

Национален съвет на Българския лекарски съюз:

ПРАВИЛАТА СА И ОБЕКТИВНА ЗАЩИТА ЗА ЛЕКАРИТЕ

- Кардиолозите са с крачка напред - проф. Пилософ представи разработката на Европейското кардиологично дружество
- За следдипломната квалификация ще се сътрудничи и с медицинските дружества



на стр. 8-9

В АВАНС

Десетият летен юбилеен медицински университет ще се проведе от 10 до 13 юни, отново в Банско

В БРОЯ

ПРОЗРАЧНОСТ

СЛУЖИТЕЛ НА НЗОК ОТКАЗА ПРИЕМ НА ДОКУМЕНТИ

- БЛС реагира веднага
- Министър Борисова поиска от Касата незабавна проверка

на стр. 4

БЕЗ РЕТУШ

ИЗЧИСЛЯВА СЕ СРЕДНАТА ВЪЗРАСТ НА ЛЕКАРИТЕ В БЪЛГАРИЯ ПО КОЛЕГИИ

на стр. 5

СПЕЦИАЛЕН ГОСТ

Професор Панайот Солаков: УСПЕХЪТ ИДВА, САМО АКО НЕОТКЛОННО СИ СЛЕДВАЛ ПОСТАВЕНАТА ЦЕЛ



на стр. 7



Лекари и пациенти заедно застанаха пред медиите - срещу парадоксите в здравеопазването

на стр. 3

КОКУЛИН

Прилошава ли ви при пътуване с кола, самолет, кораб?

Не предизвиква сънливост!

Хомеопатичен лекарствен продукт против гадене при пътуване.
За профилактика и лечение!
Подходящ е за употреба при деца и възрастни, както и при водачи на превозни средства.

LABORATOIRES BOIRON

Без лекарско предписание.
За пълна информация: БОАРОН БГ
1407 София, ж.к. Южен парк, бл. 28, вх. А, ап. 5
тел. 963-09-06, 963-09-06; факс 963-45-00

ПАК НАПАДНАХА ДОКТОР

Жертва на непредизвикано насилие и крайна жестокост през май стана д-р Ирина Ерменкова от МБАЛ "Д-р Станен Илиев" в Монтана. След нанесените ѝ три удара с нож в корема и една порезна рана в областта на лицето 26-годишната лекарка е получила масивен кръвоизлив и хиповолемичен шок, което е наложило извършването на четиричасова операция.

Лекарите от цялата страна считат за недопустимо каквото

и да е посегателство над всеки човек и още повече над специалист, призван да помага и да се грижи за здравето на хората. Колегите на д-р Ерменкова следят нейното състояние и се надяват в бъдеще да не стават свидетели на подобни груби физически насилния, като призовават за нетърпимост срещу всяка проява на насилие, вандализъм и нецивилизованост, несъвместими в днешно време с напредъка и общественото развитие на страната ни.

САЩ СА ГОТОВИ ДА НИ ПОМАГАТ ЗА ЕЛЕКТРОННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Министърът на здравеопазването проф. д-р Анна-Мария Борисова се среща с посланика на Съединените американски щати у нас Джеймс Уорлик. В срещата участва заместник-министър проф. Иван Миланов и началникът на политическия кабинет на министъра Даниела Пантова.

Проф. Борисова информира американския дипломат за приоритетите на новия управленски екип в областта на здравната реформа. Подчертано беше, че изготвянето на актуализирана национална здравна карта, приемане на необходимите медицински стандарти и на новите клинични пътеки ще гарантират постигане на качество в медицината, въз основа на ясни и общоприети научни критерии. Целта е да се издигне професионализмът и да се подобри качеството на медицинската дейност.

Болници в България няма да се затварят, уточни проф. Борисова, но предстои реструктуриране на лечебните заведения за активно лечение. След изготвяне на националната и регионалните здравни карти по обективни критерии ще се прецени колко и кои болници ще станат звена за долекуване и продължително лечение, а друга част - спешни медицински центрове, каза още тя.

Гостът беше запознат и със стратегията за обособяване на високотехнологични лечебни заведения в 6-те региона на планиране на базата на съществуващите университетски болници в тях. Подчертано беше, че МЗ предприема активни мерки за по-

вишаване ролята на профилактиката на заболяванията, водещи до висока смъртност.

Особено важно за МЗ е лекарите да бъдат удовлетворени от работата си и да издигат своята квалификация и професионализъм, заяви на срещата министър Анна-Мария Борисова. Освен работата в тази насока, важно място имат и мерките за спиране на процеса на изтичане на медицински кадри от България. Ще се създават стимули за развитие на груповите практики в доболничната помощ като база за специализации на лекарите без специалност. Предимствата са в няколко насоки - осигуряване на пълноценно 24-часово обслужване на пациентите, снижаване на разходите и в крайна сметка създаването на функциониращ работещ модел в доболничното обслужване. МЗ планира и финансови стимули за развитието на подобни групови практики. Към тях ще бъдат включени и фелдшерите като лекарски асистенти, които ще обслужват районите на практиките.

Министър Борисова подчерта и значимостта на развитие на електронното здравеопазване като механизъм за дисциплиниране на системата и за регистриране на всяка една дейност по отношение на отделния пациент.

Посланик Джеймс Уорлик изрази готовността на американската страна да бъде оказана подкрепа на България в отделни направления и специално в областта на електронното здравеопазване.

АНЕКС КЪМ НРД 2010 ЩЕ ИМА ЛИ? ЩЕ УЧАСТВА ЛИ БЛС В МЕДИЦИНСКИЯ ОДИТ?

И двата въпроса останаха без категоричен отговор на Националния съвет, проведен на 21 май в Хасково.

Разгледани бяха възможностите за сключване на анекс. Взе се решение обсъждането да продължи след актуализация на бюджета на НЗОК и изясняване на позицията на Каса след среща между нейния Надзорен съвет и Управителния съвет на БЛС.

Лекарите нямат единно становище за участието на съсловната организация в състава на проверяващите при проверките от Агенцията за медицински одит към МЗ. Взе се решение да бъде отправно запитване: колко ще струва издръжката на новата агенция, както и каква е стойността на самите проверки. Покана за участие БЛС получи от "Медицински одит".

За първи път

ДЪРЖАВАТА НЕ ДОЙДЕ НА ОТКРИВАНЕТО НА „БУЛМЕДИКА-БУЛДЕНТАЛ“

- *Отсъстваше и от кръглата маса за здравеопазването*
- *Нямаше и обичайното оживление от посетители*

По време на криза се инвестира в технологии и се правят реформи, твърдят експерти. Но поглед към почти пустите коридори на тазгодишното изложение "Булмедика-Булдентал" опровергава подобно твърдение - поне у нас. Нямаше го обичайното за други години оживление от посетители.

Особено на 44-тото поред международно изложение направя впечатление още при откриването - на 11 май, когато малката група официално пока-

нени очакваше поне зам.-министър на здравеопазването. Но представител на държавата не дойде. И за пръв път официално откриване нямаше. А това е най-авторитетната медицинска изложба в Югоизточна Европа.

И съпътстващата инициатива - кръгла маса за здравеопазването, организирана от БНР и в "Форум медикус", не бе зачетена от държавата. Това показва отношение към здравеопазването, отбелязаха медици,

участващи в дискусиата. Друг е въпросът доколко успешно бе формулирана темата - "Здравеопазването - между пазара и морала". Тези понятия не се противопоставят. Свободната конкуренция на пазара носи морал. А някакъв измислен морал ще ни върне към Семашко, изразиха тревога и д-р Стойчо Кацаров, и д-р Димитър Петров, и други от участниците в разговора.

На метри от кръглата маса бе пазарът. Организаторите и

през тази година бяха перфектни. В залата, в която бе и кътът на в. "Quo vadis", бяха подредени шандове със съвременна медицинска апаратура и оборудване. От 11 до 14 май директните изложители бяха 203-ма - от България, Германия, Италия, Белгия, Китай, Корея, Чехия, Франция, Гърция, Австрия, Пакистан, Румъния и други страни. Те представиха продуктите на 990 компании от 49 държави. Около 46 бяха новите участници.

ПРЕДСТОЯЩО



ПАМЕТНА ПЛОЧА НА МЕДИЦИТЕ - ЖЕРТВА НА КОМУНИСТИЧЕСКИ РЕПРЕСИИ

На 14 юни, т.г., в Първа градска болница Столичната лекарска колегия ще открие паметна плоча на лекари и студенти по медицина, репресирани в периода от 9 септември 1944 година до 10 ноември 1989 година. Автор е скулпторът Зиков.

АСОЦИАЦИЯ НА СПЕЦИАЛИЗАНТИ

БЛС ще подкрепи младите лекари, които искат да учредят своя асоциация, реши единодушно Националният съвет на съсловната организация. Целта на новата формация ще е да се постигне реализация на младите, като се преодоляват редица проблеми по техния професионален път.

СКЪРБИМ

Напусна ни доц. д-р Евгений Сакакушев



На 16 май 2010 г. почина доцент д-р Евгений Георгиев Сакакушев.

Загубихме един прекрасен човек и лекар - първия съдов хирург в Пловдив, ерудиран преподавател, потомствено обвързан с Българския лекарски съюз.

Той е възродител на Българския лекарски съюз, член на първия УС на Районната лекарска колегия в Пловдив, зам.-председател на Националната етична комисия и два мандата председател на комисията по професионална етика при РЛК в Пловдив.

Светла му памет!

Д-Р АЛЕЙДА ГЕВАРА ПОСЕТИ УМБАЛ "ЦАРИЦА ЙОАННА"

● *Дъщерята на легендарния Че ще слуша химна на Българския лекарски съюз и в Куба*

В рамките на визитата си по линия на Асоциацията за приятелство "Куба-България" д-р Алейда Гевара посети болница "Царица Йоанна". В кабинета на директора доц. д-р Бойко Коруков се състоя среща с голямата дъщеря на легендарния Ернесто Че Гевара, която е известен педиатър в Куба. От името на БЛС г-жа Соня Славейкова, ръководител на връзки с обществеността в съсловната организация, поднесе поздравления и подари диск с химна на българските лекари.

Родена през 1960 година, д-р Гевара завършва медицина - като баща си. Специалността ѝ е алерголог-педиатър. Участва в редица хуманитарни акции в Ангола, Никарагуа и Еквадор.

От разговора стана ясно, че и двамата с доц. Коруков са



Цветя от БЛС за д-р Алейда Гевара (вляво) - в кабинета на доц. д-р Бойко Коруков

били в Никарагуа. А преди години той е бил в българска делегация, която посещава Куба, за да поднови връзките в областта на здравеопазването.

В Куба има 75 хиляди лека-

ри. Още 35 хиляди работят в други страни на Латинска Америка. Само в Хавана има пет специализирани педиатрични лечебни заведения и три големи акушер-гинекологични

болници.

Освен тази информация д-р Гевара отбеляза, че в родината ѝ се развива успешно трансплантацията - чернодробна, на бъбреци, на бял дроб, на костен мозък.

В Куба няма лекарска камера. Има групи по медицински специалности, както и синдикати, отговори гостенката на наш въпрос. Ние сме здравни работници - лекари и сестри работим в екип, отбеляза кубинската лекарка. Въпреки това запознати със здравната система на Куба твърдят, че тя не е изцяло онази система на Семашко, която ние оставихме след демократичните промени у нас.

След срещата в директорския кабинет д-р Гевара разгледа основни отделения на болница "Царица Йоанна".

ЛЕКАРИ И ПАЦИЕНТИ ЗАЕДНО ЗАСТАНАХА ПРЕД МЕДИИТЕ



- "Няма конфликт помежду ни, има натрупани проблеми", според д-р Хасърджиев - председател на Националната пациентска организация
- "Лимитите се изчисляват без нас - никаква медицинска целесъобразност, само математическа", отбеляза д-р Райчинов - председател на БЛС

"Българският лекар е по-дотвен, знаещ и можещ, с висок морал и готов да служи на хората. На него обаче не му се дава възможност да си върши работата, защото е поставен в ненормални условия за работа". Това изтъкна председателят на БЛС пред журналисти на пресконференция заедно с Националната пациентска организация.

Поводът за тази пресконференция е намаляването на регулативните стандарти - с 40% през първото тримесечие, а сега - с малко по-малко. Има и още един повод - пациентската организация изнесе данни, които не бяха изтъквани обективно. Създава се впечатление, че между лекари и пациенти има конфликт и това се разпространява в публичното пространство, а всъщност те не могат един без друг. Ако има случаи на недоволство от лекари, те са единични, отбелязаха представителите на съсловната организация.

От сигналите, които идват

в Националната пациентска организация 32% са за достъп до лечение, съобщи д-р Хасърджиев. Зад затруднения достъп стоят много проблеми, но пациентът контактува с лекаря и вижда точно него. Няма конфликт, има натрупване на проблеми. Здравеопазването се върти в порочен кръг, изтъкна д-р Хасърджиев. Пациентите имат ниско доверие в системата и не се осигуряват. Държавата реагира с рестрикции. Лекарите са притиснати. Какво може да направи държавата? Да създаде условия за добро здравеопазване. А тя се опитва някак да запушва дупките в бюджета, каза председателят на пациентската организация. Според него процесът на общуване с лекарите не е нарушен.

Конфликт има, но между гражданите и здравната система, допълни г-жа Евгения Адърска, зам.-председател на Националната пациентска организация. 80 на сто и от лекарите, и от пациентите осъзнават колко важно е да

имат диалог. Адърска посочи конкретни пресни примери за безгрижието на държавата към онкоболните - например възрастен паци-



За журналистите дори съвместната пресконференция е новина.

ент бил принуден да си намери сам и да си купи морфин, за да не се гърчи от болки. В системата приоритетите се лошкат между финанси и здраве, подчерта Адърска.

"Все едно да имаш пари за конска каруца, а да искаш да се возиш в мерцедес", онагледя финансирането на здравеопазването д-р Дими-

тър Ленков, главен секретар на БЛС.

И една парадоксална цифра - около 20 лева за всяко едно от осигурените от държавата категории лица. Толкова са публичните средства за 2010 г., които тя отделя за всеки такъв български гражданин. По-нататък се разчита на факирството на лекарите да се справят - да дават качествена услуга без пари.

А по данни на СЗО във всички европейски държави след настъпването на кризата рязко се е повишил процентът от БВП за здраве. Това не е случайно - стра-

ди до увеличаване на хоспитализациите и съответно - на разходите за болничната помощ, предупредиха от БЛС.

И още нещо - напоследък регионалните каси завеждат дела срещу лекари за надвишени регулативни стандарти три години назад. В Пловдив например са завеждани 14 дела за суми от 3 до 70 хиляди лева. Оказва се, че лекари, които са лекували съвместно пациентите си, сега трябва да плащат и да бъдат санкционирани, въз-

БЛС.

Въпреки това и без да има промяна в норматива, напоследък становищата на съдебните институции по същите казуси са в противоположна посока?! Това поставя лекарите в несигурна и икономическа, и юридическа ситуация, подчерта д-р Ставраков. От ДКЦ в Пловдив е поискано да възстанови 180 хиляди лева. Ако това се случи, то означава пълен фалит на лечебното заведение.

По принуда и заплашен от санкции лекарят не може да харчи над отпуснатото от Касата. Направленията ще са дефицит. Общопрактикуващите лекари са изчислили, че на записан пациент се падат по един-два талона годишно.

Болниците все повече закъсват - в края на май получават пари за март, и то 70% от сумата. Затова директори на болници вероятно тихо мълком ще разпоредят да се пести, иначе лечебното заведение няма да оцелее, предупреди д-р Райчинов. Ако не се вземат мерки, ще се стигне пак дотам пациентите да си купуват храна и да си носят чаршафи.

Нищо ново, просто се сбъдват нашите прогнози, за които алармирахме, отбелязаха от съсловната организация на лекарите.

КЪДЕ СМЕ НИЕ И АФРИКАНЦИТЕ СА ПРЕД НАС

През 2006 г. България е с най-ниски разходи за здраве на глава от населението - 283 долара. Гърция отделя 2733 долара на човек, Португалия - 1830, Унгария - 853, Русия - 369. Пред нас са дори страните от Латинска Америка и от Африка. Единствено Иран с 247 долара на човек, остава след България. Данните на СЗО бяха представени от БЛС.

мушава се д-р Райчинов.

През 2006 г. за пръв път съдът отмени регулативни стандарти, а после имаше още няколко съдебни решения в подобна посока, припомни д-р Георги Ставраков, зам.-председател на

ните от ЕС са намалили всички други разходи, но не са пипали средствата за здраве, отбеляза д-р Райчинов. Единствено в България парите за здравия сектор са намалели.

Заради икономии намаляват броя на регулативните стандарти. Но и тази сметка май ще е неточна - намаляването на направленията во-

Преди второто четене

БЛС ОТНОВО ИЗПРАТИ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЗА ЗАКОНА ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

В писмо до председателя на парламентарната здравна комисия д-р Лъчезар Иванов председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов излага становището на съсловната организация по Законопроекта за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения.

Още в становището за първо четене на Закона за изменение и допълнение на ЗЛЗ УС на БЛС изрази становище, че следва да се изясни какво точно означава "ниво на компетентност", а не всичко по този въпрос да се прехвърля в наредба, още повече че е редно нивата на компетентност да отговарят на медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика. Поради това предлагаме на Вашето внимание следните предложения по този въпрос в Закона за изменение и допълнение на Закона за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения, които да имате предвид за второ четене:

1. Във всички текстове, които визират "ниво на компетентност" да се добави "на отделните структурни звена на лечебното заведение".

Мотиви:

Нивото на компетентност

касае отделните клиники, отделения и т.н.

2. По § 4:

В чл. 9, да се създаде нова ал. 4 със следния текст:

"(4) Наредбата по чл. 46, ал. 3 се изготвя съвместно с БЛС. Нивото на компетентност се определя в съответствие с утвърдените медицински стандарти по чл. 6, ал. 1 и Правилата за добра медицинска практика, не може да противоречи и не може да установява изисквания, които не са регламентирани в тях."

Мотиви:

Участието на съсловната организация в изработването на наредбата, определяща изискванията и критериите към нивото на компетентност на лечебните заведения, ще гарантира висока професионална компетентност, консенсус на лекарите за актуалност, приложимост и приемливост на критериите и изискванията и координация на цялостната дейност при въвеждането и

приложението им. Законът за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина е закон, с който се създават корпорации на публичното право със задължително членство. Тези корпорации разполагат с публичноправни функции за организиране, контрол и дисциплинарна власт спрямо лекари и лекари по дентална медицина. Чрез тях държавата изпълнява задължението си по чл. 52, ал. 3 от Конституцията да закриля здравето на гражданите и да им осигури качествено и добросъвестно медицинско обслужване.

Нивото на компетентност следва да се определя в съответствие с утвърдените медицински стандарти и Правилата за добра медицинска практика, не може да установява изисквания, които не са регламентирани в тях, тъй като те са нормативната база, определяща медицинската дейност по отделните медицински специалности.

3. Предлагаме създаването на нов текст, който да предвижда gratuitен период от поне шест месеца след влизането в сила на законовите и подзаконовни нормативни

актове, определящи изискванията и критериите към нивото на компетентност на лечебните заведения, в който те да приведат дейността си в съответствие с тези изисквания, през който gratuitен период те да не търпят санкции и рестрикции.

Мотиви:

Нормативното въвеждане на gratuitен период за приважване дейността на лечебните заведения в съответствие с изискванията, през който gratuitен период те да не търпят санкции и рестрикции, е необходимо условие за практическата реализация на законопроекта, ще гарантира основните права на пациента, правото му на достъп до медицинска помощ и повишаване качеството на медицинските услуги.

4. С оглед на разпоредбата по § 27, с която се предвижда изменение на чл. 48, ал. 2, т. 3, с което се дава право на министъра на здравеопазването да издаде мотивиран отказ за осъществяване на дейност на лечебното заведение за болнична помощ при "констатирани несъответствия със здравните изисквания, утвър-

дените медицински стандарти по чл. 6, ал. 1, наредбата по чл. 46, ал. 3 и правилника по чл. 28а, ал. 3, предлагаме създаването на нов текст, регламентиращ следното:

"Оценката на дейността на лечебните заведения за болнична помощ за съответствие с изискванията и критериите към нивото на компетентност, се извършва след изтичането на 1 година от получаването на разрешението за дейност от министъра на здравеопазването."

Мотиви:

Нововъзникналите лечебни заведения могат да получат обективна оценка на ниво на компетентност след поне едногодишен период от дейност, най-малко за да изпълнят изискванията за минимален обем дейност, както и да изпълнят изцяло кадровия си потенциал.

5. В § 48 да се създаде т. 6 със следното съдържание:

"8. "Ниво на компетентност" са видът по специалности и обхватът по видове на осъществяваната лечебна дейност от съответната структура на лечебното за-

ведение за болнична помощ в съответствие с медицинските стандарти."

Мотиви:

Необходимо е определение за ниво на компетентност.

6. По § 34:

В новосъздадения чл. 60а, ал. 3 да отпадне, а ал. 2 да се измени така:

"(2) Лечебните заведения за болнична помощ не могат да разкриват лечебни заведения за извънболнична помощ."

Мотиви:

Категорично против сме ал. 2 и 3 на чл. 60а. Не може да се създава възможност болници да съществуват без консултативни кабинети, а да извършват дейността им с дъщерни дружества в доболничната помощ. Това ще доведе до източване на ресурси от СИМП. Доводът, че по този начин се създава възможност на специалисти от болниците да работят в СИМП и пациентите да имат достъп до тях, е несъстоятелен. Те и сега си работят в медицински центрове, ДКЦ и индивидуални и групови практики. Нещо повече, ние предлагаме да се забрани ЛЗ за болнична помощ да разкриват ЛЗ за извънболнична помощ.

СЛУЖИТЕЛ НА НЗОК ОТКАЗА ПРИЕМ НА ДОКУМЕНТИ

- БЛС реагира веднага
- Министър Борисова поиска от Касата проверка

В писмо до директора на НЗОК, с копия до председателя на Парламентарната комисия по бюджет и финанси, до председателя на УС на БЛС и до управителя на Столичния ДКЦ VIII министър Анна-Мария Борисова пише:

"На основание чл. 112 от Административно-процесуалния кодекс приложено Ви изпращам писма с вх. № 62-08-18/14.04.2010 г. и № 55-00-4/16.04.2010 г., с които председателят на Управителния съвет на Българския лекарски съюз и управителят на "ДКЦ VIII СОФИЯ" ЕООД сигнализират за

случаи на отказ от страна на служители на НЗОК да приемат финансовите отчети, които лечебните заведения подават по реда на Наредба № 6 от 2008 г. за реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от закона за здравното осигуряване, издадена от министъра на финансите и министъра на здравеопазването.

Съгласно чл. 4 от посочената наредба лечебните заведения представят финансови отчети в Районните здравноосигурителни каси (РЗОК). Съответните РЗОК нямат право да откажат приема-

нето на подадените отчети. В случаите на неправилно попълнени от лечебните заведения данни (чл. 7, ал. 1 от посочената наредба) РЗОК връщат на лечебните заведения фактурите и финансовите отчети с писмени указания за необходимите корекции и допълнения.

С оглед гореизложеното, моля Националната здравноосигурителна каса да уведоми Министерството на здравеопазването за предприетите действия по случая след изясняване на всички факти и обстоятелства."

КОМПЕНСАЦИИТЕ ЗА ПОТРЕБИТЕЛСКАТА ТАКСА НА ПЕНСИОНЕРИТЕ ДА БЪДАТ ИЗПЛАТЕНИ СТАНОВИЩЕ НА БЛС

Относно сроковете и реда за изплащане на суми по чл. 37, ал. 5 от 330 съгласно действащата Наредба №6 от 19.06.2008 г. за реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от 33

На 16.04.2010 г. на официалния сайт на НЗОК е публикувано съобщение със заглавие "НЗОК ще изплати потребителската такса за пенсионерите след промени в нормативната уредба" и следното съдържание:

"Националната здравноосигурителна каса подготви проект на Наредба за реда за заплащане на сумите по чл.37, ал.5 от Закона за здравното осигуряване. Проектът на наредбата е изпратен за одобрение в Националната агенция за приходите. В тази наредба ще се регламентират отчетната и финансовата документация, необходими за изплащането на разликата между пълния размер на потребителската такса и сумата от 1 лев, дължима за всяко посещение на лицата, навършили 60 години за жените и 63 години за мъжете, при посещение при личния лекар или лекар по дентална медицина.

Готовата наредба ще бъде одобрена от министъра на финансите и от министъра на здравеопазването. В документа са предвидени изисквания за наличие на разпечатки от касовите апарати на лекарите. За да може да се адаптира работата на изпълнителите към изискванията на новата наредба, в нея са предвидени сумите да се изп-

латят към края на първото шестмесечие на тази година с натрупване за целия период.

Наредба №6 от 19.06.2008 г. за реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от 330 е действащ нормативен акт и следва да бъде изпълнявана стриктно от всички правни субекти.

Съгласно чл. 5, ал.2 от същата, плащанията на сумите по чл.37, ал.5 от 330 на лечебните заведения се извършват чрез районните здравноосигурителни каси до 30-о число на месеца, следващ отчетното тримесечие.

Видно от цитираната норма, срокът за плащане е ясно и точно фиксиран. Ясно и точно са фиксирани и отчетната и финансовата документация, необходими за изплащането на горепосочените суми. Така определени в действащата Наредба №6 от 19.06.2008 ред и срокове за изплащане на сумите по чл.37, ал.5 от 330 са задължителни за всички правни субекти до изричната им отмяна по установения в закона ред.

Съгласно чл. 11, ал. 3 от Закона за нормативните актове, "Нормативните актове се отменят, изменят или допълват с изрична разпоредба на новия, изменящия или допъл-

ващия акт." Това е основен принцип на правото, според който нормативният акт е в сила и следва да се прилага до неговата изрична отмяна, каквато към момента не е налице.

Поради тази причина визираната в горното съобщение позиция на НЗОК е несъобразена с изрични разпоредби на Закона за нормативните актове. Недопустимо е изпълнението на задълженията по един действащ нормативен акт да бъде отложено във времето до евентуалното извършване на промени в него.

С оглед на разпоредбата на § 3 от Преходните и заключителни разпоредби на наредбата, съгласно която контролът по изпълнението на наредбата се възлага на министъра на здравеопазването и директора на Националната здравноосигурителна каса, препоръчвам следното:

След одобрение на настоящото становище от Вас да бъдат сезирани министърът на здравеопазването и директорът на Националната здравноосигурителна каса, които да упражнят контролните си функции.

27.04.2010 г.
Изготвил:
адвокат Марина Гинева

ЛЕКАРСКИЯТ СЪЮЗ ИСКА НЕЗАБАВНО ИЗПЛАЩАНЕ НА КОМПЕНСАЦИИТЕ ЗА ПОТРЕБИТЕЛСКА ТАКСА

В писмо до г-р Нели Нешева, директор на НЗОК, подписано от председателя на съсловната организация г-р Цветан Райчинов, четем:

" Във връзка с полученото в УС на БЛС писмо от министъра на здравеопазването в отговор на наше запитване относно:

Дължимите на лечебните заведения за извънболнична помощ суми, съгласно чл. 37, ал. 5 от Закона за здравното осигуряване за първото тримесечие на 2010 г., които следва да се изплатят най-късно в срок до 30 април 2010 г., Ви моля да извършите необходимото, с оглед получаването на дължимите от РЗОК суми по чл. 37, ал.5 от 330.

Категорично настоявам да бъдат спазе-

ни установените в Наредба № 6 от 19.06.2008 г. за реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от 330, срокове за отчитане, а именно: до 5 работни дни от началото на април, а при неспазване на срока за представяне на финансовите отчети от лечебните заведения за извънболнична помощ, проверката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период на отчитане т.е. юни 2010 г.

Поради незаконосъобразен отказ от служителите в РЗОК да приемат от изпълнителите на медицин-

ска помощ отчетните документи, следва да разпоредите на РЗОК да изготвят подробен график за приемането на отчетните финансови документи, съгласно Наредба № 6 от 19.06.2008 г. за реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от Закона за здравното осигуряване за първото тримесечие на 2010 г.

В духа на взаимно разбирателство и сътрудничество в трудните моменти на провеждащата се здравна реформа в страната, се надявам, че ще си бъдем взаимно полезни и в бъдеще."

МИНИСТЪР БОРИСОВА ПОТВЪРДИ ИЗПЛАЩАНЕТО

В отговор на искането на БЛС проф. Анна-Мария Борисова изпрати до председателя на съсловната организация писмо със следния текст: "Наредба № 6 от 2008 г. за реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 5 от Закона за здравното осигуря-

ване (обн. ДВ бр. 58 от 2008 г., изм. ДВ бр. 34 от 2009 г.), издадена от министъра на финансите и министъра на здравеопазването, е действащ нормативен акт, който следва да се прилага.

Всички предстоящи промени в наредбата ще породят действие,

едва след като бъдат одобрени от министъра на здравеопазването и министъра на финансите и след като бъдат обнародвани в Държавен вестник и влязат в сила."

Копие на писмото е изпратено и до директора на НЗОК.



ИЗЧИСЛЯВА СЕ СРЕДНАТА ВЪЗРАСТ НА ЛЕКАРИТЕ В БЪЛГАРИЯ ПО КОЛЕГИИ

● **Най-ниска е на жените във Видин, а на мъжете - в Добрич**

Д-р Стефан Константинов, зам.-председател на БЛС

Изчисленията са направени на базата на Регистъра на Българския лекарски съюз към март 2010 година.

Най-висока средна възраст при мъжете имат лекарите от РК Монтана - 49 години и 3 месеца. При жените РК Кърджали е с най-висока средна възраст - 48 години и 11 месеца.

Най-ниска е възрастта на мъжете лекари в РК

Добрич - 43 години и 3 месеца, а при жените с най-ниска възраст е РК Видин - 42 години и 3 месеца.

Предвижда се подобна демографска информация да се представя всяка година. Вече е изчислен броят на лекарите по години на раждане за всяка колегия като предстои детайлизиране и по специалност. Това ще даде ясна представа за човеш-

ките ресурси по области и специалности, а също ще служи като ориентир за прогнозиране на бъдещите нужди от лекари по региони в страната.

Изнесените по-долу средни данни са на базата на всички членове на съответните колегии, което значи, че е възможно в регистрите им да фигурират и лекари в пенсионна възраст, които вече не практикуват.



Районна колегия	Средна възраст	
	Мъже	Жени
Благоевград	45г. 6м.	43г. 11м.
Бургас	45г. 6м.	43г. 4м.
Варна	44г. 9м.	43г. 1м.
Велико Търново	45г. 6м.	43г. 8м.
Видин	44г. 7м.	42г. 3м.
Враца	46г. 8м.	45г. 5м.
Габрово	47г. 2м.	45г.
Добрич	43г. 3м.	44г. 1м.
Кюстендил	45г. 11м.	46г. 5м.
Кърджали	46г. 10м.	48г. 11м.
Ловеч	46г.	43г. 2м
Монтана	49г. 3м.	45г. 9м.
Пазарджик	47г. 9м.	46г. 6м.
Перник	44г. 10м.	45г.

Районна колегия	Средна възраст	
	Мъже	Жени
Плевен	45г. 7м.	42г. 8м.
Пловдив	46г. 11м.	44г. 9м.
Разград	47г. 5м.	44г. 4м.
Русе	45г. 2м.	44г.
Силистра	43г. 7м.	43г. 7м.
Сливен	47г. 10м.	43г. 5м.
Смолян	44г. 2м.	45г. 1м.
София град	47г. 3м.	45г. 5м.
София област	45г. 6м.	45г.
Стара Загора	45г.	43г. 5м.
Търговище	45г. 4м.	45г. 3м.
Хасково	46г. 5м.	45г. 4м.
Шумен	45г. 10м.	45г. 1м.
Ямбол	44г. 11м.	42г. 9м.

ОЩЕ

ВСЕ ПОВЕЧЕ БЯГАТ В ЧУЖБИНА

Не е вярно, че един лекар на ден напуска страната, вече са лекар и половина. Това каза председателят на съсловната организация на последната пресконференция. А напоследък български лекари отивали да работят и в Румъния.

Нашите медици са уважавани и ценени, изтъква д-р Райчинов. Това се онагледява и преди седмица-две, когато у нас пристигнаха представители на развити страни, за да "набират" лекари за работа в техни лечебни заведения. От

целия регион те се спряха точно на нашата страна.

Българският лекарски съюз не от днес алармира, че ако не се обърне сериозно внимание на проблемите на съсловието, които са неразделна част от цялата ни здравна система, не са далеч дните, когато у нас няма да има кой да лекува все по-болните българи.

...Докато се настройваме и преустройваме здравеопазването, да не ни се наложи да броим лекарите си със старовремско сметало?

АРХИВ QV



ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ СА НАПРАВЛЕНИЕ В БЪЛГАРО-ИТАЛИАНСКО СПОРАЗУМЕНИЕ

● **Предстои отварянето на проект по линия на европейските програми за Източна Европа на стойност 10-12 милиона евро**

Развитието на човешките ресурси, иновации в здравната система, въвеждане на информационни и комуникационни технологии - това са направления, по които предстои сътрудничество с италианската автономна област Фриули - Венеция - Джулия, съобщиха от пресцентъра на министерството на здравеопазването.

Министър Анна-Мария Борисова и регионалният

министър на здравеопазването на автономната област Фриули-Венеция-Джулия в Италия г-жа Федерика Сеганти подписаха споразумение за сътрудничество в областта на здравеопазването. На подписването присъстваха заместник-министрите на здравеопазването проф. Иван Миланов, Гергана Павлова и Десислава Димитрова, както и посланикът на Италия у нас Стефано Бол-

цано. Споразумението предвижда и дейности, свързани с автоматизация, трансфер на болнични и извънболнични услуги, обучение на специалисти. В работния план са включени обмяна на опит и добри практики между лекари, медицински сестри и експерти от лечебни заведения в България и Италия. Стимулира се сътрудничеството в изследователската дейност в

областта на биомедицината и участието в работата на международни изследователски центрове.

Постигането на целите на споразумението ще подпомогне успеха на здравната реформа у нас, според министър Борисова. Гостите бяха запознати с планираното реструктуриране на болничната помощ в съответствие със съществуващите европейски стандарти. Помощта на италианската страна за изграждане на информационни системи в сферата на здравеопазването е

от голяма полза за целия сектор, заяви проф. Борисова. Целта е България да изгради завършена електронна система, включваща електронна здравна карта, електронно здравно досие и електронна рецепта.

Г-жа Сеганти информира, че в резултат на извършването на подобна реформа в автономната област Фриули-Венеция-Джулия е намален броят на болниците, но се е увеличил обемът на дейностите както в доболничната помощ, така и общите здравни услуги за населението.

Реална е възможността България като страна-членка на ЕС да стане водеща страна в общ проект в областта на информационното обслужване за страни от региона. Предстоящо е отварянето на проект по линия на европейските програми за Източна Европа на стойност 10-12 милиона евро, каза г-жа Сеганти. До юли 2010 година заинтересованите страни трябва да заявят параметрите на своето участие в проекта, след което той да бъде представен пред съответните европейски институции.

XIII ЧИЛОВИ ДНИ - ПРАЗНИЦИ НА ИНТЕРНИСТИТЕ

ДВАМА ПРОФЕСОРИ ОТ МЕДИЦИНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ В ПЛОВДИВ СА НОСИТЕЛИТЕ НА НАГРАДАТА „ПРОФЕСОР КОНСТАНТИН ЧИЛОВ“



Къщата-музей на проф. Чилов в с. Славейно

И тази година през май в "Меката на българската медицина" - Славейно, Смоленско, по вече установена традиция за 13-и пореден път бяха проведени празниците на интернистите, наречени Чилови дни. От 1998 г. в рождения месец на големия български лекар, чл. кор. проф. Чилов в красивото родопско село Славейно идват много негови колеги, за да почетат паметта му и да изразят своето признание към неговото дело. Събитието се организира по инициатива на д-р Тотко Найденов - председател на Национален алианс "Живот за България" и "Пловдивско лекарско общество".

На Чиловите дни - пак по традиция се връчва и автентичната награда на името на професор Чилов. Тя се дава под патронажа на здравния министър. При определянето на лауреатите участват председателят на Българския лекарски съюз, председателят на Съюза на учените в България, председателят на БАН, на Съюза на българските медицински дружества, главният секретар на Националния алианс "Живот за България", Пловдивското лекарско общество, националният консултант по вътрешни болести, тази година и ректорът на Медицинския университет в Пловдив, представители на кметството на община Смолян.

За първи път наградата има двама носители и за първи път са лекари, практикуващи извън София - професор Димитър Димитраков (нефролог) и професор Панайот Солаков (ревматолог) от Медицински университет-Пловдив, ед-

ни от най-авторитетните преподаватели в него. Те са отличени за научен принос и заслуги в лечението на вътрешните болести. Всеки един от тях е автор на над 200 статии в български и международни списания, както и на основни трудове и учебници по вътрешни болести.

Научната част

от празниците "Чилови дни" беше на 14 май за пръв път в Пловдив - с лекции, изнесени от двамата номинирани, в ректората на Медицинския университет. В Трета академична аудитория на висшето учебно заведение преподаватели и студенти с интерес изслушаха проф. д-р Панайот Сола-



Преди ритуала по награждаването. В средата - двамата лауреати на Чиловия приз.

ков, дмн, по темата - "Target to target" и проф. д-р Димитър Димитраков, дмн, говорил по проблема "Автозомна бъбречна поликистоза - молекулярна кинетика, диагноза, лечение, бъбречна трансплантация".

"За нас, за нашия университет е

голямо признание

че двама от най-изтъкнатите ни лекари, учени и пре-



Студенти - участници от Пловдивския медицински университет дойдоха за тържеството в с. Славейно

подаватели са номинирани и удостоени с наградата на името на професор Константин Чилов. Професор Солаков и професор Димитраков са забележими в обществото като лекари и общественици, уважавани



и от пациентите и от колегите. Забележими са със своята професионализъм, хуманност и висок преподавателски авторитет. Техният принос съответно в ревматологията и нефрологията, както и академичното им личностно присъствие далеч надхвърлят рамките на един университет. Днес те са международно известни и признати. Всеки от тях има над 200 научни публикации в наши и международни из-

дания. За тях заниманието с лечебна и научна дейност не е само задължение - то е необходимост. Затова много се радвам, че те са избрали тази година да носят наградата на професор Чилов", каза в поздравлението си към удостоените с престижното отличие ректорът на МУ-Пловдив - доц. д-р Георги Паскалев, дм.

Въпреки проливния дъжд, на 15 май родната къща - сега музей на професор Чилов, бе изпълнена от гостите, посрещнати от кметицата на Славейно - Нина Караданова, уредника на музея - Георги Чинков, дългогодишен кмет на селото и съучредител на Чиловите дни, от мили и любезни местни

празниците в Славейно. Той запозна присъстващите с живота и делото на патрона на събитието, като изтъкна заслугите му за развитието на българската медицина и завърши словото си с думите: "Името Чилов означава висока квалификация, висок професионализъм, силна колегиялност, любов към болния човек".

"Не случайно наградата носи името на професор Константин Чилов, в чийто дом се намираме сега, и с нея се удостояват

най-достоините и най-изявените

светила в нашата българска медицинска наука. Позвовете да припомним думите на известния наш български екзарх Стефан, който също е родопчанин, от Широка лъка: "Всички планини се стремят към Бога, но единствената планина, към която Бог се стреми, е Родоп. И в този смисъл, че след като Бог се стреми към Родопите, те са достойно място за раждане на велики синове. Славейно не е случайно село. То е с богата историческа памет. Не напразно пак по инициатива на д-р

награди са също хора, които твърдо и последователно са вървели по неговия път", отбеляза в приветствието си Петър Харацинов, главен секретар на община Смолян.

След като поздрави лауреатите от името на Българския лекарски съюз, д-р Димитър Ленков - главен секретар на съсловната организация, се обърна към студентите, бъдещите лекари на България, с препоръката примерът, който професор Чилов е дал, да запали у тях желанието да са също с толкова високи изисквания към самите себе си, да са добри професионалисти за прослава на българската медицина. "Ще си позволя да отправя едно пожелание, допълни д-р Ленков. - Дай Боже, да останете тук, в България, и да станете продължители на делото на професор Константин Чилов, защото по този начин вие ще допринесете за развитието на българската медицина, на българската наука. Колегите ще ви служат за пример - да се стараете да вървите по техните пътища, да достигнете техните успехи и, дай Боже, утре някой от вас да стане също лауреат тук и да му бъде връчена наградата. Но



Изглед от село Славейно

Найденов, на "Алианс живот за България", ние го обявихме за свещено място на българската медицина. Защото отгук са излезли над 120 лекари, стоматолози, медицински специалисти. Отгук е родом покойният проф. Шишманов, кардиолог, генерал, дългогодишен началник на Военномедицинската академия. Тук е бил центърът на Илинденско-Преображенското въстание. Така че професор Чилов е роден и израснал в среда, която първоначално му е дала стремеж към новото, любов към науката, към професията, към хората най-вече, към България. То е изключителен учен и хуманист. И затова считам, че носителите на Чиловите

за тази цел трябва много да обичате медицината, много да обичате България, да сте големи родолюбци, за да може въпреки трудностите, които стоят пред българската медицина, да останете тук, за да лекувате българските граждани. Защото без българските лекари и българските граждани много ще страдат. Честито на наградените, а на вас, бъдещите колеги, успех в трудния път."

С вълнение проф. Солаков и проф. Димитраков благодариха за признанието и високото отличие. Те получиха и родопски одеяла, поднесени им Георги Чинков, за да им напомнят за Славейно и за хората от Родопския край.

С професор Панайот Солаков - д-мн, разговаря Илиана Манева

УСПЕХЪТ ИДВА, САМО АКО НЕОТКЛОННО СИ СЛЕДВАЛ ПОСТАВЕНАТА ЦЕЛ

- Професор Солаков, преди всичко - поздравления за престижното отличие на името на вашия колега - невероятния лекар и учен професор Константин Чилков.

- Благодаря, развълнуван съм от връчената ми висока награда. Това е голяма чест за мене. Не съм работил с мисълта, че ще получа подобно признание. Пожелавам го на всеки мой колега.

- Продължавате да практикувате, нали?

- Да. Работя всеки ден. Включително и сутринта, преди да тръгна за Славеино, отидох да прегледам двама болни. Имам консултативен кабинет в консултативния център в държавната болница, която е база на Медицинския университет. Приемам от 8.00 ч. до 13.00 ч., при мене идват много пациенти, както от България, така и от чужбина.

- Безспорно ви имат доверие.

- Специалността ми е кардиология и ревматология. Занимавам се с по-сериозни случаи, понякога се налага да консултирам и по петнайсетина души на ден. Ако е необходимо, ги изпращам в Клиниката по ревматология или в Клиниката по кардиология - там ги лекувам.

- От колко време практикувате?

- Вече 50 години непрекъснато.

- Имало ли е момент, когато да сте съжалявали, че сте станали лекар?

- Никога.

- А как избрахте тази професия. Как решихте да станете лекар?

- Пръст има и случайността. Най-напред се готвех за архитект, Кандидатствах и ме приеха, въпреки че беше много трудно да се влезе архитектура, спечелих конкурса, тъй като рисувам хубаво, но баща ми каза, че няма възможност да ме издържа в София. Тогава се явих на изпит за медицина и така станах студент в Медицинския университет в Пловдив, където после пък преподавах и учих много млади хора, желянци да станат лекари.

- Но е могло да изберете и друга професия, адвокат, да речем.

- Не, не. Избрах медицината, без да казвам, че особено много съм я искал. Няма да е пресилено, ако отбележа, че ми вървеше следването. Обикнах специалността си и се отдадох изцяло на благородната мисия да помагам, да се грижа за здравето на хората, да ги лекувам.

- През годините имали някакъв случай, който си спомняте, нещо по-специално?

- Всеки път ми задават подобен въпрос, особено като бях ректор. За мене всички случаи са специални и им отделям специално внимание.

- От кого сте се учили, на кого сте се опитвали да подражавате, кого считате за най-добър или за много добър.

- Професор Васил Цончев - той е световно име.

Няма как да го забравя. Д-р Цончев знаеше английски и ме подтикна и аз да уча английски, благодарен съм му за всичко.

Ще ви разкажа как се сдобихме с първата английска книга по медицина от Пловдивския панаир.

В онова време имаше само съветски книжарници, търсехме, но нямаше литература, която да ни заинтригува. Беше през 1959-а, отиваме с д-р Цончев на панаира в Пловдив да разгледаме палатите и спираме пред щанда на Съединените американски щати. Там имаше изложени доста книги. Дават ти да прегледаш някоя и я връщаш. Стоят само американците там, но можеше ли да знаем и други дали не ни наблюдават. В никакъв случай не говорим, само разглеждаме. Попадаме на една книга - за кардиология, толкова ни хареса и впечатли, че започнахме да се

чудим какво да направим, за да я получим. Единственият начин беше да я откраднем... Не посмяхме, отидохме си...

Мисълта за ценното помагало обаче не излизаше от главите ни. Върнахме се отново в последния ден на панаира. Гледаме, че книгите са се



Роден на 6 ноември 1930 г. в Пловдив, професор Панайот Солаков завършва гимназия в родния си град и медицина в Пловдивския медицински университет.

След дипломирането си работи като лекар в Чирпан и 6 години в Трета градска болница в София. Връща се в града на тепетата в Окръжна болница, в Първа вътрешна клиника, на която е и ръководител за известно време. Преподава в Медицинския университет в Пловдив. Защитава научните степени асистент, доцент, професор. От 1992-ра в продължение на четири години е ректор на Медицинския университет-Пловдив и ди-

ректор на болницата към него. Известен е като един от най-авторитетните преподаватели на висшето медицинско училище. Автор е на над 200 статии в български и международни списания, както и на основни трудове и учебници по вътрешни болести. Председател е на Настоятелството на Медицинския университет в Пловдив.

Зодия Скорпион, женен, съпругата му също е била лекарка - педиатър, починала преди три години. Има един син - архитект, внук, който работи като компютърен специалист, и внучка - студентка в Софийския университет "Климент Охридски".

поразредили, някои от тях вече ги прибират. Ние взехме нашата и започнахме да я разглеждаме. Тогава забелязахме, че американецът, който пазеше, като ни видя, че държим книгата, се обърна с гръб. И ние решихме - вземаме я и толкоз, пък каквото и да става.

После все си мислех, че човекът явно е постъпил по този начин, за да ни улесни. Беше първата и последната кражба в живота ми.

- Как сте успявали,

въпреки голямата си ангажираност, да отделяте нужното внимание и на семейството си?

- Ами, справях се. Надявам се да не съм ги ошетявал. Едно време, като работех в София, щях да оставам в столицата, в кардиохирургията, обаче жена ми не пожела, защото беше тежко - нямаше квартири. Решихме да се върнем в Пловдив, но за добро е било.

Синът ми е архитект - той сбъдна мечтата ми,

радвам се на внук и внучка. Тя е студентка в Софийския университет, но не следва медицина, а внукът ми завърши външни отношения също в СУ "Климент Охридски", но работи в чужда компютърна фирма, има и естраден оркестър, свирят, издадоха диск.

- Може правниците ви да изберат вашата професия.

- Е, дано. Всеки сам прави своя избор. Жена ми съ-

ща се върнах от конференция в Рим.

- Значи имате впечатление и от лекарите в други страни.

- Да, бил съм на специализация, на различни форуми, в много градове, в Москва. Бях член на колегията към министерство на здравето, на колегията при министерство на образованието, на разни комисии, наистина познавам нашето съсловие. Всички, с които сега имам контакт, са от най-висока класа.

- Отнася се и за подготовката, и за образованието...

- Има разлика в системите на образование. В България все още нищо не се е променило съществено. Следването прилича на училище, студентите са като ученици. Мисля, че е добро нашето обучение. При гърците, турците, германците е като у нас.

- Какво бихте казали на идващите след вас?

В началото всеки започва с идеала, че ще стане добър лекар и този идеал трябва да стои пред всички. В днешно време са възможни различни отклонения, но човек постига успех, ако следва избора си, главния път.

Какво още? Млади колеги, дръжте се за класическата медицина. Контактът с болния, разпитването му, анализът, прегледът остават в центъра на лечението. Трупат се нови още по-съвременни методики за изследване, но никоя или почти никоя от тях не дава диагноза, те са помощни. Едно е, което трябва да разберете. Колкото повече методики

има, толкова по-сложно става за лекаря, защото той трябва да знае какво те допринасят за диагнозата, доколко колегата, който стои зад интерпретацията им, е компетентен и дали има вероятност да сгреша. Отнасяйте се с голямо внимание към чуждите мнения, това е решаващ принцип, за да може да ги ползвате. Така, в крайна сметка, вървите напред и... един ден получавате заслуженото признание.

има, толкова по-сложно става за лекаря, защото той трябва да знае какво те допринасят за диагнозата, доколко колегата, който стои зад интерпретацията им, е компетентен и дали има вероятност да сгреша. Отнасяйте се с голямо внимание към чуждите мнения, това е решаващ принцип, за да може да ги ползвате. Така, в крайна сметка, вървите напред и... един ден получавате заслуженото признание.

Останах сам и, разбира се, с децата. Помагам им, радват ме.

- За истинския лекар явно няма пенсиониране. Докато сте жив, ще преглеждате, ще лекувате, ще помагате.

- Така е. Работя, ходя поне по 4-5 пъти в годината в чужбина. Например миналата седми-

ХАСКОВСКАТА КОЛЕГИЯ ИСКА ДА ИМА МИНИМАЛНА СТОЙНОСТ НА ЛЕКАРСКИЯ ТРУД

Лекарският съюз хвърля ресурси, за да оборава недомислени решения на други институции, според хасковски лекар. Това поставяло организационна задача след събитията.

Вместо да наложим работещото, ние се борим с неработещото и така се губи време. Въпреки това БЛС е с крачка пред събитията, отговориха от ръководството на съсловната организация. Примерите са конкретни - като предложението за закона за лечебните заведения и много други. Но БЛС няма право на законодателна дейност, припомниха те.

Това е диалог от срещата на УС на БЛС с

Има уловки при определяне на нивата, според управителя на болницата в Димитровград. Кои заболявания са "остри" и кои "заострени"? Изискванията за апаратура за първо ниво влизат в противоречие с тези на стандартите. Логично ли е след като отговаряш на медицинските стандарти, имаш подписан договор с НЗОК, в един момент да ти забранят да работиш това, в което си се доказал? Този въпрос зададе шефът на Димитровградската болница и сам си отговори: Нова секира!

Труден достъп на пациентите до медицинските услуги в резултат на намалените регулативни



хасковската колегия, проведена на 21 май, т.г. На срещата се отзоваха

станданти, оряване на дейността на болниците с новите изисквания за представители на 700-те лекари от областта - от болниците в Хасково, Харманли, Димитровград и Свиленград, общопрактикуващи лекари и специалисти от доболничната помощ.

В момента има проверка на РЗОК и колегите не искат да напуснат работното си място - с това председателят на РЛК д-р Генов обясни непрекъснатата зала. Дошлите на срещата обаче поставиха проблемите на всички. В Харманлиската болница например се притесняват от разминаването на изискванията по стандартите на НЗОК и на хирургическото дружество. Измислените изисквания на Касаца не само пресират лекарите, но и ги демотивират, според началник на клинично отделение. Нивото на компетентност се определя главно от лекаря, а не от "помощните средства", е мнението на повечето от изказалите се.

Лекарите искат минимално остойностяване на медицинския труд. И настояват тези стойности да бъдат регламентирани до септември.

ва на компетентност, противоречие между законите постановки и стандартите - това са основните въпроси, които поставиха лекарите от областта. "Ролята на БЛС е да издигне нивото на лекарите, а това става с остойностяване на труда и с достъпа на пациентите", според общопрактикуващия д-р Марио Янакиев.

Лекарите искат минимално остойностяване на медицинския труд. И настояват тези стойности да бъдат регламентирани до септември.

Национален съвет на Българския лекарски съюз:

ПРАВИЛАТА СА И ОБЕКТИВНА ЗАЩИТА ЗА ЛЕКАРИТЕ

Когато имаме Правилата за добра медицинска практика, те могат да ни служат и като база данни за остойностяването на труда, и като база за обективна защита при обвинението на лекари. Но преди всичко - за качеството на медицинската дейност. Това е малка част от вижданията, изказани на заседанията на Националния съвет на БЛС, проведен на 21 май в Хасково. Сформирането на експертна група за съгласуване на Правилата бе само една точка от дневния ред. Поканени бяха и представители на

Съвета на мениджърите към БЛС. Проф. д-р Владимир Пилософ представи предложените Правила за кардиологията, изработени от Европейското кардиологично дружество. Чувстваме се с една крачка напред, затова споделям този опит, каза професорът.

В наситения дневен ред бе обсъдено и изработването на програма за следдипломната квалификация и продължаващото обучение. Избрани бяха комисиони както за изготвянето на Правилата, така и за следдипломното обучение. Взето бе решение

за актуализация с разширение на регистъра на БЛС, във връзка с изискванията за актуален статут на всеки лекар. Презентация на проекта направи д-р Георги Ставраков, зам.-председател на съсловната организация. След съответната подготовка проектът ще се съгласува с регионалните колегии преди приемането на окончателния вариант.

Публикуваме предложенията за следдипломното обучение и за Правилата, изготвени от д-р Димитър Петров, експерт към БЛС.



ЗАДАЧИ НА БЛС ПО ИЗРАБОТВАНЕ И ВЪВЕЖДАНЕ НА ПРАВИЛА ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКИ ПРАКТИКА

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. ПДМП могат да бъдат полезни и ефективни само тогава, когато се възприемат от изпълнителите като полезни и удобни при вземане на решения в ежедневната практика.

II. ОБЩИ КРИТЕРИИ, НА КОИТО ТРЯБВА ДА ОТГОВАРЯТ ПДМП

1. Достъп - лесен достъп на пациента до необходимите за даденото състояние медицински грижи.

2. Уместност - правилно предоставени грижи според нивото на медицинските знания в съответната област.

3. Устойчивост на здравното обслужване по съответния проблем, координация на структурите и континуиет-координация между отделните изпълнители и здравни заведения.

4. Ефективност - услуги, предоставени по правилния начин, т.е. без грешки, според степен на познания в дадената област.

5. Ефикасност - предоставената услуга отговаря на нуждата, за която е използвана.

6. Ефективност - посредством приложените грижи е постигнат желан резултат при минимален разход на средства, усилия, вреде и загуби.

7. Ориентирани към нуждите на пациента - участие на пациента (и членове на семейството) при вземане на решения относно здравето на пациента и постигане на ниво на обслужване, което удовлетворява пациентите.

8. Сигурност и безопасност (минимален риск) - изключване на риска при вземане на решени

ния и избягване на "хазартни решения".

9. Своевременност - здравните услуги са предоставени в момента, когато пациентът е имал нуждата от тях.

Общите критерии за ПДМП са обобщени и не си влияят от специалността. Въз основа на тези критерии се разработват национални правила по специалности.

На базата на национални правила (или стандарти) могат да се изготвят протоколи, които обикновено са на ниво болнично отделение и определят какво, от кого и кога трябва да се направи.

III. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ ЗА ИЗГРАЖДАНЕ НА ПРАВИЛА ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА

1. Процесът на създаване и оценка на ПДМП трябва да е фокусиран върху резултата. Резултатът може да се оцени в широки параметри, вариращи от "брой преживели" до "измерване качеството на живот".

2. ПДМП трябва да се основават на доказателства и да включват обективна оценка на препоръките, записани в тях.

3. Групата, изработваща ПДМП, трябва да синтезира непреднамерено наличния доказателствен материал и да създаде приложими правила, изпользвайки опита и знанията на широк кръг извъни специалисти.

4. Групата, изработваща ПДМП, трябва да отговаря на две условия. От една страна - изграждана на тим от специалисти по специалността, от друга - координация над тях от обща група от различни специалности.

5. ПДМП трябва да бъдат гъвкави и да могат да се прилагат в различни лечебни заведения, съобразно местните условия - географско положение, демографски данни и оборудва-

не на здравните заведения, национална и регионална здравна политика.

6. При изработването на ПДМП трябва да се държи сметка за наличните в системата на здравеопазването ресурси. Те трябва да включват и икономическа оценка, която да спомога при избора на терапевтичен подход в съответствие на наличния ресурс.

7. ПДМП трябва да се разпространят и да бъдат консенсусно приети от изпълнителите на здравни услуги и да не срещат съпротива от техните пациенти, медците и обществото.

8. Въвеждането и въздействието от прилагането на ПДМП трябва да бъде мониториране и оценявано.

9. ПДМП трябва периодично да се актуализират.

IV. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗА ИЗРАБОТВАНЕ НА ПРАВИЛАТА

1. Сформира се Комисия по правила за добра медицинска практика /КПДМП/ от 11-13 души, излъчени от представители на научните медицински дружества и РК на БЛС, балансирана по групи специалности и утвърдена от УС на БЛС.

2. Комисията определя матрица и общи принципи и изисквания за приемане на правила и утвърдяването им в комисията.

3. По всяка специалност се сформира група от 5-7 души, излъчени от научното медицинско дружество и 28 специалисти по предложение на РК.

4. Групите се събират, обсъждат основните въпроси и спорни моменти по съответната специалност и излъчват група от 5 души, която официално ще работи по правилата.

5. Групата по т. 4 се утвърждава от УС на БЛС и се предлага на министъра на здравеопазването, който издава заповед за сформиранието и с оглед финансиране на техническото

обезпечаване.

6. Групата изработва правилата във взаимодействие с широк състав членове и след консенсусното им приемане ги представя на КПДМП.

7. КПДМП приема правилата или ги връща за доработване или синхронизация с общите принципи. След приемането ги представя на УС на БЛС.

9. УС на БЛС приема правилата, след което официалната работната група ги представя на министъра на здравеопазването.



Д-р Кирил Еленски и проф. д-р Владимир Пилософ.

V. СЪДЪРЖАНИЕ НА ПРАВИЛАТА

1. Правилата се изработват по специалности.

2. Правилата съдържат основните заболявания или групи заболявания, като определят следните основни компоненти за всяко от тях:

- правата;
- задълженията;
- отговорностите;
- основните стъпки, дейности и процедури;
- задължителното оборудване;
- изискуемата специалност на лека-

а/ в първичната помощ;

- общопрактикуващ лекар със специалност обща медицина;
- общопрактикуващ лекар с друга специалност;
- общопрактикуващ лекар без специалност.

б/ в специализираната извънболнична помощ:

- специалист по основната специалност;
- специалист по друга специалност, консултиращ първия;
- специалист;
- определят се и допълнителни

- специалист;

- определят се и допълнителни изисквания за квалификация и лицензиране за определени дейности или професионален опит - брой операции, манипулации и др.

VI. ПРОФЕСИОНАЛЕН ПАСПОРТ

1. Данните за специализации, ПМО, лицензиране, професионален опит и т.н. се отразяват в професионален паспорт на лекаря.

2. Добре е да се въведе профес-

ионален паспорт и на останалите медицински специалисти, за което да се говори с техните съсловни организации.

3. Най-добре е професионалният паспорт да се направи в електронен вид, позволяващ бързо допълване, актуализация и възможност за развитие на цялостна информационна система с база данни за българските лекари и възможности за справки на различни нива - лечебни заведения, общини, области, по специалности и т.н.

4. Професионалният паспорт най-общо съдържа:

- а/ лични данни;
- б/ данни за завършени образователни степени - средно образование, магистратура по медицина, евентуално други бакалавърски и магистърски степени;
- в/ данни за научни степени и звания, съответно дисертационни трудове;
- г/ данни за професионален път - длъжности по трудов и друг договор, свободни работни и др.;
- д/ данни за специализации - бази, курсове, обучение и придобити специалности;
- е/ данни за ПМО - участие в курсове, индивидуални обучения, семинари, конференции, конгреси, презентации, симпозиуми, дистанционни обучения, предстоящи публикации на специализирани медицински издания и други, както и за значими прояви в чужбина;
- ж/ данни за публикации;
- з/ данни за курсове и лицензиране за специализирани медицински дейности;
- и/ данни за професионална практика - извършени операции, манипулации, изследвания, високоспециализирани медицински дейности, регламентирани в медицинските стандарти и правилата; ж/ награди, поощрения, наказания и санкции.

5. На базата на данните по т. 4 е добре да се разработи точкова система, позволяваща оценка и рейтинг на лекаря

ЗАДАЧИ НА БЛС ПО СЛЕДДИПЛОМНОТО ОБУЧЕНИЕ И ПРОДЪЛЖАВАЩОТО МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ

Лекарската професия изиска постоянно поддържане високо ниво на компетентност.

I. СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ

1. БЛС да инициира предложения за промени на Наредба №34 от 29 декември 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването.

2. Консултативният съвет към Министъра на здравеопазването, в който участват и представители на БЛС, да определя броя на местата за специализанти и начина на финансирането им за всяка следваща календарна година на база разчети за необходими специалисти, брой и възрастова структура на специалистите, очаквани емигрантски и имигрантски процеси.

3. За да се направи точна прогноза е необходима основна и текуща актуализация на регистъра с включване и задължително уведомяване за други данни, освен сегашните - специалност, места на упражняване на практиката, допълнителни специализации и т.н.

4. По-голяма част от практичното обучение на специалистите да се извършва освен в университетските и в други болници, които отговарят на определени критерии. Предстои определяне на "ниво на компетентност" на всяка болнична структура. По същия начин може да се определи и за следдипломната квалификация "нива за специализация", например три.

5. На първо и второ ниво обучението може да се провежда в отделения и клиники на областни, общински или частни болници, отговарящи на изискванията, като се спести до минимум откъсването на специализиращия лекар от практиката. Останалите нива на обучение в кратък срок се провеждат в университетите на които се придобива задължително след обучение и издаване на сертификат, програма за обучение, както и критерии за базите на отделните нива се определят от Министъра на здравеопазването, съгласувано с БЛС и научните дружества по специалности.

6. На всички нива работата на специализантите в болниците се заплаща. Финансирането на дейността в университетските болници е през бюджета на МОН или МЗ.

II. ПРОДЪЛЖАВАЩО ОБУЧЕНИЕ

В чл. 182, ал. 1 от Закона за здравето е отразено, че съсловната организация на лекарите "организира, координира, провежда и регистрира продължаващото ме-

дицинско обучение на лекарите..."

В чл. 4, т. 11 на Устава на БЛС, е записано също, че една от основните функции на БЛС е да "организира, координира, провежда и регистрира продължаващото медицинско обучение на лекарите в Р. България." (чл. 4, т. 11).

В изпълнение на законите разпоредби и устава на БЛС, към УС на БЛС през месец юли 2003 г. е сформирал отдел по следдипломно обучение (СДО), в чиито задачи влиза сключване на договори с ВМУ, ВМА, СНМД, научни организации, асоциации, фармацевтични фирми др. за провеждане на формата на продължителна квалификация.

Всяка дейност, свързана с продължителното обучение и повишаване на квалификацията носи, точки на участника. Тези точки ще се отразяват в професионалния "паспорт" на лекаря, а оттам в близка перспектива да влияят на процесите за сключване на договори и заплащане на лекарите.

Предлагаме следната схема за разширяване, обогатяване и изпълване със съдържание на продължаващото медицинско обучение:

1. Всяко научно дружество по специалности подготвя и утвърждава до края на календарната година постъпните заявки за организация на всички предстоящи събития през следващата година, свързани с продължителното обучение по съответната специалност - курсове, индивидуални обучения, семинари, конференции, конгреси, презентации, симпозиуми, дистанционни обучения, предстоящи публикации на специализирани медицински издания и други, както и значими прояви в чужбина.

2. Всяко научно дружество по специалности подготвя специализираните медицински дейности по съответната специалност, правото за извършване на които се придобива задължително след обучение и издаване на сертификат, програма за обучение, както и критерии за базите на отделните нива се определят от Министъра на здравеопазването, съгласувано с БЛС и научните дружества по специалности.

3. Формира се комисия по продължаващото медицинско обучение /КПМО/ от 11 души, утвърдена от УС на БЛС на база предложения на научните медицински дружества и РК на БЛС. Комисията има балансиран състав от отделни основни групи специалности и има следните основни функции:

4.1. разработва единни критерии за лицензиране на обучаващи по ПМО на национално и областно ниво, документи за кандидатстване и процедура на издаване на разрешения.

4.2. разработва и утвърждава регистър и информационна система за обучаващи по ПМО, ред на регистрация, отчитане, обработка и вписване в паспорта на лекаря-обучител.

4.3. издава лицензи на обучаващи по ПМО на национално и областно ниво.

4.3. издава лицензи на преподавателите от научните дружества по специалности лекари и лечебни заведения за обучители по специализирани медицински дейности, правото за извършване на които се придобива задължително след обучение и издаване на сертификат.

3.1. разработва единна точкова система за ПМО,

3.2. разработва и утвърждава регистър и информационна система за ПМО, ред на регистрация, отчитане, обработка и вписване в паспорта на лекаря,

3.3. утвърждава единни такси за отделните форми на ПМО,

3.4. утвърждава до 31.01. на календарната година постъпните заявки от научните дружества по специалности за организация на всички предстоящи събития през следващата година, свързани с продължителното обучение, точките, които носят, цената на обучението и издаване годишен план-график на всички утвърдени курсове, индивидуални обучения, семинари, конференции, конгреси, презентации, симпозиуми, дистанционни обучения, предстоящи публикации на специализирани медицински издания и други, както и за значими прояви в чужбина. План-графикът се публикува на уебсайта на БЛС и се издава във вид на брошура,

3.5. утвърждава предложенията от научните дружества по специалности специализирани медицински дейности, правото за извършване на които се придобива задължително след обучение и издаване на сертификат, програмата за обучение, критерии за придобиването на знания и умения и изискванията към обучаващите лечебни заведения и лекари.

4. Формира се комисия по лицензиране за обучение /КЛО/ от 11 души, утвърдена от УС на БЛС на база предложения на научните медицински дружества и РК на БЛС. Комисията има балансиран състав от отделни основни групи специалности и има следните основни функции:

4.1. разработва единни критерии за лицензиране на обучаващи по ПМО на национално и областно ниво, документи за кандидатстване и процедура на издаване на разрешения.

4.2. разработва и утвърждава регистър и информационна система за обучаващи по ПМО, ред на регистрация, отчитане, обработка и вписване в паспорта на лекаря-обучител.

4.3. издава лицензи на обучаващи по ПМО на национално и областно ниво.

4.3. издава лицензи на преподавателите от научните дружества по специалности лекари и лечебни заведения за обучители по специализирани медицински дейности, правото за извършване на които се придобива задължително след обучение и издаване на сертификат.

Равносметка пред Първи юни:

ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ У НАС Е НА НИСКО РАВНИЩЕ

● **Нашите педиатри са на изчезване, е становещо на Българската педиатрична асоциация**

Педиатрията е уникална медицинска специалност, тъй като нейната първа задача е намаляване на детската смъртност. По този критерий ние сме много назад след европейските страни, което говори и за качеството на детското здравеопазване. Процентът на недоносените деца у нас преди 30-40 години се е движел около 6 на сто. Последните 10 години вече достига до 9-10 на сто. Това е рисков контингент, защото при тях състоянията, застрашаващи живота, са два пъти по-чести отколкото при доношените деца. Детската смъртност през 1988 г. е била 13 на 1000, през 1997 г. - 17 на 1000, а през 2007 г. - 9,2 на 1000. Наистина нама-

лява, но е два пъти по-висока в сравнение с останалите европейски страни.

Една от причините е в наблюдаването на здравето дете. Преди години детските консултации са били особено звено и здравите малчугани са били отделени от болните, както и от възрастните пациенти, чакащи пред кабинетите на лекарите. Сега качествена грижа липсва. В работата на личните лекари има записани часове за домашни посещения за проследяване на физическото и невропсихическото развитие на малките пациенти, които също не се спазват. Училищното здравеопазване вече го няма. В резултат нарастват случаите

на късно поставяне на диагнозата, увеличава се заболяемостта, особено от астма, диабет и сърдечносъдови усложнения. Редом с тях стоят и още редица неразрешени въпроси, касаещи българчетата - алкохолизъм, наркомании, ранни бременности, неправилно хранене и затлъстяване, агресия и невротични състояния.

След 1989 г. рязко се е влошило качеството на детското здравеопазване, коментира доц. Евгений Генов, председател на педиатричната асоциация. По негово мнение хоспитализацията се е увеличила с 200 на сто. Причината е не само нарасналата заболяемост, а и изградената система за болнич-

но лечение. Тя е направена така, че да стимулира работещите в болниците да приемат все повече пациенти. От броя на приетите пряко зависи заплащането на персонала.

В доболничната помощ педиатрите не получават потребителска такса като останалите лични лекари. Затова проф. Владимир Пилософ, зам.-председател на асоциацията, прогнозира, че детските лекари съвсем скоро ще изчезнат и България ще се изправи пред криза за кадри с такава медицинска насоченост. Тя не е привлекателна по доходи, независимо от големите отговорности. "В един момент ще има общопрактикуващи лекари, които няма да имат системни познания в областта на детското здравеопазване", коментира той. Много от действащите в момента педиатри не ходят на курсове и обучения.



Педиатрите ни са добри, казват пациентите

В Националната здравна стратегия 2008-2013 няма отделна глава, касаеща детското здраве, въпреки многото изпратени писмени препоръки от Българската педиатрична асоциация. Необходимо е Министерството на здравеопазването да създаде отделна програма за здравето на израстващите, както и по възможност за малчуганите да се грижат само педиатри. В градовете, в които работят такива специалисти в извънболничната помощ, момчетата и момичетата до 14-годишна възраст задължително да се наблюдават от тях, в по-малките градове

и села - общопрактикуващите лекари да сключват договори с детски лекари. Например в Унгария задължително всички деца до 6 години се обслужват от педиатри, между 6 и 14 години - от педиатър и общопрактикуващ лекар, едва след 14-годишна възраст може да се наблюдават от общопрактикуващ доктор. Сред исканията са и всички лекарствата за деца, изписвани в доболничната помощ, да се плащат от държавата; педиатрите да не са разпръснати в различни лечебни заведения, а да са обособени само в една специализирана болница.

КМЕТЪТ НА СОФИЯ КРЪСТИ ДВЕ МОМИЧЕНЦА И ЕДНО МОМЧЕНЦЕ

● **Столичната община оказва необходимата подкрепа на фондация „За нашите деца“**

Йорданка Фандъкова - кмет на София, стана кръстница на три деца - Анжелика, Христиан и Вяра. Те вече имат родители благодарение на социалните работници и психолозите от фондация "За нашите деца". Вяра е на 4 години. Нейната майка я изоставя в родилното отделение, а социалните работници на фондацията ѝ намират осиновители - семейство Александрови. Намесата на социалния работник в болницата помага на майката на Христиан да вземе правилното решение и да задържи детето. 7-месечната Анжелика е бебе, "пътувало" от Варна, за да се роди в София и да бъде изоставена от родителите си. В таксита към родилния дом, майката на Анжелика започва да ражда. И шофьорът я кара в родилното отделение на болницата "Света София". След като специалистите консултират майката в родилното отделение, бебето се връща у дома с майка си.

Преди да започне ритуалът, Иванка Шалапотова - директор на фондация "За нашите деца" поздравя всички гости и заяви: "Ние имаме задачата да насърчаваме родителите да вземат правилните решения за децата си, както и да бъдат добри и отговорни към своите малчугани. Ние вярваме, че у нас няма лоши родители, но има хора, които се нуждаят от подкрепа, за да бъдат съвестни и изпълнителни в своето родителство. Разбира се, нашата цел е децата да имат своите семейства, но не на всяка цена - когато за детето има риск, ние предприемаме мерки детето да бъде настанено в друго семейство". Иванка Шалапотова благодари на Столичната община за подкрепата, както и на специалистите на фондацията, които правят възможното децата да израснат в семейства.



Столичният градоначалник подаря на децата по едно кръстче и им пожела да са здрави, обичани и подкрепяни от своите родители. "Аз вярвам, че мястото на всяко дете е при семейството и неговите родители. Ние, в Столична община, подкрепяме социалните си домове, но отлично осъзнаваме, че никога не може да се грижи по-добре за децата от

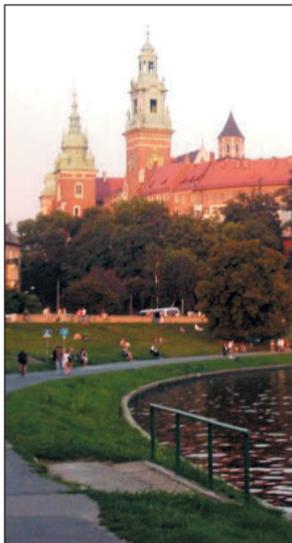
техните майка и татко", каза Йорданка Фандъкова. Тя обеща, че ще продължи да следи как се развиват децата в семействата и ще насърчава родителите да правят най-доброто за своите деца. Центърът за обществена подкрепа "Света София" е съз-

гаден през 2007 г. и в него работят социални работници, психолози, фамилни терапевти, рехабилитатори и лекари-консултанти. Те помагат на родилки да не се разделят с бебетата си, на приемни родители и осиновители, както и на семейства, затруднени в отглеждането на децата си. Центърът се финансира със средства от общинския бюджет. Фондация "За нашите деца" спечели конкурс и ще управлява центъра до 2012 г. От началото на годината Центърът помага на повече от 120 деца, от които 13 с увреждания, 33 бебета и деца до 3 години с цел превенция на изоставянето в родилното отделение, както и на 91 малчугани, за които има риск от раздяла с родителите. Центърът работи и с 37 кандидати за приемни родители и одобрени семейства.

ЩЕ СИ СЪТРУДНИЧИМ С УНИЦЕФ

Във връзка с продължаване на сътрудничеството в областта на детското и майчиното здравеопазване се срещна министър Анна-Мария Борисова и представителят на УНИЦЕФ за България г-жа Таня Радочай. Сред темите на разговора бяха адаптацията на децата след извеждането им от закривани домове за медико-социални грижи, организиране на изоставянето на деца след раждането им, образование на младите семейства за осигуряване на правилното здравно развитие на децата им.

Проф. Борисова подчерта значението, отдавано от министерство на здравеопазването на взаимодействието с УНИЦЕФ за решаването на въпросите по опазване на здравето на децата с прилагане на конкретни модели, прилагани в други страни. Успешен модел на сътрудничество е планираната информационна кампания на МЗ и УНИЦЕФ за здравна информация и комуникация сред уязвимите социални групи по отношение на епидемията от морбили. Целта е повишаване на здравната култура и ползата от имунизации за предотвратяване на различните заболявания.



С АВТОРИТЕТНАТА НАГРАДА АЛБЕРТ ШВАЙЦЕР БЕ УДОСТОЕН ЧЛ. КОР. ПРОФ. Д-Р ВЛАДИМИР ОВЧАРОВ

На 14 май, т.г., в Кралския замък във Варшава, на специална церемония, на чл. кор. проф. д-р Владимир Овчаров, дмн, председател на Българската национална академия по медицина, официално бе връчен Златен медал Алберт Швайцер, събщи Здраве нюз още в същия ден. Престижното отличие се дава от фондация Алберт Швайцер за големи заслуги в областта на хуманитарната дейност.

Проф. Овчаров е бил уведомен за това през февруари 2010 година с писмо от проф. Казимери Емилини, председател на Полската академия по медицина. С това писмо българският учен е бил информиран също, че е предложен за редовен член на Полската академия по медицина.

Роден на 2 октомври 1940 година в София, той завършва медицина във ВМИ-София.

От 1967 година преподава анатомия, хистология и невроморфология в Медицинска академия. Лектор е в Биологическия факултет на Софийския университет.

Бил е гост-преподавател в три университета в Германия. През 1999 година става ректор

на Медицински университет - София. Сега е негов почетен ректор. Проф. Овчаров е ръководител на катедра по ана-

томия и хистология.

Автор е на 28 учебника и монографии, 200 научни статии, цитирани над 400 пъти в световната научна литература.

Носител е на редица отличия у нас. Сред тях са "Проф. Димитър Каданов" - за изследователска дейност (1999), "Акад. Димитър Орахован" - за наука и преподаване (2002), "Почетен знак на Съюза на учените в България" - за значими научни постижения в системата на висшето образование по медицина (2003). "Лекар на годината" - 2003.



СПЕЦИАЛНО ЗА QV

ОТЛИЧИЕТО Е ЧЕСТ ЗА МУ-СОФИЯ

Веднаг след получаването на наградата, на път за София, проф. д-р Владимир Овчаров сподели специално за читателите на в. "Quo vadis":

Премам наградата като чест за България, за Медицинската академия в София, за нашата медицинска наука. Подборът на удостояването с това отличие се извършва от академия, в чието ръководство участват четирима нобелисти. А на 14 май заедно с мен получиха наградата двама нобелови лауреати - Авраам Херико (Израел) и Мартин Чалфи (САЩ).

Завръщам се в София като пълноправен член на Полската академия по медицина и на Световната академия по медицина Алберт Швайцер.

Желанието ми е българската медицина да утвърждава авторитета си в света, българските лекари да имат признати заслуги в областта на хуманитарната дейност.



ПЛОВДИВ СТАВА ЦЕНТЪР НА НАУЧНИ ПРОЯВИ



МИ - МВР, ВМА и университетските болници в Плевен, Пловдив и Стара Загора, ТУ в Стара Загора, МБАЛ в Русе и Пловдив. Участниците бяха запознати със съвременните тенденции в микробиологичното и хирургичното лечение при септични състояния при деца и възрастни при различни заболявания, раневи усложнения и военновременни травми.

Пролетните кардиологични дни събраха много специалисти, интересувани се от интервенционалната и конвенционалната кардиология и от новостите в кардиохирургията. Лектори бяха водещи специалисти от УБ "Св. Екатерина" и "Царица Йоанна", Българския кардиологичен институт, Трета градска болница, Университетската болница "Св. Анна" в Бърно, Клиничния институт Santa'Ambrogio и болницата Niguarda Ca Granda в Милано, Университета в Чикаго, Районната болница в Злин - Чехия.

Участниците имаха удоволствието да чуят и лекциите на проф. Жан-Пиер Басан от УБ Jean Minjot и президент на Европейското кардиологично дружество (2002-2004), както и на проф. Петр Видимски от университетската болница Kralovske Vinohrady-Прага и вицепрезидент на Европейското кардиологично дружество (2006-2008). Новостите в спешната кардиология бяха насочени към реперфузията при инфаркт на миокарда и кардиогенния шок, възможностите на хибридна реваскуларизация, ТВД, аортната дисекция, острата конверсия при off-pump аортна коронарна байпас.

От 10 до 12 май, т.г., повече от 40 хирурзи от България, Гърция, Румъния, Швейцария и Италия взеха участие във Втория семинар с практическа сесия и Петия международен семинар за Югоизточна Европа по роботизирана хирургия. Своето специално участие с лекции отбеляза проф. Angelo



Maggioni, председател на Европейската асоциация по роботизирана гинекологична хирургия. Проф. Гр. Горчев и доц. С. Томов от МУ-Плевен изнесоха резултати от работата си с робота Da Vinci в гинекологията. Проф. Ot. De Cobelli от Европейския институт по онкология в Милано, проф. I. Coman от МИЦ в Клуж-Напока (Румъния) и д-р Цв. Генадиев от УБ "Лозенец" очертаха перспективите за приложението на роботиката в урологията. В сеансите "Хирургия на живо" модератори

бяха проф. A. Maggioni (Италия), д-р Deliu Matei (Румъния) и д-р V. Natsirafail (Гърция), а хирурзи на конзолата - проф. Ot. De Cobelli и проф. Гр. Горчев. В практическите сесии участниците получаваха знания и умения за дисекции, техники за шиене и правене на възли с робот, тънкости при работата с робота, смяна на инструментариума и как се разрешават основни грешки при работа с робота Da Vinci.

Накрая участниците в семинарите получиха сертификати.

ВРЪЧИХА НАГРАДИТЕ НА МЕДИЦИНСКИЯ ФАКУЛТЕТ В СОФИЯ

На специално тържество в навечерието на Деня на българската просвета и култура и на славянската писменост - 24 май, за десети пореден път бяха връчени наградите на Медицинския факултет в София за принос в медицинската наука и преподаването.

"Отнася се за много високи исторически отговорности, през призмата на които ние продължаваме да поддържаме силна мотивация и ангажимент към обновление в европейски дух, да търсим нови форми и идеи за подобрене на учебния процес", каза в приветственото си слово деканът на факултета професор Марин Маринов. Той припомни, че през годините тук са работили немалко именити клиницисти и учени на европейско и световно равнище, изтъкна приемствеността между преподавателите от различните поколения и неоспоримия факт, че опитът на Медицинския факултет като основополагаща школа, символ и емблема на висшето медицинско образова-



ние у нас е играел ролята на своеобразен магнит за много студенти.

Деканът представи и част от проектите, свързани със съвременното адаптиране към европейските образователни практики, развитието на световната медицина и с актуалните изисквания на родното здравеопазване. Сред тях са реструктуриране на хорариума на учебните програми, електронна система за управление на оценката на качеството на процеса на обучение, изграждане на електронни

профили на студенти и преподаватели и др.

В заключение проф. Маринов подчерта, че Медицинският факултет е бил, е и ще бъде високо отговорна образователна институция както пред обществото, така и пред държавата.

Голямата награда "Проф. Стоян Киркович" за изключителни постижения и цялостен принос в научната и преподавателската дейност бе връчена на проф. Елисавета Наумова от Клиниката по клинична-мунология.

За принос в областта на фундаменталните науки проф. Николай Лазаров от Катедрата по анатомия, хистология и ембриология получи наградата "Проф. Димитър Ораховец".

Проф. Виолета Димитрова от Катедрата по обща и оперативна хирургия бе отличена с наградата "Проф. Параскев Стоянов" - за високи постижения в областта на хирургичните науки.

Носител на наградата за принос в областта на терапевтичните науки "Проф. Константин Чилев" е проф. Симеон Стойнов от Клиничния център по гастроентерология в УБ "Царица Йоанна-ИСУЛ".

Наградата за млад учен "Проф. Асен Хаджиниколов" заслужи д-р Георги Георгиев - асистент в Катедрата по анатомия, хистология и ембриология.

Студентката от IV курс Камелия Станоева бе удостоена с наградата "Проф. Асен Златаров" - за високи постижения в овладяването на медицинската наука.

Проф. Симеон Стойнов през "Que vadis":

ИМАМЕ БОГАТ ПОТЕНЦИАЛ

Човешкият потенциал у нас е много качествен - аз заявявам категорично, че в клиничната медицина по интелектуален потенциал на българските лекари сме на най-високо равнище. Българските лекари са не по-лоши от тези в САЩ или Западна Европа.

От друга страна, сме изправени пред финансови проблеми. Органите, управляващи медицината - министерство, ръководства на болници, знаят от какво и от колко имат нужда, но и те се разпростират според чергата. Затова ние и да се стремим към фундаментални открития, Нобелова награда все още не сме получили в медицината, но това не означава, че нямаме постижения във всички области на медицината. Напротив, твърдя, че има и са резултат от нашите усилия.



През май Българският лекарски съюз представи пред АЕМН - Европейска асоциация на старшите болнични лекари, доклад за актуални проблеми на здравеопазването у нас. В него са засегнати две теми: кратка информация за промените в здравеопазването през последната година и участието на лекарите в ръководството на болниците (в съответствие с теми от конференцията и 63-та пленарна среща на АЕМН - Лисабон 6-8 май 2010).

Публикуваме изнесеното от представителите на съ-



ловната организация на нашите лекари - д-р Стефан Константинов, зам.-предсе-

дател на УС на БЛС, и проф. д-р Тодор Чернев, член на УС на БЛС.

КАК СЕ ПРОМЕНИ ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО У НАС ПРЕЗ ПОСЛЕДНАТА ГОДИНА

На 5 юли 2009 година в България бяха проведени избори за Народно събрание, които доведоха до пълна смяна на управлението на страната. На мястото на управлявалата четири години тройна коалиция, водена от социалистите, беше съставено правителство на новата политическа партия ГЕРБ - спечелила 116 от общо 240 мандата в парламента.

За министър на здравеопазването беше избран д-р Божидар Нанев, който към момента бе председател на УС на БЛС.

Въпреки очакваните реформи в здравеопазването, основните промени бяха свързани със значително намаление от страна на Народното събрание на бюджета на НЗОК по отношение на болничното лечение. От 476,192 милиона евро (931,432 млн.лв) през 2009 г. на 362,439 милиона евро (708, 932 млн. лв.) през 2010 г., т.е. с около 222 милиона евро по-малко.

Това беше причина да бъдат направени опити за намаляване на броя на болниците, работещи с публични средства (НЗОК), чрез въвеждане на по-строги изисквания по отношение на брой специалисти и налична апаратура. Въпреки че официалното обяснение бе за подобряване на медицинското обслужване на населението, основната цел бе намаляване на значителния брой болнични лечебни заведения в страната и осъществяване на финансови икономии. Като цяло тази тактика не доведе до положителни резултати; към момента НЗОК има договор с 334 за-

ведения, осъществяващи болнично лечение, чийто брой изглежда значителен на фона на намаляващото население на България - 7,607млн.

Финансовите ограничения, целящи поддържане на нисък държавен дефицит (около 3%), доведоха до значително забавяне на изплащане на средствата от НЗОК към лекари и болници, което стана причина за масови недоволства, изразяващи се в затваряне на кабинети в периода 8-10 март 2010 г., и по-слабо изразени протести в болници на 7 април.

Беше създадено Изпълнителна агенция "Медицински инспекторат" към Министерството на здравеопазването, която би трябвало да контролира и санкционира работата на лекари и лечебни заведения. БЛС изрази сериозна тревога относно целите и капацитета на агенцията още по време на гласуването на закона за нейното създаване при пред-

ходното Народно събрание.

На 30 март 2010 г. министърът на здравеопазването беше принуден да подаде оставка. Въпреки че официалната причина за това е започналото разследване за неизгодни договори за покупка на ваксини срещу грип А(H1N1), мнозина анализатори смятат, че истинската причина за отстраняване на министър Божидар Нанев бе несправянето със здравната реформа.

ПО-СКОРО ПЕСИМИСТИ

за бъдещите промени са българските лекари. Защото липсват средства и още по-лошо, липсват ясно заявени цели и политически консенсус.

Като положителен факт през отминалата година може да се отчете постигането и подписването на НРД между БЛС и НЗОК, какъвто липсваше в последните 3 години. Благодарение на този договор, въпреки приложените финансови ограничения на ниво общ бюджет за здравеопазване, не бяха намалени цените на конкретните медицински дейности.

Като цяло, пред новоизбрания здрав министър остава задачата да проведе здравна реформа в условията на икономическа криза и строги финансови ограничения. Липсата на средства и, още по-лошо, липсата на ясно заявени цели и политически консенсус кара лекарите в България да са по-скоро песимисти по отношение на бъдещите промени.

КАК БЪЛГАРСКИТЕ ЛЕКАРИ УЧАСТВАТ В РЪКОВОДСТВОТО НА БОЛНИЦИТЕ

Болниците в България се регистрират като търговски дружества по общ ред, определен в Търговския закон. Това е доста противоречива практика, която беше възприета по времето на здравната реформа от края на деветдесетте години, когато бе въведен здравно-осигурителния модел.

Болниците в България са държавни, общински и частни. Държавните болници (които са основата на здравеопазването към момента) биват такива със 100% държавно участие (университетските или някои ведомствени болници - напр. военни болници) и такива, в които държавата е мажоритарен акционер - това са областните болници.

Управлението на държавните болници се осъществява от Съвет на директорите, който се назначава по принцип от мажоритарния собственик - здравното министерство. Останалите акционери практически нямат тежест в избора, нито имат друг принос към лечебното заведение.

Веднъж назначен, този съвет на директорите има сравнително голяма самостоятелност във вземането на решения, в които държавата не може да се меси директно. Този начин на управление нерядко води до определен конфликт, при който практически държавна структура започва да се управлява от тясна група лица с всички произтичащи от това негативи като: неизгодни договори, лошо финансово управление, необосновано разширяване на броя на персонала и т.н. Единственото, което дър-

тяхното управление.

Водещите лекари активно участват в управлението на болниците в България - особено в големите болници. А в университетските болници, директорите са не само лекари, но и хабилитирани лица.

Според Закона за лечебните заведения, със заповед на ръководителя на лечебното заведение за болнична

- извършва проверки по ефикасността, ефективността и качеството на диагностично-лечебните дейности в болничните звена;

- произнася се по трудни за диагностика и лечение случаи;

- контролира спазването на правилата за добра медицинска практика;

- анализира несъвпадени-



Създаден бе Съвет на болничните мениджъри към БЛС

помощ се създават медицински съвет; лечебно-контролна комисия; комисия по вътрешболнични инфекции и, ако е необходимо, комисии по медицинска етика, лекарствена политика, развитие на информационното осигуряване и др.

Медицинският съвет е консултативен орган при осъществяване управление на лечебното заведение, в който влизат и началниците на клиници и председателя на дружеството на съсловната организация на Българския лекарски съюз. Медицинският съвет се председателства от управителя, изпълнителния директор или директора на лечебното заведение.

Медицинският съвет консултира:

ето на клиничната с патологоанатомичната диагностика.

Управител, съответно изпълнителен директор, на лечебното заведение може да бъде само лице с образователно-квалификационна степен "магистър" по медицина и с квалификация по здравен мениджмънт или лице с образователно-квалификационна степен "магистър" по икономика и управление и с призната специалност по медицинска информатика и здравен мениджмънт или по икономика на здравеопазването.

Управителите, съответно изпълнителните директори, на държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ се определят от собственика след конкурс за срок три години. Условията и редът за провеждане на конкурса се определят с наредба на министъра на здравеопазването.

Началникът на клиника извършва следните дейности:

1. предлага и дава съгласие за назначаването и освобождаването на кадрите в повереното му звено;

2. планира, организира, контролира и отговаря за цялостната медицинска дейност в структурата, която ръководи;

3. отговаря за икономическата ефективност на звеното;

4. отговаря за информационната дейност на звеното;

5. планира и организира съгласувано с ръководителите на съответните катедри на висшите медицински училища дейностите по учебния процес на студенти и следдипломното обучение на медицинските специалисти;

6. създава условия за изпълнение на научни програми на лечебното заведение;

7. отчита своята дейност пред изпълнителния директор.



„Св. Екатерина“ е една от представителните и успешни болници в България

жавата може да направи в подобна ситуация, е да сменят членовете на управителния съвет на дружеството и да покрият натрупаните от болницата дългове, без пряко да взема отношение по ключваните договори, цени на лекарства и апаратура.

По времето на вече бившия министър Божидар Нанев в управителните съвети на някои големи държавни болници бяха назначени представители на БЛС, което може да се разглежда като предоставяне на по-голямо влияние на лекарите в

- изпълнението на плана за дейността на лечебното заведение и неговата медицинска, социална и икономическа ефективност;

- предложенията на началниците на клиници;

- въвеждането на нови медицински методи и технологии;

- програми за научната дейност на лечебното заведение.

Лечебно-контролната комисия е контролен орган, който:

ДВА МИЛИОНА ЛЕКАРИ ОТ СТАРИЯ КОНТИНЕНТ ДАВАТ ОБЩ ОТГОВОР ЗА РАБОТНОТО ВРЕМЕ

● **БЛС подкрепи единната позиция, отправена към Европейската комисия**

Обнадеждаващо единство: 2 милиона европейски лекари застанаха зад общ отговор към Европейската комисия по консултацията, отнасяща се до ревизия на Европейската директива за работното време (ЕДРВ).

Текстът беше подкрепен от Алианса на европейските медицински организации FEMS, AEMH, CEOM, EANA, CPME, PWG, UEMO, UEMS, EMSA.

БЛС като представител на българските лекари в няколко от най-големите европейски медицински организации подкрепи общата позиция.



"...конкурентни предимства по отношение на разходите, създадени чрез увеличаване на гъвкавостта на производството" са определено второстепенни - следователно трябва да бъдат разглеждани много внимателно и главно в светлината на защитата на работниците, а не на усъвършенстването на бизнеса." (Из общия отговор до ЕК)

Долуподписаните председатели на европейски медицински организации потвърждават отново своите изявления и политически документи по въпроса за поправка на Европейската директива за работното време (ЕДРВ). Европейските медицински организации са уверени, че да се запазят високите равнища на защита от удължено работно време и влошени работни условия е жизнено важно за интересите на здравната работна сила и нейните пациенти.

По тази причина Европейските медицински организации твърдо подкрепят формулировката в посланието на Комисията: Защитата на здравето и безопасността на работниците трябва да продължи да се разглежда като първостепенна цел на всяка разпоредба за работното време, тъй като правната основа за Директивата е чл. 153 (1а) - "подобряване на работната среда, за да се защитят здравето и безопасността на работниците".

Упоменатите в посланието други цели, като гъвкавост на бизнеса или "конкурентни предимства по отношение на разходите, създадени чрез увеличаване на гъвкавостта на производството" са определено второстепенни - следователно трябва да бъдат разглеждани много внимателно и главно в светлината на защитата на работниците, а не на усъвършенстването на бизнеса.

Настояваме Комисията, преди да прави нови аналитични цикли на обсъждане или нови предложения, да анализира и публикува Доклада за извършената дейност, в който много социални партньори внесоха своя дял през 2007 г. Преди да се събира нова информация, първо трябва да се анализира съществуващия материал от информация и комуникации по същия въпрос от същите партньори.

Европейските медицински организации твърдо се противопоставят на

всяка промяна в определенията за "работно време" и "период на почивка". Многократно сме се противопоставяли на въвеждането на нови дефиниции за работно време, които се предлагат с намерението да се въведат различни дефиниции за "времето на повикване".

Това би изопачило същността на Директивата - защита на работната сила, като я превърне в обратното, тъй като би отворило възможности за работодателите да изискват от лекарите и сестрите твърде удължено работно време като комбинация на работа и "време на повикване".

Затова и Европейските медицински организации бяха напълно доволни от факта, че всички опити за поправка на ЕДРВ бяха осуетени от Парламента на ЕС.

Въпроси и отговори:

(а) Как бихме могли да развием балансирани и новаторски предложения относно организацията на работното време, които да придвижат въпроса напред след неуспешните дебати на последния помирителен процес? Каква е вашата дългосрочна визия за организацията на работното време в съвременната обстановка?

Съгласно понятието за "диагноза преди лечение", настояваме Комисията да анализира съществуващия материал по конфликтните въпроси на "защита" и "гъвкавост", преди да започне по-нататъшни комуникационни процеси. Няма нужда от допълнителна комуникация и дискусия. В контекста на защитата на работниците и ЕДРВ всичко вече е казано. Фактите са известни. В тази светлина трябва да се разглеждат отказът на Европейския парламент да последва "позицията на гъвкавост" на Комисията и крайният провал на последното предложение на Комисията.

(б) Как мислите, какво въздействие са оказали промените в начините на

работа и практика на приложението на Директивата? Дали някои конкретни клаузи не са се превърнали в старомодни или трудно приложими?

ЕДРВ оказва значително въздействие върху подобряването на работните условия в сектора на здравната помощ. Много от докладваните проблеми (случаите SIMAP-Jaeger-Dellas) възникват по-скоро от недостатъчно или неподходящо приложение на Директивата в националния закон от държавите-членки. В тези случаи хората трябва да потърсят подкрепата на Европейския съд и я получиха. Естествено е повишаването на правата на работниците да доведе до реакции от страна на работодателите и призив за по-голяма гъвкавост. Обаче движещ импулс на Комисията за формулиране и приемане на ЕДРВ през 1990-1993 г. беше точно разработката за гъвкавостта. Следователно постановленията на Европейския съд трябва да се разглеждат като недвусмислено потвърждение на първоначалната позиция на Комисията

организации. Обаче в светлината на фундаменталния политически проблем, с който се сблъскахме по време на дискусията на това предложение в миналото, не виждаме голям шанс за едно такова предложение.

(в) Какъв е досегашният ви опит от цялостното функциониране на Директивата за работното време? Какъв е опитът ви по отношение на ключовите въпроси, определени в част 5 на този документ?

Както вече бе казано, ЕДРВ наистина подобри ситуацията - макар в много страни все още да сме далече от оптималните работни условия. Отделната "възможност за изключение" се експлоатира масово в много държави членки като инструмент за заобикаляне на защитата на работниците. От друга страна, определенията за "работно време" и "период на почивка" се доказваха успешно при намаляването на цялостното работно време и подкрепата за по-добро съвместяване на личен живот и работа.

(г) Съгласен ли сте със съдържащия се в този до-

от държавите членки и институциите на ЕС. Той, обаче, е доста едностранчив в опита си да преувеличи проблемите и да подкрепи възгледите на работодателите за увеличена гъвкавост. Затова трябва да се зададе въпросът необходимо ли е да се продължава тази дискусия. Европейските медицински организации виждат като главен мотив желанието да се редуцира протекцията на работната сила и защитното ниво под предлог за "гъвкавост", за да се облекчи положението на работодателите. Това, следователно, променя характера на ЕДРВ от протекционистичен на икономически, на което Европейските медицински организации решително ще се противопоставят.

(д) Смятате ли, че Комисията трябва да стартира инициатива за поправка на Директивата? Ако да, съгласни ли сте с целите на преразглеждането, както са изложени в този документ? Какъв, смятате, че трябва да е обхватът му?

Не, вместо това Комисията трябва да изисква



при приемането на ЕДРВ, а не като подтик за промяната ѝ.

Както и да е, има ясни признаци, че извършването на "възможността за изключение" е тежък проблем за работниците в много държави-членки, които съответно трябва да бъдат подкрепени от Европейските медицински

комитет анализ по отношение организацията и регулацията на работното време в ЕС? Смятате ли, че има допълнителни въпроси, които трябва да се прибавят?

Анализът на Комисията на ключовите въпроси дава явна обща представа за дискусията и тревогите, както са формулирани

спазването на съществуващата ЕДРВ.

(е) Мислите ли, че други действия на ниво Европейски съюз, като изключим законодателните мерки, заслужават да бъдат разглеждани? Ако да, каква форма трябва да приемат тези действия и по какви въпроси?

ЕДРВ беше формулира-

на в една Европа от 15 страни. Не всички от новите държави-членки от сегашните 27 члена се подчиняват изцяло на правилата. Затова Комисията трябва да обмисли процес на привеждане на тези страни към стандарта посредством информация, подпомагане и убеждение. Европейските медицински организации не са убедени, че изправянето на държава-членка пред Европейския съд е истинско решение на един политически проблем.

(ж) Искате ли да се разисква започване на диалог по силата на чл. 155 от Договора за функциониране на ЕС (TFEU) по някои от въпросите от това обсъждане? Ако да, по кои?

Не, не сега. Ако обаче се стигне до диалог по силата на чл. 155, ще настояваме да вземем участие.

Подписали:

- Dr de Deus - Председател на Европейската асоциация на старшите болнични лекари (AEMH)
- Mr Knezevic - Председател на Европейската медицинска студентска асоциация (EMSA)
- Dr Nunes - Председател на Conseil Europeen des Ordres des Medecins (CEOM)
- Dr Wetzel - Председател на Европейската федерация на лекарите на заплата (FEMS)
- Dr Radziwill - Председател на Постоянния комитет на европейските лекари (CPME)
- Dr Bollen Pinto - Председател на Постоянната работна група на европейските младши лекари (PWG)
- Dr Pruckner - Председател на Европейската работна група на практикуващите и специалистите на свободна практика (EANA)
- Dr Caixeiro - Председател на Европейския съюз на общопрактикуващите/семеините специалисти (UEMO)
- Dr Fras - Председател на Европейския съюз на медицинските специалисти (UEMS)

ДВА МИЛИОНА ЛЕКАРИ ОТ СТАРИЯ КОНТИНЕНТ ДАВАТ ОБЩ ОТГОВОР ЗА РАБОТНОТО ВРЕМЕ

● **БЛС подкрепи единната позиция, отправена към Европейската комисия**

Обнадеждаващо единство: 2 милиона европейски лекари застанаха зад общ отговор към Европейската комисия по консултацията, отнасяща се до ревизия на Европейската директива за работното време (ЕДРВ).

Текстът беше подкрепен от Алианса на европейските медицински организации FEMS, AEMH, CEOM, EANA, CPME, PWG, UEMO, UEMS, EMSA.

БЛС като представител на българските лекари в няколко от най-големите европейски медицински организации подкрепи общата позиция.



"...конкурентни предимства по отношение на разходите, създадени чрез увеличаване на гъвкавостта на производството" са определено второстепенни - следователно трябва да бъдат разглеждани много внимателно и главно в светлината на защитата на работниците, а не на усъвършенстването на бизнеса." (Из общия отговор до ЕК)

Долуподписаните председатели на европейски медицински организации потвърждават отново своите изявления и политически документи по въпроса за поправка на Европейската директива за работното време (ЕДРВ). Европейските медицински организации са уверени, че да се запазят високите равнища на защита от удължено работно време и влошени работни условия е жизнено важно за интересите на здравната работна сила и нейните пациенти.

По тази причина Европейските медицински организации твърдо подкрепят формулировката в посланието на Комисията: Защитата на здравето и безопасността на работниците трябва да продължи да се разглежда като първостепенна цел на всяка разпоредба за работното време, тъй като правната основа за Директивата е чл. 153 (1а) - "подобряване на работната среда, за да се защитят здравето и безопасността на работниците".

Упоменатите в посланието други цели, като гъвкавост на бизнеса или "конкурентни предимства по отношение на разходите, създадени чрез увеличаване на гъвкавостта на производството" са определено второстепенни - следователно трябва да бъдат разглеждани много внимателно и главно в светлината на защитата на работниците, а не на усъвършенстването на бизнеса.

Настояваме Комисията, преди да прави нови аналитични цикли на обсъждане или нови предложения, да анализира и публикува Доклада за извършената дейност, в който много социални партньори внесоха своя дял през 2007 г. Преди да се събира нова информация, първо трябва да се анализира съществуващия материал от информация и комуникации по същия въпрос от същите партньори.

Европейските медицински организации твърдо се противопоставят на

всяка промяна в определенията за "работно време" и "период на почивка". Многократно сме се противопоставяли на въвеждането на нови дефиниции за работно време, които се предлагат с намерението да се въведат различни дефиниции за "времето на повикване".

Това би изопачило същността на Директивата - защита на работната сила, като я превърне в обратното, тъй като би отворило възможности за работодателите да изискват от лекарите и сестрите твърде удължено работно време като комбинация на работа и "време на повикване".

Затова и Европейските медицински организации бяха напълно доволни от факта, че всички опити за поправка на ЕДРВ бяха осуетени от Парламента на ЕС.

Въпроси и отговори:

(а) Как бихме могли да развием балансирани и новаторски предложения относно организацията на работното време, които да придвижат въпроса напред след неуспешните дебати на последния помирителен процес? Каква е вашата дългосрочна визия за организацията на работното време в съвременната обстановка?

Съгласно понятието за "диагноза преди лечение", настояваме Комисията да анализира съществуващия материал по конфликтните въпроси на "защита" и "гъвкавост", преди да започне по-нататъшни комуникационни процеси. Няма нужда от допълнителна комуникация и дискусия. В контекста на защитата на работниците и ЕДРВ всичко вече е казано. Фактите са известни. В тази светлина трябва да се разглеждат отказът на Европейския парламент да последва "позицията на гъвкавост" на Комисията и крайният провал на последното предложение на Комисията.

(б) Как мислите, какво въздействие са оказали промените в начините на

работа и практика на приложението на Директивата? Дали някои конкретни клаузи не са се превърнали в старомодни или трудно приложими?

ЕДРВ оказва значително въздействие върху подобряването на работните условия в сектора на здравната помощ. Много от докладваните проблеми (случаите SIMAP-Jaeger-Dellas) възникват по-скоро от недостатъчно или неподходящо приложение на Директивата в националния закон от държавите-членки. В тези случаи хората трябваше да потърсят подкрепата на Европейския съд и я получиха. Естествено е повишаването на правата на работниците да доведе до реакции от страна на работодателите и призив за по-голяма гъвкавост. Обаче движещ импулс на Комисията за формулиране и приемане на ЕДВР през 1990-1993 г. беше точно разработката за гъвкавостта. Следователно постановленията на Европейския съд трябва да се разглеждат като недвусмислено потвърждение на първоначалната позиция на Комисията

организации. Обаче в светлината на фундаменталния политически проблем, с който се сблъскахме по време на дискусията на това предложение в миналото, не виждаме голям шанс за едно такова предложение.

(в) Какъв е досегашният ви опит от цялостното функциониране на Директивата за работното време? Какъв е опитът ви по отношение на ключовите въпроси, определени в част 5 на този документ?

Както вече бе казано, ЕДРВ наистина подобри ситуацията - макар в много страни все още да сме далече от оптималните работни условия. Отделната "възможност за изключение" се експлоатира масово в много държави членки като инструмент за заобикаляне на защитата на работниците. От друга страна, определенията за "работно време" и "период на почивка" се доказваха успешно при намаляването на цялостното работно време и подкрепата за по-добро съвместяване на личен живот и работа.

(г) Съгласен ли сте със съдържащия се в този до-

от държавите членки и институциите на ЕС. Той, обаче, е доста едностранчив в опита си да преувеличи проблемите и да подкрепи възгледите на работодателите за увеличена гъвкавост. Затова трябва да се зададе въпросът необходимо ли е да се продължава тази дискусия. Европейските медицински организации виждат като главен мотив желанието да се редуцира протекцията на работната сила и защитното ниво под предлог за "гъвкавост", за да се облекчи положението на работодателите. Това, следователно, променя характера на ЕДРВ от протекционистичен на икономически, на което Европейските медицински организации решително ще се противопоставят.

(д) Смятате ли, че Комисията трябва да стартира инициатива за поправка на Директивата? Ако да, съгласни ли сте с целите на преразглеждането, както са изложени в този документ? Какъв, смятате, че трябва да е обхватът му?

Не, вместо това Комисията трябва да изисква



при приемането на ЕДВР, а не като подтик за промяната ѝ.

Както и да е, има ясни признаци, че извършването на "възможността за изключение" е тежък проблем за работниците в много държави-членки, които съответно трябва да бъдат подкрепени от Европейските медицински

комитет анализ по отношение организацията и регулацията на работното време в ЕС? Смятате ли, че има допълнителни въпроси, които трябва да се прибавят?

Анализът на Комисията на ключовите въпроси дава явна обща представа за дискусията и тревогите, както са формулирани

спазването на съществуващата ЕДВР.

(е) Мислите ли, че други действия на ниво Европейски съюз, като изключим законодателните мерки, заслужават да бъдат разглеждани? Ако да, каква форма трябва да приемат тези действия и по какви въпроси?

ЕДРВ беше формулира-

на в една Европа от 15 страни. Не всички от новите държави-членки от сегашните 27 члена се подчиняват изцяло на правилата. Затова Комисията трябва да обмисли процес на привеждане на тези страни към стандарта посредством информация, подпомагане и убеждение. Европейските медицински организации не са убедени, че изправянето на държава-членка пред Европейския съд е истинско решение на един политически проблем.

(ж) Искате ли да се разисква започване на диалог по силата на чл. 155 от Договора за функциониране на ЕС (TFEU) по някои от въпросите от това обсъждане? Ако да, по кои?

Не, не сега. Ако обаче се стигне до диалог по силата на чл. 155, ще настояваме да вземем участие.

Подписали:

- Dr de Deus - Председател на Европейската асоциация на старшите болнични лекари (AEMH)
- Mr Knezevic - Председател на Европейската медицинска студентска асоциация (EMSA)
- Dr Nunes - Председател на Conseil Europeen des Ordres des Medecins (CEOM)
- Dr Wetzel - Председател на Европейската федерация на лекарите на заплата (FEMS)
- Dr Radziwill - Председател на Постоянния комитет на европейските лекари (CPME)
- Dr Bollen Pinto - Председател на Постоянната работна група на европейските младши лекари (PWG)
- Dr Pruckner - Председател на Европейската работна група на практикуващите и специалистите на свободна практика (EANA)
- Dr Caixeiro - Председател на Европейския съюз на общопрактикуващите/семеините специалисти (UEMO)
- Dr Fras - Председател на Европейския съюз на медицинските специалисти (UEMS)

Д-Р ИВАН БОГОРОВ – ЖУРНАЛИСТ, КНИЖОВНИК, ПРОСВЕТИТЕЛ И ЕЗИКОВЕД. НО И ЛЕКАР

Доц. д-р Маруся Петкова, дм

Иван Андреев Богоев, познат още като Иванчо Андреев, но останал в българската история като **Иван Богоров**, е роден през януари 1818 г. в Карлово и умира на 74-годишна възраст в София. Завършил карловското гръцко училище при Райно Попович, той заминава в Цариград да учи в черковното школо в Коручешме. Споделяйки идеята, че "требува да направим първом Българи и сетне България", се отправя в Одеса да изучава Славянски в Ришельовската гимназия (1837). Работата му на издател започва през 1841 г. с отпечатването на българския герб, след което прави една "опознавателна" обиколка през Букурещ, Свищов, Велико Търново, Габрово, Изворник (Казанлък) и се установява за една година като учител във Вега Загора (Стара Загора). Там написва първата граматика на българския език и я отпечатва в Букурещ със заглавие "Първичка българска граматика" (1844), преиздадена трикратно. После учителства и в Шумен (1852-1853).

Любознанието го отвежда в Липиска (Лайпциг) и с финансовата помощ на учили там българи-търговци е студент по естествени науки - химия (1845-1847). Докато учи в Немско, основава и на 20 април 1846 г. издава бр. 1 на първия български вестник

Българският орелъ

- "известникъ граждански, търговски и книжовен", от който излизат 3 броя. С това студентът Иван Богоров става "бащата на българския вестник", както го определя акад. Ст. Младенов. Георги С. Раковски дава най-вярната характеристика за ентузиазирания, безкористен и изтощителен труд на Богоров от онова трудно време: "Богоров се труди и денем, и нощем сам, пише, тича в печатницата, по пощи, а няма пари за най-необходимото и задлъжнява на този и онзи заради народното дело". Останал без средства, той се настанява в Цариград, където основава "българска типография" и издава "журнал по име "Цариградски вестник" (1848-1850).

Три години по-късно заминава за Париж да учи медицина (1850-1858)

В Историческия архив към Народната библиотека "Св. св. Кирил и Методий" (БИА-НБКМ) е запазено писмо от 19 август 1855 г. (док. № 119) от Христо Георгиев до Иван Богоров, в което му съобщава, че е научил, че му остават още две години, за да завърши медицинското си образование в Париж, за което заедно с брат си Евлоги Георгиев ще го подпомагат финансово. В същия архив се съхранява и оригиналът на Досието на студента по медицина Иван Богоров от учението му в Медицинския факултет, Париж, на френски език. По време на Кримската война (1853-1856) е преводач

и кореспондент във френската армия.

С лекарската диплома в джоба д-р Иван Богоров отива в Цариград (1858), където е лекар, журналист, преводач и издател. Интерес представляват и още някои документи, които са свързани с лекарската му практика и се намират в цитирания архив - БИА-НБКМ. Те показват желанието на българските първенци в Татар Пазарджик в града им да прави лекарската си практика завършилия в Париж д-р Иван Богоров. Документ № 203 е писмо от пазарджишки първенци до Найдено Герев в Пловдив от 29 май 1859 г., в което изказват желанието си д-р Иван Богоров да работи като лекар в Пазарджик и, ако приеме, "необ-

Има хора, които съдбата изпраща в политическия и интелектуален водовъртеж на определена епоха и с това запечатва в историята техните имена. Епохата е българското Възраждане, а едно от имената е на д-р Иван Богоров - лекар, книжовник и просветител от XIX век. Енциклопедична личност - освен лекар, той е родоначалник на българското вестникарство, автор на първия български пътепис, радетел за чистотата на родния ни език, речникар, журналист, издател и писател. Образец на просветител-идеалист, кротък и благ, наивник и чудак.

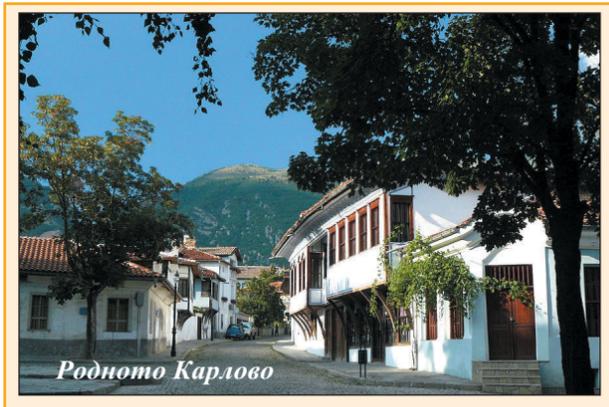
НБКМ е писмо от 14 май 1875 г., изпратено от Иван Богоров до Иван Говедаров, че е във Виена във връзка с отпечатването на "Селският лекаръ", за да покани някои спомоществатели. Книгата е отпечатана същата година в Българската печатница на Янко С. Ковачев във Виена. Тази малка книжица е учебник за самолечение, в който по азбучен ред са подредени много болести с тяхната симптоматика и с упътвания за лечението им. Д-р Иван Богоров отделя място не само за начините "как да познаваме болестите", но и на актуалния и днес проблем "как да си вардим здравето" със

езикова енциклопедичност, който ползва богатството на чуждите езици, за да развива и "новобългарски". Лекарят Иван Богоров е съставител на **първия Френско-български (1869) и Българо-френски (1871) речник**

- двутомник, издаден от книгопечатницата на Л. Сомеров във Виена. Работата по речника сигурно е създала определени "мъчнотии" на автора и издателя: единият език е "от векове обработен", а българският, както и цялата ни култура векове са стояли на едно място, народът ни не е имал една "разширена книжнина", та е трябвало да се събира "речь по реч от народни уста".

Основната част на речника съдържа всичките "речи" с всичките им значения, които се намират в най-новото тогава издание на Френската академия за френския език. Така чрез френския Иван Богоров събира на "едно място речите на бащиният наш език".

Ревността му към чистотата на българския език е освободила речника от много чуждици (макар да се чувства известно влияние от френския, черковнославянския и руския) и преди всичко - от характерните за тогавашния ни говор турцизми. Освен това авторът е успял повече или по-малко да подбере и наложи сполучливи еквиваленти, които са влезли трайно (и до днес!) в книжовния и говоримия български език. Малцина знаят колко много са думите, въведени от лекаря д-р Иван Богоров в сегашния български език. Само няколко примера - предимство, обноска, приемлив, книжнина, ча-



Родното Карлово

хотимо е да отиде там с лекарства или да отвори аптека, тъй като в града няма такава". Док. № 205 е писмо от същите автори, от 3 юни същата година, които известяват живеещите в Цариград пазарджиклии, че очакват д-р Иван Богоров, който е поканен официално като лекар. Независимо от тяхното желание през 1859 г. той се установява като лекар в Пловдив, а на следващата година открива и аптека (1860). Освен лекар тук е и издател на

съвети, както днес бихме се разрили, по превантивна медицина и профилактика.

Лекарят д-р Иван Богоров е автор и на първия пътепис в историята на българската литература - през 1868 г. той публикува "Няколко дена расходка по българските места". Пътепис, от който блика непринуден мек хумор, жизнелюбие, дори мнения и идеи как биха могли да се преодолеят "ориенталската леност и немара, та и у нас да стане по-европейски-



Като словотворец д-р Богоров въвежда нови за българския език думи и по журналистиката - вестникъ, вестникаръ, коректоръ, коректура, кореспондентъ, журналъ, макулатура ("заплесканъ печатанъ листъ"), статия, журналистъ, редакция, редакторъ, издателъ, издание, публикация, публицистъ, литературъ.

Речникът съдържа и повечето "научни речи", които се употребявали тогава в науката, занаятите и търговията. Интерес представлява медицинската терминология. Знае се, че голяма част от българските лекари са получавали академичното си медицинско образование във френско говорещите страни - Франция, Белгия, Швейцария, където е запазена вековната традиция научен език да е латинският. Въведената от д-р Иван Богоров в най-първия за България Френско-български речник научна медицинска терминология така перфектно е адаптирана към българския език, че тя ни служи и днес! Дадени са термини по:

- **Анатомия** (анатомически, артерия, става, нервъ - живецъ, чувствена жила, бяла дробъ - белодробъ, слепване - аглутинация, синя жила - вена, кръстечна кость, всичкыте телесны мьшци, фибра)
- **Хирургия** (лекар хирургъ, хирургически, цистотомъ, ампутация, присаждане - трансплантация, скалпелъ - лекарско ножче, операция.)

- **Фармакология** (фармацевтика - наука за правене лекове, билиринъ - фармацевтъ, (о)чистително, хлороформъ, противоотровень)
- **Медицинска химия** - дадени са публикуваните през 1869 г. 65 елемента от таблицата на Дмитрий Менделеев (кислородъ, магний, калций, хромий, никель, медъ, сребро, злато, живакъ, алуминий - глиний, фосфоръ - светоносъ, хлоръ, йодъ, йоденъ, водородъ, натрий, калий, азотъ - селитрородъ, реторта, стъкленница)

- **Патология**, симптоми и болести (злокачественъ, хроническо състояние, хронически - дълговремененъ, меланхолия, охтикъ, охтичен - туберкулозно болен, ракъ, самоубийство)
- **Медицински специалности** (кардиология - наука за сърдцето, фитология - тревопознание, фармакология - наука за

лековете, броматология - наука за храните, етика - нравоучение, ангиология - наука за цевните жили, антропология - наука за човекътъ, физиология, статистика, водоцерение, терапия - терапевтика, черение болести, терапевтъ)

- **Общомедицински термини** (лекаръ - докторъ, церителъ, родопомагателенъ лекар - акушер, медицинский факултетъ, бакалавръ, температура, амплитуда, анализъ, естетика, храна, яденіе, кърмене)

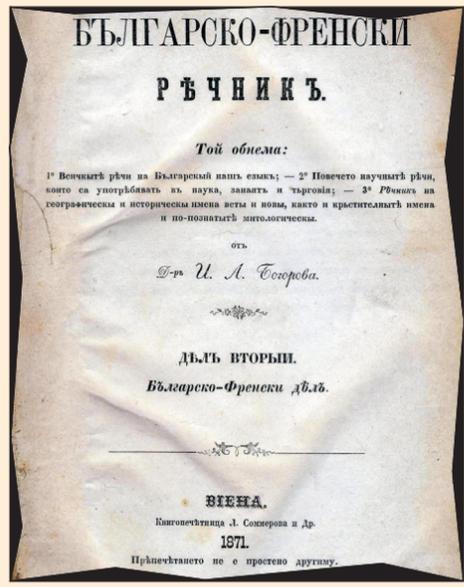
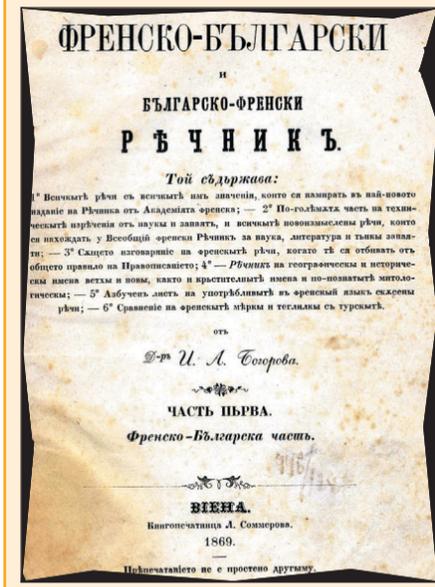
Има и някои любопитни и не дотам обясними днес термини, като извънмерно пиканіе - диабет, гушленска поризница - алантоис, черчавъ подъ болень - болничен чаршаф, бледна или девическа немощъ - хлороза, тифъ - сярра, гръдна водна болестъ - хидроторакс, дутя - цинк, тьяфна дробъ - черен дроб.

Богато и стойностно е публикуваното творчество на д-р Иван Богоров. Богата и стойностна е и неговата издателска, журналистическа и езиковедска дейност. Списваните от д-р Иван Богоров вестници, както и авторските му книги се издават в Цариград, Лайпциг, Виена, Одеса, Будапеща, Белград, Букурещ, но за разлика от публикуваното научно творчество на д-р Петър Берон всички те са на български език.

Привърженик на идеите за просвещение, д-р Иван Богоров не се включва нито в революционната борба, нито в тази за независима българска църква, но делата му съвсем не са по-малостойни. Та той е лекар-доброволец в Сръбско-турската война в град Явор, Сърбия (1876), за което е награден със сръбския орден Такова, а през Руско-турската война (1877-1878) е лекар и преводач в щаба на руското командване.

След Освобождението правителството, към края на живота му, отпуска една прилична пенсия на д-р Иван Богоров. И научната общественост оценява по достойнство неговата книжовна, издателска, писателска, просветителска и народополезна дейност и през 1884 г. го избира за почетен член на Българското книжовно дружество (сегашната БАН).

Д-р Иван Богоров умира от апоплексия в Александровската болница на 20 октомври 1892 година.



списанието "Журнал за наука, занаяти и търговия" (1859-1861). В Пловдив написва единствения си медицински труд

„Селският лекаръ“

Парите никога не са били благоразположени към д-р Иван Богоров. Док. № 806 от БИА-

ко", поднесени на чист, свеж и красив книжовен български език.

Името на д-р Иван Богоров се свързва предимно с дейността му като "бранилик" на българския език и словотворец. Ученето в Цариград, Русия, Германия и Франция го определя и като полиглот, и с

калния, дъждобран, забележка, часовник, пратеник, четец, дейност, отговорник, разноски, цветарник. Той налага и някои народни думи, с които замества употребяваните тогава турски или руски - молба, смет, гледка, печалба, верига, почит, кълка, багрило, заможен, бележит, залог.

Както съобщихме в миналия брой, Валери Петров, големият български поет с диплома на лекар, бе удостоен с почетния знак на Българския лекарски съюз - последният 90-годишния му юбилей. Отличieto връчи председателят на съсловната организация д-р Цветан Райчинов в присъствието на тесен кръг лекари в скромната зала на централния офис на БЛС. И както обещахме в миналия брой, публикуваме споделеното от почетния гост пред медиците.



Из Juvenes dum sumus

6

Не ще изкараш. Всичко туй тѣй мъчно се запомня!
Усещаш, просто мозъка задържа го едвам!
Ти нищо не разбираш в учебника тритомния,
прелистваш, търсиш в стария атлас по анатомия
и най-подир откриваш забуленото сам.

1943, София



Валери Петров:

ТРЯБВАТ НИ ТРИ ПЕДИ ВРЕМЕ, ЗА ДА ЗАПОЧНЕМ ДА НАДПРЕВАРВАМЕ КОЛЕГИ В ДРУГИТЕ СТРАНИ

Усещам се почти гузен, така да се каже, защото наготово ми е дошло от семейството много и много. Чак по-късно разбирам колко стартът е важен. Майка ми е учила в Швейцария френска филология и беше гимназиална учителка по френски език. Така че италианското училище, френският език на майка ми, немският на баща ми - всичко това направи от мене един доста добре подготвен филологически, езиково, така да се каже, млад човек. Италианското училище дава латински език, дава много, чувството за езика, учихме дори и гръцки език. Завърших италианското училище и трябваше да продължа нататък. Не бях много "профилиран".

Започнах с рисуване всъщност. Гимназията изкараха с обич и пристрастяване към живописата. Баща ми, самият професор Меворах, беше един, така да се каже, сбъркан юрист - много прочут като адвокат и много известен, но душата му клонеше към изкуството и той ми го предаде, той главно ме насочи към живописата, към театъра, към книгите. Например като прочетох "Тримата мускетари" на български - разбира се, аз бях едновременно и Д'Артанян, и Атос, и Портос, той ми подсказа, че имало продължение, и то две, само че били на френски. И се получи така, че започнах да чета, за да разбера какво е станало по-нататък, и когато завърших единия от романите, вече можех не да говоря, но да чета доста свободно френски. И оттам нататък вече беше по-лесно.

Като тръгнах да избирам какво да ми е висшето образование, много чичовци, вуйчовци имах лекари и може би и това повлия на избора. А може би най-важното бе, че в италианското училище имаше други балове, други бяха степените на успеха - оценки до 10. При пренасянето им към българските - бях добър ученик, но все пак няколко деветки имах - 10 и 9 се считаха за 6, т. е. отличен. А Медицинският факултет беше много елитен, там се влизаше най-

трудно, с най-високия бал. Как да не използваш високата си бал. Може би и това е играло роля.

Така или иначе, учих медицина усърдно и сериозно. Аз съм човек, който не върви за поет, така да се каже, и затова смея да се похваля, че съм много трудолюбив и педантичен дори. Учил съм добре и сериозно медицината. Разбира се, бях неподготвен като всички завършили тези пет години, знаех само хартиени неща, а практика не. Вие всички сте го изпитали.

Кои професори помните от студентските години? (въпрос на д-р Димитър Ленков)

Преди всичко си спомням Киркович, помня го с френската школа, с отмерени думи, изключителен преподавател, обаятелен човек. И да не ми бяхте задали въпрос, пак щях да говоря за него. Той издаваше едни книжки - всяка за една болест - със заглавие "Диабет" например и помня, че

Варна, баща ми е д-р Петър Хавезов и някога двамата бяхте приятели. Виждайки сега Вас, си спомням за него. Желяя Ви много здраве! (Реплика на доц. д-р Лиляна Хавезова).

Педиатър ли беше? След това от фамилията имаше ли лекари, но не педиатри?

Кирил Хавезов, те са двама братовчеди (доц. д-р Хавезова).

България е малка...

Та, такива неща. И после около 9 септември - 1944-та ни беше последната година в университета и такива добри студенти като мене се отпуснаха, защото при бомбардировките в София факултетът беше пренесен в плевенските села, учехме, колкото да се изкара изпитът. Усещам, че край на един период завършва и че идва друг. Всички асистенти ни помагаша много. Спомням си как по хигиена - вие знаете, аз съм забравил - имаше апарати, трябваше да се работи на прак-

тата е, че Девети септември, войната - всичко това ме увлече, аз вече всъщност бях започнал, бях направил литературния си дебют, а той за нашето поколение беше силен. Четирима-петима поети - Александър Геров, Богомил Райнов, Александър Вутов - в "Златорог" го прекръстиха на Вутимски, чували сте, той рано почина от туберкулоза, от която беше болно цялото му семейство.

Искам да кажа, след този мой поетичен дебют, практикувах четири-пет месеца във Военната болница, в инфекциозното отделение - беше почти първи истински контакт с медицината. А после трябваше да стана участъков лекар - можеше да се избора мястото и аз избрах Рилския манастир, като си представях, че там ще се затворя в една килия и ще си пиша стихчетата. Оказа се обаче, че те имат грамадно стопанство и пациенти по хирургическа линия постоянно идваха. А

занимавал с миналите времена.

А какво мислите за съвременната медицина? (въпрос на д-р Димитър Ленков)

Какво мога да мисля, като не я познавам. Само знам едно, че като ме питат какво ми е останало, казвам почти нищо - тя е избягала, аз съм обърнал гръб.

Питам за ситуацията у нас в момента... (д-р Ленков)

О, Боже! Усещам колко горчиви са нещата - само това мога да кажа. Нападките срещу лекарите, не бих казал, че ги приемам срещу мен, но ги усещам по-силно, отколкото друг, който съвсем нищо не знае за лекарската професия. Не професия, а мисия. Горчиво е - реформи. Ще сбъркам, ако кажа каквото и да е. Но знам едно, че е трудно да се отговори какво стана не само с лекарското съсловие, с всичко какво става. Мисля си, че навремето не бихме си представили, че може такава рухване например в областта на културата да се случи. Ужасно нещо, свързано с етиката у хората, с основните ценности. Нещо като ужасно лоша жестока приказка. Много страшно. Дано приказката все пак да има щастлив край... Но като ме питат накъде, не мога да кажа нито една дума. Все пак си казвам, не може да трае много дълго, не може да свърши така - имаме гени, да го кажем на вашия език, у себе си и те са показали, че българите имат качества - трудолюбие, гостоприемство, топлота. Виждал съм в чужбина - там хората са по-студени, защото отечеството се различава като дух. И те го казват, те го признават, усещат колко сме будни, работливи. Като излезем навън, малко ни трябва, три педи време, за да започнем да надпреварваме останалите колеги в другите страни.

Благодаря ви за засвидетелстваното уважение!

Ние ви благодарим, че бяхте между нас и се надявам пак да се виждаме. Всичко хубаво! Здраве и дълголетие (д-р Райчинов).

Дано да потръгне!



като учех по тези книжки, все търсех нещо да не е казано точно, но нямаше. Имаше някаква невероятна прецизност в структурата на преподаването. Помня го с голямата показалка, ужким да посочва, а се подпираше понякога. Възрастен човек, а сега аз съм по-възрастен.

Ако позволите да Ви кажа, много ме вълнува срещата с Вас. Аз съм от

тическият изпит и асистентът казваше: "Сега от тази епруветка в другата, после от онази..." и го правехме, но когато дойдох да обясним какво сме направили, не успяхме. Но понеже и професорите бяха вече в съзаклятие с нас, минаваше. Помня, че някои изпитвах в ресторанта или навън. Такива неща... Не го схващайте като извинение за бягството от медицината. Рабо-

за младия лекар хирургическа практика е нещо притеснително. Младост!

А после вече не можеше да се седи на два стола и по-силното увлечение надви. Но нещо ми остана от първата професия.

Със сигурност медицината е загубила, но пък всички останали печелят. (Реплика на д-р Цветан Райчинов)

Не знам. Стига съм ви

