

# QUOVADIS

ЛЪТОПИСИ  
НА  
ЛЕКАРСКИЯ СЪЮЗ  
ВЪ БЪЛГАРИЯ

София, година XII, брой 7 и 8, петък, 5 август 2011 г.

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



## ЛЕКАРСКИЯТ СЪЮЗ ВНЕСЕ В ЗДРАВНОТО МИНИСТЕРСТВО И В ПАРЛАМЕНТА ИСКАНЕ ЗА ЗАКОН ЗА СПЕШНАТА ПОМОЩ

на стр. 8-9

Отчетно-изборно събрание на РЛК в Търговище - нелегитимно?

## ЛЕКАРИ СКОЧИХА СРЕЩУ САМОУПРАВСТВОТО

• Търсят 100 000 лева членски внос

на стр. 5



СПЕЦИАЛЕН ГОСТ

Доц. д-р Владимир  
Пилософ,  
директор на  
Националната  
кардиологична  
болница



на стр. 15

ПУБЛИКАЦИЯ НА МЕСЕЦА

Проф. д-р Милан Миланов,  
председател на Етичната  
комисия на БЛС пред [zdrave.net](http://zdrave.net)



## ЗАЩО НЕ ТРЯБВА ИЛИ ТРЯБВА ДА СТАВАМ ДОКТОР

на стр. 13

 **actavis**  
think smart medicine

В БРОЯ

АКТУАЛНО

## НРД - на стартовата права

на стр. 3

• БЛС и Касата се договориха  
на експертно ниво по  
основните параметри

СЪБРАНО ЗА ВАС

## Сред кандигат- кметовете пак има лекари

на стр. 10



АНАЛИЗИ

## Скършената реформа

на стр. 11



## Медицинският туризъм у нас е наполовина по-евтин от Европа

на стр. 16-17

## ХОМЕОПЛАЗМИН® МАЗ



охлузване...  
напукване...  
протиране...

Поддържаща терапия  
при увредена кожа,  
охлузване, подсичане, напукване...

Хомеопатичен лекарствен продукт.  
Не се прилага при деца под 3 годишна възраст.

Без лекарско предписание.

За пълна информация: БОИРОН БГ  
1407 София, жк: Южен парк, бл. 28, бх. А, ап. 6  
тел. 963-09-06, 963-09-06; факс: 963-45-00

LABORATOIRES  
BOIRON

КУП № А. 1371/15.04.2010

# БЛС с партньори спечели обществена поръчка по европроект

Партньорите са Съюзът на медицинските дружества в България и доказалата се на пазара за експертни услуги фирма Европроект. Проектът е "Акредитация на лечебните заведения и продължителното обучение на медицинския персонал". Той е финансиран по оперативна програма "Развитие на човешките ресурси 2007 - 2013", приоритетна ос 6 "Повишаване ефективността на институциите на пазара на труда, социалните и здравни услуги", област на интервенция "Укрепване на капацитета на институциите за социално включване и за предоставяне на здравни услуги".

Проектът е с продължителност 53 месеца и е стартирал на 10 юли 2009 година. Предвижда се да приключи на 10 декември 2013 година. Общият бюджет е 3 312 536,26 лева.

Общата цел на проекта е укрепване на институциите,

отговарящи за акредитацията на лечебните заведения и за квалификацията на доставчиците на здравни услуги.

Специфичните цели са: създаване на система за контрол за акредитиране на програмите и институциите, извършващи продължителното медицинско обучение, както и унифициране на процесите по регистрация на медицинските кадри - създаване на централизирана база данни на медицинския персонал с възможност за анализ, оценка и планиране. Друга специфична цел е укрепването на системата на акредитация на лечебната дейност, изготвяне и актуализиране на медицинските стандарти.

БЛС се включи с немалък брой свои експерти в консорциум с посочените партньори. Съвсем естествено е Лекарският съюз да участва в такъв проект,

който е свързан с дейности, които по закон са негов ангажимент, е мнението на д-р Слави Близнаков от Европроект.

Консорциумът на партньорите спечели обществени поръчки по обявени от министерството позиции.

След приключване на проекта, дейностите, които са били негов обект, ще станат неразделна част от здравната система на страната, изтъкват експертите. И подчертават, че изпълнителите на всички дейности се избират при спазването на разпоредбите на действащото национално законодателство в областта на обществените пръчки и правилата за провеждане на процедури за възлагане на обществените пръчки от министерството на здравеопазването, когато се финансира със средства от Европейския съюз.

*Повече по темата - в следващия брой*

## Въвеждат образец за преждевременно изписване

Всяка болница е длъжна да представя на пациентите за подпис информирано решение за преждевременно изписване по специален образец, съобщиха от Министерство на здравеопазването. Промените се правят, за да се гарантират по-добре правата на пациентите и лекарите, твърдят от МЗ.

В документа се посочват възможните рискове за здравето и живота на пациентите при по-ранното им изписване. Те могат да напуснат болницата едва след като го подпишат. Ако въпреки това са съгласни да напуснат клиниката, по този начин е сигурно, че хората наистина са наясно с рисковете и сами са взели това решение. Този документ пази и сигурността на лекарите, тъй като те не могат да накарат насила хората да стоят в болниците. В случаите когато пациентите доброволно са напуснали болницата по-рано и след това са настъпили усложнения, медиците няма да са отговорни за това.

В информираното решение се посочва и че при преждевременно напускане на лечебното заведение, разходите по оказаните медицински грижи остават за сметка на пациента. Новата мярка влиза в сила от 12 август, допълват от здравното ведомство.

## ДВЕ БОЛНИЦИ ОСЪДИХА ЗДРАВНАТА КАСА

Състав на Софийски градски съд е осъдил НЗОК да изплати законната лихва за забавените плащания през 2010 година, съобщиха от Центъра за защита правата в здравеопазването. Делото е заведено от специализираната хирургична болница "Св. Богородица" в София на 1 октомври 2010 година. Исковата молба е подадена за това, че НЗОК не е изпълнила договорните си задължения и не е превела изцяло отчетените и фактурирани суми за извършената дейност през месец март, април, май, юни и юли на 2010 година. Впоследствие, на 5 октомври 2010 и на 18 януари 2011 година, НЗОК е изплатила главницата по претендираните суми.

Съдия Гигов е приел за установено, че към датата на подаване на исковата молба, НЗОК не е изпълнила задължението си по договора и сключения на 27 януари 2010 година анекс с болницата. Макар и впоследствие дължимите суми да са изплатени, НЗОК е осъдена да заплати законната лихва за просрочията, както и всички разходи на ищеца, направени по делото.

В същото време общинската болница в Мадан осъди РЗОК - Смолян за 50 000 лева, съобщава регионалната преса. Делото е спечелено във Върховния административен съд и не подлежи на обжалване. Решението от април, тази година, е окончателно, но здравната каса досега не ни е изплатила средствата, които ни дължи за извършена лечебна дейност, каза управителят на лечебното заведение д-р Стефан Хаджиев. Болничното ръководство вероятно ще бъде при-

нудено да потърси съдействието на съдия-изпълнител, за да си получи вземанията.

МБАЛ - Мадан за разлика от други болници няма нито лев дългове към доставчици на медикаменти и консумативи. Всички разходи до май месец са разплатени. Това станало възможно с получените 80 000 лева за извършената надлимитна дейност в периода август-декември 2010 година.

Не смятам, че разпоредбите, които спускат от НЗОК и рестрикциите, на които ни подлагат, са законни, каза д-р Хаджиев. Действа се съвсем неадекватно спрямо нас. Някой беше решил, че трябва да бъдем закрити и не ни разрешаваха да сключим договори по клинични пътеки за водене на раждания в акушеро-гинекологичното отделение и за лечение на



Болницата в Мадан

деца в детско отделение. Атаката към нас беше на основание, че сме близо до Смолян и до Областната болница. Два месеца ни разиграваха, накрая ни разрешиха да лекуваме децата от града и селата - това беше направо абсурдно, всяко болно дете да бъде изпращано в смолянската болница. Сега ще трябва да съдя здравната каса и за пропуснати ползи за този период, предвижда здравният шеф.

## Целият здравен сектор влиза в обща електронна система за 10 млн. лв.

Министерството на здравеопазването ще направи интегрирана информационна система в здравеопазването срещу отделните за това 9.7 млн. лв., съобщиха от ведомството. Тя ще бъде готова изцяло след 27 месеца. Парите са по схема "Национална здравно-информационна система" на Оперативна програма "Развитие на човешките ресурси".

Системата ще свърже всички болници, лекарски кабинети, аптеки, също и софтуера на здравната каса, НАП и ГРАО. От ведомството смятат, че това няма да е толкова скъпо, тъй като отделните болници, лекари, аптеки, Касата и останалите играчи на пазара вече имат свои системи, а целта ще е занапред мрежите да имат връзка и помежду си.

Данните, които се вкарват от различните участници, ще могат да се следят в реално време - още в момента на вписването им в съответната система. Системата ще дава достъп и на всеки пациент до собственото му електронно здравно досие. И в момента хората имат подобни досиета в здравната каса, но те са достъпни само с електронен подпис, какъвто повечето пациенти нямат. Затова според здравния министър Стефан Константинов трябва да се измисли друг вариант. "Най-елементарното е с парола и ПИН-номер.

Следващото нещо, което може да се направи, е да бъде с карта с чип, както са направили много държави. Най-добрият пример в Европа е Естония, където в тяхната лична карта е инкорпориран електронният подпис чрез чип. Начин, който на практика няма да струва нищо на пациента, е с биометрични данни. Възможно е пациентът да се идентифицира с пръстови отпечатъци, а също може да се добави и ПИН-номер", каза министърът. Тепърва ще се решава кой вариант да се избере.

## Проф. д-р Стефан Костянев е новият ректор на Медицински университет - Пловдив

Досега проф. Костянев беше заместник-ректор на Медицинския факултет и ръководител на Катедра "Патологична физиология".

Той получи 136 гласа на отчетно-изборното събрание, продължило до късно вечерта. Доц. Илия Баташки стигна до балотаж, но изгуби битката с получени 84 гласа от делегатите. Преди балотажа третият кандидат за поста - доц. Борислав Китов, призова поддръжниците си да гласуват за проф. Костянев, защото програмите им за управление на висшето учебно заведение в голяма степен се припокриват.

Проф. Стефан Костянев



спечели поста ректор на МУ-Пловдив с програма за управление на учебното заведение под наслов "С академизъм към успехи и престиж!", която е публикувана в личния му блог.

## Столичната „Св. Иван Рилски“ - с международна награда за качество



На 39-ото издание на международната награда за качество - New Millennium Award, връчвана от издателската къща Editorial Office - Мадрид в сътрудничество с Клуба на търговските лидери - Trade Leaders' Club, българската УМБАЛ "Св. Иван Рилски" ЕАД е получила престижната награда за качество през последните години. На 39-ото издание, проведено на 11 юли 2011 г. в Женева, са наградени 30 фирми от различни браншове.

Издателската къща Editorial Office е основана през 1950 година. Trade Leaders' Club е асоциация, основана през 1978 година и включваща над 7 000 водещи фирми от 120 държави, предварително подбрани за своята дейност, качество и лично признание. Това съобщиха от лечебното заведение.

## „Пирогов“ вече има мобилна система за бързо набиране

"Пирогов" получи система за бързо набиране на телефонния си номер. От компанията CallMyName, която дарява услугата на лечебното заведение, обясниха, че за да се намери номера на болницата, вече няма да е необходимо той да се търси по справочници или през персоналния компютър. Достатъчно е само потребителят да разполага с мобилен телефон с браузър, откъдето да се свърже с приложението на компанията и да запамети името "Пирогов" в апарата си. На притежателите на

вяване на връзки между фирмите и организациите за разширяване на сътрудничеството между тях. Номинациите за призове се определят след консултации с членовете на клуба, които дават оценките си за компании от техния регион. Подборът на фирмите включва задълбочено проучване на въведените стандарти и системи за контрол на качеството, както и на финансовите резултати и развитието на фирмите през последните години. На 39-ото издание, проведено на 11 юли 2011 г. в Женева, са наградени 30 фирми от различни браншове.

До настоящия момент "Св. Иван Рилски" е единствената българска болница, избрана за това отличие. Призът - статуетка и грамота, както и златният медал, са били връчени от организаторите и Геновева Ненова - аташе в постоянното представителство на Република България в Женева, Швейцария.

iPhone няма да е необходим достъп до Интернет, за да запаметят номера за бързо набиране, стана ясно от думите на представител на компанията. Цената на обаждането до централата на "Пирогов" ще е според абонаментните планове на различните мобилни оператори.

Беше обявено, че услугата ще бъде дарена и на други големи болници в страната, като следващото лечебно заведение, което ще се сдобие със система за бързо набиране е "Току-да".

QUOVADIS

ЛЪТОВНИЦА  
ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ  
ВЪ БЪЛГАРИЯ

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“

Редакционно броят е приключен на 04. 08. 2011 г.

# Националният рамков договор - на стартовата права

• **Лекарският съюз и Касата се договориха на експертно ниво по основните параметри, чакат се проектобюджетът за здраве и промените в законите**

Преговорите между Българския лекарски съюз и Националната здравна каса по НРД-2012 на експертно ниво приключиха. В продължение на два месеца специалисти от двете страни обсъждаха какво трябва да се промени, за да се улесни работата на медиците и да се подобри достъпът на пациентите до здравни услуги. От страна на лекарите в работните групи се включиха всички членове на УС на БЛС, националните консултанти по различните специалности, хабилитирани лица и лекари от университетските, областните и общинските болници. Вече са договорени общите положения в НРД. За да започне същинската работа по остойностяването на медицинските дейности обаче е необходимо да се знае бюджетната рамка за сектора за следващата година. Нужни са също съществени законодателни промени.

На този етап медиците обсъждаха първо подписването на анекс към НРД-2011. Направени бяха предложения за актуализация на цените на някои от най-проблемните клинични пътеки. "Не е тайна, че за много от дейностите те бяха намалени в края на миналата година и то при положение, че по принцип не са остойностени правилно. При възможност за икономия на средства в болничната помощ, ще бъдат актуализирани поне тези пътеки", обясни за в. Quo vadis д-р Димитър Петров, консултант на БЛС за НРД. И уточни, че това е направено за няколко специалности - урология, кардиология, пулмология, гастроентерология, ортопедия. Д-р Петров подчерта, че засега

**НЯМА ЯСНИ ИНДИКАЦИИ ОТ НЗОК ДАЛИ ЩЕ ИМА АНЕКС**

въпреки принципното съгласие от страна на експертите на Касата. Той припомни, че миналата година специална комисия към Министерството на финансите определи цените на клиничните пътеки, тъй като те бяха извадени от договарянето. След това бяха приети с постановление на МС. "Вследствие на упоритите усилия на Лекарския съюз, това беше променено и в момен-

та цените и обемите на медицинските дейности отново са върнати в НРД, но договарянето им ще важи за 2012 година. Постановлението на МС за тазгодишните цени все още е факт, въпреки че комисията, която ги определи вече няма в правния мир. Затова единственият вариант е евентуалното увеличение да стане по предложение на министъра на здравеопазването или министъра на финансите. На този етап само МС може да промени цените", каза д-р Петров.

От Касата са обещали да направят нужните разчети. От пресцентъра на институцията съобщиха в края на юли, че парите ще стигнат за болниците и извънболничната помощ до края на годината, но за анекс в съобщението нямамаше и дума. "Моите очаквания са, ако това изобщо стане, да обхване последното тримесечие. По-рано е невъзможно да се случи", коментира д-р Петров. По думите му Касата се престахова, защото има проблем с плащанията за лекарствата. Причината е в промените в списъците, които включват нови групи медикаменти. Друг проблем е, че НЗОК практически не участва с решаващ глас в процеса за определяне реимбурсацията на лекарствата и затова не може да направи ясни сметки за разходите си, което й пречи за другите неща. "Ние сме на мнение, че това трябва да се промени и финансиращият орган трябва да има решаващ глас при реимбурсацията, защото не може

НЗОК да плаща за медикаменти, а от едно място да правят бюджета на институцията и от друго да определят реимбурсната листа", пояснява д-р Петров. Според него в момента Касата няма никакви механизми да регулира процеса и от това страдат другите здравноосигурителни плащания, най-вече болничната и доболничната помощ.

По отношение на НРД-2012 са коментирани принципни постановки, като е постигнато съгласие за няколко основни неща. Предложенията са изпратени на министъра и здравната комисия в парламента. (Виж стр. 7). Най-общо казано те включват промени в начина на плащане на прегледите в доболничната помощ - преминаване от първичен и вторичен преглед към единна цена



Д-р Димитър Петров, съветник по НРД в БЛС: **Вследствие на упоритите усилия на Лекарския съюз цените и обемите на медицинските дейности отново са върнати в рамковия договор.**

за амбулаторния случай. "Нашето мнение е, че тя не може да бъде по-ниска от 24 лева", каза д-р Петров. Искане се и по-голяма свобода за работата на специалистите. За болниците БЛС предлага междинен вариант, който може да подготви системата за въвеждането на ДСГ (виж брой 5 на вестника). Всичко това изисква съответно

**ПРОМЯНА В НЯКОИ НОРМАТИВНИ ДОКУМЕНТИ**

преди старта на същинските преговори с Касата, обясни д-р Петров. Очакванията са те да бъдат направени в началото на есенната парламентарна сесия. Необходими са корекции и заради връщането на цените и обемите в договарянето. В закона сега има доста неясноти, не се знае кой ще издава цените и какво се случва, ако няма рамков договор. "Това е типичен случай на неомислено, прибрзано и объркано законодателство. Ние многократно предупреждавахме, че с тези текстове ще настане нормативен хаос, което вече е факт. Принципно договарянето се връща между НЗОК и Касата, но трябва да се уточнят някои неща нормативно, тъй като има неясни позиции", каза експертът на БЛС.

Освен това е необходима яснота по проектобюджета на Касата. В противен случай не може да се тръгне към реално определяне на цените. От страна на БЛС разчетите са готови, но те показват



доста по-високи стойности от тези, които се очакват като бюджет. От организацията смятат, че въпреки всичко за догодина би трябвало да постъпят поне 200 млн. лв. допълнително в НЗОК от повишаването на минималната работна заплата и от растежа. Нормално е те да отидат за увеличение на цените в доболничната и болничната помощ.

Експертните групи са прегледали и алгоритмите на всички клинични пътеки по различните специалности. Там сериозни промени не се очакват, тъй като пътеките действат вече доста време и всяка година нещо се актуализира. Има обаче места, където са се появили обективни пречки и несъответствия и те са изчистени. Друг е въпросът, че понякога изискванията в

**СТАНДАРТТЕ И КЛИНИЧНИТЕ ПЪТЕКИ СИ ПРОТИВОРЕЧАТ**

и този проблем трябва да се реши от министерството. "Има един проект по актуализация на медицинските стандарти, който беше забавен. Тази работа трябва да се възобнови и по мое мнение трябва да приключи най-късно в края на септември и началото на октомври, за да може да се изчистят противоречията", подчерта д-р Петров. Несъответствия има и с въведените нива на компетентност. Понякога основният стандарт позволява определени дейности, но се забърква стандарта по лабораторните дисциплини и анестезиология, където са записани други неща и заради тях болниците не могат да сключат договор с Касата. В същото време клиничната пътека не може да отговори едновременно и на двата. "Тази координация на медицинските стандарти е предмет на министерството. То е законовият орган, който ги издава и коригира", каза д-р Петров. За да се премахне това несъответствие от БЛС предлагат заплащането на анестезиолозите и на клиничната патология да се изведе от

пътеките - като отделна цена за анестезии, за аутопсии и за определени препарати. Защото в момента те са много проблемни специалности и вече

**ИМА ЗАТРУДНЕНИЯ С КАДРИТЕ МАСОВО В ЦЯЛАТА СТРАНА**

включително и в областните болници. Проблемът съществува и с другите специалности, но в тези двете е най-сериозен. В тази връзка медиците предупреждаха, че скоро дори големи клиники няма да отговарят за изискванията за необходимите специалисти и няма да могат да сключват договор с Касата, което ще остави без медицинска помощ голяма част от населението.

Д-р Петров смята, че експертите на БЛС и Касата са свършили доста работа. "Събираха се достатъчно хора от най-различни болници и точно в това е смисълът - да не участват само национални консултанти и водещи medici от университетски болници, а да има представители на всички звена, за да си защитят правата и да има достатъчно баланс между качеството и достъпа. Защото когато едни алгоритми се направят най-вече под влияние на работещите в елитни клиники, излиза, че множество по-малки болници не могат да сключат договори и достъпът на пациентите страда, особено регионални. Ако пък прекалено много се отпуснат тези правила, страда качеството. Тъй че този баланс между достъп и качество трябва да се намери", заключи експертът на БЛС по рамковия договор.

Засега няма определена дата за следваща среща между Лекарския съюз и здравната каса. Вероятно тя ще се проведе през септември. Преговорите по същество за НРД вече са на стартовата права, но преди това на ход са управляващите - здравното министерство и парламентарна здравна комисия.



# ИЗМЕНЕНАТА НАРЕДБА 40 НАТОВАРВА ДОПЪЛНИТЕЛНО ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ

На 9 юни, т.г., в секретариата на регионалната колегия на БЛС в Русе се проведе национална работна среща по промените на Наредба 40 и произтичащите проблеми за "неотложната помощ" на общопрактикуващите лекари. В срещата взеха участие: от Русе председателят на СОПЛ д-р Орлин Кожухаров, зам.-председателят д-р Виделина Моллова, секретарят д-р Татяна Матева, членовете на УС д-р Лиляна Вълчева и д-р Абдън Джиниев, председателят на РЛК д-р Виделина Даскалова, и общопрактикуващият д-р Илко Маринов, както и д-р Теодор Иванов - председател на РЛК в Силистра, д-р Светлин Митев - председател на РЛК и на СОПЛ във Варна, председателят на ДОПЛ в София д-р Володя Василев и заместникът му д-р Ясен Тончев.

След задълбочен анализ на ситуацията и предложенията по Наредба 40 присъстващите се обединиха и приеха Декларация, която чрез УС на БЛС изпращат до парламентарната здравна комисия, министъра на здравеопазването, синдикатите и до председателите на всички регионални колегии.

Публикуваме тази Декларация, както и Становище на дружеството на софийските общопрактикуващи лекари.



## ДЕКЛАРАЦИЯ от срещата в Русе

Така представената преработена Наредба 40 не е адекватна към настоящия момент и ситуация за изпълнение от страна на Общопрактикуващите лекари.

Промените в тази наредба водят до дискриминация и закрепостяване на изпълнителите на ПИМП в малките населени места.

Посочените принципи на териториално покритие с дежурни кабинети и обслужване от ОПЛ се явяват ненужна и дублираща структура на ЦСМП.

Оказването на спешна помощ на населението по закон е дело на държавата, която за съжаление абдикира от задълженията си.

В тази наредба лобизмът е дълбоко залегнал - парите, които са около 9 млн.лв. за Р България, за оказване на т.н."неотложна помощ" могат да бъдат дадени директно от Министъра на здравеопазването за центрове по спешна помощ, които да вършат тази работа, вместо да бъдат отпуснати чрез бюджета

на ПИМП за същата дейност.

В следствие промяната на Наредба 40 е променен и стандартът по Обща медицина, което не е съгласувано и одобрено от автора и вносителя на този стандарт. По същество в него се залагат и правила за работата на лекарите със специалност "спешна медицина". Не се отчита, че ПИМП нямат възможност за тристепенен модел на работа, както е при спешната помощ.

24-часовото разположение на ОПЛ е в разрез не само с нормативната база и други закони, но и с човешкия морал.

Ако Наредба 40 бъде приложена в този си вид, проблемите и хаоса в здравеопазването ще се задълбочават.

Д-р Виделина Даскалова - председател на РК на БЛС - Русе

## СТАНОВИЩЕ

от УС на Дружеството на Софийските общопрактикуващи лекари по изменение на наредба № 40 от 28.06.2011 г., обнародвана в ДВ и подписана от министър Константинов, относно последните промени в частта за 24-часовия ангажимент на общопрактикуващите лекари в България

В срок от шест месеца г-н Министър, Вие, два пъти изменяте наредба № 40, като този път бе променен и стандартът по обща медицина. Думите..."24-часово оказване на медицинска помощ от ОПЛ..." бяха заменени с думите..."ОПЛ осигуряват постоянен денонощен достъп до медицинска помощ, при условията и по реда на наредба № 40 от 2004 година..."

Смисълът на това изменение е не да опадне 24-часовият ангажимент на ОПЛ, защото това е игра на думи, а напротив да му бъде вменено нов ангажимент: Лекарят на обща практика да създава такива дежурни кабинети, да ги обзавежда с апаратура, да ги осигурява с изпълнители. За тези си дейности ще бъде финансиран от бюджета на НЗОК.

В новото изменение на наредбата дори се оказва 20-километрово отстояние на практиките от дежурните кабинети, а в районите на страната където няма възможност за такива вече направо е вменено на семейните лекари от 178 общини да се групират помежду си и да създават 24-часов график в кабинет.

В новата редакция на наредба № 40 от посочената дата са посочени

принципите на териториално покритие с дежурни кабинети, обслужвани от семейните лекари, като дублираща структура на центрове за Спешна медицинска помощ.

С целия този законов акт се нарушава основното право на почивка, гарантирано от българското законодателство на изпълнителите на медицински дейности: лекари на обща практика или друг нает персонал, чрез нарушение на клаузи от Кодекса на труда, както и Закона за здравословни и безопасни условия на труд и произтичащите от него наредби.

Стандартът по обща медицина се променя, като в него се залагат правила от стандарта по спешна медицина, като не се отчитат брой часове за работа след които задължително се почива.

Г-н Министър, като се правят опити да се спасява спешната помощ, то трябва задължително да излезе нормативен документ, който да налага задължителна почивка на дежурните лекари, както на шофьорите на дълги разстояния. Защото както шофьотът може да причини произшествие и грешка поради преумора, така по същия начин може да се случи

и грешка при лекаря.

Както и да го мислят управляващите, накрая трябва да подсигурят достойно заплащане на лекарите и финансова възможност за просъществуване на малките практики в страната, защото в противен случай ще се ускори изтичането на лекари към чужбина, както и обезлюдяване на местата оставени без медицински грижи.

Г-н Министър, групата на лекарите на обща медицинска практика е най-рано и най-естествено реформираната част от медицинското съсловие. Вече 10 години индивидуално или чрез спонтанно създадени кабинети за неотложна помощ, общопрактикуващите лекари изпълняват това задължение безплатно. Задължението за спешната помощ и 24-часово обслужване на населението е държавна политика, ангажимент на държавни институции и ние казваме вече: Стига толкова на нашия гръб, защото ние се прегърбихме и не можем да носим повече този излишен товар.

Задълженията на държавата да се вменяват административно на частни самоосигуряващи се лица-лекари на обща практика е противоза-

конно.

Ние, общопрактикуващите лекари от гр. София, предлагаме тези и други несъответствия със законодателството на Република България и европейското законодателство, които са нарушени и налагат преразглеждане на настоящата наредба № 40, да бъдат обсъдени на по-широк професионален форум с БЛС и съсловната организация на общопрактикуващите лекари.

Новите изменения по наредба № 40 да бъдат преразгледани и коригирани в съответствие с Българския закон и Международния европейски закон за правото на труд и почивка.

Надяваме се, че с това си становище ще бъдем разбрани правилно в желанието си за взаимно разбиране с екипа на Министерство на здравеопазването и продължаване на общата работа за истинска и коректна реформа в здравеопазването, която засяга семейните лекари и медицинската помощ на населението на България.

От УС на ДСОПЛ  
председател:  
д-р Володя Василев

## В Смолян - ПРЕДЛАГАТ ДА СЕ ПРОУЧИ ЗДРАВНИЯТ СТАТУС НА БЪЛГАРСКИЯ МЕДИК

Това е едно от интересните предложения, направени при обсъжданията по време на отчетно-изборното събрание в Смолян. Зад това искане прозират всички проблеми на съсловието - условия на труд, днешното отношение на управляващите и на цялото общество към професията, стресът на работното място, финансовият недостиг на лечебните заведения, неадекватните възнаграждения на лекарите и разбира се, липсата на ясна стратегия за развитието на здравеопазването и на перспектива за медиците, застаряващата гилдия и отсъствието на реална мотивация за дългата на младите...

Иначе отчетно-изборното събрание на смоленската колегия премина при добра организация и активност на лекарите. Присъстваха председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов и двамата зам.- председатели д-р Юлиан Йорданов и д-р Георги Ставракев. Д-р Райчинов отговори на въпросите, зададени в залата като посочи конкретно направеното от ръководството на съсловната организация. Все още информацията от централата на стига до всеки лекар, стана ясно от изказванията. Преди избора представителите на ръководството на БЛС излязоха от залата, за да не влияе по някакъв начин тяхното присъствие.

Преди това в отчетния доклад бе представен анализ на дейността на колегията. Правено е всичко възможно в защита на медиците. Към момента на събранията 4 лекари са в съдебна фаза за лекарски грешки. От доклада на етичната комисия стана ясно, че са разгледали 13 писмени жалби и сигнали. Няма данни за лекарски грешки. Не бе представен доклад на контролната комисия. Тя ще се събира допълнително, обясниха на събранията.

Делегатите споделиха тревогите си за съдбата на болничните заведения в региона и особено - за болницата в Девин. Д-р Райчинов направи конкретно предложение, което БЛС ще представи на МЗ: да се настоява за отпускане на субсидия за общината-принципал, като средствата са целеви за болницата. По-късо тези пари ще се отчислят.

Хората са притеснени, че лечебни заведения потъват и търсят пътища да се спасяват. Те водят в различни посоки - към Пловдив и други градове, а вероятно ще тръгнат и извън страната.

За председател на колегията бе преизбрана д-р Емилия Апостолова.

Събранията прие резолюция, в която се изтъква, че в годините на прехода у нас "не се осъществява устойчиво развитие на здравеопазването, защото нямаше осъзната мисия и политическа воля на правителствата за реализиране на ефективна здравеопазна система като израз на стратегически национален приоритет. Сега съществува неефективно управление на ресурсите и некачествена здравна грижа." В същото време, записано е в резолюцията, БЛС не успя да защити позицията си на съсловна организация, конституирана със специален закон. Иска се оставката на главния секретар, както и финансов отчет. "На сегашния етап проблемите пред БЛС остават сериозни и тежки... БЛС трябва да има ясна визия за отговорните си задачи, за да стане уважаван партньор на Държавата и да утвърди лекарите като едно интелигентно съсловие на Нацията" - такъв е финалът на резолюцията.

# Отчетно-изборното събрание на РЛК в Търговище - нелегитимно? Лекари скочиха срещу самоуправството

● **Търсят над 100 000 лева членски внос**

Изолирани съзнателно от живота на съсловната организация - това е изводът на лекарите от МБАЛ в Търговище, които споделиха проблемите си на среща с ръководството на БЛС, проведена по тяхна покана на 3 август. Въпросът е някой има ли интерес никаква информация да не стига до най-голямото дружество в регионалната колегия? Зад гърба им се е провело отчетно-изборното събрание. Не за първи път. Никой не ги е уведомявал, че трябва да проведат делегатски събрания, да изберат и да изпратят делегати. Не за първи път.

Събранието се е състояло тихо и зад гърба на медиците от най-голямото дружество в болницата (над 110 човека), а на дружеството от извънболничната помощ - около 30 лекари. Не са били известени и техни колеги от гр. Попово и гр. Омуртаг.

По груби сметки на самите лекари, става въпрос за повече от 13 делегати, които са лишени от възможността да представят колегите си на отчетно-изборния форум в региона, а след това - и на Събора. Това е поне една трета от кворума на регионалното събрание.

И тук следва друга сметка. От изпратената от ръководството на РЛК в централата на БЛС информация се вижда, че на събранието са присъствали 21 делегати от избрани 30. Като прибавим и елиминираниите /поне/ 13, се получава една внушителна цифра. А от нея следва и внушителна членска маса - т.е. излиза, че в региона работят повече от 400 лекари - доста над реалния им брой...

...В регионалната колегия имало практика да се прехвърлят хора от дружества. Дори имало такива, които не се знае къде работят и дали работят в региона. Срещали се и случаи, когато едни и същи "членуват" в повече от едно дружество. Явно, прилагат се маниери, познати от политическите избори, според някои. Самият председател на колегията е в ръководството на политическа партия Съюз на свободните демократи. Вероятно е забравил, че политиката на Българския лекарски съюз е деполитизирана, а чл. 30, във връзка с чл. 39 от Устава на БЛС, категорично забранява заемането на ръководен пост в структурите

на Съюза.

Лекарите отбелязват още, че редовно плащат членския си внос - при това един от високите в съсловната организация, по решение на РЛК (10 лева на месец). И искат да знаят къде отиват парите им. За три години в Търговишката колегия са преведени над 100 000 лева, но сега

Въпросите им към гостите са: какво да правят, къде да се жалват за отказ на информация, която им се полага, как да преодолеят "узурпаторството" и "самоуправството" на регионалния председател, как да прекъснат взаимнообвързаности и зависимости на местно ниво, които се отразяват върху работата на

слово" да припомним на местния лидер, че ние сме част от съсловието, че не бива зад гърба ни да решават проблеми, които ни засягат, споделиха медиците в залата. Резултатът - "криминално" проведено събрание, според изказванията се. Не за първи път.

Спестяваме много от об-



разбираме, че на централата се дължат пари, а ние нямаме никаква информация къде са и какво се прави с тях - казаха те. Къде са 15 380 лева, които не са отишли в централата, питат лекарите от най-голямото дружество. Къде са и останалите пари, отишли в регионалната колегия? Искали са отчет няколко пъти. Глас в пустинята, както казват. Бяха изразени и опасения, че с тези пари се правят частни мероприятия точно избрани хора и така се източва членският внос.

колегията?...

Дотук не посочваме конкретни имена не за да запазим анонимността на изказаните се. Лекарите заставаха със собствените си имена - д-р Тания Митева - председател на дружеството в болницата, д-р Иван Моцов - председател на дружество в извънболнич-

разността в изказванията. Тя се обобщава в казаното от председателя на дружеството на извънболничната помощ д-р Моцов: страшно уничително е за лекари да им се случва всичко това.

И пак въпросът към поканите ръководители на съсловната организация: Какво да направим? Ако можехме сами, щяхме да се справим. От някъде трябва да се тръгне. Разберете, че имате нашето доверие, подчерта председателят на дружеството в болницата д-р Митева. ...А в резолюция на общото отчетно-изборно събрание на РЛК-Търговище, изпратена до София, се сменя доверието от УС на БЛС "поради изпълнение задълженията си съгласно Устава и закона." Какви задължения, кой точно закон? Не се споме-нава.

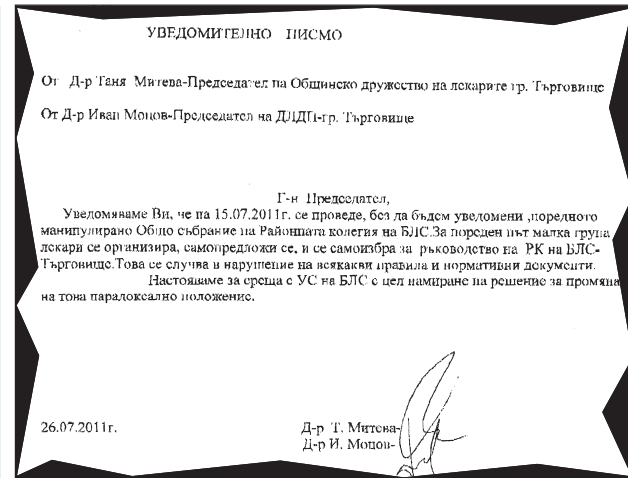
На въпроса какво да направят, лекарите от двете дружества в Търговище вече бяха дали сами отговор - като изпратиха уведомително писмо до УС на БЛС и поканиха ръководството на съсловната организация на среща - разговор.

**Публикуваме писмото от Търговище до председателя на УС на БЛС.**

Срещата за лекарите е някакъв оазис в изолацията, глътка надежда в многократните опити да се приобщат към живота на съсловната си организация, да бъде чу гласът им.

ната помощ, д-р Славчев, д-р Явор Александров... Много редове са необходими, за да изброим взелите думата за изказване или реплика...

"Опитвали сме се със



## Д-р Цветан Райчинов, председател на УС на съсловната организация: БЛС е всеки лекар

На поканата на лекари от Търговище се отзова цялото ръководство на съсловната организация - председателят д-р Цветан Райчинов, зам.-председателите д-р Георги Ставрак и д-р Юлиян Йорданов, председател на комисията по професионална етика проф. д-р Милан Миланов.

Гостите изслушаха проблемите на лекарите и отговориха на поставените въпроси.

Стана ясно, че са прекъснати информационните потоци и в двете посоки. В УС не бяха известени за проблемите на медиците в Търговище и за дългогодишната им тревога за състоянието на регионалната колегия. Лекарите от болницата и от дружеството на извънболничната помощ не знаеха какво се прави за съсловието от страна на ръководството в София. Те знаеха само, че не чувстват защита от страна на местното си ръководство.

Д-р Райчинов разказа за направеното от БЛС през времето на мандата на това ръководство - за текущите битки и за иницирането на законодателни промени в интерес на работещите в здравната система. Случайно или не, финансово са били ошетени от Касата лечебните заведения от област Търговище. Лекарският съюз аргументирано е защитил техните интересите и вече всички са получили полагащия им се статут.

Д-р Райчинов подчерта, че за съжаление представители на местната колегия, с единични изключения, не участват в работните групи по НРД. Въпреки отправените покани към всички колегии в страната, експерти от Търговище не са представени. Работата по клиничните пътеки вече е финализирана. Той отправи покана за участие в групите по цените и обемите на медицинските дейности. Това право на БЛС беше отнето при предишното ръководство, но след целогодишен натиск от страна на това ръководство, Законът беше променен и отново съсловната организация ще разпределя цените и обемите, ще определя и методиките, по които това ще става. Ако няма ваши представители, ние няма как да подредим нещата, които ви вълнуват, обясни председателят на съсловната организация. Ще се мъчим да постигнем и по-добри цени, а вашите мениджъри ще трябва да разпределят наличните ресурси. С наме-

сата на БЛС вече съществуват не делегирани, а прогнозни бюджети, които са погъвкави. Пак след настояването на Лекарския съюз в закона влезе изискването за балансиран бюджет на НЗОК. Вече не могат да се спестяват пари от нашата дейност, Касата е длъжна да не икономисва нищо в края на годината, както беше досега и всичко трябва да бъде раздадено на медицинските екипи - допълни председателят.

Българският лекарски съюз - това е всеки лекар, подчерта д-р Райчинов.

Неплащайки отчисленията към БЛС, регионалната колегия се изолира от съсловието. По устав неплатилите

### РЕАКЦИЯ

#### СЪДЕБЕН ИСК И СЕЗИРАНЕ НА КОНТРОЛНАТА КОМИСИЯ НА БЛС

● Юристите на БЛС внесоха в Районния съд на Търговище иск за издаване на заповед за незабавно изпълнение. Искът е срещу РЛК, представлявана от д-р Добрин Папуров, и е за 13 580 лева - непреведената сума от членския внос. Това стана след като безуспешно бяха отправени покани (вкл. и нотариална) към д-р Папуров за доброволно внасяне на средствата.

Според юристи, подобен иск и информация за състоянието на сметките от членския внос на местно ниво могат да предявят към съответните органи и лекарите от Търговище.

● Сезирана е Контролната комисия на БЛС във връзка с повдигнатите на срещата проблеми.

нямат право да гласуват на Събора, поясниха гостите.

Защо тези лекари, съпричастни към съсловната си организация, са изолирани? Кой и защо ги държи в такава позиция? Отговорите се знаят и се изричат. Ще се разбие ли дългогодишният омагьосан кръг, зависи от самите лекари... Д-р Райчинов и заместниците му се ангажираха да направят всичко, което е в прерогативите на ръководството, за да могат колегията в Търговище отново да намери своето място сред останалите лекари в страната.

Д-р Диана Чинарска:

# И ВЪТРЕ В СЪСЛОВИЕТО Е РЕШЕНИЕТО НА ПРОБЛЕМА „ЛЕКАРСКИ ГРЕШКИ“

## • Има опит в други държави

Продължава от бр. 5

За да продължи темата от брой 5-ти, трябва да отбележа, че все още в правния мир не е постигнат консенсус, какво да се включва в дефиницията на лекарската грешка в България?

Може да се проследят изключително много литературни източници с опит за прецизно описание и класификация на този термин както в Европа, така и в Съединените американски щати. Колкото разработена да изглежда тази материя, тя все още е несвършена за практикуващите специалисти в областта на здравеопазването, и за "потърпевшите" - пациентите, а и за представителите на съдебната система - поне в България.

Основание за това заключение дават и многото проведени социологически и други проучвания. Изводът е, че е извънредно трудно и високо отговорно да се даде определение на лекарска грешка или събитие с нежелан резултат в лечебната дейност, както и да се направи класификацията им.

От последното социологично проучване, проведено по програма от Международния институт по здравеопазване и здравно осигуряване в България, станаха известни няколко факта, затрудняващи съдебната система в тази област от години. Тези препятствия пред нея няма да се решат, докато не се дефинира терминът "лекарска грешка", докато не се обрзоват пациентите и обществото да разграничават този термин от проблемите в организацията на здравеопазването ни, докато не се изгради единен Класификатор за "лекарски грешки" като Национална база данни. И докато не се изготвят критериите за приемане на такова събитие като вид, дейност и време на провеждането му, за да се идентифицира като лекарска грешка. Чакат решения и структурно организационни въпроси по изграждане на стройната система за тяхното отчитане.

### НАЦИОНАЛНА БАЗА ДАННИ

по образец на други държави би трябвало да се

изгради както по хоризонтал, така и по вертикал /на общинско ниво, на областно ниво, на многопрофилни областни болници, на клиники и отделения и сектори, на специализирани болнични заведения и на извънболнично ниво/.

За това което други държави са сторили и постигнали в областта на лекарските грешки - Гърция, Дания, САЩ и пр, преди повече от 10-15 години, в България още не са поставени основите.

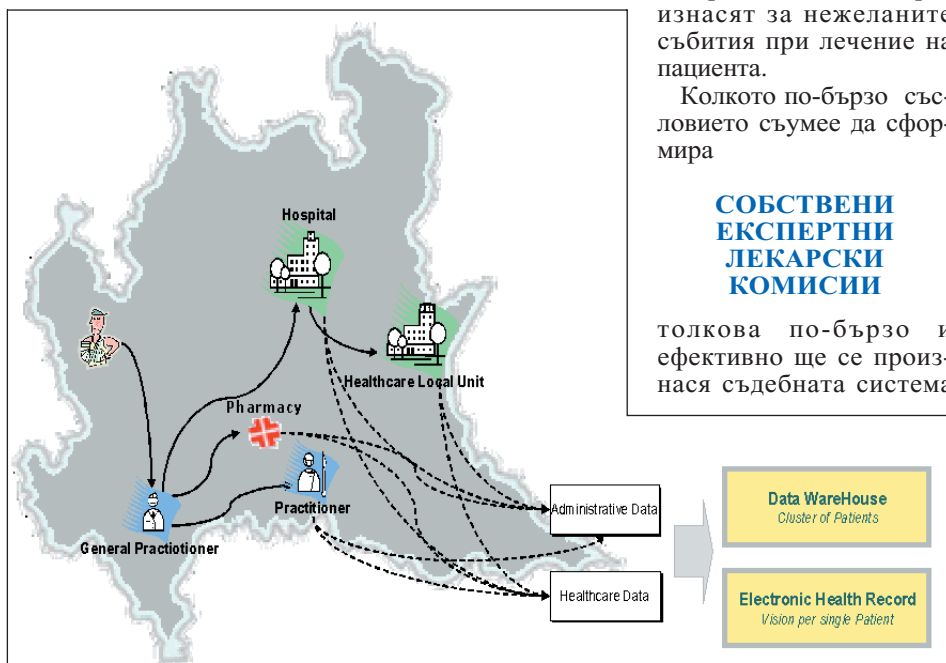
Тук не стоят в центъра единствено физическите лица - лекар и пациент. Тук ще става въпрос и за огромен финансов ресурс в посока обезщетение на пациент, както и активно включване в процеса на доказване и отхвърляне на вина за лекарска грешка от съдебната система.

По много други причини в спешен порядък е необходимо да се направят първите стъпки за поставяне на основите в сферата на дефиниция, регистрация, изграждане на Единен регистър, изграждане на експертни комисии от високо специализирани в тази област лекари, които да се произнасят за нежеланите събития при лечение на пациента.

Колкото по-бързо съсловието съумее да сформира

### СОБСТВЕНИ ЕКСПЕРТНИ ЛЕКАРСКИ КОМИСИИ

толкова по-бързо и ефективно ще се произнася съдебната система



Това е образно описана възможност за възникване на всяко ниво на лекарска грешка - като се тръгне по пътя на пациента:

- I. Забавено пристигане при фамилия лекар и подадени непълни данни от пациента за заболяването
- II. Пропуск при лечението от специалиста, при който е изпратен пациента от фамилия лекар
- III. Пропуск в рецептурното назначение и изпълнение в аптеката
- IV. Пропуск при болничното лечение и издадена епикриза с различни данни от изследванията
- V. Пропуск в провеждане на рехабилитация в оздравително здравно заведение
- VI. Наслагване на сбора от грешки в здравното досие от т. 1 до т. 5
- VII. Окомплектоване на неверни данни за здравното досие на пациента - резултатът е потърпевш пациент.



Д-р Чинарска в кабинета

по стотиците съдебни дела, които сега се бавят поради липса на експерти или експертни становища по тях. Не е тайна (това стана известно от дълбочинните интервюта с магистрати, посочени в проучването на МИЗЗО - 2010 г.), че съдебната ни система не разполага с добри вещи лица и експерти в областта на медицинските дела, че от години липсва професионална медицинска експертиза по даден казус.

В литературата се намират десетки класификации за лекарските грешки - от различни автори, в различни страни. Ще посоча някои примери.

### ДЕФИНИЦИЯ

Институтът по медицина (МОМ) определя медицинските грешки и нежелани реакции, като:

- **Медицинска грешка** - фактът, когато една планирана дейност по предназначение не постига целта си или когато се използва грешен план за постигане на една цел.
- **Нежелано събитие** - вреда, причинена от медицинско управление, а не от основното заболяване или състояние на пациента.

ляване или състояние на пациента.

### ВИДОВЕ ЛЕКАРСКИ ГРЕШКИ:

1. **Грешки при лечението**, когато пациентът получава погрешно лекарство.
2. **Хирургически грешки**, когато например се ампутира грешен крайник.
3. **Диагностични грешки**, когато например погрешна диагноза води до неправилен избор на терапия, използването на предварително посочения диагностичен тест, неправилно тълкуване на резултатите от теста, както и бездействието при отклонения в резултатите.
4. **Оборудване, което е недостатъчно**, като дефибрилатори с неактивни батерии или венозна помпа, чиито кранове са лесно преодолими при удар, което води до повишени дози от лекарството през много

кратък период.

5. **Инфекции** - вътреболнични и след хирургични раневи инфекции.
6. **Кръвопреливания, свързани с уврежданията**, когато се прелива неподходяща кръв.
7. **Неправилно тълкуване на други медицински назначения** - като да се дава безсолна храна на пациента, както е наредено от лекар.

Медицински грешки се случват, когато нещо, което е било планирано като част от медицинската помощ, не работи правилно, или когато в погрешен план е използвано на първо място. Медицински грешки могат да се появят навсякъде в системата ни за здравната грижа:

- Болници
- Клиники
- Извънболничната хирургия
- Лекарски кабинети
- Старчески домове
- Аптеки
- Домовете на пациентите

## Грешките могат да включват:

- Лекарствата-назначения и изпълнение
- Хирургия-видове интервенции
- Диагноза
- Оборудване
- Резултати от лабораторни изследвания
- 4. Грешки на следоперативния период
- 5. Патоанатомични и съдебномедицински грешки
- 6. Хемотрансфузионни грешки
- 7. Стоматологични грешки
- 8. Фармацевтични грешки

### I. ОБЩИ ЛЕКАРСКИ ГРЕШКИ

1. Диагностични грешки
2. Диагностични грешки при особени (частни) случаи
3. Терапевтични грешки
4. Погрешни епикризи
5. Параклинични грешки
6. Грешки на медицинската профилактика

### II. СПЕЦИАЛНИ ЛЕКАРСКИ ГРЕШКИ

1. Хирургически грешки
2. Акушеро-гинекологични грешки
3. Ортопедични и неврохирургични грешки

Не е необходимо да посочвам и други подобни класификации и причини за лекарските грешки. Видно е, че час по-скоро съсловната организация на българските лекари - БЛС, както и представители на Министерството на здравеопазването и на съдебната система се нуждаят от подробен анализ в здравеопазването - за причините, и видовете лекарски грешки. Стройна система за превенция на грешките е необходима както за лекарите, така и за пациентите.

В следващ брой - за системата за регистрация на лекарските грешки в Гърция

# ЗАДАВА СЕ ГОРЕЩА ЕСЕН...

## БЛС предлага нови правила за работа на лекарите

- В доболничната помощ - финансиране на база "амбулаторен случай"
- В болниците - преходен вариант към диагностично-свързаните групи

Българският лекарски съюз изпрати писмо до здравния министър Стефан Константинов с предложения за промяна на правилата за работа на медиците през 2012 година. Очаква се през септември те да бъдат обсъдени на съвместна среща между ръководствата на Съюза, министерството и здравната каса.

Идеите на БЛС са предимно за преходния период, преди въвеждането на диагностично-свързаните групи в лечебните заведения. Те обаче обхващат и работата на лекарите в доболничната помощ. Целта им е да се уточни начина на финансиране на медицинските дейности през 2012 г. и събирането на необходимата информация, която да улесни работата по ДСГ впоследствие. От БЛС съобщават в писмото до министъра, че вече са обсъдили предложенията и свързаните с тях промени в нормативната уредба на поредица от срещи с ръководството на парламентарната комисия по здравеопазване, управителя на НЗОК и зам.-министъра на здравеопазването.

В доболничната помощ основните искания на Съюза са да отпаднат

първичните и вторичните прегледи и да се премине към финансиране на база "амбулаторен случай". Разделянето на прегледите е формално и не изпълнява ролята, която му е определена - проследяване състоянието на пациента във времето. Ако се премахнат първичните и вторични прегледи, лекарят ще има свободата да преглежда болните толкова пъти, колкото е необходимо, смятат от БЛС. Настоява се също да се даде право при платен преглед от специалист (без направление), последният да може да назначава изследвания и консултации с други специалисти в рамките на регулацията, както и да изписва лекарства, реимбурсирани от НЗОК. В момента ако пациентът отиде при лекар без направление, освен прегледа, ще трябва да си плати и необходимите изследвания и медикаменти, защото в този случай здравната каса не ги покрива. Лекарят пък е принуден да вика за вторична консултация болния в определен срок, а не когато това се налага.

По-интересни са новите предложения за болничната помощ. В отговор на идеята на минис-

търа на здравеопазването д-р Константинов от догодина да отпадне финансирането по клинични пътеки, от БЛС твърдят, че те трябва да се запазят. Необходимо е обаче за пациенти с придружаващи заболявания извън основното, изискващи сами по себе си също хоспитализация, да се заплаща до-

пълнително за назначените изследвания, консултации, манипулации и процедури, както и приложеното лечение, смятат от съсловната организация. Предложението е плащането на тези дейности да става по цените в извънболничната помощ или ако няма такива - по себестойността на услугите.

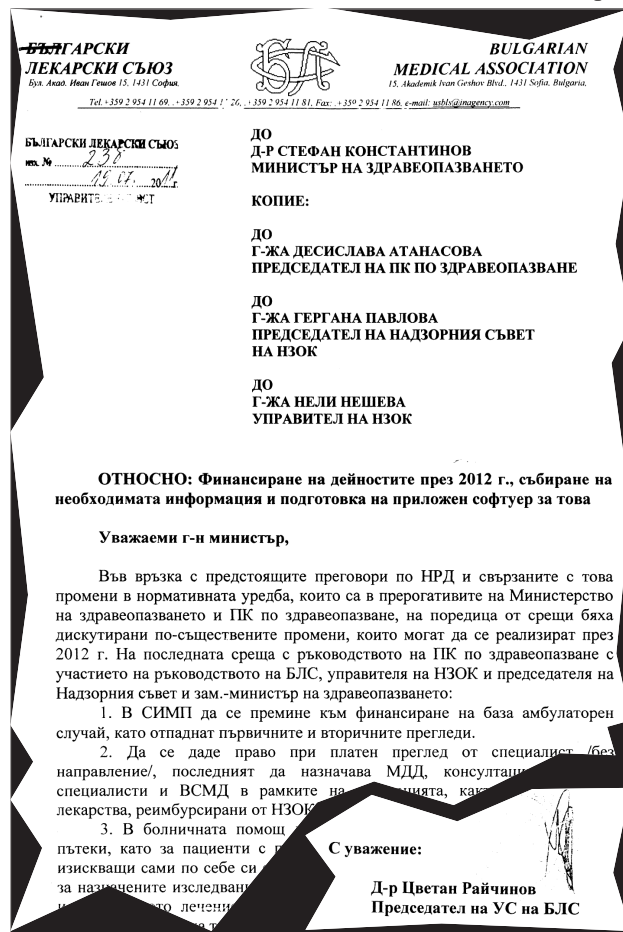
"Във връзка с промените в болничната помощ, участниците в срещата в парламента стигнаха до извода, че предложеният подход е всъщност начало на пре-

ход към финансиране чрез диагностично свързани групи, но за определяне на прогнозни обеми, както и други детайли, е нужно събиране на допълнителна информация, извън сега обработваната от НЗОК. Поради това се реши да се предложи на министъра на здравеопазването да създаде смесена работна група под егидата на МЗ, която да определи параметрите на събираната информация, след което да се възложи създаването на необходимия софтуер за подаване, прием, обработка на данните, както и за целите на контрола. В групата следва да участват представители на МЗ, НЗОК и БЛС", отбелязват от Лекарския съюз в писмото до министъра. Според ръководството на съсловната организация напълно възможно е финансирането дейността на работната група, както и работата по създаването на необходимия софтуер да стане със средства по оперативни програми.

Предложенията за въвеждане на междинен вариант на диагностично-свързаните групи бяха направени от председателя на съюза и одобрени от Националния съвет на БЛС още на 29 май, след което бяха отразени във в. Quo vadis. Целта им е, точно както при ДСГ, пациентите да се лекуват изцяло, включително за придружаващи заболявания, а болниците да получават допълнителни средства за



по-тежките случаи. В момента здравната каса плаща еднаква цена за дадена клинична пътека, независимо от тежестта на заболяването и сложността на лечението. Според д-р Райчинов за всички в здравния сектор е ясно, че за въвеждането на ДСГ е необходимо време и това няма да стане с магическа пръчка от 1 януари 2012 година. Той припомни, че за да се премине към новия модел на финансиране, ще трябва да бъдат променени над 50-60 нормативни акта, което със сигурност няма да стане до края на годината. Точно затова ръководството на БЛС предлага вариант на ДСГ, който е лесно изпълним. "Основното е, че здравната каса ще плаща първо за лечението на заболяването на пациента по дадената клинична пътека, но за да се лекуват и всички придружаващи или открити в момента и налагащи лечение в болнична обстановка заболявания, Касата ще покрива на болниците и консулти със специалисти по страничните страдания, а също и назначените от тях допълнителни изследвания, медикаменти и консумативи", поясни пред Quo vadis председателят на БЛС.



## Искането за по-ниска потребителска такса е популизъм в действие

По този начин БЛС отговори на идеите на депутатите Емилия Масларова, Ана Янева и Румен Овчаров таксата за преглед при лекар на пенсионерите да не е обвързана с минималната работна заплата, а да стане 1% от минималната пенсия. Предложението на народните представители беше промяната да стане с корекции в Закона за здравното осигуряване. "Този акт напомня промяната в ЗЗО преди последните парламентарни избори, с която потребителската такса за пенсионерите бе намалена на 1 лев. Това създаде проблеми на самите пенсионери, на останалите болни, на лекарите и на институциите, а най-вече на НЗОК", заявиха от БЛС в свое становище, изпратено до председателя на

парламентарната здравна комисия Десислава Атанасова.

От Съюза припомниха, че потребителска такса има ясно и известно в целия свят предназначение, преследвайки като самоучастие четири основни цели: отговорност за собственото здраве, частичен контрол от страна на пациента на разходите, съдържане на излишното потребление и допълнителен източник за финансиране на дейностите. "Няма да коментираме отново очакваните негативни ефекти върху пациентите и лекари, за които предупредихме детайлно при предишната промяна на таксата и които станаха факт. Такива промени ще доведат до ограничаване на достъпа и особено своевременно достъпа на действително най-нуждаещите се от медицинска помощ. Тези такси товарят организационно и финансово болниците и лекарите, и създават предпоставки недобростъпни пациенти да посещават през ден кабинетите, а действително болните да не могат да се доберат до тях. Категоричното ни становище е, че за най-бедните и децата тези такси трябва да се компенсират, като се възстановяват чрез системата на социалното подпомагане, а не чрез здравния бюджет", заявиха от БЛС.

За да няма повече сътресения, свързани с промяна на потребителската такса, от Лекарския съюз поискаха проблемът да бъде решен трайно, да не излиза на дневен ред предизборно и да не се изпъл-

зва за въздействие върху една или друга социална група. Убедени сме, че оглавяваната от Вас здравна комисия е в състояние да реши въпроса, ръководена само от интересите на цялото общество, заявяват от БЛС в становището си до председателя на парламентарната здравна комисия.

Срещу обвързването на таксата за преглед с минималната пенсия се обяви и здравният министър Стефан Константинов. Той определи предложенията на левите депутати като предизборен популизъм. Министърът припомни, че в момента социално слабите хора и голяма част от пациентите с хронични заболявания са освободени от плащане на потребителска такса. "Така че тук говорим за популизъм. Мисля, че целта им е ясна - да покажат колко много са загрижени. Предполагам, че ще ни засипят с много подобни предложения до есента", каза министърът.



Работещите в ЦСМП:

## Дошъл е моментът за нормативен рег в сектора

Като работещи дълги години в областта на спешната медицинска помощ и познаващи до болка проблемите и неуредиците в тази сфера на здравеопазването, считаме, че е дошъл моментът за изготвянето и приемното на Закон за спешната помощ. Така започва обръщението на медиците от спешните центрове в страната. То е открито, но е специално адресирано до парламентарната комисия по здравеопазване. Под него са подписани представители на централите във Варна, Стара Загора, Пазарджик, Кюстендил, Ямбол. Координатор на контактната група е д-р Десислава Кателиева от ЦСМП - Варна, която участва активно в срещата на експертите в централата на БЛС на 10 юни. (Виж бр.6 на Quo vadis)

В Обръщението се изтъква, че досегашните нормативни документи не уточняват конкретния статут на работещите в спешните центрове, не регламентират детайлно отговорностите и задълженията и дори често влизат в противоречие един с друг. Те не могат адекватно да решат множеството наблели проблеми. Не осигуряват адекватна юридическа защита.

Да не се забравят дългогодишните служители на спешната медицинска помощ, които не успяха да се пенсионират поради същият си здраве в резултат на стреса по време на работа, отбелязват в откритото писмо.

Пространното изложение предлага разработка, в която по раздели са групирани предложения - общи положения, основни задачи, служители и т.н.

За по-прецизно определяне на понятията за спешност предлагат да се изработят алгоритми за квалифициране на повикването като спешно, неспешно, медицинска консултация или транспорт от медици и бъдещи парамедици.

Авторите отделят специално внимание на управлението и особено - на квалификацията на кадрите. Предложенията за възнаграждението и осигуровки в сектора са онагледени с таблици.

**Пълният текст на Обръщението можете да прочетете в сайта на БЛС.**

# СТАНОВИЩЕ на работната група за Спешната медицинска помощ към БЛС

## относно необходимостта от изработване на Закон за Спешната помощ

Продължаващата вече 17 години реформа в спешната помощ до момента се крепи единствено на концепции и наредби на МЗ, които сами по себе си са недостатъчни да осигурят приемственост и перспективи за развитието на дейността в дългосрочен план. Спешната помощ като елемент от националната сигурност на страната трябва да отговори на голям кръг от потребности и взаимовръзки, които могат да се базират единствено в Закон и да бъдат допълнително подкрепени от Наредби регламентирани в него.

**За да се пристъпи към изработването на Закон за спешната помощ е необходимо:**

**I.** Всички медицински специалисти упражняващи дейността. Това ще рече, че първо трябва да се проведе подробна дискусия по всички ЦСМП в страната и да се вземат необходимите становища относно рамката на Закона.

**2.** Всички Районни колегии на БЛС трябва да бъдат запознати с резултата от воденото обсъждане и да вземат съответното писмено становище по въпроса.

**3.** На национално ниво под егидата на УС на БЛС, трябва да се формира група за

натиск, която аргументирано и с документираните становища на районните колегии трябва да ангажира притежаващите законодателна инициатива да пристъпят към подготовка за изработване на Закона за Спешната помощ.

Подготовката на Закон за спешната помощ изисква сериозна юридическа аргументация и промяна в целия набор закони, касаещи медицинското обслужване на населението, а именно Закон за здравето, Закон за лечебните заведения, Закон за здравното осигуряване и т.н.

**II.** Законът осигурява да постулира понятието "спешна помощ", от което произтичат всички наредби и подзаконовни актове, касаещи оказването на спешна медицинска помощ.

- Стандартите за екипировка и оборудване на санитарни автомобили.

- Регламенти за продължителност на ползване на транспортните и авиационни средства в системата на спешната помощ.

- Алгоритмите за оказване на Спешна помощ.

- Медицинските стандарти по Спешна медицина.

- Уредбата, осигуряваща непрекъсване

мост на информационния поток от ЦСМП към ПИМП и БМП. Много подробно трябва да бъде регламентиран документооборотът в ЦСМП.

**2.** Законът следва да регламентира статута на работещите в Центровете и филиалите за спешна медицинска помощ, като бъде изравнен с този на служителите на полицията и пожарната поради вменените им аналогични отговорности и задължения и поради факта, че са задължителни звена от Системата за национална сигурност и Националната система за реакция при бедствия и аварии.

**3.** Законът трябва да регламентира изграждането на Авиационно спасителен отряд, като елемент от Системата на Спешната помощ на национално ниво.

**4.** Законът трябва да формулира квалификационни изисквания, от които произтичат наредбите за квалификация на персонала на ЦСМП.

**5.** Законът трябва да урежда задължителното, отделно финансиране на спешната помощ и да създава възможности на ЦСМП да оперира като самостоятелен стопански субект, което ще рече да ползва финансиране от държавата, общините, от НЗОК, от

Застрахователните компании, от самостоятелна дейност.

**6.** Законът трябва да регламентира санкциите при неправомерно ползване на спешна помощ.

**7.** Законът трябва да регламентира защитата на персонала, работещ в екстремни условия.

**8.** Законът следва да задължава всички болнични заведения, със статут на МБАЛ и спешни приемни отделения, да разполагат с автомобилен транспорт, отговарящ на стандартите за оборудване на линейка, комуникационно подсигурирен и функционално подчинен на ЦСМП.

**III.** Анализът на изброеното в т. II на ниво БЛС следва да бъде задължително поставен на обсъждане и решение от Събор на БЛС. Промените в кардинална сфера на здравеопазването, каквато е Спешната помощ, следва да се предприемат след категоричното съгласуване в медицинското съсловие.

**До изготвянето и приемането на Закона, предлагаме:**

**1.** Да бъде разрешено на работещите лекари да специализират по всички клинични специалности по старата Наредба за спе-

циализация (в ритъм - 3 месеца специализират/3 работят), без явяване на изпит и бройката да бъде отделина.

**2.** Да бъдат задължени една година след придобиване на специалност да работят в спешна помощ.

Така ще бъде разрешен проблемът с човешкия ресурс и няма да се наруши Европейската конвенция за равен достъп до специализирана медицинска помощ на населението при отпадане на дейности от дадени лечебни заведения и закриването им. Разрешаването на специализация само по Спешна медицина няма да реши кадровия проблем в централите. Тази специалност няма възможност за кариерно развитие. В този период на придобиване на специалности спокойно ще може да бъде извършено реструктурирането на лечебните заведения.

**3.** За парамедици да бъдат обучени работещите на телефон 112 и шофьорите на линейките, като бъде определено времето, начина на заплащане и кой ще работи на техните места.

**4.** Да бъде регламентирано периодичното обучение на работещите в СМП чрез програми и курсове за следдипломно и продължително медицинско обучение.



# БЛС ВНЕСЕ В ЗДРАВНОТО МИНИСТЕРСТВО И В ПАРЛАМЕНТА ИСКАНЕ ЗА ЗАКОН ЗА СПЕШНАТА ПОМОЩ



След срещата, организирана от УС на БЛС на 10 юни т.г., на която присъстваха повечето представители на спешната помощ от страната и беше изготвено предварително становище (публикувано на сайта и във вестник Quovadis), избраната работна група изготви официално СТАНОВИЩЕ, което беше внесено в МЗ и в парламентарната комисията по здравеопазване. В него се настоява за изработване на закон за спешната помощ и се маркират ос-

новните постулати, които той трябва да съдържа. Становището е подписано от д-р Веселин Господинов - зам.председател СИМП на РК Пловдив, д-р Марияна Кирилова - председател на РК Велико Търново и завеждащ ФСМП Горна Оряховица, д-р Николай Дойчинов - ЦСМП Пазарджик и д-р Г. Ставракев - председател на комисията за спешна мед. помощ, зам.-председател на БЛС. **Публикуваме едно към едно текста на Становището на**

**стр 8 - вляво. Можете да го прочетете и в сайта на БЛС.**

В централата на съсловната организация постъпи и ОБРЪЩЕНИЕ от работещите в ЦСМП - гр. Варна, което разглежда проблема в детайли и предлага конкретни текстове, основополагащи бъдещия закон. Предложението можете да видите в сайта на БЛС.

Лекарският съюз втора година последователно настоява за промени в спешната помощ - след иницираните от

него работни срещи с експерти, след анализирани на проблемите. От името на ръководството на съсловната организация координатор на стъпките в това направление е зам.-председателят д-р Георги Ставракев.

**Веднага след внасянето на искане за Закон за спешната помощ, д-р Ставракев изказа пред медиите аргументите за това искане. Част от тях събрахме и ги публикуваме.**

## ПРЕЗ СЕПТЕМВРИ ЩЕ ОБСЪЖДАМЕ, КАЗА МИНИСТЪР КОНСТАНТИНОВ

Министър Константинов изрази готовност за среща с ръководството на съсловната организация, на която да бъдат обсъдени въпросите, свързани със спешната помощ. Вероятно тази среща ще се състои през септември, подчерта той пред журналисти. Здравният министър отбеляза, че

винаги е стоял зад предложението да бъдат увеличени заплатите на работещите в този сектор.

След като представихме проект за концепция за развитието на спешната помощ, очаквахме да се появят идеи и е добре, че това вече се случва, каза д-р Стефан Константинов.

**Д-р Георги Ставракев, зам.-председател на БЛС:**

## НУЖЕН Е НОВ МОРАЛ И ОТНОШЕНИЕ КЪМ ЕКИПИТЕ

**• Без стабилна Бърза помощ промените в другите здравни нива са рисковани**

Обяснявам липсата на специален закон за спешната помощ с наличието на Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване и няколко наредби, в които са оказани организационните принципи, на които спешната помощ трябва да функционира. Всъщност ние искаме всички те да бъдат нормативно събрани в един отделен закон, защото така ще е доста по-лесно да бъде изградена координация между структурите от една страна, а от друга - с останалите елементи от здравната система като първична здравна помощ, специализирана здравна помощ - доболнична и болнична. Така много по-ясно ще бъдат представени връзките между различните нива на здравната система, а също така и контролът ще бъде по-голям. Накратко, това са причините, които налагат създаването на отделен закон за спешната помощ.

• Една от основните цели, които трябва да изпълни новият закон е да определи статута на работещите в центровете за спешна медицинска помощ, като нашето искане е статутът да бъде израв-

нен с този на полицаите и пожарникарите, поради аналогичните им отговорности като част от системата за национална сигурност. Предлагаме и други важни моменти - всички болнични заведения със статут на МБАЛ и спешни приемни отделения да разполагат с автомобилен транспорт по стандарта за оборудване на линейка. Друга цел на новия закон е да бъде добавен още един елемент към цялостната система за спешна помощ, а именно - изграждане на авиационно - спасителен отряд. Внесли сме също и конкретни текстове за промяна в Наказателния кодекс, касаещи по-голямата защита на колегите, когато има посегателства срещу тях.

• Тепърва предстои да бъде решено по какъв модел да се справим с проблема за придвижването на линейките, което е трудното най-вече в големите градове заради трафика, особено в пиковите часове от деня.

• Необходима е и сериозна разяснителна кампания в медиите. Време е да бъде наложен нов морал и ново отношение към спешните екипи. Просто



трябва да опитаме да възпитаме една по-голяма толерантност. Хората трябва да имат нагласата да помагат в една такава ситуация, а не да пречат.

• Друг начин да бъде улеснено придвижването на линейките е преситуиране на екипите - има различни възможности за това. Те трябва да бъдат разположени така, че да могат да реагират във времеви интервал от 15 до 20 минути. Ще дадем конкретни предложения, които ще бъдат обсъдени с експерти по места.

• По-големият проблем обаче според мен е друг и той назрява все повече - кадровият дефицит и демотивацията на специалистите. Имаме конкретно предложение - да бъдат улеснени начините за започването и провеждането на специализация, да няма ограничения за вида на специализация, да бъде улеснен самият режим на приемане и естествено промяна на основния стимулиращ фактор - промяна в заплащането. Нашето предложение е минималната заплата в спешната помощ да

бъде 1200 лева за лекар с двугодишен стаж, като при високите квалификации се увеличава и финансовото възнаграждение. Това са нива, съпоставими с възнаграждението, които получават колегите в другите структури. Така донякъде би се разрешил проблемът с изтичането на кадри от екипите и ще се възвърне интересът и мотивацията на колегите да работят, и да се развиват в тази насока.

• У нас не само спешната помощ не е на почит. През пос-

ледните години е предприета кампания срещу лекарското съсловие като цяло. В резултат беше изграден негативен образ на медицинската общност. Не мисля, че това е в интерес на пациента, защото тези изострени отношения не водят нито до подобряване на обслужването, нито до по-голямата сигурност на пациента.

• За да бъде подобро обслужването навсякъде - и в малките градове, и в труднодостъпните села, трябва да бъде направено детайлно анализиране на ситуацията и да бъдат преразпределени ресурсите. Само така може да бъде покрита цялата територия на страната със съответните екипи и когато се наложи максимално бързо да се достигне до там, където има нужда. Към момента кадровият дефицит усложнява доста всички тези възможности.

• Много е важно да подчертая, че без стабилна, гарантирана и финансово осигурена спешна помощ е много рисковано да се правят структурни промени в другите нива на здравната система.



# Повечето реформи се отлагат за следващото правителство

Правителство на европейското развитие. Така премиерът Бойко Борисов представи кабинета в парламента точно преди две години, когато той беше гласуван от депутатите. Основните ангажименти, които пое в програмната си декларация, бяха повишаване на доходите, растежа и модернизирването на икономиката. ГЕРБ обеща гарантиране на финансовата стабилност на страната, ограничаване на бюджетните разходи и разграбването на държавни ресурси, запазване и откриване на нови работни места. В средата на мандата "Дневник" представя плюсовете и минусите на икономическата, фискалната и здравната политика на кабинета...

Публикуваме извадка за раздел "Здравеопазване".

## ПЛУСОВЕ

+ Усилията на двама министри - проф. Анна-Мария Борисова и д-р Стефан Константинов, родиха в началото на тази година дългоочакваната национална здравна карта на България. В нея са представени нужният и реалният брой болнични легла за страната и по региони. Картата обаче с нищо няма да промени положението с болничната помощ, защото не са предвидени ограничения на база данните от нея в Закона за лечебните заведения. Промяна може да има само със законови про-

мени, каквито още няма дори на ниво проект.

+ Относно въвеждането на ясни правила за съставянето на реимбурсен и позитивен списък на лекарствата и на прозрачна система на ценообразуване и заплащане на лекарства бяха направени плахи опити за промени. С приетите наскоро промени в Закона за лекарствата в хуманната медицина комисиите за реимбурсния списък и за определяне цените на лекарствата бяха обединени в една и квотите по ведомства бяха променени. Тепърва ще стане ясно дали

това ще доведе до повече прозрачност в работата им.

## МИНУСИ

- Все още няма единна информационна система, която да свърже всички изпълнители на медицинска дейност, здравното министерство и Касата.

- Реформата в спешната помощ също ще се случи след повече от две години. Министерството на здравеопазването ще въведе стандарт за спешната помощ, който предвижда линейките да пристигат до 20

минути след подаването на сигнала, а при закъснение да има сурови наказания за всички по веригата.

- Усъвършенстването на здравноосигурителния модел, изграден на солидарния принцип, също не се случи. А здравният министър официално се отрече от прилагането на нов подход за пазарно регулиране взаимоотношения между частните здравноосигурителни фондове и НЗОК с демонополизация на дейности на НЗОК.

- Здравният министър Константинов обеща но-

ва система за заплащане труда на изпълнителите на медицинска дейност, които да отчитат не само броя на преминалите пациенти, но и качеството на работата. Според него това ще стане чрез замаяната на клиничните пътеки, по които сега касата плаща на болниците, с диагностично свързани групи. **И това най-вероятно ще се случи след 2-3 години.**

- За закон за защита на пациентите се говори на почти всяка дискусия, свързана с проблемите в здравеопазването, но все още няма дори проект.

# Сред кандидат-кметовете пак има лекари

## Шестима издига ГЕРБ

Не е новост лекари да сядат в креслото на градоначалника. Не може да се отрече, че повечето от тях се справиха на "горещия стол". Кметуването на д-р Иван Колчаков бе посочвано в докладите като положителен опит - "пазарджийския модел на приватизация в здравеопазването". Следи - и добри, и недобри - оставиха д-р Иван Чомаков в Пловдив, д-р Евгений Желев в Стара Загора, все още дългогодишният градоначалник на старопрестолния град д-р Румен Рашев и много други. Кметовете-лекари са издигани от различни по цвят партии и сдружения.

И в тези местни избори сред кандидатите има не един и двама лекари.

Синята коалиция наложи на дама в Стара Загора. Тя е д-р Даниела Памукова, управител на бившата Транспортна болница, зам.-председател на ДСБ в града. Синята дама ще се състезава за гласа на старозагорци с кандидата на БСП доц. Бойчо Биволарски и още няколко опоненти.

Шестима засега са лекарите, които са издигнати от ГЕРБ за градоначалници. Изпълнителният директор на УМБАЛ "Д-р Георги Странски" доц. д-р Димитър Стойков е кандидатът на управляващата партия за кмет на Плевен. Това обяви вицепремиерът и председател на предизборния щаб на ГЕРБ Цветан Цветанов. Доц. д-р Стойков е



Доц. д-р Димитър Стойков

специализирал чердробна резекционна хирургия в университетска болница "Сан Рафаеле" в Милано, Италия, и във ВМА - София. По повод номинацията му регионалното издание Plevenlive.com коментира, че тя не е изненада, след като миналата седмица плевенските фигури на ГЕРБ дружно са присъствали на защитата на докторантурата му. Доц. д-р Димитър Стойков беше назначен за изпълнителен директор на плевенската университетска болница през 2010 г. със заповед на министъра на здравеопазването д-р Божидар Нанев.

Лекар е и кандидатът на ГЕРБ за кмет на община Симитли - д-р Александър Костов. Той е специализирал вътрешни болести, както и Социална медицина и здравен мениджмънт. Работил е като лекар-контрольор в РЗОК-Благоевград, бил е изпълнителен дирек-

тор на МБАЛ "Пулс", а в момента е заместник-директор на МБАЛ Благоевград. В града д-р Костов е известен с това, че от 14-годишен не живее в Симитли и предстоящите избори ще бъдат трети, на които той е кандидат за кмет, пише по повод кандидатурата местното издание Simitli. Info.

Д-р Юлиан Илчев е кмет и кандидат-кмет за Община Раднево. На последните местни избори д-р Илчев спечели с около един процент пред кандидата на ГЕРБ д-р Димитър Димитров и зае поста.



Той бе подкрепен от "Коалиция "Възраждане за Раднево". Д-р Илчев е завършил ВМИ в Пловдив през 1989 г., специализирал е детски болести. Бил е участник в Раднево, между 2007 и 2009 г. е имал инди-

видуална практика за първична медицинска помощ в Раднево. Бил е и общински съветник, председател на комисията по "Териториално-селищно устройство" и член на комисията по социални дейности.

Настоящият кмет на Община Асеновград д-р Христо Грудев ще



ко. Бил е хирург в Асеновградската болница. "Това е човекът, който винаги заражда всеки един, който му се обади, не с негативна, а с положителна енергия. Искам да му благодаря за неговия постоянен позитивен тон. Това е най-цененият доктор в община Асеновград и през 2007 г. нашите опоненти нямаха какво да кажат за безспорния фаворит в кметската надпревара Христо Грудев и казваха - не гласувайте за него, че ще останем без доктор", е казал при представянето на кандидатурата в началото на месеца Цветан Цветанов, цитиран от Asenovgradnews.com.

Сегашният кмет на община Лясковец д-р Ивелина Гецова също е номинирана за втори мандат от ГЕРБ. Тя е завършила медицина в Плевен, има и специалност Здравен мениджмънт от Стопанската академия в Свищов. Брат ѝ д-р Людмил Гецов пък е изпълнителен директор на многопрофилната болница "Д-р Стефан Черкезов" във Велико Търново. Депутатът от ГЕРБ

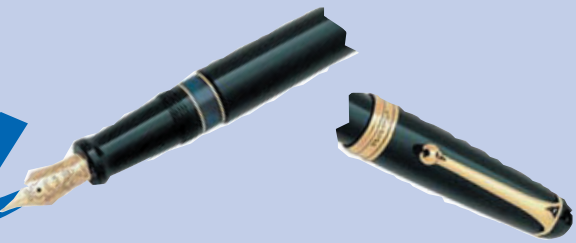
д-р Светомир Михайлов е кандидатът на ГЕРБ за кмет на Община Балчик. Завършил е медицинския университет във Варна, специалист е по нервни болести. Бил е началник на неврологичното отделение в МБАЛ Балчик. През 2007 г. е избран за общински съветник от ГЕРБ, но през 2009 напуска местния парламент, за да влезе в Народното събрание. В момента е член на парламентарните комисии по здравеопазване и социална политика.

Лекарите не са сред най-предпочитаните професии в кандидат-кметските листи на ГЕРБ. Досега от управляващата партия са номинирали за кметове 19 икономисти, 12 инженери и 9 юристи.

След изборите наесен ще знаем кои лекари свалят белите престилки и влизат в градоначалнически костюм. А дали ще оправдаят надеждите за здравеопазването в съответните селища при сегашните нормативни възможности на местните власти, ще видим...

(По материали от други медии)

# Скършената реформа



## Големите надежди, наречени ДСГ

### • 12 години от създаването на здравноосигурителния модел в България

Датата 1 юли е емблематична за българската здравна система. През 1999 г. на нея стартира официалното събиране на здравноосигурителни вноски от българските граждани. Отново на тази дата, но през 2000 г. НЗОК започна да плаща дейности на лекарите и стоматолозите в извънболничната помощ, а точно година по-късно - и част от медицинските услуги в болниците. По този начин беше сложен край на старата социалистическа система "Семашко" и здравеопазването в България беше поставено на принципите на свободния пазар. Основен стана солидарният принцип, при който всички плащат малки суми, а събраните средства се използват от хората, които имат нужда от лечение.

От реформата на здравната система обществото очакваше много - по-добра организация на работата и по-високо качество на медицинските услуги. Лекарите и медсестрите пък вярваха, че ще получават по-справедливи възнаграждения за труда си. Точно 12 години по-късно нито пациентите, нито медиците са доволни от резултата. Проблемите продължават да се трупат и вместо да се решават, част от тях се задълбочават. Причините са няколко - на първо място, страхът на политиците от въвеждането на непопулярни мерки, които смъкват рейтинга и на второ, опитът на заинтересовани структури да запазят статуквото.

В резултат на всичко това, въпреки увеличените средства за здравеопазване, (постигнати благодарение на постоянния натиск от страна на БЛС и съсловните организации на зъболекарите и специалистите по здравни грижи), секторът не се развива, а се бюрократизира, достъпът до медицински услуги се затруднява, увеличава се и неравностойното заплащане на труда на лекарите, което доведе до противопоставяне между различните нива на

здравната система. Ниските възнаграждения на част от специалистите вече оголиха важни сектори като педиатрията, анестезиологията, патологията и други. За съжаление все по-често се заговори за връщане на елементи от миналото - за въвеждане на делегирани бюджети на болниците, лимити, за отпадане на клиничните пътеки. За да се стигне до определяне на таван на броя преминали пациенти.

развитие на сектора остана само на книга. Съсмяната на правителството, както често става у нас, достигнатият консенсус за реформи беше забравен. След това останаха само думите. Обещанията преди избори и увъртанията след това. Така в здравеопазването реформата беше спряна, а надеждите за промяна - скършени. Не се реализираха начертаните стъпки, а забавянето е на път да компрометира целия солидарен

система се е крепила на вноските на 2.5 млн. работещи българи и работодателите им. Което пък обяснява перманентното недофинансиране на здравеопазването, от което страда всички - и лекари, и болни.

Липсата на достатъчно средства в системата доведе до множество допълнителни плащания от страна на пациентите - все за неща, които здравната каса не покрива. Цената на здравеопазването през годините нарасна, като тежестта се измести не към публичните средства, както е в страните в ЕС, а към обикновените хора. За да достигнат кешовите плащания до близо 2/3 от размера на обществените разходи за здраве. В същото време данните сочат, че доброволното здравно осигуряване покрива едва 1% от общите разходи за здравеопазване, докато в развитите страни в ЕС директните плащания са сведени до минимум и доплащането се осъществява предимно от втория и третия стълб на здравното осигуряване. Всичко това накарало хората да се замислят, след като така и така вадят допълнително пари от джоба си, трябва ли и да се осигуряват.

Обезверени вече са и медицинските кадри. Те все по-често гледат навън, където ще получават не само по-добра реализация и по-високи възнаграждения, а и по-добро отношение от страна на обществото. Докато у нас показват лекарите по телевизията с белезници, без да е доказана вината им, на запад професията е на едно от първите места по престиж. В резултат на всичко, казано по-горе, очакванията са до 10 години да останем без специалисти. Затова са необходими спешни мерки за спасяване на здравеопазването, но действия в тази посока засега не се виждат. Говори се за въвеждането на нов модел на финансиране, но засега всичко е все още в бъдеще време, докато проблемите на системата са налице днес. Увеличават се и ни водят към дълното.



АРХИВ QV

На 27 април 2000 година е подписан първият за България Национален рамков договор (НРД) между НЗОК и съсловните организации на лекарите и стоматолозите. От името на БЛС подпис под документа постави тогавашният председател д-р Димитър Игнатов (в средата)

Десетилетие след старта на реформата здравноосигурителната система у нас е заплашена от пълното й ликвидирание!

Всъщност, в началото нещата вървяха добре. Появи се конкуренция между лекари и болници, подобриха се условията в клиниките, внесена беше модерна техника, сменен беше автопаркът в спешната помощ. Болните се радваха на повече внимание и по-качествени медицински услуги. Имаше концепция за развитие на здравеопазването, която включваше поетапно увеличаване както на здравната помощ, така и на процента от БВП за здраве. Заложено беше и навлизането в системата на частните здравноосигурителни фондове, които да плащат услугите над основния пакет. За съжаление приетата през 2000 г. десетгодишна стратегия за

здравноосигурителен модел. Защото през последните години броят на неосигурените за здраве достигна 2 млн. души. И никой не знае какви са тези хора и защо не си плащат задължителните по закон здравни вноски. НЗОК постепенно заприлича на отдел в здравното министерство. Въпреки, че осигурителната институция би трябвало да харчи всичките събрани пари, над 1.5 млрд. лв. бяха отделени и върнати в бюджета, което може да се нарече само по един начин - пладнешки грабеж на гражданите, които редовно са си плащали здравните вноски. Така се оказа, че държавата в продължение на години не си изпълнявала задължението да осигурява хората, за които отговаря - социално слаби, безработни, държавни чиновници, полицаи и други, и цялата

Панацея ли са за измъченото българско здравеопазване диагностично-свързаните групи, които би трябвало да разпределят по-справедливо недостигащите пари за болниците? Това предстои да разберем през следващите няколко години. На ДСГ се възлагат много надежди, но за съжаление съвсем малко внимание се обръща на рисковете, които крие прибързаното им въвеждане. Защото, ако не се увеличи финансирането в сектора, ако не се направи точно остойностяване на услугите и ако се бърза, може да се стигне до още по-голям хаос в сектора. Няма страна в света, която да е отделила по-малко от 5 години за преминаването към новия здравен модел, но ние се готвим да свършим това в съкратени срокове, въпреки че все още не сме закупили необходимото ноу-хау! В същото време от министерството вече обявиха, че стартират ДСГ от догодина, макар и само в някои болници.

Диагностично-свързаните групи са метод за изчисляване на разходите и съответно - за финансиране на лечението, който би трябвало да сложи ред в клиниките. Преди да се въведат обаче трябва

чението на всеки болел и какви разходи се правят в цялата система. Това става със софтуера, който министерството смята да купи от Австралия до края на септември. Необходимо е също да се обучат кодировчици, които да могат да разчитат всичките над 700 групи от заболявания. Опитът на страните, които вече работят с ДСГ показва, че поне в началото въвеждането им излиза доста по-скъпо на здравната система, но засега не е обяснено от къде ще бъде привлечен допълнителен ресурс. Всичко това слага под въпрос успехът на начинанието у нас. Ако все пак ДСГ наистина успеят да въведат поне малко ред, така че парите да отиват в болниците, които са си ги изработили, а пациентите се лекуват изцяло, а не само по дадена клинична пътека, от въвеждането им би имало смисъл. Тогава ще може да се каже и че най-сегне здравната реформа е помръднала малко напред. Въпросът е, че засега новият метод не е получил благословията на управляващите и за него говори само здравният министър. Не е постигнат и консенсус в обществото. Така че е твърде вероятно и този път всичко да оста-



Поредната кръгла маса

ва да се съберат реалните данни от всички болници за преминалите през тях пациенти и за съответните разходи за лечението им. И тези данни трябва да се анализират, за да е ясно колко струва ле-

не само като поредната идея за промени, която ще се осъществи някога. В далечното бъдеще! Дали и на 15-годишнината от старта на реформата няма да си говорим пак същите неща?

# Уникални операции при епилепсия правят в болница „Св. Иван Рилски“

• **Неврохирургията не е всичко, но е на първо място, казва д-р Красимир Минкин**

*Случват се и такива неща! В редакцията на в. Quo vadis дойдоха представители от Асоциацията на родители на деца, болни от епилепсия, за да изразят огромната си благодарност към д-р Красимир Минкин, неврохирург в болница "Св. Иван Рилски". Поводът беше уникалната операция на пациент, страдащ от тежкото заболяване, който е получил реалния шанс в бъдеще да живее нормално, без ужасните епилептични припадъци. Веднага изпратихме екип, за да подготви репортаж от лечебното заведение.*

Срещнахме се с 22-годишния Йордан от Търговище, който изглеждаше доста добре за човек, претърпял преди три дни тежка хирургична интервенция. Усмиваше се и не щадеше похвалите си за лекаря. Майка му Дорина Костадинова обясни, че синът ѝ се възстановява бързо и скоро ще се приберат в родния град. "Избрахме д-р Минкин по препоръка на известния проф. Романс-

беше излязъл от операция, а малко след това трябваше да влезе във втора, ни отдели достатъчно внимание. Разказа, че целта на тези интервенции е да се спрат епилептичните пристъпи и да се подобри качеството на живот на пациентите. И че обикновено се провеждат при хора, които имат т. нар. фармакорезистентна епилепсия. "Горе-долу около 25% от случаите нямат

премахнем и да постигнем контрол над епилептичните припадъци", допълни лекарят. Според него най-интересното е самото търсене на епилептогенната зона. То отнема значителни финанси и време. За разлика от другите неврохирургични операции, където е възможно пациентът да се изследва един ден и на следващия да се проведе операцията, за този вид хирургични интервенции е необходим по-дълъг подготвителен период. Задължително е да има различни изследвания, включително много качествен магнитен резонанс. "Примерно, ако една епилепсия започва с ограничения на зрителното поле, каквато имахме наскоро, то е много вероятно огнището да е в мозъчната кора, която отговаря за зрението, т.е. в окципиталния дял", пояснява д-р Минкин. Това налага понякога да се правят допълнителни изследвания, които са много скъпи като ПЕТ-скенер, функционален магнитен резонанс и инвазивно въвеждане на електроди в мозъка, с цел регистриране на пристъпите. Хубавото е, че всички тези изследвания вече се правят и в България. През последните 5 години е закупена нужната апаратура, което улеснява търсенето на епилептогенните зони.

Според лекаря операциите наистина са сложни, но вече се правят от години, затова не може да се каже, че са уникални. По скоро са се превърнали в рутинни. Статистиката показва, че в България има около 70 хил. епилептици, като средно годишно между 200 - 300 души имат нужда от такава интервенция. Самата операция, в зависимост от случая, може да продължи от 2 до 8 часа. Когато огнището е малко, се правят щадящи миниатюрни разрези, около 2-3 см, но при по-големите патогенни зони, съответно разрезът достига 10-20 см.

"Хирургия на епилепсията съществува в България още от 70-те - 80-те години, когато проф. Карагъзов въвежда новия метод в клиниката по неврохирургия на Александровска болница, - разказва д-р Минкин. - След като се преместихме в "Св.Ив. Рилски"

има засилване на интереса към този метод, като операциите се провеждаха под ръководството на проф. Венцеслав Бусарски и проф. Кирил Романски. От 2005 г. насам са въведени нови методи на изследване и нови хирургични техники, което позволи да се увеличи броят на интервенциите. През последните пет години сме оперирали близо 120 пациенти с епилепсия. Преди това са били по 5-6 годишно, но сега вече достигаме около 20-30 души за година".



Пациентът не щади похвали за д-р Минкин

д-р Красимир Минкин е в Христовата възраст - на 33 години. Завършил е френската гимназия, а след това и Медицинския университет в София. Специализирал е в Александровска болница, след това в "Св. Анна" в Париж - "Хирургия на епилепсията и функционална неврохирургия". Има същата специализация и от университета в Марсилия. От 2006 г. работи в "Св. Иван Рилски", когато екипът от клиниката на Александровска преминава в тази болница. Питам го как издържа на напрежението - все пак става въпрос за неврохирургични операции. Извесно е, че те се смятат за висш пилотаж в хирургията. Той обяснява всичко с любовта към професията. "Хората, които се занимават с това, обикновено смятат, че неврохирургията не е всичко, но е на първо място. Затова за нас не е неприятно да стоим в операционната по цял ден. Това не е някакъв тормоз, а до голяма степен удоволствие", усмихва се лекарят. Не отрича, че винаги има риск - все пак се пипа в изключително чувствителна

област, но стремежът е той да се сведе до минимум. Просто всеки лекар иска пациентът му да се възстанови и прави всичко възможно, това да стане! На въпроса ми не се ли изкушава да отиде да работи в чужбина, отговаря честно, че пред всеки медик в България стои тази алтернатива. "Въпреки че през 2007 г., когато трябваше да реша дали да остана във Франция, избрах да работя тук, сега, във връзка с последните атаки към лекарското съсловие, човек си поставя отново въпроса. Има достатъчно предложения не само към мен, но и към всички лекари. Реших да остана в България, защото е интересно да се започва нещо ново, но 2011 е много трудна година за лекарското съсловие поради неясната офанзива от множество институции и липсата на подкрепа, поради неясните позиции за развитие на сектора", казва д-р Минкин. Обяснява, че в болницата имат много идеи, но осъществяването им отнема между 3 и 4 години, въпреки че на практика става въпрос за смешни пари. Затова човек често си задава въпроса стрували си да спре развитието си за 20 години, заради подобно нещо! Твърди обаче, че въпреки трудностите, имаме забележителна неврохирургична школа. В болницата в продължение на години се е учил от хора като проф. Бусарски, проф. Романски, проф. Маринов, доц. Цеков, доц. Каракостов и всички останали по-възрастни колеги. Самата клиника е една от най-добрите в Европа като качество на хирурзите и като обем на работа. Защото дори в ЕС повечето такива клиници са с 30-40 легла, с много по-малко опит в правенето на хирургични интервенции, а тук леглата са 80.

Успехите на неврохирургичната клиника в "Св. Иван Рилски" вече са прескочили границите и от години идват болни от балканските страни, включително и за операции при епилепсия, за стабилизация на гръбначния стълб, за всякакви други хирургични интервенции. Екипът се надява да може скоро да въведе функционалната

неврохирургия и непрекъснато отправя молби за това към Министерството на здравеопазването. Този вид хирургия се изразява в лечение на функционални заболявания на мозъка, като паркинсон и дистонии при децата. Постига се забележителен ефект с дълбоката мозъчна стимулация. Проблемът е, че стимулаторите струват около 40 хил. евро и са недостъпни за пациентите, но пък ефектът може да е грандиозен, обяснява д-р Минкин и допълва, че в момента са отправили молба към Фонда за лечение на деца за едно момче с дистония. Ако се отпуснат средствата, това ще бъде първият пациент в България, лекуван с дълбока мозъчна стимулация.

Неврохирургът се извини и отново влезе в операционната зала. За да спаси следващия пациент от заболяването му. Ние пък решихме пак да се доверим на пациентите. В стая 24 попаднахме на Адриана Димитрова, която се разплака, когато попитахме за д-р Минкин. "Ако не беше той, аз нямаше да имам още диагноза, защото не мога да си платя ядрено-магнитния резонанс. Лекарят обаче помогна да се осъществи ядрено-магнитен резонанс по Здравна каса и така се разбра, че имам тумор на гръбначния стълб", обясни жената. Преди това са ѝ казали, че причината за изтръпването на ръцете и краката вероятно са шипове. "Наистина нямаш представа, че тук са най-добрите хирурзи и това е най-елитната неврохирургия като обзавеждане, като апаратура, но вече съм убедена в това", подчерта пациентката. За д-р Минкин каза: "Той е прекрасен човек, изключително интелигентен, внимателен, търпелив, изчерпателен. Дано да остане в България, за да ни лекува. Страната ни има нужда от такива лекари. Дано да ги запазим".



Д-р Красимир Минкин

ки, който му е бил учител и ни увери, че той е перфектен хирург и ще ни помогне", разказа Дорина. Сподели, че Йордан вече се възстановява, макар и бавно, но това е нормално след такава сериозна операция. Досега болният е бил на медикаментозна терапия, но надеждата е лекарствата постепенно да отпаднат и да се постигне пълно излекуване. При тези операции се отстранява епилептичното огнище, допълни майката.

За повече информация се обърнахме към самият д-р Красимир Минкин. Въпреки че току-що

достатъчно добро повлияване от медикаментите, а половината от тях имат епилептогенни лезии, които могат да бъдат оперирани, за да се постигне контрол на пристъпите", каза неврохирургът. И разясни, че ако мозъкът бъде разгънат в двуизмерното пространство, мозъчната кора ще заеме около четвърт квадратен метър. Достатъчно е в него да има увредени 1-2 сантиметра, за да се предизвика епилептичен пристъп. "Ако успеем от тези приблизително 2500 кв. см да намерим кои са тези 2 кв. см, виновни за болестта, можем да ги



# Медицинските университети отвориха вратите си за бъдещите лекари

• **Напливът тази година е по-голям, конкуренцията - също**

И тази година хиляди млади хора влязоха в аудиториите на медицинските университети в цялата страна с надеждата да се преборят с изпитите и да станат лекари - един труден и отговорен избор за път в живота. И тази година писаха, трепериха пред "стената на плача", преглъщаха провала или изпадаха в еуфория от успех. Защото решението човек да се посвети на тази хуманна професия, е завинаги. Причините за него са различни, но в някаква степен си приличат. Почти всички кандидат-студенти се надяват да

можат да помогнат на Живота да възтържествува над смъртта и страданието. А това е повече от призвание. Това е любов и всеотдайност. В името на хората. За 80 места, държавна поръчка, редовно обучение по специалност "Медицина" се състезаваха в МУ Плевен общо 631 кандидати, от които 422 жени и 209 мъже. Броят на кандидат-медиците за учебната 2011/12 година е същият като миналата година, съобщават от пресцентъра на учебното заведение. По-висок е обаче броят на кандидатите, които се състезават за едно място - при жените надпреварата е 10 към едно, а при мъжете - 5, което средно прави 8 кандидат-студенти за едно място.



Изпитът по биология се проведе на 8 юли, а по химия - на 15 юли. На 25 юли излезе и първото класиране на кандидатите. След попълване на местата по държавна поръчка, ще започне класирането и за платено обучение. Тази година се запазва размерът на таксите, казаха още от пресцентъра. Най-високият бал в Плевен е 34,76.

Към момента общият брой на кандидат-студентите за специалностите по бакалавърските програми към факулте-

тите "Здравни грижи" и "Обществено здраве" и медицинския колеж на университета е 560. Тези са броят за общо 180 места държавна поръчка, редовно обучение, за следните 8 специалности: "Опазване и контрол на общественото здраве", "Медицинска рехабилитация и ерготерапия", "Медицинска сестра", "Акушерка", "Медицински лаборант", "Рентгенов лаборант", "Социални дейности" и "Помощник-фармацевт".

От тези 560 кандидат-студенти най-много са желаещите да изучават "Медицинска рехабилитация и ерготерапия". Специално за кандидатите за тези специалности беше организиран и втори прием на документи - от 22 до 25 юли, а тестът по биология се проведе на 29 юли. Тези имат право на избор на по-високата оценка между теста и държавния зрелостен изпит по биология за участие в класирането, първото от които ще излезе на 2 август, уточниха от университета.

На изпита по биология в Медицински университет - Варна, по специалностите медицина, дентална медицина и фармация, който се проведе на 1 юли се явиха 1005 кандидат-студенти от цялата страна, съобщиха от МУ. Тази година за специалност медицина има 120 места, за дентална медицина 36 мес-

та, а за фармация - 20 места. Бяха посрещнати с одобрение от кандидатите. От университета се похвалиха, че тази година не е регистриран нито един опит за преписване за разликата от миналата година, когато четирима кандидат-студенти бяха отстранени от изпита. Изпитът по химия се проведе на 12 юли. Максималният бал за първо класиране е 35.84 при жените, а при мъжете - 34.50.

С решение на Министерския съвет от 19 май тази година бяха утвърдени и бройките за МУ Пловдив. Държавният прием за специалност "Медицина" е увеличен с 50% - до 150 места. За изпитите по биология и химия там бяха записани 781 кандидат-студенти. За дентална медицина местата са 100 и за фармация - 60. По две места са отделени и за българи, живеещи в чужбина в трите специалности. За докторантите бройката е 15. За тях са кандидатствали общо 1553 души, като жените са 1166, а мъжете - 387.

Най-много са местата в Медицинския университет в София, като 168 от тях са за желаещите да станат лекари. За бъдещите стоматолози са определени 120 места, още толкова са и за кандидатите за фармация. Във Факултета по обществено здраве за бакалавърските специалности са отделени 90 места за редовно обучение, за задочно бройката е 110. В МУ-София максималният бал при мъжете е 35.50. На първо класиране са приети 84 жени и още толкова мъже. Кандидатите са 1443.

В Тракийския университет в Стара Загора хуманна медицина ще учат 25 момичета и 25 момчета. Още 54 бъдещи лекари са приети в СУ "Св. Климент Охридски".

# Защо не трябва или трябва да ставам доктор

**Проф. д-р Милан Миланов, председател на Етичната комисия на БАС [pseg.zdrave.net](http://pseg.zdrave.net)**



Преди повече от 40 години, сам се поставих в неудобния и несмислен избор (бяха ме приели 14 неща), в който се поставят всяка година много младежи, "почти отличници", които могат да влязат и станат всякакви - от лекар през инженер, даскал до юрист, т.е. неща, които не изискват "Божа искра". Тогава попитах татко - моля те, кажи, какво да правя? Той каза: При тази власт и тези хора е най-добре да имаш занаят! Ако станеш доктор, никой нищо не може да ти направи, никой не може да ти диктува какво и как да правиш, никой не може да ти отнеме занаята. Боже, колко прав се оказа. За съжаление, колкото прав беше тогава, толкова прав би бил и днес, в днешна България. Даже е по-зле. Ако тогава, поне обикновените хора ни уважаваха, да не бяха боготворяли някои от нас, днес с участието на властта и медиите е кръв и сополи.

Ако обаче си готов на следното:

1. Днес ще имаш болен, който си отписал и той оживее - ще бъдеш щастлив и благословен - два дни.

2. Утре ще имаш "лек" болен, който ще почине - ще бъдеш нещастен и охулен - два дни. Ако си готов тази поредица да продължи и отнеме 40-50 години от живота ти - дай!

3. Готов ли си да пусне там дето си шил, даже и там, където и не си помислял да шиеш, да се счупи там, където си ковал и там, където и не си помислял да ковеш, да пъпчаса целия, а е дошъл с една пъпка, интубационната тръба да влиза сто пъти по-лесно в хранопровода, отколкото в трахеята, да правиш сърдечен масаж и да разбереш, че сърцето е вдясно, да махнеш умрелия бъбрек и да разбереш, че той е единствен, да заковеш за операционната маса счупеното бедро, да усетиш в ръцете си биещото и

спиращото в същите тези ръце сърце, да получиш в ръцете си от утробата новородено с несъвместим дефект и да продължиш, да те удари с колата си мърла и да те прати два месеца в реанимация, а новородено плаче в линейката и плацентата не е излязла,

**ЗНАЧИ СИ ГОТОВ СЪС ЗАНАЯТА!**

Но ако това стига за занаятчията, то е недостатъчно за доктора.

Ще трябва насаме със себе си и с Господ да се справиш с много по-трудни въпроси и отговори.

Свободата и моралният акт са неразривно свързани. Всеки опит единото от двете да има превес с цел "благородни" основания води до унищожаване на човешкото достойнство, нещо, с което науката и в частност медицината не иска да се съгласи. Готов ли си да поддържаш цял живот този баланс?

Животът е свещен, защото освен земното си начало има и завършек, т.е. биологичен край. Този край не представлява преход към нищото, защото ако е така, тогава нито раждането, нито самият живот биха имали някаква стойност. Смъртта също е свещена, защото не представлява смърт, а начало и възкресение в истинския живот. Животът има дълбок апофатически (непознаваем, неосмислен) смисъл, а тази област не принадлежи на медицината. Готов ли си искрено да вярваш в това?

Допустимо ли е да експериментираш, играеш си с живота, знаейки, че промениш, които правиш, могат неконтролирано да се изплъзнат от канализираната не от теб, а от Него, наследственост на бъдещите поколения?

Страх ли те е от Бог, защото често се бъркаш в неговите помисли и деяния. Готов ли

си да вървиш напред и нагоре, въпреки този страх.

Готов ли си да приемеш, осмислиш и изживееш живота си с дилемата-професионализъм - вяра, почтеност, морал.

**ПРОФЕСИОНАЛИЗЪМ...**

Докторе!!!! Ти си длъжен да правиш добро от злото, защото то няма от какво друго да бъде направено! ... (Р. П. Уорън - Цялото кралско войнство)

**ВЯРА, ПОЧТЕНОСТ, МОРАЛ**

Прекратяването на един невинен живот, в стремежа за спасяване на друг, не намалява злото от неговото отнемане. Злото не бива да се прави, доброто не може да дойде от него!... (Д-р Пол Бърн).

Готов ли си да си отговориш на тези и още няколко други въпроса... тогава дай и ще бъдеш благословен днес и отвален и прокълнат утре. Много малко са професиите, които отговарят на тези въпроси, които те правят човек повече от останалите човечи.

Ако си готов за първата част - ще те изгоня веднага! По-добре стани месар, министър или премиер.

Ако си готов за втората, по-добре стани отшелник.

Ако съумееш да съшиш двете - **ДОБРЕ ДОШЪЛ В КЛУБА НА ПРОКЪЛНАТИТЕ И БЛАГОСЛОВЕНИТЕ!**

**ПРОКЪЛНАТ И БЛАГОСЛОВЕН:**

# Педиатрите намаляват драстично

## ● Под въпрос е ефективността на детското здравеопазване

Педиатрите у нас намаляват драстично и след 10 години няма да има кой да лекува децата. За това алармираха от Българската педиатрична асоциация. Това е уникална медицинска специалност, тъй като нейната основна задача е намаляване на детската смъртност. България обаче е доста назад в сравнение с европейските страни по този показател. Всичко това ясно показва, че на думи детското здравеопазване е приоритет за всяко правителство, но на практика не е така.

Проблемът се задълбочава през последните години и въпреки че непрекъснато го поставяме пред обществото, засега не е направено нищо съществено за запазване на кадрите, обясни за в. Quovadis председателят на асоциацията доц. Евгений Генев. Той даде пример, че до 2000-та година педиатрите със специалност са били 3 000, като повечето са работели в доболничната помощ. В началото на здравната реформа обаче голяма част от тях са станали джипита, поради по-ниското заплащане на педиатрите и липсата на потребителска такса. По данни на БЛС към края на 2006 година педиатрите са били 2637, а към края на 2010 г. - само 1381, като около 1/3 от тях работят в трите нива на болничното здравеопазване, допълни доц. Генев.

В резултат на намаления брой на кадрите почти са изчезнали детските консултации и за качествено обгрижване на малчуганите трудно може да

пилософ, зам. председател на асоциацията, страната ни скоро ще се изправи пред криза с кадрите, която със сигурност ще рефлектира върху здравето на децата (виж интервюто). Специалността не привлича младите, защото не предлага добри доходи, а в същото време отговорностите са големи, подчерта той. Доц. Пилософ отправи критики и към начина, по който се придобива специалността. Той твърди, че обучението не е достатъчно, не се отделя време и за допълнителни курсове и преквалификация, защото лекарите не могат да се откъснат от работата си. "В Българската пе-

диатрична асоциация не е специализирал там и говоря много добре езика", разказа доц. Генев. От Българската педиатрична асоциация се обявяват за възстановяване на училищното здравеопазване. Според ръководството на организацията без него на практика не се провежда профилактиката и здравната култура на учениците. Сега се търсят някакви палиативни форми, които да заместят училищния педиатър, но нищо не се променя, подчерта доц. Генев. Той е убеден, че спадът в квалификацията на доболничните педиатри и общопрактикуващите лекари, обслужващи деца, комерсиализацията на медицинските дейности и липсата на контрол са довели през последните години до редица трагични случаи с малчугани, които разкриват слабостите в системата на детското здравеопазване.



диатрична асоциация не е специализирал там и говоря много добре езика", разказа доц. Генев. От Българската педиатрична асоциация се обявяват за възстановяване на училищното здравеопазване. Според ръководството на организацията без него на практика не се провежда профилактиката и здравната култура на учениците. Сега се търсят някакви палиативни форми, които да заместят училищния педиатър, но нищо не се променя, подчерта доц. Генев. Той е убеден, че спадът в квалификацията на доболничните педиатри и общопрактикуващите лекари, обслужващи деца, комерсиализацията на медицинските дейности и липсата на контрол са довели през последните години до редица трагични случаи с малчугани, които разкриват слабостите в системата на детското здравеопазване.

"Българската педиатрична асоциация многократно е поставяла най-острите проблеми на детското здравеопазване на вниманието на МЗ, НЗОК и Комисията по здравео-

пазване на Народното събрание, но сериозни промени в положителна посока няма. На поредната Национална педиатрична конференция, състояла се на 12 и 13 март 2011 г. в Пловдив, акцентът беше върху проблемите на юношеската (училищната) възраст. Констатациите, изводите и препоръките бяха предоставени на институциите, от които зависи тяхното решаване. Въпреки "кръглите маси" и другите форми на обществено обсъждане на проблемите, досега нито една от посочените по-горе институции не ни е поканила да споделим нашите оценки и предложения за подобряване на детското здравеопазване", заяви председателят на асоциацията.



може да стане чрез премахване на платената специализация, въвеждането на нови форми на специализация и квалификация, както и на по-добро заплащане на педиатрите и на педиатричните пътеки в болниците", заяви доц. Генев. Той поясни, че поради редица организационни и финансови причини (платена специализация!) в последните години все по-малко лекари се насочват

заболявания и други заболявания, характерни само или предимно за детската възраст;

- Значителен дял от педиатричната наука и практика представлява "здравото дете" във възрастов аспект - физическото и психомоторно развитие през целия период на детството, нещо, което липсва при останалите медицински специалности за възрастни;
- Педиатрите, много по-често от останалите специалисти, решават етични, медико-легални, социални и други специфични проблеми на своите малки пациенти.

Всичко това прави специалността по-трудна за придобиване и за практикуване, поради което към нея се насочват все по-малко лекари и предимно жени.

Доц. д-р Евгений Генев, председател на Българската педиатрична асоциация:



## Специалността е по-трудна и затова към нея се насочват все по-малко лекари

Според определението на Европейската педиатрична асоциация - ЕРА/UNEPSA, педиатрията е единствената интегрална медицинска специалност, която се отличава съществено от медицинските специалности за възрастни, по следните показатели:

- Различно приложение на фундаменталните медицински специалности - анатомия, физиология, патофизиология, фармакология и др. в различните възрастови периоди на детската възраст от раждането до 18 години.
- Много по-голямо приложение в ежедневната практика на педиатъра на знания и умения от областите на медицинската генетика, вродените аномалии, храненето, профилактиката включително ваксинапрофилактиката, инфекциозните

### СТАТИСТИКА

- За последните 20 години 2 пъти е нараснала заболеваемостта при децата
- Около 5% от новородените се раждат с някакъв генетичен проблем,
- Въпреки отчетеното намаление, детската смъртност у нас остава сред най-високите в Европа
- В България живеят около 20 000 деца с увреждания
- Средствата, които НЗОК заделя за лечение, са 15 пъти повече от тези за профилактика по програмите за майчино и детско здраве

Данните са от 2009 г.

## СЗО: Липсата на кадри убива децата

Високата детска смъртност в бедните страни е свързана с липсата на медицински кадри, се твърди в нов доклад на Световната здравна организация. Според проучването проблемът ще се задълбочи през следващите 10-12 години. Докладът обхваща 58 страни, в които се раждат 60 на сто от бебета в света, но в тях са концентрирани 90 на сто от смъртните случаи. Всяка година около 360 000 жени и 3 милиона и 600

хиляди новородени умират от предотвратими усложнения. Близо 3 милиона бебета са мъртвородени. Миналата година у нас има 6 случая на майки, починали по време на раждане или след това, а мъртвородените деца са близо 600. В България умират 8 от 1000 бебета. В Албания 23 на 1000, в Гърция - 7 на 1000, в Турция - 50 на 1000. В Европа детската смъртност е най-ниска в Исландия - 3 на 1000.

Доц. д-р Владимир Пилософ, директор на Националната кардиологична болница:

# ЗАКОНОВА „БЕРЛИНСКА СТЕНА“ СЕ ИЗДИГА МЕЖДУ ДОБОЛНИЧНОТО И БОЛНИЧНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

**- Доц. Пилософ, кои са най-честите сърдечни увреждания при децата?**

- Вродените сърдечни малформации са най-честите и най-сериозните сърдечни заболявания в детската възраст. Приема се, че на хиляда живородени деца, десет имат вродена болест на сърцето. От тях 4-5 се нуждаят или от операция, или от някаква инвазивна процедура - хирургия чрез катетри и подобни устройства. При останалите 5-6 или става въпрос за нелечимо състояние, или пък са с незначителни дефекти, които не се отразяват върху качеството на живот на пациентите и изискват само наблюдение от специалист.

**- Как се насочихте към тази млада за времето си специалност?**

- Аз съм от семейство на лекари. Майка ми беше професор по ревмокардиология в тази болница. Специалността включваше ревматология и кардиология. Едва някъде 1975-та година двете специалности се отделиха, а 10 години по-късно това стана и в детската ревмокардиология. Тъй като не исках да работя в същото звено, в което работеше майка ми, избрах кардиологията и от 1970-та година работя тук, в тази къща. Това е мястото, където съм започнал и най-вероятно ще завърша работния си цикъл.

**- Има ли достатъчно специалисти в детската кардиология в България?**

- Отговорът на този въпрос е доста труден. Обикновено, когато съществува някакъв голям проблем, при всички помалки той излиза на преден план. В момента основният проблем е липсата на педиатри. Даде се насоката, че общопрактикуващите лекари ще решат въпросите на децата, но това е невъзможно. Педиатърът също е интернист, с доста широка култура, затова смятам, че не са достатъчно тези три години и половина за специализация. Педиатрията е призвана освен за болните, да се грижи и за здравите деца, а това е нещо изключително важно и отговорно. За да можеш да се грижиш за здравите, трябва да познаваш патологията във всичките нейни разновидности. Детската кардиология, която е част от педиатрията, страда по същия начин - намаляват специалистите. Освен това се направи една глупост в педиатрията, отделиха се т. нар профилни специалности като детската кардиология,

детската ендокринология и други, но това е абсолютно неразумно нещо. Абсурдно е да работиш каквато и да е профилна специалност, ако не си усвоил педиатрията като основа. Така че откъсването от майката педиатрия е голяма грешка.

**- Защо няма интерес сред младите лекари да специализират детски болести?**



Доц. Владимир Пилософ е директор на Националната кардиологична болница. Роден е на 30 март 1945 г. в София. Завършва медицина, специализира във Франция и Германия. У нас е един от първите специалисти по детска кардиология. Има и специалност по социална медицина и здравен мениджмънт. През 1986 г. защитава докторантура, а през 1988 става доцент. Има над 208 публикации и участия в конгреси. През 2003 г. е избран за Медик на годината, а преди месец получи Чиловата награда. Владее френски, руски, английски, немски и испански език.

- Истината е, че не се печели от тази специалност. По-ясен отговор няма! Ако оставим нещата да се развиват само защото някой е призван да прави това и обича професията си, няма да постигнем количеството, което ни трябва. Нека не си правим илюзии - независимо от хуманността на нашата професия, има и елемент "колко получавах". Несъмнено. Освен това дълбокото ми мнение е, че през последните 20 години, ние пуснахме един мит да циркулира в пространството и той продължава да се върти - че парите могат да решат всички проблеми на здравеопазването или че приватизацията може да реши всички проблеми. И аз винаги задавам въпроса - добре, посочете ми в коя държава частното е решило всичките проблеми на здравеопазването. Няма такава. Колкото е по-успешно здравеопазването в една страна, толкова обикновено по-социално насочено е то. И колкото е по-добро, а под добро разбирам онова, за което ние говорим, че трябва да бъде - достъп, високо качество на медицинската дейност и т. н., в страните, в които това наистина

е така, държавата има много сериозна намеса в областта на регулацията на здравеопазването до такава степен, че собствеността вече няма голямо значение. Трябва да има точни правила и те да се спазват и тогава няма значение дали дадено здравно заведение е публично или частно.

**- У нас какъв е проблемът в сектора - нямаме достатъчно добри правила или не се спазват?**

- И едното и другото. Ще ви кажа нещо, което не мога да разбера защо не се дискутира. Това е законовата "Берлинска стена", която е създадена между доболничното и болничното здравеопазване. Помня, че когато тези въпроси се обсъждаха навремето, се изхождаше от факта, че видите ли болницата щяла сама да си създава пациенти, ако работи и в извънболничната сфера. Не искам да кажа, че това е несериозна логика, но сега ние не знаем как да проследяваме нашите пациенти. Логично е тези, които са ги лекували, да могат да ги следят. Да не говорим, че има пациенти, които изискват в доболничната по-

мощ доста специализирано отношение - т. е. да има специалисти на много високо ниво, които да решат техните проблеми. И какво се получава - ние създаваме паралелна структура, която се нарича медицински център, която парадоксално е 100% собственост на въпросната болница, но е отделно юридическо лице,

се много специфични знания и умения и освен това става въпрос за един концентриран и малък на брой контингент пациенти. Ако те се пръснат сред много лекари, които вършат тази работа, със сигурност качеството на лечение ще падне. Преди 10 години беше направено проучване за качеството на медицинското обслужване на децата с аномалии в развитите страни от един много известен сърдечен детски хирург - Марк Денавал, белгиец, който работи в Лондон. Оказало се, че всички клиници, които са имали под 100 операции на година, са били в графата на лошите и всички, които са били по-добри, са минали стотте операции. Затова днес европейският и световен стандарт за детска сърдечна хирургия изисква един лекар да има минимум 125 до 150 влизания в операционната зала за година. В противен случай той губи уменията си. На 100 хил. живородени деца се правят около 370 до 400 операции. Е, това означава, че ни трябва 2-ма водещи хирурзи, защото ние имаме средно 70 хил. раждания. Това означава, че нашите пациенти са по-малко от 400 и трудно покриваме дори два екипа. Ако се създадат още 2-3 такива екипа, те ще имат по 60-70 операции, което категорично означава влошаване на качеството на обслужването. Питате ме за модерните технологии. Да, мога да твърдя, че всичко, което се прави по света, се прави и у нас. Затова много рядко се изпращат деца със сърдечна патология в чужбина. За сметка на това години наред сме ползвали друг механизъм - да каним колеги, които са много компетентни и които да могат на място, с целия екип да споделят своя опит.

**- Продължавате ли тази традиция?**

- От 1994 г. в нашата болница започна да идва в продължение на 7-8 години проф. Мартин Елиат от болницата в Лондон. Той изключително много ни помогна. С негова помощ успяхме да внедрим някои нови методи, които иначе бяха проблемни за нас. След това идваха и колеги от Германия, от други страни и тази практика ще продължи.

**- В с. Славеино в Родопите тази година вие получихте Чиловата награда. Струва ми се обаче, че и преди сте ходили в този край.**

- Това е вярно. Имаше период от живота ми, когато ходех на методична

помощ в Смолян. Там работеше д-р Беевски, който е детски кардиолог. Той подготвяше около 70-80 деца за консултации и преценявахме кои имат нужда от лечение в София. След това отивахме в с. Славеино, където имаше климатично училище. Тогава къщата музей на Константин Чиров още не беше завършена окончателно, но аз имах удоволствието да разгледам музейната сбирка. Сега могат да я видят всички посетители на това прекрасно място в Родопите.

**- Отново сте директор на Националната кардиологична болница. Кои са най-сериозните проблеми в лечебното заведение?**

- За мен най-тежките проблеми в здравеопазването са свързани с клиничните пътеки. Вече стана ясно, че това не е добър начин за финансиране на болниците. Клиничната пътека е хубав инструмент, ако я ползваме като алгоритъм на поведение, стандарт за работа и тя трябва да си остане такава. Сега най-важното, особено за големите болници, е да се създават условия за внедряване на новите технологии. И второто, което много ми се ще да кажа, дано не се допусне тази грешка, отново да сметнем, че новата методика - диагностично-свързаните групи са панацеята и сега ще ги вкаратаме и въпросите ще се решат. Нищо няма да се реши по този начин! Необходимо е време, търпение от страна и на лекарите и на политиките. Здравеопазването е такава сфера, в която не могат да се очакват незабавни резултати. Необходимо е внимателно да се преценят нещата, да се направят пилотни звена, които да тестват системата и тогава да се види какъв вид ДСГ да се внедрят. Освен това има един много тревожен проблем за мен и това е квалификацията на кадрите. Ако си сложим ръка на сърцето, трябва да признаем, че има сериозни проблеми в целенасоченото преквалифициране и следипломно обучение на лекарите. Сега то се прави формално. От друга страна обаче трябва да си зададем и въпроса как общопрактикуващият лекар може да се откъсне от работата, за да отиде да се обучи някъде, без това да му бръкне в джоба, без да наруши договора си с Касата и с пациентите. Явно е доста трудно да се намери изходът от тази ситуация, но трябва да се открие решение. В противен случай медиците се деквалифицират.





# XV МЕЖДУНАРОДЕН КОНКУРС ЗА ДЕТСКА РИСУНКА

**И** през тази година в началото на лятото в столичната Галерия за чуждестранно изкуство се състоя финалът на конкурса за детска рисунка на тема - "Не, на цигарите!". Този път той е юбилеен - 15-ти по ред. Срещата откри зам.-директорът на Националният център по опазване на общественото здраве доц. Пламен Димитров. В приветствието си той подчерта, че конкурсът е станал традиционен за Центъра и се реализира като съвместен проект на НЦООЗ с Италианската национална асоциация за борба с раковите заболявания - ANVLT / Associazione Nazionale Volantari Lotta contro I Tumori/.

**ИСТОРИЯТА НА ТАЗИ**

**БЛАГОРОДНА НАДПРЕВАРА**

започва през 1993 г. в няколко италиански провинции и в Румъния. През 1995 г. в международната инициатива се включват България и цяла Италия. По-късно се присъединяват Молдова, Македония и Албания. Като традиционни партньори, още в началото на проекта, у нас участват Министерството на здравеопазването, Министерството на образованието, младежта и науката, Министерството на физическото възпитание и спорта. Днес конкурсът е авторитетна проява на сътрудничество между държавни и неправителствени институции от Италия и България, страните от Югоизточна Европа и Балканите, в утвърждаване на здравословен начин на живот без тютюнев дим сред децата и учениците.

**ЗАЩО Е НЕОБХОДИМ И ПОЛЕЗЕН ДЕТСКИЯТ КОНКУРС?**

Наши и международни проучвания предупреждават за неблагоприятна тенденция - подрастващите започват да пушат на 12-13 години, като първите опити с цигара се изместват във все по-ранна възраст. Най-често контактът с димящата отрова започва от най-близките, от приятелския кръг. Предразполагащо усло-

## „НЕ, НА ЦИГАРИТЕ!“



вие е личният пример, както на връстници, така и на родители, на по-големи братя и сестри. В същия дух бяха думите на Вилия Великова, главен експерт в отдел "Опазване на общественото здраве" към дирекция "Обществено здраве" при МЗ. Тя се спря на проучвания, според които 68% от 4-, 5- и 6-годишните деца у нас са наблюдава-

**РИСУНКТЕ НА МАЛКИТЕ ХУДОЖНИЦИ**

По традиция те бяха представени от председателя на журито - художникът Иван Яхнаджиев. Той обобщи постигнатото до сега. Само за последния петнадесети конкурс в НЦООЗ са изпратени 1315 рисунки, а за всичките 15 конкурса са създадени над 18 000 рисунки. В детските творби ясно се вижда как естествено, с цялото си сърце, малчуганите застават зад идеята, че тютюнопушенето влошава здравето, понижава самочувствието и работоспособността на човека. Чрез множество оригинални хрумвания учениците категорично изразяват своето "Не, на вредния навик!", както и голямата си надежда, че

близките им ще се откажат от него.

Голямата награда за

**НОВАТОРСКО**

**ПРЕДСТАВЯНЕ НА**

**ТЕМАТА**

за 2011 г. бе присъдена на Полина Панталеева Стоянова от гр. Ловеч. Тя е нарисувала пушача като кукла на конци, контролирана от цигарите. Куклата е с образ на шут, който сякаш жонглира с живота си. Фонът е че-

рен, подобен на катрана в димящата отрова. А над чернилката е изпльзъл огненочервен рак - красив като природата, заплашителен като болестта. Полина, която е на 11 години, събра оваците на присъстващите не само заради творбата си. Оказа се, че тя има близначка, без която не иска да се възползва от голямата награда. От Италианската национална асоциация за борба с раковите заболявания уважиха чувствата на малката художничка и

тя получи три билета до Рим - за нея, сестра й, както и за тяхната майка. Те ще имат възможност в рамките на седмица да се запознаят с исторически забележителности и творби на изкуството в Италия, както и да се срещнат с папа Бенедикт XVI.

Първа награда в групата на малките художници, на възраст от 7 до 11 години, получи Мариан Силвиев Братанов от с. Видраре, общ. Правец. Мариан е също на 11 години, но има здравословен проблем. Момчето вярва, че рисуването е начин за изцеление, ако не на цялото тяло, то поне на сърцето. Това личи от творбата му, а оригиналното хрумване в нея на задраскан пушач може в бъдеще да се ползва като предупредителен знак върху цигарените кутии. От същата възрастова група, получи втора и трета награда, съответно: Зелиха Халимова Хабилова - 8 г. от гр. Летница, обл. Ловешка и Анна Людмилова - 8 г. от гр. Кюстендил. В групата от 5 до 7 години с първа, втора и трета награда бяха удостоени: Беатрис Красимилова Георгиева - 5 г. от с. Владая, София; Калина Николаева Райчева - 6 г. от гр. София и Мелек Салиф Сейдали - 6 г. от гр. Хасково. Поощрителни награди получиха: Лора Иванова Димитрова - 6 г. от гр. София; Алекс Венциславов Станков - 8 г. от гр. София; Татяна Панталеева Стоянова - 11 г. от гр. Ловеч; Мария Красимилова Георгиева - 11 г. от гр. Пловдив и Божидара Симеонова - 10 г. от гр. София. Специалната награда на детското жури бе връчена на Виктор Марчев Марков - 10 г. от гр. Варна.

Накрая присъстващите разгледаха изложба от всички рисунки, класирани в конкурса, която бе подредена във фоайето на Галерията за чуждестранно изкуство. Контентарите за благородната надпревара продължиха и по време на коктейла, на който по традиция малчуганите похапнаха от торта с вида на рисунката, спечелила голямата награда. Всичко, случило се на това събитие, ни дава основание и днес да възлагаме надежди на изкуството, да вярваме, че красотата му е сила, която винаги може да посочи истинските ценности в света.

**Д-р Ваня Шипочлиева, д.м.**

Изложението се проведе преди структурните промени на НЦООЗ



# Проф. д-р Марко Даскалов навърши 80 години

Равносметката е всеки ден, с всеки отделен случай в практиката, с всеки решен или нерешен въпрос в науката. Това каза по повод 80-годишнината си проф. д-р Марко Даскалов. Той е завършил медицина в Пловдив. Спомня си, че е имал изключителни преподаватели като проф. Плосков, проф. Добрев, проф. Мишев, проф. Червенаков, проф. Хайдудов, проф. Митов, проф. Рашев, проф. Юрков, проф. Миронов и други.



73 собствени метода за лечение на хирургически заболявания с трудно приложими стандартни операции, резултатите от които конкурират и най-добрите в напредналите страни. Чрез тях възниква направлението организиращи операции в хирургията.

Всъщност, към тази хуманна професия се насочва първо брат му, който по-късно става военен лекар. След това в дебрите ѝ навлизат и Марко Даскалов и сестра му. В началото на кариерата си работи в Ивайловград и в Раковски, а след това и в Пловдив. Навлиза в гинекологията, в урологията, детската хирургия. Просто нямаше как, защото практиката го изискваше, обяснява професорът разностранните си интереси. По-късно в София участва в първите трансплантации. Работи в Клиниката по хирургия в Александровска болница, където извървява пътя до завеждащ отделение и зам. ръководител на катедра.

Написал е 288 трудове, монографии, студии, учебници. Създател е на

ност, което според мен е недопустимо!".

Проф. Марко Даскалов е роден в Панагюрското село Смилец на 19 юни 1931 година. Разказва, че единият му праядо, по майчина линия - Иван Попхристов е съратник на Васил Левски, учредител на революционния комитет в този край. Не помалко известен е и другият - по бащина линия - Тодор, също участник в революционния комитет, поборник, учител, първият в този край, който е учил светски науки. Целият му род е свързан с възраждането на българщината, с борбата с турското потисничество, с Априлското въстание и борбата за съединението на България. Така че от своите предци той е наследил възрожденското у себе си. Затова не е чудно, че въпреки голямата си заетост, професорът намира време и за обществена работа, а също и за хобито си - поезията.

Днес професорът продължава да работи. Можете да го откриете в столичния 23-и ДКЦ в кв. "Хаджи Димитър" и навсякъде, където го потърсят за съвет. Продължава и да се усъвършенства - на работната му маса има медицински трудове, изследвания, литература от всички краища на света.

*По-малко известно е, че в часовете за себе си, проф. д-р Марко Даскалов пише стихове. Той бе любезен да представи специално за читателите на вестника някои от творбите си. Публикуваме две от тях.*

## Признание

Не запомних лицето ти.  
Не запомних очите ти -  
те приличат на други очи и лица.  
Не запомних, ала чувствам  
изгаря ме твоето присъствие  
с неподправена нежност,  
безкористно, безразсъдно  
и пълно с желание.  
Не запомних гласа ти,  
ала чувствам звъни покъртително.  
Сепва душата ми твоето припяно  
и без корист пристигане -  
топлината на твоя копнеж.  
Не запомних и думите,  
те изчезнаха заедно с теб.  
Ти бе ехо на сърцето ми.  
Мое ехо, надалече литнало.  
Аз съм глас, сам без ехото в  
планините.  
Единствен, неударим, силен,  
но самотен глас.  
Не запомних косите ти,  
нито дребните желания,  
но усещам и днес твоите  
предчувствия.  
Твоят верен усет към пълното  
и неотразимо щастие.  
Не запомних миражите,  
тъй грижливо изплетени.  
Ала знам колко жизнена,  
обещаваща, всеотдайна и красива  
е щедростта на ненаситната твоя  
разцъфнала младост.

София, януари 1978 г.



Стенопис в ИСУЛ

## Откровение на хирурга

Сърцето ми събрало е  
скръбта на толкоз хора  
и толкова надежди  
в борба неравна с  
болестта,  
когато смърт ги гледа  
изпод вежди.  
Оглеждам се поспрял  
неспирен бяг.  
Пределът като хала  
съм достигнал.  
Прошарена е моята  
коса,  
но погледът ми син  
не е помръкнал.  
И има сякаш нещо  
занапред

да тлее още,  
щедро да раздавам.  
Това е знанието,  
обичта,  
изкуството и вярата,  
която притеждавам.  
Сърцето ми надвило е  
скръбта.  
Гръбнакът ми, на пук  
не се пречупва.  
И не напрасно  
съм вървял до тук.  
Дано е пътя,  
като моя чист  
на всеки наш син  
и всеки внук.

София, 1992 г.



# Болница „Хигия“ отпразнува своя 20-годишен юбилей с откриването на медицински СПА център и физиотерапия

Идеята е на клиентите - да се предложи успешно съчетание между обслужване на клинично ниво и СПА процедури. За разлика от познатите вече на всички SPA



Д-р Стайко Спиридонов - основател и изпълнителен директор на болницата

центрове, престоят тук е придружен с медицинско наблюдение. Новоразкритият медицинският СПА център и физиотерапия е единственият у нас в момента, който предлага комбинирано апаратно лечение за моделиране и подмладяване на кожата на тялото и лицето, ефикасна борба с целулитата, стрии и белези. Уникалната Alpha LED Оxy-Spa капсула е другата услуга от най-ново поколение, даваща безспорно преимущество на СПА центъра. Освен уникално СПА удоволствие апаратът е и с отлични резултати в кислородолечението /барокамера/, профилактиката на раз-

лични заболявания и естетиката.

Медицински комплекс "Хигия" е основан през 1991 г. от д-р Стайко Спиридонов, д.м., като първото лечебно заведение за болнична помощ с частна собственост в България и Източна Европа. Включва диагностично-консултативен център, многопрофилна болница за активно лечение и група практика от общопрактикуващи лекари. Официален старт на юбилей бе даден с тържествено общоболнично събрание в конференционната зала "Цвета" на болница "Хигия". Д-р Стайко Спиридонов - изпълнителен директор на лечебното заведение, официално приветства служителите на болницата и гостите на тържеството. Чрез ви-

део експозе бе припомнена 20-годишната история на първата частна болница в България. С почетни статуетки "20 години Медицински комплекс "Хигия" и грамоти "За оказана изключителна подкрепа и коректно партньорство" бяха удостоени съдружниците в лечебното заведение. С изящния символ, изработен от скулптора Леон Бабачев и грамоти за дългогодишни заслуги бяха отличени служители на болницата. Двойният празник уважиха кметът на Пазарджик Тодор Попов, заместник-областният управител Ваня Минкова, председателя на ОбС - Пазарджик инж. Георги Йорданов, бившият здравен министър доц. Божидар Финков, директорите на РЗОК Анета Шопова, и



на РЗИ д-р Фани Петрова. Поздравителни адреси за юбилей изпратиха председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов и министърът на здравеопазването д-р Стефан Константинов. За финал на тържеството бе разрязана и юбилейна торта от изпълнителния директор на МК "Хигия" д-р Стайко Спиридонов и доайена сред съдружниците д-р Стоян Стоянов.

# Неврохирурзите от „Токуда“ отстраниха много рядка 11-сантиметрова киста от мозъка на дете

## ● Интервенцията е уникална за България, според специалисти

Детето е прието на 20 юли 2011 г. в критично състояние - след няколко епилептични припадъци с неустановен произход и частична парализа на левите крайници.

Лекарите установяват наличието на изключително голяма и рядко срещана паразитна киста в следствие на кучешка тения. Образованието е разположено в главния мозък на детето. Кистата е с размери 11 на 5 см. Това е сериозно предизвикателство за специалистите и възможностите на съвремен-

ната медицина, обясняват от болницата.

"Такъв тип паразитни кисти са много рядко срещани в практиката и често са свързани с висок риск от смърт и инвалидизация за пациента", казва д-р Славомир Кондов - началник на отделението по Неврохирургия на японската болница и ръководител на екипа приел и оперирал 14-годишния пациент. "Операцията бе извършена с помощта на невронавигационната апаратура на Токуда болница, която е единствена по



рода си в България", допълва д-р Кондов след продължилата час и половина интервенция.

Операцията бе назначена веднага след приемането на момчето в неврохирургията в МБАЛ "Току-

да Болница София". Хирургичната интервенция протече успешно и без усложнения, съобщиха от екипа. Момчето се възстановява бързо и остана под наблюдението на лекарите още няколко дни.

# И в Монтана вече разбиват камъни с лазер

## ● Ако са над 3 см, ги трошат с ендоскопски апарат

Отделението по урология на МБАЛ-Монтана се сдоба с апарат, който разбива камъни в бъбреците, пикочния мехур и пътищата на отделителната система, съобщиха от болницата. Вече няколко месеца той обслужва пациенти от цяла Северна България. Машината разбива камъни в суха среда. Доскоро същата процедура се извършваше само във вана.

"Разбиването и изхвърлянето на камъните става по безкръвен и безболезнен начин за пациента. Уролозите, които работят с апаратурата, са преминали през клиники в Германия, през медицинските университети в София и Плевен, за да усвоят тънкостите на лечението. Те са убедени, че по този начин се спестяват тревогите на болните, защото при сухото разбиване времето за възстановяване е по-кратко.

Лекарите обясняват, че Северозападна България е от тези географски ширини, които способстват за образуването на камъни. Всеки ден поне 3-4 пациента се възползват от новата техника.

На нея могат да се разбиват оксалатни, уратни и фосфатни камъни и комбинации между тях. На разбиване с лазер обаче се подлагат само пациенти с камъни до 2-2,5 см в диаметър. Когато камъните са по-големи - 3, 4 или 5 см, на помощ идва ендоскопската апаратура. С нея хирургът влиза в бъбрека, мехура или уретрите и разбива камъните. Тя също е от висок клас и се постига пълно отстраняване. Лечението е безплатно за пациента, когато е изпратен с направление от личния си доктор или от специалист, защото се покрива от здравната каса.

## В „Св. Екатерина“ операция „4 в 1“

Подменена е протеза на аортна клапа, поставена е нова на митралната клапа, отстранено е стеснение на лявата камера и е протезирана възходящата аорта.

Операцията е била рискова и сложна, но пациентката вече е в стабилно състояние. Диша сама, закусва и сядва в леглото. Настанена е в интензивното отделение.

Операцията 4 в 1 спаси живота на баба Кера от пловдивското село Чалъкови. Сърцето на 64-годишната жена дало знак, че не може да работи и синът ѝ по спешност я докарал в столичната болница "Св. Екатерина". Установихме множество увреждания - трябваше да сложим две клапи, да подменим възходящата аорта с протеза и да се отстрани стеснение на изхода на лявата камера, обясни шефът на лечебното заведение проф. д-р Генчо Начев, под чието ръководство се осъществи сложната интервенция. Аортната клапа вече веднъж е подменяна преди 17 г. Сложната операция е направена от трима хирурзи, един анестезиолог, две операционни сестри, една анестезиологична сестра и перфузионист. Екипът използвал скъпо лекарство заради проблеми с кръвосъсирването, приложил и специална миокардна протекция. Синът на пациентката, който работи в Гърция, платил предварително 900 лв. за избор на екип. Благодарен от хепиенда, поиска да даде още пари, но законът не позволява, изтъкна проф. Начев. Според него не е справедливо цената за избора да не отчита броя на специалистите, които участват в интервенцията.

За последните 6 месеца в "Св. Екатерина" са направени 700 големи сърдечни операции, за които здравната каса плаща 13 500 лв. За половината от тях обаче сме направили допълнителни харчове в размер на 2 млн. лв., тъй като при нас идват най-тежките случаи, разказа проф. Начев. Заради дефицита на средства възнаграденията на лекарите са намалени.

# Супермодерни апарати в „Пирогов“ и „Александровска“ виждат ракови разсейки



Нов магнитен резонанс заработи в "Пирогов" през юли. Той е от висок клас и качеството на изображението е възможно при 40% по-малко време за изследване в сравнение с по-старите апарати. През него на ден минават по 40 пациенти.

Умната машина може да даде изображение за кръвоносни съдове, стави, органи и дори на цяло тяло. Най-често засега се изследват глава и прешлени. Това става за 10 мин. Прегледът на цяло тяло е за откриване на патологични лезии (тумори и разсейки). Той трае 30 минути. Никъде другаде няма такава опция - с един преглед да се откри-

ват дори далечни разсейки, поясниха специалистите.

Онкологията не е приоритет на "Пирогов", но в хирургията много пациенти се оперират от тумори на дебелото черво или жлъчните пътища. Новият уред може да изследва и жлъчното дърво с контраст. Прави се и програма за изследване на съдовете, подобно на ангиографията, но без контраст, рентген или инвазия.

Известно е, че "Пирогов" е единственият травма център в София, затова апаратът ще върши много работа в тази област. Чрез него ще се прави оценка до каква степен са засегнати стави, муску-



ли и сухожилия, къде са хематомите. При прешлените се търси дали е засегнат гръбначният мозък.

Правят се и урографии - изследване на бъбреци,

уретера и пикочния мехур, без да се инжектира контрастно вещество. Това е важно за пациенти с болни бъбреци, които имат висок креатинин и не могат да направят

стандартните изследвания на тези области. Апаратът помага и на болни с множествена склероза. Открива активните лезии без контрастно вещество. Здравната каса покрива изследването с новия апарат само на една зона. Всеки пациент има право на един талон месечно. Например за болни с множествена склероза може да се направи безплатно изследване на главен мозък или шия.

В Александровска болница вече могат да се открият и най-малките ракови разсейки, след като там заработи модерен позитронно-емисионен томограф (ПЕТ скенер). Не всеки онкоболен обаче е подходящ за изследването, затова дали да се прави томографията трябва да прецени лекар. Най-подходящи са пациенти с белодробни карциноми, на гастроентестиналният тракт, лимфоми, рак на гърдата или яйчниците, тумори на главата и шията и малигнен меланом. Лекарите виждат изображенията обемно, както са в пространството, или пък на различни срезове, за да преценят къде точно се намира туморната лезия. Мястото, където туморът е активен и расте, натрупва най-много от маркираната с радиоактивен изотоп флуор 18 глюкоза (радиофармацевтик).

## Българи са златни медалисти на Световните летни игри за трансплантирани



Павлин Михов, златен медал за тенис на маса

Първата радостна вест дойде на 20 юни 2011 г., когато на Световни летни игри за трансплантирани Борислава Ананиева спечели златен медал в дисциплината бадминтон. Така тя стана новата световна шампионка при девойките от 15 до 17-годишна възраст.

През тази година 18-те по ред Световни летни игри за трансплантирани се проведоха в периода 17-24 юни в град Гьотенборг, Швеция. В тях участваха 54 държави. Българският отбор бе съставен от общо 9 участника - 3 деца и 6 възрастни с трансплантирани бъбрек, черен дроб или сърце. Нашите състезатели се явиха в различни дисциплини като лека атлетика, бадминтон, тенис на маса и други.

Четири дни след първата световна шампи-

онска титла за България дойде новината за следващия шампион - Павлин Михов спечели златен медал в дисциплината тенис на маса. За втори път в Гьотенборг бе издигнат българският флаг от трансплантиран наш сънародник.

Крайният резултат от 18-те Световни летни игри за трансплантирани за българския отбор е два златни, един сребърен и два бронзови медали.

Това е значително постижение, което дава надежда и самочувствие на храта с трансплантации, сподели Стоянка Ананиева от Националната пациентска организация, която бе в Гьотенборг със състезателите.

Участието на българския отбор в тази вече традиционна спортна инициатива бе под пат-



Борислава Ананиева, златен медал за бадминтон

ронажа на министър-председателя на България Бойко Борисов и се подкрепяше от Министерството на спорта, Българска федерация по бадминтон, Български спортен тотализатор, генерал-майор проф. Стоян Тонев, д.м., началник на ВМА и Национална пациентска организация.

## Посрещнахме шампионите с... таван за лечение на деца в чужбина



След оvationите в Швеция нашите медалисти от Летните игри за трансплантирани бяха посрещнати на родна почва с букети и... постанование за актуализиране на бюджета на Център "Фонд за лечение на деца", с което се въвежда горна граница от 180 000 лв. за финансирането на всеки отделен случай.

Въвеждането на годишен финансов таван практически е отказ от страна на държавата да заплаща скъпоструващо лечение на деца. Министерски съвет сам отчита, че сумата от 180 000 лв. не е достатъчна, тъй като "средният разход на фонда за една трансплантация към момента е 266 хил. лв.", посочват от трите организации, които веднага настояха незабавно и безусловно да се отмени горната граница на финансиране. Така ще може Фондът за лечение на деца да продължи своята работа, се посочва в общата позиция на Български дарителски форум, инициативата "Спаси, дари на..." и Центъра за защита правата в здравеопазването.

"Прехвърлянето на отговорността за животоспасяващо лечение на деца върху дарителите е недопустимо оттегляне на държавата от грижата за детското здраве! Кой ще понесе отговорност, ако заради недостигащи

100, 1000 или 10 000 лв. се забави фатално лечението дори на едно болно дете?", се пита в позицията.

От трите организации припомниха, че само преди две години, в началото на мандата си, Бойко Борисов вдъхна надежда на стотици болни хора: "...всеки българин трябва да знае, че изпадне ли в беда, държавата веднага ще го посрещне. И сега съм възложил на здравния министър до заседанието на МС следващата сряда да ми проверят колко пари струват всички трансплантации на чакащи хора - за бъбреци, дроб, сърце. Колко пари струва. Къса ми се сърцето на мен, като ги гледам по телевизията с банковите сметки. Майки, бащи с деца на ръце. "Чакаме, 20 000 евро нямаме, 10 000 евро събираме. Дадени 10 000 лева, трябва още 10 000." И държавата седи и му гледа сеира. Казал съм да дадат цифрата. Аз ще отида в някоя българска банка и ще им кажа, ако нямаме пари, колкото струват всичките, вземам кредит и пращам да се лекуват хората. Държавата трябва да е солидарна, а не като предишния кабинет да праща на море 3000-4000 от 2 милиона пенсионери."

В общата позиция се изтъква още: "Не сме забравили и уверението

на здравния министър при закриването на злополучния Фонд за трансплантации: "...Не сме имали абсолютно никакъв проблем с финансирането, проблемът е с намирането на органи."

Всъщност, постановлението на Министерски съвет е директно признание, че проблемът е точно с финансирането. И всякакви опити този факт да се прикрие с псевдохуманни аргументи са неприемливи", се казва още в позицията.

Последваха и други реакции по повод на постановения таван. Пациентски организации обявиха, че ще оспорят постановлението в Конституционния съд. Здравният министър изрази разбиране. ГЕРБ направи дарение...

Мотивът да се ограничи до 180 000 лева сумата за лечение на дете в чужбина бе, че така повече деца ще имат шанс. За 2011 година шест деца са получили суми над лимита. Те са с рецидиви на левкемия, мозъчен тумор, сарком на Юинг, десностранен нефробластом, синдром на редуцирано тънко черво. Тези диагнози изискват незабавно лечение. Иначе изходът е фатален. Децата нямат време да чакат дарителски кампании, признават всички и оставят проблемите в ръцете на пациентите, родителите им и лекарите...

## Само 27% от сънародниците ни се интересуват от донорството

● **Проучване обаче установи, че 60% са склонни да станат дарители**

Само 27% от българите се интересуват от това, какво представлява донорството, според данни от Национално представително проучване на "Галъп Интернешънъл" по поръчка на МЗ, съобщи от пресцентъра на министерството.

Проучването е част от Националната седмица за популяризиране на донорството. Ниският интерес сред обществото към темата е проблем за развиването на трансплантациите у нас. В същото време от тези животоспасяващи

операции се нуждаят над 800 души.

Най-голям е процентът на интересувашите се от донорството сред хората със средни доходи - 41%, висшистите - 40% и жените - 31%.

Едва 14% от българите са обсъждали темата за донорството и каква е тяхната воля с близките и семейството си. Въпреки ниския интерес към темата, 60% от хората заявяват, че са готови да дарят органите си, за да помогнат на друг човек. Отново най-многобройни са висшистите - 68%, хора-

та със средни доходи - 70%, образованите българи, говорещи чужди езици, пътува-

щи, ползващи интернет - 68%.

Едва 18% не са съгласни да бъдат доно-

ри, а 22% нямат мнение по темата. Сред несъгласните преобладава делът на пенсионерите - 25%, жителите на малки градове - 24%, българите с основно и по-ниско образование. Основната причина за отказите от донорство е страхът, че органите може да не се използват правомерно, показват данните от проучването.

За съжаление това недоверие е пряко свързано с представянето на темата в медиите. Телевизиите, радиата и вестниците са основните източници за информация по темата за 65% от българите, от интернет са се запознали с донорството 11% от хората. До информацията от личния си ле-

### ИНИЦИАТИВА

## Студенти презентират

Серия от презентации за популяризиране на донорството сред младите хора се изнесоха в български университети. Инициативата е част от националната кампания "Частица от теб може да бъде за някого целия свят". Тя бе организирана от МЗ, ИАТ и пациентски организации.

Целта е младите хора да бъдат запознати с донорството като висша форма

на хуманизъм. Липсата на информация е една от основните пречки за извършването на повече трансплантации у нас.

Презентацията бе подготвена от студенти от катедра "Психология" в Нов български университет съвместно с Изпълнителната агенция по трансплантация, съобщи от пресцентъра на здравното министерство.

### ЕВРОБАРОМЕТЪР

Според изследване на Евробарометър над 40% от европейците са обсъждали донорството в семействата си. В България обаче това са направили само 22% от хората.

кар са прибегнали едва 3 на сто.

Националната седмица за популяризиране на донорството се проведе през юни, тази година. През нея бе възстановена розовата градина до театър "Сфумато", а на игрището до кортовете в Борисовата градина се проведе футболен мач с хора, претърпели успешни трансплантации.

# Асоциацията на социалните предприемачи започва глобално партньорство за подобряване на здравето

Съобщението дойде от Париж: на 5 юли, 2011 г. - Boehringer Ingelheim и Ashoka обявиха, че ще започнат 3-годишна инициатива за подобряване на здравето в различни общности по света. Тя ще насърчава здрави хора, семейства и общности, като намира и подкрепя най-обещаващите решения за борба със здравни проблеми.

Партньорството включва подкрепа за редица програми, които целят да идентифицират новаторски решения на здравни проблеми. Тази цел определи избора на 50 водещи социални предприемачи (известни като "Стипендиантите на Ashoka" или "Ashoka Fellows"), чиито идеи създават авангардни и цялостни системни решения в областта на здравеопазването.

Освен това, две онлайн състезания за привържениците на промяната, ще мотивират широката общественост да даде идеи как да се подобри здравето в пренебрегнати общности. Инициативата "Подобряване на здравето" ще се съсредоточи върху младото поколение от хора, готови да донесат промяна, чрез специална програма, имаща за цел да привлече млади хора в намиране на решения за техните общности.

Boehringer Ingelheim ще подкрепи инициативата "Подобряване на здравето" като ангажира своите 42 000 служители по света по различен начин, за да се подобри разбирането и цененето на социалното предприемачество и иновацията в областта на здравеопазването.

- **Ще се търсят авангардни и цялостни системни решения**
- **Очаква се младите да донесат промяната в сектора**



## КОМЕНТАРИ

Инициативата "Подобряване на здравето" събира две организации, които са поели ангажимента да намират напредничави хора и идеи, за да допринесат за облика на здравния сектор



Проф. Андреас Барнер

в бъдеще", казва проф. Андреас Барнер, председател на Борда на изпълнителните директори в Boehringer Ingelheim. "Чрез това партньорство ние ще предложим смислени и далновидни решения, чрез които може да се постигне индиви-



Бил Дрейтън

дуално и семейно благосъстояние в различни общности в целия свят."

Председателят на Ashoka, Бил Дрейтън, коментира: "Някои от начините, по които светът действа, за да осигури качествено здраве, са доста напредничави, особено разработването на нови медикаменти - сфера, в която Boehringer Ingelheim непрекъснато дава своя принос през последните 125 години. За съжаление, обаче, голяма част от здравната система, не е в крак с актуалните нужди. Партньорството "Подобряване на здравето" създава глобален съюз между бизнеса и обществото, оглавяван от водещи предприемачи в здравния сектор и отворен за всички, които вярваме, че могат да предизвикат голяма промяна в цялата система."

## ДО МОМЕНТА

Инициативата "Подобряване на здравето" е подкрепила четири водещи социални предприемачи Ashoka в здравната сфера. Това са Ребека Они, основателка на Health Leads в САЩ, Франк Хофман, основател на Discovering Hands в Германия, Гийом Бапст, основател на ANDES във Франция, и Лу Кетут Суриани, основателка на Suryani Institute for Mental Health в Индонезия.



## Кои са те?



Ashoka е глобална асоциация на водещи световни социални предприемачи - хора, които знаят как да променят системата, за да се решат най-неотложните социални проблеми. От 1981 г. насам Ashoka е помогнала на повече от 3000 водещи социални предприемачи като "Стипендиантите на Ashoka" (или Ashoka Fellows) като им е осигурявала стипендии за издръжка, професионална

подкрепа и достъп до глобална мрежа от колеги в 70 държави. Ashoka е позната по света с лансирането на идеята за социално предприемачество и настоящата си дейност в създаването на убеждение, че всеки може да предизвика промяна (или "Everyone a Chan-gemaker"). В тази посока Ashoka насърчава иновацията и намирането на решения на проблеми от всички.

## И в Чехия предлагат пари от акцизи за цигари да отиват за лечение



Част от приходите от акцизи върху тютюневите продукти трябва да влизат директно в здравната система. Това е заявил в телевизионно интервю чешкият здравен министър Леос Хегер, цитиран от информационните агенции. Хегер обаче е споделил, че засега има само "неясно обещание" от финансовия министър Мирослав Калушек, че ако акцизът се вдигне, част от средствата биха могли да се насочат към здравния сектор. Според него е не-

обходимо пушачите и практикуващите екстремни спортове да плащат повече за здраве. Премиерът на Чешката република Петр Нечас обаче не е привърженик на идеята за повишаване на акциза върху цигарите и тютюневите продукти. Според него в случая с цигарите няма доказателства, че по-високите такси ще доведат до повиски приходи в бюджета.

Подобна идея беше лансирана от българския финансов министър Симеон Дянков през есента на 2009 г. Тогава Дянков предложи повишаване на акциза върху цигарите и един от мотивите му беше възможността около 130 млн. лв. от тях да се вливат директно в здравното министерство, което да провежда с тях кампании срещу тютюнопушенето. Засега идеята на вицепремиера не е осъществена.

## Психичният статус на младите хора е в дневния ред на ЕС

Джеймс Хигинс, служител по политиките в Европейския младежки форум



Често казват на младите хора да се наслаждават на младостта си, защото това са най-хубавите години от живота. За много младежи в Европа обаче е все по-трудно да се справят с ежедневното напрежение, свързано с изпити, човешки отношения и търсене на работа.

Въпреки че са най-образованото поколение в историята, днешните младежи срещат все повече трудности при осъществяването на прехода от обучение към работа. През април 2011 г. Евростат съобщи, че безработицата сред младите хора в ЕС е 19,6% - повече от два пъти по-

висока от тази сред възрастното население.

Подобни високи равнища на безработицата имат социални и здравни последици. СЗО отбелязва, че през последните години се наблюдава нарастване на психичните проблеми сред младите хора в Европа, включително на случаите на тревожност, депресия, хроничен разстройствена и самонаранявания.

Липсват конкретни данни за младежта и психичното здраве, но според оценки на СЗО-Европа между 10 - 20% от младежите страдат от психични проблеми (процентът е много по-висок сред младите хора в неравностойно положение и мигрантите). Увеличеният социален натиск, например при-

теснения, свързани с финансови средства и намиране на работа, могат да предизвикат психични проблеми или да доведат до влошаване на вече съществуващи такива. В резултат, с проточването на кризата с младежката безработица положението с психичното здраве на младите хора в Европа вероятно ще продължи да се влошава.

ЕС отделя специално внимание на проблема с психичното здраве. През 2008 г. той даде началото на Европейския пакт за психично здраве и благоденствие, а през септември 2009 г. Европейската комисия и шведското министерство на здравеопазването и социалните въпроси организираха с подкрепата

на Европейския младежки форум конференция на тема "Насърчаване на психичното здраве и благоденствие сред децата и младите хора - практическа реализация". Неотдавна Съветът на ЕС взе отношение по неотложния проблем с психичното здраве в Европа, призовавайки за непрекъснати изследвания и работа в тази област.

Трайният ангажимент на ЕС с въпросите, свързани с психичното здраве, е радващ, но за борба с тенденцията на влошаване се психично здраве сред младежите са необходими подновени енергични усилия, сътрудничество и решителност от страна на политиките, здравните специалисти и гражданските организации.

# РАЖДАЕМОСТТА У НАС Е ПОД СРЕДНАТА ЗА ЕС

- Половината от родените през миналата година бебета са извънбрачни
- В Ирландия, Франция и Великобритания се раждат най-много деца

Раждаемостта в България отново намалява, а смъртността се увеличава. Все повече хора предпочитат да живеят заедно, без да се женят. Заради това над половината от родените през миналата година 75 513 бебета са извънбрачни. Жените раждат първото си дете все по-късно.

Българките обаче вече живеят с над седем години повече от мъжете, а хората в градовете са по-дълголетни от тези в селата. Такава демографска картина чертаят данните на Националния статистически институт (НСИ) за цялата 2010 г.

През миналата година са се родили 5443 деца по-малко спрямо 2009 г. Тогава за пръв път от много години беше отчетен бейби бум, но икономическата криза го прекъсна. По показателя "раждаемост" България изостава от средното ниво в Европейския съюз. През послед-

ните години у нас е колкото е в Гърция, Швейцария, Румъния, Малта и Унгария. Показателят е по-нисък само в Гер-



мания, Австрия, Италия и Португалия. Най-много деца се раждат в Ирландия, Франция и Великобритания.

През миналата година у нас най-висока е била раждаемостта в Сливен, което се дължи предим-

но на ромското население, отчете НСИ. Следват София, Варна и Бургас, където има или са се заселили много

и Видинско, където всеки четвърти е пенсионер. Изводът е, че българите в трудоспособна възраст ще намаляват за сметка на пенсионерите. Това ще се отрази негативно на икономиката и на осигурителната система.

През 2010 г. е продължила тенденцията все повече двойки да живеят на семейни начала. Заради това 54% от бебетата са извънбрачни. От тази група почти всяко пето дете е с неизвестен баща.

Данните показват, че българите се женят все по-късно. Мъжете се решават на около 30 години, а жените - на 27. Жените отлагат и раждането, като причините са предимно икономически.

Докато търсят подходящия съпруг и подходящото време за първото раждане, българските в детеродна възраст намаляват. Около две трети от разводите са по взаимно съгласие, а 25% са заради несходство в характерите. Средната продължителност на брака е около 14 години.

млади хора. Наскоро приключилото преброяване на населението показва, че Сливен е най-младешкият регион - всеки пети е под 18 години.

Най-малко деца са се родили в Кюстендилско

# В СВЕТА ВЯРВАТ НАЙ-МНОГО НА ЛЕКАРИТЕ И ОГНЕБОРЦИТЕ

- Българите най-малко разчитат на докторите и на съдиите

От всички професии пожарникарите се радват на най-високо доверие. На последно място са политиците. Това са резултати от международно изследване в 19 държави, включително България. То е направено от най-големия германски институт за пазарни проучвания - Ге ЕФ Ка.

Според резултатите за индекса на доверието през 2011 година, публикувани в сайта на института, 94 на сто от анкетираните във всички страни вярват на огнеборците, без промяна от миналата година. Следват лекарите - 86-88 на сто, учителите - 85 на сто, пощенските работници - 84 на сто и военните - 82 на сто.

Политиците са на последно място със 17 на сто, което обаче е нарас-

тване на доверието с 3 на сто. След тях, на предпоследното място, са рекламните специалисти, после - маркетинг експертите и мениджърите. Недоверието към bankerите, журналистите, синдикалистите и адвокатите също е по-голямо отколкото доверието.

Най-голям ръст на доверие има при благотворителните организации и съдиите. Спаднало е само при маркетинг експертите.

България е на последно място по доверие към лекарите. Следват съдиите, екологичните организации, адвокатите, синдикатите. Хората в нашата страна нямат доверие към нито една професионална категория, според резултатите от изследването.



## ЖИВЕЕМ С 10 ГОДИНИ ПО-МАЛКО ОТ ЕВРОПЕЙЦИТЕ

- Шампиони по дълголетие са французите, испанците и швейцарците

Тревожни са и данните за смъртността. По този показател България е с най-лоши резултати в ЕС. През миналата година са починали 110 165 души, което е с над 2 хиляди повече спрямо 2009 г. Почти всеки четвърти е бил под 65 години. Слаба положителна тенденция се забелязва при детската смъртност, въпреки че нивото ѝ продължава да е по-високо от европейското.

Изследването на

Националния статистически институт показва, че средната продължителност на живота в България е 73.6 години, което е доста по-малко от средното за Европейския съюз. Шампиони по дълголетие са французите, испанците и швейцарците, които живеят средно по 84 години. Експертите обясняват това с високия стандарт на живот, начина на хранене и добрата здравна система.



## Тийнейджърите ни са първи по пушене

България е на първо място в ЕС по броя на 15-годишните деца, които пушат редовно, сочи статистиката на здравното министерство. Момчетата на тази възраст у нас, които са пристрастени към вредния навик, са 36 на сто. Процентът на 15-годишните момичета, които пушат, е 19. Страната ни заема второ



място след Гърция по брой на пушачите.

У нас 40 на сто от мъжете и 19 на сто от жените пушат всеки ден. Сериозен проблем е, че с 13 на сто се е увеличил броят на дамите, които не спират да пушат по време на бременност. Общо 60 на сто от пушачките не спират цигарите, дока-

то износват бебето си. Около 80 на сто от майките пък се връщат към вредния навик до 6 месеца, след като са родили.

Поради стряскащите данни тази година здравното министерство, неправителствените организации и няколко столични болници предприемат кампания, която ще се фокусира

те, които пушат.

Глобата за майките е до 300 лева, а за лечебните заведения - от 500 до 10 000 лева. В тази връзка министър Стефан Константинов заяви, че подкрепя идеята димът да се забрани не само в сградите на болниците, но и в районите около тях. Причината тази година да се акцентира на бременните жени е, че тютюнът носи сериозни рискове от увреждания и смърт на плода.

Според експертите пушенето по време на бременността е причина за 10 на сто от смъртността при новородените. Димът провакира и 14 на сто от преждевременните раждания, увеличава се до 4 пъти рискът бебето да бъде родено с тегло под нормата.

Във връзка с борбата с тютюнопушенето от фондация "Искам бебе" предложиха да се въведе практиката жените, които имат онкологични проблеми и трябва да бъдат оперирани, да подписват специална декларация, че ще откажат пушенето.

Здравният министър заяви, че ще внесе

предложение в МС тогвалната забрана за пушене на закрити обществени места да бъде въведена от 1 юни 2012 година.



Еврокомисарят по здравеопазване Джон Дали в писмо до нашия здравен министър подкрепя кампанията "Бременност без тютюнев дим". Той я нарича изключително навременна, тъй като за съжаление все още много жени в ЕС пушат по време на бременност. Той пожелава успех не само на кампанията, но и на мерките за ограничаване на тютюнопушенето, които страната ни ще предприеме, съобщи от пресцентъра на здравното министерство.

# Медицинският университет в Плевен спечели европейско финансиране по проект

## „Равни възможности за здраве: действие за развитие“

● **Глобализацията влиза в тематиката на продължаващото обучение**

Медицинският университет в Плевен съвместно с 10 академични, студентски и неправителствени организации от 7 страни-членки на Европейския съюз спечели финансиране от Европейската комисия по проект "Равни възможности за здраве: действие за развитие" за период от три години.

Водещ партньор по проекта е най-старата италианска неправителствена организация в областта на здравеопазването "Лекари с Африка Куам" - гр. Падуа, която подготвя лекари и здравни специалисти за участие в хуманитарни мисии в страните от Африка от 1950 г. насам.

В проекта участват няколко университета от Италия, България, Румъния, Полша, Латвия, Малта и Унгария. Като асоциирани партньори от българска страна, редом с МУ-Плевен, участват Асоциацията на студентите по медицина в България (АСМБ) - клон Плевен и сдружение "Развитие на личността и



Доц. д-р Анжелика Велкова - зам.-ректор по европейска интеграция и международно сътрудничество (в дясно) и студентката по медицина Лина Хинова обясниха целите на проекта на специална пресконференция.

човешките общности" - Плевен.

На 7 и 8 юни 2011 г. в гр. Падуа, Италия, се проведеха две инициативи - среща на Европейската мрежа по глобално здраве и Първа работна среща на партньорите по проекта. Доц. д-р Анжелика Велкова, зам.-ректор по европейска интеграция и международно сътрудничество на МУ-Плевен, и студентката по медицина Лина Хинова, член на АСМБ-Плевен,

представиха българската страна на срещата в Падуа.

Доц. Велкова обясни целите на проекта за българските участници, планираните дейности и очакваните резултати за целевите групи в България. Тя отговори на въпросите на присъстващите.

Специфичните цели на проекта са свързани с усъвършенстване на обучението по глобално здраве в страните от Европейския съюз. Така ще

се съдейства за развитието на университетско и следдипломно обучение по глобално здраве, в унисон с европейската ценностна система и подходи към проблемите на глобализацията и нейните ефекти върху здравето и общественото развитие.

Ще се разработи предложение за хармонизирана европейска учебна програма по глобално здраве. Всички участващи академични организации ще въведат факултативни курсове по глобално здраве. Ще бъдат създадени учебни модули в рамките на Програмата "Учене през целия живот", предназначени за продължаващото обучение на лекари и други здравни професионалисти. Планирани са обучения и семинари, които ще осигурят осъвременени познания на здравните професионалисти по глобално здраве и развитие и ще улеснят участието им като активни защитници на правото на здраве. Ще бъдат проведени публични лекции, фокусни сесии, различни медийни изяви за повишаване на информираността на широката общественост.

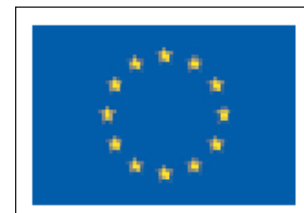
През първата година на проекта МУ-Плевен и българските асоциирани партньори ще работят за създаване на Национална мрежа по глобално здраве. Тя ще включва меди-

цинските университети, студентски организации, неправителствени организации с отношение към общественото здраве и развитие, съсловните организации на лекарите и професионалистите по здравни грижи, представители на общините и регионалните болници в Северозападна и централна Северна България.

Съвместно с Центъра по глобално здраве на Болонския Университет (Италия) ще се проведе обучение на 10 академични преподаватели от медицинските университети на страната. Преподавателите ще участват в провеждането на 6 факултативни курса по глобално здраве със студенти. Ще бъдат обучени и 20 здравни професионалисти за целите на продължаващото обучение. Те ще се включат в провеждането на 6 семинара в регионалните болници от Северна България.

По време на традиционната Конференция за студенти и млади лекари с международно участие в МУ-Плевен през октомври ще се организира кръгла маса по глобалните проблеми на майчиното и детското здраве.

Медицински университет-Плевен бе определен за домакин на следващата партньорска среща, която ще се проведе на 25 ноември 2011 г. в България.



Еврокомисарят по социалните въпроси Ласло Андор:

## Ще инвестираме в центрове за обществена подкрепа

По време на своето посещение в България Ласло Андор, европейски комисар за заетост, социални въпроси и социални приобщаване, посети детския център на фондация "За нашите деца" в столицата, където се запозна с развитието на социални услуги за деца и семейства. На среща с екипа на фондацията, бе представена практиката на неправителствената организация за въвеждането на алтернативни форми на грижа, които да заместят институционалната грижа.

Детският център е базиран в дома за медико-социални грижи "Св.София" с цел предоставяне на адекватна и навременна подкрепа за децата от социалния дом. Специалистите на фондацията вече от три години работят за извеждането на тези деца от институцията чрез намирането на приемни или осиновителни семейства. Една малка част от тях успяват да бъдат върнати при биологичните им родители.

По време на своята визита еврокомисар Андор се запозна и с проблемите на дома за медико-социални грижи "Св.София", където в момента се отглеждат 46 деца от 0 до 3 годишна-възраст. Част от тях са с тежки

"Около 90 % от майките, които имат нужда от нашата помощ, за да задържат децата си още на ниво родилен дом, са от ромски произход... Нашата практика показва, че когато тези жени получат необходимата под-

крепа при себе си и се грижат за него..." - споделя Иванка Шалапатова, директор на фондация "За нашите деца".

"Съзнаваме необходимостта от финансиране на подобен род услуги и Европейският съюз ще продължава да инвестира в развитието на центрове за обществена подкрепа," - заяви Ласло Андор.

Центърът за обществена подкрепа "Св.София" е създаден през 2008 г. със средства от програма "ФАР", като прилага пилотен модел за извеждането на деца от институции и предотвратяването на изоставянето посредством подкрепа на родните семейства още на ниво родилен дом. Следват още два европейски проекта, които финансират дейността на центъра и развитието на социални услуги за деца и семейства. В момента Центърът е държавно делегирана дейност и само за първите три месеца на 2011 година е помогнал на 114 деца и семейства.



Еврокомисарят Ласло Андор бе посрещнат с хляб и сол в Центъра за медико-социални грижи "Св. София".

увреждания и според служителите на дома е много трудно да бъдат осиновени. Единствената алтернатива е да им бъдат намерени професионални приемни семейства.

крепа - консултации със социални работници, медицинска грижа, пакети за новороденото, сигурност, че когато излязат от родилен дом ще имат място, където да отглеждат бебето си, те го оста-

## МЛАДЕЖИ ОТ 17 ОБЩИНИ СЕ УЧАТ НА СЕКСУАЛНА КУЛТУРА

По програма "Превенция и контрол на ХИВ/СПИН", финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария, младежи от 17 общини в България се обучаваха как да се предпазват от коварните зарази. Обхванати са 179 човека между 14 и 18-годишна възраст. Обучението бе част от лятното училище за сексуално здраве чрез подхода "връстници обучават връстници", съобщи от пресцентъра на здравното министерство. Занятията се провеждат за осма поредна година в Националния детски екологичен комплекс "Ковачевци", община Радомир.

Целта на обучението е тийнейджърите да повишат сексуалната си култура, както и да се подпомогне развитието на Българската Y-PEER мрежа. На младите участници се предостави достъпна информация за контрацепция, нежелана бременност, сексуално-предавани инфекции, ХИВ/СПИН. Набляга се върху изграждането у тях на толерантност към различieto и работата в екип. Едноседмичното обучение завърши с пред-



ставянето на театрална постановка, мини концерт, екологична арт инсталация и екоревю.

Събитието се осъществява всяка година в рамките на Компонент 7 "Намаляване на уязвимостта към ХИВ на младите хора в най-голям риск (15-24 г.) чрез увеличаване обхвата на услугите и програмите, насочени към тях" на Програма "Превенция и контрол на ХИВ/СПИН".

Тазгодишната инициатива е в духа на десетдневната кампания "10 дни на активизъм", организирана от Международната Y-PEER мрежа в 52 държави в рамките на Международната година на младите хора. Досега в рамките на летните училища са обучени над 1033 млади хора, които успешно прилагат придобитите практически умения при работата си на местно ниво.

# ЗАЕТИТЕ В ЗДРАВНИЯ СЕКТОР ВЛИЯТ ВЪРХУ ИКОНОМИКАТА НА КОНТИНЕНТА

- **Те са 10% от всички работещи, според Зелената книга на ЕК**
- **70% от парите за системата се харчат за заплати и други разходи на служителите**
- **Застаряват кадрите, не идват млади**
- **Фокусира се върху продължаващото обучение**

В застаряваща Европа, в която се наблюдава непрестанен ръст на разходите за здравеопазване и на очакванията от страна на пациентите, качествената работна сила е ключът към успешни здравни грижи - това е записано в Зелената книга, приета от Европейската комисия още в края на 2008 година. Заетите в сферата на здравеопазването оказват сериозно

влияние върху европейската икономика като цяло, защото представляват около 10% от всички работещи. Около 70% от бюджетите за здравеопазване в Европейския съюз се харчат за заплати и други разходи, свързани със служителите.

Здравните системи на стария континент са изправени пред редица предизвикателства по отношение на работната сила,

пише в документа. Политиците и здравните власти трябва да подготвят националните системи за трудностите, които ще създава в бъдеще застаряващото население. Между 2008 и 2060 г. се очаква населението над 65-годишна възраст в 27-те членки на ЕС да нарасне до 66,9 милиона, а най-бързо нарастващият сегмент ще е този на хората над 80 години.

Въвеждането на нови технологии в медицината прави възможно подобряването в обхвата и качеството на здравните услуги по отношение на диагностика, превенция и лечение, но за целта е необходим добре обучен и добре платен персонал, отбелязва Зелената книга.

Появяват се и нови или добре забравени здравни заплахи, като например редица заразни заболявания.

Сред новите предизвикателства, които са общи

за повечето членки на ЕС, Зелената книга посочва и застаряването на кадрите в самия здравен сектор. Това означава, че няма достатъчно на брой млади хора, които тепърва навлизат в системата. Налице е миграция на здравни професионалисти в страни от ЕС и извън него, а съответните специалности са слабо атрактивни за младите. В периода между 1995 и 2000 г. броят на лекарите на възраст под 45 години в Европа е паднал с 20%, а същевременно броят на лекарите над 45 години е нараснал с 50 на сто.

Основната цел на Зелената книга е да се определят действията, които могат да се предприемат за справяне с тези проблеми, както и да се повдигне обществен дебат за тях. Като възможни мерки в документа се препоръчват оценяване на разходите за работна сила; осигуряване на по-добри условия на работа за



здравните специалисти, повишаване на мотивацията и морала им; фокусиране върху продължаващото обучение; организиране на практики за продължително лечение на хронично болни в среда близка до семейната; създаване на по-ефективни модели на заетост на наличните кадри; мотивиране на хората, които са напуснали здравния

сектор, да се завърнат в него. В Зелената книга са набелязани и мерки, свързани с подобряване на дейностите по профилактика и скрининг, както и своевременно събиране на информация за актуалните и потенциални здравни нужди на населението, с цел по-адекватното планиране на работната сила в здравеопазването.

## Все повече българи пътуват в чужбина с Европейска здравна карта

- **Общо в ЕС са издадени близо 185 милиона карти**

Нараства броят на българите, които си издават Европейска здравна карта. Това сочат данните, разпространени на 17 юни т. г. от Европейската комисия. През миналата година 243 694 души са си взели такива документи преди да опитват за страна от ЕС, а до средата на миналия месец общият брой на картите е достигнал 303 041. Още 49 663 души пък са си издавали удостоверения, които заместват здравната карта и осигуряват същите права за използване на спешна медицинска помощ в чужбина.

Общо в ЕС са издадени близо 185 милиона карти (37 на сто от населението), които се ползват в случай на заболяване или инцидент в страните от Общността, както и в Исландия, Лихтенщайн, Норвегия или Швейцария. Картата гарантира същия достъп до обществено здравеопазване (лекар, аптека или болница), както за осигурените граждани в държавата, където те пребивават постоянно. Ако се наложи да бъдат лекувани в държава с платено здравеопазване, разходите на тези осигурени пациенти се възстановяват на място или след като се приберат в родината си. Целта е хората да получат не-

обходимите грижи, за да продължат престоя си в чужбина.

Европейската здравноосигурителна карта не покрива планово лечение, за което е необходимо предварително разрешение от НЗОК и то само в случаите, когато дадена операция или медицинска процедура не може да се извърши у нас.

Европейски здравни карти се издават само на граждани, които редовно са си плащали здравните вноски. При пътуване зад граница всеки член на семейството трябва да има собствена карта.

Предвидено е карта да се поиска от националните здравни власти преди предприемането на пътуване лично, по електронна поща, с писмо, по факс, по телефон или по интернет. В Швеция и Норвегия заявления за картата могат да се подават дори с текстови съобщения от мобилен телефон. В Австрия, Чехия, Италия, Швейцария, а от миналата година и в Холандия, Европейска здравноосигурителна карта се издава автоматично на всички осигурени. Картата се издава безплатно от съответните здравноосигурителни институции в страната, в която гражданинът има регистрация.



В Унгария, Полша, Гърция, Кипър, Латвия, Белгия и Холандия картата се издава незабавно, а в Естония, Швеция, Румъния, Финландия, Великобритания, Португалия, Дания, Норвегия, Исландия, Чехия, Ирландия, Малта, Австрия, Франция, Словения и Испания - за няколко работни дни. В Италия, Словакия и Литва за получаването ѝ са необходими средно 13 до 15 дни.

В България и Люксембург процесът може да отнеме до четири седмици, отбелязва ЕК. Ако картата не е готова навреме, осигуреният може да поиска удостоверение за временно заместване от съответната институция в родината си. От чужбина удостоверение-

то може да бъде изпратено по факс.

Срокът на валидност на картите значително се различава в отделните държави. Някои страни издават карта само за няколко месеца (Полша и Румъния). В други страни тя се издава за няколко години. В Гърция, Франция и Словения например картата се издава средно за срок от една година, във Финландия, Испания и Исландия - за срок от две години, а в Швеция, Лихтенщайн, Португалия, Латвия, Норвегия, Швейцария, Литва и Малта - за срок от три години. В други държави, като Чехия и Австрия, картата се издава за срок до 10 години в зависимост от категорията, в която попада осигуреният гражданин.

## България ще координира правилната употреба на антибиотиците в 9 страни

Отвори врати регионален здравен център за антибиотична резистентност в страната. Той се намира в НЦЗПЗ в София и е част от инициативата на СЗО "Здравна мрежа на страните от Югоизточна Европа". Центърът ще координира действията на деветте държави от Югоизточна Европа в областта на контрола на правилната употреба на антибиотиците и мерките за съхраняване действието на тези лекарства.

Неправилната им употреба е изключително тревожна тенденция в целия свят. Тя води до развиването у хората на резистентност към тези медикаменти - те спират да действат и бактериите продължават развитието си.

Най-високи нива на резистентност у нас има към цефалоспоринови втора и трета генерация, някои аминогликозиди и др. Причината е, че тези антибиотици през годините са използвани най-нерационално. Резистентност могат да изградят всички видове бактерии. Тя се дължи на мутация в клетката, която помага на бактерия да преживее неблагоприятните условия. Тази мутация се предава в потомството, а чрез различни механизми може да се предаде и между неродствени бактерии. Основен фактор при селекцията на резистентни бактерии в случая се явяват антибиотиците. Когато едни бактерии от един шам придобият резистентност към три и повече групи антибиотици, каз-

В нашата страна се провежда 25-та регионална среща на здравната мрежа на страните от Югоизточна Европа и 3-та подготвителна среща на третия Министерски форум на министрите на здравеопазването на страните от Югоизточна Европа.

ваме, че шамът е полирезистентен.

Рискови фактори за заразяване с резистентни бактерии са болничен престой повече от пет дни, екстремна възраст, хронични болести, често повтарящи се инфекции, лечение в последните 90 дни с антибиотици, назначаване на ниски дози антибиотици, нерационални курсове (много кратки или прекалено дълги), неправилен прием, използването на генерични продукти с компромисно качество, назначаване на антибиотик без нужда (при вирусни инфекции) и др. Инфекциите, причинени от такива бактерии се лекуват по-дълго, с комбинация от няколко антибиотика, често тези болни подлежат на хоспитализация.

За да не се стига дотам, антибиотици трябва да се употребяват само по лекарско предписание и то за конкретен случай. Антибиотик, помогнал на пациент преди година, сега при друга инфекция може да не е ефективен. При съмнение за инфекция всеки трябва да търси медицинска помощ, а не да се самоллекува, припомнят от пресцентъра на здравното министерство.



# ДАЛЕЧ ЛИ СА ОТ НАС РАДИАЦИОННИТЕ ИНЦИДЕНТИ?

## Поставяне на диагноза и оказване на първа помощ в случай на замърсяване с радиоактивни вещества

Доц. д-р Веселин Ламбов, дм, завеждащ секция "Медицина на бедствените ситуации", Тракийски университет, Ст. Загора, член на Българското научно дружество по Медицина на катастрофите

В последно време отново се надигна вълна от радиационни инциденти. Макар и географски далеч от България, радиационните области обикалят Земята и разнасят радиоактивните вещества навсякъде. От откриването на йонизиращите лъчения (1896) и до днес е събрана богата информация относно увреждащото действие на радиацията върху биологични обекти. Радиоактивни източници се ползват широко в медицината, промишлеността, селското стопанство, а така също и при научни изследвания. **Това от своя страна създава реална възможност за възникване на различни по тежест инциденти, водещи до радиационни увреждания на хора.**

Статистическите данни показват, че между 1944 и 2001 г. в целия свят са регистрирани 420 различни по степен инциденти, 3000 души са увредени, от тях 133 с фатален изход (вкл. 28 участници в ликвидирането на последиците от Чернобилската авария през 1986 г.). През последните години броят на инцидентите нараства, като особена тревога буди радиационният тероризъм.

Най-често на пострадали се оказва първа помощ от общопрактикуващи лекари, дерматолози, хематолози и инфекционисти, но на този етап диагнозата се поставя трудно, тъй като **радиационното увреждане няма специфични симптоми.**

Опитът показва, че недостатъчното познаване на клиничните прояви на радиационното увреждане води до неподходящо, а в някои случаи - неправилно третиране на пострадалите в първите часове след инцидента. По този начин се утежнява тяхното състояние и се ограничават възможностите за ефективно лечение.

През последните години Международната агенция за атомна енергия и Световната здравна организация издават регулярно бюлетини, вкл. online, които имат за цел да ин-

формират медицинския персонал, по-специално общопрактикуващите лекари, и да ги подготвят за адекватни действия при евентуален радиационен инцидент.

### Какви са видовете облъчване, които може да предизвика инцидент с източници на йонизиращи лъчения (ИЙЛ)?

Това са:

- външно - целотелесно или локално;
- вътрешно - замърсяване с радиоактивен материал чрез вдишване, поемане с храната, през кожата или ранева повърхност;
- комбинирано - вътрешно и външно или комбинация на радиационно с термично и/или трав-

продромален стадий със следната симптоматика: гадене, повръщане, отпадналост, възможно е повишаване на температурата и диария, последвани от латентен период с различна продължителност. Развитието на заболяването включва инфекции, кръвотечение и гастроинтестинални симпто-

участък. Допълнителни симптоми могат да се проявят в зависимост от локализацията на прилежащите тъкани и органи.

При инкорпориране на радиоактивни материали (вътрешно облъчване) обикновено не се наблюдават ранни симптоми с изключение на случаите, когато са поети големи

какво се дължи това увреждане?

### Какво трябва да направят лекарят, ако прегнолага, че се касае за радиационно увреждане?

- Ако пострадалият има конвенционално увреждане или заболя-



Фукушима не се забравя

количества. Информацията, получена от точно зададените въпроси на пострадалия, в повечето случаи е достатъчна, за да ни насочи към вероятна вътрешна контаминация.

ване, животоспасяващите действия са приоритетни, както се изисква и при нормални обстоятелства. Необходимо е да се знае, че в ранните срокове след въздействието радиацията не предизвиква застрашаващи живота симптоми.

• Трябва да се знае, че подложните на външно облъчване лица не представляват здравен риск за лекаря (обратно е при вътрешното облъчване - пострадалият е опасен за околните!).

• Не се докосват предмети, притежавани от пострадалия, преди те да бъдат изследвани от специалист по радиационна защита. До тогава персоналът и пациентите трябва да бъдат изведени от помещението, в което е пострадалият.

• Ако се предполага, че има радиоактивно замърсяване, трябва да се предприемат действия за ограничаването му. Наложително е да бъдат потърсени компетентните органи за извършване на радиационен мониторинг.

• Веднага трябва да се направи анализ на кръвта



матично увреждане;

- остро, протрахирано или фракционирано - в зависимост от продължителността на въздействието.

### Как лекарят може да разпознае радиационното увреждане по клиничната симптоматика?

След облъчване с високи дози увреждането се развива във времето в определени фази, като тяхната проява и продължителност са в зависимост от дозата. Ниските дози не предизвикват видими ефекти.

Типичната картина след **целотелесно облъчване** с източник на проникваща радиация (напр. гама-лъчи) включва

ми - израз на клетъчния дефицит в хемопоетичната система, а при по-високи дози - в гастроинтестиналния тракт.

**Локалното облъчване**, в зависимост от дозата, може да предизвика еритема, едем, суха и влажна десквамация, мехури, болка, некроза, гангрена и епипация на облъчената повърхност. Локалното кожно увреждане се развива бавно - обикновено от седмици до няколко месеца - често болезнено и трудно за лечение с обичайните методи.

**Облъчването на част от тялото** води до поява на комбинация от горепосочените симптоми, видът и тежестта на които зависят от дозата и големината на облъчвания



### Кои са основните въпроси, които трябва да бъдат зададени на пациента при прегнолагам инцидент?

1. Намирали ли сте и имали ли сте физически контакт с непознат метален предмет? Ако отговорът е положителен - кога, къде и как?
2. Виждали ли сте постателен знак за радиоактивност (напр. върху опаковката)?
3. Наблюдават ли се подобни симптоми при други членове на семейството или при колеги по същото време?
4. Имате ли представа как получихте, на



на пострадалия, като процедурата през първия ден се повтаря през 4-6 часа. Ако инцидентът е станал наскоро, може да се очаква намаление на абсолютния брой на лимфоцитите. Ако се установи значително снижение на левкоцитите и тромбоцитите, може да се приеме, че облъчването е станало преди 3-4 седмици.

• При всеки диагностициран или предполагаем случай на радиационно увреждане е задължително да се уведомят органите за радиационен контрол и защита.

От съществено значение е да се направи **диференциална диагноза на радиационното увреждане**. За вероятно радиационно увреждане лекарят трябва да мисли при пациент, който има:

• Анамнестични данни за контакт с предмети или материали, предполагаем източник на радиация (напр. при работа с метални отпадъци);

• Гадене, повръщане, особено ако са придружени от еритема, отпадналост, диария или други симптоми, които не могат да се свържат с чревни инфекции, хранително отравяне и/или алергия;

• Кожни лезии, за които няма данни за химична или термична нокса, ухапване от насекоми, предишно кожно заболяване или алергия, но с десквамация и епипация в поразения участък и наблюдавана еритема 2-4 седмици по-рано;

• Епипация или хеморагии (като петехии или кървене от носа и венците) и анамнестични данни за гадене и повръщане преди 2-4 седмици.

# Лекарствената безопасност бе тема на научен форум

В края на юни Българската асоциация за лекарствена информация (БАЛИ), с подкрепата на Факултета по обществено здраве (ФОЗ) и Фармацевтичния факултет (ФФ) към Медицински университет - София, проведе своя втори научен форум - семинар на тема "Новото законодателство при проследяване на лекарствената безопасност в ЕС - Регламент (ЕК) № 1235/2010".

Асоциацията е регистрирана в края на 2010 година. Дейността ѝ е свързана с обучението на специалисти и обмяната на опит в областта на лекарствената информация, особено в сферата на регулациите на лекарствата, медицинските изделия, храните, козметиката, имащи значение за здравето и живота на населението.

От името на Факултета по обществено здраве проф. д-р Цекомир Воденичаров приветства участниците в семинара. "Като дългогодишен член на Европейската общност - заявям, че България все по-активно изпитва необходимостта от професионално подготвени специалисти, които да провеждат ефективна здравна политика и да въвеждат новото фармацевтично законодателство - неразделна част от здравното законодателство и ме-

дицинската практика. БАЛИ е мост между индустрия и академия, между регулатори и индустрия у нас и в чужбина."

Програмата на семинара бе разделена на четири сесии. Участваха много лекари, фармацевти, здравни мениджъри.

За гост-лектори бяха поканени д-р А. Тиеле и д-р Н. Пешке от Федералния

при инспектирането за проследяването ѝ, като в детайли разгледаха чл. 107 на Директивата 2001/83/ЕК.

Особен интерес предизвика лекцията за нежеланите лекарствени реакции и тяхното докладване - индивидуалните доклади и спонтанните доклади (за подозираните неочаквани сериозни нежелани реакции,

равеното по този въпрос след присъединяването ни към Европейската общност.

Приятно впечатление направи участието на български лектори-партньори в тази нелека област на практическата медицина - изучаването и борбата с нежеланите лекарствени реакции у нас, какво е положението в България след 2000 година (И. Гетов, Т. Бенишева, В. Петкова), опитът и инициативите на Изпълнителната агенция по лекарствата - като част от хармонизирането на



Проф. д-р Цекомир Воденичаров поздравя чуждестранните лектори

институт за лекарства и медицински изделия в Германия. Те запознаха присъстващите с новото законодателство и системата за проследяване на лекарствената безопасност в страните-членки на ЕС, очертаха ролята на квалифицираните лица по лекарствена безопасност и концепцията

за регулиране използваното на лекарствени средства с милосърдна цел). В дискусиите бе постигнат консенсус за облекчаване на процедурата по докладването им.

Специалисти от филиалите на някои чужди фармацевтичните фирми в България споделиха нап-

българското здравно законодателство с това на Европейския съюз.

Така семинарът стана и една добра подготовка за българските специалисти, за да се премине по-плавно към изпълнението на съответните нормативни документи от м. юли 2012 година.



## Предупреждават медици за рисковете във Facebook

Британската медицинска асоциация (ВМА) е издала препоръки, с които информира лекарите за потенциалните капани в социалните мрежи и ги предупреждава да внимават, когато си служат с Facebook и Twitter, съобщава ВВС. Според съсловната организация, основният риск идва от възможното заличаване на границата между личния и професионалния живот.

Препоръките на ВМА са следствие от поредица от случаи, при които служители на NHS и други публични сектори са си навлекли проблеми заради употребата на социални медии. През 2009 г. група лекари и медицински сестри са били уволнени,

след като споделили във Facebook свои снимки, на които лежат на необичайни места, включително на хеликоптерна площадка в болница.

Лекарите трябва да внимават кой има достъп до техни лични материали онлайн и как се представят пред пациенти и колеги, твърди председателят на етичната комисия на ВМА д-р Тони Каланд.

В препоръките лекарите и студентите по медицина се съветват да избират възможните най-консервативни настройки в мрежите, да не приемат покани за приятелство от бивши и настоящи пациенти и да се въздържат от неформални коментари за колеги и пациенти онлайн.

### НОВО

## 20 000 лева за дисертация

Докторските дисертации ще бъдат със статут на европроект, като някои от младите учени ще получат по 20 000 лева за насърчаване на разработките им. Това предвижда европрограмата на просветното министерство "Подкрепа на развитието на докторанти, специализанти и млади учени".

Общата стойност на проекта е 8 милиона лева, като максималния размер на безвъзмездната финансова помощ за един университет е 800 000 лева.

Всеки университет може да кандидатства за екип от докторанти в определена научна област, като максималната издръжка за един млад учен е 20 000 лева, обясниха от просветното министерство.

Крайният срок за подаване на проекти за насърчаване на докторантурите е 13 септември 2011 година.



## 20 000 лева застраховка за лекари - иноватори

Застраховка от минимум 20 000 лева на лекар, медицинска сестра или друго медицинско лице, които извършват изпитанията на нова медицинска апаратура или клиничните изпитвания на лекарства, ще им прави фирмата, която ги е наела. Това урежда

нова наредба на здравния министър за застраховането при медицински научни изследвания.

Сумите ще се изплащат в случаи на увреждане на здравето или смърт. "За увреждане на здравето се приема всеки неблагоприятен ефект или

неблагоприятна промяна в здравното състояние, следствие от провежданото медицинско научно изследване", се уточнява в документа.

Застраховката обаче няма да покрива изплащането на обезщетение за вреди, произтичащи от неспазване

на предписан режим, извършване на медицински научни изследвания в нарушение на закона, липса на подписано информирано съгласие, невярна или укрита информация от лицето, върху което се извършва медицинското научно изследване.

## НАСА бори прахта в София

Това съобщение бе тиражирано в медиите. Данни на НАСА са помогнали на експерти да изработят специална програма за по-чист въздух в София. Планът ще се гласува на заседанието на градския парламент.

В програмата са включени анализи на състоянието на атмосферата в столицата, обясни председателят на екокомисията Лорита Радева. Из-

ползвани са и данни на общината, на летището и др., допълни тя.

Установено е, че най-големият замърсител е транспортът. Поради тази причина специалистите са дали препоръка за въвеждането на режим на движение "четни-нечетни" номера, както и възстановяване на "зелената вълна" на някои булеварди.

За зимното почистване да се използва само сол, а не смеси с пясък, са сред останалите препоръки на експертите.

## Медицина за пътешественици 2011

Семинар "Медицина за пътешественици" ще се проведе на 8 октомври 2011 година в Aula Maxima на болница "Св. Екатерина", съобщиха организаторите. Във форума ще бъде представен цикъл от лекции на тема "Оцеляване, поведение в екстремни ситуации и справяне с медицински проблеми по време на пътешествия и приключения". Насочена е към пътешественици, приключенци и хора, практикуващи екстремни спортове, както и към всички, работещи в сферата на здравеопазването.

За участие е необходима предварителна регистрация, която трябва да се направи до 15 септември 2011 година. Местата са ограничени!

Медицина на пътешественици 2011 е част от цикъла събития Академия за пътешественици, организиран от Банско Филм Фест.

# Създават безсмъртен човек до 2045 година

Руски учени са си поставили за цел да създадат безсмъртен човек в следващите 30 години. Проектът "Безсмъртие" е част от общественото движение "Русия 2045". В него участват най-известните специалисти от области като създаването на изкуствени органи, бионични системи и устройства за обмен на информация между мозъка и компютрите.

Планът за продължаването на човешкия живот до безкрай е следният: отначало ще бъде изработен аватар - изкуствено тяло, което ще можем да управляваме със съзнанието си от разстояние. После, след като свикнем с новото тяло, ще се заемем с преместването на мозъка в него. А когато и той се износи, информацията може да бъде прехвърлена в изкуствен мозък.

След като прехвърлим и съзнанието си в изкуственото тяло, няма да има никакви ограничения да подобряваме и усъвършенстваме това тяло. Например можем да го превърнем в наноблак или холограма.

дини, смята Дмитрий Ицков, основател на движението "Русия 2045". Учените от движението планират първото масово производство на аватари да стартира през 2017 г.

С помощта на аватарите хората ще бъдат

можеха да им помогнат в ликвидирането на ядрената авария във "Фукушима" след катастрофалното цунами. Доброволците трябваше да рискуват живота си и получиха смъртоносна доза радиация, припомнят руските учени. А

да бъдат убивани или пленявани. На тях също така не им трябват подслон и храна. Аватарите са по-бързи и по-силни от повечето отлични подготвени войници. Могат да бъдат много полезни и на полицията в кризи и при освобож-

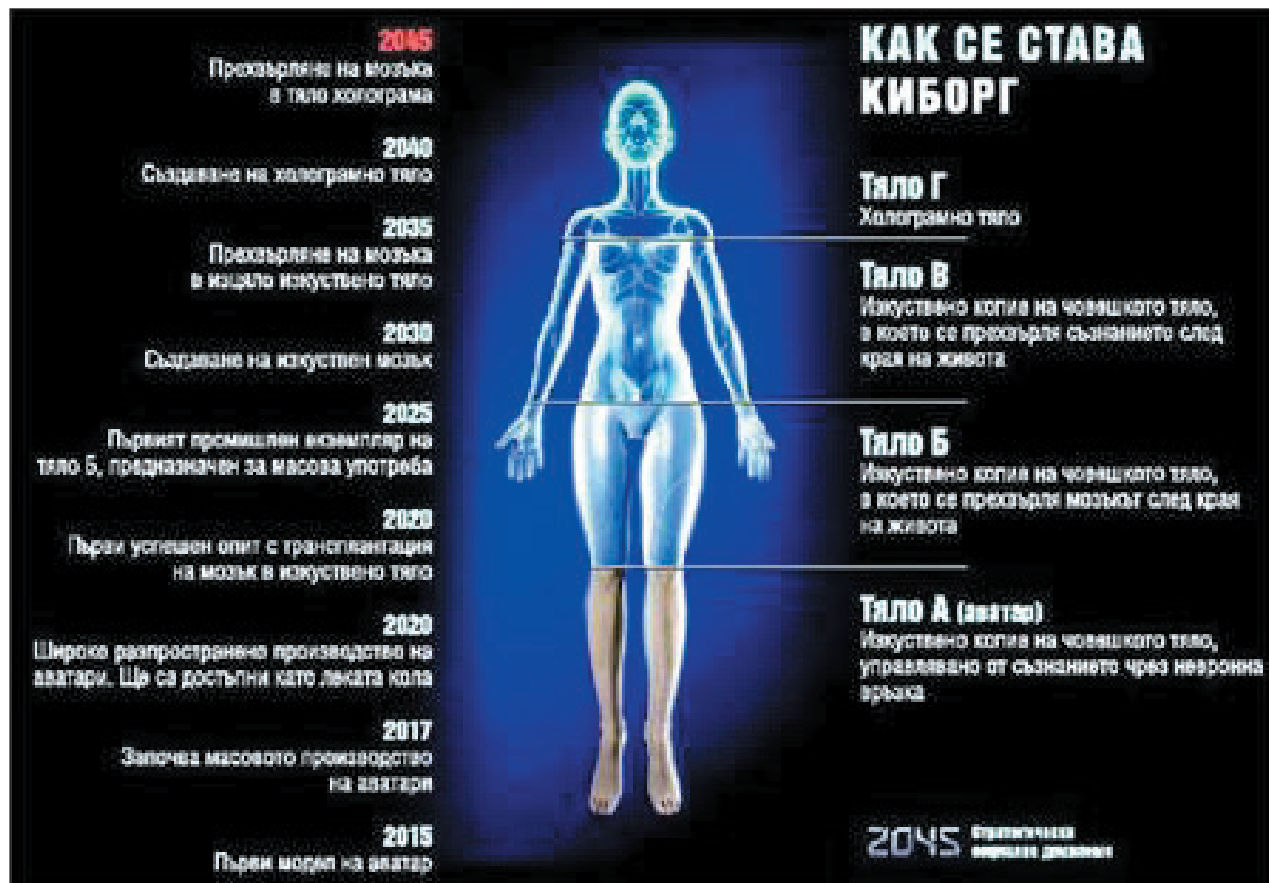
много по-евтино от това на човека, тъй като той не се нуждае от храна, вода или пък въздух. Ще можем лесно да си позволим колонизацията на Луната, Марс и Венера.

Появата на аватарите на практика ще направи

ботят дори и в най-тежките професии.

С появата на изкуствените тела ще възникнат и много нови въпроси в медицината. Защо да не прехвърлим съзнанието на човека в аватара в края на живота му. Да речем, на 80-годишна възраст. Някой може да поиска да направи това и докато е помлад - на 70-, 50-, 40- или даже на 30-годишна възраст. Защо не, ако се създаде достатъчно безопасна технология за това.

Според плана на учените аватарът е тяло А, което ще е само първата стъпка към безсмъртието. Около 2025 г. се очаква да се появи тяло В - изкуствено копие на човешкото тяло. Именно в него се очаква да може да се прехвърля мозъкът след края на живота на човека. Около 2035 г. се очаква появата на тяло В, което ще е още по-съвършено. Крайната цел е холограмното тяло, което се очаква около 2045 г.



## Новото тяло няма да е сбор от механични части

Вече съществуват много изкуствени органи - черен дроб, бъбрек, даже изкуствено сърце. Целта на тези механизми обаче е да подменят остарял орган в тялото ни, за да се върнем към активния живот. Те обаче сами по себе си не продължават живота, категорична е Елена Владимировна, доктор по биологически науки и шеф на лабораторията за липидния метаболизъм към Руския институт по геронтология. Според нея има начин да се създаде изкуствено тяло като изцяло механичен модел, но то все пак ще има нужда от подмяна на износените части с времето.

Имаме нужда от съвсем различно тяло, което да създаде условия за дългосрочно функциониране на човешкия мозък, смята изследователката. Трябва да създадем нова поддържаща система за мозъка като жив организъм. Тя няма да е като нашата, тъй като по-голямата част от енергията ни сега отива за поддръжката на мускулите. Все още обаче не е изследвано какви флуиди ще са необходими в новото тяло и как ще се поддържат те. При всички случаи работата върху новия организъм е свързана и с разработването на изкуствен интелект, смята руската изследователка.



Това ще открие цяла нова епоха - на безсмъртните неохора и суперхора.

Работата върху създаването на изкуствено човешко тяло ще върви по 4 писти, които ще се движат заедно. Това е програма за следващите 35 години, като целите са амбициозни, но и постижими. Четвъртата писта изглежда най-футуристична от всичките. Нейната цел е да създаде холограмно тяло. Това може да се окаже най-интересният въпрос в цялата човешка еволюция. За да се изпълни проектът "Безсмъртие", се създават екипи от експерти, като всеки от тях ще има различни задачи.

Първата стъпка към бъдещето и безсмъртието ни е създаването на руски аватар - изкуствено тяло, контролирано от съзнанието ни. Очаква се то да се появи на бял свят след 3 до 5 го-

освободени от заплахи на войните, земетресенията и други бедствия. Човек ще види вълнуващите възможности, които му предоставя аватарът, и сам ще пожелае да прехвърли тялото си в този безсмъртен изкуствен организъм, смята Ицков.

## Аватари ще са спасители и пожарникари

Дори най-развитите роботи нямат достатъчно високо ниво на изкуствен интелект и не могат да заместят човека при изпълнението на опасни задачи като участие в бойни действия и космически разходки. Аватарите няма да имат тези проблеми. На тях не им трябва изкуствен интелект, тъй като всъщност са изкуствени тела, контролирани от хората.

Японците създадоха ходещи и танцуващи роботи, които обаче не

можеха да си стоят въщи на разстояние от 2000 километра и да гасят огъня оттам, като командват изкуствени тела - аватари.

## Войната ще е съвсем различна

Хората на бъдещето няма да участват директно в битки и да рискуват живота си. Войниците ще защитават света от терористи с помощта на аватари на разстояние от хиляди километри. Изкуствените бойци няма да може

даването на заложенници.

## Колонизираме Космоса с безсмъртните тела

С помощта на аватара човек ще може да изпълнява всякакви задачи в Космоса. Ще посещава най-отдалечените планети в Слънчевата система без какъвто и да е риск за себе си. Ако се получи авария или нещата станат критични, аватарът просто може да бъде оставен в Космоса. Пътуването му между звездите ще е

излишно пътуването ви със самолет или влак до другия край на света по бизнес дела. Така например, ако си наемете аватар в САЩ или Великобритания, ще се пренесете на секундата с мозъка си в тези страни, без да е нужно да пътувате със самолет.

Аватарите ще бъдат особено полезни в медицината. Те ще са от огромна помощ за инвалидите. С изкуственото тяло те ще имат достъп до всички възможности като всички здрави хора и ще продължат да ра-

## ЗАСЕГА

# Лекарство ще заличава лошите спомени

Всички неприятни спомени, които носят тъга, могат да бъдат заличени от съзнанието с помощта на хапче, гласят резултатите от изследване, публикувано в изданието Clinical Endocrinology & Metabolism.

В проучването, довело до сензационните резултати, взели участие 33-ма доброволци, голямата част от които студенти. Те изгледали видеозапис, който разказал историята на малко момиченце, пострадало при инцидент. Според ръководителя на проекта Мари-Франс Марин тези кадри могат да окажат сериозен емоционален стрес, да се запечатат в съзнанието за дълго.

След като стресиращото видео било излъчено на доброволците, екипът на Марин взел проби от слонката на всеки от тях. Целта е била да се измерят нивата на стресовия хормон - кортизол, отделен се в тялото им по време на прожекцията. Кортизолът по своята същност е катаболен стероид, който се отделя от надбъбречните жлези, и е пряк индикатор за стресовото състояние на човек.

Три дни по-късно екипът изследователи им дал продукт, който понижава нивата на кортизола. Последвал период на наблюдение на доброволците, през който били анализирани нивата на кортизол в организма, тъй като съществуват голям брой до-

казателства за това че той се намира в пряка връзка с лошите спомени, които се загнезждат в съзнанието. След приема на медикамента доброволците били разпитани какво точно помнят от записа, разкриващ ужасяващ инцидент с детето. Колкото по-голяма била дозата от медикамента, толкова по-трудно участниците си припомняли потискащите факти.

Кортизолинхибиращото вещество се намира в пряка връзка с лошите спомени. Проучванията продължават, твърди Марин, за да може един ден въпросният продукт да се ползва с успех при лечението на посттравматично разстройство.

в. "Сеза"

в. "24 часа"

## Превърнаха неврони в сърдечни клетки

През последното десетилетие учените се опитват да репрограмират идентичността на различни клетки. Сърдечните клетки са едни от най-търсените в регенеративната медицина, тъй като учените очакват те да помогнат за обновяването на изгубена сърдечна тъкан. Биолози от Университета на Пенсилвания демонстрираха директно превръщане на клетки в сърдечни такива с помощта на трансфер на РНК, съобщава "Сайънс дейли".

Като използвали идеята, че идентичността на клетката се определя от молекулите, наречени информационна РНК (иРНК), съдържащи описанието за създаването на определени протеини, учените превърнали астроцити (мо-

зъчни клетки със звездовидна форма) и фибробласти (кожни клетки) в сърдечни. С помощта на информационната РНК те директно трансформирали един вид клетки в друг, без да се налага да минават през междинна фаза. Те поставили иРНК в астроцити и фибробласти, която кара ДНК в ядрото на клетката приемник да произведе РНК на желаните видове клетки. Така фенотипът на клетката приемник се променя в този на желаната клетка. Методът се различава от използвания от повечето лаборатории за създаване на индуцирани плурипотентни стволови клетки, които след това с помощта на растежни фактори се превръщат в определен вид клетки.

## Антидепресанти убиват E.colli

Съставките на някои антидепресанти могат да ограничат популациите на ешерихия коли и други потенциално опасни бактерии, тъй като притежават способността да ги убиват.

Тъй като антидепресанти могат потенциално да унищожават и "добрите" бактерии в организма, не е ясно какъв би бил кумулативният ефект от фармацевтичното замърсяване за човешкото здраве и за околната екосистема. Новината бе съобщена преди броени дни по време на конгрес по микробиология в САЩ.

Независимо от това обаче учените се надяват отк-

ритието им да стане база, от която да бъде разработен препарат за убиване само на болестотворните бактерии.

Докато в Европа се отказва да ядат зеленчуци поради страх от заразяване с бактерията E.colli, една група хора са намерили спасение в почвата. Оказва се, че практикуващите геофагия - поглъщането на пръст и глина, е естествен, макар и странен инстинкт, който има здравни ползи за организма. Употребата им има защитни функции за храносмилателната система, твърдят от The Quarterly Review of Biology.

## Ботокс ще помогне на болните от астма

Ботулиновият токсин, който масово се използва за изглаждане на бръчки, ще бъде приложен и при болни от астма, пише в "Дейли телеграф".

Специалисти от университета в Мелбърн, Австралия, ще проведат тестове на новата терапия.

До идеята за нея се стигнало след проведено проучване, което показало, че поне половината от астматиците имат проблеми с ларинкса. Въпросните проблеми много приличат на дисфония на гласните струни или загуба на

гласа, за лечението на която вече успешно се ползва ботокс. Ботулиновият токсин парализира мускулите и ги поддържа в определено състояние. Така всъщност опъва кожата и изглажда бръчките. Лекарите смятат, че ако инжектират ботокс в ларинкса, той ще действа по същия начин и няма да допусне спазми, от които астматиците получават пристъпи на затруднено дишане. Този метод няма да излекува болните от астма, но ще облекчи състоянието им, обясняват експертите.

## Тест на ретината открива алцхаймер

Австралийски учени са разработили прост очен тест на ретината, с помощта на който ще може да се извърши ранно диагностициране на болестта на Алцхаймер, съобщава "Асошиейтед прес" и "Франс прес". Медиците знаят, че болестта на Алцхаймер води до промени в очите, а не само на мозъка. Изследователи в САЩ също разработват тестове за диагностициране на заболяването по очите. При австралийското проучване са



използвали снимки на ретината, чиито кръвоносни съдове реагират дори при най-слабата опасност от това заболяване.

## Молекула неутрализира грипа

Американски учени откриха молекула на антигено, неутрализираща вирусите на грипа. Тя може да се превърне в основа за създаване на универсални лекарства срещу болестта, включително срещу птичия грип, съобщава Сайънс и РИА "Новости".

Съществуват три разновидности на вируса - А, В и С. Заради това е трудно да се предскаже кой вид вирус ще получи най-голямо разпространение следващия грипен сезон. А и ваксините позволяват да се изработи имунитет само срещу един или няколко щамове на вируса.

Най-опасните грипни вируси се отнасят към тип А. Разновидностите му са А1 и А2 в зависимост от състава на протеиновата обвивка на вируса, определяща механизма на заразяване на клетките на организма. Към първата група се отнасят вирусите на свинския, а към втората - на птичия грип. Биолози от института "Скрипс" в Калифорния, САЩ, под ръководството на Ян Уилсън са открили в кръвта на болни от грип молекули CR8020, които блокират проникването на вируса в клетките на организма на пациентите. Учените отбелязват, че тези антители неутра-

лизират до 99% от вирусите на грипа от подтип А2 и притежават способността да потискат вирусната активност.

Изследователите са проверили ефективността на молекулите CR8020 с опитни мишки, разделени на две групи. Учени са вкарвали генно модифицирани човешки антители в гризачи от едната група, които след това са се опитали да заразят с грип.

Всички мишки, получили генно модифицирани молекули CR8020, са били устойчиви на зараза с грипа. Животните от втората контролна група са се разболели от грип, но след като в организма им са вкарани молекули CR8020 като лекарство, състоянието на половината болни животни значително се е подобрило, отбелязват изследователите.

Преди друга група учени от същия институт откриха молекули на антигено CR6261, неутрализиращо вирусите на А1. Специалистите предполагат, че по-нататъшни експерименти, при които ще бъдат съчетани молекули CR8020 и CR6261, ще помогнат в разработването на ефективни лекарствени средства за борба с грипа от тип А.

## За първи път е присадена трахея

Първата в света операция за присаждане на напълно изкуствена трахея беше проведена през юни, съобщава Би Би Си.

Операцията се осъществява успешно под ръководството на шведски хирурзи, присадили трахеята на 36 годишен мъж, със злокачествен тумор.

Решението за операцията е взето, след като лечението на пациента с лъче- и химиотерапия не дава резултат, в следствие на което туморът нараства и затруднява дишането. Присаждането на напълно изкуствената трахея се оказва единствено решение в случая.

Трахеята е конструирана в британска лаборатория и е направена от нанокompatен материал. Той е смес от алуминиев окис и полимер, здрав като метал, но много по-мек, наподобяващ пластмаса.

Изкуственият орган е доставен в Швеция за операцията. В болницата той е покрит със стволни клетки от костния мо-

дуло, за да може да се интегрира в човешкия организъм.

Така при попадането в човешкия организъм чрез ваксината паразитите предизвикват мощен имуноен отговор, който защитава хората от заразата.

Засега са направени само лабораторни тестове, но догодина ще започнат изпитанията върху хора. Според проф. Майкъл Гуд, ръководител на екипа, новата ваксина е евтина и така ще е достъпна до населението в развиващите се страни, където годишно от малария умират около 1 млн. деца.

зък на пациента.

Ключов момент в технологичния процес за направата на изкуствената трахея е моделирането на основната носеща конструкция. Тя е точно копие на истинската трахея на пациента. За получаването на такова копие са необходими няколко дни при специални лабораторни условия.

В Университетския колеж на Лондон са изпратени точни триизмерни снимки на дихателната тръба на пациента, с помощта на които да се направи идеално копие на трахеята.

Основният плюс при тази технология е, че не се налага търсенето на донор, което намалява стреса от чакането и риска от отхвърляне на чуждия орган от организма на реципиента. Всички тези фактори са предпоставка за по-бързото и пълноценно възстановяване на болния, категорични са експертите.

Лекуващият екип съобщава, че състоянието на пациента след операцията се подобрява.



**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**

## Конгреси и симпозиуми през септември

### VII Национална конференция по клинична лаборатория с международно участие

8-10 септември 2011 г., хотел "Мелиа Гранд Ермитаж", Златни пясъци

**Организатор:**  
Българско дружество по клинична лаборатория

**За повече информация:**  
www.cic.bg



### Училище по детска кардиология

23-25 септември 2011 г., Слънчев бряг

**Организатор:**  
Дружество на кардиолозите в България и РГ по детска кардиология

**За повече информация:**  
www.cardiobg.com



**ОБЯВА**

### ПРОДАВА КНИГИ

02 465 44 92 и (02) 885 52  
51 продава "Сън и сънища" от Симон Монре;  
"Триумфът на психоанализата" от Пиер Дако;  
"Stop the stress" от Тая и Рафаел Либерман със CD за самообучение.  
Всеки ден между 10,00 и 20,00 ч.

# Абонирайте се Все още! 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.blsbg.com е официалният сайт на Българския лекарски съюз.

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

- Нормативни актове
- Закони
- 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:

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

#### 3. Нестандартни рекламни форми:

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

#### IV. Плащане:

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

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

3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

#### V. Забележки:

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

# Възрожденската фамилия Лекарски тръгва от Кюстендил

Доц. д-р Маруся Петкова, дм

Всеки град - голям, малък или не чак толкова малък къта скрити съкровища от природни красоти, от хора и събития, които кротко почитват като под завивка от многобагрен есенни листа. Разровиш ли листата, наяве излизат толкова светли личности, че започваш да се чувстваш горд, че си лекар и българин. Такова е чувството ми и сега, когато измежду множеството стародавни паметници на лечебната и медицинската практика в Кюстендил, Велбъжд и Пауталия се очерта един възрожденски род, дал ня-

лекува и болните. След като нагрупва достатъчно знания и умения, полага успешно изпит за хеким - лекар и е назначен за такъв в Скопие. Турски документ от 1821 г., подписан от нишкия комендант, дава право "на хекимина Христо да пътува свободно и да му се дават коне, дето замине". През първата половина на 19-ти век се връща в Кюстендил като частно практикуващ лекар. Дълги години негов помощник и достоен ученик е единственият му син Иванчо.

Иван(чо) Христов Хеким - Лекарски (1812-1878) е роден в Кюстендил, но баща му го изп-

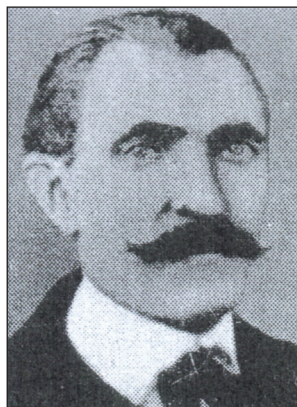
Св. Мина за западната половина на града, и на изток в местността Ридо за източната половина на града. Край р. Банщица построява специален навес, където гражданите се задължават да колят и обработват животните си, за да не за-

такъв. Изявява се като активен общественик - той е съосновател на кюстендилското читалище "Братство" (1869), пръв негов касиер (1869-1872), а след това и председател. Изнася сказки, увличава книжния фонд

длъжността градски лекар.

Най-малкият син на д-р Иван Лекарски - Константин Иванов Лекарски (1853-1935) завършва агрономство в Земеделското училище в гр. Табор, Чехия, (874) и специализира захароварство в Прага. Той е изключително активен като общественик и агроном - негови са идеята и откриването на образцов чифлик - Държавен овощен разсадник и Практическо лозаро-овощарско училище в Кюстендил и превръщането на Кюстендилския край в овощна градина.

Фамилията Лекарски се разраства, но новите обществено-икономически условия в страната насочват



Д-р Иван Лекарски



Константин Лекарски



Мусон. Андрей, заедно с брат си инж. Симеон Лекарски, учредяват състезание по конен спорт за купата "Лекарски".

В Кюстендил можете да се разходите по улиците "Христо Лекарски" и "Ген. Крум Лекарски", конната база в Божурище също носи името на пионера в конния спорт "Ген. Крум Лекарски". Но най-траен спомен за възрожденската лекарска фамилия е

## ЛЕКАРСКАТА КЪЩА

в центъра на града. Каменното приземие е с двукрила външна врата и две ниши за сядане - "клякарници", а етажът над него е със силно издаден еркер над входа. На улицата излиза и пристройката, в която са били спициерията (аптеката) и приемният кабинет на д-р Иван Лекарски. Стълбите и долапите са дървени, парпетите - от стругово-но дърво, таваните са покрити със слънца, флорални, геометрични мотиви - дърворезби на подноси с плодове, фруктиера със смокини, венец от дъбови листа - наградата за всеки, спасил човешки живот, кръг от слънчогледи, спираловидна гириянда от лаврови листа, гравирани с трилистна детелина кръстове. Интересно е, че пластичните мотиви по таваните са стилизирани лекарствени растения, които е ползвал в ежедневната си практика градският лекар през епохата на нашето Възраждане - смокиня, безстъблена решетка (*Carlina Acanthifolia*) - балканският жен-шен, горицвет, сънотворен мак, червен божур - императорското цвете, от което китайците правели питие на безсмъртието. И днес дървото в интериора на къщата излъчва топлина и уют, а всеки резбован символ е пластичен израз на професията и религията, която е изповядвал стопанинът на този чуден дом.

Лекарската къща е обявена за паметник на културата. Днес тя е собственост на общината и функционира като ресторант.



Старият Кюстендил, акварел от Йозеф Обербауер, 1908 г.



колко поколения лекари, агрономи и общественици.

## НАЧАЛОТО СЛАГА

### ХРИСТО ХЕКИМ

Историята на рода Лекарски тръгва от с. Богослов в Осоговската планина, където е роден Христо Велков Хеким (1786-1863). Жаден за знания и призван да помага на хората, той отива в Солун и започва да чиракува в една италианска аптека. Освен че приготвя лекарства, той

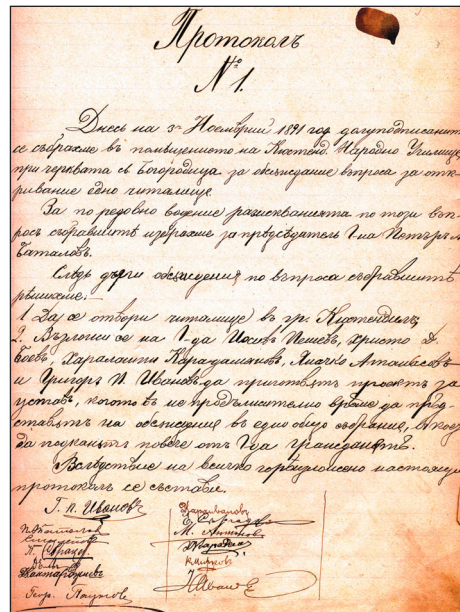
раща да се учи при най-добрите лекари и във Военномедицинското училище в Цариград. Освен медицина, изучава турски и гръцки, полага успешно изпит пред Висшия румелийски санитарен съвет в Битоля (1851), получава правото да практикува като лекар (в някои източници е посочено "като фелдшер") и постъпва като военен фелдшер в турската армия. След Кримската война се връща в Кюстендил и е назначен за градски лекар (1856). Сътрудничи като временен дописник на "Цариградски вестник" (1858). В историята на града са записани няколко негови

мърсват улиците и дворовете си. Участва заедно с д-р Захари Струмски в борбите за независима българска църква. Развива народополезна и обществена дейност като читалищен деец и училищен настоятел. През 50-те години на 19-ти век д-р Иван Лекарски е вече един от градските първенци, става титор на църквата "Св. Пророк Илия" в с. Граница, Кюстендилско, и си построява къща в старата махала Градец - Вароша. Това е запазената и до днес Лекарска къща, в която се раждат тримата му сина - Васил, Христо и Коста.

Васил Иван(ч)ов Лекарски (1845-1877) вече е потомствен лекар от епохата на Българското възраждане. Завършва медицина и аптекарство в Чехия и работи в Кюстендил като

на библиотеката, изработва нормативните документи на читалището.

Неговият брат Христо Иван(ч)ов Лекарски (1851-1907) учи медицина в Женева, но участието му в две войни - в Сръбско-турската като доброволец (1876) и в Руско-турската като опълченец прекъсват дефинитивно медицинското му образование. След Освобождението се установява в Кюстендил и се отдава на политическа и обществена работа. Като кмет учредява



Протокол за основаване на читалището

## НАСЛЕДНИЦИТЕ В

### РАЗЛИЧНИ ПРОФЕСИИ

Иван Георгиев Лекарски е бил зам. - кмет на София, народен представител и председател на Софийското училищно настоятелство. Възрастните софиянци вероятно си спомнят един напет генерал, майстор на спорта, олимпийски медалист, преподавател и кавалер на много награди и ордени по конен спорт - ген. лейтенант Крум Лекарски, който е и Почетен гражданин на родния Кюстендил. От по-новите поколения наследници Лекарски се откроява художникът Андрей Лекарски - негови скулптури са включени в колекцията на Музея на модерното изкуство в Париж, неговото "Ляво стъпало на Аполон" краси парка на Версай, а цяла колек-

ция скулптури е разположена в парка на Културния център във френския град Понт-а-

## САНИТАРНИ

### ИНИЦИАТИВИ

Той разделя градското гробище на две части - на запад към църквата

# Д-р Тодор Черкезов описва в книга бита и традициите на Източните Родопи

В Художествената галерия "Станка Димитрова" в Кърджали бе представена книгата "Бит, традиции и здраве на населението от Източните Родопи", с автор д-р Тодор Черкезов, д.м.

Пред присъстващите повече от 200 представители на местната интелигенция авторът сподели мотивите, които са го подтикнали да напише книгата - близо тридесетгодишната му работа в Кърджали като практикуващ лекар, председател на колегията на БЛС и изпълнителен директор на областната болница - опит, който му дава възможност за анализи, обобщения и изводи за развитието и състоянието

на общественото здраве, проектирано върху бита и традициите на местното население.

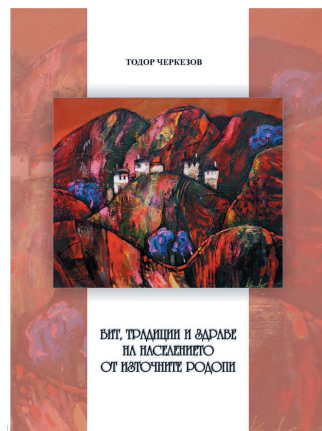
Друг важен мотив е да се покаже реалната картина на живота на хората в този колкото познат, толкова и непознат край на България, често представян по-скоро в негативна светлина.

Според рецензентите - проф. д-р Миладин Апостолов, д.м.н. и доц. Бианка Торнъова, д.п. книгата предлага задълбочено изследване на цялостната концепция за здравето, очертава и специфичните особености по пътя на развитие на региона от традиционализъм към модерност с произтичащите от това последици вър-

ху материалната и духовна култура на населението.

Кметът на община Кърджали Хасан Азис подчерта необходимостта от подобни изследвания в изграждането на правдива и реална представа за Кърджали и региона и специално отбеляза, че освен с фактите и анализите, книгата е написана с много любов - към родния край и хората.

На презентацията присъства и чл. кор. проф. д-р Дамян Дамянов - председател на СУБ, който поздравя автора. Д-р Тодор Черкезов получи специален приз - Златната хипократова клетва от Балканската асоциация по



Д-р Тодор Черкезов, д.м. е роден през 1956 г. в Кърджали. Завършва медицина през 1982 г. във ВМИ - Пловдив. Специализира кожни и венерически болести в Медицинската академия - София. Работи като ординатор и началник отделение в Многопрофилната болница за активно лечение "Д-р Атанас Дафовски" в Кърджали. От 2002 г. е изпълнителен директор на лечебното заведение. През 2005 г. става магистър по здравен мениджмънт в Медицинския университет - София. А през 2006 г. Българският лекарски съюз му присъжда званието "Лекар на годината". За заслуги в управлението на здравеопазването през 2007 г. е обявен за "Мениджър на годината".

история и философия на медицината. Поздравителни адреси изпратиха президентът

на България Георги Първанов и министърът на културата Вежди Рашидов.

Публикуваме текст от книгата

## Народната медицина е повлияна от пъстрата етническа картина

**Най-добрият лекар е природата, дори само за това, че лекува три четвърти от всички болести и никога не се изказва лошо за своите колеги.**

В. Шербюлие  
швейцарски писател - романист

В Източните Родопи народната медицина има дълбоки корени и е силно повлияна от пъстрата етническа картина, вратата, традициите и обичаите, оцелели през вековете.

Интересно е не само предлаганото лечение, но и описанието на болестите и обяснението за тях в предания, спомени, народни песни и поговорки. (Михайлова, М., 2000 г.)

През 1836-1838 г. в Родопите върлувала чумата. Била донесена от кираджии, пътуващи до Гюмюрджина и Ксанти и обратно. Заболяването се разпространявало много бързо, но никой не знаел, че трябва да се напусне населеното място. Починалите първоначално били погребвани по мюсюлмански и християнски обичай, но когато от една къща започнали да умират по няколко души, хората се разбягали кой къде видят. Страхува ли се да не ги срещне чумата. Представяли си я като опасен и силен човек, който носи болест и смърт. Движел се със зурни и тъпани и сеел страх сред мало и голямо.

Очевидци разказват следното:

Юркую Хаджимурадова (86 г.) - "когато чумата обикаляла селата, пред нея вървяли свирачи с даули и зурни, силно думкали и свирели, предизвиквали страх и бягство. Татко ми Бекир избягал към Сиври кая, баба ми и дядо ми умрели, а татко оздравял. Само на челото му останал белег, колкото един мангър. По същото време чумата била и в Салихлер

(Прилепци). Там останало живо едно малко момиче на две-три години, съвсем самичко. Случайно момиченцето попаднало на мои роднини, които го изгледа-

деветте деца на съседката, която полудяла и умряла. Никой не може да се меси в работите на чумата, къде ще отиде, кого ще нападне и на кого ще грабне душата".

Зелиха Мехмедова (70 г.): "Баба ми Зейнеб още не била избягала. Тя била млада, с пет малки деца. Седала в долната стая и пекла мекици на децата.

ла децата и какво да видят момчетата подут в слабните, а момичетата - по гръбчетата. Появили се рани и трябвало много дълго да ги лекува. Децата се съвзели, раните изчезнали и всичко се забравило. Една вечер жената чула, че се чука на вратата и докато се колебаела какво да прави, вътре се вмъкнал същия старец. Баба ми изпищяла

Падне, забрави се, порита, порита, от устата му започва да тече пяна, след това му преминава, отваря си очите. Въобще не го пипаме, не му правим нищо, да си стане самичко, защото ако го пипнем ще остане схванато (епилепсия).

За сипката (шарката): "За нея правим питки, намазваме ги с мед, шербет или петмез, каквото се на-

ят чай. Когато си сварим от него и пием, всичките болести преминават.

Темите за живота и смъртта, болестта и здравето са неразделна част от битието на родопчанина. Изключително популярна в Източните Родопи е народната песен "Руфинка болна легнала", която описва покъртителната картина на един отиващ си млад живот:



Природен феномен „Каменната сватба“, с. Зимзелен

ли. Пораснал и баща ми, и ги задомили. Та и майка ми и баща ми са боледували от чума. Татко почина на 80 години и като се пресметне, оттогава има повече от 120 години".

Майка ми разправяше: "В нашата махала имаше съседка с девет деца. Когато веднъж отивала за вода със съседката си, тя угрижено каза: "Ти, Фатме, имаш само едно дете, а аз имам девет. И няколко от тях да ми умрат, има какво да ми остане, ами твоето е само едно, ако ти го грабне чумата, какво ще правиш? Но станало така, че вместо на Фатме да умре единичното дете, измрели

Вратата изведнъж се отворила и вътре влязъл белеблад дядо с голяма чалма на главата. Младата жена го поканила да седне и преди да занесе на децата мекици, дала на него. Той хапнал и благодарил. Станал, приближил се до децата, погалил момченцата по срамните части, а момиченцата - по гръбчетата и сетне си отишъл. Още щом излязъл, децата писнали. Момчетата се държали отпред и пишели от болка, а момиченцата сочели гръбчетата си. Майката се развикала: "Дръжте дядото, какво стори на децата ми." И хукнала да го гони, но не видяла никого. Събляк-

от страх. Той и дал знак да мълчи и да не буди децата, казал и: " У вас вече няма да има страшно. Ти ме посрещай и нагости без да ме познаваш. За това гостопримство спасих теб и децата. Да знаеш - аз съм чумата". И старецът тутакси изчезнал. (Спомени събрани от М. Михайлова)

Стойка Кирчева (70 г.), родом от с.Дарец, Крумовградско, споделя: "Когато едно дете падне и от устата му започнат да текат кюпоци (пяна), не му казваме от какво е болно, за да не прихване и другите деца. Тази болест я наричаме дятещата. Хваща децата и до големи ги държи.

мира и раздаваме на съседите. Гледаме да не ни се разсърди. Не перем с гореща вода, не мажем къщите, не палим огън при детето, не викаме, не пеем, не се караме, не си мием главите. Сипката хич не ще доктор. Исква благичко, благичко да я посрещнеш и да я изпратиш. Тя ходи като мома, като булка, като баба, като дете, където си иска там ходи, има дребна и едра сипка. По-дребната не оставя белези, а едрата оставя белези. Когато се даде курбан сипката си отива весела, а когато не се даде курбан си отива плачеща. Най-големият лек за нас беше балкански-

Руфинка болна легнала на високана планина, никой до нея немаше сал една стара майчица.

В чешка ѝ вода даваше и на Руфинка думаше:

- Доцери, мила майчино,

мила ли ти е диньоса,

диньоса още рубаса?

- Майчино, стара майчино,

не ми е мила диньоса

най ми е мила рубаса,

че нема да я понося.

Иди ми, майчо, порукай мижова Фатма

да дойде,

рубаса да и придадам любесо да и отстъпя.

Умирам, майко, умирам тебе са вярна не фаца,

че са е пролет пукнала,

всичко от земя излизва,

а я ще в земя да ида.

Песента е по действителен случай, за една истинска Руфинка - Руфие Чакалова от село Попрелката. Живяла преди 150 години и имала годеник Асан Кичуков от съседното село Надарци. Разболява се и умира, а в деня на погребението и на гроба засаждат билката бяла кандилка, която не расте никъде другаде в селото и цъфти винаги през месец май. И до днес това чудно цвете пази мястото на гроба и легендата за това младо момиче.