

ЧЕСТИТ ВЕЛИК ДЕН!

QUOVADIS



София, година XI, брой 3, сряда, 31 март 2010 г. Национално издание на Българския лекарски съюз www.blsbg.com



11-14 МАЙ
БУЛМЕДИКА
БУЛДЕНТАЛ
www.bulmedica.bg

ИНТЕР ЕКСПО ЦЕНТЪР-ИЕС

ПРЕМИЕРЪТ ДОЙДЕ, ЧУ И ЗАРЪЧА: ПОТРАЙТЕ!

Лекарите решиха: Предупредителни протести на 7 април ще има!

● За 4? извънреден събор на БЛС
на стр. 8-9



Снимка
на броя

Легамакс Акаунтинг ООД
Счетоводно обслужване
за медици
тел: 02/851 7337

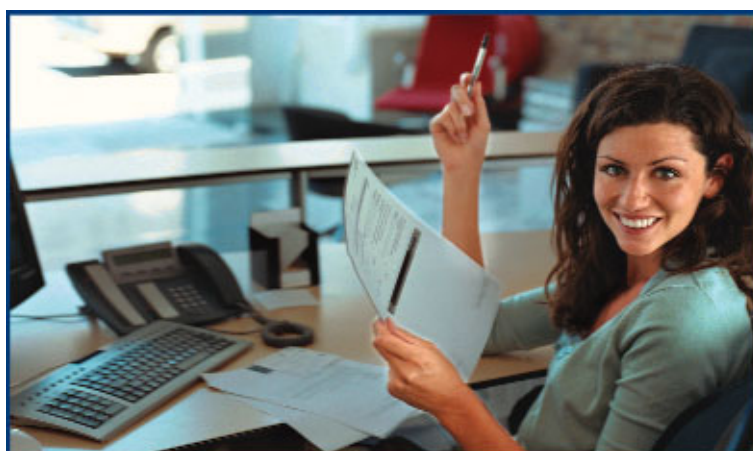
В БРОЯ

СПЕЦИАЛЕН ГОСТ

Доц.д-р Бойко Коруков,
изпълнителен
директор на УМБАЛ
"Царица Йоанна"



на стр. 7



СЕДАТИФ ПС
ВАШИЯТ СЪОЗНИК СРЕЩУ СТРЕСА

Sedatif PS е хомеопатичен лекарствен препарат.
Не влияе на бдителността и не води до зависимост.
Може да се приема от водичи на преобладаващи средства.
Прочетете листовката преди употреба!



За повече информации:
БОЛРОН БГ ЕООД
1107 София, Южен парк бл. 28 Бх. А
тел: 02/ 963-20-91, факс: 02/ 963-45-00



МЗ ЩЕ ВЪВЕДЕ ЕДИННА МЕТОДИКА ЗА ЗАПЛАЩАНЕ В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Министерство на здравеопазването ще въведе единни правила за формиране на месечните доходи на медицинските специалисти, които работят в лечебните заведения с над 50 на сто държавно участие. Това ще стане с промени в Закона за лечебните заведения и Наредба 9 на МЗ. Целта е да се определи справедлив начин за разпределяне на приходите на лечебните заведения. При него приходите ще се разпределят сред персонала

в цялото лечебно заведение, а не само в рамките на отделните клиници, както често се случва сега. С промените временно ще се регламентира и таван на месечните доходи.

В момента доходите на лекарите се формират според вътрешни правила на лечебните заведения и варират от 600 до 20 000 лв. Най-високи са възнагражденията в лечебни заведения със структури по инвазивна кардиология. Единна методика за формира-

не на възнагражденията има само при бордовете на болниците. Те са регламентирани в Наредба 9 от 2000 г. и договорите за управление. Според тях размерът на заплатите на членовете на бордовете на държавните болници е в рамките на 2 средни месечни заплати. Размерът за изпълнителните директори е в рамките на 4 средни месечни заплати.

25.03.2010 г.

ПРЕСЦЕНТЪР на МЗ

Реформите в здравното осигуряване в България са съобразени с международния опит

На 25 и 26 март т. г. в зала "София III" на хотел "Кемпински-Зографски" беше проведен семинар на тема: "Реформиране на здравното осигуряване в България: изучаване на международния опит". Събитието бе организирано под егидата на Парламентарната комисия по здравеопазване и Министерство на здравеопазването съвместно с Европейското регионално бюро на Световната здравна организация и Европейската обсерватория за здравни системи и политики. Форумът беше открит от заместник-председателя на Народното събрание и председател на парламентарната комисия по здравеопазване Лъчезар Иванов. Участие в дискусиата взеха министърът на здравеопазването Божидар Нанев, Емилия Тончева, управляваща офиса на СЗО в България, наши и чужди специалисти. Обсъдени бяха състоянието и насоките на ре-

формата в здравното осигуряване у нас, ролята на държавата в регулирането на пазара за здравно осигуряване, както и позицията на потребителите и доставчиците на здравни услуги и политиките.

"Новият закон за здравно осигуряване е готов и той ще бъде гласуван задължително в лятната сесия на парламента", каза председателят на парламентарната комисия по здравеопазване д-р Лъчезар Иванов. Той поясни, че е направена "много важна стъпка за остойностяване на клиничните пътеки и че те ще бъдат 100 на сто финансирани".

"При създаването на условията за влизане в системата сме се стремили всички здравноосигурителни фондове да бъдат равнопоставени и да имат равен старт", допълни председателят на здравната комисия. Един от най-важните критерии, които те ще трябва да изпълнят, е да бъдат предс-

тавени в цялата страна, т. е. да имат регионални структури във всички 28 области. Всички фондове, изпълнили критериите, ще могат да участват в системата на допълнителното задължително здравно осигуряване. Останалите ще имат възможността да продължат работата си в доброволното здравно осигуряване.

Договори за 7.5 млн. лв. са сключили здравни инспекции, без да имат нужните средства

Два договора са сключени от второстепенните разпоредители към министерството по здравеопазването, без да са били обезпечени финансово. Това съобщи министърът Божидар Нанев на 29 март т. г. при откриването на обновената АГ-клиника в ДСвета Анна".

Двата договора са на обща стойност от 7.5 млн. лева. Сключени са от две РИ-ОКОЗ за ремонт на административните им сгради.

В първия случай през 2008 г. в министерството е представен проект за ремонт на стойност 4.5 млн. лева. РИОКОЗ провежда обществена поръчка за 3.9 млн. лева. От тях през същата година са изплатени 1.5 млн. лева. През 2009 г. инспекцията иска още половин милион лева за завършването на този проект. Нужните суми обаче не са предоставени поради липсата на средства в бюджета на министерството. Така през тази година от поетите ангажменти трябва да се разплатят 3.1 млн. лева.

При втория случай през 2009 г. друга инспекция сключва договор за 3.6 млн. лева за ремонт, без да има нужните средства. Към момента тя е платила само 300 хил. лева., остатъкът трябва да се издължи до края на тази година.

ОТКЛИК НА МИНУТАТА

Регулацията на заплатите е грубо законово нарушение

Във връзка с разпространеното прессъобщение на МЗ за въвеждане на единни правила за формиране на месечните доходи на медицинските специалисти, които работят в ЛЗ с над 50% държавно участие, Българският лекарски съюз изразява категорично си несъгласие. Намесата на държавата, в лицето на МЗ, в разпределянето на приходите на ЛЗ, по своята същност е грубо нарушение на Търговския закон, по който са регистрирани всички лечебни заведения в страната. Регулация на закон с наредба не може да бъде извършвана и в такъв смисъл отново е налице опит за администриране на дейността чрез изместване на пазарните принципи.

равно" приходите връща системата към периода на уравниловката, което на практика ще засегне висококвалифицираните специалисти. Това ще доведе до липсата на индивидуален стимул за квалификация на лекарите и до демотивация на всички кадри от държавните болници. Този акт представлява и сериозна предпоставка за тяхното пренасочване към частни болници или ориентирането им към работа зад граница.

БЛС смята, че няма пречка, щом едно лечебно заведение е на печалба, да формира заплати, според своите вътрешни правила.

25.03.2010

ПРЕСЦЕНТЪР на БЛС

Намерението да се разпределят "по

Открита е обновената АГ клиника в УМБАЛ "Света Анна"

Премиерът Бойко Борисов откри на 29 март т. г. реновираната Акушеро-гинекологична клиника на университетската болни-

ца "Света Анна" в София.

Министър-председателят и министърът на здравеопазването д-р Божидар Нанев разго-

варяха с медицинския персонал на лечебното заведение по проблеми, засягащи провеждането на здравната реформа.



О Б Я В А

Специализирана болница за активно лечение по неврология и психиатрия „Св.Наум“ ЕАД,

на основание чл. 68 от ЗЛЗ и чл. 90 от Кодекса на труда обявява конкурс по документи и събеседване по предварително представен проект на тема, подробно описана в настоящата обява за следните длъжности:

- Началник на Пета неврологична клиника за болката;
- Началник на Първо отделение на Трета неврологична клиника;
- Началник на Второ отделение на Трета неврологична клиника;
- Началник на Отделение по съдови заболявания и деменции на Първа неврологична клиника;
- Началник на Първо психиатрично отделение на Първа психиатрична клиника;
- Началник на Второ психиатрично отделение на Първа психиатрична клиника;
- Началник на Втора психиатрична клиника;
- Началник на Първо отделение по обща психиатрия на Втора психиатрична клиника;
- Началник на Второ психиатрично отделение за остри психотични разстройства и съдебна психиатрия на Втора психиатрична клиника;
- Началник на Отделение по психотерапия и клинична психология;
- Началник на Отделение по образна диагностика;
- Началник на Отделение по нуклеарна медицина.

1. Определям изисквания за заемане на длъжността Началник клиника/отделение:

Кандидатите да притежават:

- Образователно-квалификационна степен "магистър" по медицина;
- Хабилютирано лице с призната медицинска специалност по профила на клиниката /за клиника/;
- Призната медицинска специалност по профила на отделението;
- Трудов стаж не по-малко от 10 години и стаж по специалността не по-малко от 5 години;
- Квалификация по здравен мениджмънт;
- Да не са осъждани на лишаване от свобода за умишлени престъпления от общ характер, освен ако са реабилитирани.

2. Необходими документи:

Документите се подават в запечатан непрозрачен плик. В този плик са поставени два запечатани непрозрачни плика, обозначени с надпис "Плик 1" и "Плик 2" и със съдържание както следва:

Плик 1 - Съдържа следните документи:

- Заявление за участие в конкурса с посочен телефон за връзка и адрес за кореспонденция;
- Професионална автобиография;
- Нотариално заверени копия от дипломите за научна степен и звание, за образователно-квалификационна степен и за специалност;
- Препис от трудовата книжка;
- Копие на документа за квалификация по здравен мениджмънт за началник клиника/отделение;
- Свидетелство за съдимост;

Плик 2

- Писмена разработка на тема: "Развитие и управление на съответната клиника, отделение в медицински, икономически аспект, контрол върху разходите";
- Темата, предмет на събеседването с кандидатите е: "Развитие и управление на съответната клиника, отделение в медицински, икономически аспект, контрол върху разходите".

Документите се подават в деловодството на СБАЛНП "Св.Наум" ЕАД, гр. София, бул. "Цариградско шосе" - IV км. в срок 1 /един месец/ от публикуването на обявата, всеки работен ден от 08,30 до 16,00 часа.

IN MEMORIAM

Да си спомним за

Проф. д-р Недко Георгиев Кючуков (1921-2010)

Академичното ръководство и служителите на МУ - Плевен с присърбие съобщават за кончината на проф. д-р Недко Георгиев Кючуков, първият декан и ректор на Висшия медицински институт - Плевен. На 19 февруари т. г. се простихме с един изключителен човек, забележителен лекар и учен, неповторим ръководител, скъп колега и приятел.

Проф. д-р Кючуков дълги години работи за изграждането и утвърждаването на висшето ни училище като едно от водещите в страната. Изключително вискателен преподавател, той основа и оглави катедрата по неврология и неврохирургия в Плевен. Много випуски от лекари, завършили МУ-Плевен, са негови ученици.

Проф. д-р Кючуков е един от първосъздателите на неврохирургията в България и водещ неврохирург в продължение на десетилетия. Той обучи и създаде цяла плеяда от свои последователи, които и днес продължават хуманното му дело.

Дълбок поклон пред човека, лекаря, ръководителя и приятеля!

Сбогом, Учителю!

Колективът на МУ - Плевен



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

Отдел „Информация и връзки с обществеността“

Главен редактор: Лилия Н. Петкова

Редактор: Илиана Манева

Фоторепортер: Георги Георгиев

Предпечат: Ан-Ди

Експонация и печат: „Печатница София“

Национална конференция „ВЪЗМОЖНАТА ЗДРАВНА РЕФОРМА“ НЕ СТАВА С АДМИНИСТРИРАНЕ И НАТИСК ОТГОРЕ, А С АНАЛИЗ И РЕАЛНИ СЪТЪПКИ

- БЛС проведе национална анкета „27 въпроса в помощ на здравната реформа - какво мислят българските лекари?“
- Представена бе и разработка на съсловната организация за остойностяване на лекарския труд
- 5000 лева е необходимият месечен приход от дейността за една практика



личните региони на страната.

Освен анкетата, чиито резултати бяха представени от зам.-председателя на БЛС д-р Стефан Константинов, участващите в дискусиата чува конкретна разработка за остойностяване на лекарския труд в България, представена от автора ѝ д-р Георги Ставракев, зам.-председател на БЛС. Той отбеляза, че това е актуализирана идея отпреди две години. Най-после нещо конкретно и убедително на фона на общите приказки за здравеопазването, коментираха лекари по повод на поднесената инфор-

мация. А тя е повече от интегрална. Финансовият ресурс за изграждане на работеща практика например е общо 120 000 лева. Необходимият месечен приход от дейността е 5000 лева. При остойностяването на лекарския труд в болничната помощ са въведени коригиращи коефициенти, взаимствани от немската точкова система.

Презентацията "Финансово-инвестиционен алгоритъм за остойностяване на лекарския труд в България", както и другите три разработки, представени на кръглата маса, можете да намерите в сайта на БЛС.

Националната анкета на БЛС беше замислена като инструмент за определяне на позицията на Лекарския съюз по често променящите се или въобще отсъстващи идеи за развитие на здравеопазването, изтъкна д-р Стефан Константинов. Анкетата няма амбицията да отговори на огромния брой въпроси на една здравна реформа, още по-малко БЛС има претенциите да изземва задължението на политиките за осъществяване на промените.

При все това получените отговори, всеки от които заслужава самостоятелен анализ, показват не само проблемите и настроението на колегията, а и пътища за тяхното решаване, подчерта д-р Константинов.

Обработени са 818 анкети от 27 регионални колегии. Те са получени за много кратък период - от 1 до 12 март. За времето от 13 до 19 март са дошли още попълнени анкетни листи. Те ще бъдат включени в окончателния и пълен вариант на допитването. Предвижда се да бъдат анкетирани около 1100 лекари, всеки представен с УИН.

В хода на дискусиата се откри позицията, че здравноосигурителните суми трябва "да се върнат в здравната каса, където им е мястото (д-р Райчинов), "парите за здравеопазване да отиват наистина за здраве" (д-р Константинов от Варна).

Преди въпроса колко получават лекарите, трябва да се реши балансът между извънболничната и болничната помощ, свързан с разходите, е мнението на шефката на НЗОК Жени Начева. Тя допълни, че структурата на разходите у нас е повече в посока на административните.

Всички държави субсидират здравните си системи, а ние, българските лекари и пациенти, субсидираме държавата, реагира д-р Петко Загорчев от Шуменската регионална колегия. Финансирането на здравеопазването е на остатъчен принцип. Лекарите работят при "Семашко, маскиран с делегирани бюджети". Следващата стъпка е "заплати със закъснение", после - ще ги получим със заповед. Сега се прави опит чрез санкции да се постигне нещо. Не е възможно. Няма мотивация. И една метафора на д-р Загорчев - законодателството е геномът на здравеопазването. А то по-често си противоречи със подзаконовите нормативи.

Кой стои в центъра на системата? Пациентът, както популистки се говори от доста време? Финансисти, както се измъчват да доказват напоследък? Около този въпрос сигурно дискусиата ще продължи. Д-р Загорчев предложи един възможен отговор: "В справедливите здравни системи няма център, има баланси. Центърът се превръща в мишена".

Реформата трябва да върви едновременно в болничната и доболничната помощ според 82 на сто от анкетирания лекари. А без участието на БЛС в нея не може да има никакво решение - изтъкна председателят на съсловната организация при откриването на конференцията "Възможната здравна реформа", която бе проведена на 20 март, т. г. Организаторите от Лекарския съюз отидоха на това обсъждане с резултати от предварително проучване на мнението на гилдията по въпроси, свързани с промените в здравеопазването. Около кръглата маса бяха представители на парламентарната здравна комисия,

финансовото и здравното министерство, синдикатите, НЗОК, на работодателите и пациентите, и, разбира се, на лекарските колегии от раз-

РЕПЛИКИ

- **Медицината е екипност. И всички се кънем в този хаос.**
(д-р Георги Кръстев, Пловдив)
- **Няма значение дали някой се чувства нещастен или щастлив на борда на "Титаник". Измамно е.**
(д-р Петко Загорчев, Шумен)
- **Боксовата ръкавица е символ на агресия, не на сръчност.**
(д-р Кирил Еленски, Пловдив)

ИЗВАДКИ И КОМЕНТАРИ ЗА НАЦИОНАЛНАТА АНКЕТА

27 ВЪПРОСА В ПОМОЩ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА - КАКВО МИСЛЯТ БЪЛГАРСКИТЕ ЛЕКАРИ?

● **Какво мислите за потребителската такса?**

Най-много са гласовете в подкрепа да бъде без изключение за всички - 46 на сто. 1/3 предпочитат да остане, както е в момента, а 19 на сто смятат за добро решение да отпадне.

Прави впечатление, че основен принос към групата, искащи отпадането на таксата, имат болничните лекари, които нямат пряк финансов интерес от нея, от една страна, а от друга - знаейки механизмите на формиране на заплатите им - в зависимост от броя преминали по клинични пътеки, дори имат интерес от отпадане на подобен ограничителен механизъм. В синхрон с данните от анкетата не мога да не споделя учудването си, че в условията на явна липса на реални пари за здравеопазването държавата се мъчи да избере какви ли не механизми за попълване бюджета и тър-

пи протести на лекари за неизплатени компенсации за потребителските такси на потребителските такси. Вместо да предприеме най-логичното действие, а именно - да отмени популисткото решение на предходното правителство за потребителските такси. Което между другото беше взето при съвсем други икономически условия за държавата като цяло.

● **Трябва ли осигурените лица да имат свободен достъп до консултация със специалист?**

66 на сто отговарят на въпроса - Да, без изключение. 19 на сто избират това да бъде само чрез ОПЛ. Логично най-ревностни застъпници на свободния достъп намираме в средите на СИМП и БП, но трябва да се отбележи, че сред ОПЛ гласовете са разделени по равно.

Това в същност показва,

че значителна част от ОПЛ са уморени от възлаганата им задача да бъдат икономически gatekeeper-и на вечно недофинансираната ни система, обирайки негативите ѝ, и биха предпочели да се разделят с тази си функция. Още повече че ефективността на замисления механизъм на практика е ниска, а неудовлетворението сред населението - голямо.

● **Ако отговорът на предишния въпрос е Да - за всички, какъв трябва да бъде ограничителният механизъм?**

38 на сто избират доплащането, 37 на сто - друго (някои от отговорите: без ограничителен механизъм, потребителска такса, допълнителна осигуровка, частично доплащане на специалиста, частично доплащане след използването на определен брой направления, според основно заболяване и прид-

ружаващо заболяване и т.н.).

23 на сто избират лимит към всяко осигурено лице. Като цяло групата на свободните отговори клони към доплащането - в брой или чрез допълнителни осигурители или пълна свобода.

● **Трябва ли да има разлика в заплащането на първичен и вторичен преглед?**

56 на сто подкрепят сега действащата система - т.е. Да, 42 на сто избират НЕ.

● **Необходима ли е държавна регулация на броя на болниците?**

Почти равен резултат - 52 на сто казват Да, 45 на сто - НЕ.

● **Финансирането на болничната дейност от страна на НЗОК трябва да става на базата на:**

Въведените от тази година делегирани бюджети срещат

одобрението на едва 2 на сто.

Клиничните пътеки са приети за удачна форма от 9 на сто, а ДСГ се ползват с подкрепата на 33 на сто. Повече от половината анкетирани обаче не вярват в чудодейната сила само на един метод за финансиране и избират отговора комбинирани механизми. Какви да бъдат те, излиза извън обхвата на сегашната анкета. Мненията на различните групи участници са синхронни.

● **Приемате ли въвеждането на доплащането за болнично лечение?**

63 на сто отговарят Да, 33 на сто са против. Мненията на лекарите от СП, първична и специализирана и болнична помощ съвпадат.

● **Ако отговорът на предходния въпрос е Да, доплащането трябва да бъде:**

54 на сто избират "Различно ниво на доплащане за различните видове лечения", следвани от предпочитатите фиксирани процент от цената - 23 на сто.

Изводът, който се налага по подобие на доболничното здравеопазване, е, че доплащането може да се яви едновременно като източник на реални средства за крайно нуждаещия се болничен сектор и едновременно с това средство за контрол на разходите и пресяване на работещите реално с пациенти структури. При разумно определяне процента доплащане за различните видове лечения и въвеждане на механизми за подпомагане на най-бедните слоеве (функция на социалното министерство) би могло да се подобри значително ефективността на здравната система и наблегне на качеството над количеството.

● **Основният пакет, гарантиран от НЗОК, е:**

Прекалено голям за отпускания бюджет според 48 на сто от анкетиранияте. 35 на сто обаче го намират малък за отпусканите суми. Раздвоение в позицията изразяват работещите в болниците, докато останалите явно определят пакета за неадекватно голям.

ОЩЕ ЕДИН МИТ ЗА ЛЕКАРИТЕ: 70 ХИЛЯДИ ЛЕВА МЕСЕЧНА ЗАПЛАТА ?

Изрече го премиерът. Източникът е неизвестен. Засега. Но шокиращите по време на криза цифри, свързани с доходите на българските лекари, бяха тиражирани в публичното пространство...

Кои и колко лекари получават по 70

хил. лв. заплата на месец? Има ли такива суми и къде се формират такива заплати? - въпрос, зададен чрез Българската национална телевизия.

Публикуваме отговорите на двама лекари с позиции в гилдията, в системата на здравеопазването и в обществото.



Д-р Димитър Димитров - председател на Съюза на работодателите в здравеопазването у нас и изп. директор на МБАЛ „Св. Анна“:

МОЖЕ ДА СЕ ЗАРОБОТЯТ ДО 6 ХИЛ. ЛЕВА НА МЕСЕЦ

Лично на мен не са ми известни такива заплати, тъй като българските болници работят по клинични пътеки, а те са ценнообразувани още преди 5-6 години и не би могло по какъвто и да е начин да се формират в която и да е болница в България. За жалост, защото 70 хил. лв. е хубава заплата... Болниците са търговски дружества и 30-40 хил. лв. не може да се получат - в последните дни и седмици се говори за надценени и подценени клинични пътеки - няма надценени и няма подценени клинични пътеки, има клинични пътеки, които са около 100% остойностени правилно, и това са именно в областта на инвазивната кардиология и кардиохирургията. Те могат да формират добри възнаграждения, ако работят качествено и ако няма преразход на лекарствени средства и консумативи. Там всичко е много скъпо, една клапа е около 3000-3500 долара, един катетър е около 1000 долара. Максимумът, който може да се получи, и то за отделни специалисти, е в размерите между 4, 5, до 6 хил. лв. месечно.



Това е максималното, което може да се получи. Но това са единици и не са работни заплати, тъй като ние сме търговски дружества, а това са брутни възнаграждения, които се формират на база приходна и разходна част.

Що се касае до това дали е практика да се правят манипулации, от които няма нужда пациентът, за да се прибират повече пари, това е почти изключено. Това също е една обίδα, която се хвърля. Тъй като това е една от най-високо технологичните и специализирани дейности в целия свят, радостното за България е, че в последните години се направиха на няколко места нови катетеризационни лаборатории и манипулациите, които се извършват в България, все пак трябва да говорим за медицината като наука, са в пъти по-малко, отколкото е световният и евро-

пейският стандарт за лечение на такъв тип заболявания. Тъй като това е особена технология, няколко са местата в България, където може да се извършва и много лесно всичко може да бъде проверено. Всичко е документирано, даже на магнитни носители, което е и нашето предложение.

Крайно време е националната каса да въведе електронното досие на българските граждани. Този филм го играем вече десетина години - има талони, няма талони. Този доктор искал пари, онзи пациент се оплаква... Когато имаме едно електронно досие, това е като нашата кредитна и дебитна карта, с магнитен носител, когато влезете при един лекар, минава на един четец, националната каса веднага вижда кой пациент къде е бил и какво е ползвал от това, което му се полага.

Друга е темата висок или нисък е процентът на здравно осигуряване. Но това, което всеки един български здравноосигурен гражданин има право да ползва в тази система на солидарност, това нещо ще бъде отчетено.

Д-р Цветан Райчинов - председател на БЛС:

И ЗА СВЕТОВНАТА КРИЗА ЛИ СА ВИНОВНИ МЕДИЦИТЕ?

За суми от порядъка, за който говори министър-председателят нямаме информация. Но бих искал да започна малко по-отдалеч. Имам чувството, че напоследък и за кризата в страната, може би и в световен мащаб, са виновни най-вече лекарите. Като че ли каквото и да се случи, все се дават за пример лекарите, които вземат много, крадат много, дерат кожа от пациентите и т.н., и честно казано, всичко това започва да ми идва малко в повече. Когато се говори нещо, е хубаво да се посочва и конкретно, да се каже, ето, тези и тези лекари, тези хора си имат имена, получават такива заплати. Така хвърлено в пространството - 70 хил., 35 хил. - звучи съвсем нелогично.



чил в тази болница и особено ако тя има сериозни дългове. Това е негова работа да провери дали се плащат и защо такива заплати, ако болницата има големи дългове.

Но нас ни тревожи и другият проблем - месечните плащания от Касата към болниците. Говори за дата около 15 април. Кое-то малко по малко отсрочва времето за плащане с повече от месец. Тоест търси се възможност да се забавят плащанията с два месеца. Това е повече от рисково... Рисково, защото болниците не могат да работят нормално. И това, което предложихме, е в такъв случай за съответния период те да не плащат нищо на доставчици, на монополстите имам предвид, електро-, топлиенергия и т.н. Това ще формира още по-голяма задлъжнялост, но това е проблем на държавата. Когато има възможност, нека се разплати с доставчиците, и то безлихвено...

Да не говорим, че лекарите, работещи в болница, не са държавни служители. Това са наемни работници, както и всички останали, които работят в търговски дружества, и заплатите в тези дружества се формират по правилата за търговската дейност.

Аз съм чувал за заплати в размер на 30 хил. лева. Дори и да има такива, не мога да твърдя, не съм виждал фиш на човек, получил такава заплата, но дори и да има, това вероятно са не повече от 10 до 20 души, които работят, бих казал, върхова медицина...

Това определено са светила, кардиохирурзи. Няма кой друг да вземе такива заплати. Но нека все пак имаме предвид, че в Европа такива специалисти вземат тази сума за една операция, не за месец.

Но тавана го определя дейността на заведението. Ако то работи добре, има много пациенти, хората предпочитат да бъдат в това заведение, естествено и лекарите да получават по-високи заплати.

Само че това непрекъснато намаляване възнагражденията на медицинските специалисти, забавяне на заплати, изобщо липса на условия за нормална дейност, наистина е на път да изгони и малкото специалисти, които остават в

страната. Има и една обίδα в нашето съсловие, и няма как да няма. Ако наистина погледнете медиите в последните един-два месеца, имам чувството, че това е някаква целенасочена атака срещу медицинската общност. Не знам обаче кой може да спечели от това. Нито населението, нито лекарите, още по-малко управлението.

А ако все пак министър-председателят е имал предвид държавните болници, където наистина е в правото си да разпреди на собствения си министър да провери как седят нещата, да изнесе поименно данни и тогава да се говори ясно, открито за какво точно става дума. А в частните болници не вярвам да има такива възнаграждения. Говори се, че изнесените данни са от среща на Българското хирургично дружество в Пловдив за университетска болница "Свети Георги" в Пловдив, където е казано, че 15 000 е месечното възнаграждение за начинаещ кардиолог в инвазивна клиника., по-старите кадри получават два пъти повече, а завеждащият - 35 000 лв. месечно. Не мога точно да кажа за тези данни. Може би тогава това е била единствената действателна инвазивна кардиология. Сега, доколкото знам, в района са няколко и надали сумите вече са в такъв порядък. Но пак казвам, ако това е в държавната университетска болница в Пловдив, редно е министърът на здравеопазването да иска отчет, отговорност, проверка от директора, когото сам е назна-

да работят нормално. И това, което предложихме, е в такъв случай за съответния период те да не плащат нищо на доставчици, на монополстите имам предвид, електро-, топлиенергия и т.н. Това ще формира още по-голяма задлъжнялост, но това е проблем на държавата. Когато има възможност, нека се разплати с доставчиците, и то безлихвено...

Но ако продължава по този начин, ние сме търговски фирми, по търговския закон сме регистрирани, но нямаме големия капацитет на една обикновена търговска фирма от строителството, търговията и т.н. Аз искам да се върна на старата тема. Цените на лечение в кардиологията, извън инвазивните високотехнологични диагностички са едни от най-слабо остойностените в България от преди 10 години. Педиатрията, урологията - също. Виждате, защото се говори, че лекарите надписват. Аз ще ви дам един пример от областта на урологията. Една високоспециализирана, хирургична тясноспециализирана специалност. И там липсват диагнози от 10 години. И това нещо не се оправя. Например консервативно лечение при травма в областта на бъбрека или на пикочния мехур, половата система - няма в правния мир в България такава клинична пътека, или манипулация, или действие. Катастрофи - травми, битови или други, когато постъпи такъв пациент, той трябва да бъде лекуван катетрично.

ЩЕ ИМА РЕЙТИНГ И НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

- **От 1 април изпълнителна агенция "Медицински одит" влиза в инвазивната кардиология**
- **Още през март тръгнаха внезапни проверки по жалби и сигнали**
- **Санкциите са от 1000 лева до отнемане на лиценз и даване на прокурор**
- **50 специалисти на щат са вече в агенцията**
- **Поискаха БЛС да посочи лекари за експерти по специалности**

Не на шега точно от 1 април изпълнителната агенция "Медицински одит" започва масирани инспекции на състоянието на инвазивната кардиология у нас. Поводът е докладът на Националната здравноосигурителна каса на тема "Оценка на дейностите по инвазивна кардиология и кардиохирургия като политика на НЗОК в осигуряване на качеството на медицинските дейности".

Според този документ отчетените клинични пътеки по инвазивна кардиология са нараснали почти 50 на сто за една година. През 2007 г. здравната каса е платила за 24 347 случая на инвазивни пътеки, а през 2008 г. - за 36 331. Най-много са отчетените по пътека 38 - "Инвазивна диагностика при сърдечносъдови заболявания - 17 254 случая, клинична пътека 45 - "Интервенционално лечение и свързаните с него диагностични катетеризации при сърдечносъдови заболявания - 5620 случая, и по пътека 49 - "Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение" - 5046 случая.

Тази информация бе съобщена още на 11 март на пресконференция на изпълнителната агенция. Нарасналите цифри се виждат и при лабораториите, свързани с инвазивната диагностика. У нас те са вече над 29, а доскоро бяха 8, отбеляза шефката на агенцията д-р Златица Петрова. Според нея това, от една страна, е добре - разширява се достъпът. Но - увеличават се възможностите за хипердиагностика. В другите страни в такива лаборатории се диагностицират малко над 30 на сто от съответните пациенти, а у нас - 60 на сто.

В 62-63 на сто от протоколите, проверявани от Националната здравноосигурителна каса, резултатите са негативни, т.е. показват, че няма стеснение на съда, няма нужда от такава процедура, обясни д-р Петрова. И припомни, че всичко е описано в стандарта по кардиология.

"НОРМАТИВНАТА БАЗА Е ФАКТ"

Това изтъкна зам.-министър д-р Валерий Митрев. Готови са 70 медицински стандарта, с които се покриват 98 на сто от специалностите. Останалите стандарти ще са готови до няколко седмици. "Цялата нормативна база за провеждане на одита и за това той да не падне след това в съда, вече е факт, според д-р Митрев.

Директорката на агенцията подчерта, че при проверките на лечебните заведения ще се гледа не само дали е извършена дадена процедура, а и как е станало това - дали е по съвременните стандарти, с каква апаратура, дали направилите я имат необходимата квалификация, дали самата процедура е щадяща за пациентите.

Ще се проверява и спазват ли са вътрешните правила на лечебните заведения за поведение на медицинс-



почнаха - по жалби и сигнали. Първите са по повод на смъртни случаи и на искания за заплащане на лекарства и консултативни.

ПРОЗРАЧНОСТ ИЛИ PR-АКЦИИ?

Такъв въпрос задават лекари, познали вече внезапни проверки - в Хасковска област например. Лекарите не са против проверките, но не приемат излишната показност - например ако журналистите са повече от проверяващите и всички вкупом са влезли в едно болнично

шват съвместно с НЗОК, РИОКОЗ, РЦЗ и КФН. В тях ще участват и експерти от различни медицински специалности. Агенцията поиска от БЛС да посочи свои представители за експерти.

Санкциите при констатирани нарушения са няколко. Най-леките са глоби от 1000 до 3000 лева. При нарушение на медицинските стандарти може да се отнеме лицензът на лечебното заведение за извършването на да-

дена дейност. При доказано нанесена вреда на пациент или финансова злоупотреба нарушителите ще се дават на прокурор.

Освен проверките в лечебните заведения

ЩЕ СЕ ГЛЕДА И РАБОТАТА НА ЗДРАВНИТЕ ФОНДОВЕ

И тук проверките ще са планови и по жалби, обясни д-р Антон Стоянов, зам.-директор на агенцията.

Ще се проверяват договорите на дружествата с лечебните заведения. Ще се гледа дали обхватът е достатъчен, за да се гарантира, че доброволно осигурените лица ще получат медицинските услуги, които са закупили. Ще се проверява и дали фондовете са сключили правомерно договори за дейности, по които съответното лечебно заведение отговаря на приетите стандарти.

Инспектори ще влизат и в самите доброволни фондове. Целта е да се проследи възможността дали могат да осигуряват медицински услуги, които са посочени в лицензираните здравноосигурителни пакети. "Медицински одит" ще дава становище за съдържанието и изпълнимостта на пакетите, когато се регистрират нови здравноосигурителни дружества или се налага промяна в пакетите на вече работещи фондове.

Контрольорите на агенцията ще влизат и в институцията за задължително здравно осигуряване. Въпреки декларирането, че в проверките ще участват и представители на НЗОК, задава се непрекъснат мониторинг върху контролната дейност на РЗОК. Дали РЗОК няма да получи ролята на лошото ченге? Кой тогава ще е доброто? И дали ще има такава?

ПАРАДОКС

ФИНАНСИСТИ ПРЕСМЯТАТ КОЕ ЛЕЧЕНИЕ Е НЕНУЖНО

При по-малко от един милиард лева, които здравната каса дава на година за болничната помощ, 400 милиона лева изтичали. Дежурна причина - свръххоспитализацията. Около 30 на сто от лечението в болниците било ненужно. Това показали сметките на финансистите от работната група на министерството на финансите, която прави остойностяването на медицинските дейности.

Първо, как финансистите решават кое клечение е нужно и кое не? Знаят ли, че в медицината не винаги едно и едно прави две? И второ, ако 400 милиона лева са изтекли, как болниците са работили с невероятно малък финансов ресурс? Нереално е. Ако в смятането няма медицинско познание, то поне логика би трябвало да има.

Фрапантните данни са съобщени на среща с болнични директори, проведена на 17 март в Министерския съвет. Те бяха тиражирани и в информация за медиците. Лекарите скочи-ха срещу екзотичните сметки.

Има обаче и данни, които многократно са коментирани от съсловието - нереалното остойностяване на клиничните пътеки, което лекарите носят на свой гръб. Сега, едва ли не като откритие, финансистите го посочват като проблем за неефективно изразходване на средства. В момента за 84 пътеки НЗОК дава 102 милиона лева повече от реалните разходи за тях. В същото време

други 214 пътеки са недофинансирани с 291 милиона лева. И при тази сметка, ако съпоставим надценените с подценените клинични пътеки, недофинансирането е с поне 90 милиона лева. А е повече. Пак на плещите на медицинските екипи...

Най-надценени са пътеките в инвазивната кардиология. Разликата между реалната стойност и тази, която плаща Касата, е завишена с 30 на сто. Най-недофинансирани са пътеките в педиатрията (А детското здравеопазване уж беше приоритет?!). При среден разход от 4754 лева в неонатологията например се дават само 880 лева. Неправилното разпределение на разходите е предпоставка и за свръххоспитализация при някои заболявания.

Експертите посочват и диспропорция в размера на средствата за болнична и извънболнична помощ. У нас разходите за болнична помощ са близо 50 на сто, а в страните от ЕС - около 30 на сто от всички разходи. У нас малко над 20 на сто от средствата на НЗОК се дават за извънболнична помощ, докато в европейските страни - 30 на сто.

Според финансистите от групата, която работи по остойностяването на дейностите, ако се ограничи неефективните разходи, парите ще стигнат за всичко при лечението на пациентите, с изключение на консултативите. И тук вероятно се изключва, че в медицината често едно и едно не прави две...

РЕПЛИКА

За критериите АКО СТЕ ЧЕЛИ „ДОСТАТЪЧНО ДЕБЕЛИ КНИГИ“, НЕ СЕ ПРИТЕСНЯВАЙТЕ!

На въпроса какви са критериите при проверките в лечебните заведения, шефката на агенцията посочи, че "стандартът по кардиология е единия документ, по който ще се преценява има ли достатъчно капацитетни възможности". И поясни, че стандарти има и са "разкъсани в различни документи - протоколи на ба-

зата на медицината на доказателствата. Критерии са и алгоритмите на клиничните пътеки, приети с консенсус, стандартите за качество и ефективност и не на последно място има достатъчно дебели книги, за да може лекарят да повишава квалификацията си, да е запознат със световната практика"...

ките дружества.

Предвижда се да се разработи система за оценка на качеството на медицинската помощ, въз основа на която ще се изготви рейтинг на лечебните заведения.

Проверките в инвазивната кардиология са планови. Такива ще има и за други специалности, и в различни лечебни заведения. Освен на плановите, "Медицински одит" разчита и на внезапните проверки. Те вече за-

отделение. Проверяващите го наричат прозрачност, проверяваните - ненужна никому PR-акция. Както и да го наречем, явно някъде балансът се нарушава. А това едва ли прави внезапните проверки по-ефективни?

В момента агенцията разполага с 50 специалисти на щат. Още не е обявен бюджетът ѝ, обясни д-р Петрова. Той се утвърждава от министерството на здравеопазването.

Проверките ще се извър-



СЕМЕЙНИТЕ ЛЕКАРИ СА ГОТОВИ ДА ПРОДЪЛЖАТ ПРОТЕСТИТЕ

- **Забавеното от НЗОК заплащане принуди общопрактикуващите да затворят кабинетите си за един ден**
- **Стъпаловидно изразяват недоволството си**
- **Софийските джипита връчиха декларация на здравния министър**
- **Пациентите подкрепиха медиците**

На 9 март кабинетите на семейните лекари в София не приемаха пациенти. Ден преди това на вратите им бе окачено послание: "Уважаеми пациенти, тъй като НЗОК не изпълнява договорените ни взаимноот-

един от столичните диагностично-консултативни центрове.

Посланието няма нужда от коментар - протест по принуда при заплахата от фалит.

В този ден не срещнахме



ношения и редовно не изплаща дължимите суми за вашето здравно обслужване, сме поставени в невъзможност да изпълняваме професионалните си отговорности и задължения към вас, и поради факта, че практиките ни са пред фалит ви уведомяваме, че от 9 март 2010 г. спираме работа до окончателното разрешаване на конфликта".

Посочва се и адрес за прегледи при остро възникнали случаи - кабинет в

пациент, който да оспори протеста на своя лекар. Хората проявяваха разбиране и подкрепиха медиците.

И на посочения адрес, където имаше дежурен кабинет - в 29-о ДКЦ, пациентите говориха за "търпението на лекарите да работят, без да им се заплаща навреме и пак да са внимателни (г-жа Николова, Демова, г-н Попов и др.).

Пак там, в залата на 29-о ДКЦ, на 9 март се проведе



9 март т. г. - протестното събрание в залата на 29-о ДКЦ в София.

протестно събрание. Залата бе препълнена. Въпреки че касата стартира експресни преводи на забавените плащания, джипитата искат да видят парите по сметките си, както и да бъдат изпълнени и други техни искания. Те поканиха здравния министър Нанев да дойде в залата, но поради заетост той пое ангажимент за среща с тях в ранния следобед. Протестиращите приеха декларация, която Управителният съвет на дружеството на софийските общопрактикуващи лекари връчи на здравния министър. (Публикуваме текста на декларацията)

Протестите на общопрактикуващите лекари се провеждаха стъпаловидно. Първи започнаха кюстен-

дилци. След софиянци излязаха от кабинетите си джипита от различни селища на страната - Бургас, Пловдив, Перник, Велико Търново, Сливен... Някъде, след като научиха, че касата е превела парите, спряха протеста си - в Силистра например. В повечето колегии обаче въпреки преводите общопрактикуващите протестираха. В Сливен плащането стана в деня на протеста, но това не го отмени. Напротив, сливенските джипита заявяват, че ако до края на март не получат парите за извършената от тях дейност, отново излизат от кабинетите. Същото решиха и софийските семейни лекари, които са готови да подновят протестните си действия.



Пациентите подкрепиха своите лекари в деня на протеста.

СЛИВЕНСКИ И СОФИЙСКИ ДЖИПИТА:

Ако до 31 март не бъдат изплатени сумите за извършените дейности по НРД за февруари 2010 г., ще се подновят протестните действия.

ДЕКЛАРАЦИЯ на протестното събрание на Дружеството на софийските общопрактикуващи лекари

1. Настояваме за спазване на Националния рамков договор 2010 и Закона за здравното осигуряване.
2. Ритмично и навременно изплащане на сумите по извършените дейности и тези по чл. 37 ал. 5 от ЗЗО и заплащане на полагаемите се лихви по тях при закъснение.
3. Незабавно оттегляне на предложението в ЗИД на ЗЛЗ - за отпадане на чл. 102, ал. 4 и продължаване на действието на този член безсрочно.
4. Да се пререзгледа наредба 40, с оглед отпадане на 24-часовото разположение на ОПЛ.
5. Да отпадне чл. 97 от Национален рамков договор 2010, ограничаващ практикуването по втора специалност на общопрактикуващите лекари в страната.
6. Да се заплаща на общопрактикуващия лекар потребителската такса за всички освободени категории лица.
7. Да се увеличат адекватно на здравните нужди регулативните стандарти за изследвания и консултации.
8. Да се преразгледа наредбата за специализация на общопрактикуващите лекари, действаща в момента, и да се улесни процедурата по придобиването на специалност.
9. Да се преустанови действието на промените в Кодекса на социалното осигуряване, в сила от януари 2010, задължаващо общопрактикуващия лекар да се осигурява като самоосигуряващ и като управител на лечебно заведение.
10. Предлагаме участие на експертите на Дружеството на софийските общопрактикуващи лекари при решаване на проблемите в общата практика.

ВЪРХЪТ НА „СЛАДОЛЕДА“

Въпреки обещаното от министъра ДЖИПИТА ПОЛУЧАВАТ НОВИ ДОГОВОРИ С УВЕЛИЧЕНИ НАЕМИ

На 10 март, само ден след протеста на софийските общопрактикуващи лекари, колегите им, работещи на територията на 24-о ДКЦ в квартал "Надежда", бяха изненадани от районния си кмет. Връчиха им договори с нови увеличени наеми. Договорите са валидни със задна дата - от 1 януари 2009 г., и ще важат до провеждането на евентуален търг, обясняват джипитата.

Първият въпрос е: Правомерно ли е това действие на кметската управа? Пред-

лаганите промени в Закона за лечебните заведения, които позволяват повишаване на наемите, все още не са приети в народното събрание.

В момента общопрактикуващите лекари в столицата работят в кабинетите си при наеми на преференциални цени - 10 на сто от определената за съответното помещение цена. Предлаганите промени в Закона за лечебните заведения отнемат тази преференция.

След като на 9 март се

срещнаха с министър Нанев, представителите на Дружеството на софийските общопрактикуващи лекари съобщиха, че той е обещал по-ниските наемни цени да се запазят за лекарите. Това бе и едно от основанията медиците да преустановят протеста си и да се завърнат на работните си места от 10 март. Затова вторият въпрос е: Защо точно в този ден им бяха връчени новите договори? Защо такава спешност, и то със задна дата?

При задълбочаващата се финансово-икономическа криза у нас броят на здравноосигурените българи расте. Те отпадат от листите на общопрактикуващите лекари. А това води до намаляването на приходите на практиките за първична извънболнична медицинска помощ. Може би именно кризата е едно от оправданията за вдигането на наемите на семейните лекари? Тогава третият въпрос е: С парите от тези наеми ли ще се пълни общинската хазна?

ОПЛ настояват член 102 от ЗЛЗ да се възстанови

Чл. 102, ал. 4

"Управителните органи на лечебните заведения, до които е направено предложение, са длъжни в срок 15 дни след поискването да сключат наемни договори за помещенията по цени в размер 10 на сто от наемната цена, определена от съответния общински съвет по реда на Закона за общинската собственост, а за обзавеждането и апаратурата по цени, равни на месечните им амортизационни отчисления, съгласно чл. 15 от Закона за счетоводството. Управителните органи не могат да прекратят едностранно договорите по ал. 3 при наличие на договор с Националната здравноосигурителна каса, освен при неизпълнение на основните задължения на наемателя. В случай на отказ на управителния орган да сключи наемния договор, лицата по ал. 3 могат да предявят иск пред районния съд за обявяване на договора за окончателен."

Доцент д-р Бойко Коруков, дм, изпълнителен директор на УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ":

НАДЯВАМ СЕ ДА УБЕДИМ ОБЩЕСТВОТО И ДЪРЖАВАТА, ЧЕ ЛЕКАРИТЕ ЗАСЛУЖАВАТ ПОВЕЧЕ УВАЖЕНИЕ И ПО-ДОБРИ УСЛОВИЯ ЗА РАБОТА

- Д-р Коруков, какви спомени сте запазили за първите стъпки в професионалния ви път след завършването на медицината?

- Бях разпределен в Благоевградското село Склаве, разположено е между Мелник и град Сандански. Твърди се, че там е продаден Спартак. То е и родното място нашия прославен борец - няколко пъти световен шампион, Александър Томов. Осъзнах голямата отговорност на всеки новозавършил лекар. Бяхме 28 души медицински персонал за 7 села. Образно казано, от скамейката на университета скачаш директно в окопите... Не е лесно, защото за съжаление ние и до ден-дневен добре подготвяме теоретично студентите, но практически - не съвсем, и това е слабото звено в нашето обучение. Не беше лесно, но винаги си спомням с умиление - прекрасни хора, заслужаваше си човек да поработи, преоткрива и научава немалко. Същото беше и при пребиваването ми в Никарагуа непосредствено след революцията - януари 1980 г. Бях първият лекар, който стъпи там. Интересна страна, интересни събития, от медицинска гледна точка - сблъсък с много огнестрелни наранявания, нещо непознато у нас. Доста богат опит натрупах в онази военна болница в столицата, а и обикаляхме с колегите из страната.

- Имаше ли възможност да прилагате наученото у нас?

- От 1985 г. катедрата по спешна медицина се върна в ИСУЛ, където е била създадена още през 50-те години, когато между другото ИСУЛ е ковачница на доста катедри по онова време. Тук се организира Клиничен център по спешна медицина - към университетската структура на Медицинския университет, за обучение на кадрите по спешна медицина. Имахме неблагоприятно положение да го закрием преди 7-8 години, но сега отново го възстановихме и се надяваме да се разширява. Миналата година на 11 ноември - деня, определен за празник на болница "Царица Йоанна-ИСУЛ", открихме приемно спешно отделение. Това е организационната структура на болницата, която подкрепя клиничния център по спешна медицина - да могат да се обучават кадри. С този център изключително се гордея, тъй като след преминаването ни към Европейската общност искахме всичко да правим както европейците. Когато за тези две-три години се запознах с опита на Франция, Италия, Испания, осъзнах, че не бива да изоставяме нашия опит, трябва само да адаптираме системата си към европейските норми. Всъщност каращисахме нашата с канадската триажна система и имаме изключително ефективен център. Да, действително, скъп е за нашата страна, но като се има предвид, че лекарският труд все още е ниско заплатен, можем да си го позволим. 365 дни в годината, 24 часа в

денонощието екипи по всички основни специалности чакат - в пълния смисъл на думата - пациентите да постъпят.

- Изпреварили сте реформата, нали целта е да има спешни центрове и непрекъснати дежурства.

- Разбира се, но веднага въпросът стига до финансите. Защото ние в момента имаме възможност да разширим центъра, по-ефективно да работи, но за съжаление спешността не се заплаща достатъчно. А със средствата, с които генерира болницата, не можем да поддържаме топ равнище на спешност. Но независимо от всичко се надяваме за нещо по-добро. Премиерът е запознат, проявил е интерес, имам възможност и да му покажа спешния център, той остана изключително доволен и каза, че този е моделът за развитие. Отнася се, разбира се, за столицата, тъй като за малките градове е лукс. Но ние бихме могли заедно с колегите от "Пирогов" и от Военна болница да оказваме методична помощ за обучение на кадрите по спешна медицина за страната, които са изключително необходими. Ще е полезно за лекарите, но и за пациентите, разбира се.

- Имате вероятно и други планове?

- Ние в момента изграждаме и до средата на годината ще открием център по лъчетерапия - последна дума на техниката. Ще си позволя да кажа, бум в лъчетерапията в нашата страна - докато при постарите апарати облъчването е 40-50 минути, с новия апарат ще е за 2 минути. Така пациентите ни няма да ходят в съседна Турция и да плащат 9000 евро там...

- Наистина ще е отлично постижение. А вие как и кога решихте да изберете професията на лекаря? Има ли специална причина или повод?

- Никой от родителите ми не е оказал някакво въздействие върху мене, само ми се намекваше, че дядо ми е бил лекар. Сам избрах медицината, макар, признавам, не ми беше първата любов. Мислех да се запиша в Институт по политически науки, какъвто имаше в Хавана, но не съжалявам. Медицината действително е изключително тежка специалност за следване, всички го знаем. Не е леко и след това - продължавате да учите години, засега все още няма обществено признание. Както казваше покойният професор Зънзов - и Индия е бедна държава, но статутът на лекарското съсловие е друг, признанието го има и е високо. За съжаление не мога да кажа същото за нашата страна. Не говоря само за финансовия аспект на нещата, а повече за моралната страна.

- Най-трудното и най-удовлетворяващото в лекарската практика, според вас.

- Най-трудното при лекарската професия е отговорността, която се поема за здравето

и живота на човека, особено работещите в спешната медицина. Най-хубавото - могат да го разберат само лекарите, е, когато пациентът, след като е бил на ръба на смъртта, не

за поне два пъти в седмицата в операция. Коего естествено рефлектира и на здравето - прекалено висока е степента на натовареност.

во". Другият - „До победата - винаги“.

- Да се върнем към започнатата реформа в българското здравеопазване. Какво е вашето отношение?

то еднакво отдалечена или приближена е тази точка до трите компонента, толкова по-добре. Поставихме диагнозата. Втората стъпка е да предложите оперативен метод. Щом се отнася до спешност, оперативният метод е един - трябва да има радикално лечение. Третата стъпка, която обаче по-малко хората могат да разберат, е: при ясна диагноза и ясен оперативен метод не означава, че веднага трябва да оперираме, защото човек не е подготвен пациентът, е стане така - операцията е спешна, болният - умрял. Образно казано, в направената концепция със съответното изпределение във времето трябва да има правилна, всички са единодушни, но когато артира, не бяха достатъчно подготвени пациентите, не беше достатъчно подготвено и ръководството на сравнително малките градове - общинските съвети, болниците, а може би и депутатите. Трябваше да се каже ясно, че целта е да се предостави на хората по-високо качество на здравеопазването. Медицината сега е много различна от преди 20-30 години. За да се направи съвременна медицина, са необходими изключително скъпи апаратура и високо квалифицирани кадри. Ние за съжаление нито сме Катар, нито Кувейт, където има пари. Ари и там, бил съм и знам, има толкова много болници, трябва да съсредоточим сили и средствата в по-малкото здравни заведения. Особено това има още един въпрос, който много сериозно влиза в кадрия - кадровият потенциал - лекарите. Дори в естивни болници, като университетските в София, има недостиг на някои от специалистите. Като говорим сега за спешните центрове, о кей, ще измерим отнякъде пари, но как ще обучим за толкова малко време кадрите.

- Какво бихте казали на нашия екип, на колегите в България.

- На колегите в България - да стискам палци, всички сме в затруднено положение, да се надяваме, че ще убедим обществото и държавата, че заслужаваме по-голямо уважение. Заслужаваме по-добри условия за работа, заслужаваме статут, какъвто се полага на всеки, обвързал се с клетвата на Хипократ. Колкото до колегите в болницата - аз съм един от тях, те знаят, че не съм администратор, а съм си хирург. Постигнахме доста успехи напоследък. Факт е, че за 4 години обновихме 50 на сто клиниките и те вече са европейски, увеличихме и 100 на сто заплащането. Ще имаме трудности в предстоящите месеци, но както казах, девизът ни е да не отстъпваме - до победата, така че ще се справим. Убеден съм.



Доцент д-р Бойко Георгиев Коруков, дм, е роден на 13 януари 1953 г. в град Гоце Делчев. Завършва гимназия в Хавана - причина за любовта му към Куба и кубинците. После, както е задължително за всички български младежи тогава, служи в армията. През 1973 г. е приет в медицинския факултет на Медицинска академия в София. След дипломирането си през 1979 г. е разпределен в село Склаве, Благоевградско. От януари 1980-а до 1981 г. работи в Манагуа, Никарагуа. Връща се в България и е участъков лекар в Благоевград. Печели конкурс за клиничен ординатор към Института по хирургия в Медицинска академия - София, където придобива (1985 г.) специалност "Хирургия". До 2005 г. преминава степените от асистент, старши асистент, главен асистент, главен

административен асистент до доцент. След възстановяването на Клиничния център по спешна медицина в ИСУЛ работи в болницата. От 2005 г. е член на Съвета на директорите на здравното заведение и от следващата 2006 г. е изпълнителен директор на УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ" ЕАД. Членува в Българското хирургическо дружество, Националния съсловен съвет на лекарите хирурзи в България, в редколегиите на медицински издания. Участва в различни научни форуми в страната и чужбина, има над 87 публикации. Дисертационният му труд за научна и образователна степен "Доктор" е на тема "Диференциран хирургичен подход в лечението на разпространения гноен перитонит". Женен, с един син.

Може да е в рамките на шегата, но е факт. Големият проблем при тях е носенето на две дини под мишница. Много трудно се съчетава едното с другото. Основната задача естествено е мениджърството на болницата, но за да не си изгуби професионалния опит, ръководителят трябва да вли-

дам с приятели от армията. По традиция от почти 38 години досега веднъж в месеца се събираме.

- Имате ли девиз?
- Компиляция от два. Единият - „Да живееш, значи да се борим. Робът за свобода, свободният за съвършенст-

обществото. За да има положителен резултат, трябва да се съберат в една точка интересите първо, на пациентите, второ - на лекуваните ги лекари, медицински сестри, санитарки, и трето - на обществото. Не казвам на държавата, а на обществото, за да не политизираме проблема. Колко-

ОБЩИНСКАТА БОЛНИЦА ВЪВ ВЕЛИКИ ПРЕСЛАВ ИЗДЪРЖА ИЗПИТА УСПЕШНО - ЗАСЕГА

Многопрофилната болница за активно лечение в община Велики Преслав има подписан договор с Регионалната здравноосигурителна каса в Шумен за работа по 41 клинични пътеки през първото тримесечие на 2010 г. При извършените проверки не са открити нередности и нарушения, а отличната оценка е заслужено признание за старанието и всеотдайността на всички, работещи в здравното заведение. Все пак "пътеките са с 15 по-малко от миналата година. Отпаднаха урологичните и физиотерапевтичните поради липса на втори специалист уролог и лекар физиотерапевт на първи трудов договор" уточнява управителят на лечебното заведение д-р Милчо Мавродинов.

В болницата работят детско, неврологично, хирургично, вътрешно отделение, реанимация, отделение по образна диагностика, оборудвано със скенер, рентген, ехограф и мамограф, ендоскопски кабинет и кабинет за електрофизиологични изследвания, клинична и патохистологична лаборатория. Тъй като не са успели да привлекат необходимите специалисти по акушерство и гинекология, а и поради намаления брой раждания, се е наложило да прекратят дейността на родилно отделение. Нуждаещите се насочват към болницата в Шумен, някои отиват във Варна. Всъщност бъдещите майки имат право сами

да избират къде да родят децата си.

- В отделенията, в които приемаме пациенти, имаме по двама специалисти, т. е.

Отговарят на новите изисквания

на Националната здравноосигурителна каса - обяснява д-р Мавродинов, като допълва, че колегите му са достатъчно ангажирани и обикновено свободни легла няма.

До края на 2009 г. са разполагали общо със 70 легла, от началото на 2010-а те вече са 60. В детско отделение има 10, в неврологично - 12, във вътрешно - 20 легла, в хирургичното - 12, ОАЛИГ - 6 легла. Достатъчно за населението от региона, според управителя. Обслужват Великопреславската община, обхващаща освен град Велики Преслав още 11 села - Драгоево, Хан Крум, Имречев, Кочово, Миланово, Мокреш, Мостич, Осмар, Суха ре-

ка, Троица и Златар, както и селищата Върбица и Смядово. "Идват и немалко пациенти от Шумен, и то с направления. Приемаме ги. Не сме върнали никого" - споделя управителят. Причината е комплексна -

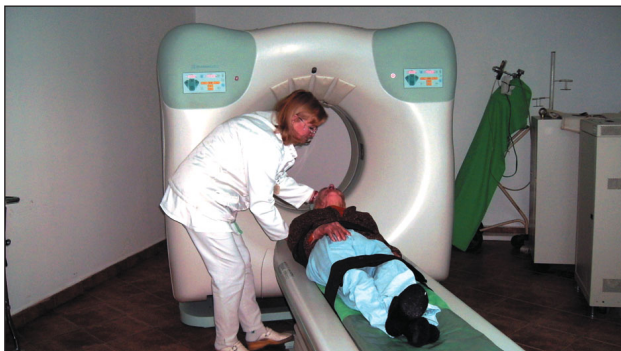
Лекарите са отлични професионалисти

и обслужването е на високо равнище. Още с прекриване прага на лечебното заведение правят впечатлението изключителната чистота, поддържаният ред, любезното отношение на хората с бели престилки. По думите на д-р Мавродинов, като неголяма и по-компактна болница имат възможност да отделят повече внимание на болните. "Държим да е приятна обстановката, както за пациентите, така, разбира се, и за персонала. Важно е всеки да работи с удоволствие, за да има положителни резултати", убеден е управителят на болницата. Но,

както възкликва познат герой на известен наш писател, едно е да искаш, друго е да можеш, трето и четвърто е да го направиш. Никак

не е леко предизвикателството

за т. нар. малки общински болници в отечеството ни. От една страна, парите за издръжката им са ограничени, от друга - не е възможно да имат работещи отделения без най-малко двама специалисти във всяко от тях. За да не завъртят ключа, се налага да търсят и традиционни, и непопулярни решения. В края на декември на своя сесия Общинският съвет на Велики Преслав - в отговор на докладната записка на управителя на "МБАЛ-Велики Преслав" д-р Милчо Мавродинов, взема решение да отпусне 50 000 лв. за финансово оздравяване на болничното заведение. Помощта е на основание на чл. 54 ал. 3 от ЗМСМА, позволяващ на Общинският съвет да подпомага с финансови средства предприятия и търговски дружества с общинско участие, чиято дейност е свързана със задоволяване потребностите на населението. При намален с 30 на сто бюджет за 2010 г. в сравнение с миналата 2009-а обаче общините ще изпитват затруднения и дори да са добронамерени и проявяващи разбиране, вероятно няма да им е лесно да отделят пари и за болниците.



Д-р Милчо Мавродинов, управител на "МБАЛ-Велики Преслав" ЕООД:

РЕФОРМА ТРЯБВА ДА ИМА, НО НЕ ЧРЕЗ НАЛАГАНЕ НА ТРУДНО ОСЪЩЕСТВИМИ УСЛОВИЯ

- Д-р Мавродинов, вече сте подписали договор с Районната здравноосигурителна каса, означава ли, че при вас нещата са наред и че приемате реформата в здравеопазването?

- Реформата по принцип трябваше да стане, но не по пътя, по който бе наложено да се тръгне. Преди всичко бяхме притиснати - имам предвид общинските болници, с изискването за двама специалисти във всяко отделение. При нас няма огромен наплив от пациенти, а ни беше наложено за болни, които можем да обслужим с един специалист, да назначим двама. Това е разход, а средствата ни са ограничени. Получаваме ги от здравната каса според клиничните пътеки и сключения договор. Други пари почти няма.

- Нали има и свободен прием?

- Да, но в малките общини е трудно, хората не са богати, повечето от тях нямат възможност да се лекуват срещу заплащане. При нас идват предимно с направления - за изследвания или за хоспитализация, насочени са от личния лекар чрез съответното направление. В големите болници е възможно да съберат някакви суми от проведени лечения, но в такива като Великопреславската не е възможно. Както и да го погледнем, дейността ни в известен степен е и социална - не отказваме хоспитализация и често се налага да лекуваме



Д-р Милчо Мавродинов е роден в Шумен, където завършва гимназия. Следва във Варненския медицински институт и се дипломира със специалност физиотерапия и рехабилитация. Работи към Санитарно-курортно управление-Варна, 13 години е управител на калолечебницата в морската столица на България. След закриване на санитарно-курортния комплекс наука Варна, управител е на Медицински център в Нови пазар, физиотерапевт в болницата във Велики Преслав. Три години по-късно, след пенсионирането на тогавашната управителка д-р Кръстева, печели обявения конкурс и е назначен за управител на "МБАЛ-Велики Преслав" ЕООД. С неговото ръководство общинската болница запази досегашния си статут и продължава да е предпочитана за медицински услуги не само от близо 20-хилядното население на Великопреславската община, а и от жителите на близките до старата българска столица райони.

здравноосигурени в тежки състояния за сметка на болничния бюджет.

- С други думи, от получените пари от здравната каса за здравноосигурените вземате за лечение на здравноосигурените.

- Да, приемаме всеки, обрънал се за медицинска помощ към нас. Изцяло за сметка на болницата са и извършваните от нашите специалисти консултации на спешни случаи.

- Какво се случва?

- За спешно болен, приет в спешно отделение - то се помещава в сградата на болницата, веднага се обръщат към нашите специалисти. Започва се с изследвания, а при по-труден

случай се налагат повече и различни лабораторни изследвания, за да се определи и докаже диагнозата. После пациентът трябва да бъде прегледан от специалист и тогава след консултирането се решава къде да бъде насочен за лечение. За цялата тази дейност не получаваме нищо лев.

- И отпусканите средства не стигат?

- Имаме лимит. За януари, февруари и март лимитът ни е по 45 000 лв. Подписал съм договора със здравната каса с особено мнение. Плащанията се бавят. Заработеното през ноември получихме през януари, а половината от заработеното през декември получихме

през февруари. Бюджетът ни е намален с 68 на сто в сравнение с миналата година.

- Още колко е необходимо, за да "диша" нормално болницата и да работи по клиничните пътеки, определени в договора с РЗОК?

- Поне с 50 на сто да се увеличат средствата. Имаме уверение за допълнително плащане, но не знаем кога и дали ще се случи. Ако се наложи, ще помолим за помощ Общинския съвет.

- Очаквате отново да проявят разбиране, както се е случвало и по-рано. Какво искане ще отправите към общинското ръководство и местния парламент?

- Ако парите се забавят, ще помолим от общината да покрий част от нужните средства - на първо време като заем или субсидия, за да изплатим заплатите на работещите. По-нататък ще обсъдим какви стъпки да предприемем, за да може да се вметим в скромния си бюджет.

- Каква ще е посоката, за да вържете двата края?

- Според здравната карта, която още не е публикувана, перспективата е болницата да бъде терапевтична. Затова, ако се наложи, ще се разделим с хирургичното отделение. Ще е по-малката злина от ликвидираният на цялото здравно заведение.

Засега обаче най-важното е хората да знаят, че болницата работи нормално по клиничните пътеки, за които сме сключили договор с РЗОК.



Присъединяват се към протеста

Лекарите от „МБАЛ Велики Преслав“ ще се присъединят към националния протест на общинските и частните болници, който ще се проведе на 7 април. Решението е взето на общоболнично събрание след срещата в Първомай на ръководители на малки лечебни заведения от страната.

Основната цел е да се защитят интересите и на болните, и на лекарите, е изтъкнато на събранието.

Работещите във великопреславската болница пристъпиха и към символични протестни действия. Те се обявяват за премахване на делегираните бюджети и на изискването за двама специалисти по една клинична пътека, поставяне всички болници в страната на равни начала, както и да не се намалява бюджетът за здравеопазване.

Векове назад и... до днес

През 893 г. цар Симеон I премества столицата на Първото българско царство от Плиска във Велики Преслав и скоро след това е открита Примонастирска болница (проучена от професор Н. Мавродинов). Намирала се е близо до манастира на хълма Аврадика. Сградата е била на два етаж, всеки с по две помещения - едното квадратно, другото правоъгълно, оградено от трите страни с тесен коридор. Кухнята и отходното място са били отделно, извън болницата. Оказвана е помощ на всички нуждаещи се.

Решението за изграждане на околйската болница е от 1907 г. Строежът е започнат през 1911 г. Спрян в началото на Балканската война, по-късно е довършен и от 1916 г. новооткритата в град Преслав третостепенна околйската болница - с 15 легла, отваря врати и приема пациенти. Независимо че в началото на ХХ век Преслав е малък град, обществеността успява (а и преклонението пред миналото помага) да получи разрешението за откриване на държавна болница, докато в доста поголеми градове на страната това се случва десетилетия по-късно.

След 1950 г. към болницата построяват сграда за противотуберкулозен диспансер, както и спомогателни помещения и надстройка. Разширена - със 100 легла, околйската болница обслужва населението близо 15 години. Околйски лекари са Борис Спириков, Станко Станков, Петър Петров, Жеко Жеков, Добри Марчев, градски - Христо Янев и Екатерина Иванова,

Новата районна болница (в

същата сграда се помещава сегашната "МБАЛ-Велики Преслав") е изградена около четири години - от 1963-а до 26 декември 1969 г., когато е открита от тогавашния министър на народното здраве д-р Кирил Игнатов. Има 240 легла и пет отделения - хирургично, детско, нервно, вътрешно, акушеро-гинекологично. Към болницата е разкрита поликлиника. Главни лекари са Борис Спириков, Жеко Жеков, Добри Марчев, Съби Бозаджиев, Петко Диков, Ради Радев, Марчо Костов.

На 12 септември 2000 г. съществуващата районна болница е регистрирана като самостоятелно юридическо лице - "Многопрофилна болница за активно лечение-Велики Преслав" ЕООД. Разполага със 120 легла, разпределени в 5 отделения и ОАЛИГ, оборудвани със съвременна медицинска апаратура. В стационара работят 17 лекари, от тях 14 са със специалност. Обслужва около 30 000 души от община Велики Преслав и Върбица. В болницата се помещават и поликлинични звена. Управител е д-р Стоянка Кръстева, след излизането ѝ в пенсия и в момента управител на "МБАЛ-Велики Преслав" ЕООД е д-р Милчо Мавродинов.

При акредитацията в края на 2001 г. здравното заведение получава оценка 4 звезди, дадени за четири години - заслужено отличие на добрата работа на медицинския екип.

„МБАЛ-Велики Преслав“ ЕООД притежава сертификат по качество ISO 9001:2000 от 03.08.2007 г., а от 03.07.2009 г. е покрила стандарт ISO 9001:2008.



Стопанската камара подкрепя и търси съдействие от БЛС

В дискусиата на кръглата маса "Възможната здравна реформа" взе участие и Българската стопанска камара. Нейният представител изрази подкрепа на исканията на БЛС. Той припомни, че предстои приемането на антикризисни мерки и предста-

вителите на работодателите в България търсят поддръжката на съсловната организация на лекарите по няколко въпроса, които ще представят за обсъждане пред правителството. Публикуваме изказването с малки съкращения.



АБДИКАЦИЯ

„Държавата бяга от отговорността си към групите, които осигурява. Остава здравните заведения да правят каквото искат и да се оправят както могат. Прави проверки и после казва, че те правят преразходи.“

Григор Димитров, директор на "Осигурителни отношения" в Българска стопанска камара:

Парите, които държавата дава за здраве, са виртуални

Присъствам тук, защото предстои приемането на антикризисни мерки и търсим вашата подкрепа по няколко въпроса, които ние, като представители на работодателите в България, ще представим на обсъждане пред правителството.

Първият въпрос е, че наистина здравеопазването се нуждае от реформа, но не само здравноосигурителната система, а цялата система на здравеопазването. Тъй като всъщност има два бюджета. Единият е на Министерство на здравеопазването, а другият е на Министерството на финансите. Тъй като всъщност има два бюджета. Единият е на Министерство на здравеопазването, а другият е на Министерството на финансите.

В момента управлението на НЗОК е от държавата. Ние, представителите на работодателите, присъстваме, но когато се вземат важни решения, държавата има мнозинство от 5 души. Нашето мнение е, че трябва да има участие и на изпълняващите тези решения.

Каква е статистиката? 50 на сто от приходите на НЗОК са от осигурените лица, а държавата осигурява по-малко от 50 на сто - 47-48 на сто. Въпреки това тя има решаващата дума. Ние казваме така:

НЗОК трябва да се управлява от обществени органи

Тези, които плащат, да участват в управлението на здравната каса. Освен това ние сме категорични, че бюджетът на НЗОК трябва да се отдели от консолидирания бюджет на държавата. Тогава ще има възможност тези пари, които се отделят за здравеопазване, да се използват за целите на здравеопазването. Разбира се, трябва да има закон, който да се спазва, но да се знае, че парите, определени за здраве, се използват за здравеопазване.

Трето, държавата фактически е избягала от финансирането на здравеопазването. Тя не финансира в

момента здравеопазването. И ще кажа защо. Бюджетът на НЗОК за настоящата година е направен така: милиард и половина - говорим с обобщени числа, са от осигурителни вноски, 970 милиона лева са за фонд за хората, осигурявани от държавата - пенсионери, ученици, студенти. Но, забележете, при приходната част от осигурителни вноски от милиард и половина текущите разходи са милиард и половина. Тези пари, които държавата трябва да плати, се отделят за текущия резерв - 125 милиона лева, които, за съжаление, миналата година според нас противозаконно не са употребени, и остават 40 милиона за планирания излишък. Т. е. парите, които държавата дава, в момента са виртуални, те се местят по някакви сметки, но реално не постъпват в НЗОК.

Следващият проблем, който ние ще поставим, е всички служители да си плащат здравноосигурителна вноска, както всички останали български граждани. Сега държавата за

гурители.

Другият въпрос. Държавата изпълнява две функции. Социална - по конституция има задължение да осигурява безработни, пенсионери, деца, ученици, студенти. Какво се получава на практика? Средната осигурителна вноска би трябвало да е 38 лева, а тази осигурителна вноска, която се прави за тези 4 милиона и 500 000 души, е 19 лева. Или средната осигурителна вноска за един пенсионер е 20-22 лева, за децата - около 16 лева, за безработните - около 16 лева. Ние задаваме въпроса:

Трябва ли бизнесът, който осигурява 30 на сто от осигурените лица, да поема 60 или 70 на сто от издръжката?

Ние сме за това държавата на базата на реалните потребности да поема осигурителните вноски на пенсионери, деца и т. н., така както бизнесът го прави за своите работници и служители.

За следващия проблем търсим и вашата подкрепа. Много се говори, че 1 милион и 600 000 души не си плащат здравноосигури-



группа. Тя е оставила здравните заведения да правят каквото искат и да се оправят, както могат. Прави проверки и после казва, че те правят преразходи. Ние настояваме да се определи социалната група, която не е в състояние да си плаща здравноосигурителните вноски, и държавата да поеме издръжката, както е по конституция, за тях. Ние искаме средствата от осигурителните вноски да не се преразпределят за хората, които не се осигуряват. Т. е. който внася пари, той да получава съответната здравна услуга. В противен случай това не е здравно осигуряване, това е някаква друга измислена форма.

Друг въпрос, който ще поставим, е - не трябва да се прави бюджет на НЗОК, без да има реално устойчивостяване на здравните услуги. Да се каже най-после - този е здравният пакет, той струва толкова и щом струва толкова, осигурителните вноски трябва да са такива, че да го осигурят. Ако не може да се осигури, пакетът да бъде друг. А който иска услуга над този пакет, да бъде любезен да си доплаща. Както е при останалия пазар - всяко нещо си има цена и тя трябва да се плаща.

Следващият въпрос. Очевидно е, че в криза най-подходящо е да се пристъпи към приватизация.

Не приватизация въобще

а на онова, което без сътресения може да го направим. Нещо, което стои и не иска допълнително финансиране, а напротив освобождава бюджета, освобождава разходи, ако те се поемат от друг. Защо тогава да не го направим? Затова ние подкрепяме искането лекарското съсловие да има ясни правила, да има преимущество. Ние считаме, че моментът е много удобен и не случайно навсякъде кризата се използва за почистване на онова, което не работи, не е ефективно, в което не трябва да наливаме пари. Да се прецени, да се каже - до края на годината ще направим еднo какво и да го направим.

Какъв е проблемът? Проблемът е в това, че едва ли не се търси отново държавен монопол,

търси се държавен превес

Случвало ми се е да питам министъра, когато говори от името на НЗОК, какъв е той в касата и не съм получавал отговор. Здравната каса е една финансово институция, която работи на солидарен принцип, събира пари и по определени правила ги предоставя на изпълнителите на медицински услуги. Тя трябва да изпълнява своите задължения.

За нас е непонятно

говоря от името на работодателите, защо тези 120 милиона лева резерв не се използват от държавата да се разплати. И тази година бюджетът е за 13, а не за 12 месеца. Нека помислим къде има такова нещо - бюджет за 13 месеца. След като е бюджет, защо има касово плащане? В момента Министерство на финансите провежда касово плащане, а ние знаем, че има бюджет. Застъпва 1 януари, започва новата година, не може да се плаща за предходната от този бюджет. Това е нарушение на правилата.

Вече си говорихме, че срещата ни с БЛС не е последна. Инициативата на нашия председател е с тези проблеми да запознаем работодателите и синдикатите. Ние ще подпишем съвместен документ с Българския лекарски съюз и ще го представим пред камарата на работодателите. Може да разчитате на нашата подкрепа.

...Вече сме предлагали идеи за пенсионното осигуряване. Преди десет години, когато правихме сметките за пенсионната реформа, изчислихме, че през 2010 г. ще имаме баланс. Т. е. няма да има дефицит. В резултат на политически решения сега имаме 4 милиарда лева дефицит...

Ако ние продължаваме тази политика и в НЗОК, нищо добро няма да се случи. Ние първи се удивихме от увеличаването на вноската от 8 на 10 на сто, не защото сме против да се наливат пари в здравната каса, а защото има пари, които се използват за подкрепата на фискалния резерв. Затова не случайно казваме - трябва да отидем към солидарния принцип - нищо против него, да не говорим, да не правим бавни крачки, тъй като това е сериозна инвестиционна система, и да държим на онова, което сме обещали на народа за по-добро лечение.

АКЦЕНТИ

- Бюджетът на НЗОК да се отдели от консолидирания
- Всички служители да си плащат здравноосигурителни вноски
- Не може да се прави бюджет на НЗОК, без да има реално устойчивостяване на здравните услуги
- Навсякъде кризата се използва за почистване на онова, което не работи

всички, работили за нея, на всеки 3 месеца прави един трансфер, ние искаме както всички осигурители на 10-о число от месеца си правят осигурителни вноски и държавата да си направи вноските. И

ако закъсне, да носим наказателна вина

да си плати за това, така както всички останали осигурители.

Ние поставяме въпроса по-просто. Дайте

да видим кои са тези хора, които не плащат вноски

Между тях със сигурност има една голяма група - всички знаем коя е тя, която, каквото и да се направи, няма да си плаща. В момента държавата бяга от отговорността си към тази

ПРАВИЛАТА ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА ЩЕ ЗАЩИТАВАТ ОТ ЛЕКАРСКИ ГРЕШКИ

Както ви информирахме в миналия брой на в. "Quo vadis", въпросът за лекарските грешки е в центъра на проучване на Международния институт по здравеопазване и здравно осигуряване, по чиято инициатива на 23 март т. г. в София бе проведена кръгла маса. Темата бе "Сътрудничеството между

здравната и съдебната система: гарант за защита правата на българските граждани като пациенти и потребители на здравни услуги в случаите на лекарски грешки". Участие във форума взеха представители на съдебната система, на БЛС, Сдружението за развитие на българското здравеопазване и др.

Българският лекарски съюз вече работи по изготвяне на правилата за добра медицинска практика и до два месеца те ще бъдат готови, обяви главният секретар на БЛС д-р Димитър Ленков пред присъстващите на кръглата маса. Дошло е време да се каже на обществото какво е лекарска грешка. За грешка може да се говори в случай, че са нарушени медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика. Затова в момента се разписват последните стандарти по специалности, а съсловната организация ще изготви ясни правила за всяка област от медицината. Повечето грешки в работата произтичат от същността на професи-

ята, а за да се ограничи рискът от грешки, трябва да има необходимите условия за работа. Един лекар може да желае да изпълнява перфектно задълженията си, но да няма съответните условия за това - допълни д-р Ленков.

Според председателя на Етичната комисия на БЛС проф. Милан Миланов, правилата трябва да обхващат най-ниското равнище в ме-

дицината - необходимия минимум от знания, умения и професионализъм - и да оставят известна свобода на лекарите. "Ако в медицината всичко е разписано, то ще се превърне в тежка спиратка за развитието ѝ, посочи проф. Миланов. - Иначе днес не бихме правили трансплантация на сърце, а медицината щеше да е на равнището от 1950 г. Лекарският труд обаче



е труд като всеки друг и неминуемо стават грешки." По думите на проф. Миланов лекарите и обществото трябва да уеднаквят понятието "лекарска грешка" и да го предоставят на съдебната система.

Д-р Диана Чинарска, член на УС на БЛС, бе категорична, че от липсата на правила за добра медицинска практика и медицински стандарти са ошетени не толкова пациентите, колкото лекарите, защото тези стандарти са тяхната защита в случай на претенции за небрежност и лекарски грешки.

Лекарите са на мнение, че повечето грешки в работата им произтичат от същността на професията, а за да се ограничи рискът от грешки, трябва да имат по-добри условия за работа.

Участниците в кръглата маса обсъдиха отворена декларация с конкретни препоръки по проблема. В документа се препоръчва създаването на национална система за статистическа регистрация на отклоненията и инцидентите в процеса на лечение. Да се прецизира процедурата по по-

лучаване на информирано съгласие от пациента и да се предвиди алгоритъм за въвеждане на данни по график в системата за електронни досиета на пациентите. Експертите препоръчват да се създаде професионален орган за извършване на съдебно-медицински експертизи за нуждите на правосъдието, както и съвместно със застрахователните компании да се разработи ефективна система за застраховки от лекарски грешки, която да изплаща реални компенсации на потърпевшите.



ВМЕСТО КОМЕНТАР

ЦИФРИТЕ СЕ РАЗМИНАВАТ С ПРОУЧВАНЕТО НА БЛС

Проф. д-р Милан Миланов, председател на Комисията по професионална етика на съсловната организация, в дебат по Нова телевизия, Здравей България

Като потърпевша страна позволете ми преди всичко да кажа, че имахме една кръгла маса, относно тези резултати и може би се очаква от Лекарския съюз някакъв много страхотен отпор. Обратно, ние благодарихме на г-н Безлов, защото това е общественото мнение. А човек да се бори с обществено мнение, медии и жена е просто грешка. Това е общественото мнение. Дали са точни цифрите, дали това е обществено мнение? Има един стар виц: две циганета си говорили, едното рекло: "Абе ял ли си кашкавал, много хубаво било?"; "Не - отговаря другото - не съм ял", но като бил в казармата гледал офицерите как ядат. Това обаче е общественото мнение! Ние лекарите

трябва да се съобразяваме с него.

Но това, за което се говори в изследването, са прецеденти! Ние направихме, от своя страна, от Лекарския съюз, една много проста рамка, в която вкарахме оплакванията към РЦЗ - колко са на брой за изминалата година. Няма да споменавам цифри, тъй като те до голяма степен противоречат на това, което казва г-н Безлов. Най-важното от тази ситуация, която ние разгледахме абсолютно добронамерено, заедно с представители на Висша касационна прокуратура, Висшия касационен съд, колеги от неправителствения сектор, от организациите, беше, че в този аспект нашето чисто професионално становище, относно това какво е лекарска грешка, го знаем

много добре. Още през 1985-1986 година в учебника на покойния проф. Раданов е казано много ясно и точно какво е лекарска грешка и че обществото и лекарите трябва да гледат в една посока.

Нека не си прехвърляме топката между институциите. Етичната комисия на БЛС разглежда всички случаи, но тя не може да се произнесе преди съда, ако искаме да сме демократични. Г-н Безлов трябваше да уточни и какво хората разбират под това понятие. Какво означава лекарска грешка? Защо "само лекарите". Тук влизат и грешка в медикаментозната терапия, тук влизат и грешки на останалия персонал... Нека не казваме ей така "лекарски грешки". Да, на върха стои лекарят, никой от нас няма да се откаже от своята отговорност... Нашият труд е труд като на всички останали и ако някой каже, че е безгре-

шен, както е казал Христос, да хвърли камък по мене. Тоест никой не отрича, че такива неща се случват. Проблемът нашият, основният в България, е да се изясни това по каква причина е станало. Ако, както добре е описано в нашия закон, имаме виновна небрежност, некавалифицираност и т. н., всеки от нас ще приеме тази присъда. Много често обаче се касае до това, че лекарят е положил всички усилия, за да помогне на болния, и именно около това се завъртяха нашите дебати на тази кръгла маса. Вторият изключително важен възел, това са вещите лица. И там смятам, че стигнахме до някакво заключение, че трябва да бъде направено нещо като институция на вещите лица. Оттук нататък ние подтикнахме тези, от които зависи, да бъде направена тази институция, ако те приемат, че това е важно. Защото най-важно е



действително независимостта на вещите лица. Бил съм не един и два пъти вещо лице в съда, защото лице е под натиска, от една страна, на близките на човека, които считат, че при него е направена лекарската грешка, от друга - на своята

професионална същност. Кажете ми какво е това нещо: човек на власт, което виждам да се вози в яхтата, а когато влиза в съда, ходи прегърбен като Баба Яга? Ето, и това е проблем...

(С известни съкращения)

БЪЛГАРИЯ УЧАСТВА В ПЕТАТА МИНИСТЕРСКА КОНФЕРЕНЦИЯ ПРЕЗ МАРТ

● Европа прие Декларация за ограничаване на вредното влияние от околната среда върху здравето до 2020 г.

Декларация за ограничаване на вредните въздействия от околната среда и климатичните промени върху човешкото здраве до 2020 г. беше приета по време на Петата министерска конференция между 10 - 12 март в Италия. Тя бе организирана от европейското бюро на СЗО. Тази година нейната тема беше "Защита на здравето на децата в една променяща се среда". България бе представена от министъра на здравеопазването д-р Божидар Нанев и зам.-министъра доц. д-р Тодорка Костадинова, съобщиха от пресцентъра на здравния кабинет.

Процесът по контрол на въздействието на околната среда върху здравето в Европа се осъществява от 20 години под ръководството на Европейския комитет по околна среда и здраве (European Environment and Health Committee - ЕЕНС).

Намаляването на рисковете за здравето на децата - рискове, породени от лошите условия на околната среда и бита, са сред приоритетите, които са застъпени в декларацията. В нея се предвижда да се обърне особено внимание на проблемите на водоснабдяването и канализаци-

ята. Намаляването на вредните въздействия за здравето на хората и ограничаването на хроничните заболявания чрез провеждането на адекватни политики в областите на храненето, урбанизацията, транспорта и работната среда са сред другите ангажменти, които поеха здравните министри в ЕС.

Страните се ангажираха да увеличат усилията си за изменение и разработване на допълнителни закони в областта на околната среда и здравето. За тази цел международните институции и Европейската комисия ще предоставят допълнителна научна, политическа, техническа и финансова помощ, се казва още в декларацията.

Основните приоритети за България ще са насочени най-вече към опазването на здравето на децата. Това включва въвеждането на система за управление на нейонизиращите лъчения, намаляването на риска от злокачествени заболявания чрез профилактика още от ранна възраст и проследяването на здравното състояние на малчуганите.

Повече информация може да намерите на интернет страницата <http://www.euro.who.int/parma2010>

Жужана Якаб, регионален директор на СЗО за Европа:

ЗДРАВЕТО НА ПОВЕЧЕ ОТ 890 МИЛИОНА ЕВРОПЕЙЦИ ЗАВИСИ И ОТ ДОБРОТО ПАРТНЬОРСТВО

Започнал през 1989 година във Франкфурт с първата европейска министерска конференция по околна среда и здраве, процесът за разрешаване на проблемите с най-големите заплахи, свързани с околната среда, ни води до Петата министерска конференция по околна среда и здраве. Тези конференции са уникални, защото събират заинтересовани страни и представители на различни сектори, които да участват в разработването на европейските политики и действия в областта на околната среда и здравето.

И тази година през март представители на правителствата на 53-те европейски държави членки на СЗО се срещнаха в Парма, Италия, за да разгледат постигнатия напредък и да определят приоритетите за идните години. Ето какво споделя пред присъстващите на форума регионалната директорка на Световната здравна организация за Европа Жужана Якаб.

"Здравето на над 890 милиона души от европейския регион на СЗО все повече е изложено на риск от променящата се околна среда. Социално-икономическите неравенства и неравенството между половете (изострени от последните от неотдавнашната финансова криза), изменението на климата, потенциалните ползи от инвестиции в областта на околната среда и здравето и подновеният ангажимент на държавите да опазват здравето на децата

● 20 години работа и напредък в координацията със сектора за околната среда

са сред основните теми за обсъждане в Парма. Понякога е важно да се споразумеем за нов подход, за да работим съвместно и във всички сектори за справяне с рисковете за здравето, свързани с околната среда.

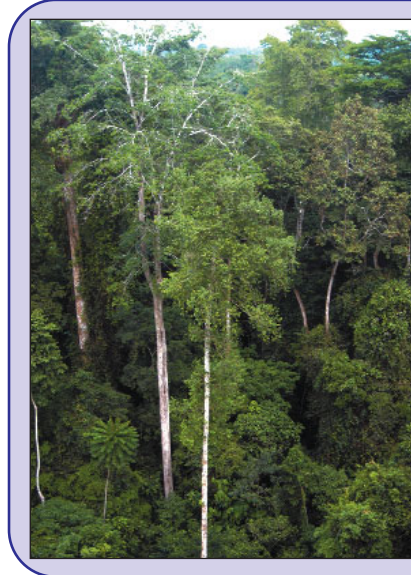
Европейската комисия е и винаги е била близък партньор на СЗО-Европа в областта на околната среда и здравето. Двете партньорски организации си сътрудничат по много начини и това сътрудничество продължава да се задълбочава. След Четвъртата министерска конференция (2004 г.) Комисията оказва твърда подкрепа в тази област. Тя е и постоянен член на Ев-

ропейския комитет за околна среда и здраве - уникално обединение на представители на министерства на здравеопазването и околната среда, междуправителствени организации и организации на гражданското общество. Комитетът следи за координацията и последващите действия предвид резултатите от процеса на разрешаване на проблемите в областта на околната среда и здравето. Комисията участва активно и в подготовката на конференцията в Парма.

СЗО-Европа и Европейската комисия обединяват усилия в много области, свързани с околната среда и здравето, за да подпома-

гат 27-те страни, които едновременно са членове на ЕС и СЗО. Резултат от това сътрудничество са служещи за пример съгласуваност и взаимно допълване между съответните политики и инициативи на Европейската комисия и СЗО. Сътрудничеството е и изключително широко, тъй като обхваща работа по определяне на правила, взаимноизгодна подкрепа при разработването на политики и съвместни усилия за изграждане на национални капацитети. То също така е ориентирано към бъдещето, като включва и страните кандидатки за членство в ЕС и съседните страни. В крайна сметка от него имат полза всички 53 страни от европейския регион на СЗО.

Без това партньорство успехът на работата на СЗО-Европа в областта на околната среда и здравето е немислим. Конференцията предостави прекрасна възможност да го видим в действие."



Или... или? А човекът?

ЕС продължава финансирането на проекти

Приетата от Европейската комисия втора Програма за действие на Общността в областта на здравето за периода до 2013 г. предвижда за финансирането на проекти 321,5 милиона евро. Специфичните цели на програмата са:

- подобряване здравната сигурност на гражданите,
- насърчаване на по-добро здравно обслужване, включително намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването,
- създаване и разпространяване на здравна информация и знания,
- намаляване на

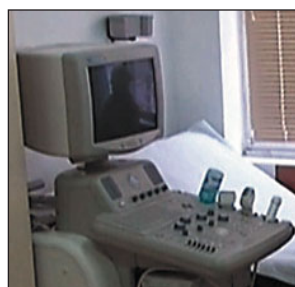
различията в здравната инфраструктура и превенцията на здравните рискове,

- повишаване на способността за бърза и координирана реакция на заплахите за здравето.

Целевата парична дотация е от 50 до 80 на сто от общата стойност на дадения проект. Освен за членуващите в Европейския съюз, програмата е допустима и за страни, към които се прилага Европейската политика на съседство, както и за държави, кандидатки за членство или в процес на присъединяване към Европейския съюз, и за страните от Западните Балкани.

С телемедицина ще се лекуват хроничните болести

Телемедицината и иновативните комуникационни технологии ще бъдат ключов фактор в предоставянето на медицински услуги за хора с хронични заболявания в бъдеще. Това е единодушното мнение на участниците в проведената наскоро конференция на ЕС за електронно здравеопазване. В заключителната декларация от форума са залегнали три ключови инициативи, работата по които трябва да тече паралелно, за да се преодолеят основните предизвикателства пред здравните системи в предстоящия 10-годишен период от време. Приоритети са планирането на процеса на прилагане на телемедицината и иновативните информационни и комуникационни технологии в управлението на хроничните заболявания, повече научни изследвания и прозрачна законодателна рамка, дефинираща отго-



ворностите на всички страни, включени в системите на електронното здравеопазване.

Доклад на European Health Telematics Association поставя сред причините за отлагането на по-широката употреба на телемедицината продължителните тестови фази за пилотните проекти, независимо дали са финансирани от Европейския съюз или от националните правителства, недостигът на сигурност за възвращаемостта на инвестициите и липсата на схеми за реимбурсация за телемедицинските методи от страна на здравноосигурителните системи в държавите-членки.

Австрия предлага най-добро здравеопазване в общността

От всички страни членки на Европейския съюз Австрия е с най-добро здравеопазване, но Естония предлага най-високо качество на услугите спрямо дадените пари, сочи проучване на шведската частна инициатива "Health Consumer Powerhouse", предоставяща информация за оказваните здравни услуги. Изследването е от гледна точка на пациентите на здравни системи на 27-те страни членки на Европейския съюз плюс Норвегия и Швейцария, Хърватия и Македония.

В "генералното класиране" Австрия е на първо място с 806 точки от 1000 възможни. Тя обаче не е на челна позиция по нито една от отделните категории. Например пациентите имат най-големи права и най-широк достъп до информация в Дания, а чакат за медицинско обслужване най-малко време в Белгия.

Швеция, където онкоболните живеят средно по 5 години, а детската смъртност е най-ниска, е на първо място от гледна точка на ефективността на лечението. На последно място в общото класиране с 435 точки е Латвия. Годишните разходи за здравеопазване на глава от населението варират от малко над 400 евро в България и Румъния до около 3500 евро в Норвегия, Швейцария и Люксембург.

Македонското здравеопазване е на предпоследно място в Европа, като по-лошо от него е само това в Латвия, се уточнява в доклада на шведските наблюдатели. Въпреки че качеството на здравната обслужване е на ниска позиция, има някои индикации за положително развитие. Например имат добри резултати по отношение на правата на пациентите и информирането им, е заключението на експертите от организацията.



Необходими документи за издаване на сертификати за работа в чужбина

1. Копие от лична карта.

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

3. Нотариално заверено копие на диплома за специалност.

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

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

ПРЕДСТОЯЩО

**СЪЮЗ НА БЪЛГАРСКИТЕ МЕДИЦИНСКИ ДРУЖЕСТВА
НАУЧНИ ПРОЯВИ ПРЕЗ АПРИЛ 2010 г.**

15-17 АПРИЛ - ПЛОВДИВ

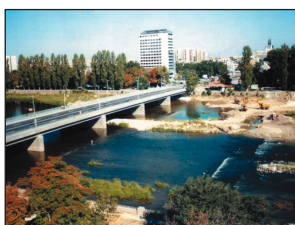
IX национален конгрес по ендокринология (С международно участие)

Организатор: Българско дружество по ендокринология
Председател на организационния комитет: професор д-р Анна-Мария Борисова

Адрес за кореспонденция: професор д-р Анна-Мария Борисова, Катедра по ендокринология, МУ, СБАЛАГ "Майчин дом", етаж 13, ул. "Здраве" № 2, София 1431, телефон 895 62 20

16-17 АПРИЛ - ПЛОВДИВ

Симпозиум на Националната глаукомна асоциация с глаукомни операции на жи-



во от чуждестранни оператори (С международно участие)

Организатори: Национална глаукомна асоциация, Катедра по офталмология, Медицински университет - Пловдив

Проблематика: Борба с глаукомата
Председатели на организационния комитет: доцент д-р Наталия Петкова, доцент д-р Мариета Конарева

Адрес за кореспонденция: доцент д-р Наталия Петкова, доцент д-р Мариета Конарева, Катедра по офталмология, Медицински университет, ул. "Пещерско шосе" № 66, Пловдив 4002, телефон 032/60 29 36

22-25 АПРИЛ - ПЛОВДИВ

VIII национален конгрес по клинична микробиология и инфектология (С международно участие)

Организатор: Българска асоциация на микробиолозите

Проблематика: Микробна лекарствена резистентност. Инфекции, заплашващи с епидемично разпространение. Вътреболнични инфекции

Председател на организационния комитет: професор д-р Тодор Кантарджиев
Адрес за кореспонденция: професор д-р Тодор Кантарджиев, НЦЗПБ, отдел "Микробиология", бул. "Янко Сакъзов" № 26, София 1504, телефон/факс 846 55 20



АПРИЛ-МАЙ - СОФИЯ

Научен симпозиум на тема "Обща и коронарна хемодинамика. Принципи и място в катетеризационната лаборатория"

Организатор: Дружество на кардиолозите в България, Дружество по интервенционална кардиология

Проблематика: Обща и коронарна хемодинамика. Принципи и място в кате-

теризационната лаборатория

Председател на организационния комитет: доцент д-р Пламен Гацов

Адрес за кореспонденция: доцент д-р Пламен Гацов, национална кардиологична болница, ул. "Коньовица" № 65, София 1309, телефон 921 14 11, gsm 0887 487 393

Абонирайте се за 2010 г.

Във всеки пощенски клон -

Каталожен №401



Вестникът на българските лекари

ЕДИНСТВЕНОТО НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЛС!

За година - само **10,80 лв.**
За 6 месеца - **5,40 лв.**

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник "QUO VADIS"

Национално издание на Българския лекарски съюз

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

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

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

ПЪРВА СТРАНИЦА		
Цвят	Под главата	Долна част
Черно-бяла	2,00лв./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	
		препращане	с
JPEG	195 x 105 px	15 лв.	20 лв.
банер (статичен)	200 x 133 px	18 лв.	25 лв.
	200 x 266 px	26 лв.	29 лв.
FLASH	200 x 133px	25 лв.	30 лв.
банер	200 x 266 px	37 лв.	40 лв.

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

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

2. Текстови обяви / Платени публикации:

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

3. Нестандартни рекламни форми:

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

IV. Плащане:

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

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

3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

V. Забележки:

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

ПЪРВИТЕ БЪЛГАРКИ С АКАДЕМИЧНО МЕДИЦИНСКО ОБРАЗОВАНИЕ СА И ДАРИТЕЛКИ

След Освобождението България е благоприятна за професионална кариера страна и тук се завръщат много българи, получили висшето си образование в институти и академии из Европа. Сред тях са и лекари, зъболекари и фармацевти. Знаменателно е, че пристигат и специалисти, родени в български семейства, изселили се в различни страни по време на турското робство, живели и учили в свободни европейски държави. Макар и ряд-

ко, сред завърналите се има и жени, проявили своя стремеж към наука и професионално развитие.

Интересът към висшето образование в Русия през 60-те години на XIX век се проявява и в Кишинев сред бесарабските българи. Така първите жени с академично медицинско образование, които пристигат в новосвободена България, са бесарабските българи д-р Анастасия Головина и д-р Нина Берова-Ораховац.

Д-Р ТОТА ВЕНКОВА - ПЪРВАТА СРЕД ПЪРВИТЕ: „ЛЕКАР, КОЙТО НЕ ОБИЧА БОЛНИТЕ, Е ЗАНАЯТЧИЯ!“

Има личности, които се радват на траен интерес от страна на меди, журналисти, историци, изследователи, краеведи. За някои той се поддържа от близките и наследниците им. За други - от съгражданите и колегите им. Но за трети интересът към тях и техния живот се крие в личната им съдба и, най-вече, в обществено ползватата им дейност. Така е с д-р Тота Венкова - личност ярка, добродетелна и благородна, отдадала се изцяло на хората, обществото и България, пример и образец на морала на възрожденското поколение лекари, всъщност първата българка с академично медицинско образование. И независимо че е обект на десетки публикации, нека сега, по повод 155-годишнината от рождението ѝ си спомним за тази крехка и най-първа българка, надскочила тъмата на поддържаното векове безпросветно време с неразбиваеми традиции за принизеното място на жената в семейството и обществото в поробена България, проправила пъртината на просвещението, учението и народополезната дейност през закостенелите разбирания на българина за мястото и ролята на жената.

Д-р Теодора (Тота) Венкова Чехларова (1855 - 1921) е родена в Габрово. Тя съвсем

Срещата ѝ с д-р Иван Янчич е съдбовна

Те се обикват. Но от раната на Иван се развива гангрена, последвана от ампутация на крака и въпреки всеотдайните грижи на Тота, той умира от сепсис. Мечтата им да работят заедно, да помагат на болните хора заедно угасва... Сгрятото от първата обич Тотино сърце не изтвива до края на дните ѝ - тя не създава семейство и няма деца. С първата си лекарска заплата на гроба на д-р Иван Янчич д-р Тота Венкова издига скромнен надгробен паметник от бял мрамор с голям православен кръст и надпис: "Няма по-голяма любов от тази да положиш живота си за своите другари". Името на д-р Иван Янчич е издялано заедно с другите медицински чинове и в камък на Докторския паметник в София.

Още през 1878 г. младата българка получава стипендия от Санктпетербургското дамско благотворително дружество, за да учи медицина и заминава за Русия. Зимата е твърде сурова към нея - още през първата учебна година се разболява от "тежко белодробно възпаление". Идва си в България. След 5-годишно лечение отново се връща в Санктпетербург, но със стипендията от нашето Министерство на просвещението. Дипломира се като лекар през 1886 г.

Работи в Русе, Търново, Варна и се установява в София. Специализирателно дружество "Майчина грижа" Тота - една от трите сиромашки ученички-пансионерки - с висок успех завършва първия випуск на Габровското петокласно девическо училище и става учителка в него (1873 - 1877), както и член на самото дружество. По време на освободителната Руско-турска война като самарянка се грижи за ранените и болните руски воители и български опълченци в разкритията на Габрово военно-полевия лазарет, наречен Опълченската болница. Сред ранените в боевете на Шипка е и младият руски лекар д-р Иван Янчич.

Старите болести са причина да се оттегли от държавна служба и да премине на свободна практика. За целта заедно със свои съмишленици открива безплатна женска съвещателна станция-лечебница за бедни, самотни и изоставени жени в

къщата си на ул. "Солунска" № 13 в София.

По време на Първата световна война тя изпраща колет след колет на фронта и в полевите болници.

Само ден преди Бъдни вечер, на 23 декември 1921 г. голямото сърце на д-р Тота Венкова спира. По този повод в "Летописи"-тогавашното национално издание на БЛС, в броя от декември 1921 г., е поместен некролог, в който медицинската ни общност се прекланя пред паметта на първата българка-лекар.

Познала сирашката сиромашия, д-р Тота Венкова



ПРЯВЯВА ЩЕДРОСТТА СИ

- тя се отблагодарява достойно на свои близки и роднини;
- подпомага децата на сестра си Радка да получат солидно образование;
- дарява 500 000 лв. на санаториума за гръдоболи в Искрец, за да се обзаведе павилион с 40 легла за лечение на деца, болни от туберкулоза, който дълги години носи нейното име, а в предверието стои неин портрет;
- дарява 500 000 лв. на Габровското девическо училище; общината построява летовище за деца до 14-годишна възраст, което за периода 1954 - 1985 г. действа като Горско климатично училище "Д-р Тота Венкова" - преди това е било летовищна сграда - вила "Д-р Тота Венкова";
- дарява 40 000 лв. на Софийския университет.

В ЗНАК НА ПРИЗНАТЕЛНОСТ

- от 1997 г. една габровска улица носи нейното име;
- с Протокол № 13 на ИК на ОНС-Габрово от 1971 г. Окръжната обединена болница в Габрово се наименува "Д-р Тота Венкова";
- с Решение 1226 на МЗ от 2000 г. същата болница се преименува на МБАЛ "Д-р Тота Венкова";
- през 2002 г. Дружество "Майчина грижа" учредява Дарителски фонд "Д-р Тота Венкова" за абитуриент от Националната Априловска гимназия;
- през 1997 г. след литийно шествие и заупокойна молитва костите на д-р Тота Венкова са препогребани в родното Габрово - 100 години след пренасянето на тленните останки на Васил Априлов от Галац в Габрово - а на гранитния паметник е написано:

**Д-р Тота Венкова
първата българка лекарка
от Габрово
починала на 23 декември 1921 г.
Лекарка на болните,
приятелка на бедните,
майка на безприютните!
Мир на праха ѝ!**

Биографът Петър Кепов ни е оставил своята характеристика за д-р Тота Венкова, изпълнена с много топлина и признателност: "Скромна, тиха, милозлива и всякога сърдечна, тя вървяла неотстъпно и безшумно по своя път да стопля сърцата на безутешните и да облекчава страданията и болките. В това отношение тя беше еднакво лекар на организа и душата на страда-

щия". Самата д-р Тота Венкова ни е оставила заветните думи: "Най-мъчно нещо в света е да възпитаваш, лекуваш и управляваш. Имах щастието да бъда учителка и лекарка и смело мога да кажа: Учител, който не обича децата, е лош учител, а лекар, който не обича болните, е лекар занаятчия, но не лекар майстор, създател и творец на човешкото здраве".

Д-р Анастасия Головина е била почетен председател на БЛС - Варна

Д-р Анастасия Ангелова Головина (1850 - 1933) е родена в Кишинев в многолюдно и заможно семейство. Родителите ѝ са преселници в Бесарабия от Калофер и Русе. На 7-годишна възраст постъпва в аристократичния пансион за благородни девички, но рано остава сирак.

На 21-годишна възраст желанието да се образова я отвежда в Цюрих, за да учи медицина, а стремежът към усъвършенстване - в Париж, където се дипломира със защита на докторат - Дисертация № 493 от 1878 г. на тема "Хистологично проучване на стените на артериите". С дипломата за доктор по медицина тя пристига в майка България, избирателно Търново, където среща руския офицер, доброволец в Освободителната руско-турска война Андрей Головин, омъжва се за него и двамата работят заедно в администрацията на княз Александър Батенберг. Междувременно специализира психиатрия при проф. Жан-Мартен Шарко. Започва да работи като лекар едва през 1887 г.

В историята на българската медицина оставя име на един от първите психиатри у нас, публицист с повече от 100 научни и научнопопулярни статии, общественик и дарител.

Семейството се установява трайно във Варна (1898). Д-р Головина работи три години като училищен лекар във варненската девическа гимназия, а след това - като волнопрактикуваща до пенсионирането ѝ (1919). Въвежда и практикува извеждането на психиатрично болните извън лечебното заведение (1889). Още през 1897 г. публикува брошурата си "Наставления за къпането".

Д-р Нина Берова-Ораховац е съосновател на училищното здравеопазване

По-оскъдни са данните за д-р Нина Берова-Ораховац (1859 - 1945). И тя е родена в Бесарабия в семейството на българи-преселници от поробена България. Възпитаничка е на Медицинското училище в Санктпетербург (1885). Веднага след дипломирането идва в родината си, получава разрешение от Висшия медицински съвет да практикува лекарската си професия и е назначена за ординатор в Александровската болница. Работи във Видин, Ловеч, Коприщица и София.

Заедно с д-р Величко Георгиев основават институцията на училищния лекар, а заедно с габровеца Михаил Теофилов - първата колония за бедни ученици "Здравец" в с. Панчарево (1904). Като специалист по училищна хигиена работи повече от 15 години до пенсионирането ѝ през 1919 г. Тя е един от организаторите и на училищните трапезарии и ученическите летни колонии в България. Активната ѝ обществена дейност е свързана предимно с училищната хигиена и здравеопазване. Не се знае кога и как са се



Д-р Головина е една от основоположниците на организираната психиатрична помощ в България. Тя има принос в борбата с туберкулоза, маларията и холерата и с развитието на детското здравеопазване.

Съоснователка е на Варненското медицинско дружество и сътрудничи на неговото "Медицинско списание" (1910). Избрана е за почетен председател на варненския клон на БЛС.

За периода 1927 - 1933 г. функционира учреденото от нея благотворително дружество "Д-р Анастасия Головина", което подпомага издръжката на Детските съвещателни станции (консултации) във Варна с безплатна храна, бельо и дрешки за децата. Д-р Анастасия Головина е и дарителка - тя оставя крупна сума за Варненската мъжка гимназия, а на Съюза за закрила на децата в България - къщата си във Варна.

Към дейностите на д-р Головина активно и всеотдайно се включва и нейната снаха д-р Недялка Василева, родена в София (1900) и завършила първия випуск на софийския Медицински факултет. Тя работи 22 години в учредените от свекърва ѝ детски съвещателни станции (1927 - 1949), с което утвърждава и провежда профилактиката в детското здравеопазване.



В Санкт Петербург



срещнали с нейния съпруг д-р Петър Ораховац (1857 - 1922). И той е роден в семейството на преселници от България, но в Черна гора. И той е завършил медицина в Русия, но в Москва (1883) и на следващата година пристига в България. Д-р Ораховац е лекар и общественик, един от организаторите на здравното дело в България, както и организатор и водач на лекарите-демократи, т. нар. група на ораховистите. Особено активно е участието му в борбата с маларията в България. Бил е председател на съсловната организация на лекарите - БЛС.

Доц. д-р Маруся Петкова

44 -ТА МЕЖДУНАРОДНА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗЛОЖБА БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ

ЗА ПО-ВИСОК СТАНДАРТ И КАЧЕСТВО НА МЕДИЦИНСКИТЕ УСЛУГИ

От 11 до 14 май 2010 година в Интер Експо Център - София ще се проведе най-авторитетната медицинска изложба в Югоизточна Европа БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ.

Очакват я многобройните специалисти от здравната сфера - лекари и дентални лекари, лаборанти, рехабилитатори, мениджъри на здравни заведения, експерти и други специалисти от здравния сектор, защото събитието ги среща с производители, търговци и дистрибутори на широка гама продукти, технологии и техника за медицинската практика.

Международната изложба БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ се организира под патронажа на Министерството на здравеопазването и с подкрепата на професионалните организации Български лекарски съюз и Български зъболекарски съюз - традиция, която ще спазва и 44-тото издание на изложението.

Година наред събитието среща "познати и с дългогодишен стаж" участници, които демонстрират и препоръчват на здравните работници постижения с висок стандарт, чието внедряване рефлектира в качеството на медицинските услуги. Включват се и нови участници, които обогатяват изложението с нови експонати, много полезни за работещите в болници и извънболнични лечебни заведения, диагностично-консултативни



центрове, медицински и дентални клиници.

И тази година на БУЛМЕДИКА се очаква изложбените зали да пресъздадат атмосферата на модерно обзаведени лечебни

и болнични заведения, да станат "модел" за съвременни медицински центрове и клиници. За това ще помогнат множеството експонати на компании от България, Германия, Гър-

ция, Словакия, Китай и други страни. За втора поредна година авторитетни фирми от Република Чехия са избрали колективното представяне. Голям и атрактивен шанд ще бъде



зона за Националното представяне на медицински и дентални фирми от Република Корея.

Спектърът от експонати с всяка година се разширява и включва нови модели клинично-лабораторна и диагностична апаратура, оборудване, универсално и специализирано обзаведение, инструменти, реак-



тиви, консумативи и други продукти за лечение и услуги в различни сектори на хуманната медицина.

Обществото все повече фокусира внимание върху грижите към хора с увреждания, физиотерапията, рехабилитацията и в отговор се очаква БУЛМЕДИКА да даде решение за потребностите от техника и помощни средства за хората и тези, които се грижат за тях.

Въпреки кризата, се запазва ускорението, с което през последните години се разгръща БУЛДЕНТАЛ. Налице е оптимизъм и желание за още по-мощно представяне на десетки традиционни и нови компании от страната, Италия, Австрия, Китай, Пакистан и др. Бързото навлизане на новостите в областта на денталната медицина провокира и сега активното ангажиране на голям брой производители, търговци и дистрибутори на дентално оборудване, апаратура, инструменти и продукти за зъболечение и зъботехника.

Организаторите очакват БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ отново да бъде форум за обсъждане на актуални теми от хуманната, денталната медицина и системата на здравеопазването в страната като цяло. Предвиждат се редица събития - конференции, конгреси и други форуми за дискусии. Фирмите също няма да пропуснат

шанса да обменят опит и да представят своите най-нови продукти, техника и технологии пред широката професионална общност.

По време на изложението ще бъде проведен дискуссионен форум "Българското здравеопазване - между пазара и морала". Участие в него ще вземат всички субекти, които избират стратегията и здравната политика на България - Комисията по здравеопазване в НС, МЗ, НЗОК, БЛС, БЗС, БАСЗГ, НСОПБ, представители на синдикатите и на работодателите в здравеопазването, пациентски и неправителствени организации, директори и управители на областни и общински болници, ОПЛ, журналисти. Основната идея на дискусиата е да бъде направена крачка напред в изясняването на българския здравен модел, в определяне на приоритетите, на стъпките и на финансовите възможности за едно по-добро здравно обслужване. Форумът ще потърси отговор на важни обществени въпроси: бъдещите промени в здравното законодателство, съдбата на малките болници и на диспансерите, докъде се простира пазарът и откъде започва моралът в здравеопазването.

За повече информация:
www.bulmedica.bg

