



**Весела Коледа!
Честита Нова година!**

В БРОЯ

**Православен
календар 2014**

QUOVADIS

ЛЪТОПИСИ
НА
ЛЕКАРСКИЯ СЪЮЗ
ВЪ БЪЛГАРИЯ

София, година XIV, брой 11 и 12, вторник, 17 декември 2013 г.

Национално издание на Българския лекарски съюз www.blsbg.com



59-ият извънреден събор на БЛС:

на стр. 3 и 4

Ще има НРД - 2014



СТЪПКИ
Лекарският съюз **на стр. 7**
извоюва голяма част от
исканията на медиците
● **Обещаното вече е**
скрепено с подписи



Иновации
на стр. 5

Карьерно развитие
на стр. 12

Орфей
на стр. 28

СПЕЦИАЛЕН ГОСТ
Д-р Раед Арафат
Моделът не бива да се променя с всяка смяна на правителството
на стр. 9

Дългосрочна защита за момичета и жени срещу рак на маточната шийка



93%*
ЕФИКАСНОСТ
срещу рак на маточната шийка
НЕЗАВИСИМО
от HPV типа 1,2,3



Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2012-2016
Програмата цели да предотврати развитието на РМШ чрез безплатна имунизация на 12-годишните момичета с ваксина, която осигурява защита от инфекциране с онкогенните типове на човешки папиломовирус, свързани с развитие на предрак и рак на шийката на матката.⁷

- Защита вече 9-та година!⁴
- Безопасност на ваксината проследена в 11 клинични проучвания и милиони дози доставени по цял свят^{5,6}

* Ефикасност срещу CIN3+ при момичета и жени без предходеща HPV експозиция преди ваксинацията (TVC place) – анализ след края на проучването HPV-008

Продуктите на GSK са регистрирани в България. Информацията е предоставена за информационни цели и не трябва да се използва за медицински консултации. Всички права запазени. © 2013 GSK. Всички имена на продукти са търговски марки на GSK или на други компании. Всички имена на продукти са търговски марки на GSK или на други компании. Всички имена на продукти са търговски марки на GSK или на други компании. Всички имена на продукти са търговски марки на GSK или на други компании.

**ПРИ КАШЛИЦА,
ЗА ВСЕКИ СТОДАЛ**

Стогал за цялото семейство!

Хомеопатичен лекарствен продукт.
Без лекарско предписание.

За пълна информация:
Боарон БГ ЕООД, ж.к. Южен парк, бл. 28, вх. А, ап. 6
тел.: 02/963-09-06, 02/963-20-91, факс: 02/963-45-00
www.boiron.bg

KOT 1841576/06.2012

Общите правила за добра медицинска практика на лекарите в България, предложени от БЛС, са утвърдени от министерство на здравеопазването

Общите правила за добра медицинска практика, които Българският лекарски съюз прие на своя Събор през декември миналата година, бяха утвърдени от Министерството на здравеопазването, след разглеждането им в поредни съвместни работни групи. Правилата са задължителни за всеки лекар, упражняващ професията.

Този документ е изготвен в съответствие със Закона за здравето, Закона за лечебните заведения и Закона за съсловните организации. Правилата съответстват на етичните принципи от Хел-

зинската декларация, Европейската харта за правата на пациентите, кодекса за професионална етика и други международно признати документи за автономност, полезност, безвредност и справедливост.

Многообразието на практиките и лекарите налагат изготвянето освен на общи, и на правила по отделните медицински специалности. Правилата позволяват на лекаря във всеки момент да обясни и обоснове действията и решенията си, когато възникнат въпроси или съмнения при практикуването на медицинската професия.

В „Св. Екатерина“ откриха „Дърво на живота“ в памет на сърдечните донори



По инициатива на Изпълнителната агенция по трансплантация в УМБАЛ „Св. Екатерина“ бе открито „Дърво на живота“. По този начин страната ни се присъединява към европейската практика да почитаме паметта на донорите. Дървото, което е изрисувано върху една от стените на фойе-

то на университетската болница, е посветено на починалите, чиито сърца са спасили живота на нуждаещи се пациенти. От ИАТ напомниха, че в „Св. Екатерина“ от 2004 г. досега са направени 26 сърдечни трансплантации, като от началото на 2013 г. там са извършени три.

Център за редки болести отвори врати във Варна

Първият в страната Център за лечение на редки болести отвори врати в Университетската многопрофилна болница „Света Марина“ във Варна.

Звоното е изградено изцяло с дарителски средства и е единственото в България, което предоставя комплексни грижи за пациентите с такива заболявания. Центърът е съвместен проект на болницата с Медицинския университет във Варна и е в изпълнение на препоръките на Европейската комисия всички страни членки на Евросъюза да разкрият подобни структури до края на 2013 г. Министърът на здравеопаз-

ването Тяна Андреева, която присъства на официалното откриване, заяви, че примерът на „Света Марина“ ще бъде последван и от университетските болници в Пловдив, Плевен и София.

Първоначално в центъра ще се извършва диагностика, лечение, рехабилитация и проследяване на болни с диагноза таласемия и хемофилия. Успоредно с това в него ще се полагат грижи и за болни от невроендокринни тумори, белодробна хипертония, хронична миелогенна левкемия и кистична фиброза.

Съсловната организация спечели окончателно делото за обеми и цени на медицинската помощ

На 5-членен състав на ВАС беше потвърдено искането на БЛС за отмяна на цените и обемите, наложени с постановление №5 за заплащане на болнична помощ през 2013. На 12 декември съдебното решение бе качено на сайта на ВАС. Предстои публикуването му в Държавен вестник.

Целият текст на решението на съда можете да прочетете в сайта на БЛС.

Предлаганите промени не връщат обществения характер на Касата

НЗОК ще се управлява от Събрание на представителите, Контролен и Управителен съвет, а управителят на институцията ще се нарича директор и ще се избира с конкурс, а не от Народното събрание. Това решиха депутатите при гласуването на първо четене на промените в Закона за здравното осигуряване. Освен това работещите в НЗОК вече няма да са държавни служители.

Идеята на управляващите бе чрез тези изменения да се върне обществения характер на Касата. От БЛС обаче контрираха, че това не само че няма да се случи, а на практика с предлаганите текстове Касата

се одържавява още повече. Причината е в законопроекта, който предвижда Събранието на представителите да се състои от 25 души, като 13 от тях са представители на държавата, а други трима - на общините. Освен това, в Управителния съвет квотата на държавата е пет към четири, плюс представител на общините, а такъв на работодателите изобщо няма. Така в деветчленния управителски орган на практика държавата би имала превес шест към три. Надеждата е при разглеждането на промените на второ четене квотите да бъдат преосмислени, за да има паритет.

Държавните лечебници запазват печалбата си

Българският лекарски съюз успя да защити интересите на лечебните заведения и те няма да изплащат задължително дивидент към бюджета в размер на 80% от печалбата си, както се разпорежи през февруари 2013 г. МС. По искане на Съюза печалбата на държавните болници ще остане при тях. Това решиха депутатите по време на извънредно заседание при разглеждане на държавния бюджет за 2014 г.

„По отношение на разпоредбата, която касае наемите на болниците, тя на практика не носи положителен фискален резултат до момента, а само предизвиква спорове, които продължават да не бъдат решени - дали, кога и как трябва да бъдат внасяни тези средства и до момента няма на практика реализирани приходи по тази линия. По отношение на дивидента наистина

се е стигнало до ситуация, в която от началото на прилагане на разпоредбата една болница е излязла на печалба, но веднага следващата година е „взела мерки“ това да не се повтори, така че и там фискалният ефект не е значителен. И от тази гледна точка няма влияние върху бюджета негативно приемането на тази разпоредба, тъй като на практика тя не е действала.“ Така аргументира предложението от парламентарната трибуна финансовият министър Петър Чобанов.

По темата се включи и Мая Манолова от БСП, която заяви, че това ще даде възможност на болниците да инвестират в оборудване и апаратура. „БЛС би следвало да бъде доволен, защото всички негови предложения, които се отнасят до НЗОК, бяха приети“, коментира тя.

Русенка стана семеен лекар на годината

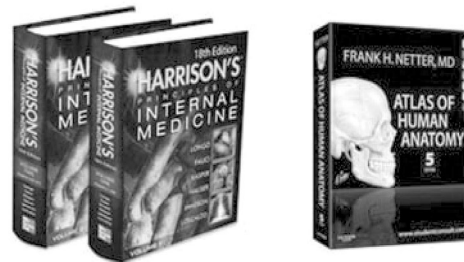
Д-р Даринка Йорданова от Русе получи приза „Семеен лекар на годината 2013“. Тя беше избрана от управителния съвет на Националното сдружение на общопрактикуващите лекари в България. Д-р Йорданова се състезаваше с още двама претенденти за титлата -

д-р Николай Пенев от Пещера и д-р Елина Стефанова от Плевен. Сред критериите за номинации на лекарите бяха те да имат над 1200 пациенти от всички възрастови групи, научни публикации, допълнителна специалност и да не са санкционирани за нарушения.



Онлайн книжарницата, която предлага:

- ✓ чуждестранна медицинска литература
- ✓ книги по заявка
- ✓ преференциални цени за лекари
- ✓ безплатна доставка до адрес



www.academicbooks.bg
e-mail: info@academicbooks.bg
тел.: 02/ 408 4004

Първи национален конгрес по спешна медицина



Критични състояния в доболничната и болничната спешна медицина - това бе основната тема на форума. Той бе организиран от „Пирогов“, Българското дружество по спешна медицина, катедрата по тази специалност в МУ-София и Съюзът на българските медицински дружества и се проведе на 22-24 ноември. Изнесената информация в доклади, научни съобщения, дискусии

обогати познанието на делегатите за диагностиката и поведението при спешни състояния. По повод на конгреса председателят на Българското дружество по спешна медицина доц. д-р Стоян Миланов пожела: „...нека всички заедно превърнем това ново начало в една вълнуваща традиция с мисъл за бъдещето, подкрепена с достатъчно ентузиазъм и научна обосновка.“

Болницата в Девин отново ще работи

Община Девин получи 700 хил. лв. от държавния бюджет, за да възстановява дейността на многопрофилната болница в града. Лечебното заведение беше затворено преди година заради дълг от близо 2 млн. лв. като идеята беше да се трансформира във филиал на държавната Смолянска болница. С идването си на власт кабинетът „Оре-

шарски“ реши здравното заведение да заработи отново.

Парите за допълнителната субсидия са от реструктурирането на разходите в централния бюджет. Мотивът за правителственото решение е, че така се осигурява достъп до болнична медицинска помощ на населението от общините Девин, Борино и Доспат.



Преди година жителите на общините Девин, Борино и Доспат протестираха пред Министерския съвет срещу закриването на лечебното заведение.

IN MEMORIAM

Почина доц. Михаил Ганчев

На 01.12.2013г. почина видният български медицински физик доц. Михаил Ганчев, учредител на съвременната българска медицинска физика заедно с Виктор Врански, Николай Карабашев, Роберт Попиц, Владимир Пенчев и Иван Узунов. Доц. Ганчев е създател на Лабораторията по дозиметрия и лъчезащита в СБАЛ по Онкология - ЕАД. Създател е на школа, в която преподаваше точност, човечност, отдаденост не само в лечелечението, но и в живота и която ще помнят поколения физици и лекари.

Поклон пред паметта му!



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

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

Редакционно броят е приключен на 16. 12. 2013 г.

59-ият извънреден събор на БЛС: Ще има НРД - 2014

- Делегатите дадоха мандат на ръководството на Съюза да подпише договора
- Председателят на Лекарския съюз получи неочаквано вот на доверие

Делегатите на 59-я извънреден събор на Българския лекарски съюз дадоха мандат на ръководството на Съюза за подписване на Националния рамков договор за 2014 година. Подписите под документа ще бъдат поставени на 18 декември на традиционна церемония в Министерство на здравеопазването.

НАЧАЛОТО

Председателят на съсловната организация д-р Цветан Райчинов откри Събора и изложи някои от най-важните промени, резултат от усилията на УС - връщането на инвитро процедурите и ваксините в МЗ, което освобождава средства в Касата за меди-

цинска дейности. Освен това, след поредица от разговори с министъра на финансите Петър Чобанов, беше постигната отмяна на текста, който задължава болниците и ДКЦ да връщат част от печалбите и наемите в полза на държавата, подчерта той. Това ще помогне на лечебните заведения да се стабилизират финансово.

Беше направено процедурно предложение от д-р Димитров от Великотърновската колегия за включване на допълнителна точка в дневния ред. Той изложи своето становище, че структурата на Лекарския съюз е вече остаряла, че ръководството трябва да подаде оставка и да се свика извънреден събор за промяна на статута. Предложението беше подкрепено на гласуване и беше подкрепено от 30 гласа "за". Против бяха 161, а 13 се въздържаха, с което предложението не беше прието от делегатите и не беше включено в дневния ред. В отговор, д-р Райчинов благодари на делегатите, че на практика му е гласуван вот на доверие и Съборът продължи своята работа по предварително заложените дневен ред.

ПО СЪЩЕСТВО

Бяха обсъдени новите предложения в ПИМП, СИМП и болничната помощ. Основното недоволство на съсловието бе от недостатъчните средства за финансиране на отделните медицински дейности. Делегатите изразиха очаквания към държавата за увеличаване на ресурса в сектора, чуха се и реплики, че лекарите ще направят отново компромис, тъй като увеличението, предложено в новия

рамков договор, не е достатъчно. Зам.-председателят на БЛС д-р Кирил Еленски обясни, че е постигнато съгласие изследванията за ТЕЛК, правени по друг повод, да важат една година и да могат да се представят пред комисиите. По този начин ще се намали натискът върху регулативните стандарти, подчерта той. Друг положителен резултат за джипитата



към НЗОК. Сега някои от тях се връщат в министерството. Другият сериозен проблем бе методиката "Цеков", която също отпадна. Д-р Дафинка Тачова поясни, че в ПИМП са защитени цените и обеми, които бяха договорени миналата година. Тя подчерта, че за първи път през 2013 г. семейните лекари са успели да усвоят всички средства, предвидени в бюджета на Касата.

Д-р Галина Павлова представи промените в СИМП, като подчерта, че новите текстове ще улеснят работата на лекарите. Сред тях са задължението на РЗОК да поддържа регистър на договорните партньори и също НЗОК да предоставя достъп до регистъра на диспансеризирани пациенти и за майчино и детско здравеопазване. Повишени са и цените на доста дейности (виж. стр. 4).

Зам.-председателят на БЛС д-р Юлиан Йорданов обясни какво е договорено за болниците. Той подчерта, че Касата не е приела искането на БЛС минималният болничен престой по клиничните пътеки да не е задължителен, а да стане препоръчителен. Директива на ЕС пък е попречила болниците да имат право да издават талон № 7 за хоспитализация. Това право е дадено само за насочване към физиотерапия и рехабилитация. Постигнат е успех с увеличаването на цените на 27 клинични пътеки за лечение на децата, в пулмологията, голямата хирургия, неврохирургията и ражданията (на стр. 4). Тези КП бяха най-недофинансирани.



Д-р Динчо Генов, зам.-управител на НЗОК: С тези средства това е възможно най-доброто...

В обръщението си към делегатите д-р Динчо Генов, зам.-управител на НЗОК, каза, че с тези средства това е възможно най-доброто, което двете страни са могли да договорят. "Това, заради което миналата година не подписахме договора, сега е изпълнено. Има и други добри неща, които сме заложили, колкото и да е малко, все пак, като цяло, ще получим повече" - добави той.

Поради изискването на закона и отделянето на текстова част на договора и на цени и обеми, Съборът гласува две части поотделно. Със 156 (153) гласа "за", 36 (42) "против" и 10 (8) въздържаха се, делегатите дадоха права на УС да финализира НРД 2014.

Пред журналисти д-р Райчинов поясни, че утвърдените обеми на медицинската дейност са прогнозни. "Колкото хора има заболели, толкова ще бъдат лекувани. Не се фиксирайте върху тези обеми - те са условни цифри. Няма и е абсурдно да се мисли, че човек, който е болен и има нужда да му бъде оказана помощ, особено пък спешна, под предлог обеми няма да бъде приет. Такова нещо не може да се случи", подчерта той.

По въпроса на кого да вярваме - на хората, които защитават нашите интереси, независимо от многото критики към тях, в много отношения неоснователни, или на тези, които само критикуват. "Колкото повече, толкова повече", казава Мечо Пух и тук прозира моята педантична специалност. Според мен, 10 млн. са повече от нула лева. И ще ви върна към нещо, което наистина касае стотинките. Дават се 50 ст. към експертите, но нека си спомним 2011 г. Сега парите са общо 5.50 лв., договорени точно от тези хора. Нека не бързае да казваме - аз няма да подпиша, аз ще подпиша. Не, колеги, нека да помислим кой би направил договарянето по-добре. И ако може, нека го направи...

Нова компания, богато наследство

abbvie

Уважаеми дами и господа,

Бихме желали да Ви уведомим, че от 1 септември 2013 година фармацевтичната компания АБВи (AbbVie) започва да оперира в България, след отделянето ѝ от местното представителство на фармацевтична компания Abbott.

АБВи (AbbVie) е научноизследователска биофармацевтична компания, действаща в глобален мащаб. Създадена е през 2013 г. след отделянето ѝ от фармацевтичната компания Abbott. АБВи (AbbVie) съчетава целенасочеността и ентузиазма на водеща биотехнологична компания с експертния опит, познания и структура на утвърден лидер във фармацевтичната индустрия. Мисията на компанията е да използва експертния си опит, всеотдайни служители и уникален подход към иновациите при разработването и пускането на пазара на водещи съвременни терапии за лечение на някои от най-сложните и тежки заболявания по света. АБВи (AbbVie) се стреми да направи живота на пациентите по-добър и да сътрудничи за намиране на устойчиви иновативни решения за здравеопазването. През 2013 г. АБВи (AbbVie) ще осигури трудовъва заетост на приблизително 21 хиляди души по целия свят и снабдява с лекарства пазарите в над 170 страни.

В България АБВи (AbbVie) предлага уникални терапевтични решения при заболявания в областите ревматология, гастроентерология, дерматология, неврология, неонатология, ХИВ/СПИН, нефрология и гружи. Продуктите, с които АБВи (AbbVie) е представена на българския пазар, са:

- Humira (Adalimumab)
- Kaletra (Lopinavir/Ritonavir)
- Norvir (Ritonavir)
- Duodopa (Levodopa/Carbidopa)
- Synagis (Palivizumab)
- Zemplar (Paricalcitol)
- Sevorane (Sevoflurane)
- Forane (Isoflurane)
- Chirocaine (Levobupivacaine)
- Lucrin (Leuprorelin)

Щастливи сме, че започваме новата си история в България в партньорство с Вас, което искрено вярваме, ще доведе до подобряване на здравето на българския пациент.

С уважение:
Д-р Кирил Николчев
Управител на АБВи ЕООД

АБВи ЕООД
бул. Сипинково 48, ет. 7
офис сграда „Серднен Офис“
София 1505

Централа: 02 90 30 430
Факс: 02 90 30 431
abbvie.com



ОТ ЗАЛАТА

За

(Гласували 156)

Проф. д-р Милан Миланов: Подписване, но с последно предупреждение

Колеги, тезата, която ще съобщавам пред вас, съм я защитавал от първия рамков договор. Сега в момента говори д-р Милан Миланов. Не говоря нито като председател на Столична районна колегия, нито като професор, а говоря като доктор. Така съм се чувствал през целия си живот.

И най-лошият подписан рамков договор е по-добър от неподписания! Ние не можем с вас да кажем: подписваме с отвращение, подписваме с омерзение. Няма такова нещо.

Не зная дали в залата присъства нашият колега, който сега работи в НЗОК. Искам да му кажа следното и да предаде тези мои думи на Надзорния съвет на НЗОК. Аз съм за подписване на този рамков договор, с последно предупреждение.

Господ здраве да ви дава на всички!



Против

(Гласували 36)

Д-р Георги Кръстев: Бюджетът не е това, което трябва да бъде

Добивам усещането, че се намирам в будна кома, която продължава с години. Пловдивската колегия пусна писма до всички институции с въпрос: Каква е усвояемостта на публичните средства към 31 май. След това видяхме, че има голям преразход в усвояването на средствата за ин витро, за болничната помощ усвояемостта е 125%. Голяма част от лечебните заведения обаче все още не са си получили парите. Интересно ми е каква ще бъде позицията на УС при изчерпване на парите за болничната помощ догодина, защото се казва, че 20% от неизплатените средства на болниците за октомври и ноември ще са за сметка на бюджет 2014 г.

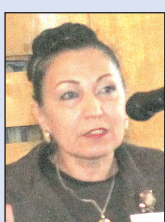
Ние трябва да сме активни, да настояваме за здравната карта и за обнародване на нормативната база преди преговорите... Така че аз лично няма да гласувам за подписването. Това е моята позиция, защото бюджетът не е това, което трябва да бъде.



Д-р Клара Балджиева: „Колкото повече, толкова повече“

По въпроса на кого да вярваме - на хората, които защитават нашите интереси, независимо от многото критики към тях, в много отношения неоснователни, или на тези, които само критикуват.

"Колкото повече, толкова повече", казава Мечо Пух и тук прозира моята педантична специалност. Според мен, 10 млн. са повече от нула лева. И ще ви върна към нещо, което наистина касае стотинките. Дават се 50 ст. към експертите, но нека си спомним 2011 г. Сега парите са общо 5.50 лв., договорени точно от тези хора. Нека не бързае да казваме - аз няма да подпиша, аз ще подпиша. Не, колеги, нека да помислим кой би направил договарянето по-добре. И ако може, нека го направи...



Д-р Милен Стратиев: И ние можем да смятаме

Не болниците са виновни, че пращат при джипитата пациенти да им пусне изследвания, а е виновен този, който определя ниската цена на клиничната пътека, за да може болницата за нейна сметка да пуска изследванията... Не видяхме категоричността на договарящите. Били казали, че зависи от закон в Народното събрание и вие казахте "да" и минахте нататък. Освен това и ние можем да смятаме. От 2.90 потребителската такса трябваше да се вдигне на 3.10. По колко прегледи правят джипитата и по колко стотинки изгубиха за това, че се махна индексацията. Тези 50 ст. (за диспансерния преглед), които са нищо, защо ги споменаваме. Нали идеята беше да се заплаща всеки диспансерен преглед допълнително. Сега бързае и като напускаме тази зала, всички ще си кажем: И какво като не подпишем рамковия договор? Миналата година като не подписахме, та какво?...



Увеличени цени на медицински дейности

В болничната помощ

Приложение за клиничните пътеки



На последното заседание между УС на БЛС и Надзорния съвет на НЗОК, което се състоя на 11 декември при пълен кворум и от двете страни, беше постигнато съгласие за увеличението на някои медицински дейности в извънболничната помощ и на силно недофинансираните клинични пътеки - общо 27 на брой. За болнична помощ през 2014 г. са предвидени с 14,5 млн.лв. повече, 10 млн. повече са задели за ПИМП и СИМП, с 1,5 млн.лв се увеличават средствата за МДД и високоспециализирани дейности. Има и редица допълнителни текстови изменения, които ще облекчат дейността на медицинските

специалисти.

Рамковият договор предвижда и облекчена процедура при лечение на остри състояния с необходимост от последваща физиотерапия. Така например, когато пациент с инсулт е лекуван по клинична пътека в болница, лечебното заведение ще може директно да го насочи за физиотерапия, без да е необходимо да го връща към общопрактикуващия лекар за направление.

При подготовка за ТЕЛК (НЕЛК) за освидетелстване или преосвидетелстване лекарите в лечебните заведения могат да прилагат медицински консултации и изследвания, извършени по друг повод.

В първичната, специализираната извънболнична помощ и медикодиагностичните дейности

Ето и някои конкретни дейности, на които цените са повишени:

ПИМП

Новото за семейните лекари е, че се въвежда заплащане за диспансерно наблюдение на хронично болните с две и повече диагнози - 9.50 лв. или с 50 ст. повече.

СИМП

Първични прегледи - повишението е от 17 на 18 лева.

Увеличават се цените на прегледи по повод остри заболявания, прегледи на ЗЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист по "Педиатрия" и/или с придобита профилна специалност по "Детски болести", насочен от ОПЛ по повод остри състояния, прегледи при специалисти ("Хирургия", "Ортопедия и травматология"), изпълняващи процедури, първични профилактични прегледи по програма "Майчино здравеопазване", първични специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ.

Вторичните прегледи вече ще се плащат по 9.50 лв., като увеличението е 50 ст. спрямо 2013 г.

Профилактичните прегледи на ЗЗОЛ до 18 г. от лекар-специалист с придобита специалност по педиатрия, профилактичните прегледи по програма "Майчино здравеопазване", профилактичните прегледи на ЗЗОЛ над 18 г. от рискови групи и специализираните прегледи по диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ с едно или повече

заболявания се повишават от 9 лв. на 9.50 лева.

Медицинска експертиза от 5 лв. става 5.50 лв.

Увеличени са цените и на някои високоспециализирани дейности, в които влизат:

Локално обезболяване - проводна анестезия - от 7 лв. на 7.49 лв.;

Лазертерапия при очни заболявания - от 37.30 лв. на 39.91 лв.

Инцизия на тонзиларни и перитонзиларни абсцеси - от 12.20 лв. на 13.05 лв.

Венозна анестезия - от 18,60 лв. на 19,90 лв.

Диагностична горна ендоскопия - от 20 на 21,40 лв.

Вземане на биопсия от уретра - от 13 лв. на 13,91 лв. Други дейности в СИМП също имат увеличение на цените.

МДД

Здравната каса ще плаща повече и за някои изследвания в клинична лаборатория. В медицинска паразитология е увеличена цената на микроскопското изследване за паразити от 4 лв. на 4,50 лв. Във вирусологията от 7,71 на 8,50 лв. се повишава заплащането на серологичното изследване за хепатит А и хепатит В. Серологичното изследване на антитела срещу хепатитен вирус С скача от 8,16 на 9,50 лв.

В рентгенологията от 6,86 лв. през 2013 г. за повечето рентгенографии цената се увеличава на 7,20 лв.

Пълният текст на приложенията - на сайта на БЛС

| Код КП | Наименование на КП | Цена 2013 | Цена 2014 | Прогнозен обем |
|--------|--|-----------|-----------|----------------|
| 1 | Исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза | 618 | 620 | 38 229 |
| 5 | Остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) с имуноглобулин | 3 000 | 5 500 | 59 |
| 65 | Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити-остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания-при лица под 18 години | 876 | 950 | 165 |
| 67 | Остра бъбречна недостатъчност при лица под 18 години | 883 | 950 | 33 |
| 69 | Хронична бъбречна недостатъчност при лица под 18 години | 330 | 350 | 66 |
| 90 | Хронична обструктивна белодробна болест-остра екзацербация | 380 | 420 | 10 877 |
| 91 | Бронхопневмония и бронхолит при лица над 18-годишна възраст | 410 | 450 | 32 935 |
| 95 | Диагностика и лечение при инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система при лица под 18 години | 329 | 400 | 8 067 |
| 96 | Гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица над 18 години | 663 | 700 | 6 876 |
| 97 | Гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица под 18 години | 900 | 1 200 | 56 |
| 98.1 | Бронхоскопски процедури с неголям обем и сложност в пулмологията | 210 | 280 | 3 305 |
| 98.2 | Високоспециализирани интервенционални процедури в пулмологията | 400 | 800 | 729 |
| 99 | Декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система при лица над 18 години | 528 | 600 | 13 977 |
| 100 | Декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система при лица под 18 години | 800 | 1 000 | 52 |
| 109 | Заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица под 18 години | 529 | 600 | 619 |
| 111 | Костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица под 18 години | 392 | 450 | 42 |
| 141 | Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение | 500 | 580 | 50 280 |
| 156 | Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност при лица над 18 години | 2 500 | 2 700 | 1 988 |
| 157 | Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност при лица под 18 години | 2 363 | 2 700 | 74 |
| 158 | Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност при лица над 18 години | 1 521 | 1 621 | 346 |
| 159 | Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност при лица под 18 години | 1 521 | 1 621 | 37 |
| 160 | Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност при лица над 18 години | 2 053 | 2 453 | 6 479 |
| 172 | Оперативни процедури върху черен дроб | 2 600 | 3 000 | 618 |
| 174 | Оперативни процедури върху панкреас и дисталенхоледох с голям и много голям обем и сложност | 4 000 | 4 500 | 405 |
| 178 | Оперативни интервенции при диабетно стъпало без съдово реконструктивни операции | 920 | 1 200 | 4 675 |
| 184.2 | Хирургично лечение при животозастрашаващи инфекции на меките и костни тъкани | 1 500 | 2 000 | 655 |
| 198 | Тежка черепно-мозъчна травма-оперативно лечение | 3 000 | 3 300 | 503 |
| 200 | Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук) | 3 350 | 3 550 | 2 100 |
| 201 | Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин | 2 132 | 2 300 | 900 |
| 279 | Грижи за здраво новородено дете | 141 | 160 | 41 327 |
| 287 | Системни заболявания на съединителната тъкан при лица под 18 години | 466 | 515 | 228 |
| 289 | Възпалителни ставни заболявания при лица под 18 години | 689 | 730 | 1 007 |
| 292 | Токсоалергични реакции при лица под 18 години | 500 | 550 | 2 421 |

Приложение - БП - КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

| Код | Номенклатура | Цена 2013 | Цена 2014 | Прогнозен обем |
|-----|---|-----------|-----------|----------------|
| 01 | Хрониохемодиализа | 140 | 144 | 474 945 |
| 02 | Перитонеална диализа с апарат | 126 | 130 | 17 368 |
| 03 | Перитонеална диализа без апарат | 89 | 93 | 38 199 |
| 04 | Диализно лечение при остри състояния | 140 | 144 | 6 568 |
| 09 | Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене | 357 | 426 | 58 175 |

Експерти обсъдиха превръщането на здравеопазването в иновативен отрасъл

Иновациите в здравеопазването, лекарствената политика и спешната и болничната помощ бяха сред акцентите на IX Национален иновационен форум в София. Той се проведе на 5 декември в хотел "Шератон". За първа година в рамките на събитието бе включен панел "Здравеопазване", на който домакин бе БЛС.

По време на форума министърът на здравеопазването на Унгария д-р Миклош Сочка, държавният секретар по здравеопазване на Румъния д-р Раед Арафат и председателят на УС на Българския лекарски съюз д-р Цветан Райчинов обсъдиха заедно с останалите участници

е променена драстично, така че недостигът на медици скоро ще се усети. Със сигурност обаче България е сред страните с най-свободния достъп до личен лекар, а освен това у нас не се чака за прием в спешно отделение и за планови операции. Председателят на БЛС подчерта, че в същото време страната ни е една от осемте държави, в които няма електронни рецепти. (Докладът публикуваме на стр. 26)

Финансирането

"В България 47% от разходите се отделят за болнични услуги, докато в останалите страни членки този процент е средно 29",

нична реформа. "Във време на криза, позитивите от промените едва ли ще бъдат усетени веднага", предупреди д-р Сочка. Според него стъпките, които трябва да се направят са няколко. "Първо и най-важно е да се анализира ситуацията и да се определят истински наболелите проблеми", каза той. След това е необходимо да прецените каква е най-подходящата методология за разрешаването им и последно, но не по важност - в страната трябва да има политическа стабилност. Политическите промени водят до смяна на администрацията, която, от своя страна променя посоката на работа" - обърна се към присъстващите д-р Сочка.

През май 2011 г. д-р Миклош Сочка е стартирал амбициозния план "Земелвайс" за реформиране на здравната система в Унгария чрез децентрализация. Страната е разделена на няколко региона, всеки от тях отговорен за предоставяне на здравни грижи за 1 до 1.6 млн. души, като дейността се контролира от регионален център. Заплатите в сектора са увеличени двойно (като по този начин се разрешава печалба с подкупите и изтичането на кадри), а потребителската такса е значително намалена в сравнение с нивото ѝ отпреди 3 години. Преценено е къде и какви здравни услуги с достатъчно високо качество могат да бъдат предоставени. Извършеното регионално планиране, напр. е довело до създаването на само един регионален център за трансплантация на сърце. При реструктурирането на болниците 14 от тях са отпаднали, а други 13 са се слели в по-големи. Централизирани са търговете за доставки, като само от доставката на бензин и др. горивни материали за болниците са спестени 20% от разходите.

Лекарствата

Интересен доклад изнесе и Алесандра Ферарио, изследовател по здравна и фармацевтична политика от Лондонското училище по икономика. Нейните изследвания са насочени в областта на осигуряване достъпа до лекарства. Алесандра Ферарио разгледа причините за разликите в предписването на медикаменти в отделните европейски страни.

Панелът "Здравеопазване" на IX Национален иновационен форум, чрез докладите на лекторите и дискусиите, се опита да потърси дългосрочен резултат за превръщането на здравеопазването в един от най-конкурентоспособните и иновативни отрасли у нас. Остава опитът на останалите държави да бъде използван в България.

коментира проф. Генка Петрова, президент на българското представителство на ISPOR (международно общество за фармакоикономически проучвания и анализи). По думите на проф. Петрова в България е проблем и най-малкият процент от БВП,



Алесандра Ферарио

който се отделя за здравеопазване - 4.2%. Според нея, за да може публичните фондове да спестят от разходи за лекарства, трябва да ползват някои от познатите подходи - да стандартизират терапията, да преговарят и да се споразумяват с фармацевтичната индустрия, да стимулират генеричната конкуренция и т.н.

Болничната реформа

Здравният министър на Унгария д-р Миклош Сочка, чрез видеоконферентна връзка, представи пред участниците във форума етапите и трудностите, през които е преминала страната му в осъществяването на успешна бол-



възможностите за създаване на цялостна концепция за развитие на здравеопазването в България.

Засегнати бяха ключовите теми за здравния сектор у нас - спешната помощ, лекарствената политика, болничната реформа, медицинската наука и възможностите за използване на европейските фондове за повишаване конкурентоспособността в сектора.

Къде е България?

"Няма човек, който да не е наясно, че проблемите в здравеопазването са повече от навсякъде другаде и решаването им е мъчително. За да очертаем мястото на България в общата картина в ЕС ще си послужи с доклада "Европейски здравно-потребителски индекс 2013" на шведската неправителствена организация Health Consumer Powerhouse", каза д-р Райчинов пред присъстващите на форума. Той цитира данни, според които Холандия за четвърта поредна година е европейската страна, в която пациентите са най-доволни от качеството на здравеопазването, докато България заема 31-во място от общо 35 европейски страни, като след нея са само Полша, Латвия, Румъния и Сърбия. Д-р Райчинов посочи също, че по показателя брой на лекарите страната ни в доклада е включена в групата на сравнително добре обезпечените държави като Германия, Литва, Швеция - малко под 400 доктори на 100 000 души, но уточни, че статистиката е от 2010 г. и ситуацията вече

В ПОДКРЕПА НА ТЕЗИ, КОИТО ПОМАГАТ НА ВСИЧКИ НАС



КРЕДИТ ЕКСПЕРТ ЗА СВОБОДНИ ПРОФЕСИИ

ДО 50 000 ЛЕВА БЕЗ ОБЕЗПЕЧЕНИЕ ЗА МЕДИЦИНСКИ ПРАКТИКИ

Промоционалните лихвени нива са валидни по „Европейската програма за микрофинансиране Прогрес“, създадена от Европейския съюз за кредити до 25 000 евро на клиенти-микропредприятия.

УСПЯВАМЕ ЗАЕДНО



0800 18 888
WWW.SGEB.BG



SG_EXPERT_PRESS_120x160_PP_AM_2013.10.24_6946

Д-р Миклош Сочка, министър на здравеопазването на Унгария:

Извършихме мащабна реформа на системата чрез децентрализация

Иска ми се да очертая някои от етапите, през които премина нашата страна при осъществяването на реформата. Знаете, че средният престой на един министър на здравеопазването на този стол е 20 месеца. Аз вече седя на него 44 месеца. С този пример искам да кажа, че преди непрекъснато се сменяше администрацията и тя идваше с нови идеи, като понякога те бяха точно обратните на предишните. После идваше нова администрация и нови идеи. Този цикъл продължава постоянно заради политическата турбуленция.

Затова смятам, че за реформата определящи са три фактора. Първо и най-важно е да се анализира ситуацията и да се определят истински наболелите проблеми. След това е необходимо да прецените каква е най-подходящата методология за разрешаването им. Трябва да прецените действията си, да преговаряте, да убедите заинтересованите страни в здравеопазването. И на трето място - страната трябва да се характеризира с политическа стабилност. В момента в Унгария управляващите имат мнозинство в парламента и това осигурява стабилност.

Ние направихме нещо наистина мащабно и без прецедент. Променихме много закони. Забранихме пушенето, въведохме данък обществено здраве. Увеличихме акциза върху алкохола и тютюневите изделия, а хранителната промишленост вече плаща данък за сол и захар. Въведе се и регулация по отношение на трансмазнините. В училище не могат да се продават храни със съставки, върху които се начислява данък обществено здраве.



Всички унгарски болници вече принадлежат на държавата. От тях 28 бяха приватизирани, но това се отчете като провал, защото те натрупаха огромни дългове.

Въведохме централизирана система за обществени поръчки и успяхме да спестим 10% от разходите на болниците и 15% от режийните разходи. Имаме стратегия за човешките ресурси, направихме и добра лекарствена политика. Населението сега плаща по-малко.

Системата "Семашко", която беше преди, бе свръхцентрализирана, имаше лошо управление. Имаше лични лекари, които всъщност играеха ролята на "пазач на входа", но това нямаше голям ефект. Системата ни беше много утежнена, което привличаше повече пациенти към болниците. Самите болници бяха много. Това, което започнахме да правим, бе първо да затворим неефективните болници.

През 2011 г. бе приет плана "Земелвайс" за реформиране на здравната система чрез децентрализация. Основните елементи на плана включват въвеждането на клинични пътеки, първична грижа, реструктуриране на

системата, интегриране на доставчиците и премахване на териториалните неравенства. Ние проверихме къде на практика отиват пациентите, към кои болници се насочват и се оказа, че 28.7% са избирали клиници в други райони.

Сега Унгария е разделена на няколко региона, като предоставяните медицински грижи се контролират от съответните регионални центрове. Заплатите в сектора са увеличени двойно, като по този начин разрешихме проблема с подкупите и изтичането на кадри. Потребителската такса е значително намалена в сравнение с нивото ѝ отпреди 3 години. Извършено е проследяване на пациентите - къде и от какво искат да се лекуват. На тази база е преценено къде и какви здравни услуги с достатъчно високо качество могат да бъдат предоставени. Така че капацитетът да отговаря на реалните нужди на населението. Сведена е до час, час и половина бързината, с която пациентът получава най-адекватното обслужване, подобрени са значително инфраструктурата и пътищата. При реструктурирането на болниците, 14 от тях отпаднали, 13 се сляха в по-големи. Централизирани са търговете за доставки, като само от доставката на бензин и др. горивни материали за болниците са спестени 20% от разходите. Разположението на болниците е такова, че гарантира достъпа до интензивни грижи до центровете за рехабилитация. В момента страната разбартва и компютризирана система за записване на данни, така че състоянието на всеки пациент в Унгария да бъде достъпно.



Бюджетът на НЗОК за 2014 г. е със значителен дефицит

● **Здравната каса ще може да харчи от резерва си през цялата година**

Бюджетът на НЗОК за 2014 г. бе приет окончателно на 27 ноември. В него е записано, че догодина Надзорният съвет на Касата ще може да ползва резерва за непредвидени и неотложни разходи винаги, когато има нужда. Резервът може да се използва, когато има "значителни отклонения от равномерното разходване на средства за здравноосигурителни плащания", пише в закона. Освен това нов параграф в преходните и заключителните разпоредби, който беше одобрен между първо и второ четене от здравната комисиия, дава право на Надзора да отпуска до 5% на месец от резерва за авансови разходи. Досега този ресурс се ползваше едва след като се изчерпи основният бюджет на Касата. Тази година той беше отворен през септември, като парите от него успяха да покрият само част от разходите за болниците в края на годината. През 2014 г. размерът на резерва ще бъде 279.5 млн. лева.

Дебатите по второто четене започнаха на извънредно заседание на НС

на 26 ноември, когато депутатите приеха да се отпуснат 10 млн. лв. повече за дентална помощ догодина. Те бяха извадени от общата сума от 104 млн. лв., предвидени за подобряване на контрола в здравеопазването. Тези 104 млн. лв. също предизвикаха спорове в пленарната зала. Те са заделени за подобрения в системата на здравното осигуряване и медицинския и финансов контрол и ще могат да се харчат с разрешение на Надзорния съвет на Касата, но само след предложен пакет от мерки, изготвени от министъра на здравеопазването и Министерския съвет. Сроктът да се

изготвят тези мерки е 1 януари 2014 г. Според Даниела Дариткова от ГЕРБ така разписани тези пари ще останат блокирани. Не е допустимо парите от здравни вноски да се харчат по един административен ред и с тях да разполага здравният министър и Министерския съвет, допълни и Десислава Атанасова и припомни, че има такова решение на Конституционния съд. Мая Маноло-

ята за социално подпомагане, която ще превежда на НЗОК сумите, използвани по тази точка. Опозицията подкрепи и връщането на ин витро процедурите под шапката на здравното министерство, но предупреди, че предвиденият 1 млн. лв. за започнатите тази година процедури, няма да е достатъчен. Вместо това може да се очаква дефицит от около 8 млн. лв. за асистирана репродукция

нението, че има едни открити 1,4 млрд. от правителството на ГЕРБ. Мнозина не са участвали при дебата в комисия по здравеопазване за дейността и бюджета на Касата за минали години и не са наясно, че служители на МФ пред цялата комисия заявиха, че тези средства са налични в бюджетните сметки на централния бюджет. Именно затова предлагаме трансфера от 1,4

да достигнат до никакъв бюджет, вие, които опорочихте солидарната система, вие, всичко това вие - и вие да говорите за морал? Вие да говорите за здравна система? Вие да давате напътствия как да се управлява здравната система? Това аз не го приемам".

Бившият зам.-финансов министър от ГЕРБ Владислав Горанов обясни, какво се е случило с тези пари. Той заяви, че през 2010 г. ГЕРБ имали две алтернативи - да теглят заем за покриване текущите разходи на държавата или да вземат резерва на Касата. По думите му, ако е било избрано първото решение, то за три години щяло да генерира лихвени нива в порядъка между 200 и 300 млн. лв. "Алтернативата беше това решение, което тогава взехме", каза той. Словесните престрелки продължиха с цитиране на "Престъпление и наказание" и "Идиот" на Достоевски.

Накрая стана ясно, че отклонените пари не могат да бъдат върнати в системата и тя догодина ще разполага с приходите, които ще се съберат от здравни вноски и трансфери.

Числата

В бюджета на НЗОК за 2014 г. са предвидени приходи от 2,82 млрд. лв., от които 2.47 млрд. лв. за здравноосигурителни плащания. Очертават се сериозни дефицити по всички основни пера. Така например за онколекарства са предвидени 145 млн. лв. при очакван реален разход от около 180 млн. лв. за т.г., предупреди Семир Абу Мелих от ГЕРБ. "Там лъжа и измама няма, хората боледуват, това е", коментира той. Заложните малко над 1 млрд. лв. в болничната помощ пък са с около 80 млн.

лв. по-малко от тазгодишния бюджет, въпреки че сега се очаква недостиг от над 100 млн. лв. по това перо. Освобождават се обаче 29 млн. лв. за болниците от ваксините, които отиват в МЗ. В разходната част са разписани 176 млн. лв. за първична извънболнична помощ, 120 млн. лв. за дентална медицина и 71,5 млн. лв. за медико-диагностични дейности. Резервът е малко над 279 млн. лв. Предвидените средства за плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването са общо в размер на 13 400 хил. лв. Те са предназначени за дейности по амбулаторно проследяване на болни с психични заболявания и на болни с кожно-венерически заболявания, както и за интензивно лечение. В тези средства е включена и сумата за доплащане на частта от потребителската такса, която е разликата над 1 лв за пенсионерите.

Министърът обеща "гълтка въздух" за системата

"Всички искаме да има повече пари за болниците, но системата няма да мине без реформи. Те ще бъдат тежки, ще бъдат болезнени за някои групи, но вярвам, че още в края на следващата година ще се усети гълтка въздух и повече доверие в системата".

Това заяви здравният министър Тания Андреева в кулоарите на НС след приемането на бюджета на НЗОК за 2014 г. Според нея на разгорещените дебати по бюджета не са се чули експертни мнения и именно заради това тя не е взела участие в дискусиата. За мен не е оправдано да се прави популизъм на гърба на лечебните заведения, на лекарите и на пациентите, отсече Андреева.



ва от БСП увери, че министрите ще успеят да разпишат и разгледат необходимите мерки до 1 януари, защото така или иначе ще се правят разчети за болниците. Освен това по този начин всички средства ще останат в Касата.

Подкрепа получи предложението на Йордан Цонев от ДПС от държавния бюджет да се покриват лекарствата както за военноинвалидите и ветераните, така и за неосигурени и социално слаби. Това ще става чрез бюджета на Агенци-

през 2014 г. Към МЗ се връщат и имунизациите.

Къде са открагнатите 1.4 млрд. лв. от здравни вноски?

Около този въпрос се развихриха най-вече споровете в парламента. Бившият здравен министър Десислава Атанасова поиска тези пари, които при управлението на ГЕРБ отидоха в държавния бюджет, да бъдат върнати в Касата. "Предложението ми е обективно слаби. Това ще става завинаги да разсеям съм-

млрд. да бъде преведен обратно по сметките на НЗОК," каза Атанасова. На това остро реагира д-р Емил Райнов от БСП: "Радвам се на опиянението, което явно ви владее, но пред българския народ цинично вие, които взехте резерва, вие, които направихте трансфери от Касата към МЗ, вие, които дефакто фалирахте НЗОК, вие, които въведохте не прогнозни бюджети, а годишни бюджети на болниците, вие, по чието време се закриваха болниците, защото не им разрешихте

Спешно актуализираха парите на Касата за 2013 г.

Още едно от исканията на БЛС е изпълнено - бюджетът на НЗОК за 2013 година беше актуализиран с 27 милиона лева. Впечатляващото е, че актуализацията стана с добавянето на текст в преходните и заключителните разпоредби на Закона за бюджета на НЗОК за 2014 година. Предложението за актуализацията дойде от депутатите Нигяр Джафер и Емил Райнов, и беше

одобрено без дебати при разглеждането на бюджета на Касата за следващата година в парламентарната бюджетна комисия.

На практика с 27 милиона лева се увеличават разписанията в бюджета за 2013 година приходи от здравноосигурителни вноски и ясно се подчертава, че тези пари ще отидат за плащания в болничната медицинска помощ. Причи-

на за актуализацията е фактът, че НАП успява да съберат 27 милиона лева повече от здравноосигурителни вноски. С актуализацията тези пари ще могат да се използват, за да се заплати Касата на 100 % с болниците за извършените от тях дейности през септември.

Със Закона за бюджета на НЗОК за 2014 година се правят и промени в Закона за здравното

осигуряване, с които се задължава НЗОК да плаща на личните лекари и зъболекарите разликата между потребителската такса и таксата, която плащат пенсионерите. Освен това с промени в закона отпада задължението НЗОК да плаща за ваксините и за ин витро. С промени в Закона за здравето тези дейности отново преминават към здравното министерство. Те ще се покрият с пари



от бюджета на държавата за 2014 г., които са били предназначени за подслушване, съобщи председателят на парла-

ментарната здравна комисия д-р Нигяр Джафер. На министерството ще бъдат дадени допълнително 29 млн. лв.

БЛС извоюва голяма част от исканията на лекарите

БЛС успя да извоюва голяма част от исканията на лекарите, свързани с финансирането на болниците до края на годината и работата на медиците през 2014 г. Това стана благодарение на множеството срещи на ръководството на Съюза с министрите на финансите и здравеопазването, парламентарните групи на ДПС и БСП и Надзорния съвет на НЗОК, а също и на оказания натиск от страна на лекарите и медсестрите, които на 1 ноември излязоха пред болниците. Лекарският съюз постави на масата наболелите въпроси и заплаши, че ако не се намери спешно решение, медиците ще проведат национален протест. До тази драстична мярка не се стигна, след като управляващите този път вникнаха в проблемите и обещаха да ги решат. Затова след проведената на 8 ноември Национален съвет на БЛС, 82% от регионалните колегии решиха, че протестите трябва да се отложат, като се запази готовност за излизане на улицата, дори ако само едно от обещанията не бъде изпълнено. За протести веднага се обявиха само 4 колегии - Видин, Ямбол, Смолян и Шумен. РК Търговище не изрази становището си. За по-голяма сигурност, предложените от УС на БЛС мерки, които бяха приети от правителството и одобрени от повечето колегии, бяха оформени в документ. Под него подписите си сложиха министърът на здравеопазването Таян Андреева, министърът на финансите Петър Чобанов, управителят на НЗОК Румяна Тодорова и председателите на Български лекарски съюз д-р Цветан Райчинов и на Български зъболекарски съюз - д-р Борислав Миланов. Основният ангажимент, който пое правителството

Обещаното на медиците вече е скрепено с подписи



виждали при предишния финансов министър Симеон Дянков". Стана ясно, че от 1 януари догодина

Ваксините ще преминат от Касата към здравното министерство

Сумата от 29 млн. лева, която се отпуска за ваксини, ще остане към Касата. Председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов подчерта, че до споразумението не се е стигнало лесно, защото е трябвало да убеди както министър Петър Чобанов, така и премиера Пламен Орешарски, че приетите промени не са прищявка, а необходимост. Според него за това е помогнала и твърдата позиция на министър Андреева, която се е борила за тези пари докрай. "Можем да успокоим хората, че болниците ще работят нормално и никой няма да доплаща за неща, които се поемат от Касата", допълни д-р Райчинов. Той обърна

специално внимание на т.6 от Декларацията, която гарантира

сформирането на експертен съвет към Министерски съвет

За да няма подобни трупове в системата като тази година и за да се търсят трайни решения и увеличение на средствата в сектора, е много важно този съвет да започне работа възможно най-бързо, допълни д-р Райчинов.

Догодина и денталната помощ ще получи 10 милиона лева повече, пише още в декларацията. "Парите, които днес разписваме няма да ни удовлетворят, но без този ход пък изобщо нищо нямаше да стане по посока пресичане на проблемите", коментира председателят на БЗС Борислав Миланов.

Финансовият министър от своя страна заяви, че от висотата на поста си не се чувства комфортно с това, че бюджетът за

тази година не е преценен правилно и това създава проблеми. Чобанов обеща да ги разреши и продължава напред в тази насока, но подчерта

нуждата от нормативни промени и реформи

Според него връщането на ваксините и на фонда "ин витро" към здравното министерство е крачка напред. "Мисля, че тези крачки ще продължават. Стремим се да гарантираме парите за здраве да отиват за здраве", категоричен е той.

"Без премиера Пламен Орешарски нищо от това днес нямаше да се случи", заяви управителят на НЗОК д-р Румяна Тодорова. Тя отново припомни, че при управлението на ГЕРБ е извършено престъпление, като близо 2 млрд. лв. от парите на българите са потънали в централния бюджет и никой не знае за какво са използвани.

Д-р Тодорова бе подкрепена и от здравния министър, като Таян Андреева обърна внимание и на предложението за промяна в закона за здравното осигуряване. Тя бе категорична, че не приема квотния принцип за избиране членове на Надзорния съвет към здравната каса, но също поиска Касата да функционира като обществена институция.

До подписването на споразумението се стигна, след като от НЗОК обявиха, че Касата е "на червено" с финансите си и затова ще плати на болниците само 80% от изработените дейности. Това предизвика недоволството на лекарите и на 58-ия събор на БЛС те решиха да протестират, ако управляващите не вземат мерки и не осигурят необходимите средства. "Ние не лекуваме пациентите на 80%", заяви медиците.

Декларация за поет ангажимент

Днес 18.11.2013 г., в гр. София, в изпълнение на исканията на Български лекарски съюз и Български зъболекарски съюз, правителството на Република България, чрез д-р Таян Андреева - Райнова - министър на здравеопазването, Петър Чобанов - министър на финансите и д-р Румяна Тодорова - управител на НЗОК, упълномощени да поемат ангажиментите и да осигурят реализирането им, декларират, че ще бъде изпълнено следното:

1. Приемане и публикуване на Правилата за добра медицинска практика, предложени от Българския лекарски съюз в Министерството на здравеопазването. Срок за публикуване до 31.12.2013 г.
2. Гарантиране на стопроцентово плащане на болничната медицинска помощ за месец септември 2013 г. - 27 млн. лв. до 10.12.2013 г. Заплащането на неразплатените здравноосигурителни плащания за болнична помощ за месеците октомври и ноември 2013 г. да се извърши до 20.01.2014 г.
3. Националната здравноосигурителна каса най-късно до 30.12.2013 г. сключва анекси с лечебните заведения за болнична помощ, с които се регламентира изпълнението на т. 2 от споразумението до 10.12.2013 г.
4. Преминаване на финансирането и осигуряването на ваксини за задължителни имунизации и реимунизации от Националната здравноосигурителна каса към Министерството на здравеопазването, считано от 01.01.2014 г., като сумата от 29 млн. лв. остава в бюджета на НЗОК.
5. Увеличение на здравноосигурителните плащания за дентална помощ с 10 млн. лв. за сметка на други здравноосигурителни плащания съгласно параграф 8 от Преходните и заключителни разпоредби на проекта на Закон за бюджета на НЗОК за 2014 г. .
6. Създаване на работна група към Министерски съвет на Република България, в която да бъдат включени представители на всички заинтересовани страни, с цел създаване на дългосрочни мерки за оптимизиране функционирането и подобряване на контрола на здравната система до 20.11.2013 г.
7. Министерството на здравеопазването ежесечно изплаща разликата в потребителската такса за пенсионери до 2.90 лв.

Ангажирани се:

Министър на здравеопазването на Република България:

/Таян Андреева - Райнова/

Министър на финансите на Република България:

/Петър Чобанов/

Управител на НЗОК:

/Д-р Румяна Тодорова/

Удостоверили поетия ангажимент:

Председател на Управителния съвет на Българския лекарски съюз:

/Д-р Цветан Райчинов/

Председател на Управителния съвет на Българския зъболекарски съюз:

/Д-р Борислав Миланов/

дейността на болниците да бъде изплатена на 100%

за последното тримесечие на тази година. Лично министър Андреева увери, че парите за месец септември 2013 ще бъдат издължени до края на декември, а за останалите месеци ще бъдат получени от болниците до края на януари 2014 година.

"Тази среща е път, по който да доказваме, че не издигаме барикади, а всички сме от едната страна. Благодаря на министъра на финансите, защото този път нямаше това почти детско запъване, което виждахме в предишни години при бившия министър Дянков".

РЕПЛИКИ

Д-р Таян Андреева, министър на здравеопазването:

"Тази среща е път, по който да доказваме, че не издигаме барикади, а всички сме от едната страна. Благодаря на министъра на финансите, защото този път нямаше това почти детско запъване, което виждахме в предишни години при бившия министър Дянков".

Д-р Цветан Райчинов, председател на БЛС:

"Можем да успокоим хората, че болниците ще работят нормално и никой няма да доплаща за неща, които се поемат от Касата".

Д-р Борислав Миланов, председател на БЗС:

"Парите няма да ни удовлетворят, но без този ход изобщо нищо нямаше да стане по посока пресичане на проблемите".

Петър Чобанов, министър на финансите:

"Стъпихме върху нездравата основа на бюджета за тази година, който имаше множество пробойни, но вървим в правилната посока".

Д-р Румяна Тодорова, управител на НЗОК:

"Къде са изчезнали близо 2 милиарда лева от здравни вноски и знае ли някой за какво са използвани? За първи път здравната каса се оказва с нулеви сметки. Това е престъпление, защото парите не са на Касата, а на всички нас".

Румъния ни дава „рецепта“ за реформа на спешната помощ

- **Обединени са усилията на лекари, пожарникари и МВР**
- **Линейките пристигат за 3 до 8 минути при пациента**

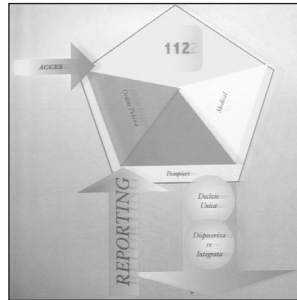
За реформата в здравеопазването не са необходими много средства, а воля да бъде извършена. Доказателство за това е държавният секретар по здравеопазването на Румъния д-р Раед Арафат, който е обявен за национален герой в страната си, след като с много уси-

ните центрове и пожарната, се прилага на национално ниво с пълен успех. За тези 20 години смъртността е намалала значително и се е увеличил дялът на пациентите, които са откарани и лекувани в болницата, обясни д-р Арафат.

Системата залага на няколко важни неща, ка-

препредаване на съобщения е сведено до нула.

Д-р Арафат специално подчерта, че инвестициите, с които са осигурени модерните спешни отделения и тренировъчни центрове, технологиите за телемостове и оборудване за линейките, както и част от самите превозни средства, са на стойност от 35 млн. евро. На година системата за спешна помощ струва между 5 и 6% от всички разходи за здравеопазване на държавата, а обслужва око-



зам.-министъра на здравеопазването д-р Бойко Пенков и е разбрал, че те имат желание системата за спешна помощ у нас да се промени радикално. "Най-важното, с което трябва да се стартира, са кадрите и обучението им", подчерта председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов. Той изчисли, че ако се постигне консенсус в държавата и обществото, ние можем да се справим с реформата на системата за 3 до 5 години, след като ползваме наготово опита на съседите.

След презентацията на д-р Арафат, д-р Бойко Пенков каза, че стратегията за развитие на спешната помощ, изготвена от правителството, се доближава до тази на румънците. Предвижда се включването на парамедици, но за работа с пожарникари и авиозве-



лия лично създава една от най-модерните и ефективни системи за бърза помощ в Европа.

По този начин бе представен д-р Арафат на конференция, посветена на румънския модел за спешна помощ. Съорганизатор на форума, в който взеха участие представители на пациентските организации, на здравното министерство и НЗОК, а също и много медици, е Българският лекарски съюз. "Арафат е емблематична личност в Румъния. В началото на 2012 г., след спор между него и президента Траян Бъеску, оставката му като зам.-министър на здравеопазването предизвика масови протести с искане за връщането му", каза д-р Станимир Хасърджиев, председател на НПО. Той посочи, че само този факт е достатъчен, за да се разбере какъв авторитет има авторът на реформата в Румъния.

Иначе системата за спешна помощ в северната ни съседка през 90-те години на миналия век е била не по-различна от нашата - хората са чакали по 30-40 минути за линейка, екипите са били малко, често е имало инциденти. Сега медиците пристигат в дома на болния за 3 до 8 минути в градовете и за 20 минути в селата, обясни д-р Арафат в презентацията си. Той разказа за дългия път, който са извървели в Румъния. Началото е поставено в края на 90-те само в една провинция, а от 2007 година новата система, която интегрира спеш-

ното основното е обединяване на усилията на МВР, пожарната и спешните центрове. Залага се и на модерната техника - различни видове линейки, оборудвани с всичко необходимо, високопроходими автомобили за труднодостъпните райони, 6 хеликоптери, които до края на годината ще станат 8 и дори един самолет. Част от колите на пожарната служба също са оборудвани с медицинска техника, която се поддържа от здравното министерство на Румъния. Според д-р Арафат най-важното за успеха на системата е доброто сътрудничество и координация между службите. "Преди да започнем да работим с пожарната, Спешна помощ имаше шест станции, а пожарната - 22. Сега работим с 28 обекта - това е един от факторите, които намаляват времето за реагиране", каза той.

Другият важен елемент на системата е въвеждането на телемедицина. Пряката връзка със спешните центрове позволява на предварително обучените пожарникари да могат да оказват първа помощ, като разчитат на преки инструкции от лекарите. За добрата координация е помогнало и въвеждането на единен телефон 112 за спешна помощ, пожарната и МВР през 2001 г. Тогава, отново по идея на д-р Арафат, диспечери и на трите звена били събрани в общи центрове за приемане на сигнали и синхронизиране на дейността. Така времето за



ло 7 млн. спешни случаи.

Държавният секретар на здравеопазването в Румъния показа, че е готов да съдейства на нашите специалисти, ако правителството вземе решение да използваме опита им. "Нашата книга е отворена за вас, но това не може да се направи на принципа "копи-

но не се мисли. От думите му обаче стана ясно, че за да се извърши реформата в системата на спешна помощ, пари в бюджета за 2014 г. не са предвидени. Очакванията са да успеем да защитим проекти пред ЕС и оттам да дойде финансирането на промените.

Съвместната работа



пейст", трябва да се види какви елементи има българската система, които трябва да се променят, какво може да се заеме от румънската и какво не може. Сигурен съм, че тук има хора, които искат да направят промяна и имат идеи", заяви той пред медиите. И добави, че вече е разговарял с президента Росен Плевнелиев и със

между българските и румънските експерти ще продължи, стана ясно на финала на конференцията. От министерството на здравеопазването общо, че се предвижда официално посещение в съседната държава на лекари и на представители на здравното ведомство, министерството на транспорта и МВР.

КОМЕНТАРИ

Д-р Цветан Райчинов, председател на БЛС: Най-важното при старта са кадрите и обучението

Лекарският съюз има презентацията на д-р Арафат от 2010 г. и няма здравен министър до сега, на който диска да не е връчен. За съжаление нямаше никаква реакция. Затова наистина днес се надявам да е ден първи на реалната реформа в спешната помощ. Да се види, че не е нужно да си много богата страна, да имаш кой знае какви ресурси, а просто да имаш воля да се направи нещо добро за хората. Това е направил човекът в Румъния. Той е готов по всякакъв начин да продължи да ни помага, да се включва на всяко ниво на организация на спешната помощ, да ни покаже това, което е постигнато при тях. Остава наистина да има консенсус в държавата и обществото за промяна. Защото по-добре от това към момента няма и на нас ни дават буквално наготово. Въобще не става дума само за пари. Средствата, които са използвани, не са чак толкова много. Най-важното, с което

трябва да се стартира, са кадрите и обучението. Първо да се обучат обучители, които да започнат да обучават работещите и успоредно с това да върви интеграцията на системата на национална сигурност, изграждане на съответните комуникационни центрове, или хуманни, или обединителни - без значение как ще се казват. При тях са отишли 20 години, но с неговия опит и знания, и това, което ни предоставя, ние бихме могли да го направим за 3 до 5 години. Европейски средства са им дадени само за една част от реформата, но благодарение на него и на личния му контрол, от тези пари не е откраднато нищо и се е стигнало до осъществяването на реформата. От следващите етапи държавата е поела цялото финансиране. Д-р Арафат каза, че заплащането на хората в спешната помощ е с 50 до 75% по-високо от това на останалите в цялата система.

Д-р Бойко Пенков, зам.-министър на здравеопазването:

От следващата година - първи стъпки за подобряване на системата

Концепцията на министерството на здравеопазването за реформа в спешната помощ съдържва доста неща от системата в Румъния. Предстои постепенно включване на парамедици, в зависимост от това кога те ще придобият нужната квалификация. За да бъде обаче качествена услугата, която те ще оказват в бъдеще, се предвижда всяка линейка да разполага със система за телемедицина. Така парамедиците или лекарите с начална квалификация, които ще пътуват с колите на спешна помощ, ще могат да бъдат консултирани от лекари-специалисти, докато превозват пациента към спешното отделение. Засага обаче не се предвижда в нашата система да се включват органите на МВР и службата за пожарна безопасност. Според мен, за да има реформа, са необходими средства и ние очакваме те да дойдат от еврофондовете след одобрение на нашите проекти. Само един от показаните от д-р Арафат продукти струва 10 000 евро. Представете си, ако трябва да се оборудват 675 линейки с него.

В момента системата е неадекватна. Коли и шофьори има, но няма екипи, които да са вътре в линейките и да оказват помощ на хората. Това е проблем № 1 у нас. Като първи стъпки ще подобрим условията на труд, заплащането и ще създадем възможности за кариерно развитие на медиците. Започваме от следващата година, като това ще стане постепенно.

Д-р Десислава Кателиева, председател на Националната асоциация на работещите в спешната помощ:

Трябва да се започне с въвеждането на телемедицина

В 40 от 190-те филиала на спешните центрове у нас дежурят само фелдшери и медицински сестри, а най-близката болница и лекар са на минимум 30 до 90 км. Поне в тези филиали пилотно трябва да бъде въведена телемедицина, за да може да се правят консултации с лекар. Необходимо е също да се въведат алгоритми и протоколи, по които да се действа при спешност. Въпреки недостига на екипи в големите градове, забавянето на линейките може да се намали в пъти, ако бъде въведено т.нар. кодиране на спешността, като най-тежките слу-

чай се определят с код "червено", следва "жълто" и "зелено". Изготвянето на протоколи и на алгоритъм за кодиране не се нуждае от допълнителни финансови инвестиции. Сега у нас спешен е всеки пациент, който се самоопредели като такъв, до медицинския преглед.

Колкото до използването на пожарникари, ще ви кажа, че от 20 години работя в спешна помощ - системата е уморена от експерименти и аз не бих издържала още един. Според мен, все още е рано да се въведат немедицински специалисти.

Д-р Раед Арафат - държавен секретар по здравеопазване в Румъния:

Моделът не бива да се променя с всяка смяна на правителството

Работните срещи в София се провеждат в навечерието на Коледните и новогодишни празници. Затова позволете първият въпрос от интервюто за вестника на БЛС да бъде: какво ще пожелаете на българските лекари през новата година?

Ще пожелая нещо не само на българските лекари, но и на всеки един, упражняващ тази професия. Желая им да извлекат максимално удовлетворение от онова, което правят и да бъдат докрай оценявани от своите пациенти и от обществото. Както и да имат възможността да реализират мечтите си, разбира се. Защото това е наистина важно.

Системата за спешна помощ, в изграждането на която Вие сте основна фигура, е приоритет в Румъния, както стана ясно от Вашата презентация. Колко години Ви отне постигането на този резултат?

Да, действително е приоритет. За мен бе приоритет още от мига, в който започнах изграждането на новия модел през 1990 г. От политическа гледна точка обаче, системата за спешна помощ е приоритет на правителството от 2006 г. Оттогава, развитието ѝ не е спряло. Спешната помощ продължава да се възприема като приоритет от министъра на здравеопазването и нашата работа по усъвършенстването ѝ продължава.

Споменахме, че около 5 процента от парите, предназначени за здравеопазване, отиват за спешната помощ.

Точно така. 5% до 6% от парите, отделени за здравеопазване, се харчат за системата на спешната помощ. Става въпрос както за доболнична, така и за звената за спешна помощ в самите болници.

Как решавате възникналите проблеми с финансирането? В България заплатите на ангажираните в спешната помощ са доста ниски и на практика - неадекватни. Такава ли е ситуацията и в Румъния?

Ситуацията в Румъния е абсолютна същата. По-вярвайте - споделяме съвсем идентични проблеми. Подели сме различни инициативи, но заплатите все още са ниски. Това е огромен проблем за страни като нашите. Специалистите ни бягат в други държави и ние не успяваме да направим нищо, за да ги задържим. И България, и Румъния - и вашата, и нашата страна - са изправени пред едни и същи предизвикателства. И при нас има твърде много незаети места, най-вече в

анестезиологията, в спешната помощ и в образната диагностика... Хвърляме усилията си, за да обучаваме кадри, които по-късно напускат страната ни. Не само заради заплащането, но и заради условията на работа, заради липсата на сигурно бъдеще, заради недоволството им от начина, по който се вършат нещата в Румъния.



Д-р Раед Арафат е роден през 1964 в Сирия. През 1989 завършва медицина в Румънския университет Клуж Напока. През 1991 за първи път в Европа стартира мобилна спешна помощ, като интегрирана система между болниците и пожарните. През 1993 с помощта на Кралската клиника на Единбург открива първата стая за спешна помощ в болницата в Муреш. През 1993 с помощта на местната пожарна създава първия отряд за спасяване при пътни инциденти в Румъния. През 1994 стартира първият отдел по спешна помощ в Румъния, създаден с помощта на Кралската клиника на Единбург и ВВС, като цяла сграда е дарена и прехвърлена от Дунфирмлайн, Шотландия с 18 камиона до Тиргу Муреш, където е издигната отново. През 1997 заедно с Кралската клиника на Единбург, Британското правителство, Фондът Ноу Хау, Ротари клуб и Фондация Сорос в Ню Йорк се създават три кабинета по спешна помощ в три общини в Румъния. През 1999 е дадено началото на структурата "Първи отговор" с полуавтоматичен дефибрилатор в Пожарната в по-слабо населените райони на Муреш. В други части

разбира се и доста различни. Системите ни за спешна помощ са различни, имаме еднакъв брой болници, макар да има огромна разлика в броя на населението. Идеите, желанието и опитите за реформа обаче са идентични и в двете страни. И в България, и в Румъния това, което правим е да се стараем пациентите да бъ-

спешната помощ в България?

Първата стъпка би трябвало да е свързана с подробно анализиране на състоянието в момента. Погледнете първо с какво реално разполагате! Разгледайте силните му страни и недостатъците, имащи нужда от промяна. Обърнете внимание на човешкия фактор в системата. Ако имате намерение да въвлечете в работата ѝ пожарната и полицията, както направихме ние - то тогава имате нужда от стартирането на сериозна тренировка и обучение на въпросните специалисти. Направете тренировъчни центрове за самите лекари, за медицинските сестри, за всеки, който по какъвто и да било начин, ще бъде намесен в системата. Необходимо е да прецените внимателно как ще осигурите финансирането, каква ще е сумата, която ще инвестирате в развитието на системата и как си представяте, че тази система ще функционира. Това са стъпките в пра-

на Муреш се създават още седем такива структури. Те редуцират значително времето за реакция и подобряват в пъти преживяемостта в случай на спешен инцидент и нужда от медицинска помощ. През 2000-2001 работи заедно със здравните и местни власти за създаването на първата интегрирана 112 линия в Румъния, получаваща обаждания от полиция, спешна медицинска помощ и пожарната.

През цялото време д-р Арафат и екипът му работят по тези проекти на доброволни начала. В периода 1999-2001 се насочва към изграждането на Национална програма за интегрирана спешна помощ по проект на Световната банка. През 2003 д-р Арафат получава Националния орден "За заслуги" в ранг Рицар от президента на Румъния Йон Илиеску за цялата научна и изследователска дейност и изключителен принос за развитието на системата за спешна помощ в Румъния. През 2005 той е награден с орден "За заслуги" в ранг Офицер за усилията положил за спасяването на румънския народ от бедствия и ежедневните усилия, които полага за спасяване на хиляди човешки животи.

Това е огромен проблем и смятам, че е необходимо да преосмислим и променим из основи стратегията, отнасяща се до човешките ресурси.

Мислил ли сте в каква посока би могла да се осъществи тази промяна?

Проблемът започва от условията на работа и завършва с оценката и заплащането на лекаря. Смятам че след тази дългогодишна усилена подготовка, медицинският персонал заслужава да получи доста по-високо възнаграждение. За да почувства, че всички усилия, които до момента са положе-

ни, им носят съответната награда. Само така те биха могли да предоставят адекватно грижата, от която пациентите им имат нужда. Лекарите трябва да бъдат признати, задължително е работата им да бъде високо ценена.

Освен общият проблем с недостига на медицински персонал, какви са другите прилики и разлики в здравната система на България и Румъния?

От разговорите с българските ми колеги останах с впечатлението, че има доста прилики между здравните системи в България и Румъния. Има,

дат транспортирани в най-удачната за състоянието им болница и да подобряваме условията за работа в големите болници. Нещата трябва да се променят. Мисля че и вие, и ние, мислим в тази посока и търсим начини да се преборим с проблемите, които срещаме по пътя си.

Вие сте мисионер в развитието на спешната помощ не само на локално равнище. Имате поглед към проблема въобще, работите със световни институции. Какви са първите стъпки, които препоръчвате за развитието на

вилната посока. Да анализирате и преценявате коя ще е следващата ви крачка. Веднъж преценили как ще продължите напред, идва ред на решението, свързано със сумата, която сте готови да инвестирате и т.н. Другото важно нещо е, след като имате вече оформена идея за правилния път, по който да поемете, тя трябва да се радва на непрекъсната политическа подкрепа. Моделът не бива да се променя с всяка промяна в правителството. Това е и най-големият ни късмет в Румъния. От 2006 г. до момента, системата на спешната помощ не е би-

ла изменяна и непрестанно се е ползвала с подкрепата на здравния министър и министъра на вътрешните работи. Правителството винаги е подкрепяло системата. Днес, за радост, продължаваме да сме свидетели на същото нещо - пълна подкрепа на системата за спешна помощ от страна на министрите.

Вие сте роден в Сирия. Вероятно не сте безразличен към проблемите на сънародниците си. В момента в България идва значителна вълна от сирийски имигранти, бежанските лагери са препълнени. Българите сме състрадателни и гостоприемни, но за съжаление, сме бедни. Мислил ли сте за модел за обслужване с медицинска помощ в такива случаи? Смяе да Ви задам този въпрос, защото имате иновативно мислене.

Проблемът с бежанците не е лично ваш. Това е световен проблем. Аз съм просто роден в Дамаск - в действителност не съм живял в Сирия, живял съм в Палестина, но и там ситуацията не е много различна. За съжаление, бежанците са резултат от войните и насилието по света. Страните, които приемат бежанци на своята територия, трябва да бъдат подпомагани. Убеден съм, че Европейският съюз е длъжен да осигурява някаква помощ на подобни държави. Не е справедливо да поемате целия негативен ефект от конфликта върху собствения ви гръб. За най-голямо съжаление обаче, такъв тип проблеми са непреодолими. Единственият начин да бъдат избегнати е в света да няма войни и насилие, и животът навсякъде да тече мирно и гладко, а това просто няма как да се случи. Хората не са толкова мъдри.

Имате ли хоби?

Да. Работата е моето хоби. Почивам си докато работя - особено като дежурен да поемам спешни случаи с хеликоптера. Това е нещото, което обожавам. Обичам също така да гледам филми, затова често ходя на кино. Приятно ми е и да се разхождам. Това е, с което си почивам и се различавам - стига да ми остава някакво свободно време, разбира се.

А какъв е Вашият житейски девиз?

Нямам. За мен животът е такъв, какъвто го живеея. Никога не съм разсъждавал върху някакъв житейски модел или мото.

Разговора проведе Дани Николова

Първият конгрес на СБМС и БЛС събра елита на съсловие

Първият съвместен конгрес на Съюза на българските медицински специалисти (СБМС) и Българския лекарски съюз (БЛС) се проведе на 29 и 30 ноември в Аудитория център на Медицинския университет в Пловдив. Основната тема на интердисциплинарния форум бяха хроничните заболявания - сърдечно-съдови, онкологични, диабет, белодробни и др. Нарастващият брой на тези заболявания, техният хроничен характер и застаряващото население определят проблема като един от най-значимите на XXI век, а мерките за борбата с тях - като основно предизвикателство пред човечеството, сподели за в. Quovadis проф. Васил Хаджидеков, председател на СБМС.

Втората значима тема бе електронното здравеопазване, което трябва да обхване всички структури в здравния сектор. Програмата включваше пленарни сесии, дискусии, постер сесии и съвместни заседания и обсъждания. Дадена бе и възможност за директни срещи с индустрията, чрез организирането на специализирана медицинска изложба, на която водещи фармацевтични фирми и компании за медицинско оборудване представиха своите продукти.

При официалното откриване на форума поздравителни адреси с пожелания за ползотворна работа изпратиха президентът на България Росен Плевнелиев, председателят на парламентарната здравна комисия д-р Нигяр Джафер, зам.-министърът на здравеопазването проф. д-р Чавдар Славов и други. Ректорът проф. Стефан Костянев заяви, че ще се радва ако МУ Пловдив не е само постоянен домакин на форума, но и негов съорганизатор. Нашият университет е отличен като най-добър регионален университет в Европа и предстои скоро да получим наградата си в Оксфорд, каза той. Специален гост на конгреса бе проф. Негри - генерален секретар на Римската група за продължаващо професионал-

Хроничните заболявания, електронното здравеопазване и продължаващото медицинско образование бяха основните теми на интердисциплинарния форум



но образование и развитие.

Проф. Хаджидеков подчерта, че Съюзът на медицинските специалисти и БЛС ще вървят ръка за ръка в следдипломното обучение и продължителното професионално развитие. "Надявам се да успеем да афишираме пред цялата медицинска общност, че ние имаме енергията да работим заедно и да създадем една традиция на две години да провеждаме такъв форум, като нашият съюз ще излъчва лекторите, а БЛС ще води регистрацията и ще провежда контрола по продължителното обучение, по което имаме еднак-

тигнахме много, като създадохме Акредитационния съвет за продължаващото медицинско обучение към БЛС. Предстои този



Д-р Юлиан Йорданов подчерта значението на взаимодействието между СБМС и БЛС



Проф. Стефан Костянев (вляво) разговаря с проф. Дамян Дамянов

во виждане", каза професорът.

Зам.-председателят на БЛС д-р Юлиан Йорданов заяви, че работата между двете организации е изключително важна както за пациентите, така и за българските лекари. "Имаше дистанция между нас, но се радвам, че я преодоляхме и благодарение на общото ни желание за сътрудничество пос-

акт да бъде въплътен в законова форма, за да имаме законова регулация на Съвета", поясни той. И допълни: "Надявам се това да е първата стъпка от едно голямо начало и този форум да получи заслужило място в лекарските среди и обществото".

Програмата на форума бе изключително амбициозна, като за лектори бяха поканени

най-известните, доказали се в отделните области специалисти като проф. Николай Петров, проф. Дамян Дамянов, проф. Здравка Валерианова, проф. Татяна Червенякова, проф. Асен Гудев, доц. Златица Петрова и много други. "Тези водещи преподаватели осъзнават значението на конгреса и се отзоваха, въпреки че есенният сезон е наситен с научни и други събития", подчерта проф. Хаджидеков.

В рамките на форума се проведе панел на тема "Успешната терапия - кой и как я определя? Докъде се простират регулациите и откъде започва медицината?" Сред основните цели на панела бе да се очертаят възможностите за сътрудничество между институциите в сферата на здравеопазването, организациите на медицинските специалисти, пациентските организации, индустрията и цялото общество по отношение на споразуменията за контрол върху бюджетното въздействие на лечението, оценката на здравните технологии, фармакотерапевтичните ръководства, критериите за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

Председателят на СБМС проф. Хаджидеков изброи най-важните задачи пред дружествата, които включват единство на съсловните организации и медицинските специалисти, промоция на добрата медицинска практика и изготвяне на професионални стандарти и ръководства, които непрекъснато ще се обновяват.

Акад. Дамян Дамянов, председател на Съюза на учените в България, определи смесването на понятията "добра клинична практика" и "медицинските стандарти" като "грешка на растежа". Той изтъкна, че медицинските стандарти са административен документ, касаещ оперативното функциониране на сектора, а добра-

та клинична практика е практическото указание за лечение на дадено състояние, за постигане на положителен резултат. Според акад. Дамянов тези указания за практикуващите лекари не трябва да се превръщат в задължителни и по тази причина не би следвало да зависят от административните органи в сектора.

Проф. Тодор Попов, почетен председател на СБМС представи ръководствата за добра клинична практика при респираторните



Д-р Петко Загорчев говори за ролята на етичните комитети

заболявания и тяхното развитие през годините, както и взаимодействието между Българското дружество по алергология и останалите медицинс-



ки дружества, имащи допирни точки с тази терапевтична област. Той подчерта: "Този конгрес е първата стъпка към сближаване между медицинските специалисти, институциите и обществото, защото ако това не се случи, ще наблюдаваме един тотален разпад на системата на здравеопазване, от който пациентите ще страдат най-много. Ние сме длъжни да спазваме принципа за еднакво качество на медицинското обслужване в цяла Европа и го правим".

С голям интерес бяха посрещнати лекции-

те на доц. Златица Петрова и д-р Петко Загорчев за лекарските грешки и за ролята на етичните комитети към БЛС за доказването им. Подчертано бе, че трябва да се прави разлика между индивидуалните пропуски и грешките, за които причините са в самата система на здравеопазване, за да могат да се променят условията, довели до инцидентите и да се предотвратят следващи негативни събития. (Виж стр. 11 - презентация на доц. Златица Петрова.)

В рамките на дискусиите участниците се обединиха около схващането, че институциите в сферата на здравеопазването са ангажирани с разпределението на финансовите средства и определянето на политики, които да подобрят състоянието на сектора, а не с определяне терапията на пациентите, което е ангажимент на медицинските специалисти. Според тях в момента Националната здравноосигурителна каса се опитва да определи лечението на българския пациент, което е нередно, защото и по закон тя няма тази функция.

Всички участници в събитието изразиха надеждата си, че по-

добни интердисциплинарни конгреси ще се организират по-често. Вече е избрана темата за следващия съвместен форум на СБМС и БЛС, като акцентът този път ще бъде поставен на стандартите в медицината, които са изключително важни за работата на лекарите. Необходимо е все повече правилата в медицинската практика да излизат от съсловието, а не от администрацията, подчерта проф. Хаджидеков. Той поясни, че форумът е посетен от доста млади хора, които ще получат сертификат за участие.

Медицински или лекарски грешки - КЪДЕ Е ПРОБЛЕМЪТ?

Доц. Златица Петрова дм

Динамичните промени в националните здравни системи в целия свят, в това число и у нас, обусловиха нарастващия интерес към проблематиката за качеството в здравеопазването. В научно-теоретичен аспект това намери израз в развитието на ново направление - медицинска квалитология, а в практически аспект в реализацията на редица организационни модели и инициативи за подобряване качеството на здравеопазните дейности. Качеството на медицинската услуга трябва да се измерва, защото ако съумеem да го измерим, както и да го контролираме и управляваме. Известен е подхода за измерване на качеството на медицинската помощ - КМП /КБМП на Maxwell, при който се използват критерии за оценка, които не са свързани единствено със здравния резултат. Концепцията на Maxwell включва 6 измерения на качеството:

1) Достъп до здравна помощ. Определя възможността индивидът или населението да по-

до минимум в процесите на доставяне на здравна помощ. Сигурността/безопасността включва:

а) механизмите и причините за грешките;

б) откриване на грешките и

в) методи за минимизиране и предотвратяване на грешките. Същевременно трябва да бъде осигурена безопасността/сигурността освен на пациентите, на персонала, така и на посетителите в лечебните заведения.

4) Ефективност и ефикасност на здравната помощ. Отнася се до степента, до която дадено лечение, интервенция или услуга постига желаните резултат при реални условия.

5) Продуктивност / икономичност. Представява степента, до която е отчетена полза от приложените медицински грижи, при минимум усилия и ресурси и максимална обща полза

б) Участие на потребителя (потребителски фокус). Означава да направиш човека, който получава резултата или продукта от някой про-

цес или система, център на този процес или система.

цес или система, център на този процес или система.

Наличието на медицински грешки предполага съществуването на проблем в цялата здравна система не само от медицинска, но и от икономическа гледна точка. Това е показател за нивото на качество в здравеопазването, който изисква вниманието да се насочи не само към медицинската грешка сама по себе си, но и към извършване на подобрения във всички ас-

пекти на медицинското обслужване. Все още няма единна терминология на международно ниво по отношение на медицинските грешки и всички други явления, свързани с безопасността на пациента. Понастоящем съществуват:

- 21 определения за нежелани ефекти;
- 13 определения за медицински грешки;
- 11 определения за нежелана реакция в резултат на употребата на лекарства;
- 8 определения за near miss (близо до грешката).

През юли 2007 год. Световният Алианс по безопасността на пациента към СЗО публикува Международна класификация за безопасността на пациента. Тя съдържа дефиниции на основните термини в тази област, които се очаква да бъдат тестови, за да се провери тяхната приложимост в различните страни.

Медицинска грешка - неизпълнение на планирано действие или приложение на погрешен план.

Нежелан ефект - неволно, неумишлено причинено нараняване или

решен план в процеса на използването на лекарства.

Безопасност на пациента - степента, в която е намален риска от нараняване, инфекция или други вредни странични ефекти.

Нежелана реакция - неочаквана вреда за пациента в резултат на правилно приложено действие, която е причинена от характера на самото действие.

Това е част от терминологията, свързана с осигуряване на безопасността на пациента. Необходимо е дефинициите да бъдат прецизирани за нуждите на нашата здравна система.

При допускане на каквато и да е грешка винаги първоначалната реакция е била насочена към индивида, т.е. да се обвини някого поради невнимание, разсеяност, умора. Според експерти, това е т.н. персонален подход за анализ на грешките в системата. Последователите на този подход са склонни да третираят грешката като резултат от слабост в морала на определен човек. При допускане на грешки проблемът не трябва да се търси в човека. Необходимо е



усиления да бъдат насочени към изграждане на по-сигурна и по-безопасна система на организация и управление на медицинското обслужване. Това означава използване на системния подход с цел да се отстранят причините, довели до появата на тези грешки. При наличието на грешка вниманието трябва да е насочено не толкова към търсене на отговор на въпроса "кой е виновен", а как и защо това се е случило.

Прилагането на персонални или системни подход при анализ на допуснатите грешки е в основата на разграничението между понятията лекарска грешка и медицинска грешка, представено в таблицата:

Проблемите при персоналният подход са очевидни: игнорира се факта, че здравната услуга се предоставя не от един човек, а от екип от специалисти. Също така, обвързването на грешката с индивидуална отговорност предполага съответно наказание. Но при анализ на причините за нейното допускане се установява, че тази грешка е резултат не от проявено невнимание или некомпетентност, а по-скоро от липса на добра организация в процеса на предоставяне на здравната услуга. Следователно, търсенето на индивидуална вина може да доведе до игнориране на истинските причини, довели до сериозния инцидент, в резултат на което същият може да бъде допуснат отново и то от друго лице. Защото практиката е доказала, че "всеки, дори и най-добрият специалист може да сгреша" (Reason).

Грешките в медицината са неизбежни, защото "в почти всички клинични ситуации има елемент на несигурност". Според проучване на Wu, Folkman et al. в медицински практики, допуснатите грешки се отнасят до диагностициране (33%), предписване на лекарства (29%), лечение (21%), комуникация (5%) и усложнения (11%). При 90% от пациентите е нанесена сериозна вреда, като в 31% от случаите изходът е бил смърт.

Само 54% от изследваните са дискутирали допуснатите грешки с лекарите, които работят в практиката, и само 24% са казали на пациентите или техните близки за това. Лицата, които са поели отговорност за допуснатите грешки, са били в състояние да предприемат конструктивни промени в практиката, като намаляване на натовареността и по-засилен контрол.

Продължава в следващия брой



лучат здравни услуги.

2) Релевантност (уместност и съответствие). Отнася се до избор на интервенция, която най-вероятно ще доведе до постигане на желаните резултат и очакваната здравна полза надхвърля достатъчно евентуалните негативни последици.

3) Сигурност / безопасност на здравната помощ. Определя се като степента, до която се избягват потенциалните рискове и непреднамерената вреда е намалена

вредата на пациента, получено по-скоро в резултат от управлението на здравните услуги отколкото от самата болест, което води до хоспитализация, удължен болничен престой, болестност при изписване или смърт.

Near miss (близо до грешката) - инцидент, който не причинява вреда на пациента.

Грешка в резултат на употребата на лекарства - неизпълнение на планирано действие или приложение на по-

Лекарски грешки

Персонален подход:

- кой е виновен
- култура на обвинение
- страх от наказание, уволнение
- персонално наказание
- лоша комуникация между персонала
- вина и страх от разговор с пациента
- грешка от същия тип може да се случи повторно
- нивото на допускане на грешки се запазва или може и да се увеличи

Извод:

Персоналната вина не води до отстраняване на проблема, а може да го задълбочи

Медицински грешки (грешки в резултат на слабости в организацията и управлението на лечебния процес)

Системен подход:

- какво и защо се е случило
- култура на доверие
- открито се говори и се анализират грешките, търси се основната причина
- поука от допуснатата грешка
- добра комуникация между персонала
- открит разговор с пациента, разясняване на последствията
- грешка от същия тип може да не се повтори
- добрите практики се проучват и разпространяват
- нивото на допускане на грешки бележи тенденция към намаляване

Извод:

Подобренията в системата водят до подобряване на безопасността на пациентите

Обучението на ортопеди в академия Пинторе - Петри продължава

• **Стартът на следващите модули е на 14 декември в София и 21 февруари в Швейцария**

В миналия брой информирахме за провеждането на първия модул по програмата за ортопедия и травматология. Публикувахме и първите отзиви на участниците в обучението.

Напомниме, че тази програма е категоризирана от БЛС като програма за продължаващо обучение за повишаване на квалификацията и осигурява международен сертификат и максимален брой точки за всички участници.

рамките на една година и предвижда 6 различни модула, 3 от които ще се проведат в чужбина.

Освен теоретична част, в която лектори са утвърдени имена в различни медицински специалности и преподаватели от няколко европейски медицински университети, в програмата са предвидени и операции на живо, множество дискусии и обсъждане на различни клинични случаи. Всичко това е



Нейната основна цел е да създаде условия за обмяна на ценности и практики между български лекари и техни колеги от Швейцария и Италия! Тя ще бъде проведена в

придружено с разнообразна социална програма, добавяща нови възможности в комуникацията между наши лекари и чуждестранните им колеги.

За допълнителна информация и въпроси от организационен характер:

Евгения Адърска и екипът на Медик Нет Интернешънъл 0879815800

В този брой предлагаме на нашите читатели споделеното от основните фигури в Академията, професорите Пинторе и Петри.

Кои са основателите?

Д-р Ернесто Пинторе е хирург- ортопед, италианец по рождение и космополит по дух. Изучавал е занаята във Франция и Англия. Той е първият, който въвежда перкутанната хирургия (операция с разрез до 5 мм) в италианската ортопедия, а част от операциите му са заснети в Youtube. Италианският специалист обаче е подчертано сдържан по отношение на славата: "Смятам себе си за малък хирург, казва той, не работя в Германия, в САЩ или във Франция, но показвам практиката си на хора, които се нуждаят от нея - в Полша, в Израел, където са много напреднали, но не познават перкутанната хирургия на крака. В Аржентина също ме канят да покажа малкото, което знам, и аз винаги приемам."

Д-р Ернесто Пинторе пристигна у нас по покана на новата мрежа за връзка между лекари и пациенти (www.medicnet.eu), чиято цел от една страна е да улесни достъпа на български пациенти до чуждестранни клиници и доктори, а от друга - да свърже чуждите пациенти с български клиници - стоматологични, естетични и с балнеоложки комплекси.

В България той вече участва в обучителен курс за лекари, заедно с колегата си д-р Жанфранко Петри. Идеята на Академия "ПИНТОРЕ-ПЕТРИ" е да се обмени

опит между различните медицински школи в отделните страни и да могат младите ортопеди, които са завършили базовото си образование и искат да



задълбочат познанията си в определени посоки, да го направят. Курсът е в шест етапа, като са показани различни лектори. По време на самото обучение ще се показват и операции на живо. Те ще се правят в Швейцария, където има специално оборудвани зали.

"В началото целта на новата инициатива беше да се обмени опит, но по-късно решихме, че е добре да се направи борса за млади лекари, които да прекарват по-дълго време в чужди клиници и да усвоят тънкостите на професията на хирурга ортопед. Моята цел е да създадем такава атмосфера по време на обучението, че младите да имат смелостта да задават всички въпроси, които ги вълну-

ват, без да се страхуват, че ще се изложат", поясни д-р Пинторе.

И допълни: "Няма как да направя нещо кой знае колко различно, но вина-



ги има какво да научиш и какво да покажеш. Идеята е ние да покажем нашия начин на операция и да помогнат на младите българи да се развият професионално".

Програмата за обучение на млади лекари цели да насърчи социалното общуване, поясни Евгения Адърска, инициаторът на Медикнет. Според нея точно това е уникалното в програмата.

Вторият изтъкнат специалист, който гостува у нас по линия на това международно сътрудничество, е д-р Жанфранко Джон-Петри. Италианец, той се е обучавал във Франция и Англия. "Базисните техники си приличат в различните страни, но разликите са в детайлите - казва той. - Има

много начини да направим едно нещо. Същата операция може да се извърши с различни техники. В нашата професия всеки знае повече или по-малко какво правят другите. Но пък има неща, които са нови. Например, някои от нещата, които ние правим - перкутанната хирургия, още не е много разпространена в Европа", разказва д-р Петри.

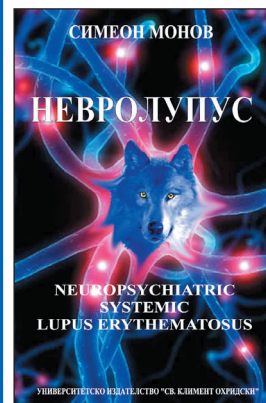
Обяснява, че това е начин, по който се прави хирургия без външни разрези. Отворите са по няколко милиметра. Методът е по-малко инвазивен, няма болка, възстановяването е по-бързо. Не е точно ендоскопска хирургия, защото при нея хирургът има оптически инструмент, за да погледне отвътре мястото, докато при перкутанната няма такава допълнителна помощ. Има обаче апарат, който показва ставите и така се получава информацията.

"Техниката е подходяща при всякакви деформации на стъпалото - кокалчетата на големия пръст на стъпалото (халукс валгус), деформации на малките пръсти, болки в стъпалото. Обикновено в тези случаи се прави отворена операция. С перкутанна хирургия може напълно да се излекуват такива страдания. В момента много пациенти избягват тези операции, защото са болезнени. При нашия метод болка няма", подчертава д-р Петри.

РЕЦЕНЗИИ

Проф. д-р Златимир Коларов, Клиника по ревматология на МУ-София, представя:

Обширен обзор на съвременните постижения, съчетани с личен опит



"Невролупус" е първата научна монография в България с образователна, научна и практическа насоченост относно малко познатите и трудно диагностицирани от широката медицинска, в частност и ревматологична общност, но със сериозна прогноза прояви на най-честото системно заболяване на съединителната тъкан - системния еритемен лупус. Представя обширен обзор на съвременни научни и практически постижения, виждания, мнения и консенсусно приети препоръки при диагностицирането, лечението и проследяването на болните от системния еритемен лупус с различни по характер и изяви в различ-

на степен неврологични прояви от страна на централната и периферната нервна системи, съчетани с личния научен и клиничен опит и богато онагледени със снимков материал от личния архив на автора, което е безспорно национално научно достижение. Ясно и нагледно, текстово и с брилянтни цветни графики и снимки са представени основните анатомични структури и зони, засегнати от болестта и съпоставени и анализирани нормалните и патологични образи. Всеобхватно и задълбочено са разгледани основните морфологични промени, клинични прояви и възможности за диагноза и лечение на неврологичните прояви при системния еритемен лупус. При изложението на основните проблеми, отразени ясно и подредено в съдържанието на монографията, авторът се е движел прецизно и професионално от въвеждането към същността на проблема невролупус, през кратък исторически преглед на предходни проучвания и водещи автори, епидемиология, етиопатогенеза, патоморфология, клинични прояви към лабораторни и инструментални изследвания, диаг-

ноза, диференциална диагноза, лечение и прогноза на невропсихичните прояви при болестта. Този начин на изложение дава възможност за добиване на пълноценна и цялостна представа от всички възможни страни на всички възможни аспекти на разглеждания проблем в светлината на съвременни, авангардни диагностични и лечебни методи.

Съществена и полезна от практическа гледна точка е частта "Приложения", в която са представени в оригинален вид основните общоприети класификационни критерии и индекси на Американския колеж по ревматология и на Европейската лига за борба с ревматизма при диагностициране и определяне на активността на болестта за нуждите на научната и ежедневна клинична практика.

Прави впечатление изключително богатата, съвременна, целенасочено анализирана библиографска справка към всяка от основните глави на монографията. Отразява отличната осведоменост на автора по проблема, умение му да улови най-съществените моменти в съответния научен труд и да ги

използва целенасочено според изискванията на съответния текст.

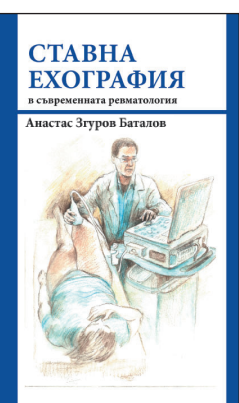
Монографията "Невролупус" е пълен и изчерпателен научен труд върху един от относително малко познатите, но бързо изясняващите се проблеми в съвременната ревматология и неврология. Представя своеобразно продължение на дисертационния труд на автора, защитен през 2006 г. и "тестван" в ежедневната клинична практика в последните осем години, през които настъпиха значителни промени в първоначалните мнения и последвалите виждания относно диагностичните и терапевтичните възможности при системния еритемен лупус с ангириране на различни структури и отдели на централната и периферната нервна системи. Тя е полезно учебно пособие при практическата подготовка, клинична реализация и научни разработки на лекари-ревматолози, невролози и други специалисти, които се интересуват и лекуват болни не само със системния еритемен лупус, но и с други системни заболявания на съединителната тъкан.

Научна монография с образователна и практическа насоченост

"Ставна ехография" е първата научна монография в България с образователна, научна и практическа насоченост относно същността и диагностичните възможности на метода. Представя обширен обзор на съвременните научни и практически постижения, виждания, мнения и консенсусно приети препоръки при диагностицирането на ревматичните болести и проследяването на ревматично заболяване с възпалителни ставни заболявания, съчетани с личния опит и богато онагледени със снимков материал от личния архив на автора, което е безспорно национално научно достижение. Ясно и нагледно са представени съществени анатомични понятия, на нормален и патологичен образ на ставните и периставни анатомични структури по анатомични области: горен, долен крайник, отделни стави и прилежащите меко-тъканни структури. Съществена и полезна от практическа гледна точка е частта "Инвазивни процедури под ултразвуков контрол", в която са разгледани детайлно и

по анатомични зони възможностите за точно и прецизно пунктиране и локално приложение на лечебни средства при различните възпалителни ставни и пераставни заболявания, както и възможността за възникване на технически проблеми при различните ставни манипулации. Дадени са конкретни практически указания за прецизиране на техниката на инжектирането и избягването на възможните усложнения и проблеми. Посочени са и възможностите за прилагане и използване на стандартни референтни стойности при мускулно-скелетната ултрасонография при здрави възрастни за нуждите на ежедневната клинична практика при различаването на нормалните от патологичните сонографски образи.

Монографията "Ставна ехография" е пълен и изчерпателен научен труд върху един от най-често използваните и най-бързо усъвършенстваните се съвременни диагностични методи за нуждите на ежедневната ревматологична практика. Представя свое-



образно продължение на дисертационния труд на автора, защитен през 2005 г. и "тестван" в ежедневната клинична практика в последните осем години, през които настъпиха значителни промени в първоначалните виждания и последвалите виждания относно диагностичните приноси на метода. Тя е полезно учебно пособие при практическата подготовка и клинична реализация на лекари-ревматолози, ортопеди, физиотерапевти, спортни лекари и други специалисти, които се интересуват и лекуват болни със ставни или мекотъканни-оплаквания.

Първият випуск на Медицинския факултет към СУ "Св. Климент Охридски" взе дипломите си



Първият випуск на Медицинския факултет към Софийския университет „Св. Климент Охридски“ получи дипломите си на тържествена церемония в Аулата на университета. Мла-

дите лекари бяха поздравени от декана на факултета проф. Любомир Спасов. „Днес е особено тържествен ден както за всички преподаватели, така и за тези, които преминаха успешно 6-годишния цикъл на обучение в университета. През 2002 г. идеята за създаване на Медицинския факултет се осъ-

ществи след много труд и усилия от мен и проф. Биолчев. Това ме прави особено горд, че сега имам честта да връча дипломите на първия випуск, завършил успешно, каза той. Сред официалните гости на тържествената церемония бяха и Симеон Сакскобургготски, бивш министър-председател на България, чието правителство взе решение за създаване на Медицинския факултет към Софийския университет. Поздравителни адреси за събитието изпратиха президен-



тът Росен Плевнелиев, премиерът Пламен Орешарски, здравният министър Таня Андреева и други. Д-р Юлиан Йорданов, зам.-председател на Българския лекарски съюз, също поздрави абсолвентите и

връчи грамоти на отличниците. Дипломи получиха студенти от три специалности: „Медицина“ - 29 души, „Медицинска сестра“ - 10 души, и „Медицинска рехабилитация и ерготерапия“ - 19 души.

МУ-София стана на 96 години



Наши професори по медицина ще обучават бъдещи лекари в Дубай и Сингапур, а българските студенти, които учат медицина у нас, съвсем скоро ще имат възможност да стажуват в Австрия и Германия. Това обяви ректорът на Медицинския университет проф. Ваньо Митев в навечерието на 96-годишнината на висшето учебно заведение. Празникът се състоя в сградата на Софийската опера в присъствието на министъра на образованието и науката проф. Анелия Клисарова, председателя на Българската академия на науките (БАН) академик Стефан Воденичаров, цялото ръководство на Медицинския университет, ректори и лекари, студенти и гости. Сред официалните гости бяха и кметът на град Киасо, Швейцария, в който тази година беше открит филиал на МУ-София.

Тържеството откри декана на Медицинския факултет проф. Марин Маринов. В изявлението си той поздрави всички за празника и обърна внимание на създаването на факултета, когато с указ на цар Фердинанд се разкрива учебното заведение, с което се поставя началото на българското медицинско образование. Проф. Маринов отдаде и почит на хората, които са се бо-

рили за тази кауза и цитира думите на д-р М. Русев:

"Като директор на народното здраве и председател на Върховния медицински съвет, кой-



то взе инициативата за отваряне на първия медицински факултет в България, считам се щастлив, че доживях деня да видя започването на лекциите в храма на българската медицинска наука."

В края на речта си деканът каза: "Слава на нашата Алма Матер, да са честити нашите учители и ученици!"

"Най-решителните стъпки в дългогодишната история на МУ са правени в най-тежките моменти за България, напомни от своя страна проф. Митев. Ректорът благодари на премиера Пламен Орешарски и на главния архитект на София Петър Диков за съдействието им за това,

че университетът най-накрая се е сдобил със собствена земя.

Проф. Митев отчете какво е направено през последните 6 години и представи бъдещите

планове за развитие на най-стария университет в България.

Въпреки кризата има десет пъти увеличаване на приходите на университета, както и почти 4 пъти нарастване на международните студенти. Ректорът отбеляза и огромния брой спечелени проекти, трикратно увеличение на приходите на преподавателите под формата на малки и големи докторати, заплащането за преподаване на английски език, бонусите за празници, както и възможността успоредно с това да се преподава в новооткритите филиали в Швейцария и Кипър. В речта се отбеляза и пълния ремонт на предклиничния учебен

Ректорът проф. Ваньо Митев: Ще обучаваме доктори в Дубай и Сингапур

център на университета, както и инвестирането на средства за подобряване на учебната база на университетските болници и на факултетите по дентална медицина и фармация.

Проф. Митев се пошегува, че МУ София е единственият университет, който "виси във въздуха", но каза че проблемът със земята е решен и вече има място за инвестиционните планове на университета.

Той оцени високо огромния потенциал на преподавателите на МУ София. Амбициите са превърне в световен фактор. Вече е факт изнесеното образование в Швейцария и Кипър.

Има преговори за разкритието на такива филиали в Германия, Австрия, Дубай и Сингапур като ректорът обеща, че студентите ще имат възможността да ходят на обменни начала в съответните звена.

Проф. Митев отбеляза и огромното количество научна продукция, която излиза от МУ - София. Има желание и за откриването на научен център, в който да бъде съсредоточена научната работа на преподавателите. Желанието е студенти да бъдат активно включени в изследователската работа, каза той.

134 са новозавършилите лекари на МУ-Варна

• 31 са отличниците



Общо 134 млади лекари, 10 от които са чуждестранни студенти, получиха дипломите си на тържествена промоция на Факултета по медицина към Медицински университет - Варна, която се проведе на 30 ноември 2013 г. в сградата на Фестивален и конгресен център. Жанета Янева е отличникът на випуска с успех 5,96, а общият брой на отличниците е 31, като двама от тях са с успех над 5,90. Миналата година, във Факултета по медицина са се дипломирали 104 лекари, като 24 от тях са били с успех над 5,50, а един е бил пълен отличник и е получил приз "Златен Хипократ".

Ректорът на университета проф. д-р Красимир Иванов припомни в академичното си слово, че от основаването на МУ - Варна през 1961 година досега, факултета са завършили над 9000 лекари. "Гласувахте ни доверие и получихте най-доброто образование в Медицински университет - Варна. Положихте усилия, следвахте пътя, по който ви водиха преподавателите и сега сте знаещи и можещи млади лекари - най-добрите! Конкурентноспособни сте на колегите си в Западна Европа и затова вратите на техните здравни заведения са отворени широко за вас", каза на младите лекари ректорът проф. Иванов. Той използва случая да се обърне към всички отговорни представители на национални и местни институции и да ги призове "да бъдем по-отговорни и да работим по-ефективно, премахвайки всички пречки и

създавайки условия за реализация на младите лекари в страната ни, защото те са наше национално богатство".

За първи път тази година в МУ - Варна, бе връчена наградата "Любим преподавател на Випуск 2013". Това е д-р Петър Чанков от Катедра хирургически болести, учебно-научен сектор "Урология", който бе избран след проведена тайна анкета между абсолвентите.



Любимият преподавател на випуск 2013 е д-р Петър Чанков от Клиниката по урология към УМБАЛ "Света Марина"

На промоцията присъстваха много официални гости. Заместник-министърът на образованието и науката Атанаска Тенева прочете поздравителен адрес от името на министъра на образованието и науката проф. д-р Анелия Клисарова. Поздравителни адреси бяха получени от премиера Пламен Орешарски, министъра на здравеопазването д-р Таня Андреева, депутати от 41-то Народно събрание, Български лекарски съюз, от медицинските университети в Плевен и Пловдив, и други.

УМБАЛ „Света Анна“ - синоним на надежда и качество на лечението

Когато бързаш за "Окръжната" болница, не забеляваш, че улицата, която те отвежда до нея, е наименована на един от първостроителите на българското здравеопазване - д-р Димитър Моллов. Когато идваш от изток, улицата край болничната ограда също е с име на възрожденски български лекар - д-р Стоян Чомаков. Медицинските хроники на българското здравеопазване отбелязват, че първата Първостепенна болница в Софийска губерния е с 50 легла и аптека към нея, разположени в 20 малки стаи (1879). По времето на Генерал-инспектора по санитарната част д-р Ив. В. Грим нейните функции и структура се променят и тя става Първостепенна окръжна болница, разположена в югоизточните покрайнини на столицата (1884). Историята на болницата се свързва и с още едно знаково за българското здравеопазване име - на първия здравен министър в България д-р Рачо Ангелов. По-възрастните софиянци и жители на областта си спомнят времето, когато бе изградена Окръжната болница в сегашния ѝ вид и когато единият болничен корпус беше Институт за лечение на чужди граждани, а отзад, в югоизточния ъгъл на двора беше единствената у нас клиника по Фитотерапия, създадена и ръководена от д-р Димитър Памуков.

След интегрирането на двете здравни заведения през 2000 г. огромният парк и целият болничен комплекс носят името УМБАЛ "Св. Анна". С Разрешение № МБ-38 на МЗ от 30.01.2012 г. за осъществяване на лечебни дейности тази университетска болница има право да извършва:

- стандартните медицински дейности в болничен режим по 30 клинични и параклинични специалности в 17 клиники и отделения, разполагащи с болнични легла, + 5 клиники без легла (в които се включват Спешно отделение и Кръводарителски център), както и в три клинично-диагностични структури - Клинична, Микробиологична и Химическа лаборатории;
- трансплантация на тъкани - роговица, склера, амниотична мембрана;
- клинично изпитване на медикаменти и медицинска апаратура;
- учебна и научна

дейност.

На основание ЗЛЗ и Наредба № 1 от април 2001 г., УМБАЛ "Св. Анна" в София е първата акредитирана в България многопрофилна болница за активно лечение, определена и за университетска база за обучение на студенти, докторанти и специалисти по Медицина и Здравни грижи.

Резултатите от проведената в началото на миналата година акредитация са отразени в Заповед № РД-01-21 на МЗ от 27.01.2012 г. В нея е отбелязано, че

- акредитационната оценка на комисията за цялостната медицинска дейност на болницата е ОТЛИЧНА (само клиниките по Педиатрия и Патология са с оценка мн. добър).

- Оценката за провеждането на СДО на лекари за придобиване на специалност по 22 предмета също е отлична.

- По т. 38 могат да се обучават лица по професионално направление Здравни грижи, степен "бакалавър" за придобиване на специалност Болнична хигиена (Превенция и контрол на вътреболничните инфекции)

- Акредитацията дава право в УМБАЛ "Св. Анна" да се провежда практическо обучение по направленията Медици-



цялата страна и чужбина. Не е малък относителният дял на пациентите от третата възраст с тяхната тежка и комплицирана гериатрична патология. По договор с НЗОК се работи по 103 клинични пътеки. Разкрити са нови клиники и отделения - по Инвазивна кардиология, Кардиохирургия, Обща и ендоскопска хирургия, Неврохирургия, Офтальмология, Физиотерапия и рехабилитация, Трансфузионна хематология и др. Основно обновени са Централният операционен комплекс с реанимация, Клинична лаборатория, Микробиологична лаборатория, Централната стерилизационна, клиниката по Ортопедия и

кия червен кръст (ШЧК) система за централна стерилизация заедно с още 5 болници в страната. Отначало се работи с пара под налягане. После с формалдехид за термоустойчиви материали, а от 2010 г. - с етиленов окис за материали, ползвани в кардиохирургията и инвазивната кардиология. През 2002 г. ШЧК провежда обучение на целия персонал по Болнична хигиена, т.е., по превенцията на вътреболничните инфекции, разделено в 7 модула. Освен това най-строго се съблюдава приетия през 2010 г. Медицински стандарт за превенцията на вътреболничните инфекции, като контролът се реализира от санитарния инспектор и екипа на главната мед. сестра. Разработена е и Програма за събиране, съхранение и изхвърляне на болничните отпадъци. За да се избегне монополизиране, закупуват се дезинфектанти от няколко различни фирми.

Не са без значение поддържането, ремонтът и обновяването на сградния фонд и отделните клиники, лаборатории и отделения. Миналата година, напр., е реновирана Клиниката по анестезиология и интензивно лечение. Дадени са 800 000 лв. Финансовите средства са заделени от бюджета на болницата - 432 000 лв за ремонт и 377 000 лв за нова апаратура. Осигурено е безконтактно отваряне на вратите, монтирани са антибактериални и пожаробезопасни подови настилки, закупени са системи за спешна хемодиализа и видеонаблюдение на болните, мултифункционални легла, шкафове и колечки, миячно-дезинфекционни зали и машини за хирургически инструментарииум и анестезиологични консумативи.

В началото на тази го-

дина болницата получава дарение, връчено от българката принцеса Теофана фон Саксен - 33 болнични легла на стойност над 50 000 евро, както и нови медицински ношни шкафове, превъзочни материали, работно облекло, болнично бельо на стойност 10 000 евро.

Всъщност високият професионализъм и постиженията в учебно-преподавателската и научна дейност на работещите в нея специалисти са оценени и от Съвета на Европейската научна и културна общност, която дава официален почетен статут на УМБАЛ "Св. Анна" за приноси към развитието на българската наука и за утвърждаване на националното достойнство и авторитет, като я удостоява със значката "Златна книга" и придружаващия я сертификат (2010).

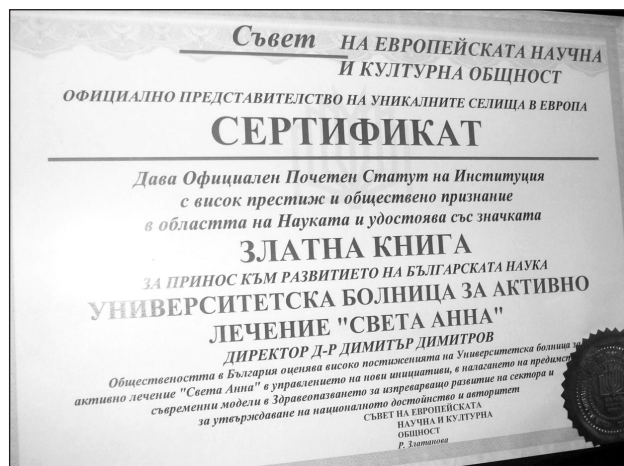
Освен преподавателската работа ръководството организира и други научни прояви:

- Чрез министерствата на Италия и Испания се осъществява международно здравно сътрудничество за обмяна на специалисти и повишаване на квалификацията.

- През септември т.г. болницата организира Българо-японски ендоваскуларни дни с гост-

ти е разработил няколко модула и е подчинил въвеждането, обработката, архивирането, съхранението и предоставянето на болничната информация на принципа - еднократно въвеждане с многократно ползване. За облекчаване писменната работа на лекарите и всички други специалисти са разработени специални бланки, които лесно, бързо и с минимален риск от грешки се попълват. От момента, в който бъде регистриран, където и да отиде пациентът из болницата, цялата медицинска информация за него се натрупва върху неговия идентификационен номер. Така, при изписването на болния напр., програмата сама съставя епикриза му. Всички нормативни документи на МЗ и НЗОК се въвеждат незабавно в системата.

Ако човек пребивава известно време в болницата, той ще се убеди в действително високия професионализъм, добрата организация на отговорния и високо интелектуален труд на лекарите и всички медицински и немедицински специалисти, на чистотата, реда и дисциплината, на чувството за отговорност и съпричастност към страданието на болния човек, на много добрите условия на труд, га-



на, Дентална медицина, Обществено здраве - за бакалаври, Управление на здравните грижи (УЗГ) - магистратура за лекари, мед. сестри, акушерки, медицински и рентгенови лаборанти, рехабилитатори, ерго- и кинезитерапевти.

Нека припомним, че УМБАЛ "Св. Анна" обслужва регион с над 600 000 жители - от тях амбулаторно повече от 50 000 пациенти и над 20 000 лежачи болни намират медицинска помощ годишно. Голяма част са от ромското население в столицата и областта. Приемат се трудни за диагностициране и терапия случаи от

травматология и други звена. Закупена е съвременна рентгенова и ехографска апаратура.

Прави впечатление, че при този непрекъснат и огромен поток от пациенти и при един сравнително либерален режим по отношение на посетителите в стационара няма вътреболнични инфекции. А чистотата наистина е безупречна! Ръководството на болницата води твърда дезинфекционна и антибиотична политика, но и активно търси и усвоява всяка възможност за тяхното реализиране.

През 1998 г. УМБАЛ "Св. Анна" кандидатства и печели от Швейцарс-

лектор д-р Йошиаки Йокой, с обсъждане на случаи и назначаване на последваща терапия.

- През май т.г. е изнесена лекция пред студенти за нозокомиалните инфекции.

- В края на ноември т.г. болницата организира семинар на тема "Защита на пациента и предпазване на персонала от нозокомиални инфекции", в който участват 170 специалисти от София и страната.

Впечатляваща е общата информационна мрежа, която обхваща всички дейности в болницата. За целта екипът от високо квалифицирани информатични и програмис-

рантирани с най-съвременната медицинска апаратура, широката гама на лекарствената номенклатура, на пълната компютризация на всички дейности в болницата, обединени в единна общоболнична информационна мрежа. И тогава можеш да повярваш в думите на изпълнителния директор д-р Димитър Димитров - един истински грижовен стопанин:

В последните десетилетия УМБАЛ "Св. Анна", София, става синоним на надеждата и качеството на лечението.

Доц. д-р Маруся Петкова, дм (и пациент на УМБАЛ "Св. Анна")

Наздраве със специалните гости през 2013 година!

Д-р Румяна Тодорова, управител на НЗОК:

Здравната каса вече е монополист със закон и не виждам някой да е доволен от това

- Казвате, че здравната каса е монополист по закон. Тогава още по-важна става прозрачността в управлението и въвеждането на електронна система.

- Електронната система не може да бъде напълно готова, защото тя изисква средства. А как да надградим системата, как да заделяме пари за електронни карти, дори за поддръжка на тази система, когато ние всичко насочваме към здравноосигурителните плащания? Колкото до контрола и прозрачността, трябва да включим пациента. Трябва да събудим обществото,



то само да търси информация и да сигнализира. Да участва в контрола, но разбира се до там, до където е позволено. Защото напоследък се нагледахме на парадокса пациенти да оценяват лекарски грешки. Нека не стига до там. В края на краищата един лекар учи цял живот.

Доц. д-р Бинка Попова от Клиниката по ортопедия и травматология към УМБАЛ "Царица Йоанна - ИСУЛ", "Лекар на годината 2013":

Такава е професията на лекаря - да даваш на живота!

- Зад наградата стоят доста години труд. Ако става въпрос за микрохирургичната ми дейност и реплантацията, те започнаха от 1987 г. Доста опит съм натрупала до сега. Това отличие на Българския лекарски съюз ме изненада, но след това осъзнах, че е правилно, защото е не само за д-р Бинка Попова. Признанието е и за колегите, за екипа ни в болница "Царица Йоанна - ИСУЛ". Благодарна съм за него.

- Казахте, че искате да предадете опита си на младите колеги.

- Това непременно трябва да стане. Опит се предава трудно, опита всеки си го



трупам, но това, което аз знам, мога и съм преминала, съм длъжна да го предам на по-младите. Те ще се усъвършенстват по-нататък и ще поемат тези операции. Те ще продължат. В България трябва да има едно място, където официално да се знае - това е реплантационния център. Това е моето мнение.

Д-р Мирослав Лилов, началник на ангиографското отделение към Катедрата по рентгенология на ВМА:

В образната диагностика лекарят вижда това, което знае. Трябва много да знаеш, за да виждаш много

"По-сериозен проблем от хронично недофинансиране на клиничните пътеки не виждам. Освен това болниците станаха много. Говори се за здравна карта, но не е ясно кога ще я направят. Това са едни политически и административни въпроси, които трябва да се свършат, а се отлагат. До кога, не знам. Военна болница, като организация на работата, като структура, поради това, че имаме много клиници и работим всичко, познаваме се и знаем кой на кого може да помогне, стои добре в конкурентната среда..."



Има недостиг на рентгенолози във всички болници. Трябва да имаш условия, да имаш съвременна апаратура, заплащане, обучение, възможности за усъвършенстване."

Министър Таня Андреева:

Всички реформи в системата трябва да се правят с помощта на лекарите

"Съгласявайки се да поема този пост, аз имах предвид няколко важни приоритета, които сме обсъждали и с ръководството на БЛС по време на кампанията, която се води. Тогава ние подписахме един меморандум за сътрудничество и аз твърдо смятам да се придържам към него. Тогава си дадохме обещание, че новият министър, който и да е той от наша страна, ще работи в сътрудничество с БЛС и с колегите от Стоматологичния съюз, защото като човек от системата, като представител на лечебно заведение, съм повече от убедена, че всички промени и реформи, които предстои да се осъществят, трябва да стават и да изхождат от нас, от лекарите, от стоматолозите, от специалистите по здравни грижи, защото ние най-добре сме наясно, какво се случва. Това администриране на системата доведе до редица нещепности, според мен. Всички знаем за методиките за финансиране на здравната каса, които буквално убиха някои от по-малките лечебни заведения, а по-големите, които са и основен стълб на българското здравеопазване,



все повече се задъхват.

Гледах една справка за задълженията на лечебните заведения - текущи и просрочени и на мен ми стана много болно, че толкова години за тези лечебни заведения държавата не е направила нищо. Големи болници като "Пирогов", като Александровска болница, "Царица Йоанна", болница "Киркович" в Стара Загора, Университетската болница в Пловдив са с милиони задължения. Аз наистина се надявам, че държавата, заедно със съсловните организации, ще търсим и ще предлагаме варианти, за да помогнем в тези болници, медицинската дейност да не страда от недофинансиране..."

Проф. д-р Стефан Горанов, носител на Чиловата награда за 2012 г.:

Очаквам да спре мъчителната агония в здравеопазването

„Искрено признавам, че се изненадах от наградата. Почти веднага в съзнанието ми се появиха образите на моите учители, на блестящата школа пловдивски интернисти проф. Б. Юруков, проф. А. Митов, проф. П. Миронов, проф. П. Солаков, проф. К. Цонев, проф. К. Атанасов, проф. И. Карастанев. Какво биха казали те? Достоен ли съм за това изключително признание? Представих си за момент предишните носители, както и познанството ми с други видни интернисти - преподаватели и научни работници в медицинските университети - има толкова достойни за наградата! Накрая си помислих дали пък не е заради клиничната хематология... Между другото, самият проф. Чилев е смятал в терапевтичен аспект малигнените хемопатии за безнадежни по това време и съм сигурен, че "там горе" той е бил доволен да чуе за съвременните успехи при една отчайваща доскоро патология. Днес ние изтрихме "срама" на хематологията и дадохме реална надежда по отношение прогнозата и преживяемостта на нашите пациенти. В такъв смисъл тази награда и признанието са за хематолозите на България..."



пект малигнените хемопатии за безнадежни по това време и съм сигурен, че "там горе" той е бил доволен да чуе за съвременните успехи при една отчайваща доскоро патология. Днес ние изтрихме "срама" на хематологията и дадохме реална надежда по отношение прогнозата и преживяемостта на нашите пациенти. В такъв смисъл тази награда и признанието са за хематолозите на България..."

Д-р Галя Петрова - психиатър:

Тревожни сигнали за психичното здраве имаше, но не ги чувах...



„Психичното здраве е подценявано като проблем. То не е задача само на лекарите, а и на работодателите, и на държавата, която трябва да създаде условия за усещане на сигурност и предвидимост... В последните 20 години живеем в константна несигурност, не е ясно утре какво ще стане, ще запазим ли работата си, като се пенсионираме, дали ще можем да си платим сметките... Диагнозата на обществото е хроничен стрес, според мен..."

Д-р Нигяр Джафер, председател на Комисията по здравеопазване:

Обмисляме да сезираме прокуратурата за откраднатите близо 2 млрд. лв.

"След като бяха взети 1.4 млрд. лв. от големия резерв на Касата, изчезнаха още 360 млн. лв. - трансфер от НЗОК към МЗ, следващата година още 100 млн. лв. Тогава Конституционният съд се произнесе, след като ние като опозиционни тогава депутати, го сезирахме. Сега ги няма едни 108 млн. лв., които по документите от БНБ към 31 март не си личи да са по сметката. Очакваме писмен отговор от премиера Пламен Орешарски, къде са тези пари..."

За съжаление правистите ни дават много песимистичен отговор дали тези пари могат да бъдат върнати. Възложили сме на екип от юристи да намерят начин това да стане. С голяма вероятност обаче ние ще пристъпим към друго



действие - ще сезираме прокуратурата с колеги от бюджетната комисия, защото прокуратурата до този момент не е намерила за необходимо да се самосезира. Мисля, че това нещо трябва да го направим, за да не остане в обществото чувството, че никой не предприема никакви действия в тази посока."

Проф. д-р Никола Влагов д-мн, началник на Клиника по чернодробно-панкреатична и трансплантационна хирургия:

Медицината е нещо като заразна болест. Попадне ли в кръвта ти, лечение няма



- Как се става член на Френската академия по хирургия?

- С много работа! Специализирал съм във Франция през 1995 г. и оттогава са контактите ми с френската хирургична школа. Всъщност, цялата организация на трансплантацията във Военномедицинска академия беше създадена по френски модел, което очевидно

но е оценено. Бях избран за член на академията заради цялостната ми дейност като хирург и като човек, който е представил френската хирургична школа в България. Изборът е таен и се осъществява от 16-17 човека, които са членове на борда на академията. Представя се съответният кандидат - какви публикации има и какво е направил по пътя си като хирург, и след това с тайно гласуване се прави изборът. Разбира се има и церемония, на която става връчването на дипломата и медала.

Приемам отличието с много голямо възхищение, защото това е високо признание. Членове на академията са световно известни хирурзи, които цял свят познава и след като и аз съм между тях, това е признание както за мен, така и за българската хирургична школа.

Иван Инков - шестокурсник в Медицинския университет в Плевен:

Човек е роден да мисли и да действа, а не да чака

„Искам да остана в България - тук има възможности за професионално и кариерно развитие, но трябва сам да си ги потърсиш и да си упорит. Обичам предизвикателствата. Медицината е висока цел..."

С развитието на технологиите връзката "Пациент-лекар" не се къса, а става все по-близка..."

Хипократовата клетва е знак за значимост, обвързване и тържественост. В днешно време с навлизане на он-лайн комуникациите тя изглежда по-скоро като емоционален ритуал, отколкото като професионален закон..."



глежда по-скоро като емоционален ритуал, отколкото като професионален закон..."

ЯНУАРИ

ФЕВРУАРИ

Православен календар 2014

ЮЛИ

АВГУСТ

Table with 2 columns (Date and Event) for January. Includes events like 'Нова година', 'Св. Симеон Богоприемец', 'Св. Григорий, еп. Български'.

Table with 2 columns (Date and Event) for February. Includes events like 'Св. мчк Трифон', 'Неделя след Неделя подир Въздвижение', 'Св. мчк Агатангел'.



Table with 2 columns (Date and Event) for July. Includes events like 'Св. безсребреници Козма и Дамян', 'Св. мчк Макарий', 'Св. мчк Иларион'.

Table with 2 columns (Date and Event) for August. Includes events like 'Пренасяне на светия Убрус', 'Св. мчк Диомид лекар', 'Св. мчк Андрей Стратилат'.

МАРТ

АПРИЛ

СЕПТЕМВРИ

ОКТОБРИ

Table with 2 columns (Date and Event) for March. Includes events like 'Св. прпмца Евфимия', 'Неделя Сиропустна', 'Св. мчци Естролий, Клеоник и Василиск'.

Table with 2 columns (Date and Event) for April. Includes events like 'Преп. Мария Египетска', 'Св. Кирил, патриарх Иерусалимски', 'Св. мчци Хрисант и Дария'.

Table with 2 columns (Date and Event) for September. Includes events like 'Начало на Църковната нова година', 'Св. мчк Мамакт', 'Св. мчк Макарий'.

Table with 2 columns (Date and Event) for October. Includes events like 'Покров на Пресвета Богородица', 'Св. мчк Кирил', 'Св. мчца Ступина'.

ЦАЙ

ЮНИ

НОСЕМВРИ

ДЕКЕМВРИ

Table with 2 columns (Date and Event) for May. Includes events like 'Св. прор. Иерея', 'Св. цар Борис-Михаил', 'Св. мчци Тимотей и Мава'.

Table with 2 columns (Date and Event) for June. Includes events like 'Неделя след Пасха - на св. Мироносици', 'Св. мчца Ирина', 'Св. вчк Георги Победоносец'.

Table with 2 columns (Date and Event) for November. Includes events like 'Св. безсребреници Козма и Дамян', 'Св. мчца Марина', 'Св. мчк Макарий'.

Table with 2 columns (Date and Event) for December. Includes events like 'Св. прор. Наум', 'Св. Филарет Милостиви', 'Св. прор. Аввакум'.

МОЛИТВА ЗА ЛЕКУВАНЕ

Господи, Ти си източник на живота! Изпрати в мене животворната Си Сила - Духа, да ми излекува ума, сърцето, духа, душата, волята и тялото. Да ме излекува от всички физически и психически болести и страдания. Да ме дари със здраве, сила и живот, с младост и красота; да развие в мен дарби и способности, за да мога да живея, да се уча и да Ти служа! Амин!

ПРАЗНИЦИ НА БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАР

- 21 януари - Ден на родилната помощ (Бабинден)
7 април - Световен ден на здравето
20,21 май - Чилови дни
24 юни - Еньовден, празник на българските фармацевти
15 август - Национален ден на спасението
19 октомври - Преподобни Йоан Рилски Чудотворец, Ден на българския лекар





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

В СОФИЯ
Коледен базар събира помощи за болни деца

За поредна година столичани и гостите на града ще се стоплят с греяно вино, вурстчета и немски сладкиши, предлагани на коледен базар. Този път част от печалбата ще бъде дарена за лечение на деца с левкемия. В традиционните вече артателиста всеки може да си избере ръчно изработени сувенири.

Дървените къщички се монтират в центъра на София за трета година. Сега са разположени в градинката пред Народния театър "Иван Ва-

зов". Въпреки че да наемеш една от 25-те къщички излиза сравнително солено - 6000 лева за месец, всяка от тях бе наета.

Гвоздеят на програмата през тази година ще е детската работилница, където малчуганите майсторят сладки, учат се да леят декоративни свещи и да украсяват картички. За най-малките има кулен театър и музикална сцена.

За втори път Коледен базар се организира и в Пловдив, съобщават медиите.



ВЪВ ВАРНА
Предлагат сувенири уникални на благотворителни щандове

Базар с цел набиране на средства организират от Националният алианс на хора с редки болести и Асоциацията на студентите медици във Варна.

Целта е със събраните средства да се осигурят психолог, диетолог и физиотерапевт за децата с редки болести в болница "Света Марина" в морската столица. В рамките на базара ще се продават коледни картички, ръчно изработени

предмети, сувенири уникални, украси, плетива и др.

"Пациентите с редки болести са сирачетата на здравната ни система", обясняват организаторите. От края на 2012 година пациентски организации са осигурили психолог за детското отделение на УМБАЛ "Св. Марина" във Варна, но за да може проектът да продължи през 2014 -а, са нужни 15 000 лева.

В СЛИВЕН
„Подари мъничко възшебство“

Фондация "Нашите недоносени деца" също организира благотворителен базар - "Подари мъничко възшебство", който се откри на 20 декември в Сливен. Целта е да наберат средства за закупува-

нето на съвременна медицинска апаратура за недоносените бебенца в града, която ще бъде предоставена на неонатологичното отделение в МБАЛ "Д-р Иван Селимински".

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% 3000 - 4500 лв. - 10%
4500 - 6000 лв. - 13% 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 | |
|------------------|--------------|--------|------------|
| | | с | препращане |
| JPEG | 195 x 105 px | 15 лв. | 20 лв. |
| банер (статичен) | 200 x 133 px | 18 лв. | 25 лв. |
| | 200 x 266 px | 26 лв. | 29 лв. |
| FLASH | 200 x 133px | 25 лв. | 30 лв. |
| банер | 200 x 266 px | 37 лв. | 40 лв. |

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

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

2. Текстови обяви / Платени публикации:

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

3. Нестандартни рекламни форми:

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

IV. Плащане:

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

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

3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

V. Забележки:

✓ Рекламите се публикуват на всички страници на сайта.

✓ Цените не включват ДДС.

✓ Цени за реклами над 6 месеца - по договаряне

✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

Детските градини се нуждаят от лекари

Детските градини не приемат деца с диабет, защото учителите се страхуват да не се получат някакви инциденти с малчуганите. Затова Соня Стратева, директор на столичната 124 ЦДГ "Барборино", в която се намира единствената в България група за деца с диабет, предлага в градините и училищата да работят медици, обучени за работа с тези деца.

В ръководената от нея градина има 22 деца с диабет, като в групата по желание на родителите са включени и няколко без това заболяване. "От малчуганите с диабет има много отсъстващи всеки ден, тъй като ходят често на лекар - на консултации, контролни прегледи. Затова решихме да включим други деца, за да бъде пълна групата. Освен това по този начин ние бягаме от етикета "болни деца". Ще отидат заедно на училище и когато едно дете с диабет извади помпата си или писалка за поставяне на инсулин, то няма да бъде наричано наркоман и няма да стряска останалите, а напротив - самото дете и запознатите с диабета деца ще могат да разяснят за какво става въпрос", обясни Стратева.

Опитът на възпитателите показва, че децата, а и родителите се приобщават много лесно. Майките и бащите си пишат, разменят мисли, съвети, опит, споделят проблемите си. "Учим децата, че това заболяване може да се случи на всеки един. Децата при нас не са с вроден диабет, а са заболели от вируси, инфекции след раждането или в ранното им детство", допълва директорът.

Грижите за децата с диабет са поверени на две медицински сестри, което не е достатъчно. Хубавото е, че и родителите помагат. Всеки ден медицинските сестри се консултират с тях, когато стойностите на захарта са високи. "Трябва ни и един лекар, който да е тук поне четири часа на ден, така и родителите ще са по-спокойни, когато ни оставят децата си. Надяваме се, че здравното министерство може да ни осигури един щат за лекар или още една медицинска сестра, тъй като това е крайно необходимо", коментира директорът на детската градина. Медицинските сестри са преминали през различни специални обучения.

Въпреки това е нужен и лекар, който да е обучен да се грижи за децата с диабет. Може да е ендокринолог, а може и с друга специалност, но да има отношение към децата с това заболяване.

Друг проблем, пред който се изправят родителите и медицинските специалисти в детската градина, е, че не всяко дете

има инсулинова помпа. Причината е, че здравната каса не ги заплаща. Те струват около 10 000 лева, като на месец се плащат и по 250 лева за консумативи. НЗОК осигурява само писалки, инсулин и малък брой лентички.

"Инсулиновите помпи са от изключителна помощ както за родителите, така и за нас. Не се налага например вечер да се будят децата, за да им се постави инсулин. Количествата могат да се регулират, а при проблем, устройството сигнализира", уточни Стратева. И допълни, че работата в тази група е трудна. В нея има деца на 4, 5 и 6 години, което затруднява учителите. В същото време обаче децата са много дисциплинирани и се справят с лекота с всекидневния режим.

Особеното тук е, че няколко пъти на ден се измерват стойностите на кръвната захар, а според данните се измерва и количеството храна, което получава всяко дете. Включена е и двигателна активност, а винаги когато е топло, се извеждат в двора. Има и обучение



как се мери захарта в кръвта, така че по-големите деца вече могат да се справят сами. Проблемът е, че и в училище липсват медицински специалисти, които да отговарят за тях.

Всичко това стресира родителите и част от тях се отказват от детската градина, което пък затруднява децата в училище, защото те не са свикнали на някакъв режим и изведнъж се оказват съвсем сами. "Една майка ми обясняваше, че трябва да ходи всяко междучасие, за да измерва кръвните стойности на детето и че не може да намери изобщо училищната сестра", разказва Соня Стратева.

Според нея е крайно време здравното министерство да обърне внимание и да има специалисти както в детските градини, така и в училищата, защото броят на децата с диабет се увеличава.

По данни на Българското сдружение по детска ендокринология броят на децата с диабет в България е между 1500 и 2000. Точният брой не е ясен, тъй като все още няма регистър на хората с диабет. Едва 70 от децата се лекуват с инсулинови помпи, като в повечето случаи те са купени от родителите.

Д-р Димитър Петров

ЗАХАРНИЯТ ДИАБЕТ - МЪЛЧАЛИВАТА ПАНДЕМИЯ НА XXI ВЕК

История: Инсулиновата ера и след това...

Продължава от миналия брой

През 50-те години започва пероралната лекарствена терапия на диабет 2 тип. Интересно е, че двете основни линии препарати са синтезирани по друг повод и се използват за лечение на диабет много години по-късно. През 1944 г. Агюст Лубатие

(Франция), изследвайки антибактериално средство за лечение на коремен тиф, установява, че пациентите развиват тежка и продължителна хипогликемия, което по-късно води до създаването на сулфонилурейните препарати (СУП), като лечението започва през 1955 г. Те стимулират панкреаса да произвежда повече инсулин, което води до намаляване на нивата на кръвната глюкоза при хората с диабет тип 2. През 1922 година е синтезирано веществото метформин, но то е изследвано като средство за понижаване на глюкозата чак през 1957 г. Регистрирано е като медикамент за лечение на диабет тип 2 за първи път във Франция през 1979, а в САЩ - чак през 1995 г. За разлика от сулфонилурейните препарати, които стимулират освобождаването на инсулин от панкреаса, метформин не повишава производството на инсулин. Той намалява продукцията на глюкоза от черния дроб и усилва чувствителността на мускулните клетки към действието на инсулина.

През 1959 г. се установява, че бета-клетките на панкреаса са отговорни за продукцията на инсулин. През 1960 г. Fr. Sanger във Великобритания доказва първичната структура на инсулина от две вериги - алфа с 21 аминокиселини и бета - с 30 аминокиселини, свързани с дисулфидни мостове. През 60-те години се извършват първите трансплантации на бъбреци и панкреас. През 1961 година фирма Becton-Dickinson



Инсулинова помпа

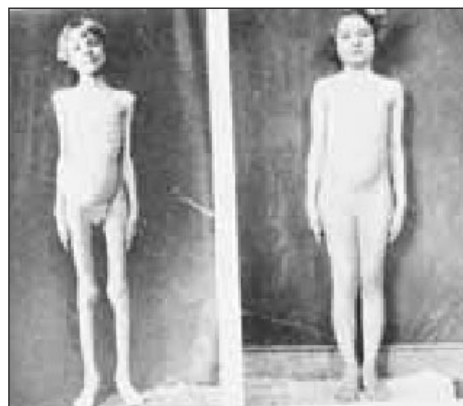
произвежда първата еднократна спринцовка за инжектиране на инсулин. През 1963 г. се въвеждат понятията нарушен глюкозен толеранс (НГТ) и изявен диабет. През 1964 г. се появяват първите тест-ленти за урина на фирма Ames Diagnostics. Първият портативен глюкомер е създаден през 1969 година също



Леонард Томпкин Първият пациент, лекуван с инсулин

от фирма Ames Diagnostics. Той е доста по-голям и тежък в сравнение със съвременните глюкомери и е имал твърде високата за това време цена от \$650. Сега глюкомерите са с джобни размери и много по-ниски цени. През 1969 г. Dorothy Hodgkin доказва чрез рентгенова кристалография третичната структура на инсулина.

През 70-те години се произвеждат монокомпонентните инсулини.



Преди и след лечение с инсулин

През 1974 г. британски ендокринолози въвеждат ефективно лечение на диабетната кетоацидоза и кома с постоянна венозна инфузия на ниска доза инсулин. В САЩ е направена първата успешна трансплантация на острови на Лангерханс при хора. През 1977 г. е установен инсулиновият ген с локализация в късото рамо на 11 хромозома. През 1978 г. се въвежда гликирания хемоглобин (HbA1c) като показател за средните нива на кръвната глюкоза през последните 2-3 месеца, който в развитите страни от 1983 г. и до днес е златен стандарт за контрола на заболяването. През 1978 г. е въведена терапията с лазерна фотокоагулация за лечението на диабетната ретинопатия. През 1979 г. двата типа диабет са наречени инсулинозависим диабет и неинсулинозависим диабет. През 2003 г. тези понятия се заменят с диабет тип 1 и диабет тип 2. През 1979 г. биотехнологична компания в САЩ използва бактерия за синтез на първия човешки инсулин (ДНК рекомбинантна технология). В края на 70-те години е създадена инсулинова помпа, която да наподобява нормалното освобождаване на инсулин. Първите помпи са доставяли постоянна доза инсулин с помощта на канюла, вкарвана под кожата с помощта на игла.

През 80-те години се въвеждат първите инсулинови пенове (писалки), а самоконтролът с глюкомери става рутинен в развитите страни.

През 1993 г. американски изследователи установяват, че приложението на хормона глюкокагоноподобен пептид-1 стимулира секрецията на инсулин при хората с диабет тип 2 и помага за по-

добряване на гликемичния контрол. Това откритие поставя началото на инкретин-базирани терапии, които в момента са вече основни медикаменти в лечението на втори тип диабет.

След 1996 г. се появяват бързодействащите инсулинови аналози - Лизпро и Аспарт. Те са бързодействащи, с по-физиологично действие по отношение на хранителния режим, покриващи главно високата кръвна глюкоза след нахранване и осигуряват по-голяма гъвкавост и удобство в ежедневието. В началото на новото хилядолетие са въведени дългодействащите инсулинови аналози - Лантус и Левимир, които имат не само по-продължително действие, но и по-предвидим профил на абсорбция.

Появяват се нови перорални средства за лечение на диабет тип 2 - глитазони (тиазолидиниони). Но поради по-късно установените сериозни странични ефекти при някои от тях, днес в Европа се използва само един препарат. През 2009 г. се появява първият GLP-1 човешки аналог - Victoza.



Д-р Димитър Петров

доброяване на гликемичния контрол. Това откритие поставя началото на инкретин-базирани терапии, които в момента са вече основни медикаменти в лечението на втори тип диабет.

След 1996 г. се появяват бързодействащите инсулинови аналози - Лизпро и Аспарт. Те са бързодействащи, с по-физиологично действие по отношение на хранителния режим, покриващи главно високата кръвна глюкоза след нахранване и осигуряват по-голяма гъвкавост и удобство в ежедневието. В началото на новото хилядолетие са въведени дългодействащите инсулинови аналози - Лантус и Левимир, които имат не само по-продължително действие, но и по-предвидим профил на абсорбция.

Появяват се нови перорални средства за лечение на диабет тип 2 - глитазони (тиазолидиниони). Но поради по-късно установените сериозни странични ефекти при някои от тях, днес в Европа се използва само един препарат. През 2009 г. се появява първият GLP-1 човешки аналог - Victoza.

Първото устройство за постоянно мониториране на кръвната глюкоза на фирма Medtronic MiniMed е одобрено през 1999 година. Системите за постоянно мониториране се състоят от сензор, който се поставя подкожно, трансмитер на данните и приемател (рисивър). В момента се работи усилено по проекта "изкуствен панкреас", свързващ система за мониториране на кръвната глюкоза със система за постоянна подкожна доставка на инсулин (инсулинова помпа). Работи се и за приложение на стволови клетки за възстановяване на Лангерхансовите острови и синтеза на инсулин.

Но по-подробно видовете съвременни терапии ще разгледаме в следващите статии.

(Следва)

Университетската болница „Майчин дом“ навърши 110 г.

• Фердинанд реже лентата при откриването на първата АГ лечебница у нас

На 19 ноември, преди 110 години, цар Фердинанд прерязва лентата на първата в България акушеро-гинекологична болница. Нейното построяване става благодарение на княгиня Мария-Луиза и дълги години лечебното заведение носи нейното име. В рамките на новоизградената сграда тогава има три отделения с общо 40 легла - 20 акушерски и 20 гинекологични, а родилната зала е малка - с 1 легло, свързана с малка и голяма операционна. Днес "Майчин дом", вече в нова "къща", разполага с 390 легла като 110 от тях са за новородените. След направения през 2011 година ремонт, болницата може да претендира, че има най-модерната родилна клиника не само в столицата, но и в страната.

От началото на годината до средата на ноември родените бебета тук са 3500, от тях 1775 момчета и 1725 момичета, отчете директорът проф. Виктор Златков. Близнаците са 112, а тризнаците - 5. Недоносените деца под 2500 грама, са 631 или 18.03%, при средно за страната - 8-9%. През 2012 г. във всички клиници на болницата са постъпили общо 15 421 пациентки. На фона на понижената раждаемост за цялата страна през последните 3 години болницата бележи ръст. Само през миналата година новородените деца са 4131, от тях 150 двойки близнаци и 3 тройки.

Броят на всички хирургическите интервенции в болницата през 2012 г. е 7005, като оперативната активност достига 82.91%. Своеобразен рекорд бележи и Националната генетична лаборатория на "Майчин дом", която е извършила 86 663 генетични анализа.

Проф. Златков поясни, че тази година тържеството за юбилей е скромно, защото "по време на криза човек

трябва да се съобразява с действителността". Екипът обаче ще празнува на Бабин ден. Иначе в клиниките са раждали доста известни българки - Людмила Живкова, Богдана Карадочева, Мария Гилова, Йорданка Фандъкова и други.

Тържественото откриване на "Майчин

предоставя за строежа на болницата 10 512 кв. м на Банишорския площад, твърдят архивите. В старата сграда на "Майчин дом" близо до Централна гара днес се намира центърът по кръвопреливане.

До този момент в София има акушеро-гинекологично отделение към Александровска болница. То е разкрито още през 1893 г. и има 25 легла. Към него малко по-късно е създадено и акушерско училище.

преместена на друго място.

Четири дни след като през 1903 г. Фердинанд реже лентата на "Майчин дом", са приети първите пациенти. Ден преди това сградата е посетена от престолонаследника Борис Търновски, брат му - княз Кирил Преславски и сестрите им - княгините Евдокия и Надежда. Лекарите разказват, че навсякъде в старата сграда имало мраморни плотове до прозорците и върху тях отдо-



Старата сграда



Княгиня Мария-Луиза

дом" става на 19 ноември 1903 г., като лентата прерязва Фердинанд. За съжаление до него не е главният "виновник" за създаването на болницата - съпругата му княгиня Мария Луиза, защото тя умира четири години по-рано при раждането на най-малката им дъщеря. Но пък дава името си на първата АГ болница у нас.

Съпругата на Фердинанд още през 1893 г. решава да построи със свои средства един "Матернитет", който да се състои от родилен дом и детско отделение. Планът на болницата е утвърден окончателно през 1895 г. Софийският градски общински съвет с решение 1 от 9 април 1896 г. отчуждава и

Проф. Димитър Стаматов, първият управител на "Майчин дом", се смята за основоположник на акушеро-гинекологичната школа у нас.

Наричат школата му "Стаматовска" или "майчиндомска", като в нея той вплита опита на най-добрите европейски клиници, пише в "Преса". И пояснява, че д-р Божидар Славчев, който днес е зам.-директор на болницата по лечебната част, е внук на д-р Методи Славчев, втория управител на болницата. Има няколко поколения лекари, оставили траен отпечатък върху историята на "Майчин дом".

На 9 април 1904 г. Софийският околийски съвет решава "да се подари на "Майчин дом" съседната на него половина от квартала, граничеща с улиците "Цар Борис", "Цар Самуил", "Струга" и "Клокотница". За целта земята се отчуждава и дори се събаря малка къща, за да се оформи парковото пространство пред здравното заведение. И до днес този парк е съхранен, макар че болницата е

лу било написано "подарък от Мария Луиза". Нито един от тях обаче не е съхранен, защото през 1976 г., когато социалистическата власт мести болницата в голяма и просторна сграда, никой не е посмял да съхрани за историята частици, свързани с цар-



Проф. Димитър Стаматов

кото семейство. Тогава е изчезнала и голяма част от архива. В началото "Майчин дом" има две отделения с по 20 легла и една операционна. Персоналът на болницата е от трима ординатори, трима лекари, един фелдшер, две акушерки, две милосърдни сестри. Към персонала се числят още писар, машинист, градинар, надзирател и 14 слуги.



Днес работят 98 лекари, 55 акушерки, 15 анестезиолози, 15 педиатри. Проф. Златков обясни, че често се пита дали не трябва да се върне първото име на болницата - "Княгиня Мария Луиза", но според него все още не е дошло това време, защото обществото ни е много политизирано.

През 1976 г. кръстник на "Майчин дом" става Тодор Живков, който реже лентата откривайки новата 14-етажна сграда в двора на Александровска болница. Тя е издигната върху бившето футболно игрище на Висшия медицински институт в София.

В началото ражданията в "Майчин дом" са около 140, пет години след откриването му стигат 636, а за периода 1925-1943 г. статистиката отчита годишно между 1800 и 2000. Около 2500 бебета на година се раждат през 60-те години, а най-големият бум е през 1984-1985 г., когато годишно в ръцете на лекарите са проплаквали между 7600 и 7800 бебета. "В този период си спомням случаи, когато сме имали 48 раждания за 24 часа в родилните зали на болницата и 28 раждания за 12 часа", казва директорът проф. Златков.

Съвсем наскоро тази година болницата също отчете рекорд - 23



Проф. Виктор Златков, изпълнителен директор на „Майчин дом“ днес

раждания в едно денонощие. Иначе средно има по 10-15. "Изчислих, че откакто "Майчин дом" се е пренесъл в новата сграда през 1976 г., досега е дал на страната население, по-голямо от област Монтана", смее се директорът.

Проф. Златков припомня, че всички акушер-гинеколози днес, по една или друга причина, са минали през УАГБ "Майчин дом". "Болницата е един от водещите гинекологични центрове в страната. В трите гинекологични клиници ежегодно се извършват над 5000 операции, като 2/3 от случаите са най-големите по обем интервенции в областта на общата гинекология, урогинекологията, онкогинекологията, ендоскопската хирургия и репродуктивната медицина", допълни директорът.

Военният санаториум в Банкя стана столетник

Болницата за долекуване, продължително лечение и рехабилитация към Военномедицинска академия в гр. Банкя е наследник на първия в България военен санаториум. Създаден през 1913 година за нуждите на пострадалите от Балканската война, през първите си години санаториумът е разгърнат в палатки.

По време на Първата Световна война балнеолечението се разширява и се поставя въпроса за построяване на санаториум. През 1926 година о.з. майор Никола К. Иванов (роден в гр. Велико Търново на 16.09.1859 година) заедно със съпругата си Елена правят дарение от 3 млн. лева и 1 700 кв.м. земя в Банкя, благодарение на което започва планирания строеж.

През 1927 година Министерството на войната открива още една санаториална сграда чрез дарение на семейство Домна и Михаил Теневи в памет на загиналия син на Домна от първия ѝ мъж Коста Паница. В края на 60-те години е построена и най-новата сграда към санаториума. Рехабилитацията и профилакти-

ката се разширяват и се поставят на научни основи.

Днес базата е превърната в специализирано лечебно заведение за болести на сърдечно-съдовата система и за неврологични заболявания. Приемат се и пациенти с всички постоперативни състояния на сърцето като поставяне на байпас, изкуствени клапи, катетърно разширяване на коронарните съдове и поставяне на стентове. Тук те имат възможност да възстановят състоянието си и съответно да затвърдят постоперативните си резултати.

В болницата работят лекари - специалисти по вътрешни болести, кардиология, неврология и физиотерапия. Основните дейности, които извършват, са свързани с долекуване, ранна и последваща рехабилитация и профилактика на сърдечно-съдови и неврологични заболявания. Базата предлага на своите пациенти най-съвременни условия за възстановяване чрез апаратна физиотерапия, водолечебен комплекс с минерална вода и възможности за провеждане на двигателна реха-

билитация с лечебна физкултура и теренно лечение. Разполага с изцяло обновена хотелска част и модерни отделения за кардиологична и неврологична рехабилитация, отделение за рехабилитационна медицина, както и сектор за интензивна терапия.

В допълнение на широките ѝ лечебни възможности е и уникалното въздействие на природните дадености в Банкя. Районът на града е с по-голям и по-активен обмен на въздушните маси от посока на Люлин планина и вследствие на това с високо кислородно насищане. Базата на ВМА ползва локален източник и всички водни процедури се извършват с минерална вода. Температурата ѝ е около 38°, а съдържащият се в нея богат полиминерален състав позволява употребата ѝ и за пиене.

Лечебното заведение е широко отворено за всички български граждани и чужденци, като с предпочитание се ползва контингентът на Министерството на отбраната. Санаториумът работи по програмата за рехабилитация и профилактика на НОИ, има сключен договор и с НЗОК.

Досега през 2013 г. в БДПЛР- Банкя са се лекували над 2000 пациенти, от които близо 700 от контингента на МО, 160 - по договор с НОИ, 450 - по договор с НЗОК, 180 - по договори с други ведомства, и близо 500 души на свободен прием. Средният лечебен престой за годината на пациент е 10 леглодни.

Официалното честване на 100-годишнината от създаването на първия военен санаториум в България бе на 29 ноември в сградата на БДПЛР-гр. Банкя. Присъстващите гости и пациенти изразиха благодарността си към екипа на болницата и пожелаха още успехи.



Болницата предлага

Най-съвременни условия и апаратура за възстановяване чрез:

- прилагане на преформирани физикални фактори, апаратна физиотерапия, водолечебен комплекс с минерална вода;
- възможности за провеждане на двигателна рехабилитация с лечебна физкултура и теренно лечение;
- диетично хранене според заболяването.

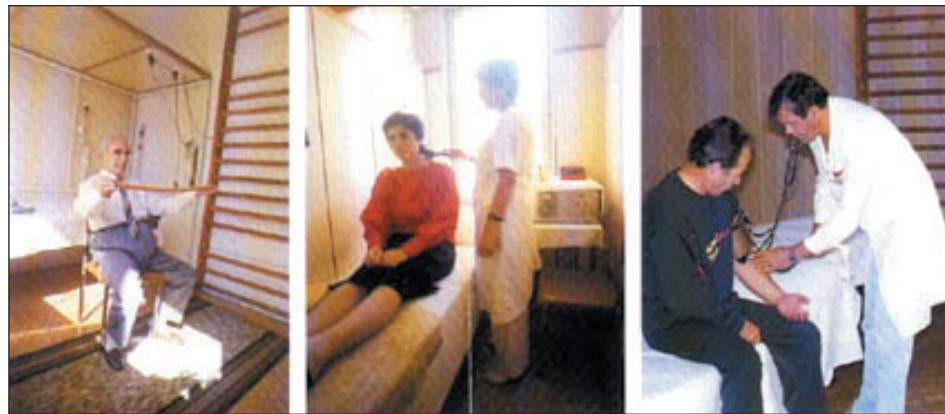
Болницата разполага със 100 легла в изцяло обновена хотелска част:

- апартаменти и стаи с 1 и 2 легла /с телевизор и хладилник/.

БДПЛР- Банкя обслужва пациенти от цялата страна.

Има сключен договор с НЗОК.

Работи и по програмата за рехабилитация и профилактика на НОИ.



ВМА чества 122 години от създаването си

• Ген. Стоян Тонев получи почетен знак на БЛС, златен

На 2 декември ВМА отбеляза своята 122-годишнина с поредица от празнични събития.

Тържественото честване започна пред болницата с поднасяне на венци пред Паметника на загиналите медицински чинове. След това продължи в

композиционното пано на художника Михаил Лалов "Дървото на живота", посветено на донорите, дарили органи за чердробни трансплантации, извършени във ВМА. Събитието е част от националната кампания в подкрепа на донор-

Празникът продължи в салона на Театър "Българска армия" с тържествено събрание. Присъстващите в препълнената театрална зала посрещна-



ха със ставане на крака знамето на ВМА. Военните медици получиха поздравителни адреси от президента, министъра на отбраната и други. Във всички приветствия се акцентираше върху високата оценка на престижното лечебно заведение и на неговите кадри - достойни посланици на страната ни и извън граници, по време на отговорни и трудни мисии. Връчени

бяха награди на отличили се военни медици.

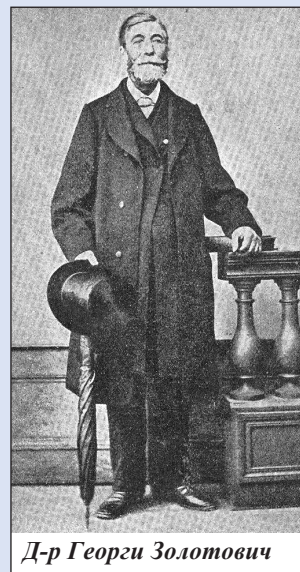
От името на БЛС председателят д-р Цветан Райчинов поздрави екипа на ВМА и връчи почетния знак на съсловната организация - златен, на ген. Стоян Тонев.

Честването продължи с празничен концерт на Представителния ансамбъл на въоръжените сили.

Основните на военната медицина са положени на

1 декември 1891 г., когато с Указ на Цар Фердинанд е създадена Софийска обща гарнизонна болница с началник д-р Георги Золотович, участвал в изготвянето на законопроекти за здравеопазването и един от основателите на Българския лекарски съюз.

Със своите съвременни диагностично-лечебни възможности днес ВМА е неизменен притегателен център за пациенти от цялата страна. През деветмесечието на 2013 г. амбулаторният поток от прегледи в столичната военна болница се е увеличил с 2 %, извършени са близо 180 000 прегледи и са приети за стационарно лечение над 40 000 пациенти. От тях 18% са от контингента на Министерството на отбраната. Всеки трети пациент е приет за лечение по спешност. С 18% е увеличен броят на транспортирани от други болници. В същото време е намален средният престой на пациенти в клиниките на 6,5 дни, както и времето за диаг-



Д-р Георги Золотович

ностика на тежко болни - от 6 на 3 часа. ВМА е сключила 168 договори с други здравни заведения за диагностика и лечение на пациенти и 12 договора със здравни осигурителни фондове, което показва значимостта на нейния дял в общото здравеопазване. Над 200 военни медици участват в мисии зад граница - в Афганистан, Мали, Кувейт, Италия, Босна и Херцеговина и други точки по света.



централното фоайе на сградата с концерт на Танцовия ансамбъл на община Босилеград като празничен поздрав в знак на благодарност към медиците, лекували нейните жители.

В централното фоайе на болницата бе открито

ството.

В деня на честването бе открита реновираната Клиника по функционална диагностика на сърдечно-съдовата система. Тя обслужва както стационарно лекувани болни, така и амбулаторни пациенти.

Трима са нобелистите за медицина за 2013 година

Двама американци - Джеймс Ротман и Ранди Шекман, както и германецът Томас Зюдхоф са носители на Нобеловата награда за медицина и физиология за 2013 г.

Те са отличени за постиженията си в анализирането на това как клетките организират своята транспортна система и как пренасят информацията - т.нар. везикуларен транспорт, което позволява да се хвърли допълнителна светлина върху болести като диабета и болестта на Алцхаймер. Тримата учени са постигнали големи успехи в разчитането на неврологичното влияние върху ключови органи.

Работата на тримата нови нобелисти хвърля светлина как например се произвежда инсулинът и как е пускан в кръвта на подходящото място и в подходящото време. Всяка клетка е като фабрика, която произвежда и изнася молекули. Ин-

сулинът се произвежда и освобождава в кръвта. Химически сигнали, наречени невротрансмитери, се изпращат от една клетка до друга. Тези молекули се транспортират в клетката в малки мехурчета, наречени везикули. Тримата лауреати откриха молекулярните принципи, които определят как този товар се доставя на точното място и време в клетката. Ранди Шекман откри комплект от гени, необходими за везикуларния трафик. Джеймс Ротман разкри белтъчния механизъм, който позволява на везикулите да се слепят с целта и така да бъде прехвърлен товарът. Томас Зюдхоф разбира как сигналите насочват везикулите да освобождават точно товара си.

Чрез откритията си Ротман, Шекман и Зюдхоф разкриха изключително точната контролна система за пренос и доставка на

клетъчен товар. Нарушенията в тази система са вредни и допринасят за поява на невродегенеративни заболявания, диабет, имунологични болести, се казва в съобщение на Нобеловия съвет на шведския Karolinska Institute.

"Тези красиви открития са важни за разбирането на това как работи човешкото тяло и на очевидните последици от заболяванията в различни органи", каза на специалната пресконференция Ян-Инге Хентер, професор по клинична детска онкология в Karolinska Institute.

Заедно с наградата тримата ще си поделят и премия от 8 милиона шведски крони (1.2 млн. щатски долара).

Ротман е професор в Йейлския университет, Шекман - в Университета на Калифорния в Бъркли, а Зюдхоф - в Станфордския университет.

По традиция Нобеловите награди за ме-



дицина откриват седмицата по обявяване на носителите на престижните отличия в няколко категории на името на Алфред Нобел, които се връчват от 1901 г. насам.

Лауреатите за Нобеловата награда за физиология или медицина се определят от Кралския Каролински медицинско-хирургичен институт в Стокхолм, Швеция. Отличията се

връчват от краля на Швеция на церемония в Стокхолмската концертна зала на 10 декември - в деня на кончината на основателя на Нобеловата награда Алфред Нобел.

Първата награда за физиология или медицина е присъдена през 1901 г. на Елим Адолф фон Беринг (Германия) "за работата му върху серумната терапия, специално за при-

лагането ѝ при дифтерия, с което отваря път за медицинската наука и дава на лекарите победоносно средство против болестта и смъртта".

Миналата година Нобеловата награда за медицина бе присъдена на Шиния Яманак и Джон Б. Гърдън за открития, свързани със стволовите клетки и клонирането на животни.

Американски учени:

Сънят „чисти“ мозъка от токсини

Сънят помага на мозъка да се пречисти от токсините, натрупани след дълъг работен ден, установиха учени от Университета по медицина в Рочестър, Ню Йорк. Изследванията им, публикувани в научното издание Science, показали, че отделителната система в човешкия организъм е всъщност основната причина за нуждата от сън. Освен това резултатите подсказват, че токсичните протеини, които не успеят да излязат заради недоспиване, е възможно да се натрупат и да станат причина за различни умствени разстройства, пише BBC.

Сънят винаги се е считал за съществена част от подредбата на спомени и нови знания в мозъка, но на първо място в "поддръжката му" е прочистването, отбелязва научния екип. "Мозъкът има ограничен ре-

сурс от енергия, затова трябва да избере между две състояния - буден и възприемащ или заспал и изхвърлящ. Това е като да правиш домашно парти. Можеш или да забавляваш гостите, или да чистиш къщата, но не можеш и двете едновременно", казва ръководителят на проучването д-р Майкен Недергард.

Изследванията на учените от Университета в Рочестър стъпват на базата на разкритията от миналата година, че мозъкът има собствена "канална мрежа" (glymphatic system), която извежда ненужните вещества. Новите тестове с мишки показали, че тази система става 10-пъти по-активна по време на сън.

Обяснението е, че глиалните клетки в мозъка се свиват по време на съня, което увеличава простран-



ството между тъканите и позволява по-добра циркулация на соковете, с които се движат и токсините. Според д-р Недергард това е жизненоважен процес, но изглежда невъзможно да се върши в будно състояние. Теорията ѝ е, че мозъкът губи много енергия, за да изпомпва течности и това е несъвместимо с обработката на информация.

Най-важният принос на откритието според д-р Рафаел Уински-Сомърър от Университета в Съри, е доказателството, че сънят променя из основи физиологията на чо-

века и може да възстановява и защитава мозъчните му клетки. Това е особено важно, като се знае, че много дегенеративни мозъчни заболявания като Алцхаймер и Паркинсон се причиняват от натрупването на увредени протеини в мозъка. Американският екип е убеден, че има връзка между мозъчните увреждания и функционалността на отделителната система на мозъка, която пък е зависима от съня, но за да се докаже това, ще са необходими още клинични тестове. Предстои изследването да се направи и с хора.

БГ лекари откриха нова болест

• Генетичната слабост на мускулите не се лекува засега

Български лекари откриха нова болест, покосяваща мускулите. Заболяването вече е световно признато, а подобни случаи са засечени на още два континента, съобщи БТВ.

Автономно-доминантна спинална мускулна атрофия - зад сложното медицинско име се крие всъщност слабост на мускулите, причинена от генетично изменение. Екипът медици работи 14 години за разкриването на заболяването. Всичко започва с пациенти от едно семейство, живеещи в петричко село. Хората обаче отказват да съдействат за изследвания.

"И трябваше да изчакаме дълги години да се родят 4 нови деца. За съжаление 2 от децата са болни от заболяването, за което е виновен генът", обясни проф. Ивайло Търнев, началник Клиника по неврология при Александровска болница.

Болестта се предава във всяко поколение. Удря мускулите на краката, ръцете остават почти незасегнати. "То-

ва, което видяхме, е една доста силно изразена слабост в проксималните мускули, т.е. в мускулите на бедрата. Те ходят клатушкащо се, трудно изкачват стълби, трудно се изправят от клекнало положение", поясни Теодора Чамова, също от неврологичната клиника при Александровска болница.

Засега лечение за болестта няма. Болните са принудени да ходят на рехабилитация до края на живота си. Болестта е опасна, защото дори настинка може да има фатален край. "И фатално теоретично за нашите пациенти може да се окаже заболяване на белите дробове, там където се иска сила в дихателната мускулатура", коментира проф. Иван Литвиненко, Катедра по педиатрия, Детска неврология.

Новата болест е 11-ото откритие в областта на медицината за този екип лекари. Знаейки генния дефект те се надяват, че ще могат да открият и лечение на заболяването.

Високотехнологична болница по онкология строят в Плевен

В Плевен започва изграждане на високотехнологична специализирана болница по онкология, съобщиха ръководителите на екипа, който ще осъществи проекта - онкохирургът проф. Григор Горчев и бизнесменът инж. Валери Карааргиров. Комплексът ще бъде уникален, защото в него ще бъдат събрани всички здравни услуги за пациенти, засегнати от злокачествени заболявания. "Сега много от моите пациенти пътуват до Турция и до други болници, за да продължат лечението си. След като влезе в експлоатация новата болница, те ще могат да получат всичко необходимо за лечението си в Плевен", поясни проф. Горчев.

Строителство на онко-

центра започва с частна инвестиция и с кредити за 10 млн. лв., поясни Карааргиров. Ще бъде завършен в края на 2014 г.,



като се очаква да започне да функционира от началото на 2015 г. Лечебното заведение ще бъде разположено на 5 300 кв.м. разгърната площ в индустриалната зона /до магазин МЕТРО/ и ще разполага с 84 легла.

Проф. Горчев разказа, че две години и половина са работили за създаване екипа на новата болница. Персоналът

болявания, е категоричен онкохирургът. Основен онкогинекология, в него ще бъдат развити и образна диагностика, онкоурология, обща хирургия на ракови заболявания, химиотерапия, миниинвазивна хирургия и други медицински направления.

Новата болница ще разшири дейността на специализираната болница по акушерство и гинекология "Св. Марина". В нея за 10 години са преминали над 100 хиляди пациенти, годишно се извършват по 2500 операции, а за последните 4 години са родени 1005 бебета. Услугите й ползват пациенти от Турция, Румъния, Молдова, Македония, Великобритания, САЩ.

ще включва 160 висококвалифицирани кадри от България и водещи специалисти от чужбина. Проектът е създаден, за да отговори на най-съвременните европейски изисквания за лечение на раковите за-

Учени от Русе направиха робот, който възстановява болни след инсулт

Учени от Русенския университет изобретиха робот, който подпомага възстановяването на хора с инсулт. Системата се състои от три малки индустриални манипулатора, като роботът за рехабилитация на горен крайник е закрепен към тавана, а този за крака - към пода. И трите работни части се управляват от един компютър. Задачата на рехабилитатора е само да направи еднократно повдигане на увредения крайник, при което компютърът запомня параметрите на движението и след това го възпроизвежда.

Апаратурата е дело на екип, ръководен от доц. д-р Даниел Братанов от катедрата по обществено здраве и социални дейности във висшето училище. „Рехабилитацията на прекаралите инсулт хора налага голямо физическо усилие от страна на кинезитерапевта, състоящо се

в многократно повдигане и пускане на крайника. При увреден крак например тези манипулации са много изтощителни и на практика за качествена и пълна рехабилитация е необходима цяла рота войници, които да се сменят и да повдигат този отпуснат крайник в продължение на часове", обяснява доц. Братанов.

Проучванията на екипа, създали продукта „Роботиизирана система за едновременна рехабилитация на горен и долен крайник", са финансирани от фонд „Научни изследвания", а патентният специалист инж. Койчо Митев е извършил процедурите по защита на интелектуалната собственост в Офиса за хармонизация на вътрешния пазар в ЕС със седалище в испанския град Аликанте. Апаратът може да се използва и за раздвижване на крайниците след фрактури или други травми.



Ръководител на екипа е доц. д-р Даниел Братанов

В „Св. Иван Рилски“ лекуват чернодробен рак по нов метод



Нов метод за лечение на чернодробен карцином въвежда в столичната болница "Св. Иван Рилски". При него се прекъсва кръвоснабдяването на тумора и той постепенно умира. Методът се прилага при около 70% от болните с такъв вид рак в Италия, а от 4 години и в нашата болница. Системата на лечение е следната: медиците проникват до съдовете, които "хранят" тумора, и в тях се поставя шокова доза химиотерапевтик - около 100 пъти по-концентрирана, отколкото при обичайното лечение. След това въпросните съдове се запушват. По този начин туморът умира с времето, защото спира да се храни, кръвоснабдяването се прекъсва. "Засега това го правим само тук и само ние. Надявам се да може да се разрасне и да се прави на повече места, защото имаме много такава патология в България", коментира д-р Станимир Сираков от екипа на болницата. Той уточни, че

лечението се поема от здравната каса, а пациентът доплаща само за закупуването на цитостатика на стойност 70-80 лева.

Методът не се прилага при всички пациенти, а само при един вид чернодробен рак - хепатоцелуларен карцином. Другите видове тумори не са толкова богато кръвоснабдени и нямат толкова добра самостоятелна съдова мрежа, за да се повлияят достатъчно от такъв тип лечение, обясни специалистът. При тази доста злокачествена форма на чернодробен рак обаче резултатите са повече от добри - половината от пациентите постигат над 5-годишна преживяемост, при положение, че оставени без лечение живеят не повече от година. В "Св. Иван Рилски" отчитат 11 пациенти, които живеят вече 4 години след манипулацията и до момента нямат нови лезии. Затова медиците вярват, че новият метод би трябвало да се прилага при повече пациенти.

Болница Токуда прилага аблация с ново поколение катетри

63-годишна жена бе успешно излекувана от сърдечна аритмия с помощта на аблация с ново поколение катетри, които електрофизиолозите в Токуда Болница приложиха за първи път в България. Цялата интервенция е продължила само около 60 минути, заедно с всички тествания, което е значително по-бързо от рутинно провежданите процедури на катетърна аблация при ритъмни нарушения.

Жената постъпва в Токуда след като дълго време страда от нарушения в ритъма на сърцето. След няколко хоспитализации,

предсърдно мъждене. Състоянието на пациентката се усложнява от факта, че се налага да спре един от медикаментите, поради развитието на странични ефекти. Това налага нужда от скорошно решение на проблема.

Приложената при жената катетърна аблация, представлява пропускане на специален високочестотен ток, който елиминира електропроводимостта на тъканите в зоната, отговорна за поддържането на предсърдното трептене. По този начин аритмията се отстранява завинаги. За целите на процедурата под рентгенов



Д-р Васил Трайков, началник на отделението по Инвазивна електрофизиология и кардиостимулация към Кардиологичната клиника показва новия катетер преди процедурата.

контрол в тялото се въвеждат специални катетри с многополюсни електроди на върховете си през бедрените вени до сърдечните кухини. Новото поколение катетри позволяват по-голяма стабилност, по-добър контрол и по-добър контакт на върха им с тъканта, което прави процедурата по-кратка и значително по-ефективна.

контрол в тялото се въвеждат специални катетри с многополюсни електроди на върховете си през бедрените вени до сърдечните кухини. Новото поколение катетри позволяват по-голяма стабилност, по-добър контрол и по-добър контакт на върха им с тъканта, което прави процедурата по-кратка и значително по-ефективна.

Линейка изпрати от дистанция ехография в „Пирогов“ за 3 минути

Демонстрация на изпращане на образни изследвания от линейка до консултант в "Пирогов" бе направена в спешната болница. Образите бяха получени в рамките на 3 минути, съобщи проф. Николай Наумов, шеф на Клиниката по образна диагностика. Това бяха ехографии на коремни органи и на сърце.

Линейката на спешния център на Софийска област бе базирана край университетската болница "Св. Анна", известна като Окръжна болница. Целта е при спешност екипът от линейката да изпрати образните изследвания до консултант още по време на транспортирането на пациента. Така се скъсява времето за диагностика и по-бързо се взема решение необходимо ли е и какви действия да се извършат в линейката, обясни проф. Наумов.

Новата технология помага и при насочването към най-точното лечебно заведение според случая. Линейките на столичния



спешен център пристигат в болница средно за 20 минути. За областния времето е повече и точно в такива случаи бързината е от голямо значение за навременните и правилни действия на медицинските екипи.

За изпращането на образните изследвания по представената технология не се използват мобилните мрежи. Трябва да има оборудване за 4G мрежа, която се очаква да тръгне у нас около Нова година, обясни проф. Наумов. В "Пирогов" разполагат с такава оборудване.

Образите могат да бъдат изпращани от наземен транспорт и от хеликоптер. Предават се записи на ехографски изследвания, електрокардиограми, от изследвания с дигитален рентген, ако е наличен в линейката.

ПОЗИЦИЯ

Проф. Петър Иванов*

Държава на ръба на лудостта

● Психологична на обществената ситуация в България и на причините, които я породиха

Какво всъщност става в България? Отговорът на този въпрос е в областта на приложната социална психология.

Нашето общество е болно. Не става дума само за статистическите характеристики, според които ние сме най-болната нация в Европа - шампиони сме по заболявания и смъртност от сърдечно-съдови заболявания (по инфаркти сме на второ място в целия свят), рак, диабет, болести на дихателните пътища и т.н. В областта на психичното здраве нещата са още по-зле. Всяка година у нас се самоубиват над 1600 души, а други около 9000 правят опит за самоубийство. Ако пресметнем, излиза, че всеки ден се самоубиват по 4-5 българи, а други 25 се опитват да се лишат от живот. Увеличават се самоубийствата при деца и юноши. Най-малкият самоубиец (момиченце) у нас е на 6 години.

Според Националния център по опазване на общественото здраве 22% от българите имат психични разстройства, това са 1 610 000 души. Едва една пета от тях (340 000) са получили специализирана помощ. Това са официални данни. Истинските обаче са много по-драматични. По моя преценка около 60% от българите имат психични проблеми - фрустрация, депресия, невроза, психоза и др. Според Евростат в Европа този процент е 38%. При нас е по-висок по понятни причини.

Оттук следва, че няма как това, което става по улиците на София и из цялата страна, да не е свързано с психичното здраве на българската нация, тя се невротизира и шизофренизира. Процесите текат бързо и мощно. Повечето българи имат чувството за незащитеност и уязвимост, за безнадеждност и липса на бъдеще,

виждат действията си като безсмислени и напразни. Почти всеки изпитва мрачно вътрешно преживяване едновременно на мъка, гняв и вина за собственото си състояние. Знаем, че българите според официалната статистика са най-бедните и най-нещастните хора в Европа.

Нагнетеното напрежение търси изходи (отдушници) и ги намира по различен начин: алкохол, наркотици, секс, но освен това и във фантазирането, в символите (тикви, боклук, тъпани, окървавен студентски херой, вериги, бял (!) автобус и др.), в ексцентричните лични и обществени прояви (песни и веселби по жълтите павета като в катун, окупация, полугола "Свобода на барикадите", превземане на парламента с бутфорни картонени танкове, мръсни вигвами и къшкови пред Цар Освободител, изострено до параноя плакатно творчество, живописни оперетни битки с "другите" и т.н.). Тоест намира ги в интензивността на всякакви щуротии, придружени със знамена, химни, маски, контейнери за битови отпадъци, вой, крясъци и десетки хиляди полицаи клинестуудовци.

Обществото ни е възбудено до крайна степен, колкото и управляващите да се правят, че няма нищо подобно. Те не разбират, че по този начин усилват обществената шизофрения. Обществеността не може да разбере това обтягащо нервите презрително безразличие на властта.

Поради това то започва да се стреми да унищожи взаимоотношенията си с нея, "да стигне докрай", както прокламират "ранобудните студенти". От психологичната, а и от психиатричната, е известно, че невротите поражда разстройствата в човешките отношения, че тре-

вогата и омразата подбуждат болния (в случая обществото) да се самоизключи от всякакви връзки с определени хора и институции около себе си. Това от своя страна поражда чувство за незащитеност и изолация, поражда страхове и опасения, които се компенсират само чрез демонстративни масови акции. Действия, парадоксално наподобяващи празненства и оргии, с търсенето на плът-

най-болна, най-корумпирана и най-нещастна нация в Европа.

Да видим какво се получава. Известно е, че когато някой, от когото се нуждаем, когото обичаме, на когото се доверяваме (и избираме да ни управлява), ни отхвърли или пък е суров и лош с нас - той става "лош обект". Ние го ненавиждаме. Ненавистта не е антиподът на обичта. Тя е нещо друго - обич, която е

практика е известен "стокхолмският синдром", изразяващ се в привързаност и даже обич от страна на малтретираните (похищения) към угнетителя (насилника), във взаимност от негова страна и в общо презрение към околния свят. Този синдром се наблюдава вече няколко десетилетия у нас. Най-бедният и най-угнетяван слой от обществото - възрастните хора, или така наречените "червени

поведение има опити да се разруши отхвърлящата страна в поведението на ненавиждания (властта), т.е. той пак да стане "добър обект", но в нашия случай влакът вече е изтърван заради казуса с Делян Пеевски. Станишев и Местан (Доган) трябва да знаят, че връщане назад няма.

Сега на шизоидното общество му остава един изход - да се раздвои, като, от една страна, търси, обича и се доверява на "добрите хора" ("България без цензура", Реформаторски блок, националистически партии и др.), и да мрази и ненавижда лошите (вече управлявалите партии). Раздвоението на българското общество обаче не му помага, тъй като уж "новите" политически сили всъщност са преоблечени стари муцуни.

Нищо ново, разочарованието е пълно.

И тогава шизоидното ни унижено и оскърбено общество (над 160 дни безрезултатни протести, окупации, пикети и др.) бива обладано от усилваща се тревожност, депресия, хистерия, от обсебени и омраза. Тревожността възниква и от опасността от разрушаване както на този, готовото общество ненавижда (властта и политическите партии), така и от опасността от саморазрушаване, от самоубийство на самото общество. То вече тръгва по друга схема - "разочарование - раздвоение - ненавист - агресия". Искането пълно да унищожи виновника, да го погълне. Мишо Шамара се провикна към Бойко Борисов така: "Ще ви изядем, ей!"

Този слоган може да е първият предвестник на гражданската война.

*Зам.-председател на Центъра за демографска политика

25.11.2013 г.
В. "Преса"



Аспаруховия мост, Варна

ни контакти с "нашите хора", търсене на "добри хора" - т.е. на нови политически субекти, които да не са управлявали само в своя полза като БСП, СДС, ДПС, НДСВ, ГЕРБ и т.н. В същото време се изпитва остра ненавист към "лошите обекти" - властта и политическите партии, които са управлявали България досега и са я довели до трагичното положение на най-бедна,

станала сърдита заради отхвърлянето и малтретирането от този, който е бил досега неин обект, получавал е топли чувства и доверие. Ние ненавиждаме най-много тези, които искаме да ни обичат и зачитат, а те не го правят. Както постъпва властта. Най-голямата омраза е между близки, в случая - обществото и неговите довереници.

В обществената

бабички и дядковци" - продължава и след Лукановата зима, и след обезценяването (открадването) на спестяванията им по времето на Жан Виденов, и сега да показва всички симптоми на "стокхолмският синдром", да ходи на Бузлуджа и да развява червени байраци. По подобен начин и голяма част от мизерстващите българи си обичат и възхваляват централния нападател на "бистришките тигри" генерал-лейтенант Бойко Методиев Борисов. И той ги обича - като материал. Но това лято настъпи промяна, "стокхолмският синдром" се преформира в невротични и шизоидни еквиваленти, завладели днес обществото ни. При шизоидното



Улеснява се професионалната мобилност в ЕС

Виртуална професионална карта за квалификация ще улесни лекари, фармацевти и архитекти, които са решили да практикуват професията си в друга държава от Европейския съюз. В същото време системата ще ограничи специалистите, на които е забранено да практикуват професията си в собствената им държава, да работят в чужбина. Правилата се въвеждат от нова директива, подкрепена от Европарламента.

"Актуализираните правила ще ускорят процеса на признаване на дипломи, който в някои случаи може да отнема и по-малко от четири седмици", заяви по време на дебата в пленарна зала докладчикът Бернадет Верньо от Франция. Тя припомни, че в ЕС има около 800 регулирани професии, като от 2007 г. седем от тях автоматично се признават във всички страни членки на ЕС благодарение на ди-

рективата за професионалните квалификации. Това са професиите лекар, стоматолог, фармацевт, медицинска сестра, акушер, ветеринарен лекар и архитект.

Системата ще се основа-



ва на съществуващата електронна система за обмен на информация между администрациите на държавите членки. Очаква се това да спести време и да улесни процеса на признаване. Специалистите ще

могат да искат родината им да организира признаването, а не да трябва да кандидатстват в приемащата страна, както е в момента. Ако съответните власти не могат да отговорят в рамките на опреде-

пейци, които съгласно неодавнашно проучване заявяват, че искат да работят в чужбина. Освен това, то е от съществено значение за стимулиране на икономическия растеж, за повече гъвкавост на пазара на труда и за преодоляване на недостига на работна ръка", заяви още Бернадет Верньо. Различни оценки показват, че ще бъдат необходими около 16 млн. души за попълване на тези работни места в ЕС до 2020 г. Сегашната система за признаване на квалификацията обаче не е свършена и допуска специалисти с отнети за практикуване права да избягат от закона в собствената си държава, като започнат работа в чужбина.

След като новата европейска директива бе приета с почти пълно единодушие от евродепутатите, предстои тя да бъде ратифицирана и от Съвета на Европа. Правилата трябва да влязат в сила от 2015 г.

Лекарите в САЩ ще преглеждат пациенти и чрез видео чат

Лошо ви е, но нямате време да посетите личния си лекар. Това е често срещана ситуация за много хора и идеален шанс за бизнес, според няколко компании, съобщава онлайн изданието CNET.

Всъщност прегледите посредством видео чат са отдавна известни и се наричат телемедицина. Една от компаниите Online Care Group обаче предлага специално приложение - American Well за Android и iOS. Чрез него пациентите могат да си платят \$49 за 10-минутен видео разговор с лекар посредством смартфон или таблет.

Лекарите специализират в този начин на прегледи и лечение и дават инструкции на пациентите какво да правят. Доктор Тереза Майърс например споделя, че чрез използването на камерата и вградената й светкавица като фенерче, е успяла да идентифицира заболяване на сливиците на пациентка и е изписала подходящо лечение в рамките на тези 10 минути.

"Смятаме, че сме разработили изцяло нов метод за практикуване на медицината", коментира д-р Питър Антал, един от директорите

на Online Care Group. Компанията разполага с 45 лекари на пълен работен ден и над 100 специалисти, които са с гъвкаво работно време. Лекарите могат да работят отвсякъде, като единственото условие е да гарантират личното пространство на пациентите си и да приемат обаждания само когато са сами. Антал смята, че телемедицината може да се наложи като нормална част от живота ни, така както се случи с електронното банкиране.

Майърс пък допълва, че телемедицината има и други предимства. Едно от тях е намаляване на риска от заразяване на други хора от болел пациент, но "никой, който практикува телемедицина, няма да ви каже, че тя е заместник на традиционната".

Тя е нейно разширение, което помага за лесното третиране на по-леки случаи и за по-бързото определяне на хората с по-сериозни проблеми. Освен това ще помогне и за оптимизиране на разходите, тъй като няма да се ангажират толкова много хора и средства за всеки отделен случай, допълва Майърс.



Страната ни ще разменя тъкани и органи с Европа

В края на тази година България ще стане асоцииран член на Евротрансплант и ще има право на размяна на тъкани и органи с други страни членки. Това обаче не означава, че българи ще бъдат картотекирани като чакащи органи в Испания например, защото няма да сме пълноправен член на организацията. За да стане това, трябва да се изпълнят 4

условия, а ние покриваме само 2. При асоциирано членство може да се искат и дават тъкани или органи от Евротрансплант в отделни случаи. Досега това се отказваше на страната ни поради липсата на договор.

В България се падат по 1 донор на 2 млн. души население, а в страната с най-много донори - Хърватия, са по 34 на 1 млн.

души. Възможности за повишаване числото на донорите имало сред пострадалите при катастрофи - годишно умират по 600 души на пътя и поне още 600 в болниците, според зам.-здравния министър проф. Чавдар Славов. Други резерви трябва да се търсят и при постъпващите в болница с мозъчни инциденти.

Над 1000 души чакат за

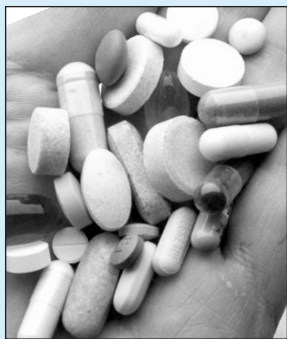
нов орган у нас, като най-много са за бъбрек.

След като стане асоцииран член на Евротрансплант, България ще може да участва в обмена на органи. По този повод МЗ подготвя наредба за внос и износ на тъкани и органи. Страната ни ще има право да подписва и междудържавни договори за донорство със страни членки на Евротрансплант.

Потреблението на лекарства у нас е сред най-ниските на континента

България е на първо място в Европа по ниво на доплащане на разходите за лечение, както и по размер на доплащане за медикаменти. Приблизително 60% от общите разходи за здраве у нас се покриват с публични средства, което извежда страната ни на последно място сред останалите европейски страни по този показател. Останалите пари всеки българин покрива от джоба си, въпреки че е здравноосигурен. За сравнение - Хърватска, която е последната приета страна в ЕС отделя 18% от своя държавен бюджет за здравеопазване, а делът на общите разходи в тази сфера, покрити с публични средства достига 85%.

Тези данни представи д-р Кунчо Трифонов от анализаторската компания IMS Health във встъпителна презентация при откриването на семинар на тема "Съвременните терапии - (не)достъпни за българския пациент?". Посочената тенденция е устойчива и ще се запази и в следващи-



те години, тъй като вече е ясно, че здравеопазването няма да бъде приоритет за програмно развитие на България в близко бъдеще, смятат от компанията.

Българинът става все по-склонен да се лекува неадекватно и ирационално, алармираха експертите. Заради доплащането все по-изразена става тенденцията пациентите да редуцират сами дозата, която е предписана и да съкращават сроковете на лечение. Това увеличава риска от недоизлекуване и влошаване на състоянието.

Потреблението на лекарства у нас е сред най-ниските в Европа, отчитат експертите.

СЗО: До 2020 г. - край на живачните термометри

Световната здравна организация (СЗО) отправи призив за постепенно изваждане от употреба на съдържащите живак медицински термометри и апарати за измерване на кръвното налягане до 2020 г.

Става въпрос за съвместна инициатива на СЗО и организацията Health Care without Harm. Инициативата бе подета, за да се отбележи подписването на конвенцията Минамата за живака.

Живакът и различни негови съставки са сериозен проблем за общественото здравеопазване по света и имат редица вредни последиствия върху здравето, поясниха от СЗО. Живакът причинява мозъчни увреждания и освен това има вреден ефект върху бъбреците и храносмилателната система.

Конвенцията Минамата разрешава употребата на живачни термометри до 2020 г., като при изключителни обстоятелства този срок може да бъде продължен до 2030 г. Ефектът от живака върху здравето обаче е толкова сериозен, че всички страни трябва да положат усилия да бъде спазен определеният от конвенцията срок до 2020 г., уточниха от СЗО.

Българските градове оглавяват класацията за мръсен въздух

● Не дишайте в България, съветва „Ню Йорк Таймс“

В Перник дишат най-мръсния въздух в Европа, сочи доклад на Европейската агенция по околната среда, цитиран от "Ню Йорк Таймс".

Според изследването нашата страна е сред най-замърсените. Класацията е направена за периода

мерени най-високите концентрации на двете основни замърсяващи частици, които изпускат димящите комини на заводите и ауспусите на колите. Те могат да причинят куп сериозни здравословни проблеми - от астма до рак. Освен това въздухът в

"Замърсяването в столицата на България - София е очевидно за всеки, който е прекарал известно време там", пише още изданието.

"Според "Ню Йорк Таймс" България не обръща достатъчно внимание на проблемите на околната среда и е постигнала ограничен напредък. Експертите смятат, че проблемите с мръсния въздух в Европа се дължат не само на индустриални замърсители. Заради финансовата криза масово жителите на бедните региони се топят с печки на дърва и въглища и така вредни частици допълнително запрашават въздуха. В класацията на държавите с най-мръсен въздух България е следвана от Полша, а при озоното замърсяване водят градове в Северна Италия. Доклад на ООН от 2011 г. пък сочи, че България, заедно с Румъния и Армения, е подела в световната класация на смъртни случаи, причинени от замърсен въздух.



2002-2011 г. От общо 386 европейски града, четири наши са в топ 5. Начело е Перник, следват Пловдив, Краков (Полша), Плевен и Добрич.

Според доклада на експертите в България са из-

България е и с най-високите концентрации на въглероден моноксид и серен диоксид. "Задръжте дъха си, ако ходите в България", описва "Ню Йорк Таймс" ситуацията с лошата околна среда у нас.

Българското здравеопазване е на опашката в Европа

От доклада на шведската неправителствена организация Хелт Кънсюмър Пауърхаус (Health Consumer Powerhouse)

Холандия запазва позицията си на върха на годишния европейски здравно-потребителски индекс (ЕНСИ), който сравнява системите на здравеопазване в Европа.

За четвърта поредна година Холандия си осигурява върховата позиция по 48 показателя, като например пациентски права и информация, достъп, превенция и резултати, измежду 35 европейски страни, като получава 870 от максимум 1000 точки.

В рамките на ЕС, Холандия се следва от Дания, Белгия и Германия като страните с най-добро здравеопазване, докато Румъния, Португалия и Латвия отбелязват най-ниски резултати. Европейският здравно-потребителски индекс ЕНСИ е съставен от комбинация от публични статистически данни, анкети на пациенти и независими изследвания, проведени от шведската неправителствена организация Health Consumer Powerhouse (HCP).

В своята реч на представянето на ЕНСИ 2013 в Брюксел на 28 ноември, авторът Арне Бьорнберг каза, че ЕС би могъл много да научи от холандското здравеопазване.

"Холандия има, както я наричаме, "хаотична система", което означава, че пациентите имат свобода в огромна степен да избират както откъде да закупват своята здравна осигуровка, така и къде да получават медицинско обслужване. Разликата между Холандия и други страни е, че този хаос е управляван. Решенията за здравеопазването се вземат в диалог между пациентите и специалистите в здравеопазването," каза Бьорнберг.

Той добави, че независимо от приказките относно финансовата криза, действителните резултати от лечението в Европейското здравеопазване продължават да се подобряват.

Като цяло, по всички показатели в доклада, България е на 31 позиция с 528 точки. Изследвани са общо 35 евро-

пейски страни - Полша с 521 и след нас, на 32 място, Латвия с 516 точки на 33, Румъния с 478 точки на 34 и Сърбия с 451 на 35 позиция.

Лидер за четвърта поредна година е Холандия с 870 точки.

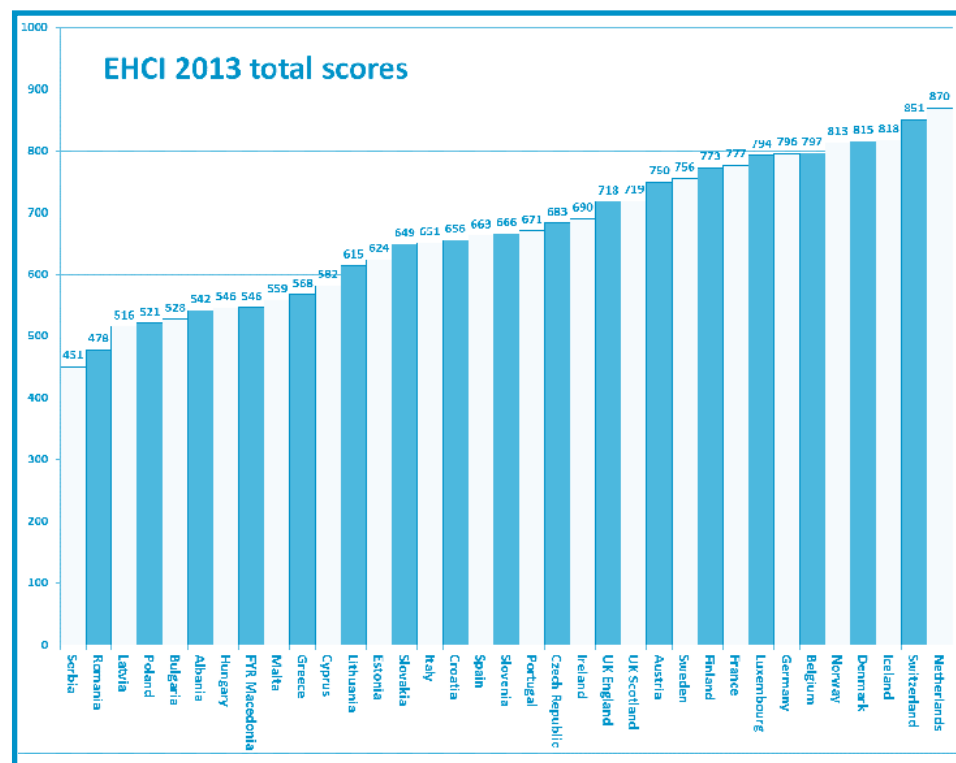
Болнични разходи като дял от общите разходи на здравеопазването

Получила силен тласък от началото на 90 години на 20 век с навлизането на неинвазивните и мини-инвазивните терапии, "поликлинизацията" стана главна област на развитие за съвременното здравеопазване. Тези методи не само са по-малко инвазивни, но и обикновено осигуряват по-добри резултати от старите терапии. Също така, приемането в болница не е нещо желателно - ако едно състояние може да бъде лекувано, без да е необходимо пациентът да прекарва нощи в болнично легло, това намалява инфекциозния и други рискове и същест-

По качество на обслужването страната е 31-ва от 35 държави

също може да са от значение, например заплащане на болниците въз основа на леглодни, което създава стимул за извършване на болнични процедури. Виден пример е показателя Извънклинична диализа, където дялът на извършени диализи извън болни-

"Античност" се намира в България (малко под 60%), Румъния (малко над 50%) и Албания (малко под 50%) - страни, които трудно могат да си позволят ненужни разходи в здравеопазването. Първенецът в класацията на 29 европейски страни по този пока-



вено снижава разходите. Лечението на дадено състояние в извънболничен режим струва 1/3 от разхода за лечение на същото състояние при прием в болница.

Степента, до която е направен този преход, много зависи от местните професионални нива. Недомислиците в системата на финансиране

ци е например 39,5% в Малта и 5,5% в Германия.

Вследствие на това, "съотношението на болничните разходи към общите разходи в здравеопазването" може да се използва като мярка за "структурна античност" на системата на здравеопазване. Най-високият индекс

зател е Португалия с около 20%. (Източник - база данни на СЗО от юли 2013 г.)

Увеличаване на дела на личните плащания в общите разходи на здравеопазването

Доколкото данните по този параметър в базата данни на СЗО може да

се считат за логично приемливи, изглежда има слаба тенденция към по-високи стойности на частните плащания, изразени като дял от общите разходи за здравеопазване. Тази тенденция е най-забележима в по-бедните централно- и източноевропейски страни и в страните, считани за жертви на финансовата криза (Португалия, Унгария, Латвия, България, Ирландия). В България, от

жаление, единствените страни, където се забелязва значително подобрене, са България (но все още процентът на резистентните вътреболнични инфекции е над 20!), Полша и Британските острови. Понастоящем, само седем от 35-те страни могат да кажат, че MRSA за тях не е основен проблем - и доста потискащо е, че това са същите седем страни, които са били и през 2009 г.!

По показателя лекари на 100 000 жители България все още е в групата на сравнително добре обезпечените страни като Германия, Литва, Швеция - малко под 400 лекари на 100 000 човека.

България е една от осемте страни от тези 35 разгледани, в които няма въведени електронни рецепти - наред с Албания, Македония, Кипър, Латвия, Малта, Сърбия и Словакия.

Заедно със Словакия, България е на трето място по осигурен достъп на пациента до собственото му досие, след лидерите Дания и Норвегия.

Според изследване сред пациентските организации, при показателя време за чакане при планирани основни операции, България е по-добрила резултатите си и се е изкачила на трето място след Албания и Белгия. По показателя достъп до личния лекар сме в групата на най-свободния достъп. В спешните отделения също не се чака много до започване на лечението - на четвърто място сме след Хърватска, Холандия и Белгия. Чакането за КТ скениране (неспешни състояния) обаче е повече от седмица.

По отношение на ражданията с Цезарово сечение, България все още е сред страните с повече от 300 операции на всеки 1000 раждания. Сред "лидерите" сме и по брой аборти на 1000 живородени - над 400, а след нас са само Естония и Румъния. Детската смъртност е много висока (над 8 на 1000), което ни поставя на предпоследно място пред Румъния (над 9 на 1000) - дори в Албания и Македония показателят е под 8 на 1000.

Превод: Ели Генова

Зинаида Златанова:

Ще получим по-малко пари по всички европрограми

Предвидените за България средства по почти всички оперативните програми, които ще бъдат отпуснати от Европейската комисия (ЕК) за следващия програмен период, са по-малко в сравнение с парите, които бяха отпуснати за сегашния период. Това заяви вицепремиерът и министър на правосъдието Зинаида Златанова.

Тя поясни, че съзнателно все още не се представят данните от сегашния и от предстоящия програмен период, за да няма сравнение от типа - "кой, кога, колко и къде е сгрешил". "Не ми се иска европейските фондове да бъдат поле за политически битки, защото и да са така, нищо добро не би последвало. Искам да призова всички участници в процеса да направим така, че малкият

ресурс, с който разполагаме, да бъде усвоен и България да се възползва максимално от него и то там, където е най-нужен", посочи Златанова.

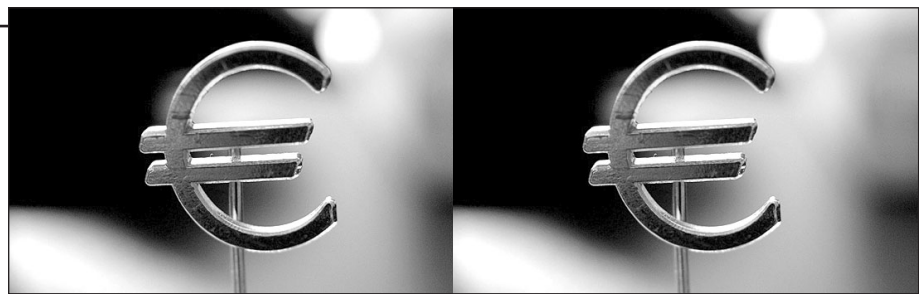


Вицепремиерът Зинаида Златанова

Тя призова всички да прочетат споразумението на страната ни по отношение на европейските средства по оперативните програми. "Много от полити-

ците са прочели много малко за този документ, защото ако бяха прочели, щяха да знаят, че превръщането на темата за еврофондовете в поле за политическа битка е изключително непродуктивно", коментира министърът.

Златанова каза, че според изследването за състоянието на страната ни през август 2013 година, което е посочено в проекта за стратегия, е казано - "недостатъчен дял на заетите, недостатъчна икономическа активност, нарастване на неграмотното население, предпоследно място в Европа по здравеопазване, първо място в Европа по бедност, нисък дял в инвестиции". "Това показва в какво състояние намираме страната", заяви още Зинаида Златанова.



БЪЛГАРИЯ ЗАГУБИ 10 млн. лв. за е-здраве

България безвъзвратно загуби близо 10 млн. лв. за изграждането на единна информационна система в здравеопазването. Това съобщи пред парламентарната здравна комисия министър д-р Таян Андреева.

Финансирането беше осигурено с европроекта БАЗИС и стартът му бе обявен през 2011 г. от министър д-р Стефан Константинов в кабинета "Борисов". Наследничката му от ГЕРБ Десислава Атанасова спря избора на изпълнител в началото на 2012 г., защото проектът донякъде дублирал софтуера на здравната каса, припомня изданието.

"Накрая поръчката е прекратена от служебното правителство, тъй като между публичното обявление и конкурсната документация е нямало

нищо общо. Все едно са били две различни процедури", обяснява д-р Андреева. Именно с този проект до 2014 г. трябваше да приключи легендарното електронизиране на системата.

"Парите щяха да дойдат чрез социалното министерство. Оттам ни казаха, че средствата категорично са загубени и защото е трябвало да бъдат усвоени в определен срок. А това не е направено", обяснява здравният министър. Виновни били тези, които са обявили процедурата не по реда, по който е трябвало.

"Нищо не можем да направим. Започваме да пишем нов проект за следващия програмен период, защото за въвеждането на електронното здравеопазване трябва сериозен ресурс,

който може да дойде само от ЕС", коментира д-р Андреева. Тя не се ангажира с период, в който системата ще е готова. "Ние ще започнем, надявам се тези след нас да продължат и да я завършат, тъй като процесът е дълъг - в успешите страни е приключил за 10-12, дори за 14 години", казва здравният министър. Тя се заема с направата на електронна здравна карта и с доусъвършенстването на електронното досие, което е към Касата.

До средата на следващата година ще е готов регистърът на националния кръвен център и на диабетиците. Но те и всички програми на здравното министерство няма да имат връзка със софтуера на Касата и с този за електронния болничен лист на НОИ.

Въвеждаме цялостна система за управление на политиките при хората с увреждания

България е първата европейска страна, която вече разполага с единна система за управление на държавната политика спрямо хората с увреждания. Това постижение става факт благодарение на финансовата подкрепа на Европейския социален фонд и Оперативна програма "Развитие на човешките ресурси". Финализиран е проектът по създаването на изключително широкообхватна база дан-

гати да бъдат правени справки, предоставящи визуална информация по региони върху електронната карта на България, а данните ще могат да бъдат проследявани в динамика. Това съобщи на пресконференция изпълнителният директор на Агенцията за хората с увреждания Минчо Коралски. В допълнение той посочи, че информационната система гарантира непрекъснат обмен на данни между ве-

тегии, които да станат част от една обща национална рамка с ясно разписани отговорности на конкретните институции", посочи Иван Нейков от разработващия екип. Той конкретизира типовете предлагани стратегии на хоризонтално ниво - за достъпност, участие, равенство, заетост, образование, обучение и обществено съзнание, социална закрила и здраве, които ще бъдат реализирани от съответните министерства - МРРБ, МОМН, МТСП, Министерството на правосъдието и Министерството на здравеопазването. На вертикално ниво действат от областите и общините.

В системата освен регистърът на хората с трайни увреждания, ще бъде включена и информация за действащите програми в тази сфера, а също и за специализираните предприятия. Всички лица, които имат дейност по предоставяне на медицински изделия и помощни средства, ще бъдат вписани в отделен модул. Вече са оформени и предложения за нормативни промени в Закона за интеграция на хората с увреждания, с които да бъдат задължени институци-

ите да предоставят своите данни за нуждите на системата.

В момента няма точни данни за броя на хората с увреждания у нас, но се приема, че те са между 12% и 15% от цялото население, ако се приложи общоприетият критерий за Европа. Това означава, че между 700 хиляди и 1 милион българи следва да попаднат в обсега на социалното законодателство. Според действащия в момента у нас закон обаче статут на трайноувредено лице се признава единствено, ако то има доказана степен на трайно увреждане над 50%. Национално представителни организации на и за хора с увреждания нееднократно са изразявали несъгласие с тази норма и са отправяли мотивирани предложения за промяната ѝ с аргумента, че много хора с по-ниска степен на увреждане реално не могат да ползват социални права единствено поради това ограничение. Друго предизвикателство според неправителствените организации е необходимостта от разработване на единни стандарти за грижи за хората с увреждания във всяка област - здравеопазване, образование, трудова реализация и пр.



Болницата в Свиленград се сдоби с модерен видеоендоскоп

● Той позволява да се диагностицират рано онкологични заболявания и язви

В болницата в Свиленград вече е монтиран най-модерният в Югоизточна България видеоендоскоп. С него гастроентеролозите могат да разчитат горния и долния храносмилателен тракт с висока резолюция и увеличение на образа до 2,5 пъти. Това позволява ранна диагностика на ракови образувания и безпогрешна диагностика на язви, гастрити и полипи, съобщи шефът на болницата д-р Димитър Ермов. Цената на модерната техника е 350 000 лева без ДДС. Средствата са осигурени по оперативна програма "Регионално развитие".

Д-р Емилия Милева и асистиратката ѝ сестра Сийка Караджова, които ще оперират с новата техника, са преминали специално обучение за работа с

нея. Тя може да извършва както терапевтични интервенции, така и спектрална ендоскопия и биопсия. Освен това апаратът автоматично се самопочиства и дезинфектира.

Общата стойност на спечеления от здравното заведение проект е за над 4,3 милиона лева. С тях са били набавени анестезиологични апарати, дефибрилатори и респиратори. До Нова година предстои да заработи и ултрамодерен 16-слайдов скенер, както и дигитален рентген, каквито няма на територията на Хасковска област. До края на годината на мястото на бившата аптека в лечебното заведение ще бъде открит и сектор за физиотерапия и рехабилитация към отделението за долекуване на болни.



ни, която ще се базира на повече от 100 документа (нормативни актове, стратегии, програми) с близо 1600 индикатора, засягащи в различен аспект здравословното състояние, социалния, трудовия и образователния статус на всички български граждани, които имат някакъв вид увреждане. Във всеки един момент ще мо-

домствата и институциите, които провеждат отделните елементи на тази цялостна политика. Отделно от това тя ще позволява контрол в реално време върху изразходването на бюджетни средства.

"Тази система ще ни даде възможност да предложим няколко хоризонтални и вертикални стра-



ОРФЕЙ - ОНЗИ, КОЙТО ЛЕКУВА СЪС СВЕТЛИНА



Орфеевото цвете - чудо, силвряк, расте и у нас в Родопите

Доц. г-р Маруся Петкова, гм

Орфей несъмнено е най-великият тракиец на всички времена и до днес буди емоции и интерес у историци, археолози, поети, писатели, художници, журналисти. А защо не и у лекарите? Какво е дал Орфей на траките, на древния свят и на хората въобще. И в частност - какво е дал на медицината и на нас лекарите. Орфей е най-великият лечител в тракийската народна медицина с неговите свръхестествени лечебни средства - музика, песни-химни, билки, препоръки за здравословно хранене и правилен начин на живот. Според проф. Златка Димитрова в повечето европейски страни Орфей е и „свят патрон на фармацевта“.

Писмените документи за тракийската медицина и тази на Орфей и орфиците са доста откъслечни и оскъдни, но археологията непрекъснато ни поднася приятни изненади с нейните материални носители на информация - като намереният край Павликени глинени чинии за оброчни плочки на Орфей, снопчето с няколко златни плочки на Орфей в Националния исторически музей, флакончето за лекарството ликий край Каварна, фрагментите от неговите таблички - дървените изгорени, пръстените натрошени, златните претопени - на които е записано неговото слово. Орфей заема особено място сред здравеносните тракийски божества - той е първият тракиец, приет в гръцкия пантеон на боговете - цар и жрец, дори бог, най-изкусният лечител, най-великият аед-музикант, певец, фармацевт, философ и създател на тракийския орфизъм и Дионисиевите мистерии, теург (богодейник, боговрач, маг, възшебник и чародей), чудотворец, велик поет, основател на мелотерапията, поет.

ПИТАГОР: ЧИСЛА, КОЙТО ПРЕМИНАВАТ В МУЗИКА

Познаваме Орфей преди всичко като създател на магическата музика и музиколечение. Чрез магическата музика е създал песента и танца. Питагор свидетелства, че на един по-късен етап Орфическият космос се означава с числа, които преминават в музикални тонове. Самите песни са послания към боговете - заклинания на оракулите-жреци за походи и битки, за наказания и поука, за мъки и радости, за здраве и изцеление. Питагорейците наричали Орфей "канос" - цар на песните. За всякакъв случай имало песен-химн и определен танц.

Свиренето му, лирата (арфа, китара - инструментът винаги е струнен) и песните му притежавали огромна магическа сила. Че действително е бил ненадминат лечител се разбира и от името му. Според Ед. Шуре името си Орфей е получил след завръщането от 20-годишното му пребиваване в Египет, където се обучавал в египетските мистерии, тайната Херметическа наука, меди-

от най-старите растителни видове на Земята. От запазените Орфееви химни научаваме, че за жертвено кадене са били използвани приятно ароматната стиракова смола (при раждане, за родилки и лехуси), шафран, мирта, небесната храна на юдеите манна, тамян, смирна, носещият свещенна утеха мак и много други аромати и семена.

а Питагор го нарича цар на подправките), праз, лапад, киселец; прясно и ферментирало мляко - козе, овче, от едър рогат добитък, йогурт, прокиш, масло, сирене; пресни билки-подправки - мащерка, чубрица, риган, нане (мента), анасон, копър, целина; гъби - печурка, масловка, пачи крак; миди, речна и морска риба.

През студените зимни месеци

воськ, винен оцет и мляко. Като ги смесвали, те правели различни еликсири за здраве, лечение, младост, красота, дълголетие, жертвоприношение и безсмъртие, за укрепване на тялото и душата. Промивали раните с мед, мляко и вино, а ги превързвали с напоени в смес от ферментирало мляко и билкови екстракти, мед, воськ и вино ленени кърпи. За обезболяване използвали и татул (*Datura stramonium*). Освен винената, те възприели от дедите си-траки, технологията и за млечната ферментация - откритването на киселия трън (*Berberis vulg.*), който съдържа растителните ферменти *Lactobacillus bulgaricus* и *Str. thermophilus*, и който трън Орфей е носил по време на похода на аргонавтите.

Орфей е познат и като

ПОЕТ -

откривател на стихотворния размер хекзаметър и основател на значителна орфическа литература, методично и целенасочено - като Орфеевите плочки - унищожавана и твърде оскъдно запазена. Според Платон жреците-орфици разполагали с купища книги на Музей и Орфей. Орфизмът създал голяма поезия, която дълго време обогатявала античната философия, но са оцелели само незначителен брой фрагменти благодарение предимно на неоплатониците. Според Есхил, Пиндар, Платон, неоплатониците и други писатели, поети и философи от античността елините дължат в голяма степен културата си на траките и в частност - на Орфей, орфизма и орфиците. В своите хроники Йоан Тзетзес признава първенството на поезията на Орфей, като пише, че дори "Омир заемал стихове и идеи от Орфей."

ТВОРБИ ОТ ОРФЕЙ

Според съхранената антична и по-късна литература на автори като Аристофан, Пиндар, Есхил, Емпедокъл, Демостен, Теофраст, Плутарх, Алкмеон, Платон, Вергилий, Цицерон, Питагор, неоплатониците и питагорейците, Диодор, Еврипид, Аполондор, Климент Александрийски, Страбон, Херодот, дори Аристотел, Орфей е автор на:

- **Аргонавти** - епическа поема от 1376 стиха, запазена до днес;
- **Орфееви химни** - песни за мистерии с около 1200 стиха, носещи силата на природата и различните ѝ тайнства;
- **Литика** - поема в 774 хекзаметри, която според византийския филолог Тзетзес представя медико-теургичните и целебни свойства на кристалите и скъпоценните камъни;
- **Естествена и магическа ботаника** - за лечебните

свойства на родопските треви;

- **Свещени песни на Дионис;**
- **Деметриада;**
- **Коридантите** - за земните тайни и земетресенията;
- **Книга за мутаците, химията и алхимията;**
- **Анемоскопия** - за атмосферата.

Орфей е основателят на тайното учение с дионисовски характер - орфизмът - появил се в Тракия, преминал в Атика, а впоследствие разпространил се по цяла древна Гърция и спечелил много последователи (орфици) и в Южна Италия, Рим и на о-в Крит. Това е едно от най-древните, световно признато учение за хармонията и безсмъртието. Последователи на тракийския орфизъм били мислители като Платон, Сократ, Питагор, Аристотел, Хипократ, Гален и др. Изпълнени с човеколюбие и мъдрост, Орфеевите слова звучат като завет:

Познай себе си!

Помощ за слабите, утешение за страдащите, надежда за всички.

Светът може да бъде завладян с лира, но не и с меч.

ЗА ОРФЕЙ:

Георги Батаклиев, преводач, българският посланик на античността:

Безспорно най-великият тракиец, с подчертано влияние в цялата световна древност и до днес, е Орфей, живял 1300 г. пр. Хр. Той бил цар на одрисите, бистоните и едоните. Орфей бил изключителна личност, разностранно развита, зареден с огромна космическа енергия. Бил едновременно велик лечител, маг, прорицател, философ, поет, певец и музикант. Орфей е една от най-великите личности в човешката история и го определят като един от седемте велики посветени Лао Дзь, Зороастър, Мойсей, Исус Христос, Конфуций и Мохамед.

Проф. д-р Вера Павлова,

основател на специалността История на медицината:

Сред най-ценните постижения на древната медицина, наследство от траките, са лечението на болните с билки и музика. Орфей бил почитан като велик музикант, певец, фармацевт, философ, жрец, цар и дори бог.

Из "Pausanias":

"Орфей превъзхождал всеки друг и притежавал голяма власт, след като е бил способен да разкрива тайните на боговете и да приготвя лечебни средства, предпазващи от техния гняв".

Аристофан:

Орфей над всички хора проповядвал идеята за братство на човечеството.



ОТ ОРФЕЙ:

Химн на Асклений

Жертвено кадене с манна

О, господарю Пеане, на всички лечител Асклепие, хората освобождаваш от хиляди болестни болки, с обич обилен и мощен, ела, донеси ни ти здраве и облекчи болестта, отвърни смъртта съдбоносна, ти, подпомогнал растежа, щастливец отблъскващ злините, мощна извънка на Феб Аполон, златозарен и славен, на болестта враг, съпруга безукорна Хигия имаи. Но ти, блажени, ела и дари на живота добър край.

Орфей е препоръчвал

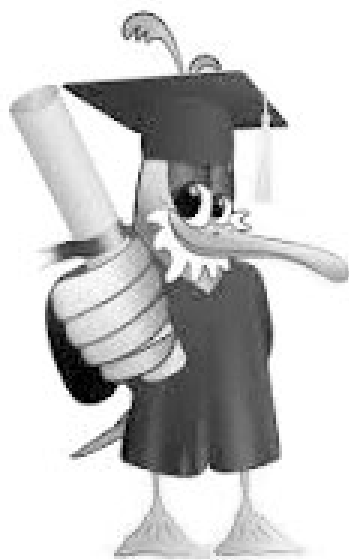
ЗДРАВΟΣЛОВЕН НАЧИН НА ХРАНЕНЕ И ЖИВОТ

Всъщност в тогавашните времена не било чак толкова трудно да се прилага здравословното и вегетарианското хранене - храненето с "недишаща храна". През топли месеци траките се хранели предимно със зърнени храни - лимец (храната на фараоните), овес, бриза (жито), просо, воден кестен, ечемик; плодове - грозде (цар на плодовете), дренки, диви круши, дюли (познати 2000 г. пр. Хр. и наричани сидонски ябълки, поради което се смята, че Ева е подала този плод на Адам, а не днешната ябълка), нар (гранат, пуническа ябълка, символ на плодовитостта), касис, дива мушмула (1000 г. пр. Хр. се ползвала с доверието и симпатията на древните хора), букво жлъд, лешници, орехи, маслини; зеленчуци - кромид лук, чесън (известен 4000 г. пр. Хр. като храна, лекарство почти панацея и

сеци включвали повечко мед, месо - козе, ярешко, овче, агнешко, свинско, конско, от едър рогат добитък, дивеч - заек, елен, сърна, дива коза, диво говедо, глиган и птици (яребици, пядпядъци, диви гълъби, патици); сушени плодове, ядки, билки, гроздов сок, британ - бира от ечемик, паравие - пиение от просо, пиво от ферментирани диви ябълки.

Вергилий пише, че преди битка траките-войни пиели ферментирало мляко, смесено с прясна конска кръв. За лек, ритуали и удоволствие траките са се радвали на сакралната напитка вино. В днешно време край с. Татул е намерен необичаен винен сорт зела (лоза) - аборигенен, автентичен, от преди 3000 г., наречен "Сълзата на Орфей". Орфици и траки са отглеждали множество, предимно тъмни, винени сортове грозде, а следи от свещената лоза са намерени и край тракийския храм в с. Старосел.

Орфей и неговите следовници използвали в лечебната си практика също така мед,



Един мъж отива при лекаря и показвайки му с палец разни места по тялото казва:

Докторе, като натисна тук ме боли, като натисна тук също ме боли, като натисна тук също ме боли, като натисна ...

Добре, добре - казва докторът - Идете на рентген и направете снимка на палеца.



На гърдите на пациент, докаран в "Бърза помощ", е поставена бележка: "Докторе, това е обикновена епилепсия, а не апендисит. Апендиситът вече ми е махан три пъти."



Пациент към лекуващия го лекар:

- Докторе, от какво съм болен?

- Аутопсията ще покаже! - отговоря лекарят.



Лекар преглежда пострадад пациент:

- Да-а-а. Всички кости са си цели, само че някак подредбата им е по-друга.



- Докторе, ям като свиня, работя като вол и се уморявам като куче! Какво да правя?

- Откъде да знам, да не съм ветеринар!



- Докторе, жената ме напусна, взе децата със себе си, изгониха ме от работа, останах без къща, спя у приятели, почнах много да пия, ръцете ми треперят, виждам всичко размазано... какво да правя?

- Като лекар бих ти казал да спреш да пиеш, но като човек - не те съветвам.



При визитация лекуващият доктор пита пациента:

- Господине, а вие как заспавате?

- Нормално докторе, броя до три и заспи-

В дома на един лекар се спукала тръба и той бил принуден да повика водопроводчик. Водопроводчикът дошъл, половин час се занимавал с тръбата и накрая представил на доктора сметка за шестстотин долара.

- Шестстотин долара за половин час работа! Това е смешно! Аз съм лекар, а не печеля толкова!

- Нито пък аз, когато бях доктор - отвърнал водопроводчикът.



Трима хирурзи говорят за предпочитаните си пациенти, първият казал:

- Аз най-много обичам библиотекарите. При тях всичко е подредено по азбучен ред и по височина.

Вторият допълнил:

- Аз най-много обичам счетоводителите. При тях всичко е подредено по групи, пронумеровано е, а и да объркаш нещо, те ще те разберат.

Третият споделил:

- А аз най-много обичам адвокатите - те сърце нямат, гръбнак нямат, а и да объркаш нещо, няма кой да съжалява за тях.

вам.

- Как!? Само до три и заспавате?

- Ами-и-и... понякога до три и половина...

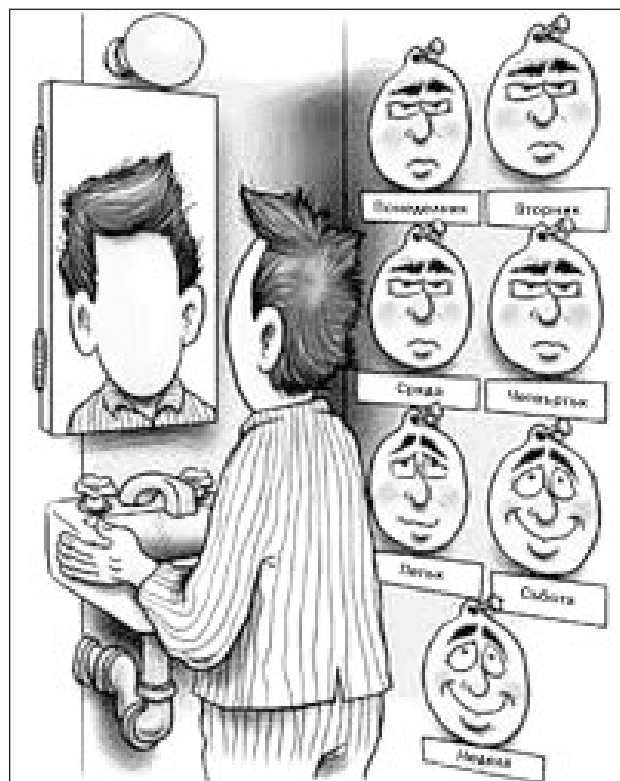


Докторът:

- Имам една лоша новина и една много лоша новина.

Пациентът:

- Предпочитам първо да чуя лошата но-



- Мъжът ми се чувства много зле! Трудно диша!

- А какво казват лекарята?

- Да не му завързвам вратовръзката толкова стегнато.



Докторе, много ли е сериозно? - пита един пациент.

На колко си години? - пита лекарят.

Скоро ще навърша 30.

А-а, няма, няма! - отговаря докторът.



вина.

Докторът:

- Резултатите от изследванията ви са готови и показват, че ви остава само едно денонощие живот.

Пациентът:

- Само едно денонощие. Божичко. Това е ужасно. Не ми остава никакво време. А каква е много лошата новина?

Докторът:

- Опитвам се да ви намеря от вчера.



Жена отишла на ле-

☺ ☺ ☺
- Докторе, мъжът ми говори насън. Какво да правя?
- Разрешете му да говори денем.
☺ ☺ ☺
- Докторе, имам грип. Какво да правя?
- Застанете по-далече от мене.
☺ ☺ ☺

кар и се оплакала, че постоянно се чувства уморена.

- Колко често правите секс? - попитал докторът.

- Всеки понеделник, сряда и петък - отвърнала жената.

- Е, може би трябва да почивата в сряда.

- Не мога - това е единствената вечер, в която съпругът ми си е вкъщи.



Лекар бил събуден в четири часа през нощта, за да отиде в дома на пациент. Той с огромна неохота се облякъл и излязъл навън. Имало ужасна снежна виелица. След като прегледал пациента, докторът му казал веднага да повика адвоката си, приятелите си и роднините си и да направи завещание.

Когато се прибрал, той описал на жена си какво е направил.

- Защо, толкова зле ли беше онзи човек? - попитала тя.

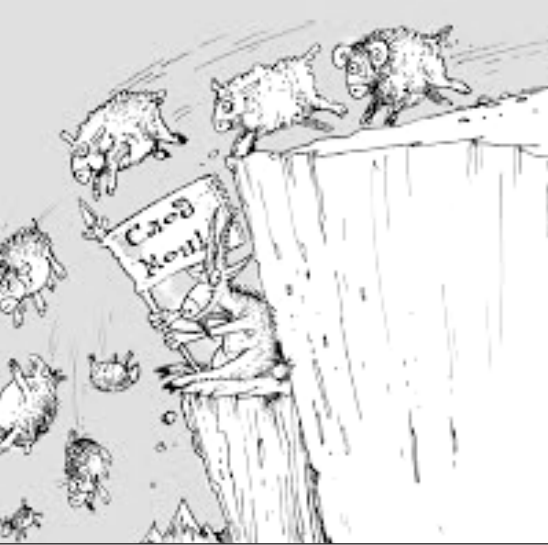
Не - отвърнал докторът. - Просто не исках само аз да излизам в такава отвратителна нощ.

Лекар казва на пациент:

- Искам да се съблечете и да си покажете езика през прозореца.

- С какво ще ми помогне това?

- С нищо. Но не мога да понасям съседа си!



Възрастен пациент отишъл на лекар.

- Докторе, имам нужда от помощ. Спомняте ли си ония гласове в главата ми, от които ви се оплаквам от пет години?

- Да.

- Е, внезапно млъкнаха.

- Това е чудесно. Какъв е проблемът?

- Мисля, че оглушавам.



Лекар казва на пациент:

- Искам да се съблечете и да си покажете езика през прозореца.

- С какво ще ми помогне това?

- С нищо. Но не мога да понасям съседа си!



На медицинска конференция извън града лекар се заговорил с красива жена. Той я поканил на вечеря и отишли в модерен ресторант. Преди и след

- Да, така е. Как позна?

- Защото постоянно си миеш ръцете.

- Басирам се, че ти си анестезиолог - на свой ред заявила тя.

- Така е. А ти как позна?

- Защото не усетих нищо.



Лекар пита пациент:

- Как сте със съня?

- Лошо, докторе. Вечер си лягам рано, сутрин ставам късно, а следобед се въртя с часове и не мога да заспя!



Пенсионер на посещение при лекар:

- Докторе, имам голям проблем! Забравям!

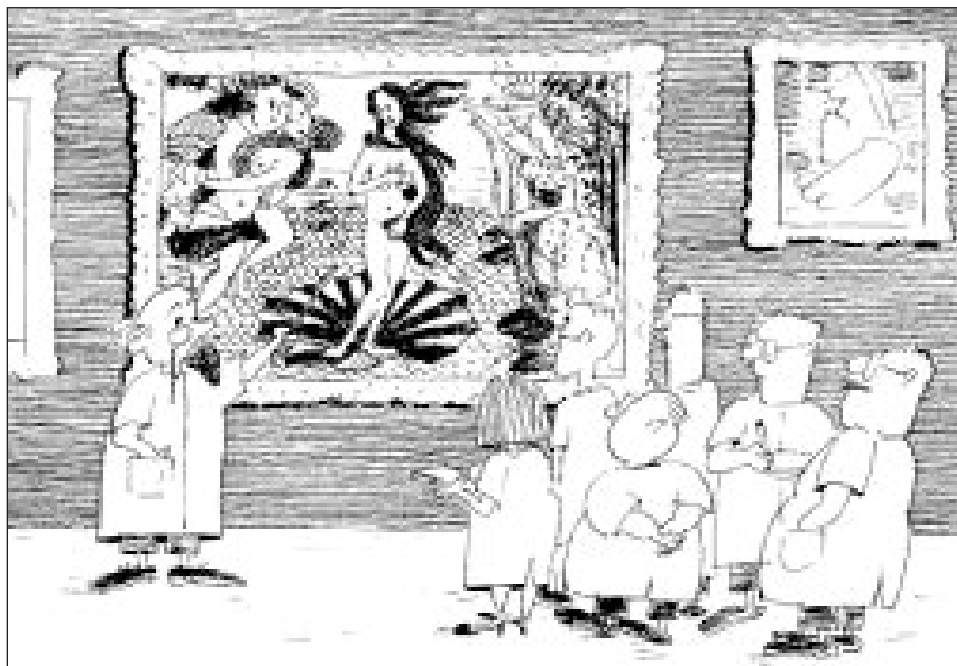
- И от кога е този проблем при Вас?

- Какъв проблем?



Питат съдебен лекар:

- Каква е разликата между лудия и невротика?



вечерята жената демонстративно си измила ръцете. Всичко било чудесно и тя му предложила да се качи в хотелската ѝ стая.

Отбила се в банята да си измие ръцете и след това се любил. След секса жената отново си измила ръцете.

Когато се върнала, докторът казал:

- Басирам се, че си хирург.

- Ами лудият знае, че 2+2 е равно на 5, а невротикът знае, че 2+2 е равно на 4, но това му се струва непоносимо.



При доктора.

- Да. Днес вашата кашлица е доста по-добре.

- Ами, разбира се, цяла нощ се упражнявах.

ЛЮБОПИТНО

Когато попитали физика Валтер Нернст защо точно шарани отглежда, а не коне или кокошки, той отвърнал: "Защото рибите са студенокръвни същества, а топлокръвни животни няма да развъждам, тъй като не искам да затоплям световното пространство с лични средства."

Излязъл от дълбините на руския народ, големият оперен певец Фьодор Шаляпин обичал простичките рецепти на родната си кухня и се отличавал с пословичен апетит. Артистът с телосложение на богатир често казал с възторг: "Ех, как се яде у нас на Волга!..." Самият той можел да прави това непрекъснато! И тази негова способност поразявала неведнъж чуждестранните му колеги и импресарио.

„Голямата кулинарна енциклопедия“ е написана от Александър Дюма-баща

Авторът на "Тримата мускетари" и "Граф Монте-Кристо" успявал да продава добре книгите си, печелил значителни суми, но въпреки това често бил без пари и с дългове заради разточителния си начин на живот.

Замъкът Шато Монте-Кристо, който Александър Дюма-баща построил, бил непрекъснато пълен с непознати или бегло познати, които се възползвали от щедростта му. Не са един и два интересните разкази за кулинарните и гастрономичните пристрастия на талантливия писател.

Дюма решил да отпразнува с приятели първата си литературна победа - постановката на "Антони" в театъра "Порт Сен Мартен". Като основно блюдо предложил дивеч, но не забравил и за виното - 300 бутилки бордо се затопляли, а 300 бутилки бургундско се охлаждали, 500 бутилки шампанско мръзнели в лед. В излезлия на другия ден брой на в. "Артист" възхитено бил описан блестящият празник и най-важното - „искрената сърдечност на драматурга“.

Александър Дюма организиран пищен тържество, бил много щедър към жените и приятелите, поръчвал обеди в първокласни ресторанти, а честичко и сам готвел. Ето как Жорж Санд описва един от неговите обеди: "Целият обед - от супата до салатата, го пригответи бащицата Дюма! Осем или десет превъзходни блюда. Пръстите да си оближеш!..." След обилното угощение на трапезата дължително поднасяли великолепно сварено кафе и няколко бутилки коняк.

Дюма бил не само велик писател, но и истински гурман и знаменит лакомник. За това сред неговите стотина книги има и една, не по-малко увлекателна, - "Голямата кулинарна енциклопедия". В нея са описани рецептите на ястия, събирани от Дюма в



различни страни, между които се мъдрят остроумни анекдоти, писма от знаменития през онова време готвач Мари Антоан Карен, кратки бележки за историята на кулинарията, продуктите, виното, зеленчуците. На страниците на книгата са дадени съвети по организацията на кухнята, изброени са най-известните вина и дори е представен гастрономичен календар, призван да облекчи съставянето на менюто на специални обеди по всяко време на годината. Енциклопедията е обилно изпъстрена от неколкокоментари от типа на: "Месото на жабата лесно се сварява. То е полезно за възрастните хора и дамите от всички възрасти, тъй като зачервява бузите."

Идеята да напише книгата осенила Дюма по време на неговото пътешествие до Русия в края на 1858 г. Руското "хлебо-

солство" довело писателя до възторг и той отнесъл със себе си не само прекрасни впечатления, но и рецептите на ястията, които заели значително място в неговата кулинарна книга.

В писмо до сина си Дюма описва така своето пътешествие из Русия: "Ми-

развждат диви патици, гъски, пеликани, както в Сена - жабите.

На връщане намерих покана от княз Тюмен... При него ядох чудесен ордьовър - конска плешка... Ще повярваш ли, че ядох сурово конско месо при калмиките и го намерих за невероятно вкусно..."

Особено му харесали пътуванията до вилата в Ориенибаум при Авдотя Панаева. Именно там той се чувствал "в своята чиния", много весело си прекарал. За всяко негово посещение стопанката приготвяла "курник" (пирог с пилешко месо и яйца), който Дюма оценил като най-изкусното руско ястие.

На обяд при Панаева обикновено поднасяли шчи, пирожки с каша и риба, печено прасенце с хрян, патица с ябълки, малосолни краставички, пържени гъби със сметана, ботвиния. И Дюма не пропуснал нито едно от всички тези блюда! Авдо-

ли мой, синко!... Ти нали знаеш, че аз много обичам селюдка, и затова не се учудвай, че пътувах до Переславъл, за да се пола-



Замъкът Шато Монте-Кристо

комия с нея... Щом пристигнах в Астрахан, малко половец край бреговете на Каспийско море, където в такова изобилие се

тя Панаева написала в дневника си: "Струва ми се, че стомахът на Дюма ще може да смели и мухоморки!"



Рецепти от знаменитата книга:

Задушен заек

Подготвеното телце на заека се държи няколко часа в оцет, разреден наполовина с вода. Остава се да изсъхне и се нарязва на парченца. Свинска сланина се нарязва на малки парченца и се разтопява в тенджерата или в друг удобен съд, в който ще се пържи заекът. В получената мазнина се пържат до златист оттенък няколко глави ситно нарязан лук. След

това се слагат парчетата заешко месо. Налива се 1 чаша вода. Прибавят се кимион, сол, черен пипер и ястието се вари на слаб огън. В края на задушаването се добавя 1 чаша измити стафиди без семчици и 1 чаша сушени сини сливи, предварително киснати във вода до омекване. Разбърква се. Заешкото месо се слага в чинии и се полива с образувалия се сос.

Курникът на Авдотя Панаева

Приготвя се тесто с мая и се разделя на две части - едната по-голяма, другата по-малка. След това се приготвя плънката. За целта се сварява кокошка в неголямо количество вода. Заедно с корени за супа и подправки по желание. Готовата кокошка се изважда от тенджерата, подсушава се и костите ѝ се отстраняват, а месото се нарязва на малки парчета. Взема се 1 и 1/2 чаша елда, която се запързва за малко в тиган с масло и се претрива с 1 яйце. Кипва се 1 и 1/2 чаша вода с 2 с.л. масло и с нея бързо се залива елдата. Разбърква се, за да не се образуват грахулки и се оставя на открито 5 минути.

След това леко се подсушава в гореща фурна. В получен-

ната каша се добавят 4-5 сварени и ситно нарязани яйца, копър и сол.

Голямата част от тестото се разточва на кръгла кора с размер малко по-голям от размера на тигана, в който ще се пече курникът. Кората се слага в тигана и плънката се разполага на слоеве: половината от кашата, кокошето месо, другата половина от кашата. Отгоре се поръсва с копър. В плънката се налива малко силен бульон. След това се разточва и по-малката част от тестото. С нея се покрива курникът и се прищипва по краищата. Намазва се разбито яйце. В средата ѝ се прави дупка и се слага в гореща фурна да се пече, докато добие хрупкава златиста коричка.

Бадемови петифури

Приготвя се пясъчно тесто и се остава за 15 минути на студено. След това се разточва на кора, с която се покрива дъното на намазнена тава и се пече на фурна до полуготовност. Разбиват се белтъци със захар на твърд сняг и се смесват със ситно счукани бадеми. Тази смес се слага на котлона и се разбърква, докато взета от нея част неприятно изгаря кожата на пръстите на ръката. Сместа се сменя от огъня, смесва се с брашно и с нея се намазва полуопечената кора от пясъч-

ното тесто. Когато върху бадемовата смес се появи хрупкава коричка, сладкишът се нарязва на правоъгълници (1x3 см). Правоъгълниците се разполагат в тава на разстояние 2 пръста един от друг и се слагат в не много гореща фурна да се доопекат.



Любимата лучена супа

Предлагаме ви и рецепта на любимата лучена супа на Александър Дюма: 5 едри глави лук се нарязват на ситно и се запържват леко със 100 г краве масло, след което се заливат със 7 чаши

мляко, получената смес се сварява добре, прецежда се през сито, добавя се сол и накрая супата се застроява с 3 сурови жълтъка, 100 гр настърган кашкавал и половин чаша сметана.

ЛЕГЕНДА ИЛИ РЕАЛНОСТ

Написал 647 творби, имал 500 любовници

Жорж Санд наричала Александър Дюма "гения на живота". При него всичко изглежда прекомерно - масивната му фигура, огромната му работоспособност, безбройните му любовни авантюри, мерациите му към доброто хапване, пилеенето на пари с широка ръка, което в края на дните му го довежда до разорение. Никой не знае колко точно незаконни деца е имал писателят, но един от синовете си той все пак признава 7 години след раждането му. Момчето също носи името Александър и става на свой ред известен писател, така че, за да ги различа-

ват, започват да наричат автора на "Тримата мускетари" Александър Дюма-баща.

Писателят е роден на 24 юли 1802 г. във Виле-Котре. Баща му Тома Дюма е незаконен син на маркиз и чернокожа слугиня. Мулатът, който стана републикански генерал, се славел с невероятната си сила. Бил толкова страховит, че немците в Тирол през 1797 г. го наричали "черният дявол". От него Александър наследил исполинския ръст, смуглото лице и къдравата коса, които владявали жените. Заради смесената си кръв писателят често ставал обект на ра-

систки нападки. Балзак например казал: "Само не ме сравнявайте с този негр." Веднъж, когато в литературен салон един от недоброжелателите му го засегнал на тази тема, Дюма отвърнал: "Баща ми бе мулат, баба ми чернокожа, а прадедите и прабабите ми са били маймуни. Мое то родословие започва там, където завършва вашето."

Момчето е на 3 г., когато генералът умира. Разказват, че малкият Александър взел пушка и казал на разплаканата си майка, че ще отиде на небето да убие Бога. Момчето остава в родното си градче до 20-ата си година, като получа-

ва твърде хаотично и доста повърхностно образование. То обаче е убедено от рано, че ще завоюва Париж и света с перото си.

Във френската столица младежът първо работи като писар при един нотариус, но скоро успява да се нагласи на доста сладка и перспективна служба - в канцеларията на Орлеанския херцог, бъдещия крал Луи Филип. И едва няколко месеца след пристигането си провинциалният Дон Жуан завързва любовна афера със съседката си Катрин Лабе, която ражда сина му Александър, известен по-късно като Александър Дюма-син.

Баклава „Звезда“

- Продукти:**
- ✓ 1 п. фини кори
 - ✓ 1 п. голямо краве масло (250 гр)
 - ✓ 300 гр счукани на не много дребно орехи (бадеми, лешници, фъстъци)
 - ✓ 1/2 ч. ч. захар
 - ✓ 1 п. канела
 - ✓ кората от 1 лимон
- За сиропа:**
- ✓ 3 ч.ч. вода
 - ✓ 2 ч.ч. захар
 - ✓ 1 с.л. лимонов сок
 - ✓ карамфил по желание
 - ✓ * 1 ч.ч. = 250 мл течност

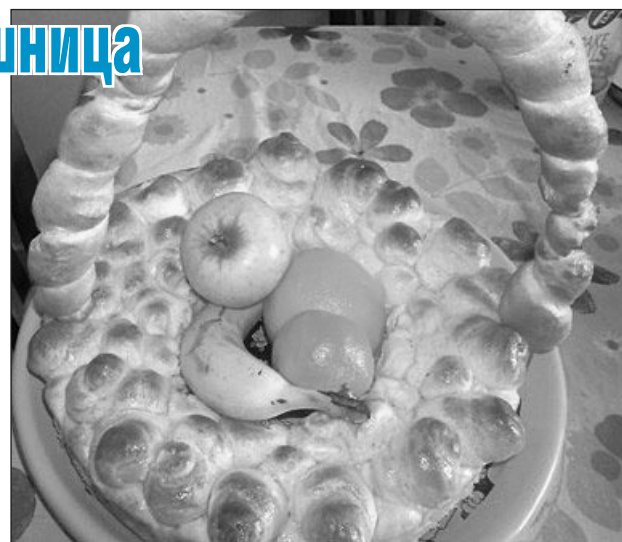


та, канелата и лимоновата кора, предварително смесени и объркани добре. Следва нареждането на втората половина от корите, като всяка пак се маже с масло. Така подредената баклава се нарязва с остър нож на желаната от вас форма. Разтопява се 125 гр масло и с него се залива нарязаната баклава - желателно е да е по разрезите.

Пече се на 150°C до готовност, до златист загар - обикновено 35-40 минути. Остава се да изстине. От захарта и водата се приготвя сироп. Вари се около 15-20 минути и тогава се слага лимоновия сок. С горещия сироп се залива студената баклава. Остава се едно денонощие да престои (желателно е да не се слага в хладилник) и тогава се консумира.

Коледна кошница

- Продукти:**
- ✓ 300 мл прясно мляко
 - ✓ 1 ч.ч. кисело мляко
 - ✓ 3 яйца+1 белтък
 - ✓ 5 с.л. олио
 - ✓ 1 кубче мая
 - ✓ 1 с.л. захар
 - ✓ 1 с.л. сол
 - ✓ около 1 кг брашно



Начин на приготвяне: Маята се разтваря в топло прясно мляко, заедно със захарта. Добавят се 3-4 с.л. брашно и се оставя да шупне. Брашното се пресява и се прави кладенче, в което се изсипват киселото мляко, яйцата, солта, олиото и маята. Меси се меко тесто. Остава се да втаса. От втасалото тесто се отделят топки, около 13 и от всяка топка се правят фитилчета, които пос-

ле се навиват на розички. Нареждат се плътно едно до друго в тавата, в която предварително сме поставили гювече в средата. Втасава отново, след което мажем с жълтък, смесен с 2

ч.л. прясно мляко и печем на 180 градуса. Дръжката на венеца правим като увиваме тесто около медна тел. Печем отделно в тавичка, след което бодем в тавата.

Пълнена тиква

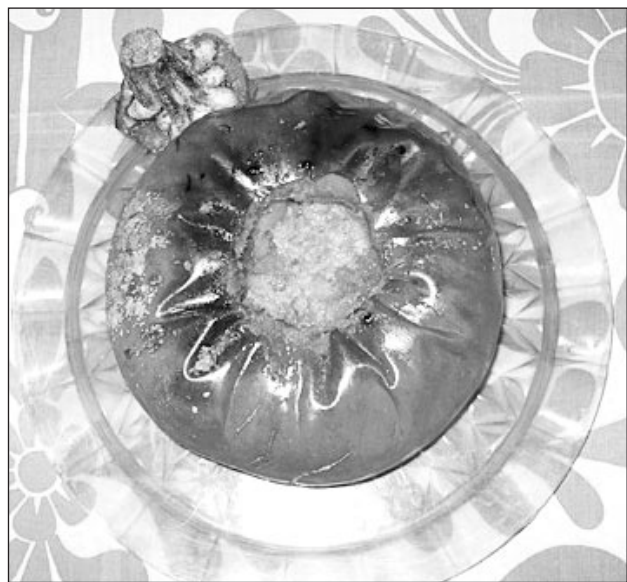
В последно време се предлагат рецепти за тиква, дори и като солено ястие с различни видове месо. Но по традиция тиквата се употребява по-скоро за десерт. Изрязва се капачето с дръжката на средно голяма тиква. Издълбава се и се почиства много добре вътрешността ѝ. Капачето с дръжката се оставя встрани, докато се приготви пълнката, с която пълним тиквата.

Продукти:

- ✓ Плодове, с които разполагаме
- ✓ 2 кутийки локум
- ✓ Шепя счукани орехи и стафиди

Начин на приготвяне: Плодовете, които са с кори, се обелват и се нарязват

на малки парченца в дълбока купа. Използват се ябълки, портокали и банани, като бройката се съобразява с големината на вътрешността на тиквата. Добавяме в купата, нарязани на парчета локум/замества захарта/ и по шепя стафиди и счукани орехи. Разбъркваме всичко това и пълним издълбаната тиква. Накрая захлупваме с капачето ѝ. Поставяме в тавичка, в която сме наляли достатъчно вода, за да не заgorи дъното на тиквата. Пече се на фурна, като се следи тиквата да поомекне отвън, а отвътре се опитва на вкус като отваряме капачето.



Пълнено прасенце

- Продукти:**
- ✓ 1 прасенце
 - ✓ дреболийки - черен дроб, сърце
 - ✓ ориз
 - ✓ моркови
 - ✓ гъби
 - ✓ подправки според вкуса
 - ✓ сол
 - ✓ олио



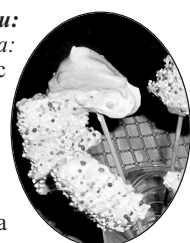
Начин на приготвяне: Запържваме ориза с моркови, гъби и сварените предварително дреболийки. Пълним прасенцето и го зашиваме.

Слагаме в тавичката малко вода и малко червено вино. Посоляваме прасенцето и го поставяме в тавичката. Пълним прасенцето и го зашиваме.

Слагаме в тавичката малко вода и малко червено вино. Посоляваме прасенцето и го поставяме в тавичката. Пълним прасенцето и го зашиваме.

Меденки на шишче

- Продукти:**
- За сместа:**
- ✓ 1 ч.ч. мас или олио
 - ✓ 1 ч.ч. захар
 - ✓ 4 с.л. мед
 - ✓ 1 яйце
 - ✓ 2 с.л. сода
 - ✓ 2 с.л. канела
- За глазура:**
- ✓ около 500г. брашно (за да стане средно твърдо тесто)
 - ✓ 2 белтъка (студени от хладилника)
 - ✓ няколко капки лимонов сок
 - ✓ 200г. пудра захар
- Начин на приготвяне:**



От посочените продукти се замесва средно твърдо тесто, оставя се в хладилника за около 30 мин. да стегне. После се оформят топчета, които се разточват на кора с дебелина около 5-6 мм. С формички се изрязват. Слагат се на шишче. Нареждат се в тава и се пекат в предварително загрята фурна на 180 градуса докато леко порозовеят. Готовите сладки се оставят да изстинат. Разбиваме с миксер двата белтъка с лимоновия сок, постепенно прибавяме пудрата захар докато глазурата стане гъста като за целувки (Като се обърне купата, глазурата да не пада). Разпределяме я в купички, оцветяваме я от всяка купичка в различен цвят (с готварска боя или степче). Украсяваме меденките.

- Продукти:**
- ✓ 12бр. сухи червени чушки
 - ✓ 200 гр. зрял боб
 - ✓ 1 стрък праз лук
 - ✓ доматино пюре
 - ✓ морков
 - ✓ джоджен
 - ✓ червен пипер
 - ✓ сол
 - ✓ олио
- Начин на приготвяне:** Накисваме сухите чушки в гореща вода, за да се отпус-

Пълнени сухи пиперки с боб

нат, а бобът сваряваме за около 2 часа, като накрая малко преди да свалим от котлона добавяме доматино пюре. В тиган задушаваме до омекване празът нарязан на колелца и морковите на парченца, след което добавяме отпеченият сварен боб. Овкусяваме с подправките

и наливаме част от бульона, където е връл бобът. Стъпяваме с малко брашно. Пълним отцедените чушките с бобената пълнка и ги подреждаме в тава. Отгоре изливаме олиото с останалото количество от бульона. Печем на 180 градуса фурна за 30-40 минути.

Орехови постни сарми

Начин на приготвяне: Нарязаният лук се запържва в малко олио. Когато стане готов към него се прибавя оризът, който се запържва докато стане прозрачен. Отстраняваме сместа от котлона и добавяме орехите, стафидите, подправяме с ки-

мион и сол. Разбъркваме добре и пълним сармичките (може да се направят мънички колкото хапка като станимашките, но може и по-големички). Редим ги в тенджерата, покриваме ги с гореща вода и варим на умерен огън до готовност.

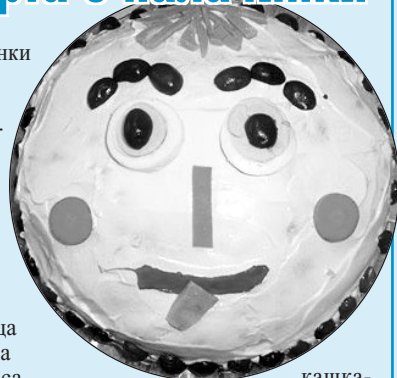
Италиански коледен сладкиш (Panperato)

- Продукти:**
- ✓ 110 гр. кедрови ядки
 - ✓ 70 гр. шоколад, нарязан на едро
 - ✓ 150 гр. стафиди
 - ✓ 300 гр. лешници, обелени
 - ✓ 180 гр. бадеми, обелени
 - ✓ 110 гр. смесени захаросани плодове
 - ✓ 90 гр. брашно
 - ✓ 250 гр. мед, течен (разтопете, ако е захаросан)
 - ✓ 110 гр. орехи, нарязани на едро
 - ✓ хартия за печене
- Начин на приготвяне:** Смесете в голяма купа кедровите ядки, шоколада, стафидите, лешниците и захаросаните плодове и разбъркайте с ръце. Добавете брашното и разбъркайте така, че ядките и плодовете да се покрият с брашно. Изсипете меда и разбъркайте докато всичко се покрие с не-

го. Добавете нарязаните на едро орехи и разбъркайте добре. Напълнете съд със студена вода и го поставете близо до работния си плот. С мокри ръце, разделете сместа на две части и оформете на топки като притискате за да изкарате целия въздух. Поставете двете топки върху покрита с хартия за печене повърхност и оформете като купол (или като руло, по желание). Поставете в предварително загрята до 170 градуса фурна и печете около 1 час. Сладкишът трябва да стане тъмно златист. За да не прегори по време на печенето може да го покриете с алуминиево фолио или хартия за печене. След като изстине, съхранявайте завит във фолио или хартия. Сервирайте, нарязан на тънки парчета.

Солена торта с палачинки

- Продукти:**
- ✓ 8 бр. готови палачинки
 - ✓ 400 г сирене крема
 - ✓ 200 г майонеза
 - ✓ 2-3 бр. сварени яйца
 - ✓ 150 г шунка
 - ✓ 200 г кашкавал
 - ✓ 2 бр. кисели краставички
 - ✓ 100 г пастет
 - ✓ маслини
 - ✓ черен пипер, чубрица
 - ✓ краставица за украса
 - ✓ домати чери за украса
- Начина на приготвяне:** Смесваме крема сиренето с майонезата, подправяме с малко черен пипер и чубрица и бъркаме до получаване на крем. Шунката, кашкавала и яйцата се настъргват в отделни чинии. Краставичките и маслините се нарязват на ситно. Първата палачинка се поставя в плитка чиния, маже се с крема и се поръсва с



кашкавал. Отгоре се слага втората палачинка, маже се с крема и се поръсва с шунка, третата - маже се с крем и се поръсва със сварените яйца. Четвъртата се маже с пастет и върху него се слагат краставичките. Петата - пак с крем и върху него кашкавал и така докато свършат палачинките. Отвърн тортата се маже с крем и се украсява по желание.

Традиционен немски коледен кекс (Щолен)

- Продукти:**
- ✓ 150 г стафиди (черни и бели)
 - ✓ 75 г смесени захаросани цитрусови кори
 - ✓ 150 г ядки (бадеми, лешници, орехи), нарязани на едро
 - ✓ 5 с.л. ром
 - ✓ 100 мл мляко
 - ✓ 50 г захар
 - ✓ 7 г суха мая или 30 г прясна мая
 - ✓ 500 г брашно, пресято
 - ✓ 150 г краве масло
 - ✓ 5 жълтъка
 - ✓ 2 ванили
 - ✓ настърганата кора на 1 лимон
 - ✓ 1/2 ч.л. сол
- Глазура:**
- ✓ 100 г краве масло, разтопено
 - ✓ 100 г пудра захар
- Начин на приготвяне:** Накиснете стафидите и захаросаните цитрусови корички (нарязани на кубчета) в рома за около 20 мин. Смесете в купа млякото, захарта, маята, солта и 5 с.л. брашно и добре разбъркайте. Покрийте с кърпа и оставете на топло за около 20 мин. да шупне. Сложете в голяма купа пресяното брашно, направете кладенче в средата и изсипете сместа с маята, размекнатото масло и жълтици, ванилията и настърганата лимонова кора и добре размесете. След това на набрашнена повърхност омесете добре тестото. Добавете стафидите, захаросаните кори и ядките и отново размесете тестото. Сложете тестото в купата, покрийте с кърпа и оставете да втаса на топло докато увеличи обема си два пъти. Разточете на правоъгълник 30 на 20 см. От едната страна прегънете тестото така че да покрие малко повече от половината. От другата страна навийте като руло така, че да покрие прегънатия вече край. Сложете в тавичка, покрита с хартия за печене, покрийте с кърпа и оставете да втаса още веднъж за около 30 мин. Затоплете фурната до 170 градуса и след това печете около 1 час. Ако започне да прегаря - покрийте с фолио. Когато извадите кекса от фурната го намажете с 1/4 от разтопеното масло, след това посипете с 1/4 от пудрата захар. Повторете този процес няколко пъти докато свърши захарта и маслото.

Мързелът на сър Хенри Коул родил коледните картички

Ако от баницата с късмети ви се падне мързела, не унивайте! Понякога той стимулира рационализиране на дейности. Такъв пример има в историята на коледните картички.

Те се раждат само преди 170 години. Това става по коледните и новогодишните празници на 1840 година, когато лондонският аристократ Хенри Коул нарушава строгите британски традиции. До този момент поздравленията и благопожеланията за Рождество Христово се изказват

• Една от първите днес струва около 22 хил. британски лири

размножава в хиляда екземпляра, продавани по шилинг парчето.

От тях в 21-ви век са запазени едва 12 екземпляра. Интересът се засилва от колекционерската страст. По тази причина през 2001 г. разиграната на търг картичка от първия тираж е продадена за 22 хил. лири. Включена е в книгата на рекордите "Гинес" като най-скъпата в света.

Към 1860 година позд-

картички с клиширан стандартен текст. В зората на тази мода преселилият се в Бостън германския литограф Луис Пранг, пренесъл я отвъд Океана през 1875 г., е по-взискателен към естетическия вид на картичките и текста. За отбелязване е фактът, че след терористичния акт от 11 септември 2001 година, рязко се увеличава интересът към националната символика, предлагана

сакрални картини, дело на големите майстори от Ренесанса. Католиците не обичат фабрично отпечатаните поздравления, а предпочитат собственоръчно да изпишат отношението и уважението към адресата. В протестантските страни евангелските текстове са по-малко популярни, но затова пък доминират сатирите и изображенията от "бомбонен" тип: животинки, украсени елхи, шейната и елени на Дядо Коледа, апликациите, звезди от пресован картон, геометрични фризове и солидно количество кич.

В Руската империя първата пощенска картичка за Коледа се появява през 1898 година и е инициатива на общността "Св. Евгения". По-късно със създаването на специални произведения за тиражиране се ангажират някои от най-известните художници на руския авангард - Лев Бакст, Иван Билибин, Александър Беноев, та дори Николай Рерих и др.

Интересно е да се отбележи, че първи англичаните, а после и други народи приемат получените картички като признание за висок обществено престиж. По тази причина в семействата със запазени и поддържани традиции получените около Рождество Христово поздравителни картички се излагат за показ на гостите - върху специални масички, край камините или край Коледното дърво.

В България коледните картички се превръщат в мода почти едновременно с останалата Европа - в края на 19-и и началото на 20-и век. Но те са известни и по времето на Отоманската империя.



Първата коледна картичка, изобразяваща сър Хенри Коул и неговото семейство

чрез подаряване на литографии с подобна тематика и сюжети, обмен на лично разнасяни визитни картички, витиевати писма и др.

Но сър Коул бил мързелив, което някак противоречи на факта, че точно той е основател на прочутата лондонска галерия "Виктория и Албърт". Той поръчва на художника Джон Хорсли да му направи 40 еднакви литографии, на които е изобразено голямото му семейство, наредено около коледната трапеза. Зад него на втори план са нарисувани сцени на състрадание и милосърдие - фамилията Коул раздава храна и дрехи на бедните. Надписът гласи: "Весело Рождество и щастлива Нова година". По-късно се ражда и такава песен, все още много популярна в англосаксонския свят.

Станалото се разчува сред лондонските сноби, които приемат идията на сър Коул за интересна ексцентричност. През 1843 година оригиналът на неговата картичка се

равителните картички са вече индустрия. Те са добре възприети от гражданите. Започва производството им и за други празници - религиозни, национални и лични. Но истинският бум настъпва на границата между 19-и и 20-и век, когато дагеротипията и фотографията са се превърнали в обществено благо.

Само през 1906 година във Великобритания са изпратени 860 милиона пощенски картички.

Благодарение на усета и рефлексата на модернистите се появяват и първите оригинални художествени произведения. Специализираните магазини ги предлагат в комплекти по 6, 12 или 24 броя в опаковка. Като създатели на новата мода, англичаните предпочитат художествената изработка, проявяват висока взискателност към дизайна, но не пренебрегват и авторството.

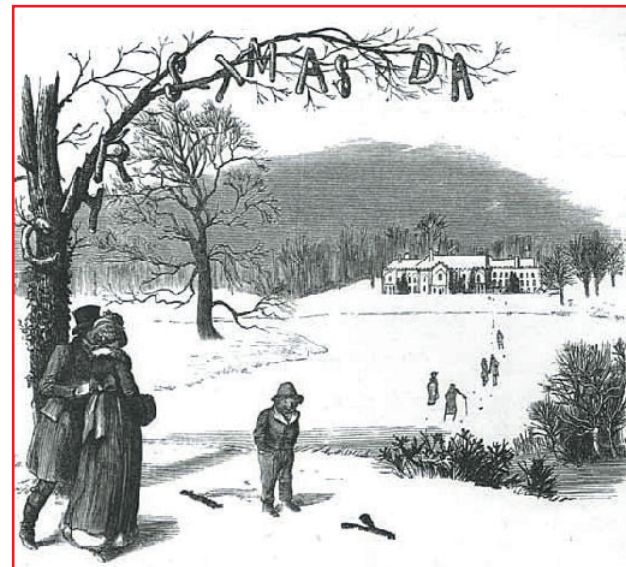
В САЩ са по-небрежни в това отношение и затова преобладават фабрично произведените

главно чрез цветовете, звездите и ивиците на националния флаг, дори по изображенията на Санта Клаус. Канцеларията на президента Джордж Буш например е изпращала за Рождество Христово по два милиона картички.

В крепостите на католицизма - Испания и Италия на Запад, Полша на Изток, евангелските сюжети с Рождество, даровете на влъхвите, Младенеца са по-популярни от изображенията на Дядо Коледа. При това тези сюжети често са репродукции на



Коледна картичка, началото на 20-и век



От 19-и век



От 19-и век



От началото на 20-и век



От 20-и век

Главно в крайдунавските градове Русчук, Видин и Лом, където пристигат с пощата от Виена. А столицата на Австро-Унгарската империя става известна с приноса си картичките да се отпечатват с пощенска марка от 2 кройцера. Идеята е на Емануил Херман, професор във Виенската военна академия, а първият тираж е от 1869-а година.

Фамилията на княз Фердинанд Сакс-и-Кобург Гота се записва в историята с появата на първата илюстрирана картичка в Княжество България. Това става през 1896-а година. По случай покръстването на престолонаследника в православната вяра на нея е изобразен малкият Борис. Фердинанд полага началото и на фамилната колекция от поздравителни картички, допълвана след абдикацията му от цар Борис III, а сетне и от Симеон II. Дело на три поколения, тази колекция е една от най-богатите в света, печелила е редица международни награди и продължава да се поддържа от вече бившия премиер Симеон Сакскобурготс-

ки. Заради това той е избран за почетен председател на Съюза на българските филателисти.

Тоталитарният режим у нас окончателно изтласква от пазара, та дори и от съзнанието на атеистичната младеж, идеята за Дядо Коледа, подменена с Дядо Мраз. Това се отразява в цялото ни изкуство, в детските песни, в семейните ритуали, в пощенските поздравителни картички. Евангелският дух напълно изчезва, а където все пак оцелява - скритом у дома - се ограничава до затворени в плик и запечатани картички, в които все пак не липсват поздравления и за Коледа. Едва през 1976-а година Българските пощи издават първата честитка с номинал от 1 стотинка, но отново с образа на Дядо Мраз.

По статистически данни от Българските пощи през декември на 2008-а година са изпратени 9 милиона картички, което е приблизително 11% от целия пощенски трафик. Останалата предпразнична работа е свършена от SMS-ите.

По материали от интернет