

РАВНОСМЕТКА

БЛС се пребори за голяма част от исканията на колегите



на стр. 5

НОВ СТИЛ

Етичната комисия изготви централен регистър на жалбите и сигналите

на стр. 7

СПЕЦИАЛЕН ГОСТ

Д-р Румяна Тодорова - управител на НЗОК



на стр. 9

АРТТЕРАПИЯ



Мъжът - на изчезване?

● Изкуството да оцеляваш с изкуство

на стр. 26

МАРШРУТИ

По белите плажове на Куба



на стр. 16-17

QUOVADIS

ЛЪТОПИСИ
НА
ЛЕКАРСКИЯ СЪЮЗ
ВЪ БЪЛГАРИЯ

София, година XIV, брой 7 и 8, понеделник, 5 август 2013 г.

Национално издание на Българския лекарски съюз www.blsbg.com



КРЕДИТ ЕКСПЕРТ

SOCIETE GENERALE ЕКСПРЕСБАНК

0800 18 888 | WWW.SGEB.BG

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

Cervarix®
Ваксина срещу човешки папиломен вирус (Типове 16, 18)
(Рекombинантна, с адювант адсорбирана)

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 инфектиране с онкогенните типове на човешки папиломен вирус, свързани с развитие на предрак и рак на шийката на матката⁷

- Защита вече 9-та година!⁴
- Безопасност на ваксината проследена в 11 клинични проучвания и милиони дози доставени по цял свят⁶

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

Регистрация: 1. Класификация на процес (Т2) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130) (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140) (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150) (151) (152) (153) (154) (155) (156) (157) (158) (159) (160) (161) (162) (163) (164) (165) (166) (167) (168) (169) (170) (171) (172) (173) (174) (175) (176) (177) (178) (179) (180) (181) (182) (183) (184) (185) (186) (187) (188) (189) (190) (191) (192) (193) (194) (195) (196) (197) (198) (199) (200) (201) (202) (203) (204) (205) (206) (207) (208) (209) (210) (211) (212) (213) (214) (215) (216) (217) (218) (219) (220) (221) (222) (223) (224) (225) (226) (227) (228) (229) (230) (231) (232) (233) (234) (235) (236) (237) (238) (239) (240) (241) (242) (243) (244) (245) (246) (247) (248) (249) (250) (251) (252) (253) (254) (255) (256) (257) (258) (259) (260) (261) (262) (263) (264) (265) (266) (267) (268) (269) (270) (271) (272) (273) (274) (275) (276) (277) (278) (279) (280) (281) (282) (283) (284) (285) (286) (287) (288) (289) (290) (291) (292) (293) (294) (295) (296) (297) (298) (299) (300) (301) (302) (303) (304) (305) (306) (307) (308) (309) (310) (311) (312) (313) (314) (315) (316) (317) (318) (319) (320) (321) (322) (323) (324) (325) (326) (327) (328) (329) (330) (331) (332) (333) (334) (335) (336) (337) (338) (339) (340) (341) (342) (343) (344) (345) (346) (347) (348) (349) (350) (351) (352) (353) (354) (355) (356) (357) (358) (359) (360) (361) (362) (363) (364) (365) (366) (367) (368) (369) (370) (371) (372) (373) (374) (375) (376) (377) (378) (379) (380) (381) (382) (383) (384) (385) (386) (387) (388) (389) (390) (391) (392) (393) (394) (395) (396) (397) (398) (399) (400) (401) (402) (403) (404) (405) (406) (407) (408) (409) (410) (411) (412) (413) (414) (415) (416) (417) (418) (419) (420) (421) (422) (423) (424) (425) (426) (427) (428) (429) (430) (431) (432) (433) (434) (435) (436) (437) (438) (439) (440) (441) (442) (443) (444) (445) (446) (447) (448) (449) (450) (451) (452) (453) (454) (455) (456) (457) (458) (459) (460) (461) (462) (463) (464) (465) (466) (467) (468) (469) (470) (471) (472) (473) (474) (475) (476) (477) (478) (479) (480) (481) (482) (483) (484) (485) (486) (487) (488) (489) (490) (491) (492) (493) (494) (495) (496) (497) (498) (499) (500) (501) (502) (503) (504) (505) (506) (507) (508) (509) (510) (511) (512) (513) (514) (515) (516) (517) (518) (519) (520) (521) (522) (523) (524) (525) (526) (527) (528) (529) (530) (531) (532) (533) (534) (535) (536) (537) (538) (539) (540) (541) (542) (543) (544) (545) (546) (547) (548) (549) (550) (551) (552) (553) (554) (555) (556) (557) (558) (559) (560) (561) (562) (563) (564) (565) (566) (567) (568) (569) (570) (571) (572) (573) (574) (575) (576) (577) (578) (579) (580) (581) (582) (583) (584) (585) (586) (587) (588) (589) (590) (591) (592) (593) (594) (595) (596) (597) (598) (599) (600) (601) (602) (603) (604) (605) (606) (607) (608) (609) (610) (611) (612) (613) (614) (615) (616) (617) (618) (619) (620) (621) (622) (623) (624) (625) (626) (627) (628) (629) (630) (631) (632) (633) (634) (635) (636) (637) (638) (639) (640) (641) (642) (643) (644) (645) (646) (647) (648) (649) (650) (651) (652) (653) (654) (655) (656) (657) (658) (659) (660) (661) (662) (663) (664) (665) (666) (667) (668) (669) (670) (671) (672) (673) (674) (675) (676) (677) (678) (679) (680) (681) (682) (683) (684) (685) (686) (687) (688) (689) (690) (691) (692) (693) (694) (695) (696) (697) (698) (699) (700) (701) (702) (703) (704) (705) (706) (707) (708) (709) (710) (711) (712) (713) (714) (715) (716) (717) (718) (719) (720) (721) (722) (723) (724) (725) (726) (727) (728) (729) (730) (731) (732) (733) (734) (735) (736) (737) (738) (739) (740) (741) (742) (743) (744) (745) (746) (747) (748) (749) (750) (751) (752) (753) (754) (755) (756) (757) (758) (759) (760) (761) (762) (763) (764) (765) (766) (767) (768) (769) (770) (771) (772) (773) (774) (775) (776) (777) (778) (779) (780) (781) (782) (783) (784) (785) (786) (787) (788) (789) (790) (791) (792) (793) (794) (795) (796) (797) (798) (799) (800) (801) (802) (803) (804) (805) (806) (807) (808) (809) (810) (811) (812) (813) (814) (815) (816) (817) (818) (819) (820) (821) (822) (823) (824) (825) (826) (827) (828) (829) (830) (831) (832) (833) (834) (835) (836) (837) (838) (839) (840) (841) (842) (843) (844) (845) (846) (847) (848) (849) (850) (851) (852) (853) (854) (855) (856) (857) (858) (859) (860) (861) (862) (863) (864) (865) (866) (867) (868) (869) (870) (871) (872) (873) (874) (875) (876) (877) (878) (879) (880) (881) (882) (883) (884) (885) (886) (887) (888) (889) (890) (891) (892) (893) (894) (895) (896) (897) (898) (899) (900) (901) (902) (903) (904) (905) (906) (907) (908) (909) (910) (911) (912) (913) (914) (915) (916) (917) (918) (919) (920) (921) (922) (923) (924) (925) (926) (927) (928) (929) (930) (931) (932) (933) (934) (935) (936) (937) (938) (939) (940) (941) (942) (943) (944) (945) (946) (947) (948) (949) (950) (951) (952) (953) (954) (955) (956) (957) (958) (959) (960) (961) (962) (963) (964) (965) (966) (967) (968) (969) (970) (971) (972) (973) (974) (975) (976) (977) (978) (979) (980) (981) (982) (983) (984) (985) (986) (987) (988) (989) (990) (991) (992) (993) (994) (995) (996) (997) (998) (999) (1000)

АКТУАЛНО

ЛЕКАРСКИЯТ СЪЮЗ ЗАПОЧНА ПОДГОТОВКАТА ЗА НРД 2014

● Обмислят правила, сформират групи за преговори с Касата

на стр. 3

Идват новите първокурсници в медицината...

Ако сред успешите в първо класиране в МУ-Плевен се проведе конкурс за красота, журито ще се затрудни...

на стр. 2

ХОМЕОПЛАЗМИН®
охлузване, протриване, подсичане

Поддържаща терапия при увредена кожа. Не се прилага под 30 месечна възраст. Лекарствен продукт. Без лекарско предписание.

BOIRON®

За пълна информация:
Борон 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

РОУТ 18444/26.06.2012

Надзорният съвет на НЗОК прекрати процедурата за договаряне на медицинските изделия

Надзорният съвет на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) взе решение за прекратяване на процедурата по договаряне на стойността, до която се заплащат от НЗОК медицинските изделия в условията на болничната и извънболничната медицинска помощ.

Мотивите за това са, че на този краен етап от провеждане на процедурата

обективно не е възможно отменяне или изменение само на отделни текстове от Методиката за договаряне, каквито препоръки имаше от Комисията за защита на конкуренцията (КЗК). С прекратяването на процедурата се избягва и възможността да се образува ново производство пред КЗК и обжалване пред Върховния административен съд.

Отчетено е и обстоятелството, че липсата на възможност за доплащане нарушава правото на пациента да ползва сумата, определена като пределна за съответната група изделия.

Надзорният съвет реши до 31 август 2013 г. да бъде изработена нова методика за договаряне на тези изделия, която да му бъде предложена за утвърждаване.

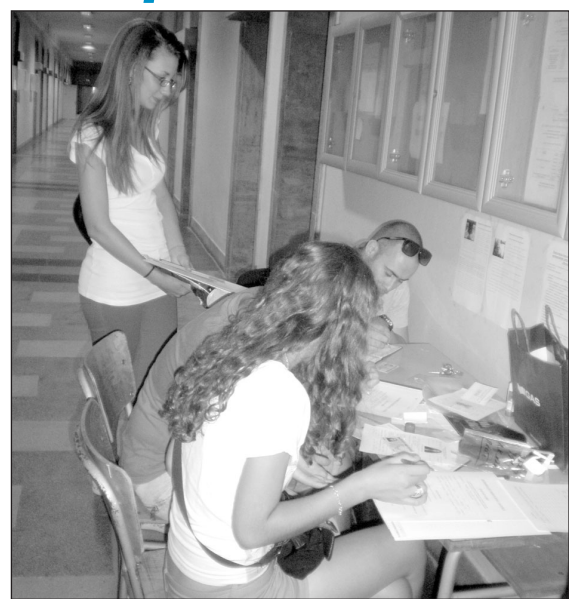
Здравна стратегия предвижда повече пари за сектора

Повече пари за здравеопазване, пренасочване на пациентите към семейните лекари и осигуряване на еднакво медицинско обслужване във всички региони на страната. Това предвижда проекта за нова здравна стратегия на управляващите, пише в "Стандарт". Тя обхваща периода 2014 - 2020 г. и е базирана на всички досегашни концепции за развитие на сектора, се казва в документа. Основните цели на стратегията са намаляване на смърт-

ността и на хоспитализациите с 20% през следващите 6 години. Още милиард за здраве догодина е първата стъпка за постигане на амбициозните цели в стратегията, смятат управляващите. Според тях на здравето трябва да се гледа като на инвестиция, а не като на разход. На 4,7 млрд. лв. възлизат парите за сектора за 2014 г., които са заложени в стратегията като песимистичен вариант. От тях 958 хил. лв. ще дойдат от европейски програми, а ос-

таналите - от вноски и от бюджета на държавата. Ако тези средства се дадат, това означава, че бюджетът за здраве догодина ще бъде по-голям от тази с 1,3 млрд. лв. Оптимистичната прогноза в стратегията за догодина предвижда 5,2 млрд. лв., които плавно да нарастват до 5,9 млрд. лв. през 2017 и да останат на това равнище до 2020 г. Това е поредната стратегия за развитие на здравеопазването. За съжаление, предишните останаха само на книга.

Момче е с най-висок бал в първото класиране за „медицина“ в МУ-Плевен



Новите първокурсници са пред канцеларията на факултета, за да се запишат след успешно първо класиране.

На 22 юли, т.г. излезе първото класиране за специалност "медицина" в МУ - Плевен. В три последователни дни - на 23, 24 и 25 юли - новоприетите студенти се записваха.

С постановление на МС са утвърдени местата за прием по всичките 10 специалности в университета за учебната 2013 - 2014 година. Както и досега, 80 ще са бъдещите лекари, които ще се обучават във факултет "медицина". Определеният брой за мъже и жени е равен.

Максималният състезателен бал е 36. През тази година с най-висок бал от първо класиране е прието момче от гр. Плевен, противно на утвърденото мнение, че момичетата са с по-висок бал. Резултатът на първенеца е 35,76, а максималният бал при момичетата 35,50. Минималният бал от първо класиране при жените е 31,50, а при мъжете - 27.

Назначиха национални консултанти

Доц. д-р Александър Хинев от УМБАЛ "Св. Марина" във Варна е новият национален консултант по урология. Той заема мястото на проф. Петър Симеонов от Александровска болница. Сменен е също така и националният консултант по нуклеарна медицина. На мястото на станалата министър на образованието проф. Анелия Клисарова е назначена ст. н. с. I ст. д-р Ирена Костадинова от Александровска болница. Това е записано в заповед на здравния министър д-р Тания Андреева от 5 юли 2013 година.

На сайта на здравното министерство е качен също та-

ка и проект на наредба за изменение и допълнение на Наредба 47, засягаща дейността на националните и републиканските консултанти.

Според промените в нея министърът ще може да определя национални консултанти не само по определени медицински специалности, но и по специфични дейности в рамките на специалността като например "инвазивна кардиология", "асистирана репродукция" и др.

От наредбата отпада изискването за всяка специалност да се определят двама национални консултанти. Премахват се и част от изискванията за съдържание на

списъците с национални и републикански консултанти, които са публични, предвид нецелесъобразността на обявяване на лични телефони и електронни адреси на лицата на сайта на МЗ.

Според наредбата вече има възможност един републикански консултант да оказва консултативна помощ при спешни състояния на територията на повече от една административна област. Това се налага от липсата на достатъчно специалисти, особено в определени специалности, което затруднява осигуряването на републикански консултанти за всяка област.

Промени в Наредба 34 ще улеснят специализацията

След проведени разговори на ръководството на БЛС с министър Тания Андреева, само за няколко дни тя оцени сериозността на проблема и първите подготвени промени в Наредба 34 вече са факт. Те са предоставени за обсъждане на сайта на МЗ за допълнителни предложения. Най-важният текст, който спираше медиците да кандидатстват за програмите с еврофинансиране (проектите "Нови възможности за лекарите в България" по ОП "Развитие на човешките ресурси"), вече отпада. Това е изискването за наличие на трудов договор на специализантите. Създава се възможност за специализантите платено обучение да продължат специализацията си на места, финансирани от друг източник, при наличието на незаети места. Според промените, остава единствено изискването за наличие на договор за обучение. Разширява се още и кръгът на специализантите, които могат да кандидатстват за финансиране на обучението си с евросредства, като към тях се включват и специалисти по дентална медицина.

Цели области в страната остават без лекари

Това е тревожната статистика, публикувана в сборника "Здравеопазване 2013", издание на Националния център за обществено здраве и анализи. В повече от половината области у нас броят на лекарите на всеки 10 000 души е под средния за ЕС, показват последните данни на изследването. Лекари липсват все повече в областите Разград, Силистра, Кърджали, Смолян, Добрич, Благоевград и Перник.

"Новите данни потвърждават тенденцията, че цели региони могат да останат без лекари. Ще ви дам един пример - преди 10 г. в болницата в Русе беше невъзможно да си намериш работа, а сега няма област без вакантни места", коментира проблема д-р Цветан Райчинов пред в. Труд. Като допълва още, че под санитарния минимум продължават да са анестезиолозите, педиатрите, патологоанатомите, но към тях се присъединяват ендокринолозите и хирурзите. "Няма как някой да те накара да отидеш да работиш в Разград или Кърджали, ако не ти предложи добро заплащане. А това не се случва, просто защото не е осигурено нужното финансиране. Затова се засилва тенденцията медиците да търсят работа зад граница - най-вече в Белгия, Дания, Швеция и Норвегия. Интересът към Германия, Англия и Франция е постоянен", казва още д-р Райчинов.

Средната възраст на българския лекар е над 50 г. "За съжаление 30% от всички доктори у нас (те са 28 643) са в пенсионна и предпенсионна възраст и се чудим кой ще ги замени", допълва пред изданието той.



ЧЕСТИТ ЮБИЛЕЙ!

Зам.-председателят на БЛС д-р Юлиан ЙОРДАНОВ празнува своя 60-годишен юбилей на 2 август. Главният секретар на БЛС д-р Димитър ЛЕНКОВ ще закръгли същата годишнина на 15 август. СЕКРЕТАРИАТЪТ НА БЛС И РЕДАКЦИЯТА НА в."Quo vadis" ПОЖЕЛАВАТ И НА ДВАМАТА МНОГО ЗДРАВЕ И НЕОТМИРАЩА ЕНЕРГИЯ В ЗАЩИТА НА ЛЕКАРСКОТО СЪСЛОВИЕ!

Признателност от РЛК-Русе

УС на РК на БЛС - Русе благодари на всички колеги, които се отзоваха на призива за материално подпомагане на тежко болен наш колега.

Радващото е, че колеги-

алните взаимоотношения и уважението между колеги-те все още са съхранени.

Благодарим Ви, колеги!

С поздрав,

д-р Антон Вържаров

НОВИ ЛИЦА

Людмила Петкова е председател на надзора на НЗОК Представител на държавата е Красин Димитров

Правителството определи заместник-министъра на финансите Людмила Петкова за председател на Надзорния съвет на НЗОК. Представител на държавата в Надзорния съвет на здравната каса ще бъде заместник-министърът на икономиката и енергетиката Красин Димитров. Това съобщиха от правителствената информационна служба.

Със същото решение от постове им са освободени Десислава Димитрова, досегашен председател на Надзорния съвет на НЗОК, и Виолета Лорер, член на Надзора.

Людмила Петкова е завършила магистратура по "Икономика и управление на търговията" в УНСС. От април 2010 г. е директор на дирекция "Данъчна политика" в Министерството на финансите. В периода април 2007 - април 2010 г. заема длъжността на началник отдел "Данъчна методология" в НАП. Преди това е работила в офис "Средни данъкоплатци и осигурители", ТД София град, ТД "Големи данъкоплатци и осигурители", ДП "Големи данъкоплатци", СУДА, София, ДП "Средец". Владее английски и руски език.

Красин Димитров е магистър по управление и организация на промишлеността от УНСС и по бизнес администрация от MBA-LBS University of Lincoln, Великобритания.

Д-р Динчо Генов става подуправител на НЗОК, д-р Николай Колев ще е председател на РЛК-Хасково до отчетно-изборното събрание

На извънредно заседание, проведено на 18 юли, 2013 г., УС на РЛК - Хасково взе следното решение: Поради заемане длъжността подуправител на НЗОК, на основание чл. 14, ал. 2 от Устава на РЛК - Хасково и на основание на чл.39, ал.1, т.4, съгласно чл.18, ал. 5, т.4 от Устава на БЛС, д-р Динчо Генов Генов прекратява предсрочно ман-



ния. Професионалната му кариера е преминала на различни позиции в международни организации и институции.

Квалификацията му е в областта на икономическите реформи, насочени към постигане на растеж чрез регулиране и управление на бизнес средата, стимулиране развитието на малките и средни предприятия, публично-частното партньорство, конкурентоспособността, иновациите.

дата си на председател на УС на РЛК-Хасково.

До провеждане на Общо отчетно-изборно събрание длъжността Председател на УС на РЛК-Хасково ще се изпълнява от д-р Николай Динков Колев. Същият бе избран единодушно чрез тайно гласуване от УС на РЛК-Хасково. Това съобщиха от хасковската районна колегия.

БЛС започна подготовката за НРД 2014 Обмислят правила, сформират групи за преговори с Касата

Промяната в ръководството на здравната каса даде зелена светлина на преговорите за НРД 2014. Новият управител на институцията д-р Румяна Тодорова категорично заяви, че е "за" договорното начало и се надява промените да се приемат с консенсус. Очакванията са срещите между експертите на Касата и на БЛС да започнат през септември. Лекарският съюз обаче вече стартира подготовката за преговорите, въпреки отпускарските месеци. Върна се и надеждата, че ще се подпише НРД за следващата година и че ще се работи при по-добри условия.

Първата стъпка, която е направена, е прегледа на наредби 38, 39 и 40. Те определят правилата за диспансеризация, профилактика и пакета от медицински дейности, които ще плаща Касата. Министър Таян Андреева се ангажира да се обсъдят промени в тези документи, затова УС на БЛС взе решение да се поискат от регионалните лекарски колегии предложения за измененията. Определени са и хората, които ще участват в групата по наредбите. Това са зам.-председателите д-р Юлиан Йорданов и д-р Кирил Еленски, д-р Галинка Павлова, д-р Диана Чинарска, д-р Димитър Петров и д-р Мариета Райкова.

Поискани са и предложения по същество за промени в НРД, за да не се губи ценно време след старта на договарянето. След писмо от Управителния съвет, през юли започна и сформирането на групите от експерти на Лекарския съюз, които ще участват в преговорите. Междувременно стана ясно, че в началото на август ще се проведе и първата среща между Управителния съвет на БЛС и ръководството на Касата, за да се уточнят графици за договарянето.

УС на БЛС реши също да се поиска актуализация на правилата за водене на преговорите. Най-големият проблем миналата година беше свързан с това, че експертите на Касата нямаха делегирани правомощия да вземат каквито и да е решения, затова всичко трябваше да се разглежда отново на ниво Надзорен съвет на НЗОК и Управителен съвет на БЛС - нещо, което затрудняваше работата. С оглед на това да тече по-гладко договорният процес, от БЛС ще настояват, когато се стигне до консенсус на

ниво експерти, текстовете да не се разглеждат от ръководствата на здравната каса и Съюза, а да се приемат като окончателни. В Надзорния съвет да остане да се обсъждат само тези въпроси, за които не е постигнато съгласие. Такива правила бяха подписани през 2009 г. между БЛС, зъболекарския съюз и НЗОК и доказаха, че улесняват преговорите.

Какво провали рамковият договор за 2013

Миналата година преговорите за Национален рамков договор тръгнаха



много добре, при това още през май, но въвеждането на строги лимити за болниците и за дейностите, които се извършват в тях, се оказа препъни камъка, който попречи за подписването на НРД. Новата методика за разпределение на парите за клиниките постави на карта не само договорното начало, но и целия здравноосигурителен модел. И рефлектира както върху лекарите, така и върху пациентите. Едноностранните решения на НЗОК върнаха недоверието в институцията и БЛС се оттегли от преговорите. Така прозрачността и обективността при разпределението на средствата бяха напълно игнорирани от изцяло одържавената здравна каса. Другият проблем, който попречи за подписването на НРД, бе решението на здравното министерство да прехвърли нови дейности към НЗОК. Става въпрос за закупуването на ваксини, интензивните грижи, диагностиката на онкологични заболявания с РЕТ скенерите, финансирането на ин vitro процедурите. Ръководството на БЛС категорично заяви, че по силата на европейските директиви ваксините и опитите за изкуствено оплождане са национална дейност и никъде не се реимбурсират,

а се плащат изцяло от държавата. Съюзът предупреди също, че парите за интензивни грижи няма да стигнат до никъде - нещо, което вече се доказва в практиката. Липсата на диалогичност и отстъпчивост от страна на тогавашния управител на НЗОК д-р Пламен Цеков дори изкара лекарите на улицата, но съществен резултат нямаше. Болниците продължиха да получават парите си за извършена дейност със закъснение, а хаосът в здравната система се задълбочи. Заради тези проблеми, Съборът на БЛС не даде мандат на ръководството да подпише

възможност да се увеличи с 15 на сто. При болничната помощ най-важното, за което БЛС отдавна настоява, е да влязат като самостоятелно плащане двете рисков специалности - патоанатомия и анестезиология. Другото искане бе да се увеличат цените на педиатричните пътеки по всички видове специалности, да бъдат завишени и цените на най-ниското платените клинични пътеки, някои КП да се разделят на две. От БЛС още тогава предупредиха, че неподписването на НРД и прекратяването на договорното начало ще доведе до сериозно изостряне на обстановката в здравния сектор. И това се случи.

Нагеджу за промяна

Сега очакванията на БЛС са министър Таян Андреева и новите шефове в Касата да изпълнят обещанията, които дадоха пред медиите и обществото. При встъпването си в длъжност те заявиха, че са за възстановяване на договорното начало и за полагане на усилия за подписване на договор с лекарите. Отидоха и подалече - д-р Тодорова говори за промени в закона и връщане на общественото ръководство на Касата, за да може управителят да се избира с конкурс, а не да се назначава от парламента, за избиране на Общо събрание, което да замени Надзорния съвет, за пълна прозрачност при харчене на средствата от здравноосигурителни вноски. Министър Андреева пък се ангажира дейностите, които бяха прехвърлени към Касата, отново да се финансира от МЗ. По тези въпроси ще има дискусии, като задължително ще се търси мнението на Лекарския съюз. Надеждите са свързани и с отпадане на лимитите за болниците. Разбира се, някаква регулация ще има, но тя трябва да бъде много по-гъвкава и много по-освободена. Отново се заговори и за оптимизиране на финансирането, реално остойностяване на дейностите и на лекарския труд... Очакванията на БЛС са свързани и с договарянето на цените и обемите и отхвърляне на практиката те да се определят с постановление на Министерски съвет. Тези преговори ще започнат след 15 октомври, когато бъде обявена макрорамката на бюджета.

Какво беше договорено

Въпреки проблемите, в неприетия НРД 2013 бяха договорени доста положителни неща, повечето от които ще бъдат предложени и за новия НРД 2014, като към тях ще се добавят и новите идеи. При общопрактикуващите лекари например, беше решено да се повишат цените на някои услуги и да се увеличи стойността на точката при неблагоприятните практики. Специалистите от своя страна поискаха да се въведе т. нар. амбулаторен случай и той да е със стойност 30 лева, но Касата отхвърли предложението им. Решено бе да се увеличи с един лев цените на профилактичните прегледи, свързани с детско и майчино здравеопазване, като същото да важи и за заключителния преглед при физиотерапевтите. Другите предложения бяха свързани с промени в пакетите. Поискано бе също цените за ВСД при

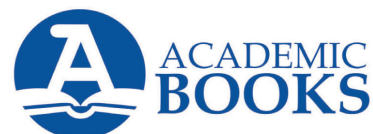
на здравната вноски с 1% се обсъжда в здравното министерство, съобщи ресорният министър Таян Андреева. Тя обаче побърза да уточни, че въпросът е деликатен и че си дава сметка, че голяма част от хората не могат да понесат скока.

"Ние бихме искали увеличаване на вноската с поне 1%, т.е. тя да стане 9% от заплатата. Идеята е този допълнителен процент да отиде за дентална медицина, като пакетът за деца ще бъде изцяло безплатен. Но си давам сметка, че много от хората не могат да поемат увеличение на вноската", коментира Андреева. Против идеята се обявиха синдикатите. "Вариант за допълнителни средства в здравеопазването е да се предприемат законодателни промени, с които да се отпуски работата на доброволните здравноосигурителни фондове. В тази връзка не подкрепяме повишаването

Обсъждат повишение на здравната вноски с 1%

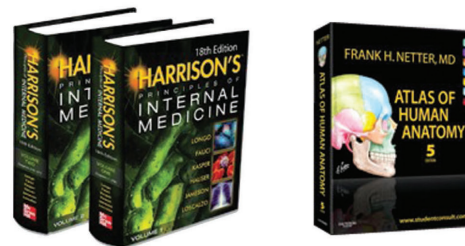
на здравната вноски от 8 на 9%, както в момента се предлага", каза д-р Иван Кокалов, вицепрезидент на КНСБ и председател на федерацията на синдикатите в здравеопазването след среща със здравния министър. Срещу по-високият "данък здраве" са и работодателите, тъй като те плащат част от вноската на служителите си. Те нееднократно са заявявали, че подобряват вариант е да се подобри събираемостта, тъй като от немедицинските граждани системата губи по 500 млн. лв. годишно.

До 2009 г. здравната вноски бяха 6% от минималната работна заплата. Протестното на тройната коалиция я повиши на 8% с идеята със събирани парите от увеличението да оперират допълнителните частни фондове за здравно осигуряване, които да покриват пакет от дейности, неплащани от НЗОК. Не посмя да увеличи вноската и кабинета на ГЕРБ.



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

За медиците от Смолян Лекарският съюз очаква справедливо решение

Във връзка с проблемите на лекари от Смолян, свързани с неблагоприятен медицински случай, БЛС се надя-

ва на справедливо решение и Районната колегия изразява своята подкрепа в Декларацията, която публикуваме.

ДЕКЛАРАЦИЯ на Районна лекарска колегия - Смолян

Лекарите от Районна лекарска колегия гр. Смолян оказват своята морална подкрепа на колегите. Преди всичко ние работим от години с д-р Лалова, д-р Ирикеева, д-р Трамбабов, д-р Господинов и д-р Съботинова. Гарантираме, че те са отговорни, съвестни и подготвени лекари. Младите лекари са силно мотивирани да работят тази хуманна и изпепеляваща професия, въпреки че в медийното пространство лекарите са обект на агресия във всичките й форми, включително и побой за развлечение.

Тази оценка ние даваме на база съвместна денонощна работа в кабинети, спешни звена и болница.

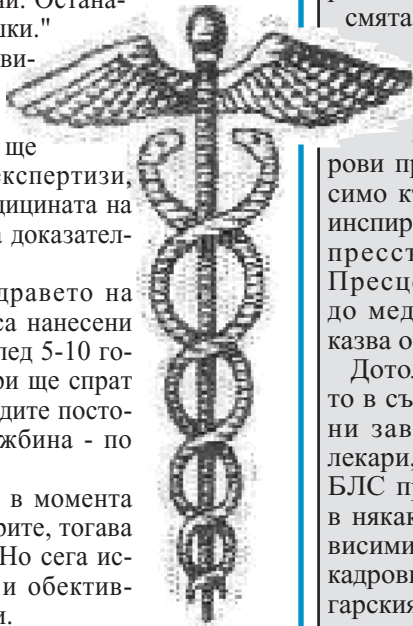
Според д-р Хаус журналистическото убеждение звучи така:

"Хората са безсмъртни. Останалото са лекарски грешки."

Ние вярваме в независимата съдебна система. Вярваме, че в процеса на работа тя ще използва лекарски експертизи, основаващи се на медицината на 21 век - Медицина на доказателствата.

На психиката и здравето на нашите колеги вече са нанесени трайни поражения. След 5-10 години сегашните лекари ще спрат да практикуват, а младите постоянно заминават в чужбина - по 500 лекари годишно.

Обществото, което в момента е агресивно към лекарите, тогава може би ще е друго. Но сега искаме справедливост и обективност за нашите колеги.



Не е в правомощията на съсловната организация да се занимава с кадрови промени

Във връзка с конкретни запитвания към БЛС, свързани с някои кадрови промени от страна на МЗ, както и във връзка с възникналите през последните дни реакции в някои болнични заведения, ръководството на БЛС смята, че не е в правомощията на съсловната организация да се занимава с кадрови проблеми, независимо къде и от кого се инспирират - се казва в прессъобщение на Пресцентъра на БЛС до медиите. В него се казва още:

Дотолкова - доколкото в съответните лечебни заведения работят лекари, чиито интереси БЛС представлява и те в някаква степен са зависими от ръководните кадрови движения, Българският лекарски съюз

отпрати към министъра на здравеопазването д-р Тана Андреева няколко основни предложения:

1. Да се преустановят на този етап всякакви уволнения и назначения в болниците.

2. Да се изготви наредба за избор на ръководните постове с конкретни и точни критерии и изисквания за заемане на съответните длъжности. Да бъде заложено изрично, че те могат да се освобождават само при неизпълнение на ангажиментите, поети при конкурса, или несправяне с работата по конкретни показатели.

3. Да не се приемат препоръки от никакви политически партии, лица или организации

за назначаване на ръководни кадри в здравеопазването.

4. Единият член на Борда на директорите да бъде представител на МЗ, съотв. на общините, в зависимост от позицията на принципал, а вторият член да се избира от колектива на съответното лечебно заведение.

Принципно, БЛС изразява категорично си становище за ненамеса на политиката в лечебните заведения. Това е територия единствено на здравеопазването, а не място за правене на политика, дори тя да е добра. В няколко свои медийни изяви през последните дни, председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов изрази нееднократно тази позиция - завършва прессъобщението.

Деканският и Факултетният съвет на МУ не са съгласни с промените в борда на директорите на УМБАЛ „Александровска“

В писмо до БЛС, до здравния министър и други институции двата съвета на МУ изразяват категорично си несъгласие с подмяната на декана на МУ от състава на съвета на директорите на УМБАЛ "Александровска". В текста, подготвен от 38 професори и доценти, чиито имена са утвърдени в медицината, четем:

Ръководството на Медицинския факултет при Медицински университет - София, в лицето на Деканския съвет и Факултетният съвет, изразява пред Вас категоричното си несъгласие с извършената от Вас на 03.07.2013 г. подмяна в състава на съвета на директорите на УМБАЛ "Александровска" ЕАД, София. Отстраняването на декана на МФ проф. д-р М. Маринов от състава на съвета е без прецедент в дългогодишната неразривно свързана история на двете институции - най-старият и най-реномиран медицински университет в България и най-голямата университетска болница, в чийто състав има стотици реабилитирани и нехабилитирани факултетен преподавателски и научни кадри.

През последните десетилетия деканът на МФ е бил неизменно в състава на съвета на директорите на Александровска университетска болница, в качеството си на представител на институци-

ята и явявайки се гарант за интегритета и развитието на академичния лекарски състав на болницата и за устойчивото протичане и развитие на учебно-преподавателския процес, осъществяван в нея с хилядите български и чуждестранни студенти, докторанти и специализиращи лекари.

Независимо от политическата си принадлежност всички досегашни ръководства на здравното министерство са зачитали през последните десетилетия логиката и целесъобразността на тази традиция.

Уважаема Д-р Андреева,

Факултетният съвет на Медицински факултет при Медицински университет-София се обръщат към Вас с призив и очакване да преосмислите решението си и възстановите деканското присъствие в Съвета на директорите на УМБАЛ "Александровска" ЕАД.

София, 11.07.2013 г.

Членове на Факултетния съвет и Деканския съвет

Проф. д-р Марин Белев Маринов
Чл. кор. проф. д-р Ваньо Иванов Митев
Проф. д-р Васил Димитров Димитров
Проф. д-р Иван Гергов Митов, Зам. Декан
Проф. д-р Виктор Борисов Златков, Зам. Декан
Проф. д-р Марин Даскалов, Зам. Декан
Проф. д-р Димка Вълчанова Хинова-Палова
Доц. д-р Емил Влайков Воденичаров
Проф. д-р Ива Тодорова Петкова
Проф. д-р Огнян Борисов Георгиев
Проф. д-р Радослав Александров Гърчев
Проф. д-р Сабина Захариева Захариева
Проф. д-р Вихра Крумова Миланова
Проф. д-р Генчо Кръстев Начев
Проф. д-р Йорданка Великова Узунова, Зам. Декан
Проф. д-р Силвия Любчов Георгиев
Проф. д-р Чавдар Крумов Славов
Проф. д-р Петър Колев Панчев
Проф. д-р Илия Цветанов Ватев
Проф. д-р Людмила Матева Владимирова
Проф. д-р Людмила Боянова Георгиева
Проф. д-р Лъчезар Динчов Трайков
Проф. д-р Виолета Димитрова
Проф. д-р Боряна Петрова Делийска
Проф. Георги Тодоров Тодоров
доц. д-р Райна Цветанова Гергова
гл. ас. д-р Живко Колев Сурчев
гл. ас. Силвия Георгиева Календерова-Вълкова
гл. ас. д-р Савина Петрова Хаджидекова
Проф. Васил Георгиев Хаджидеков
Деян Мирослав Попов, 6-ти курс
Радислав Венциславов Наков, 6-ти курс
Велислава Велислава Василева, 4-ти курс, ерготерапия

Проф. д-р Камен Николаев Чацев
Проф. д-р Венцислав Наков
Проф. д-р Кристина Трайков
Проф. д-р Мария Георгиева
Проф. д-р Мария Райчева

РЕАКЦИЯТА

В Борда на най-голямата университетска болница деканът на МФ гарантира приемственост между обучението и практиката

В писмо от председателя на БЛС д-р Цветан Райчинов до министър Тана Андреева четем:

Във връзка с постъпило писмо в БЛС вх. № 1629/16.07.2013 от членове на Факултетния и Деканския съвет на МУ-София, в което се изразява становище относно отстраняването на декана на МУ от състава на съвета на директорите на УМБАЛ "Александровска", бих искал да изразя следното становище:

Български лекарски съюз изразява принципната си позиция, че в съвета на директорите на най-голямата университетска болница, където се обучават бъдещите лекари на страната, един от членовете наистина трябва да бъде деканът на медицинския факултет. През годините тази практика се е наложила и независимо кой е заемал тази длъжност в персонален план, този модел е гарантирал възможно най-добрата приемственост между обучението и практиката на медиците. В този

аспект, позицията се явява и връзката на учебно-преподавателския процес с развитието на клиничната дейност.

Тъй като съм убеден, че и Вие сте запозната и достатъчно ангажирана със случая, бих искал да се надявам, че има възможност за верификация на ползата от една подобна промяна. Защото мотивацията на академичната общност и нейното приобщаване към цялостното развитие на системата на здравеопазване, минава и през зачитането на нейните права като равностоен партньор. Убеден съм, че като част от лекарското съсловие, това е много съществен състав, ценен със своя опит, познания и ерудиция. Надявам се на положително становище и от Ваша страна, с оглед предотвратяване на допълнителни точки на напрежение и в името на общите ни интереси.

P.S.

Здравният министър Тана Андреева се е срещнала с декана на медицинския факултет на Медицинския университет-София проф. д-р Марин Маринов и го е възстановила на позицията му в съвета на директорите в "Александровска болница". Това стана след като ръководството и студентите на университета, а също и БЛС се обявиха в подкрепа на декана.

БЛС се пребори за голяма част от исканията на лекарите

● **Медиците настояват за ясна стратегия за развитие на здравеопазването и връщане на договорното начало**

Битката на лекарите за нормални условия на работа и премахване на напрежението в системата продължи повече от година, но добрата новина е, че по-голямата част от исканията на медиците бяха постигнати. Като най-голям успех може да се определи решението на парламента за

инкриминиране на нападението над лекари

а също и над зъболекари, акушерки, магистър фармацевти, медицински сестри и учители. Очакванията са промените в закона да прекратят посегателствата над медицинските екипи, когато са на работа и се борят за живота и здравето на българските граждани. Както е известно, в последните две години тези промени бяха приоритет за БЛС. Заедно с Асоциацията на работещите в спешната помощ, съсловната организация внесе необходимите текстове за изменение на закона, бяха проведени и многократни срещи в предишното Народно събрание, за да се убедят депутатите, че защитата на медиците е необходима. Въпреки това промените не бяха гласувани окончателно от 41-ия парламент. Още на първата си среща с новото ръководство на НС, председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов отново постави проблема и този път народните представители в кратки срокове гласуваха измененията. Ръководството на Съюза изрази удовлетворението си от бързата реакция, както и от факта, че този път медицинското съсловие получи заслужено необходимата подкрепа и от депутатите. Другата неоспорима победа на съсловието, извоювана и чрез протести, безспорно е

стото, пациентските организации, с асоциациите на болниците. За съжаление, д-р Цеков остави на следните си доста проблеми, включително недостиг от близо 80 млн. лв. за лекарства на онкоболните. С отстраняването му се отвори вратичка за възстановяване на диалога за НРД - поне такава заявка бе направена от новия управител на НЗОК д-р Румяна Тодорова. Освен това вече се обмисля

връщането на инвентаро, имунизациите и интензивните грижи в МЗ

нещо, за което настоява Съюзът. Идеята е от 2014 г.

ната несъстоятелност. Със своето решение ВАС прие всички доводи, изложени от БЛС и на практика спря действието на нормативния акт. КЗК също отхвърли една от методиките на Касата. Според антимонополната комисия Националната здравноосигурителна каса ограничава конкуренцията на пазара на медицински изделия за болничната и извънболничната медицинска помощ. В Методиката се съдържат дискриминационни условия за допускане на участници до процедурата по договаряне, смятат от КЗК - нещо, за което БЛС предупреди веднага след приемането на документа.



тези дейности отново да се плащат от министерство на здравеопазването, но окончателното решение ще бъде взето през септември, след разговори между БЛС, Касата и МЗ.

Срещи с пациентските организации пък ще трябва да решат проблемите с онколекарствата. Това, което е сигурно, е, че БЛС няма да се съгласи парите от резерва на НЗОК да отидат за медикаменти, след като години наред те се използват за плащания на медицинската дейност в болниците. Междувременно

ВАС и КЗК отменяха три от спорните методи на НЗОК

И това още веднъж докажа, че когато липсва диалог, се вършат нередни неща, които водят до хаос и напрежение. С решението си Върховният административен съд отмени две от методиките на НЗОК, свързани със заплащането на медицинските дейности в болниците. Българският лекарски съюз обжалва в съда тези методики веднага след като МС издаде съответното постановление за тяхното приложение. Още при публикуването им на сайта на Касата, съсловната организация реагира с поредица аргументи за тях-

Финансова подкрепа за малките болници

Министерството на здравеопазването се ангажира и с решаването на още един проблем, за който алармира от години БЛС. Става въпрос за стандартите и нивата на компетентност, които притискат голяма част от общинските лечебни заведения. Експертите на МЗ обещаха да ги преразгледат, за да се премахнат ненужните изисквания за 4-5 доктори и самостоятелни лаборатории за извършване на дейност, която е правена от години. Освен това е взето решение да се субсидират малките болници, които обслужват жителите от отдалечени и труднодостъпни райони. Приоритет става и разрешаването на

проблемите около специализациите на лекарите

Известно е, че в момента, въпреки спечелените 16 млн. лв. по програма "Развитие на човешките ресурси", желаещи да се обучават с евросредства няма, заради неизпълнителните условия, поставени от МЗ. Нещо, което поставя под въпрос усвояването на парите. А да се губят средства, които могат да задържат медиците в България, е повече от престъпление.

В ПОДКРЕПА НА ТЕЗИ, КОИТО ПОМАГАТ НА ВСИЧКИ НАС



КРЕДИТ ЕКСПЕРТ ЗА СВОБОДНИ ПРОФЕСИИ

ДО 30 000 ЛЕВА БЕЗ ОБЕЗПЕЧЕНИЕ

Финансирането е предоставено чрез „Европейската програма за микрофинансиране Прогрес“, създадена от Европейския съюз. За кредити до 25 000 EUR за 6 год. срок на Клиенти-микропредприятия.

УСПЯВАМЕ ЗАЕДНО

SOCIETE GENERALE
ЕКСПРЕСБАНК

0800 18 888
WWW.SGEB.BG



Търси се национален консенсус за промени в здравния сектор

Другото искане на БЛС - да има национална стратегия за развитие на здравеопазването през следващите години, също е на път да се изпълни. Министър Таня Андреева заяви, че във ведомството вече се работи спешно по такъв документ, за да бъде представен пред Европейската комисия до края на юли. От него

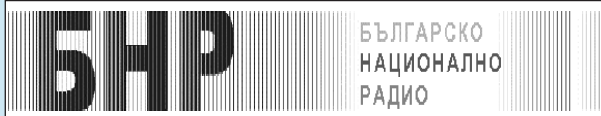
во на здравното министерство прие искането на съсловната организация да се създадат съвместни комисионни, съставени от експерти на МЗ и БЛС. Те ще обхващат отделните сектори - спешна помощ, психиатрия, хемотрасфузиология, връщане на дейности към МЗ и т.н. На финала може да се каже, че настояването на

развива системата в следващите години. Там беше заложено и искането на Съюза всички промени в здравеопазването да се извършват след съгласуване с БЛС. Сега очакванията на лекарите са свързани с възстановяване на договорното начало, за да може да се подготви новият рамков договор за 2014 г. Медиците искат също ясно дългосрочна концепция за развитие на спешната помощ, изготвяне на здравна карта, гарантираща качествена и достъпна медицинска помощ, спиране прехвърлянето за финансиране от НЗОК на дейности - ангажимент на държавата, законова забрана за едностранно издаване на актове от НЗОК и не на последно място - повишаване на средствата за сектора и поетапно преминаване на системата за финансиране на болничната помощ към диагностично-свързаните групи. Дали всичко това ще стане реалност или ще бъде отложено и забравено, ще стане ясно скоро.



зависи дали и колко пари ще получи България за здравеопазване по европейски програми. Засега проектът за стратегия не е съгласуван с БЛС - нещо, за което Съюзът ще настоява. Все пак новото ръководство

БЛС да се постигне Национален консенсус за промени в здравния сектор има шанс да се случи. Още повече, че две от управляващите партии подписаха преди изборите споразумение за насоките, в които трябва да се



БЪЛГАРСКО
НАЦИОНАЛНО
РАДИО

Д-р Цветан Райчинов, председател на УС на БЛС: Искаме да знаем къде отидоха отклонените пари от вноски

БНР, "Неделя 150"

Цветан Райчинов: Не може да има лимит, защото няма как да се предвиди колко точно хора, от какво заболяване в момента ще страдат и да има някакъв лимит колко от тях да бъдат приети някъде за преглед и лечение. Това просто е абсурд. Регулация - да, но не и краен лимит, особено пък по диагноза - това, което беше направил д-р Цеков в началото на годината беше просто абсурдно... Продължават тези негови действия под други форми, в отчетите изисква да се вписват надработените в друг вид дейност като отчет, което не гарантира заплащане на тази дейност.

Водещ: Да. Онези пари колко бяха, 1 млрд. от осигуровките, които бяха взети, прибрали?

Цветан Райчинов: Общо са над 2 млрд., но милиард и нещо бяха взети наведнъж, 1.5 млрд. близо, наведнъж с гласуване. Но

доколкото разбрах тези пари отдавна ги няма. Къде и защо и за какво са изхарчени, няма как аз да знам.

Водещ: Не би ли трябвало да стане ясно?

Цветан Райчинов: Би трябвало, и хората да знаят къде и защо са отишли парите, които са си внесли за здраве, защото това са на всеки един осигурен парите. И последващите, които бяха прехвърляни от министерство към Касата и обратно, да не говорим пък за последната година надсъбраните от вноски пари, които потънаха абсолютно неизвестно къде. И отговор няма засега къде са тези 40 млн. от края на миналата година.

Водещ: Настоявайте, ние медиите също ще настояваме.

Цветан Райчинов: Настояваме, вие слушате, парите не достигат за онколектарства, за други дейности. А в същото време пари от вноски потъват някъде.

Помолихме министър Андреева да преустанови всякакви уволнения и назначения в болниците

3 юли 2013 година
БНР, "Нещо повече"

Водещ: ...Притеснява ли Ви, докторе, това, което се случва напоследък?

Цветан Райчинов: Да, определено ме притеснява, макар че Лекарският съюз като организация не се занимава с кадруване - с уволнения и назначения на кадри в лечебните заведения. Имам предвид ръководни... Не ни е задължение, нито право, нито пък имаме желание да се занимаваме с това. В болниците и въобще в лечебните заведения, водещото трябва да бъде професионализмът, нищо друго...

Водещ: Да, но на всеки четири години се оказва, че това не е най-важното...

Цветан Райчинов: Няма правителство, което да не го е правело досега. Нищо ново под слънцето. Продължаваме същата стратегия, идва някой на власт, решава да слага свои хора, а болниците и лечебните заведения не са място, на което да се прави политика. Не мога да разбера защо това никой не го схваща. И продължава все същото.

Водещ: Причината сякаш е в регламента извън политиката. Какъв може да бъде той според Лекарския съюз?

Цветан Райчинов: Именно това предложихме на но-

вия министър сега - да се промени изцяло наредбата за управление на лечебните заведения, така че там да бъдат включени обективни показатели, които да служат както за назначение, така и за освобождаване, а не сега съществуващата. Предложихме и нещо друго, разбира се, директорът или управителят на дадено лечебно заведение да бъде избран с конкурс, и то, пак казвам, по обективни изисквания. Защото в момента е общо названието - проект за развитие в следващите 3 години - нещо, което не мога да кажа, че е обективно. Второто, което предложихме е в държавните заведения министерството да си има представител в борда за надзор на дейността на заведението и неговото мнение като наблюдаващ дейността да се взема предвид. А другият член на борда на съответната болница да бъде избран от колектива, за да имат представители и работещите в дадено заведение, пряко участие в управлението на това заведение. Това очакваме да се случи, като молбата ни беше дотогава да се преустановят всякакви уволнения и назначения. За да няма политически нюанси и, разбира се, да се извърши обективна проверка на заведенията и тяхната дейност.

Д-р Юлиан Йорданов,
зам.-председател на УС на БЛС:

Говори се за дефицит в Касата от 80-100 млн. лв.

10 юли 2013
БНР, "Нещо повече"

Д-р Юлиан Йорданов: Очертава се един дефицит в Касата около 80-100 милиона по наши прогнозни стойности. За съжаление, от предишния управител само слушахме как бюджетът се изпълнява ритмично и няма дефицит. Касата работеше абсолютно непрозрачно и това, което заявиха и двамата кандидати за поста управител на НЗОК и това, което ние също държаме да бъде чуто, е, че Касата ще работи абсолютно прозрачно и ще бъде върнат нейния обществен характер.

Репортер: Искате да се разграничи от финансовото министерство, да взема самостоятелни решения? Това да бъде залог вие да подпишете нов НРД?

Д-р Юлиан Йорданов: Точно така. Разбира се, диалогичността е нещо много важно. Може би трябва доста законови промени да се направят, за да може и да се върне конкурсното начало при определянето на управител на НЗОК, а не той да бъде излъчван от парламента, защото, както виждате и както казахте преди малко, досега в рамките на известно време и то не на много голямо, 4 управители бяха сменяни на Касата, което води до смущения в работата. Така че ние държим на общественото начало, на конкурсното начало при определяне управителя на НЗОК и разбира се на диалога, този диалог, който беше

прекъснат не по наша вина и който се надяваме, че в скоро време ще стартира и ще започнем действително преговорите по НРД 2014.

Репортер: Днес чуваме и от двамата кандидати, че е необходимо медицинските стандарти да бъдат пренаписани. Съюзът ще подкрепи ли това?

Д-р Юлиан Йорданов: Да. Медицинските стандарти действително трябва да бъдат пренаписани, защото там има много големи размивания и недоразумения, но не е въпросът само в медицинските стандарти. Въпросът е в методиките, които Касата изработва. Първото, което се вижда, че когато липсва диалогичност, защото по принцип настоящата нормативна база оказва, че единствено Касата изработва тези методики, вижда се, че когато няма диалог, когато не се слушат и съсловните организации, тези методики не само че не работят нормално. Те създават напрежение в системата, но и три от шестте методики, които Касата направи тази година, бяха свалени. Две бяха върнати от ВАС, една от КЗК. Т.е. виждате, че има действително нещо може би като хаос в системата и действително диалогичността, разговорите между партньорите, това са съсловни организации, пациентски организации, действително трябва да се работи, за да се получат работещи нормативни документи.



Крайно време е в България здравеопазването да стане приоритет

11 юли 2013 година
Нова телевизия, "Здравей, България"



Лекари скочиха срещу Здравната каса
Къде остават пациентите?

Д-р Юлиан Йорданов: Крайно време е в България здравеопазването да стане приоритет не на думи, защото всички в преизборните си кампании казват - да, здравеопазването ни е приоритет и после като че ли някак си всички забравят...

Водещ: По какво да познаем, че е национален приоритет? Да речем, средствата за здравеопазване, които се отделят...

Д-р Юлиан Йорданов: Разбира се. Това е видно от реалните показатели, които ще покажат, че политиките имат ангажимент към здравеопазването в тази държава. Не може ние години наред да бъдем на последно място в Европа по отделен процент от БВП и на най-ниската сума за здравеопазване на човек от населението в европейските държави.

Водещ: Да кажем обаче конкретно в момента...

Д-р Юлиан Йорданов: Аз много не съм съгласен, че ние сме на 20 години от европейското здравеопазване. Българските лекари работят на евро-

пейско ниво. Техните знания, техните умения са на европейско ниво и не случайно много от тях работят вече и в чужбина, защото тука действително те не намират пътя за развитие, за усъвършенстване и за изпяване.

Д-р Юлиан Йорданов: Не бих казал, че това, че болниците са търговски дружества е много голям проблем. Друг е проблемът - че няма консенсус, политически консенсус за това как ще върви здравеопазването и какво трябва да се направи. И в тази връзка, БЛС предприе едно начинание. Преди последните избори ние сключихме споразумение и договори с почти всички политически сили по основните приоритети за здравеопазването. Те бяха приети, пак казвам, приети от повечето политически сили, с изключение на 2 от тях, така че това е пътят, според нас и мисля, че това, всички ще се съгласим, е националният консенсус какво трябва да се случи в здравеопазването.

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

10 юли 2013 година
БНР, "Нещо повече"

Водещ: Как ще коментирате избора (на д-р Румяна Тодорова)?

Диана Чинарска: ... този избор - така познатия нов "стар" управител на НЗОК, ние сме с много добри спомени от нейното управление на Касата, изключително диалогичен човек и на това разчитаме в бъдеще - добрите контакти, добрия диалог, добрия тон и добрите резултати.

Водещ: Нямахте ли период от нейното управление по времето на Тройната коалиция, когато нямаше диалог с БЛС или това вече е забравено, затворена страница?

Диана Чинарска: Не, не е забравено. Това е един до-

Имахме добър диалог с д-р Румяна Тодорова

бър урок за българските лекари, за БЛС. Това беше под ръководството на един друг председател, който поставяше едни неизпълними условия и който доведе до конфликт с НЗОК. Разбира се, ние си платихме цената - липса на рамков договор две години, след което много трудно, но си възстановихме позициите след тази ситуация в институциите, които отговарят за здравеопазването, включително и Касата. Така че сега се надяваме отново да си подновим диалога, отново да имаме рамков договор и той да бъде

така добър, както бихме желали - и двете страни да бъдат удовлетворени...

Д-р Тодорова настоява за пълна прозрачност на всички разходи и взети решения в Касата чрез предполагаем... спомена за интернет страницата на НЗОК. Настоя същщо за тотално преработване на медицинските стандарти и каза, че не харесва думата „лимити“ в здравеопазването, особено когато говорим за раковите заболявания. За съжаление с повишен процент през последните години.

Водещ: Вие как гледате на поне част от тези идеи, които сподели г-жа Тодорова?

Диана Чинарска: Така е, това са проблеми, натрупани с годините, срещу които БЛС се е опитвал нееднократно да се пребори, включително за електронното здравеопазване, за електронната здравна карта на пациентите, с която ще има пълнен финансов контрол на изразходваните средства. Ние ще я подкрепим във всяко едно начинание, което ще бъде във взаимна полза. Много е трудно да се съвмести медицинската част в нашата професия с финансовата част, която държавата ни дава, защото трудно е един лекар да ограничи своята свобода на действие, когато знае, че ресурсът е недостатъчен.

Доц. д-р Златица Петрова, старши експерт в БЛС:



Етичната комисия изготви централен регистър на жалбите и сигналите

Централната комисия по професионална етика, изградена по изискванията на Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина, функционира съгласно чл.15 от Устава на БЛС. Каква бе дейността ѝ през изминалата 2012 година?

Изготвен е централен регистър на постъпващите жалби и сигнали с алгоритъм за дейност и отговори по тях. Актуализиран е Правилник за работа на Комисията. Разработена и приета от Управителния съвет на БЛС е "Концепция за развитие на функциите на централната комисия

● Създаден е и алгоритъм за дейност и отговори по оплакванията

по професионална етика /ЦКПЕ/ към БЛС. Контрол на качеството и система за оценка на риска от БЛС." Подготвени и приети от 56-ия извънреден събор на БЛС, са два документа: Кодекса за професионална етика и Правила за добра медицинска практика. И двата документа са на етап утвърждаване и публикуване от министърния съвет на БЛС е "Концепция за развитие на функциите на централната комисия

Клинични процедури /КПр/ в ДВ бр.12/ 07.02.2013г

За периода 2012 до месец май 2013 се проведеха четири редовни заседания на Комисията и поредица от онлайн обсъждания на казуси от спешен порядък. Постъпилите жалби за период от една година са общо 75. При направения анализ и обсъжданията по време на заседанията на Централната комисия се установиха следните проблеми и тенденции:

Постъпват жалби и сигнали от граждани и институции, които в 70% от случаите са директно отправени към ЦКПЕ, което безспорно е поради ниската информираност на населението и непознаването на българското законодателство в областта на здравеопазването. Това се потвърждава и от данните на Евробарометър за 2010 година - от отговорите на въпросите, зададени на българските граждани: Кой отговаря за здравеопазването?; Откъде научавате за медицинските грешки?; Към кого бихте се обърнали?

Кой отговаря за БП в твоята страна?	България	ЕС
Министерство на здравеопазването	48%	32%
Изпълнител на медицинска помощ	44%	27%
НЗОК	10%	7%
Правителство	6%	5%
Местна власт	0%	5%
Неправителствена пациентска организация	5%	4%
Законодателната система	0%	4%

Източници на информация за медицински грешки	България	ЕС
Телевизия	81%	73%
Вестници, списания	30%	44%
Приятелни, семейство	48%	31%
Интернет	11%	21%
Радио	6%	18%
Личен опит	11%	16%
Болница	7%	10%

Към кого бихте се обърнали?	България	ЕС
Адвокат	35%	48%
Ръководството на болницата	55%	37%
Министерство на здравеопазването	54%	36%
Национална агенция за БП	27%	29%
Институция, защитаваща правата на пациентите	20%	21%
Представител на местната власт	11%	14%
Лекар, мед. сестра, аптекар	13%	12%
Близък, който работи в здравеопазването	7%	6%

дицински, морално-етични и деонтологични въпроси, свързани с упражняването на професията и взема решения по чл.39 от настоящия устав) и с не утвърдените Правила за добра медицинска практика. Резултатът е принизен авторитет, "олекване" на решенията на КПЕ и тласкане на жалбоподателите да търсят друг, по-неприятен за нас път на решение - министерството на здравеопазването, одит, съд.

Явно се чувства липсата на Правилата за добра медицинска практика. По своя характер те се преплитат с Кодекса по професионална етика, регламентиран принцип за работа, залегнали в документи на ЕС. Европейска харта за правата на пациентите и други. За съжаление, няма механизъм, по който районните и централната комисия по професионална етика да изискват и ползват становища на водещи специалисти в дадена област на медицината, за професионалното поведение и медицинската целесъобразност на извършена диагностично-лечебна дейност, за която е недоволен и се жали пациентът (от получените жалби тези случаи са 42).

В 22 от постъпилите жалби се визира грубо, обидно непрофесионално отношение и нарушение на етичните норми във взаимоотношенията "лекар - пациент". В четири от случаите жалбите касаят взаимоотношенията "лекар-лекар". В част от жалбите в много случаи се изразява възмущение, недоволство, негативизъм спрямо различни медийни изяви на лекари, както и неприемливо и изкривено отразяване от медиите

на случаи, касаещи неблагоприятия в лечебните заведения или спешната медицинска помощ.

В две от жалбите на лекари, визиращи психически тормоз от страна на директор на лечебно заведение и на завеждащ отделение от друго лечебно заведение, се изисква намесата на Централната етична комисия, тъй като жалбоподателите посочват зависимост на месните етични комисии и изразяват съмнение в тяхната обективност.

В 15% от жалбите са посочени проблеми от организационен характер и други, които са в прерогативите на ИАМО, с която ЦКПЕ има коректни взаимоотношения и препраща част от сигналите за проверка. Централната комисия до момента има обратна връзка за резултатите от извършените проверки от Агенцията и решението по тях.



„Новартис“ дава възможност за лечение на множествена склероза

Gilenya е новият продукт, който вече се реимбурсира от НЗОК

Данните, представени от компанията пред Американската академия по неврология (AAN), са отговор на неудовлетворената здравна потребност да се осигури лечение на всеки етап от множествената склероза:

● Три изпитвания във фаза III подчертават ефикасността и добавят нови данни към увеличаващия се глобален опит, свързан с лекарствения продукт *Gilenya*, прилаган при повече от 50 000 пациенти в световен мащаб.

● Резултатите, получени при повече от 500 пациенти, лекувани за период до четири години, подкрепят познатия, податлив на корекция профил на безопасност на *Gilenya*, приеман перорално веднъж дневно.

● Има напредък, свързан с портфолиото на "Новартис", при изпитвания с участието на пациенти с първично прогресивна множествена склероза) и с вторично прогресивна - форми на заболяването, при които възможностите за лечение са ограничени.

Gilenya е първият перорален лекарствен продукт, който е разрешен за употреба при лечение на пристъпни форми на множествената склероза и първият представител на нов клас лекарствени продукти, известни като сфингозин 1-фосфат рецепторни модулатори 15,16. Счита се, че *Gilenya* въздейства върху възпалителните процеси, които са част от механизма на заболяването.

Резултатите показват значителна ефективност на *Gilenya* при намаляване на пристъпите и зна-

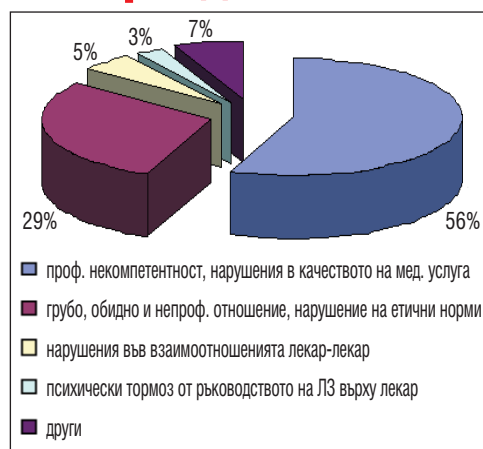
чително забавяне на прогресията на инвалидизацията за 6-месечен период, което се запазва в края на четвъртата година. При почти половината от пациентите, лекувани с *Gilenya*, не се наблюдава проява на заболяването след едногодишно лечение, а в рамките на основното изпитване FREEDOMS осем от десет пациенти са продължавали лечението на втората година.

Gilenya е единственият перорален лекарствен продукт, който е показал способност за устойчиво намаляване загубата на мозъчен обем, която е най-характерният прогностичен фактор за дългосрочна инвалидност, установяван чрез ядрено-магнитен резонанс.

Лекарственият продукт *Gilenya* е показал по-добра ефикасност в сравнение с *Avonex* (прилаган интравенозно *interferon beta-1a*) - предписван често лекарствен продукт, като е постигнал 52% относително понижение на годишната честота на пристъпите (първична крайна точка) след една година в основно пряко сравнително изпитване при пациенти с пристъпно-ремитентна множествена склероза. В последващ анализ с подгрупи, лекарственият продукт *Gilenya* е показал 61% относително понижение на годишната честота на пристъпите в сравнение с *interferon beta-1a* (интравенозно) след една година в подгрупи от пациенти, страдащи от високо активна пристъпно-ремитентна МС, която не се повлиява от лечение с интерферон.

Лекарственият продукт *Gilenya* е регистриран от "Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation" /Митсубиши Танабе Фарма Корпорейшън/.

Структура на постъпилите жалби и сигнали за периода 15.05.2012 г. - 15.05.2013 г.



Освен очертаващата се тенденция за увеличаване на сигналите на лекари срещу лекари и коментар на професионалното им поведение, се очертава и нова тенденция. Лекарите са вече и обект на жалби не само на отделни пациенти, а и на организирани пациентски организации. Факт е, че има пациентски организации, които обжалват решения на ЦКПЕ, което е коствено потвърждение, че обективно Комисията защитава колегите, когато това е подкрепено от правилна, професионална и аргументирана интерпретация на медицинската фактология. Предстоят срещи с пациентски организации, на които ще отстояваме професионалните ни права, които са в синхрон с Кодекса по професионална етика и Правилата за добра медицинска практика.

Медицинска карта ще пази хората при пътно-транспортни произшествия и инциденти



Нов мащабен проект, дело на Българска асоциация за закрила на пациентите и Българска асоциация на пострадали при катастрофи, стартира официално на 10-ти юли с пресконференция във Военно-медицинска академия.

"Спешно здравно досие" е виртуален пациентски профил, съдържащ 13 медицински показателя, консултирани с национални консултанти и специалисти по реанимация и интензивно лечение.

Тази информация е необходима на спешните екипи при реанимация на пострадали хора. Досието ще бъде от изключително значение при прием през спешните порти на болниците в цялата страна. През тях преминава 20 на сто от пациентския поток в лечебните заведения. Често пациентът вече не е в състояние да даде сам медицински данни на приемащия го

екип.

Буквално досието представлява пластична карта. В нея ще се съдържат животоспасяващи показатели като кръвна група, алергии, наличие на диабет и пейсмейкър. Освен тях ще бъдат кодирани личните данни на гражданина, посочени координати за контакт с близък човек и с личния лекар, както и евентуално съгласие за донорство.

В момента текат тестове на картата във всички спешни центрове в страната и се обучават специалисти за работа с



тях.

При инцидент как ще се стига до спешното здравно досие на пострадалия гражданин, ако той има такова? Специален стикер върху автомобила ще обозначава наличието на такова досие на собственика. При мотористите той ще бъде залепен на каската. Стикертът ще се разчита от те-

лефон или таблет, който е свързан в интернет. Системата стартира преди десетина дни и е част от проекта всеки водач да има спешно здравно досие.

До няколко седмици ще стартира масова информационна кампания за животоспасяващата карта.

Желаещите да подадат заявление за издаването на спешно здравно досие могат да получат повече информация на адрес: <https://ehelp.bg/> или на телефон 0700 17 112. Цената за обслужване на картата за година е 20 лева.

Спешното здравно досие е съвместен продукт на Българската асоциация на

пострадалите при катастрофи, Българска асоциация за закрила на пациентите. Партньори са здравното министерство, министерството на вътрешните работи, Съюзът на българските автомобилисти и Българският червен кръст.

"Чрез спешното здравно досие лекарите ще имат допълнителна информация за състоянието на пациента, тъй като в много случаи пострадалите не могат сами да дадат важна и необходима информация за здравословното им състояние", обясни проф. Николай Петров - начал-

ник на клиниката по реанимация и интензивно лечение във ВМА, който е участвал в изготвянето на проекта. Той уточни, че годишно през болницата преминават средно 1400 пациенти с тежки травми, като между 5 и 15 процента от тях поради състоянието си не могат да дадат информация за налични алергии, стентове, байпаси и други.

От Българската асоциация на пострадалите при катастрофи пък отчетоха, че годишно у нас загиват между 60 и 80 души заради липсата на навременна здравна информация.



Учредиха Българско дружество по спешна медицина

Българско дружество по спешна медицина беше учредено в средата на юни в "Пирогов". За негов председател е избран националният консултант по спешна медицина и изпълнителен директор на болницата доц. д-р Стоян Миланов. Дружеството има 3 зам.-председатели - доц. Юлий Ванев, доц. Николай Младенов и д-р Максим Гайдев.

Членовете на дружеството в момента са общо 43 от различни болници в София. Предвижда се съвсем скоро то да отвори вратите си и за медиците от страната. В Българското дружество по спешна медицина има редовни членове (медицински специалисти) и асоциирани членове (немедицински спе-

циалисти и юридически лица). В Управителния съвет пък влизат общо 11 лекари, сред които едни от най-добрите специалисти у нас, като анестезиологът проф. Милан Миланов, травматологът проф. Андрей Йотов и коремният хирург и зам.-директор на "Пирогов" д-р Стоян Сопотенски. Организацията ще бъде доц. Олег Чолаков.

Целите на новата организация са:

- Да създаде национална организация с научен характер, обединяваща лекари и други медицински специалисти, както и организации с интерес към спешната медицина в нейния най-широк аспект.
- Да насърчава проучвания, изслед-

вания, дискусии и публикации отнасящи се до всички медицински аспекти на спешната медицина.



- Да предоставя информация чрез електронни и печатни публикации на лекари и хора, интересувани се от научния подход към спешната медицина.
- Да промотира, съдейства и организира работни, инфор-

мационни и учредителни срещи и мероприятия.

- Да организира периодично национални конгреси.
- Да насърчава и координира научни

изследвания и проучвания в областта на спешната медицина.

- Да участва активно в определяне на държавната здравна политика по отношение на Спешната медицина, като участва в създаването и усъвършенстването

на нормативната база.

- Да участва в съответните специализирани комисии в Министерство на здравеопазването.
- Да подпомага своите членове в професионалното им израстване.
- Да участва в началното и продължаващото обучение по специалността Спешна медицина.
- Да установи стабилни контакти и отношения с аналогични организации и дружества в чужбина.
- Да провежда обучение по спешна медицина, съобразно световните стандарти, създадени и налагани от международните организации като: International Federation for Emergency Medicine, European Society for Emergency Medicine, American Academy of Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians.

на нормативната база.

- Да участва в съответните специализирани комисии в Министерство на здравеопазването.
- Да подпомага своите членове в професионалното им израстване.
- Да участва в началното и продължаващото обучение по специалността Спешна медицина.
- Да установи стабилни контакти и отношения с аналогични организации и дружества в чужбина.
- Да провежда обучение по спешна медицина, съобразно световните стандарти, създадени и налагани от международните организации като: International Federation for Emergency Medicine, European Society for Emergency Medicine, American Academy of Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians.

- Да участва в началното и продължаващото обучение по специалността Спешна медицина.
- Да установи стабилни контакти и отношения с аналогични организации и дружества в чужбина.
- Да провежда обучение по спешна медицина, съобразно световните стандарти, създадени и налагани от международните организации като: International Federation for Emergency Medicine, European Society for Emergency Medicine, American Academy of Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians.

- Да участва в началното и продължаващото обучение по специалността Спешна медицина.
- Да установи стабилни контакти и отношения с аналогични организации и дружества в чужбина.
- Да провежда обучение по спешна медицина, съобразно световните стандарти, създадени и налагани от международните организации като: International Federation for Emergency Medicine, European Society for Emergency Medicine, American Academy of Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians.

Само една трета от повикванията били действително неотложните случаи

Само 30 на сто от работата на Спешната помощ е по действително неотложни случаи - останалото е реагиране на повиквания, посещения по домовете, поемане на случаи и заболявания, които са задължение на общопрактикуващите лекари и други. Това трябва да се промени, заяви на среща със здравния министър д-р Таня Андреева лекари и сестри от болницата в Кюстендил.

"Регламентът така трябва да се поправи, че спешните звена да поемат действително спешните случаи, да се получи разделянето на спешната от неотложната помощ, за което има ясни медицински критерии", заяви министър Андреева.

Според нея личните лекари трябва да осигуряват денонощна помощ.

"Ще има санкции, ако не го правят. Предстои ми среща с общопрактикуващите лекари по този въпрос", каза още д-р Андреева. Всички трябвало да изпълняват своите ангажменти - такива, каквито са разписани и договорени.

Д-р Румяна Тодорова, управител на НЗОК: Здравната каса вече е монополист със закон и не виждам някой да е доволен от това

- Д-р Тодорова, оказа се, че здравната каса има недостиг от близо 100 млн. лв. Как смятате да набавите липсващите средства?

- Нека да не фиксираме цифрата, защото сме в средата на годината и е рано да кажем точно колко е преразходът, но при всички положения недостиг ще има. Той е заложен в Закона за бюджета на Касата, с прехвърлянето на новите дейности, с тенденцията, която се очертава още през 2012 г. при онкопрепаратите. При всички положения обаче трябва да направим и невъзможното, за да се плати за 2013 г. Смятам, че отговорностите, които са възложени на НЗОК, са твърде големи. Просто държавата се е отбременила от всичко, което би създавало лош имидж и го е хвърлила в Касата, която да бъде "лошото ченге". Само че тук говорим за здравеопазване и не можем да си играем така безотговорно на лоши и добри. Защото зад тези пари, а ние напоследък говорим само за пари, се крият много жестоки съдби. Дори не искам да коментирам за възнаграждения на лекари, среден персонал и т. н. Нещата са изключително отговорни и аз наистина разчитам на Лекарския съюз да влезем в един много решителен диалог, да направим една преоценка на всичко, което се е случило до момента и се надявам да стигнем до извода, че не може без финансова дисциплина. В нашата бюджетна дирекция ще огледаме целия бюджет на Касата, извън здравноосигурителните плащания, за да видим от къде и какви икономии могат да бъдат направени, за да се насочат към медицинската дейност, от което безспорно ще страда институцията. Защото има заложили средства за самото технологично обновяване на НЗОК и надграждането на информационната система. Но не можем да оставим хората без лекарства и консумативи, нито пък можем да си позволим да не платим на болниците. Искам обаче да успокоя всички, че оперативният резерв от 269 млн. лв. не е докосван, така че разчитаме на него. И на трето място, в началото на годината в банковата сметка на Касата, по извлечение на БНБ, са посочени едни средства, които са положително салдо от предходните години.

- Лекарският съюз упорито се опитваше да разбере има ли такава сметка и колко са парите в нея...

- Има ги към 1 януари 2013 г., но след това банката не ги подава като налични - нещо, което нас не ни притеснява, защото държавата, в тази тежка финансова ситуация, работи с тях и това е нормално. Важното е да ни се гарантира, че в края на годината ще ни бъдат отпус-

нати. Става въпрос приблизително за 100 млн. лв. - от изпълнение на приходната част и онези средства, за които Конституционният съд каза, че е незаконен трансферът от Касата към министерството и МЗ трябва да ги върне. Мисля, че има още 9 млн. лв. при изпълнение от приходната част от 2011 г.

- С решение на Надзорния съвет ли смятате да ги вземете?

- Тези пари не могат да се вземат с решение на Надзорния съвет. Ще пуснем официално писмо до министерство на финансите, за да видим какво ще ни отговорят. Това ни е задача № 1. И да успокоим хората, че няма да има пациенти, които ще останат без лекарства. НЗОК е поставена в странна ситуация. Всички застрахователи и брокери, с които контактувам, са изненадани от това как може да се гласува бюджет и след това институцията да се поставя пред толкова много неизвестни. Знаете, че два пъти в годината в списъка с лекарствени продукти, които Касата плаща, могат да влизат нови препарати, които утежняват бюджета. Наредба 38, която включва допълнителни диагнози, също е един непрекъснат процес. Да не говорим за влизането на нови болници, които стартират с едни имажинерни бюджети. Нека не се лъжем - когато една структура има определени пари, тя ще

боя неосигурени - аз поне до момента не чух една конкретна цифра, а това е директно неспазване на закона. Мисля, че най-накрая, след повече от 13-14 години осигурителна система, българинът трябва да разбере, че е длъжен да си прави вноската и то в пълен размер, ако иска да получава адекватна помощ.

- А ще настоявате ли и държавата да се издължава в пълен размер?

- Ние настояваме за това, откакто съм в тази система. Все пак си мисля, че дър-

жавата, всичко е за сметка на останалата дейност. Това са необмислени неща. Не може лекарствата да са за сметка на дейността.

- Такава е препоръката и на Световна банка.

- Преди години в бюджета на Касата беше записано изрично, че в параграф "Лекарства" не могат да се вкарват средства от икономии от други параграфи, както и обратното.

другото, Световната банка го препоръчва отново. Това, с което аз бих искала да стартираме с Лекарския съюз като диалог е, качеството на работата. Наистина е крайно време да говорим за качество, защото цената на услугата е една и съща, а дали резултатът от тази услуга е един и същ, и дали пациентът във всяка една точка на страната е получил еднаква услуга? Върху тази плоскост трябва да бъдат нашите разговори и аз тук наистина разчитам на БЛС. Нека да не прикрива лошите практики, нека да изкараме напред добрите. Колкото до основния пакет - знаете, че това е работа на министерството. Смятам, че тук е необходима една много широка обществена дискусия. Няма ги доброволните фондове вече, те станали застрахователни. Как да седнем на една маса, след ка-

енти да оценяват лекарски грешки. Нека не стигаеме до там. В края на краищата един лекар учи цял живот.

- Ще настоявате ли да се върне Общото събрание?

- За мен няма по-сложна структура от управлението на НЗОК, защото тук рефлексират много интереси. Тук е цялото здравеопазване. Тук е финансирането, проблемите на сектора. От това, което Касата подава като сигнали, следва политиката на държавата в системата. И се управлява от двама души - управител и подуправител. Смятате ли, че двама души могат да отговорят за цялото здравеопазване? Под тези двама души има 12 дирекции, които помежду си не си говорят. Това е моето впечатление от десетдневния ми престой в Касата. Няма екипност. Една преписка се върти по дирекциите и навсякъде пише - не е от нашата компетентност. Всичко това минава през управителя, въпреки че другата дирекция е в съседната врата.

- В целия този хаос, как се решихте да се върнете в здравната каса и смятате ли, че ще се справите?

- За мен отговорът на въпроса защо толкова много неща са изоставени и постепенно са се разрушили, е прост - от незнание. Категорична съм и стоя зад думите си. Колко време трябва на един експерт да се изгради като такъв при постоянно променящата се нормативната база? Как се изгражда един експерт? Защо трябваше всички тези хора да бъдат сменени? Не говоря за себе си. В момента тук има хора, които не знаят от къде да си потърсят информация, а да не говорим за анализи, тенденции и т. н. Това е нещото, което най-много ми тежи. Екип трудно се създава, той беше на лице и работеше. Тези експерти вече ги няма. Върнах се с надеждата да възстановя добрите практики, защото смятам, че имам гражданско чувство. Всеки един от нас е потенциален пациент и на мен не ми е безразлично какво се случва в здравеопазването. Смятам, че абсолютно отговорно съм се отнасяла към работата си като практикуващ лекар и като администратор. И крайно време е тези, които имат желание да работят в системата, да се съберат, за да може нещата да тръгнат.

- Не се ли опасявате, че отново може да ви сменят по политически причини?

- Аз съм готова във всеки един момент да ме сменят, но от това никой не печели. Защото един лекар ще излезе и ще си намери място на пазара. Въпросът е какво оставяме на хората, защото ако всеки път се тръгва от нула, е ужасно. А виждам, че тенденцията е такава в България.

Д-р Румяна Тодорова е родена в София. Завършила е Медицинската академия в София със специалност "Кожни болести и венерология", придобива специалност и по здравен мениджмънт. Работила е в Районната болница в Сливница, в VII и XXIV поликлиника

в София, и в Областния кожен диспансер. Негов директор е от 1995 до 2004 г. От 2004 до 2009 г. работи в НЗОК, като от 2006-а става неин директор. Тя е единствената, която е изкарала цял мандат от създаването на институцията.

ги използва. Така че много неща имаме за обсъждане. Ето, докладът на Световна банка, който излезе преди няколко дни, отново повдига темата за броя на болниците в България и съветва да се окрупняват. Разбира се, всяко нещо трябва да се прецизира, за да не се стига до такива неприятни моменти, в които цели общини да останат без специализирана помощ. Много са въпросите, затова разчитам на интензивна и аналитична работа.

- Кога ще бъде първата Ви среща с БЛС?

- Ние с д-р Райчинов непрекъснато държим връзка и вероятно след отпуските ще уточним датата.

- За тази година неизвестните са много, но идва времето и за преговорите за НРД 2014 г. Какви промени предвиждате?

- На мен много ми се иска първо да знаем с каква финансова рамка ще стартираме. Притеснена съм с приходната част, защото данните показват, че леко изостава. Тревожен е въпросът с

жавата по свой начин си изпълнява задълженията, поне така, както са записани в закона. За мен по-страшна е събираемостта и броят на неосигурените. Явно не сме обяснили достатъчно добре на обществото, какво означава терминът "солидарност".

- Другите проблеми за лекарите са спорната методика за плащане на болниците и въвеждането на лимити на ниво клинични пътеки. Ще ги отмените ли?

- Моето лично мнение е, че всяка болница трябва да има представа с какъв обем средства разполага. За ограничения на медицинската дейност обаче не говорим. Такова администриране в медицината е пагубно и аз съм категорично против. Не може Касата да отнема отговорностите и задълженията на болничния директор. Сега ние сме го вкарвали в едни коловози и сме казали: за интензивни грижи - толкова, за онкопрепарати - толкова, за пътеки - толкова и тъй като лекарствата нарастват

- Ще поискате ли това правило да се върне?

- На този етап не мога да го поискам, защото все още не можем да очертаем тенденцията при онколекарствата. А това е една категория пациенти, която е изключително чувствителна и там нещата са много сериозни. Така че едно фиксиране, без да знаем реално колко средства ни трябва, е рисково. Но трябва да се работи в тази насока.

- Обявихте, че сте за връщане на договорното начало. Въпросът е какво би могло да се направи, ако не се увеличи финансовата рамка?

- Ако финансовата рамка е същата и се отчетат тенденциите до момента, не виждам как може да се направи корекция на цените, например. Ако все пак това стане, тогава задължително трябва да се въведе селективното договаряне. Касата трябва да постави своите изисквания и да не сключва договор с всяко лечебно заведение. Но това означава промяна в закона. Между

те са по Закона за застрахователи и ние нямаме допирни точки с тях. На практика със закон Касата вече е монополист 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. Как ще я гарантирате при тази електронна система?

- Електронната система не може да бъде напълно готова, защото тя изисква средства. А как да надграждаме 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. Сега, покрай досието, идват сигнали за несъответствия. 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 паци-



Е-рецепти сменят хартиените от следващата година?

● *Сегашните книжки може да отидат в историята*

Рецептите за лекарства, изписвани на хартия, може да отидат в историята, а с тях и рецептурните книжки. До края на тази година НЗОК планира да приключи проекта за електронната рецепта. Това съобщи на пресконференция вече бившият управител на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) д-р Пламен Цеков два дни преди да бъде сменен. Изписването на лекарства по електронен път изисква адаптиране на софтуера на аптеки, болници и лекари с този на здравната каса, уточниха от осигурителната институция - нещо, за което е нужно време, затова не се ангажираха с точна дата кога ще тръгне системата. Според д-р Цеков това може да стане още от 1 януари или пък в средата на 2014. Първите крачки към електронно здравеопазване бяха въвеждането на персоналните информационни досиета, както и въвеждането през май на ежедневно онлайн-отчитане на болниците, стана ясно от думите на д-р Цеков.

Подготовката по проекта за е-рецепта е започнала в края на миналата година. Той ще струва на НЗОК 200 000 лева, като за болниците, аптеките и медиците услугата ще е напълно безплатна. На пресконференцията присъстваха и представители на фирмите, които изготвят софтуера за електронната рецепта. Те подчертаха, че за да работи пълноценно услугата,

трябва да се въведе Единен уникален продуктово код за всички лекарства, за да може лекарите и фармацевтите по-лесно и бързо да изписват рецепти, да предлагат лекарствата на пациентите и съответно - да правят поръчки на дистрибуторите на медикаменти. Единствената пречка до момента са закононите наредби, защото те се променят във времето, а и е необходимо да се спазва законът за личните данни и медицинската информация на пациента.

Електронната рецепта ще се попълва от лекаря. Той ще разпечата на пациента баркод, с който болният ще отиде в апте-

дукти, включително хранителни добавки, с което ще се елиминира сегашната бумажина. След като заработят електронните рецепти пациентите ще чакат много по-малко за обработката на рецептите.

Според авторите на проекта е-рецептите ще намалят грешките при изписване на лекарства и ще се повиши контролът. В случай, че се наложи да се забрани определено лекарство, в рамките на 5 минути то може да бъде блокирано в цялата система. Единният уникален продуктово код дава възможност за такава операция. Проблемът е, че у нас такава нещо не съ-



ве. Системата за единен код е била въведена в Унгария неотдавна и е сработила отлично, след като дълго време там е царял "кодов хаос", обясниха експертите. Сега в един код се побират всички ха-

то ще изписват лекарствата.

За да заработи електронната рецепта през следващата година, това трябва да бъде регламентирано в Националния рамков договор за 2014 или да се сключи анекс към настоящия договор.

"Няма такава готовност - заяви новият управител на НЗОК д-р Румяна Тодорова. - За мен по-важна е електронната здравна карта. Докато бях директор, просто не ни стигнаха парите и времето, за да я направим. Идеята ни бе да създадем такава електронна карта, че да е валидна и за България, и за ЕС, като съдържа информация за кръвната група, алергии, заболявания и здравно-осигурителния статус на всеки гражданин. Само че за да е функционална тази карта, се изискват четящи устройства в цялата система. А това струва пари. Заради финансирането може би ще го правим поетапно".



ката. Ако кодът се изгуби по някаква причина, чрез трите имена и ЕГН на пациента фармацевтът ще може да влезе в системата, и да изпълни рецептата. На е-рецептата ще могат да се изписват както лекарства, плащани напълно или частично от Касата, така и други про-

ществува. Има редица фирми и институции, които разполагат с отделни кодови системи. Анализаторската компания IMS Health, съвместно с Асоциацията на търговците на едро с лекарства се ангажираха да разработят и поддържат безплатно система с уникални кодо-

рактики на продукта и няма място за грешки, разказаха те.

Електронната рецепта ще е задължителна за всички договорни партньори на НЗОК. Предстои обучението на 4500 общопрактикуващи лекари как да използват софтуера, с помощта на кой-

Какво представлява?

Електронната рецепта е цифров вариант на стандартната хартиена рецепта. Изпраща се по интернет в момента на написването и по този начин целият процес по закупуването на лекарството се улеснява, а шансът за допускане на грешки намалява, защото вече не се разчита на докторския почерк. Електронна рецепта се съхранява на специален сървър в НЗОК, чрез който единствено може да бъде изпълнена. За да се отпусне изписаното лекарство пациентът би трябвало да постави електронната си карта в четящо устройство в аптеката, но засега такива е-карти гражданите у нас все още нямат. Фармацевтът също поставя професионалната си карта в четящо устройство.

Е-рецепти се издават за лекарства, заплащани напълно или частично от здравната каса, но идеята този път е да бъдат включени и медикаменти, които не се покриват от НЗОК. Въвеждането на електронна рецепта ще улесни пациентите и лекарите, защото ще даде възможност при допусната грешка при изписването на лекарствата тя да бъде отстранена веднага, без да се налага повторно посещение при лекаря, обясняват от Касата. Очаква се да се подобри и контролът по предписване и отпускане на медикаменти, като те ще се следят в реално време.

За първи път изписаха лекарства он лайн през далечната 2007 година

Първата електронна рецепта в България бе издадена на 3 октомври 2007 г. в град Сливница в рамките на пилотния проект за електронна здравна карта, който се реализираше съвместно от Министерството на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса. Проектът за въвеждане на електронни здравни карти обхваща две населени места - гр. Сливница и с. Алдомировци, 7 общопрактикуващи лекари, 4 аптеки и 1000 па-

циенти с хронични заболявания в гр. Сливница. Той бе част от изпълнението на предвидените действия и мерки в Националната стратегия за внедряване на електронно здравеопазване, която бе приета в края на декември 2006 г.

Официалният старт на системата тогава бе даден от министъра на здравеопазването проф. Радослав Гайдарски, като идеята бе най-късно година след това е-рецептата да се наложи в цялата стра-



на. "Тази система много ни облекчава и намалява значително административната ни

работа. Електронната рецепта се издава за по-малко от 2 минути, четлива е и няма греш-

ки, а ние имаме достатъчно време за преглед на пациентите", заяви д-р Елеонора Попова, първият общопрактикуващ лекар, интегриран в системата. "Обслужването е бързо, а клиентите, вярвам също ще бъдат доволни. С електронните рецепти информацията се генерира директно в момента на предоставяне на лекарството", сподели и магистър фармацевт Диана Димитрова, собственик на аптеката, обслужила първия пациент с електронна рецепта.

Вече издадена рецептата беше съхранена на сървъра на НЗОК, а

информация за нея - на електронната карта на пациента. Оттогава минаха шест години, без да се направи нищо.

На практика все още няма е-рецепти, нито пък електронни пациентски карти. За сметка на това поне на 10 конференции ни обясняваха, как електронната система на касата ще увеличи контролът и ще намали злоупотребите с парите на здравноосигурените. А също и че "въвеждането на електронно здравеопазване е една от стратегическите цели в Националната здравна стратегия до 2013 г."

Блокаж в имунизационния календар на страната

Близо месец бебетата останаха без задължителните ваксини

От тази година здравната каса поема изпълнението на задължителния и препоръчителния имунизационен календар, за който доскоро отговаряше Министерството на здравеопазването. И това доведе до срив в системата - близо месец в цялата страна не можеха да се намерят ваксини за новородените, бебетата и децата. Това стана причина през юли педиатри, лични лекари и родители да звънят във всички институции с молба да получат определен вид ваксина. А причината за липсата се оказа прозаична - бившият шеф на НЗОК д-р Пламен Цеков пропуснал да подпише заявките. Друг е въпросът кой допусна здравето и живота на бебетата да зависят от поставянето на един параф!

Липса на отговорност

Прехвърлянето на имунизациите от министерството в Касата на практика разми отговорността за нещо изключително важно като имунизационния календар. Сега НЗОК провежда търговете за ваксини и ги плаща, а здравното ведомство отговаря в страната да няма епидемии и взривове от заразни заболявания, срещу които

се правят точно тези имунизации от задължителния календар. Затова Регионалните здравни инспекции и МЗ в продължение на месец правеха всичко възможно, за да разпределят останалите ваксини от една област в друга. Министър Таня Андреева също изпрати остро писане до НЗОК защо половин България е оставена без ваксини. Отговорът на Касата бил потресаващ - че няма управител, който да разпише заявките. След като процедурата по смяната на ръководството на НЗОК продъл-



снабдяване на родилните домове и личните лекари обаче се забави допълнително, въпреки че фирмите са внесли отдавна ваксините. Просто е необходимо

с идването на новия управител д-р Румяна Тодорова нещата тръгнаха към оправяне.

лекарите обаче се забави допълнително, въпреки че фирмите са внесли отдавна ваксините. Просто е необходимо



жи цяла седмица, любопитно е кой е управлявал осигурителната институция през това време? И дали от хаоса в Касата няма да пос-

всъщност, подписът върху заявките за доставка на ваксини от задължителния календар е било едно от първите й задължения. Самото

технологично време. Освен това от фармацевтичните компании се оплакаха, че са заявени по-малки количества от тези, които са

приети при провеждането на търговете. От НЗОК обаче успокоиха, че недостиг няма да има.

Регът сега

Общата стойност на ваксините от задължителния имунизационен календар е около 30 млн. лв. За доставката им здравната каса провежда търг. Става въпрос за осем вида ваксини срещу основни заболявания като туберкулоза, хепатит В, дифтерия, тетанус, коклюш, морбили, паротит, полиомиелит и др. Част от ваксините са комбинирани срещу няколко заболявания. Търгът за тази година е проведен още през април, а през май Касата подписа договори с производителите и се очакваше през юни те да получат първите заявки за доставки по регионалните здравни инспекции. Оттам нататък РЗИ разпределят между родилните домове и личните лекари необходимите количества. Заради неподписаните заявки ритъмът на доставки се обърка драстично. Оказа се, че д-р Цеков е "забравил" и да изплати част от парите, предвидени за препоръчителната имунизация на 11-годишните момичета срещу рак на матката. Причината, вероятно е опитът да не се увеличи преразходът на средства, който и без

това е налице.

Липсата на ваксини е недопустима безотговорност, която поставя на карта живота на децата, подчертават специалистите. Още повече, че имунизационният календар има за цел да опази страната от епидемични взривове - нещо, записано в стратегията за национална сигурност. Затова експертният съвет по епидемиологичен надзор към Министерството на здравеопазването препоръчва държавата да си върне обратно изпълнението на задължителния имунизационен календар, за да може здравното ведомство да отговаря за предпазването на здравето на населението. В момента недостигът на ваксини съвпада с акция на здравните власти за масова имунизация в няколко области, в които се появи зараза от морбили.

Нарушеният график за имунизации показва недвусмислено, че опасенията на БЛС от прехвърлянето на ваксините към Касата са били основателни. Затова съсловната организация още веднъж припомня, че задължителният имунизационен календар е в прерогативите на държавата и никъде не се извършва от здравноосигурителна институция. Затова БЛС настоява през 2014 г. организацията и плащанията на ваксини да се върне в здравното министерство.

„За“ и „против“

През последните години у нас се надигат антиваксинални настроения. Най-засегнати от тях са ромите, но все по-често интелигентни, образовани млади хора се поддават на заблудата, че не трябва да имунизират децата си. Проблемът е, че това се превръща в мода и майки препоръчват във форумите отказ от ваксините. А тези препарати дават възможност на имунната система да се запознае с нови възбудители, без да се предизвика болест. Учените са категорични, че за изминалите 150 години средната продължителност на живота се е

увеличила 30 пъти, а от тях 25 се дължат на имунизациите.

Спред лекарите, въпросът дали бебетата да се имунизират или не, е безсмислен. Те обаче трябва да убедят в това и родителите. Защото безспорно ваксините правят хората по-здрави, но за разлика от лекарствата, ефектът от тях не се вижда веднага. Борбата с противниците на имунизациите е трудна, защото техните доводи обикновено са емоционални. Майките се страхуват най-много от това, че ваксината може да навреди на детето им, други считат, че те претоварват имунната система. Има

и такива, които са на мнение, че няма нищо страшно ако детето преболедува, защото по този начин то си създава естествен имунитет. Най-точната оценка обаче е, че това е право и привилегия на всяко дете.

СТРАХОВЕТЕ

Първата плашеща информация за ваксините се появила само три месеца след като Едуард Джениър е направил първите ваксини против едра шарка. На 8 август 1796 г. вестник "Таймс" написал "Ваксините против кравешка едра шарка ще доведат до израждането на човешкия род в крави:

на ваксинираните ще им порастат рога, копита и вимета (в зависимост от пола)". Оттогава насам едрата шарка беше благополучно ликвидирана. За съжаление стотиците и хиляди митове си останаха. Те разцъфтяват с всяка година, с всеки нов век. Само че вместо с рога и копита, сега ни плашат с квазинаучни термини.

Според Световната здравна организация от 1950 г. едрата шарка е поваляла 50 милиона души годишно на планетата. След въвеждането на имунизацията през 1967 година техният брой спаднал на 10-15 милиона души годишно в цял свят. През 1977 г. е докладван последният естествен случай на едра шарка. Той

бил в Сомалия. Три години по-късно Световната здравна организация съобщава, че заболяването е ликвидирано.

ЗАПЛАХАТА

Ако ваксините не съществуваха, всеки от нас би преболедувал дребна шарка, като 1% от болните биха умрели, а 5% биха станали инвалиди. Всеки пети човек би се разболял от дифтерия с 10-процентен риск да умре от нея. Повечето биха прекарвали полиомиелит и след него биха рискували да останат цял живот парализирани. Заболявания като коклюш, туберкулоза и енцефалит щяха да са ежедневие.

Затова по време на работен семинар в Хисар, проведен през юли,

експерти, представители на медиите и на пациентските организации призоваха да се засили информираността на гражданите за необходимостта от имунизациите. За да е ясна картината в страната, здравното министерство взе решение да събира информация за всички отказани имунизации на новородени в родилни заведения и извън тях. След като данните бъдат обобщени, ще се търсят и причините за отказа на родителите и ще се предложи път за промяна в нагласите на хората. Експертите са категорични, че антиваксиналните настроения трябва да бъдат преодолени и победени в името на децата и на цялото общество.



Една година след атентата на летището в Сарафово

Кръвен център ще се изгражда в многопрофилната болница - Бургас

"Ще лобирам за предстоящото изграждане на Кръвен център в МБАЛ-Бургас, защото това е нетърпящ отлагане проект. Ще направя всичко, което зависи от мен, за да продължи бургаската болница да бъде стълб на здравеопазването в региона и да реализира идеите си". Това каза зам.-министърът на здравеопазването проф. д-р Чавдар Славов в Бургас по време на работна среща "Бургаската болница - минало, настояще бъдеще".

Тя се проведе в Морското казино по случай годишнината от атентата на Летище Бургас, когато уменията и професионализъмът на бургаските медици получиха международно признание. Нейни организатори са изпълнителният директор на МБАЛ-Бургас д-р Георги Матов и президентът на КТ "Подкрепа" д-р Константин Тренчев. В срещата взеха участие зам.-кметът по здравеопазване в Община Бургас д-р Лорис Мануелян, зам.-областният управител Евгени Врабчев, д-р Георги Паздеров - директор на Районната здравна инспекция, д-р Таня Макшева - началник на РЗОК Бургас, представители на други лечебни заведения, лекари, фармацевти.

Идеята на организаторите бе всички институции, ангажирани в сферата на здравеопазването, да сформират общ екип и да обме-

● **Зам.-министър Чавдар Славов посети лечебното заведение**

● **До 30 дни ще е готова площадка за хеликоптери**

нят идеи за бъдещето развитие на болницата, особено за начина на финансиране. Недофинансирането е проблем преди всичко на големите болници, които се ползват с доверието на пациентите и имат огромен обем дейност - ВМА, "Пирогов", МБАЛ Бургас, държавните болници в Плевен и Варна.

"Един от проблемите в здравеопазването са средствата, а вторият е разпределението им. Министерството на здравеопазването трябва да има предвид, че на север от Бургас през лятото се появява цял град, чието население може да го нареди на шесто или седмо място в страната. Това е Слънчев бряг. Голяма част от посетителите му са чужденци", каза д-р Константин Тренчев. Въпреки огромното нарастване на населението в Бургас през летния сезон - до 2 млн. души, финансирането си остава едно и също.

Този проблем засегна и изпълнителният директор на МБАЛ-Бургас д-р Георги Матов.

"Многократно през изминалите години нашият екип алармира, както министерството на здравео-

пазването, така и Националната здравноосигурителна каса за това, че така наречените делегирани бюджети много пречат за развитието на болниците, които имат голям обем дей-

ност. Тоест от един милион и 120-130 хиляди лева заработени приходи от НЗОК, месец април минахме два милиона и двеста хиляди. Месец юни, който е малко по-слаб за нас, ми-



Д-р Георги Матов постави проблемите на болницата.

ност. Един делегиран бюджет за болница като нашата не дава възможност за правилно планиране и погасяване на дълговете, а това не са дългове, а финансови параметри, които трябва да реализираме за доставка на лекарства, консумативи и други - бих казал много важни компоненти. Само за последните 3 години ние имаме над 36% прираст на обема дей-

нахме 1 млн. и 800 хил. лв.

Всички средства между милион и двеста и милион и осемстотин остават недоплатени и независимо, че ние сме го заработили, ще чакаме евентуално разрешение на Надзорния съвет на НЗОК след контрол и проверка дали това е извършено, средствата да ни бъдат преведени. Това се случва месеци назад и това затруднява нашата дей-

ност. Тази методика трябва да отпадне, защото ни връща в години на финансов дефицит и създава тежко напрежение, включително и блокиране на дейността на болници. Работещите болници минават лимита. Трябва да се актуализират бюджетите на болниците, да се помисли по какъв начин натрупаните дългове да бъдат поети от държавата, защото това води до изключително напрежение между нас и договорните ни партньори. А бизнесът по този начин се стопира. Ако това не се реши в следващите 3-4 месеца, може би до Нова година, ще имаме голям проблем с доставчиците на лекарства и консумативи към лечебните заведения", каза д-р Матов и апелира към ръководството на МЗ да уведоми за проблема новото ръководство на здравната каса, за да се вземе добро за всички решение.

Сред по-важните предстоящи проекти, които ще помогнат за здравните грижи в областта, е откриването на Кръвен център. От повече от половин век отделението по трансфузионна хематология на болницата се помещава на едно и също място, като дори няма санитарен възел. Целта е то да се превърне в Кръвен център, като освен обновяване на материалната база, най-голямата разлика е, че в него ще могат да се



преработват кръвни продукти. В момента това се прави в кръвния център в Стара Загора, който е най-близо.

На работната среща бяха дискутирани и други приоритетни въпроси. Зам.-министър Славов приветства и идеята за хеликоптерния транспорт, който ще се използва предимно за нуждите на болницата, но ще бъде част от информационна система, която ще има и други функции, включително и да следи пътният трафик в областта. Хеликоптерната площадка ще бъде изградена до 30 дни, а хеликоптерът няма да е собственост на болницата, а ще ѝ бъде предоставен от фирма "Хели Ер САУ".

"Хеликоптерите са идея, която одобрявам. По-добре да се купуват хеликоптери и бързо да се транспортират пациенти от отдалечени райони, отколкото да се създават и издържат болници в тези райони. Трябва да има транспорт, Спешни центрове с 3-4 легла, които да поемат първия удар и след това пациентите да се транспортират до лечебните заведения", допълни зам.-министърът. Той приветства новите проекти, които изпълнява болницата и обеща да съдейства с всичко, което зависи от него. Самият проф. Славов, който е сред светилата в родната урология, е работил 12 години като методичен ръководител на отделението по урология на МБАЛ-Бургас.

Юлия Андреева

Лаборатория по молекулярна диагностика откри МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“

- **Реализира се проект по програма за европейско териториално сътрудничество между Гърция и България**
- **С модерната апаратура ще се диагностицира и характерната за населението от двете страни на границата бета-таласемия**

На 15 юли. т.г. в МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ АД, гр.Кърджали официално бе открита лаборатория по молекулярна диагностика. Това става по Програма за териториално сътрудничество проект BIOMED-CBC № в 1.13.01. Този проект е финансиран по програма за европейско териториално сътрудничество Гърция-България 2007-2013 г. на обща стойност 461 935 евро, от които 163 050 евро са за болницата в Кърджали.

Сред болестите, които

ще могат да се диагностицират в болницата са фамилна обремененост за рак на млечната жлеза, цистична фиброза, средиземноморската анемия /бета-таласемия/, много характерна за жителите от двете страни на границата.

Партньори по проекта са Секцията по молекулярна биология и генетика към Тракийския университет „Демокрит“ в Александропулис и МБАЛ „д-р Ат. Дафовски“ АД - гр. Кърджали.

Оборудвана е с последно поколение за апаратура по молекулярна диагностика.



Д-р Черкезов пожела работата в лабораторията да „върви по вода“.

Екипът, който ще работи в лабораторията има достатъчно добра подготовка, подчерта изпълнителният директор на болницата д-р

Тодор Черкезов, дм. Виолета Йорданова е работила в подобни медицински звена в САЩ и в Англия.

По проекта са обучени 30 лекари от област Кърджали съвместно с гръцки медици в университетската лаборатория по молекулярна диагностика в Александруполис.

За мен е изключително важно откриването на лабораторията, защото района на Кърджали е ендемичен за някои от тези болести.

С модерната апаратура ще се постигне едно съвременно високотехнологично ниво в диагностиката и

профилактиката и ще имаме възможност това да го правим тук, каза доц д-р Жени Стайкова, дм, директор на РЗИ-Кърджали.

Лентата прерязаха д-р Тодор Черкезов и Електра Стилианополу

Гости на откриването бяха зам.-областните управители Назми Мюмюн и



Муса Саидахмед, доц. д-р Жени Стайкова, директор на РЗИ, на Районната здравноосигурителна каса д-р Соня Ангелова, Електра Стилианополу, главен асистент и докторант към катедрата по молекулярна генетика към Тракийския университет и Яни Фисекис, докторант към катед-



рата.

Д-р Тодор Черкезов отбеляза, че предстои да се направи ценоразпис на медицинските услуги. Една част от изследванията се поемат от Здравната каса, но другите ще се пла-

щат от пациента. Изследванията са доброволни и са насочени към превенция на вродените болести и малформации и ограничаване на риска от редица заболявания с тежка прогноза - онкологични, чернодробни и други.

Надя Зидарова

Лечебницата в Горна баня приема най-тежките ортопедични заболявания

● **Скалпел, а не козметични промени са нужни в здравеопазването, казва проф. д-р Евгений Медникаров**

Венцислава е с вродено заболяване - изкълчване на тазобедрената става, което е открито още когато е била на шест месеца. Сега е на 5 години и вече има няколко операции зад гърба си. Лежи в детската клиника на болницата в Горна баня след последната хирургична интервенция. Въпреки че е на легло, се усмихва - свикнала е с обстановката. "Много сме доволни от лекарите в отделението. Били сме и в други болници, но сме убедени, че тук са най-добрите специалисти в тази област", казва майката на детето. Тя е сигурна, че това е последната операция за момичето - нещо, което потвърждава и лекуващият лекар д-р Райчо Кехайов. "Надяваме се с тази операция лечението да приключи. Тя има за цел подобряване бъдещето на ставата, за да се избегнат усложненията, когато детето порасне", пояснява той. В съседната стая лежи Реджеб от Кърджали. Той е с тазобедрена лустрация и ще бъде опериран след ден. Майка му споделя, че са й препоръчали тази клиника лекарите от родния й град.

Болницата в Горна баня не се нуждае от

лата страна. "Нашите учители в областта на ортопедията и травматологията - проф. Бойчев и проф. Холевич, са преценили, че е добре на територията на 8-мили-



Проф. д-р Евгений Медникаров

онна тогава България да има едно специализирано звено, където да работи "най-тежката артилерия" в областта на ортопедията и травматологията, разказва проф. д-р Евгений Медникаров, изпълнителен

заболявания на опорнодвигателния апарат, като през отделния годишно преминават средно около 3800 пациенти. Извършва се оперативно лечение на вродени заболявания на тазобедрената става, счупвания на бедрената кост, колянна артроскопия, оперативно лечение на заболявания на гръбначния стълб. Правят се и различни оперативни интервенции, които съхраняват крайника при злокачествени образувания. При децата се имплантират "растящите" тазобедрени стави, които с израстването не се налага да бъдат подменени. "Това е най-съвременният метод в света. За съжаление, НЗОК не може да покрие разходите по закупуването и поставянето на ставата и родителите са принудени в голяма степен



реклама - известна е в цяла България. Уникална е, защото е единствената университетска специализирана болница по ортопедия. Затова не е чудно, че в нея се лекуват пациенти от ця-

директор на лечебно-заведение. Той обяснява, че в болницата има шест клиници, оглавявани от най-добрите специалисти в съответната област. Приемат се хора с трудно лечими

да доплащат тези много скъпо струващи протези", казва проф. Медникаров. Подобен метод се прилага и при малките пациенти с тежкото инвалидизиращо заболяване "стъклени

кости". То е генетично и се свързва със счупване на дългите тръбести кости на горните и долни крайници. Децата със заболяването са около 500 и от клиниката се надяват да обхванат изцяло тази патология. "Тези деца изглеждат малко на брой, но социалната значимост на заболяването е голяма, защото се инвалидизират и изискват постоянна грижа от другите членове на семейството, които не могат



да работят", пояснява директорът на болницата. И допълва, че при тези пациенти се поставят "растящи" пирони, които като антена се разтварят, докато детето израсте. Иначе се налагат по десетина операции през годините. Причините хирургичната интервенция все още да не е станала рутинна, са от финансов характер. Пироните са доста скъпи, но въпреки това ако операциите се правят у нас, ще излизат на здравната система по-евтино и ще спестяват много неудобства на децата и родителите. "Едно лечение в европейска клиника достига до 30 хил. евро. Идеята ни е вместо държавата да заплаща за лечението в чужбина, да осигурява консумативите тук", пояснява проф. Медникаров.

Болницата в Горна баня е и учебна база за лекарите, избрали тази специалност. Проф. Медникаров споделя, че желаещите да специализират в областта на ортопедията и травматологията не са малко.



Заплащането обаче не е много добро, защото цените на клиничните пътеки не са променяни от години.

системата. По думите му трябва да се обясни на обществото, че някои клиники трябва да станат хосписи и рехабилитационни центрове.

"Това, което е необходимо да се направи незабавно, е националната здравна карта - да се покаже аргументирано нуждата от легла. Държавните болници са закъсали, а частните се увеличават и процъфтяват. Можете ли да кажете защо става така? Нали и те са търговски дружества и се финансират от НЗОК

при същите цени на клиничните пътеки", задава риторичен въпрос той. Според него частните и държавните болници не са равнопоставени и тази несправедливост трябва да се поправи. Държавните поемат най-тежките пациенти, лечението на които е най-скъпо, а е известно, че Касата не го покрива изцяло. Освен това не е нормално само в София да има 16 университетски болници. Най-голям е проблемът обаче с липсата на кадри. И в момента в болницата не достигат медицински сестри и това затруднява работата. Друг сериозен проблем са здравнонеосигурените граждани. След като по закон всеки трябва да си плаща здравните вноски, крайно време е тези хора да бъдат принудени да го правят, подчертава директорът. Смята, че реформата трябва да се направи със скалпел, а не с козметика. Казва, че не е оптимист, но все пак се надява да има промени в положителна посока в здравния сектор.



Затвореното крило на болницата

Студенти-медици от ромски произход: „Не сме безлични, нито безразлични“

- **Започва обучение на млади хора, които ще работят на терен за здравната интеграция на ромите**
- **Подобряването на статуса на тази група от населението е цел на специална програма**

Формиране на ново поколение ромски здравни специалисти, които да участват в работата за постигане на ромска здравна интеграция - това е една от целите на проведената във Велико Търново конференция под мотото "Не сме безлични, нито безразлични". Предвижда се обучение в "застъпничество", което от една страна ще информира и приобщи групи от това население в областта, а от друга - ще мотивира повече зрелостници от малцинството да последват примера на студентите.

Това е част от Програмата за подкрепа на студенти по медицина и лекари-специалисти от ромски произход. Едноседмичното обучение предвижда практи-



чески задачи като работа на терен в различни ромски групи в област Велико Търново.

Организаторите на програмата от център Амалипе отправиха покана към Българския лекарски съюз, който подкрепя инициативата. В осъществяването

й са приобщени и регионалните структури на здравните институции, както и общините.

Една от задачите на застъпниците е да проведат общостен мониторинг на здравните услуги. Така те ще имат възможност за видят какви са проблемите на

различните групи, най-вече в сферата на здравеопазването, да разберат на практика какво означава да работиш в ромска общност, да се сблъскат с въпросите, които среща теренният сътрудник по програмите за превенция на туберкулозата и други



заболявания. Освен наблюдението по време на работата на терен, т. нар. застъпници ще анализират и на базата на знанията и на практическите сесии по време на цялото обучение, ще предложат своите идеи за подобряването на здравния статус на ромската общност, както и за подобряването на условията на живот в посетените селища - социална и техническа инфраструктура, заетост, образование и пр.

По време на обучението студентите ще имат и специални сесии за

развитие на умения за работа с медиите и медийно представяне.

Основната цел на инициативата е да бъде стимулирано мисленето на младите хора в посока подобряване на статуса на общността, от която произлизат.

"Младите ромски медици са не само медиатори между общността и здравната система, а и потенциал, който може да подсили капацитета в здравната система". Изтъкват от център Амалипе. Програмата се реализира под егидата на Отворено общество.

Бъдещи лекари убедиха 33-годишна жена да се подложи на животоспасяваща терапия

- **От Асоциацията на студентите по медицина в България дариха средства за лечението ѝ от анорексия**

Студенти по медицина организираха и проведоха благотворителен концерт, посветен на борбата с хранителните разстройства, с помощта на който успяха да съберат средства за лечение на пациентка, болна от анорексия. Веднага след провеждането на необходимите консултации със специалисти, 33-годишната Христина Косева ще започне лечението си по програма в специализирания център за хранителни разстройства на Токуда болница София. Това съобщиха от пресцентъра на лечебното заведение.

Анорексията е едно от най-опасните заболявания, което е свързано с отказ от храна и често има фатален край. Смята се, че у нас

засегнати от хранителни разстройства са между 200 и 400 хиляди души.

"Необходимо е хората да знаят повече за проблема, за симптомите на болестта и психологическите измерения, за да могат да я победят" - казва Явора Стоилова, майка на талантичката Василия Стоилова, жертва на коварната болест и вдъхновител на създаването на Центъра за лечение на хранителни разстройства в Токуда. В момента той е единственото място в България, където комплексно се лекува анорексия, булимия и други форми на хранителни разстройства. Центърът бе открит на 15 октомври, м.г. и досега през консултациите с

психиатър, гастроентеролози, ендокринолози и други специалисти са преминали над 45 души.

Христина Косева, която ще получи възможността да се лекува в Центъра за хранителни разстройства в Токуда болница, е преживяла няколко тежки периода на болестта, включително будна кома. Тя е майка на 8-годишно дете и решава, че трябва да се бори, най-малко в неговото име. "Проблемът на повечето болни от анорексия е, че те самите не осъзнават и отричат съществуването на болестта, както правех и аз самата" - добави Христина.

Дарението бе връчено на Христина в присъствието на изпълнителния директор на То-



Христина със студентите по медицина, д-р Дренски и Явора Стоилова

куда д-р Явор Дренски, който благодари на студентите по медицина за изключително хуманния жест. "Вие днес направихте най-важното за един човешки живот - да убедите па-

циент, че е необходимо да се лекува и да му дадете достъп до възможността да победи това застрашаващо живота заболяване. Горд съм, че съм лекар, когато виждам как още от сту-

дентската скаймейка вие сте отдадени на спасяването на човешки живот", заяви д-р Дренски на представителите на Асоциацията на студентите по медицина в България.

Улесняват признаването на квалификациите в страните от Европейския съюз

● **Очаква се Споразумението да бъде гласувано на пленарно заседание през октомври, т.г.**

На 12 юни 2013 г. беше постигнато неформално споразумение между ирландското председателство на ЕС и Европейския парламент за законодателството, свързано с признаване на професионалните квалификации в ЕС (преразглеждане на DIR 2005/36/ЕО). Както информирахме читателите на в. Quovadis, темата бе предложена за обсъждане в продължение на месеци.

Договореният текст ще бъде представен за окончателно одобрение от страна на държавите-членки на Комитета на Съвета на постоянните представители (КОРЕПЕР) и Комисията по вътрешния пазар на Европарламента. Ком-

промисният правен текст все още изисква официално приемане както от Съвета на ЕС, така и от Европейския парламент.

Припомняме накратко съдържанието на текста (преразглеждане на DIR 2005/36/ЕО):

По-конкретно, Европейската комисия твърди, че предложението ще улесни мобилността на специалистите чрез:

- въвеждане на Европейска професионална карта за включените професии, която може да опрости административните изисквания и да намали сроковете за признаване на квалификациите.

- подобряване на достъпа до информа-



ция и предоставяне на гражданите възможността за извършване на процедури за признаване он-

лайн чрез единни звена за контакт.

- въвеждане на възможността за частичен достъп до

професии, тъй като дейностите, обхванати от регулирана професия, са различни в отделните държави.

- гаранция, че минималните изисквания за обучение на лекари, медицински сестри, акушерки, стоматолози, фармацевти, ветеринарни лекари и архитекти отразяват развитието на тези професии и на образованието в тези области.

- осигуряване на по-добро съответствие с минималните изисквания за обучение за професиите, които се ползват от автоматично признаване.

- улесняване условията на временната мобилност в случай на професионалисти, които придружават потребители в

друга държава-членка.

- осигуряване на прозрачност по отношение на обхвата и обосновка на регулираните професии, съществуващи във всяка държава-членка.

Предложението също така цели да осигури по-силни гаранции за потребителите и пациентите чрез въвеждане на механизъм за предупреждение между компетентните органи в случай на забрана за упражняване на професионалната дейност, като се изясняват условията, при които компетентните органи могат да проверяват езиковите умения на мобилните професионалисти.

Комисията IMCO на Европейският парламент (вътрешен пазар) вероятно ще гласува споразумението преди лятната ваканция, като проправи пътя за гласуване на пленарно заседание през октомври.

Въвеждат електронна професионална еврокарта

Признаването на квалификациите на лекари, медицински сестри, архитекти и други специалисти, които се местят в друга държава на ЕС, вече ще става по-лесно благодарение на временното споразумение, сключено от евродепутатите и ирландското председателство на Съвета на ЕС. С него се въвежда електронната карта, която изброява професионалните умения, а родните страни на специалистите се задължават да им оказват помощ за получаването на признаване на квалификациите в чужбина.

"Дадохме текст с много конкретни подобрения за гражданите и по-специално въвеждането на европейска професионална карта, за която се засъгледва от 2007 г. и която скоро ще се превърне в реалност. Инструментите за облекчаване на мобилността са инструменти и на европейското гражданство, които доказват, че Европа може да работи за подобряване

● **Тя ще бъде „паспорт“ за взаимно зачитане на специалистите**

на всекидневния живот", каза докладчикът Bernadette Vergnaud (S&D, FR) след сключване на споразумението.

ПО-ЛЕСНО ПРИЗНАВАНЕ

Споразумението по проектодирективата ще изисква от държавите-членки и Комисията да вземат предвид желанията на професионалните организации, които избират ЕС-картата за професионална квалификация на своите членове. Ако направят това, държавите-членки ще предоставят карти, които специалистите след това могат да ползват като "паспорт" за целите на взаимното признаване.

Споразумението следва да ускори и процеса на признаване, който в някои случаи може да отнема не повече от четири седмици, и ще се основава

на съществуващата електронна система за обмен на информация между администрациите на държавите-членки.

То позволява на специалистите също така да поискат организиране на признаването от родните си страни, а не да трябва да кандидатстват в приемащата страна, както е в момента. Ако властите не са отговорили на искането за признаване в рамките на сроковете, определени в директивата, това ще се счита за мълчаливо признаване на квалификацията.

СТАЖОВЕ

Евродепутатите гарантираха, че директивата ще обхваща и стажовете като неразделна част от опита на специалиста. Не само платените стажове, както беше предложено от Комисията, но и неплатените ще бъдат

част от обучението, даващо достъп до регламентирана професия.



СИСТЕМА ЗА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

Директивата има за цел да предотврати възможността здравни специалисти, като лекари, медицински сестри и ветеринарни лека-

ри, които са били осъдени за престъпление или са подложени на дисциплинарни действия, да прехвърлят своята практика в друга държава-членка на ЕС. Всички държави-членки трябва да бъдат информирани за таки-

ва присъди или решения за дисциплинарни наказания в рамките на три дни, се казва в текста.

СЛЕДВАЩА СЪПКА

Договореният текст на споразумението ще

трябва да бъде официално одобрен от Съвета на Комисията на постоянните представители и Парламентарната комисия по вътрешния пазар. Комисията вероятно ще гласува по споразумението преди лятната ваканция, за да проправи пътя за гласуване на пленарно заседание през октомври.

Забележка

Подобряването на мобилността на специалистите е един от 12-те приоритети на Акта за единния пазар - плана за действие на Комисията за подобряване функционирането на единния пазар. Съществуващата Директива за професионалните квалификации, която се прилага от 2007 г., осигурява автоматичното признаване на седем професии в цяла Европа: лекари, стоматолози, фармацевти, медицински сестри, акушерки, ветеринарни лекари и архитекти.

Превод: Ели Генова

ПО БЕЛИТЕ ПЛАЗЖОВЕ НА КУБА



ОСТРОВ КАЙО КОКО

Когато започнало строителството на хотелите на о.Кайо Кокко, птиците от лагуните наоколо изчезнали. Местните хора много се огорчили. Но когато комплексите били готови, птиците са завърнали и до ден днешен фауната е толкова богата, че в лагуните живеят дори розовото фламинго. Прекрасните птици се виждат от двуетажния туристически автобус, с който всеки може да отиде до един от най-красивите плажове, разположен в края на ост-

който бяхме отседнали. Впрочем, всичките хотели са разположени на брега на морето, слизат от стаята и си направо на пясъка. С екзотично украсени барове и максимално съхранена естествена среда. С огромни цветни паркове около постите от 3 етажа, които се скриват измежду дърветата и палмите. В центъра на този цветен рай са басейните и сцената за музикални представления и дискотека на открито за веселие на гостите всяка вечер. Няколко барчета се грижат за напит-



на кубинската независимост Хосе Марти, те търсят символ на мечтата да видят Куба свободна и започват да събират средства. Говорим за преди 1886 г. когато е отменено робството в страната. И какво мислите, има днес на площада в Ремедиос? Там се намира третата в света Статуя на Свободата /същата като в Париж и Ню Йорк/. Толкова духовност има в съществуването на тази женска фигура точно на това място, че наистина възникнали тук е повече, отколкото при срещите с другите две статуи. В днешно време, будните сърца на населението са организатори на единствения в страната карнавал с каруци. Това става на 24 декември /Бъдни вечер/, когато украсени каруци дефилират с танцуващи върху тях мъже и жени. Най-добрите получават награди, а организаторите го предлагат защото там е най-евтино. Плажната ивица е дълга 22 км. от Хава. По пътя се минава през гр. Камариока,

кубинците са поизмъчени, но много мили, усмихнати и чисти хора. Такава чистота и толкова красиви бели зъби сигурно няма на друго място /иначе сапунът е кт, но пък стоматологията е безплатна/. Точно тези хора ни обслужваха в комплексите, с тихо, скромно присъствие. Но винаги готови да ти изгълнят всяко желание, да ти оплетат шапка от палмови клони, или да ти донесат папагал за снимка. Освен това кубинците са изключително таланти и навсякъде по туристическите места можеш да купиш уникални картини или други художествени произведения, като статуетки например. Носят белега на специфичния талант и типичния кубински почерк. Можеш да се преселиш в колониалната епоха като си купиш явявера - онези ризи с 4 джоба, носени от плантаторите по време на робството. Плътчет е от бамбук, фантастичен на пиане, държи хлад и си е просто супер за лятото.

ВАРАДЕРО

Най-много е писано за Варадеро. За нас той е най-известният курорт и туристическият център защото там е най-евтино. Плажната ивица е дълга 22 км. от Хава. По пътя се минава през гр. Камариока,



където е най-близкото разстояние до Флорида - 90 мили /150 км/. От тук с лодка бяга преди години семейството на момченцето, което единствено оцеля до американския бряг върху гума и за чисто връщане в Куба се разгоря шумен световноизвестен процес.

Днес то учи във военно училище. Сега почти целият обслужващ персонал във Варадеро е от близкия град Карденас, където между другото е изработено и знането на Куба. Тук е направено още първото колело, първият фаятон и първият музей в Куба. За това не



Соня СЛАВЕЙКОВА София - Куба Част II

Сега, в разгара на лятото, на човек му идва отвътре да разкаже за топлото Карибско море, което кротко облива бреговете на Куба откъм Тринидад. Това е градът на острова с неповторим чар и с най-автентичната колониална архитектура. Да разкаже за красотата на най-известния курорт на Атлантика - Варадеро, както и за един непознат все още за българите остров - истински рай от белоснежен пясък, морски дълбини с разноцветни корали, екзотични растения и луксозни курорти. Остров Кайо Кокко е на север и е част от архипелага Градините на краля. Той е свързан със суцата посредством 17-километров път, прокаран директно през Атлантическия океан. През 90-те години Фидел Кастро решава да превърне дивия остров в туристическа зона и тогава започва изграждането на пътя. После постепенно сред девствените гори се настаняват ризортите на най-известните хотелски вериги в света. Градините на краля носят името си от факта, че островът е на силния, мощен Атлантик, откъм мекото нежно Карибско море пък се намират Градините на кралицата.

случайно именно от този град са предприемчивите богати фермерски семейства, които навремето изкупуват земи на Варадеро за по 10 цента квадратния метър. По - късно те вече се препродават по 300 долара. Като една от забележителностите в курорта се посещава т.нар. къща на Дюпонг. В началото на 19 век американският химически магнат купува къщата за 330 хил.долара. Сега тя е оценена на 20 милиона и е превърната в хотел. Стаята на вечер струва 166 кук /около 280 евро/, а наоколо се простира единственото



гольф игрище на острова. Къщата е много интересна и красива, а на огромната тераса с гледка към океана, едно Дайкири ще поддържа едно освежаване на всеки. Тук срещаме няколко канадски туристи, които ни разказват, че идват всяка година заради отличните условия на хотела и голфа. Според тях Куба е страна, която не може да бъде сравнена с никоя друга заради комбинацията от естествената красота на природата, море, слънце и социализъм. Заради неотживялото време на колониалните сгради, американските коли и руските Жигули - една странна смесица на социалистически бит и елитен туризъм. Разбираме, че в страната има 200 залива и 250 плажа. Дюпонг купува почти целия полуостров, парцелира го и го продава на американски милионери, политици и бизнесмени. Единствените кубинци, които са живяли тук са били слуги, градинари или пазачи. След революцията започва да се прокламира т.нар. "демократично отваряне на морето" и народът получава достъп до всички плажове. Сега обаче нещата са почти същите като преди революцията - Варадеро отново е ограничена зона само за туристи, обслужващ персонал и малко местни жители. /Както и на другите курорти, в които бяхме./ Канадците ни разказаха още, че за да видиш

прекрасните корали в морето не са необходими маска и шнорхел - само погледате надолу и ще се смаете от разноцветните корали и шарени рибки - казва единият от мъжете. Наистина тук морето е плитко поне половин километър навътре, а водата е кристално чиста с видимост 30 метра в дълбочина. А пък пясъкът никога не се нажежава от слънцето - бял като пудра захар, на плажа Лас Калаверас той се простира на 800 метра. Ние бяхме към края на полуострова и там въздухът е малко по-голям, духа вятър. В съседство е рай за уиндсърфисти.

Има много забележителности във Варадеро, видяхме имението на Ал Капоне, където се е въртяла търговията с алкохол и занаятчийския пазар с множество типични сувенирчета. Аможе да посети интересната пещера Амброзио, където има 47 рисунки, тип концентрични кръгове. Смята се, че това вероятно е слънчев календар. Има още много други места, според интересите на всеки. Нашият комплекс обаче беше толкова красив, че ние плувахме в басейните, скачахме като деца в морето и се възгладихме в пясъка чак до след залез слънце. Едни кубински момчета ни уловиха от водата живи рапанчета с прекрасен розов цвят. Ако не бяхме ги видели с очите си, щяхме да решим, че са лакирани. Платихме ги по 1 кук и си ги донесохме като чудесен спомен.

ТРИНИДАТ НА КАРИБСКО МОРЕ

Не случайно оставих за последно това изживяване.



рова. Той попада в листата на топ 20 плажове в света. Последните хотели се намират поне на 5 км. И около него е съхранена естествената среда на пясъчния оазис. От спирката на автобуса минавах по дървена пътека, докато пред теб се открие необятната водна шир на океана и бял пясък докъдето ти стигне погледът. Наоколо пясъчни дюни, ниска растителност и палми, така, както ги е създала природата. Единствената намеса на цивилизацията са добре подредените шезлонги, при това безплатни. Красота, красота, и

ките, най-симпатичните млади хора от персонала са аниматорите, готови да ви предложат забавление през целия ден. Така с едно "Мохито" или "Куба либре" на плажа и под звуците на Сол кубано вечер, времето се изнизва бързо... Като се потопихме в тази идилия, си спомних, че по пътя към остров Кайо Кокко се отбихме в едно градче, което е национален град-музей със сгради от 17-18 век. Това е най-старото испанско селище, основано през 1513 г. и носи името Ремедиос. Било е населено



пак красота! Тръгваме на разходка и в края на плажа, около малки скали, ни стъписва страховта находка - огромни рапани, ей така в пясъка се плацикат от вълните. Има и живи, има и вече само черупков образувания, но много интересни, с колоритни форми. Събираме една дузина от тях, по-хубав спомен едва ли човек може да си отнесе въобще!

от испанците още преди Веласкес да основе другите градове на Куба. Тук, в старата катедрала има 13 позлатено-декорирани олтари. Уникална вътрешност - стара, говореща за дългата история на Куба, но и за силата на духа, съхранил през годините тази реликва. Местните хора се наричат "бамбиси". Навремето, те били едни от най-отявлени борци за свободна от испанските колонизатори страна. Заедно с апостола

Как летува българинът?

Около 68 на сто от българите планират да отидат на почивка през лятото, като за целта ще изхарчат средно 1100 лева. Това показва проучване на Visa. Делът на летовниците ще бъде с 19 на сто по-нисък от 2012 година, когато 87 на сто от анкетиранияте са заявили намерение да излязат във ваканция.

Тези, които ще почиват, очакват да похарчат с около 25 на сто повече от миналата година, когато хората са предвиждали да отделият средно 882 лева, за почивката си.

Проучването е проведено сред жителите на десетте най-големи града в България. Целта му е да определи плановете на хората

- Варненци и софиянци отделят най-много средства за почивка, шуменци - най-малко
- 9% избират чужбина, само 3% - екзотични дестинации

за лятна почивка и методите на разплащане, които те смятат да използват както при правене на резервацията, така и по време на самата ваканция.

Най-много средства планират да отделят гражданите на Варна и София - съответно 1200 и 1180 лева. Най-малко пари биха дали жителите на Шумен. Техният предварителен бюджет за летен отход е в

рамките на 550 лева. За да заплатят основните разходи за почивката си, една пета от планиращите ваканция ще използват банкова карта - дебитна или кредитна. Те са с 3 на сто повече от 2012 година. Малко над една четвърт от планиращите почивка (26 на сто) ще закупят част от аксесоарите за летния си отпуск или туристическия пакет за почивката онлайн.

За да заплатят дължимите суми, 50 на сто от тях ще използват своята дебитна, кредитна или предплатена карта. Според проучването над половината от планиращите ваканция през лятото на 2013 година ще организират почивката си по сходен отколкото за отход у нас - 1570 лева, спрямо 850 лева. Близко 25 на сто от летувашите софиянци напри-

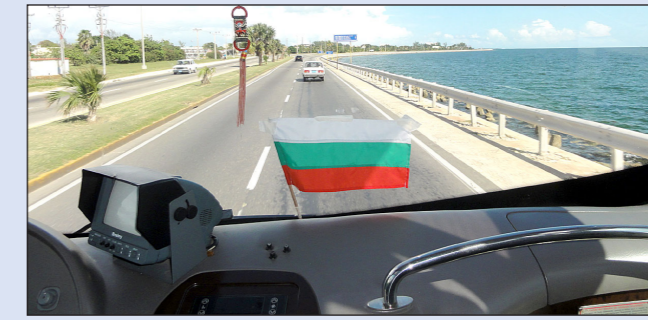
почиват между 4 и 7 дни (38 на сто) и между седмица и 10 дни (27 на сто). Само 12 на сто от почиващите българи планират летният им отпуск да продължи повече от две седмици. Два пъти повече хора от миналата година ще заложат на ваканция от 2 до 4 дни - 10 на сто от планиращите почивка спрямо 5,3 на сто през 2012 година.

Разликата в бюджетите на хората от различните части на страната отчасти произтича от дестинациите, които анкетиранияте избират за ваканцията си. Жителите на големите градове много по-често залагат на почивки извън България, за които са ни нужни близо два пъти повече средства, отколкото за отход у нас - 1570 лева, спрямо 850 лева. Близко 25 на сто от летувашите софиянци напри-

мер ще летуват както в България, така и в чужбина, спрямо 12 на сто от жителите на по-малките градове, заявили намерение да почиват. 68 на сто от хората, които планират отпусък, признават, че надхвърлят предварително определен бюджет, независимо от предпочетената дестинация.

През 2013 година, близо три четвърти (73 на сто) от хората, планиращи почивка, избират да прекарат цялата си ваканция в България. Тези, които са избрали да почиват както у нас, така и в чужбина, са 18 на сто. Българите, които предвиждат да прекарат целия си летен отпусък в чужбина, са едва 9 на сто.

Както и предходни лета, и през 2013 година най-голям дял от анкетиранияте планират да прекарат лят-



ната си ваканция на море - 85 на сто от тези, които ще избират родни градове в курорти, и 84 на сто от онези, които ще почиват в чужбина. Най-предпочитаните български летни дестинации са Варна (9%), Созопол (7%), Несебър (5%), Поморие (5%), Албена (5%) и Китен (5%). Летовниците, които ще излязат извън границите на страната, ще заложат най-вече на Гърция (39%), Турция (28%) и Испания (13%). Сред екзотичните

дестинации се откроява Тайланд с 3 на сто от почиващите, които ще пътуват в чужбина.

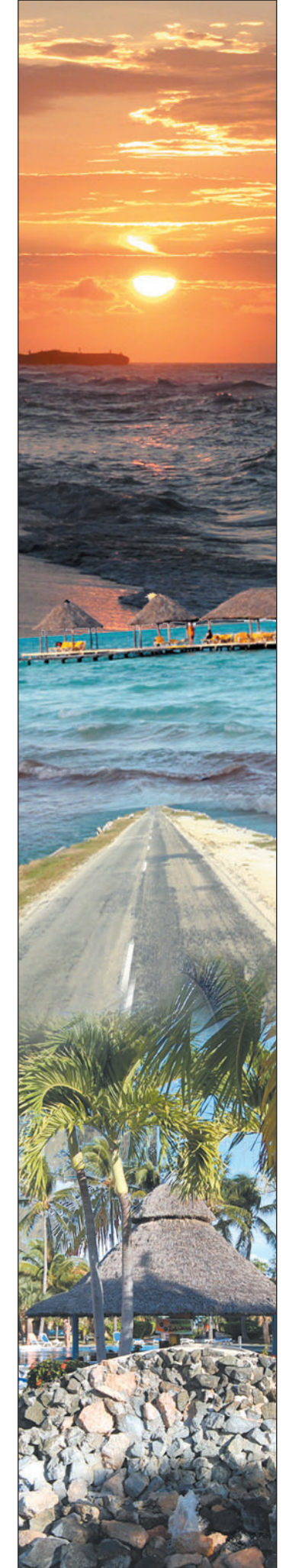
За да покрият разходите за лятната си почивка, 39 на сто) спестяват дълго време. Други 10 на сто заплащат част или всички свои разходи с банков кредит или средства от кредитната си карта. Около една пета от тези, които планират да почиват, успяват да подсигурят ваканцията си чрез заплатата, която получават.

Сигурна съм, че няма по-пленително море от Карибското. Такава синьо-зелена шир, толкова топлина и красота на едно място! След като човек е разгледал всички забележителности на уникалния град, пил е коктейл, известен като "медена виагра" в бар Канчанчара, се отправя към 3-километровото Карибско крайбрежие на Пляя Анкон. Фантастичният комплекс "Brisas Trinidad del Mar" 4*, разположен на брега е белег на най-висок стандарт и може само да се съжалява, че времето беше твърде кратко, за да му се нарадваме. Целият парк, в който са разположени къщиците е уникален. Растенията са кое от кое по-екзотични и цветни. Тук видяхме дори енеген, дървото, от което се правят корабни въжета. Към естествената красота на флората, е добавена малко човешка фантазия и резултатът е божествена картина, която околото не може да забрави. Трудно е и да се опише, затова съм толкова лакоинична... Последни снимки, пихме по едно мухито на плажния бар и се качихме в автобуса, за да отидем в долината на мелничите за захарна тръстика. Това място и до ден днешен не ми излиза от главата - все ми се иска да се върнем там още веднъж.

Не мога да не разкажа още нещо, което ме впечатли. Когато се влиза на о. Кайо Кокко, има барьера, тя пропуска само туристическите автобуси със списък на пътниците. Персоналът влиза със службени автобуси на хотелите. Стана ми малко тъжно за кубинците, за това за себе си извадих термина "две Куби" - ЕДНА за кубинския народ и ЕДНА за туристите. Наистина е така. Точно тук си спомних онези жена, която стоеше пред хотела в Санти Спиритус и с жестове ми показваше, че иска да й дам сапун... После навлязохме в рай на "втората Куба" и забравихме за първата. Не съм, разбира се, защото нищо от Куба не можем да забравим!

ПОСЛЕСЛОВ

Често си говорим за това пътуване с нашите приятели Роси, Пепи и Жени. Разменихме си снимки, а когато изпратихме наша обща снимка на другата ни приятелка Петя, тя ми писа на скайпа: "Ама колко страховтно беше... и колко сме хубави и усмихнати..."



Наистина беше страховтно, нашата лекарска група е много благодарна на Марги Минева /ТА 2 МКО/, която направи специално за нас този маршрут и го превърна в незабравим спомен.

Снимки: Авторът и Росица Слабокова

Осемте предизвикателства пред болниците в Европа

- **Изследване стимулира доверието на пациентите в качеството на лечението**
- **Няма лесни решения за ръководителите**

Наоми Фулър,
Сюзън Бърнет

Тригодишно проучване изследва връзките между организационните и културните характеристики на болниците и как те оказват въздействие върху клиничната ефективност, безопасността и преживяванията на пациентите в страните от ЕС.

Болничните ръководители и доставчиците на здравни услуги в цяла Европа са изправени пред предизвикателство за предоставяне на по-добро здравеопазване при настоящата финансова обстановка.

В сътрудничество с изследователски екипи от водещи университети в Португалия, Холандия, Норвегия, Швеция и Англия, три години проучвахме организационните и културните аспекти на усъвършенстването на качеството (свързани с клиничната ефективност, безопасността на пациентите и пациентските преживявания) в 10 болници от пет страни.

Разгледахме и ефекта от различните видове национален политически контекст за качеството в болниците и въздействието му върху тях. Една от целите на изследването е да се извадят поуки от тези болници относно това кое работи и кое пречи на качеството на работата и това да се постави във формат, който да може да се използва от болничните лидери и здравни доставчици във всички европейски страни, за да им помогне да обмислят и развият своите стратегии за усъвършенстване на качеството.

Целта на изследването, което се финансира от ЕС, е да подкрепи доверието на пациентите в цяла Европа по отношение на качеството и стандартите за безопасност на лечението, което те получават във всяка една държава-членка на ЕС.

"Изследването се прави, за да подкрепи доверието на пациентите в цяла Европа относно качеството и стандартите за безопасност на лечението от тях лечение".

Резултатът от нашата работа е във вид на два инструмента, основани на изследвания: един за ползване от старшите болнични ръководители; и един за ползване от финансиращите организации, за да им помогне в работата за подобряване на здравното обслужване. Докато ние наричаме тези инструменти "наръчници", тяхната цел е да се подпомогне структурирането и промяната в разговорите за организационните и културните фактори, които са от голямо значение за разработване и внедряване на работата по усъвършенстване качеството на всички нива.

ОСЕМ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ЗА УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО

Политическо: Обръщане към политиките и договаряне на цената и

и мобилизират хората, за да работят за подобряване на качеството

Материално-технологично: Проектиране на материалната инфраструктура и технологичните системи, които поддържат борбата за качество

Структурно: Структуриране, планиране и координиране на усилията за качество.

Основните предизвикателства за висшите ръководители са културни, образователни, емоционални, структурни, политически, материално-технологични, ръководни и управлението на външната среда. Всички те изискват внимание, но всяко едно може да изисква различно време, енергия и внимание, в зависимост от местните обстоятелства и стратегии за справяне с тези предизвикателства.

ВНИМАНИЕТО - КЪМ ПЕТ ОТ ТЯХ



обхвата на внедряването, конфликтите и отношенията при промените

Културно: Възприемане на общо колективно значение, стойност и значимост на качеството

Образователно: Създаване и подпомагане на учебен процес, който да поддържа постоянно усъвършенстване

Управление на външната околна среда: Да се отговори на по-широки социални, политически и контекстуални фактори

Ръководно: Да се осигури ясна стратегическа посока

Емоционално: Да се въодушевят, активизират

В тази статия ние описваме подбрани стратегии, които се отнасят до пет от предизвикателствата и насочват вниманието към някои от примечителните, които ще бъдат изложени в Ръководствата за качество и безопасност в болниците на Европейския съюз (виж <https://www.ucl.ac.uk/dah/quarter/index>).

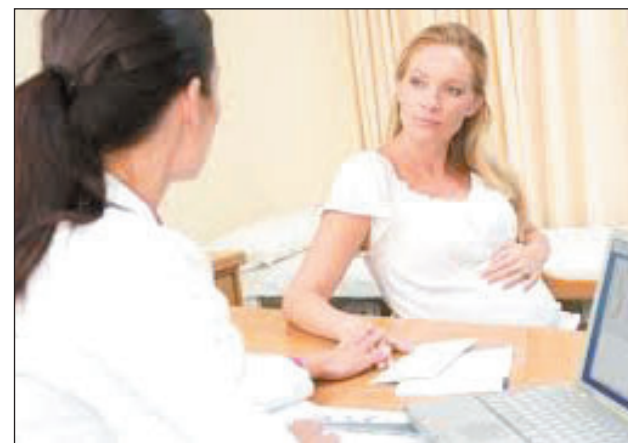
Културни

Установихме различни значения на качество, дадени от лекари, медицински сестри и мениджъри. Болниците, които са осъзнали тези различия и са отделили време за об-

съждане и разработване на общоприето колективно значение, а не са наложили такова отгоре, са същите тези, в които качеството се описва от непосредствения персонал като рутинна част от тяхната ежедневна работа. Намерихме редица стратегии, които се използват за постигане на това. Например, отделяне на време, за да се обмислят конкретните данни относно качеството, както и получената информация от пациентите за техния опит от грижите.

Образователни

Най-важен за болниците, в които качеството е застъпено повече в рутинната работа, е акцентът върху ученето и, поспециално, мястото и времето, отделени за служителите за срещи в мултидисциплинарни форуми, за да поразсъждават заедно за своята работа.



Емоционални

Болниците, които взеха участие в проучването, използват най-различни начини да вдъхновят и мотивират персонала за подобряване качеството на работа. Те включват въвеждане на опита на пациента от грижите в разговори за качество; празнуване на успеха в подобряване качеството на работа с награди и презентации; както и използване на ресурси за финансиране на образователни дейности за групи от персонала, с акцент върху подобряване на качеството.

Често от жизненоважно значение за тази работа са уважавани медицински сестри и лекари, които са били в състояние да вдъхновяват и мобилизират както персонала в болниците, така и различните управленски нива от управителния съвет до отделението. В английските болници това често се е координирало от главната медицинска сестра.

Структурни

Твърде често намирахме мениджъри, които се съсредоточават единствено върху създаването на структури и системи за осигуряване на качеството и отделят по-малко време за даване възможност на процесите на подобряване качеството да действат. В действителност, в някои болници структурите се разглеждат като твърде бюрократични и отнемат много време; това дава ефекта на разсейване на всяка колективна енергия и ентусиазъм, тъй като вземането на решение може да отнеме месеци.

Едно от ключовите ръководни предизвикателства е да се уеднаквят структурите със задачите на организацията, за да се даде възможност на персонала да подобри качеството на грижите, като същевременно се работи в рамките на задължителните изисквания за клинично ръководство и финансово управление.

Управление на външната среда

Болничните лидери във всички проучени страни са се борили с на-

тиск от правителството, комисионерите, регулаторните органи и професионалните организации. Този натиск варира по държави. Например в Холандия има пазарно-ориентирана система и мениджърите трябва да жонглират с различните изисквания на няколко донори, докато мениджърите в Португалия се борят с изискването за подобряване на качеството, като същевременно техните бюджети са били намалени с повече от 10 процента.

"Няма лесни решения за болничните ръководители, нито пък има очевиден способ, за който да може да се определи, че ще отговори на всички предизвикателства във всички болници".

Това е само една малка част от стратегиите, които лидерите използват да отговорят на осемте общи предизвикателства за подобряване на качеството. Няма лесни решения, нито съществува очевиден способ, който да се справи с всички предизвикателства във всички болници. Трябва да се даде време да се обмислят нещата по места и време за обсъждане и дебат с колеги, включително персонала, пациентите и с участието на външни заинтересовани страни, като комисионерите.

По тази причина резултатите от това изследване са инструменти за висшите ръководители и финансиращите организации, които съдействат за разговорите за справяне с тези предизвикателства и взаимодействието между тях, а цел подпомагане разработката на техните стратегии.

Това, което е по-различно от другите ръководства "как да подобрим качеството", е признанието на факта, че са необходими разговори за организационните и културните аспекти на усъвършенстване на качеството, които да са здраво вкоренени в контекста на местните болници и пригодени за тази среда.

Превод: Ели Генова

Световна банка: България трябва да намали болниците

Проблемите в здравната система в България се задълбочават, а промените от последните 4 г. и честите смени на министри не са довели до решаването им.

Това са изводите на експертите от Световната банка в нов доклад за състоянието на здравеопазването, съобщи агенция КРОСС. Той обхваща периода от 2009 до 2013 г. Сред основните пречки за пациентите са неравномерният достъп до медицинска помощ на бедни и богати, на хората в селата и градовете, липсата на профилактика и високият процент на лични разходи за здраве. Експертите на банката посочват и пътя, по който трябва да поемем напред, за да ги решим.

Преструктуриране на болниците, въвеждане на диагностично свързани групи (ДСГ) като метод на финансирането им, както и изборно сключване на договори с клиниките от здравната каса. Това са основните препоръки за подобряване на системата, дадени от експертите на Световната банка. Според тях само така страната ни ще обърне негативните тенденции, които властват в нея от години - висок брой легла на глава от населението в ЕС, постоянен ръст на хоспитализациите и разходите за тях. Първата стъпка е окрупняване на болниците в районите, където гъстотата им е голяма. Идеята е държавните клиники да се слоят в мрежи, които се конкурират помежду си, смятат експертите. В тях трябва да влизат болни-

ци от различни нива - първо, второ и най-високото - трето. Тези обединения трябва да бъдат напълно отговорни за своите финансови резултати и да нямат право да трупат просрочени дългове, обясняват от Световната банка. Също така новата мрежа, в която ще влизат няколко болници, ще сключва само един договор с НЗОК. Това ще стимулира самите мениджъри да

ветно финансиране трябва да е обвързано с качеството на услугите на болниците, смятат още от банката. Например, критериите могат да са базирани на резултатите от медицинските одити и процеси на акредитация. Сред другите препоръки на банката за промени в системата на финансиране на болниците е въвеждането на ДСГ. Те биха представлявали съществено подобрене на фи-

смятат експертите. Друга промяна, която трябва да се предприеме успоредно с консолидирането на болниците, е развитието на продължителни медицински грижи. Населението на България застарява бързо и нуждата от тези услуги ще се усеща все по-осезателно, категорични са експертите. В момента заради липсата на хосписи и домове за продължително лечение след инсулт, рак и др. хо-



оптимизират болниците в обединението, като съкратят отделенията, които се дублират.

Също така няма да има стимули за купуване на една и съща апаратура, ако няма нужда наистина от нея. В районите, където има пък малко болници, трябва да се използват структурните фондове на ЕС за осигуряване на медицинска помощ, смятат от банката. Здравната каса да сключва договори за работа с болниците изборно, а не с всички, както е сега, е другата препоръка на експертите. Селективното договаряне и съот-

нансирането в сравнение с клиничните пътеки и внедряването им би трябвало да се ускори, казват от Световната банка. Освен това експертите им смятат, че е спорно дали могат да се махнат годишните лимити на парите, които касата отпуска на болниците.

Лекарите са изключително негативно настроени срещу тези ограничения, но без тях съществува риск да се срути бюджетът за здравеопазване, смятат експертите. Ако се махнат финансовите лимити на болниците, трябва да се помисли с какъв контролен механизъм ще се заменят,

рата отиват в болница за активно лечение. Това обаче е неправилно, а и клиниките не получават пари за гледането им. Затова трябва да се осигурят медицински сестри, мобилни групи, амбулаторни услуги, физиотерапия и дневни грижи за хората в нужда. От банката предлагат да се създадат екипи от лекари, медицински сестри, терапевти и социални работници, които да оценяват нуждите на пациентите от долекуване. Финансирането на тези услуги пък трябва да е отговорност на социалното и здравното министерство и на общините.

Нов метод за заплащане на общопрактикуващите лекари

Извънболничната помощ в България е negliжирана, тя трябва да заеме полагащото й се място, се казва още в доклада на Световната банка. Едва 12% от текущите разходи за здравеопазване са за джипита и специалисти, а в повечето държави в ЕС за тях отиват между 25 и 30 на сто. Според експертите това трябва да се промени. Освен повече пари, те смятат, че трябва да се форми-

ра и нов метод на заплащане на джипитата. Вместо според броя пациенти, те трябва да получават пари според качеството на работата си. Показателите за това могат да са контролът на рисковите фактори и вторичната превенция на сърдечно-съдовите заболявания, смятат експертите. Също така те предлагат да се облекчат условията за специализация на джипитата.

Медиците с бонуси, ако изписват евтини лекарства

Бонуси за лекари, които не дават скъпи или твърде много медикаменти на пациентите си, предлагат експертите от Световната банка. Така ще се реши един от основните проблеми у нас - неправилното изписване на лекарства. То отчасти се дължи на маркетинговите програми на фармацевтичната индустрия, казват експертите.

Освен това те препоръчват в аптеките да се прекрати даването на лекарства с рецепта, без пациентите да имат такава. Също така да се ограничат големите обеми с безплатни лекарства под формата на промоции и отстъпки, които получават фармацевтите, защото така се намалява конкуренцията. Високият

процент на разходи за лекарства, които хората дават от джоба си, е друг от основните проблеми на системата ни, смятат още от Световната банка. За по-ефективното използване на обществен ресурс за лекарства те препоръчват пълна ревизия на позитивния списък и по-голяма прозрачност при определянето на цените на медикаментите в него. Също така въвеждането на изцяло нов механизъм на договаряне - claw-back tax. При него се прави споразумение, с което производителят и правителството се договарят за обема на продажбите и споделят разходите, ако той бъде надхвърлен. Това договаряне може да се използва ефективно от Касата.



ПРИПОМНЯМЕ

Преди години изводите и препоръките са същите

В статията "Световната банка препоръчва съкращаване на болници" от 10 декември 2005 г. в "Капитал" отбелязва:

Банката препоръчва да се увеличи ролята на личните лекари като ограничители на достъпа до системата. Според СБ сегашният метод на плащане чрез клинични пътеки трябва да се замени със

системата на диагностично свързаните групи (ДСГ). От Световната банка са категорични, че броят на болниците е много голям и трябва да се съкрати. Според експертите друг от големите негативи на болниците е силното им политизиране... Сред краткосрочните мерки банката препоръчва да се повиши събираемостта на здравните вноски и да

се направи преглед на листата от длъжници, за да се установи колко е вероятно да бъдат събрани. Експертите смятат, че бързо трябва да се направи анализ на възможността да се повиши здравната вноска или да се постигне споразумение между финансовото и здравното министерство бюджетът да финансира дефицита на Касата от други из-

точници, като например акциза върху цигарите. Ако тези възможности не са достатъчни или приемливи, трябва да се въведе доплащане за медицинска помощ. Това обаче трябва да се направи внимателно, защото и сега достъпът до лечение е затруднен заради липсата на пари, отбелязват от банката.

В доклада на Светов-

ната банка се казва, че здравната система трябва да преосмисли приоритетите си и вместо да финансира скъпото болнично лечение, да заложи на профилактиката и доболничното лекуване. Според доклада, който беше разгледан от Съвета по икономическа политика, България застарява бавно и ако сегашните нива на застаряване се запазят,

през 2025 г. тя ще бъде една от страните с най-застаряващо население в Източна Европа и възрастните хора ще са 22% от него. Според експертите на банката България трябва да пригоди лечебните си заведения за нуждите на възрастните хора - да бъдат открити хосписи, заведения за хронично болни и болници за долекуване след операция.

Френски учени слагат край на смъртоносните форми на грипа

Екип от френски учени откри молекула, която може да лекува тежките форми на грипа, като въздейства върху имунната система на организма, а не върху вируса, съобщи вестник Figaro. Това може да доведе до нов тип лекарства, много по-ефективни от сега съществуващите.

Над 500 000 души умират от усложнения при грип всяка година в света. До фатален край се стига вследствие на големия брой имунни реакции, предизвикани в организма от вируса. Те причиняват възпаление на белите дробове, чието изостряне разрушава белодробните алвеоли (малките мехурчета, които осъществяват газообмена между въздуха и кръвта).

Различни проучвания са показвали силна взаимовръзка между нивото на възпаление и смъртността. За да предотвратят развитието на тежките форми на грипа, екип учени от Националния институт за агрономически изследвания INRA и от университета "Клод Бернар" в Лион решават да изследват процесите, които се случват в инфек-

тираните клетки. Анализирайки развитието на болестта при мишки, те откриват



Новата молекула показва изключително успешни резултати върху мишки, а в момента се тества ефектът ѝ върху хора.

клетъчния рецептор Par1, който е свързан с имунните реакции. След въвеждането на съответната молекула в организма тя не само спира възпалителния процес, но и блокира размножаването на вируса, т.е. води до оздравяване.

Новата молекула е тествана успешно върху мишки срещу няколко щама на вируса: H1N1 (причинител на т.нар. свински грип), H3N2 (причинител на сезонния грип) и H5N1 (високопатогенна форма на птичия

грип). Тя е действала дори три дни след заразяването на животните. В момента в университетската болница на Лион се про-



веждат тестове, за да се провери ефектът на молекулата при хората. Подробностите около откритието са публикувани в последния брой на списание The Journal of Clinical Investigation.

"Резултатите са многообещаващи", радва се Брюно Лина, отговорник от Националния справочен център по грипа, който се намира в Лион. Френските учени са подали заявление за патент, но предстоят още изследвания. Мечтата им е да могат да сложат край

на тежката форма на грипа.

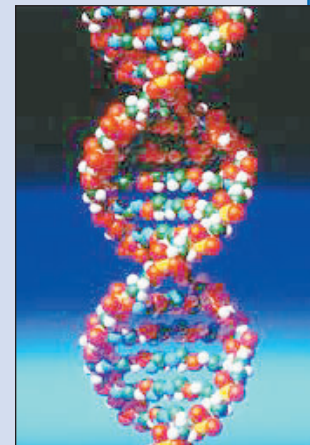
"Намирането на нова терапевтична стратегия срещу грипа се превърна в необходимост", подчертава Беатрис Рито от университета "Клод-Бернар", ръководил изследването.

Противогрипните продукти от типа на Tamiflu и Relenza, които в момента се намират на пазара, атакуват директно вируса. Те блокират неврамидазите - ключовите ензими на вирусните частици, които са отговорни за тяхното освобождаване и разпространение, и по този начин намаляват продължителността и тежестта на възпалението. Ефикасността на тези медикаменти обаче е ограничена, обяснява Рито. Едната причина е, че грипните вируси мутират много бързо и затова не се знае дали същите продукти биха били ефикасни срещу някой нов високопатогенен шам. Плюс това вирусите могат много бързо да развият резистентни на лекарствата форми.

Продукт, включващ новооткритата молекула, не би имал подобни проблеми, тъй като тя въздейства върху заразявания организъм, а не върху вируса.

Създадена е световна мрежа за обмяна на генетични данни

Общо 70 медицински, изследователски и пациентски организации, действащи в 41 държави, обявиха, че са се договорили за създаване на организирана схема за споделяне на генетична и клинична информация, съобщи "Ню Йорк таймс". Очаква се към тях да се присъединят още. Целта е да се направи достъпен огромният масив от информация за генетичните вариации и здравословното състояние, разпръсната в момента по различни бази данни. Разбира се, това ще става със съгласието на съответните изследвани хора. Информацията ще е отворена за изследователи и лекари по цял свят, а не само за тези, които я подават. Сред организациите е и Националният здравен институт на САЩ, който ще помага да се изгради стандартизиран метод за обработка, въвеждане и предоставяне на данните.



До няколко години ще бъде описан генетичният код на милиони хора и има опасения, че лавината от информация за това как хората реагират на определени видове лечения и медикаменти ще бъде безнадеждно раздробена и това ще спъва развитието на медицинската наука.

Цената на процедурата за определяне на пълния геном на един човек намаля милион пъти и вместо учените да разполагат с такива данни само от шепа хора, те още сега могат да изучават пълния ДНК материал, включително гените и зоните, които ги контролират - на десетки хиляди плюс клинична информация за здравето им и как организъмът реагира на лечение. Въпросът е как от тази

набъбваща маса данни да може да се правят изводи и то по начин, който уважава личния избор на всеки отделен пациент, защото никой не иска ДНК структурата му да бъде качена за свободен достъп в интернет. Избраният компромис е при съгласие на конкретния човек тези пълни данни да се вкарват в информационния масив, но без имена или някакви белези, които биха могли да разкрият идентичността му.

Това, което предстои да се стандартизира, са процедурите за получаване на това съгласие, тъй като отделните институции имат различна практика. Няма и единна процедура за ДНК тестове, като на едно място на човек с раково заболяване може да препоръчат лечение, а на друго да са стигнали до извод, че то е безсмислено.

Споделената информация ще помага в такива случаи, както и за редки заболявания в резултат на мутации при деца, например. Генетичната база данни ще е полезна и за преодоляване на неясноти и митове около масови състояния като сърдечно-съдовите проблеми. Там за валиден извод понякога е нужна информация от над 100 000 пациенти и години на събиране и обработка.

Инжекция може да лекува слепота

● Не се изисква оперативна намеса, процедурата трае само 15 минути



Нова надежда за лечение на слепота дава постижението на американски специалисти, разработили революционен метод за възстановяване на зрението. Бързата и опростена процедура се състои в инжектирането на вирус, който доставя възстановяващи зрението гени до недостижимите досега увредени клетки, съобщи БТА. Методът не изисква операция и отнема само 15 минути.

Специалистите от Калифорнийския университет вярват, че благодарение на революционната процедура заболявания, свързани със загуба на зрението като пигментозен ретинит и дегенерация на макулата, ще останат в миналото.

Радикалното лечение е разработано 14 години.

"Никой от доставящите гени вируси не може да измине целия път до задната част на окото, за да достигне до фоторецепторите - чувствителните към светлина клетки, нуждаещи се от терапия. Ние успяхме да създадем вирус, който се инжектира директно в окото и доставя гени до изключително трудно достижима популация от клетки. Процедурата е неинвазивна, безопасна и отнема само 15 минути", обяснява Дейвид Шафър от изследователския екип.

Инжекцията има потенциал да революционизира лечението на дегенеративни заболявания, тъй като позволява на безвреден изкуствен вирус да пренесе терапевтични гени през цялото око. След успешни тестове с животни специалистите очакват разрешение за клинични изпитания с хора.

Полски лекари извършиха животоспасяваща трансплантация на лице

● На 33-годишен мъж са реконструирани, челюстите, небцето и дъното на очните орбити

Полски лекари са направили спешна животоспасяваща трансплантация на лице на 33-годишен мъж, пострадал при катастрофа, съобщава в "Дейли мейл". При инцидента лицето на мъжа било буквално откъснато, а челюстите му - смазани.

Операцията е продължила 27 часа, веднага след катастрофата. Ръководителят на екипа от лекари от Онкологичния център в Гливице, извършили интервенцията, Адам Мачейевски заяви, че

това е първата в света животоспасяваща трансплантация на лице, направена толкова скоро след като човекът е пострадал. Подобни операции досега са подготвяни в продължение на месеци или години.

На пациента са реконструирани лицето, челюстите, небцето и дъното на очните орбити. На снимка, направена шест дни след операцията, пациентът от болничното легло вдига палеца си в знак, че всичко е наред.

У НАС

Морят ни 15 редки наследствени болести



Проф. д-р Иво Кременски

Има 7000 редки генетични болести и всички сме предразположени към 10-15 от тях. Това обяви проф. д-р Иво Кременски, национа-

лен консултант по медицинска генетика, по време XII национална среща на медиите с учени в здравеопазването, която се проведе в "Албена". Необходимо е спешно да се приеме национална програма за редките и генетични болести, посочи проф. Кременски. По думите му изследвания онлайн ще спестят пари и напрежение в семействата.

МБАЛ „Стамен Илиев“ започва с 15 легла в Голяма Кутловица

● **Болницата в Монтана навършва 120 години**

● **„Скръбни листове“ са наречени първите истории на заболяванията**

По достъпни документални данни в Държавния архив се установява, че болницата в град Монтана е разкрита през месец декември 1893 г. като Третостепенна държавна болница с 15 легла и един фелдшер в околийския административен център Голяма Кутловица. Част от първите истории на заболяванията (тогава наричани "скръбни листове") показват, че са лекувани пациенти основно с простудни заболявания и контузии. Едва от 1912 г. болницата се ръководи от околийски лекар, който е първият ѝ управител - д-р Бочо Бочев. На следващата - 1913 г., е определена за Второстепенна държавна болница. През 1923 г. за главен лекар е назначен д-р Стамен Илиев, а през 1923 г. болницата е обявена за въстаническа. През 1924 г. Общинският съвет взема решение за утвърждаване на болницата като общинска, в която започва да се извършва и оперативна дейност. В годините до 1951 г., когато се извършва обединение на болницата с разкрития Околийски противотуберкулозен диспансер и леглата се увеличават на 168, последователно

През 1935 г. като хирург в болницата идва д-р Ангел Еленков, специализирал в гр. Грац и увеличава само за първата година оперативните интервенции на 255. През 1936 г. се открива Околийският противотуберкулозен диспансер. Десет години по-късно болничните легла вече са 68 с двама лекари и две медицински сестри. През 1948 г. е надстроен втори етаж, а на следващата година е доставена първата линейка. През 1951 г. се обединяват болницата и Околийският противотуберкулозен диспансер, д-р Спас Спасов заема мястото на главен лекар и започва строителството на нова сграда на обявената вече за Окръжна болница, вър-

зацията на болничната помощ настъпва през 1959 г. - тогава, с новото административно деление на страната, Михайловград е обявен за окръжен център, а градската болница се преименува на Окръжна. Разкрити са хирургично отделение с ръководител д-р Ангел Еленков, вътрешно отделение с ръководител д-р Братистилов, акушеро-гинекологично - с ръководител д-р Андрей Андреев, детско - с ръководител д-р Кунов, инфекциозно отделение с ръководител д-р Попов, диспансерно-гърдно - с ръководител д-р Илиан Ангелов. Разкрити са и специализирани кабинети по очни болести, ушно-носногърлен кабинет, кожен кабинет и физиотера-



ръжна до областна.

От ноември 1980 г. до май 1987 г. главен лекар на болницата е д-р Кирил Исусов (пневмофтизиатър), след него е назначен д-р Кирил Еленков Кирков, който заема тази длъжност до август 1991 г. За тези периоди е характерно изграждането и утвърждаването на много специалисти като лекари по основни и профилни специалности, въвеж-

нието ѝ - Първостепенна общинска и Обединена районна болница. Медицински управители са - д-р Тодор Борисов Тодоров (1991 г. - 1992 г.), д-р Цветан Петров Бонов (1993 г. - 1994 г.), д-р Нейко Димитров Нейков (1994 г.) и д-р Йордан Иванов Цеков (1994 г. - 1996 г.). Поради голямото текучество в управлението липсват достатъчно данни за дейността на болницата в този период.

През 1996 г. Отделението за бърза и неотложна медицинска помощ се отделя от болницата като Център за спешна медицинска помощ (ЦСМП).

Три години по-късно болницата се преобразува, чрез разделяне на Районна болница - гр. Монтана и Амбулаторно поликлинично здравно заведение.

Със заповед на министъра на здравеопазването от 18 август 2000 г., публичното здравно заведение Районна болница - гр. Монтана е преобразувано в лечебно заведение с наименование Многопрофилна болница за активно лечение "Д-р Стамен Илиев" АД, гр. Монтана (МБАЛ). Дружеството се регистрира по Търговския закон и се управлява от Съвет на директорите. Последните години се бележат с утвърждаване на кадрите и тяхната специализация, реновиране на материално-техническата база, оборудване с модерна апаратура, въвеждане на съвременни методи на лечение, като лапароскопска и ендоскопска хирургия и много други.

(По материали от сайта на болницата)

ПАТРОНЪТ

Патронът на болницата - д-р Стамен Илиев Павлов е роден на 3 октомври 1883 г. в с. Железна (обл. Монтана). Учи първо в гр. Фердинанд (гр. Монтана), а по-късно - в Ломското педагогическо училище. След като завършва училището, работи като учител в селата Влашко село (с. Мартиново), Железна и Главановци в същата област. От 1909 г. следва медицина във Франция, по-късно учи в Женева. През 1915 г. завършва обучението си и се завръща в България, като последователно е околийски лекар във Василико (Царево) и заместник - окръжен лекар в Струмица. По време на Първата световна война е началник на военната болница в Струмица.

От 1919 г. д-р Стамен Илиев е лекар в гр. Фердинанд. Участва в Септемврийското въстание през 1923 г., организира медицинското обслужване на въстаниците като главен лекар на въстаническата войска в Северо-западна България. След разгрома на въстанието отказва да емигрира и остава при ранените бойци. На 27 септември 1923 г. е арестуван и изтезаван (изрязани са ушите му и извадено едното му око), след което на 30 септември 1923 г. е разстрелян край р. Огоста заедно с ранените войници.



Град Фердинанд в началото на 20 век



Улица в град Фердинанд (днешен Монтана)

работят като лекари и управители д-р Тилински, д-р Катранов, д-р Григоров (той се оформя като хирург и за период около година извършва 59 оперативни интервенции - предимно инцизии, апендектомии, херниотомии).

ху площ от 80 дка, проектирана за 450 легла, а поликлиниката и родилният дом се обединяват на 22 септември 1952 г. и болницата е обявена за Обединена градска болница.

Голямата промяна в структурата и органи-

пелтичен кабинет, ръководени от специалистите д-р Антонов, д-р Кисъв, д-р Ангелов и д-р Г. Борисов.

В този период към болницата са разкрити 15 клинични отделения, 8 параклинични звена, поликлиника и два филиала за хронично болни в гр. Брусарци и с. Мартиново с общ леглови фонд 929 болнични легла. На 21 ноември 1956 г. лечебното заведение е преместено в новата сграда. През 1969 г. е завършена и открита сградата на белодробния диспансер, а през 1976 г. - сградата на инфекциозния корпус. В следващите години болницата търпи редица промени - от първостепенна ок-

дането на нови лечебни и диагностични методи, разкриване на интензивни сектори за съв-



Останки от стара баня

ременно лечение на тежко болните.

След 1989 г. управлението на болницата е многократно променяно, както и наименова-

Стартира проектът

Преди месец стартира платформата за регистрация на студенти в проект "Студентски практики", имащ за цел подобряване качеството на образованието и обучението в съответствие с потребностите на пазара на труда. В инициативата, финансирана по Оперативна програма "Развитие на човешките ресурси", съфинансирана от Европейския социален фонд, ще могат да участват и всички студенти към Медицинските университети и факултети в страната.

Право да кандидатства има всеки студент в редовна или задочна форма на обучение, вписан в Регистъра на действащите и прекъснали студенти и докторанти, поддържан от МОМН. Участието в проекта може да бъде веднъж в рамките на обучението за придобиване на съответната образователно-квалификационна степен (веднъж като "бакалавър" или "професионален бакалавър" и веднъж като "магистър"). За успешно приключило се счита практическото обучение, проведено се в реална работна среда в рамките на 240 часа. След приключването и отчитането на практиката, студентът получава



„Студентски практики“

биване на съответната образователно-квалификационна степен (веднъж като "бакалавър" или "професионален бакалавър" и веднъж като "магистър").

За успешно приключило се счита практическото обучение, проведено се в реална работна среда в рамките на 240 часа. След приключването и отчитането на практиката, студентът получава

еднократна стипендия в размер на 480 лв. В бюджета на проекта са предвидени и средства за възнаграждение на академични наставници от висшите училища и ментори от страна на работодателя.

Проектът "Студентски практики" се изпълнява в партньорство с всички 51 висши учебни заведения в България. Практическо обучение трябва да проведат над 60 000 студенти от цялата страна за периода до 31 октомври 2014 година.

На интернет адрес: <http://praktiki.mon.bg/sp/>, може да научите подробности за целите на проекта, изискванията към бъдещите участници в него, развиваните дейности и, най-важното - да направите своята онлайн регистрация за участие.

Всички студенти, които имат въпроси, могат да се обръщат към учебния отдел на ВУЗ-а, в който се обучават.

Средствата, които ще бъдат отпуснати за страната ни ще бъдат в същия размер - 126 млн. евро. Сегашният период на грантовете изтича през 2014 г., но проектите по него ще могат да се изпълняват до 2016 г., уточниха от посолството. "Норвежкият финансов механизъм са приносят на Норвегия, Исландия и Лихтенщайн за намаляване на икономическите и социалните разлики и задълбочаване на двустранните отношения с участващите 15 държави от Централна и Южна Европа, сред които и България", обяви Виктър пред местната власт от Североизточна България.

По нейни думи най-голям бенефициент на пари от Кралство Норвегия е Полша, следвана от Румъния, Унгария, Чехия и България. От представянето стана ясно, че процедурите за кандидатстване са по-леки от тези, които са свързани със структурните фондове на ЕС. Това се вижда и от данните за успеваемостта на проектите - 75% от парите са договорени.

Европейски средства за модерно оборудване в български болници

Профилактиката е най-ефективната защита от онкологичните заболявания. Ранната диагностика и лечение на злокачествени тумори са сред основните дейности в Средносрочната рамкова инвестиционна програма на Министерството на здравеопазването по Оперативна програмата "Регионално развитие" 2007-2014 г. (ОПРР), която е на стойност близо 148 млн. лв. Със 110 млн. лв. от тях ще бъдат обновени и оборудвани 13 лечебни заведения за болнична помощ в шестте района за планиране в страната. С безвъзмездна европейска помощ ще бъде осигурена апаратура за навременна диагностика и лечение на онкологичните заболявания и ще се създадат най-малко 380 нови работни места за висококвалифицирани специалисти в системата на здравеопазването.



По схема "Подкрепа за реконструкция, обновяване и оборудване на държавни лечебни заведения в градските агломерации", компонент 1 - "Комплексни онкологични центрове и специализирани болници за онкологични заболявания" на ОПРР за първи път у нас се прави инвестиция на

обща стойност около 66 млн. лв., с която ще бъде доставена нова, най-съвременна апаратура за диагностика и лечение. Така с финансова европейска помощ страната ни ще може да се доближи по показателя "брой на успешно излекувани от рак" до напредналите

държави в Европа. Специализираната болница по онкологични заболявания в София ще разшири и модернизират



регионални центрове за ранна диагностика в многопрофилните болници в Благоевград, Хасково и Кърджали.

Норвегия отново ще финансира наши програми

Норвежкият механизъм за безвъзмездно финансиране на проекти в България ще продължи да действа и през следващите 5 г. Това съобщи във Варна посланикът на кралството у нас г-жа Гюру Катарина Виктър. Средствата, които ще бъдат отпуснати за страната ни ще бъдат в същия размер - 126 млн. евро. Сегашният период на грантовете изтича през 2014 г., но проектите по него ще могат да се изпълняват до 2016 г., уточниха от посолството. "Норвежкият финансов механизъм са приносят на Норвегия, Исландия и Лихтенщайн за намаляване на икономическите и социалните разлики и задълбочаване на двустранните отношения с участващите 15 държави от Централна и Южна Европа, сред които и България", обяви Виктър пред местната власт от Североизточна България.

По нейни думи най-голям бенефициент на пари от Кралство Норвегия е Полша, следвана от Румъния, Унгария, Чехия и България. От представянето стана ясно, че процедурите за кандидатстване са по-леки от тези, които са свързани със структурните фондове на ЕС. Това се вижда и от данните за успеваемостта на проектите - 75% от парите са договорени.

Програмите за следващия период скоро ще бъдат отворени за подаване на проекти. Със сигурност се знае, че минимум 10% от средствата ще бъдат насочени към ромското население. Още толкова ще са ориентирани към неправителствените организации. Други дейности, по които може да се кандидатства, са опазване на околната среда, енергийна ефективност, образование и здравеопазване. Според Виктър проектите на публичните институции ще се финансират на 100%. Неправителствените организации ще получат до 95% от средствата за проектите си, а всички останали - 85%. Според представителите на местните власти най-атраktivни са проектите, свързани с подобряване качеството на водите, както и програмите, свързани с енергийна ефективност.

Плащаме най-много за здраве от джоба си



Над 45% от общите разходи за здраве в България през 2012 г. са излезли от джоба на гражданите. Според бюджета това са почти 3 млрд. лв. Като дял разходите на българските семейства са почти три пъти повече, отколкото в Европейския съюз. Там средно семейните бюджети поемат едва около 17% от финансирането за здравеопазване. Това показва анализ на Института за икономически изследвания към БАН за проблемите в здравната ни политика, който изследва различни източници. Според данните негативната тенденция българите да плащат все повече пари от джоба си за здраве ще се задълбочава и до 2014 г. тези плащания ще стигнат 48-49% от всички разходи в сектора.

"Заради изключително ниските доходи на българите, те нямат възможност да покрият допълнителните плащания, които се налага да правят, за да получат здравна помощ", коментира един от изследователите - Петко Салчев. Според

него единствените регламентирани плащания в сектора трябва да бъдат тези от здравни вноски. Прекалено високият разход на домакинствата може да се обясни с все по-малкото публични средства, отделени за здраве. При 4% от БВП през 2009 г. те падат до 3.52% през 2012 г. В същото време в ЕС заделят за здравеопазване два пъти повече средства от БВП - над 7.6%. Голяма част от българите не могат да стигнат до квалифицирана помощ и заради неравномерното разпределение на медицинските заведения в отделни области. Наскоро статистиката показва, че осигуреността с лекари по региони варира от 25.6 до над 50 медици на 10 000 жители.

От БАН отчитат и постоянно намаляване на парите, които се заделят за превенция и профилактика, при това на фона на все по-влошено здраве на нацията и много висока преждевременна смъртност - на хората преди 65 г. През 2010 г. разходите за превенция са били

7.7% от общите разходи за здраве, докато през 2014 г. се очаква да бъдат едва 4.6%. В същото време годините живот в добро здраве на българите са с около 8 по-малко при мъжете и 12 години при жените спрямо ЕС.

В продължителността на живот в последните години е отчетен малък ръст с около 5 месеца, но тя е доста под средната за ЕС. По последни данни българите живеят средно по 73 г. и 5 месеца, докато в ЕС средната продължителност на живот е почти 80 г. От БАН признават, че отчетените от тях проблеми са познати от години, но така и не се решават. Според Петко Салчев основната причина за липсата на решения в здравеопазването са лобистките интереси в сектора. Една от най-наложителните промени според изследователите е преминаването от клинични пътеки към диагностично свързани групи /ДСГ/, тъй като в момента политиката е да се търси подходяща пътека, а не подходящо лечение за пациента.

България е в златната среда по корумпираност в света

● *Здравният сектор за пръв път е напред в класацията у нас, сочи проучване*

Най-засегнатият от корупцията сектор у нас е съдебната система. Следват - здравеопазването и политическите партии. Това сочат данните на Световния корупционен барометър - 2013 - най-голямото проучване на общественото мнение относно разпространението на корупцията. Тези данни са представени от Асоциация "Прозрачност без граници". Присъствието на политическите партии в такава класация не изненадва - те "традиционно" са в първите редици по корупция. Но секторът на здравеопазването е включен за пръв път и получава силно негативна оценка, допълват от Асоциацията.



Секторите с най-ниско ниво на корупция според проучването са образованието, неправителствените организации и въоръжените сили.

Изследването показва и нарастване на критичните оценки на българските граждани относно усилията на институциите за противодействие на корупцията - докато през 2010 година общо 42% от гражданите са оценявали като много ефективни или относително ефективни тези действия, то през 2013 година само 16% от гражданите оценяват антикорупционните действия на управляващите като ефективни.

В общоевропейски сравнителен план изследването откроява следната специфика - дотогава за целия ЕС водещо място в негативната класация заемат политическите партии, в България (както и в Словакия) институциите от съдебната власт са оценени като най-силно натоварени с корупционен риск.

Световният корупционен барометър - 2013 представлява проучване на оценките на 114 000 човека от 107 държави и показва, че корупцията е широко разпространена. 27% от респондентите са плащали подкуп във връзка с достъпа до обществени услуги и институции през последната година, което разкрива липса на подобрение в сравнение с предишни проучвания.

Любопитни са данните, засечени не според мнения, а според непосредствен опит - чрез въпроса на кого анкетираният или член на семейството му е "бутнал" пари през

последните 12 месеца. В тази класация "шампиони" са полиците - 17%, отблизо ги следват магистратите с 13%, с по 7% се класират медиците и представители на поземлените служби.

Като цяло положението с подкупността се влошава според над 1/3 от българите. По-подробна картина дават следните отговори на въпроса: "Увеличила ли се е според вас корупцията през последните две години?" 19% от българите отговарят "да, много", според 16% увеличението е малко. За 49 на сто от сънародниците ни положението не се е променило, а според 16% корупцията даже е поспаднала.

По въпроса дали гражданите могат да окажат влияние в борбата против корупцията, лек превес имат пессимистите.

В световен мащаб докладът разполага България в "златната среда" по корумпираност. Тя е на 75-о място сред 176 страни.

Новата директива за трансгранично медицинско обслужване влиза в сила в края на октомври

- *Всяка държава трябва да има „точка на контакт“ - място за информация за здравни услуги*
- *Можем да се лекуваме навсякъде в ЕС като плащаме кеш, а после Касата възстановява сума по своя ценоразпис*

Новата директива за трансгранично здравно обслужване ще влезе в сила от 25 октомври, 2013 г. Тя ще позволи на гражданите на Европейския съюз да се лекуват където поискат в неговите рамки.

Пациентите ще имат право на лечение и изследвания без предварително одобрение от

здравните власти или осигурителните фондове. Те ще плащат сами здравните услуги, но след това здравната каса или министерството на здравеопазването ще възстановяват сумата. Парите обаче ще бъдат ограничени до таван от стойността, която се плаща за същата услуга в него-

вата държава.

След влизането в сила на директивата пациентите ще могат да се лекуват в чужбина, без да искат разрешение или да информират предварително здравноосигурителната каса в страната си.

От новите правила ще се облагодетелстват предимно гражданите на богатите европейски страни, коментират експерти. А България е сред най-бедните. Цените на здравните услуги са обикновено по-ниски. А точно в този размер ще им бъдат възстано-

вени средствата.

Успокоението за България е, че ще се вляят средства в местната здравна система.

Директивата предвижда всяка държава да създаде точка за контакт - място, където трябва да се събира информация за видо-

вете здравни услуги, цените и местата, на които те се предлагат. В България по план този администратор трябва да бъде здравната каса, но все няма готовност за трансграничното здравно обслужване.

Европейската коми-

сия ще прави проверки и ще следи за изпълнението на директивата в страните членки. Ако практиката не отговаря на записаното в директивата, може да има и наказателни процедури, коментира Паола Тестори Коджи - генерален директор, отговарящ за "Здравеопазване и права на потребителите" в ЕК.

Всички европейски страни са имали на разположение две години, за да променят законодателството си така, че директивата да започне да работи от 2013 година.



ЕС подобрява системата за сигнализация и реакция при пандемии

Европейският съюз ще подобри способността си да се справя с трансгранични здравни заплахи, като коронавируса, Е. коли и H1N1. Това стана ясно след като Европейският парламент одобри законодателство по въпроса, предаде пресслужбата на институцията.

Текстът въвежда система за ранно предупреждение, улеснява съвместното закупуване на ваксини от страни членки и дава възможност за обявяване на извънредна ситуация на ниво ЕС в случай на криза. Съществуващото европейско законодателство ще бъде подсилено, за да се подобри координацията и да се намали

времето за реакция.

СТРАНИТЕ ЩЕ СЕ ОБЕДИНЯВАТ ПРИ КУПУВАНЕТО НА ЛЕКАРСТВА

Депутатите въвеждат схема, позволяваща на страните членки да закупуват лекарства съвместно, което ще намали цената им. Гаранти-

ра се и улеснен достъп до ваксини.

"Това без съмнение е най-големият успех на решението", заяви докладчикът Жил Парньо.



"Това решение е добре дошло, особено за по-малките страни членки, които просто не могат да си позволят прекомерно високите цени от последните пандемии", допълни той.

По време на епидемията H1N1 през 2009 г. страните членки се конкурираха една с друга при закупуването на ваксини, които бяха в ограничени количества.

ПРИ ИЗВЪНРЕДНА СИТУАЦИЯ ЩЕ СЕ ДЕЙСТВА ПО-БЪРЗО

Текстът въвежда и възможността за създаване на европейска "извънредна ситуация за общественото здраве", за да се ускори раздаването на нужните лекарства. Досегашното законодателство определяше, че ЕС първо трябва да изчака Световната здравна организация да обяви

международна извънредна ситуация за всички континенти.

Тъй като последните епидемии бяха свързани с вирусни щамове от птици или свински произход, текстът подчертава, че подготовката и планирането на реакциите трябва да се извършва паралелно по отношение на ветеринарната и човешката медицина.

ПРОЗРАЧНОСТ В РАБОТАТА НА СИСТЕМАТА

В приетия текст се подчертава, че системата трябва да работи прозрачно. При консултации експертите трябва да обявяват всеки директен или индиректен интерес, който може да ограничи независимостта им.

Решението влиза в сила в деня на публикацията му в официалния вестник на ЕС.

Великобритания иска чужденците да си плащат лечението

Новите имигранти във Великобритания, идващи от страни извън ЕС, ще трябва авансово да плащат минимална такса от 1000 евро, за да покрият здравните си разходи за първите пет години пребиваване в страната. Това предложи здравният министър Джереми Хънт.

Според лондонския "Гардиън" той е разяснил, че е към края си практиката гости от държави извън ЕС, които идват в страната, да получават безплатен достъп до услугите на личен лекар. Посетителите от ЕС ще продължават да се ползват от услугите на британската здравна система безплатно. Спешно лечение няма да бъде отказано на никого.

Хънт представи и подробни планове за нова система за регистрация и проследяване в системата за здравни услуги, свързана с номера на здравната карта на пациента, която ще позволява проверка на имигрантския статут на новите пациенти, които се регистрират в кабинета на личния лекар за първи път.

Новата здрава такса ще трябва да заплати всеки, който идва във Великобритания от страна извън европейската икономическа



зона за престой по-дълъг от шест месеца. Тя ще се изисква като допълнение към съществуващите такси за визи.

Коалицията продължава да води преговори, за да реши как точно да се изплаща таксата. Най-вероятно е новите имигранти да трябва да платят общо 1000 евро, които да се изплащат по минимум 200 евро на година от тези, които кандидатстват за виза за срок от пет години.

В момента краткосрочните гости, идващи във Великобритания да работят или учат с визи за повече от шест месеца, могат да ползват безплатно здравно лечение веднага след като пристигнат. Британските министри проучват дали, ако частната здравна застраховка бъде направена

задължителна, това би била уместна алтернатива.

Плановите ще бъдат посочени в консултативен документ на правителството, който ще опише подробно възможностите за отказ на достъп до обществени услуги на нелегалните имигранти. Всичко това е част от стремежа на консерваторите да намалят нетната миграция под 100 000 души на година до следващите парламентарни избори през 2015 г.

Таксата вероятно отново ще доведе до твърдението, че Великобритания е "затворена за бизнес" и ще възпрепятства висшите училища в техния стремеж за привличане на чуждестранните студенти. Над 270 000 имигранти от страни извън ЕС, които са

пристигнали да учат и работят на Острова през миналата година, ще бъдат засегнати от новата такса. Очаква се консултативния документ да поясни условията за търсещите убежище и бежанците.

Здравният министър Хънт защити новите мерки, "Трябва да гарантираме, че тези, които пребивават или посещават Обединеното Кралство, допринасят за системата по същия начин като британските данькоплатци, както и че правим всичко възможно да се борим с нелегалната миграция. Искаме да е ясно, че сме национална здравна служба, а не международна, и сме твърдо решени да спрем злоупотребите."

Бившата министърка от партията на либерал-демократите Сара Тийтър остро разкрикува плана, казвайки, че той ще отблъсне талантливите хора, които искат да работят във Великобритания и да допринасят за икономиката: "Чух, че Великобритания била отворена за бизнес. Това звучи като да е затворена."

Консултативният документ ще бъде последван от законопроект за имиграцията, който обаче, вземайки в предвид липсата на напредък по въпроса в рамките на коалицията, едва ли ще бъде публикуван преди есента.

Срещу Испания започва санкция за неспазване на европейската здравна карта



Европейската комисия започва наказателна процедура срещу Испания заради отказа на някои болници в страната да приемат европейската карта за здравно осигуряване, позволяваща на гражданите на ЕС безплатно да ползват широк набор от предимно спешни услуги в обществени здравни заведения.

Някои болници обаче не са приемали предоставяната от туристи и гости карта и са искали пациентите - чужденци да си възстановят разходите по лечението им чрез застраховката за пътуването, обясняват от ЕК. От комисията посочват, че става дума за стотици оплаквания за това, че разходите се прехвърлят на туристическите агенции или директно на самите пациенти.

Засега Брюксел се е обърнал към правителството в Мадрид само с искане за информация по случая, което е първата фаза от наказателна процедура.

Ако оплакванията се окажат основателни и нищо не се направи по въпроса, Испания може да бъде изправена пред съд за нарушаване правото на ЕС.

Европейската здравна карта гарантира еднакво ниво на безплатно здравеопазване във всяка от страните в ЕС, Исландия, Лихтенщайн, Норвегия и Швейцария, под което се разбира посещение на личен лекар или в кабинет на джипи, издаване на рецепта и престой в болница. Разходите се възстановяват от съответната национална здравноосигурителна система. Но на практика далеч невинаги това е безплатно, защото всяка страна има собствена политика по въпроса. Освен това лекарят може да прецени, че състоянието на пациента - чужденец позволява той да се прибере в родината си и там да бъде лекуван, т.е. да откаже да приеме европейската здравна карта.

За спешна помощ и особени случаи, като подлагане на диализа заради бъбречно заболяване, картата би трябвало задължително да действа.

В Европейския парламент работят за намаляване на здравните неравенства

● Създадена е група за партньорство

Втората конференция на тема "Неравенствата в здравеопазването в новите държави членки на ЕС и страните кандидат членки", която се проведе в Европейския парламент на 26 юни 2013 г., постигна изключително голям успех и доведе до значителни резултати. Д-р Андрей Ковачев, член на Европейския парламент, който беше домакин на срещата, инициира създаването на група, състояща се от членове на ЕП, за справяне с неравенствата в здравеопазването и за насърчаване на равния достъп. На срещата бяха поставени основите за създаването на Европейска група за партньорство за преодоляване на проблемите по отношение на достъпа до качествено здравеопазване в страните на ЕС. Това съобщиха от Националната пациентска организация, която участва в конференцията.

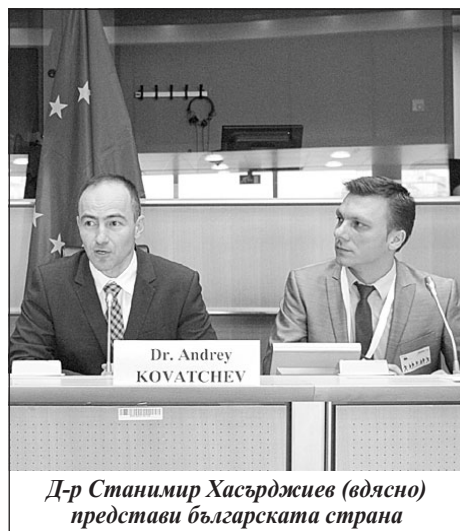
В обръщението си към присъстващите в конференцията д-р Станимир Хасърджиев, председа-

тел на Национална пациентска организация, подчерта, че "Достъпът до висококачествено здравеопазване е фундаментално право на гражданите. Лидерите на пациентски организации имат ясна представа, че съществуват неравенства в достъпа, които се изострят допълнително вследствие на икономическата криза и бюджетните съкращения".

Казаното беше изведено като заключение от официалните резултати от пациентско проучване за неравенствата в здравеопазването, обявени по време на събитието. Проучването беше реализирано като последваща стъпка от състоялата се през септември 2012 г. в София Първа конференция, посветена на неравенствата в здравеопазването в новите държави членки на ЕС: "Политици и пациенти - заедно за промяна". Това мащабно проучване се проведе сред 256 лидери на пациентски организации от 12-те нови държави членки на Европейския

съюз и трите кандидат членки.

"Неравенствата започват с ранно диагностициране", обясни г-н Ерик Бриерс, секретар на Европа Уомо, Европейска-



Д-р Станимир Хасърджиев (вдясно) представи българската страна

та коалиция за рак на простатата. Затова обучението на пациентите играе ключова роля за диагностициране на тяхното състояние и те не са равностойно информирани, за да могат да реагират с последователни действия. Това се отнася съответно до неравенства по отношение на достъпа до услуги, оборудване, лечение и др. Г-н Акхим Кауц, директор по политическите въпроси на Европейската Асоциация на пациентите с чернодробни заболявания, също подчерта факта, че дори там, където съществуват лекарства, адекватният достъп до тях представлява ключов проблем за много пациенти.

Г-жа Десислава Димитрова, председател на Уп-

равителния орган на Регионалния комитет на Световната здравна организация, предложи да се създаде Европейска група за партньорство за преодоляване на неравния достъп до качествено здравеопазване, като последваща стъпка на инициативата. Европейският пациентски форум, най-голямото пациентско обединение в Европа, ще развива тази идея и ще инициира процес на обсъждане на темата с

основните институции в ЕС и с основните заинтересовани страни.

Водещи евродепутати от различни политически групи, защитници на правата на пациентите, оповестиха създаването на партньорска група, чиято основна цел е намаляване на неравенствата в здравеопазването, паралелно с дейността за постигане на висококачествено здравеопазване. Дневният ред на тази група е да се представи спешно тази ситуация, която представлява и европейски проблем, засягащ не само новите държави членки на ЕС и трите кандидат членки.

Евродепутатът д-р Антония Първанова, призова темата за здравеопазването да бъде включена в Договора за Европейс-



кия съюз, за да се осигури привличането на всеки към тази кауза. Тя изтъкна своята готовност да се посвети, в качеството си на експерт по здравните въпроси, на осъществяването на тази амбициозна задача. Д-р Първанова е главен участник в подготвянето

луги, тогава могат да се предприемат сериозни мерки и те трябва да бъдат промяна в Договора, които да дават на европейските институции компетенции за общо законодателство и политики в областта на здравеопазването, както и финансиране на тези политики и на това законодателство", посочи тя.

Г-жа Никола Бедлингтън, изпълнителен директор на Европейски пациентски форум, направи следното заключение: "Тази конференция е истински крайгълен камък във включването на темите за достъпа и равенствата в здравеопазването, касаещи пациентите, в дневния ред на управляващите и на съсловните здравни организации. Тези групи трябва да вървят в една посока за вземане на реални решения, които да сложат край на неприемливата и драматична ситуация, пред която са изправени много от пациентите в целия ЕС."



Евродепутатът д-р Антония Първанова

на европейската директива за трансгранично здравно обслужване. "Когато се направят сериозни анализи на неравенствата в здравния статус на населението, в начина, по който се предоставят медицински ус-



Конференциите дават тласък за взаимодействие

Конференцията се организира от Национална пациентска организация (НПО), с любезната подкрепа на Европейския пациентски форум, и под егидата на д-р Андрей Ковачев, ръководителя на българската делегация в Групата на ЕНП в Европейския парламент. На събитието присъстваха членове на Европейския парламент, европейски здравни експерти, лидери на пациентски организации, представители на европейски съсловни организации и на фармацевтичния бранш.

Първата конференция, посветена на неравенствата в здравеопазването на новите държави членки на ЕС: "Политици и пациенти - заедно за промяна", се проведе в София, на 21-22 септември 2012 г., като приключи с приемането на Резолюция от всички присъстващи. В Резолюцията се наблегна на значимостта на неравенствата в здравеопазването, като основен политически приоритет и отрази също така волята на участниците да се постави темата за неравенствата сред

държавите членки на ЕС, по отношение достъпа до здравеопазване и качествени грижи. В заключение, Резолюцията положи основите на по-широк дебат относно по-добър достъп до лечение и даде тласък за взаимодействие и сътрудничество сред всички участници в срещата.

Като резултат от приетата резолюция, втората конференция предложи нови конкретни стъпки в посока преодоляване на неравенствата в здравеопазването.

Проведе се проучване в новите държави - членки на ЕС

Проучването сред лидерите на пациентските организации се реализира, за да постави и оцени въздействието на темата за неравенствата в здравеопазването именно сред пациентските организации от новите държави членки на ЕС и сред трите кандидатстващи. Целта на проучването беше да се види гледната точка на пациентите и техните близки за промените, които са настъпили в здравната система в тяхната страна след приемането им в ЕС, ако е имало такива.

Резултатите от изследването:

● 74% от анкетираниите

са дали отговор, че: "Вследствие на икономическата криза, правителството е намалило бюджета за здравеопазване."

● 68% от анкетираниите са дали отговор, че: "Вследствие на икономическата криза, в моята страна се увеличи доплащането за лечение от страна на пациентите."

● 56% от анкетираниите отговорят, че: "Вследствие на икономическата криза, в моята страна броят на новите лекарства, които навлизат на пазара, намалява."

● 49% от анкетираниите смятат, че времето за изчакване на лечение (с лекарства, здравни продукти

и услуги) се е влошило след присъединяването на тяхната страна в ЕС.

● 97% от анкетираниите са отбелязали, че осигуряването на устойчиво финансиране на системата на здравеопазването е свързано с достъпа и качеството, като това трябва спешно да бъде поставено в дневния ред на тяхната страна.

● 93% от анкетираниите са отговорили, че намаляването на времето за изчакване на лечение (с лекарства, здравни продукти и услуги) е свързано с достъпа и качеството, което трябва да бъде поставено в дневния ред на тяхната страна.

МЪЖЪТ - НА ИЗЧЕЗВАНЕ?

• Изкуството да оцеляваш с изкуство

Д-р Ваня Шипочлиева, г.м.

Не искам да съм мъжко момиче. Харесвам ухаещата на цветя, музиката, поетичните ласки. Всеки ден обаче потъвам в изпаренията на градския транспорт сред прах, пот, бръмчачене, звук от класони, вулгарни думи... Работя на две места, с домакинството - три, което е повод да ме потупват по рамото: "Браво, мъжко момиче!". А мъжът до мен? Той е честен до глупост, силен до грубост и нежен до болка. Хора като него бързо излизат от списъка на земния свят, защото всяка крайност ги прави уязвими. Може би заради това

БЕЗРАБОТИЦАТА У НАС

е трагедия за семейния мъж. Дори, когато е подкрепян духовно и материално от съпруга, роднини и приятели, българинът е склонен да приема помощта им като подаяние, упрек, плесница. Той не е готов да отхвърли своята роля на главен осигурител в семейството. Не случайно сред безработните мъже заболяемостта и смъртността са по-високи, отколкото сред безработните жени. Това показва изследване на Регионалното бюро за Европа на Световната здравна организация /СЗО/. Анализът на данните сочи, че безработицата, продължила повече от няколко седмици, предизвиква стрес, който повишава кръвното налягане, причинява сърдечно-съдови и други заболявания.

Ще помогне ли изкуството? Според публикацията на Норвежкия университет по науки и технологии хората се чувстват по-здрави, когато участват в дейности, свързани с рисуване, музика, танци, театър. Заключение е направено въз основа на тестове, обхванали 50 000 души в страната на фиордите. Един от ръководителите на това проучване - проф. Йостейн Холмен подчертава, че мъжете - почитатели на културните инициативи, по-рядко страдат от депресии и този положителен ефект е независим от социалния им статус. При хората с доказан психиатричен проблем лекарите използват активно арт-терапия още от шейсетте години на миналия век. По това време във Верона се учредява Международната асоциация по психопатология на изразността. Целта на нейните специалисти е да подтикват пациентите към образно представяне на мисли и чувства, за да постигат определено общуване. Днес методите за лечение чрез изкуство стават все по-разнообразни. Неотдавна психиатри от Международния университет в Лондон, вдъхновени от филма на Джеймс Камерън "Аватар", са изградили нова програма за терапевтично въздействие при шизофрения. За всеки от участ-

ниците в нея е създаден по един виртуален образ, чийто особености съвпадат напълно с предпочитанията на отделния пациент. Той е длъжен ежедневно, минимум по 30 минути, да общува със своя аватар. Така психиатрите научават неща, трудни за споделяне, но необходими при лечението.

Често появата на болестите е резултат от съчетание между стреса и други вредни условия. Много от тези фактори засягат по-сериозно мъжете. Показателна е

ЗЛУПОТРЕБАТА

С АЛКОХОЛ

Според социологически проучвания у нас 90 на сто от мъжете в кризисни ситуации прибегват към спиртни напитки. При жените този подход не е основно средство за успокояване. Съществува пряка зависимост между количеството на консумирания алкохол и някои болестни състояния: мозъчни кръвоизливи, депресии... Когато са пристрастени към

обменят опит под ръководството на психолог. Основа за резултатна, съвременна терапия дават и трудовете на виенския психиатър проф. Ото-Майкъл Леш. Според него, ако слабостта към чашката е настъпила след депресия, тревожност, страхова невроза или друго психично разстройство, зависимостта може да се овладее с медикаменти и психотерапия. Помага и арт-терапията. Всъщност тя е навсякъде, защото светът е низ от картини и в многообразието им човекът е едновременно зрител и творец. Обаче хомо сапиенс е несвършен, с куп вредни привычки. От тях, една от най-обсъжданите е

СТРАСТТА

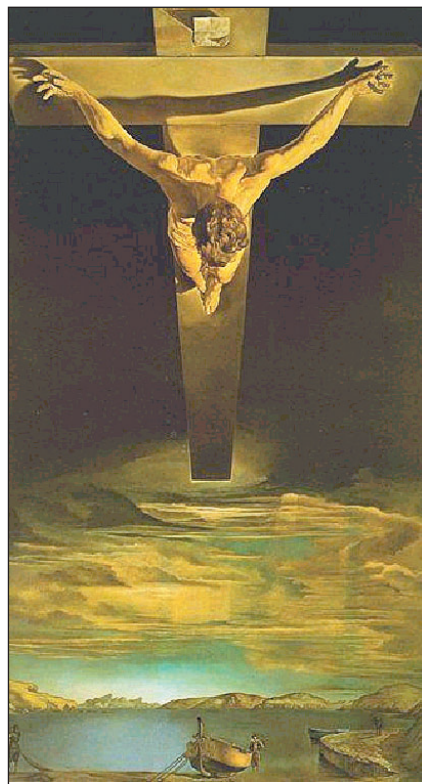
КЪМ ЦИГАРИТЕ

Според националната статистика в България се пуши юнашки. Заклети тютюнджии са 40 на сто от мъжете и 20 на сто от жените. В момента сме на първо място по употреба на цигари сред страните в Европа, с пушачи - 42 процента от на-

нова зависимост е цифровата платформа "Интернет консултант", която е със свободен достъп и предлага здравни консултации на всички официални езици на Европейския съюз. В страната ни работят кабинети за справяне с цигарите, функционира Национална линия за отказ от тютюнопушенето /телефон - 0700 10 323 и уеб сайт - <http://www.azne-pusha.bg/>. Но в статистическите анализи не се отчита намаление на пушачите, особено сред българските мъже. Според британски изследователи отказът от никотиновото пристрастие се регулира от социалния климат. Тежкият социалният климат у нас налага търсенето на алтернативни пътища за скъсване с нездравословната привычка.

Ще помогне ли изкуството? На този въпрос пушачите отговарят с факта, че много от духовните приноси на човечеството, включително и постижения на арт-терапията, са сътворени сред тютюнев дим. Част от тях американският културолог Келвин Ричард Клайн прис-

ционална асоциация за борба с раковите заболявания /ANVOLT/. Анализът на рисунките от този конкурс говори за интереса на подрастващите към всички възможности за здравословен живот, като игри сред природата, гимнастика, хранене с мама и татко, независимо, че в днешно време семейните вечери стават все по-редки.



Салвадор Дали, *Разпятие на св. Хуан де ла Крус*, 1951

БЪЛГАРИНЪТ СЕ ХРАНИ

БЪРЗО И НЕРВНО

Понякога яде направо от хладилника - това са изводи от проучвания на наши нутрициолози. В различните региони на страната между 40 и 60% от населението рядко приема пресни зеленчуци и плодове. Консумираме животински мазнини седем пъти повече, отколкото преди 50 години. Най-нездравословно похапват мъжете в активна възраст. Неправилното хранене води до високо кръвно налягане, наднормено тегло, диабет от втори тип, увеличаване на липидите в кръвта. Симптомите се обединяват в метаболически синдром, който при мъжете е свързан с ниски нива на тестостерон. Дефицитът на този мъжки хормон в кръвта е причина за преждевременно остаряване в сексуалната сфера. Лечението на проблема е медикаментозно, хирургично, диетично. Добре действа средиземноморският начин на хранене... Препоръчително е човек да консумира ястията бавно, в красива обстановка, с хубави чувства.

Ще помогне ли изкуството? Интересни идеи предлага австралийският фотограф Карл Уорнър. Той работи в Лондон, където създава годни за консумация пейзажи. След като разгледаме внимателно неговите творби, осъзнаваме, че те не са рисунки, а реални снимки на зеленчуци, плодове, хляб, сирене и други продукти, подредени по художествен начин. Изкуството на Уорнър ни учи да се храним с удоволствие и въображение. Подобен подход към ястията се постига с традиционния за Тайланд и Япония карвинг - моделиране на храната с цел да изглежда по-привлекателна. Чрез карвинга вечерята може да се превърне в театрален спектакъл и да внесе приятни емоции, които са основен елемент от здравословния живот.

ДВИГАТЕЛНАТА

АКТИВНОСТ

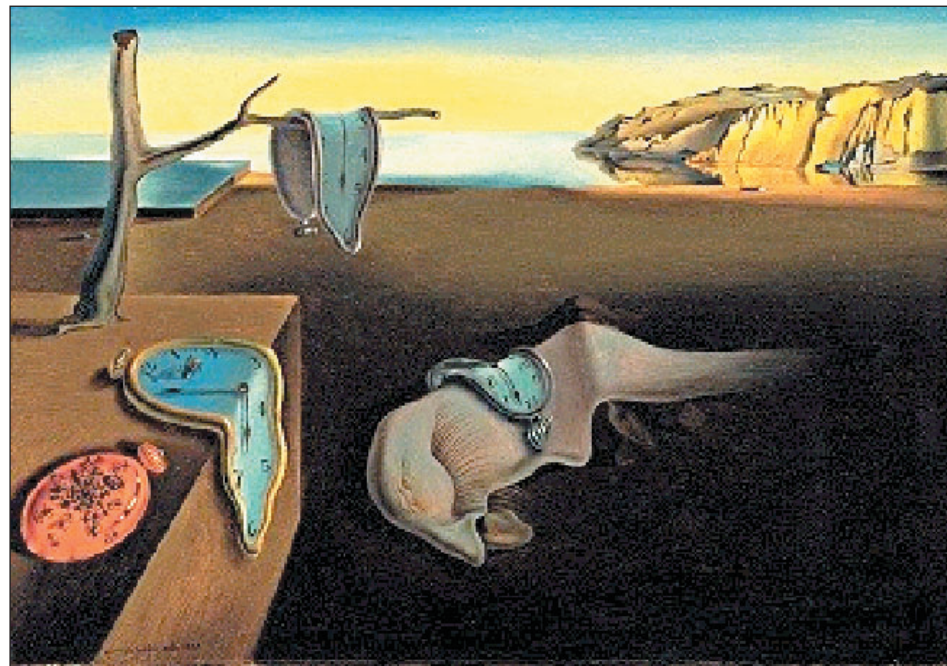
също ни зарежда с хубави чувства, тонизирайки духа и тялото. Но повечето трудоспособни мъже на средна възраст имат странно разбиране за активния отдих и

спорта като гледане на мачове пред телевизора, с чашка в ръка. Това са изводи от национално представително изследване на физическата дееспособност в България, обхванало близо 800 души. Интересни анализи са направили британски учени, които наблюдавали 900 мъже, включени в програма за предотвратяване на диабет. След 12 месеца здравословно хранене и активно спортуване процентът на участниците с нисък тестостерон паднал от 20 на 11 на сто. Други изследвания също свързват двигателната активност с тестостерона. Ако тя е слаба, нивата на мъжкия хормон са ниски и се наблюдава затлъстяване, което от своя страна е рисков фактор за развитие на диабет от втори тип.

Ще помогне ли изкуството? Идеално средство за поддържане на тонуса е танцът. Той е начин за освобождаване на натрупаните негативни емоции и за преодоляване на стреса. В много случаи ритмичните движения се превръщат в начин за пречистване, който лекува отворени душевни рани, подмладява духа и тялото, възстановява чувството за баланс и хармония. Не случайно танцът е на почит в спортните клубове "Здраве" и групите за здраве в цялата страна. Контактите чрез изкуството са път за справяне със самотата, която, въпреки развитието на новите технологии и мрежите за електронно общуване, вероятно ще бъде

ПРОБЛЕМ В БЪДЕЩЕ

Очаква се след време нежната половина от човечеството да постигне свършен контрол върху собствената си плодовитост, а постиженията на генетиката да позволят раждането на деца с точно определени умствени и физически качества. Но едва ли ще излезне мъжът изобщо. Възможно е обаче нездравословният живот преждевременно да погуби много представители на силния пол. Това ще бъде жестоко. Защото за всяка жена има поне един особено скъп мъж. Изчезне ли той, с него изчезва един цял свят, едно приятелство, една любов. А те никога не се повтарят такава, каквито са били.



Салвадор Дали - *Упорството на времето*

алкохола, хората губят чувството си за мярка и изпадат в т.нар. запойни състояния, които могат да са фатални. Не винаги такива пациенти постигат траен ефект чрез медикаментозно лечение.

Ще помогне ли изкуството? Съвременната концепция за лечение на алкохолизма препоръчва непрекъснатата психосоциална подкрепа. А тя най-лесно се осъществява чрез красотата на музиката, живописата, графиката, танците, киното, театъра. За арт-проявите широко са отворили врати клубовете на анонимните алкохолици, които сега функционират в големите ни градове. Заслужено внимание на изкуството отделят и клубовете за психологична подкрепа. В България тя се осъществява по метода на хърватския психиатър Владимир Худолин. Най-важното в неговия лечебен подход е семействата на пациентите със зависимост да могат да

селението. Очевидно не ни действат предупрежденията на наши и чужди експерти. Например, изследване на Националния център по опазване на общественото здраве и анализи /НЦОЗА/ установява, че при активните тютюнджии, у всеки трети мъж и всяка шеста жена е повишено трайно кръвното налягане. Проучвания в САЩ и Великобритания сочат, че диагнозата "карцином на белия дроб" сред мъжете се поставя 10 пъти по-често в сравнение с жените. И още - смъртността в 40 на сто от случаите на рак /за всичките му локализации/ при мъжете е свързана с тютюнопушенето. В прогнози на международни екипи се казва: "През 2030 г. смъртността от цигарите в световен мащаб ще достигне 8 млн. души годишно". Проблемът налага разнообразни спасителни мерки - медицински, законодателни, обществени. Ефективно средство за отказване от никоти-

трастно е представил в книгата си "Cigarettes are Sublime". Но да се приеме, че изкуството е непосилно да се бори с вредата от тютюнопушенето е погрешно. В Канада върху цигарените кутии предупредителните изречения вече са придружени от особен вид художествена фотография. Това са умело подбрани и силно въздействащи снимки на поразени от никотина зъби, дробове и сърца. Тези послания са признати за иновативно съвременно изкуство. С тях канадското министерство на здравеопазването участва в изложба на Музея за модерни изкуства в Ню Йорк. Вероятно подобна инициатива не е непреодолим организационен и финансов проблем. В България например, черните надписи върху цигарените кутии могат да се заменят с рисунки от детския конкурс срещу тютюнопушенето, който се организира всяка година от НЦОЗА и италианската На-

Актавис с две престижни награди на Български фармацевтичен съюз

Актавис, третата най-голяма международна генерична фармацевтична компания, получи две престижни награди от Българския фармацевтичен съюз, връчени по време на традиционния бал в рамките на "Българските фармацевтични дни", проведени в края на юни в НДК, съобщиха от компанията.

На Актавис бяха връчени призове "Производител на годината 2013" и "Генеричен лекарствен продукт, отпускан по лекарско предписание за 2013".

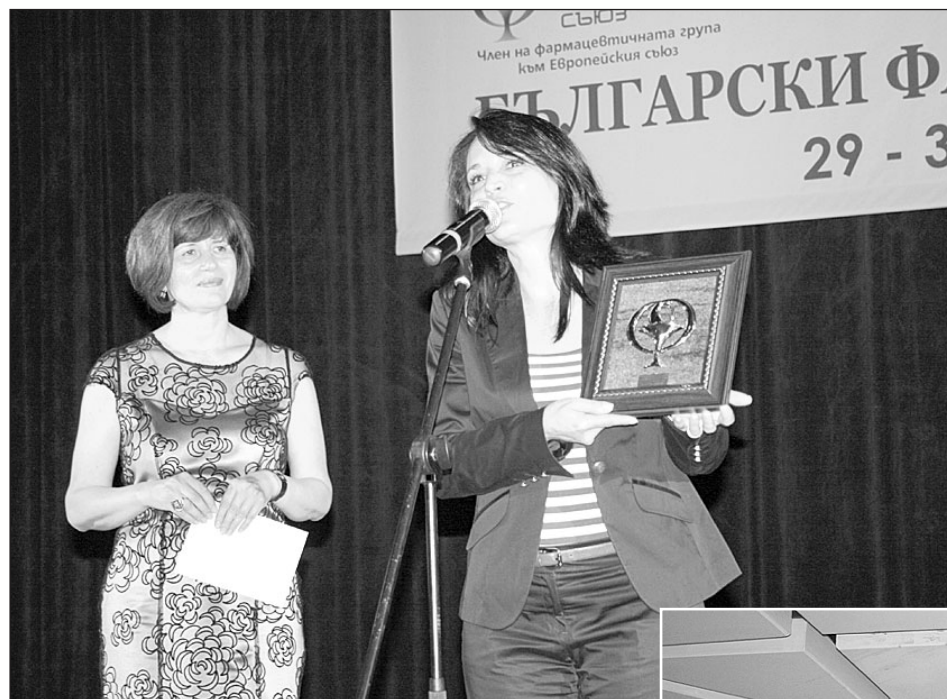
За първи път в историята на бала на фармацевтичното съсловие у нас, фармацевтична компания получава награди от Българския фармацевтичен съюз в две категории в рамките на една церемония.

Актавис за втори път печели изключително престижната награда на съсловието на фармацевтите - призьт "Производител на годината 2013". Наградата беше връчена от проф. Генка Петрова, член на УС на БФС, която подчерта, че тази награда се връчва на Актавис като израз на изключителната оценка на членовете на съсловната организация за високото качество на произведените от Актавис лекарствени продукти. Проф. Петрова сподели пред гостите и факта, че Актавис е избрана за "Производител на годината 2013" с голямо мнозинство, като разликата в гласовете между

Актавис и фармацевтичната компания, избрана на второ място, е повече от два пъти.

Актавис получи спе-

циалната награда на Българския фармацевтичен съюз и в категорията "Генеричен лекарствен продукт, отпускан по лекарско предписание за 2013" за новото си лекарство в областта на кардиологията, което представлява фиксирана комбинация от две активни субстанции - бизопролол (bisoprolol) и анитромботичен агент - ацетил-салицилова киселина. Основното му предимство е, че опростява терапията, благодарение на комбинираната си формула и така подобрява съпричастността на пациента.



Дилияна Бъркалова, Мениджър "Кардиология" получава наградата на БФС за "Генеричен лекарствен продукт по лекарско предписание" за 2013

Лекарството е показано за лечение на хипертония и стенокар-

дия, осигурява превенция на фона на лечение на първична хипертония и/или стабилна ангина. В комбинация медикаментът на Актавис осигурява три ефекта: антихипертензивен и антиисхемичен, селективен антитромбоцитен и профилактичен с редуция на риска от сърдечно-съдови инциденти.

От името на Актавис, наградата "Генеричен лекарствен продукт, отпускан по лекарско предписание за 2013" беше приета от Дилияна Бъркалова, мениджър Кардиология. "От името на Актавис бих искала да благодаря за Вашето признание и се надявам заедно да продължим мисията за достъпно, съвременно и ефективно здравеопазване, което е ориен-

тирано и към по-висока съпричастност към терапията. Представяйки тази комбинация в една капсула, пред-

шата оценка", сподели тя.

Наградата беше връчена от маг. фарм. Димитрия Стайкова-зам. председател на УС на БФС.

Тези две престижни награди са поредното признание за лидерството на Актавис на българския фармацевтичен пазар. Бих искал да благодаря на всички служители на Актавис в България в производствената и търговската ни дейност за изключителния професионализъм и амбиция, защото тези награди са благодарение на техния труд. Благодаря на Българския фармацевтичен съюз за изключително високата оценка на дейността на Актавис у нас", сподели Илия Пашов, изпълнителен дирек-

тор на Актавис ЕАД.

Наградите на Българския фармацевтичен съюз се връчват за седма поредна година в рамките на "Българските фармацевтични дни", които тази година се провеждаха под мотото "Фармацевтите - най-достъпните медицински специалисти".

Всяка година Българският фармацевтичен съюз излъчва победители в пет категории: лекарствен продукт, отпускан без лекарско предписание, лекарствен продукт, отпускан по лекарско предписание, продукт на растителна основа, хранителна добавка,



Щандът на Актавис по време на Български фармацевтични дни, 29-30 юни, НДК

лагаме още едно решение в индивидуалния терапевтичен подход към българските пациенти и сме горди с Ва-

чително високата оценка на дейността на Актавис у нас", сподели Илия Пашов, изпълнителен дирек-

медицинска козметика. Журито е съставено от изтъкнати специалисти по фармакология и фитотерапия.

Новият уебсайт на Токуда е „Здравен сайт на годината“

● За втори път болницата спечели престижното отличие на Българската уеб асоциация



Новият уебсайт на Токуда болница (www.tokudabolnica.bg) бе отличен за втори път

от Българските награди за уеб за 2013 г. като най-добър в страната, съобщиха от пресцентъра на лечебното заведение.

Сайтът се пребори с още пет претендента в категорията "Здравеопазване и социална дейност". Конкурсът се организира ежегодно от Българската асоциация за уеб и това беше неговото пето юбилейно издание.

На специалната цере-

мония с водещ Део присъстваха професионалисти от различни браншове, членовете на уеб асоциацията, представители на уеб компаниите и гости на събитието.

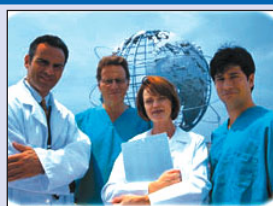
Както отбелязахме, Токуда болница София печели за втори път награда за най-добър здравен сайт, след като през 2010 г. бе наградена. Отличието беше връчено на най-голямата частна болница в



страната от Жанет Найденова, председател на IAB Bulgaria (Interactive

Advertising Bureau). Изцяло обновеният уебсайт на Токуда болни-

ца съчетава най-съвременните технологични уеб възможности с лекота, мултиплатформеност и оригинален дизайн. Максимално ориентиран към своите потребители, той предлага множество функции, които улесняват използването му и достъпа до услугите на болницата - онлайн планиране на прегледи, проверка на резултати от изследвания, възможности за бързо намиране на лекари, контакти и връзки със социални медии.



Необходими документи за издаване на сертификати за работа в чужбина

1. Копие от лична карта.

2. Нотариално заверено копие на диплома за завършено висше образование.

3. Нотариално заверено копие на диплома за специалност.

4. Удостоверение от Районната лекарска колегия на БЛС за членство и добра практика.

За контакти:
02/954 94 37 и 0899 90 66 47 - **Ирен Борисова** и **0899 90 66 55 Яна Тасева**

ПРЕДСТОЯЩО

IX-та Национална конференция по паразитология (с международно участие)

18-21 септември 2013 г., Парк хотел Империял, гр. Пловдив



Организатор:
Българското паразитологично дружество
За повече информация:
www.bsparasitology.org/bg

Продължаващо медицинско обучение

14 септември 2013 г., гр. Сливен



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

XV-ти Национален конгрес по радиология

26 - 29 септември 2013 г., Хотел Принцес, София



Организатор:
Българска асоциация по радиология
За повече информация:
www.cic-pco.com

Симпозиум по остър коронарен синдром

27-29 септември 2013 г., Новотел "Пловдив", гр. Пловдив



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

XIV-ти Белинов симпозиум с международно участие

20-22 септември 2013 г., гр. Правец



За повече информация:
www.cic.bg

Организатор:
Национално сдружение по оториноларингология, хирургия на глава и шия
Асоциация на лекарите по оториноларингология
Проф. д-р Стоян Белинов - ИСУЛ

Продължава абонаментът за 2013 година

Във всеки пощенски клон -



каталожен №401
Вестникът на българските лекари

ЕДИНСТВЕНОТО НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЛС!

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

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

Той съдържа информация за:

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

- Нормативни актове

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

- Актуален регистър на лекарите в Република България

- Актуална информация и новини

II. Рекламен период:

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

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

III. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

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

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

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

2. Текстови обяви / Платени публикации:

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

3. Нестандартни рекламни форми:

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

IV. Плащане:

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

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

3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

V. Забележки:

✓ Рекламите се публикуват на всички страници на сайта.

✓ Цените не включват ДДС.

✓ Цени за реклами над 6 месеца - по договаряне

✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

В поредица от статии и интервюта с водещи работодатели от цяла Европа, Асоциацията за развитие на медицинската общност (АРМО) се опитва да даде ясна представа за възможностите, които имат младите лекари за развитие на кариерата в страни от ЕС. Вестник Quovadis се присъединява към инициативата, като представя част от информацията, публикувана на сайта на организацията.



КАРИЕРНИ ВЪЗМОЖНОСТИ В СКАНДИНАВСКИТЕ СТРАНИ

Скандинавските страни са известни със социалната си политика, създаваща благоприятна семейна среда и добре развитата си система за социално подпомагане, финансирана от високите данъци. Освен това, страни като Швеция, Норвегия и Дания предлагат множество кариерни възможности в здравеопазването. Представяме ви интервю с Матс Игнел, съосновател на MediCarrera- компания, която работи със Скандинавското здравеопазване от 2003 г.



- Какви ще са свободните места за работа в Скандинавското здравеопазване през следващите години?

- В държавното здравеопазване през следващите години ще има много свободни места както за лекари, от почти всички специалности, така и за дентални медици и ме-

- Скандинавските страни предлагат шанс за развитие на медицинска кариера от най-високо ниво, но също така и свободно време за семеен живот и отход. Страните са икономически и политически стабилни. Много международни проучвания ги поставят на първо място по качество на

на шведски, норвежки или датски, за да работите в определените страни. Заради ниския брой на медици, говорещи нужните езици, работодателите предлагат усилен езиков курсове преди започване на работа.

- Колко време отнеме изучаването на езика?

за работа ще се справя по време на курсовете без да работи?

- Преди всичко, никой не започва курсовете без преди това да има подписан договор за работа. По време на обучението на всеки нает медик ще му бъде осигурен обзаведен апартамент, както и стипендия, с идеята да се съсредоточи изцяло върху езика. Курсовете се провеждат в Испания, Унгария, Румъния и България.

- Как ще се интегрира семейството?

- Всеки знае, че в основата на успешното интегриране в определена страна е владенето на езика. Ако медикът и неговото семейство могат да говорят местния език, шансовете за успех са значително по-високи. Затова ние, когато организираме езиковите курсове мислим и за семейството на медика и предлагаме курсове и за неговите близки. Освен това, оказваме съдействие и при решаването на всички житейски проблеми свързани с преместването. Също така, намираме подходящи училища, детски градини или ясли. Предлагаме и професионална консултация със съпруга или съпругата на медика. Когато набираме доктори, дентални медици и мед. сестри за Скандинавските страни, ние го приемаме като семеен проект и се опитваме да подготвим цялото семейство за новия им живот в чужбина.

Източник: www.medpharmjobs.com

Дания - мечтана дестинация за младите лекари

Представяме ви интервю за възможностите за работа в страната с двама от консултантите на Workindenmark - Беате Брус и Марк де Вос.

Какво представлява Workindenmark?

Марк: Workindenmark е част от Danish Labour Market Authority и от European Employment Services - EURES. Ние предлагаме практическа информация относно всички аспекти, свързани с работните възможности и живота в Дания.

Беате: Нашия уебсайт www.workindenmark.dk е официалният сайт на Кралство Дания за подбор



на персонал и търсене на възможности за работа. В него има и специални секции за здравен персонал и за чуждестранни студенти.

С какво, според вас, Дания привлича чуждестранните лекари?

Беате: Има много причини, поради които Дания е атрактивна за медицинските специалисти от цяла Европа. Чуждестранни лекари, работили вече в датски болници, са много доволни от позитивната и приятелска работна среда, възможностите за професионално развитие, високите заплати, големите отпуски (сравнено с други западноевропейски страни), модерната болнична апаратура и социалната политика на страната. Също така, Дания е една от най-безопасните страни в света.

Кои са най-търсените специалности в момента?

Марк: Въпреки икономическата криза, все още има нужда от определени специалисти. Болниците имат най-голям интерес към чуждестранни радиолози, кардиолози, онколози, психиатри и невролози.

Беате: Също така, в някои региони на Дания има нужда от дентални медици и от общопрактикуващи лекари.

Беате Брус и Марк де Вос работят като консултанти по набиране на персонал към Workindenmark от самото основаване на организацията през 2008 г. Марк е холандец, антрополог по образование, работи в Дания от 2005 г. Беате е медицинска сестра от Германия, има и магистратура по скандинавистика. Живее и работи в Дания от 1999г.

Предоставяме ви и линк към свободни в момента работни позиции за лекари в Дания: <http://www.medpharmjobs.com/job-offers?emp=73893>



дицински сестри. Договорите са постоянни, главно за държавни болници, центрове за първична медицинска помощ и дентални клиники, в много от регионите на Скандинавския полуостров.

- Какви предимства за работа предлагат Скандинавските страни на медиците, заинтересовани от работа в чужбина?

живот, условия за научни изследвания, образование, здравеопазване и политики за равни възможности.

- Как един лекар, дентален медик или медсестра ще се справи с езиковата бариера?

- Владенето на език не се изисква като условие за наемане, но е жизнено важно да имате поне ниво B2

- От 2003г. организираме курсове за лекари, дентални медици и медсестри. До сега над 300 лекари и зъболекари са ги завършили успешно. Създали сме модел на обучение от 2 части, в който първо кандидатът за работа може да изучава езика чрез онлайн курс в продължение на 8-12 седмици - направо от своя дом, последван от интензивен четиримесечен езиков курс, напълно достатъчен за достигане на ниво B2 на определения език. Освен това, през първите месеци от назначението, заедно с езиковата, ще тече и програма по интеграция в страната.

- Как кандидатът



КИТАЙСКИТЕ ИМПЕРАТОРИ

ПЪРВИ СА ОПИТАЛИ

ЛЕДЕНИЯ ДЕСЕРТ

В летните жегли сладоледът е кулинарното удоволствие. Изборът е голям - във фунийка, на клечка или в чашка, на топки или парче торта, с ядки или с ванилия...

За официален рожден ден на сладоледа се посочва 10 юни 1786 година - тогава е пуснат за масова продажба в Америка.

Всъщност сладоледът е съпътствал човечеството в продължение на хиляди години. За пръв път се е появил в древния Китай преди 5000 години.

Китайските императори били първите хора, за които е известно, че са се разлаждали със сладолед. Те смесвали сняг и лед, донасяни от планините, и прибавяли в сместа портокали, лимони и зрънца от нар, а също така вино и мед. С този вкусен десерт владетелите се освежавали, докато си почитват.

Твърди се, че тези рецепти и начини за съхранение били държани в тайна. Тя била разсекретена едва през 11 век в книгата "Шикинг". Това е канонически сборник с древни песни.

Китайците научили арабските търговци да смесват плодови сиропи със сняг, а арабите от своя страна разпространили рецептата сред венецианците, а по-късно и сред римляните.

По времето на Александър Македонски при продължителната обсада на градовете бил използван снегот от планините за приготвянето на десерт, в който замразявали ягоди и вода. За да не се разтопи снегот, били устройвани шафетни игри с робите. Всъщност именно войниците на великия пълководец се сетили да добавят във водата, плодове, вино, мед и мляко.

По-късно римският император Нерон изпращал робите си в планините, за да донесат сняг и лед, в които готвачите слагали нектар, плодове и мед, а Нерон се наслаждавал на така приготвения десерт. За да се съхрани за по-дълго време снегот, наредил да се построят специални студени стаи под императорския дворец.

МАРКО ПОЛО ДОНЕСЪЛ

РЕЦЕПТАТА В ЕВРОПА

Европа научила на замразения десерт през 13 век от известния пътешественик Марко Поло (1254-1324), който донесъл от Китай в Италия рецепти на плодов сладолед. Те му били подарени от един монголски хан, а блюдото много наподобявало шербет. То моментално влязло в списъка с най-изискани десерти на италианските аристократи. Рецептите за приготвяне на сладоледа били дълго време пазени в тайна, а придворните готвачи давали обет за мълчание за всичко, свързано с приготвянето му.

Първият град, в който започнали да произвеждат и продават сладолед, бил Париж. Това се случило през 1676 година, когато 250 парижки сладкари се обединили и създали корпорация за производство на сладолед, но официалната рецеп-

Сладоледът

• От гържавна тайна до масово производство

та за приготвяне на сладолед все още се считала за държавна тайна.

Само след 100 години във Виена била издадена готварска книга, която съдържала различни рецепти за сладолед. Един екземпляр от книгата е запазен и до днес и в него могат да се намерят много интересни рецепти като: сладолед с каймак отгоре, а вътре с добавена канела, ванилия и мараскин (вишнев ликьор); сладолед с лимон, горчив портокал, ягоди и малини. Всъщност книгата представлявала сериозен научен труд. В нея се съдържали теологически и филологически обяснения за явленията замръзване на водата.

рил в Париж първото кафе-сладолед „Прокоп“. Това заведение посещавали с голямо удоволствие известни личности от интелектуалния френски елит като Волтер, Даламбер, Анато Франс, Дидро, Бомарше, Балзак, Верлен, Русо, Наполеон и Бенджамин Франклин.

Днес XVII век се счита за златния век на сладоледа, защото означавал неговото разпространение, както и появяването на други охладени десерти като парфета, мусове, „ледени бомби“ и други лакомства.

От Франция тайната рецепта била занесена в Англия. За пръв път сладоледът бил сервиран на богато угощение, което английски-

попаднали чрез английските преселници, когато през 1774 година доставчикът на хранителни стоки Филип Лензи обявил в нийорските вестици, че пристига от Лондон и носи рецепти за различни сладости, в това число и за такава рядкост като сладоледа.

Първото официално кафе-сладолед се появило през август на 1799 година в Хамбург. Сред многочислените разхладителни напитки, се предлагали няколко вида сладолед.

Доли Мадисън, жената на американския президент Джеймс Мадисън, поднесла сладолед на организирания бал по повод встъпването в длъжност на съпруга ѝ.



ва своето откритие, но това направил на 30 май 1848 година господин Йонг (или Янг), който все пак проявил почтеност и го регистрирал като Патент на Джонсън за фризер за сладолед.

През 1848 година в САЩ била патентована още една машина за приготвяне на сладолед. Тя се състояла от приспособления с два концентрични цилиндъра, единият от които бил пълен с хладилен агент (нещо като фреон вероятно). През 1860 година Фердинад Каре създал първата в света абсорбционна хладилна машина, която работела с те-

Новите видове сладолед, които се приготвяли по случай някакво тържество, бързо навлезли в масовото производство.

Началото на серийното производство на фризерите било поставено през 1851 година от Якоб Фусел - башата на американската сладоледена индустрия. Мястото било Северна Америка, гр. Балтимор, щата Мериленд. Постепенно хладилните машини били усъвършенствани, като значително се занижила трудоемкостта и съответно се намалила себестойността на сладоледа.

ЕСКИМО

През 1904 г. в гр. Сент Луис се провела международна изложба на сладоледа, на която бил демонстриран първият автомат за вафлени кофички.

През 1919 г. американецът Нелсън разработил рецепти за сладолед, глазиран с шоколад. Нарекли го ескиммо пай или „кифличката на ескимоса“. Нелсън показвал своя продукт из градовете, като едновременно прожектирал филм за ескимосите. В крайна сметка думата пай отпаднала и сладоледа на дървена клечка започнали да го наричат просто ескиммо.

Около 1926 година бил усъвършенстван първият успешен работещ фризер с непрекъснато действие, който позволил да започне масовото производство на този продукт.

Постепенно техниката и технологията на промишленото производство на сладолед се усъвършенствала. В някои страни започнали да се създават специализирани фирми за оборудване със сладоледни машини. Зад това развитие стоял стремително развиващия се научен прогрес, свързан с изследването на процесите на охлаждане.

Днес сладолед се произвежда в почти всички страни в света и за приготвянето му са използвани над 200 продукта. В сладоледната индустрия са познати стотици видове студени десерти, като някои от тях се правят по много сложни рецепти.



През 1834 година американецът Джон Перкин патентовал идеята си за използване на компресорен апарат. Десет години по-късно англичанинът Томас Мастерс получил патент за машина за производство на сладолед, която представлявала калаена кана с въртящи се три шпаклички, около които имало лед, сняг или примесени със сол амониеви соли, амониева селитра, амониеви нитрати или калциев хлорид. Според патентното описание машината на Мастерс можела едновременно да охлажда, замразява и разбива сладоледа.

Първото улеснение при производството на сладолед било открито през 1846 година от Нанси Джонсън от Ню-Джърси, която изобретила ръчния фризер. Купата със сладолед била потопена в съд със смес от сол и лед и десертът се разбърквал с ръчката на фризера до замразяването му. Нанси не съобщила за патенто-

ят крал Чарлз I дал за приближените си. Кралският готвач - по произход французин, поднесъл вкусен, кремообразен и сладък десерт, който никога никой от тях не бил опитвал. Всички били приятно изненадани, а кралят извикал готвача настрана и го помолил да не издава никому тайната рецепта за ледения крем и даже му предложил пари. Владетелят държал десертът да бъде сервиран само на неговата маса. След смъртта на Чарлз I готвачът продавал рецептата на богати търговци. И по този начин сладоледът се разпространил из цяла Европа.

В АМЕРИКА - ДЕСЕРТ ЗА ПРЕЗИДЕНТА И ИЗОБРЕТЯВАНЕ НА РЪЧНИЯ ФРИЗЕР

В Америка рецепти за приготвяне на сладолед

ИЗВЕСТНИ ИСТОРИЧЕСКИ ЛИЧНОСТИ ОБОЖАВАЛИ СЛАДОЛЕДА

Например Хенрих III обичал сладоледа повече от всичко. Той изяждал големи количества от различен вид и по всяко време на годината. Когато Медичи ставал кралица на Франция, омъжвайки се за френския крал Анри II, тя взимала със себе си от Италия рецептата за правене на замразено мляко. От този момент нататък всички готвачи във Франция започнали да го приготвят. Даже един от тях отворил магазин и той бил първият кулинар, който се сетил да прибави нови вкусове като шоколад и ягоди към замразеното мляко.

През 1686 г. италианецът Франческо Прокопио отк-



☺ ☺ ☺

Разговарят родителите на двама студенти:

- Писмата на моя син понякога ме заставят да поглеждам в енциклопедията - казва не без гордост един от бащите.

- Провървяло ви е - тъжно забелязва другият. - А пък писмата на моето момче непрекъснато ме карат да поглеждам в джоба си - ту за носната си кърпичка, ту за чековата си книжка...

☺ ☺ ☺

Провинциалист:

- Като бях в столицата, се качих на един автобус и си перфорирах билета. Тогава шофьорът се обърна и попита: "Къв беше този шум?"

☺ ☺ ☺

- Това е нечовешко! - викаха канибалите, чейки вегетарианско меню.

☺ ☺ ☺

Мъж се прибира в къщи и казва на жена си: - Днес се прибрах като светкавица. - Как, толкова бързо? - Не, на зиг-заг!

☺ ☺ ☺

Девоиче! Вие сте направо копие на Джулия Робъртс! Вярно, че пиратско...

☺ ☺ ☺

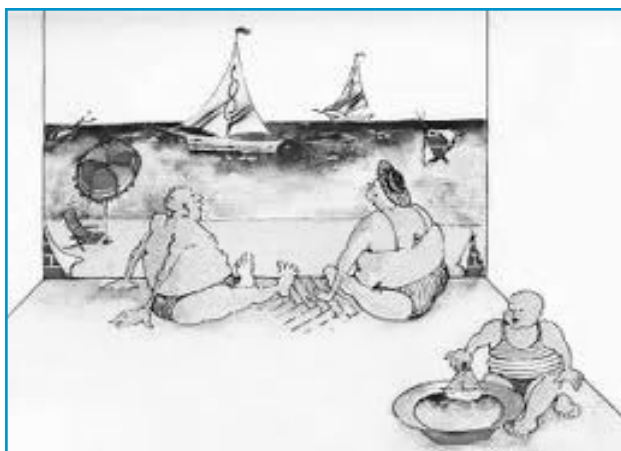
- Скъпи, забравих цветята ти в ресторанта! - Не се връщай, аз пък забравих да платя сметката.

☺ ☺ ☺

Семейство отива в хотел.

- Стая за една вечер - иска мъжът. - Късметлийка сте - казва рецепционистката към жената, - обикновено той наема стая само за час.

☺ ☺ ☺



За лятната почивка

Жена се връща от отпуска и се оплаква на приятелката си:

- През цялото време на почивката ни валише дъжд.

- Е, все пак си почерняла.

- Това не е тен, а ръжда.

☺ ☺ ☺

Учителката по литература ми писа двойка.

- Защо? - Даде ми съчинение на тема "Как прекарахте лятото?", а аз написах: "Благодаря, много добре!"



☺ ☺ ☺

Радиоводеща получава обаждане по телефона в ефир:

- Моля ви, поздравете бившия ми съпруг, който се премести в Москва с песента "Ах, как искам лятото да не свършва!"

Питат радио Ереван: Кой жени са най-верни - русите, чернокосите или червенкосите? Радиото отговаря: Сивокосите.

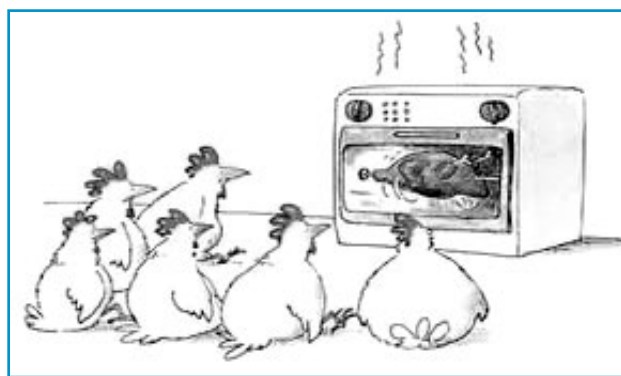
☺ ☺ ☺

- Пратих жена си в Палма де Майорка послушай сребърната ни сватба.

- О, това е много! Тогава какво ще й подариш за златната ви сватба?

- Ще отида до там да я взема обратно.

☺ ☺ ☺



Мениджър говори с жена си по телефона:

- Скъпа, заминавам за две седмици в чужбина. Как предпочиташ да те уведомя, когато се върна - с есемес или да ти се обадя лично?

- Най-добре с банков превод!

☺ ☺ ☺

Две приятелки си говорят:

- А къде ти е фланелката с надпис "Животът е кратък. Почни с десерта!"

- Ами подарих я. Стана ми малка.

☺ ☺ ☺

- Вие сте толкова щастлив човек - имате всичко: апартамент, вила, кола, пари в банката...

- Да, но ми липсва алиби.

☺ ☺ ☺

Кога разбираш, че си остарял?

- Когато свещичките са по-скъпи от тортата.

☺ ☺ ☺

Богаташ прави поръчка на художник: - Искам да ми нарисуваш библейска сцена. Примерно - Адам и Ева в Рая.

- А как да бъде - преди или след грехопадението?

- Най-добре - по време на грехопадението.

☺ ☺ ☺

Петел и кокошка гледат телевизия. Започва кулинарно предаване и петелът казва:



При доктора

☺ ☺ ☺

Поет се оплаква на доктор:

- Моля ви, помогнете ми! Когато пиша стихове до късно, после до сутринта не мога да заспя.

- А защо не опитате да прочетете вечер това, което сте написали?

☺ ☺ ☺

Доктор-козметик направил на своята пациентка древногръцки профил, изгладил ѝ бръчките, премахнал двойната брадичка, намалил ѝ устата.

- Ще искате ли още нещо? - попитал накрая той.

- А можете ли да ми направите големи и изразителни очи?

- Разбира се! Погледнете сметката.

☺ ☺ ☺

Докторе, какво да правя? Спя с чужди жени, а мъжете им ме бият?

- Отидете в армията. Може добре да ви се отрази.

След няколко месеца.

- Благодаря, докторе. Много добър съвет ми дадохте!

- Повече не спите с чужди жени?

- Спя, и още как! Обаче се обличам за 45 секунди!

☺ ☺ ☺

Когато лекарят разбрал със сигурност за фаталния изход на милиардера, извикал жена му:

- Госпожо, трябва да бъдете готова на всичко...

- Едва ли - развълнувано го прекъснала тя, - като го познавам какъв е, едва ли мога да разчитам на повече от половината.

☺ ☺ ☺

При зъболекаря:

- Отворете си устата!

- Да, благодаря?

- Защо ми благодарите?

- Защото съпругът ми постоянно ме кара да я затварям!



☺ ☺ ☺

- Докторе, за колко ще оздравея?

- За няколко стотачки.

☺ ☺ ☺

Клиент влиза в кръчмата и поръчва:

- Една голяма ракия и най-дългата сламка.

- Но ракия не се пие със сламка! - учудва се барманът.

- Лекарят ми каза да стоя по-далеч от алкохола.

☺ ☺ ☺

Алкохолик дава кръв за анализ. На другия ден докторът му казва:

- В системата на вашето спиртообръщение открих остатъци от кръв.

☺ ☺ ☺

- Господине, дайте на бедния!

- Съжалявам, никога не давам пари на просяци по улицата.

- Тогава да се качим в офиса ми.



Евродиректива

ВИЦОВЕ - ПОГОВОРКИ:

Ленивият ум е... най-добрата почивка.

☺ ☺ ☺

Двама са компания, трима... са мускетари.

☺ ☺ ☺

Не брой билетата... а ги яж.

☺ ☺ ☺

Не хапи ръката, която... изглежда мръсна.

☺ ☺ ☺

Когато слепецът води слепец, дръпни се от пътя им.

☺ ☺ ☺

Където има дим, има и... замърсяване.





Проф. Боряна Делийска е един от най-известните нефролози в България - дългогодишен началник на клиника в УМБАЛ "Царица Йоанна - ИСУЛ", национален консултант по нефрология, преподавател в МУ София.

Тя обаче е и автор на пътеписи, вече с две книги зад гърба си. Обича да казва, че инвестира в спомени от екскурзии, предимно в екзотични страни. И да разказва с увлечение за ароматът и очарованието им.

мени от екскурзии, предимно в екзотични страни. И да разказва с увлечение за ароматът и очарованието им.

Тропическият дъжд е нещо много особено. Започва почти от ясно небе, изсипва се върху теб, като че ли си застанал под водопад и спира внезапно, за да се замени с бляскавото слънце и с локвите по земята. А капките са огромни... Падат, да падат, а не капят върху стъклото на колата, и се разплискват с размер на 50 стотинкова монета... Вали кратко, което все пак е добре. Имаш чувството, че и дъждът се съобразява с плановете на туристите. Защото за тях, колкото и да е интересен, все пак предпочитат да се потят под ударите на тропическото слънце.

Ако си късметлия или имаш огромен чадър, може и да не те изкъпе цялата. Дори и да те намокри, той е топъл и като че ли те завива с влажна топла пелена.

Обичам да пътувам и все гледам към държави с тропически климат - страните на вечното лято, разчупвано от периодите на тропическия дъжд. Не мога да дам обяснение на това. Първото ми пътуване беше в Бали, преди повече от десетина години. Може би то ме омая и затова от тогава търся страни с "тропически дъжд".

Както и откъдето да минете, обикновено пътуването до тези страни е около 24 часа от хотелската стая до дома... При всяко излизане от добре климатизираното летище с отварянето на вратите му имаш чувство, че влизаш в парна баня и първият импулс е да се върнеш назад. Топлият и влажен въздух те шляпва дружки през устата и носа, но ако си поемеш по-дълбоко дъх, усещаш един по-различен аромат, за миг затваряш очи и се гмурваш в тропическата влага. Нали за това си летял 10000 км, нали затова си мъкнал куфари, прехвърлял си се по летища, чакал си за следващ полет, обикалял си кафенетата и сувенирните магазини с подкуките от първия полет крака... за да си там, на място доста далеч и безкрайно различно от България. Но за да изживееш цялата тази одисея, трябва да си и малко авантюрист, и дори да имаш фобия от полетите, все пак пътуваш... за да усетиш влажния горещ въздух или за да видиш огромните капки тропически дъжд...

Чудесното в тези страни, разположени около Екватора, е, че са с почти постоянни денонощни и целогодишни температури.

Главните играчи на сцената на тропическия дъжд са мусоните. Дотърят се намръщени и мъкнат със себе си тонове вода и не знам защо ми приличат на сърдити старчета, които колкото и нещо да е хубаво, все им се иска да го развалят. Така е и с тропическия дъжд! Правиш си плановете за краткия престой в определена държава и току-виж нещата се променили.

Мисля си какво свързва Сингапур, Бали, Малайзия и Шри Ланка освен тропи-



чески дъжд - островни държави, под и над Екватора, на около 4 часа път със самолет от най-северната до най-южната, някои от тях са икономически лъзове, другите само искат да бъдат такива, различни религии и цвят на кожата, с различна народопсихология, някои от тях с продължителна велика история, в която все още си живеят, загърбили реалността, други-сплотени и дисциплинирани се стремят да гледат само напред. И все пак, всяка страна има своето очарование, свързано с морето, палмите, небето и орхидеите.

Човек трябва пълноценно да изживее всяко пътешествие. По два пъти съм била в Сингапур, в Бали и в Малайзия, и всеки път е било различно. Един от най-добрите ни алпинисти Людмил Янков, който покори Еверест и нелепо загина в Рила, приживе издаде чудесна книга с негови стихове, рисунки, размисли. В едно от стихотворенията си пише: "Защото всичко може да се повтори, но никога отначало". Може би това най-вече се отнася за тези държави, където вали тропически дъжд... Те се развиват много бързо в стремежа си да се поевропейчат, да приемат глобализацията,

Проф. Боряна Делийска:

И да се повтори маршрутът, всяко пътешествие е различно

откъс от пътепис

да изградят съвременни молове и много луксозни хотели, все по-често хората, които живеят там предпочитат да загърбят традиционните си дрехи, но не разбират, че ние ги обичаме точно защото са много по-различни от нас.

Обичам да пътувам индивидуално, тогава се чувствам като волна птичка, свободна сама да си определям къде и какво да посетя и колко време да оста-

една привечер на този площад с пълната луна, която осветява минарето на голямата джамия, с глъчката около мен, с продавачите, с разхождащите се хора, миризмата на подправки, налякалите бербери, от които можеш да си купиш малки костенурки или пакетче с изсушени дребни розички, запазили своя аромат. Но това не го усещаш в Интернет...

Много често предпочитам да се дръпна настрана от туристическите групи, в тишината сама да усетя изложените неща в музей или да обиколя зала в замък, дори и да не мога да чуя подробните обяснения за тях. Не съм саможива, обичам тълпите, бльсканицата, детските викове, движението, но популярните туристически обекти, изпълнени с екскурзоводи, размахващи чадъри, кърпи или листовки за да ги разпознават туристите от групите им, подробните обяснения за гънката на дрехата на някоя статуя и галопирането покрай останалите десет други изящни произведения ме отегчават, защото на екскурзовода му е определено на какво да се спре, а другото може да се подмине по-бързо. Много рядко съм имала възможност да бъда сама в някоя зала или в част от храм и то е, когато тайничко съм се измъквала от групите около мен и тогава някак си потъвам в она време преди стотици или хиляди години. Трудно си представяш как Микеланджело стои на върха на скелето и рисува тавана на Сикстинската капела, след като тя е пълна със стотици туристи, които говорят, коментират, сочат, екскурзоводи, обясняващи на всички езици, а от време на време глас от високоговорителите предупреждава "Моля, тишина!"

Всеки човек по различен начин усеща държавите и местата, които посещава. Обичам пътешествията и за мен те са много по-стойности от поредната вещ, която можеш да си закупиш за същите пари, но тя след 10 години ще е стара, демодне или няма да работи, а споменът остава в теб, докато мозъкът ти служи, а после... е, после ако има прераждане, може да остане нещо в подсъзнанието ти, а ако няма инкарнация... не знам, ще видим...

