

QUOVADIS

ЛЪТОПИСИ
НА
ЛЪКАРСКИЯ СЪЮЗ
ВЪ БЪЛГАРИЯ

София, година XI, брой 7-8, петък, 6 август 2010 г.

Национално издание на Българския лекарски съюз www.blsbg.com

Над 7 хиляди medici от 28 центрове
и филиали настояват:

СПЕШНО ЗА СПЕШНАТА ПОМОЩ!



- БЛС доведе при докторите от линейките депутати, експерти от здравното министерство и синдикалисти

- На специална среща в централата на съсловната организация се обсъди сигурността и финансирането на спешните звена

на стр. 5

- Докога ще сме буфер при всеки опит за реформа, питаха лекарите

В това време

НАД 6 МЛН. ЛЕВА
СА НАСОЧЕНИ
по проект на европрограма към спешното
лечение и чакат от 2009 година...



Публикация
за проекта -
на стр. 19

СПЕЦИАЛЕН ГОСТ

Проф. д-р Илия Попилиев:
КАТО ПОМАГАШ НА
ДРУГИТЕ, ДОСТАВЯШ
РАДОСТ И НА СЕБЕ СИ...

на стр. 11

НОВА КНИГА

Проф. д-р Цекомур
Воденичаров
10-ТЕ ПРИНЦИПА
НА МЕДИКА И
МЕНИДЖЪРА
или света на асоциативното
и интегрално мислене



на стр. 27

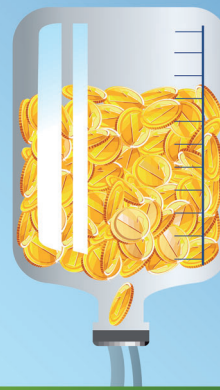


ЛЯТО, ЛЯТО...

Къде и как летува лекарят?

на стр. 16-17

Прелейте средства на
Вашата практика



Пакет Медици

Емпорики Банк - партньорът
на Българския лекарски съюз

www.emporiki.bg

Emporiki Bank
CRÉDIT AGRICOLE GROUP

**БЛС
ПРЕПОРЪЧВА
ДА НЕ СЕ
ПОДПИСВАТ
АНЕКСИ КЪМ
ДОГОВОРИТЕ**

на стр. 2

ХОМЕОПЛАЗМИН® МАЗ



охлузване...
напукване...
протриване...



Поддържаща терапия
при увредена кожа,
охлузване, посичане, напукване...

Хомеопатичен лекарствен продукт.
Не се прилага при деца под 3 годишна възраст.

Без лекарско предписание.

За пълна информация: БОИРОН БГ
1407 София, жк: Южен парк, бл. 28, вх. А, ап. 6
тел. 963-09-06, 963-09-06; факс 963-45-00

LABORATOIRES
BOIRON

КУП № А. 1371/15.04.2010

Здравната каса въвежда лимити и за болниците

Българският лекарски съюз препоръчва на болничните директори да не подписват анекси към Националния рамков договор, тъй като с тях здравната каса отново се опитва да наложи делегирани бюджети и по този начин да лимитира дейността на лечебните заведения. Предлаганите анекси съдържат сериозна редукция на средствата, предупреждават от съсловната организация /виж карето/ и припомнят, че това представлява нарушение на договореностите по НРД-2010.

НЗОК искаше да въведе делегирани бюджети в болниците още преди няколко месеца, но лекарите и пациентите протестираха и след среща с премиера Бойко Борисов беше решено да се потърси алтернативен вариант. БЛС предложи да има прогнозни бюджети и след проверка на отчетената дейност, тя да се заплаща от касата изцяло, както досега. Депутатите обаче не записаха подобни текстове при актуализацията на бюджета на касата и институцията въвежда ограниченията от август. Според БЛС анексите обричат болни-

ците на фалит.

В продължение на половин година здравната каса бавеше плащанията към лечебните заведения. УМБАЛ "Георги Странски" в Плевен например има да получава 5.5 млн. лв. за извършена дейност от март досега, съобщи председателят на РЛК д-р Венцислав Грозев. "Не приемам делегираните бюджети, при тях не може да се говори за качество на медицинските услуги, заявя той. Според него след като разходите по лечението на пациентите се докажат, касата трябва да ги плати.

Според д-р Церовски, председател на РЛК в Перник, ако днес и утре директорите не подпишат анексите, то все пак някога ще ги подпишат, принудени от обстоятелствата, защото в противен случай няма да могат да дадат заплати на персонала си. Затова не е коректно решението на проблема да се оставя в ръцете на директорите - те са проводници на държавната политика, смята лекарят. Необходимо е да се потърсят решения в по-широк кръг. Един разширен Национален съвет би намерил приемливо решение, убеден е д-р

Церовски.

Директорите на болници протестират, защото не знаят какво ще правят след изчерпване на делегирания бюджет за съответния месец. Затова те поискаха от касата да обясни по какви критерии да приемат някои болни, а на други да откажат лечение или да ги карат да си плащат. "Това, което се прави, е ликвидация на здравеопазването, защото достъп до болница ще има само този, който успее да се вреди докато има пари", коментира председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов.

Протестите на лекарското съсловие през март и април бяха потушени с обещания за редовни плащания и повече средства за сектора, като с решаването на проблема се зае лично премиерът Бойко Борисов. Действително с актуализацията на бюджета бяха отпуснати 220 млн. лв. допълнително на касата, но всички останали обещания не бяха изпълнени. В график бяха изплатени парите на личните лекари и специалистите, но не и на болниците.

Предстои Национален съвет на БЛС на 13 август.

БЛС ПРЕПОРЪЧВА ДА НЕ СЕ ПОДПИСВАТ АНЕКСИ КЪМ ДОГОВОРИТЕ

Писмо до регионалните лекарски колегии

Уважаеми колеги,
във връзка с постъпила в БЛС информация за покана от страна на НЗОК към всички болнични заведения от страната за подписване на Анекс към индивидуалните договори за м.август, които съдържат сериозна редукция на средствата, моля да уведомите директорите на болничните лечебни заведения от вашия регион за следното:

- Поради липса на Анекс към НРД-2010, който да регламентира намаляване на обемите и средствата за извършена медицинска дейност по кл.пътеки, БЛС препоръчва да не се подписват анекси към индивидуалните договори, тъй като това представлява нарушение на договореностите по НРД-2010. По същество се нарушава рамковото договаряне, като се прави незаконен опит за подмяна на основния рамков доку-

мент НРД-2010. Подписването на подобни анекси би било неморален акт, който засяга договорени на национално ниво принципи.

Моля да уведомите и колегите от извънболничната помощ /ПМП и СИМП/ да не подписват санкции за превишени регулативни стандарти, което е заложено в Преходни и заключителни разпоредби на НРД 2010, параграф 10. В него се казва, че в случаите на констатирани нарушения, извършени до 30.12.2009 г. през периода на действие на предходния индивидуален договор с изпълнител на медицинска помощ, глоби и имуществени санкции се налагат по реда на ЗЗО. За 2009 г. наложените санкции могат да бъдат оспорвани, тъй като се базира на практиката за медицинска целесъобразност.

Председател на УС на БЛС
Д-р Цветан Райчинов

НЗОК ДА НЕ ПРОМЕНЯ ЕДНОСТРАННО РАМКОВИТЕ ДОГОВОРОНОСТИ

Писмо до директора на Касата д-р Нели Нешева

В писмото, подписано от председателя на съсловната организация д-р Цветан Райчинов, четем:

Във връзка с получени сигнали в БЛС от редица болнични заведения за предприети действия от страна на НЗОК, с които Ваши служители приканват директорите за подписване на Анекс към индивидуалните договори за м.август, Ви моля най-наистинно да преустановите незабавно тази практика. Подобно искане от ваша страна не почива на никаква нормативна база, няма законови и правни аргументи, с които можете да промените рамковите договорености между БЛС и НЗОК. Делегирани бюджети не означава намаляване на цените на клиничните

пътеки, които са определени и се заплащат според чл.216 от НРД 2010. Вие не можете да промените едностранно тези договорености, и то със знак "надолу", следователно не можете да предлагате никакво допълнително договаряне, различно от вече подписаното. В чл. 220 от НРД 2010 е регламентирано и заплащането на изпълнителите на болнична помощ, което е функция от подписаните параметри на клиничните пътеки и в случая също се нарушава.

В тази връзка, е недопустимо и да се отправят заплахи към директорите /ако това е така/, че ако не подпишат анексите, няма да им се изплатят изработените средства за предходни месеци, или ще им бъдат прекратени договорите с

НЗОК.

Моля да бъдат спазвани законите и нормативните актове, които уреждат взаимоотношенията между изпълнителите на болнична помощ и НЗОК. БЛС който защитава правата на българските лекари, ще използва всички механизми за тяхното отстояване. Вече беше изпратена препоръка до регионалните колегии, в които призоваваме отговорните ръководства на болниците от цялата страната да не подписват незаконосъобразните анекси.

Вярвам, че ръководството на НЗОК ще предприеме необходимото, за да преустанови своевременен неправомерните действия на своите структури. Вярвам, че и занапред двете институции ще останат добри и коректни партньори.

Парламентът приел 67 закона за три месеца

Министър Анна Мария Борисова е в челната тройка по зададени към нея депутатски въпроси

Народното събрание е приело 67 закона и 57 решения за трите месеца от април до края на юли.

Това показва справка за работата, свършена от 41-вото НС в третата сесия от началото на мандата му. Данните бяха публикувани на сайта на парламента и от тях става ясно, че две трети от законопроектите, внесени в деловодството на Народното събрание, са депозираны от Министерския съвет.

Денонощие и половина е отнел парламентарният контрол. Депутатите са прекарвали в препитване на шефовете на ведомства 38 часа и 24 минути. Зададени са 396 въпроса и 62 питания, като най-голям е бил интересът към вице-премиера и финансист №1 Симеон Дянков. Той е отговорил на 38 депутатски въпроса. Следват го регионалният шеф Росен Плевнелиев и здравният министър Анна Мария Борисова.



ЛЕКАРСКИЯТ СЪЮЗ ИСКА 900 ЛЕВА ЗАПЛАТА ЗА СПЕЦИАЛИЗАНТИТЕ

Не по-малко от 80 % от средната лекарска заплата за страната трябва да получават специалистите, заяви председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов на среща при обмудмана. Това е минимум 800-900 лева. И не може специалистът да не получава всичко необходимо към тази заплата - стаж, осигуровки и т.н. Не може да има друга форма освен трудов договор, подчерта председателят на съсловната организация.

На срещата присъстваха представители на Сдружението "Български лекари за европейски стандарти на специализация", което бе учредено с подкрепата на БЛС.

Лидерката на тази нова формация д-р Даниела Петрова отбеляза, че след като многократно са поставяли проблемите си пред инстанциите, свързани със здравеопазването, единствено Лекарският съюз е реагирал и подкрепил исканията им.

В миналия брой публикувахме подробна информация за създаването на Сдружението.

На срещата при обмудманата те отново разказаха за своето "ходене по мъките". Присъст-

ваха и шефове на болници, както и представители на пациентски организации. Неслучайно обмудманът бе формулирал темата на разговора "Специализацията на медиците - в защита на правата на пациента".

90 на сто от специалистите работят на други места, за да могат да се издържат, отбеляза секретарят на сдружението д-р Спартак Вълев, който специализира онкология в болница по онкология. "Фармацевтични компании и половината аптеки са захранени със завършили лекари. Не зная дали това е добре, защото става въпрос за времето, когато хората трябва да четат и да се квалифицират", сподели д-р Вълев.

Директорът на университетската болница в Плевен д-р Димитър Стойков обясни, че в момента статуквото е такова, че на младите лекари не е позволено да извършват медицинска дейност, въпреки че са завършили медицина. Само за март болницата е глобена за подобни "нарушения" с 20 хиляди лева. Другият проблем е, че болницата не може да си позволи да обучава голям брой лекари поради липса на средства.

СКРЪБНА ВЕСТ

Внезапно ни напусна нашият скъп приятел

Д-р Валентин Пасков
(1953 - 2010)

Отиде си една голяма човешка душа - добър и предан, с чувство за хумор, с ирония към дреботемията, професионално отдаден, и житейски освободен... - духът на един бонвиван!

Почивай в мир, скъпи приятелю! Ще останеш с нас до края на дните ни.

СЕМЕЙСТВА: Д-Р АНГЕЛОВИ, Д-Р ГУГАЛОВИ, Д-Р ХИНКОВИ, Д-Р ШУМКОВИ

СКРЪБНА ВЕСТ

На 12 юли 2010 г. Внезапно почина

Доц. д-р Димитър Панчев Димов, дм

Доц. Димов е роден на 17 януари 1937 г. Завършва ВМИ-София и специализира кардиология. Дълги години работи като кардиолог във Военномедицинска академия и е преподавател в Медицинския колеж "Й. Филаретова" - София. От 1990 г. полковник от резерва д-р Д. Димов завежда клиниката по кардиология в УМБАЛ "Лозенец".

Колеги и приятели, студенти и пациенти няма да забравят неговата човешка отзивчивост и висок професионализъм, лекторското му изкуство и научното му творчество.

Поклон пред светлата му памет!

ПРЕДПОСЛЕДНО

МОЖЕ БИ НЯКОИ ЧАСТНИ СТРУКТУРИ ЩЕ ОСТАНАТ ПОД ПОКРИВА НА ДЪРЖАВНИТЕ ЛЕЧЕБНИЦИ

За евентуалното снизхождение към някои частници съобщи председателят на парламентарната здравна комисия Десислава Атанасова - пред „Неделя 150“ на Българското национално радио. Тя каза: Може би лечебни заведения, които не извършват същата дейност (като в

формулира мотива на министър Анна Мария Борисова за изгонване на частниците от територията на държавните заведения така: да се ограничи финансовият ресурс към здравните частни заведения. Още повече, че кардиологичните пътеки са най-скъпи.

Това е отговор на

менни лечебници.

Драмата не би била по-малка и за далеч по-скромни лекарски практики, подслонили се преди години под държавен покрив като наематели и изградили престиж и контакти с пациентите си. Разбира се, всичко ще се отрази върху достъпа и качеството на лечение

Всъщност, възстановява се текст, отпаднал под натиска на БЛС - забрана на държавни лечебни заведения да имат на територията си частни. Това означава ликвидация на всякакво публично-

- БЛС е срещу изгонването на частниците
- Най- остро скочиха кардиолозите
- Окончателен отговор от управляващите ще има през есента

ВЪПРОСЪТ

Проф. д-р Младен Григоров, представител на частни кардиологични лечебни заведения:

Чувствам се унижен, че съм лекар и ме управляват чиновници, които предлагат такъв текст. Вместо да се занимават с това, питам: Защо в продължение на пет месеца известен професор, експредседател на европейска кардиологична асоциация, не получава от министерството на здравеопазването разрешение, че може да работи в България?



Частни лаборатории се разположени в не една държавна болница

съответното държавно заведение), а допълваща, ще останат. И нарече това новина. Предпоследна новина, уточняваме, защото стана ясно, че след парламентарната ваканция, най-рано през септември, ще се гледа Законът за здравето с предложенията за изменение и допълнение. Г-жа Атанасова

кардиолозите, някои от които скочиха много шумно след тиражирането на проекта за промени в закона. Те са инвестирали най-много средства в собствените си лечебни структури - не само заради скъпата модерна апаратура, а и за да превърнат запустяни терени и рушащи се помещения в съвре-

на пациентите, в чието име уж все се правят реформи...

Както отбелязахме в миналия брой, на Националната конференция на БЛС председателят на съсловната организация д-р Цветан Райчинов информира за готвената промяна в Закона за здравето и в Закона за лечебните заведения.

частно партньорство, подчерта д-р Райчинов.

Ако наистина, макар и е основание, се приемат изключения, за които и да е частни структури, трябва да се запитаме: по какви критерии и кой ще ги определи? И още: няма ли да се създадат пролуки за лобиране, а

и за корупция, вече питат някои... Каквито и поправки да се правят в неотговарящ на потребностите текст, той няма да стане приемлив за реалността.

Ако авторите на тази поправка я смятат за антикризисна, очаква-

нията им за съществени икономии едва ли ще се осъществят, според лекари не само от частни здравни структури.

И така реформата върви напред-назад, напред и пак назад. И посоката е неясна...



В големите лечебни заведения има терени за отдаване под наем

ДИАЛОГ В ЕФИРА

Десислава Атанасова - председател на парламентарната здравна комисия:

Ще се създадат противоречия в нормативната база, която урежда разпореждането със собствеността

Десислава Атанасова: Бих искала да коментирам точно тези три спорни параграфа, които целят промяна в Закона за лечебните заведения. Единият параграф е по отношение на лечебните заведения, медицинските центрове, медико-диагностичните, лабораториите и т.н., където с промените се въвежда забрана - в лечебно заведение за болнична помощ да могат да осъществяват дейности единствено тези лечебни заведения, които изброих, ако единичен собственик на капитала в тях е лечебното заведение, на чиято територия те се намират. Вторият спорен текст касае тези, за които говори професорът. (Проф. д-р Младен Григоров) На територията на държавно

или общинско лечебно заведение за болнична помощ да се осъществява само дейност от друго лечебно заведение, също ако е само държавно или общинско. И третият спорен текст е по отношение на физическите и юридическите лица, които желаят да създадат лечебни заведения, това да става след изричното съгласие на министъра на здравеопазването, в случай че те ще се финансират от републиканския бюджет или от бюджета на НЗОК. Именно тези три текста обсъдихме с премиера, с цялата изпълнителна комисия...

Водещ: Кога?

Десислава Атанасова: Ами през тази седмица, съвсем в края.

Водещ: Т.е. вчера да кажем?

Десислава Атанасова: В петък мисля, че беше. Защото наистина, аз изказах едни чисто правни аргументи, знаете, че аз съм юрист, не съм лекар, и виждам, че с тези текстове биха се създали



редица проблеми, и те биха довели до противоречие в нормативната база, която урежда разпореждането със собствеността. А именно, например със Закона за местното самоуправление и местната администрация и с Конституцията, които ясно дефинират, че е общинската собственост биха могли да се разпределят единствено местните власти или общинските съвети. Не е възможно в закон за лечебните заведения, който е специален по

отношение на дейността и структурата на лечебните заведения, да се правят промени в други закони, противоречащи всъщност норми. Така че стигнахме до извода, че текстовете... и решихме заедно, че текстовете няма да бъдат в този вид, в който са предложени от МЗ, а ще бъдат допълнително, детайлно разгледани, ще бъдат обсъдени. И новината е, че може би лечебните заведения, които се намират на територията на държавните и общинските болници, но не извършват същата дейност, а извършват допълваща, те биха могли да останат на тази територия.

Водещ: Каква ще бъде съдбата на този закон? Защото той безспорно

трябва да бъде гледан под лупа и всички тези поправки да се нанесат явно след ваканцията.

Десислава Атанасова: Да, след ваканцията на НС в началото на септември. Изпратила съм писма за становища до всички, които имат отношение, включително националното сдружение на общините, включително Асоциация на частните болници, на дружествата и не само по кардиология. Защото проблемът се поставя за инвазивната кардиология, но тези промени касаят абсолютно всички лечебни заведения, частни, които се намират на територията на държавните. Те може да са за всякакъв вид лечение, не е само инвазивна кардиология.

БЛС ВНЕСЕ В ПАРЛАМЕНТА МОТИВ СРЕЩУ ДЕЛЕГИРАНИТЕ БЮДЖЕТИ

Становището е по законопроекта за изменение на Закона на бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2010 г., внесен от Министерския съвет на 28 юни 2010 г. Изложението на Лекарския съюз, подписано от председателя на съсловната организация д-р Цветан Райчинов, е адресирано до председателя на парламентарната комисия по бюджет и финанси и до председателя на парламентарната комисия по здравеопазване. В Становището четем:

Тъй като се касае за увеличение на средствата за здравноосигурителни плащания с около 220 млн. лв., БЛС подкрепя по принцип законопроекта, защото не може да не се подкрепи каквото и да е увеличение на средствата за здравеопазване.

Същевременно обаче нашето становище е, че с тази актуализация няма да се решат дори на задоволително ниво тежките проблеми във финансирането на системата по следните причини:

1. Увеличението на средствата е недостатъчно и не покрива дори отнетите и неусвоени средства в края на миналата година, които са в размер на около 320 млн. лв., което се вижда от Отчета за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2009 г. С тези средства не беше изплатена извършена дейност през миналата година, задълженията бяха прехвърлени за настоящата, което постави системата в колапс - забавени с месеци и непълни плащания, които продължават и до днес. Налице са и действия на институциите от българска страна към ЕС за прикриване на реален дефицит.

2. Не е предвидено никакво уве-

личение на средствата за извънболнична помощ - ПИМП, СИМП и МДД. И на неспециалиста е ясно, че ако целта е да се намалят скъпите хоспитализации, следва да се увеличи достъпът и качеството в извънболничната помощ, съответно средствата за нея.

3. Следва да се изясни този законопроект дали минава по реда на ЗЗО за приемане на бюджет на НЗОК, съответно неговата актуализация или се използва предвидената в чл. 1, ал. 4 на самия Закон за бюджета възможност:

Ал. 4 гласи: "(4) Народното събрание по предложение на Министерския съвет може да утвърди допълнителни бюджетни кредити, с които Управителният съвет на Националната здравноосигурителна каса да увеличи цените на видовете медицинска помощ по ал. 2, редове 1.5, 1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5 и 1.5.6, считано от 1 юли 2010 г. за сметка на намаление на положителното салдо по ал. 3."

Ако това е така, увеличението на средствата следва да се използва само за увеличение на цените, вкл. на лекарствата. Напомняме, че при приемането на бюджета предупредихме за безсмислието на последното и предложихме корек-

ция, която не се прие. Ако не се използва възможността по ал. 4, следва въпросът - не може ли по този начин да се увеличат допълнително средствата, още повече че явно е налице тенденция на преизпълнение на приходната част?

4. Няма никаква промяна в проблемните текстове на Закона, касаещи регулативните стандарти и делегираните бюджети, създаващи свръхнапрежение в системата и противоречащи на ЗЗО. Затова тук си позволяваме отново да предложим текстове, които поне да смекчат този ефект през настоящата година, с надеждата през 2011 г. изобщо да не се прилага подобен тип регулация. Корекциите бяха предложени от БЛС за второто четене на закона при приемането му. В началото на годината също бяха предложени като ЗИД на ЗБНЗОК, но становището на юристите бе, че същите не могат да се предлагат от депутати, а следва да минат по реда на приемане на Закона за бюджета на НЗОК, описан в ЗЗО.

Поради това считаме, че точно сега е моментът за тези корекции, като предлагаме:

4.1. В чл. 3, ал. 1 се правят следните изменения и допълнения:

1. В т. 1 думата "брой" се заменя с "прогнозна брой";

2. В т. 2 думата "стойността" се заменя с "прогнозната стойност".

Мотиви: Регулативните стандарти могат да имат само ориентировъчна прогнозна стойност и не могат да елиминират медицинската целесъобразност.

4.2. В чл. 4 се правят следните изменения и допълнения:



1. В ал. 1 изразът "В рамките на стойността по чл. 1, ал. 2, ред 1.5.6:" отпада.

2. Т. 1 на ал. 1 става ал. 1;

3. Т. 2 на ал. 1 става ал. 2, като в нея думата "задължителни" се заменя с "прогнозни", а думата "делегирани" отпада;

4. Създава се нова ал. 3 със следното съдържание:

"(3) За второто полугодие на 2010 г. прогнозните стойности по ал. 2 се определят на не по-ниска стойност от реално отчетената и извършена дейност през второто полугодие на 2009 г., която се намалява с отпадналите през 2010 г. дейности, за които лечебното заведение няма сключени договори и се увеличава със стойността на прогнозния брой дейности по сключени нови договори.";

5. Ал. 2 става ал. 4;

6. Ал. 3 става ал. 5, като в нея думата "задължителните" се заменя с "прогнозните", изразът "ал. 1, т. 2" се заменя с "ал. 2", а

"ал. 2" с "ал. 3";

7. 6. Ал. 4 става ал. 6, като в нея думата "задължителните" се заменя с "прогнозните", изразът "ал. 1, т. 2" се заменя с "ал. 2".

Мотиви: Не може да има делегирани бюджети на болниците, защото те не са бюджетни структури и касата финансира дейности, а не структури. Твърдото определяне на бюджети е лимитиране и разпределение на квоти и противоречи на ЗЗО. Поради това предложението е да се определят прогнозни, а не делегирани бюджети.

С предвидената възможност в чл. 1, ал. 4, може да се покрие евентуално превишение на разходите за болнична помощ през есента. С промяната се дава възможност НЗОК да разпределя през второто шестмесечие миналогодичния обем средства, намалени с отпадналите договори и увеличени с новосключените, без да се нарушава законът.

ЗДРАВНИТЕ КАСИ В ТРИ ГРАДА ОСТАНАХА БЕЗ ДИРЕКТОР ЗАРАДИ НИСЪК УСПЕХ НА КАНДИДАТИТЕ

Районните здравноосигурителни каси в три града останаха без директор след приключването на конкурса за избор на нов ръководител на областните поделения на финансовата институция. Не са допуснати до класиране кандидатите, получили оценка по-ниска от много добър 4,50. Заради нисък успех на кандидатите комисията предложила на директора на НЗОК да прекрати конкурса за РЗОК - Ловеч, РЗОК - София, и РЗОК - Търговище, като се очаква нова дата



за провеждането му.

Във всички останали 25 районни здравноосигурителни каси директори вече

са избрани след приключването на конкурса.

Изборът им бе забавен с близо три месеца. Това стана заради проверки в централата на НЗОК в София по обвинение срещу бившата й директорка Жени Начева за неправомерно отпускане на средства на няколко болници. Говори се, че по време на проверката по погрешка от разследващите органи били иззети и проектите на някои от кандидатите.

Избраните след конкурса нови директори на районни здравноосигурителни каси са:

1. за директор на РЗОК - Благоевград - д-р Ивайло Димитров

2. за директор на РЗОК - Бургас - д-р Таня Макшева-Грънчарова

3. за директор на РЗОК - Варна - д-р Марио Щилиянов

4. за директор на РЗОК - Велико Търново - д-р Иван Иванов

5. за директор на РЗОК - Видин - д-р Владимир Вълчев

6. за директор на РЗОК - Враца - Светозар Симеонов

7. за директор на РЗОК - Габрово - Захари Дошков

8. за директор на РЗОК - Добрич - д-р Бисерка Пачолова

9. за директор на РЗОК - Кърджали - д-р Соня Ангелова

10. за директор на РЗОК - Кюстендил - д-р Матей Попниколов

11. за директор на РЗОК - Монтана - Бистра Георгиева

12. за директор на РЗОК - Пазарджик - Анета Шопова

13. за директор на РЗОК -

Перник - д-р Магдалена Христова

14. за директор на РЗОК - Плевен - Мартин Митев

15. за директор на РЗОК - Пловдив - д-р Костадин Маламов

16. за директор на РЗОК - Разград - Камелия Станчева

17. за директор на РЗОК - Русе - Калоян Копчев

18. за директор на РЗОК - Силистра - Атанас Атанасов

19. за директор на РЗОК - Сливен - д-р Светослав Славов

20. за директор на РЗОК - Смолян - д-р Кузман Гелов

21. За директор на РЗОК - София - Столична - д-р Глинка Комитов

22. За директор на РЗОК - Стара Загора - д-р Славка Йорданова

23. За директор на РЗОК - Хасково - д-р Павлина Куюмджиева

24. За директор на РЗОК - Шумен - д-р Йорданка Пенкова

25. За директор на РЗОК - Ямбол - д-р Денка Петрова



Здравната каса в Търговище остана без нов директор

СПЕШНО ЗА СПЕШНАТА ПОМОЩ!

● **БЛС среща лекарите от линейките с депутати, експерти от здравното министерство и синдикалисти**

● **В специален разговор в централата на съсловната организация се обсъди сигурността и финансирането на бързите звена**

● **Докога ще сме буфер при всеки опит за реформа, питаха докторите**

До края на септември ще има проект за наредба за спешната помощ. До тогава трябва да е готов и медицинският стандарт за тази дейност. Това съобщи д-р Ивелина Георгиева от министерството на здравеопазването на среща, организирана от БЛС на 27 юли, с представители на спешните центрове от страната.

Те обаче не знаеха за такъв план, въпреки че бе изтъкнато, че зам. министър Иван Миланов имал среща с директорите на централите.

Една част от проблемите ни са именно нормативни, изтъкна д-р Николай Дойчинов от Парламент. Засега се работи по Наредба 25 и свързаната с нея наредба 29, както и по заповеди на здравния министър. Има противоречия, които създават затруднения, според д-р Дойчинов. Той твърди, че е необходим Закон за спешната помощ, а не подзаконовни актове.

Лекарите, практикуващи тази медицинска дейност, искат активно да участват в решаването на собствените си проблеми. Неотдавна те изпратиха декларация с исканията си до инстанции, свързани със здравеопазването. Реагира само БЛС, констатираха спешните доктори.

Този разговор е конкретната реакция на съсловната организация - БЛС среща представители на 70 хиляди медицинци, заети в бързата помощ, с депутатите Пламен Цеков и Даниела Дариткова, експертите от министерството на здравеопазването д-р Ивелина Георгиева и д-р Димитрова и синдикалистите д-р Вълчева („Подкрепа“) и д-р Радославов (КНСБ).

Пред тях те отново изразиха исканията си, свързани преди всичко със сигурността и с мотивацията, която пък отправя към финансирането и квалификацията.

ЗАКОНОДАТЕЛНО ДА СЕ УРЕДИ СИГУРНОСТТА НА ЕКИПИТЕ

За това настояват лекарите. Те работят до екипи на полицията и на гражданска защита, върху които никой няма право да посегне. Само спешните доктори са незащитени от посегателства. Не са един и два инцидентите в практиката им. А екипите „са на минимум“. Няма средства. Няма мотивация младите хора да се насочат към спешната помощ.

още. Логично е експертите от министерството да определят понятието, казва участващите в срещата.

Когато се формулира какво е спешност, ще се определи кое е неотложност и кое е плановост, отбеляза д-р Пламен Цеков. Депутатът призна, че сега всичко, което търговските дружества не искат, се отправя към спешната помощ.

Министър Борисова обиколи почти всички болници, но искаме да й припомним, че всичко рефлектира върху нас,

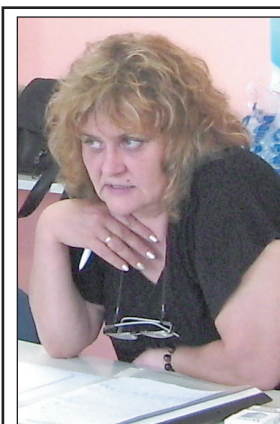


ДОКЪДЕ СЕ ПРОСТРИРА СПЕШНОСТТА?

На този въпрос няма ясен и точен отговор все

изтъкна на срещата. Когато някъде паднат две клинични пътеки например, спешната помощ трябва да вози пациентите...

Трябва ли да се чака реформирането на болничната, да се изчака и стимулирането на извънболничната, за да поеме та „технологията“, която не е за болнична, да се преустроят всички здравни звена, за да дойде ред за реформирането и на спешната помощ? Тя самата има нужда от спешна помощ, убеждават докторите, които работят в нея. Защото няма да има хора в тези звена при сегашните условия, подчертават лекарите от различни Центрове из страната.



Д-р Мариана Кирилова, от контактната група:

„В продължение на 15 години спешната помощ бе буферът на всякакви реформи... Човешкият ресурс е много остър проблем... Притеснява ни, че всяко нещо се решава от днес за вчера...“

КАК ДА СЕ МОТИВИРАТ МЕДИЦИТЕ?

- това е основен въпрос. Как да се осигури кариерното развитие на тези лекари? Те са затънали в натрупани през годините проблеми. Няма как да си вземат отпуските. Очакват да си получат парите за тази година, както и тези, които бяха прехвърлени от миналата година. Настояват да се направят дължностни характеристики на лицата, работещи в спешната помощ - така ще се освободят от несвойствени дейности. И т.н., и т.н.

В момента се изпълнява проектът ПУЛСС (за

спешните състояния) в рамките на оперативна европрограма „Развитие на човешките ресурси 2007-2014“. За него се дават над 6 милиона лева. Предвижда се обучението на над 6500 човека. Това съобщи д-р Ивелина Георгиева от министерството на здравеопазването. Тя изтъкна, че ведомството е събрало информация за работата в централите за спешна помощ в страната.

Само че от присъстващите на срещата представители на 20 центрове не знаеха нищо за проекта. Нито за събираната информация за тяхната дейност.

А другият въпрос е: Защо обучението е заложено в програмата на министерството на здравеопазването, когато то е в прерогативите на съсловната организация?

На срещата лекарите избраха контактна група. Имената на членовете й ще бъдат изпратени в министерството. Тази група формулира основните искания на работещите в спешната помощ у нас.

ОСНОВНИ ИСКАНИЯ

1. **Инкриминиране на насилието (посегателство) върху работещите в ЦСМП по време на изпълнение на служебните им задължения.**

2. **Финансови искания:**

Гарантиране на финансовата рамка на бюджета за спешна помощ за 2010 г.

Компенсирани на дефицита в бюджета за 2009 г.

Изплащане със задна дата обещаното 10% увеличение на работните заплати, считано от 01. 01. 2010 г.

3. **Промени в нормативната база.**

Да се създаде закон за спешната помощ, с предшествващи промени в съществуващата нормативна база, като:

- ясно се формулира понятието „спешност“;

- определят се точно функциите на централите за спешна медицинска помощ;

- предприемат се действия за освобождаване от несвойствени дейности, които не съответстват на медицинската помощ при спешни състояния;

- определят се нивата на компетентност на работещите в ЦСМП спрямо квалификацията.

Заявена е готовност за съвместна работа при решаване на проблемите и желание за участие в работните групи на министерството на здравеопазването.

КЪДЕ Е ИЗЛИШЪКЪТ ОТ БЮДЖЕТА НА НЗОК?

● *Стенограма от заседанието на Министерски съвет на 30 юни*

Точка 30

Проект на Решение за одобряване на Годишен отчет за дейността на Националната здравноосигурителна каса за 2009 година

Точка 33

Проект на Решение за одобряване на Годишен отчет за изпълнението на бюджета на Националната здравноосигурителна каса

Бойко Борисов:
Внася министърът на здравеопазването.

Анна-Мария Борисова:

Уважаеми господин премиер, годишният отчет на Националната здравноосигурителна каса е представен подробно. Заложено е приходите за 2009 година да бъдат 2 милиарда 472 милиона 943 хиляди лева. Обаче са събрани с 11 на сто по-малко - 2 милиарда 208 милиона 197 хиляди лева. Вероятно поради тази причина при изпълнението на бюджета на НЗОК по разходите общият размер на разходите за 2009 година е предвидено да бъде 2 милиарда 71 милиона 182 хиляди лева, но реално са похарчени 1 милиард 752 милиона 776 хиляди лева, или за 2009 година на практика е реализиран излишък в размер на 445 милиона 421 хиляди лева.

Бойко Борисов:
Къде е този излишък?

Анна-Мария Борисова:

Не знам къде е този излишък.

Владислав Горанов:

Във фискалния резерв.

Бойко Борисов:

Сутринта председателят на БЛС каза, че не знае къде са тези пари. Доктор Нешева също не можа да му отговори. Така че на този въпрос днес е хубаво да отговорим.

Владислав Горанов:

През 1999 година със създаването на НЗОК и стартирането на здравноосигурителния модел неосигу-



рентите категории лица, като броим пенсионерите - 2 милиона и 300 хиляди, 1 милион и 200 хиляди деца до 18-годишна възраст или докато продължават да учат, до завършване на средно образование, и добавим към същите категории безработните с право на обезщетение, социално слабите, хората, лишени от свобода - за тях ангажиментът е осигурителната вноска да се прави от държавата. За категорията деца, които бяха 1 милион 200 хиляди тогава, и сега горе долу са толкова, когато се създаде здравноосигурителният модел не се предвиждаше въобще здравноосигурителна вноска, тъй като се приемаше, че в обществото солидарността приема, че децата нямат доход и за тях няма да се прави вноска. През 2002 година под влияние да се увеличи ресурсът, който се харчи през здравната каса, се въведе едно минимално плащане по 1,50 лева на дете, което прави 18 милиона лева, които отново под натиска на желанието да се увеличава финансирането за системата постепенно от 1,50 лева вноската, специално за децата, достигна над 200 милиона лева, защото започна да се извършва като здравноосигурителна вноска и се налагаше на минималния осигурителен доход. По същия начин е поставена и темата с пенсионерите. Размерът на вноската за пенсионерите, която държавата прави, се изчислява върху размера на пенсията, като процент от размера на пенсията. Трябва да се има

предвид, че пенсията по никакъв начин не е доход от труд и в този смисъл не бива да се търси връзка между нейния размер и вноската, която се прави за пенсионера. Така или иначе, с времето поради различни причини се достигна до това, че държавата през данъци прави едни огромни трансфери към бюджета на НЗОК, които в рамките на общия баланс не може да си позволи да разреши на Националната здравноосигурителна каса да по-



балансиране на бюджета на НЗОК, може да бъде постигнато по два начина - или чрез намаляване по някакъв начин на задължителните трансфери, които държавата прави, или чрез увеличаване на разходите за

политика, като осигурителна политика какви трябва да бъдат размерите на осигурителните вноски, които държавата плаща с данъци за половината население, което е здравно неосигурено поради социалния си

разгледаме и другите сектори и от някъде да отрежем един процент от БВП, след като това са целеви за здраве пари. Оттам идват излишъците, тъй като не можем да си позволим да похарчим всички пари, които наливаме в касата, а бюджетираме с излишък, който всъщност не е реален излишък за бюджета, защото не са постъпили от вноски. Това е излишък, който ние от една сметка в друга, на практика. Ние не събираме повече от обществото за здраве. Например ние събираме 1 милиард 600 милиона лева.



Министър Анна-Мария Борисова



Председателят на Надзорния съвет на НЗОК Владислав Горанов

харчи. Тази бомба със закъснител беше заложена с увеличаването на здравноосигурителната вноска от 6 на 8 на сто, когато през 2008 година със Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса беше планиран излишък от 401 милиона лева. На практика осигурителните вноски, които държавата събира от хората, са около 60 на сто от общите постъпления в касата. Ако се цели

здравеопазване с около 1 на сто от БВП, което означава автоматично да се даде отговор на въпроса - кой друг сектор се орязва с това 1 на сто и този проблем ще продължи да стои. Моите анализи показват, че няма да успеем да увеличим дела на разходите за здравеопазване като дял от БВП, а по-скоро трябва да помислим съвместно с колегите от Министерството на труда и социалната

статус - деца, пенсионери, безработни и т. н. Когато вдигаме размера на пенсиите, все едно ние автоматично трябва да увеличим и размера на разходите за здравеопазване, а пенсиите не са доходи от труд, но за това никой не говори. Те говорят, че едва ли не парите, които отиват за здраве, трябва да се изразходват за здраве. Добре, нямаме нищо против, но тогава трябва да седнем, да

Бойко Борисов:
Госпожо Борисова, ще ви помоля днес с госпожа Нешева и Владислав Горанов след заседанието на Министерския съвет да обясните всички тези неща, за да стане ясно на хората къде са тези пари, защото звучи, че близо половин милиард лева няма.

Анна-Мария Борисова:

Господин премиер, няколко души искат среща с Вас след заседанието на Министерския съвет.

Бойко Борисов:
Ще ги приема.

Приемат се точки 30 и 33.

Д-р Атанас Атанасов - директор на болницата в Нови пазар:

НЕОБХОДИМА Е МЕТОДИКА ЗА ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ, АДЕКВАТНО НА РЕАЛНОСТТА

- Как ще се гарантира спешната и неотложната хирургическа помощ по всяко време навсякъде?
- Не дележирани, а лимитирани бюджети ни вкарват...

Застрашена е здравната сигурност на хората в момента. В системата има нестабилност, несигурност, неяснота какво точно ще се случи. В такива условия и лекарите, и сестрите, и цялата медицинска общност много трудно може да работи. В момента това, което се предлага, не е обосновано с реалните здравни потреб-

ности, с инфраструктурни, географски и други специфики на регионите. То единствено се основава на критерии, измислени от министертството и на идеята да се съкращават разходите за здравеопазване.

Как ще се гарантира спешната и неотложна хирургическа помощ извън работно време, през нощта, в почивните и празничните

дни след закриването на хирургичните и интензивните структури в по-голямата част от общинските болници, тъй като не е изпълнен критерият за брой оперативни интервенции?

В момента нито първичната, нито специализираната извънболнична помощ имат ангажимент да осигуряват дежурни специалисти или лекари на разположе-

ние. Няма спешни кабинети, има филиал на спешните центрове във всяка община. Този филиал обаче в момента не е в състояние да окаже специализирана хирургическа спешна помощ, защото няма специалисти, няма и оборудване, т. е. всеки един случай, включително и най-лекият (например порезна рана, за което се налага да се сложат два

конца), трябва да отиде до областния град, тъй като няма структура, която да работи в извън работно време и в празнични и почивни дни да извършва такава дейност. Затова отбелязвам, че не е съобразено със спецификите в регионите. Трябва още много работа, за да се направи методиката за реструктуриране адекватно на реалността, която имаме в момента.

Следващото, което казват от НЗОК, е, че влизат лимитите. Каквито и да са те, как ще стане финансирането на

търговско дружество с лимитиран бюджет? Това не е дележиран бюджет! Дележиран бюджет означава да го получи в началото на годината и да направя прогноза на разходите за периода и да ти разпределя така, че да планирам и дейността, и всичко останало. Тук става въпрос за лимити, които се определят на тримесечие и се разбиват помесечно и над тези лимити не може да се отчитат фактурите. Т. е. едно от условията за плащане е фактурата да е до тази стойност.



Д-р Венцислав Грозев, председател на РЛК-Плевен:

ФОРМУЛАТА „100% ЛЕКУВАНЕ, 80% ПЛАЩАНЕ“

ПРЕЧИ ЗА НОРМАЛЕН МЕНИДЖМЪНТ

- Реформа - да, но при ясни критерии и с участието на БЛС



Невъзможно е да се извършва нормален мениджмънт при прословутата фраза "Приемате и лекувате до сто процента, а финансираме до 80". За нас и лично за мен това е невъзможно и не се случва. Години наред системата на здравеопазването е в ситуация на недофинансиране и повтаряме едни и същи неща, разбира се, с малко по-различни параметри, но смисълът и идеята, с която живеем, са едни и същи. Крайно време е това да бъде променено и ако искаме нещо да се случва, то да започваме да работим заедно.

БЛС и колегите ни по места искат да вземат участие в реформаторска дейност с всички смислени идеи за промяна и за някаква друга мисия на здравеопазването, като подчертаваме, че поемаме своята отговорност и своите ангажменти. Това за нас е нормалното взаимоотношение с институциите, отговарящи за здравеопазването. Ако трябва да бъда по-конкретен - за Плевенската университетска болница сумите, които би трябвало да бъдат изплатени до края на юни, са от порядъка на 3 млн. и 350 хиляди лева. Това са дължими суми, които са преминали през Регионалната здравноосигурителна каса и са признати. Мисля, че не само в Плевен, а и в много други градове на страната болниците са в същата финансовата ситуация. Ако тези суми се издължават, няма да работим в състояние на дълг. А едно от изискванията е да работим и в ситуация на печалба... Според нас това, което трябва да влезе като промяна в здравеопазването, най-вероятно ще трябва

да влезе и като промяна във финансирането. И да има някаква диференциация.

Да, ние сме за реформата, да, БЛС и респективно Регионалната колегия в Плевен няма да слага прът в колелата там, където виждаме, че нещата са необходими да се случат. Те, първо, трябва да се случат с наше участие и, второ, трябва да се случат при ясни критерии и условия, и изисквания, които ще доведат до нещо по-добро. И тука е, пак казвам и пак подчертавам, част от нашата отговорност.

Да, ние ще си поемем нашата част и заставаме зад нея, не бягаме от нея, но не може постоянно да ни държат в ситуация на недофинансиране и на всичкото отгоре да търсят отговорност от нас. Просто не става.

Трябва да е ясно на обществото, че 80 на сто финансиране при сто на сто приемане и лечение няма да доведе нещата до добър край. Обществото, пациентите, гражданите на тази република трябва да знаят, че ние не сме в състояние да направим високо качество и добър ефект на лечението при условие на подобно финансиране. В никакъв случай това не значи, че ние ще отдръпнем себе си като отношение към пациентите, като разбиране на проблема, като желание да бъдем полезни и да помогнем. Съгласен съм, може да звучи много стандартно, може да звучи и едва ли не наивно, но е така. Няма български лекар или човек, работещ в здравеопазването, който да мисли лошо на пациента. Трябва да е ясно на обществото, че ние се намираме в една лодка - когато пациентът

влиза в нашия кабинет, той влиза с желание да му бъде помогнато, когато ние се срещнем с него, единственото ни желание е да му помогнем. Но би трябвало и другите да разберат, че има ситуации, в които може да бъдем поставени в състояние да не можем да го извършим, и то не заради друго, а заради липса на финанси.

Националноосигурителният институт и подобни финансови служби заявяват, че събираемостта в системата на здравното осигуряване долу-горе е нормална или в никакъв случай не е по-зле от 2009 г. Какво се случва с това, как става така? Изпадаме в някакъв порочен кръг - дължимото от страна на здравната каса към лечебните заведения, дължимото от страна на лечебните заведения към фирмите доставчици и в крайна сметка те пуснат най-вероятно и запорните писма.

При това положение как ще мотивират хората, като и без това не са мотивирани? До този момент са проведени 1300 интервюта на лекари до 35-годишна възраст, завършили в България за работа навън. 6-годишен курс на обучение, 4 години специализация и изведнъж губим кадри с десетгодишен опит, които изтичат нанякъде. На кого да се сърдим и какво да правим? Обществото помисли ли за този проблем? Тъй като към хирург, нека кажа - от 2500 хирурзи в страната преди няколко години сега са около 1700. А анестезиолозите, а педиатрите? Бих казал, че това е проблем на национална сигурност, а не само на здравеопазването...

Д-р Юлия Бянкova, председател на РЛК-Сливен:

КОЙ КЛАТИ ЛОДКАТА?

- Представителят на нашата колегия се оттегли от общинската комисия за здравната карта поради неясните критерии за нея
- Лекари и пациенти сме заложници на лоша здравна система



Има, разбира се, и някои регионални особености. При нас - повече концентрирани лечебни заведения са в областния център и много малко извън него. Това, което е характерно за нашите болници, е, че те са с различен вид собственици. Имаме държавни, частни, ведомствени, в две от общините има общински болници и една специализирана болница за рехабилитация.

Ситуацията, в която сме в момента, до голяма степен покрива един некоректен текст в закона за лечебните заведения. Според него всички лечебни заведения са равнопоставени - де юре, но де факто не беше така. Сега всички сме равнопоставени, защото на всички еднакво Касата не заплаща това, което е извършено като дейност.

В момента се набляга на болничното здравеопазване, но проблемът съществува и в извънболничната помощ. Не е тайна за никого, че платимите стандарти са паднали с около 30 на сто по данни на колегите от извънболничната помощ. Това пък затруднява достъпа на пациенти до специализирана извънболнична помощ и много съществено - затруднява достъпа до медико-диагностична дейност, да не говорим за високо специализирани дейности. От друга страна, поставя под въпрос съществуването на специализирани извънболнични практики, защото, знаете, че те са пряко зависими от броя на направленията, които получават общопрактикуващите лекари.

Ще кажа няколко думи и по отношение на здравната карта. Това е нещо, което лично много много ме притеснява, защото има една сериозна неяснота по отношение на критериите, по които се формира тази здравна карта. Досега не

чух и не видях някъде написано има ли правила за териториално разпределяне на медицинската помощ. Говори се за брой болнични легла, за брой практики, извънболнични и болнични, но никой не говори по какви правила териториално те ще се разпределят. Както споделих, в областния център на Сливенска област има концентрирани 7 лечебни заведения за болнична помощ и същевременно в периферията на областта има огромни територии, които не са покрити въобще с медицинско обслужване. Мисля, че това не е проблем само на Сливенска област, а и на много други области в страната. Тези хора по-ниско качество население ли са? Някакви, за които не се предвижда необходимото медицинско обслужване?... За жалост в коментарите при правенето на здравната карта, като че ли този проблем не се разглежда. Преди два дни представителят на нашата колегия в областната комисия за здравна карта се оттегли по предложение на Управителния ни съвет, тъй като според критериите, които впрочем се променят през два-три часа и непрекъснато пристигат нови информации в регионалните центрове по здравеопазване, трябваше да се закрийт болниците в Нова Загора и в Поповце. Най-северното населено място в Сливенска област, се намира на 100 км от Сливен, това е село Ябланово и то е най-голямото село в областта. Там живеят над 2000 души. Къде точно ще ги пра- тим тях да ги лекуват, кой ще ги обслужва освен общопрактикуващият им лекар и на вас известно ли ви е, че спешните центрове си разделят разстоянията, които обслужват? Болните се прехвърлят по средата на разстоянието, да кажем, между Блаовица и Сливен. Едната линейка го

докарва до половината път и там прехвърля болния в другата, която го закарва в спешния център в Сливен. Това на какво ви прилича?

Лично аз се срамувам, защото мисля, че една държава, която се намира в Европа, независимо дали е член на Европейския съюз или не, а нашата членува, не може да има такова здравеопазване. И за това не са виновни българските лекари. Ние също сме жертва.

Образността на д-р Венцислав Грозев за лодката е вярна, само че някой много усилено клати лодката и тя в един момент ще се обърне.

По отношение на анестезиолозите, понеже аз съм анестезиолог, ще ви кажа, че броят им най-бързо намалява. За около година с повече от 50 на сто. Всички те са замислени и идеално се интегрират и адаптират, и работят перфектно там, където са отишли. От нашето отделение всяка година напуска по един висококвалифициран лекар и от 15 анестезиолози в момента сме 10. Така че нещата са изключително сериозни, не зная кой с какви очи гледа на тях, но ние, всеки ден сме вътре в системата и ние сме тези, които всеки ден обясняваме на пациентите защо нещо не е както трябва. Много е мълчително, защото продължава твърде дълго време. Може би не е наша работа да се грижим за това - има хора, които би трябвало да правят политиката в здравеопазването, а ние да се ползваме от направената политика. Ако практиките са лоши, може би те трябва да ги променят. Ние може да дадем професионален съвет, правила сме го и винаги ще го правим, но не можем да ставаме заложници повече на една изключително лоша система. Тя мъчи и нас, и пациентите.

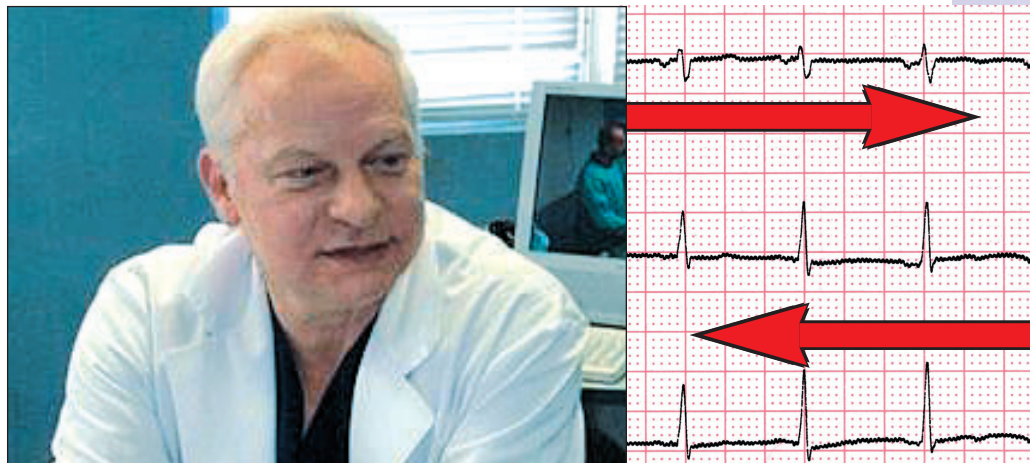
Двама известни кардиолози изказват различни позиции по проблеми, представляващи интерес за съсловието. Спорът е и професионален, и граждански.

Проф. д-р Божидар Финков, национален консултант по инвазивна кардиология и бивш здравен министър, дава интервю на журналистката Диана Тенчева от в. "Труг".

След тази публикация друг водещ кардиолог, проф. д-р Младен Григоров, иска право на отговор на страниците на същия вестник. И го получава, разбира се.

Ние събрахме и двете публикации на една страница в един брой на съловния вестник. Текстове са повод за размисъл. Първо - за съпричастие на големите специалисти към здравните проблеми. И второ - може би ще провокират и други лекари да изказват публично своите позиции както по специализирани медицински теми, така и за здравната политика у нас...

Проф. д-р Божидар Финков: Изследват здрави хора по спешност, точат по 1000 лева



- Кои ваши колеги - "черни овце" направиха така, че хората се смянят дали в някои случаи инвазивните процедури са наложителни, доц. Финков?

- През последните 2 месеца агенция "Медицински одит" провери над 20 кардиологични клиници и отделения, където се практикува инвазивна кардиология. Резултатите бяха представени на кръгла маса в сряда.

Прави впечатление, че има три основни насоки, при които нещата се отклоняват от обичайните норми. Аз не мога да говоря за нарушения или за санкции, тъй като съм бил консултант на проверките. Оценките дават други.

- И къде видяхте отклонения при извършването на скъпото лечение?

- В няколко болници има ненормално отклонение по отношение на приетите болни, т.е. различно е от обичайното за България и Европа.

Оказва се, че над 90% от тях са били настанени като спешно болни (а не като планови). Това обаче е невъзможно. След проверката на "Медицинския одит" стана ясно, че тези пациенти все пак са били планови...

- На хартия излиза, че едва ли не всички тези болни до един са били на умираше, така ли?

- Да. Много фрапантни случаи са открити в болницата "Св. Иван Рилски" в Пловдив, където плановите към спешните интервенции са 1:7 (б. р. нормата в ЕС е 1:1). Както и в четирите кардиологични клиници на "Чайкафарма" - в плевенската им например това съотношение е 1:15, т.е. на 1 планов случай се падат 15 спешни.

Във варненската клиника на същата фирма пък на 1 планов се падат 50 спешни, а предходната година съотношението е било 0:242! Тези данни силно се отклоняват от т. нар. средна норма.

- Какво показва тази статистика? Каква е далаверата, както казва народът.

- Много просто - става дума за пари. Спешните случаи се плащат по-скъпо. Например диагностичната пътека е с над 100 лв. по-скъпа, а интервенционалната спешна пътека е с над 1000 лв. по-скъпа.

Сега идва ред да обясня второто отклонение, открито при проверките на агенцията: в определени болници преобладаващата част от пациентите нямат промени нито на коронарните артерии, нито на други части от сърцето. Както ние казваме на жаргон - това са "зdrави пациенти".

В някои лечебни заведения този процент "зdrави" хора са над 80% (средната норма у нас е около 40%). Такъв пример пак е специализираната болница по кардиология в Ямбол. Същото е положението и в плевенската им, и във великотърновската им болница.

Това показват резултатите от коронарографите (изследванията) по клинична пътека №38 (б. р. - тя е с цена 990 лв.). Моето подозрение, което тепърва ще бъде доказано, е, че масово се правят коронарографии без нужните индикации.

- А какво е третото отклонение от нормите, което открихте?

- Неимоверно голямата натовареност на някои лаборатории. У нас през миналата година са направени около 48 000 инвазивни изследвания. Половината от тях - около 24 000, са извършени само на 4 ангиографски апарата в четирите инвазивни частни лаборатории в Ямбол, Велико Търново, Плевен и Варна. Има

невероятни шампиони сред тях - през плевенската лаборатория например са минали 6197 души или по 23-ма на ден. Излиза, че там се работи денонощно... А има норми за лъчезащита, за хигиенно и стерилно поддържане на лаборатория - тя трябва да прекъсва работа за определено време.

Изисква се и профилактика на апаратите, проветрявания и т. н. 23-ма пациенти на ден е просто ненормално, позволявам си да го кажа, защото отдавна съм в този бранш! И да се работи 24 часа е абсурдно.

Никъде по света няма такова нещо, защото е свързано с безопасността на болните и влошаване на качеството на медицинската дейност. Този факт трябва да се огледа. Да не говорим, че има европейски директиви, които казват: за една диагностика са необходими 40 мин, а за една интервенция - 80 мин. И то при максимално натоварване.

- Преди време сте ми казвали, че въпреки свърхдиагностиката се намираме в европейските норми. С тази разлика, че в ЕС до скъпо изследване като коронарография се стига само при нужда. Защо при нас е различно?

- У нас на 1 млн. българи се извършват средно 6000 инвазивни процедури, а в Европа - 7500. Броят на интервенциите (лечение чрез поставяне на стент) са 2000 на 1 млн. население, а в ЕС този брой е 3000 на 1 млн. души. Виждате, че сме малко под средните норми на Европа.

Тези факти трябва да се имат предвид. По понятни причини инвазивната кардиология се развива по целия свят изключително бързо през последните 10 години. Трендът е особено стръмен при държавите, в които е стартирано от по-ниско ниво.

Имам предвид бившите социалистически страни в Европа. Затова не бива да ви учудва, че има определено нарастване на броя инвазивни процедури през последните години.

- Ние не сме достигнали европейските норми, но нормално ли е половината от инвазивните процедури у нас да се извършват само в 4 болници. Толкова ли са зле държавните?

- Да, ако тези 4 болници ги нямаше, то щяхме да бъдем доста под европейските норми. Правилни ви е изводът. И на цялото дружество по интервенционална кардиология в България му прави същото впечатление.

Затова имахме общо събрание, на което поискаме обяснения от тези лечебни заведения - как точно се работи в тях. Но ясно обяснение не получихме. Сега обаче след тази проверка се вижда, че точно в тези лечебни заведения е открит най-големият процент "зdrави" пациенти, там са най-голямото натоварване и най-големият процент "спешни случаи".

- Тъй като се разплаща с парите на здравноосигурените, какво ще направите, за да се спрат ненужните процедури?

- С експертите от Дружеството по инвазивна кардиология предложихме няколко групи мерки. Една от тях е въвеждане на национален регистър за коронарни интервенции, също така промени в медицинския стандарт по кардиология, където да са записани минимална и максимална натовареност на катетеризационните лаборатории.

Задължително ще е да има регистрация на усложненията, препоръки, които пък касаят Националната здравна карта, определяща бъдещите потребности от инвазивни дейности.

Проф. д-р Младен Григоров: Копаем дупка на инвазивната кардиология



Когато в здравеопазването се говори не за смъртност и брой хоспитализации на болен в годината, а единствено за пари, по-евтино от високата смъртност няма, т.е. "има човек - има проблем, няма човек - няма проблем". Смъртността от сърдечносъдови заболявания у нас е над 67% и расте при около 50% за Европа, с тенденция да намалее до 30%. Резултат: за последните 20 години животът на българина се скъси със 7 години и за същото време западноевропейците удължиха своя с 8, от които 6 за сметка на намалената сърдечносъдова смъртност и 2 от успехите в борбата с рака.

Първи извод: Нещо у нас много сериозно скърца... Интервенционалната кардиология е най-успешна при лечението на остър миокарден инфаркт. В първите 2-3 часа смъртността е под 5%, при 15-20% с други лечебни методи. Една от болниците, цитирани от интервюираните, постигна намаление на смъртността от инфаркт в Плевенска област с 30% за първите 6 месеца. "Навиканата" болница в Ямбол пък спасява по 90-100 инфаркта на месец от цяла Югоизточна България, със смъртност под 4%. Втори извод: Въпреки твърдението, че България е близо до европейските норми, в момента над 65% от болните не получават модерно лечение. От модерните процедури у нас 40% са осъществени в нашите болници и ако ги нямаше тях, както правилно отбелязва доц. Финков, сега все още щяхме да сме на опашката в Европа. Най-важният въпрос в интервюто - "лекуваме" здрави хора в четирите ни болници, е просто смешен по няколко причини:

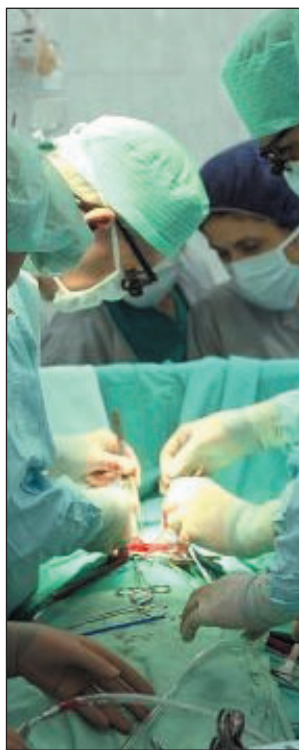
"Зdrавите" пациенти с коронарографии били над 80%. Ако това е така, българите въобще нямат нужда от тази специалност. Това означава, че след 65 годишна възраст (това за повече от 2/3 от пациентите) са със зdrави съдове. Защо тогава имаме толкова инсулти и инфаркти? Как е възможно биологично?

Посочените числа са манипулирани и за "зdrави" артерии се приемат всички, при които стесненията са под 70%, а това са тежки изменения, от които най-често стават инфарктите. Измислени са и "европейските директиви" за времетраене на процедура. Тя може да продължи 10 минути или да е над 2 часа. Трети извод: Стилът на проверките е като в поговорката: "Ту мечката отгоре, ту заекът отдолу". Т.нар. одит работи на принципа "молчать и не рассуждать". Не случайно популярно и гордо нарича себе си "медицински ДАНС", а шефката се прочу с призива: "Като ви кажат, че имате инфаркт, не вярвайте!" Е, това е истинска грижа за човека. Четвърти извод: И накрая основното - авторът е безспорно прав, че става дума за пари и сметката е проста: въпросните 4 болници извършват 40% от интервенциите у нас. Поради това сега не се чака с месеци за лечение. Нерегламентираните плащания рязко намаляха, а при нас никога не ги е имало. Притокът към София намалел с над 30%, от което пациентът само печели, но някои колеги губят. Извод: За тези, които ти "отнемат" пациентите, сиреч от парите, прошка няма. Това, че намаляват смъртността, се оказва второстепенно. Предложение:

1. Да имат право на съществуване само тези интервенционални лаборатории, които осигуряват 24 часа, 365 дни в годината болните с остър миокарден инфаркт.

2. Да се въведат като показания за коронарография при ангина пекторис алгоритмите на Американската кардиологична асоциация, както е в нашите болници.

В момента аз съм най-старият интервенционален кардиолог, първи председател (два мандата) на Дружеството по интервенционална кардиология, рецензент на дисертациите и хабилитациите на почти всички инвазивни кардиолози у нас. Дано всички те разберат, че с подобни интервюта доставяме удоволствие на ограничените в мисленето си чиновници и успешно копаем дупката на интервенционалната кардиология.



СЛАГАТ ТАВАН НА ЗАПЛАТАТА НА БОЛНИЧЕН ШЕФ

Здравният кабинет определи максималната заплата на директор на болница да е равна на 12 минимални. В момента това означава 2880 лева таван. Промени в наредбата на министерството на здравеопазването предвиждат 7 минимални заплати да вземат месечно членовете на управителния съвет на лечебното заведение, което е 1680 лева.

Ограничения на шефските заплати има и сега. Те обаче са: три до четири пъти над средната за съответната бол-

ница. В различните клиники средното възнаграждение е между 1200 и 1800 лева. Това означава, че сега директор на болница получава от 3600 до 7200 лева на месец. Освен това, тази заплата може да бъде по-висока или по-ниска в зависимост от приходите на съответното лечебно заведение.

По данни на министерството на здравеопазването най-високи са заплатите в болници с кардиохирургия или инвазивна кардиология като "Света Екатерина" в София и "Свети Георги" в Пловдив.

Темата за таван на заплатите не е нова. Тя тръгна още през пролетта от най-високо ниво - от премиера. Тогава от здравното министерство казаха, че ограничението ще засегне всички доходи на лекарите - заплата, бонуси и пр. В проектонаредбата няма ограничения на лекарските заплати. Проф. Анна Мария Борисова е вторият здравен министър, след д-р Божидар Нанев, който се опитва да въведе лимит при заплащането в болниците.



УМБАЛ "Свети Георги" в Пловдив



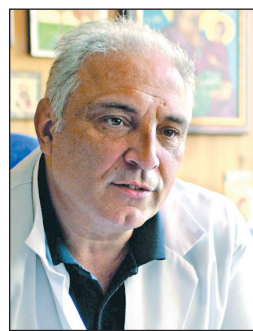
УМБАЛ "Света Анна" в София

Две болници с различни финансови резултати - с различен мениджмънт. Трябва ли шефовете им да получават възнаграждения под общ таван?

КОМЕНТАРИ

Д-р Димитър Димитров, председател на Националната асоциация на работодателите в здравеопазването, директор на УМБАЛ "Света Анна":

ВЪЗНАГРАЖДЕНИЯТА НА ДИРЕКТОРИТЕ И НА УПРАВИТЕЛИТЕ СЕ ОПРЕДЕЛЯТ ПО ТЪРГОВСКИЯ ЗАКОН



"Заплатите" на директорите и на управителите на болниците се определят по търговския закон, защото те са търговски дружества. И не става въпрос за заплати, а за възнаграждения, тъй като не са на основата на трудов договор според Кодекса на труда, а - с възлагателни заповеди от собствениците

на лечебните заведения. Това бе първото, което изтъкна д-р Димитров, когато го помолихме за коментар по телефона.

И още някои всеизвестни факти трябва да се припомнят на авторите на поправката в наредбата, с която се въвеждат лимити на шефските заплати в болниците. Директорите се избират от акционерното събрание. Бордът на директорите и директорите имат мандат от три до пет години. С наредба №9 се определят възнагражденията на управляващите търговските дружества в България. Те са определени и са във връзка със средната брутна работна заплата на персонала.

И сега има таван, но той е до четири пъти средна брутна работна заплата за директора и два пъти - за членовете на борда, припомни д-р Димитров. Ако средната брутна заплата е 500 лева например, директорът взема до 2000 лева, а членовете на Съ-

вета на директорите - по 1000 лева. Трябва да не се елиминира и фактът, че цялата имуществена отговорност се носи от Съвета и най-вече - от директора. И още: всеки медицински специалист в болниците всеки месец получава допълнителни материални стимули в зависимост от финансовия резултат на дружеството. А този финансов резултат зависи от мениджмънта - от работата на Съвета и преди всичко - на директора. Възнагражденията им се определят по Наредба №9 и се вписва в Агенцията по вписванията. Не може да им се слага таван по Кодекса на труда - по минималната заплата, отбелязва д-р Димитров.

Авторите на проекта за тавани на шефските заплати явно бъркат бюджетни (лечебни заведения за спешна помощ, психиатрии и пр.) с търговски дружества, според председателя на Националната асоциация на работодателите.

Д-р Димитров подчерта, че никъде в Европейския съюз няма термин "минимална работна заплата" - той е от старата съветска практика. Навсякъде има почасова ставка. В САЩ например за неквалифициран труд тя е 10 долара на час, а в Германия - 18 евро на час. Почасовите ставки по специалности вървят нагоре... Така е в подредените държави.

Задава ли си някой въпроса ще останат ли качествените директори на болници? Ако не си стегнат куфарите за странство, добрите болнични мениджъри дали няма да отидат в частния сектор, където ще оценят управленските им възможности?

Доц. д-р Бойко Коруков - директор на УМБАЛ "Царица Йоанна" - ИСУЛ:

НЯМА ДА БЪДЕМ ОЩЕТЕНИ КОЙ ЗНАЕ КОЛКО



"Няма да бъдем ошетен кой знае колко, защото и сега в големите университетски болници средната заплата е около 700-800 лв. и получаваме толкова, колкото и ако бъде въведен таван", коментира пред "Сева" директорът на ИСУЛ доц. Бойко Коруков. Той определи мярката като разумна в кризата, но според него не само на директорите в болниците, а и на всички работници възнагражденията трябва да бъдат обвързани с количеството и качеството на работата. "Заплатите трябва да са обвързани с крайните резултати. При нас отдавна е така - имаме разработена система, по която освен основната заплата се дава и допълнително възнаграждение, за да се стимулират хората да работят повече", каза доц. Коруков.

Проф. д-р Генчо Начев, директор на УМБАЛ "Света Екатерина":

НЯМА НИЩО ЛОШО, НО НЕ ПИПАЙТЕ ЗАПЛАТИТЕ НА ЛЕКАРИТЕ



Проф. Начев заяви пред медиите, че одобрява предвижданията таван за директорските заплати, но не и такъв за лекарите. "Няма нищо лошо в това, но не трябва да се пипат заплатите на лекарите, защото съвсем ще загубим всички професионалисти", според него. В последните месеци в някои държавни болници има тенденция към намаляване на заплати. В Столичната Александровска болница например от 1167 лв. преди година лекарските възнаграждения са се свили на 974 лева към края на март.

ФАЛИРАЛАТА МЕЧТА

Това е историята на една фалирала мечта. На неблагоприятния опит за инвестиране в здравеопазването - сектор, за който обществените средства все не стигат. Това е българската реалност, която ще прогони докторите на гурбет в чужбина и ще остави болните без лечение. Заради безумните разпоредби на здравната каса, заради вечния хаос в сектора.



Историята е на пловдивския лекар д-р Милко Шопов, който заедно със свои колеги поема риска да открие медицински център за едnodневна урология и да купи модерен липотригтер за извънтелесно разбиване на камъни в бъбреците. Това става през 2007 г. Следва дълга процедура по доставката и регистрирането на апарата и ремонт на сградата, като в цялото начинание са вложени над 500 хил. лв. Същинската работа започва през април 2009 г., когато центърът сключва договор с НЗОК. До края на го-

дината са обслужени около 400 души, като 90% от тях са излекувани напълно. И толкова. За тази година договор с касата няма. Въпреки че са изпълнени всички изисквания - събран е екип от 5 специалисти, които да работят по клиничната пътека, осигурено е 24-часово дежурство.

"Аз съм уролог с 15-годишен стаж и това, което най-добре умея е диагностика и лечение на бъбречно-каменна болест. Точно затова реших, че като създам центъра

ще бъда полезен на обществото и ще получа удовлетворение от работата си", разказва лекарят. Само че касата определя лимит от 20 процедури месечно за апарата или по една на ден. Останалите трябва да се плащат кешово от пациентите, но в период на криза това е невъзможно. Хората търсят само центрове, които работят с НЗОК. Така апаратурата не се използва достатъчно и хваща прах, а в същото време лекарите стоят без работа и не могат да си обслужват лизинговите вноски. Допълнителен проблем създава забавянето на плащанията от страна на НЗОК за ноември и декември, които са получени чак през март 2010 г. "В резултат на това започнахме да трупаме задължения", продължава разказът си лекарят. Той не може да проумее, защо след като касата изисква да се назначат пет специалисти по клиничната пътека, им разрешава да правят по една манипулация на

ден. Освен това цената на пътеката у нас е смешна - 170 евро, докато навсякъде в Европа е от 1200 до 1500 евро. Така мечтата фалира. "В рамките на шест месеца изгубих екипа си, защото не мога да им осигуря работа и добро заплащане. Въпросът е какво да правя с апарата, защото задълженията към лизинга се трупат, защото имаме да разплащаме наеми, лихви за просрочване. Ако не можем да намерим купувач или партньор в България, този апарат трябва да го приберем в един кашон и да го върнем във Франция", тормози се д-р Шопов. И споделя, че е получил предложение за работа в чужбина, но засега е отказал да замине, защото трябва да се справи с проблемите.

"Не ми се иска да променям целия си начин на живот, имам семейство, деца, които учат в България, но ако ситуацията в здравеопазването не се подобри, ще трябва да направя такъв избор", обяснява лекарят. Според него липотригтерът може да работи пълноцен-

но в някоя болница. Директорите на държавните клиники обаче имат забрана, докато не излезе Националната здравна карта, да обявяват обществени търгове за апаратура. Частните пък не смеят, защото не знаят какво ще се случи с тях в следващите месеци и години. Когато няма ясни правила в системата, мениджърите не могат да си направят разчетите и ограничават инвестициите, пояснява лекарят. Въпреки това се надява, че някой ще поиска да купи апарата, като доплаща на вноски оставащите около 220 хил. лв., защото с него може да се работи не само в урологията, но и в ортопедията. На подкрепа от нашите здравни институции

не се надява - от министерството обяснили, че това е частен случай, бившият председател на парламентарната здравна комисия д-р Лъчезар Иванов обещал съдействие, но засега все още не е направено нищо. "Рискът да инвестираш у нас е огромен. Все едно си хвърляш парите на буклука", казва лекарят.

Самият д-р Шопов продължава да работи в Медицински център "Липостар" и да преглежда пациенти в кабинета си. Открил е и доста нестандартен начин да се спаси от надвисналите над него облаци - въпреки че вече е на 42 години, става рокер. "И без това се оказа, че непрекъснато гоня вятъра, поне да го правя буквално", усмихва се той.

Започва с мотор на приятел, но сега се готви да си купи свой. Твърди, че не е първият уролог-рокер. "Това е начин човек да избяга от действителността. У нас тя не е много приятна", завършва разказът си д-р Шопов.



ЗАКОНЪТ ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ВКЛЮЧИ ЧАСОВНИКА НА РЕЖИМ „РЕФОРМИ“

До края на годината болниците ще се реструктурит или... ще фалират

В последните дни на парламентарната сесия депутатите приеха промените в Закона за лечебните заведения, за които се смята, че ще станат основата за реструктуриране на болничната помощ. След гласуването здравният министър проф. Анна-Мария заяви: „В момента, в който този закон излезе в „Държавен вестник“, часовникът е пушат“. Дали е за добро, ще стане ясно по-късно.

Промените определят какво трябва да представляват българските болници, за да могат да работят със здравната каса и да се финансират със средства от министерството. Точните медицински стандарти по закон трябва да бъдат утвърдени до края на август. До четири месеца след приемането на стандартите пък ще трябва да се изработят областните здравни карти и да се приеме националната здравна карта, предвижда документът.

На болниците е даден

гратисен период от три месеца

в който трябва да покрият новите изисквания и да подадат документи за промяна на издадените разрешения за дейност. От следващата година клиники и отделения в болници, които не работят според изискванията, ще могат да се преобразуват и пререгистрират в лечебни заведения за извънболнична помощ. Ако срокът се пропусне, здравният министър има право да отнеме разрешенията за дейност на болниците, които не са се реструктурирали. Измененията в закона на практика

премахват диспансерите като вид лечебни заведения

До три месеца след влизането в сила на закона те ще трябва да станат центрове за психично здраве, медицински центрове или специализирани болници за пневмофтизиатрични заболявания, центрове за кожно-венерически заболявания, комплексни онкологични центрове или специализирани болници за онкологични заболявания. Новите структури ще бъдат длъжни да извършват същите дейности по активно издирване, диагностика, лечение и периодично наблюдение на болни, които влизат в задълженията им и сега. Въпреки клетвите на министър Анна-Мария Борисова, че болнични заведения няма да бъдат закрити, в закона е записано, че

тези, които не се преобразуват, ще бъдат ликвидирани

Решението на депутатите диспансерите да бъдат закрити предизвика недоволството на опозицията. Според Даниела Дарткива от ГЕРБ обаче се променя само термина "диспансери", който се използва предимно в бившите социалистически държави, но не и в страните, в които моделът на здравеопазване почива на солидарния принцип. Министър



Анна-Мария Борисова за своя страна увери, че дейността на диспансерите ще се запази, въпреки че някои от тях ще бъдат преместени в болниците.

Депутатите записаха в закона и изискването

болниците да поддържат 24-часов режим на прием на пациенти, ако искат да съществуват. Целта е да се осигури непрекъснатата спешна помощ на гражданите, мотивират се вносителите. Това изискване обаче ще наложи и не-

обходимостта от допълнителен персонал от специалисти, които на практика липсват в страната. В момента Националната здравноосигурителна каса сключва договори само с отделения, които имат по двама лекари-специалисти за всяка клинична пътека. Новите разпоредби могат да станат причина за закриване на болници, ако не се намерят достатъчно кадри, предупрежда от Български лекарски съюз. Държавата ще продължи да финансира

защитените болници в отдалечените райони

пише още в закона. Става въпрос за клиники в планински и труднодостъпни селища. Това ще става дори ако те не отговарят на всички медицински стандарти и наличие на персонал. В тази група ще влизат само лечебни заведения, които отстоят от друг град с болница на повече от един час с превозно средство /или 60 км/. Тези клиники по решение на министъра на здравеопазването ще могат да работят и със здравната каса, въпреки че не отговарят на изискванията.

Здравната каса няма да е длъжна да работи с всички болници,

предвиждат още измененията в закона. Сега касата не може да отказва договор на лечебните заведения. Това ограничение е направено, за да се спре лавинообразното откриване на нови клиники, които искат да работят с осигурителната институция. На практика с касата ще могат да работят само тези болници, които влизат в

задължителната национална здравна карта

Документът ще определи точно от колко и какви лекари, зъболекари и болници има нужда страната. Според бившия председател на здравната комисия в картата няма да се фиксира броят на болниците в отделните райони, а броят на леглата за активно лечение и долекуване.

Според медиците и представителите на пациентските организации обаче решението националната здравна карта да има задължителен характер и въвеждането на делегирани бюджети за болниците връща здравеопазването във времето на социализма. След като всичко ще се определя по административен път е по-добре здравната каса да се закрие и един отдел в министерството да спуска лимитите на болниците, контролираха те. Въпреки недоволството им обаче промените в закона вече са факт, остава да бъдат изработени наредбите, които ще конкретизират материята.

ЧЛЕНОВЕТЕ НА ТЕЛК НЯМА ДА НОСЯТ ИМУЩЕСТВЕНА ОТГОВОРНОСТ

Членовете на ТЕЛК няма да носят имуществена отговорност, ако тяхно решение е отменено от по-висшестоящ орган. Това е записано в приетите промени в Закона за лечебните заведения. В момента лекарите от ТЕЛК, които са определили намалена работоспособност в по-голяма степен от преценката на следващата инстанция - НЕЛК, трябва да платят надвзетите суми, които съответният човек е получил заради определената му по-голяма степен

на неработоспособност. Това доведе до масово оттегляне на специалисти от системата.

При гласуването на закона Юлиана Колева от ГЕРБ заяви, че е прецедент експерт, натоварен с осъществяване на държавен контрол, да носи имуществена отговорност при отмяната на негов акт. Тя обясни, че много често решенията на ТЕЛК и НЕЛК са се вземали с разлика от две-три години и оттам идват и различните оценки на състоянието на болния, което за такъв

период може да се влоши или пък по-добри. Мая Манолова от левицата призна, че имуществената отговорност е въведена по време на предишното мнозинство в парламента, но отбеляза, че това трябва да бъде променено.

Не беше прието поправките в закона да ваят със задна дата от 29 декември 2005 г. Така че измененията няма да засегне досегашните случаи.

Законодателите определиха още, че за неявяване в съда вече ще е необ-

ходимо освидетелстване от лекарска комисия. То ще се извършва от лекарските консултативни комисии, от центровете за спешна медицинска помощ, от ТЕЛК и от НЕЛК и ще се удостоверява с експертно решение - медицинско удостоверение по образец, утвърден от министъра на здравеопазването и от министъра на правосъдието. Според Ваньо Шарков от Синята коалиция така се намалява рискът от фалшификации и се разтоварват личните лекари от това задължение.

С проф. д-р Илия Попилиев, дмн, създател на Клиника по спешна кардиология към УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ", разговаря Илиана Манева

КАТО ПОМАГАШ И ПРАВИШ ДОБРО НА ДРУГИТЕ, ДОСТАВЯШ РАДОСТ И НА СЕБЕ СИ

- Професор Попилиев, фамилията ви подсеща, че във вашия род има свещеник. Разкажете за онези времена преди повече от 70 години.

- Моето родно място е Карлово - градът, дал на България най-великия й син, както пише най-великият български поет.

- Не само Васил Левски, 173 години от чието рождение отбелязахме на 18 юли, и други бележити българи са ваши съграждани...

- О, да. Бащата на Христо Ботев е роден в Карлово, издателят на първия български вестник "Български орел" д-р Иван Богоров (1818-1892 г.) - също. Като се замисля, едва ли има област в обществен живот, изкуството, науката, в която Карлово да няма принос: Иван Попов - основател на българския театър и негов историкограф, Пешо Радов - основоположник на балетното изкуство, прочутите артисти Васил Кирков и Елена Снежина, Райна Касабова - първата жена в света, летяла на боен самолет, Анка Ламбрева - първата българска околосветска пътешественичка, алпинистът Христо Проданов, Иван (Джон) Ночев - ракетен конструктор. Нека не пропускаме и двамата братя Евлоги и Христо Георгиеви - най-щедри дарители вероятно от създаването на българската държава досега. На тях, както знаем, дължим най-големия университет в България "Свети Климент Охридски" в София.

- Списъкът е наистина дълъг, с право се гордеете с родното си място.

- Баща ми е карловец, майка ми също е карловка, макар да е родена в Цариград. Дядо ми, нейният баща, и той е карловец, завършва Робърт колеж, връща се в Карлово, жени се за карловка - моята баба, нейната майка, но после е бил на служба 10 години към екзархията в Цариград и майка ми е родена в там. След година и половина им се ражда второ дете, момиче пак. По-късно семейството се прибира в Карлово. Майка ми се омъжва за баща ми през 1928 г. Той е първо дете - от общо седем, на дядо поп, от него идва и фамилията ми Попилиев. Татко имал музикален талант, но записал да следва право, завършва задочно и е съдия най-напред в село Трекляно, Кюстендилско, после в Търново, след това в Пловдив. Когато съм се родил, за наказание е изпратен 6 месеца в Сливен, а мене са ме кръстили, едва след като му позволяват да се върне. Причината била, че осъжда вършещ далавери близък до някой от правителството. Много скоро обаче ози е освободен, а баща ми - наказан. На съ-

вета на майка ми да не се конфронтира с управляващите, баща ми отговаря: "Аз и да се родя отново, пак ще направя същото". Той и преди, и след Девети септември работеше в Апелативния съд в Пловдив, там се пенсионира. Любопитното е, че в края на 1942-ра го командироват в Драма, където е прокурор, началник на Областния съд в Битоля, а като се прибра в Пловдив беше заместник-председател на Пловдивския апелативен съд. Тогава партийният секретар на града му казва: "Тебе ще те правим партийен член, ти си честен човек!", баща ми се оправдал, че е много зает, че се налага да се грижи за семейството. По чудо не е имало сериозни последствия. Вероятно участието му в двете войни и послो-вичната му честност го спасяват...

- Понякога стават и чудеса... Абащиният

див, една година учих в Търново, където баща ми бе на работа, после отново в Пловдив. 1938-а беше най-хубавата за семейството ни, а и за страната, бях десетгодишен, помня - левът конвертируем, има работа, всичко много евтино. След Девети останахме в Пловдив, училище-то, в ко-е т о

какво да следвам? Ето как се получи. Баща ми пове-чето време го нямаше у дома. Баба, майката на моята най-хубавата за семейството ни, а и за страната, бях десетгодишен, помня - левът конвертируем, има работа, всичко много евтино. След Девети останахме в Пловдив, училище-то, в ко-е т о

какво да следвам? Ето как се получи. Баща ми пове-чето време го нямаше у дома. Баба, майката на моята най-хубавата за семейството ни, а и за страната, бях десетгодишен, помня - левът конвертируем, има работа, всичко много евтино. След Девети останахме в Пловдив, училище-то, в ко-е т о

Моето желание беше да ставам археолог, но послушах баба си и ста-нах ле-

ски и агрономичен факултет. Първият ректор беше специалистът по уши, нос, гърло проф. Георги Янков, дето брат му хвърлил бомбата в черквата "Света Неделя" в София...

Като се дипломирах, по разпределение трябваше да ме пратят или в Бургаска околия, или в някое село в Пловдивско. Проф. Антон Митов, пропеедвът, беше председател на комисията, предложи ми да избира - отидох в Бургаско. Бях завършил педиатричен профил и работих в Елхово. От 1953-а до 1958 г. бях там.

- Какъв е най-яркият спомен от първите стъпки в лекарската практика?

- Партийната секретарка беше старша сестра на болницата, в интерес на истината, разбираше си от работата, един ден ме помоли да участвам поне в профсъюзната дейност, тъй като не бях член на БКП. Отговорих, че ще помисля как да помагам. Скоро и партийният секретар от Бургас ми се обади, почти ми се скара - не бивало така, нищо да не правим... Казах му да попита хората... Бяха доволни, тъй като си гледах стриктно работата...

След 4 години отново говорихме, споделих, че желая да специализирам вътрешни болести и той: "Специализация ли, ще стане...". Окръжният лекар обаче казал: Ще го пусна, ама после да работи в Окръжна болница в Бургас. Писах на моите родители, обясних поотделно и на единия, и на другия какво е положението, те ми отговориха: "Ти ще си решиш. Където отидеш, там ще дойдем.". Но щеше да е трудно, баба ми също трябваше вземем с нас и се прибрах в Пловдив. Никой не ме познаваше, но имах шанс и по заместване отидох в село Беливица, на 30 км от Пловдив. Там живях и работих 4 години, тогава взех изпит по вътрешни болести. Считаше се за уникално - селски доктор изкарва в София деветмесечен курс за специалност.

Бих искал да отбележа нещо, което трябва да се знае. Една от големите грешки на Малеев - той унищожи ИСУЛ - Института за специализация и усъвършенстване на лекари, с тезата всички ще преподават всичко. Неправилно е, хората са профилирани. Ще дойде студентът, на него каквото и да кажеш, ще го приеме, а като дойдат специализанти, какво ще правиш...

През 1962 г. почина баща ми, майка ми остана сама, нямам брат, нито сестра, за да съм по-близо до нея, приех да стана шеф на Вътрешно отделение в град Стамболийски. Там бях 2-3 години. По това

време се ожених в Пловдив, съпругата ми, тя почина, също беше лекарка. Род се дъщеря ни. Тя завърши английска гимназия и Медицинския университет в Пловдив - със златен медал и от училището, и за медицина. Сега работи и живее в чужбина с дъщеря си, моята внучка. Тя се казва Александра. Между другото, името Александър, като Чирков, е много популярно в Австрия, където са те.

- Кога сте дошли в София?

- През 1967-а, с конкурс, пети поред. Преминах всички перипетии по отношение на жителство, квартира. Работех като кардиолог в клиниката на проф. Чиров, бившата на д-р Моллов. Във връзка с дисертацията ми правихме опити над животни - предизвикване инфаркти на кучета, заедно с колега пловдивчанин, активен борец. Каквото кажеше той, се изпълняваше. Предложих му да се комбинираме, той прие. Изнесе резултатите на симпозиум в Ню Йорк. После защитих докторската си дисертация - вече в Правителствена болница, където бях от 1978-а до 1981-1982 г.

Професор станах в "Пирогов". Темата беше "Повторен инфаркт на миокарда". Изкарах 4 години там и през 1986-а създадохме Клиниката по спешна кардиология в ИСУЛ. Почти без нищо, на голо поле, както се казва. Апаратура, лекари, среден персонал, сестри - нямаше. Изпратих писмо до министерството, посочих какво ни трябва - за близо един милион долара. Оказа се, че не могат да отпуснат пари... Създавахме интензивното отделение, дадох ми 6 месеца, за да сме готови. Взехме един допотопен дехибрилятор, събрахме 18 души. Така започнахме и работихме добре. По случай 60-годишнината ми организирахме голям празник, дори снимахме цял филм. За 80-годишнината ми никой не се сети дори да ми се обади...

- Там ли се пенсиони-рате?

- Не. Преди да се пенсионирам, през 1972-ра ме поканиха като консултант в Клиниката по белодробна инфекция на бул. "Гешов" 17. Там се пенсионирах, след общо 46 години и 11 месеца трудов стаж.

- А сега почитате ли си?

- Не, имам много работа. Давам съвети, пиша. Подготвил съм за печат три книги - "Съвременна клинична аритмология", "Синкопални състояния в медицината", "Диференциална диагноза на болести на сърцето и големите съдове". Винаги си намирам какво да правя. Не скучая - слушам класическа музика, следя новините в световната медицина.

Проф. д-р Илия Любенов Попилиев, дмн, е роден в Карлово на 21 декември 1929 г. Завършва ВМИ-Пловдив през 1953 г.

Академичната си кариера започва като асистент във ВМИ-София през 1967 г. Доктор по медицина от 1974 г., доктор на медицинските науки и доцент - от 1984 г., от 1987 г. е професор.

От 1982 г. е ръководител на Първа вътрешна клиника с кардиология при ИСМ "Пирогов", а от 1986 г. създава и ръководи Клиника по спешна кардиология при тогавашната ДИБ "Царица Йоанна".

Научноизследователските интереси на проф. Попилиев са в областта на спешната медицина и кардиологията. Има по-

вече от 200 публикации и 10 монографии, сред които "Повторен инфаркт на миокарда" (1990 г., 1994 г.), "Основи на биологията и клиничната медицина" (1992 г.), "Наръчник за диагностика и лечение на синкопалните състояния" (1996 г.), "Практическа спешна кардиология" (с д-р Искра Ангелова, 1999 г.), "Клинично-терапевтичен справочник по кардиология" (2002 г.), "Инструментална кардиодиагностика" (с колектив, 2002 г.), "Лекарствена кардиология" (2002 г.), "Интензивна кардиология" (2003 г.), "Възрастните като пациенти (с колектив, 2003 г.), "Диагноза и лечение на болести на сърцето и съдовете" (2005 г.).

Зодия Стрелец. Има дъщеря, също лекарка, и внучка.

девиз стана ли и ваш?

- Не, нямам свой девиз. Вършех си работата, помагах на хората, така доставях радост и на себе си.

- Естествено, след като сте избрали да се занимавате с медицина... А как стигнахте до решението да станете лекар?

- Всъщност не реших спонтанно... Започнах в немското училище в Плов-

учех, го закриха, но то ми даде много - имахме часове по латински, по повече от два езика. Проявявах музикална дарба, татко ми купи цигулка и започнах да се уча да свирия на този прекрасен инструмент. Не станах професионален цигулар, но ми породил голямата любов към класическата музика, към операта.

Колкото до решението

кар. Между другото, моята внучка, дъщерята на дъщеря ми, учи археология, но не у нас, те живеят в чужбина.

- Къде бяхте студент?

- Завърших открития през 1945-а Медицинския факултет на Пловдивския университет. Тогава в университета в Пловдив имаше медицин-

МИНИСТЪР БОРИСОВА ОГЛЕДА БОЛНИЦИТЕ В СТРАНАТА

Министърът на здравеопазването проф. Анна Мария Борисова обиколи през юли почти всички болници в страната, за да се запознае лично със състоянието им. Работните й срещи по места с ръководители на клиники, медици и експерти имаха за цел обсъждане на областните здравни карти. По правило срещите бяха закрити, а идеите за реструктуриране на здравеопазването не бяха поставени на публично обсъждане. Почти навсякъде Борисова повтори обещанието си, че няма да затваря болници. В същото време обясни, че диспансерите вече няма да са самостоятелни структури и ще бъдат прехвърлени към местните лечебни заведения.

В **БУРГАС** Борисова съобщи, че болницата ще получи нова апаратура. "По програмите на ЕС ще има доста средства и аз се надявам ние да ги спечелим, за да можем да оборудваме и общинските болници, да можем да оборудваме и някои областни центрове, които имат отношение към заболяемостта и смъртността на редица хронични заболявания у нас. Така че апаратура ще има", посочи проф. Борисова.

В **БЛАГОЕВГРАД** министърът обяви, че трите диспансера - онкологичният, кожно-венерологичният и белодробният ще се преместят в специализираните болници, като част от леглата им ще бъдат редуцирани. "Това е поредната ми среща с лекари. Впечатленията ми са много добри и аз се надявам, както и на другите места, където имаше изключително съдържателни разговори, така да бъде и тук", каза Борисова при срещата си с шефът на болницата в **КЮСТЕНДИЛ**. В града тя разговаря с кмета и областния управител и обсъди с тях проекта за здравна карта. Националната здравна карта ще бъде изградена на базата на регионалните, каза министърът.

В **КЪРДЖАЛИ** стана ясно, че белодробният диспансер ще трябва да прехвърли 20 легла на болницата. Лекарите веднага атакуваха идеята с мотива, че това може да доведе до освобождаване на болните от туберкулоза или до разпространяване на заразата и върху други, контактни с тях пациенти от съседните клиники. Борисова се опита да ги успокои, че болните ще продължат да се лекуват при необходимата изолация.

Опитваме се да оптимизираме цялата система на лечебните заведения, заяви проф. Борисова във **ВЕЛИКО ТЪРНОВО**. Според нея визията на ведомството за лечебните заведения в Северна България вече е ясна. Тя предложи общинските болници в Елена и Полски Тръмбеш да станат медицински центрове, а в другите болници във **ВЕЛИКОТЪРНОВСКО** да бъдат съкратени общо 301 легла. По време на визитите на министъра стана ясно, че в болницата в **ОРЯХОВО** ще бъде закрито хирургическото отделение. Същата съдба ще сподоби и хирургични и АГ отделения в **ЛЕВСКИ, ГУЛЯНЦИ, ЧЕРВЕН БРЯГ и БЕЛЕНЕ**. Ще очистим болниците от кухите структури, каза Анна-Мария Борисова. В областната болница "Д-р Ст. Черкезов", заедно с кметове и представители и директори на здравни заведения, тя участва в обсъждането на областната здравна карта на Търново. В болницата в **ГОРНА ОРЯХОВИЦА** ще бъдат слети отделенията по офталмология и УНГ, а в **ПАВЛИКЕНИ** ще бъдат закрити хирургичното и АГ отделения. Във всички лечебни заведения ще бъдат закрити и физиотерапевтичните клиники. Обмисля се дали великотърновският диспансер за белодробни заболявания да бъде прехвърлен към този в Габрово, обяви Борисова.

В **МОНТАНА** шефът на берковската болница д-р Иван Флоресков, кой-

то е известен с борбения си характер, каза, че няма да позволи лечебното заведение да бъде закрито, защото обслужва голям регион и хората имат нужда от него. Министър Борисова прие доводите му, но според нея хирургичното отделение на болницата не отговаря на изискванията, защото в него се правят по-малко от 1000 операции годишно. По думите й е добре лечебното заведение да се реструктурира в болница за долекуване с пари, получени по европроекти. Такива средства ще има и за други лечебни заведения в Северна България, на които им предстои реструктуриране, посочи Борисова.

В университетската болница в **ПЛЕВЕН** изненадващо се оказа, че се предвижда оряждане на 80 легла, въпреки че през последните години пациентите постоянно се увеличават. Това естествено предизвика недоволството на лекарите. Това е едно от най-големите лечебни заведения в района и не трябва да се пречи на пациентите да се лекуват в него, още повече, че в болницата се провежда и обучението на бъдещите медици, заявиха преподавателите от Медицинския университет в града.

В **ЛОВЕЧ** Борисова сподели притесненията си, че в болницата работят доста лекари над 60 години и обеща да се потърсят варианти за подмладяване на състава. Същият проблем беше разгледан и в Силистра, където 55% от

медиците са над 52-53 г.

Най-оспорвани бяха дебатите по реструктурирането на лечебните заведения в **СТАРА ЗАГОРА**. Проф. Борисова заяви, че двете болници в града, които се помещават в една сграда, трябва да се обединят, за да получат допълнително финансиране, но ръководителите на клиниките категорично отказаха сливането. Точно затова няколко дни след срещата министърът изпрати писмо до областния управител, в което се съобщава, че Стара Загора няма да има ви-

сокотехнологична болница, а с такава ще се сдобие Хасково.

"Искам да Ви уведомя, че в сегашния си вид двете лечебни заведения не могат да станат високотехнологична болница. Ето защо ще бъде принудена да направя такава МБАЛ - Хасково. Така гражданите на област Стара Загора ще могат да се възползват от модерната апаратура в болницата в Хасково", обяснява в писмото си проф. Борисова.

В същото време във **ВРАЦА** Анна-Мария Борисова заяви, че в страната няма да има само 6 високотехнологични болници, каквато беше първоначалната идея, а ще се направят 28 еднакви болници във всяка област и в тях ще може да се лекува всичко, включително и да се извършват високотехнологични дейности.

В **ЯМБОЛСКА ОБЛАСТ** няма да бъдат закрити болници, заяви министърът при посещенията си в града. Тя посочи, че в елховската болница АГ-отделението ще бъде трансформирано в родилно. Борисова обаче поиска от лекарите

тализации и харчим неразумно пари", подчерта министърът и поиска да се приемат в болница само пациенти, които наистина имат нужда от такова лечение и не могат да се лекуват вкъщи.

Здравната реформа е "изключително задълбочена и смислена", заяви Борисова в **РУСЕ**. Там тя откри обновено отделение в диспансера за психични заболявания. В **СИЛИСТРА** заяви, че ще запознае колегите си с това, което се прави по целия свят в период на криза. Страни като Франция и Холандия също се опитват да реформират здравната си система в момент, в който средствата не достигат, обясни проф. Борисова.

Реалната реформа на болничната сфера ще започне през септември и ще завърши декември, обеща проф. Борисова. По думите й в края на годината страната ни ще има съвсем различна болнична система, значително по-близка до тази в Европа. Според министърът пари за реструктурирането на болничната система има, като част от тях ще дойдат по европейски проекти. Средства ще бъдат отпуснати на големите държавни лечебни заведения за апаратура и ремонти и на някои общински клиники, които ще се превърнат в хосписи и болници за долекуване. Други пък ще трябва да станат медицински центрове, като към тях ще има по 10 легла.

Ентусиазмът на министъра обаче беше съпроводен със скептицизъм от страна на лекарите. Според тях промените, които се правят, ще доведат до листи на чакащите в болниците и ще затруднят достъпа на пациентите до лечение. Намалените приходи след оряждането на болнични легла ще увеличат дълговете на болниците, които и без това са големи и ще намалят възнаграденията на персонала, предупредиха те. Това пък от своя страна ще накара все повече медици да си стегнат куфарите и да заминат за чужбина, за да потърсят по-добра реализация, смятат лекарите.



ЛЕКАРИТЕ ИСКАТ ПОВЕЧЕ ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЗАБАВЕНИТЕ ПЛАЩАНИЯ И ДЕЛЕГИРАНИТЕ БЮДЖЕТИ

● **Въпроси на д-р Кузман Николов, дмн, зам.-председател на асоциацията на частните лечебни заведения в България**

Бих искал да информирам ръководството на БЛС за следното:

До днес (09.07.2010 г.) включително, РЗОК в Пловдив и Пазарджик не са платили на болниците работните за май 2010 г., както и задържаните 10 на сто от заработките през март и април 2010 г.

Предвид тежкото състояние, в което се намират болниците, благодарение на забавените плащания, ви

моля да ме информирате и да отговорите на следните въпроси:

1. Има ли договорена дата между Лекарския съюз и Националната здравноосигурителна каса (респективно Министерството на здравеопазването) за извършване на плащанията за май 2010 г.?

2. Има ли договорен срок за изплащане на задържаните и неизплатени 20 на сто от заработките за март и

април 2010 г.?

3. Ще има ли делегирани бюджети (новата формулировка - финансова рамка)?

4. Ако все пак бъде въведена финансова рамка, договорена ли е с Българския лекарски съюз формулата, по която ще бъде изчислявана тя за всяка една болница или ще е както досега по добре познатата система "наш човек"?

ОТГОВАРЯ АДВОКАТ ИВАН СОТИРОВ:

Във връзка с поставените от вас въпроси ви уведомявам следното:

● По първи и втори въпрос - ръководството на Българския лекарски съюз многократно - писмено, на срещи и чрез медиите, е настоявало пред директора на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) за изплащане на забавените преводи на дължимите суми, включително и за май 2010 г.

Няма договорена дата за забавеното плащане от 20 на сто за март и май 2010 г. Съгласно раздел "Условия и срокове за заплащане на извършените медицински дейности" от НРД 2010 г. плащанията се извършват чрез районните здравноосигурителни каси (РЗОК) до 30-о число на месеца, следващ отчетния. За забавени преводи



ще има ли делегирани бюджети (финансова рамка), Управителният съвет на БЛС винаги е бил против т. нар. делегирани бюджети, тъй като те нарушават лекарската преценка по целесъобразност, погават правата на здравноосигурените лица и са основание за "надвишаване" на лимитите (направления) за лечението.

В новия проект за изменение на Закона за лечебните заведения БЛС даде становище, че терминът "делегирани бюджети" трябва да се замени с "прогнозни бюджети" и поправката беше приета.

● По четвърти въпрос - преговорите с НЗОК за Национален рамков договор (НРД) 2011 са в начална фаза и финансова рамка с формула за изчисляването и за всяка една болница не е договоряна на този етап.

● По третия въпрос -



В централата на Българския лекарски съюз и през летните месеци работиха групи от експерти по клиничните пътеки...

Писмо от БЛС до проф. Анна-Мария Борисова СТРОГА САНКЦИЯ ЗА ПРОЯВИЛИЯ НАСИЛИЕ НАД МЕДИК

Във връзка с физическото насилие, извършено над д-р Георги Тодоров от служител на РЦЗ-Русе при посещението на министър на здравеопазването проф. д-р Анна-Мария Борисова, БЛС изпрати писмо

с искане за най-строга санкция за служителя.

Бих искал да изразя категоричното си възмущение, свързано с проявата на физическо насилие над д-р Георги Тодоров, извършено от служител на РЦЗ-Русе по време на вашето посещение. Този неморален акт не само оронва престижа на повереното Ви ведомство, но показва и порочна склонност за самоуправство, което е в разрез с всички демократични норми на нашето общество, се казва в писмото на председателя на БЛС д-р Цветан Райчинов.

Управителният съвет на БЛС ще реагира остро на всички подобни действия, свързани с посегателство над лекарското съсловие и в този смисъл, като част от нас, смятам, че и Вие, ще предприемете необходимото, за да бъде санкциониран служителът, позволил си подобно държане на публично място - се допълва в писмото и завършва с настояване за най-строга санкция, като справедлив акт за моралното приключване на случая.

Копие от писмото е предоставено и на д-р Георги Тодоров.

ПРЕСЦЕНТЪР НА БЛС



ОТПАДА ВТОРИЯТ ПОДПИС НА АМБУЛАТОРНИЯ ЛИСТ

● **Съвместно указание на БЛС и НЗОК**

На 23 юли т. т. излезе указание, подписано от председателя на БЛС д-р Цветан Райчинов и директора на НЗОК д-р Нели Нешева. То е относно прилагане на чл. 176 и чл. 177, ал. 1, т. 1 от НРД 2010 във връзка с приложение №3 към НРД 2010, в частта "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1).

"Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК) е първичен медицински документ, който се съдържа в приложение № 3 към НРД 2010. Относно съдържащите се в него реквизити: подпис на пациента във връзка с оказаната му медицинска помощ от съответния лекар и подпис на пациента, с който той декларира, че към момента на прегледа не

е хоспитализиран, даваме следните указания:

1. Първият подпис е задължителен реквизит, тъй като удостоверява, че пациентът е информиран за извършените медицински дейности, назначената терапия и очакваните резултати от лекаря, извършил прегледа и съответно издал амбулаторния лист за това.

2. Вторият подпис не следва да се счита за задължителен реквизит. Същият представлява индикатор за НЗОК/РЗОК, който може да послужи като основание за извършване на проверка във връзка с член 129, ал. 5 и чл. 138, ал. 3 и чл. 223 от НРД 2010. При проверката в

тези случаи следва да се има предвид хипотезата на чл. 40, ал. 3 от НРД 2010, която дава възможност за издаване на амбулаторен лист по време на хоспитализация.

Мотивите за това тълкуване са следните:

Вторият подпис засяга декларацията на пациента, че към момента на прегледа не е хоспитализиран, следователно това е израз на волята му. Поради това в случаите, когато пациентът не е декларирал това обстоятелство и ли е декларирал неверни обстоятелства, липсата на подписа му не може да се вмени във вина на лекаря.

Указанието се издава на основание чл. 3, ал. 1 от НРД 2010.



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

ЗАКОННА КЛОПКА ЗА СЕМЕЙНИТЕ ЛЕКАРИ или луфт в законодателството? ДОКОГА?

● **Общопрактикуващите доктори всяка година подаряват на държавата и на времещите законотворци по един автомобил от добър клас**

От старта на здравната реформа през 2000 г. за един ден всички терапевти от доболничната помощ се събудиха като семейни лекари, джипита, лични лекари.

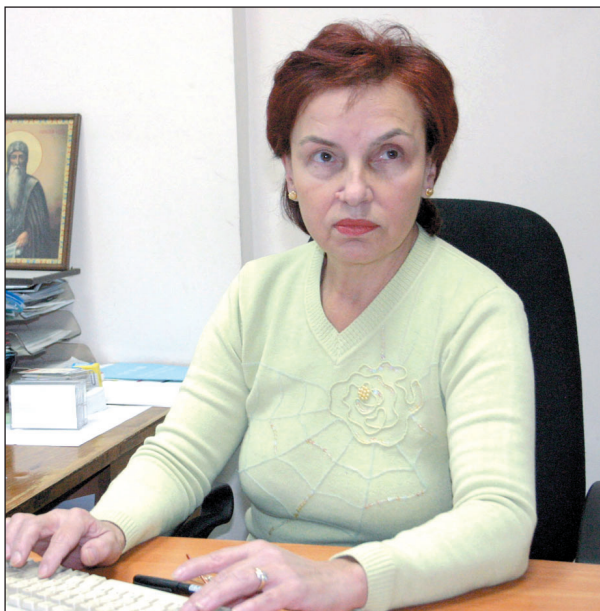
За определен период от няколко месеца те се регистрираха и като ЕТ по Търговския закон, но и като лечебно заведение по Закона за лечебните заведения.

Оттук започна тихият 24-часов неуморен труд на лекарите с индивидуални договори към Националната здравноосигурителна каса по определени правила.

Издадена бе и Наредба № 40 на Министерство на здравеопазването за основен пакет за работа в доболничната помощ с над 10 параграфа и с по 10 позиции по всеки като задължение за медицинска дейност към пациентите. По-късно се появиха и законово освободени от потребителски такси групи, посещаващи лекарите ежесмесечно и многократно в кабинетите. Разбира се, всеки лекар е длъжен да осигури и 24-часово обслужване, телефонен достъп, организация на медицинска помощ за пациентите си. Икономиката на страната си върви, инфлацията - също, и дойде световната финансова криза - както за всички, така и за лекарите в България.

Но каква е законната клопка за семейните лекари? Като ЕТ, те са в групата на професиите самонаети лица. Това означава, че семейният лекар си е работодател и се самонаема!

Да, ама като се самонаема, трябва да спазваш и Закона за здравословни и безопасни условия на труд, Кодекса на труда в Р България, Европейските директиви за условия на труд и работно време в сектор Здравеопазване, Наредбата за работното време и отпуска в България и още куп нормативни



документи.

А ако анализираме и що е работно време - то е 8-часов работен ден при 5-дневна работна седмица - това не важи за самонаетите лица.

И така стигаме до законния извод, че ако се изчисли трудът на семейния лекар за нощно време, за събота и неделя, за национални и официални празници в годината, то той трябва за всичко да си пуска заповед към самия себе си като работодател!

Добре, ама трябва да си калкулира и заплащането сам към себе си за допълнителен извънреден нощен труд и за празници и да посочи сам на себе си, че след 8-часов ден трябва да има законна почивка поне 6 часа, за да продължи до 24-часовото си дежурство. Също да посочи кога ще почива след празничните дежурства - ден, часове и т.н.

Изобицо, нещата не се връзват откъде като законност, в страната даже няма и нормативен документ за тази категория в здравеопазването - самонаети лекари в доболничната помощ!

На официално запитване от страна на БЛС до КНСБ и КТ "Подкрепа" по въпроса първите отговориха мъгляво, а вторите не си направиха

труда..

Но аз тук ще спомена скромните си изчисления за всичките 5000 семейни лекари, работили 10 години по 24 часа в нарушение на български и европейски норми на труд с благословията на синдикатите в страната - те са работили за 144 милиона лева безплатно на държавата и пациентите си до момента!

Това е скромната сума от по 28 800 лв. от всеки семеен лекар за 10 години до момента, без да е ползвал законна отпуски, вреден труд, добавки за нощен труд, добавки за работа с дисплей, уверяващ зрението, добавки за работа с опасни за здравето продукти, калкулация за храна за нощен труд и нерегламентирано работно време и т.н.

Мое скромно мнение е, че час по-скоро БЛС трябва да задвижи законодателната инициатива до институциите за спешно уреждане на този законен луфт, иначе семейните лекари ще продължават да подаряват на държавата по един автомобил от добър клас, включително и за времещите законотворци от страната, да не говорим за синдикатите.

Това - за домашен размисъл.



ОТНЕМАТ ЛИ СЕ КОМПЕТЕНЦИИТЕ НА ОПЛ ПРИ ПРОФИЛАКТИКАТА НА ДЕЦАТА?

В писмо до председателя на БЛС - г-р Цветан Райчинов, г-р Диана Чинарска излага позицията си по вече публикувания стандарт по педиатрия и наредбата, свързана с него. Поместваме пълния текст на писмото-становище

Становище

Относно: публикуван в ДВ бр. 53 от 13 юни 2010 г.

Стандарт по педиатрия и издадена Наредба № 19 от 22 юни 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Педиатрия"

Извадка от Медицински стандарт "Педиатрия"

1.3.15. Профилактична и промоционална дейност.

Осъществява се от общопрактикуващ лекар или специалист педиатър.

Профилактичните прегледи на децата се извършват с честота, съобразно възрастта, както следва:

дава съвети за правилното хранене и реда на въвеждане на храните в кърмаческия период; при кърмачета на смесено и изкуствено хранене убеждава майките да използват адаптираните млека;

б) дава указания за правилния хигиенен режим за отглеждане на детето и закаляването му;

в) провежда профилактика и лечение на рахита.

По така формулираните

ние върху развитието на индивида и при констатирани отклонения се провеждат необходимите консултации по органи и системи.

5. При тази нова концепция за профилактика означава ли, че всички деца имат равен достъп до педиатър в страната и системата разполага ли с този брой специалисти педиатри в доболничната мрежа?

6. Ще последва ли нова концепция за общопрактикуващи лекари без специалност Вътрешни болести и Акушерство и гинекология да не провеждат определен вид прегледи, които са в основен пакет, гарантирани с Наредба от МЗ?

7. Променя ли се визията за ниво на компетентност на общопрактикуващия лекар със и без тези две специалности - т.с. кой и кога е компетентен в подготовката си?

8. Ще се изравни ли заплащането за дейности по наредбата за Диспансеризация и профилактика еднакво с тези на специалистите и тези ОПЛ с придобита тясна специалност като еднаква компетентност със съответния специалист?

9. Ще промени ли тази концепция здравния модел на семеен лекар, записващ при себе си в листата както възрастни, така и деца?

Заклучение:

1. Тези и други въпроси е редно да се изяснят по сега действащата нормативна база в здравеопазването, за да се избегнат следващи конфликтни текстове по медицински стандарти с този по обща медицина.

2. Не е редно в един стандарт да има императивни текстове за дейности към други специалности и техните медицински стандарти, както и поставяне в неравностойно положение група пациенти спрямо други възрасти.

3. Не е редно за една и съща по компетентност медицинска дейност и медицински преглед да се заплаща различно на изпълнителя, а да не говорим за оскъпяване или дублиране на заплащането, което е неоснователно.

16 юли 2010 г.

Възраст на детето	Честота на прегледа
До 28-ия ден от раждането	детето се посещава от лекар в първите 24 часа и между 14-ия и 20-ия ден след изписването му от родилното отделение
До една година	всеки месец
От една до две години	четири пъти годишно - на всеки три месеца
От две до седем години	два пъти годишно - на всеки шест месеца
От седем до осемнадесет години	един път годишно

Видът и обхватът на профилактичния преглед са с минимален обем, съобразно действащата нормативна уредба.

Когато в листата на общопрактикуващия лекар има записани деца до 18-годишна възраст, но той няма специалност по педиатрия, следва периодично да ги консултира със специалист педиатър:

а) при деца до едногодишна възраст - 4 пъти годишно;

б) при деца през втората и третата година - 2 пъти годишно;

в) при деца от предучилищна възраст - 1 път годишно.

В рамките на профилактичната и промоционалната дейност общопрактикуващият лекар или специалист педиатър проследява физическото и невропсихическото развитие на детето, като:

а) дава необходимата информация на майките за рационално хранене на кърмачето и полага всички необходими грижи за изключително кърмене през първите шест месеца и максимално продължително естествено хранене;

и приети текстове от съответните компетентни институции в медицински стандарт "Педиатрия", е необходимо да се изяснят следните моменти в сега действащия модел на здравеопазване:

1. Специалност Обща медицина се придобива след включен модул за обучение по педиатрия, вътрешни болести, хирургия, акушерство и гинекология. Това са основни базови клинични дисциплини, даващи нужното ниво на компетентност на общопрактикуващия лекар.

2. По сега действащия Закон за здравето да практикуват Обща медицина имат законно право лекари с придобита специалност Обща медицина, Вътрешни болести, Педиатрия.

3. Поставяне на децата като приоритетна група би било логично да касае диспансерни случаи, както е по Наредбата за диспансеризация, за да се ползва професионалното ниво на специалиста по дадени заболявания, както и за остри случаи по преценка на семейния лекар.

4. Профилактичните прегледи НЕ СА ЗАБОЛЯВАНИЯ, а процес на наблюдение

ОКОЛО ЕДИН МИЛИОН ЛЕВА ВЛИВА В БОЛНИЦИТЕ СИ СТОЛИЧНАТА ОБЩИНА

Проект за ремонт на четири лечебници се пише в столичната община. Това са Първа, Четвърта и Пета градски болници, както и акушер-гинекологичната "Шейново". Подготвя се и друга

равляват финансите си, отбелязват в общината. В края на миналата година повечето от лечебниците дори излязоха на печалба - с общо 1,3 милиона лева.

Общинската администрация търси реше-

● *И по европрограмата ще има пари за ремонти*

● *Ще прехвърлят собствеността изцяло на медицинските търговски дружества*



Ще се инвестира в апаратура



разработка - за изграждане на три защитени жилища. Максималният размер за финансиране на двата проекта е пет милиона лева. Очаква се да дойдат по европрограмата "Регионално развитие", за която столична община ще кандидатства с тези проекти.

Това е само един от предвидените източници за финансиране на обновяването на медицинските звена в София.

"Всички лечебни заведения имат проблеми заради сериозните забавания на плащанията от здравната каса и се нуждаят от нова апаратура", отбелязва пред общинарите кметът Милко Герджиков. С това аргументира предложението си столичната управа да даде почти един милион лева на общинските болници. Така ще се закърпи финансовото им положение. Сумата е дивидентът, който дружествата по закон трябва да внесат в бюджета на София. Зам.кметът Герджиков предлага парите да се разпределят между болниците, а те на свой ред да ги инвестират в апаратура и ремонти.

Не може да не се припомним, че столичните общински лечебници все по-добре уп-

равляват финансите си, отбелязват в общината.

ликвидираният Столичен медицински холдинг обединяваше 45 диагностично-консултативни центрове, болници и диспосери. Сега кой е истинският собственик на сградния фонд?

Според правен анализ, направен от работна група от общината, собствениците на отделни части от лечебниците са повече от един - самите дружества и столичната община. Има доста неточности в решенията, с които е променян капиталът на медицинските дружества в периода от 2000 до 2003-та година. Това допълнително усложнява въпроса за собствеността. А последицата е: затруднява се поддръжката и събирането на наемите от наемателите - лекари, позващи помещения в тях.

Много от тези наематели повече от година не са плащали за кабинетите, защото не знаят на кого да приведат съответни суми - на общината или на диагностично-консултативния център. Натрупват се и дългове за вода, електричество и парно. За съжаление, някои от наемателите не са издължили и разходите си за консумативи.

КАКВО Е РЕШЕНИЕТО?



В общинската комисия по здравеопазване лично столичният кмет Йорданка Фандъкова лансира идея - правото на собственост върху сградите и частите от сгради на общинските лечебни заведения в София да се апортира в капитала на ползващите ги търговски дружества. Така управителите на тези лечебници ще притежават сградите и ще отдават помещенията в тях под наем на общопрактикуващи лекари, лаборатории и пр. /Ако поправки в Закона за здравето не изхвърлят частните практики от териториите и на общинските лечебници!/"

КАК РЕАГИРАТ НАЕМАТЕЛИТЕ?

Д-р Делфина Нуняс, председател на софийското сдружение на общопрактикуващите лекари: Собствеността си остава общинска, но ние ще си плащаме наемите на управителите на диагностично-консултативните центрове, защото сградите им трябва да се поддържат. Разбира се, тези управители ще се съобразяват с наемите, които определя общината.

Все още не е ясно дали наемателите ще плащат и за общите части в сградата - коридори, стълбища, тавани, мазета, антрета... Окончателно решение ще има след обсъждане.



Д-р Методи Маджаров, председател на Столичната лекарска клегия:

Обсъждахме проблема и според нас общите части не трябва да влизат в ползваемата наета площ. Ако лекарите бяха собственици на кабинетите си, можеха да имат някакво отношение към общите части. Представете си - един кабинет е 10 квадратни метра, например. С общите части обаче става 50 квадратни метра. Ако наемът се изчислява за 50 квадрата няма да е логично. В крайна сметка коридорът например не го ползваме ние, а пациентите, които са граждани на София. Общината трябва да осигури за своите жители достъп до лекарските кабинети.



И БАЛНЕОЛЕЧЕБНИЦАТА В БАНКЯ ВЕЧЕ Е НА СТОЛИЧНА ОБЩИНА

От години двуетажната сграда на тази балнеолечебница с площ от 1590 квадратни метра не се използва по предмета на дейността ѝ. Местната управа разработва дългосрочен проект за реставрация и консервация на сградата. Ще се обнови и парковото пространство около нея. Този проект е част от цялостен план за възстановяване и модернизация на централната част на селището.

Междувременно правителството реши да бъде намален капиталът на "Специализирани болници за рехабилитация" ЕАД чрез обезсилване на акции, съответстващи на стойността на правото на собственост върху балнеолечебницата в Баня. Имотът ще бъде прехвърлен безвъзмездно на столична община, според съобщение на правителствената информационна служба.

И ЕДНО МНЕНИЕ ПОЧТИ ОТСТРАНИ

Д-р Методи Янков, прокурор на МБАЛ "Света София", бивш шеф на Столичният медицински холдинг: Всички търговски дружества, с изключение на ДКЦ 20, имат от 40 до 70 % апорт. Когато им се прехвърли цялата собственост, има вероятност диагностично-консултативните центрове да се превърнат в арендатори вместо да са медицински дружества.

Предстои столичният общински съвет да одобри методка за определяне на разходите за консумативи на всяко лечебно заведение. Очаква се да се определят и наемите на лекарските кабинети. Конкретните суми ще се предлагат от лицензираните оценители, а след това общината ще си каже думата.

За всички е ясно, че преустройството на общинските медицински центрове е наложително, че местната управа няма за кога да отлага. Но всяка стъпка трябва да бъде предварително видяна, за да не се повторят близките истории с холдинга...



Световна седмица на кърменето от 1 до 7 август

В ПЛОВДИВ ДЕМОНИСТРИРАХА ПЪРВИ ГРИЖИ ЗА НОВОРОДЕНОТО

● Инициативата е на фондация "За нашите деца" с професионалното участие на лекари от града на тепетата

Повече от 30 майки участваха в публичната демонстрация за първите грижи за новороденото, организирана от фондация "За нашите деца" като част от инициативите ѝ за насърчаване на доброто и сигурно родителство. За основните правила за правилното къпане и хранене, както и за някои тънкости на добрата грижа говориха експерти на Националния център за превенция на изоставянето на новородени и деца до 3 години, съобщиха от фондацията. Демонстрацията бе реализирана съвместно с Mall Пловдив. По време на срещата с бъдещите родилки д-р Диана Аргирова от МБАЛ Пловдив показва кои са правилните начини за къпане на новороденото, как да се грижим за кожата му, както и как правилно да го кървим.

"Ние много искаме бъдещите родители да са уверени в себе си и в това, че могат да бъдат добри родители. Да си родител не е трудно, но е отговорно. Нужни са майката и таткото, но трябва помощта и на близките им. В същото време обаче нашата ор-

ганизация се среща с много хора, пред които стои дилемата дали да не се разделят със своите бебета още при раждането им. Това са майки и татковци, несрещащи разбирането на близките си или са притиснати от обстоятелства, с които не могат да се справят. С днешната демонстрация ние искаме да покажем, че на родителите е нужна подкрепа не само от техните близки, а и от обществото. И да насърчим бъдещите майки и татковци да питат, когато имат дилеми по грижата за своите новородени", каза Иванка

СТАТИСТИКА

ОКОЛО 7000 СА ИЗОСТАВЕНИТЕ ДЕЦА НА БЪЛГАРИЯ

В рамките на последните шест месеца почти 30 деца са изоставени в дома за бебета в Пловдив. Социалните работници и фамилните терапевти на фондация "За нашите деца" в града са помогнали на 72 деца до 3 години да останат в семейна среда. Почти половината от тях са бебета, показва статистиката. 2017 деца са изоставени от майките си през 2009 г. в цялата страна. След като са непотърсени и нежелани, бебетата отиват директно в някой от 32-та приюта в страната. Общо изоставените деца на България са около 7000.

Шалапатова, директор на фондация "За нашите деца".

От своя страна, оперативният мениджър на МОЛ Пловдив Светлин Вълв поздравя майките, които се включиха в демонстрацията и им пожела успешно родителство. "Зная, че да си родител е предизвикателство, но съм убеден, че с такива срещи трудностите са по-малко. Зная също така, че никой не се ражда научен, но трябва да се учи",

допълни Светлин Вълв.



В Пловдив подкрепя семейството с предоставянето на специалист-педиатър, който консултира родителите в специалната грижа за едно от децата, родено недонесено. Социален работник на фондацията посещава семейството и предоставя практическа помощ в грижата за трите момичета, както и за сестра им.

В рамките на демонстрацията асистент на началника на отделенията за новородени и недонесени в МБАЛ Пловдив д-р Диана Аргирова беше Румяна Танчева - майката на тризнаците от Асеновград - Сандра, Весела и Хриси. Екипът на фондация "За нашите деца"



ОТКРИТА Е „СТАЯ ЗА МАЙКАТА И БЕБЕТО“

Председателят на Държавната агенция за закрила на детето Надя Шабани, и. д. кметът на Пловдив Георги Тютюков, директорът на фондация "За нашите деца" Иванка Шалапатова и заместник-директорът на МБАЛ Пловдив д-р Гинка Стоянова откриха в болничното заведе-

социалните работници на фондация "За нашите деца" за консултиране и информиране на майки, които са заявили желанието да изоставят своите бебета в болницата.

Помещението е в началото на болничен сектор и в него педиатри и психолози ще разговарят с родители, чиито деца се раждат с увреждания или има потенциален риск за живота им.

Стаята за майката и бебето е създадена със средства на Нова телевизия. Предстои до месец да бъде открито подобно помещение в Mall Пловдив, а в началото на есента и в зоологическата градина в София.

Предвижда се и организирането на стая за майката и бебето и в пловдивската МБАЛ "Свети Мина".

Създаването на места за грижа за новородени и малки деца е част от отговорността на фондация "За нашите деца" за насърчаване на добрата грижа в първите, най-важни години от раждането на малчуганите.

ПСИХОЛОЗИ, ТЕРАПЕВТИ, ПРИЕМНИ РОДИТЕЛИ И ТЕХНИТЕ ДЕЦА ТВОРИХА И СЕ ЗАБАВЛЯВАХА ЗАЕДНО



Повече от четири часа социални работници, психолози, терапевти, рехабилитатори, доброволци, приемни родители и техните деца, експерти и мениджъри в детската организация се забавляваха и твориха заедно. Всички намериха възможност да отделят един ден от натоварената ни програма, за да се видят, да се опознаят, да поспортуват, да хапнат и да научат повече какво може да правят заедно освен пряска помощ за децата и техните семейства.

"Много съм щастлива да видя толкова много колеги и приятели днес. Гордея се с това, че работя с добри, открити, честни и умни хо-

ра, които обичат работата си и са убедени, че децата трябва да са обичани и сигурни." каза директорката на фондация "За нашите деца" Иванка Шалапатова.

Денят беше пълен с приятни изненади. Малки и големи започнаха със забавна игра, а после направиха семеен автомобил с подръчни материали. Накрая си размениха положителни послания, с които да се подкрепят

в напрегнатите дни, които им предстоят.

"Отговорната мисия за фондация "За нашите деца" е да помага на децата и семействата, когато имат трудности. Това обаче няма как да се случи, ако нямаме добри професионалисти, искрени отношения, доверие в екипа и вдъхновяващи мениджъри", сподели Иванка Шалапатова и пожела сърдечно успех на всички.

Накрая всички участници в нашата среща за сплотяване изписаха с телата си думата "ДЕТЕ" - основна ценност в живота на едно общество.



ние "Стая за майката и бебето".

В стаята родилки от МБАЛ Пловдив ще могат да прекарват насаме определено време със своите бебета, ще имат възможност да ги накърмят и повият.

Стаята ще се ползва и от

НАД 6 МИЛИОНА ЛЕВА Е СТОЙНОСТТА НА ПРОЕКТ „ПУЛСС“ - Практически увод в лечението на спешните състояния

Проектът е в рамките на Оперативна програма "Развитие на човешките ресурси 2007-2014".

Започна на 10 юли 2009 г. и е с продължителност 29 месеца - до 10.12.2011 година.

Общата стойност на проекта е 6 258 653, 64 лева.

Целта му е подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ, особено на уязвими групи от населението чрез подобряване знанията и уменията на персонала на спешната медицинска помощ. Проектът предвижда изпълнение на мерки, насочени към повишаване професионалния капацитет и въвеждане на добри клинични практики в сферата на спешната медицинска помощ.

Целевата група на проекта е медицински и немедицински персонал в 28-те центрове за спешна медицинска помощ и техните филиали, участващ пряко в дейностите на спешната помощ, т.е. над 6 500 души.

В рамките на про-

екта се предвиждат следните дейности:

- изготвяне на информация за подкрепа на процеса на обучение на персонала на спешна медицинска помощ;

- анализ на потребностите от обучение, база данни на хората в спешната медицинска помощ и тяхната квалификация и база данни за преподаватели в областта на спешната медицина;

- изготвяне и разпространение на протоколи (алгоритми) за клинично поведение в спешната медицина;

- проучване и прилагане на добри европейски практики в сферата на спешната медицинска помощ;

- разработване програма за обучение, осигуряваща надграждащи знания и умения на целия медицински персонал в сферата на спешната медицинска помощ. Ще бъдат изготвени три типа програми за обучение на целия персонал, участващ в процеса на предоставяне на спешна медицинска помощ;

- учебна програма за лекари - 40 часа (5 дни);

- учебна програма за медицински специалисти - 40 часа (5 дни);

- учебна програма за шофьори - 20 часа (3 дни);

- изготвяне медицински стандарт по спешна медицина;

- разработване и внедряване на електронна страница за надграждащо обучение по спешна медицина, която ще съдържа всички информационни материали, разработени за целите на проекта и методологична информация - за медицински специалисти и за специалисти извън системата на здравеопазването с линк към интернет страницата на МЗ;

- провеждане на обучение на персонала от централните за спешна медицинска помощ (най-малко 6 500 души: 1 500 лекари, 2 500 медицински специалисти, 2 500 шофьори и друг персонал. Обучението ще се провежда по предварително изготвените програми. Основен конвенционален начин за обуче-

ние ще се ползва и дистанционно теоретично обучение, основащо се на въвеждането на системата MOODLE. Практическото обучение ще се провежда от водещи в областта на спешната медицина преподаватели-специалисти в предварително избрани болнични заведения и съгласно създадената база данни преподаватели. Ще бъде доставен хардуер и софтуер за надграждащо обучение и манекени за обучение в 28 центрове за спешна медицинска помощ и в централните за обучение по проекта.

Цялостното управление и администриране на проекта се изпълнява от Министерство на здравеопазването.

Изпълнителите на всички дейности се избират при спазване на разпоредбите на действащото национално законодателство в областта на обществените поръчки и правилата за провеждане на процедури за възлагане на обществени поръчки от МЗ, когато се финансират със средства от ЕС.

Предстоящи дейности



Изготвяне на информация за подкрепа на процеса на обучение на персонала на спешна медицинска помощ:

- анализ на потребностите от обучение;

- изготвяне на база данни на персонала в спешната медицинска помощ и неговата квалификация;

- изготвяне на база данни за преподаватели в областта на спешната медицина;

- изготвяне и разпространение на протоколи (алгоритми) за клинично поведение в спешната медицина;

- проучване и прилагане на добри европейски практики в сферата на спешната медицинска помощ;

- разработване програма за обучение, осигуряваща надграждащи знания и умения на целия медицински персонал в сферата на спешната медицинска помощ.

Ще бъдат изготвени три типа програми за обучение на целия персонал от спешната медицинска помощ:

- учебна програма за лекари - 40 часа (5 дни);

- учебна програма за медицински специалисти - 40 часа (5 дни);

- учебна програма за

шофьори - 20 часа (3 дни);

- изготвяне медицински стандарт по спешна медицина;

- разработване и внедряване на електронна страница за надграждащо обучение по спешна медицина, която ще съдържа всички информационни материали, разработени за целите на проекта и методологична информация - за медицински специалисти и за специалисти извън системата на здравеопазването с линк към интернет страницата на МЗ;

- провеждане на обучение на персонала от централните за спешна медицинска помощ (най-малко 6 500 души: 1 500 лекари, 2 500 медицински специалисти, 2 500 шофьори и друг персонал. Доставка на хардуер и софтуер за надграждащо обучение и манекени за обучение в 28 центрове за спешна медицинска помощ и в централните за обучение по проекта.

Изпълнителите на всички дейности се избират при спазване на разпоредбите на действащото национално законодателство в областта на обществените поръчки и правилата за провеждане на процедури за възлагане на обществени поръчки от МЗ, когато се финансират със средства от ЕС.



За контакти

За контакти:

г-жа Милена Григорова, координатор на проекта
държавен експерт
Дирекция „Управление на проекти и програми“
Министерство на здравеопазването
площад „Света Неделя“ 5
София 1000

телефон: +359 2 8953 12 /
факс: +359 2 9515564
електронна поща: mgrigорова@mh.government.bg

Д-р Стефан Константинов - зам.-председател на УС на БЛС:

ИКОНОМИЧЕСКАТА КРИЗА ПОВИШИ РАЗХОДИТЕ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ



Няма грешка в заглавието. Но то не се отнася до нас. Става въпрос за данните на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) - 2010 г. Увеличението на разходите за здравеопазване, съчетано с намаляването на brutния вътрешен продукт (БВП), породено от кризата, доведе до рязко повишаване на процента на здравните разходи в някои страни. В Ирландия от 7,5% през 2007-а се стигна до 8,7% през 2008 г. В Испания от 8,4% - до 9,0%. Като изключим Унгария и Чехия, растежът в разходите за здравеопазване в последните 10 години изпреварва растежа на БВП в страните от организацията. Как се обяснява това?

В България (не е член на ОИСР) - с източване на касата.

По света - с напредъка на медицинската технология за лечение и диагностика. Данните на ОИСР за 2010 г. показват значителен ръст в използването на компютърни томографи и ЯМР, които са пример за скъпоструващи техни-

ка и изследвания. Разбира се, факторите за повишаващите се разходи включват множество компоненти, което кара правителствата на държавите членки на ОИСР да търсят решения за поддържане на здравните си системи. Много страни са изправени пред труден избор - намаляване на обществените разходи за здравеопазване, орязване на разходите в други сфери, повишаване

на таксите. Някои данни: Средният общ процент на разходи за здравеопазване от БВП в страните членки на ОИСР за 2007 г. е 8,9%. Първенци по разходи отново са САЩ - 16%. За Полша - 6,4%, Чехия - 6,8%, Унгария - 7,4%, Словакия - 7,7%. Що се касае за процента на публични разходи, той варира от 2,7% в Мексико, до 8,7% във Франция.

По актуалната тема

- брой хоспитализации, установяваме, че статистически повече от всеки четвърти австриец е преминал през болница (278 на 1000 души население), без това да скандализира Австрия. Други страни със сравнително висок брой хоспитализации са Франция - 274/1000, Германия - 227/1000. Значителна тенденция за намаляване на хоспитализациите се установява в Канада, Италия и Исландия. В

Канада например това е свързано с изразено увеличение на едnodневната хирургия. Без да поставям под съмнение необходимостта от противодействието на наблюдаваната тенденция за увеличение на хоспитализациите у нас, не мога да не отбележа, че единствено търсенето на причините за феномена и тяхното отстраняване би било ефективна мярка.

Болнични легла (за активно лечение - с уговорката, че в различните страни има нюанси в дефиницията им и статистиката) - те имат тенденция да намаляват. От 4,7/1000 през 1995 г. на 3,8/1000 през 2007 г. Наистина намаляването на болничните легла за активно лечение в повечето страни се съпътства с намаляване на броя на хоспитализации, средния болничен престой (6,5 дни) и повишаване на използваемостта на леглата, която като цяло стои непроменена за ОИСР - 75%. Това, разбира се, не трябва да води до оп-

ростенческото разбиране, че едното води автоматично до другото, а здравната система трябва да се разглежда като един организъм и действието е необходимо да бъдат добре обмислени в рамките на цялостна стратегия. Специално за общия брой на леглата в България и техният вид не бива да се забравя фактът, че той е на средно за Европа равнище, а по отношение на долекуването - че цените на повечето клинични пътеки за остри състояния всъщност се доближават по-скоро до цените на пътеки за долекуване. Всичко това подсказва, че без промени в механизмите на финансиране едва ли може да се възлагат големи очаквания на едно чисто механично трансформиране на легла от един в друг вид. Както и ако не се преразглежда изцяло функционирането на извънболничната помощ, за да попадат в болницата наистина сериозно нуждаещите се от това.



ПРОЕКТ

РОЛЯТА НА ДЖИПИ В АНГЛИЯ ЩЕ СЕ ЗАСИЛВА

● А мениджмънтът ще се свива с над 40 на сто през следващите четири години

Това е една от коментираните теми на Острова. И там текат реформи, но пропазарни. Националната здравна служба в Англия ще претърпи сериозно реструктуриране. Това ще е една от най-значимите реорганизации в историята й, съобщи ВВС.

Здравният министър Андрю Лансли оповести, че предстои радикална пазарна реформа, пише "Гардиън". Промените ще станат през следващите три-четири години. До 2013 г. драстично ще се съкрати здравната администрация. Предвижда се закриването на 150

тръста за първична помощ и освобождаване или пренасочване на 30 хиляди мениджъри.

Болниците ще могат да излязат от структурата на Националната здравна служба и вместо публична собственост да бъдат нестопански предприятия, включително собственост на служителите в тях. Министър Лансли очаква до 2013 година всички тръстове, които са управлявали болници и заведения за психично здраве, да се преобразуват във фондации, предаде Би Би Си.

В основата на проекта са

семеините лекари. Те ще се организират в консорциуми и ще имат свободата и отговорността да купуват медицински услуги от болниците и други доставчици, включи-

телно от частни организации. Ще контролират над 70 на сто от бюджета на Националната здравна служба, който ще се управлява от нает от тях персонал, съобщава "Индъпендънт".

Новата структура ще се управлява от независим борд, свободен от политическо влияние, според намеренията на правителството. Отговорност за обществено здраве ще носят местните власти. Пациентите ще имат по-пълноценен избор и възможности

за контрол, включително свободата да си избират джипи и консултанти, както в момента правят частните пациенти. Паралелно с всичко това се обещава и "информационна революция". Целта е тя да ангажира пациентите в процеса на лечението им.

Само мениджмънтът ще бъде губещ, според коментаторите. Предвижда се той да бъде съкратен с повече от 45 на сто през следващите четири години.

Медицинските организации са предупредили, че предизвикателството при въвеждането на такива реформи ще бъде огромно и би могло да destabilизира Национал-

ната здравна система. Според анализите на министър Лансли обаче здравната система е страдала от липса на избор и конкуренция. Подобрената в нея през последните години, като например скъсяването на листите на чакащите, са били движени от бюрократично заложените цели и допълнителни разходи от десетки милиарди. Изказват се съмнения дали джипитата имат възможност да се справят с предоставените им отговорности. Предстои обществено обсъждане на проекта за нов модел в английската здравна система.



ЕВРОПЕЙСКАТА КОМИСИЯ ЩЕ СЪДЕЙСТВА НА БЪЛГАРИЯ ЗА ВЪВЕЖДАНЕТО НА ЕЛЕКТРОННО ЗДРАВНО ДОСИЕ



Подкрепа за стратегията на България за реструктуриране на болничния сектор е изразил европейският комисар по политиката на здравето и потребителите Джон Дали на среща със заместник-министъра на здравеопазването Десислава Димитрова по време на състоялата се среща в рамките на 18-ата международна конференция по СПИН във Виена. Той е бил подробно запознат с конкретните мерки за

оптимизиране дейността на лечебните заведения с цел повишаване на качеството на медицинското обслужване и ефективността на работата. Българската страна е информирала, че реструктурирането ще се извършва на базата на цялостен преглед на националната здравна система и на конкретните необходиминости на здравеопазването по региони. Фокусът на инвестициите по линия на еврофондовете, за които държавните болници могат да

кандидатстват съгласно Средносрочната рамкова програма, е насочен към осигуряване на ранна диагностика и високотехнологично лечение на онкологични заболявания. Заместник-министър Димитрова е подчертала, че по отношение на общинските болници, които не отговарят на медицинските стандарти за обем дейности и наличие на квалифициран лекарски персонал, реструктурирането предвижда превръщането им в болници за доле-

куване и продължително лечение и в модерни медицински центрове за 48-часов болничен престой. Джон Дали е споделил, че по отношение на планираното реструктуриране на болничния сектор, в който ще бъдат инвестирани 295 милиона лева, ще даде своята положителна оценка пред Генерална дирекция "Здраве и потребители" на Европейската комисия.

Еврокомисарят по здравеопазване г-н Дали е изразил и готовността да съ-

действа за създаване на интегрирана електронна здравна система у нас, първата стъпка от която ще бъде електронното пациентско досие. Европейската комисия ще подпомогне България в разработването на електронните досиета на пациентите, които да свързват гражданите, изпълнителите на медицинска помощ, НЗОК и другите участници в здравната система. Целта е системата да отго-

варя на стандартите на ЕС и да е в максимална помощ както на пациентите и лекарите, така и на институциите, за контрол в здравеопазването. На срещата са били обсъдени и възможностите за участие на Министерството на здравеопазването в изпълнението на туининг-програми със страни от Европейския съюз, които разполагат с добри системи за електронно здравеопазване.

ДАВАТ НИ НАД 240 МИЛИОНА ЕВРО ЗА ИНОВАЦИИ

Общо 247 млн. евро са предвидени за българските предприятия по европрограмата "Конкурентоспособност", информира министърът на икономиката, енергетиката и туризма Трайчо Трайков при представяне на програмата. Той уточни, че сумата е над 20 на сто от целия ресурс на оперативната програма.

Министър Трайков откри приоритетните сфери в областта на иновациите:

- * информационните технологии,
- * екотехнологиите и
- * технологиите, свързани с услугите за здраве.

По данни на икономическото ведомство досега 40 български предприятия са получили подкрепа по европейската програма за иновации.

ЕК препоръчва ДА СНИЖИМ БЮДЖЕТНИЯ ДЕФИЦИТ

Европейската комисия даде срок на България до края на годината да намали бюджетния си дефицит под прага от 3 на сто от БВП. Препоръката на ЕК е част от процедурата за финансова дисциплина в ЕС и е задействана, след като София отчете бюджетен дефицит от 3,9 на сто от БВП за миналата година. Тази година се очаква показателят да бъде съвсем малко по-нисък. ЕК призовава българските власти да повишат ефективността на публичните разходи, като изцяло въведат планираните структурни реформи в областта на публичната администрация, здравеопазването, образованието и пенсионната система.

Om Standard & Poor's предупреждават: ЗДРАВНАТА РЕФОРМА У НАС Е С БАВЕН ТЕМП



Рейтинговата агенция Standard & Poor's (S&P) потвърди кредитния рейтинг на България, определен в края на 2009 г., когато перспективата беше повишена на стабилна.

В коментара на "Стандарт енд пуърс" като основни недостатъци се отбелязват бавен темп на структурните реформи в здравеопазването и образованието, ниски равнища на просперитет на населението с най-ниски доходи в ЕС и продължителен процес на адаптиране, пред който икономиката е изправена след свръхкредитирането.

Между основните акценти в доклада на агенцията за страната ни е прогнозата, че бюджетният дефицит за 2010 г. ще бъде под 4 на сто от БВП, което ще нареди България сред петте държави с най-ниски стойности на дефицита в ЕС за настоящата година. "Това се случва на фона на последните пет съобщения за държави членки на ЕС, които бяха негативни", заяви вицепремиерът и министър на финансите Симеон Дянков по повод годишния доклад на S&P за страната ни.

От данните на агенцията се вижда, че за 2011-а и 2012 г. се очаква ръст на икономиката ни съот-

ветно с 2 и 2,5 на сто от БВП. В случай, че това бъде реализирано, то през 2012 г. ще бъде достигнато равнище на БВП от 5535 долара на човек от населението. Прогнозата за 2010 г. е свиване на икономиката с още 1 на сто.

"Излизаме от кризата с увеличен износ", подчерта министър Дянков. С дял на експорта от 53 на сто от БВП България се запазва като една от отворените икономики в региона. В Румъния износът е 25 на сто, а в Гърция - 20 на сто от БВП, което показва висок капацитет на страната ни да се преориентира и да реагира побързо на външните условия в сравнение с другите страни от региона. От Standard & Poor's предвиждат, че до края на тази година външнотърговският дефицит на страната ни ще достигне 2 на сто от БВП при около 9 на сто в края на миналата година и 24 на сто през 2008 г.

От "Стандарт енд пуърс" прогнозираят още, че през 2010 г. равнището на безработицата ще достигне двуцифрени стойности и че рецесията се отразява на пазара на труда, като не позволява увеличаване на заплатите. Най-силно засегнатите сектори са производството и строителството, но и секторът на услугите също е подложен на натиск. "Освен това наскоро оповестените мерки, свързани със съкращаване на държавната администрация,

вероятно ще допринесат за повишаване на безработицата. Това може да доведе до намаляване на потреблението, което, съчетано с по-ниската инвеститорска активност, предполага спад във вноса, а това ще предизвика нарастване на външния дисбаланс и рязко охлаждане на икономиката", предупреждават анализаторите от агенцията.

В доклада се изразява мнението, че доказаното фискално благоразумие на България, ниският държавен дълг, както и значителните фискални резерви (макар и държавни предимно на вътрешния пазар в местна валута) ще формират адекватни буфери срещу запазващите се бюджетни препятствия.

Годишният доклад за България на рейтингова агенция Standard & Poor's е поредният от поредицата позитивни доклади и оценки, които е получило правителството, е коментарът на премиера Бойко Борисов, цитиран от агенция "Фокус". По думите му сред положителните оценки за кабинета се открояват тези на американския посланик в България, на Държавния департамент на САЩ, на европейските посланици, на говорителя на Европейската комисия. "Всички тези оценки показват че правителството е на прав път. Това, което се прави, отговаря на очакванията не само на хората в България, а и на нашите партньори, независимо от заклинанията на червени и сини шамани", каза българският министър-председател.

НАЙ-МНОГО ДЕЦА СА РОДЕНИ В ИРЛАНДИЯ ПРЕЗ МИНАЛАТА ГОДИНА

България е с най-висока смъртност и най-голям отрицателен естествен прираст в Европейския съюз през миналата година, въпреки че раждаемостта се увеличава, съобщава Евростат. През последното десетилетие раждаемостта в страната се покачва - от 9 промила през 2000 г. на 10,2 промила през 2008 г. и 10,7 промила през 2009 г. Тя е колкото средната за ЕС.

Според статистическото бюро на ЕС, България е и сред четирите държави с най-бързо намаляващо население през 2009 г. У нас процентът на смъртност на 1000 души през миналата година е 14,2. Веднага след България по този показател се нарежда Латвия - с 13,3 на сто, след-

ват Унгария - 13,0 на сто, и Литва - 12,6 на сто. Най-ниските нива на смъртност са в Исландия - 6,3 на сто, и Ирландия - 6,6 на сто. През 2009 г. в страните членки на ЕС са регистрирани 4,8 милиона смъртни случая, като процентът на 1000 починали е 9,7 - същият, какъвто е бил и през 2008 г.

В Европейския съюз през м. г. са се родили 5,4 млн. деца при ниво на раждаемост 10,7 раждания на 1000 жители - малък спад в сравнение с 10,9 на 1000 през 2009 г. Най-високите нива на раждаемост са регистрирани в Ирландия (16,8), Великобритания (12,8) и Франция (12,7). Сравнително ниска е раждаемостта в Австрия (9,1), Пор-

тугалия (9,4) и Италия (9,5). Най-малко деца са родени в Германия (7,9 раждания на 1000 жители).

Страната, чието население се е увеличило най-много, е Люксембург - със 17,2 на сто, следвана от Швеция - 9,1 на сто, и Словения - 7,2 на сто.

Данните на Евростат показват още, че през 2009 г. населението на Европейския съюз е нараснало на 501,1 млн. от 499,7 млн. души през 2008 г. Увеличението от 1,4 млн. отговаря на положителен прираст от 2,7 на 1000. Две трети от него (900 000 души) се дължат на имиграция, а останалият половин милион - на естествен прираст на населението.



Големи сарижите за малките ирландци...

PUBLIC & MEDIA

МЕЖДУНАРОДНА НАГРАДА за изследване на рака за 2011 г.

Наградата е учредена през 1997 г. от фондация Pezcoller (Тренто, Италия, основана през 1980 г.) и Американската асоциация за изследване на рака (САЩ, основана през 1907 г.) за индивидуален научен, клиничен или публикационен принос в областта на онкологията. Тя включва почетен плакет, диплом и 75 000 евро. Заявки за участие се приемат до 15 септември 2010 г. на e-mail: eversley@aacr.org Повече информация на: www.aacr.org

КОНКУР ЗА ФОТОГРАФИЯ „Епилепсията без думи“



Фотографският конкурс е достъпен за всички и е първата от многото инициативи, предвидени за честването на златния юбилей на International Bureau for Epilepsy (IBE) през 2011 г., съобщиха от Асоциацията на родители на деца с епилепсия. Конкурсът, именуван "Епилепсията без думи", е отворен от 15 май 2010 г. и приключва на 1 март 2011 г.

Специалната фото галерия, излагаща всички получени материали, ще бъде отворена на сайта на 1 юни 2011 г., а победителите в конкурса ще бъдат представени на 29-я международен конгрес по епилепсия в Рим в края на август 2011 г.

Категории:

В допълнение на категорията за дигитални снимки с фотоапарат и камера, има и категория за снимки, направени с мобилен телефон. Тъй като повечето от нас имат мобилни

2. Снимките трябва да отразяват усещането за епилепсията от всеки ъгъл.

3. Снимките трябва да бъдат изпратени по e-mail на адрес: ibe.dublin@eircom.net

4. Снимките трябва да са между 1 и 3 Mb (1200 x 900 пиксела на 2048 x 1536 пиксела)

5. В категорията за мобилни телефони няма изисквания за размера на снимките.

6. Трябва да осигурите на IBE достъп до вашето име, възраст, адрес, телефон и e-mail. Ако желаете да участвате в конкурса, формата за регистрация може да намерите на www.ibeepilepsy.org.

7. Снимката, която изпращате, трябва да е направена от вас, да е озаглавена на английски език и да е посочено мястото, на което е направена.

8. Всички, които присъстват на снимките, трябва да са дали съгласието си.

9. С подаването на снимката си, вие се съгласявате тя да бъде публикувана безплатно във всички медии.

10. Съдийското решение е окончателно и няма да получите отговор, ако не сте сред наградените.

11. IBE си запазва правото да дисквалифицира всяка снимка, нарушаваща някое от правилата.

телефони с камера, нямайте извинение да не участвате. И кой знае: може би вие ще спечелите една от големите награди.

Кой може да участва?

Конкурса е отворен за всички - професионални фотографи и аматьори. Трябва само да сте навършили 16 години или да имате разрешение от родител (настойник).

Награду:

За снимки с дигитален фотоапарат (камера)

- 1 място: 3000 \$
- 2 място: 2000\$
- 3 място: 1000\$

За снимки с мобилен телефон:

- 1 място: 500\$
- 2 място: 300\$
- 3 място: 200\$

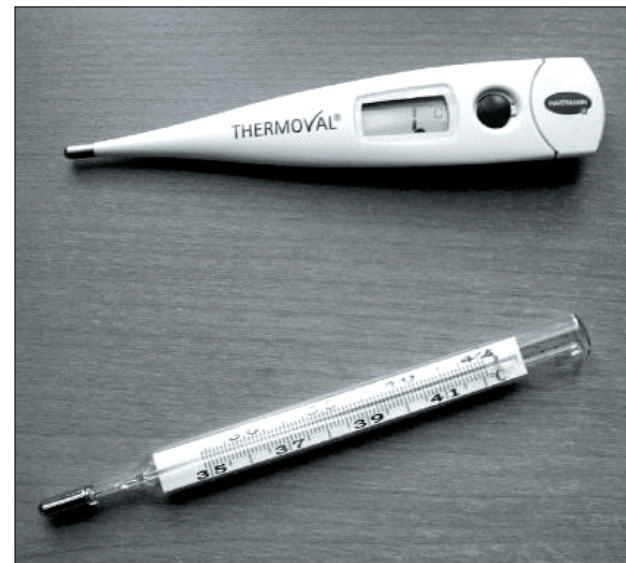
Условия:

1. Конкурсът е отворен за всички.

ПРИДОБИВКА

НОВО ПОКОЛЕНИЕ ТЕРМОМЕТРИ НАВЛИЗА В ЛЕКАРСКИТЕ ПРАКТИКИ

До края на 2010 г. всички по-големи лекарски практики и медицински центрове в страната ще могат да използват термометри от ново поколение Termo Pratic. Термопратик е валидиран в клинични условия и отговаря на стандарта на ЕС за термометри от този клас. Инфрачервеният контактен термометър Термопратик незабавно отчита измерената температурна стойност. При допир с кожата, термометърът сканира повърхността и дава показание за температурата в интервал до 4 секунди, което го прави изключително практичен за употреба в най-натоварените ме-



дицински заведения, както и за случаите, при които бързината на измерване е от значение. Той може да се използва за точно измерване на температурата на тялото в раз-

лични части, успоредно с измерване на общата телесна температура от друг термометър. Подобно успоредно измерване се прилага за установяване на периферна артериална недостатъчност, която е симптом на редица заболявания на сърдечно-съдовата система като атеросклероза, артериална емболия и тромбоза; при диабетната гангрена, метаболитен синдром и др., както и заразни заболявания. В практиката вече се използват електронни термометри, които са лесни за употреба и главно достъпни. При липсата на средства обаче, масово медицинските заведения у нас не могат да си позволят по-модерни и по-висок клас термометри.



ПО ДАННИ НА МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Епидемиологичната обстановка от началото на август в страната е стабилна. Регистрирани са 6537 случая на остри заразни заболявания, спрямо 7836 за същия период на миналата година. От тях 3041 са случаите на грип и остри респираторни заболявания, докато през юли 2009 г. са били 4118. Общата заболяемост от грип и ОРЗ за страната се движи около 27-28 на 10 000 лица. Тези данни са успокоителни, след изказните предупреждения на някои общопрактикуващи лекари, че се задава епидемия от сезонни вируси.

Грипът и острите респираторни заболявания се характеризират с промяна в телесната температура, кашлица, главоболие, отпадналост и др. Те са силно заразни и се причиняват от над 300 вируси: парагрипни, рино и адено вируси, коксаки и други, като непрекъснато се появяват нови щамове. Повишената температура е един от първите и най-лесно отчитаемите симптоми, който насочва към вида на заболяването.

Обичайно при настъпването на

тези състояния се прилага комплексно лечение с противогрипни средства и антипиретици (за понижаване на температурата) и аналгетици. Аналгинът е показан за лечение в комплексната терапия, заради болкоуспокояващия, противовъзпалителен и понижаваш температурата ефект. Той е добре познат у нас и е средство на първи избор при подобни симптоми, както и при болка от различен произход. Нови данни от последната кръгла маса за аналгетите, проведена в София, доказват, че той засилва освобождаването на бета-ендорфин и енкефалини, т.е. "подпомага отделянето на хормона на щастието", по думи на чл. кор. Милка Власковска.

Целта на комплексната терапия е лечение на състоянието и облекчаване на симптомите, най-изтощаваш сред които е високата температура. Температурните реакции, по силата на своята универсалност, възникват при заболявания от всеки тип: бактериални, вирусни, алергични, нервно-психични и др., което прави коректното й измерване съществено.

ПРОЧЕТЕНО ЗА ВАС

БАКТЕРИЯТА НА ЖИВОТА Е ОТКРИТА

- **Способна е да се размножава и във вакуум**
- **Оцелява при всякакви нечовешки условия**

Учени от бразилския университет в Рио де Жанейро откриха най-простия микроб, който може да съществува във вакуум. Именно заради липсата на кислород се смята, че тези бактерии са източник на биологическия живот на Земята и дори в цялата Вселена. Членовете на научния колектив са провели редица експерименти с бактерията деинококус радиодуранс (*Deinococcus radiodurans*), в резултат на които са стигнали до извода, че именно тя е в основата на живота.

Изследванията показват, че тези бактерии при тежават неограничена способност да оцеляват във всякакви условия. Те

били подложени на различни тестове, при които останалите известни биологически видове умират - солидни дози радиация, агресивна химическа среда, пределни температури - положителни и отрицателни, вакуум.

"Високата степен на оцеляване на бактерията деинококуса я прави основен кандидат за първоизточник на живота в цялата вселена" - коментира ръководителят на изследването професор Айван Полино-Лима.

Тези свойства на бактерията са забелязани по време на обработка на хранителните опаковки с радиация. Пределната й биологическа устойчивост доказва, че тя е способна да има до 10 пълни копия

в своя генофонд, като обикновено всеки организъм има само по едно.

По време на експериментите учените са моделирали среда, наподобяваща космическото пространство, силен радиационен фон и вакуум. Освен това са създали и състояние, близко на това на метеоритите, при което бактерията също оцеляла и дори продължила да се размножава. Изследователите предполагат, че тези микроорганизми са пренесли живота при формирането на слънчевата система. За първи път сферичната бактерия с червен цвят е била открита преди половин век, когато варена слагина започнала да гние, въпреки че била стерилизирана чрез радиа-

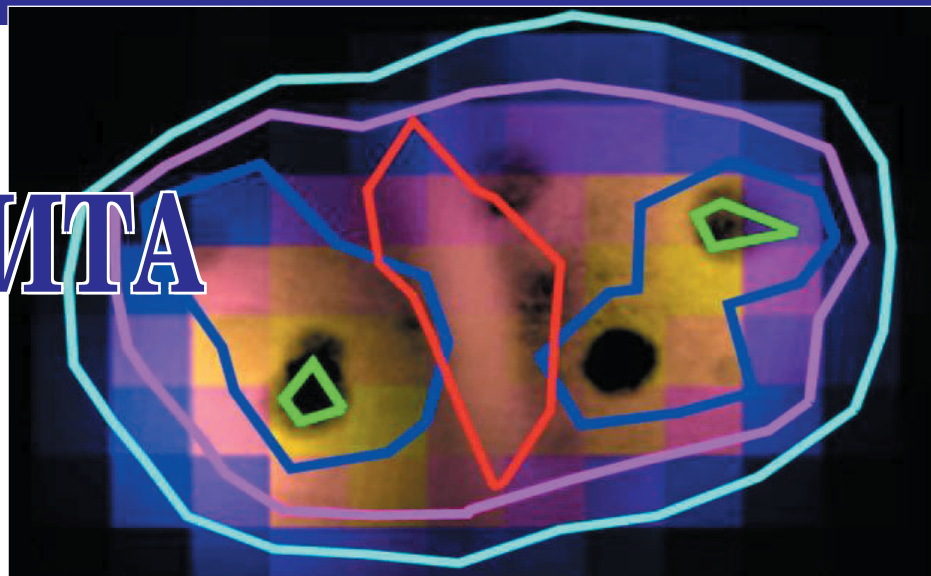
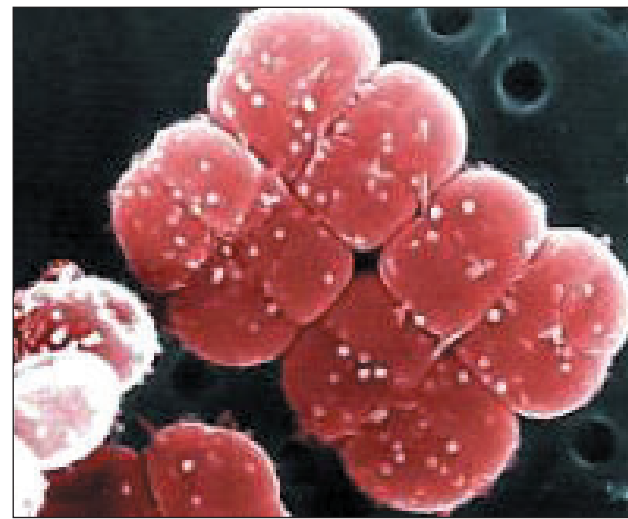


Схема на бактерията, направена в медицинския университет в Мерленд

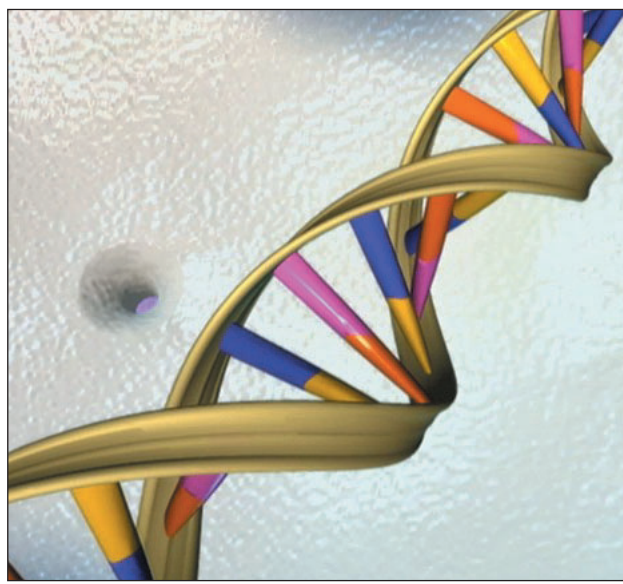
ция. През 1956 г. в аграрния университет в Орегон по идея на д-р А. У. Андерсън консерви са подложени на стерилизация чрез облъчване с гама лъчи. Количеството е било способно да убие всяка форма на живот. Тогава става и изненадващото откритие. Бактерията е изолирана и започва провеждането на изследвания. Тя става известна и като бактерията "Конан" заради резистентността си. Последните резултати от експериментите вече й дадоха името "Бактерията на живота".



Така изглежда Конан под микроскоп

НАБЛЮДАВАТ КАК „РАБОТЯТ“ ГЕНИТЕ

Работата на гените може вече да се наблюдава в реално време, съобщава екип от учени пред списание "Нейчър". Те са генерирали система за визуализация и анализ на гените. С нея се изучава дейността на гена, който кодира белтъка D1, необходим за клетъчния цикъл. Учените работили с обикновени и с генномодифицирани клетки на едноклетъчни организми. Оказало се, че гените, намиращи се под контролираното наблюдение на учените, реагират за доста кратко време и благодарение на това могат да бъдат заснети. Учените предлагат дори четири видеозаписа на реакциите на раз-



лични типове клетки.

Гените често са наричани "готварската книга" на организма. Една верига ДНК съдържа

области, които регулират гените, и други области, без функции или функциите им все още не са познати.

ЛЕПЕНКА ЩЕ ЗАМЕНИ ВАКСИНИТЕ

Блезнената инжекция при ваксинация може да бъде заместена от лепенка, откриха американски учени. Изследователите са публикували резултатите от проучването в авторитетното списание "Нейчър".

По повърхността на лепенката, разработена от екипа специалисти, има стотици микроскопични игли, които се разграждат в кожата и се усвояват от нея. Тестовите с мишки са показали, че технологията дори може да произведе по-добър ефект от класическата инжекция. Те проникват във външните слоеве на кожата, като се разграждат при контакт.

Учените тествали лепенката с ваксина, като я поставили върху една

група мишки. Втора група мишки била ваксинирана по традиционния начин - с инжекция. На друга, контролна група мишки, били поставени лепенки без ваксина в тях. На втория етап от изследването всички мишки били заразени с грипния вирус. Три месеца след ваксинацията учените установили, че лепенката е произвела у мишките по-силен имунен отговор от инжекциите. Ако при следващите тестове новият метод се окаже ефективен, учените считат, че ваксинацията може да се превърне в безболезнена процедура, която хората ще могат да извършват дори сами у дома си. Лепенките могат да улеснят и масовите ваксинации по-време на



епидемия, казват учените. Въпреки че изследването е фокусирано върху противогрипната ваксина, медиците се надяват методът да бъде полезен и при други имунизации. Освен това, заради разграждането на микроиглите в кожата, след ваксинацията няма да остават опасни отпадъци, изтъкват изследователите от Джорджия. Тези първа предстои тестването на ваксината върху хора.

(От списание *Nature Medicine*)

СОФТУЕР ХВАЩА НЕДЪЗИ ПО ГЛАСА НА ДЕТЕТО

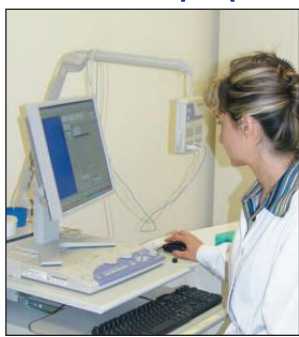
Американски учени са разработили софтуер, чрез който може да се диагностицират първите признаци на аутизъм, както и говорни аномалии при деца в много ранна възраст.

Благодарение на програмата, разработена от професор Kimbrough Oller и колегите му университета в Мемфиз (САЩ), откриването на нарушения в развитието на говорния апарат и признаци на разстройствата от аутистичния спектър ще стане възможно при 18-месечни деца, а не на 6 години - средната

възраст, на която сега се поставя диагнозата.

В своята работа учените показали, че разработеният от тях софтуер с точност определя възрастта на детето само по произнасяните от него звуци и помага да се различат децата с нормално развитие от страдащите от аутизъм, от други разстройства от аутистичния спектър или нарушения в речевото развитие.

В изследването участвали 232 деца на възраст от десет месеца до четири години, като част от тях страдали от нарушения в развитието на реч-



та и аутизъм. Изследователите използвали миниатюрни звукозаписни устройства, които прикрепвали към дрешките на децата и в продължение на един ден регистрирали всички звуци и думи, произнасяни от тях.

Разработеният от Oller

софтуер автоматично анализирал записите и отделил шумовия фон от умишлено изречените от детето звуци и думи, които са активна част от неговата реч. След това речта на децата била анализирана по 12 различни параметъра, на основата на които програмата може да определи възрастта на детето и наличието на отклонения в развитието с вероятност от 86 на сто. Оказало се, че един от най-важните параметри за диагностициране на отклоненията в развитието на речевия апарат е способността за произнасяне на думи и

срички, за изричането на които се изискват резки движения на долната челюст и езика. Въпреки това, наличието на аномалии в развитието може да се предвиди само при анализ на всички 12 параметъра, уточняват експертите. "Малко учени са обръщали внимание на факта, че гласовите параметри на децата с аутизъм се различават значително от тези на здравите им връстници. До неотдавна липсата на надеждна технология за разпознаване на специфичните звуци не ни позволяваше да използваме тази информация за

ранна диагностика на състоянието" - казва Steven Warren, един от съавторите на проучването.

Авторите посочват, че революционният софтуер ще даде възможност за ранна диагностика на аномалиите в детското развитие и съответно за ранно и адекватно лечение. Учените са категорични, че технологията ще се превърне в надежден метод за проследяване на състоянието по време на терапията.

(От списание *Proceedings of the National Academy of Sciences*)



Необходими документи за издаване на сертификати за работа в чужбина

1. Копие от лична карта.
2. Нотариално заверено копие на диплома за завършено висше образование.
3. Нотариално заверено копие на диплома за специалност.
4. Удостоверение от Районната лекарска колегия на БЛС за членство и добра практика.

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

ПРЕДСТОЯЩО У НАС

XVI МЕЖДУНАРОДНА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО СКЕНАР-ТЕРАПИЯ И СКЕНАР-ЕКСПЕРТИЗА

4-10 СЕПТЕМВРИ КУРОРТЕН КОМПЛЕКС „СЛЪНЧЕВ ДЕН“

(Посветена на 30-годишния юбилей на предприятието-създател на СКЕНАР-ЗАО "ОКБ "РИТМ" и 10-годишнината на СКЕНАР център - България)
(С участие най-добрите специалисти и СКЕНАР-преподаватели в света)
Организатори: създателите на СКЕНАР ОКБ



"РИТМ", Русия, "СКЕНАР център - България", Kosmed International B.V.,

Холандия, "Международна СКЕНАР-академия", Москва, "РИТМ СКЕНАР", Австралия, "RITM SCENAR Institute", САЩ, Канада, Австралия, "СКЕНАР асоциация - България"
Материали могат да се изпратят на адрес: bulg2010@rista.ru

СЪЮЗ НА БЪЛГАРСКИТЕ МЕДИЦИНСКИ ДРУЖЕСТВА НАУЧНИ ПРОЯВИ 2010

17-19 СЕПТЕМВРИ - КИТЕН

VI НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО МАНУАЛНА ТЕРАПИЯ НА ВЕРТЕБРОГЕННИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НЕРВНАТА СИСТЕМА

Организатор: Асоциация по мануална терапия на вертеброгенните заболявания на

нервната система
Проблематика: Генетична предразположеност при вертеброгенните заболявания на нервната система
Председател на организационния комитет: доцент д-р Величка Мълчанова
Адрес за кореспонденция: доцент д-р Величка Мълчанова, Център по ману-



ална терапия, рехабилитация и физикална медицина, УМБАЛ "Александровска", улица "Свети Георги Софийски" № 1, София 1431, телефони: 923 06 64, 923 04 90 e-mail: karadjova.md@abv.bg

ИЗБОР

НАД 1000 РУМЪНСКИ ЛЕКАРИ РАБОТЯТ ВЪВ ФРАНЦИЯ

70 на сто от тях са жени

Над 1000 румънски лекари са заминали на работа във Франция след присъединяването на Румъния към Европейския съюз, съобщава агенция Медиафакс, цитирана от БТА.
Общо 12 на сто от всички чуждестранни лекари, работещи във Франция, в момента

са румънци, показва статистиката.
От регистрираните 1063 румънски лекари във Франция 70 на сто са жени. Румънските лекари във Франция предимно са общопрактикуващи лекари, анестезиолози и психиатри.

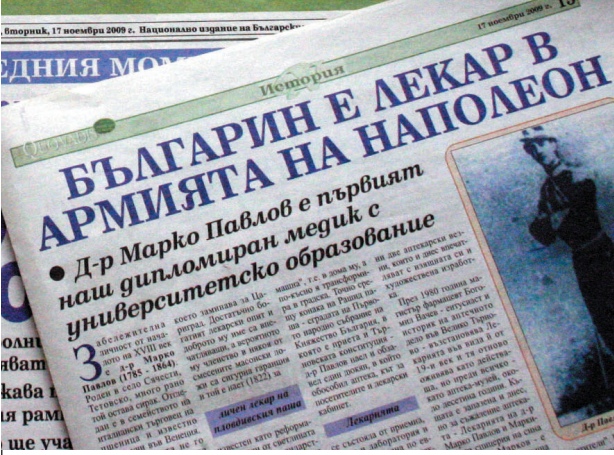
Абонирайте се

Във всеки пощенски клон -

Каталожен №401



Вестникът на българските лекари



ЕДИНСТВЕНОТО НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЛС!

За 5 месеца - 4,50 лв.

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник "QUO VADIS"

Национално издание на Българския лекарски съюз

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

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

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

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

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

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

Цените са без ДДС.

Лого - първа страница под главата - 250 лв.

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

Отстъпки:

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

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

ЗА САЙТА НА БЛС

I. Информация за сайта:
www.blsbg.com е официалният сайт на Българския лекарски съюз.

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

- Закони
- Подзаконовни нормативни актове
- Медицински стандарти
- ПДМП
- НРД
- Актове на ЕС и БЛС
- Актуален регистър на лекарите в Република България
- Актуална информация и новини

II. Рекламен период:

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

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

III. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

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

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

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

2. Текстови обяви / Платени публикации:

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

3. Нестандартни рекламни форми:

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

IV. Плащане:

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

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

3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

V. Забележки:

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

ПРЕДСТОЯЩО В ЧУЖБИНА

21-25 АВГУСТ 2010 г. - КОПЕНХАГЕН

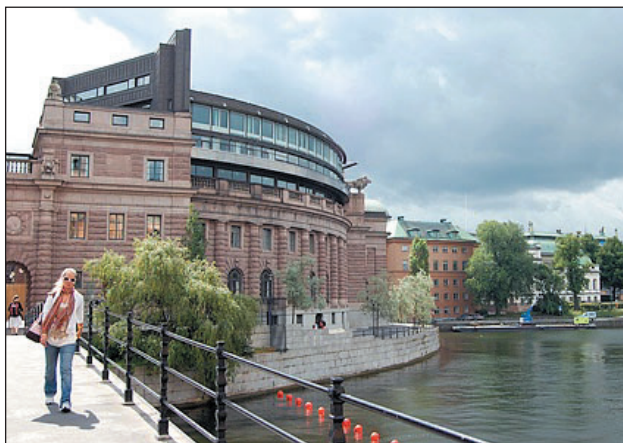
Европейски конгрес по ехо EUROSON на Европейската федерация по ултразвук в медицината (EFSUMB) ще се проведе в столицата на Дания.

За повече информация:

<http://www.euroson2010.dk/>



**28 АВГУСТ - 1 СЕПТЕМВРИ 2010 г. - СТОКХОЛМ
ЕВРОПЕЙСКИ КОНГРЕС ПО КАРДИОЛОГИЯ**



Европейското кардиологично дружество (ESC) обединява над 65 000 кардиолози от цяла Европа (включително и от страните извън Европейския съюз) и Средиземноморието.

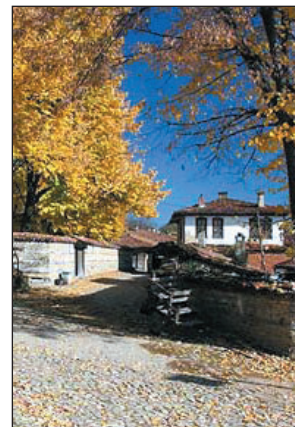
Очаква се този конгрес да е най-големият научен форум в света. Организаторите предвиждат участие на над 30 000 души.

За повече информация: www.escardio.org

**ЖИВЕЕЩИ В ЧУЖБИНА БЪЛГАРИ СЕ
ОСВОБОЖДАВАТ ОТ ЗДРАВНИ ВНОСКИ**

Българи, които живеят в чужбина най-малко 183 дни през една календарна година, се освобождават от плащане на вноски за здраве у нас, информират от Националната агенция по приходите. Те обаче трябва да подадат заявление в

НАП за освобождаване от здравни вноски, преди да напуснат страната ни. За възстановяване на здравните си права в родината е необходимо да внесат второ заявление в агенцията по приходите при завръщането си в България.



**НОВ ЗДРАВЕН ЦЕНТЪР
В ЖЕРАВНА ПОСРЕЩА
ПАЦИЕНТИ**

Бойци от САЩ са ремонтирали из основния здравен център в село Жеравна. Заедно с тях са работили и български танкисти от Сливен, които са били с американските си колеги на обучение в Ново село. Военно-министерство на САЩ е отпуснало 10 000 долара за ремонта. Предвижда се в Жеравна да има вече постоянен лекар.



**ОТ ЮЛИ В ПАВЕЛ БАНЯ ПРИЕМАТ
И ЗА ЕКСТЕНЗИОННА ТЕРАПИЯ И
ПОДВОДЕН МАСАЖ**



В новооткритото процедурно отделение по екстензионна терапия и подводен масаж в сградата на "Специализирани болници за рехабилитация-Национален комплекс-филиал Павел баня" ЕАД, приемат за лечение и рехабилитация болни с дискова херния, както и производните от нея забо-

лявания на периферната нервна система. За подводната екстензия, патент на филиала Павел баня, специалистите използват максимално лечебните свойства на минералната вода за топлинно, механично и химично въздействие. Във водата се правят пасивни и активни процедури на болните,

подводна груповата гимнастика, раздвижване на увредените крайници.

Водолечебното отделение разполага с 10 екстензионни маси за комбинирани екстензии, една - за шейна екстензия, 2 броя джакузи, 13 тангентора, 3 лечебни минерални вани и 2 вихрови вани. В основната сграда

има женски и мъжки сектор за парафинолечение, калолечение и салон за ЛФК, на полуетажите на западното и източното крило е водолечебното отделение с вани за подводна шипна екстензия, подводна лумбална екстензия, подводноструен масаж, лечебни вани, вихрови вани.

СПРАВКА

Павел баня се намира близо до Казанлък (на около 20-25 км), в съседство с язовир Копринка. Градът е разположен в централната част на България, между Стара планина и Средна гора в Розовата долина. Павел баня е сравнително ново селище. Селото е основано след Освобождението на България от турско робство от турско робство от преселници от съседното село Турия. Покрай националното богатство - минералната вода - селцето се развива, построени са почивни бази и през 1979 г. е обявено за град. През октомври 1956 г. в Павел баня е открит първият голям балнеосанаториум, който за мнозина страдащи става целебен пристан и предпочитано място за възстановяване. В началото на 2010-а, 54 години по-късно, значително разширен и като леглова, и като лечебна база санаториумът е филиал към "Специализирани болници за рехабилитация-Национален комплекс" ЕАД. В началото на 2010 г. е направен основен ремонт на водолечебното отделение към новата сграда на филиала. Около 5000 души годишно могат

да се възползват от всички възстановяващи процедури.

Хидро-термалните извори в Павел баня са девет. Седем от тях са с температура от 50-61 градуса С, ниско минерализирани, слабо алкални. Два са с нерадонови води, което допринася за индивидуализиране в лечението на пациентите. В балнеосанаториума приемат за лечение на заболявания на опорно-двигателния апарат, ортопедо-травматологични, увива, построени са почивни бази и периферната нервна система. С най-висока ефективност в рехабилитацията са вертебралните заболявания (дискови хернии, радикулопатии, спондилолистеза, спондилартроза).

Успешно се възстановяват и болни след травматични увреждания, бавно заздравяващи костни фрактури, както и след оперативни интервенции на гръбначния мозък. Отличен е резултатът и при лечение на възпалителни заболявания на периферната нервна система (неврити, плексити, невралгии), също и при някои хронични генетични заболявания.

ЛЕКАР С 45-ГОДИШНА ПРАКТИКА ДАВА НОВ ЖИВОТ НА БЪЛГАРСКИЯ ЕПИЧЕН РОМАН

● **Д-р Петър Константинов е носител на наградата "Димитър Димов" за лекари-писатели (2006 г.)**

Доц. г-р Маруся Петкова



Петър Константинов Стоянов е роден на 1 август 1928 г. в Казанлък. Има две висши образования - медицина (1952) и политическа икономика (1966).

Медицинската му специалност е кардиология. Има над 140 научно-медицински публикации и 45 години активна лекарска практика.

Но българските общности по света и у нас го познават повече като писател, публицист и един от създателите и председател на първата независима общонародна организация след 1989 година - Общонародното сдружение "Мати България".

Д-р Петър Константинов е и интересен публицист-политикономист - неговите са книгите "Историята на България с премълчани исторически факти", "За и

против националните интереси на България", "Социално-икономически проблеми на научно-техническата революция", "Червеният капитализъм".

За любителите на литературата и изкуството той е един изключителен разказвач, сладкодумец и енциклопедист с възрожденски дух. Не само голям любител, но е и търсач на съкровища - написал е и ни оставя изкуствоведските пътеписи "Съкровищата на света", "Съкровищата на Европа" и "Съкровищата на България". Четивен и увличащ във фабулата автор с красив и богат български език на повече от 20 книги - романи, повести, пътеписи, публицистика.

За литературното си творчество получава две големи отличия. През 2006 г. за романа "Разпятието" (вече и на английски) от трилогията му "Синият аметист" става носител на литературната наград за лекари "Димитър Димов". На 30 юли 2009 г. е удостоен със званието "Почетен гражданин на град Казанлък" за книгите му "Сказание за долината на розите" и "Заливът на сънищата". Наградата включва почетен знак, сувенир - изработена от планински кристал глава на Севт III - и букет червени рози.

Публикуваме кратки текстове от произведения на д-р Петър Константинов.

ДАРЯВА 1023 ТОМА ЛИТЕРАТУРА И 100 КАРТИНИ

Има ли в днешно време дарители, които само от любов към хората могат да предоставят на обществото абсолютно безвъзмездно нещо свое, нещо дълбоко лично и любимо. Оказва се, че има такива българи и днес. През 1985 г. д-р Петър Константинов дарява 1023 тома справочна и художествена литература на общинската библиотека "Искра" в Казанлък. Няколко години по-късно той дарява на Казанлъжката художествена галерия 100 картини от личната си колекция с творби от български майстори на четката и перото, сред които на Дечко Узунов, Светлин Русев, Енчо Пиронков, Сули Сеферов и още много други.

ИЗ „ЗАЛИВЪТ НА СЪНИЩАТА“:

Градът, в който се родих, беше вселена от тайни. Разгадавах ги една по една. Още от първите години на живота си. Всеки ден. Преди да мога да чета и преди да разбера защо смъртта е еднаква участ за всички живи същества. Някои от тези тайни и досега вълнуват спомените ми, като предзнаменование за онова, което се случи по-нататък в живота ми.

На Загovesни и на големите празници хаджи Костадин Шипков събираше цялата челяд - четири колена синове, внуци и правнуци, снахи,

свати и сватове в просторната си като палат къща в сърцето на Казанлък. Макар в такива празнични дни къщата да беше изгълнена с радост, макар всички да говореха в един глас, кристалът на чашите да светеше като поспан със звезди, децата да се радваха на пламналите полилеи и позлатените амури по стените, стопанинът оставаше винаги мълчалив и вгълбен в себе си.

Обаянието, което в найранните спомени изпълваше душата ми, не беше родът, а градът. Белият град в сърце-

то на Долината. Казанлък от онова време на спомените ми си остана най-вълшебната приказка, до която се бях докосвал. Казанлък за мене бе голяма школа. Тук научих нещо, което ми трябва и сега, а именно, че всеки човек, независимо от своята религия, има достойнство. Ние сме били достойни хора, такива сме и днес.

Три неща разпалваха въображението ми и не ми даваха покой - луната, тишината на нощта и красотата на Богородица от иконата в черквата "Свети Йоан Предтеча".

Петър Константинов



ИЗ „ЧЕРВЕНИЯТ КАПИТАЛИЗЪМ“:



Периодът на "изгрева на демокрацията" съвпада и с промени в системата на здравеопазването. Ликвидира се "безплатното здравеопазване", както се изразяват някои. Внушавайки на широките народни маси, че такова здравеопазване е едва ли не благоволение на партията-ръководителка. Всеки, който познава в детайли обаче формирането на бюджета в социалистическата държава, много добре знае, че фондът за осигуровка на това здравеопазване се формира от отчисленията върху работната заплата на всеки тру-

дещ се, аналогично с това, което се осъществява от днешните здравноосигурителни вноски.

Така или иначе изчезване на възможността по всяко време да потърсиш безплатна медицинска помощ се възприе като отнемане на задължителна привилегия. Неудачните модели при въвеждане на общественото здравно осигуряване подсилваха още повече това чувство.

Забележително е, че през целия този период, обхващаш ферментирането на "демократията", номенклатурата, използвайки администра-

тивния си, финансов и стопански опит, инструктирана от подготвени консултанти, понякога от международни социалистически централи, се справяше мълчливо и постъпателно с овладяване на положението в своя полза...

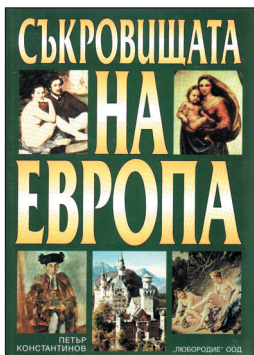
Така "ентузиазмът на демокрацията" се превръщаше в безплодни фойерверки, които не оставяха никаква съществена следа след себе си. Това всъщност беше и скритата цел за самосъхранение и префасониране на бившата комунистическа номенклатура.

ИЗ „СЪКРОВИЩАТА НА ЕВРОПА“:

Изкуството е съпроводяло всички периоди от живота на човека. Днес е запазена само част от хилядолетното художествено творчество на Европа. И въпреки това архитектурните паметници, творбите на монументално-декоративното изкуство и изделията на народното творчество

представяват най-ценното строително наследство в европейските градове наред със смайващите съкровища на над 15 600 музеи на континента. По сведения на ЮНЕСКО и други културни центрове най-много музеи има в големите и развити страни: Германия - 2225,

Франция - 1700, Великобритания - 1675, Русия - 1110, Италия - 1475 и т.н. Изключително културно значение имат и музеите в по-малките европейски страни, съхранили оригинални образци на археологически находки и богато самотитно национално изкуство.



ДРУГИТЕ ЗА НЕГО

Евтим Евтимов, поет:

Който е прочел дори само една от книгите на Петър Константинов или най-новия му роман "Заливът на сънищата", не се съмнявам, че ще открие за себе си един необикновен български писател и ще го обикне преди всичко за това, че носи самороден талант. Книгата е многопластова. Главното място в този роман е посветено на една необичайна, красива и трагична любов, която сама разказва за себе си. Този роман е написан много майсторски, разказът тече свободно, надълбоко и нависоко и понякога си мисля, че това, което става с влюбените, всъщност се е случвало или се случва с мен и теб.

"Заливът на сънищата" е един красив писателски залив в голямото море на литературата. За мене тя е книга на писател с европейска нагласа.

Иван Симеонов, д ф, Тараклийски държавен университет, Р Молдова:

Важно достойнство на трилогията "Синият аметист" - "Изгrevът" - 8 издания, "Прощаване с пролетта" - 5 издания, и "Разпятието" - 3 издания - е стремежът на автора да бъде обективен и да отрази живота на различни слоеве от населението чрез ежедневието, възхода и трагедията на конкретни техни представители, като е избегнал полярността в изображението. С тази своя особеност творбите следват линията на епическия роман и се доближават до най-високите постижения на романа-епопея. Трилогията е новаторска с две свои характеристики - с изключително многообразния си персонаж и с умението на Петър Константинов да постигне синхронен ефект в повествованието. А то е интересно и вълнуващо. Има още две новаторски черти на третия роман, а именно, че той е единствената досега епична творба в българската литература, в която така ярко и същевременно исторически правдиво са описани ужасните бомбардировки над българската столица през 1943-1944 г., героизмът и самоотвержеността на българските летци и превратът на 9 септември 1944 г.

Димитър Боримечков, историк:

Писателят Петър Константинов е посветил повече от 40 години за изследване и популяризиране на световното, европейското и - преди всичко - българското изкуство и култура. Той е не само един голям любител, но и търсач на съкровища - написал е и ни оставя книгите "Съкровищата на света", "Съкровищата на Европа" и "Съкровищата на България". Той е автор на над 20 книги - романи, повести, сборници с разкази, пътеписи. Литературното му творчество се характеризира с траен интерес към духовния свят на човека - от гледна точка на писателя-историк.



ИДВАТ ЕТИЧНИ ПРАГМАТИЦИ

"Десетте принципа на медика и мениджъра" е книга за пътищата към величието в областта на медицината и мениджмънта. Разкривайки основните стъпала към успеха в медицината и здравеопазването, авторът проф. д-р Цекомир Воденичаров ни въвежда в света на асоциативното и интегралното мислене.

Публикуваме текстове от тази забележителна книга, която наред с познанието дава и естетическо преживяване.

Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн, е създател и първи декан на Факултет по обществено здраве при Медицински университет-София. Създател и изпълнителен директор на "ЗОФ Медико-21" АД. Създател на либерално-социалния модел в здравеопазването. Автор е на повече от 300 публикации и 12 монографии. Национален консултант по обществено здраве и здравен мениджмънт. Избран за председател на Световния парламент на българите, за академик на Българската академия на науките и изкуствата и член-кореспондент на Европейската академия на науките и изкуствата-Париж. Носител на наградите "Златен Хипократ" (1972 г.) "Златно сърце" (2001 г.), "Златна Панацея" (2004 г.) и Aesculapius (2009 г.) на МУ-София, "Здравен политик и мениджър на годината" (2008 г.), Doktor Honoris Causa на Медицински университет-Пловдив (2009 г.).



ЧОВЕК НА СЕБЕ СИ

"Има Провидение, което вае нашите съдби, както и да ги ковем."

Шекспир

От малък съм знаел, че всичко, което пиша, рано или късно ще вдъхнови следващия Цекомир. Той може да е там някъде, незабележим в тълпата или да се появи след много години. Той може да е мъж или жена. Това няма значение. Има значение безсмъртието на вечно младия, неспирно търсещ, отправен към нови хоризонти дух.

Винаги съм искал да постигна краткост и простота в писането. Отдавна съм разбрал, че да пишеш просто е точно толкова трудно, колкото и да бъдеш добър човек.

"Седемте разлики между медика и мениджъра" бяха написани и публикувани най-напред като книга, а след това излязоха на страниците на списанието "Здравен мениджмънт". Сега постъпвам обратно. Най-напред публикувам отделни глави в поредните броеве на списанието и накрая ги обединявам в книга. Полесно и по-малко задължаващо е да пишеш по няколко страници на месец, концепцията за книгата постепенно да се пълни с детайли, да се материализира пред очите ти и накрая да нанесеш само няколко корекции... Някак си книгата се самонаписва. На теб ти остава само да движеш Писещото перо.

"Седемте разлики между медика и мениджъра" е мъдра книга. Тя не разкрива само пътищата, по които всеки медик може да стане успешен мениджър. Тя ни посвещава в тайнството на минаване през познанието за властта на парите, за да се стигне до нов тип духовно развитие, обозначено с интегралното понятие Homo Ethicus. Пътят към неговата поява надмогва емоцията, за да мине през разума и да достигне духовността.

"Десетте принципа на медика и мениджъра" разкриват основните стъпки към успеха и в медицината, и в здравеопазването, въвеждайки ни в света на асоциативното и интегрално мислене.

Всеки един от тези принципи е илюстриран с примери от моя живот. Всъщност и в "Седемте разлики", и в "Път в медицината" аз се опитвам да разкажа нещо за себе си, да разкрия част от себе си. Това правя в по-пълна степен в "Десетте принципа" и може би в най-пълна степен в замислената преди много години книга "Отвъд границите на възможното". Защото отвъд границите на възможното може да минем, ако разберем своето предназначение, тръгнем по пътя на своята мисия, изпълнени със смирение и решителност, поставяйки се безсмъртна цел.

Стремежът на медика е да мине отвъд границите на възможното в борбата за здравето и човешкия живот, на мениджъра - в борбата за повече ефективност.



Цекомир Воденичаров



ДЪРВОТО НА ПОЗНАНИЕТО

Пределът им е - свършенството. И новите здравни мениджъри, и новата генерация медици следва да са етични прагматици.

Основните елементи на тяхната характеристика са:

1. Безстрастност
2. Рационалност
3. Асоциативно и интегрално мислене

4. Добронамереност
Това са хора на свободния избор. Те са със силно развито его. Принадлежат единствено на себе си. Поставят се над парите и политическата власт. Те съзнават, че **свободен те прави онова, което е вътре в теб.** Не е необходимо да имаш някакво високо положение, за да бъдеш велик.

И ЕДНО ПОВТОРЕНИЕ - ОСТАНЕТЕ ЧОВЕК НА СЕБЕ СИ

"Посредствеността осъжда всичко, което не може да разбере."

Ларошфуко

Еразъм е бил човек на себе си.

Започвам и завършвам книгата с него, защото той не е откривател, завоевател или управленец. Той не е гений, пророк или месия. Той е един обикновен мъдрец. Какъвто съм и аз.

Целта на мъдростта е да се отдаде възможно най-пълно. Посланието е:

Победата да се търси в баланса, не в надмогването

Опитът да се помирят противоположностите, да се схване Вселената като системно цяло е поразително интелектуално усилие (с най-изявен представител Хегел), което продължава.

Хитроумният Одисей е мъдрец, защото не си поставя за цел да владее света. Той побеждава света, за да оцелее и да властва над Итака. Понякога да не пасваш на мига означава да се проектираш във вечността.

Кризите са нашият шанс. Те не трябва да ни плашат, а да ни мобилизират да минем отвъд. Да се съсредоточим и влезем вътре в себе си. Да се мобилизираме да извървим трудния път от жертва към творец. Да разберем, че идва ново поколение, което няма да се примири с посредствеността.

Хората винаги ще се интересуват от смисъла, защото винаги ще се проектират отвъд своите цели. Поради това те винаги ще си спомнят за тези, които са се опитвали да им посочат пътищата.

Ето защо споделяй знанията си, за да постигнете безсмъртие.

Илюстрации: Анатоли Алексиев



БАЛАНС

Великият медик и великият мениджър развиват изцяло своя потенциал, следвайки десет основни принципа:

1. Имай безсмъртна цел
2. Не вярвай, а анализирай
3. Мисли асоциативно и интегрално
4. Следвай главното, но се грижи за подробностите - манипулирай
5. Бъди полезен
6. Планирай
7. Прогнозирай
8. Организирай
9. Мечтай
10. Действай

СТРОЯТ Я КАТО ПАМЕТНИК НА ЗАГИНАЛИТЕ ЗА БЪЛГАРИЯ ЕВРЕИ

В края на същата 1942 година, когато скулптурната композиция е унищожена, болницата-паметник на падналите за родината български евреи, изградена с хилядарките на богатото и левчетата на бедното българско еврейство, по Закона за защита на нацията (ЗЗН) се национализира и става Централен военен рентгенов институт. Началник е столичният рентгенолог д-р Михаил Костов Димитров, а за рентгеновото отделение отговаря д-р (проф.) Милко Балан. По Закона за гражданската мобилизация към института са привлечени д-р (проф.) Марин Петров, д-р (проф.) Гоце Тенчов, д-р (проф.) Ангел Николаев и др.

А персоналят на болницата-паметник?... Историческата наука дава данни за спасяването на българските евреи - от цар Борис III, от Светия синод, за петицията на зам.-председателя Димитър Пешев и на още 42-ма депутати от 25-ото народно събрание в тяхна защита, но кой знае за усилията на българските лекари колегите им евреи да запазят правото си да практикуват лекарската професия!

На 17 март 1942 г. за подписване на двустранна здравна спогодба между България и Германия в София пристигат представителите на Немската лекарска камара д-р Хауболд и д-р Льов. Представителите на Райха категорично настояват лекарите-евреи - 166 души - да бъдат отстранени от работа. Според Диана Коларова българските лекари, участващи в преговорите, с много такт и дипломатичност, както и с решението на Върховния административен съд, позоваващо се на правата по чл. 33-ти от ЗЗН, успяват да запазят правото на 59 от тях да практикуват лекарската професия, сред които са и повечето от работещите в Еврейската болница лекари, а именно: д-р Саул Мезан, д-р Морено Мешулам, д-р Арон Епелбаум, д-р Хаим Гершон и д-р Аврам Пизанти.

След 9 септември 1944 г. - от народна болница до правителствена поликлиника и т.н.

Със заповеди от януари и август 1946 г. Общовойсковият рентгенов институт се закрива, сградата се връща на еврейската общност и болницата на бул. "Братя Бъкстон" № 6 се преименува на "Народна болница в памет на падналите за свободата на България евреи", както е написано на официалната ѝ бланка от онова време.

Но! Д-р Петър Коларов - министър на народното здраве за периода 1950 - 1962 г., основно запознат с

организацията на съветското здравеопазване, а като син на ръководителя в Коминтерна Васил Коларов - и с дейността на Лечебно-санитарното управление при Кремъл, т.е., Кремълската болница, лансира идеята за създаването на специално медицинско обслужване на най-отговорните партийни и държавни работници у нас след 9 септември 1944 г. В края на 1949 г. той поканва заслужилия лекар д-р Г. Г. Знаменски от споменатото управление, който да разработи проект и малко преди новата 1950 г. представя на д-р П. Коларов "Положения за Управление на правителствените лечебно-профилактични учреждения при Министерството на народното здраве на НРБ".

В тях са регламентирани основните организационни, финансови и юридически права и задължения на болницата, кадровото комплектуване, определянето на контингента, структурата, основните задачи и форми на медицинско обслужване. Въз основа на предложението на д-р Г. Г. Знаменски, разработено съвместно с аташираните към него служители и специалисти от МНЗСГ, които изготвят основните положения, организационните схеми, плановете и проектно-сметната документация, в началото на 1950 г. министър Коларов

ликлиника, като устройството на поликлиниката и болницата се възлага на МНЗСГ".

Изборът на болницата-паметник, на Еврейската болница за Правителствена поликлиника е изключително удачен по отношение на изискванията към болнично заведение от този тъй специфичен тип - тя е в центъра на столицата, но улиците около нея са тихи, без оживен градски транспорт и с удобен достъп до нея. Тя е малка, но достатъчна да поеме медицинското обслужване на все още не многобройния и сравнително млад партиен и държавен актив. Сградата е готова и са необходими не големи финансови средства и време, за да бъде префасонирана, оборудвана и обзаведена. Осигуряването на безопасността на пациентите е надеждно.

Май 1950 г. Започва основен ремонт. Надстроява се трети етаж. Всички инсталации и системи са основно подменени. Обособяват се поликлинични кабинети, стоматологични кабинети, операционна зала, малко отделение с 12 легла, аптека, административни и стопански помещения. Всичко много внимателно е премерено, поради което в сградата не личат никакви архитектурни кръпки. По всяка вероятност строежът на надстройката е консултиран



Болницата-паметник в чест на загиналите над 1000 бойци-евреи, от 1934 г. Но сега го няма надписа на входа, нама я и войнишката скулптура на Михайло Парашчук



Унищожената скулптура

внеся предложението в Министерски съвет. Процедурата тече бързо и с Постановление № 33 от 3 януари 1950 г. "Народна болница в памет на падналите за свободата на България евреи" е отдадена във владение на МНЗСГ "временно за нуждите на Правителствена по-

с архитектите Ст. Белковски (специалист по високо строителство) и Ив. Данчов - вече професори в Архитектурния отдел на Висшето техническо училище в София - тъй като напълно е запазено първоначално заложено единство на функционалност, конструкция и

архитектурна форма.

Със заповед № 1153 от 7 март 1951 г. на МНЗСГ медицински генерал д-р (проф.) Коста Стоянов (1904 - 1965), главен хирург на войската, се назначава за директор на Правителствена поликлиника, София. Пост, на който остава само една година и напуска по собствено желание.

Откриването на Правителствена поликлиника е на 1 май 1951 г. Още първите назначения и структурата показват, че Правителствена поликлиника всъщност изпълнява функциите на обединена многопрофилна болница. Тя е държавно здравно заведение като всички останали в страната, но е на директно финансиране от Министерски съвет, т.е., извън бюджета на здравното министерство. Нейният правилник, дължостни характеристики, щатно разписание и бюджет се одобряват от Министерски съвет и по този начин е тип ведомствена болница.

По отношение на медицинските дейности се спазват действащото в страната здравно законодателство и методичното ръководство на МНЗСГ. Охраната се осигурява от УБО. Всяка една от тези институции налага своите изисквания към персонала. Редът и дисциплината са железни.

На освободения от ген. К. Стоянов директорски стол сядат заведващата клинична лаборатория д-р Вера Филипова (1903 - 1993). Пред нея стоят три основни задачи: 1. да укрепи кадрово Правителствена поликлиника; 2. да разшири легловата ѝ база и 3. да се започне и завърши строителството на същинската Правителствена болница (в кв. Лозенец). С приоритет се назначават специалисти от водещите в страната учебни медицински заведения - ВМИ-София и ИСУЛ. Голяма част от щата се попълва от Централния военен госпитал (ЦВГ). Всички лекари, зъболекари и фармацевти са изявени специалисти и с висока квалификация, а лекарите и стоматолозите задължително имат специал-

ност и над 5 години лекарски стаж. Първите лекари са назначени по съвместителство на основание Закона за заемане допълнителна работа на санитарните лица от 1946 г. - **най-напред това са лекарите на държавния глава Георги Димитров за времето 1945 - 1949 г. - доц. (акад.) Ташо Ташев, доц. (акад.) Алекси Пухлев, доц. (проф.) Светослав Бойкичев и д-р (проф.) Ангел Симеонов.**

Сред лекарите, които работят в Правителствена поликлиника, докато тя се помещава в сградата на Еврейската болница (1951-1960), ще видим имена, познати на по-старото поколение от медицинската общност.

Проф. (акад.) Иван Пенчев, д-р (доц.) Борис Попов, д-р (проф.) Петър Алтънков, д-р (проф.) Георги Балчев, д-р Савка Господинова, д-р (проф.) Лора Бакалова, д-р Зорка Капинчева, д-р Брана Боюклиева-Ландман, д-р Стефка Димова-Чернокожева, проф. д-р Георги Бояджиев (АГ), д-р (проф.) Георги Хаджидеков, д-р (проф.) Ганчо Ганев, д-р (проф.) Васил Зеленодръвски, д-р (проф.) Иван Темков, д-р Петър Павлов (УНГ), доц. (проф.) Неделя Балева, д-р (проф.) Иван Василев, д-р Димо Аргиров, д-р Мина Нотова-Узунова, д-р (ст.н.с.І ст. в ЦТЕЛК) Надежда Шумкова, д-р Райна Дудулова, д-р Тодор Прахов, д-р Димитър Стефлюков, д-р (проф.) Александър Станчев, д-р (проф.) Петър Кирчев, д-р Коси Ненков, д-р Трайко Велев, д-р Стойко Иванов, д-р (доц.) Сибила Радева, д-р (проф.) Ема Бозаджиева, д-р (проф.) Здравка Кемилева, д-р (проф.) Светлана Бойкичева, д-р Трендафил Койчев, д-р Петър Петров, д-р Марин Чалъков, д-р Асен Калчишков, д-р Алекси Пейков, д-р Никола Николов, д-р (проф.) Йото Дилчев Григоров, д-р (доц.) Светослав Иванов, д-р (акад.) Атанас Малеев, д-р Здравко Пълков, д-р (проф.) Никола Петков Николов, д-р (проф.) Дянко Попмихайлов, доц. (проф.) Борис

Бърлиев, д-р Йорданка Христова-Белчева, д-р Васил Зарев, д-р (проф.) Стоян Филипов, д-р Андрей Андреев (ДБ), доц. (проф.) Димитър Маринов Ненковски, д-р Недка Ковачева, д-р Жива Стефанова, д-р Мария Белчева-Игнатова, д-р Татяна (Таня) Желязова-Думбелова, д-р Тотю Гълъбов, д-р (проф.) Любен Карамалаков, д-р Кальо Топалов, д-р (проф.) Сашо Божинов, д-р Неделко Бързашки, д-р (чл.кор.) Иван Викторов, д-р (доц.) Цоло Цолов, доц. д-р Светлана Рускова, н.с. I ст. (проф.) д-р Анастас Анастасов, д-р Атанас Кръчмаров, д-р Дона Цокова-Митрова, д-р Слава Анастасова, д-р Станка Логофетова, д-р Богослов Павлов, д-р Грудю Грудев, д-р Димитър Дончев, д-р (проф.) Тодор Кр. Николов, д-р Досьо Бакалов, д-р Благородна Малинова, д-р Иван Иванов, д-р Трендафил Койчев, д-р Ангелина Радоилска, д-р Ненчо Мутафчийски, д-р Лиляна Михайлова, д-р Неделчо Хазърбасанов, д-р (проф.) Борислав Тодоров, д-р Кирил Хавезов, д-р (проф.) Добри Грозданов Добрев, д-р (проф.) Стойко Бусаров, д-р Вера Божорова, д-р Красинка Бисерова, д-р Димитър Дишлиев, д-р Асен Калчишков, д-р (проф.) Лукан Балабански, д-р Александър Прекоплански, д-р Лазар Митев, д-р Георги Стояновски, д-р Иван Кънев (диетолог), д-р Асен Ст. Василев, д-р Павел Герджиков, д-р Хелда Боева, доц. д-р (проф.) Сивчо Сивчев, д-р Ганчо Ганев (епидемиолог). **Както и стоматолозите** д-р Борис Иванов Денков, д-р Веселин Енчев, д-р Елена Димова-Стоева, д-р Христо Манчев, хон. доц. д-р (проф.) Динко Странски, д-р Георги Пеев.

След построяването на Правителствената болница в кв. Лозенец (1964) Правителствена поликлиника се изнася от сградата на Еврейската болница и тук се настанява Институт по ендокринология, който след дълги съдебни дела я освобождава през 2009 година.

СТАНДАРТИ ЗА КОЗМЕТИЧНА И ЕСТЕТИЧНА ХИРУРГИЯ СМАГАТ РЕД В РАЗКРАСЯВАНЕТО

Стандартът за козметична и естетична хирургия скарва лекари и козметици. Документът, който е подготвян повече от 8 месеца от работна група в Министерството на здравеопазването /от пластични хирурзи, дерматолози, офталмолози и оториноларинголози/, предвижда сложните апаратни процедури да се извършват само от медици. Само лекари трябва да имат отношение и към поставянето на филтри /препарати за изглаждане на бръчките/, тъй като те могат да преценят дали манипулациите са подходящи за даден човек или могат да доведат до сериозни усложнения, категорични са специалистите.

По време на кръгла маса по темата, организирана във Военномедицинска академия, бяха защитени различни позиции. Бяха изнесени данни за обезобразени хора, които са постъпили в болницата след некомпетентно извършени разкрасителни процедури. Началникът на ВМА ген. Стоян Тонев даде пример, че в страната се внасят некачествени продукти, които могат да увредят здравето. "През 2009 г. са направени над 10 хил. манипулации с ботокс, а в същото време официалната фирма вносител е доставила материал само за 140 души", заяви той. По думите му с националния стандарт и наредбата от Министер-

лазерни апарати. За целта те трябва да се обучат за работа с тях, като обикновено това се прави от екипите на фирмите-вносители на техниката.

Доц. Мирослава Кадурина, началник-клиника във ВМА, също алармира, че в момента манипулации със сложна апаратура се правят от козметички, които нямат медицинско образование и затова често в болницата постъпват пациенти с усложнения. В страната ни работят много нерегламентирани козметични студия, центрове и клиники, в които няма дори и един специалист, каза тя.

Представителите на индустрията за красота и козметика от своя страна обясниха, че ла-

стандарт на работа в салоните. Спасова поясни, че не са против това да има стандарти, регламентиращи козметичните услуги, но настояват да участват при създаването им. Козметиците не отрекоха, че има нарушения и някои техни колеги работят в сивия сектор, но обаяха, че те също се борят с тях и имат интерес от въвеждането на ясни правила.

Стандартите в естетичната медицина и дерматологията вече са факт и хубавото е, че са вкарани в специален закон, подчерта от своя страна доц. Мирослава Кадурина, началник на клиниката по дерматология във ВМА - София. По думите ѝ законът е съобразен с всички европейски норми и регламентира медицинско-естетичните манипулации като високо специализирана медицинска дейност. Това автоматично забранява на козметичките да извършват подобни процедури, като нарушението на закона ще бъде подсъдно, каза още доц. Кадурина.

Според доц. Димитър Евстатиев, председател на Българската асоциация по пластична, реконструктивна и естетическа хирургия, трябва да има точни правила, защото сега козметички инжектират витамин А и Е за уголемяване на устните, а това е абсолютно противопоказно. Проблеми има и със свободното инжектиране на филтри в естетичната хирургия като хидрогел, ретинол и течен силикон. "Някои от тях са вредни. Жени с възпаления и възли по кожата редовно идват за лечение при нас", каза лекарят. Според доц. Евстатиев освен козметичките, лекари без нужната специалност също практикуват пластична и естетична хирургия, което не е редно.

Доц. Кадурина допълни, че някои процедури с лазер могат да доведат до трайни изгаряния и белези за цял живот, ако не се извършват от специалист. Тя даде пример и с пилингите - чисто козметична процедура, която също може да увреди кожата.



Ако се преви пилинг с 20% фруктови киселини, може да ги извършва козметик, но ако концентрацията е 70% процедурата по новите стандарти ще може да се прави само от дерматолог, каза доц. Кадурина. Разликата е, че единият пилинг е само повърхностен, а другият е дълбок, сваля цялата кожа и е важно дерматолог да прецени дали даден човек може да си направи процедурата или не трябва да посяга към нея. Същото се от-

му бъркат разкрасяването на здрави хора и лечението на болни пациенти с остри и хронични състояния, вродени или придобити в резултат на травма или болест. Лечението на подобни състояния е предмет на дейността на пластичната хирургия и др. специалности, които са различни от козметичната, подчертава Сердев. По негово мнение, ако бъдат смесени дефинициите за козметична и пластична хирургия, има реалната



ството на здравеопазването ще се регламентира контролът на препаратите за пластична и естетическа хирургия, които се внасят у нас.

Стандартът ще обхваща шест специалности, ще определя и точно какви дейности могат да извършват различните специалисти. Така например поставянето на ботокс ще може да се прави само от пластични хирурзи и дерматолози. Липосукция ще се извършва и от хирурзи с обща практика. Лазерна епилация ще се прави от дерматолози и пластични хирурзи, които могат да работят с

зерните процедури се правят с апарати, които са пригодени само за разкрасяване, като преди това доставчиците на техниката обучават козметичките. Съвсем различни са тези апарати, с които се извършват медицински операции, допълниха те. Инжектиране на ботокс и филтри и сега не се прави в нито един козметичен салон в страната, заяви председателят на Националното сдружение на козметиците "Здраве и красота" Даниела Спасова. Тя добави, че още преди години браншовите организации в България са приели европейските

АКЦЕНТ

Ген. Стоян Тонев, началник на Военномедицинска академия:

"С националния стандарт и наредбата от Министерството на здравеопазването ще се регламентира контролът на препаратите за пластична и естетическа хирургия, които се внасят у нас. През 2009 г. са направени над 10 хил. манипулации с ботокс, а в същото време официалната фирма вносител е доставила материал само за 140 души."

Доц. Мирослава Кадурина, началник-клиника във ВМА:

"В момента манипулации със сложна апаратура се правят от козметички, които нямат медицинско образование и затова често в болницата постъпват пациенти с усложнения. В страната ни работят много нерегламентирани козметични студия, центрове и клиники, в които няма дори и един специалист и това трябва да се промени."



нася и за фотоподмладяването, за което ще се изисква специален сертификат.

Съвсем различна е позицията на националния консултант по козметична хирургия за 2006-2008 г. проф. Николай Сердев. Националният медицински стандарт "Козметична (естетична) хирургия" е утвърден още през април 2008 г. и всички лекари, които се занимават с този тип хирургия и медицина, трябва да работят по него, заяви пред Zdrave.net той. Според него колегите

опасност здравната каса да започне да плаща за увеличаване на бюст или за огромния брой разкрасяващи корекции на всички области на лицето и тялото. В момента касата плаща за козметични операции, които са част от лечението на болни пациенти.

Засега споровете между дерматолози, козметици и пластични хирурзи заглъхнаха, но не са приключили. Добре е да се стигне до консенсус, в центъра на който да се поставят здравето и правата на потребителя.

ПОГЛЕДНЕТЕ СВЕТА ПРЕЗ ЧАША БИРА

Преди да седнете пред чаша бира, прочетете тази страница, за да разберете защо обичате пиво и докъде ще ви отведе то. Тръгнете по гребена на... пияната.

Справка

Бира (пиво) - слабо алкохолно питие с характерна хмелова миризма и възгорчив вкус. Произвежда се от преваряването и ферментацията на нишесте, получено главно от зърнени култури - най-вече малцов ечемик, но е възможно и употребата на пшеница, царевича, ориз. За ферментацията спомага ферментационна мая. Бирата се ароматизира с хмел, който придава горчивина и действа като природен консервант. Може да се добавят и други аромати чрез различни билки и плодове. Пенливата напитка се състои от 92-93 % вода, 3-4,5 % алкохол, 3-4 % захар и вещества, съдържащи азот. Бирата е най-старата и най-консумираната алкохолна напитка в света и третата най-популярна напитка изобщо след водата и чая.

В света се произвеждат около 9 милиона марки пиво. В зависимост от основните му показатели, интензивност на цвета, вкус и аромат, пивото се дели на тъмно и светло. В светлото пиво е нормално да се усеща горчивината на хмела, а в тъмното - сладникав, вишен и карамелен привкус, горчивината в него е по-малка.

Знаете ли, че

... най-старата пивоварна е немската "Вейхенштефан" във Фрейзинг близо до Мюнхен. Тя е основана през 1040 г.

... при доброто пиво пияната трябва да се запазва не по-малко от 3 минути. ... най-големият пивоварен завод е американският "Адолф Курс" в Колорадо. Тук годишно се произвеждат над 2,5 милиарда литри пиво.

... най-малката пивоварна се счита експонатът от музея в Пилзен. Действащото копие на пивоварната е изработено от чешки майстор за Брюкселската международна изложба през 1958 г. На едно варене тя прави 30 литра.

... най-голямата колекция на бирени етикети (350 000 екземпляра) принадлежи на норвежеца Ян Солберг.

... най-голямата халба за бира с капак е произведена от фирмата "Селангор Пют" в Малайзия през 1985 г. Нейната височина е 198,7 см, а вместимостта ѝ - 2796 литра.

... най-малката бирена бутилка в света се изработва в швейцарското селце Ваденсвил близо до Цюрих. Тя събира 40 мл пиво и струва 9 франка.

... в Русия са варили много силно пиво. Чужденците отбе-

"Бирата е доказателство, че Бог ни обича и иска да бъдем щастливи." - Бенджамин Франклин

"Правителство, което повиши цената на бирата, неминуемо пада от власт." - Ярослав Хашек

Някога и сега

• Предполага се, че употребата на бира датира от шесто хилядолетие преди Христа и е вписана в исторически документи от Древен Египет и Месопотамия.

Ранните шумерски писания съдържат препратки към бирата, а молитвата към шумерската богиня Нинкаси (Ninkasi), известна като "Химн на Нинкаси (The Hymn to Ninkasi)", служи едновременно както за молитва и като метод за помнене на рецептата за производство на бира, предавана през поколенията.

Бирата е била известна на славянските племена още в началото на V век. Първите известни химически доказателства за бира датират около 3500-3100 години преди Христа. Тъй като почти всяко вещество, съдържащо въглехидрати, главно захар или нишесте, може да премине през естествен процес на ферментация, се счита, че подобни на бирата напитки са приготвяни от много народи по целия свят.

Гръцкият учен Дискорит през I век описал употребата на ситни-напитка от ечемик и тревни добавки - пелин, семена от лаврово дърво и бръшлян.

Пиво пиели и народът, и знатните. Поднасяли го на боговете, търгували с него, заплащали чрез него стоки. Шумерите освобождавали пивоварите от военна служба. В асирийската и вавилонските империи пивоварите играели съществена роля. Те също като другите занаятчии се обединявали и имали свои задължения към боговете. Народите на древния Шумер и Египет не били единствените, които умеели да варят пиво. От египтяните пивоварс-

кото се е пренесло в Етиопия, Гърция, разпространило се е в Персия, на Кавказ. В Китай като изходна суровина използвали ориз. Предполага се, че най-напред хмел са започнали да използват източните финландци и татарските племена.

Съществувала е тясна връзка между хляба и бирата. Мнозина дори не подозират, че те са открити по едно и също време и дори са произлезли едно от друго. Изкуството на правенето на бира е толкова старо,

ват ясно, че варенето на бира било сред най-уважаваните професии. А най-добрите майстори на питието били жените. Те произвеждали бира по домовете си и я продавали. От VII век бира е приготвяна в много манастири в Европа.

По време на индустриалната революция производството на бира се променя от изцяло ръчно към автоматизирано и по този начин до края на XIX век домашното производство престава да бъде доминиращо.



колкото е месенето на хляба. Дори в най-древните писмени източници те се споменават почти винаги заедно.

Китайците започват да варят бира преди около 5000 години. Те я наричат "СКУИ". Едно хилядолетие по-късно се появяват и първите свидетелства за правенето на кхлибарената течност в Месопотамия. Надписите върху глинена плочка, датиращи от това време, доказ-

ват ясно, че варенето на бира било сред най-уважаваните професии. А най-добрите майстори на питието били жените. Те произвеждали бира по домовете си и я продавали. От VII век бира е приготвяна в много манастири в Европа.

ПЕНЛИВИ МИСЛИ НА УМНИ ХОРА

"Без съмнение бирата е най-великото изобретение. Колелото също не е зле, но не върви с пържени картопки." - Дейв Бери

"В един ден има 24 часа, в една каса има 24 бири. Съвпадение ли е?" - Стивън Райт

"Бутилката бира сутринта - това е крачка в неизвестността" - Николай Фоменко

"Освен футбола и бирата, има още много неща, които обичам." - Жак Ширак

У нас

Годишната консумация на пиво на глава от населението в нашата страна расте - 61 литра през 2004 г., срещу 55 литра за 2003 г. и 51 литра за 2002 г. Днес "Хайде на бира" е доста по-срещана покана от "Да изпием по чаша вино". Дали е заради качеството на българската бира или заради големия избор, но така или иначе бира вече се пие и през зимата, и през лятото.

У нас се произвеждат над 50 асортимента светла и тъмна бира. В пивоварната индустрия работят над 2700 души, а в спомагателните отрасли още 14 000. В производството годишно се преработват около 120 000 т пивоварен ечемик и над 450 т натурален хмел и хмелови продукти.

Никога няма да научим кой е сварил първата бира. И ако поискаме мислено да му благодарим, когато в горещия летен следобед държим в ръка изпотената, ледена халба с тази вкусна, освежаваща, леко горчива напитка, ще сме в затруднение. Пивото е наистина древна напитка, казват, че... още Ной превозвал пиво в своя ковчег.



Доколко е полезна...

* Древните шумери ползвали топла бира за гаргара на устата и я приемали против зъбобол.

* През Средновековието пиели бира за изхвърляне на камъни от бъбреците и за лечение на физическо и психическо изтощение.

* Проф. Кох, който открил причинителя на холерата, споделял мнението на свои чешки колеги, че бирата я лекува. Опустошителните епидемии от холера в Европа рядко засягали работниците в средновековните пивоварни.

* Бирата се използвала

и като козметично средство за подмладяване на кожата.

* Между 330 и 500 мл бира е предпочитано средство за разхлаждане в горещините. Пивото алкализира организма и му доставя соли, а в жегата с потенето хората губят голямо количество от тях, което при високи температури на въздуха нарушава алкално-киселинното равновесие на организма.

* Помага срещу психосоциалния стрес, но ако не се злоупотребява с количеството.

или... вредна

* Повече от 2 халби бира наговарват сърдечната дейност и увеличават кръвното налягане.

* Бирата "отключва" апетита и се стига до увеличаване на телесната маса

* В бирата има много женски полови хормони - естрогени. Мъжете, които злоупотребяват с напитката, страдат от ендокринни промени - фигурата им придобива поженствени очертания, нараства мастното наслоя-

ване по бедрата и около корема. Това потвърждават думите на първия канцлер на Германия Бисмарк: "От бирата хората стават лениви, глупави и безсилни".

* Повишената употреба на бира предизвиква намаляване на влечението на мъжа към противоположния пол, но при жените, употребяващи бира, увлечението нараства и е възможно да се стигне до дисхармония в семейните отношения.

Забавни факти

• Богатата дама ПуАби е пила бира през сламка от чисто злато в древна Месопотамия. Сламката се съхранява в музея на Пенсилванския университет във Филаделфия.

* Джордж Вашингтон е имал своя собствена бирария.

• През 1947 г. американският писател Менкен подписа договор с канадска филмова компания, която получила правото да екранизира неговата книга, като се задължила да му доставя

всеки месец по две каси светъл ale до края на живота му.

• Първият и засега единствен чешки космонавт - Владимир Ремек е прекарал 7 дни, 22 часа и 16 минути в Космоса през 1978 г. и твърди, че през цялото това време е страдал ужасно от липсата на бира.

• В американския щат Канзас на лекарите им е разрешено по закон да предписват бира като лекарство, но е строго забранено болните да пият лекарството заедно.

