

QUOVADIS

ЛЪТОПИСИ
НА
ЛЕКАРСКИЯ СЪЮЗ
ВЪ БЪЛГАРИЯ

София, година XIV, брой 2, вторник, 4 март 2014 г.

Национално издание на Българския лекарски съюз www.blsbg.com



21 - 23 МАЙ
Бул **МЕДИКА**
Бул **ДЕНТАЛ**
www.bulmedica.bg



Местната
Баба
Марта!
Здравна
стратегия



Actavis

БЛС: Опасяваме се, че това ще бъде един кук, декларативен, неработещ документ

на стр. 3

СПЕЦИАЛЕН ГОСТ
Проф. д-р Любомир Спасов

на стр. 7

Паралелни пресконференции
„За“ и „против“ избора на новия национален консултант по трансплантология

на стр. 5

БЕЗ РЕТУШИ
Как фондация „Америка за България“ подведе младите лекари и даде хиляди левове за безсмислени проекти

на стр. 5

ЛЕКАРСКИЯТ СЪЮЗ ОРГАНИЗИРА ДИСКУСИЯ ЗА РАЗВИТИЕТО НА СПЕШНАТА ПОМОЩ

на стр. 8 и 9

СЪСЛОВНАТА ОРГАНИЗАЦИЯ ЩЕ ПОДКРЕПИ ОЗДРАВИТЕЛНАТА ПРОГРАМА НА



МБАЛ „ПРОФ. Д-Р СТ. КИРКОВИЧ“ В СТАРА ЗАГОРА

на стр. 5

Камилия

облекчава бебето през деня и през нощта

ПРИ ПОНИКВАНЕ НА ЗЪБКИТЕ



- Зачервени бузки
- Лигавене
- Хапане и гризане
- Плач и мрънкане



Хомеопатичен лекарствен продукт. Без лекарско предписание.
За пълна информация:
Боярон БГ ЕООД, 1408 София, кв. Южен парк, бл. 28, вх. А, ап. 6,
твн.: 02/963-09-06, факс: 02/963-45-00, КХП2419/06.11.2013

BOIRON

БЛС и НЗОК обсъдиха на медиен семинар проблемите в сектора

Проблемите с липсата на кадри в здравеопазването в България ще станат драматични до 10 години. Половината от лекарите са в пенсионна възраст, а младите планират да се реализират в чужбина. Това каза зам.-председателят на БЛС д-р Юлиан Йорданов време на медиен семинар във Велинград. Форумът беше организиран от Българския лекарски съюз и НЗОК. На него бяха разгледани едни от най-важните теми, засягащи здравния сектор. Д-р Йорданов изнесе данни, които сочат, че лекарите до 30 г. у нас са само 5%. От 31 до 45 г. са около 25%. Близко 50% са на възраст от 46 до 60 г., а още 20% са над 60 г. "Това означава, че до 10 години половината от лекарите ще напуснат системата. Тогава ще се усети още по-голям вакуум от специалисти, който не знам как

ни в законодателната уредба в областта на здравеопазването. Първото е поттибителската такса да бъде задължителна за всички български граждани, а ако има освободени, тяхната такса да се поеме от съответния орган, който ги е освободил. Останалите предложения на БЛС са: държавата да стане коректен осигурител, от основния пакет дейности да отпадне неотложната помощ, медицинската експертиза на трудоспособността да се финансира от НОИ и да се въведе електронна карта за всеки здравноосигурен български гражданин. Разгледани бяха и предложенията от Съюза промени в НРД. Основно е искането договорът да се подписва за тригодишен период, само цените и обемите да се приемат всяка година.

Д-р Йорданов представи сравнителен анализ на на-



ще се запълни, ако отсега не започне да се мисли", коментира той. Проблемът става още по-сериозен, тъй като около 80% от новозавършилите лекари смятат да заминат за чужбина.

Председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов предупреди, че няма как при тези възнаграждения и липса на възможности за реализация, да се задържат младите лекари. Затова от БЛС смятат, че трябва да се прецени от какви медици имат нужда отделните региони и да се върне старата система на специализация, която позволяваше това да става и в общинските и областните болници.

Д-р Райчинов и д-р Димитър Петров, главен експерт в БЛС представиха предложенията на съсловната организация за про-

ционалните здравни стратегии. Като основна негативна оценка на Националната здравна стратегия 2014-2020, д-р Йорданов посочи липсата на яснота по фундаментални проблеми, това че стратегията не предвижда почти никакъв растеж на средствата за здравеопазване и липсата на приемственост и последователност у всички здравни политики до момента. (Презентацията на д-р Йорданов ще публикуваме в поредица в следващи броеве на v. Quo vadis.)

БЛС и НЗОК съвместно предложиха и да се създаде отделен фонд, който да плаща лекарствата за редките заболявания. За да се намалят цените на онколекарствата пък е добре договарянето на лекарства за рак да става централизирано от НЗОК.

Съсловната организация предлага изменение в ЗЗО

В свое писмо до председателя на комисията по здравеопазване към НС д-р Н. Джафер, председателят на БЛС д-р Цв. Райчинов предлага изменение в ЗЗО, за да се регламентира заплащането на извършената дейност от болниците и то да става до края на втория месец, след отчитането.

В писмото четем: "Във връзка с чл. 119 от Закона за публичните финанси, НЗОК не може да заплаща извършената и отчетена дейност над прогнозните бюджети на болниците. Във връзка с това предлагаме промяна в ЗЗО, съгласно която, Касата заплаща дейността над прогнозния бюджет на лечебните заведения за болнична помощ, след одит за спазена медицинска целесъобразност и критерии за хоспитализация, в срок до края на втория месец, следващ отчетния. По преценка на експертите на Народното събрание и МФ, може да се коригират и други актове с

оглед юридическо съответствие."

Предлага се следната промяна:

Закон за изменение и допълнение на ЗЗО

§ 1. В чл. 45 се създават нови алинеи 4 и 5 със следното съдържание:

"(4) Националната здравноосигурителна каса определя прогнозни бюджети на лечебните заведения за изпълнение на болничната медицинска помощ по ал. 1, т. 3. Извършената и отчетената болнична медицинска помощ до размера на прогнозната се заплащат на лечебните заведения до края на месеца, следващ отчетния.

(5) Извършената и отчетената дейност над стойността по ал. 4, се заплаща на лечебните заведения за болнична помощ след одит за спазена медицинска целесъобразност и критерии за хоспитализация, в срок до края на втория месец, следващ отчетния."

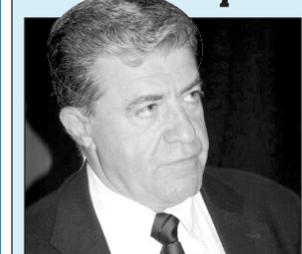
Клуб „Военен медик“ отдаде почит на санитарен генерал д-р Марин Русев

На 18-ти февруари т.г. членовете на клуб "Военен медик" почетоха с възпоменателна творческа дискусия паметта на един от стожерите на българското здравеопазване след Освобождението за периода 1890-1935 г. - д-р Марин Русев (1864-1935), за когото в-к Quo Vadis публикува статия в бр.1, 2014 г.

Д-р Ростислав Костадинов, дм, началник на Научно-учебния отдел на ВМА, представи житейския и професионален път на д-р М. Русев, богато онагледен с архивен снимков материал. За заслугите му към българското гражданско и военно здравеопазване говориха доц. Константин Младенов и д-р Лазар Петров. Изказвания за светлото и всеотдайно дело на д-р Русев направиха военните лекари от резерва ген. проф. Йовчо Топалов - член-кореспондент на БАН, професорите Анастас Буков и Светослав Петровски. Присъстващите бяха поздравени от ген. Златан Стойков. Г-жа Оля Манева прочете стихове от маг. фарм. Веселин Киндианов, а маг. фарм. Стефан Стоянов рецитира свои злюбодневни стихове.

От името на ръководството на ВМА поздравителен адрес прочете проф. Асен Петков. В него се казва: "Искам да благодаря на организаторите от клуб "Военен медик" за това честване, защото д-р Марин Русев е личност със значим и траен принос за развитието на медицината в България, създаването на първия Медицински факултет у нас, както и за организацията на лечението на ранените и болни военни чинове. Личност, на която ние - военните лекари и медицинската общност оставаме длъжници!"

Проф. д-р Генчо Начев става председател на Обществения съвет по трансплантология



Обществен съвет по трансплантология ще консултира здравния министър за това как да се популяризира идеята за донорство. В него ще се обсъждат всички проблеми, свързани с процеса на трансплантации, а главната му цел ще бъде "създаването на нова култура на донорство в България", съобщи зам.-министърът на здравеопазването проф. Чавдар Славов. Новият орган ще има за задача и да издига престижа на

Върховна касационна прокуратура приема предложенията на Лекарския съюз за по-строги наказания при посегателства над медици

Във връзка с подготовяните промени в НК и неспиращите посегателства над медици, БЛС изпрати свои предложения за засилване на мерките със средствата на наказателно право. Медиците трябва да получат по-интензивна наказателно-правна защита, е позицията на ръководството на БЛС.

В отговор на писмото, зам.-главният прокурор при ВКП Пенка Богданова изразява

подкрепа за предложенията на съсловната организация и потвърждава готовност за продължаване на диалога, с оглед постигане на най-приемливи текстове в защита на медиците в хода на подготовката на новия наказателен кодекс.

Пълния текст на писмото на прокурора Пенка Богданова до председателя на БЛС д-р Цветан Райчинов можете да прочетете на сайта на съсловната организация.

Експертите за смъртта на детето от Стара Загора оневиняват пичния лекар

Управителният съвет и Комисията по професионална етика на РЛК Стара Загора излязоха с отворено писмо в защита на общопрактикуващата лекарка д-р Лидия Бориславова, ваксинирала тримесечното бебе Павел, което след това почина. В него се подчертава, че проверките по случая са показали, че д-р Бориславова е действително професионално, а Павел е починал от хеморагична пневмония. Към тези оценки се прибавя и фактът, че лекарката е със значителен опит в педиатрията, известна с

отговорността и отзивчивостта си към своите пациенти. Затова призовават медиците да намерят подходящи начини да оповестят, че смъртта на детето не е във връзка с приложената ваксина, се подчертава в писмото. В него се казва още: "Нарушаването на доверието в лекарите, предизвиквано съзнателно или не от четвъртата власт, е изключително вредно за всички участници в лечебния процес и може да има пагубни последици за здравеопазвателната система на една страна".

Деян Денев е новият член на надзора на Касата



Директорът на Асоциацията на научноизследователските фармацевтични производители в България Деян Денев е новият член на Надзорния съвет на НЗОК. Той встъпва в длъжността на мястото на Виктор Серов, като представител от квотата на работодателските организации.

Деян Денев е юрист, завършил е право в СУ "Кл. Охридски". Експерт по фармацевтично законодателство и лекарствена политика. Като директор на ARPharM ръководи активностите на научноизследователската фармацевтична индустрия по ключови въпроси от областта на лекарствената политика и регулациите, интелектуалната собственост и развитието на фармацевтичния пазар.

Армейската болница в Пловдив - на 125 г.

Военната болница в Пловдив, която е и най-старото лечебно заведение за армейци, става на 125 години. За това време тя е била закривана и отново откривана, била е местена, опожарявана, надстроена. След Освобождението на Пловдив на 16 януари 1878 г. на базата на турската военна болница, се разкрива руската. А пър-

вата заповед за създаване на българско военно лечебно заведение е подписана през 1889 г. от полк. Сава Муткуров, тогавашен министър на войната. Днес болницата отговаря за около 12 000 военносслужещи и цивилни служители от системата на МО, но лекува и хиляди редови българи. Разполага със 122 легла.

Обучават лекари как да съобщават лоша новина

Семинарът се провежда в рамките на дейността на Центъра за ранна интервенция към фондация "Карин дом" във Варна. Според специалистите е изключително важно при установяването на заболяване да има добра комуникация между медиците и семейството. Според експертите е необходимо да има психолог в родилните домове, тъй като натоварването и стресът при кризисни ситуации са прекалено големи, за да бъдат поети само от акуширащия лекар.

IN MEMORIAM

Напусна ни доц. Християн Грива

директор на Националния център по обществено здраве и анализи

Доц. Християн Грива бе зам.-министър на здравеопазването през 1992 г. и през 1994 до 1995 г. От 1990 до 1991 г. бе икономически съветник на Медицинската федерация на КТ "Подкрепа". През 1997 г. той стана национален консултант към МЗ по "Медицинска информатика и здравен мениджмънт".

Доц. Грива 18 години оглавяваше Националния център по здравна информация. В средата на 2011 г. пое поста зам.-директор на НЦОЗА, а през 2012 г. оглави Центъра. Доц. Грива има над 105 научни публикации, от тях 6 - монографии.

Поклон пред светлата му памет!



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“

Опит за рестарт на здравната система?

Новата стратегия предвижда промяна на осигурителния модел, но не се казва как ще стане

Здравната комисия в парламента започна обсъждането на предложената от МЗ Националната здравна стратегия (2014-2020 г.). Текстове бяха разгледани подробно както от депутатите, така и от представителите на пациентските и съсловните организации на лекари, зъболекари и професионалисти по здравни грижи. Изтъкнато бе, че преработеният вариант на стратегията е по-добър от първоначалния, но все още липсва нужната конкретика. Не е достатъчен и предвиденият ръст на финансиране, а без нужните средства, реална реформа не може да има.

Какво предлага документът?

Здравната стратегия има амбициозната цел да промени изцяло модела на здравно осигуряване в България. Затова до 2016 г. трябва да бъде разработен и приет пакет от наредби и законови промени, с които да се подготви рестарта на системата. В документа е записано, че трябва да **отпадне монополът на здравната каса**. Това ще стане чрез намаляване на гарантирания минимален пакет от медицински дейности, за които ще плаща Касата и осигуряване на възможност хората да избират допълнителен здравноосигурителен пакет, предлаган от частните застрахователи. Предвижда се въвеждане на **доплащане в болниците**, които имат договор с НЗОК. В плана за действие обаче няма точен срок за въвеждането на тази мярка. Средствата за здравеопазване непрекъснато ще се повишават, като "до края на стратегическия период МЗ ежегодно ще предлага на МФ (и оттам на Министерския съвет) увеличение с 0.2-0.3%", пише в документа. Здравната вноска ще остане същата - 8%. За сметка на това **ще се повишава събираемостта на па-**

рите за здраве, включително и чрез по-големи плащания от страна на държавата за деца, учениците и пенсионерите.

Здравната стратегия залага повече на **промоцията и профилактиката на здраве**, отколкото на лечението. За целта бюджетът на НЗОК ще бъде сериозно реструктуриран чрез намаляване на парите за лекарствата и болниците за сметка на извънболничната медицинска помощ.

Друга съществена промяна е **отпадането на задължението на Касата да сключва договори с всички болници**. С кои клиники ще работи осигурителната институция ще се определя чрез конкурс. Ще бъде завършена и **Националната здравна карта** за броя, вида и местоположението на болниците и леглата в тях. Ще бъде приет също така **списък със защитени болници**, които няма да се закриват поради стратегическото им за системата значение.

Реформата в болниците предвижда и въвеждането на **нова система за определяне на цените на медицинските дейности**. В стратегията е записано, че тя ще е изградена на базата на покриване на разходите и определяне на социално приемлива "цена на труда" на лекарите. Ще бъде разработен и нормативен документ за "въвеждане в системите на заплащане на медицинския персонал на компонент за качество и ефективност". Предвижда се също внедряването на тази мярка, с който ще се регистрират и проследяват медицинските кадри, включително и тези, които заминават да работят в чужбина. Старежията залага изцяло на електронното здравеопазване и телемедицината.

Специален раздел в документа има и за **осигуряването на човешки ресурси** в здравеопазването, които да могат да удовлетворят нара-

стващите настоящи и бъдещи здравни потребности на хората. Ще се заложи на икономически стимули за повишаване на интереса към специализацията на лекарите по специальности, по който има сериозен дефицит на кадри.

Предлага се и създаване на Национален координационен център по спешна медицина и увеличаване на парите за сектора, включително и на заплатите на спешните екипи. Акредитацията на всички болници ще стане задължителна.

Финансиране

За периода от 2014 до 2016 г. се предвижда за здравеопазване да бъдат отпуснати годишно по 3.495 млрд. лв. - общо от национално и европейско финансиране. През 2017 г. - след края на сегашния мандат, общите средства за сектора ще бъдат 4.027 млрд. лв., а за 2018 г. са планирани 4.206 млрд. лв. Парите от държавния бюджет и публичните фондове плавно ще нарастват - от 3.439 млрд. лв. през 2014 до 3.792 млрд. лв. през 2018 г.



Д-р Райчинов и председателят на парламентарната здравна комисия Нигяр Джафер обсъждат проблемите в здравеопазването.

БЛС: Опасяваме се, че това ще бъде един кух, декларативен, неработещ документ

Българският лекарски съюз изпрати писмо до председателя на парламентарната здравна комисия д-р Нигяр Джафер, в което изрази становището си за Националната здравна стратегия 2014-2020 г. В него се припомня, че по първоначалния вариант на проекта БЛС възрази остро с мотива, че организацията не е уведомена за създаването и дейността на работната група, оглавявана от проф. П. Салчев, нито са искани предложения от Съюза. "Считаме, че изработването на стратегията, от една страна следва да отразява ясни политически намерения, залегнали в предизборните програми на управляващото мнозинство. От друга страна, тя следва да се изработи в рамките на широко обществено представителство на професионални, съсловни, пациентски и други организации, както и на други заинтересовани организации и структури, търсейки максимален кон-

сensus. Изработената по този начин от незнани експерти стратегия, не отговаряше на нито едно от тези условия", се подчертава в становището на БЛС. И се допълва, че документът бе предложен в насипен вид, с неясни приоритети, цели, индикатори, предлагани решения, без финансово, организационно, кадрово и ресурсно обезпечаване. "Поради горепосочените констатации и порочния начин на подготовка на стратегията, БЛС заяви, че ще участва в работата само ако документът ще бъде изцяло преработен от новата работна група, оглавявана от проф. Л. Иванов. Тъй като очевидно това не беше залегнало в задачите, ние не сме участвали в разработването на материала", подчертават от БЛС.

По нататък в становището се посочва, че в стратегията има доста поправки, в сравнение с първоначалния проект, но все още има нерешени въпроси. "В сега предложен вариант продължава да личи липсата на определена яснота по фундаментални проблеми като развитие на здравноосигурителния модел, демонополизация на НЗОК, ясна визия за болнична реформа, развитие на прединно пазарно-регулаторни или на административни механизми на регулация. Това води до неяснота по много от останалите съществени проблеми, очевидно следствие от липсата на политически и обществен консенсус", заявяват от БЛС. От Съюза са недоволни и от факта, че в редица текстове се предлагат промени в Закона за професионално-съсловните организации в здравеопазването, без да има яснота в каква насока ще бъдат направени те. "Като вмешателство в дейността на БЛС и

в противоречие с действащия ни устав е предложението за даване на възможност организацията на отделните професионални групи да ги представляват пред органите на държавното управление, НЗОК и други финансиращи организации, включително и при провеждане на преговорите за НРД", се казва в становището. От организацията подчертават, че този път в съдържанието на стратегията фигурират план за действие и финансов план, което беше една от основните забележки на БЛС, но такива не са приложени. Затова Съюзът разполага с някакъв предварителен апокрифен вариант на финансовия план, който преценява като крайно незадоволителен, защото до 2017 г. не предвижда практически никакъв растеж на средствата за сектора. А това противоречи на текстове в предложената стратегия. Скок на парите е заложен в мандата на следващия парламент, което е изключително несериозно. Освен това в стратегията не фигурират мерки от други документи, изработвани заедно с нея - т.нар. спешни мерки, законопроекти, внесени в Народното събрание, мерки по националната лекарствена политика, а в същото време фигурират такива, които противоречат на тези документи.

"Безспорно, този вариант на Национална здравна стратегия е значително подобрен от първоначалния. Но, по посочените по-горе причини, се потвърждават нашите опасения, че това ще бъде един кух, декларативен неработещ документ, каквато всъщност бе и предишната здравна стратегия", е заключението на БЛС.

КОМЕНТАРИ

Проф. д-р Цекомир Воденичаров, декан на Факултета по обществено здраве в МУ-София:

Необходима е пълна демонополизация на НЗОК

Реформата на здравната система минава през промяна на здравноосигурителния модел и по-точно - през пълната демонополизация на НЗОК. България отдавна се е отказала от модела "Бевъридж" и няма как да се върнем сега към него. Ние обаче пропуснахме и момента, в който можехме да въведем допълнително задължително осигуряване. Той

беше преди 10 г. Тогава можеше да се каже, че НЗОК не покрива всичко и 2% или 3% от вноската да се дадат на втория стълб. Сега единствената възможност е пълна демонополизация на НЗОК. Холандия е типичен представител на подобен модел, а предимствата му са много. Въпросният модел дава право на избор на хората и с него се създава

реална среда на конкуренция, което подобрява качеството на услугата. Застрахователните компании се превръщат в партньор на държавата и допълнителен източник на финансиране. Дава се възможност за допълнителни доходи на медицинските специалисти чрез втори договор, който им плащат дружествата. Създава се възможност за реструктуриране на здравната мрежа чрез публично-частни партньорства между дружествата и болниците.

Д-р Димитър Петров, главен експерт на Лекарския съюз: Да се стимулира доброволното осигуряване чрез въвеждане на доплащане

България е избрала здравноосигурителен модел, както повечето европейски страни. Той обаче има доста вариации: наличие на една или повече каси, развитие на доброволното осигуряване или така наречения втори стълб. Развитието на задължителен втори стълб и доброволен трети, което се прави по аналогия с пенсионното осигуряване, е друг вариант, който обаче в здравеопазването е неуместен. Такъв експеримент в Европа

беше правен само в Хърватия за 3-4 г., но приключи неуспешно, защото не е удачно да се дели вноската по вертикалата, а само по хоризонталата. Моето лично мнение е, че у нас е най-добре да се тръгне към стимулиране на доброволното осигуряване чрез изчистване на пакета на НЗОК и въвеждане на по-значимо доплащане. Французите имат значимо доплащане във всички дейности и това води до факта, че 93% от тях имат и

доброволна осигуровка. Може да се направи частична демонополизация на Касата, при която хора с доходи над 1500 или 2000 лв. или самоосигуряващи се лица да имат право да избират други фондове. Част от вноската на тези лица ще остава в националната каса, без да ползват услугите ѝ, но срещу това винаги ще могат да се върнат обратно. По този начин самоосигуряващите се ще се стимулират да извадят на светло реалния си доход.

ПАРАЛЕЛНИ ПРЕСКОНФЕРЕНЦИИ

„За“ и „против“ избора на проф. Л. Спасов за национален консултант по трансплантология

Две пресконференции за трансплантацията се състояха на 28 февруари. Едната бе организирана от Федерация "Български пациентски форум" и на нея от организацията попитаха кой е предложил проф. Любомир Спасов за национален консултант по трансплантология и какво е наложило смяната на проф. Никола Владов като такъв. Пациентите поискаха още министърът на здравеопазването д-р Таян Андреева да отговори публично, трансплантацията в България приоритет ли е за МЗ и има ли политически назначения във висшия ешелон на медицината. Бяха представени и данни от проверки на Изпълнителната агенция "Медицински одит" за сериозни пропуски в дейността на ръководената от проф. Спасов

болница "Лозенец". От Федерацията твърдят, че успеваемостта при чернодробните трансплантации на деца е много ниска - от общо 10 оперирани, има 7 починали, други 2 са повторно трансплантирани извън България. Съвсем скоро ще има още нови назначения в Изпълнителната агенция по трансплантации и други болници, прогнозираха от пациентската организация. В същото време в МЗ проф. Спасов заяви пред журналисти, представители на пациентските организации и на БЛС, че ще предложи промяна в методиката за установяване на мозъчна смърт. Според него трябва да се въведе като златен стандарт мозъчната ангиография. Той каза още, че е необходимо да се организира допълнително обучение

на координаторите по донорство, като това трябва да стане със съдействието на Лекарския съюз. Ще бъдат създадени и регионални диспансери за наблюдение на трансплантираните пациенти. По време на срещата представители на Българския съюз на трансплантираните коментираха, че един от най-сериозните проблеми в сектора е, че пациентите си доплащат за имуносупресорите. Здравният министър каза, че това е така, защото средствата не са достатъчно. Д-р Андреева заяви, че проф. Спасов е бил избран за национален консултант, заради големия му административен опит и международните му връзки.

На стр. 7 - интервю с проф. д-р Л. Спасов

БЛС ще подкрепи оздравителната програма на МБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович“ в Стара Загора

Ръководството на Съюза се срещна с екипа на лечебното заведение

"Няма затворени теми днес. Питайте всичко, което ви интересува, а ние ще се опитаме да отговорим". С тези думи на председателя на БЛС д-р Цветан Райчинов започна срещата между ръководството на Съюза и екипа на старозагорската болница "Проф. д-р Стоян Киркович". Тя бе организирана от регионалната лекарска колегия, като участие в нея взеха и шефовете на лечебното заведение.

По време на разговора лекарите очертаха основните проблеми, провокирани от обединяването на университетската и областната болница в града. Те споделиха, че натрупаните над 20 млн. лв. дългове през

директорите през 2-3 години по политически причини води до безотговорно отношение и трупане на задължения", каза председателят на Съюза. Той призова за постоянен контакт между ръководството и персонала на болницата, за да не се стига до слухове за закриване на отделения и до напрежение.

Лекарите от Стара Загора поискаха да се направи одит на болницата за няколко години назад, за да се разбере кой е виновен за фалита. Попитаха

крепят само лечебни заведения, от които наистина има нужда. Освен това има предложение на болниците да не се плаща по клинични пътеки, а примерно средно по 2500 лв. на лекар, като вътре в клиниката парите могат да се диференцират. Добро е и предложението един лекар да работи само на един договор с Касата, за да се види ясно, че специалистите не достигат. Председателят на съсловната организация каза още, че БЛС настоява всеки лекар, който е назначен на трудов договор, да има право да започне специализация и то в болницата, в която работи и да има личен обучаващ. Колкото до таксите, според него университетите едва ли ще се съгласят те да отпадат.

Във връзка с недостига на средства в НЗОК, д-р Райчинов прогнозира, че ако не се намерят допълнителни 150-200 млн. лв., със сигурност ще има протести на лекарите още в началото на второто полугодие. Той разясни, че има две възможности за намиране на решение. Едното е пари да дойдат от републиканския бюджет, а другото - държавата да плаща 8% за децата. "Заплащането на едва 4 на сто за здравето на непълнолетните е пълна дискриминация. Обяснението, че това се прави, защото държавата не разполага със свободни финансови потоци, е нелогично. 16 лв. месечно за осигуряването на дете е абсурдно, тези пари не стигат за нищо. Предложили сме от втората половина на годината сумата да стане двойно по-голяма и се надяваме да бъдем чути", поясни д-р Райчинов.



последните години им тежат и пречат на нормалната работа и помолиха БЛС да подкрепи искането им държавата да поеме част от задълженията. "Съществуват възможности здравното министерство да подпомогне болницата финансово, без това да се счита като недопустимо държавно подпомагане", заяви д-р Райчинов. Той каза, че ще разговаря с министъра на здравеопазването д-р Таян Андреева, а ако трябва и с премиера Пламен Орешарски. За целта обаче трябва да се изготви оздравителна програма за болницата, която ще бъде подкрепена от БЛС. Д-р Райчинов призова хората, които ръководят болницата, да мислят първо за персонала и да не съкращават лекари, защото в по-късен етап ще останат без кадри. "Това, което се случва в лечебното заведение, е унаследено. БЛС е против политическите назначения в болниците, защото смяната на



Зам.-председателят на БЛС д-р Кирил Еленски (вдясно) с колеги от Стара Загора

Соня Славейкива

Как фондация „Америка за България“ подведе младите лекари и даде хиляди левове за безсмислени проекти

Да преглътнем ли подобно отношение, или да реагираме „за честта на пагона“?

Естествено, че като българи трябва да реагираме! Не само "за честта на пагона", а защото през последните години който каквото може взе от нашата страна, изгаври се както може с нашата страна. Изнасят се пари от фирми в техните си банки, ЧЕЗ даже и канцеларските материали си вкарва от Чехия... Но това е в глобалната политика, ТЕ не са виновни, виновни сме ние, защото го позволяваме. И затова този път, след като ни зашлевиха от упор, да си изплачем болката на глас, пък каквото ще да става...

От две години БЛС дава стипендии на млади лекари, специализанти и докторанти, за да компенсират безсилието на държавата да реши този проблем. И да помогне на младите хора да останат в България, предвид масовото им напускане от страната. Разбрахме за възможността да кандидатстваме по проект на фондация "Америка за България", попълнихме един топ бумаж, изпратихме ги, получихме мейл, че ако сме одобрени, те ще ни потърсят - обратна връзка с тях няма. И... не е за вярване - зарадваха ни! Обадиха се и казаха, че сме одобрени, че това е страхотен проект, че е най-хубавото нещо, което си струва да бъде направено и т.н. Обещаха ни 30 стипендии, комисията към БЛС класира общо 56 стипендианти. Изпратиха ни и логото, за да подготвим рекламните банери за церемонията по връчването. Точно ден преди това обаче, изпълнителният директор на фондацията Десислава Талиокова уведоми, че проектът няма да бъде финализиран...

Разбира се, че за честта на пагона БЛС поиска незабавна среща с президента на фондацията Патрик Бракен, уведомени бяха посланикът и търговското аташе на американското посолство. Отговор не последва, и след два месеца отново бе потърсена среща. Този път ни приеха любезно - цялото ръководство ни обясни колко съжалява и без да казват нищо, обявиха въпроса за приключен. Тогава ние все още не знаехме, че фондацията е дала 200 000 долара на близкия до кръга "Капитал" Асен Асенов и неговото "Списание Едно". Асоциация "Прозрачност без граници" е получила поредните 195 255 лв., за да обявява как няма никаква прозрачност в българския политически живот. Сайтът VPost.bg съоб-

шава още, че Институтът за развитие на публичната среда на протестърката Антоанета Цонева взема 194 000 лв. за "инициатива за честни и свободни избори". "Дамата със спорни качества и ниско интелектуално ниво продължава да обикаля тв студиата, за да иска оставката на правителството и нови избори" - добавя VPost.bg.

"Никому неизвестното сдружение "Булгарион" се е уредило със 116 000 лв. за "журналистически разследвания за парламентарните избори през 2013 г.", показва още списъкът на "Америка за България".



Въпреки проблема, БЛС връчи стипендии за специализация на 56 млади лекари.

Български институт за правни инициативи получава 142 360 лв. за да "мери индекса на реформа в българската прокуратура".

Програма "Достъп до информация" на Александър Кашъмов грабва поредните 194 710 лв. като "отговор на нарасналите изисквания към прозрачност в обществения живот". Неизвестната фондация "Българска култура" в чужбина получава 200 000 долара... "Офф медия", която е собственик на сайта "Офнюз", е одобрена да получи 102 800 лв. за "независима разследваща журналистика". Част от парите са използвани за дизайн на електронната страница и изработка на мобилно приложение - писаха медиите.

Както се вижда, все "съществени" проекти е финансирала фондацията.

Огорчението остава за Лекарския съюз, младите лекари ще бъдат финансирани, както съсловната организация е обещала. Остана за едната гола чест да се разбере за случката - председателят на БЛС д-р Цв.Райчинов изпрати писмо до американския посланик Марси Рийс, в което се каза, че във връзка с финансирането на крайно незначителните програми и сектори през миналата година, БЛС изразява изключителното си възмущение от некоректната и непоследователна политика на фондацията спрямо съсловната организация на българските лекари. "Сериозна организация като Български лекарски съюз не може да подмине с лекота факта от публикациите, според които са раздадени пари за безсмислено правене на халтура, за никому неизвестни сдружения със също толкова неизвестни дейности, за безсмислени проекти, прик-

рители зад изпразнена от съдържание фразеология. Повече от ясно е, че всички тези средства са насочени не към важните сектори и проблеми от нашия обществен-политически живот. Убедени сме, че нашата програма щеше да бъде единствената полезна инициатива от целия списък на безсмислено похарчените пари. Очевидно обаче фондация "Америка за България" има политика за пръскане на пари не за важните неща, а точно обратното - за влагането им в направления, далеч от нуждите на обществото. От това е и нашето разочарование, както и от факта, че бяхме подведени да мислим, че когато Америка каже "ДА", това означава "ДА" - завършва писмото на д-р Райчинов. Пак заради "честта на пагона"!

„Употребиха“ ли семейните лекари в реформата? Сега ще ги чуят ли?

● Опит за анализ от позицията на ОПЛ: Различни сме, но сме единни

Д-р Диана Чинарска - член на УС на БЛС

Беше време на еуфория на нацията - тоталитарният режим се сменяше с демократичен, законите в страната се творяха бързо и почти на коляно в някои сектори. Такава съдба имат и законите в здравеопазването - чести промени с тенденция за по-правилни решения и по-съвременни насоки за развитие, както на лекарската професия, така и за нововъзникналите наименования на някои от придобитите специалности на лекарите в България.

Появи се новата "европейска" специалност- обща медицина, която практикуват семейните лекари (лични, фамилни, джипита и т.н.).

Излизането от тоталитаризма в европейските - бивши социалистически страни стана като

всяка страна пречупи демократичния път на развитие през собствената си специфика

Така стана и в сектора здравеопазване и областта на обучението в медицината. Различните постсоциалистически държави променяха системата по новия - здравноосигурителен, модел по специфичен начин. Появиха се семейни лекари и в Унгария - семеен общ лекар, семеен педиатър, където беше възможно, както и семеен гинеколог за майчино здравеопазване... Впоследствие нещата са се променили по естествен път както за пациентите, така и за лекарите.

В други страни с дълбоки и трайни традиции в здравеопазването като Германия, този модел на реформа в сектор "семейни лекари или лекари на обща практика" е показал голяма гъвкавост в последните десет години.

Но има една държава - Испания, която през 1978 г. смени военния режим с монархичен и демократичен път на развитие. Нейната история в развитието на демокрацията е по-близка до тази на България, която излезе от тоталитаризма. Прочитайки внимателно началната реформа в областта на здравеопазването и по-конкретно в тази, която е основополагаща за изграждането на семейна медицина сред лекарите като нова специалност, в Испания са приемани и многократно са променяни закони в този сектор. От жестокостта Кралски декрети става ясно, че са полагани усилия за реформа на базата на задълбочени анализи и сравнения, както от научните медицински среди, така и от съсловните лекарски организации и съответните висши медицински училища. В настоящия момент резултатите в развитието на общата медицина са красноречиво положителни както за лекарското съсловие, така и за пациентите.

Как стоят нещата в България?

Само няколко шрихи са достатъчни, за да проумеем, че реформата в извънболничната помощ и прилагането на семейната медицина (обучението на семейни лекари и тяхната практика) върви на ниска скорост. Обяснения и анализи за 20 години има в томове изписани доклади до и от различни здравни институции, в няколко здравни стратегии и др. Какво се случи до момента с общопрактикуващите лекари и с тяхното така необходимо обучение в новата специалност в България от 2001 до 2014 г.?

Не се отегчавайте, уважаеми читатели, като посоча стари, до болка познати, истини. Кой и какви отговорности има и кой и какви задължения е трябвало да изпълни досега?

Моментът е сакрален - към месец юни 2014 г. изтича законоустановеният срок за всеки лекар, работещ като общопрактикуващ, който няма и не е придобил никаква специалност, да продължава да бъде като титуляр на собствената си лекарска практика.

И така, различни ли са семейните лекари? Да, по много професионални, социални, икономически и др. показатели. Много от тях внезапно реформа с новия исторически модел - демокрация, завари в млада възраст - те се амбицираха да се квалифицират в кратки срокове по определени наредби на МЗ. Други общопрактикуващи лекари бяха специализанти по вътрешни болести, детски болести, акушерство и гинекология и други специалности. Някои се дипломираха, други прекъснаха и се насочиха към общата медицина без специалност. Една част от семейните лекари приближаваха пенсионна възраст - нямаха алтернатива, освен да продължат да работят като такива, за да издържат големите си семейства. Да не забравяме и тези колеги, които по време на социализма при разпределението за работа бяха участъкови лекари и останаха по периферните краища на страната в балкански селца и далечна-

та обширна Добруджа, създавайки там авторитет и семейства. За 24 часа всички т.н. участъкови лекари както в градовете, така и в провинцията бяха преименувани законово в семейни, лични лекари, джипита. Какви бяха изискванията тогава към тях? Не се споменаваха за притежание на друга квалификация като специалност, но бяха натоварени с огромни професионални отговорности.

Цялата извънболнична медицина като отговорност и квалификация като айсберг се стовари върху главите им. Поеха 24-часови задължения за осигуряване с неотложна медицинска дейност за населението, отговаряха за възрастни пациенти, за деца от новородено до



пълнолетие, за бременни и родилки, здравна профилактика и др. Записваха пациенти в личните регистри като бройките стигаха до 6-8 хиляди на лекар. В градовете практиките бяха с по-малобройни пациенти, но пък и в селските, и градските практики постепенно се появиха дълги списъци с неосигурени, социално слаби, неработещи и др. подобни, за които никой не плаща и до днес здравни осигуровки, съответно и лекарят не получава за тях заплащане от здравната каса. Постепенно се появиха и дълги списъци на освободени от потребителска такса при посещения за преглед при лекаря - децата, бременните, психично болните и др. Голяма част от пациентите в провинцията са с ниски доходи и даже и тази такса е проблем за тях. Лекарите отговарят и до сега по закон и наредба на МЗ на денонощни повиквания на своите пациенти, независимо че са ги подсилили с допълнителни дежурни кабинети. Продължават да растат изискванията към семейните лекари чрез различни редакции на закони и наредби, касаещи здравеопазването. В същото време тече срок за квалификация за специалност, посещават и научни конференции и симпозиуми за повишаване на компетентността им като лекари.

Има ли обаче длъжници към тези семейни лекари, поели основната част в извънболничната реформа до момента?

Да! На първо място е съсловната организация Български лекарски съюз! За толкова години, едва в последните две съюза да активизира и организира продължителното професионално образование, както за тях, така и за всички други специалности в медицината. Едва сега се структурира и Акредитационният съвет в БЛС. Едва през 2013 г се проведе Първи научен конгрес, организиран от БЛС, а тази организация дължи много на своите членова за тяхната квалификация.

Министерство на здравеопазването - дължи за изработване на ненавременните наредби за продължително професионално обучение, специално за семейните лекари, провеждането на бавна и тромава процедура по промяна на закони, касаещи практикуването на тази специалност.

Обществото - дължи ли нещо на тези, бих казала смели, семейни лекари, които в началото не знаеха в какви бурни води ги хвърли демократичният режим и към какъв пристан ще изплуват? Да, дължи им признателност на всички без изключение. А те се сплотиха и са единни в своя стремеж за доказване на професионалната си компетентност.

Точно за реформата в здравеопазването и тези преживяни моменти от семейните лекари, повече от належащо е законотворците в здравеопазването, корифеите и преподавателите в медицинските университети и съсловната организация - Български лекарски съюз, да се ангажират за предоставяне на най-благоприятните условия за в бъдеще - така че и семейните лекари да продължават да практикуват в своята държава. Тяхната професионална компетентност е трупана с десетилетия на всеотдаен лекарски труд и не се съмнявайте и за миг в нея!

София, 10.02.2014 г.



БЛС настоява за прилагане на европейски модели

Проблемът, който назрява с личните лекари, е резултат от законодателни промени, които текат от няколко години. Реформата у нас върви, здравната реформа - също, но тя трябва да бъде обновена, защото се променят и изискванията към нашите лекари, и условията на труд, заяви в "Денят започва" д-р Диана Чинарска - член на УС на БЛС. "Тревога излиза от нашите среди, защото времето за специализация вече изтича, за колегите, които трябва да имат специалност "Обща медицина" - изискване, за да практикуват", поясни тя.

Д-р Чинарска добави, че този проблем се оформил преди пет години - 2006-2009-а, когато се е разбрало, че всички лекари няма да могат да бъдат зачислени едновременно да завършат обучението си в рамките на 4-5 години. Кризата да останем без лични лекари може да се избегне, ако сформиранията от здравния министър работна група изготви широк профил на семейните лекари - да се види колко имат специалност, колко зачислени, колко остават с придобити специалности и да си довършат пенсионната възраст, добави тя. БЛС има предложения как да се реши проблемът, включително и с удължаване на срока на специализация, защото това е нова специалност за страната и е необходимо да се изработят гъвкави програми като в страните с повече опит, подчерта д-р Чинарска.

БЛС направи проучване как се решава проблемът в някои страни. Какъв е опитът в Испания може да прочетете в сайта на Лекарския съюз.

Ще бъде удължен срокът за взимане на специалност от общопрактикуващите доктори

Във връзка с разпространеното чрез медиите опасение, че над 1 милион пациенти от юни 2014 г. могат да останат без лични лекари, ако не бъде удължен срокът за придобиване на специалност, зам.-министърът на здравеопазването проф. Чавдар Славов, в интервю за "Радио Фокус", поясни че министерството на здравеопазването е предприело действия за удължаване срока за вземане на специалност с една година.

Статистиката показва, че от 4527 общопрактикуващи лекари близо 3000 са със специалност. В момента 1037 човека са зачислени, но не са си взели специалност по "Обща медицина". Други 670 човека, които са по-малко от 15% от общия брой ОПЛ изобщо не са зачислени.

С промяна в Закона за лечебните заведения срокът за придобиване на специалност се удължава с 1 година, а записалите специализация през този период ще могат да работят още 5 години докато придобият специалност.

Проф. Славов уточни, че е създадена работна група, в която участва доц. Киров - председател на Асоциацията на общопрактикуващите лекари и доц. Постаджиян - националният консултант по обща медицина, който е и ръководител КATEDРА "Обща медицина" към Медицинския университет. Представители на БЛС във въпросната група са на мнение, че не трябва да има ново удължаване на срока.

Изнесената информация, че няма достатъчно места в университетите проф. Славов опроверга с данни за разкрити до момента 4786 места за специализация - при положение, че броят на разкритите практики е 4527.

С подготвените от МЗ промени в Закона за здравето и Закона за лечебните заведения срокът за придобиване на специалност се удължава с 1 година, а записалите специализация през този период ще могат да работят още 5 години докато придобият специалност.

Проф. д-р Любомир Спасов, изпълнителен директор на болница „Лозенец“ и новоизбран национален консултант по трансплантология:

Основните ми задачи са да възстановим доверието в трансплантационната дейност и да създадем Балкантрансплант

Обявяването на новия консултант по трансплантология роди дискусии в публичното пространство. В първото интервю, което проф. Любомир Спасов даде за в. Quo vadis, той обяви своите намерения.

- Проф. Спасов, поздравления за назначението Ви за национален консултант по трансплантология. То обаче не се приема еднозначно, защото бихте ли коментирали мотивите на федерация "Български пациентски форум", която се обяви против избора Ви?

- Не съм чул техните мотиви в детайли. Това, което зная обаче е, че назначението за национален консултант става на базата на нормативна уредба на МЗ, в която ясно е разписано как се избира човек за тази длъжност. Тя изисква до септември предходната година да се правят предложения от институции, какъв консултант по дадена специалност да бъде посочен за следващата една година. В продължение на 2 години Софийският университет ми издига кандидатурата за национален консултант по трансплантология, предвид това, че съм пионер в чернодробната трансплантация в България и в момента имам най-много органи трансплантации у нас - имам предвид бъбреци, сърце, черен дроб (общо около 98). След гласуването от Академичния съвет, ректорът на СУ проф. Иван Илчев е отправил предложението до министъра на здравеопазването. В определения за целта срок друга кандидатура не е имало и на базата на това министър Таян Андреева е извършила избора.

- Мотивите на пациентската организация са, че се водят две дела срещу болницата, за това че са извършени трансплантации на бъбреци и че Вие нямате специалност урология.

- Срещу болница "Лозенец", а не лично срещу мен, се водят две дела и те са в ход. Това, което се твърди в исковете е, че болницата е направила трансплантации на бъбреци, без да има право на това. Болницата обаче има лиценз от 2004 г. и той е действащ и в момента. Освен това винаги сме отговаряли на искванията, които са се поставяли за трансплантационна дейност. Колкото до това, че нямам специалност по урология, наистина е така, но това не е необходимо. На всички бъбречни трансплантации в България е имало съдов хирург. Така че аз съм участвал във всички трансплантации в болницата, като при бъбречните това е ставало паралелно с моя колега уролог доц. Петров, който ги е правил, а като директор на болницата е нормално да бъда ръководител на екипа.

- През годините трансплантологията в България имаше възходи и спадове.

Какво пречи на този процес и какво Вие ще направите като национален консултант, за да се подобрят нещата?

- За съжаление, в последните 5 години аз не виждам възход. Трансплантологията не може да бъде оазис за добра дейност на фона на цялото здравеопазване. Трябва да има доверие, за да има добро ниво на медицината. В последните години медицината получи един сериозен спад на доверието. Имам основания да твърдя, че това се прави абсолютно тенденциозно от заинтересовани кръгове, но лекарите страдат. Основната ми задача като национален консултант, ще бъде да възстановим доверието към тази високоспециализирана дейност. Справим ли се с това, трансплантите, от само себе си, ще бъдат повече на брой и по-качествени. В чисто професионален аспект смятам, че ние сме държава, която има много какво да учи от страните, които са по-добри от нас. Освен това в последните години в цяла Европа има намален брой на донори. Много по-лесно е, няколко държави да обединят усилията си за намиране на донори и да ги споделят помежду си, когато е възможно това да се случи. Така че, аз имам идея и ще работя за това тя да стане факт, да създадем Балкантрансплант. Да създадем организация, която е по-добна на Евротрансплант, но включва съседите ни - Турция, Гърция, Сърбия, Румъния, Албания... Изключително важен в трансплантологията е факторът време. Чисто географски е невъзможно ние да очакваме орган от Белгия или Холандия, който да трансплантираме в България, поради това, че раз-

задълбочават. Всичко положително, което правят те, трябва да се взаимства, за да не откриваме отново правилата в медицината.

- Каква е координацията на нашата трансплантационна система?

- Това, което задължително трябва да се направи в България, и то безапелационно, е да се подава потенциален донор само когато болницата, която е извършила оценката на мозъчната смърт, разполага с необорими инструментални методи за доказването ѝ. Мисля да предложа това да става само с ангиографско изследване, т.е. всеки гражданин, когато види липсващата циркулация на кръв в мозък,

подава донора, да бъде спокойна, че е изпълнила своите задължения точно и коректно.

- Какви са възможностите и перспективите за трансплантите в България?

- Това, което трябва да се развие в бъдеще, е трансплантацията на бял дроб, въпреки че има малка листа на чакащи. В световен мащаб трансплантите на пан-

- Каква е успеваемостта на трансплантите у нас?

- Мога да кажа за болница "Лозенец". Направих европейски одит на трансплантационната ни програма, който показа, че успеваемостта е 79% - абсолютно съвместимо с това, което в момента се прави в Европа. Не може да се спекулира със смъртта на пациенти. Хората трябва много добре да бъдат информирани, че трансплантацията е една високорискова дейност и опитвайки се да помогнеш, не винаги успяваш.

- Направихте първата трансплантация на черен дроб на дете у нас, извършихте за първи път операция на биещо сърце. От къде идва този стремеж да въвеждате нови дейности?



Проф. Любомир Спасов е роден на 29 септември 1960 г. От 1989 г. до 1993 г. работи в Клиниката по сърдечна хирургия в Медицинска академия. А от 1993 до 1996 г. - в САЩ и Перу. От 1990 г. е в университетска болница "Лозенец", а от 1998 г. досега е неин директор. Има специалност по обща и сърдечна хирургия, магистър е по здравен мениджмънт. Специализирал е в Англия, Франция, Германия, САЩ, Словения, Италия и др. Бил е Лекар на годината през 2005 г. Почетен гражданин е на София, носител на ордена "Звезда на италианската солидарност" и др. Проф. Спасов извършва за пръв път успешно операция на биещо сърце (аортокоронарен байпас) в България. Негова заслуга е и първата в България видеоасистирана митрална клапна реконструкция и подмяна през 10 см отвор на гръден кош. За пръв път в страната извършва и трансмиокардна лазерна реваскуларизация. Известен в медицинските среди е и с първата в България трансплантация на черен дроб.

стоянията са много големи. И друг фактор, който не е за пренебрегване - на Балканите ние сме с един генотип, а при тази дейност се гони съвместимост.

- Това няма ли да попречи на нормалното ни членство в Евротрансплант?

- Ние все още не сме пълноправен член на Евротрансплант, но отношенията ни с тази организация трябва също да се

ка, да е сигурен, че човекът е в мозъчна смърт. Това ще помогне за връщането на доверието.

- Няма ли по този начин да се ограничи броят на болниците, които могат да подават донори?

- Нека да има по-малко донори, но обществото да е 100% сигурно, че не се злоупотребява и болницата, която е

креас намаляха, защото не са толкова добри, колкото се очакваше. Друга област, която е мост към трансплантите, е използването на изкуствени органи и специално на механичните помпи в сърцето. Техниката се разви изключително бързо през последните 10 години и в момента има много хора, които се отказват от трансплантация и преживяват години с изкуствената помпа.

- Обичам да следя достиженията в медицината и се стремя аз и моите колеги да бъдем в крак с това, което се прави в Европа и в света. Моето разбирание е, че това, което се предлага в Западна Европа, трябва да се предлага и в София, Варна, Пловдив. Пациентите, когато се обърнат към една болница, трябва да получават всичко, което съвременната медицина е доказала, че

работи. Затова, опитвайки се да поддържам нашата медицина на нивото на европейските и световни стандарти, съм правил тези неща. И те вече са станали практика и се извършват навсякъде.

- Преди няколко години казахте, че основната Ви задача е да изградите медицински факултет в СУ "Св. Климент Охридски". Как се чувствате сега, при завършването на първия випуск?

- Успях да реализирам тази моя мечта, това мое желание и нямаше по-щастлив човек от мен, когато връчвах дипломите на първия випуск на факултета. Винаги съм смятал, че младите хора, студентите, трябва да видят най-доброто, което се прави в света и да имат самочувствието и увереността, оставяйки в България, че ще могат да работят така, както биха работили в Западна Европа или в Америка. Така че в края на миналата година ние дипломирахме първия випуск медици, медицински сестри и медицински рехабилитатори. Изключително щастлив момент, когато вече е завършил един цикъл на оставяне на школа, на себеподобни. Това е смисълът на природата - биологичният вид трябва да се самопроектира, за да съществува. Същото е и в професията. Ако останеш сам в това, което правиш, значи нищо не си направил. Всичките тези млади хора останаха в България и работят.

- Как ги мотивирате да останат в страната ни?

- В медиите се разпространява погрешно мнението, че заплащането в Германия е основното при напускането на лекарите. Не е така. Удовлетворението от това, че работят съвременна медицина, е много по-голямо. Когато могат да го усетят тук, те не напускат България. Част от новозавършилите колеги вече са на работа в болница "Лозенец". Това е много хубаво. Младите имат ентузиазъм, който зарежда всички колеги в екипа, така че дипломирането наистина беше много върховен момент за мен.

- Вие сте имали възможност да работите в Америка. Защо избрахте България?

- Това е нещо, което съм го казвал и преди - имах морални ангажименти към моя учител доц. Борис Мишев. Той ми даде всичко в професията. Когато заминавах за САЩ, той ми каза едно изречение: "Ти нали ще се върнеш!". Вече бях започнал да работя там, но когато разбрах, че е починал, си събрах нещата и се прибрах. Човек, когато дава обещания, трябва да ги изпълнява. Дадената дума трябва да бъде закон. Щастлив съм, че неговият син сега е мой асистент, така че тази приемственост, това, което Хипократ ни е вменил като задължение - да обучаваш децата на своя учител, мога да го реализирам.

Министър Таня Андреева: Реформата ще струва 80 млн. лева

● 97.3% от анкетираният искат да се стартира с този сектор, показва проучване

Здравният министър Таня Андреева подчерта по време на форума, че от всички промени, които управлявателите залагат за развитието на системата за здравеопазване, единственото, за което обществото и лекарите се обединяват почти безапелационно, е мнението, че реформата на спешната помощ трябва да започне веднага.



Проучване на МЗ е показало, че 97.3% от запитаните искат да се стартира точно с промените в този сектор. Министърът обясни, че целта на реформата е да се намали максимално неравенствата в отделните области на страната и достъпът до спешна помощ да е гарантиран за всички. За да се постигне това, болничните комплекси, които ще се изградят, ще бъдат оборудвани с необходимата съвременна апаратура. Като основен проблем - липсата на кадри, министър Андреева изрази мнение, че в бъдеще той няма да е толкова остър, защото ще се направят нужните стъпки, за да се задържат медиците. Тя отбеляза, че в момента в България има 28 000 лекари. Тази бройка е недостатъчна, ако работят в 400 или 500 болници, но ситуацията ще се съвсем различава ако болниците са 200, подчерта тя. И добава, че се разработва програма за обучение на лекарски асистенти, които до голяма степен ще покрият нуждите на спешна помощ от кадри. Освен това се предвижда заплатите на екипите да се увеличат всяка година, поне докато трае мандатът на това правителство.



Д-р Десислава Кателиева

ЗА ПОРЕДЕН ПЪТ

Спешните медици питат: Докога ще сме буфер в здравеопазването? Докога ще чакаме закон?



Д-р Десислава Кателиева

Ние, работещите в доболничната спешна помощ, за пореден път се обръщаме към изпълнителната и законодателната власт с искания за създаване на закон за спешната медицинска помощ и нормативни промени, с цел регламентиране на дейността и правила за приемане и изпълнение на спешни повиквания, гарантиране на безопасни условия на труд, право на специализация и достойно заплащане. Изпълнението на предложението от нас ще ни мотивира да останем в системата, ще повиши качеството на оказваната от нас помощ и ще привлекло млади специалисти.

БЛС ОРГАНИЗИРА ДИСКУСИЯ ЗА РАЗВИТИЕТО НА СПЕШНАТА ПОМОЩ

● Присъстващите се обединиха около тезата, че промените трябва да започнат веднага



На дискуссионния форум присъстваха освен здравният министър, още д-р Нигяр Джафер - председател на комисията по здравеопазване към НС, д-р Десислава Атанасова, д-р Даниела Дариткова, д-р Кирил Добрев, д-р Дарин Димитров и други членове на парламентарната здравна комисия, зам.- министърът на здравеопазването д-р Бойко Пенков, зам.- управителят на НЗОК д-р Динчо Генев, от Дирекция Национална система 112, Пожарна безопасност и защита на населението, представители на БЧК, националните консултанти по водещи за спешните случаи специалности, членове на УС и НС на БЛС, директори на ЦСМП и на 28-те областни болници, пациентски организации и др.

дискусията, да си тръгнем убедени от това, какъв модел на спешна помощ и в какви срокове ще изградим", заяви при откриването председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов.

Министърът на здравеопазването д-р Таня Андреева представи своята концепция и подчерта, че реформата в спешната помощ трябва да започне веднага. "Необходимо е изградяване на така наречените национални болнични комплекси, които да бъдат оборудвани по всички съвременни стандарти за спешност, със съответната апаратура и шокони зали, така че, в която и точка на страната ни да се случи тежък инцидент, пациентът да бъде транспортиран и да му бъде оказана адекватна помощ в условията на спешност", каза д-р Андреева.

Концепция за спешната медицинска помощ, която е част от Националната здравна стратегия, бе подробно представена от проф. д-р Милан Миланов, ръководител на работната група, изготвила платформата. Той поясни, че целта на настоящата стратегия е да се изгради цялостно интензивно развитие на съществуващата доболнична и болнична спешна медицинска помощ и да се постигне качествена, навременна и достъпна спешна помощ.

като най-сериозния проблем пред реализирането на изготвената от МЗ стратегия. Председателят на парламентарната здравна комисия д-р Нигяр Джафер коментира, че и най-съвършената концепция има едно слабо място - липсата на



кадри. Според нея няма да се постигне нищо ако държавата, пациентите и лекарите не вложат своите усилия в посока увеличаване на заплатите на медиците от спешна помощ.

По време на форума председателят на Българс-

Проф. д-р Милан Миланов, ръководител на работната група, изготвила концепцията: За реализиране на стратегията е необходимо непрекъснато допълнително държавно финансиране

Концепцията за спешна медицинска помощ беше представена подробно от проф. д-р Милан Миланов, ръководител на работната група, изготвила проекта. Той започна със стратегическата цел - "Цялостно интензивно развитие на съществуващата доболнична и болнична спешна медицинска помощ (СМП) и постигане на качествена, навременна и достъпна спешна медицинска помощ". След това премина през сегашното състояние на системата и подчерта, че тя трябва да се доразвие и измени, защото в момента работещите в нея са много по-недоволни и от пациентите.



Стратегиата включва действия за стабилизиране на сега съществуващата доболнична спешна медицинска помощ и изграждане на нов модел на спешна болнична медицинска помощ, подчерта професорът. Предвиждат се промени в нормативната база, обособяване на многофункционални спешни приемни отделения към спешните центрове и филиалите им, интегриране на информационно комуникационната система на ЦСМП с тази на Националната система за спешни повиквания 112 и други мерки. На всеки 2-3 години ще се обновяват 30% от линейките в автопарка. В стратегията е включено също така повишаване взаимодействието на спешната помощ със структури, предлагати специализирани санитарен въздушен транспорт и с таксита, разполагащи с плавателни съдове за оказване на спешна помощ. Специално внимание е отделено на

ния за спешна медицинска помощ, които ще бъдат събрани с нуждите на здравната карта - травма център, метаболичен център, мозъчно-съдов център и други. Ще има специализирана очна медицинска помощ, психиатрична, УНГ и т. н.

Предвижда се и създаването на Национален център по спешна медицина (Пирогов), който ще осигурява непрекъснато, денонощно обслужване на спешни пациенти от цялата страна и спешна консултативна помощ на лечебни заведения. Ще бъде ангажиран и с продължаващото медицинско обучение на всички кадри от системата на спешната медицина. Спешните приемни отделения ще се върнат в състава на Центровете за спешна медицинска помощ. В стратегията се отбелязва още, че трябва да се определи

влезе в стандарта за дейността. Планира се също така и създаването на уеднакви базови протоколи и алгоритми на поведение на лекарите при различните типове спешни пациенти с описание на дейността. Това ще даде възможност за остойностяване на услугата при извършване на съответната медицинска помощ. Проф. Миланов обаче заяви, че и в момента има две книги с алгоритми и протоколи, но те не се спазват. Най-съществената промяна, която се предлага, е

създаването на спешни болнични комплекси

Във всяка се ешалониране на болничната спешна помощ, ЦСМП ще бъдат разселени на две нива, като 9 или 11 от тях ще бъдат от първо ниво. Този тип комплекси ще бъдат в лечебни заведения, които осигуряват 90% от болничната спешна медицинска помощ. Останалите ще бъдат второ ниво и зад тях ще стоят лечебни заведения, които осигуряват 60% от болничната спешна медицинска помощ. На национално ниво ще има и специализирани лечебни заведе-

повишаване квалификацията на работещите в системата

нещо, което бе приветствано от присъстващите на форума. Една от основните задачи е реалното разделяне на спешния от плановия прием. За целта е нужно да има ясна медицинска дефиниция на спешен пациент в доболничната и в болничната сфера, която да

опирайки се на дейностите по съответния протокол. Трябва да се оцени също така реалната стойност на разходите за издръжка на един център и реалната стойност на разходите за дълготрайни материални активи, капитално строителство и апаратурна безопасност на спешното отделение.

реалната стойност на услугата на всеки преминал пациент

"Днес медицината е в частност спешната се развиват със светкавични темпове. За разлика от тях, системата на здравеопазване не стои на едно място, а даже върви назад. Между двете в България има огромна пропаст, която всички ние сме длъжни да преодолеем днес и сега", заключи проф. Миланов.

2. Въвеждане на правила за приемане на повикванията, кодиране на спешността и алгоритми за работа, утвърдени от МЗ. Това е световна практика, за гарантиране бързината и качеството на оказваната на пациента медицинска помощ и юридическата защита на спешните екипи.

Предложения и въпроси на НАРСМП относно проекта за Стратегия за развитие на спешната медицинска помощ в България за периода 2014-2020 г.

- 1. Определение предмета на дейност на спешна медицинска помощ. Това ще гарантира на спешния пациент предимство пред всички останали и ще разграничи 24-часово медицинско обслужване на населението от спешната медицинска помощ.
- 2. Въвеждане на правила за приемане на повикванията, кодиране на спешността и алгоритми за работа, утвърдени от МЗ. Това е световна практика, за гарантиране бързината и качеството на оказваната на пациента медицинска помощ и юридическата защита на спешните екипи.
- 3. Настояваме за предприемане на сериозни и незабавни мерки за преодоляване на кадровия дефицит на спешни медици, като предлагаме:
 - солидарен процент на увеличение на заплатите на всички категории работещи в спешната помощ, ежегодно до достигане на достойно заплащане на труда ни. НАРСМП внесе в МЗ и синдикатите подписка от 2266 работещи в 84 ФСМП от 18 ЦСМП с искане за солидарен процент на увеличение на заплатите на всички категории работещи в ЦСМП. Качеството на работата ни зависи както от професионализма на всеки един от нас, така и от взаимомощността в екипа. При диференциран процент на увеличение на заплатите се дискриминират. Това разделение ще застраши екипноста, а чрез нея и качеството на работата ни.
 - предприемане на законодателни промени в нормативната уредба, касаещи:
 - категоризация на труда при пенсиониране на работещите в спешна помощ, предвид високите нива стрес и рискове които поемаме при изпълнение на служебни си задължения;
 - специализация на лекари и медицински специалисти, работещи в доболничната спешна помощ. В настоящия момент нийкой лекар, работещ в ЦСМП не може да започне специализация, защото с решение № 15612 от 26.11.2013г. на ВАС бяха ОТМЕНЕНИ чл.20 и чл. 20а от Наредба № 34 на министъра за здравеопазването от 29.12.2006г. за приобщаване на специалност в системата на здравеопазването;
 - въвеждането на професионален лекарски асистент. По настоящем медицински

- 4. Гарантиране на безопасни условия на труд за мобилните и стационарните екипи на ЦСМП с действителни паник-бутони, свързани с полиция.
- 5. Настояваме за нова комуникационно-информационна система, свързана с тел.112, и другите служби за спешно реагиране и спешните приемни отделения на болниците. Единна комуникационна система с тел.112 ще гарантира скъсяване на пътя от подаване на повикването до предаване на екипа, прецизиране на спешността и колаборация на дейността с останалите служби за спешно реагиране. Комуникационната свързаност със СПО на болниците ще гарантира навременна и адекватна специализирана помощ на пациента при пристигане на екипа в болница.
- 6. Предлагаме въвеждане на телемедицина в 41 ФСМП, отдалечени от областните градове, в които поради липса на лекари дежурят само долекарски екипи. Телемедицината е необходима и адекватна специализирана помощ на пациента при пристигане на екипа в болница.
- 7. Предлагаме въвеждане на телемедицина в 41 ФСМП, отдалечени от областните градове, в които поради липса на лекари дежурят само долекарски екипи. Телемедицината е необходима и адекватна специализирана помощ на пациента при пристигане на екипа в болница.
- 8. Предлагаме въвеждане на телемедицина в 41 ФСМП, отдалечени от областните градове, в които поради липса на лекари дежурят само долекарски екипи. Телемедицината е необходима и адекватна специализирана помощ на пациента при пристигане на екипа в болница.
- 9. Кой и кога ще въведе правилата за кодиране на спешността, алгоритми за работа, утвърдени от МЗ?
- 10. Какви мерки за безопасността на екипите ще се предприемат и в какви срокове? Кога ще има действащи паник-бутони при мобилните и стационарните екипи, свързани с полиция?
- 11. Кога ще има нормално действащи комуникации, свързани с тел.112 и СПО на болниците?
- 12. Как ще бъдат увеличени заплатите на работещите в доболничната спешна помощ - чрез солидарен или диференциран процент за различните категории работещи?
- 13. Кога и от кого ще се промени категорията на труд при пенсиониране на работещите в спешна помощ?
- 14. Кога и как ще се променят Наредбите за специализацията на лекари и медицински специалисти, за да могат работещите в ЦСМП да придобиват специалност?
- 15. Кога ще се въведе професионален лекарски асистент?
- 16. Кога ще се въведе телемедицина в долекарските екипи във ФСМП, без назначени лекари?
- 17. КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВАТ СПЕШНИТЕ БОЛНИЧНИ КОМПЛЕКСИ:
 - кой ще работи в тях?
 - как ще взаимодействат с болничните СПО и доболничната спешна помощ?
 - кой ще финансира медико-диагностичната и медико-лечебната им дейност?

- 18. Каква ще бъде ролята на парамедиците и кога ще бъдат въведени в доболничната спешна помощ?
- 19. Ние, работещите в ЦСМП, считаме, че доболничната спешна помощ е сериозно застрашена от кадрови дефицит, липса на правила за приемане и изпълнение на повикванията, саморазрива с нас, което неминуемо влошава качеството на оказваната от нас помощ. Липсата на правила ни превръща в буфер на здравеопазването и в медицинска помощ въобще и доведе до зачеване на случаен принцип на екипи и загуба живота на пациенти, ескалиране на саморазрива с нас. Ниското заплащане, стресът, агресията спрямо нас, хаосът в работата ни, липсата на пер-

спективи демотивира много от нас. Ние, спешните медици, сме застрашени да влезем в Червената книга на изчезващите видове.

Считаме, че в проекта за Стратегия за развитието на спешна помощ акцентът е поставен върху болничната спешна помощ, а нашите проблеми са спешни да се подредят на старата комуникационно-информационна система, подмяна на автопарка и мъгливи обещания за законодателни промени. Предлагаме да се съобразим с предложението ни и да пристъпим към реализацията им. Законодателните промени не струват пари, а за въпрос на добрия воля за създаване на истинска спешна помощ, а не буфер, обслужващ недовъзник на здравеопазването ни. Очакваме днес или във възможно най-кратък срок да отговорите на поставените от нас въпроси.

Д-р Десислава Кателиева, председател на НАРСМП



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** и 0899 90 66 55 **Яна Тасева**

ПРЕДСТОЯЩО

XIII-ти национален конгрес по акушерство и гинекология и V-ти национален конгрес на акушерките

12-13 март 2014 г., х-л Новотел, гр. Пловдив

Организатор: Българско научно дружество по акушерство и гинекология



За повече информация: СБАЛАГ "Майчин дом", гр. София 1431, ул. Здраве №2
Проф. д-р Стоилен Иванов, тел.: 02/952 04 06
Доц. д-р Милко Сираков, тел.: 02/917 24 44
факс: 02/851 72 71, e-mail: bsobgyn@abv.bg

XV-ти национален конгрес по стерилитет и репродуктивно здраве

6-9 март 2014 г., гр. Самоков
Организатор: Българска асоциация по стерилитет и репродуктивно здраве
За повече информация: <http://basrh.org/>

Втора научна конференция „Лечението на сърдечните и съдовите заболявания - екипна дейност“

14-16 март 2014, МУ, гр. Плевен
Организатор: Българска сърдечна и съдова асоциация
За повече информация: Арбилис ООД Бул. "Васил Левски" 58А, гр. София тел.: 02/ 989 88 77; факс: 02/ 950 17 16 e-mail: events@arbilis.com; www.arbilis.com

Продължаващо медицинско обучение

15 март 2014 г., гр. Шумен
Организатори: Националното сдружение на общопрактикуващите лекари в България
За повече информация: бул. Н. Й. Вапцаров №17-21, ет. 2, ап. 5, П.К. 1407, гр. София тел.: 02/ 868 28 94, факс: 02/ 868 28 94, GSM: 0886/ 614 589; 0887/ 626 562 e-mail: nsoplbg@gmail.com www.nsoplbg.com

XI-ти симпозиум на Национална глаукомна асоциация

28-29 март 2014 г., гр. София
Организатор: Национална глаукомна асоциация
За повече информация: <http://www.ngabg.eu>

Зимно училище за специализанти по кардиология



20-23 март 2014 г., х-л Астера, гр. Банско
Организатор: Дружеството на кардиолозите в България
За повече информация: www.cardiobg.com

V-ти Симпозиум „Ендоурология и минимално инвазивна хирургия“

27-28 март 2014 г., гр. София
Организатори: Секцията по уролитиаза на Европейската асоциация по урология, ВМА, Българското дружество по ендоурология и екстракорпорална литотрипсия и Българското урологично дружество
За повече информация: www.urolithiasis.endourology.bg

Научна конференция „Съвременни концепции в лечението на ушите, носа и гърлото“



28-30 март 2014 г., х-л Санкт Петербург, гр. Пловдив
Организатор: Асоциация на лекарите по оториноларингология "Проф. д-р Стоян Белинов" - ИСУЛ
За повече информация: www.cic.bg

Побързайте!

Абонирайте се за 2014 година

Във всеки пощенски клон - каталожен №401



Вестникът на българските лекари

За цяла година **21.60 лв.**

За 6 месеца **10.80 лв.**

За 3 месеца **5.40 лв.**

Можете да се абонирате и в редакцията.
Справка: тел. 0899 906 622 - Румяна Тасева
ЕДИНСТВЕНОТО НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЛС!

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник "QUO VADIS"

Национално издание на Българския лекарски съюз

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

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

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

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

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

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

Цените са без ДДС.

Лого - първа страница под главата - 250 лв.
PR материали - 1.80 лв./кв. см, с възможност за включване на цветно каре до 15% от общия обем на материала.

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

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

ЗА САЙТА НА БЛС

I. Информация за сайта:

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

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

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

- Актуален регистър на лекарите в Република България

- Актуална информация и новини

II. Рекламен период:

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

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

III. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

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

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

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

2. Текстови обяви / Платени публикации:

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

3. Нестандартни рекламни форми:

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

IV. Плащане:

1. Договорните суми за реклама се заплащат не по-късно от 1 (един) работен ден преди старта на 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 договаряне
- ✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

Около 20% от децата диабетници чакат инсулинови помпи

- **Лекари и родители настояват малките пациенти да имат достъп до това лечение**
- **Необходимо е да бъдат обучени специалисти за прилагане на метода**

У нас този метод на лечение е въведен през 2007 г. и към момента се прилага само при 70 деца диабетници. Техните помпи са закупени от родителите им или са от дарения и спонсорства. Това припомня Здраве нет по повод на настояването на сдружение на родителите да се прилагат съвременни методи на лечение на децата им.

България е единствената страна в Европа, в която институциите не поемат заплащането дори на част от лечението с инсулинова помпа.

то специалисти не могат да не подкрепят онези от тях, за които това лечение действително е най-подходящото. Този метод има огромни предимства, особено при най-малките, при него нивата на кръвната захар се следят и измерват възможно най-точно през много кратки интервали от време, а това е изключително важно за децата, посочи доц. Константинова. От позицията на педиатър и ендокринолог с дългогодишен опит в лечението на детския диабет, тя изтъкна, че този терапевти-



Резултатите от фармакоикономическия анализ на група наши експерти доказва високата финансова ефективност на тази терапия. Въпреки това и въпреки разработените нови критерии за включването ѝ при деца с диабетно заболяване, стартирало преди 6-годишна възраст, все още ситуацията остава без промяна.



Инсулиновите помпи трябва най-сетне да намерят място и у нас като подходящ и много щадящ метод за лечение при децата диабетници, в развитите страни те отдавна вече не са новост, а практика. Това заяви на пресконференция-дискусия в столицата националният консултант по детска ендокринология и болести на обмяната доц. Мая Константинова. Тя уточни, че не повече от 20% от децата с диабет у нас имат нужда от този вид лечение и на практика остават дискриминирани, тъй като стойността на помпите и сензорите за тях не се покрива от здравната каса.

Естествено, ние не твърдим, че всичките 1500-1600 деца с диабет трябва да бъдат оставени на терапия с помпи, отбеляза доц. Константинова и допълни, че ка-

чен подход може да предотврати тежките животовастрашаващи хипогликемични кризи при деца, да им гарантира оптимално дозиран режим на инсулиново лечение, нормално развитие и превенция на тежки усложнения в по-късна възраст.

Друг съществен проблем е, че у нас броят на специалистите, които имат познания и опит в поставянето на инсулинови помпи е твърде малък - те са 9 от общо 500 ендокринологи, а това означава, че ако се мисли перспективно, трябва да се насочат усилията и към организирането на обучение за лекари, които ще имат такава компетентност, допълни още националният консултант.

Нито една институция у нас досега не е проявила интерес към призивите на лекари и родители, има само неразбирание и прехвърляне на топката помежду им, стана ясно още от изказвания на много родители, които взеха участие в дискусиата. Водени от желанието да информират обществото за проблемите и да предизвикат по-адекватна реакция от страна на институциите, те ще регистрират сдружение, което ще обедини родители на деца, лекувани с инсулинови помпи. Организацията ще сезира европейските институции и ще потърси тяхното съдействие, за решаването на проблема.

От пресцентъра на НЗОК обаче разпространиха съобщение, в което се подчертава, че Касата е против предложението на Фонда за лечение на деца от 2015 г. да поеме консумативите за инсулинови помпи и глюкозни сензори за деца с диабет.

Д-р Димитър Петров

ЗАХАРЕН ДИАБЕТ: ЛАБОРАТОРНАТА ДИАГНОСТИКА

(Продължава от миналия брой)

Най-общо, има четири изследвания, с които със сигурност може се постави или докаже диагнозата захарен диабет, независимо дали става въпрос за тип 1, тип 2, гестационен тип захарен диабет или други специфични типове диабет (генетични дефекти, заболявания на екзогенния панкреас, влияние на лекарства или токсини и др.):

1. Плазмена глюкоза (от венозна кръв) над 11.1 mmol/L, взета по всяко време на деннонощно, независимо от времето на последното хранене и вида на храната.

2. Плазмена глюкоза на гладно над 7.0 mmol/L, след поне 8-часово гладуване.

3. Плазмена глюкоза над 11.1 mmol/L в края на втория част при орален глюкозо-толерансен тест (ОГТТ), проведен съгласно изискванията на СЗО. Тестът се провежда със 75 g глюкоза, разтворена в 300 ml вода, която трябва да се изпие наведнъж или няколко пъти, но за не повече от 5 минути. Тестът се провежда сутрин, след 10-12-часов ношен глад, като през последните дни пациентът трябва да е приемал поне по 150 g въглехидрати дневно. През последната седмица пациентът не трябва да е боледувал от заболяване с температура или диспептичен синдром и да не е приемал медикаменти с контраинсуларен ефект като кортикостероиди и тиреоидни хормони. По време на теста пациентът може да приема само вода, да не пуши, да е във физически и емоционален покой и при стайна температура.

Изследванията показват, че при отчитане на плазмена глюкоза на гладно се пропускат около 30 % от болните със захарен диабет, които пък могат да се диагностицират с ОГТТ. За съжаление, тестът напоследък у нас не се използва достатъчно. Той е показан при следните най-важни стойности на други изследвания:

- плазмена глюкоза на гладно със стойности на нарушена гликемия между 6.1 и 6.9 mmol/L;
- нормална плазмена глюкоза на гладно под 6.9 mmol/L, но при наличие на изявени рискови фактори за захарен диабет;
- стойности на гликирания хемоглобин между 5.7

и 6.4 %.

4. Стойност на гликирания хемоглобин (HbA1c) над 6.5 %, проведен с лабораторен метод, сертифициран съгласно Националната програма за стандартизиране на гликиран хемоглобин. При недобре контролиран диабет се повишава нивото на глюкоза в кръвта. Тази излишна глюкоза влиза в червените кръвни клетки и се свързва с молекулите на хемоглобина. Колкото е по-висока кръвната захар, толкова повече гликиран хемоглобин се образува. Червените кръвни клетки живеят около 90-120 дни и "но-



сят" информация за нивото на кръвната захар от началото на живота си до момента, като така дават данни за контрола на кръвната захар за последните 2-3 месеца. При здрави лица част от хемоглобина се гликира, но процентът е около 5 (3.5-6.1 %). При някои пациенти стойността на гликирания хемоглобин може да бъде както фалшиво повишена, така и фалшиво понижена. Състояния, при които средната продължителност на живота на еритроцитите се скъсява, (например при хемотрансфузии), при състояния на повишена еритропо-

еза, (например при хемолитиза), могат да доведат до фалшиво по-ниска стойност на HbA1c. Лечението на пациентите със захарен диабет и анемия при ХБН с жлезни препарати и еритропоетин, водят до покачване на концентрацията на хемоглобина и понижаване на HbA1c с 0,5 - 0,7 %. Фалшиво по-висок процент на HbA1c може да се регистрира при ацидоза и при високостепенна уремия, тъй като продуктите от спонтанния разпад на уреята реагират с хемоглобина. При изявата на новооткрит бързо развиващ се диабет, какъвто обикновено е тип 1, HbA1c

гранични, повтаря се първото патологично изследване за доказване на диабета.

5. Глюкоза в урината обикновено се определя скринингово заедно с други показатели с тест ленти, но също и при стандартно изследване на урина с реактиви. Нормално в урината се отделя под 150 mg/24ч. глюкоза, което не може да бъде открито с обикновените качествени проби. Когато това количество е по-голямо, то се установява и състоянието се означава като глюкозурия. Тя настъпва, когато количеството на глюкозата в кръвта е над 11 mmol/L - бързачен праг на глюкозата. При някои хора този праг е по-нисък - до 9 mmol/L. Откриването на глюкоза в урината практически означава или захарен диабет, или силно понижен глюкозен толеранс и изисква горните допълнителни изследвания за поставяне на диагнозата.

Съвременната диабетология разграничава и две гранични състояния, определени често и като "преддиабет":

1. Нарушена гликемия на гладно (НГГ) - при плазмена глюкоза на гладно между 6.1 и 6.9 mmol/L.

2. Нарушен глюкозен толеранс (НГТ) - при плазмена глюкоза между 7.8 и 11.1 mmol/L в края на втория час на ОГТТ.

Диагнозата на преддиабета е важна, защото с промяна начина на живот, най-вече хранене, двигателна активност и редуция на теглото, може да се предотврати развитието на захарен диабет тип 2 и сърдечносъдовите му усложнения. В определени случаи се започва и прием на медикаменти, най-често метформин.

Продължава в следващия брой

Diabetes Control Card	HbA _{1c} test score	MEAN BLOOD GLUCOSE mg/dL	mmol/L
	☹️	14.0	380
↕️ good action suggested	13.0	350	19.3
	12.0	315	17.4
	11.0	280	15.6
	10.0	250	13.7
	9.0	215	11.9
	8.0	180	10.0
	7.0	150	8.2
	6.0	115	6.3
	5.0	80	4.7
	4.0	50	2.8
😊️			

Зависимост на стойностите на гликирания хемоглобин и средните нива на кръвната захар през последните 2-3 месеца

БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ - ИНОВАЦИИ - МОДЕРНО ЛЕЧЕНИЕ - КАЧЕСТВЕНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ

21, 22 и 23 са новите дати от месец май, които тази година международната изложба БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ посвещава на иновациите в медицината, добрите практики и полезните срещи на хората от медицинската общност. Тя се провежда по традиция под патронажа на Министерството на здравеопазването и с подкрепата на Българския лекарски съюз и на Българския зъболекарски съюз.

В ход е подготовката на 48-то издание на БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ, което миналата година приобщи производители, търговци, дистрибутори на медицинска техника, изделия, хора на науката и практикуващи медици от четири континента. Резултатите бяха впечатляващи - 194 фирми директни изложители от България и 16 други държави представиха продуктите и услугите на 655 български и чуждестранни компании от 46 страни. Те пренесоха света на модерната медицина на близо 10 хил.кв.м в Интер Експо Център София.

Организаторите са готови със стратегия

да посрещнат още по-внушителен поток от тези 11 850 лекари и дентални лекари, медицински сестри, мениджъри на здравни заведения, хора от бизнеса, които посетиха предишното издание на форума. Специалистите от болници, ДКЦ и клиници се запознаха с нови генерации аналитична, клинично-лабораторна и диагностична апаратура, медицинска техника и оборудване, инструменти, реактиви, консумативи и други специализирани продукти за добри грижи и медицинско обслужване.

Тази година голяма част от досегашните участници, както и нови компании, ще обогатят гамата от експо-



нати, а успешните практики в диагностиката и лечението ще станат достояние на повече специалисти от медицинското съсловие.

Чуждестранните компании поддържат траен интерес към българското изложение и месеци преди неговото провеждане вече заявиха участие фирми от Германия, Унгария, Русия, Полша, Израел, Пакистан, Словения, Румъния, Италия. Нараства листата и на нови кандидати за дебют на изложбата в Со-

фия.

Колективното участие на фирми, което е добра практика на БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ, е в развитие. Стабилното партньорство с Агенцията за промотиране в чужбина и интернационализация на италианските предприятия (ИЧЕ-София) и сега ще потвърди плюсовете за всички участници от този формат. Компании от други страни също проектират колективното си представяне на изложението.

Посещението на

чуждестранни делегации с представители на бизнеса, здравната сфера, неправителствения сектор и ключови международни организации и тази година се предвижда да бъде част от традиционно богатата и много полезна програма на БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ.

Курсове, семинари, професионални дебати, презентации на модерна техника, последни поколения



изделия и услуги в медицинската практика ще изпълват програмата на изложението в дните от 21 до 23 май 2014 г.

БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ помни щастливите лица на наградените лекари и дентални лекари, които

късметът направи "изключителни" посетители миналата година. И сега всеки от гилдията ще има шанс да се окаже сред тези хора.

Организаторите имат грижата и тази година медицинското съсловие да бъде отлично информирано за новостите и за инициативите през изложбените дни. Специалното издание на БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ бизнесгайд today ще стигне до специалистите отрано и с много практична инфор-

мация за участниците и посетителите на форума.

Повече информация за БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ на www.bulmedica.bg и социалните мрежи Facebook, LinkedIn и YouTube.

Да се изгради циклотронен център у нас, настояват учени от БАН

Учени от БАН настояват държавата да подпомогне техен проект за изграждането на циклотрон. Това стана ясно по време на пресконференция на 18 февруари. Учените вече са събрали нужната сума за закупуването на апарата, около 5 милиона щатски долара, но нямат възможност да намерят пари за изграждането на самия център, където да бъде поставен той. За построяването му са им необходими около 16 млн. лв., като един от вариантите е тези пари да бъдат изтеглени като банков кредит. Надеждата на учените е държавата да гарантира обслужването на кредита през първите пет години.

Доц. Димитър Тонев, който е директор на Ядрения институт към БАН, каза, че ако се изгради националният циклотронен център, това ще на-

- **Ще се намалят около десетина пъти разходите за онкологични изследвания**
- **Искат държавата да подпомогне проекта**

мали с 8 до 10 пъти разходите на държавата за онкологичните изследвания с двата ПЕТ-скенера, с които разполагат Александровска болница в София и "Св. Марина" във Варна. Доц. Тонев отбеляза, че БАН няма намерение да печели от циклотрона и именно затова цените ще са толкова ниски. Той добави, че печалбата ще е минимална и ще бъде използвана единствено за погасяване на кредита. Освен това циклотронът ще има капацитета да обслужва общо 8 ПЕТ-скенера и при това да произвежда широка гама от изотопи.

Виктор Папазов, който



е създател на група за подкрепа на проекта на БАН в социалните мрежи, каза, че ако България се сдобие с такъв циклотрон, освен спад в цената на изотопите преимущество е, че с ПЕТ-скенерите ще могат да се диагностицират много повече пациенти. Той напомни, че в момента изотопите се внасят от Австрия и Унга-

рия и докато се губи време за тяхното транспортиране до София и Варна, спада тяхното качество, поради бързия им разпад. Така на ден не могат да бъдат диагностицирани повече от 7-8 човека, а за прегледните с ПЕТ-скенера се чака с месеци. Според него при положение, че в България всяка година се откриват 32 000 но-



ви случая на онкологични заболявания, наличието на собствен национален циклотронен център ще спаси живота на много от тях.

Доц. Димитър Тонев отбеляза, че създаването на центъра ще даде възможност за развитието на специалността "Радиофармация" в България. Той отбеляза, че в момента у нас има дефицит на кадри в тази специалност. Според него ако проектът се провали, последните останали в България специалисти ще я напуснат. Ако обаче той бъде реализиран, това ще помогне за обучението на нови хора, което пък от своя

страна ще помогне за осигуряването на кадри за бъдещите ПЕТ-скенери, които МЗ иска да закупи за Пловдив и Плевен.

Учените от БАН коментираха, че няма икономическа изгода в това всяка болница, в която има ПЕТ-скенер, да разполага със свой собствен минициклотрон. Те напомниха, че такъв апарат струва 5 млн. лв. и не може да произвежда широка гама от радиофармацевтици. За пример дадоха минициклотрона във Варна, където въпреки наличието му, се налага "Св. Марина" да внася изотопи от чужбина за стотици хиляди левове.

Препоръки за разработване на алгоритъм на Ръководство за добра медицинска практика, основано на доказателства

Доц. д-р Златица Петрова-МУ София, експерт на БЛС

Многообразието на практиките и лекарите налагат изготвянето, освен на общи Правила за добра медицинска практика, и такива по отделните медицински специалности. Правилата за добра медицинска практика позволяват на лекаря във всеки един момент да обясни и обоснове действията и решенията си, когато възникнат въпроси или съмнения при практикуването на медицинската професия и разкриват дължимото поведение на лекаря при зачитане правата и достойнството на гражданите. Със заповед РД 28-256 от 25.11.2013 г. на министъра на здравеопазването са утвърдени Общи правила за добра медицинска практика (ОПДМП). Правилата са задължителни за всички лекари, упражняващи медицинска професия на територията на Р. България, контролът по спазването им се осъществява от БЛС по реда на ЗСОЛЛДМ.

ОПДМП са разработени в съответствие със Закона за здравето, Закона за лечебните заведения и Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина и са съобразени с утвърдения световен и европейски опит и с националната специфика. Общите правила за добра медицинска практика съответстват на етичните принципи от Хелзинкската декларация, Европейската харта за правата на пациентите и Кодекса за професионална етика на българските лекари и други международно признати документи за автономност, полезност, безвредност и справедливост.

Когато се анализира медицинската етика, се използват 4 принципа, постулирани от Том Бошан и Джеймс Чилдерс в "Принципи за биомедицинската етика". Когато се обсъждат и третира морални принципи, тези четири трябва да бъдат преценявани и претегляни един срещу друг, с внимание към обхвата на тяхното прилагане.

● **Спазването на автономия** - пациентът има право на избор: на лечение или отказ от лечение (Voluntas aegroti Suprema Lex);

● **Благотворителност** - лекарят трябва да действа в интерес на пациента (Salus aegroti Suprema Lex);

● **Безвредност** - първо да не вреди (Primum nosere);

● **Справедливост и равенство** - разпределение на оскъдните ресурси, както и решение за това кой какво лечение получава.

Могат да бъдат включени и други етични принципи:

● **Уважение към личността** - пациентът (ле-

куващият лекар) имат право да бъдат третирани с достойнство;

● **Истина и честност** - концепция за информирано съгласие.

Съобразявайки се с тези основни принципи на медицинската етика в утвърдените ОПДМП са залегнали следните принципи за ДМП:

● **Професионален интегритет /компетентност/**, гарантиращи най - доброто качество и безопасност при превенция, диагностика и лечение за съответните условия;

● **Комуникативни умения**

● **Етично поведение;**

● **Достойно отношение към пациентите;**

● **Умения за работа в екип.**

Общите правила за добра медицинска практика съдържат следните раздели:

● **Добра медицинска практика-основни елементи, основни правила, права и задължения на лекаря, съобразно тези правила;**

● **Поддържане на добрата медицинска практика;**

● **Преподаване и обучение, преценяване и оценяване;**

● **Взаимоотношения с пациентите;**

● **Професионални взаимоотношения;**

● **Почтеност;**

● **Здравето на лекаря.**

По смисъла на тези правила **"Ръководство за добра медицинска практика"** е съвкупност от препоръчителни правила за поведение при диагностична и лечебна дейност, което систематизира разрабо-

ководствата за добра медицинска практика имат за цел да се подобри качеството на здравеопазването, да се намали използването на ненужни, неефективни или вредни интервенции и да улесни лечението на пациентите при максимални шансове за успех, при минимален за тях риск и на приемлива цена.

Когато се обсъждат стандартите в медицината в широката рубрика се разбира: практически ръководства или

лични вида ръководства:

● **Ръководство за най-добра практика:** "систематично разработени твърдения за подпомагане на лекаря и пациента при вземането на решенията относно подходящите здравни или инвалидни грижи при специфичните обстоятелства, като се вземат предвид доказателствата за ефективност".

● **Протокол:** "специфични ръководства, които трябва да бъдат следвани детайлно с минимална промяна". Протоколните ръководства се използват във високо-рискови сфери (например реанимация), или когато законите регулират практиката



Система за подкрепа на клиничните решения (СПКР)

"Идеалната" здравна система за XXI век наскоро бе определена като основана на доказателства, фокусирана върху пациента и ориентирана към системата (Институт по Медицина, ЮМ 2001). Системата за подкрепа на клиничните решения (СПКР) е определена като софтуер, който интегрира информацията за характеристиките на отделните пациенти и компютризираното знание с цел да се генерират специфични оценки и препоръки за пациента, за да се подпомогне лекаря и/или пациента при вземането на клинични решения.

Административните процедури, понякога наричани стандартни оперативни процедури (СОП), определят основни не клинични процеси, свързани с предоставянето на медицински услуги.

Спецификациите обикновено представят характеристики на един продукт или материал, като медикаменти или техническа екипировка.

Процесът за разработване на стандарти е непрекъснат и те трябва периодично да се разглеждат, ревизират и ако е необходимо - променят, за да съществува увереността, че са актуални. В разработването на ръководства и в създаването на стандарти трябва да участват медицински специалисти от всички нива. Участието на широк кръг хора, създава съпричастност към качеството и след това участниците с по-голяма вероятност ще сътрудничат при внедряването и поддържането му на практика.

Продължава на стр. 14



тени твърдения, подпомагачи лекарите за вземане на решения при диагностиката и лечението на пациентите, и необходимата грижа при специфични клинични обстоятелства. Основават се на практиката, базирана на съчетание от най-добрите научни доказателства с клиничната експертиза и правата на пациента. Ръководствата могат да бъдат изработвани по специалности, по специализирани интердисциплинарни и диагностично-лечебни дейности, по нозологични единици. Съставят се от дружествата по съответната специалност, в съответствие с номенклатурата на специалностите в системата на здравеопазването. Ръ-

ководствата за добра медицинска практика, включително и клиничните пътеки, административни процедури или стандартни оперативни процедури, продуктови спецификации или стандарти за представяне.

Практическите ръководства, понякога наричани клинични протоколи или практически параметри, дефинират как да се изпълняват клиничните процеси (например антеналните грижи). Ръководствата се дефинират като, "систематично разработвани твърдения, които помагат на лекарите за вземане на решенията относно пациентите, за необходимата грижа при специфични клинични обстоятелства". Идентифицирани са пет раз-

лични вида ръководства (например съдебна психиатрия).

● **Ръководство, базирано на консенсус:** Най-често срещаната форма на ръководство, разработено от група експерти, постигнали консенсус.

● **Ръководство, базирано на доказателства:** Разработено след систематично възстановяване и оценка на информацията от литературата.

● **Ръководство, базирано на изрични доказателства:** Разработено като ръководството, базирано на доказателства, "но също така осмисля здравните резултати (преимущества, вреди, употреба и разходи) след промяната на практиката върху определено население".

Препоръки за разработване на алгоритъм на Ръководство за добра медицинска практика, основано на доказателства

Продължение от стр. 13

След като са определени ръководствата, стандартните оперативни процедури и стандартите за представяне, от изключително значение е тяхното разгласяване и промотиране. Осигуряването/повишаването на качеството поставя ударението върху системата, процеса и резултатите от всички функции на здравеопазването, докато основаващата се на доказателства практика акцентира върху осигуряването и използването на доказателства, клинична информация, основана на изследователска работа.

Сега практиката, базирана на доказателствата, е съчетание от най-добрите научни доказателства с клиничната експертиза и правата на пациента. Най-често използваните подходи за синтез и интерпретиране на резултатите от първичните проучвания, е изготвянето на системни прегледи и изработването на указания, основаващи се на най-добрата практика. Стремешът е да се приближи МОД по-близо до практикуващите. Указанията за клинична практика (УКП) се определят като "Статистически разработено изложение в помощ на практикуващите и пациентите за вземане на решение по отношение здравеопазването, при специални клинични обстоятелства". Те са създадени за:

- (1) Подобряване качеството на здравеопазването - с приложения, изразени в подобрение на здравните резултати при пациентите;
- (2) Намаляване използването на ненужни, неефективни или вредни интервенции;
- (3) Улесняване лечението на пациентите при максимални шансове за успех, при минимален за тях риск и на приемлива цена.

Настоящото предложение за разработване на **Ръководство за клинична практика, основано на доказателства (Evidence-based clinical practice guidelines)** се базира на вече утвърденият опит

на разработените клинични ръководства от Националните експертни бордове - на конференциите МОРЕ-(Мултидисциплинарни онкологични размисли и екстракти) - 2010, 2011, 2012, 2013 години. Организатори Българско онкологично дружество, МУ Варна, УМБАЛ "Света Марина", със съавторството и организационния талант на доц. Димитър Калев, национален консултант по онкология и доц. Калева. Разработени са следните КРДМП:

- Поведение при Белодробен карцином
- Поведение при Колоректален и анален карцином
- Поведение при Простатен карцином
- Поведение при Невроендокринни тумори
- Поведение при Карцином на гърда
- За 2014 г. предстои поведение при Овариален карцином

Към всяко ръководство са разработени Учебна книга с текстове за продължаващо медицинско обучение.

Всяко отделно ръководство е консенсусно становище на мултидисциплинарен екип, включващ експерти в областта на съответния проблем от няколко медицински специалности и техни национални браншови организации: Българско дружество по (напр. хирургия, урология, акушерство и гинекология, пулмология, гръдна хирургия и т.н.), Българско дружество по патология, Българско онкологично дружество, Българска асоциация по радиология, Българско дружество по нуклеарна медицина, Българско дружество по генетика на човека, Българско дружество по клинична лаборатория и Гилдия на лъчетерапевтите в България. Обусловена е нуждата от разработване на съответното ръководство, от клиничната му актуалност за световната и българската онкология.

Например - "Нуждата от ръководство за поведение при простатен карцином е обусловена от клиничната му актуалност за световната и българската онко-

логия. При пациенти от мъжки пол той се класира на първо място, характеризирайки се с висока годишна заболеваемост (в Европа - 78,9/100 000, в България - 45.4/100 000) и смъртност (в Европа - 30,6/100 000, в България - 22,3/100 000).

Цел на ръководството е да представи съвременни алгоритми за



клинично поведение при простатен карцином в есенциална форма, адаптирана за медицинската практика в България. Ръководството е предназначено за всички медицински специалности в България, които се занимават с различни направления на поведение при простатен карцином: уролози, нефролози, патолози, радиолози, нуклеарни медици, медицински генетици, медицински онколози, лъчетерапевти, общопрактикуващи лекари, фармацевти и медицински сестри. Документът има препоръчителен характер и никое негово становище не е задължително."

Методика за разработване на Ръководството за клинично поведение

Ръководството за клинично поведение при ...е основано на доказателства и е структури-

рано в ... раздела. Всеки от тях е съставен най-малко от двама експерти, съдържа резюмиран литературен обзор върху съответния проблем и изцяло се позовава на медицина, основана на доказателства. В края на всеки раздел са дефинирани препоръки, описани с четири степени на препоръчителност (А, В, С и D) според



(CEBM), (3) US Preventive Services Task Force (USPSTF) и др.:

Защо Оксфордски център за медицина, основана на доказателства?

- CEBM е най - скоро обновената система (2011);
- Съдържа диференцирани раздели за диагноза, лечение, прогноза и скрининг;
- Използвана е в повечето европейски ръководства.

Съдържание:

- Клинично представяне и маршрут на пациента;
- Диагностични изследвания;
- Стадиране;
- Хирургично поведение;
- Лъчелечение;
- Системна лекарствена терапия;
- Комбинирани терапевтични подходи;
- Най добри поддържащи грижи;
- Последващо наблюдение;
- Профилактика и скрининг.

За всеки раздел от съдържанието са приложени:

Нива на доказателственост

1. Доказателство, получено от системен обзор или рандомизирани проучвания.
2. Доказателство, получено от отделно рандомизирано проучване или наблюдателно проучване с драматичен ефект.
3. Доказателство, получено от нерандомизирани контролирани кохортни проучвания.
4. Доказателство, получено от серии на случаи, контроли на случаи или исторически контролирани проучвания.

5. Аргументи, основани на рутинна практика.

Степени на препоръчителност

А. Съвместима с проучвания с ниво на доказателственост 1.

В. Съвместима с проучвания с ниво на доказателственост 2 или 3 или екстраполации* от проучвания с ниво на доказателственост 1.

С. Проучвания с ниво на доказателственост 4 или екстраполации от проучвания с ниво на доказателственост 2 или 3.

Д. Ниво на доказателственост 5 или непоследователни или неубедителни проучвания на всяко ниво.

* *Екстраполация - използване на данни при възможност за клинично значими разлики, в сравнение с оригиналната ситуация на проучването.*

Акценти за добра практика

Препоръки за най-добър подход, основани на клиничния опит на експертния борд.

Ползи от Ръководство за клинична практика, основано на доказателства:

- Правейки преглед на голямо количество литература, насърчава добрата клинична практика чрез обективна и основана на доказателства серия от препоръки за специфични клинични проблеми;
- Спестява на практикуващите лекари труда за четене и оценяване на цялата информация, публикувана в областта на дадена специалност.

Първият лекар-статистик в България е д-р Йордан Брадел

- Съученик и съквартирант на Христо Ботев в Одеса, според Захари Стоянов
- Издател на първото медицинско списание у нас
- Член на Българското книжовно гружество (днес БАН)

Доц. Тодор Керин

Още неукрепнала, но вече свободна, България прави първите стъпки за изграждане на ново общество с нова система за здравеопазване. Като Главен лекар на Софийската окръжна първоразрядна болница е назначен доктор Йордан Иванов Брадел, който извършва първата клиничко-статистическа обработка за страната на лекуваните болни (1880 г.) и с това поставя начало на болничната статистика у нас.

ТРЪГВА ОТ ЕЛЕНСКАТА

"ДАСКАЛОЛИВНИЦА"

Йордан Брадел е роден на 1 април 1847 г. в борческия възрожденски град Елена. Тук още през 1843 г. е основано класно училище, което неговият възпитаник Петко Р. Славейков назвал с поетичното име Еленската Даскалоливница. От нея, вместо свещи, камбани и куршуми, са се "леели" учени българи, сред които са били и двамата съграждани, бъдещи строители на здравното дело в България: доктор Димитър Петров Моллов (26.10.1845 г. - 08.01.1914 г.) и доктор Брадел. Първият е един от основателите на Българския лекарски съюз (1901 г.) и е негов пръв председател.

Доктор Брадел е израснал в семейството на Иван Хаджийорданов и е внук на местния първенец Юрдан Брадата, активен участник във Велчовата завера (1835 г.), заловен след разкриването на съзаклятието и подложен на нечовешки изтезания, заедно със съратниците си. Неговият потомък получава първоначалното си образование в родния град, а след това учи във Втора Одеска гимназия с руска държавна стипендия, която завършва през 1869 г. със златен медал. В спомен на Захари Стоянов се твърди, че е бил съученик и съквартирант на Христо Ботев в Одеса. Това е документирано в двутомника "Христо Ботев в спомените на съвременниците" от Ст. Караков, както и в обемистия албум за Ботев, съставен от Р. Стоянова и Н. Жечев (1970 г.), където е поместена оцеляла снимка на поета-революционер с негови приятели, между които е и Йордан Брадел.

КАТО ЛЕКАР ЗАПОЧВА В МОСКОВСКА БОЛНИЦА

Сътрудничеството наядото с Георги Мамарчев, който имал руско подани-



Еленската „даскалоливница“

чество вероятно е оказало влияние и младежът продължил обучението си в Одеския физико-математически факултет. След това се прехвърлил в Москва, където завършил медицина през 1875 г. За кратко време е назначен и работи като ординатор в московската Мариинска болница. Нажежената обстановка на Балканите не го оставя безразличен към събитията и през 1876 г. взема участие като лекар в Сръбско-турската война. В историческите документи от онова време е записано: "Като ординатор в болница с 10 легла (с двама ординатори и седем медицински фелдшери), разкрита в Смедерево под ръководството на д-р Г. Ф. Марконет от Русия, изпратена от московските старобредци, е работил българинът д-р Йордан Ив. Брадел от Елена".

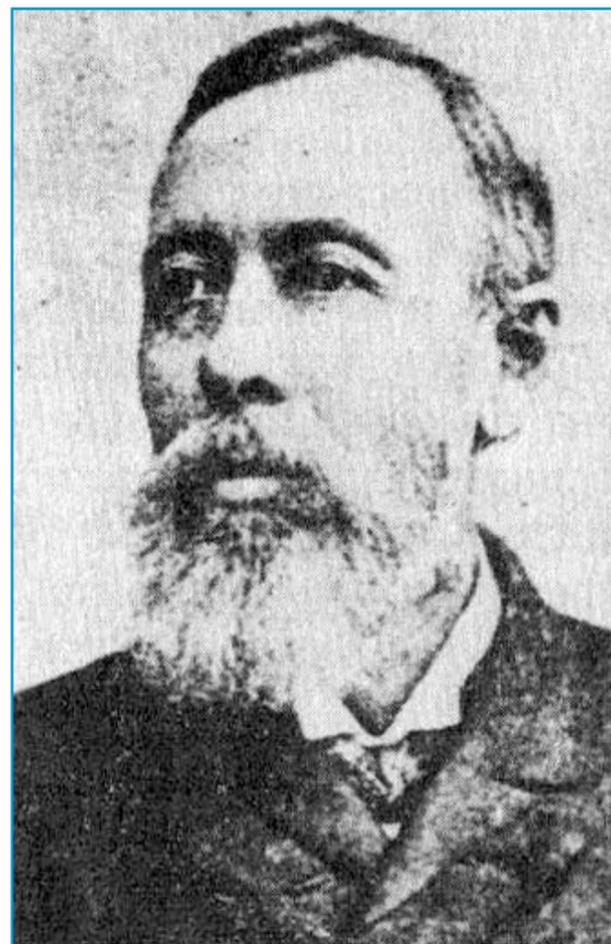
След войната се завръща в Москва и работи като ординатор в "Басманското отделение на болницата за черноработите" и преподава физика в "Държавното фелдшерско училище". През Руско-турската война (1977-1878 г.) се включва като лекар на санитарен влак, който действа на румънска територия. Началник на влака е доктор Димитър Моллов, а задачата му е да пренася ранени и болни от станция Рени на Дунав до станция Разделна при Кишинев.

СЛЕД ОСВОБОЖДЕНИЕТО

е утвърден първият нормативен акт, с който се урежда структурата на българската здравна администрация - "Временни правила за устройството на медицинското управление в България" (1.02.1879 г., 65 страници, на руски и български език). Според изискванията на този документ най-вис-

жество по биомедицинска физика и инженерство (БДМФИ), учредено на 19 февруари 1971 г. като негов председатели са били:

- професор Николай Карабашев (1971-1976 г.), основател на Катедрата по физика и биофизика към Медицинския факултет;
- професор Иван Даскалов (1976-1980 г., 1984-1992 г.), учен със световна известност, автор на първия микропроцесорен електрокардиограф в света;
- професор Стоил Стоилов (1980-1984 г.), биофизик с много активна преподавателска дейност;
- доцент Венцеслав Годоров (1992-2000 г.), изявен преподавател по медицинска физика в университетското и следдипломното обучение;
- доцент Мишел Израел (2000-2008 г.), известен учен в областта на нейонизиращите електромагнитни лъчения;
- доцент Петър Триндев



българин, който взема участие в конференция на Международния червен кръст. А тази конференция, проведена на 1 март 1884 г. в Женева е историческа! На нея е взето решение България да се присъедини към IV-та Женевска конвенция, по силата на която през Сръбско-българската война (1885 г.)

лугите му и като основател на Катедрата по съдебна медицина към Висшето училище в София и като преподавател в нея (1896-1898 г.). Достояно е мястото му сред научните кадри в България - акредитиран е като дописан член (1881 г.) и като действителен член (1884 г.) на Българското



Върховният медицински съвет под председателството на генерал инспектора Ив. В. Гримм и членовете: д-р Д. Моллов, д-р С. Мирков (във военна униформа) и прави - Иван Ив. Нейман (във военна униформа), А. Х. Тегартев, химик (в средата) и д-р Йордан Ив. Брадел, секретар на съвета (в дясно)

(2008 г.), инженер по медицинска електроника, експерт и водещ специалист в България по нуклеарна медицинска апаратура.

Като следовник на доктор Брадел може да се посочи и професор Виктор Врански (1914 - 1990 г.), автор на първия у нас учебник по медицинска физика.

Известно е, че д-р Брадел е бил

АКТИВЕН ДЕЕЦ НА БЪЛГАРСКИЯ ЧЕРВЕН КРЪСТ

Избиран е като член на Върховното управление (1888- 1889 г.), а също и като негов подпредседател (1896-1897 г.). Но малко известно е, че той е първият

се разкриват превързочни пунктове за ранените и се осигурява свободно преминаване за хуманитарна помощ на бойното поле.

Доктор Брадел е избран за

НАРОДЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ

във Второто обикновено Народно събрание (1880 г.) с листата на Либералната партия и е негов подпредседател с председател Петко Рачов Славейков. Със своя студент от Москва Сава Милков Мирков (1850-1927 г.) през 1883 - 1884 г. редактират и издават първото българско медицинско списание след Освобождението "Медицинска сбирка". Никак не са малки зас-

книжовно дружество.

Печатното наследство от доктор Брадел е малко. Това са две обширни информации за IV-я световен конгрес по хигиена и демография, състоял се в Женева през 1882 г. и за V-я международен хигиеничен конгрес в Хага - 1885 г., обнародвани съответно в списание "Медицински сборник", год. I и във вестник "Здраве" от юни и юли 1885 г.

Смъртта застига д-р Брадел на 26 януари 1899 г., когато е 52-годишен и в разцвета на творческите си сили. Името му е сред строителите на нова България като лекар - пионер в медицината и като обществен деец - радетел за прогреса на отечеството.

Проф. д-р Златимир Коларов:

СМИСЪЛЪТ НЕ Е В ОТГОВОРА, А ВЪВ ВЪПРОСА

Авторът на „Приказните острови“ и в писането си е лекар

В "Славянското дружество в България" се състоя премиерата на сборника с къси разкази "Приказните острови" на Златимир Коларов. Книгата представи литературните критици Анжела Димчева и Никола Иванов. Музикално изпълнение - Калина Томова. Издател е "Сиела", редактор - Никола Радев.

Едно откровение и 26 къси разкази, всеки от които прилича на ръбесто сиво камъче чакъл, от което правят пътища - мачкат и трамбоват с валяци и после заливат с асфалт. Като го настъпиш, те убожда, както е бодяло голите пети на нашите деди. И като го вземеш в ръка и обърнеш в дланта си, една слюдичка хвърля кратък слънчев лъч в окото. В този именно лъч разказът е отразен. И тъй като на много от нас душите са загубени като пети на дедите ни, разказите отразяват желанието на

автора лъчът да бодне сърцето и струната да трепне. За да ни направи малко по-добри.

Редакторът на книгата Никола Радев споделя: "Златимир Коларов е професор по медицина и е свикнал да гледа страданието от упор, с остро немигашо око. Той и в писането си е лекар - решителен и обнадеждаващ, наблюдателен и точен с категорична диагноза на обществото. Героите на неговите къси разкази са предимно деца и старци, но в тях се оглеждат потрошени съдби и ни лъхват съгъстените пространства на съкрушената човешка душа. Той безпощадно е отгатнал, че моралът на една държава се измерва по отношението ѝ към децата и старите хора. Престъпването на този морал е цинична демагогия и тя - рано или късно - се застига от Божи наказ!"

Публикуваме разказ от сборника "Приказните острови"



Споделено съкровено...

Когато чета, когато пиша и докато лекувам ме вълнуват три въпроса:

КАКВО?
ЗАЩО? и
КАК?

В началото намирах отговора лесно - бях на двацет и няколко години. Неусетно стана по-трудно, но продължих да питам и да се вълнувам. Питам себе си, питам другите. Повечето мълчаха или ме гледаха с насмешка. Малцина ми отговориха. Мислех върху отговорите им, но смисъл не видях. И осъзнах, че това бе техният, но не и моят отговор. И продължих да питам и да търся, този път моя, личен и единствен отговор - вече бях на четирсет и няколко години. И все по-трудно ставаше да налучкам отговора, камо ли да го намеря -

от раз, както в ранните години.

Неусетно се появи желанието моят отговор да развълнува и някой друг. Спомних си времето, когато осмислях чуждите отговори, и осъзнах, че не е възможно другите да приемат моя отговор като свой.

Осъзнах още, че смисълът не е в отговора, а във въпроса - това е най-много, което мога да направя: да питам, за да провокирам някого да се замисли и да намери своя отговор.

И най-същественото осъзнах - заради отговора, който касае само мен, и въпроса, отправен към човека срещу мен, продължавам да чета, да пиша, да лекувам и да се вълнувам, т.е. да живея...

Златимир Коларов

„Ре-Це“ и майка му

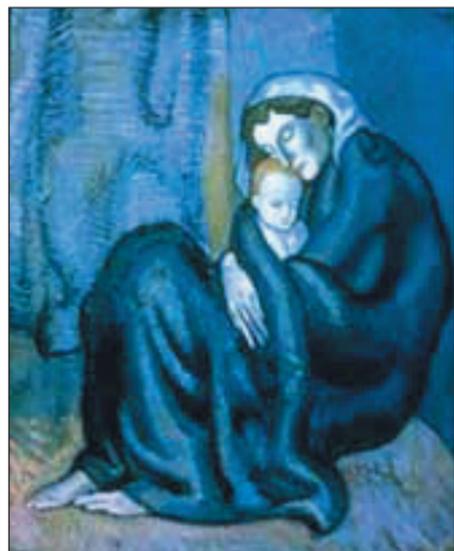
Б е доказан, класически престъпник. И него го отвя въртележката, но не онази, която отвя преждевременно другите като него, а тази, която отвява всеки един от нас някой ден...

Всъщност, не бе толкова класически престъпник, колкото чист "Ре-Це" според затворническия жаргон от тогава (рецидивист) с дългогодишна присъда, ако не и доживотна. Излежаваше я в Пазарджишкия затвор при строг режим. По-точно излежаваше няколко присъди. Мисля, че едната беше за убийство. Не помня детайлите - минали са над двацет години. Помня същността:

Беше четирсет и няколко годишен, сух, слаб, с тънки устни, издаващи жестокост, изпито скулесто лице на груб човек без задръжки и с воднисто-сивкави опипващи очи, които в един миг гледат унесено, в следващия се свиват и те пронизват като игли, после омекват и се изпълват с робска любезност и безгръбначно раболепие. Като гледаш менящото се сиво-синьо на очите му, оставаш с впечатлението, че докосваш слуз.

Няколко пъти го лекувах във Вътрешна клиника в Пазарджик - в затвора бе развил диабет със засягане на бъбреци-

те. От болестите цветът на лицето му бе мръсножълт, около него се носеше дъх на гнили ябълки и на урина. Няколко пъти постъпи по спешност в диабетна кома - не си инжектираше редовно инсулина. Въпреки тежкото му състояние и невъзможността да се движи, всеки път го ох-



Пабло Пикасо, от синия период

раняваше по един милиционер - сменяха се през дванайсет часа. Един ден му се скарах, че не си поставя инсулина, както съм му препоръчал. Той разтегна тънките си устни в гримаса, която би трябвало да е усмивка, и каза, че не си инжектира инсулина, за да изпадне в кома и да излезе за ня-

колко дни от затвора. И допълни, че един от техните си забил пирон в главата със същата цел. За случая с пирона в главата ми бе разказал преди време хирургът, който го приел в Бърза помощ.

За няколко години разви тежка бъбречна недостатъчност. Лекувах го в болницата на затворите в София без успех - не изпълняваше нарежданията на лекарите, не си пиеше редовно лекарствата. Майка му, седемдесетина годишна, изпита, отрудена жена с черни помръкнали очи и бледо скулесто лице, твърдеше, че лекарите

не го лекуват, защото е затворник, че началниците на затвора са виновни за тежкото му състояние, че е попаднал по погрешка в затвора, набеден от лоши хора...

Болестта напредна, състоянието му силно се влоши и го освободиха от затвора по здравословни причини, мисля,

че го пуснаха просто да си умре вкъщи. Включихме го на хемодиализа, позакрепихме го. Майка му бе неизменно с него като придружител - хранеше го като бебе с лъжичка, даваше му да пие вода със сламка, къпеше го, сменяше подлогите... Вечер опираше гръб на крака на леглото и спеше на земята. Така я и заварвах някоя ранна утрини - свита като куче в краката на сина си. Няколко пъти ѝ предложих походно легло за през нощта, най-малкото стол, тя ме гледаше с тъмните си измъчени очи и кимаше отрицателно с глава. Не можех да разбера защо спеше седнала на земята, а не свита в краката на сина си, както правеха другите майки, придружаващи болните си деца. Отговори ми един от болните в стаята - пресрещна ме в коридора и ми каза, че като седнала на леглото, той я изритвал да не му пречи да си изпълне краката, като заспяла я мушкал в ребрата или удрял с бастуна си по главата да му даде да пие вода. Тя ставала, източвала водата от чешмата, за да е студена, прихващала главата му с една ръка и с другата внимателно поднасяла чашата със сламката към изпитите му устни. После ос-



тавяла главата му върху възглавницата, оправяла завивките върху гърдите му и се свивала до крака на леглото, за да е близо до него и да му помогне на момента... Бях потресен, но нищо не можех да направя - ако му направех забележка, щеше да помисли, че тя се е оплакала и да я удари...

След няколко месеца той почина в клиниката. Тя се разрида, погали го по лицето с разтреперана ръка и го целуна по челото...

Видях я след година -

седеше на пейката пред входа на дома им под некролога на сина си. Гледаше в земята, очите ѝ бяха сухи. Позабавих крачките си, тя ме видя, стана, хвана ми ръката и понечи да я целуне. Отдръпнах дланта си.

- Благодаря за грижите - пошепна тя. - Не можах тогава да ви благодаря. Много се борихте, но нямахме късмет, такава ни е орисията... - замисли се и въздъхна: - Добър си беше той, добър, наивен... - и очите ѝ се навлажиха.