епигенетични характеристики на лекарствата - проф. д-р Н. Бояджиева  
2. Епигенетични характеристики на алкохолизъм - д-р Г. Богданов  
3. Епигенетика на психотропни лекарства - д-р Т. Ханджиева - Дърленска  
4. Епигенетика на противотуморни лекарства - д-р П. Гатева  
5. Епигенетични характеристики в токсикологията - проф. д-р Ал. Монов  
Лекциите започват от 9 часа,

дискусията - от 13 часа в салона на БАН.  
16 април, 2011 година  
Тема: Нови технологии за по-добро здравеопазване  
Модератор: доц. д-р Васил Писев  
1. Контролираните клинични изпитвания - доказателствена база за съвременна лекарствена политика - доц. д-р Т. Бенишева  
2. Диагностично-свързаните групи като инструмент за разпределение на финансовите ресурси - доц. д-р Ж. Павлова  
3. Психологичните техники и практики - неразделна част от модерното здравеопазване - доц. З. Савова  
Лекциите започват от 9 часа, дискусията - от 13 часа в салона на БАН

**Абонирайте се**  
**Побързайте!** **за 2011 година**

**Във всеки пощенски клон -**

**Каталожен №401**



**Вестникът на българските лекари**

**ЕДИНСТВЕНОТО НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЛС!**

За цяла година - **18 лв.**

За 6 месеца - **9 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.blsgb.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	
		с	препращане
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% отстъпка	15% отстъпка	20% - 30%
от 450 до 1000 знака	22 лв. отстъпка			
над 1000 знака	34 лв.			
с включен текстов линк      плюс 5 лв.				

**3. Нестандартни рекламни форми:**

За изработване на нестандартни рекламни форми цените са по договоряне 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 договоряне
- ✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

# Международната католическа болница „Клементина“ - първа царска здравна институция в България

Доц. д-р Маруся Петкова, дм

Към плодовете на истинското мисионерство в Софийско-Пловдивската епархия се отнасят не само училищата и сиропиталищата, но и болниците. Историята ни води до хора, съдби, спомени и, разбира се, до изводи, за да покаже на поколенията как се гради нещо добро и хубаво за хората и как се разрушава, за да не остане нищо от него. Но историята си знае работата и винаги скътва тук и там по нещичко от направеното, за да може един ден някой да събере парченцата и да каже: *Вижте какво е имало тук! Едва ли ще мога да събера всичко за познатата сред населението Клементинска болница, но и това, което събрах и подредих хронологично ще извади най-важните материални ценности, имена на лекари и техните професионални съдби и ще оживи спомена за много и различни хора, исторически събития и лечителското изкуство в тяхното време.*

Тъй като историята на Клементинската болница е доста богата, ще я разделя на три периода, като всеки един от тях ще намери своето място в три последователни броя на в-к Quovadis.



панският двор с обори и птичарник. Плодните и декоративните дръвчета са подарък от княжеската градина във Враня.

## ЛЕКАРИТЕ

В началото Клементинската болница е терапевтична, но много бързо се обособява като хирургическа. Първите служители са назначени лично от княгиня Клементина - 1 лекар, 6 медицински сестри и 1 слуга. М. Маляков пише, че "назначаването на лекарите ставало чрез ходатайство." Нищо ново, нали!?

Първият главен (и тогава единствен) лекар на Клементинската болница е **д-р Захари Иванов Попов** (? - 1896). Завършил е Имперския университет в Харков, Русия, с две степени - за "уездный (областен) врач" и за "лекар". През 1886 г. получава



Д-р Иван Михалов е и редактор на „Летописи“ издание на БЛС

разрешение да практикува в Княжество България и по-късно княгиня Клементина го назначава за управител и главен лекар на Католическата болница - единственият управител, когото тя е назначила лично. За съжаление този добър човек, с благ характер и добър лекар заболява и след няколко години тежко боледуване умира.

Заедно с д-р З. Попов княгиня Клементина назначава и 6 милосърдни сестри - монахини от виенския католически орден "Св. Винченц Павел", изпратени от самия папа Лъв XIII по личната молба на княгинята. Те се грижат за домакинската част в болницата и гледането на болните. Повечето са словенки, а началницата **Бланка Колар** има висше образование, получено във Виенския университет, въз основа на което получава разрешение от



Княгиня Клементина

ВМС да практикува аптекарство в България. Освен това тя е много добре обучена да подава наркоза.

Сестрата-началница отговаря за хигиената, здравно-охранителния режим, домакинството, складовете, превързочните материали. Прави впечатление, че още в началото на ХХ-ти век у нас се прилага лечебно и диетично хранене - тогава храната се класифицира като обикновена, лека, млечна, усилена и строго диетична. За кухнята и храненето на болните се грижи специално подготвена сестра. Повечето от сестрите-монахини са завършили Училището за милосърдни сестри в Загреб, а тези, които нямат медицинско образование, са болногледачки или работят в кухнята, шивалнята, пералнята и стопанството.

След кончината на д-р З. Попов за управител на Клементинската болница е назначен чирпанлията **д-р Иван Михалов** (1855 - 1914). Той е съдебен лекар в София и преподавател по Съдебна медицина в Софийския университет. Участник в национално-освободителното движение, съратник на Васил Левски и след залавянето на Апостола забягва в Прага. Завършил медицина в Женева, Швейцария (1882), той се завръща в България и работи като волнопрактикуващ и като общински лекар в Пловдив, Хасково, Чирпан и София. Освен общински лекар, д-р Михалов е и активен общественик, администратор и социалхигиенист - той е помощник-главен лекар на София (1887), директор на санитарното отделение (1903 - 1908), началник на столичната санитарна служба, един от основоположниците на софийската санитарна служба - има значими заслуги за водоснабдяването и изграждането на канализацията в Со-

фия, за построяването на Халиите, Централна баня и Обеззаразителната станция. Член е на ВМС и народен представител, редактор на списанията Медицински преглед и Летописи на Лекарския съюз в България. За големия му принос в съграждането на здравната мрежа в София, след смъртта му Първа градска лечебница в София е наименована на неговото име (1915).

## ИНТЕРЕСНА ФИГУРА

в новата българска хирургия и в частност - в придворната медицина, е швейцарският лекар **д-р Карл Роберт**



Д-р Карл Роберт Щирлин

**Щирлин** (1862 - 1928). ВМС го поканва в България за укрепване и разширяване на хирургическата дейност в Александровската болница и го назначава за началник на хирургическото отделение и заместник-управител на болницата (1893 - 1895). Д-р Щирлин е завършил медицина в Цюрих (1886) и защитил докторат в една нова за времето си област - клинична лаборатория (1889). Тъй като в края на ХІХ-ти век хирургията все още е само една специалност, д-р Щирлин е поливалентен хирург като всички други хирурзи, както и анестезиолог-реаниматор. Владее сложни и най-модерни оперативни техники. В Александровската болница д-р Щирлин най-напред затваря клозетите, разположени точно срещу операционната. Доставя и е монтирано специално лавабо - умивалник за топла вода в операционната. Разделя Хирургичното отделение на две части - за "чисти" и "нечисти" болни. Въвежда стерилизацията на инструментите и превързочните материали чрез изваряване. Така д-р Щирлин въ-

вежда задължителната антисептика у нас. Между другото е и консултант-хирург и оперира в Клементинската болница. Той не се притеснява да предава своите знания и опит и да обучава българските хирурзи. Приема се, че д-р Роберт Щирлин заедно с по-късно избрани за професор д-р Парашкев Стоянов са основоположници на модерната хирургия в България.

Но! Както често се случва, страхът и завистта подсторват тогавашния директор на Санитарната дирекция да злепостави д-р Щирлин и да го уволни от Александровската болница.

Може би огорчен от лекарското съсловие, но обикнал страната ни, д-р Щирлин остава още 2 години в България - като волнопрактикуващ, а след смъртта на д-р З. Попов веднага е назначен за управител на Клементинската болница (1896).

Принос за издигане реномето на Клементинската болница е не само блестящата му хирургична работа, в която му асистират д-р Е. Клайн и д-р Ив. Кожухаров. Той успява да разкрие нова щатна длъжност - фелдшер-стерилизатор. Въвежда болничната документация и отчетност - до тогава Клементинската болница не отчита дейността си пред здравните институции, тъй като е на дворцово финансиране и под юрисдикцията на Френското посолство. В началото на 1897 г. д-р Роберт Щирлин си заминава за Швейцария.

Асистент на д-р Щирлин в Александровската, а после и в Клементинската болница е полякът **д-р Едуард Клайн** (1865 - 1939). Роден е в гр. Львов и е завършил медицина във Виена (1890). Веднага пристига в България и получава разрешение от ВМС да практикува лекарската си професия. Работи като хирург в Александровската болница (1893 - 1896). В същото време е привлечен и за придворен лекар. Той е един от пионерите и в изграждането на "железничарската" медицина у нас. В Клементинската болница остава като хирург 12 г. (1896 - 1908), като 15 г. е и дворцов лекар (1893 - 1908). От 1910 г. и до смъртта си е волнопрактикуващ хирург в София. Той и семейството му остават да живеят и работят в България.

(Продължава в следващия брой)

Идеята за построяването на Клементинската болница е на католическия свещеник-мисионер Тимотей Строна от Биела - монах от ордена на Капуцините, пристигнал в България непосредствено след Освобождението. Тъй като е изповедник на княгинята-майка - Клементина, не е трудно да я убеди в необходимостта от такава болница. Тя приема с ентузиазъм богоугодното дело и става двигател на проекта. Нейното дарение и активното ѝ съдействие за построяването на католическата болница в София е първата проява на царска благотворителност след възкачването на сина ѝ за княз на България.

Отец Строна и помощникът му Козма Вики започват да събират средства за построяването на болница - предимно от нарастващата и богата австроунгарска колония и дипломатическите мисии. Планът за болницата е разработен от дворцовия архитект Бранди и утвърден от Висшия медицински съвет (ВМС) с Протокол № 38 от 1 юни 1890 г. Единствената забележка по проекта е "да се предвидят помещения за кухня, автопсиална стая и пералня".

## ДАРИТЕЛИТЕ

За своята благотворителна кауза княгиня Клементина дарява не само лични 15 000 франка, но привлича парите и на други царски особи. Император Франц Йосиф дарява 10 000 крони, като желанието на дарителя е бедните католици - поданици на Австро-Унгария да бъдат лекувани в нея безплатно. Пармският херцог дарява 10 000 лв., а отец К. Вики събира около 6 000 лв. в Швейцария. Княз Фердинанд дарява 3 500 лв. Софийската община предоставя за строежа на новата болница парцел от около 30 декара в кв. Банишора.

Клементинската болница е открита на 4 юни 1891 г. До 1922 г. е подкрепяна щедро от двореца и дипломатическите мисии в София. Започнала с 15 легла, които през

следващата година се увеличили на 50. Така първата придворна здравна институция в България е разкрита 13 години след Освобождението и 4 години след идването на княз Фердинанд и носи името **Международна католическа болница "Княгиня Клементина"**.

Софийска община издава Нотариален акт № 176/1891 г. на името на католическата църква "Св. Йосиф" в София. Отначало управлението ѝ се води от княгинята-майка, а после - от тричленен Управителен съвет.

Интересен е кръглият печат на Клементинската болница. Околовръст е изписано CLEMENTINUM - името на патрона на болницата, което на латински означава милосърдие.

## СГРАДАТА

е двуетажна, П-образна, разположена в средата на терена и обръната с лице на юг. Долният етаж е няколко стъпала надолу в земята и там са амбулаторията, складовете, готварницата, стайте на сестрите. На горния етаж са болничните стаи, аптеката, банята и параклисът. Главният вход разделя сградата на две половини за двете отделения - мъжко и женско. Коридор разделя стайте на предни (южни) и задни (северни). По правилата на здравното строителство южните стаи са за болните, а в северната част са операционната, приемното отделение, тъмната стая за очни и ушни прегледи, телефонната. Интересно, че тогава разрешавали на болните да пушат и към Мъжкото отделение има веранда за пушачи. Тук се намира и параклисът, за който ратувал отец Строна. Стаите са единични - за 1 до 4-ма болни, и общи - с 10 - 15 болнични легла. Болницата е водоснабдена и има канализационна мрежа.

Независимо че болницата приема болни, строителството продължава. На следващата година (1892) е удължено западното крило. Останалата част от десетките декари са превърнати на северозапад - в зеленчукова, на североизток - в овощна градина, а на юг - в парк. На север е сто-

# Карикатурна здравна система

• през погледа на Иван Кутузов - Кути •

Здравни министри за временно ползване



Това е карикатурата, която донесе специалната награда на Иван Кутузов-Кути, на 29-ото издание на Международния конкурс за карикатури "Йомиури", чиято тема беше "Зъбите"



Ефектът от реформите

"В момента рисувам Росен Плевнелиев. Разбира се, че подсилвам някои от качествата на моите герои в шаржовите, но те все пак си остават симпатични". С тези думи известният карикатурист Иван Кутузов - Кути започва разказа си пред в. Quo vadis. Убеден е, че една добра карикатура казва много повече от няколко страници текст, но според него тя трябва да е пестелива, да удря право в целта. "Хората са централен образ в творчеството ми. Мисля, че от рисунките ми политиките могат да видят как изглеждат в очите на обществото", продължава той. Споделя, че властимащите обикновено не се сърдят, дори някои проявявали завидно чувство за хумор. Бойко Борисов например, веднъж му казал, че заради него е започнал да се бръсне гладко, за да не го рисува винаги с набола брада. "Омръзна ми да ме рисува като таралеж. Ще изглеждам прилично", заявил премиерът на художника.



на много отличия - на международния конкурс за карикатуристи в Сърбия през 2003 г. печели първа награда в надпревара със 3030 карикатури на 1007 автора от 85 държави. На същия конкурс през 2006 г. печели втора награда, а през 2008 г. - отново първа. През 2007 г. получава специалната награда на конкурса в Токио. Пръв е отново през 2010 г. на Международния конкурс за карикатури "Земун" в Белград. Има отличия от Европарламента и още какви ли не...

Разказва, че рисува, откакто е хванал молива, а първото му ателие е било под масата. Бях я изографисал от вътрешната страна като олтар, смее се Кути. Споделя, че другата му голяма страст е риболовът и в последно време дори изпраща директно карикатурите си от реката. "Да живее техниката, въпреки че хич ме няма с нея и ако не бяха приятелите, нямаше да мога да се справя", признава си художникът.

"Смехът е най-голямата присъда, която обществото може да даде на някое събитие или личност". Тези думи изрича още през 1951 година големият карикатурист Илия Бешков. Кути е напълно съгласен с него, но добавя, че се стреми карикатурите му не само да размиват, а и да станат повод за размисъл, да са коректив. За да стане действителността по-добра.



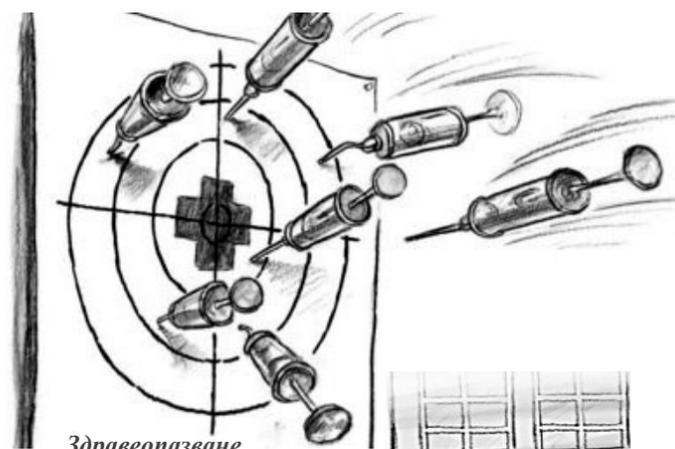
Здравословно



Малък български паноптикум



Широко затворени очи за корупцията



Здравеопазване до дупка



Оцеляване



Клинична пътека

