

ЗА ЛЕКАРИТЕ - ГЛОБИ, ЗА ЧИНОВНИЦИТЕ - БОНУСИ!



МЗ стовари 6 тежки папки в съсловната организация - отговор на въпроса къде са 340 млн. лв. трансфер от Касата към Министерството.

С парите на здравноосигурените се плаща дори метадон. Какво друго -

на стр. 5

ВЪПРОСИ

Защо без допитване до гилдията **МИНИСТЪР КОНСТАНТИНОВ** ПОИСКА ПРОМЯНА В ЗСО?

- Не прозира ли желание за реструктуриране на БЛС в Камара, и то под егидата на МЗ?

на стр. 2

Акредитационният съвет към БЛС разчупва „параграф 22“

Лекарският съюз и академичната общност обединиха усилията си за продължаващото обучение



на стр. 8-9

actavis
think smart medicine

В БРОЯ

АКТУАЛНО

Пореден опит за орязване на малките общински болници

на стр. 3

БЕЗ РЕТУШИ

За „бонусите“ и спешната помощ

на стр. 4 и 6



СПЕЦИАЛЕН ГОСТ

Десислава Атанасова, председател на парламентарната здравна комисия

на стр. 7



Емо окачи мартеница на своята лекарка - д-р Мая Йорданова от детската онкохематологична болница. Пожеланието му е: да е здрава, за да дава здраве на другите!

КАШЛИЦА?



СТОДАЛ

Ще я успокои!

Хомеопатичен лекарствен продукт.
СТОДАЛ за цялото семейство!



Без лекарско предписание.
За пълна информация:
БОИРОН БГ ЕООД, 1408 София,
Южен парк бл. 28 вх. А
тел. 02/ 963-20-91,
факс: 02/ 963-45-00

LABORATOIRES
BOIRON

Защо без допитване до съсловието ЗДРАВНИЯТ МИНИСТЪР ПОИСКА ПРОМЯНА В ЗАКОНА ЗА СЪСЛОВНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ?

В централата на БЛС постъпи писмо от министър Ст. Константинов, в което той информира за проведено заседание на ръководството на МЗ на 1.12.2011 г., което му дава основание да предложи промени в ЗСО - в частта, която касае правилата за добра практика, кодекса за професионална етика и указанията за добра клинична практика.

Както е видно от писмото, общите правила за добра

практика, както и тези по обрзана диагностика, са внесени преди повече от година, а заседанието на ръководството на МЗ е проведено на 1.12.2011 година.

Израща се до БЛС два месеца по-късно! Това съвпада по време с разгорялата се преди седмици дискусия на тема "Лекарска камара" и след основателните критики към министъра за похарчените 340 млн. лв. от НЗОК за

плащания на здравнонеосигурени лица, както и раздадените от МЗ бонуси в размер на 6,2 млн. лева.

Това искане на министъра не е ли продиктувано от желание за реструктуриране на БЛС в камара и то - под егидата на МЗ?

Писмото от министъра е публикувано в сайта на БЛС.

УС на БЛС:

МОРАЛНО Е МИНИСТЪР КОНСТАНТИНОВ ДА ПОДАДЕ ОСТАВКА

На проведеното на 25 февруари т.г. заседание на УС на БЛС, като т.3 от дневния ред беше обсъдена ситуацията в системата на здравеопазването, свързана с поведението на министър Ст. Константинов и беше взето следното решение:

УС на БЛС смята, че е редно, съгласно морално - етичните норми на поведение, министърът на здравеопазването д-р Стефан Константинов да подаде оставка. Като мотиви се изтъкват следните аргументи:

1. Липсата и нежеланието за диалог с БЛС, което е задължително условие за успешното развитие на процесите в здравеопазването. Проведените четири срещи с

министъра бяха изцяло по настояване на Лекарския съюз и нито едно от дадените от БЛС предложения не беше прието.

2. Неудовлетворителното поведение на министъра в моменти, когато системата на здравеопазването е на прицела на общественото мнение и лекарите са използвани като мишена за туширане на други проблеми в обществото. Моделът на обществено поведение към здравеопазването изцяло зависи от министъра.

3. Предложените от БЛС промени в Наредба № 40 - създаване на нови и разделянето на някои от съществуващите клинични пътеки, по което работиха много от експертните групи на БЛС по

специалности, изцяло бяха отхвърлени.

4. Лекарският съюз не беше запознат и не беше поискано негово становище по нито една от предложените от министър Константинов промени в нормативната база и други идеи за промяна в системата на здравеопазването.

5. Министър Константинов е позволил част от трансфера от НЗОК към МЗ, в размер на 340 млн. лева, да бъде разходван за плащания, вменени като функция на държавата, както и на такива, свързани със здравно неосигурени пациенти.

6. За неяснотите относно разпределението (размера и получателите) на изплатените от МЗ бонуси в размер на 6,2 млн.лв.

Гласували: 11 - за; 1- против; 1 - въздържал се.

Лекарският съюз подкрепя избора на екип

Това заявява ръководството на БЛС в писмо до омбудсман. Поводът е започналата по инициатива на К. Пенчев обществена дискусия за избор на лекар или екип срещу заплащане в болниците.

Управителният съвет на съсловната организация счита, че разпоредбите на чл. 25-31 от Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ не противоречат на Конституцията, на законите на страната и на морално-етичните норми.

Съгласно чл. 52. от Конституцията, гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, както и безплатно ползване на медицинско обслужване, при условия и по ред, определени със закон. По силата на чл. 81 от Закона за здравето, всеки български гражданин има право на достъпна медицинска помощ, както и при условията и по реда на Закона за здравното осигуряване. Условието и редът за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, обаче, се определят с наредба на Министерски съвет. Ето защо е налице законова делегация за приемане на наредбата от Министерски съвет. Правомощието задължава Правителството да регулира достъпа до медицинска помощ, вкл. и правото на болниците да определят цената за избор на лекар/екип за конкретна дейност, като тя не може да надхвърля 500 лв., а за избор на екип - 900 лв.

В този смисъл, регламентът се явява определящ за поведението и на пациентите, и на лекарите и е един от начините да се стимулират добрите екипи и добрите специалисти.

ДАРИ ЗА СЕБЕ СИ!

Български лекарски съюз
откри дарителска кампания

за изграждането на

Дом на лекаря

Банкови сметки на БЛС при ОББ АД са:

BG 23 UBBS 80021068099630, валута BGN

BG 58 UBBS 80021441299710, валута EUR

BG 19 UBBS 80021111241810, валута USD



Проектът на сградата

През 2012 година Касата ще осигури достатъчно направления

Това съобщиха от пресцентъра на Касата. За първи път здравната финансира институция отчете, че през 2011 г. няма напрежение сред пациентите и недоволство от страна на лекарите, свързано с липса на достатъчно направления.

С 225 202 бяха увеличени направленията за консултация със специалист през 2011 г., спрямо 2010 г. Значително повече бяха и средствата, които НЗОК разпредели за медико-диагностични изследвания. При тях увеличението беше с 25%, което представлява 15 036 155 лв.

Увеличаването на направленията стана възможно с прилагането на нова по-гъвкава методика, по която те се разпределят. Това даде възможност на повече пациенти да се възползват от специализирана помощ и изследвания и внесе стабилност и спокойствие в здравната система. НЗОК гарантира, че и през 2012 г. пациентите ще могат да се консултират със специалист или да си направят необходимите изследвания, когато имат нужда от това. За целта средствата за специализирана медицинска помощ и изследвания ще бъдат разпределени по най-справедлив и ефективен начин, казват от Касата.

ПРИЗИВ

ДА ПОМОГНЕМ НА ПОСТРАДАЛИТЕ ОТ С. БИСЕР

Във връзка с трагедията, сполетяла жителите на с.Бисер, обл. Хасково, УС на БЛС предложи на всички регионални колегии да обмислят възможността за събиране на целеви средства, с които българските лекари могат да се включат към националната кампания за подпомагане на бедстващите. Предложението е да се съберат по 2 лева от всеки член на колегията, като бъде открита целева дарителска сметка, както вече направиха много институции. За да се разпределят най-добре средствата, събраната сума трябва да бъде предадена на РК Хасково, която най-точно може да събере информация за нуждите на пострадалите.

Лекарите от Русе събраха 4500 лева

След призива на УС на БЛС за събиране на финансова помощ за бедстващите хора от с. Бисер, първи се отзоваха лекарите от Русенската районна колегия.

В писмо, подписано от председателя на районната колегия д-р А. Вържаров се отбелязва, че събраните 4500 лв. от допълнителен едномесечен членски внос на 750 лекари от Русенската колегия ще бъдат преведени на РК на БЛС - Хасково.

Надзорният съвет на НЗОК утвърди парите за болниците

Надзорният съвет на Националната здравноосигурителна каса утвърди прогнозните бюджети на болниците за 2012 г. на свое заседание на 28 февруари. След обстойна дискусия бяха направени определени корекции спрямо първоначалните предложения от директорите на РЗОК, съобщиха от Касата. От членовете на надзора единствено д-р Евгени Душков е гласувал "въздържал се". Той обясни пред медиите, че в НС са получили материалите непосредствено преди заседанието. "Това е недопустимо, когато се разпределят 1,2 млрд. лева на повече от 300 болници в страната", коментира д-р Душков. Синдикалистът се заклани да сигнализира ДАНС, прокуратурата и други компетентни органи за направените нарушения при определяне на бюджетите. "Загубихме много години в здравноосигурителен модел, а сега правим едно бюджетно финансиране, независимо от дейността, като отново се финансират структури. Който на исторически принцип е достигнал някакъв бюджет, независимо как, вече може да го защитава. Другите трудно могат да получат по-висок бюджет", смята д-р Душков.

От НЗОК обясниха, че всяка районна здравноосигурителна каса е анализираща предложенията на лечебните заведения и е изготвила прогнозните им бюджети за 2012 г. в съответствие с нивата на компетентност.

Предложенията на директорите на РЗОК са редуцирани съобразно относителните тегла на отделните РЗОК и лечебните заведения на тяхната територия, за да не се надвишава заложената по закон бюджет за болнична помощ.

Средствата, отделени за клинични пътеки, медицински изделия и високо специализирани медицински дейности са малко над милиард. Направеното разпределение обхваща 10 месеца на годината, като НЗОК напомня, че същият принцип беше приложен и през 2011 г. За последните два месеца на 2012 г. ще се използват парите от оперативния резерв на НЗОК.

От 2012 г. касата плаща и за нови дейности. Средствата за тях са разпределени така: 57 584 000 лв. за диализа при терминална бъбречна недостатъчност; 40 000 000 лв. за диспансерно наблюдение на пациенти със злокачествени заболявания; 57 584 000 лв. за лекарствена терапия. Те са за 11 месеца.

Ръководството на НЗОК уверява договорните си партньори, че направените разпределения са прогнозни и още след първото тримесечие ще бъдат преразгледани и там, където има доказана необходимост, ще бъдат коригирани. Това е заложено в гъвкавия механизъм на методиката за разпределение на средствата на лечебните заведения за болнична помощ.

БЛС оспорва прогнозните бюджети

В прогнозните бюджети на болниците има необяснимо значимо увеличаване или намаляване на бюджетите на определени лечебни заведения и районни здравни каси, което не може да се обясни без детайлна обосновка. Освен това се констатира данни за вероятни несъответствия между приетата методика и определените бюджети. Това се казва в писмо на председателя на БЛС д-р Цветан Райчинов до изпълняващия длъжността управител на НЗОК Мариана Василева. В БЛС са получили данните за разпределението на болничните бюджети, едва след гласуването им от НС на НЗОК, става ясно от писмото.

От Лекарския съюз настояват в кратък срок - до 5 март 2012 г. - да получат ясна обосновка за увеличението или намалението на бюджетите на лечебните заведения в частта клинични пътеки, високо специализирани медицински дейности и медицински изделия с повече от 2% спрямо миналата година, както и нормативното основание за това. От Съюза искат и спешна промяна в разпределението на парите след направен анализ в съответствие с методиката.

В друго писмо до доц. Василева д-р Райчинов настоява да се изплатят незабавно парите на лечебните заведения за януари. „Кадровите и организационни проблеми на Касата не могат да бъдат причина за забавяне на плащанията. Моля да дадете на нас и на обществото ясен отговор за истинската причина за забавянето на средствата, тъй като досегашните обяснения звучат неубедително“, се казва още в писмото.

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 29. февруари 2012 г.

Да гласуваш на инат

Пореден опит за орязване на малките общински лечебници

След разгорещени спорове и с явно неудоволствие депутатите приеха на първо четене предложените от МЗ промени в Закона за лечебните заведения. Стана ясно обаче, че преди повторното гласуване в парламента, текстовете ще бъдат пренаписани. Всъщност точно за това настояваше в своето становище по законопроекта и Българският лекарски съюз. То беше представено още през януари на парламентарната здравна комисия, като в него са посочени всички аргументи на съсловната организация против измененията. Депутатите от управляващата партия все пак подкрепиха на инат проекта, въпреки че дори те не спестиха забележките си към него. За да има време за корекции, срокът за разглеждането му преди второ четене в зала беше удължен с 28 дни.

Какво разсърди най-много опозицията

Предлаганите промени със сигурност ще доведат до административно закриване на малките общински болници, предупреди депутатите. Причината е, че проектът предвижда въвеждането на нов механизъм за сключване на договори между НЗОК и клиниките, в зависимост от осигуреността с болнични легла. В него е записано изискването многопрофилните болници да имат най-малко 60 легла, а специализираните - 30, въпреки че ВАС го определи като противоречащо на Закона за ограничаване на административното регулиране и контрол. Срещу тази регулация се обявя и БЛС. "Разумният минимален брой на леглата за специализирани болници е 10", подчертават в становището си от Лекарския съюз. По неофициална информация това ограничение може да засегне между 50 и 80 болници. То е некоректно и по още една причина - предишният здравен министър Анна-Мария Борисова изискваше клиниките да намалят броя на леглата си и те го направиха. Сега

БЛС настоява за пренаписване на промените в Закона за лечебните заведения

пък се оказва, че трябва да ги увеличат, за да не ги закрийт. За 2 години приблизително 10 малки болници изчезнаха от пазара на медицински услуги, поне още толкова са на ръба на оцеляването. По този начин се ограничава достъпа на пациентите до медицински грижи, подчерта в парламента д-р Нияр Джафер. След дискусиите министър Стефан Константинов декларира, че е готов да се откаже от регламентирането на минималния брой легла, защото това не била основната цел на законопроекта.

Създава се възможност за корупция

Другото притеснение на депутати и лекари е свързано с текста, кой-

то да решава как да се разпределят паричните потоци. "Такъв рекет и корупция ще настъпи, за каквито не сме мечтали", каза независимият депутат. Според д-р Ваньо Шарков проблемът идва от това, че не е потърсен консенсус по предлаганите мерки преди вкарването на законопроекта в зала.

Според д-р Ваньо Шарков проблемът идва от това, че не е потърсен консенсус по предлаганите мерки преди вкарването на законопроекта в зала.

Според д-р Ваньо Шарков проблемът идва от това, че не е потърсен консенсус по предлаганите мерки преди вкарването на законопроекта в зала.



то превръща Националната здравна карта в задължителна. Документът ще съдържа максималния брой болници, с които НЗОК ще може да сключи договор. "По този начин се обезсмисля изработването на областните здравни карти, които ще имат само информативен характер, констатирайки съществуващото положение. Практически същината на работата на здравната карта се централизира в ръцете на министъ-

на нови болници, т.е. да се прекъсне досегашната практика да се откриват безброй нови лечебни заведения, които при това работят в определен сегмент, контрира д-р Красимир Петров. Според него няма нищо притеснително болниците да се конкурират за договор с Касата, но това да става по точно определени правила. Кирил Гумеров от своя страна предупреди, че трябва да се забрани възможността един чинов-

ник да решава как да се разпределят паричните потоци. "Такъв рекет и корупция ще настъпи, за каквито не сме мечтали", каза независимият депутат. Според д-р Ваньо Шарков проблемът идва от това, че не е потърсен консенсус по предлаганите мерки преди вкарването на законопроекта в зала.

Централизираният модел никога не води до нещо добро", предупреди д-р Адемов.

Министърът попуска повече власт

Д-р Стефан Константинов се опита да защити законопроекта и дори обвини депутатите в "див популизъм". Според него било мит твърдението, че министърът еднолично ще решава с кои болници да работи Касата. Само че той не успя да представи пред депутатите точни критерии как ще става подбора. Твърдението му, че "комисии по региони и хората ще решават колко болници искат да имат", също не убеди депутатите, че няма административно да се закриват лечебни заведения. "Всички питат какво прави държавата, а държавата в лицето на МЗ е с вързани ръце - наблюдава процесите", заяви министърът. Той беше атакуван от съгражданката си д-р Мая Манолова. Тя заяви: "Законопроектът не се харесва от нито един от членовете на здравната комисия, на Лекарския и Зъболекарския съюз и на пациентските организации. Защо тогава трябва да се гласува?"

Има и още негодумислици

БЛС ги отбелязва в становището си. Лекарският съюз пита защо е променен текстът за равнопоставеността на частните и държавните лечебни заведения и до какво ще доведе това? Според БЛС не е редно и да се изисква детайлна фирмена информация от болниците и извънболничната помощ за направените от тях разходи, защото това може да попречи на конкуренцията. "Ако за болниците информацията е необходима за целите на ДСГ, това следва ясно да се разпише и да се регламентира точно кой орган я получава, обработва и съхранява, както и как тя е

защитена", пише в становището. Лекарският съюз е против премаването на възможността диагностично-консултативните центрове да откриват до 10 легла за наблюдение и лечение на пациенти до 48 часа. Според Съюза заменянето им само с дневни центрове ще затрудни достъпа на пациентите до лечение. Лекарите не са съгласни и с идеята ДКЦ-ата да осъществяват и първична извънболнична помощ. "Подобно смесване при наличието на първична и специализирана помощ, може да има неблагоприятни последици. Създават се условия за административна и финансова обвързаност и зависимост на възложителя на специализирана медицинска помощ /ПИМП/ и изпълнителя на тази дейност /СИМП/", пише в документа на БЛС. По въпроса с регламентирането на максимален брой лечебни заведения за болнична помощ, които могат да се финансират от НЗОК, БЛС заявява, че това изискване ще върне административния модел на финансиране - не за дейност, а на структури. "В МЗ явно не могат да разберат, че при здравното осигуряване е важно да се контролира броя на хоспитализациите, а не на леглата, а още по-малко на болниците", подчертават от Лекарския съюз. И припомнят, че при монополното положение на НЗОК и при неясните критерии в предлагания проект, може да се говори за силно прокорупционно законодателство. Според БЛС текстовете на практика ще блокират създаването на нови лечебни заведения и ще спрат инвестициите в болничното здравеопазване. "Парадоксално е, че когато във всички други сектори се прави законодателство, насърчаващо инвестициите, то МЗ иска да изгони всички потенциални инвеститори", смятат от съсловната организация и съзират атака срещу частните клиници. Позицията на Съюза е, че докато НЗОК е монополист, Касата трябва да сключва договор с всички лечебни заведения, отговарящи на изискванията - стандарти, НРД и други. Спорният законопроект все пак беше подкрепен от депутатите от ГЕРБ в пленарна зала. Припомняме, че в края на януари парламентарната комисия по здравеопазване бламира проекта, а с него и здравния министър.

Защо загиват хора заради закъснели линейки?

Д-р Десислава Кателиева - председател на Националната асоциация на работещите в спешна помощ

Проверка на РЗИ София констатира пропуски в дейността на ЦСМП София на дневното им дежурство на 4 февруари, при което от закъснели с повече от 1 час екипи на Спешна помощ са заварени 5 починали пациенти. Медиите отново не ни спестиха обидните си коментари, като някак между редовете остана обяснението как при трафика в София могат 23 екипа да обслужат 60 подадени от тел. 112 повиквания в рамките на два часа. Възмутени граждани разбрали - недоразбрали напълниха форумите с обиди и гняв, ала това не намали броя на спешните медицински обаждания на тел. 112.

Но нито една медия не отрази, че екипите на Спешна помощ бяха първи при кошмара в с.Бисер и никой не писа за колегите от ЦСМП Хасково, които закупили от бюджета си лекарства за хронично болните, останали без медикаментите си в потопа. Никой и не ни попита как не слизаме от линейките при минус 11 градуса, как рискуваме живота си във виелиците и макар и със закъснение стигаме, до пациентите си. Благодарение на нас се родиха бебета, оцеляха много пациенти, независимо че имаше код "оранжево" за опасно време и осъзнавахме, че рискуваме живота си при тези температури, във виелиците и преспите. Непрекъснато се говори за нарастващата в студа заболяемост от сърдечно и мозъчно-съдови заболявания, както и обичайните вирусни инфекции. Ние също сме хора и то изтощени от стрес и безсъние, но никоя медия не си направи труда да отрази как работим при тези метеорологични условия. Линейките не спряха, закъсняваха само в най-големите градове и там, докдето не можеха да стигат дори БТР-ите. Продължаваме да работим, независимо от обидно ниското заплащане и липсата на перспективи. А обществото не вижда тези дребни детайли, то се сеща за нас, когато закъснеем, почине пациент или се превърнем в сензация.

Докога Министерството на здравеопазването, медиите, близките на пациенти и пациентите ще си затварят очите за пропуските в системата за спешно реагиране и ще обвиняват за проблемите малцината, останали да работят в Спешна помощ? Джи пи еси следят движението на екипите в реално време, записват ни с видеокamera кога излизаме на адрес от ЦСМП, записват ни в нашата информационна система и естествено в тази на тел. 112. Всеки, който ни ругае и набеждава, може да се увери в колко часа е подаден адресът на екипа и кога екипът е пристигнал на

адреса! Защо не се запитате какво се случва всъщност, за да закъснее екипът така фатално, че да загине човек?

Аз ще ви отговоря като спешен лекар, работещ от 16 години по филиалите в селата и в един от най-големите градове в България, а вие, ако имате смелостта, отидете и се уверете сами. Няма екипи, защото със спирането тел. 150 се върнахме 20 г. назад във времето на Спешна и неотложна помощ. Само че тогава бяхме два пъти повече хора, а днес сме наполовина, защото сме определени по щат само за спешност. Преди 20 години имаше 28 ЦСМП - центрове за спешна и неотложна помощ и всички спешни и неотложни екипи получавашаха адресите от тел.150. Тогава спешните екипи се отзоваваха на всички неспешни повиквания като температурни състояния, хипертонични и нервни кризи, болки в корема - състояния, които се обслуж-

ваха до 1-2 часа от подаването им. Спешните екипи се отзоваваха до 20 минута на спешните повиквания, като диференцирането на адресите ставаше от медицинските специалисти в регионалните ни координационни централи. С въвеждането на пазарната икономика в здравеопазването Неотложната помощ премина към личните лекари, които трябваше да организират неотложни кабинети. Но, уви, това не се случи точно както бе предвидено. Днес, при налични 200 филиала на Спешната помощ, в страната има едва 92 неотложни кабинета, концентрирани в големите градове. Независимо че Министерството на здравеопазването изплаща по 0,11 лв. на пациент на личните лекари, които са задължени да организират Неотложна помощ, по-голямата част от нея отново остана ангажимент на спешните екипи.

Ако имате смелостта, разгледайте и пропуските в работата на всички звена по веригата на приемане и реализация на Спешното повикване! Проверете как работи тел. 112 в Европа и наистина там операторите нямат алгоритми за приемане на спешни медицински обаждания. За справка можете да разгледате



тел.112, искат веднага екип. През последните месеци адресите нараснаха неимоверно. За сметка на визити за температурни състояния, екипите не достигат за истински спешни повиквания като стенокардия, инсулт, алергична реакция, катастрофа. Задъхваме се от преумора и студ да обикаляме по улиците при отрицателни температури и да преглеждаме хора, неоткрили или нежелаещи да отидат при личните си лекари, а някъде там някой наистина се нуждае от нас, но няма кой да се отзове на истински спешното повикване.

Докога имаше тел. 150 се опитвахме да консултираме неотложните оплаквания и да ги насочваме към малкото неотложни кабинети в страната, за да има достатъчно екипи да покриват спешността. С въвеждането на тел.112 загубихме възможността за истинска медицинска преценка на оплакванията. Тел. 112 приема като спешни по-голяма част от адресите, като за конферентни връзки пуска незначителна част от тях, а пациентите или техните близки, изнервени след разпита на

сайта на EENA /European emergency number association/. При нас спешните адреси са снети медицински некомпетентно от тел. 112, а от оскъдната и неточна информация, предадена ни от тях, трудно диференцираме за какво всъщност става дума. Изнервени пациентите или близките им не желаят повторно да бъдат разпитвани и екипът тръгва със съмнение за инфаркт, който на място се оказва температурно състояние. Печалното е, че понякога потегляме към припаднал в съзнание, който се оказва починал. Липсата на алгоритми за приемане на адреси, обещавани от месеци от Министерството на здравеопазването, допълнително усложнява диференцирането на степенята на спешност.

92-та неотложни кабинета в страната, освен че са крайно недостатъчни, по никакъв начин не разтоварват нашите 180 спешни кабинети по филиалите, където денонощно се преглежда амбулатория и се правят манипулации. Повечето неосигурени пациенти предпочитат да се прегледат безплатно от Спешна помощ, пристигнала на крака в дома им, отколкото да заплатят 30 лв. за лекарски преглед в неотложния кабинет. Не са редки и случаите, когато ни викат за издаване на смъртен акт на отдавна починал пациент, защото не могат да се свържат с личния си лекар. Зачестяват случаите и на па-



Д-р Д. Кателиева

циенти, които си правят чрез нас профилактичен преглед, от страх "да не се случи нещо". Как да обясним на последната група пациенти, че възможностите ни са ограничени и нямаме мобилни лаборатории и ретген? Когато ни викат на подобни прегледи, те или ще ни използват за такси до кабинета на личния си лекар, или просто няма да бъдат консултирани в необходимия обем.

В резултат на всичко това лавина от повиквания залива нашите районни координационни централи и за съжаление все по-често сме принудени да изпълняваме адресите по реда на постъпването им, за да не ги бавим, вместо да ги диференцираме по

спешност, което за момента е невъзможно.

Това, за нещастие, ще е причина и за в бъдеще да загиват хора заради закъснението на оказваната помощ, защото не може огрониченият брой екипи, предназначени за спешност, да покриват повиквания за всичко. Щом държавата няма волята да дефинира обекта на дейността ни, а остава всеки пациент сам да прецени дали е спешен или не, нека увеличим броя на екипите и да ни мотивира да останем. Защото, освен че сме недостатъчно по щат, на много места има и непопълнени щатни бройки. С всеки месец намаляваме, а адресите нарастват - недиференцирани, разнообразни и неясни. Ако не се въведе ред в това на какво трябва да се отзовава Спешна помощ, ще продължи нелепата ситуация да преглеждаме всеки по реда на подаване на адреса му, а не според показанията. А това може би ще е причина да загинат и други пациенти, недочакали помощ. Ако не се спре с обвиненията към Спешната помощ и не бъдем мотивирани от Министерството на здравеопазването да останем на работа, ние ще намаляваме като брой екипи. Така няма да бъде далеч времето, когато на подадените от тел.112 адреси няма да има кой да се отзове.

Още една гледна точка към спешната помощ - на стр. 6

ДОПЪЛНИТЕЛЕН ВЪПРОС

Къде са бонусите от министъра за спешната помощ?

Във връзка с изявлението на министър Ст. Константинов, че 5 млн. лева са раздадени и за бонуси на Спешна помощ, зададохме допълнителен въпрос на д-р Десислава Кателиева, както и на други лекари от спешни центрове в страната.



Няма бонуси!

Получихме мизерни суми от икономии на незаети щатове, отговарят лекарите

В БЛС беше получено писмо - реакция на Националната асоциация на работещите в спешната помощ. В него е посочено кои центрове и какви суми са получили, не като бонуси, а от икономии във фонд "Работна заплата". Става ясно, че само 16 центъра са получили незначителни суми, а останалите 12 не са получили никакви допълнителни средства. По данни на БЛС, в Благоевград лекарите са получили по 11 лева добавка за цялата година, във Варна - по 16 лева, във Велико Търново - по 50-60 лева.

"От името на всички работещи в Спешна медицинска помощ сме възмутени, че изплатените на част от ЦСМП допълнителни възнаграждения от икономии на фонд работна заплата, се свързват с 10 млн. лева отделени от НЗОК и се наричат бонуси", заявяват медиците.

В следващите редове поясняват, че от всички 28 ЦСМП в страната, само на 16 ЦСМП са изплатени в различен размер икономии от фонд работна заплата. 12 ЦСМП не са успели да реализират икономии и в края на 2011 г. получили само месечните си заплати. Парите от икономии на фонд работна заплата са зароботени от нас с цената на много безсъние и стрес, и Министерст-

вото на здравеопазването "благосклонно" разреши в края на годината да бъдат изплатени според реализираните икономии по ЦСМП. А изплатените икономии са както следва:

- до 20 лв. на работещ в два ЦСМП,
- средно до 50 лв. на работещ са получени в два ЦСМП,
- средно до 100 лв. на работещ са раздадени в четири ЦСМП,
- средно между 100 лв. и едно месечно възнаграждение са взели в шест ЦСМП.

Допълнителните суми се отнасят за цялата 2011 година и са икономисани от заплатите на незаети работни места.

"Тези пари са кървави, защото са изработени от нас чрез свърхнатоварването ни, когато сме работили с по малко екипи, но сме изпълнявали всички подадени повиквания. Тези пари са зароботени и от медицински фелдшери и медицински сестри, които са поемали отговорността на лекари, поради незаети лекарски бройки. Не приемаме тези пари да се наричат бонуси и да се свързват с 10 млн. лева от здравните осигуровки на пациентите!" Това подчертават медиците, работещи в спешните центрове у нас.

P.S. СМЕТКИТЕ НА МЗ НЕ ИЗЛИЗАТ

Дори да приемем условно понятието "бонуси" за спешната помощ, макар че става дума за пари, спестени от работни заплати, пак цифрите не се връзват.

След като първо бяха изречени по-внушителни числа за обща сума, после министър Стефан Константинов посочи 1 083 759 лева, разпределени в центровете за спешна помощ. Най-голямата част от тази сума била дадена на работещите в София-град - 787 528 лева. На въпрос защо в София средствата са най-много, министърът отговори: "Защото тук са незаетите места и в рамките на това, което позволява законът им е дадено."

Следват други внушителни числа, посочени от д-р Константинов: 1 196 795 лева за регионалните здравни инспекции, 984 704 лева за националните центрове, 853 400 лева за центровете за трансфузионна хематология.

Теглим чертата - общата сума е 4 118 658 лева. До посочените от самия министър 5 236 404 лева не стигат 1 117 746 лева.

"Като ги сметнете, няма да изкарате 5 милиона, но аз ви казах, че 10% са за администрация, лесно може да сметнете колко са парите", според министъра.

Не е лесно обаче. Сметката пак не излиза - сумата нестигаща до 5 млн. лева е по-близка до 20% от общата, отколкото до посочените 10%.

Оставяме настрана въпроса дали няма чиновници и в изброените "структури, където не работят администратори".

Но ползваме пресметнатото от колеги от друга медия: "Според устройствения правилник на МЗ, в него има 281 щатни служители, т.е. средно на човек се падат близо 4000 лева бонуси." (Припомняме, че двете зам. министърки са взели съответно около 9 000 и 10 000 лева, според изнесеното в публичното пространство.)

Както и да смятаме, няма как да сравним 4 000 лева за чиновник с 16 лева за спешен медик във Варна...

ПРЕСКОНФЕРЕНЦИЯ

Здравеопазването в центъра на кризата, или криза в здравеопазването

- За лекарите - глоби, за чиновниците - награди
- Настъпни сезонът на оставките



Българският лекар-ски съюз многократно е заявявал, че е категорично против 25% от глобите на лекарите да се използват за бонуси в здравната каса. Организацията остро протестира още при приемането на текста в Закона за здравното осигуряване и предупреди, че от него ще има сериозни последици. Това припомни председателят на Съюза д-р Цветан Райчинов на пресконференция на тема „Здравеопазването в центъра на кризата, или криза в здравеопазването“.

институцията и да се използват за лечение, а не за допълнително финансово стимулиране на персонала.

Повод за пресконференцията на БЛС станаха информациите в медиите за милиони левове, раздадени като бонуси в здравния сектор. В резултат на развихрилия се впоследствие скандал, здравната каса беше обезглавена - от поста управител на НЗОК беше освободена д-р Нели Нешева. Отиде си и председателят на Надзорния съвет Гергана Павлова, която беше и зам. министър на здравеопазването. Тя пък беше освободена заради неясноти в ценообразуването на лекарствата. Междувременно депутатите от СДС и БСП поискаха оставката на министъра на здравеопазването д-р Стефан Константинов. Причините са две - предоставянето на непълна информация за раздадените от него 5.2 млн. лв. като бонуси, а освен това и за начина, по който се формират цените на лекарствата.

финансирани дейности в здравеопазването беше по-морално с тези суми да се плати лечението на хората с редки болести или да се дадат на спешната помощ, вместо да се раздават на чиновниците", категоричен е той. Д-р Райчинов допълни, че освен всичко друго, сметките, които предоставя пред медиите министърът, не излизат. Председателят на БЛС съобщи също, че с пари от вноските на гражданите, здравното министерство е плащало за дейности за неосигурени. Той уточни, че в Съюза са получени шест папки по Закона за достъп до обществената информация с данни как са използвани 340-те млн. лв. трансфер за миналата година от Касата към министерството. "До 31 октомври 2011 г. са похарчени 256 млн. лв. за спешна помощ, интензивни грижи, имунизации и даже за метадон за наркозависимите. За част от изразходваните

колко това е законно, не съм аз човекът, който трябва да каже. Но че е неморално, съм категоричен. С тези пари да се плащат такива дейности, още повече че спешната помощ така или иначе е задължение на държавата, тя е гарантирана, безплатна и е за сметка на данъци, а не на осигуровките. Парите за фондовете пък трябваше да се предоставят целево от министерството", допълни той. Според него по същият начин не е ясно за какво ще бъдат използвани и трансферираните тази година 100 млн. лв. - нещо, срещу което БЛС се обяви при представянето на бюджета на НЗОК.

Д-р Райчинов директно обвини министъра в "непрекъснатото шикалкаване" по въпроса с бонусите. Досега няма яснота колко пари са раздадени на чиновници, нито по какви критерии са разпределяни, уточни той. Председателят на БЛС се обърна към премиера Борисов с призива да смени всички ръководители в сектора "от горе до долу". Министърът на здравеопазването Стефан Константинов остана изолиран от всички институции, с които би трябвало да работи - НЗОК, БЛС и парламентарната комисия по здравеопазване, допълни д-р Райчинов.

БЛС призова още да бъде избран в спешен порядък нов шеф на здравната каса. „Ние работихме много добре с д-р Нели Нешева. Смяя да кажа, че подписахме добър рамков договор за 2012 г. и настояваме на нейния пост да дойде подготвен човек, личност, общественик, който да работи в полза на обществото", допълни Райчинов. И припомни, че до 29 февруари трябва да се подпишат договорите с изпълнителите на медицинска помощ.

По скандала с ценообразуването на лекарствата шефът на Съюза каза, че БЛС се интересува от цените само до толкова, доколкото ако те са по-ниски, ще остават повече пари за лечение на пациентите и за заплати.

БЛС внесе отново предложение за отпадане на текста от ЗЗО, който позволява раздаване на бонуси от глоби на лекари

За втори път на 23 февруари, БЛС внесе в здравната комисия на парламента предложение за отпадане на текстовете от ЗЗО, които дават право на служителите от НЗОК да си разпределят част от сумите, постъпили от глобите на всички изпълнители на медицинска помощ.

ДО Г-ЖА ДЕСИСЛАВА АТАНАСОВА ПРЕДСЕДАТЕЛ НА КОМИСИЯТА ПО ЗДРАВООПАЗВАНЕ В НС

УВАЖАЕМА Г-ЖО ПРЕДСЕДАТЕЛ,

По повод на създадените негативни обществени нагласи срещу раздадени бонуси (добавки) в държавните структури, УС на БЛС потвърждава принципната си позиция, че парите от здравноосигурителните вноски трябва да се използват целево - единствено и само за здраве.

В тази връзка Българският лекарски съюз предлага на Комисията по здравеопазване при 41 Народно събрание да предложи на българския парламент да отмени разпоредбата на ал. 3 от чл. 108 от Закона за здравното осигуряване, която гласи: **До 25 на сто от събраните суми от глоби, санкции, възстановените средства от изпълнители за медицинската помощ по чл. 45 и дължимите към тях лихви, могат да се разходват за стимулиране на служителите в НЗОК.**

ЗАКОН ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

Чл. 108. (1) Съставянето на актовете, издаването, обжалването и изпълнението на наказателните постановления по този закон се извършва съгласно Закона за административните нарушения и наказания.

(2) (Доп. - ДВ, бр. 107 от 2002 г., доп. - ДВ, бр. 8 от 2003 г., в сила от 01.03.2003 г.) Сумите от наложените глоби се внасят в приход на НЗОК, а ако глобата е на служител от НЗОК или РЗОК - в приход на републиканския бюджет. В приход на републиканския бюджет се внасят и глобите и имуществените санкции, наложени на здравноосигурителни дружества за нарушения по глава трета на закона.

(3) (Нова - ДВ, бр. 107 от 2002 г., изм. - ДВ, бр. 105 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г.) **До 25 на сто от събраните суми от глоби, санкции, възстановените средства от изпълнители за медицинската помощ по чл. 45 и дължимите към тях лихви могат да се разходват за стимулиране на служителите в НЗОК.**

Д-Р ЦВЕТАН РАЙЧИНОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС



ването", която се проведе на 23 февруари в БТА. На нея БЛС заяви, че ще настоява възможността част от санкциите да се превръщат в премии за чиновниците да отпадне. Ако заплатите на служителите в НЗОК са ниски, друг трябва да се погрижи за увеличаването им, коментира д-р Райчинов. Той изрази мнението на медиците, че парите от глоби трябва отново да се връщат в

На пресконференцията на БЛС д-р Райчинов също призова здравния министър да си ходи, като тогава изрично подчерта, че това е негово лично мнение, а не решение на управителните органи на съсловната организация. „В последните няколко дни сумата за бонуси, раздадени от министерството, непрекъснато се променя, като варира от 5 до 6 млн. и 200 хиляди лева. При толкова недо-

средства не са предоставени документи, защото са били насочени към Фонда за лечение на деца и Фонда за асистирана репродукция", добави д-р Райчинов. И попита не трябваше ли средствата за тези фондове да бъдат осигурени целево от министерството. Според д-р Райчинов харченето на пари на здравноосигурени за каквото и да било друго, освен за тяхното лечение, е неморално. „До-

Рокади в НЗОК и ресорното министерство

Парламентът прекрати предсрочно мандата на д-р Нели Нешева като управител на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Това стана след като тя подаде оставка по настояване на премиера Бойко Борисов, заради получените от нея бонуси за 2011 г. в размер на 12 156 лв. Според Борисов не е морално в период на криза да се раздават такива пари. Д-р Нешева изнесе на пресконференция информация за допълнителните възнаграждения, раздадени в НЗОК.

Оказа се, че най-много е взела Марияна Василева, подуправител на НЗОК. По закон обаче точно тя ще трябва да замести Нешева до избирането на нов управител от Народното събрание. Марияна Василева стана подуправител на здравната каса през октомври 2010 година, след промяна в Закона за здравното осигуряване, която премахна функцията на зам.-директорите на НЗОК и прехвърли правомощията им към подуправителя. Междувременно Нели Нешева из-

пълни обещанието си и дари взетите бонуси в помощ на безпризорни деца, съобщиха на сайта на НЗОК.

Със своя заповед министър-председателят освободи от поста и заместник-министъра на здравеопазването Гергана Павлова. Причината е развихрилият се медиен скандал за цените на лекарствата, които, според публикации, у нас били значително по-високи от тези в Турция и Сърбия. Правителствената пресслужба първо съобщи, че решението за

уволнението е взето от Борисов по "собствено усмотрение". По-късно премиерът лично разясни, че е освободил Павлова, защото не е съобщила навреме как се прави ценообразуването на медикаментите. Зам.-министър Павлова отговаряше за лекарствената политика и беше председател на Надзорния съвет на здравната каса. В последните дни името на Павлова често се спрягаше в медиите с твърдението, че е работела в полза на пациентите и за заплати.

тел "Софарма".

Скандалът с цените на лекарствата се пренесе и в парламента. Здравната комисия привика министър Стефан Константинов, за да обясни как се прави ценообразуването. Депутатите дадоха две седмици на министъра, за да предложи варианти за поевтиняване на медикаментите. Той предложи да се намали ДДС върху лекарствата или държавата да ги смъкне примерно с 5%. По-късно обаче твърдо се отказа от идеята за по-ниско ДДС.

Какво е да си шофьор в Спешна помощ?

Захарин Владимир, водач на линейка, заплата 290 лева



Спомням си като деца как си мечтаехме момичетата да станат лекарки, учителки, магазинерки на парфюми и гримове, а ние момчетата искахме да станем космонавти, инженери, пилоти, футболисти. Много от нас като видехме линейка или поп, след като си заключим пръстите, за да не ни хване, си казвахме: "Аз искам като порасна да карам линейка и да пукам сирената!" Разбира се, няма нищо по-красиво и мило от детските думи, изречени искрено, детските мечти и невинните красиви детски очи! Само че днес, когато вече пораснахме и аз работя тази професия, нещата са много различни и разбрах, че не е лесно да бъдеш шофьор на линейка в България!

Затова искам да започна тази статия с питане:

Чудя се господата от Министерството и всички депутати дали са се качвали на линейка поне веднъж, знаейт ли какво е спешно повикване, имат ли представа какво представлява нашата работа? Биха ли обяснили не за София, а от един филиал някъде в България, как едно дете например, тежко пострадало при катастрофа, човек паднал от покрив, инсулт, инфаркт и т.н. къде да се закара? Болницата, която се намира в града, е затворена заради малоумните изисквания, направле-

ния, пътеки и други глупости, объркана система и грешна практика. Другата болница, която е на 30 км, не може да приеме детето, и тя е на път да се закрие, значи то трябва да се закара до най-близката областна болница, която е на 80-90 км. Системата е такава, че родителите гледат как се говори по телефони, какво е състоянието и къде биха го приели, вместо по най-бързия начин да се тръгне и пациента да се закара, където трябва!

Екипът е само шофьор и медицинско лице. Знаете ли какво напрежение е за отговорността на тези хора - шофьорът ако удари в някоя ЯМА по пътищата и спуга гума, докато я смени са 15-20 минути. Ако детето през това време умре? Съдът няма да осъди държавата, че не е асфалтирала пътищата и не е очертана осова линия в мългите, няма да глоби или осъди някой индивид, който в второкласен път кара срещу мен на дълги светлини, или се е лепнал зад мен и кара със 140 в населено място, за да види че колата му е много бърза, без да му пука, че има сигнали, вместо да на-

молят с думите: "Хора спасете ми детето"? Знаете ли какво е да гледаш разгробени хора, разбити глави и кръв, знаете ли как се слагат ръкавици и се изражда бебе в линейка, а родилката няма нито една консултация, а ние сме двама - доктор (фелдшер) и аз, един обикновен шофьор. Едва ли знаете!! Знаете ли как се сваля пациент с инфаркт, инсулт от 6-7 етаж по стълби без асансьор, знаете ли как се носи пациент, който е 100-120 килограма с носилката в някое село по 30-40 метра в калта, снега, леда, дъжда - а ние мокри до кости и въпреки всичко сме на работа, продължаваме да влизаме в цигански колиби, в най-големите вируси, мръсотия и да търпим да ни псуват, да ни бият и да чупят линейките, продължаваме да треперим при тръгване на адрес и да не знаем като пристигнем какво ни чака.

В цял свят

и Мерцедеси, милионите лева отпуснати за интеграция на ромите и т.н., а за спешна помощ няма пари за заплати, хората ще продължават да се разкарват по болници и ей така ще умират по пътищата и в линейките!

Спешната помощ трябва да е на държавна издръжка и трябва да има един от най-големите бюджети, без да бъде прикрепяна към болници или други структури. Само служителите в спешна помощ знаят най-добре как и какво трябва, за да работи спешната - вие трябва просто да го направите и да оставите тези хора да си вършат спокойно геройската професия!

По отношение на парамедиците, аз съм про-

шофьор в длъжността си характеристика има един куп задължения (2 страници)! Защо в момента аз съм шофьор, обаче съм и санитар, МОЛ и нося отговорност зад волана за доктора, за пациента, за цялата линейка и апаратурата в нея, аз съм и счетоводител, защото се пишат, смятат километри, часове, го-

добре - изобщо със спешността в България!

И така, унесен в тази дълбока мисъл, заспивам. Е, може би ще сънувам кошмарните картини, виджани на моите дежурства, но аз съм свикнал. Сутрин звънва алармата на телефона, ставам бавно, тук-там боли от носенето с носилката, леко главоболие и осъзнавам, че нищо не се е променило. Измивам се, пия едно кафе и заминавам за поредното си дежурство. Закуска няма, за обяд не мисля, ако съберем с колегите стотинките може и да си купим нещо, в повечето случаи няма време - набързо едно кафе от автоматата и заминаваме! Ех, живот ли е това?

рива, отчети, актове за наличност, помагам на доктора на адрес, защото сме само двамата, помагам при израждане, травми, инфаркти, инсулти, пияни, дрогирани, аз нося чантата, аз подготвям игли, абокати, спринцовки, катетри, при травми и т.н. винаги с каквото мога помагам на доктора при всичко - а се водя само шофьор на линейка!

Чудя се колко още нападки ще има срещу нас, колко още хора трябва да загинат заради липса на екипи, какво трябва още да направим, за да ни чуят там горе - може би да спира работа, както предлагат някои колеги - единственият начин да получим това, което заслужаваме? Разбира се, че можем, но възниква въпросът: ще стане страшно, какво ще стане с пациентите, ще поемат ли господата управляващи вината за всеки пациент, изпитал болка и страдание, или ако те доведат до неговия фатален край? Няма разбира се, и това е единствената причина, която ни спира, хуманността в нашата работа е огромна и чиста.

И така вечер лягам и започвам да си мисля: Ще се осъзнаят ли тези там горе, ще ми вдигнат ли със 100% заплатата, ще ми вдигнат ли купоните на 10 лв. на дежурство, ще приемат ли закон за спешната помощ, ще инкриминират ли обидите и посегателствата срещу нас, ще получим ли всички привилегии, които получават останалите спешни служби, ще мога ли да живея като нормален човек, чаканш това вече 22 год., ще мога ли да си издържа семейството, да ида на зъболекар, да си купя дърва, да си платя заемите, ще престанат ли да се подиграват със санитарката на филиала, която е в мръсотията, която помага при пострадали и куп други неща, а дори не получава купони, с медицински сестри, които остават сами, когато ние сме на повикване с доктора и тръпнещи от страх какво ли може да дойде и дали ще реагирам правилно, с лекарите, учили по 5-8-10 години несвършаемата наука "Медицина", ще се промени ли Закона за движение по пътищата, за да взимат книжките на тези, които не дават път на линейка, и да можем да караме на дълги в градски условия и по второкласен път, за да не блъснем и ние някой и да виждам пътя по-



това е най-ангажираната спешна служба и държавите дават много пари за нея, те са на отделно финансиране, защото са спешни служби и държавата е длъжна да дава дори и последните си стотинки за това! А тук линейките по филиалите дори нямат навигация, нямат оригинални сини лампи, а някакви фалшиви, които постоянно се чупят. Навсякъде по света линейките карат пациентите в болници, там си ги поемат други лекари и екипът на линейката си заминава в очакване на другото повикване! Всичко, което преди години е построено - от болници във всеки град, в селата здравни служби, поликлиники, нямаше лични лекари, всеки свободно и безплатно си ходеше на доктор - сега всичко се разруши, и докато не осъзнаете, че не са по-важни разните десетки полицейски служби с големите заплати, или съдебна система с многото привилегии, които виждаме как работят, дори Европа го каза, или това как да дадете поредните милиони за НСО и смяна на депутатските БМВ-та

Вие, господа, знаете ли какво е да те гледат родителите, да плачат, да пишат, да си скубят косите и да те



Десислава Атанасова, председател на Комисията по здравеопазване в Народното събрание:

СЪЗДАВАНЕТО НА АКРЕДИТАЦИОНЕН СЪВЕТ ЩЕ Е ПОЛЕЗНО ЗА ВСИЧКИ

За саморегулацията на съсловната организация, за работещите в системата и за пациентите

- Г-жо Атанасова, здравеопазването се тресе от скандали. Къде е мястото на здравната комисия при решаването им?

- Комисията по здравеопазването, като част от законодателния орган, взема отношение по въпроси, свързани с дейността на изпълнителната власт чрез контролните си функции. В последната седмица обществото реагира негативно на информацията с получените средства за допълнително материално стимулиране (ДМС) в администрациите и на въпросите по ценообразуването и реимбурсирането на лекарствените продукти в България. В резултат на това бяха подадени оставки и от Управителя на НЗОК и от зам. министър на здравеопазването.

- Редно ли е, според вас, пари от глоби на лекарите да отиват за поощрения на тези, които ги налагат? Това не е ли конфликт на интереси и обмислят ли се законодателни промени?

- Вече има постъпило предложение от БЛС за отмяна на чл.108, ал.3 от ЗЗО, касаеща разпределянето на средства за ДМС в размер на 25% от събраните глоби от изпълнителите на медицинска помощ. Предстои да го обсъдим в Комисията. По втората тема за ценообразуването и реимбурсирането на лекарствените продукти в България - тъй като е въпрос с изключително обществено значение, като председател на Комисията по здравеопазване инициирах, в рамките на правомощията, дадени ми от Правилника за организацията и дейността на Народното събрание, изслушване в ПКЗ на отговорните институции и органи, които участват във формирането и изпълнението на медицинските изделия политика в областта на лекарствените продукти. Целта на това изслушване беше да се предприемат конкретни промени. С решение на Комисията сме задължили министъра на здравеопазването в двуседмичен срок да ни представи оперативен анализ за ценообразуването и реимбурсирането на лекарствените продукти и конкретни мерки по отношение на намаляване цените на лекарствените продукти.

- Каква е законодателната ви програма за тази парламентарна сесия и предвижда ли тя реформа в здравеопазването?

- Програмата предвижда разглеждането на няколко законопроекта за изменение и допълнение на важни здравни закони. Така например промените в Закона за здравето, свързани с въвеждането на пълна забрана на тютюнопушенето на обществени места и

забраната за продажба на енергийни напитки на лица под 18-годишна възраст, вече са приети с пълно единодушие на първо гласуване в Комисията по здравеопазването. Предстои приемането им на първо гласуване и от пленарна зала. ЗИД на Закона за лечебните заведения беше приет от пленарна зала на първо гласуване след уверенията от страна на министъра на здравеопазването, че между първо и второ гласуване ще бъдат обсъдени спорните текстове и ще се опитаме да намерим консенсусни решения. ЗИД на Закона за медицинските изделия, който в основната си част е синхронизиран, е одобрен.

Десислава Атанасова е първата жена, председател на парламентарната комисия по здравеопазване. Родена е в Дулово. Завършила е право, била е юрисконсулт на русенската болница. Атанасова е избрана за депутат от ГЕРБ. Постъп в здравната комисия заема след като Лъчезар Иванов подаде оставка.

вижда и регламентиране в Закона за здравето на получаването на медицинските изделия от пациентите само в лечебните заведения, където се лекуват, вече е приет на първо гласуване както от Комисията, така и от пленарна зала. Предстои обсъждането на някои предложения, които следва да бъдат направени при второ гласуване на законопроекта, за да бъдат изцяло постигнати целите, които са заложени в мотивите, а именно достъпни и качествени медицински изделия за българските пациенти.

- Промените в Закона за лечебните заведения предизвикаха доста критики както от опозицията, така и от депутати от вашата парламентарна група. При какви условия законопроектът може да мине и на второ четене?

- Сформирана е работна група от народни представители, членове на Комисията по здравеопазването, представители на всички парламентарни групи в 41-то НС, която ще

изготви предложения по спорните текстове. Мисля, че има политически консенсус за основните промени в законопроекта и при второ гласуване, с изготвените предложения от работната група, считам че ще бъде намерен оптималния вариант както за работещите в системата на здравеопазването, така и за българските пациенти. Ще се опитаме да намерим "златната среда", така че системата да бъде оптимизирана, като в същото време българското здравеопазване да бъде на високо ниво, качествено и достъпно за всички граждани на нашата страна.

- Какво е вашето мнение - трябва ли Националната здравна карта да стане задължителна и това няма ли да доведе до закриването на малките болници?

- Съгласно действащото законодателство, чл. 34, ал. 4 от Закона за лечебните заведения, Националната здравна карта е задължителна за разпределението на лечебните заведения (болници, центрове за спешна медицинска помощ, за

трансфузионна хематология, за психично здраве, за кожно-венерически заболявания, комплексни онкологични центрове и домове за медико-социални грижи, както и лекарите и лекарите по дентална медицина, необходими за извънболничната помощ в Република България) и за финансирането на заплащаните от НЗОК медицински дейности, с изключение на лечебните заведения по чл. 8, ал. 1 (лечебни заведения за извънболнична помощ), създадени от лекари по дентална медицина. Това е разпоредба, която действа от 31.07.2010 г. До момента аз лично не съм получила информация, че този текст от закона е довел до закриване на малките болници.

- Ще има ли тотална забрана на пушенето на обществени места от юни 2012 г.?

- Законопроектът е приет на първо гласуване от Комисията по здравеопазване на 15 февруари. Не бих могла да се ангажирам с прогноза дали в пленарна зала ще бъде подкрепен, но се надявам народни-

те представители да отчетат неговата значимост за превенцията на здравето на българските граждани.

- Предвижда се да се забрани продажбата на енергийни напитки на деца. С това няма ли да направим прецедент в Европа?

- По отношение на тази забрана, на заседанието на комисията представителят на Министерството на икономиката, енергетиката и туризма изрази становище, че е налице необходимост от прилагане на нотификационна процедура по Директива 98/34/ЕО, за което при съгласувателната процедура при подготовката на законопроекта са обърнали внимание на Министерство на здравеопазването. Самата процедура продължава три месеца, след което ако е необходимо компетентните институции в България трябва да изразят своето становище и едва тогава Народното събрание да вземе своето решение. Министър Константинев на заседанието заяви, че тази процедура не е започнала, този факт също може да забави влизането в сила на закона за изменение и допълнение на Закона за здравето.

- Ще имате ли време да разгледате и Закона за сурогатното майчинство? Успяхте ли да убедите Светия синод, че в него няма нищо противоречащо на християнските ценности?

ките ценности?

- Въвеждането на сурогатното майчинство налага промяна в няколко закона. На първо място в Семейния кодекс, който урежда произхода на детето и където следва да бъде уредена процедурата по одобряването от съда на договора за сурогатно майчинство и неговите реквизити. На второ място е необходима промяна в Закона за здравето, където да бъдат уредени предпоставките от здравословен характер, при които ще се допуска сурогатно майчинство. Това са здравословните причини, поради които съпругата не може да износи своето дете. И на трето място, необходимостта от законово уреждане на последиците от допускането на сурогатното майчинство за ползващите се от заместително майчинство майка и роденото дете, налагат промени в Кодекса на труда, Кодекса за социално осигуряване и Закона за гражданската регистрация. В Комисията по правни въпроси започна обсъждането на промените в Семейния кодекс

и ако бъдат приети, Комисията по здравеопазване незабавно ще започне разглеждането и обсъждането на промените в Закона за здравето.

По отношение на първоначалното отрицателно становище на Светия синод, бих искала да отбележа, че не ми е известно някой от народните представители от групата на ГЕРБ да е водил някакви разговори със Светия синод по този въпрос. Аз мисля, че протеста на семействата с репродуктивни проблеми на караха църквата да преразгледа и преосмисли първоначалното си негативно становище.

- Какви закони ще гледате във връзка с предстоящото въвеждане на диагностично-свързаните групи?

- Доколкото ми е известно, законодателното уреждане на въвеждането на диагностично-свързаните групи е все още на ниво дискусия в Министерството на здравеопазването. Очаква се в следващите месеци, след задълбочен анализ, да има конкретни предложения относно необходимите законодателни промени, които следва да се направят, за да бъде въведен този метод на финансиране на болничната медицинска помощ. Към момента в Народното събрание няма постъпили законопроекти от Министерски съвет, уреждащи тази материя.

- В последно време се заговори отново за Лекарска камара. Според вас може ли БЛС да изпълнява тази функция?

Доколкото знам въпросът за Лекарска камара стои от години пред съсловната организация на лекарите и вече са правени опити за структурни промени, които не са приети от съсловието. Не е важно как ще назовем една структура, важно е тя да е работеща, важно е наистина да удовлетворява нуждите, визията за развитие на членовете, които участват в нея и изключително важно е то да има ефект в самата лечебна дейност, тоест, да се отнася пряко до пациентите на Република България. Съгласно закона, на Лекарския съюз са вменени две изключително важни функции - изработването на правила за добра медицинска практика и продължителното следдипломно обучение и квалификация на лекарите. Смятам, че създаването на Акредитационен съвет от Българския лекарски съюз, научните дружества, и университети и използването на техния научен капацитет, потенциал и хабилитирани лица ще е полезно за всички. За съсловната организация - да се саморегулира, да се самоусъвършенства, а не някой друг откъм да налага правилата. За самите работещи в системата - именно те да са хората, които трябва да определят правилата, начина и формите на квалификация. За пациентите - за да са уверени, че на обучени и квалифицирани специалисти поверяват здравето и живота си.

- Подготвят ли се промени в Закона за съсловните организации и какви са те?

- В момента не се предвиждат такива.

АРХИВ QV

По-добре сами да направим промените

Предложенията за промени са в изпълнение на президентната платформа на д-р Цветан Райчинов, председател преди да бъде избран за председател на УС на БЛС. Към тях са включени и предложенията на РЛК...

Вече имало идеи сред някои политици за подобно нещо.

(бр.3, 31 март 2011 г.)

АВСТРИЙСКАТА ЛЕКАРСКА КАМАРА Е ИДЕНТИЧНА ПО СТРУКТУРА С БЛС

Българският лекарски съюз и Австрийската лекарска камара са идентични по структура - изградени са на принципа на регионални колегии и централно ръководство...

Съпоставката с австрийската съсловна организация е уместна, тъй като Австрия е с население около 7,5 млн. души...

Загълни се това, което донякъде отличаваше Българския лекарски съюз от лекарските камари в някои европейски страни.

И продължаващото обучение, и правилата за добра медицинска практика са ангажирани на БЛС по закон.

Никакъв договор за работа на лекар не може да бъде сключен, без да е минал през камара - точно както във Франция.

"Като стимул при продължаващото и следдипломното обучение колегите изтъкнаха факта, че лекарят с висока квалификация и с покрити точки има винаги предимство при кандидатстване за работа и обикновено получава по-висока заплата."

(бр.9, 30 септември 2011 г.)

Засега Лекарите не искат Съюзът да стане камара

След бурни дебати, продължили няколко часа, делегатите на 52-рия извънреден събор на Българския лекарски съюз решиха да не променят Устава на съсловната организация.



БЛС да изпълни основните си задължения - продължаващото обучение и създаването на правила за добра медицинска практика.

(бр.4, 30 април 2011 г.)

След реакцията на БЛС срещу тезата на проф. Начев за лекарска камара, той смени изцяло позицията си

След вчерашното получено интервю на проф. Г. Начев в национален всекидневник, последвала остра реакция на БЛС и на много лекари от цялата страна.

Този път той дори подчерта, че идеята за лекарска камара не е нова и БЛС вече работи по нея, като урежда работите на Акредитационен съвет, може да се смята за начало на трансформирането на съюза в камара.

Съсловната организация се трансформира отвътре

Не наливайте масло в медуницата на тези, които искат авторитарно наложена структура!

Това е мотото на писмото на председателя на БЛС до проф. д-р Генчо Начев в отговор на извещенията на професора пред в. "Труд".

ГЛАС ОТ ГИЛДИЯТА

Да гаем отпор на опитите за регулация „отгоре“

Припомням на д-р Начев, че опитите за дерогация на правомоцията на съюза, дерогация на правата ни, дадени със закон, е опит за дерогация на правата на българските лекари.

дадат отпор и да защитят правото ни на свободна професия, труд и квалификация, която проф д-р Генчо Начев, благодарение а позицията си в "Св. Екатерина", твърде близка до властта и МЗ, и признанието му за добър лекар с авторитет, иска да ни отнеме.

(Из Отворено писмо от д-р Георги Тодоров, лабораторен лекар)

(бр.1, 4 февруари 2012 г.)

ПОСЛЕДНО ЛИ Е?

Проф. г-р Генчо Начев прегр Нова телевизия:

Мисля, че ако тази камара се развие в структурите на Лекарския съюз, няма нужда от никаква законодателна. Ако обаче трябва да се самостоятелна, т. е. Лекарският съюз не иска да има инициативата - той засега я има - тогава вече трябва да се мисли за законодателна промяна.

УСЪВЪРШЕНСТВАНЕТО НА ПРОДЪЛЖАВАЩОТО ОБУЧЕНИЕ И ОЦЕНКИТЕ НА ЛЕКАРИТЕ СТАВАТ В СЪСЛОВИЕТО, А НЕ ПОД АДМИНИСТРАТИВЕН НАТИСЪК

- Акредитационен съвет към БЛС ще развива системата за следдипломна квалификация на медиците
Лекарският съюз, медицинските дружества и университетите обединяват усилията си
Правилата за добра медицинска практика ще защитават докторите от непрофесионални интерпретации



публикуват на сайта на съсловната организация.

Създаването на Акредитационен съвет е една важна стъпка за съсловие, подчерта на първото заседание председателят на СБМС

доц. д-р Тодор Попов. "Давиднем на крака една системата, която беше колабирала, и да върнем доверието на обществото", каза той и припомни, че трябва да се влищем в европейските стандарти.

Сеге в докладите пише, че правилата за акредитация в България не са ясни. Доц. Попов съобщиха, че имаме морална и интелектуална подкрепа на т. нар. Римска група и нейни членове участват в европроект за развитието на системата у нас.

Лекарският съюз организира, координира, провежда и регистрира продължаващото медицинско обучение на лекарите, регистрира индивидуалните кредити, получени от всеки лекар в регистър на участвалите в обучението. Това е записано в договора между БЛС и СБМС.

Остава немалко въпроси, на които ще се търсят отговори. Как, например да бъдат мотивирани лекарите, за да се включат в продължаващото обучение - стимули, санкции или бонуси? И един "странен" въпрос - Акредитационният съвет към БЛС ще стопира ли апетитите за административен натиск в сферата на следдипломното обучение и правилата за добра медицинска практика?

СЪСТАВ НА АКРЕДИТАЦИОННИЯ СЪВЕТ

ПРЕДСТАВИТЕЛИ НА БЛС
д-р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ - ЗАМ.-ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС
д-р ГЕОРГИ СТАВРАКЕВ - ЗАМ.-ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС
Проф. д-р ТОДОР ЧРНЕВ - ЧЛЕН НА УС НА БЛС
д-р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ - ЧЛЕН НА УС НА БЛС
д-р МЕТОДИ МАДЖАРОВ - БЛС - РЛК СОФИЯ
Доц. д-р ЛИЛИЯНА ХАВЕЗОВА - ЧЛЕН НА УС НА БЛС

ПРЕДСТАВИТЕЛИ НА СЪЮЗА НА БЪЛГАРСКИТЕ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ:
Проф. д-р ГЕНЧО НАЧЕВ - СЪЛС "СВЕТА ЕКАТЕРИНА"
Проф. д-р АСЕН ГУЛЕВ - ДРУЖЕСТВО НА КАРДИОЛОЗИТЕ
Проф. д-р ЗДРАВКО КАМЕНОВ - КЛИНИКА ПО ЕНДОКРИНОЛОГИЯ
УМБАЛ "АЛЕКСАНДРОВСКА"
Доц. д-р ВАСИЛ ХАДЖИДЕКОВ - СБМС
Доц. д-р ЕМИЛ ВОДЕНИЧАРОВ - МУ - СОФИЯ, КАТЕДРА ПО ХИГИЕНА
Доц. д-р НИКОЛАЙ ПЕТРОВ - ВМА

ПРЕДСТАВИТЕЛИ НА МЕДИЦИНСКИТЕ УНИВЕРСИТЕТИ
Доц. д-р ВАСИЛ ДИМИТРОВ - ЗАМ. РЕКТОР, МУ - СОФИЯ
Доц. д-р БОРИСЛАВ КИТОВ - МУ - ПЛОВДИВ
Доц. д-р ЗЛАТКО ТРИФОНОВ - ТУ - СТАРА ЗАГОРА, МФ - ЗАМ. ДЕКАН
Проф. д-р АЛ. КУРТЕВ - МФ КЪМ СУ - СОФИЯ
Доц. д-р ИВАН ЛАЛЕВ - МУ - ПЛОВДИВ
Доц. д-р СТОЯНКА ПОПОВА - МУ - ВАРНА

ГЛАВНИ ЕКСПЕРТИ
АКАД. Д-р ПЕТЯ ВАСИЛЕВА
Д-р ТОДОР ХИНОВ

ЕВРОПЕЙСКИ АКРЕДИТАЦИОНЕН СЪВЕТ СЕ ГРИЖИ ЗА НЕПРЕКЪСНАТОТО МЕДИЦИНСКО ОБРАЗОВАНИЕ (ЕАСПМО)

Това ще доведе до повишена нужда от европейски обмен на ПМО кредити, получени от отделни лекари извън собствената им страна.

През 1999 г. Управителният съвет реши да създаде ЕАСПМО, който да улесни достъпа на европейските лекари до качествено ПМО, да допринесе за качеството на ПМО и да направи възможен обменът на ПМО кредити в Европа.

Ключов елемент в този процес е качественият контрол на дейностите по ПМО. Решено бе това да се извърши по децентрализиран начин, като се ползва експертният опит на съществуващите европейски и национални съсловни организации, действащи в тази област.

Изпълнителен комитет, който се състои от Председател, Генерален секретар, конвекцион и служебят за връзка по разглежданите въпроси.

През 1999 г. Управителният съвет взе решение за създаване на ЕАСПМО и през януари 2000 г. ЕАСПМО започна да действа.

Друг орган на ЕАСПМО е Консултативният съвет по ПМО на ЕСМС, в който пряко са представени националните органи, регулиращи ПМО. За много страни това представителство е идентично на представителството в Управителния съвет, но съществуват важни изключения като Белгия, Франция, Германия, Ирландия и Великобритания.

Причина Консултативният съвет е ключов елемент в ЕАСПМО. ЕАСПМО може да настъпи в Консултативния съвет и съответните професионални организации.

Ежедневните дейности на ЕАСПМО се ръководят от Изпълнителния комитет на ЕСМС и неговия Секретариат в Брюксел. Още от самото начало на ЕАСПМО беше ясно, че националните професионални регулаторни органи биха одобрили една структура, която прави възможно обмяната на ПМО кредити в Европа.

ването, че в рамките на няколко години ще има задължително пресертифиране и че ПМО кредитите ще играят важна роля в това пресертифиране.

ЕАСПМО получи своя мандат от националните регулаторни органи, но с някои особености:
- Да се запази националният орган. ЕАСПМО не трябва да се превърща в наднационален орган, а да служи като връзка и център за събиране, класифициране и обмен на информация между националните регулаторни органи.
- Националният регулаторен орган в страната, където се извършва всяка една дейност, трябва да има последната дума по отношение акредитацията на дейността.

Новата концепция беше представена в Народното събрание

По искане на проф. д-р Генчо Начев и по покана на парламентарната комисия по здравеопазване ръководството на Българския лекарски съюз се срещна с депутатите и представи своя проект за продължаващо медицинско обучение и квалификация.

Като цяло, депутатите от всички парламентарни групи приветстваха инициативата на БЛС и остана отворени за предстоящи дискусии, с оглед развитието на проекта в най-добрия за съсловието вариант.

КОМЕНТАРИ

Ваньо Шарков, СДС:

Името на БЛС е традиция и трябва да се запази

Темата за създаването на Лекарска камара съществува от 2001 - 2002 година. В момента смятам, че Лекарската камара трябва да е тази част от БЛС, която се занимава с акредитацията и продължаващото обучение на медиците.

Мая Манолова, БСП:

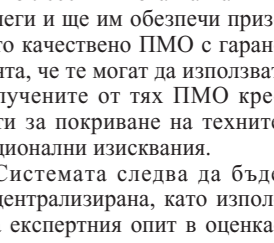
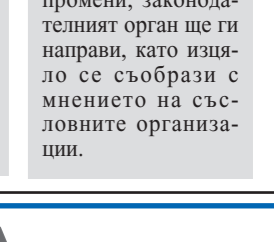
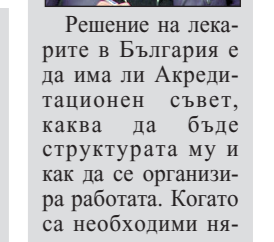
Законодателите ще се съобразят с мнението на съсловните организации

Решение на лекарите в България е да има ли Акредитационен съвет, каква да бъде структурата му и как да се организира работата.

Хасан Адемов, ДПС:

Информацията да слезе надолу

Не знам дали структурите на Лекарския съюз са запознати, а това е много важно, защото те са хората, които ще бъдат обект на приложението на акредитационната методика.



(От уебсайта на ЕСМС, със съкращения)

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

След договорка между МЗ и Националното сдружение на ОПЛ

ПОВЕЧЕ РАБОТА - ПО-МАЛКО ЗАПЛАЩАНЕ ЗА ЛИЧНИТЕ ЛЕКАРИ

През второто полугодие на 2011 г., със заповед на министъра на здравеопазването д-р Стефан Константинов беше структурирана работна експертна група за изготвяне на промени по наредбите касаещи основния пакет за медицински дейности и наредбата за диспансеризация и за диагностиките за хронични заболявания - това са № 40, 39, 38. В продължение на 3 месеца от страна на БЛС се даваха предложения но накрая не се приеха от самия министър. През декември 2011 г., когато преговорите вече бяха почти финализирани, изведнъж се появи корекция в Наредба № 40, с която настъпиха промени и в другите 2 наредби-38 и 39. Заслужено се дава възможност на общопрактикуващите лекари да диспансеризират, да наблюдават и лекуват пациенти с всички диагнози, които до момента бяха приоритетни за специалистите. С малки изключения за някои специфични и онкозаболявания хоризонтът за изява беше открит. Всички са доволни, че в центъра на избора кой лекар да наблюдава пациента е неговата лична изява.

Какво се случи от така договорените промени между министъра на здравеопазването и представителите на Националното сдружение на общопрактикуващите лекари в България, както главно информацията от МЗ?

1. Диагностите, по които могат ОПЛ да диспансеризират пациентите, се оказаха безкрайно много.

2. Излезе приложение с МКБ кодове и комбинациите с тях в

22 таблици към първото Указание от НЗОК за работа по диспансеризацията както за ОПЛ, така и за СИМП.

3. Поради късно предложената Наредба от МЗ до участниците в преговорите, фирмите поддържащи софтуерните програми в извънболничната помощ не успяха навреме да ги

4. През отчетния период на февруари на много ОПЛ бяха сторнирани плащания по диспансерно наблюдение, защото програмите не бяха синхронизирани в продължение на месец и това струваше намален приход при извършена работа за тези пациенти.

бъде изследван и наблюдаван по пакета, който е за СИМП, защото ще му нарушиш правата в сравнение с кошията, който остава при специалиста.

6. Това специализирано наблюдение от ОПЛ изисква повече време, преценка, натоваване и естествено квалификация, за да по-



ронарография и поставени коронарни стентове или с байпас могат да останат при ОПЛ.

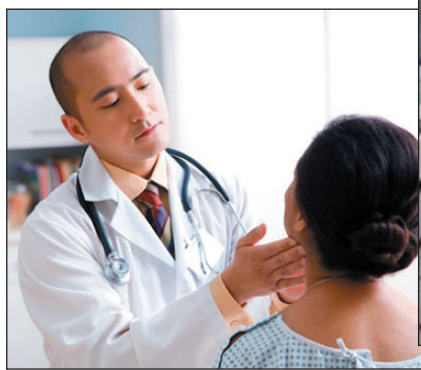
8. Всички видове захарен диабет със и без

работата на ОПЛ бяха повече от унижителни за сметка на широтата на дадените и признати медицински умения и квалификации на всички специалисти на всички нива в здравеопазването. Оценката на много институции за работата и квалификацията на ОПЛ беше тенденциозно деформирана в посока на принизени знания, с което дойде и negliжирание на мястото на тези лекари в гилдията. В продължение на 10 години те не спираха да се доказват и да се квалифицират по всякакви възможни форми на обучение и успеха да спечелат доверието на пациентите си. Ще спечели ли обаче ОПЛ от големия товар, с който ще се нагърби да изпълнява, ще му бъде ли по-добре заплатен трудът за тази високопрофесионална отговорност?

Предимството в случая е за хората от провинцията и малките градове, които ще спестят време и средства за пътуване, ако избягат наблюдение от семейния си лекар. Ако той не посмее да лекува такива сложни пациенти дали няма да олекне авторитетът му, в сравнение с колегата от съседния кабинет? Нормално е да се задават подобни въпроси. На кого, в крайна сметка, беше нужна тази отговорност, след като не е съпроводена с по-добро финансиране за показани по-високи професионални умения?

До тук за мен лично равностойността е такава - повече отговорности, повече напрежение и работа, по-малко финансово изражение.

АРХИВ QV



Общопрактикуващите лекари бяха „пуснати“ първи в реформата...

адаптират към безкрайните предложени промени в двете приложения за диспансеризация - това за ОПЛ и това за СИМП.

5. Оказа се, че пациентът отказал се да бъде наблюдаван от СИМП и предпочел своето ОПЛ, трябва да

еме съответния риск за диагнозата.

7. Всички сърдечно-съдово болни след ко-

усложнения могат да останат при ОПЛ.

9. Всички други ендокринни заболявания, хематологични заболявания и др. също могат да останат при ОПЛ.

10. Естествено ако пациента го пожелае.

Тези промени за НРД 2012 изненадаха даже собствените автори на проекта, в лицето на общопрактикуващите лекари от националното сдружение.

Добре е да си припомним, че лечебните и диагностичните дейности на общопрактикуващите лекари още от старта на промяната през 2000 г. бяха силно ограничени. Наложените рестрикции за

По принцип диспансерно наблюдение на пациенти с хронични заболявания се провежда по определени правила и от определени специалисти по диагностиките им. Тези правила се изработват от консултанти по съответните специалности-било с участие на национални консултанти, било от водещи и хабилитирани специалисти и преподаватели в медицинските университети, както и от експерти, посочени от съсловната организация-БЛС. Структурират се работни групи с участието на тези експерти обикновено към минис-

терството на здравеопазването, внасят се предложения и се изработва един продукт, който се представя на министъра на здравеопазването за одобрение, съгласуване по спорни текстове и се публикува в Държавен вестник като съответна наредба, по която се извършва наблюдение и лечение на хронично болните пациенти в България. Това е обичайната технология за изграждане и структуриране на нормативни документи, касаещи работата на лекарите в страната при запазени добри професионални и съсловни отношения между отговорните институции.



Австрийската ДСГ система

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



Продължение от миналия брой

Аспекти • Аспекти • Аспекти • Аспекти

ДСГ модел и ДСГ система

ДСГ моделът е регулаторна рамка (инструмент) за стандартизирано групиране и точкуване на болничните престои на пациентите в цялата страна. Той включва конкретни дефиниции на всички фиксирани ставки на процедурно-ориентираните случаи (разпределителни критерии, дефинирани периоди на хоспитализация, LDF точки (процедурно ориентирани диагностично свързани групи случаи), на допълнителните точки за реанимация и на всички специални области (напр. съоръжения в палиативната медицина) и специални случаи (напр. едноклинични престои, изключения относно хоспитализационните периоди).

ДСГ системата описва използването на ДСГ модела за уреждане на таксите за хоспитализацията на пациентите в рамките на провинциалния здравен фонд или PRIKRAF. Тя съдържа определението за финансовия обем, който се урежда чрез ДСГ системата, информация за начина за определяне на ДСГ точковите стойности за начисляване,

професионалните функции на определени болници, които да се имат предвид при всички случаи в контекста на ДСГ обхвата на контрол и допълнителните разпоредби, предвидени при всички случаи за финансиране на инвестициите и допълнителните сфери на обслужване (напр. болничния сектор за външни пациенти, учебните съоръжения).

Провинциалните здравни фондове трябва да са обезпечени с достатъчни суми, така че най-малко 51% от текущите разходи на болниците (включително амортизациите) да се финансират от оборота (припечелените доходи) в съответствие с пазарните условия.

Възможността за създаване на базов фонд в провинциалния здравен фонд в рамките на ДСГ системата означава, че макар точките на фиксирани ставки да са стандартизирани в цялата страна, по отношение на разпределението на ресурсите на ниво провинция могат да се ползват различни точкови стойности.

Структури

Федералната здравна комисиция (BGK), като орган на Федералната здравна агенция (BGA) отговаря за определяне на условията, свързани с режима на ДСГ модела. Федералната здравна комисиция е съставена от представители на националното правителство, социално-осигурителните институции, всички провинции, представители на интересите на градовете и местните власти, болници на различен вероизповедания, представителни организации на пациентите и Австрийската медицинска камара, както и други членове без право на глас.

Работната група по ДСГ - комитет, създаден от Федералната здравна комисиция, се занимава с поддържането и по-нататъшното развитие на ДСГ модела, подготвя планираните за следващата година промени и улеснява обмена на знания на по-ранен етап. Всички съответно заинтересуваните страни в австрийската система на здравеопазване са представени в този комитет.

Цели на ДСГ системата

Свързаните с ДСГ цели са:

- повишена прозрачност по отношение на разходи и процедури,
- устойчиво ограничаване на темповете на нарастване на разходите,
- оптимизация на използването на ресурсите,
- по-кратки болнични престои и намалена честота на стационарно лечение в съответствие с медицинските изисквания,
- намаляване на ненужните процедури,
- като резултат от прехвърляне на процедури към доболничния сектор, в съответствие с медицинските и чисто икономическите изисквания, работата на болниците се облекчава,
- необходими структурни промени (в т.ч. съкращаване на ползваните легла), и
- набор от инструменти за планиране и регу-

латорни мерки в областта на здравната политика, стандартизирани за цяла Австрия и лесни за управление

При проектирането на ДСГ системата трябва да се спазват следните предпоставки:

- реимбурсирането на престои в болница трябва да се определя от патологията и медицинските/обгрижващите процедури,
- реимбурсирането трябва да се извършва чрез фиксирани ставки на база действително направени разходи,
- системата трябва да е прозрачна и разбираема,
- системата трябва да може да се адаптира към текущото развитие и към по-нататъшно динамично развитие,
- тя трябва да отговаря в еднаква степен на медицинските и икономическите изисквания.

Произход и развитие през годините

До 1996 г., реимбурсирането в Австрия се основаваше на модела за плащане на ден. В този смисъл, всеки престой в болница беше заплащан на база броя на дните (= броя на календарните дни, прекарани в болница). Определена сума за ден (за пациентите от социалната осигурителна система = реимбурсирана сума на таксата за получените грижи) се таксува за сметка на получателя (обикновено съответната институция за социално осигуряване). Това заплащане се правеше независимо от процедурите, през които е минал пациентът, и болестта, от която той страда. Останалите болнични разходи обикновено се поемаха от различни платци под формата на "загуби от дейността".

От 1997 г. австрийските болници основно се финансират чрез австрийската ДСГ система - адаптирана да отговори на австрийските рамкови условия. Австрийската ДСГ система всъщност "ПДСГ" - система на процедурно и диагностично свързани групи, тъй като предоставяните процедури, в допълнение към диагностичните, са основния критерий за разпределение към групите случаи. Многогодишни обсъж-

дания, прозрачност на болничните разходи, въвеждането на национално стандартизирана документация на база Международната класификация на болестите (МКБ) на СЗО и разработката на национално стандартизиран каталог на процедурите в болничния сектор, подробен анализ на разходите на случаите с фиксирани ставки в сътрудничество с много референтни (еталонни) болници, пилотни проучвания - всички горепосочени бяха съществени предпоставки за въвеждането от 1997 г. в страната на новата тогава система в болниците, финансирани с обществени средства.

Първият модел за използване в цяла Австрия - моделът на ДСГ за 1997 г. - беше разработван от началото на 90-те години на 20 век. Една от приоритетните задачи в тази разработка беше да се определят фиксирани такси, които се различаваха една от друга по структура на разходите и от гледна точка на медицинските им характеристики и които трябваше да са взаимно разходо-обвързани в съответствие с действителните условия.

За определяне на конкретните специфични раз-

ходи, общо 20 болници от цяла Австрия бяха вербувани за изчисляване на разходите по техните



процедури на база на каталога на процедурите. Тези болници са известни като "референтни болници". Изчислените там разходи на базата на 500 000 престои в болници бяха представителни като цяло за всички болници в Австрия и по този начин осигуриха икономическата основа за модела.

Междудисциплинарен екип на лекари, икономисти и статистици проектираха първия ДСГ модел. Стана ясно, че патологията (основната диагноза) е основен критерий

за разпределение в групи с фиксирани ставки само при три пети от всички, а при другите две пети гла-

дани "процедурно-ориентираните диагностично-свързани групи случаи" ("Leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen" - LDF).

За осигуряване на максимална медицинска приемливост на модела, медицински специалисти от всяка област бяха поканени да вземат основно участие в изготвянето на отделните фиксирани ставки. От въвеждането му през 1997 г., ДСГ моделът се подлага на годишна поддръжка (обновяване). Допълнително, моделът от 1999 г. съдържаше подробни промени в документацията и точкува-

нето за специалностите реанимация и онкология. През 2001 г. се премина от диагностичната документация на МКБ-9 към МКБ-10. В модела на 2002 г. отново бяха осъществени основни промени, тъй като въвеждането на еврото, от една страна, наложи адаптиране, и от друга страна, съществуващите фиксирани ставки бяха осъвременени на базата на осчетоводяване на крайните разходи по процедурите. От 2002 г. ДСГ системата се използва и за разпределение на ресурсите на социалното осигуряване в болниците, работещи с Фонда за финансиране на частните болници (PRIKRAF).

През 2009 г. се направи по-нататъшно подробно коригиране на ДСГ модела и точките като резултат от осчетоводяване на крайните разходи, и бе въведена нова класификационна система за каталога на процедурите, като в същото време правилата за документирани на множество процедури бяха опростени. Разходната база за модела на 2009 г. и нататък е 2005 г., където една ДСГ точка отговаря на едно евро.

Продължава в следващ брой

Превод: Ели Генова

Живеем по-зле от сърбите и черногорците

● И Албания ни изпреварва по качество на здравеопазването

Качеството на живот у нас е по-лошо в сравнение със страни, които не са членове на ЕС. България е на 30-о място по този показател от 35 страни, като ни изпреварват дори Сърбия и Черна гора, а по показателя качество на здравеопазването пред нас е и Албания. Това показва индексът на настигането www.TheCatchUpIndex.eu, който отчита нивото на сближаване сред 35 страни в Европа -27-те страни членки на ЕС плюс кандидатсващите за членство. Индексът на настигането измерва и сравнява страните по 47 индикатора от четири категории - икономика, качество на живот, демокрация и управление. Той отговаря на въпроса до каква степен новите страни членки от Централна и Източна Европа (ЕС10) са настигнали "старите".

Общо България е на 28-о място от 35 страни, като пред нас е и новоприетата Хърватска. За България индексът на

настигането показва, че страната ни има по-лошо качество на живот, отколкото икономическите показатели предполагат, посочи Ася Кавръ-



кова от институт "Отворено общество". Спрямо показателите си 35-те страни могат да бъдат разделени условно на шест групи. Начело в класацията е Люксембург заедно със северните страни - Швеция, Норвегия, Холандия, Да-

ния и Финландия. България е в предпоследната пета група в компанията на балканските страни - Хърватска, Румъния, Сърбия, Черна гора и Маке-

дония. В категориите икономика, демокрация и управление България заема 28-а позиция след Хърватска и Румъния, като единствено по качество на живот сме 30-и, като ни изпреварват Сърбия и Черна гора, показва още

класацията.

По качеството на здравеопазването дори албанците имат по-висока удовлетвореност от българите, отбелязва Кавръкова.

В икономиката българските плюсове са ниското ниво на държавен дълг и относително високо ниво на заетост спрямо средните за ЕС. Минусите са за липсата на пътища, а по показателя енергиен интензитет България има дори нула, посочи експертът от "Отворено общество".

През миналата година България е отстъпила с три места до 74-то от 142 страни в индекса за глобална конкурентоспособност спрямо година по-рано. Индексът измерва 12 индикатора, като предимствата на България са макроикономическата стабилност, данъчната политика и внедряването на иновативни решения. Най-големите проблеми пред бизнеса обаче са недостатъчно ефективната съдебна система, корупцията, административният капацитет и влошаващото се качество на работната сила, показва още изследването.

Милион медици ще липсват в Европа до 2020 г.



През 2020 г. в държавите-членки на Евросъюза ще има недостиг от 1 000 000 медицински професионалисти, каза пред Zdrave.net еврокомисарят по здравеопазване Джон Дали. Миграцията на здравни кадри е голям проблем за цяла Европа, включително от победни към по-богати държави и от Европа към САЩ, отбелязва еврокомисарят. Решението според него не е да се затворят границите, а да се създадат по-атрактивни условия за медиците, за да се задържат в страната си, както и да се работи за обучението на повече такива кадри.

ПРИПОМНЯМЕ

Улеснява се процедурата при подаване на заявление за ЕЗОК

Гражданите, които нямат възможност лично да подадат заявление за издаване на Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК) или да получат вече готовата им такава, могат да направят това чрез упълномощаване на друго лице. Отпада досегашното задължително условие за нотариална заверка на пълномощното. Това вече може да става с обикновено пълномощно, придружено от копие на личната карта на лицето, подаващо заявление или получаващо ЕЗОК от името на друг човек. Промяната е направена с цел да се улеснят гражданите, които по някаква причина са възпрепятствани да извършат тези процедури лично.

Заявление за издаване на ЕЗОК се подава в над 300 ешенски станции в цялата страна, като самата бланка се получава в пощата или може да бъде разпечатана от интернет страницата на НЗОК. Картата и услугата по издаването ѝ са безплатни.

ЕЗОК е документ, въз основа на който при престоя си в друга държава членка на ЕС здравноосигурените лица могат да ползват спешна и неотложна здравна (медицинска и дентална) помощ - според законодателството на съответната държава на престоя.

Над 70% от лекарите в Македония са недоволни от реформите в здравеопазването

Международният интернет проект www.healthgrouper.com, който представлява уникално средство за комуникация между лекарите от страните от Югоизточна Европа, обяви първия Специален доклад за удовлетвореността на лекарите от работата им. Изследването е направено сред практикуващи лекари в частни и държавни здравни заведения на територията на Република Македония.

Резултатите от проучването сочат, че повечето от лекарите не са удовлетворени от работата си. Основните причини са четири: размер на заплатата, отношението на държавните институции към лекарите, стреса от работата и липсата на реформи в здравния сектор. 79% от лекарите, практикуващи в държавните болници определят размера на заплатата като основна причина за неудовлетвореността си. Ниската заплата, лошите условия на работа, политическото влияние и заемането на работни места чрез ходатайство /връзки/ са основните причини, поради които 47% от ле-

карите, работещи в държавни здравни институции желаят да променят работното си място. От интервюираните лекари над 57% искат да напуснат държавата или да променят професията си. В чужбина биха работили и 50% от лекарите в университетските клиники, а 61% от всички интервюирани желаят да се прехвърлят от държавна към частна практика



Владимир Лазаревич

Владимир Лазаревич, създател на www.healthgrouper.com, председател на Регионалното събрание на СЗО за Европа за 2010/11 год. и бивш заместник министър на здравеопазването на Република Македония заяви

по повод публикуването на доклада: "Резултатите от това проучване показват реалното положение на лекарите в Македония. Голямо безпокойство буди огромният процент на лекари, практикуващи в държавния здравен сектор, желаси да заминат в чужбина. Това е сериозен индикатор, който не бива да се подминава от управляващите, защото пряко влияе върху качеството на услугите за пациентите. Проучването има за цел да акцентира върху този проблем не само в Македония, но и във всички държави от региона. Неудовлетвореността на лекарите от работата им, ниското заплащане и липсата на стимули са в основата на миграцията на медицински кадри и в съседна България, Сърбия, Румъния и др. Проблемът с изтичането на кадри и причините за това, трябва да бъдат ясно и категорично поставени пред управляващите. Необходимо е да се иницира открит дебат и да се търсят модели и решения за подобряване на ситуацията във всички страни от региона".

Следващото проучване за удовлетвореността на лекарите от работата им на Healthgrouper ще бъде направено в България.

„Кариери в бяло“ отново дава шанс за практика в чужбина

През март ще се проведе пролетното издание на "Кариери в бяло". Посетителите на шестото поред изложение имат шанса да се запознаят с възможности за работа в редица европейски страни като Великобритания, Ирландия, Германия, Франция, Швеция, Норвегия, Дания, Швейцария, както и в арабските страни.

Събитията в "Кариери в бяло" са посветени на всеки, който желае да развива кариера в областта на медицината. Изложението са подходящи за лекари, медицински сестри, стоматолози, фармацевти и пом. фармацевти, студенти, акушерки, физиотерапевти, лаборанти и др.

Медицинският персонал има възможност да получи работни предложения със стартови заплати от 2500 - 3000 евро, както и чудесни условия за работа. В някои страни се предлагат допълнително помощ при осигуряване на жилище и езикови курсове за цялото семейство. Изложителите на "Кариери в Бяло" предоставят и възможности за временна заетост за някои дестинации.

Събитията на "Кариери в бяло" 6 - Пролетно издание - ще се проведат в следните градове:

Пловдив - 3 март, в хотел "Тримонциум Принцес Дедеман"

Стара Загора - 4 март, в хотел "Мериан Палас"

София - 10 и 11 март, в хотел "Родина"

Тази пролет събитията ще се проведат в още 9 страни: Словакия (Кошице, Братислава), Унгария (Будапеща, Сегед), Чехия (Прага), Сърбия (Белград), Румъния (Букурещ, Тимишоара, Клуж-Напока, Таргу Мурес, Сибиу, Иаси), Гърция (Атина), Словения (Люблина) и Хърватия (Загреб).

Брюксел набира иновативни предложения за 127 млн. евро

До 15 май е срокът, в който български компании и сдружения могат да кандидатстват с проекти по програмата "Подкрепа за ИКТ политики", чиято обща стойност е 127 млн. евро, съобщи президентът на министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията.

Инициативата е част от Рамковата програма "Конкурентоспособност и иновации" на Европейската общност (2007 - 2013 г.). През тази година приоритетно ще се финансират пет теми.

24 млн. евро е бюджетът на тема "ИКТ за здравеопазване, достойно остаряване и социално приобщаване". Финансират се проекти в електронното здравеопазване и социалното включване, които подпома-



гат справянето със значими заболявания и насърчават активността на възрастните хора.

В раздела "ИКТ за интелигентни градове" са предвидени 27 млн. евро. С най-голямо бюджет - 41 млн. евро, е темата "Цифрово съдържание, отворени данни и креативност". Ще се финансират проекти за осигуряване на достъп до цифрово културно съдържание чрез Евро-

пейската библиотека EUROPEANA, развитие на нови творчески индустрии, отворен достъп до научна информация и широко използване на цифровизирана географска информация.

Темата "ИКТ за иновативно правителство и публични услуги" разполага с 20 млн. евро за услуги на електронното правителство.

Предложенията за проекти за получаване на финан-

сиране от ЕК се подават от международни консорциуми, съставени от представители на различни държави-членки на ЕС или асоциирани по програмата страни. Всички специфични изисквания към предложенията за проекти са разписани в Работна програма 2012 и ръководствата за кандидатстване. Допълнителна информация за шести конкурс може да намерите на адрес: http://ec.europa.eu/information_society/activities/ict_psp/participating/calls/call_proposals_12/index_en.htm

От 2007 година досега, по Програма "Подкрепа за ИКТ политики" е договорено финансиране в размер на 3 788 670 евро за 39 български бенефициенти, които са участници в 27 проекта.



БЛС търси възможности за работа по европроекти и строителство на Дом на лекаря

На 16 февруари, т.г. ръководството на съсловната организация се срещна с министъра на труда и социалната политика Тотю Младенов. Целта на разговора беше проучване на възможностите, които дават различните европрограми за включване на БЛС в тяхното изпълнение. От страна на БЛС беше представен и проблемът за липсата на собствена материална база, независимо че в миналото БЛС е била от най-богатите организации.

От разговора стана ясно, че няма възможности за финансиране на строителството на Дом на лекаря, но има потенциал за изпълнението на двата проекта на МЗ. Те включват ангажменти за провеждане на специализирани обучения на лекари по определени специалности и подготовка на методични ръководства за медицинско поведение, консенсус и медицински протоколи по определени медицински проблеми. Имайки предвид че съгл. 33 и ЗСО, БЛС е овластен да провежда, организира, контролира и акредитира всички форми на СДО и ПМО, това предполага активното включване на съсловната организация при изпълнението на тези дейности. Въпреки многократните срещи, инициирани от Лекарския съюз с МЗ по този повод, за последните 3 години не беше намерена работеща формула за реализация на тези ангажменти. Като вината за това

се корени изцяло в МЗ, където работата се блокира. След като беше запознат с тези проблеми и очакванията на БЛС, мин. Младенов изрази пълна готовност за съдействие с оглед намиране на законови форми за инициране и стимулиране на практическото изпълнение на вече започнатите от МЗ проекти, свързани с обучението на лекарите. Той се ангажира още с формулиране и задаване на бъдещите рамки за финансиране на предстоящи проекти за следващия програмен период след 2014 г. - като БЛС ще бъде директен бенефициент.

В крайна сметка, постигнатият, макар и след дълги години, но много важен вътресловен консенсус за формиране на Акредитационен съвет към БЛС, показва на практика, че организацията има капацитета и потенциала да изпълни своите ангажменти. Имайки предвид обаче, че финансирането на тази дейност изисква съответни средства, а липсата на каквато и да е държавна субсидия и база, крайно много затруднява реалното изпълнение. БЛС ще продължи да настоява през МС, МТСП и МЗ за намиране на начин да бъдат подпомогнати усилията на организацията, точно чрез задаване на адекватни програмни политики за проектно финансиране по линия на ОП на ЕС.

Още болници ще могат да кандидатстват за средства от ЕС

Министерският съвет одобри в края на 2011 г. промени в Концепцията за реструктуриране на системата на болничната помощ, които позволяват за средства от ЕС да кандидатстват повече лечебни заведения, съобщиха от правителствената пресслужба.

Към 17-те държавни болници, които могат да получат финансиране за подобряване на диагностиката и лечението на онкологични заболявания, ще се прибавят двете болници в Стара Загора. Те обаче ще могат да кандидатстват за средства

само ако се обединят.

Към момента от 17-те лечебни заведения са одобрени проектите за финансиране на 13 болници. Това са СБАЛО, УМБАЛ "Св. Марина" - Варна, "Александровска", УМБАЛ "Св. Георги" - Пловдив, УМБАЛ "Георги Странски" - Плевен и многопрофилните болници в Русе, Монтана, Велико Търново, Бургас, Сливен, Смолян, Кърджали и Благоевград. За подобряване на диагностиката и лечението на онкологични заболявания в държавните болници са предвидени близо

148 млн. лева.

С промените към 10-те общински онкологични центъра, които ще се финансират със средства по оперативната програма, се прибавя и този във Варна. В концепцията се включват и още три болници от големи общински агломерации - Троян, Първомай и Харманли, с които броят на заложените големи общински лечебни заведения се увеличава на 13. Общо за развитието на онкологичните центрове и големите общински болници са одобрени 100 млн. лева.

С промените се прецизират и болниците в по-малките общини, които се очаква да развият грижи за долечуване. Това ще бъдат лечебните заведения в общините Златоград, Луковит, Исперих, Павликени, Кубрат, Ихтиман и Своге. Лечебните заведения, които могат да получат финансиране, за да развият услуги в извънболничната помощ, са тези в Годеч, Искър, Елена, Дряново, Генерал Тошево, Малко Търново, Тервел, Котел, Тополовград, Момчилград, Костенец и Средец. За всички тях са предвидени 47 млн. лева.



Троян



Първомай



Харманли

Искаме пари за здравето на учениците

Синдикатът на учителите заедно с министъра по еврофондовете Томислав Дончев ще търсят средства от европейските фондове за здравето на децата в училище, съобщи синдикалният лидер Янка Такева. Тя, заедно с представители на Столичната община и латвийска компания, представиха проект за подобряване на гръбначните изкривявания при малчуганите. Според участниците, които се бяха събрали в столичното 18-о СОУ, профилактиката при най-

малките още от ученическа възраст е най-важна. Именно заради това преди време синдикатът, заедно с министерството, е направил проучване за детското здравеопазване. Според данните всяко трето дете има проблеми с гръбначното изкривяване. Така те са се свързали с латвийска фирма, която ще дари 100 колана, които да помогнат на учениците да стоят изправени. Всеки от тези колани струва



около 2000 евро.

Досега няма такава практика в ЕС за подпомагане на подобни програми чрез фон-

довете. Именно заради това България и Латвия ще потърсят заедно решение на проблема. Според изследванията чиновете, както понякога и неподходящите столове, са причина децата да растат с проблеми. Малчугани от два столични дома за деца се запознаят с програмата и да изпробват коланите. Всяко от децата, преди да сложи колана, е било консултирано от лекар.

Медицинският университет - Варна участва в европроект за 6 млн. евро

Катедрата по биохимия, молекулярна медицина и нутригеномика на Медицинският университет "Проф. д-р Параскев Стоянов" - Варна участва в нов европейски проект на стойност 6 млн. евро по VII Рамкова програма на Европейския съюз, съобщиха от лечебното заведение. Проектът е с продължителност четири години.

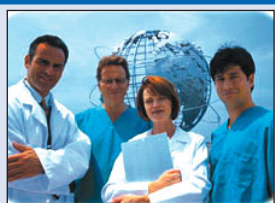
Научноизследователският проект стартира в началото на 2012 година и е на тема "Приложение на нови технологии и методи в науката за храненето - проучване на концепцията за фенотипната пластичност" (NutriTech). Той ще изпълняван от лабораторията на катедрата.

Проектът е в партньорство с 22 организации от цяла Европа, САЩ, Канада, Австралия и Нова Зеландия. Очаква се да бъдат получени резултати, които целят надграждане на досега известните открития в областта на човешкото хранене. Ще бъдат приложени



най-съвременни методи за подробна оценка на връзките между храненето и здравето. Благодарение на най-новите технологии в областта на геномиката, транскриптомиката, протеомиката, метаболомиката, томографията и цитометрията, се очаква да бъде събрана база данни с научна информация, която да послужи за създаването на алгоритъм за оценка на влиянието на храната върху човешкото здраве.

Екипът на Лабораторията по нутригеномика, функционални храни и нутрацевтици с ръководител доц. Диана Иванова ще участва в работните пакети по управление на проекта, анализ на системни биомаркери и популяризиране на резултатите, което ще даде възможност за трансфер на знания и обучение на млади научни работници от Катедрата по биохимия, молекулярна медицина и нутригеномика.



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

XIII-ти Национален конгрес по стерилитет, контрацепция, хормоно-заместителна терапия и гинекологична ендоскопия
8-11 март 2012 г., хотел Самоков, к.к. Боровец,

Организатор: Българска асоциация по стерилитет и репродуктивно здраве
За повече информация: www.cic.bg



Зимно училище за специализанти по кардиология

15-18 март 2012 г., хотел Самоков, к.к. Боровец

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

Научен форум по имплантология

23-25 март 2012 г., комплекс Риу Правец Ризорт - гр. Правец

За повече информация: www.cic.bg



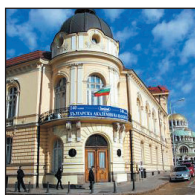
СИМПОЗИУМИ "АКАД. ЧУДОМИР НАЧЕВ"

Организатори: БАН, МУ - София, Българска национална академия по медицина,

Съюз на учените в България
10 март 2012 г., в салона на БАН

НЕВРОНАУКА

Модератор: чл. кор. проф. д-р Владимир Овчаров
Лекции по теми: Отношението мозък - тяло, лектор - чл. кор. проф. Владимир Овчаров; Взаимодействие мастна тъкан - мозък, лектор - чл. кор. проф. Владиер Овчаров; Невродегенеративните болести, лектор - чл. кор. проф. Владимир Овчаров; Епигенетика на психоактивните лекарства, лектор - проф. д-р Н. Бояджиева; Епигенетика на епилепсията, лектор - д-р М. Матеева; Алкохолизъм - генетични и епигенетични механизми в патогенезата и терапията, лектор - д-р Г. Богданов.



ОСТЕОПОРОЗА - ГЕНЕТИЧНИ, ЕПИГЕНЕТИЧНИ И ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНИ НОВОСТИ
17 март 2012 г., в салона на БАН

Модератор: проф. д-р Надка Бояджиева
Лектори: проф. Бояджиева, д-р Т. Хаджиева-Дърленска, д-р П. Гатева, д-р Г. Богданов, д-р Ж. Бочева

Абонирайте се за Побързайте! 2012 година!

Във всеки пощенски клон -

каталожен №401



Вестникът на българските лекари

ЕДИНСТВЕНОТО НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЛС!

За цяла година - **21.60 лв.**

За 6 месеца - **10.80 лв.**

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник "QUO VADIS"

Национално издание на Българския лекарски съюз

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

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

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

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

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

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

Цените са без ДДС.

Лого - първа страница под главата - 250 лв.

PR материали - 1.80 лв./кв. см, с възможност за включване на цветно каре до 15% от общия обем на материала.

Отстъпки:

За сума : 1500 - 3000 лв. - 7% 3000 - 4500 лв. - 10%
4500 - 6000 лв. - 13% 6000 - 10 000 лв. - 20%

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

ЗА САЙТА НА БЛС

I. Информация за сайта:

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

Той съдържа информация за:

- БЛС (създаване и история, СДО, асоциирани членове, УС, НС)

- Нормативни актове

- Закони
- Подзаконовни нормативни актове
- Медицински стандарти
- ПДМП
- НРД
- Актове на ЕС и БЛС

- Актуален регистър на лекарите в Република България

- Актуална информация и новини

II. Рекламен период:

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

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

III. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

банери	Размери:	без	
		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 договоряне в зависимост от сложността. Всяка нестандартна рекламна форма се публикува на сайта след проверка от техническо лице.

IV. Плащане:

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

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

3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

V. Забележки:

✓ Рекламите се публикуват на всички страници на сайта.

✓ Цените не включват ДДС.

✓ Цени за реклами над 6 месеца - по договоряне

✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

Първите български хирурзи са възпитаници на престижни училища

Д-р Тотко Найденов

Да се разкаже за абсолютно всички по-бележити български хирурзи в определени редове е непосилно. Неизбежно ще пропусна както имена, така и събития и постижения. Ще се постарая да отбележа в най-общи линии поне най-значимите от тях.

Първо нека да подчертая, че по нашите земи са намерени изумителни хирургични инструменти (преди всичко - бронзови) от времето на траките, които са имали свои военни лекари. Открити са и много трепанирани черепа. В старите български лекарственици (Хилендарски, Арнаутски, Копривщенски, Пазарджишки, Ловешки, Светогорски, Попгруев, Самоковски и др.) са описани разнообразни мехлеми и отвари за лечение на рани, като предпочитаната билка за изтегляне на гной е живовлякът (смадликата), а за кръвоспиране - мъх от папур.

Още първият български дипломиран лекар - Марко ПАВЛОВ от Велико Търново (започнал учение във Венеция, завършил в Монпелие, Франция през 1808) се занимава и с военно-полева хирургия като лейб-медик на наполеоновия маршал Лан. След разгрома при Ватерлоо се прибира в Родината и работи в родния си град, където открива и първата българска аптека - "Лекарня".

Първите българи-специалисти по хирургия са:

- д-р Петър ПРОТИЧ (1822, Велико Търново - 1881), дипломирал се в Париж, професор в Букурещкия медицински университет, чиято дисертация, защитена в Париж (1850), на тема "Лечение на флегмоните" е несъмнено първата българска дисертация на хирургическа тема;

- д-р Христо СТАМБОЛСКИ (1842, Казанлък - 1932), професор по оперативна медицина в Медицинското училище - Цариград, който написва учебник и атлас по анатомия и трудове по антропология, паразитология и епидемиология; открива и проучва причинителя на филариозата (препаратите му от *Filaria Medinensis* и публикацията се пазят и до днес в Британския музей);

- д-р Георги ВЪЛКОВИЧ (1832, Одрин - 1892), който също като Стамболски завършва медицина (1857) в Цариград. Специализира хирургия в Париж (1860); началник на хирургическата клиника и професор по

хирургия във Военномедицинско училище в Цариград, началник на Централната военна болница в Дамаск, директор на болницата "Хайдар паша" (1870) в Цариград. Той е един от първите директори на Александровска болница. Министър на външните работи и председател на Държавния съвет на Княжество България (1882). Убит (1892) като пълномощен министър в Цариград (1887 - 1892).

Като хирург в Кримската война участва племенникът на д-р Петър Берон - д-р Васил Берон (1824 - 1909). Малки операции извършват д-р Параскев Казаски (1833, Велико Търново - 1903), окръжен лекар на Лом и Велико Търново; д-р Пантелей



Д-р Георги Вълкович

Минчович (1834 - 1898) в Сръбско-българската война; д-р Младен Желязков (1838 - 1903), градски лекар на Видин и Варна; д-р Стат Антонов (1841 - 1920) във Велико Търново; д-р Стоян Радославов (1842 - 1914) в Свищов и Русе; д-р Ангел Пискиюлиев (1845, Шумен - 1935) в Габрово, Шумен и Варна; д-р Асен Шишманов (1848, Тимишуара, Румъния - 1894) в София; д-р Стефан Христов (1848, Севлиево - 1899) във Варна и София, който вероятно е първият ни очен хирург; д-р Георги Сарафов (1848, Велико Търново - 1913) в Горна Оряховица и Варна; д-р Иван Теодоров (1848, Тулча) в Попово, Седлиievo, Разград, Силистра, зав. хирургичното отделение

- **Още от времето на траките има свидетелства за медицина по нашите земи**

- **Двама от най-известните ни лекари са създатели и ръководители на БЛС**



Д-р Димитър Моллов

ние в Русе, окръжен лекар на Варна); д-р Стефан Бочаров (1852, Габрово - 1937), военен лекар и главен лекар на българската войска; д-р Алекси Друмев (1853, Свищов - 1912) в Свищов и Плевен; д-р Атанас Чернев (1854, Свищов - 1892) в Свищов; д-р Йордан Брадел (1847, Елена - 1899); д-р Бедрос Саръянов в Ловеч.

Едни от първите, извършвали средно големи операции, са: руснакът д-р Капитон Юриев (ампутации, херниотомии, отстраняване на камъни от пикочния мехур); д-р П. М. Иванов (1857, Болград - 1902), старши лекар и управител на Варненската болница; д-р Любомир Серафимов (1857, Пловдив - 1942), хирург-управител във Варна; (д-р Александър Антонов (1860, Болград), военен лекар в Сръбско-българската война, окръжен лекар на Враца, Плевен и Русе; д-р Сава Милков (1850, Елена - 1927), главен лекар на българската войска; д-р Лука Ванков (1857, Свищов), военен лекар на Шумен и София.

Специално внимание заслужава д-р Георги ЗОЛТОВИЧ (1855, Цариград - 1927). Той завършва медицина в Москва (1879), където специализира при руския хирург и гинеколог проф. Снегиръв. Осъществява първата овариетомия в България (Пловдив, 1882), с което поставя ос-



Д-р Петър Ораховац

новите на голямата коремна хирургия у нас; той е основател и първи началник на Военната болница (1891).

Друг забележителен лекар е д-р Йордан ГЕОРГИЕВ (1863, Велико Търново - 1932, Русе). Завършва медицина във Виена (1891), където специализира хирургия при знаменития проф. Билрот (1892). Началник на хи-



Известни медици са били военни лекари през войните.

рургичните отделения в Ловеч (1896 - 1900), където извършва първите нефректомии, херниотомии чревни сутури, изважда камъни от пикочния мехур; и в Русе (1900 - 1919); автор на "Записки на хирурга" (1915), учител на знаменития основател на съвременната българска хирургия проф. Параскев Стоянов.

Първият наш хирург-анестезиолог вероятно е д-р Димитър МОЛЛОВ (1845, Елена - 1914), дипломирал се в Москва (1872), въвел премедика-

цията и трахеалната интубация. Той защитава и първата българска дисертация по анестезиология ("За наркозата по способа на Клод Бернар", 1975) и пръв от българските лекари получава научната степен "доктор по медицина". Заедно с д-р Йордан БРАДЕЛ (1847 - 1899) отстраняват очни катаракти и успешно извършват редица средно големи операции. Основоположник е на организацията на здравеопазването ни (автор е на т. нар. "Временни правила за санитарното управление в България" (1878). Оперира активно в старата турска болница "Хамбарите" (на мястото, където днес е Мавзолеят на княз Ал. Батенберг). Д-р Димитър Моллов е военно-полеви хирург в Сръбско-българската война, министър на просвещението (1883-84), кмет на София (1895-96), депутат във Великото народно събрание (1879), дългогодишен председател на БЧК, основател и първи председател на БЛС (1901). Какъв бурен и богат живот!

Първата трахеотомия - толкова смела за времето си операция, направила огромно впечатление сред колегията! - извършва през 1884 г. дипломираният се във Виена първи градски лекар на София д-р Асен ШИШМАНОВ (1848 - 1894) от Александровска болница. В нея се подвизават и утвърждават

Първата трахеотомия - толкова смела за времето си операция, направила огромно впечатление сред колегията! - извършва през 1884 г. дипломираният се във Виена първи градски лекар на София д-р Асен ШИШМАНОВ (1848 - 1894) от Александровска болница. В нея се подвизават и утвърждават

Д-р Георги ХАКАНОВ (1851, Казанлък - 1899), дипломирал се в Букурещ, извършва през 1875 г. в родния си град вероятно първата ампутация на огнестрелно раздробена китка под обща хлороформна наркоза. Последователно градски и окръжен лекар на Стара Загора и Пловдив, фронтови лекар в Сръбско-българс-



Д-р Марко Павлов

ката война, той става старши лекар на хирургичното отделение и управител на Александровската болница. Извършва и костна хирургия. Негов приемник е д-р Алекси ХРИСТОВ (1848, Габрово - 1913), завършил медицина в Москва, губернский врач на новосъздадената Великотърновска болница (1879), която в продължение на 23 години развива като хирургичен център на Северна България, управител (1901 - 1904) на Александровската болница, прославил се като превъзходен организатор, диагностик, интернист и хирург. Завистливци го уволняват "по старост" (едва 56-годишен!). Умира, заразен от петнист тиф от турски пленници през Балканската война (1913). Баша на първия наш професор по терапевтична клиника Владимир Алексиев.

Д-р Петър ОРАХОВАЦ (1857, Черна гора - 1922), е възпитаник на Московската медицинска школа. Работи като хирург 10-тина години в Александровската болница (през Сръбско-българската война завежда едно от двете й хирургични отделения), Пловдив и предимно в Ловеч, след което преминава на частна практика. Автор на Закона за народното здраве (1901), един от създателите на БЛС. Синът му Димитър Ораховац (1892, Ловеч - 1963) е академик-физиолог.

Д-р Сава МИРКОВ (1850, с. Беброво, Еленско - 1927) също е завършил в Москва (1876). През Руско-турската Освободителна война е лекар-хирург на 2-ра опълченска дружина, участва в боевете при Шипка. Главен лекар на действащата българска войска в Сръбско-българската война, където организира военно-полевата хирургия, народен представител.

Това са, общо взето, лекарите, които в края на XIX и началото на XX век поставят основите на своята най-радикална специалност в България.

Продължава в следващия брой

Д-р Милен Врабевски:

Успехът е хуманизъм!

● **Легендарният изпълнител на "Джулай морнинг" - Джон Лоутън записва албум с музика и текстове на българския лекар**

Има хора, на които цял живот не им стига, за да направят нещо смислено. Има и такива, които се занимават едновременно със сто неща и все им се получава. Д-р Милен Врабевски със сигурност е от втория тип. Ако трябва да го представим по най-атрактивния начин, е достатъчно да кажем, че легендарният изпълнител на "Джулай морнинг" - Джон Лоутън, записва албум с музика и текстове на българския лекар. Ако сме сериозни обаче, трябва да започнем от основната дейност на лекаря. Д-р Врабевски е основател и изпълнителен директор на най-голямата на Балканите частна клинично-изследователска организация - Comac Medical. Фирмата се занимава с клинични изпитвания на медикаменти. Бил е председател на секция "Научноизследователска и развойна дейност" в най-авторитетната браншова асоциация за света - DIA. Той е човек, който успешно съчетава управлението на сериозна научна дейност с различни социални ангажменти в областта на историята и музиката. Председател е на Фондация Българска Памет. "Баща" на 20 деца. Трите са негови собствени, а другите са се появили на бял свят благодарение на това, че фондацията му е първият спонсор на ин витро програмата "Искам бебе". Д-р Врабевски се отнася изключително сериозно както към основната си дейност, така и към хобито си, независимо дали става въпрос за благотворителност или музика. Преди година се прочу, когато вложи доста лични средства в първия български рок мюзикъл "Площад Синева", с участието на "Диана Експрес" и 42-ма актьори, начело с Мариан Бачев. Музиката и текстът са на Врабевски. Разказва, че идеята за албума се е родила по време на концерта на "Диана Експрес" в Ню Йорк. Надеждата му е този мюзикъл да излезе извън границите на България, но казва, че работи с приоритети и в момента има доста по-важни задачи.

Кой всъщност е д-р Врабевски?

Той е от стар революционен род. По бащина

линия нишката води до пращавците му от Тетевен Станчо и Станьо Врабевски, които са били сподвижници на Васил Левски. Прословутото тефтерче на Дякона е намерено точно в къщата на Хаджи Станчо, в която Апостолът често се е криел. По майчина линия пък прароднина на д-р Врабевски е Стойко Бойчев, родом от Лозенград, Източна Тракия. Той е шипченски опълченец, а по-късно се включва и в Илинденско-Преображенското въстание. Друг пращаво на лекаря е участник в Одринската атака през 1913 г. Така че д-р Врабевски е убеден - кръвта вода не става. Вярва в родовата и националната памет и затова учредява Фондация Българска Памет - за да помага за съхранението на българщината. И го прави добре. Фондацията работи в четири направления - борба с демографската криза, реинтеграция и социализация на младите ни сънародници от диаспората, реализация на младите хора в България и културно-историческото наследство. "Основната ни идея е да си помогнем сами, за да живеем в сре-

криза сме изпаднали", казва лекарят. Затова всяка година фондацията организира конкурси за есе на български, в които участват деца от всич-

на духа и писмеността", под патронажа на новия президент Росен Плевнелиев.

"Тъй като е много важно да се раждат деца на

го", казва Врабевски.

Лекарят усилено продължава да инвестира и в българската култура. "Тя не веднъж е спасявала българщината и трябва

не осъжда хората, които слушат чалга. Въпросът е всеки да има право на избор. "В средата, в която живеем, стойностните неща постепенно изчезват. Затова реших, вместо да чакам някой друг да направи нещо добро, да го направя аз". Затова и продуцира двойния албум на Диана Експрес "Площад Синева" - първият концептуален албум в България, посветен на положителното мислене. Именно концептуалната му част - "Силата на мисълта" е с изцяло авторски текстове и композиции на д-р Врабевски. През април на пазара излиза и английската му версия, изпълнена от легендарният вокалист на "Юрая Хийп" Джон Лоутън. "Джон беше много ентузиазирани. За 8 дни записа 14 парчета, което първо е голямо постижение и освен това показва отношение към проекта. Защото той твърди, че работи това, което му харесва. Просто може да си го позволи", обяснява Врабевски. Питам как са се запознали, а той споделя, че ги е свързал Максим Горанов. В неговото студио в Плевен са правени и записите.

Любопитно ми е имали вероятност в тази звездна компания лекарят да се откаже от медицината и да се отдаде на шоубизнеса. Д-р Врабевски е категоричен, че това не може да се случи. Обяснява, че като студент е мечтал да стане хирург. Положил е усилия в тази посока, но никой не обърнал внимание на отличната му диплома. След това съдбата му е предложила шанс да се занимава с научноизследователска дейност. Всичко останало е само хоби. "Просто сбъднах мечтата си от времето, когато с моя приятел и съученик Светослав Стоянов свирехме непрестанно. Бяха незабравими мигове, част от които за щастие успяхме да преживеем отново в работата по албума", усмихва се д-р Врабевски. И благодари на всички хора от екипа си, без които не би успял да се справи с многобройните си задачи. Казва, че успехът е хуманизъм. Просто който го има, трябва да помага и на другите.



Д-р Врабевски

ките тези региони. Най-отличените посещават Европейския парламент, а останалите участват в традиционните културно-образователни семинари във Варна, които

България, неразделна част от нашата дейност е ин витро програмата", продължава разказа си д-р Врабевски. Според него е важно да има тясно сътрудничество между управляващите и неправителствения сектор, за да се решават мащабно проблемите. "Примерът, който ще ви дам, е с фонда за асистирана репродукция, където ангажиментът на държавата си пролича. Едно е да са обгрижени 12 000 майки, друго е да са 25 семейства, финансирани от частна фондация. Доволен съм, че ние, като първи възложители и спонсори на кампанията "Искам бебе", участвахме в лобирането да се роди фонд "Ин витро" и да се намерят пари за не-



Джон Лоутън изпълнява творби на българския лекар

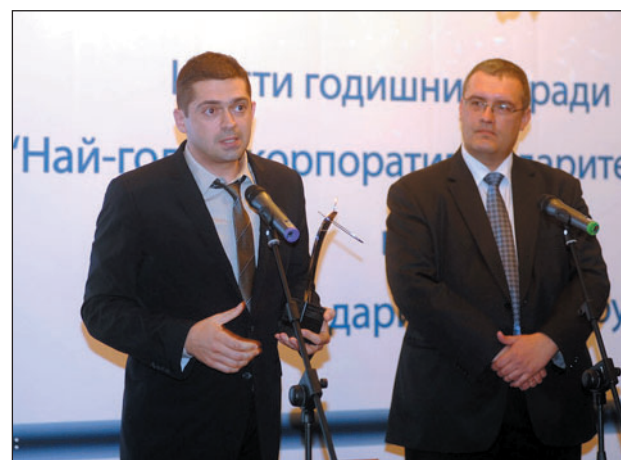
ва най-малкото да я уважаваме. Да не оставяме държавата да бъде наричана чалга-дестинация, което за мен е доста под нивото, което заслужаваме", категоричен е той. Твърди, че не е краен и



Кадър от „Площад Синева“

дата, която искаме да имаме", обяснява д-р Врабевски. Разказва, че се стреми да приобщи българите от Балканите, а и извън тях. "Не случайно имам три офиса на фондацията - един в София, един в Якоруда, където живеят българи мюсюлмани и една в Комрат - българската автономна област в Молдова. Там живеят 150 000 българи и още половин милион в Украйна, като прибавим и тези в Македония и Сърбия, се получават доста хора, на които ние не обръщаме особено внимание. В същото време виждате в каква

включват в програмата си цикъл от лекции по българска история, фолклор и традиции, европейски младежки политики, предприемачество и ролята на младите в обществото. Организират се екскурзии, забавления, срещи с известни хора. "Всичко това е изключително важно. След това вече пораснали те идват да следват в нашите университети", допълва лекарят. На 29 февруари 100 деца от шест краища, населени с българи, ще посетят Европейския парламент по случай събитие под надслов „България-страна



Д-р Врабевски получава специалната награда на БДФ за 2011 - Личност на годината с най-голям принос за благотворителността.