

QUOVADIS

ЛЪТОПИСИ
НА
ЛЪКАРСКИЯ СЪЮЗ
ВЪ БЪЛГАРИЯ

София, година XII, брой 4, събота, 30 април 2011 г.

Национално издание на Българския лекарски съюз www.blsbg.com



17-20 МАЙ
БУЛМЕДИКА
БУЛДЕНТАЛ

ЛЕКАРИТЕ НЕ ИСКАТ СЪСЛОВНА КАМАРА

- *52-рият извънреден събор прие промени в Етичния кодекс* **на стр. 3**
- *БЛС ще построи самостоятелно Дома на българския лекар* **на стр. 5**

actavis

В БРОЯ



ПЕРСПЕКТИВИ

Диагностично-свързаните групи се отдалечават във времето

на стр. 4

СПЕЦИАЛЕН ГОСТ

Проф. д-р Тодор Кантарджиев, председател на Българската асоциация на микробиолозите

на стр. 7



РЕПЛИКА НА МЕСЕЦА

Росен Димов, прокурор от ВКП:

ОСЪЖДАМ ЛЕКАРИТЕ НА ВЕЧНА БЛАГОДАРНОСТ!

на стр. 8 и 9

ФОТОФАКТ



Делегати на Събора - в паузата

СЕДАТИФ ПС®
намалява стреса

БЕЗ ПРИВИКВАНЕ

ПРЕЖОЖНА НАПРЕГНАТОСТ, РАЗДРАЗЛИТЕЛНОСТ, ЕМОЦИОНАЛНА ЗАВИСНОСТ, НАРУШЕНИЯ НА СЪН

СЕДАТИФ ПС

ТАБЛЕТКИ
ХОМЕОПАТИЧЕН ЛЕКАРСКИ ПРОДУКТ
BOIRON

Седатиф ПС е хомеопатичен лекарствен продукт. Без лекарско предписание. За пълна информация: Боарон БГ ЕООД, 1408 София, ж.к. Южен парк, бл.28, вх.А тел.963-09-06, факс 963-45-00

LABORATOIRES BOIRON®

A256/24. 06. 2010 КОП 11/18. 12. 2006

СПЕЦИАЛИЗАНТИТЕ ЩЕ ПОЛУЧАВАТ ДО 4 МИНИМАЛНИ РАБОТНИ ЗАПЛАТИ

Минимум от две до четири минимални работни заплати или до 960 лв. на месец ще получават специалистите държавна поръчка. Това предвиждат промени в Наредба 34 на МЗ, които предстои да се обнародват. В момента младите лекари имат право на две до три минимални заплати. За колегите им, които плащат сами обучението си, се предвижда средствата да се увеличат от 1.5 минимални заплати на две или на 480 лв. Също така медиците ще могат да получават и допълнителни средства от финансирането по здравна каса и другите форми на плащане в лечебните заведения. С промените се рег-

ламентира и правото им да ползват минимум 20 дни платен годишен отпуск. Всички тези права ще залегнат и в договорите, които бъдещите специалисти подписват с лечебните заведения. Освен това разходите по обучението на специалистите, които не са държавна поръчка, ще могат да се поемат от лечебните заведения или други лица. По този начин ще се даде възможност на повече млади хора да учат, а на лечебните заведения да задоволяват нуждите си от лекари.

С промените се усъвършенства и методът за определяне на местата за прием. Занапред те ще зависят

в по-голяма степен не само от възможностите за обучение на лечебните заведения, а и от потребностите от специалисти в страната. За тази цел ежегодно регионалните здравни инспекции в сътрудничество с БЛС ще проучват нуждата от кадри в страната и ще подават информацията до МЗ.

В наредбата се въвежда и контрол над обучението на специалистите. За тази цел учебните бази ще трябва да изготвят вътрешна система за оценяване и поддържане на качеството си. Също така ще трябва да се грижат за квалификацията на преподавателите си.

Спасиха в Габрово бразилски младеж

Лекарите от габровската болница извършиха животоспасяваща операция на 16-годишно момче от Бразилия, участник в световния шампионат по мотокрос в Севлиево. Младежът е пострадал по време на състезание, получил е сериозна коремна травма, съобщи директорът на болницата д-р Нели Савчева. Екипът успял да овладее състоянието на момчето с шадяща лапароскопска операция. Кметът на Габрово Николай Сираков посети пострадалия. Случаят е любопитен, защото пациентът е от Бразилия, а президентката на страната Дилма Русеф е с корени от Габрово.

ПРОЕКТ

Университетските болници в София се свиват от 18 на 7

Това предвижда проект на ректора на Медицинския университет проф. Ваньо Митев. До дни предложението ще бъде внесено в образователното министерство. С него ще бъде запознат и премиерът Бойко Борисов, уточни вносителят пред медиите.

В момента университетските болници към Медицинския университет в столицата са осемнадесет. Само в карето на Александровска са осем.

Всяка една от тях е с отделна администрация и куп дублиращи се звена, така се разхищават държавни пари, изтъква проф. Митев. Дублират се и куп диагностични дейности, извършвани със скъпа апаратура, разпределена неравномерно в отделните сгради. В едни от тях техниката прегрява от работа, а в други стои недостатъчно използвана. Така изразходваните пари за покупката и на практика носят повече загуба, отколкото печалба.

Ако университетските болници бъдат обединени, като се запази дейността им, апаратурата ще се използва от пациентите на всички лечебни заведения, които са в непосредствена близост, а специалистите ще могат да консултират болните и от другите

клиники, а не само в своята, изтъкна още едно преимущество на проекта си проф. Ваньо Митев.

Проектът му предвижда принципал на всяка университетска болница да бъде ректорът. Това се подкрепяло и от ректорите на всички останали медицински университети в страната.

Управителните съвети ще бъдат запазени като структура, но всяка една от тях ще има и изпълнителен директор. Той обаче ще бъде назначаван от ректора, а не от министъра на здравеопазването.

Така няма да има конфликт на интереси между университета и университетските болници, които сега са акционерни дружества, а сградният фонд и земята, на която са построени зданията, са с различна собственост - на лечебните заведения и на медицинските университети. Това е и една от причините куп сгради в карето на Александровска болница да стоят незавършени и полуразрушени, а други да са занемарени.

И още нещо - според проф. Митев обединяването ще развърже ръцете за създаването на клъстер, чрез който ще може да се кандидатства по-свободно по европейски проекти.

ОПИТ

УМБАЛ „Св. Георги“ пуска вътрешен информационен канал

Това съобщи изпълнителният директор доц. д-р Карен Джамбазов. Той обяснява, че по този начин около 2500 лекари, медицински специалисти и работещи в администрацията ще се запознават веднага с всички вътрешни и национални наредби, указания за

работа, медицински стандарти и новини от здравната сфера.

Този вид комуникация е част от програмата на изпълнителния директор за осигуряването на максимална прозрачност в управлението на болницата, както и за поддържането на високото ниво на информираност и компетентност на персонала.

Информацията ще се реализира със специа-



Изпълнителният директор доц. д-р Карен Джамбазов

лен софтуер по вътрешната мрежа от общо сто телевизионни приемника, които от години се намират в двете бази на лечебното заведение.



ФОТОФАКТ



През почивните дни по великденските празници лекари на мотори бяха готови да окажат спешна помощ по третоварените пътни отсечки. На изходите на столицата например спешните моторетки дежуреха и при "голямото завръщане" от великденската екскурзия - следобед на 25 април.

ВЕЛИКДЕНСКА БЛАГОТВОРИТЕЛНА ИЗЛОЖБА

Клиниката по УНГ болести при УМБАЛ "Д-р Г. Странски" - Плевен в състав доц. д-р Иван Стоянов, доц. д-р Александър Вълков, д-р Стефан Мирчев и ст.м.с. Катя Христова организира Великденска благотворителна изложба

под надслов "Деца помагат на деца". Идеята е на четиригодишния Мартин, опериран в клиника по уши, носни и гърлени болести. Със съдействието на още 18 деца от предучилищната група в СОУ "Иван Вазов" с благотворителна цел бяха предоставени над 50 произведения - картини, аплика-

ции и други. Творбите на малчуганите бяха изложени във фоайето на високия корпус на Втора клинична база на Университетската болница.

На 20 април събраните дарения бяха официално поднесени на децата с кохлеоимпланти и г-жа Ваня Радева от Центъра за рехабилитация на слуха и говората към Съюза на глухите - Плевен. Като почетни гости на тържеството бяха поканени кметът Найден Зеленогорски, ректорът проф. д-р Григор Горчев, доц. д-р Димитър Стойков, известни лекари и общественици от града. Коктейлът за тържеството също благотворително бе подготвен от деца - възпитаници на Професионалната гимназия по ресторантьорство, търговия и обслужване.



Ще има информирано решение за преждевременно изписване

"За да се гарантират по-добре правата на пациентите и лекарите ще въведем информирано решение за преждевременно прекратяване на болничния престой". Това каза министърът на здравеопазването д-р Стефан Константинов при посещението си в МБАЛ Бургас в края на април. Новата мярка ще се създаде заради случаите на по-ранно изписване на пациенти от лечебните заведения, които нерядко завършват с усложнения и неблагоприятни последици за тях. За да е сигурно, че няма злоупотреби от страна на лечебните заведения и че лекарите са разяснили възможните последици на болните хора, МЗ ще въведе ново информирано решение. В този документ ще се посочват възможните рискове за здравето и живота на пациентите при

по-ранното им изписване. Те ще могат да напуснат болницата едва след като го подпишат. Ако въпреки това са съгласни да напуснат клиниката, по този начин ще е сигурно, че хората наистина са наясно с рисковете и сами са взели това решение, каза министърът на здравеопазването. Този документ ще запази и сигурността на лекарите, тъй като те не могат да накарат насила хората да стоят в болниците. В случаите, когато пациентите доброволно са напуснали болницата по-рано и след това са настъпили усложнения, медиците няма да са отговорни за това. В информираното решение ще се посочва и че при преждевременно напускане на лечебното заведение, разходите по оказаните медицински грижи остават за сметка на пациента.

КЗК проучва решението за минимална такса за преглед

Комисията за защита на конкуренцията проучва евентуално извършено нарушение по чл. 15, ал. 1 от Закона за защита на конкуренцията от страна на БЛС. Поводът е приетата от Събора на съсловната организация минимална цена за частен медицински преглед в размер на 10% от минималната работна заплата.

Председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов заяви пред медиите: "Комисията е в пълното си право да прави каквито намери за добре проверки. Надявам се, разбира се, резултатът да е такъв, какъвто се очаква - че Лекарския съюз по никакъв начин не е превишил своите права, защото слушам да се говори за картелни споразумения и т.н. Нито сме производители, нито има някаква основа за картел. Става дума за минимална цена, така че не виждам какво споразумение за цени може да има при нас, за да се постигне някакъв негативен резултат".

Лекарите припомнят, че са въведени минимални такси за адвокатите например.

Суперхапче пази от радиация

Български учени от Института по полимери към БАН създадоха суперхапче срещу радиация, съобщи шефът му проф. Кольо Троев. Новите радиопротектори били 2,5 пъти по-ефективни от сега съществуващите, с които са оборудвани армиите по света. Ако индексът на защита при старите препарати е 7, ние сме постигнали 19, поясни проф. Троев.

За съжаление хапчето няма да е само българско, защото страната ни не може да осигури финансиране за изпитванията. Затова в БАН през април пристигна проф. Катрин Мейсън от Тексаския университет. Тя представлява Центъра по радиационна онкология в Хюстън. Нашите учени се надяват американците да финансират серията тестове, които са задължителни преди производството на новите медикаменти.

"Вместо йод, хората могат да приемат радиопротектори. Това са хапчета, които предпазват организма от радиацията. След това, което става във Фукушима, темата е особено актуална. Радиопротекторите се използват във всички армии и се съдържат в задължителния пакет, който се раздава на войниците", разказа проф. Троев. В БАН са направили полимерен аналог. Един от продуктите бил изключително добър. Българските полимери подобряват усвояването и ефективността на медикамента. Така с по-малка доза се постигал по-голям резултат, намалявала и токсичността на медикамента.

"Обикновеното лекарство след един-два часа преминава в неактивна форма. А при полимера този процес се забавя с до 40%. Това значи, че ефективната концентрация е по-висока, поясни професорът. Нашите учени искат качествата на разработката им да бъдат потвърдени от авторитетни външни експерти като тези от Тексаския университет.

Засега

Лекарите не искат БЛС да стане камара

52-рият извънреден събор прие промени в Етичния кодекс

След бурни дебати, продължили няколко часа, делегатите на 52-рия извънреден събор на Българския лекарски съюз решиха да не променят Устава на съсловната организация. Проектът, предложен от Управителния съвет, предвиждаше превръщането на БЛС в Лекарска камара. Медиците обаче приеха всички предложения за изменения в Етичния кодекс на организацията, които имат за цел да подобрят работата на лекарите и да ги предпазят от евентуални лекарски грешки. За тази цел бяха създадени една Централна и 6 областни експертни лекарски комисии, които ще разглеждат отделните случаи още в досъдебната фаза и ще преценяват дали да се образува съдебно дело. Идеята беше лансирана на кръгла маса за лекарските грешки, проведена на 7 април (виж стр. 8-9).

Освен това Съборът взе решение гилдията сама да построи Дом на лекаря на предоставения терен в центъра на столицата. Създадена беше и комисия, която да посочи най-подходящия начин за финансиране на строежа. Делегатите единодушно избраха д-р Димитър Игнатов за почетен председател на БЛС.

Форумът на организацията се проведе в с. Равда от 15 до 17 април, като негов гост беше министърът на здравеопазването д-р Стефан Константинов. "В 18 европейски държави има лекарски камари. Като професионални органи-

зации те поддържат регистър на лекарите, следят за квалификацията и продължаващото обучение, а условията на труд и работни заплати се договарят от синдикатите", отбеляза той. Според министъра БЛС в момента е нещо като хибрид и трябва да се помисли дали двата вида функции да не бъдат разграничени.

ДРАМАТИЧНИ ОБРАТИ

Съборът на БЛС започна с фалстарт, след като в първия ден (15 април) се оказа, че са регистрирани 250 делегати, при необходими 280 за кворум. Затова дебатите започнаха на следващия ден. Още при обсъждането на дневния ред беше поискано да отпадне разглеждането на промените в Устава поради противоречие на част от текстовете със Закона за съсловните организации. Точно около това, като в Параграф 22, се завъртяха и дебатите. Председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов обясни, че няма никакъв проблем предлаганите изменения да бъдат приети, но да влязат в сила догодина. До тогава Съюзът ще може да изиска необходимите изменения в законите, каза той. Д-р Райчинов поясни, че Управителният съвет се е отказал от първоначалната идея в ръководството на Съюза да влизат по право представителите на асоциациите на различните специалисти - нещо, което не се приемаше от гилдията. Той подчерта,



че промените в Устава са належащи, за да може БЛС да изпълни основните си задължения - продължаващото обучение и създаването на правила за добра медицинска практика. "Без вливането в организацията на научните дружества, ние нямаме необходимия капацитет да извършим сами тези дейности", каза той. Д-р Атанас Атанасов, от Районната колегия в Шумен обаче подчерта, че БЛС не може да приеме текстове, които противоречат на законите на страната. И поиска първо да бъдат извършени законодателните промени, за да се види точно какви са те. Към него се присъединиха и представителите на Велико-търновската и Варненската колегии.

Вторият препъни камък се оказаха организациите, които УС на БЛС предложи да се

вляят в Съюза. Според част от делегатите на този етап никой не може да каже кои от тях са национално представителни. "По този начин се нарушава правото на гражданите да се сдружават свободно", заяви д-р Марияна Кирилова, председател на РЛК - Велико Търново. Д-р Стоян Сопотенски от Столичната колегия пък изрази опасенията си, че Съюзът може да се разцепи. Зам. председателят на БЛС д-р Юлиан Йорданов обясни, че трябва поне научните дружества да влязат в съсловната организация, за да могат да се сформират комисиите от специалисти за продължаващо обучение и за правилата за добра практика. Д-р Кирил Еленски от УС на БЛС предложи да се потърси друга възможност - обединението да стане по Закона за задълженията и договорите, без да се налага отделните организации да са част от Съюза. "В момента причината да няма продължаващо обучение е, че наредба 34, която го уреждаше, вече

не съществува, а ние не правим нищо, за да я върнем", заяви той пред колегите си. На финала д-р Цветан Райчинов оттегли предлаганите от УС на БЛС промени в Устава и дебатите приключиха.

НЕ ГРЕШКИ, А УРОЦИ

Втората част на Събора беше посветена на т. нар. лекарски грешки. Председателят на Етичната комисия проф. Милан Миланов презентира концепцията си, която преди това беше представил и на кръглата маса на 7 април. Делегатите приеха идеята до края на годината да бъде създадена национална система за оповестяване на трудните за диагностика и лечение случаи. За тази цел в болници и диагностични центрове ще бъде създадена длъжността "медицински анализатор" (а не информатор, каквото беше първоначалното предложение), който ще събира данни за грешки и неблагоприятно

лучия при лечението на пациентите. "Идеята е да се създаде такава система, до която достъп да имат всички лекари", каза д-р Райчинов. Той подчерта, че информацията ще се събира и обобщава анонимно както за лечебното заведение, така и за отделния изпълнител. След това в БЛС данните ще се групират, обработват по отделните дисциплини и ще бъдат достъпни 24 часа за всички лекари. "Само идиотът се учи от грешките си, умният се учи и от грешките на другите", подчерта проф. Миланов.

Д-р Райчинов обясни, че повечето болници и в момента имат информационни отдели, които описват случаите на лекарски грешки. Тези клиники, които нямат обаче, ще трябва да ги създадат.

Лекарският събор взе и още едно решение в тази посока - да се създадат експертни лекарски комисии, които да дават становища за образуване на досъдебно и съдебно производство при наличие на проблеми, свързани с лекарски грешки. Тяхната работа ще бъде уточнена в меморандум, който предстои да се подпише с прокуратурата. По време на дискусиите д-р Георги Цигаровски от Пловдив заключи: Няма грешки, има уроци. Точно около това становище се обединиха участниците в Събора и приеха всички предложения, направени от проф. Миланов.

Повече за Събора на стр. 5 и 6

ЕДНО КЪМ ЕДНО

Мотиви за изменение и допълнение в Устава на БЛС

Промените в Устава на БЛС са инициирани от УС с цел стабилизиране на отвоюваните позиции на съсловната организация и налагането ѝ като равноправен и равностоен партньор на НЗОК, МЗ и правителството. Петдесет и вторият Извънреден събор има историческата задача да консолидира лекарското съсловие, като внедри добрите европейски практики за окрупняване на съществуващите лекарски организации. По примера на UEMS, УС на БЛС чрез предлаганите промени в

Устава цели превръщането на БЛС в лекарска камара.

Привличането на медицинските дружества и асоциациите на лекарите ще обогати организационната дейност и ще излъчи специалисти, чрез които БЛС ще изпълни правомощията си по Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина.

Задължение на съсловната организация е изработване на правилата за добра медицинска практика, организирани на продължаващо

то медицинско обучение, както и спазването на професионалните и етичните норми в отношенията между лекарите и между лекари и пациенти.

Участието на различните медицински дружества и асоциации ще осигури на БЛС постоянен екип от експерти на високо ниво при договарянето на НРД и за изготвянето на проектановища при промяна на законови и подзаконовни нормативни актове. С промяната в Устава, БЛС ще запази и стабилизира договорния

процес и ще избегне администриране в здравеопазването.

Промените в Устава на БЛС са наложителни по две основни направления:

1. Организационно-технически причини:

- изравняване на мандатите на ръководните и районните органи за управление на БЛС;
- въвеждане на не повече от два последователни мандата на една и съща длъжност на централно и регионално ниво;
- председателите на

регионалните колегии на БЛС да отговарят като материално отговорни лица (МОЛ) за събирането и превеждането на членския внос, както и за стопанисването на имуществото на колегията.

2. Общественостно-политически причини.

- създаване на реално действаща Комисия по правилата за добра медицинска практика и Комисия за продължаващо медицинско обучение;
- въвеждане на критерии за национално

представени организации на лекарите - подструктури на БЛС;

- институционализиране на Експертни лекарски комисии като част от досъдебното (предварително) наказателно преследване, съвместно с Върховна касационна прокуратура и ИА "Медицински одит".
- участие на БЛС като лекарска камара в европейски и световни здравни организации;
- допускане на национално представените подструктури като колективни членове в БЛС.

Диагностично-свързаните групи се отдалечават във времето

Здравният министър обяви преходен период от една година, следва продължение

В края на миналата година правителството на Бойко Борисов одобри решението на здравния министър д-р Стефан Константинов за въвеждане на диагностично-свързаните групи като нов метод за финансиране на болниците. Според проекта те трябва да заменят клиничните пътеки от 2012 година. За целта в бюджета на здравната каса бяха отпуснати допълнителни 3 млн. лв., които според първоначалните разчети са достатъчни за купуването на ноу-хау, софтуер и за обучението на нашите кадри по новата методика. Ръководството на Касата обаче се заинати, че няма да отпусне пари за тази цел и с това предизвика гнева на министъра. След публичния скандал, избухнал между двете институции, нещата уж се оправиха, но и до този момент все още нищо не е направено. Не е стартирала процедурата по купуването на австралийския модел на модерната система, а само за това са необходими поне два месеца. Още девет трябва за адаптацията ѝ - превод, оценка, използваемост на групирите, печат на класификационна система, публикуване на стандарти за кодиране. За обучител-

ната програма за кодирането и болничния мениджмънт пък са необходими още шест месеца. Почти толкова време е нужно и за извършване на симулациите. Необходими са и законодателни промени, а като се има предвид с каква скорост действат в парламента, нещата се затягат още повече. Точно затова съвсем закономерно дойде и отлагането във времето на ДСГ. През април здравният министър обяви, че догодина ще има преходен период, през който болниците ще работят с делегирани (или прогнозни) бюджети и няма да отчетат дейността си по клинични пътеки. Идеята е само в някои клиници да се въведат, като пилотен проект, диагностично-свързаните групи, но поне засега не е ясно и това как ще стане. Действително, за да се премине изцяло към ДСГ са необходими няколко години, но все пак трябва да се започне от някъде. На този етап признаци за подобно нещо не се забелязват.

Що е то ДСГ?

Диагностично - свързаните групи са система за класифициране на пациентите въз основа на сходни клинични характеристики и разходи за лечение. Има различни модели на ДСГ и съответно различни групери, обяснява за zdrave.net Яко Пилософ, шеф на IT-компания. За да може груперът да обра-

ботва информацията, тя трябва да постъпва в кодиран вид. За целта е необходимо във всяка болница да има болнична информационна система, която на изхода си да генерира



справка за всеки пациент по определени критерии - такива, каквито иска груперът. Кодовете пък трябва да бъдат синхронизирани в национална система. ДСГ оценяват на първо място тежестите - коя дейност е по-ресурсоемка, като се включват и медицинските консумативи и изделия, времето, амортизация на апаратите, труда на лекаря, медицинските сестри и т.н. Всичкият този ресурс трябва да се оцени, за да може да се стигне до точното финансиране. Системата обаче е доста сложна, затова е необходима предварителна подготовка.

Какво всъщност ще се промени?

За лекарите въвеждането на диагностично-свързаните групи означава, че прословутите клинични пътеки ще

срещу захарната болест.

Експертите се надяват, че диагностично-свързаните групи ще ликвидират нуждата от два-три и повече престога в болница. Защото всички терапии ще се правят накуп и ще се заплащат. Освен това се приема, че при ДСГ, колкото човек е по-възрастен и болен, толкова по-желан пациент ще е, защото всеки разход по лечението ще се покрива.

Панацея или поредното разочарование?

Смята се, че ДСГ са най-добрият метод за финансиране на болниците, тъй като позволяват средствата да се разпределят по-справедливо. Колкото по-тежки случаи ще лекува повече пари ще получава. Освен това се повишава контрола в лечебните заведения. Въпреки, че повечето експерти ги одобряват, има и песимисти. Основната причина за недоверието е недостатъчното финансиране на здравната система у нас. По време на форум в столицата за въвеждането на електронното здравеопазване ясно беше заявено, че ДСГ не са панацея и едва ли ще решат всички проблеми в здравния сектор. Основното за успеха е постигането на консенсус за извършването на цялостни реформи в здравеопазването, а такъв поне засега няма.

СПРАВКА

Професор от Йейл разработва методиката

Системата на диагностично-свързаните групи (ДСГ) е разработена от екипа на проф. Робърт Фетел от Йейлския университет в САЩ в края на 60-те години на миналия век. Това се случва, когато в Америка се наблюдава бурно развитие на болничния сектор и в един момент се оказва, че няма достатъчно финансови ресурси и държавната агенция "Медикейър" спира да плаща. Тогава възниква идеята за разработването на нова система. За първи път тя се прилага в щата Ню Йорк. Активно навлиза в здравните системи по света през 80-те години на миналия век.

Първата държава в Европа, която приема модела, е Португалия. Днес диагностично-свързаните групи са изключително развити в Скандинавските страни, Франция, Великобритания, Италия, Дания, Испания, Германия.

Първият пилотен проект у нас е от средата на 90-те

Проф. Робърт Фетел, създателят на диагностично-свързаните групи (ДСГ), е бил в България още през 1993 г. по времето на кабинета на Любен Беров. Тогава са били направени първите опознавателни проучвания на новата система.

Основните групи при тази методика са около 300. Съществуват обаче още 700, с които се обхващат усложненията и придружаващите заболявания. В някои държави техният брой стига 2000. И тогава са идвали консултанти от различни страни. Постепенно е създадена организация, събрана е цялата информация по кодирането, тръгва се и към остойностяване, разработен е софтуер. Работата обаче приключва по политически причини и липса на средства през 2001 година.

Вторият проект започва през 2001 г. и продължава до 2004 г. Финансиран е от Световната банка. В него са включени 40 болници, които обхващали почти цялата патология. Обучени са кодиращите, събрани са данни за около 35% от преминалите през болниците в страната. Накрая този проект също приключва без последици. Сега не е ясно дали нещата ще започнат от начало или ще се използва направеното.

КОМЕНТАРИ

Доц. д-р Бойко КОРУКОВ, директор на университетската болница "Царица Йоанна":

Новата система е по-хуманна

Като принцип системата на диагностично-свързаните групи е много по-добра от тази на клиничните пътеки. Тя е по-задълбочена, по-всеобхватна и по-хуманна, защото лекува пациента, а не определено заболяване. Но тя е много по-скъпа. И лекари, и пациенти биха я предпочели. А и по нея работят напредналите страни по света.

Ние също бихме я желали, въпросът е дали искането се покрива с възможностите. Има ли такава нагласа сред политическите сили, в обществото и сред пациентите? И готови ли са управляващите да отделят по-голям финансов ресурс от настоящия? Ако е така, добре е да стартираме от Нова година.

Пациентът трябва да се интересува как го лекуват, защото само така ще получи европейски грижи. Но не можеш да искаш европейско здравеопазване, ако производителността на труда ти е африканска... Много важно е отношението на пациентите, обществото и политическите сили по проблема. Защото сега сме в криза, но и когато не бяхме в тежко положение, пак някои реформи не се случиха.



Проф. д-р Генчо НАЧЕВ, директор на университетската болница "Св. Екатерина":

Да има реално остойностяване, иначе - не!

Скептичен съм по отношение на въвеждането на диагностично-свързаните групи, защото, след като се направят реални изчисления, разходът за болниците трябва да се повиши поне с 35-40%. В Германия се случило точно така - там методиката заложи повишение от 35%. А при нас то ще е много по-голямо, защото системата е недофинансирана.

ДСГ са отличен финансов инструмент за болничното здравеопазване. Разбира се, че за лечебните заведения ще е по-добре да има количествена оценка в зависимост от случая. Но да се въведе реално остой-

ностяване, иначе да не се прави! В противен случай ще стане като с клиничните пътеки - пак ще има ходене по финансови мъки. ДСГ трябваше да се въведат още през 2005 г., но до забавяне се стигна по финансови причини. За започване на работа с тях е много важно и да се обучат кодиращите (на диагнозите). На времето със заем от Световната банка подготвихме такива кадри. Защото, ако не се направят коректна кодировка, ще се стигне до изкривяване на данните.



/пред в. Труд/

52-ри извънреден събор

ВЪПРОС-ОТГОВОР

Д-р Георги Ставракев, зам. председател на БЛС към министъра:



Имате ли намерение за прмяна на финансирането? Защо мислите, че планираното ще бъде изпълнено от вас или от другите след вас?

Всичко това, което тук обяснихте като намерения, на пръв поглед изглежда логично и, бих казал, дава само розови краски. Не ми стана ясно какво имате предвид под "пилотен проект". Имате ли предвид, че такъв вече отдавна е правен и то многократно? Имате ли данни от тези пилотни проекти, които са правени отдавна? Знаете ли какви са становищата по тях и решенията след като са анализирани? Защо не е продължено т.нар. въвеждане на ДСГ (диагностично-свързаните групи) още от 2004 година... Ще Ви кажа следното, за да ви улесня.

Това се дължи на една много проста причина. Анализите са показали, че ако наистина започнем да лекуваме по правилата на добрата медицинска практика, а не съобразявайки се преди всичко с някаква финансова целесъобразност в рамките на някакви бюджети

(което се налага да прави извънболничната помощ от 2005 година, а в болничната - от 2009 година), парите, които трябва да заделя обществото в България, ще са два пъти повече. Не чух от Вас никакви намерения по отношение на ваши действия в качеството Ви на министър спрямо финансовото министерство и спрямо Министерския съвет, за да промените макрорамката. И този нон сенс от финансова гледна точка да се промени. Ако си мислите, че само по себе си въвеждането на диагностично-свързаните групи при сега съществуващата макрорамка и финансиране на цялата ни здравна система ще извади всички несъответствия в медицинската статистика, кои-

то правят отчетността много далеч от реалната заболяемост в страната, определено мога да Ви кажа, че това, за съжаление, няма да се случи.

Вторият ми въпрос е следният. Защо си мислите, че след 2012 година това, за което казахте, че ще изисква много време, то ще продължи да се случва така, както и сега си го представяте. Ние се убедихме, че една реформа стратегически беше започната..., много бързо беше прекратена. Защо мислите, че това, което сега планирате в стратегически план като краткосрочни, средносрочни и дългосрочни цели, ще бъде довършено и изпълнено от Вас лично и от Вашия екип или от тези, които ще дойдат след Вас?

Министър Стефан Константинов:



Ако за ДСГ ни трябва още пари, БЛС не трябва да се страхува! Търся консенсус за здравеопазването!

Ще започна с отговор на втория въпрос: защо си мислим, че ако нещо започнем, то ще се продължи? Каква е алтернативата? Да кажем ли, че нищо няма да започне, защото няма да стане? Това не означава, че хората не бива да правят планове и да говорят. Това е бягство всъщност от отговорите. Десет години знаем тези неща. Парите за здравеопазването са малко. Когато се каже "конкретен план за действие", всичко спира до тук. БЛС ли ще бъде организацията, която ще се плаши, ако по системата на ДСГ ни трябва още пари? Защо тогава не застанете и не подкрепите Министерството на здравеопазването? Мисля, че БЛС трябва да бъде последната организация, която трябва да се страхува... Защо пилотните проекти са спирани? Поради абсолютно политически цели. Те са започвали, стигали са до някакво ниво, идва ново правителство и ги сменя. Това е голям проблем. Това е нещо, което се опитвах и в Народно събрание да направя. Исках да се срещна с всички парламентарни групи, за да намерим консенсус за развитието на здравеопазването. Промените в този сектор са такива, че те не могат да станат за четири години. Дори ако станат за четири години, обикновено резултатите се виждат през следващите четири години. Трябва да се търси. Доколко нашето общество е узряло за такъв тип мислене, както например са го правили унгарците, когато са правили техни реформи, раз-

лични политически партии са се обединявали около една система - това е друг въпрос. Лично аз не се притеснявам да отида при СДС, при "Синята коалиция", да отида при ДСБ, да отида при "Атака", БСП, при ДПС и да говорим по тези неща. Успяхме на практика да направим разговори с "Атака", с ДПС, със "Синята коалиция" - частично. БСП тотално отказа да говорим на тази тема. Това вече е проблем на българското общество. Това е единственият начин, който може да гарантира устойчивост. Трябва да има общо мнение в обществото за това, което трябва да стане. Затова мнението на БЛС го намирам за изключително важно...

Не ме притеснява, ако се окаже, че трябва допълнителен ресурс. Тук е д-р Игнатов - експрезидент на Българския лекарски съюз. Д-р Игнатов, "вчера" с колко започнахте? С 1,6 милиарда лева. Сега са 3,1 милиарда лева.

ГЛАСОВЕ ОТ ЗАЛАТА: А имате ли предвид инфлацията?



Опашка за микрофона

МИНИСТЪР СТЕФАН КОНСТАНТИНОВ: Колеги, не съм толкова отнесен от властта. Зная как мога да получа вашите аплодисменти. Зная, че мога да кажа, че са ни нужни 34 на сто от брутния вътрешен продукт. Казвам ви какви са реалностите. Какво може да направи министърът? Министърът може да говори, може да настоява, може да иска от министъра на финансите. Той трябва да може и да се аргументира. Само с това, че отидохме на Събор и приехме декларация, с която сигурно ще завърши Съборът /обикновено всеки събор завършва с декларация/, в която да се запише, че трябва да се увеличат средствата, какъв е резултатът в продължение на десет години? Подкрепете ме за конкретни действия, които искам да направя. Колко ще бъде на този пост, това няма абсолютно никакво значение. Ако тръгне системата, тя ще продължава, независимо кой ще бъде министър.



БЛС ще построи самостоятелно Дома на българския лекар

Домът на лекаря ще бъде изграден самостоятелно от Българския лекарски съюз. Това решиха делегатите на 52-рия събор на съсловната организация. Избрана беше комисия от 9 души, която на следващия форум трябва да предложи варианти за финансиране изграждането на сградата. В нея влизат

пона пазарната стойност на парцела в центъра на София, отредена за построяване на Дом на българския лекар. Оценката е изготвена от двама лицензирани оценители като комбинирана обща пазарна стойност. Проектът предвижда да се изгради бизнес сграда на седем етажа. Тя ще има подземни га-

лекаря. Втората възможност беше да се обяви публична процедура за избор на инвеститор за изграждане на обекта, като обезщетението за БЛС е не по-малко от 30% от разгърнатата застроена площ. Предвиждаше се инвеститорът да поеме и размера на дължимия банков кредит на БЛС. Другата

възможност беше недвижимият имот да се продаде по пазарни цени, а с получените средства да се купи готова сграда, която да се пригоди за нуждите на БЛС. Четвъртото предложение беше замяна на имота за готов новостроен обект.



ПЛОЩ НА ПАРЦЕЛА	1 743,53 кв.м.	ОБЩЕСТВЕНО ОБСЛУЖВАНЕ	780 кв.м.
	889,67 кв.м.		АДМИНИСТРАТИВНА ЧАСТ
ЗАСТРОЕНА ПЛОЩ	7458,64 кв.м.	ХОТЕЛСКА ЧАСТ	1990 кв.м.
РЗП		ПОДЗЕМНИ ГАРАЖИ	3144 кв.м.

д-р Атанас Константинов от Варна, д-р Мая Цветанова, д-р Милен Стратиев и д-р Стоян Борисов от София, д-р Тодор Хинов от Габрово, д-р Юрий Петков от Плевен, д-р Кирил Панайотов от Русе, д-р Марияна Кирилова от Велико Търново и д-р Пенчо Делев от Пловдив. На първото си заседание комисията избра д-р Мая Цветанова за председател.

На 1 992 000 евро е оце-

ражи, конферентна зала с 80 места на последния етаж, ресторант, хотелска част и офиси.

През декември 2010 г. УС на БЛС представи за обсъждане 4 възможни решения за изграждане на сградата. Първото беше да се създаде акционерно дружество, в което членовете на БЛС, тоест всички български лекари, да могат да закупват акции и да придобиват собственост в новоизграждащия се Дом на

52-рия извънреден събор на БЛС не взе конкретно решение дали ще се създаде акционерно дружество, в което да участват лекарски колегии или пък лекарите ще имат лични вноски. Според делегатите вторият вариант крие рискове при унаследяване на акциите, те да отидат в ръцете на хора извън професията. Взето е само принципно решение Домът да бъде изграден самостоятелно от БЛС.

Медиците гласуваха минимална такса за преглед

Съборът на БЛС реши да въведе долен праг на цената на лекарския преглед в размер на 10% от минималната работна заплата. Така посещенията в частен кабинет вече не може да е по-евтино от 24 лв. Досега прегледът без направление по здравна каса струваше в някои населени места по 15-20 лева. Проманата лансира д-р Константинов от Варненската колегия, а делегатите на 52-рия събор я приеха единодушно. Евтините прегледи правят не само дъмпинг, но при тях не може и дума да става за добро качество на медицинската услуга, коментира

председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов. Той обясни, че ако доктори смъкват цената под "барьерата", ще бъдат глобени. На въпрос не се ли поставя по този начин ограничение на свободата на лекарите сами да определят цените, д-р Райчинов обясни, че се въвежда само минимален праг, под който не трябва да пада цената на прегледа. Нагоре обаче таксата може да расте неограничено, уточни шефът на Лекарския съюз.

"Лекарите имат право да определят хонорари за труда си, това е съвсем нормално. Цената на здравната каса е твърде

ниска, прегледът започва от 8 лв.", заяви по bTV здравният министър д-р Стефан Константинов. Според него обаче в една пазарна икономика не бива да се определят такива минимални цени, защото те не могат да са еднакви за големия град и малките населени места. "Мисля, че този текст ще увисне във въздуха и ми е много интересно да видя как ще може да се прилага реално", допълни министърът.

Антидъмпинговата такса беше приета по подобие на тези на нотариусите и адвокатите. Новото правило обаче не се хареса на пациентските организации. Те се обявиха твърдо срещу въвеждането на бариера за преглед на частно.

ПРОЗРАЧНОСТ

БЛС настоява пред парламентарната здравна комисия:

СПРАВЕДЛИВА МЕТОДИКА ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ОНКОЛЕЧЕБНИЦИТЕ!



Във връзка с разглеждане в парламентарната комисия по здравеопазване на проблемите, свързани с финансирането на специализираните лечебни заведения по онкология, БЛС изпрати до председателя на комисията г-жа Десислава Атанасова

писмо. В него се излага принципното становище на съсловната организация по въпроса. Заявява се готовност за участие в разработването на оптимална и справедлива методика на финансиране. Поместваме пълния текст на писмото на БЛС.

БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ
 Бъл. Акад. Иван Гешев 15, 1431 София
 Tel.: +359 2 954 11 69, +359 2 954 11 26, +359 2 954 11 81, Fax: +359 2 954 11 86, e-mail: ublr@imgency.com



BULGARIAN MEDICAL ASSOCIATION
 15, Akademik Ivan Geshov Blvd., 1431 Sofia, Bulgaria.

БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ
 15.04.2011 г.

ДО
 Г-ЖА ДЕСИСЛАВА АТАНАСОВА
 ПРЕДСЕДАТЕЛ НА ПК ПО
 ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

ОТНОСНО: Т. 2 от дневния ред на заседанието на комисията на 07.04.2011 г. - Обсъждане на проблемите, свързани с финансирането на специализираните лечебни заведения по онкология

Уважаема г-жо Председател,

Във връзка с предстоящо разглеждане в Комисия по здравеопазване на проблемите, свързани с финансирането на специализираните лечебни заведения по онкология, нашето най-общо принципино становище е следното:

1. Специализираните лечебни заведения по онкология по закон продължават да извършват същата дейност, каквато са извършвали преди преобразуването им като от диспансери в КОЦ или СБАЛО. Тези дейности са вписани и в разрешителните им за дейност /диагностика, лечение, проследяване, диспансеризация, палиативни грижи, профилактика и долекуване/. Поради това, следва да получат освен средства по клиничните пътеки за извършена дейност, финансиране от МЗ поне в размер на средствата, получени през 2010 г. от МЗ и общините.

2. С методиката, представена от МЗ, могат да се усвоят от 20 до 30 процента от тези предвидени средства, което обрича бившите онкодиспансери и онкоболници на мизерия и агония, защото:

- пациентите подлежащи на диспансерно проследяване са само около 15% от всички преминали през кабинетите на диагностично-консултативните блокове;

- в методиката на МЗ не са включени и не са остойностени профилактичните, консултативните, първичните, диагностичните /мамография, КАТ, скитиграфия, биопсии и цитологични изследвания/, кардиологичните и др. прегледи, амбулаторна химиотерапия, палиативно лечение, хоспитализацията на провеждащите лъчетерапия извън СБАЛОЗ, както и някои нозологични онкологични единици;

- сумата от 80.00 лв. за диспансерно наблюдение на преминал пациент е крайно недостатъчна с оглед направените разходи.

3. Наложителна е промяна в методиката, гарантирана пълноценното функциониране и финансиране на дейността в интерес на пациентите, гарантираща поне миналогодешните средства за финансиране, за което МЗ твърди, че има средства. Това може да стане с промяна в методиката по един или комбинация от следните възможни варианти:

3.1. Сумата за диспансерно наблюдение на преминал пациент да се увеличи от 80 лв. няколко пъти до около 300 лв.

3.2. Да се включи в методиката финансиране на нерегламентирани сега прегледи, посочени в т. 2;

3.3. Да се премине на финансиране не на диспансерен преглед, а на база брой диспансеризирани лица в раковите регистри по диагнози /диспансерен случай/.

3.4. Да се премине отчасти финансиране на база глобален бюджет.

3. Да се включи финансиране на преминали болни в стационара общо или само на непокритите от клинични пътеки преминали болни.

БЛС е готов да участва в разработването на оптимална и справедлива методика на финансиране.

С уважение:

Д-р Цветан Райчинов
 Председател на УС на БЛС



ПРЕСКОНФЕРЕНЦИЯТА



Веднага след закриването на 52-рия извънреден събор на Българския лекарски съюз, на 17 април в Равда се проведе пресконференция. Ръководството на съсловната организация запозна медиите с работата и решенията на форума. Журналистите проявиха най-голям интерес към промените в етичния кодекс на лекарите и особено към новата фигура на "лекарския анализатор". Публикуваме отговорите по тази тема.

За първи път след избирането му за почетен председател на БЛС в пресконференцията участва и д-р Димитър Игнатов, който бе лидер на Лекарския съюз в първите години на прехода към демокрацията - напомниме, че той е вторият по ред председател на БЛС след възстановяването на съсловната организация.

ЛЕКАРСКИТЕ АНАЛИЗАТОРИ ЩЕ СЪБИРАТ ИНФОРМАЦИЯТА АНОНИМНО

Д-р Цветан Райчинов, председател на Българския лекарски съюз

На извънредния Събор на БЛС решихме, че в болниците трябва да бъде въведена длъжността "лекарски анализатор", а не "лекарски информатор", както беше първоначалната идея. Това, което обсъдихме като вариант и, общо взето, беше прието, е, че този човек ще бъде медицинско лице към информационния отдел на лечебните заведения. Той ще обобщава всякакви неблагоприятни случаи, допуснати в практиката. Тези обобщени събрани материали от лечебните заведения ще бъдат изпращани към централата на Съюза, за да бъде изработена национална анализаторска система за неблагоприятия, която да бъде достъпна за

лекарите 24 часа. Така те ще могат да знаят кога какви грешки са допуснати при диагностика и лечение и ще ги избягват. Целта е те да не се повтарят. Дали е допусната грешка, ще бъде заключение на съответните лекари, а анализаторите ще получават информацията анонимно, без имената на пациентите и на лекарите. Лекарските анализатори само ще обобщават съответния казус и ще го групират към дадената специалност. Пак казвам, че това ще става анонимно, за да нямат притеснения самите лекари, че може да се злоупотребя с такава информация. Този човек няма да е "агент" или упълномощено лице, което да души във

врата на лекаря и да използва информацията злонамерено. Това е нещо, което ще е в полза на лекаря. Проф. Миланов обясни, че моделът е същия, както при авиацията - всеки инцидент се оповестява и става достъпен за всички авиокомпани и производители, за да се гарантира безопасността на пътниците. Това е и нашата идея - да се ползва опитът на другите, а не човек да се учи от собствените си грешки и те да се повтарят. По отношение на коментарите на министър Стефан Константинов, че това ще бъдат "агенти" в болниците, искам да кажа, че той не беше на кръглата маса, както и на останалите обсъждания на Събора, така че просто не е информиран за нашите намерения. Не е много удачно да коментира нещо, което не познава като материя. Докато обсъждахме идеята с другите лекари, не чухме особени възражения. Покоско беше изтъкнато, че и сега съществуват такива информационни звена - вътре в самите заведения тези данни се обработват и е хубаво да станат достъпни за всички лекари. Ще ни трябва съдействие на министерството, за да реализираме тези идеи, защото повечето от болниците са държавни. Надяваме се скоро да се проведе и такъв разговор.

Намерението ни се преекспонира

Д-р Юлиан Йорданов, зам.-председател на Българския лекарски съюз

Намерението, което имаме, да се създаде длъжността "лекарски анализатор" в болниците, някак си се преекспонира. Всъщност тази длъжност, която ще бъде изпълнявана от отделен човек, ще е свързана с анализиране на проблемите, които са възникнали по време на лечението на пациентите. Това ще даде възможност да се получи информация как те са били решени, за да може в бъдеще грешките да бъдат избягнати. Така че не виждам нищо

страшно, макар че идеята се прие на нож. Може би заради това, че не беше дотам разбрана. Още по-вече, че ние не откриваме нещо, а това съществува и в други държави. Въпросът е действително да се събере информация за проблемите и лечението на определени заболявания, без, разбира се, да се посочва лечебното заведение или лекарят, който е имал тези проблеми. Лекарският съюз, получавайки тази информация, ще я публикува и на сай-

та, и всеки колега, който има проблем, ще може да си направи справка и оттам нататък да не се повтарят грешките. От тази гледна точка това ще бъде добро както за самите колеги, така и за пациентите. Ще се подпомогне намаляването и избягването на проблемите при лечение на дадено заболяване. Първоначално човек си мисли, че става дума за някакъв агент, даже по медиите се говореше за ДАНС, а това не е така.

В медицината трябва да се учи всеки Божи ден

Д-р Димитър Игнатов, почетен председател на БЛС

Труден период за лекарската гилдия. Не само заради икономическата криза, а и заради промяната в начина на финансиране, неуредените отношения между министрите на здравеопазването, на финансите и здравната каса и т. н. На всичкото отгоре и тези проблеми от морално-етичен характер, които касаят така наречената лекарска грешка, заради които в момента обществото леко е настроено срещу собствените си лекари. Лекарската грешка трябва да се разглежда от няколко страни. Ние искаме нашите лекари да докажат своята квалификация, ако я имат. Ако я нямат, отиват да се квалифицират. Това е пътът. И другата страна - когато става въпрос за липса на морал и етика, то те са толкова, колкото и в обществото. Не може моралът на лекаря да бъде много по-висок от обществения. И тук взаимно няма как да се упрекваме.

Много е важно това, което казват колегите - да се учим от грешките. Има много други форми, освен предложената тук от проф. Миланов. Има възможности това да става в самите лечебни заведения - лекарските консултативни комисии, патолого-анатомичните срещи, които са занемарени в последно време или са преустановени напълно.

Ако ние в момента сме се вгълбили единствено в правенето на пари и сме забравили тези форми на обучение, то резултатите няма да бъдат добри. Затова обръщаме сериозно внимание точно на това продължително обучение, което в целия свят се прави в медицината. Има базови знания, които научаваме като азбуката, но всичко друго трябва да се учи всеки Божи ден. Тогава претенцията за пари става логична. Иначе звучи синдикално, по работнически: дайте ни пари, защото животът е скъп и трябва да ни увеличите заплатата. В медицината не може да има такъв повик. Високото качество дава право да поискаш по-високо заплащане.

Проф. д-р Тодор Кантарджиев, председател на Българската асоциация на микробиолозите:

ЕДНА ОТ НАЙ-ГОЛЕМИТЕ ЗАПЛАХИ ЗА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ Е МИКРОБНАТА РЕЗИСТЕНТНОСТ КЪМ АНТИБИОТИЦИТЕ

- Проф. Кантарджиев, тази година СЗО посвети 7 април - Деня на здравето, на внимателната употреба на антибиотиците. Защо е необходимо това предупреждение?

- Антибиотиците са уникални лекарства. Те са преобразували цялата медицина. В момента човечеството наближава 7 милиарда поради две основни медицински причини - антибиотиците и ваксините. Иначе тази численост нямаше да бъде достигната, въпреки развитието на науката и социалните отношения. Антибиотиците са уникални лекарства по няколко причини. Първо, защото са препарати, при които няма съмнение, че действат. И второ, че това са единствените лекарства, които оказват траен екологичен ефект. Какво имам предвид? Когато се употребяват антибиотици за лечение или профилактика, те не само унищожават и се борят с опасните и болестотворните микроби. Антибиотиците, приети от пациента, въздействат на неговата нормална бактериална флора, която съдържа няколко килограма бактерии. Броят на бактериите в нашия организъм е 10 пъти повече, отколкото собствените ни клетки. Всички тези бактерии, когато се лекуваме с антибиотици, търпят промени и накрая остават само нечувствителните към антибиотици. С една дума, селектирала се е при тях резистентност и антибиотикът не може да им въздейства. Голяма част от тези бактерии в тялото ни не са болестотворни, но те лесно могат да предадат механизмите на резистентност на други, по-опасни микроби. Именно тук е проблемът с употребата на антибиотици. След широката им употреба в средата на 40-те години, след 1943-та година, когато влиза в употреба пеницилинът, още първите месеци са открити микроби, които са нечувствителни към него. Именно това е един от големите проблеми на съвременната медицина. Голяма част от микробите, които причиняват заболявания в болниците, т. нар. вътреболнични инфекции, и са причина за най-големия процент от смъртността в цивилизованите държави, често пъти стават резистентни на антибиотици. Периодично през годините се появяват различни механизми на резистентност, което зависи най-вече от селективния натиск и свръхупотребата в някои болнични заведения или в някои държави в различни части на света. Последните години това, което стана заплаха за здравето на европейца, е възникналата особена резистентност, която се предава в грам-отрицателни микроби и много често причинява инфекции на тежкоболни пациенти. Този механизъм на резистентност, наречен Ню Делхи, е открит преди две години в Средния Изток при пациенти, лекувани в болници. Той вече е засечен и в европейски болници. Така микробите стават нечувствителни към антибиотиците от групата на пеницилините, на цефалоспорините и от групата

на карбапенемите, което беше последния защитен рубеж на лекарите срещу тежки причинители на вътреболнични инфекции. Това разбира се стресна медицинската общност и вече се вземат много мерки, главно в болниците, при поява на такава резистентност тя да бъде ограничена.

- Има ли опасност да минем в ерата преди антибиотиците?

- Това е много артистично казано, защото тази версия е обратна на една друга версия, която беше ланси-

така че интересът към антибиотиците намалява съвсем основателно. Това доведе и до някои добри резултати, а именно, че по резистентност извън болниците сме на едно средно европейско ниво, както и на едно средно европейско ниво по употреба на антибиотици на глава от населението. **Второ:** За съжаление резистентността в болниците, която бяхме успели да стационарираме, дори да намалим от 2004 г. насам

приемат антибиотик от първия до последния ден на престоя си в клиниката. Това е презастраховане с цел предпазване от инфекциозни усложнения, причинявани от някои предотвратими хигиенни неудачи в болницата. Проблемът е, че след това пациентът си отива в къщи и развива клиниката на вътреболничната инфекция у дома. Когато изнасям лекции на общопрактикуващи лекари и специалисти от доболничната помощ, питам аудиторията, някой от лекарите дали е виждал мъж, изписан от урологично отделение на наша болница, без вътреболнична инфекция. Няма такива случаи.

- Необходимо ли е допълнително обучение на лекарите за предотвратяване на вътреболничните инфекции?

- Моето мнение е, че най-големият проблем в момента на българската медицина не са "пътечките" и възприемането или не на диагностично-свързаните групи. Най-големият проблем са инфекциите, защото там е най-слабо обучението на лекарите. И по време на следването и като концепция на обучение, и като продължаваша квалификация, и като специализация. Колко са лекциите, които слушат бъдещите педиатри за етиологичната диагностика и лечение на пневмонията с антибиотици? Колко са лекциите, които слушат за антибиотиците? Колко са лекциите, които слушат пулмолозите и интернистите по проблемите на най-честите инфекции, които са ежедневна практика? Въобще някой запознава ли ги с данните на доказателствената медицина, за резистентността в нашата страна и за разпространените механизми на резистентност. Винаги ли тези неща лекарите трябва да ги научават в съда?! Подготвил съм си един пример за презентацията на Конгреса на микробиолозите, който е в края на този април в Пловдив. Става въпрос за клиничен случай - болен лежащ в университетска клиника, който е лекуван едновременно с 8 антибиотика. Голяма част от тях са взаимноизключващи се. Пет от тях са от стратегическия резерв на болницата и не трябва да се отпускат без подпис на микробиолог (поне такива са наредбите на МЗ). Това са нашите болници! Иначе закон има, наредба има, правила има. Всяка болница има комисии и комисийки, прекрасна документация, която се проверява, акредитира, но ето това е истината. В България нарочно беше направено така, че да се ликвидира контролът на качеството в медицината. Първата стъпка беше ликвидирането на Медицинска академия и второ - ликвидирането на специалности, които са свързани с контрол на качеството. Няма патологични и всеки може да лекува, както си иска. Без хистолози, каква онкология ще правиш в една държава, какви програми, какви средства ще отпуснеш!?. Същото е и в микробиологията. Докато микробиологът не е решаващ фактор

в болницата за лечението на инфекциите, докато не каже кои антибиотици да се дават, ще се предписват по 8 антибиотика едновременно.

- Как трябва да се промени обучението на лекарите, за да не се допуска подобно нещо?

- Всеки лекар изписва антибиотици в ежедневната си практика. Лекарят трябва да ги знае, а те не са много - у нас са регистрирани около 65. На държавния изпит студентите трябва да бъдат изпитвани задължително и за антибиотиците и тяхната клинична употреба. Когато се говори за антибиотичната терапия, когато се правят национални консенсуси, трябва да се стъпва на данните от националния надзор. Да се знае каква е резистентността в България, да се знае какви са микробите, които причиняват инфекциите тук. Те са по-различни от микробите, които причиняват инфекциите във Великобритания или Гърция. Именно затова трябва да се знаят всички данни, за да могат да се правят насоките за лечение. Когато докладваш данни в Центъра за контрол на заболяванията в Стокхолм, не те питат дали имаш национални консенсуси за лечение, питат те имате ли консенсус на базата на доказателствената медицина, (в смисъл да се направят 1-2 млн. изследвания и да се знае резистентността и кои са най-честите микроби, които причиняват инфекциите).

- Има ли опасност да се мине в другата крайност. Във Великобритания например общопрактикуващите лекари почти не изписват антибиотици на деца?

- Във Великобритания има национална програма, преди десетина години, финансирана от държавата, за намаляване употребата на антибиотици при домашно лечение на пневмонии. И наистина британците намалиха с 30% употребата на антибиотици. Само че, нещо, което не споменават е, че с 50% увеличиха смъртността от пневмонии придобити в обществото и лекувани в домашни условия.

- Според вас ще се подобри ли продължаващото обучение, ако Лекарският съюз стане Камара на лекарите?

- България не може без камара на лекарите. Какво прави камарата? Отговаря за качеството, както във Великобритания и Германия. Лекарската камара в Германия си има институт по качеството, който прави истински алгоритми за лечение. Лекарската камара веднага би реагирала при споменатия пример, при едно такова изписване едновременно на 8 антибиотика, ще се попита какви са основанията за това. Ще поиска обяснение. Защото съществува ли качеството, облагодетелстваме една малка част от лекарите и то не най-добрите. Много хора спорят с мен, но забогатял лекар от това, че е голям специалист, не познавам в България. Всички са ми приятели и на никого не завиждам, но медицината и бизнеса малко се разграничават. Аз съм немски възпитаник и не обичам английската дума "бизнес". Употребявам немското "гешефт". Така че - във "гешефта" от медицината.



Проф. д-р Тодор Кантарджиев е завършил Медицинска академия, София. Има няколко специалности - микробиология, имунология, епидемиология на инфекциозните болести, здравен мениджмънт. През 1991 г. става доктор по медицина, а през 2008 г. - доктор на медицинските науки. От 2009 г. е професор. Има множество научни разработки в областта на опасните инфекции, микробната лекарствена резистентност и други. Работил е във ВМА и Националния център по заразни и паразитни болести, на който е зам. директор от 2010 г. От 1995 г. до сега е национален консултант по микробиология. Специализирал е в Германия и Великобритания. Председател е на Българската асоциация на микробиолозите. Член е на Управителния съвет на Европейската конфедерация по медицинска микология. Ръководител на множество проекти в областта на микробиологията.

рана преди 35 години. Тогава "дълбоко замислени" хора, горе-долу същите, които сега говорят за "предболничната ера", твърдяха, че до 2000-та година вече няма да има инфекции, ще бъдат ликвидирани инфекциозните болести и микробиолозите ще останем без работа. Оказа се точно обратното - сега не само се появяват нови механизми на резистентност, но дори така заплашват здравето и живота, че трябва да се вземат постоянни мерки. Не случайно дори на политическо ниво се говори, че една от най-големите заплахи за здравето на гражданите на Европейския съюз е микробната резистентност.

- България къде се намира в класацията за резистентност на антибиотиците?

- България се намира на ня-

колко места в класацията. **Първо:** По отношение на резистентността на микробите, причиняващи масови инфекции в обществото - пневмонии, инфекции на зъбите и венците, на синусите, полово предаваните инфекции, уроинфекциите България е на едно средно ниво на резистентност. Можем да кажем, че през последните години, благодарение на усилията на много лекари, главно общопрактикуващи и педиатри, благодарение на мерките, които са взети за прекратяване на самолечуването, резистентността не се увеличава. Другото, което ограничава свръхупотребата на антибиотици е рекламният медиен натиск, който рекламира достатъчно лекарства за смъкване на температура и за симптоматично лечение на вирусни инфекции,

на обучението на медицинските сестри в областта на болничната хигиена и превенцията на вътреболничните инфекции, тръгна отново нагоре след 2009 година. Когато започна финансовата криза, икономистите в българските болници се правеха предимно за сметка на дезинфектанти и ръкавици. Именно от това, което е най-евтино, което не пести никакви средства, но рязко увеличава вътреболничните инфекции. Друг проблем в нашата страна е, че поради времетраенето на клиничните пътечки (няколко дни), голяма част от пациентите се изписват от лечебните заведения с вътреболнична инфекция. Масова практика е да се дава антибиотик по време на целия престой на пациента в болницата - около 62% от пациентите в нашите болници

ПРЕДИ ФОРУМА

РЪКОВОДСТВОТО НА СЪСЛОВНАТА ОРГАНИЗАЦИЯ СЕ СРЕЩНА С ГЛАВНИЯ ПРОКУРОР

Ръководството на БЛС и главният прокурор Борис Велчев се споразумиха за съвместно изготвяне на нов текст в НК, касаещ определяне на понятието "оправдан медицински риск". Съсловната организация и прокуратурата се договориха и предварителните проверки по жалби и сигнали за случаи на подсъдна лекарска небрежност да се извършват от специализиран орган на МЗ - Изпълнителна агенция "Медицински одит". Публикуваме пълния текст на меморандума.

МЕМОРАНДУМ

За съвместна среща на Главния прокурор на РБ и Ръководството на Българския лекарски съюз

Днес 5.4.2011г.в Прокуратура на РБ се проведе среща между Главния прокурор на РБ и Ръководството на лекарския съюз в РБ.

На срещата присъстваха Борис Велчев-главен прокурор,Галина Тонева -зам.главен прокурор,Росен Димов-прокурор ВКП,д-р Цветан Райчинов,председател на БЛС и проф.д-р Милан Миланов-председател на Етичната комисия на БЛС.

Тема на срещата бе участието на ПРБ в кръгла маса организирана от БЛС досежно лекарската небрежност.Обсъдени бяха конкретни действия от страна на БЛС и ПРБ свързани с проверки и разследвания спрямо лекари за престъпления по чл.123 и 134 от НК с цел създаване на нов високо професионален и етичен подход в подобни случаи при намиране на необходимия баланс между интересите на лекарите и пациентите и по създаването на по високо ниво на експертизи в тези случаи.

Страните постигнаха пълно съгласие по отношение на : 1.Съвместна инициатива за изготвяне на нов текст в НК касаещ определяне на понятието оправдан медицински риск,по подобие на съществуващия оправдан стопански риск.

2.Извършване на предварителните проверки по жалби и сигнали касаещи случаи на подсъдна лекарска небрежност от специализирания орган на Министерството на здравеопазването, а именно Изпълнителна агенция „Медицински одит“.

3.Изготвяне на принципи нови списъци на експерти-лекари,предложени от научните дружества на лекарите по специалности съгласувани от Изпълнителната агенция с Лекарския съюз.

4.ПРБ въплъти подкрепя създаването в рамките на БЛС на информационна система за регистриране на лекарски грешки ,като основа на предложения за нови правила с оглед тяхното избягване,като основа на сериозна превантивна дейност срещу подобно поведение.

5.ПРБ представява на от зам.главния прокурор на РБ Галина Тонева ,ще участва със своите предложения и становища в организираната от БЛС кръгла маса на 7.4.2011г.

6.ПРБ изразява пълна подкрепа на идеята на БЛС за законодателна инициатива досежно засилена защита при посегателства върху лекари и друг медицински персонал при изпълнение на служебните им задължения.Препоръчва това да се осъществи чрез промени в текстовете на НК ,като се предвиди засилена наказателна отговорност и защита по подобие на служебните на МВР.

Изготвил меморандума



НА ФОРУМА

Росен Димов, прокурор от ВКП:

ОСЪЖДАМ ЛЕКАРИТЕ НА ВЕЧНА БЛАГОДАРНОСТ!

В бъдеще смятаме да включим агенция "Медицински одит" в единна компютърна система и всяка жалба, която отиде при тях, автоматично ще идва и при нас и обратно. Така всеки гражданин ще може да подава жалби, но те ще вървят по определен канален ред. Приключваме с проверките, възлагани на некомпетентни органи, които нямат понятие от това, което проверяват. Един полицай например има други функции и той не разбира от медицински грешки. От една година съществува специализиран орган и това е агенция "Медицински одит". Тя направи голяма крачка и мога да кажа, че е готова да поеме всяка една жалба, която прокуратурата ще изпрати по повод лекарска грешка. Агенцията разполага и с достатъчно финансови средства за привлича лекари експерти, които ще бъдат предлагани от научните дружества и БЛС. Защото те могат да излъчват най-квалифицираните кадри. Така и вие, като лекари ще имате оценката на вашите колеги, които уважавате. Надявам се, че ще проявите достатъчен обективизъм

при извършването на проверките. Преди това обаче законодателят трябва да реши какво ще става с Лекарския съюз, дали той ще преминава в Лекарска камара, а от друга мерките за защита и наказание при установяване на лекарска грешка, сме свидетели на развихрящ се остракизм от страна на обществото към медицинската дейност, което, ако продължава, неминуемо ще доведе до остракизм и от страна на медицинската общност и тогава какво правим?

Второ - днес благодарение на тази ситуация двете противостоящи си общности ОБЩЕСТВО/МЕДИЦИНСКА ОБЩНОСТ са останали сами една срещу друга. В целия свят между тях стои не ЖУРНАЛИСТА ИЛИ МВР, А ПРАВОТО, т.е. АДВУКАТУРАТА. ДОСЪДЕБНОТО И СЪДЕБНОТО ПРОИЗВОДСТВО. Дали тази ситуация е съзнателно възпроизведена или не? Факт е, че много добре се използва, както от властта, така и от обществото. Едно е да работиш под пресата на ПРАВОТО, друго под пресата на обществото. И ако тази невиджана никъде ситуация не бъде преодолена, нищо добро не очаква цялото ни общество. Днес ние с вас трябва да застанем срещу всички - обществото, медиите, власт и да заявим с цяло гърло - ДА, НИЕ СМЕ ЗА ПРАВОТО, А НЕ ЗА ВЪЛЧЕ-

професия, при която има отговорност за живота. Сега лекарите и ловците имат еднаква база за определяне на тяхната отговорност.

И накрая, понеже вече взех думата, искам да кажа: честит празник на всички лекари. Осъждам лекарите на вечна благодарност! Защото колкото и да сте худени, ние търсим винаги вас. Въпрос на предварителна подготовка, въпрос на инжектиране на средства е колко добри ще бъдат лекарите. Аз съм най-малко човекът, който трябва да дава оценка, но явно Лекарският съюз и държавата трябва да положат повече усилия за специализацията, обучението, техниката и за подобряване условията за работа.

Второто е да включим специални текстове в НК за това. Сега лекарите са поставени наравно с всяка една

Кръгла маса

БАС ПОТЪРСИ РЕШЕНИЕ НА ПРОБЛЕМА С ЛЕКАРСКИТЕ ГРЕШКИ

„Защо ни е път, ако той не води към храма“? С тези думи от филма "Поканение" започна кръглата маса, организирана от Българския лекарски съюз на 7 април - Деня на здравето. Темата на форума беше: "Лекарските грешки - определение, структура, видове, правни разпоредби". На дискусиата присъстваха представители на медицинското съсловие, Върховната касационна прокуратура (ВКП), Министерството на правосъдието, Изпълнителната агенция "Медицински одит", депутати от Комисията по здравеопазване към НС, НЗОК и други.

За съжаление празно останало място на здравния министър Стефан Константинов, който предпостави, заедно с премиера Бойко Борисов, да участва в откриването на нова очна клиника в Александровска болница.

Всъщност датата на кръглата маса за лекарските грешки не беше избрана случайно. "Повиждаме този въпрос на Деня на здравето, защото се назоваме с нашата инициатива проблемът да бъде решен и колегите да могат да работят по-спокойно. Това е един подарък към всички лекари за празника - въпросът за т. нар. грешки да бъде ясно формулиран и да се знае кога един лекар има вина и кога не. Не може непрекъснато всеки, който нещо е недово-



лен, да хвърля вината върху хора, които работят съвестно и качествено", заяви председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов.

Кръглата маса започна с впечатляваща презентация на проф. Милан Миланов, председател на Националната етична комисия на БЛС (публикуваме текста). Той предложи изцяло нова класификация на лекарските и медицинските грешки, която ще залегне в Етичния кодекс. Около търсенето на правилния път за решаването на проблемите премина и дискусиата на форума.

Грешките ще се регистрират и оповестяват

Предложенията на БЛС бяха няколко. Първото е във всяка болница, ДКЦ или друга извън-



болнична структура да има специална длъжност за лекар, който да събира обработва и съхранява информацията за лекарските грешки. За целта се предвижда да се направят промени в Националния рамков договор и директорите да се задължат да назначават такива специалисти. Идеята е лекарските грешки да се включат в национален регистър (без имената на медиците) и след това чрез система за оповестяване всички доктори да се запознават с отделните случаи, за да се поучат от тях и да не допускат подобни инциденти. Освен това ще бъде създаден и класификатор на грешките. Според Мина Попова, експерт в Националната агенция "Медицински одит" у нас винаги се търси кой е виновен, т. е. акцентира се върху поведението на конкретния човек. Така се стига до персонален проблем, който

дотриват по-нататъшни инциденти. "Грешка може да бъде допусната и от най-добрия специалист. За да не се повтори, тя трябва да стане известна на останалите изпълнители на медицинска помощ", каза Попова.

Комисия от експерти ще преценява дали лекарят е за съз

Участниците във форума стигнаха до извода, че е необходимо разследване по жалби за лекарски грешки да започва само след като сигналът първо се провери от изпълнителната агенция "Медицински одит" (ИАМО) и оттам обявят, че има основания за дело. Зам. главният прокурор Галина Тонева информира, че сега сигналите от пострадалите постъпват на няколко места - в прокуратурата, МВР, здравната каса и министерството, а разследва-



нето започва по преценка на прокуратурата или полицията. Те също обаче трябва да направят нещо като медицинска експертиза, а това не е в компетенциите им. Представителите на прокуратурата гласаха категорично, че полицията не могат да разбират от лекарски грешки. Според тях агенция "Медицински одит" е успяла да се увърди за една година от създаването си и е готова да поеме работата по всяка жалба. Предлаганата промяна може да снеси много време и на жалбоподателя, и на институциите, смята прокурор Тонева. БЛС от своя страна предложи да се създаде централна експертна лекарска комисия с 29 членове, колкото са специалностите, в които има голяма потенциална опасност от грешка. Медиците ще бъдат излъчвани от научните дружества в съответните



специалности и ще са признати специалисти, заяви проф. Миланов. Прокурорът Росен Димов обаче препоръча комисията да бъде институционализирана. Докато това се случи, ще работим с агенция "Медицински одит", поясни той.

Предстоят законодателни промени

Представителите на здравната комисия поеха ангажимент да участват активно в подготовката на необходимите законодателни промени. "Виждале, че имаме много депутати от комисията на кръглата маса, което показва, че ще работим активно за решаване на проблемите, заяви шефката на комисията Десислава Атанасова. Според нея е важно да започне обществено обсъждане на законодателните промени. Д. Атанасова обещала, че скоро в парламента ще влезе за обсъж-

дински риск" лекарите ще спрат да се страхуват при поименното на по-голяма отговорност по панелни в критично състояние. Предвижда се новото понятие да влезе в Наказателния кодекс.

Ще се дефинира понятието "оправдан медицински риск"

Зам. главният прокурор Галина Тонева предложи в Наказателния кодекс да се дефинира понятието "оправдан медицински риск", както има "оправдан стопански риск", което има "оправдан медицински риск", което има "оправдан стопански риск". "Това би довело до два положителни ефекта: избягване на ненужно образование на дела за лекарски грешки и на ненужното поставяне в неприятната роля на подсъдним на лекаря", каза Тонева. Според медиците в въвеждането на "оправдан меди-

дане и Законопроект за правата на пациентите. Д-р Хасан Адемов поздравя ръководството на БЛС, че признава съществуването на проблема с лекарските грешки. "За да преодолеем обществено доверие между обществото и лекарите, трябва да преживеем този катарзис и да вървим в една посока. Трябва да седнем на масата заедно и да решим всичко. Ако някой си мисли, че с натиск, със сила може да реши този въпрос, той не е на правилна позиция", каза депутатът от ДПС.

Строго наказан за агресия срещу медиците

От прокуратурата казаха още, че се обмисля въвеждане на по-строги наказания за посегателства върху лекари и медицински сестри на работното им място. Предстои те първа да се уточнят какви точно ще бъдат наказанията и дали те да не бъдат налагани по системата на бързото съдебно производство. Още преди година от БЛС поискана това действие да се инкриминира.

На финала на кръглата маса беше уточнено, че до края на април ще бъде подписан меморандум между Българския лекарски съюз и прокуратурата. Документът ще формулира целите, задачите и обединените усилия на двете институции за решаването на проблемите с лекарските грешки.

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

Проф. д-р Милан Миланов, председател на Комисията по професионална етика

ДА ОТВОРИМ ИЛИ НЕ КУТИЯТА НА ПАНДОРА?

Ще започна с две встъпителни обобщавания, свободни умозаключения и от тук нататък ще се придържам само към научния подход при последващото обсъждане:

- Първо - вгледайки се в обстановката днес с голямо учудване установих, че въпреки наличието на цялостна законова и подзаконова област: Закон за здравето, Закон за лечебните заведения, осигурителен закон, Закон за съсловните организации, Граждански процесуален и Наказателен кодекс, гаранции, от една страна ясният при определяне, а от друга мерките за защита и наказание при установяване на лекарска грешка, сме свидетели на развихрящ се остракизм от страна на обществото към медицинската дейност, което, ако продължава, неминуемо ще доведе до остракизм и от страна на медицинската общност и тогава какво правим?

Второ - днес благодарение на тази ситуация двете противостоящи си общности ОБЩЕСТВО/МЕДИЦИНСКА ОБЩНОСТ са останали сами една срещу друга. В целия свят между тях стои не ЖУРНАЛИСТА ИЛИ МВР, А ПРАВОТО, т.е. АДВУКАТУРАТА. ДОСЪДЕБНОТО И СЪДЕБНОТО ПРОИЗВОДСТВО. Дали тази ситуация е съзнателно възпроизведена или не? Факт е, че много добре се използва, както от властта, така и от обществото. Едно е да работиш под пресата на ПРАВОТО, друго под пресата на обществото. И ако тази невиджана никъде ситуация не бъде преодолена, нищо добро не очаква цялото ни общество. Днес ние с вас трябва да застанем срещу всички - обществото, медиите, власт и да заявим с цяло гърло - ДА, НИЕ СМЕ ЗА ПРАВОТО, А НЕ ЗА ВЪЛЧЕ-

ТО ВИЕНЕ И ЖАЖДА ЗА КРЪВ. ТОВА НИ ЗАДЪЛЖАВА ДА ПОСТИГНЕМ ОБЩЕСТВЕН КОНСЕНСУС ЗА ЛЕКАРСКАТА ГРЕШКА.

ЛЕКАРСКА ГРЕШКА - ОПРЕДЕЛЕНИЕ

В съвременната литература, медицинска и правова, има няколко определения за лекарска грешка и нейното название. Самият факт, че съществува това многообразие показва безсмислеността на споровете около названието и ми моля да приемем общоприетото - ЛЕКАРСКА ГРЕШКА. Не споделям разделениято, което ни се внушава, на лекарска и МЕДИЦИНСКА грешки. В законодателството ни (закон за здравното осигуряване) има само един изпълнител и това са лекарите и зъболекарите, така че няма нужда да бегаме от тази отговорност. Ако ядем пържолата, нека я поемем с вина.

Когато едноличният доставчик на здравни услуги е избран неподходящ начин за тяхното практическо прилагане и това касае нейните структури, независимо от собствеността и мястото на прилагане - болнична, доболнична или СМ.

Когато едноличният доставчик на здравни услуги е избран неподходящ начин за тяхното практическо прилагане, независимо в противоречие с установените правила.

II. МЕДИЦИНСКА

1. ДОБРОСЪВЕЩНО ЗАБЛУЖДЕНИЕ

Представява добросъвестно заблуждение на лекар в неговата професионална работа, дължащо се на несъвършенство на медицинските знания, методите за диагностика и лечение, и особеноното протичане на заболяването при дадени болни или на обективно трудните условия, в които се е осъществявала дейността на лекаря. (Сг. Радапов, Siela, 2006).

2. НЕДОПУСТИМИ ИЛИ НЕДОБРОСЪВЕЩНИ ГРЕШКИ

Представява "лекарска грешка" допусната поради непредпазливост, небрежност, самонадеяност, нехайство, ниска квалификация, проявени в условията на действие или бездействието. Ако приемем тази класификация би трябвало да се съгласим и с едно друго разделение споделяно от много автори - "лекарска грешка" с основание за наказателно правна отговорност и "лекарска грешка" без основание за наказателно правна отговорност.

Тук е може би и най-важната функция на споделянето по-горе институции, начело с БЛС, които да определят тези две хипотези. Считам, че това е и най-важната част от предстоящите дискусии на тази кръгла маса.

1. СИСТЕМНИ

Усложения технологи, силен лекарства.

2. Развихряващ се домен на активното и интензивното лечение, удължаващи се престой в болницата.

3. Липсващи системи за обмен на информация относно грешките водят до липсата на анализ и изработване на проспективни стратегии.

4. Липсващи или фрагментирани системи за докладване в рамките на болницата, водещи до липса на координация и до ескалация на грешките.

5. Прекомерно разчитане на автоматизираните системи за предотвратяване на грешките.

6. Намаляването на разходи на болниците в отговор на тотално намаляване

7. Варианти в образователната система, следипломната и продължителната квалификация.

8. Околна среда и дизайн фактори.

9. Инфраструктурна недостатъчност.

10. За съжаление това са световни причини, а не само наши. Разбира се у нас тези причини са доведени до съвършенство. Всичките в различна степен допринасят и оформят т.н. от мен системи грешки и дават основание на Американския институт по медицина да твърди, че ПРОБЛЕМЪТ С ЛЕКАРСКИТЕ ГРЕШКИ НЕ Е В ЛОШИТЕ ХОРА, РАБОТЕЩИ В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВООПАЗВАНЕТО, А ЧЕ ДОБРИТЕ ХОРА, РАБОТЕЩИ В НЕЯ, РАБОТЯТ ПРИ ЛОШИ СИСТЕМИ, КОИТО ТРЯБВА ДА БЪДАТ НАПРАВЕНИ ПО-БЕЗОПАСНИ.

Тук е огромната роля на трите системи призвани да сведат до минимум системните грешки: ЗДРАВНА СИСТЕМА (МЗ и неговите институции); ФИНАНСИРАЩА СИСТЕМА (НЗОК); МЕДИЦИНА (БЛС, БСС, НАУЧНИ ДРУЖЕСТВА). Само в комбинация, консеус, и общи пер-

спективи, може би ако не утре, то поне в друг ден, ще имаме възможност да прилагаме своите умения при други условия.

II. ЛИЧНИ.

1. Умора

2. Депресия и изтощение.

3. Работа на повече от две

приходите.

7. Варианти в образователната система, следипломната и продължителната квалификация.

8. Околна среда и дизайн фактори.

9. Инфраструктурна недостатъчност.

10. За съжаление това са световни причини, а не само наши. Разбира се у нас тези причини са доведени до съвършенство. Всичките в различна степен допринасят и оформят т.н. от мен системи грешки и дават основание на Американския институт по медицина да твърди, че ПРОБЛЕМЪТ С ЛЕКАРСКИТЕ ГРЕШКИ НЕ Е В ЛОШИТЕ ХОРА, РАБОТЕЩИ В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВООПАЗВАНЕТО, А ЧЕ ДОБРИТЕ ХОРА, РАБОТЕЩИ В НЕЯ, РАБОТЯТ ПРИ ЛОШИ СИСТЕМИ, КОИТО ТРЯБВА ДА БЪДАТ НАПРАВЕНИ ПО-БЕЗОПАСНИ.

Тук е огромната роля на трите системи призвани да сведат до минимум системните грешки: ЗДРАВНА СИСТЕМА (МЗ и неговите институции); ФИНАНСИРАЩА СИСТЕМА (НЗОК); МЕДИЦИНА (БЛС, БСС, НАУЧНИ ДРУЖЕСТВА). Само в комбинация, консеус, и общи пер-

спективи, може би ако не утре, то поне в друг ден, ще имаме възможност да прилагаме своите умения при други условия.

II. ЛИЧНИ.

1. Умора

2. Депресия и изтощение.

3. Работа на повече от две

нормалният 65-годишен, неосъждан, плащач, редовно данъци и т.н. лекар, имам по-малко право от един депутат или министър с доказани престъпления, да знам истината за състоянието и проблемите на моята държава, скривайки се зад ефемеризма "класифицирана информация", то ще стане ясно защо и нежелам да систематизираме и огласим собствените си грешки. За съжаление това е световна практика. Но все пак ние сме длъжни да поправим този си "порок".

Предварително ще споделя някои от най-разпространените тези, които вероятно ще породят тази дискусия.

1. Зашо да оповестя ГРЕШКАТА? Какво ще помогне това на пациента, като той и без това ще или е умрял.

2. Да разкажем на семейството да влошаване, а не дай Боже до смърт, какво ще се случи. Това значи сам да окачи въжето на шията си.

3. Беше вина на пациента. Ако той не беше така (надпормено топло, множество болести, старост и т.н.) тази грешка нямаше да причини толкова щети.

4. Е, ние направихме всичко възможно. Тези неща се случават.

5. Ако ние не сме абсолютно сигурни, че грешката е причинила вреда, не трябва да я съобщаваме. Тезите разбира се могат да се развихряват безкрайно.

Характерно за България е тоталната липса на информация относно този проблем. Това касае, както институционалната, но в още по-голяма и важна степен медицинската информация. В нашите среди днес се счита, че е признак на дебилност да обсъдиш своята грешка с колегите си, камо ли да я направиш обществено достояние. Как тогава ще имаме информация и как ще продължи нашето обучение. Древните са казали: Само идиотът се учи от собствените си грешки, животът е вътрешен къс за това. Умният човек се учи и от чуждите грешки.

Нашата най-важна задача е как да осъществим днес този информационен поток, като на първо място удовлетворим собствените си лекарски интереси, а на второ - този на обществото. Най-лесният път е да направим като държавата - класифицирана информация. Но това не е добрит път. Ако някой може да ми обясни защо аз

НЕПРЕКЪСНАТО УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ И СЪЗДАВАНЕ НА НОВИ ПРАВИЛА С ВЪЗМОЖНОСТ ЗА ОТЧЕТ И ИНФОРМАЦИЯ В СИСТЕМАТА, С ЦЕЛ ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ ИМ.

Вяноко до тук беше в сферата на констатацията и ако вършим с това по-добре да бяхме направили една научнопрактическа конференция в добрия стар стил.

1. Създаване фигурата на "DATA REPOSITORY" "информатор", за всяка болница, за всяко ДКЦ, за регионална структура на ОПЛ, за ЦСМП, със следните задължения...

2. Създаване на национална регистратура и оповестяваща система за грешки.

3. Ежегоден отчет за броя, вида и предложения за промяна на нормативни документи.

4. НРД - задължително присъствие на упоменатите субекти в структурите на здравната система, иначе няма договор.

5. Цялата система под егидата на БЛС, отчета пред Събора.

6. Промяна в НПК - досъдебно и съдебно преследване след установяване на "грешка" от съответните органи.

В сферата на грешките медицината е най-близко до въздухоплаването: много от факторите, които водят до грешки в двете области са сходни. И при двете често грешките са фатални. И при двете, ако първата грешка не бъде радикално решена, последващите нарастват в геометрична прогресия. И при двете има наличие на "черната кутия", за разлика от авиацията при нас тя е неофициална и неотваряема. Така че искам да завърша тази презентация със следния призив.

КОЛЕГИ, ДА ОТВОРИМ ИЛИ НЕ КУТИЯТА НА ПАНДОРА? ТОВА Е ВЪПРОСЪТ!

ТРАДИЦИОННО СХВАЩАНЕ

ГРЕШКИТЕ СЕ ДЪЛЖАТ НА ГРЕШКИ, НАПРАВЕНИ ОТ ЛИЦА, КОИТО МОГАТ ДА БЪДАТ САНКЦИОНИРАНИ ЗА ТЕЗИ ГРЕШКИ!

НОВ КОНСЕНСУС ПОСТИГНАТ ПОДХОД

КОРИГАНАТО И НАМАЛЯВАНЕТО ДО ПРИЕМЛИВ БРОЙ НА ГРЕШКИТЕ Е

ИЗТЪКНАТИЯТ ФИЗИОТЕРАПЕВТ ПРОФ. Д-Р СТОЯН ГАТЕВ

- **Военият лекар защитава името на българската хуманна медицина и извън пределите на страната**
- **Изобретения и 24 рационализации са записани в научната му биография**

"Вкарахме в тежка ситуация българското здравеопазване", споделя днес пред медиите проф. д-р Гатев. Според него Здравната каса например трябва да промени своята дейност - едва ли има други специалности в която и да е научна област, които да са принудени от бюрокрацията да изписват цели папки вместо да отделят това време на пациента.

Въпреки навъртените години и заслужено отдаваната му почит, професорът е активен лекар - работи в медицински център, където пациентите му се радват на професионализъм и на специално внимание към всеки.

Роден в Горна Малина, Софийско, той завършва медицина през 1952 година в София. Специализира физиотерапия. Работи като военен лекар - началник на

медицинската служба на поделение в Дупница, началник на ВПД в Пампорово и Варна, а след това последователно ръководи Военния санаториум в Хисар, поликлиничен кабинет във физиотерапевтичното отделение на ОАБ и е зам. началник на клиниката по физиотерапия и рехабилитация при ВВМИ.

През 1968-1972 година участва във военномедицинската бригада в Алжир. Полковникът от медицинската служба раздава професионалните си умения и човешко любие и в други страни извън пределите на родината.

Значими са и научните му изяви. Има над 200 научни публикации, монографии и съобщения, посветени на физикалната терапия, балнеолечението и рехабилитацията. Признати са негови изобретения и 24 ра-

НАВЪРШИ 85 ГОДИНИ



ционализации.

В продължение на пет години проф. д-р Гатев бе секретар на републиканското научно дружество по физиотерапия, курортология и рехабилитация, а през 1985 година - заместник-председател. В продължение на 20 години (до 1992 г.) бе главен консултант по физиотерапия в БНА.

Сред отличените изобретения на проф. Гатев са стол - екстензионс вибратор за дискови хернии и апарат за динамична термостимулация - "бягаща вълна".

С успех прилага терапия с лазерни лъчи при бавно заздравяващи травматични и други рани.

Макар че пенсионираният професор работи в медицински център, следите му във ВМА, където отдаде 50 години от трудовия си стаж, са живи. Той е един от строителите на елитната физиотерапия на Военната болница - тук са негови ученици, негови методи и преди всичко - духът му на лекар.

Самият той посочва като първи свой ориентир към професията д-р Ангел Анчев - лекар в родното село

Горна Малина. "Този човек беше пример за мен, спомня си проф. Гатев, - той често лекуваше хората без пари и ги лекуваше не само с лекарства, но и с топли думи, изпълнени с надежда и с голяма топлина и загриженост."

Този пример младият лекар носи през годините - и у нас, и извън границите. В Алжир например се случило така, че спасил петима отровени с газ карбоник от дървени въглища. "Беше студена януарска нощ и тишината в нея бе нарушена от вика на уплашен човек: "Тичайте, докторе, там горе

са мъртвите, в Хамам Барака са!" Споменът от онай нощ е ярък: дворът на старата баня Хамам Барака бил препълнен с хора. Невероятна паника. В една от стаите на банския хотел върху пода агонизирали двама мъже и три жени - проснати до мангала с недогорели дървени въглища. Българският лекар веднага ги изнесъл на двора и започнал битката със смъртта. А наоколо викове на неодобрение - че ще ги простуди, че им бие инжекции в сърцето и преди всичко: да ги остави, така им било писано... Но мъртвите възкръснали в ръцете на доктора. Тази случка се обсъждала дълго време. Тя помогнала алжирците да повярват на лекаря и на медицината.

Алжир е само една от спирките по пътя на медика-физиотерапевт. Вълнуващи спомени има и от Русия, Япония... А в Куба е обучавал техни лекари. И там е оценен - носител е на орден.

Но най-вълнуващо е признанието на най-близките - колегите от Военномедицинската академия, които отбелязват юбилея на учителя. А БЛС го удостои с почетен знак на съсловната организация и грамота.



Физиотерапията във ВМА

НАРАСТВА ЗАБОЛЕВАЕМОСТТА НА ДЕЦАТА И ЮНОШИТЕ У НАС

Дружеството по медицина на катастрофите ще има уеб страница



- **120 педиатри, учени и специалисти участваха в национална интердисциплинарна научнопрактическа конференция**
- **На кръгла маса обсъдиха мястото на превантивната медицина**

"Актуални медико-социални и психологически проблеми на детската и юношеската възраст" - това бе темата на национална интердисциплинарна научнопрактическа конференция, която се проведе в Пловдив. Нейни организатори бяха Българската педиатрична асоциация и Научният център по медицина към възстановената Българска академия на науките и изкуствата. Участваха повече от 120 педиатри, учени и специалисти, които с внимание изслушаха 20-те пленарни доклада, третиращи наболелите проблеми на детското и училищното здравеопазване.

Състоянието и перспективите за развитие на тази специфична и високо отговорна част от общото здравеопазване в страните от европейския регион на СЗО представи проф. д-р К. Чамов, а доц. д-р Д. Радев сподели опита на варненци в тази област.

Бяха изнесени най-нови, но за съжаление тревожни резултати от проведени клинични наблюдения и проучвания сред деца и

подрастващи в България - за аномалиите и половото развитие на момчетата (проф. д-р Ф. Куманов), растежа на момчетата и половото им развитие (доц. д-р А. Томова), гушавостта (проф. д-р Б. Лозанов), агресивността и насилието (доц. д-р В. Писев), хроничните белодробни заболявания в училищната възраст (доц. д-р П. Переновска), артериалната хипертония в детско-юношеската възраст (доц. д-р Вл. Пилософ), ендокринните хипертонии (д-р Н. Калева), системните заболявания (д-р М. Спасова), метаболитния синдром и 3Д тип 2 (доц. д-р В. Йотова).

Значително място бе отделено на проблемите с хранителния статус и недохранването на днешните български деца и юноши (колектив от ИЕМА при БАН), наднорменото тегло и затлъстяването (доц. д-р С. Ханджиев), хранителните разстройства (доц. д-р Е. Генев).

Доц. д-р А. Хубенова и доц. д-р Е. Бързашка изнесоха актуални данни за зависимостите сред децата и подрастващите у нас. Бяха демонстрирани възможностите за ранно диагностициране на нарушенията в развитието на децата (д-р Й. Пискова) и ролята на обрзната диагностика в пе-

диатрията (д-р М. Пенков).

Докладите бяха групирани в 4 пленарни заседания, като след всяко едно от тях се провеждаше оживена дискусия.

При изключително висока активност протече и Кръглата маса за проблемите на патологията в детско-юношеската възраст, мястото на превантивната медицина, социалната роля на училището и училищното здравеопазване за опазване здравето на българските деца и подрастващи.



Въз основа на изнесените неблагоприятни данни и нарастващата заболеваемост сред детско-юношеската възрастова група участниците приеха резолюция-предложение да бъде възстановена институцията "училищен лекар", с което на практика ще се реализират промоцията на здравето и здравословното хранене, активни здравни грижи, превенция и контрол на децата и учениците у нас.



са доклади на наши и международни научни форуми, организирани от дружествата по други медицински специалности. Работи се за създаване на добри, трайни и ефективни взаимоотношения с ВМА, МЗ, БЧК, ръководената от гл. комисар Н. Николов, Главна дирекция по ПБЗН.

За съжаление няма я желаната колаборация и съвсем скромно е включването на Дружеството и неговите членове в разработването от други държавни и обществени организации на проблеми, свързани с обучението на студентите-медици, медицинските специалисти и населението, разработването на учебни програми и помагала, решаването на проблеми по защитата, аварийното планиране и медицинското осигуряване на населението, прогнозните оценки на бедствени и кризисни ситуации в различни региони на страната.

В отчетния доклад председателят на дружеството доц. д-р Красимир Гигов направи равностойна на дейността, като посочи трудното съществуване и провеждането на големи прояви при изключително скромните финансови средства, независимо от желанието, компетентността и ентузиазма на членовете. Бяха отбелязани предприетите стъпки за връзка с наши и чужди институции, които да ползват професионалния и човешки ресурс на специалистите по Медицина на бедствените ситуации в настоящия високо рисков момент.

През отчетния период българското дружество е прието за колективен член на Международното дружество по медицина на катастрофите. Доц. д-р Илияна Михайлова - ръководител на секцията по медицина на бедствените ситуации в МУ-София - е опеределена за национален консултант по МБС на МЗ. В процес на опечатване е нов учебник по МБС, изнесени

СИЛЕН ИНТЕРЕС И НОВИ УЧАСТНИЦИ В БУЛМЕДИКА / БУЛДЕНТАЛ

АВАНГАРДНОТО В МЕДИЦИНАТА СРЕЩА НАУКАТА С БИЗНЕСА

От 17 до 20 май 2011 г. територията на Интер Експо Център-София, ще бъде изцяло на разположение на 45-ата международна изложба БУЛМЕДИКА / БУЛДЕНТАЛ и всички медици я очакват с нетърпение.

В четири изложбени зали ще бъдат представени тенденции и иновации в направлението:

БУЛМЕДИКА

(зали 1 и 2) - модерна техника и апаратура за оборудване на болнични заведения и медицински центрове, лабораторно оборудване и консумативи за диагностично-лечебните дейности, апаратура и принадлежности за спешна медицинска помощ, консумативи за медицински практики и лаборатории, апаратура и оборудване за рехабилитация, широка гама помощни средства за хора с увреждания, офталмология;

БУЛДЕНТАЛ

(зали 3 и 4) - технически и технологични решения в двете основни направления на стоматологията - зъболечението и зъботехниката, включващи: стоматологично оборудване апаратура и инструменти за стоматологични, лекарски и козметични кабинети, за зъботехнически лаборатории, стоматологични и зъботехнически материали и консумативи обзаведане за рентгенови и зъболекарски кабинети и работни места.

Възможностите за полезни контакти тази година растат. Освен традиционните участ-

и др., сред изложителите са и нови компании от Германия, Полша, Италия, Русия, Република Южна Корея, Китай и други държа-

ференция "Пациентите и лекарите за донорство и трансплантации" /17 - 19 май/, организирана с подкрепата на Българ-



ходими, за да се "слушат" намеренията за промяна, позицията на работодателите, син-

бъде проведена и трансляция на операция на живо от дентална клиника /нова техника на синус-лифт с поставяне на импланти/.

Вестник "Дентал Трибюн" продължава традицията на националния конкурс "Усмивка на годината" и в рамките на изложбата за поредна година ще се представят случаите на всички участници в тазгодишното издание на конкурса. Освен това, с мисъл и грижа за хората от лекарското съсловие и в сътрудничество с Агенция Булгарреклама, медията предприема издаването на вестник за посетители и изложители посветен специално на БУЛМЕДИКА / БУЛДЕНТАЛ, на новите и оригинални експонати и интересните събития на изложението. Новото издание с името TODAY е по лиценз на Dental Tribune International.

Съпътстващата програма на БУЛМЕДИКА / БУЛДЕНТАЛ включва още редица актуални и полезни за медицинската общност демонстрации, семинари, обучения, презентации на техника и продукти от здравната практика. Деловата обстановка на БУЛМЕДИКА / БУЛДЕНТАЛ за поредна година ще даде възможност науката да срещне бизнеса.

За повече информация:
www.bulmedica.bg



ници - производители и търговци на продукти, техника и оборудване от България, Австрия, Италия, Чехия

ви. Отново ще има Национално представяне на фирми от Република Южна Корея, които ще демонстрират сво-

ския лекарски съюз. На Конференцията ще се представят нови тенденции и постижения в няколко актуал-

дикатите и пациентските организации в здравеопазването, ролята на НЗОК в променящата се среда, състоянието на общинските и областните болници и др.

Асоциация Sofia Dental Meeting в сътрудничество с Агенция Булгарреклама подготвя богата и разнообразна програма от практически курсове и лекции от областта на денталната медицина. Повече от 12 известни български и чуждестранни лектори ще вземат участие в планираното събитие. Ще



ите продукти на обособени зони в медицинския, респ. в денталния сектор на изложбата. Предвижда се колективно участие на фирми от Италия и Чехия.

Дните на БУЛМЕДИКА / БУЛДЕНТАЛ се свързват и с едни от най-горещите дискусии по важни теми на здравеопазването. С интерес се очаква тридневната кон-

ни панела: донорство, трансплантации, ин витро, психология, спешна медицинска помощ и др.

На 17 май ще се проведе дискуссионен форум на тема "Достъпът до здравеопазване - истини и прогнози". Ще бъдат обсъждани важни теми от здравеопазването: визия на МЗ за провежданите реформи и законови стъпки, необ-



Клиничните изпитвания влизат в еврорегистър

Европейските граждани вече имат достъп до информацията за хилядите фармацевтични проучвания, които се извършват в Европейския съюз. Това стана възможно благодарение на онлайн регистъра на клиничните изпитвания, който беше открит на 23 март. Целта е чрез публичната информация клиничните изпитвания да станат по-прозрачни за пациентите, както и да се избегне ненужно дублиране на проучванията.

Всяка година приблизително



4000 клинични проучвания се разрешават в ЕС. Повечето от тях продължават между 2 и 3 години, което означава, че по всяко едно време се извършват около 10 000 проучвания.

Еврокомисарят по здравеопазването Джон Дали заяви, че стартият на регистъра е добра новина за пациентите и ще им по-

воли да получават по-лесно информация за протичащите в ЕС клинични изпитвания. Също така електронният списък на изследванията ще бъде от голямо значение за здравните работници, научната общност и индустрията.

Регистърът съдържа информация за клиничните изпитвания в ЕС, независимо дали се провеждат в една страна членка или в няколко. Той включва клинични проучвания, провеждани както от индустрията, така и от изследователските институции. Информацията ще достига до гражданите веднага след като бъде разрешено проучването.

В него ще се описват и клиничните проучвания, съдържащи се в Педиатричния изследователски план - програма, целяща да събира данните, които се изискват за одобрението на лекарствени продукти за деца.

Европейската лекарствена агенция (ЕМА) ще отговаря за поддръжката на онлайн регистъра. Той е част от европейската база данни EudraPharm, която също така съдържа информация за медикаментите, разрешени от ЕС.

РИСКОВИТЕ ФАКТОРИ СЕ ПРОМЕНЯТ

● **За изминалите 20 години над два пъти са затлъстелите**

● **Следствието: повече пари в битката с наднорменото тегло**

● Много страни от ЕС постигнаха забележителен напредък в намаляването на употребата на тютюн, макар тя все още да е водеща причина за ранната смърт. Голяма част от този спад може да се отдаде на политиките на национално и ЕС ниво, които подкрепят разяснителни кампании, забрани за реклама и увеличено облагане. Днес по-малко от 18%, при над 30% през 1980 г., от пълнолетното население в Швеция и Исландия пуши редовно. Обаче, почти 40% от пълнолетните в Гърция продължават да пушат всеки ден. Делът на пушачите е сравнително висок и в България, Ирландия и Холандия.

● През изминалите три десетилетия в мно-

го европейски държави е спаднала и консумацията на алкохол. Ограниченията за реклама и продажби и облагането се доказва като ефективни мерки за намаляването на консумацията на алкохол. От 1980 г. значително пада консумацията на алкохол в Италия, Франция и Испания - традиционни производители на вино. От друга страна, в редица страни, включително Ирландия, Великобритания и някои скандинавски страни, консумацията е съществено нараснала.

● Повече от половината пълнолетно население в Европейския съюз е с наднормено тегло и затлъстяване. Така е в 15-те от 27-те страни в ЕС. Преобладаването на затлъстява-

нето - което представлява по-голям риск за здравето от наднорменото тегло - варира от 10% в Румъния, Швейцария и Италия до над 20% във Великобритания, Ирландия, Малта и Исландия. Средно за страните от ЕС, със затлъстяване е 15% от пълнолетното население.

● В повечето страни от ЕС, за които има данни, делът на хората със затлъстяване се е увеличил над два пъти за изминалите 20 години. Бързото увеличение



не зависи от нивата на затлъстяване преди двадесет години. В периода между 1988 и 2008 г., както в Холандия, така и във Великобритания затлъстяването е нараснало над два пъти, макар че скоростта на нарастването в Холандия понастоящем е по-малко от половината от тази във Великобритания.

● Тъй като затлъстяването се асоциира с по-високи рискове от хронични болести, то е свързано със съществени допълнителни разходи в здравните грижи. В неотдавнашно проучване в Англия бе изчислено, че общите разходи, свързани с наднорменото тегло и затлъстяването, би могло да нараснат със 70% в периода между 2007 и 2015 г. и да станат 2,4 пъти по-високи към 2025 г. (Форсайт, 2007 г.)

Превод: Ели Генова (Из "Здраве накратко: Европа", първо издание на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие и Европейската комисия)

БЪЛГАРИЯ И ГЪРЦИЯ ЩЕ РАБОТЯТ ЗАЕДНО ПО КОНКРЕТНИ ПРОЕКТИ

Това стана ясно след среща на министъра на здравеопазването д-р Стефан Константинов с Андреас Ловердос, министър на здравеопазването и социалната солидарност в южната ни съсед-

ка. Двете държави ще обменят опит за подобряването ефективността на здравните системи.

Освен това ще се обсъдят възможностите за трансгранично сътрудничество по конкретни

проекти. Двете страни ще концентрират усилията си и в борбата с инфекциозните заболявания.

Министър Ловердос покани на официална визита в Гърция д-р Константинов, съобщиха от пресцентъра на министерството на здравеопазването.

Без храна от клонинги в магазините, реши Европарламентът

Прочутата овца Доли, първият клониран бозайник, бе създадена през 1996 година. Петнадесет години по-късно, след като учените успяха да клонират крави, прасета и кози, въпросът дали можем да използваме

който настоява за забрана на продажбата на месо от клонирани животни и техните потомства. По въпроса не бе постигнато споразумение с представителите на Съвета.

Европейският парламент и представителите

храни, които са произведени благодарение на нови технологични процеси или не са били традиционно консумирани в ЕС. Основните спорни моменти бяха използването на клонирани животни и нанотехнологиите при производството на храни.

Позицията на ЕП бе категорична: хранителни продукти от клонирани животни не трябва да стигат

ДО ПАЗАРА

Съветът и Комисията подкрепиха забрана на използването на клонирани животни за производство на храна, но са против забрана върху хранителни продукти от потомството на клонирани животни.

"Много разочароващо е, че Съветът не се вслушва в общественото мнение", заявиха ръководителят на делегацията на ЕП в преговорите Джани Питела (С&Д,

Италия) и докладчикът по темата Картика Лиотард (ЕОЛ/СЗЛ, Нидерландия). 63 на сто от европейците заявяват, че едва ли биха купили хранителни продукти с произход от клонирани животни, според проучване на "Евробарометър" от 2008 година.

В последния кръг от преговори делегацията на ЕП предложи компромисно споразумение:



всички продукти от клонирани животни да бъдат етикетирани. Съветът обаче прие етикетирание само на един вид храна: говеждо месо. Според

Питела и Лиотард, мерките по отношение на етикетиранието на продуктите от потомствата на клонирани животни е от огромно значение, тъй като клонирани животни се използват в комерсиален план основно за размножаване, а не директно за производство на храна. "Нито един фермер не би платил 100 000 евро за клониран бик, само за да го превърне в хамбургери", заявиха двамата евродепутати след неуспешния край на преговорите със Съвета.

ИЗПОЛЗВАНЕТО НА НАНОТЕХНОЛОГИИ

Това е нова сфера в областта на храните, наносъставки могат да се използват като антибактериални елементи, за промяна на аромат или цвят. Депутатите са за специална процедура за оценка на риска и безопасността на нанотехнологичните процеси и наносъставките, изразявайки загриженост, че нано-

технологиите вече се използват при производството на храни и опаковки за храни. Всяка одобрена наносъставка, която е включена в дадена храна, трябва да бъде отбелязана на етикета, е мнение то на членовете на ЕП.

ЗА РЕГЛАМЕНТА

В момента няма специален регламент, който разрешава или забранява хранителни продукти от клонирани животни. Комисията и Съветът искат те да се включат в актуализацията на регламента за новите храни, ЕП поиска те да бъдат изключени от тези правила. Липсата на споразумение между ЕП и Съвета означава, че старият регламент от 1997 година остава в сила. Той изисква процедура за даване на разрешителни за допускане на храна от клонирани животни до пазара, подобна процедура липсва що се отнася до храна от техните потомства.

Пресслужбата на Европейския парламент



клонирани животни за храна стана неизбежен. Но можем ли с чиста съвест да посегнем към месо от клонирани животни? "Не", е отговорът на Европейския парламент,

на държавите-членки в Съвета не успяха да постигнат в рамките на помирителната процедура споразумение за актуализация на регламента за така наречените "нови"

КАКВА ЩЕ Е ЕВРОПЕЙСКАТА ЗДРАВНА СИСТЕМА КЪМ 2030 ГОДИНА?

● **Разходите ще нарастват**

● **Политиците ще осъзнават, че добро здравеопазване означава по-добро благосъстояние на нацията**

Разходите за здравеопазване в Европа нарастват с по-бързи темпове, отколкото държавите-членки могат да си позволят. Това се изтъква в доклад на Economist Intelligence Unit (EIU), цитиран от PharmaTimes. Сред основните причини за това са старяването на населението, относителният ръст на хората с хронични заболявания, напредъкът на скъпите технологии и нарастващите изисквания на пациентите, които стават все по-информирани.

Публичните разходи за здравеопазване в Европейския съюз могат да скочат от 8% от БВП през 2000-та го-

дина до 14% през 2030-а година. Те ще продължават да нарастват и след това, показват изчисления на Световната банка, цитирани в ново проучване.

Проучването дефинира седем тенденции, които според авторите ще доминират в здравеопазването през следващите две десетилетия:

- разходите за здравеопазване ще продължат да нарастват, и то не само в резултат от инфлацията, но и заради нарастващото осъзнаване от страна на политиците, че по-доброто здраве означава по-добро благосъстояние за нацията;

- поддържането на универсален здравноосигурителен

модел ще изисква рационализиране на услуги и консолидиране на здравни структури, заради недостига на публичния ресурс;

- общопрактикуващите лекари ще стават все по-важни като гейткрийъри на системата и като координатори на лечението при хора с многобройни здравословни проблеми;

- ще са необходими по-ефективни мерки в сферата на общественото здраве и фундаментални промени в подхода, за да се промотират здравословни навици и начин на живот;

- правителствата ще трябва да намерят начин да подобрят събирането на здравна

информация, за да улеснят вземането на решения за приоритети при инвестициите;

- пациентите ще трябва да поемат повече отговорност за собственото си здраве и лечение;

- правителствата ще трябва да ограничат бюрокрацията и да либерализират ограничителните правила в работата на медицинските професионалисти, за да помогнат за ограничаване на разходите.

Как биха могли правителствата да отговорят на тези предизвикателства? За да посочат възможните алтернативи и да разпалят дебат, авторите на доклада от EIU предлагат пет различни сценария



за европейското здравеопазване през 2030 г.:

- триумф на технологиите, лекуват се хронични заболявания, e-health има ключова роля в управлението на здравеопазването;

- европейските нации се обединяват и създават единна, паневропейска здравна система;

- превантивната медицина надделява над лечението на болните;

- европейските здравни системи се фокусират върху уязвимите групи от обществото;

- европейските нации приватизират здравеопазването, включително и финансирането му.

Въпреки дебата по детайлите за здравната реформа, най-важното е здравните системи да бъдат адаптивни, твърдят авторите на доклада. Те допълват: едва ли някой от петте сценария ще се сбъдне изцяло, но изброяването им помага за изясняване на дискусиите, които в момента до голяма степен се движат от групи с личен интерес, като например осигурители, лекари и правителствени бюрократи. С времето обсъждането ще се измести в посоката, в която трябва - към най-добрите начини за подобряване здравеопазването на населението в Европа, вярват авторите на изследването.

РАЗШИРЯВА СЕ СЪТРУДНИЧЕСТВОТО В ЕС ЗА НАМАЛЯВАНЕ НА МИГРАЦИЯТА НА МЕДИЦИТЕ

Миграцията на здравните работници заплашва здравните услуги, затова държавите членки трябва да намерят общо решение, декларираха здравните министри на ЕС на своята двудневна неофициална среща на 4-5 април в Гьодьольо (Godollo).

Председателстващият срещата Миклош Ретели (Miklos Rethelyi), министър на Националните ресурси на Унгария, изтъкна, че макар здравеопазването да е в сферата на националната компетентност, икономическата криза и демографските проблеми принуждават държавите-членки да се изправят пред сериозни предизвикателства, които "призовават за разширяване и усъвършенстване на нашето сътрудничество". Политикът каза, че здравният сектор също така играе решаваща роля в осъществяването на Стратегията Европа 2020, защото "Европа не може да е силна и конкурентоспособна без здрави хора и здрава работна сила." Министърът направи изказване за програмата за здравеопазване на Унгарското председателство на ЕС, наречена "Пътища на пациентите и кариери на професионалистите в Европа". Във връзка с програмата, г-н Ретели каза, че Председателството е с основен фокус върху осъвременяването на системите по здравеопазване и мобилността на здравните работници.

Миграция и недостиг на професионалисти

"Миграцията на здравни работници причинява пове-

че проблеми на страните - донори на професионалисти," предупреди Миклош Сочка (Miklos Szocska), министър на здравеопазването в Министерство на националните ресурси, в своите основни коментари. Дискусията изясни, че заплатите на професионалистите могат да са шест пъти по-високи в някои западни страни членки в сравнение с източните страни. В резултат, професионалистите напускат родните си страни с надеждата за по-добри възможности. Г-н Сочка подчерта, че миграцията от определени държави-членки е толкова висока, че заплашва сигурността на здравните услуги. "Държавите-членки би трябвало да бъдат подпомогнати в запазването на своите работници," изтъкна министърът. Той допълни, че държавите-членки трябва да намерят общо решение и да се споразумеят за етични програми на обмен.

Министърът припомни, че през 2008 г. Европейската комисия публикува зелена книга с общите въпроси и проблеми, пред които ще трябва да се изправят здравните работници в ЕС. Г-н Сочка подчерта, че този документ е един от крайъгълните камъни в бъдещата работа на унгарското председателство.

"Порочен кръг"

В изказването си на срещата, Джон Дали, европейски комисар за здравна и потребителска политика, също наблегна на множество все по-сериозни проблеми. "Съществува все по-голямо търсене на здравни услуги, а работниците стават

● Не достигат един милион здравни кадри на континента, заяви унгарският министър на здравеопазването

все по-малко. Това е порочен кръг, така че въпросът е как да прекъснем този цикъл?", попита г-н Дали и добави: "За планиране на решенията са нужни европейски директиви." Европейският комисар защити значението на обмена на информация и подчерта ролята на изследователските програми като Хелт ПРОМЕТЕ-УС (Проучване за мобилността на здравните професионалисти в Европейския съюз), която цели да картографира миграцията на здравните професионалисти в ЕС, както и между Европейския съюз и страните от ОИСР. Също така, комисарят посочи, че би трябвало да се обърне допълнително внимание и на обучението на здравните работници.

В процеса на дебатите, държавите-членки силно похвалиха тематичния избор на Председателството и изтъкнаха колко важно е да продължи обменът на данни, което може да помогне за проследяване на професионалната миграция във всяка страна. В този контекст бяха направени няколко предложения

за разработване на единна система за събиране на данни.

Представителите на държавите-членки изтъкнаха значението на обмяната на опит в регулирането и много от тях подчертаха, че държавите-членки на ЕС трябва да се консултират помежду си относно обучението на здравните работници, така че в Европа да се осигури наличността на съответен брой професионалисти с подходящи квалификации.

Необходима намеса

"В европейското здравеопазване има недостиг от 1 милион работници," заяви Миклош Сочка на последвалата пресконференция. Държавният министър наблегна, че държавите-членки се изправят пред редица проблеми, които трябва да се отнесат за разглеждане на европейско ниво. В допълнение към недостига и миграцията на здравните работници, г-н Сочка посочи създаването на устойчивост на системите на здравеопазване, както и броя на епидемичните интервенции. "В нашите системи на здравеопазване са налице неотложни всекидневни проблеми, но задачата ни тук беше по-скоро да опишем в общи линии стратегията," каза по отношение на срещата министърът. Той добави, че "населението застарява, така че не е чудно, че необходимостта от радикални промени в системите на здравеопазване беше предложена от някои държави".

Миклош Ретели приветства приноса на всеки представител на държава-членка към въпросите, изложени от Председателството.

вото, тъй като "тези въпроси засягат всяка държава членка." Министърът определи първият ден на срещата като особено ценен в търсенето на начини за адаптиране на системите на здравеопазване към новите предизвикателства и нуждите на пациентите.

Джон Дали изтъкна, че средствата за новите предизвикателства са оскъдни, което прави повишаването на ефикасността в здравеопазването още по-важно. Европейският комисар специално приветства дискусиите по директивата за защита на непушачите и подчерта, че Европейската комисия понастоящем работи по въпроса.

След пресконференцията беше представено съвместно изследване на Европейската наблюдателница по здравни системи и политики и Европейския офис на Световната здравна организация, подготвено за неофициалната среща. Публикацията, озаглавена "Мобилност на здравните професионалисти и системи на здравеопазване - данни от 17 европейски страни", изследва потока на работната сила и неговото въздействие върху системите на здравеопазване.

(Материалът е поместен на страницата на Унгарското председателство и е изпратен до БЛС от Европейската асоциация на старшите болнични лекари.)

Превод: Ели Генова

За изследването на мобилността на здравните кадри и въздействието върху системите на здравеопазване - четете в следващия брой.





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

СИМПОЗИУМ „АКАДЕМИК ЧУДОМИР НАЧЕВ“

Организатори: БАН, МУ - София, БНАМ, Съюз на учените в България

14 май 2011 г.

Тема: Геномната медицина в съвременната клинична практика

Модератор: проф. д-р Драга Тончева

1. Злокачествени заболявания - прогностични и предиктивни генетични маркери - проф. д-р Д. Тончева
2. Ангиогенеза и ангиогенезна терапия - д-р И. Димова
3. Нови генетични маркери при биполарните афективни разстройства - д-р А.Йосифова



4. Геномиката в репродуктивната медицина и педиатрия - д-р С. Хаджидекова
5. Генетични маркери при заболявания на щитовидната жлеза - д-р Др. Николова

28 май 2011 г.

Тема: Ваксипрофилактика на вирусните инфекции

Модератор: акад. проф. д-р Ангел Гълъбов

1. Ваксипрофилактика на вирусните хепатити - доц. д-р П. Теохаров
2. Трудната борба срещу дребната шарка-морбили - доц. д-р Хр. Одисеев
3. Заболеваемостта от морбили, паротит и рубеола в България в условията на специфична профилактика - д-р Л. Маринова, проф. д-р М. Кожухарова и доц. д-р З. Михнева
4. Специфична профилактика на варицела и

херпес зостер - проф. д-р Т. Димитрова и доц. д-р Хр. Одисеев

5. Ваксините в борбата с полиомиелита и чревните вирусни инфекции - доц. д-р Н. Корсун
6. Ваксипрофилактика на папиломавирусните инфекции - проф. д-р З. Кълвачев
7. Ваксината срещу Кримска хеморагична треска - доц. д-р И. Христова
8. Антирабичната ваксипрофилактика - проф. д-р Г. Георгиев
9. Перспективи за ваксипрофилактика на СПИН - проф. д-р Р. Аргирова

Лекциите започват от 9 часа, дискусиите - от 13 часа в салона на БАН.

ОБЯВА

ПРОДАВА КНИГИ

02 465 44 92 и (02) 885 52 51
продава монографиите на Зигмунд Фройд "Тълкуване на сънищата", "Тайната на живота", "Неврозите" и "Детската душа"; "Сън и сънища" от Симон Монре;

"Триумфът на психоанализата" от Пиер Дако; "Stop the stress" от Тания и Рафаел Либерман със CD за самообучение.
Всеки ден между 10,00 и 20,00 ч.

Абонирайте се
Побързайте! **за 2011 година**

Във всеки пощенски клон -

Каталожен №401



Вестникът на българските лекари

ЕДИНСТВЕНОТО НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЛС!

За цяла година - **18 лв.**

За 6 месеца - **9 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.blsgb.com е официалният сайт на Българския лекарски съюз.

Той съдържа информация за:

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

- Нормативни актове

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

- Актуален регистър на лекарите в Република България

- Актуална информация и новини

II. Рекламен период:

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

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

III. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

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

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

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

2. Текстови обяви / Платени публикации:

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

3. Нестандартни рекламни форми:

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

IV. Плащане:

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

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

3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

V. Забележки:

✓ Рекламите се публикуват на всички страници на сайта.

✓ Цените не включват ДДС.

✓ Цени за реклами над 6 месеца - по договаряне

✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

Международната католическа болница „Клементина“ - първа царска здравна институция в България

Доц. д-р Маруся Петкова, дм

- **Управителят д-р Иван Кожухаров участва активно в живота на БЛС и сътрудничи на съюзното издание "Летописи"**
- **Със "сватбения дар" на царица Елеонора е купен модерен рентгенов апарат**

Продължава от миналия брой

Негов последовател и приемник, а и особено доверено лице на княгиня Клементина, е д-р Иван Кожухаров и той е назначен за управител на Международната католическа болница "Клементина."

Да, д-р Роберт Щирлин си отива в Швейцария (1897), но животът на Клементинската болница, както е позната в обществото, продължава.

НОВИЯТ РЪКОВОДИТЕЛ

Д-р Иван Георгиев Кожухаров (1867-1958) е син на българско семейство бежанци, напуснало опожарената от турците родна Нова Загора и преселило се в гр. Одрин по време на Руско-турската война (1877-1878). Учи в Католическата гимназия в Одрин като стипендиант на одринския униатски владика, а като общински стипендиант учи и завършва медицина във Виена (1892). Отличен ученик и студент, новозавършилият лекар д-р Кожухаров остава за две години да специализира хирургия. След завръщането му в България, т.е., след като е работил в елитни виенски хирургически клиники, го изпращат като околийски лекар в с. Балбунар (днес гр. Кубрат). След отбиването на военната служба постъпва като ординатор в Хирургично отделение на Александровската болница при д-р Р. Щирлин, а след отпусването му д-р Кожухаров е назначен за управител на Клементинската болница (1897) с височайшето ходатайство на своя благодетел католическият владика в Одрин.

Независимо от ходатайството, д-р Иван Кожухаров е един много добре подготвен поливалентен хирург - още в Александровската болница той въвежда оперативни техники по ортопедия, травматология и урология, метода на Басини при херниотомия, метода на Гросих за дезинфекция на оперативното поле. Ежегодно посещава виенските хирургически клиники, за да актуализира знанията си по медицина, хирургия, ортопедия, урология, анестезиология.

Изключително динамична и прогресивно мислеща личност, с вкус към новото и рационалното в академичната медицина, д-р Ив. Кожухаров е не само хирург, но и много добър организатор. Нарастващата хирургична дейност в Клементинската болница налага и увеличаване на щата. Така през 1904 г. в болницата вече работят 1 главен лекар, 1 лекар - помощник, 1 аптекар, 1 фелдшер-дезинфектор, 8 милосърдни сестри и 5 слуги или общо 17 души персонал. Д-р Кожухаров въвежда документация и отчетност и болницата започва ежемесечно да отчита движението на пациентите

пред Управителния съвет, Градската санитарна дирекция и Дирекцията за опазване на общественото здраве.

По времето на д-р Кожухаров, освен новопостроените павилиони и разширения (1900 и 1903) и новото обзавеждане (1897), през 1902 г. Клементинската болница се електрифицира - осветителните петролни лампи се заменят с електрически. Целият персонал се храни безплатно, а фелдшерът и сестрите са на квартира в болницата.

Д-р Кожухаров въвежда и други, не само хирургически методи за диагностика и лечение. През 1899 г. той купува един от двата най-първи рентгенови апарати в България (вторият е за клиниката на д-р Г. Балсамов). Независимо че ВМС дава разрешението си д-р Кожухаров да работи с рентгенов апарат (1908), той отива на специализация, за да получи официален сертификат за рентгенолог от Централния рентгенов институт във Виена.

Много важен момент в професионалния живот на д-р Кожухаров е неговата активност за учредяването и утвърждаването на БЛС. Той е не само редовен делегат на съборите, но още през втората година от издаването на съюзния официоз - "Летописи", публикува в него научни статии. Д-р Кожухаров приема идеалите на Свободното зидарство и е член на Великата ложа на България от утвърждаването ѝ през 1918 г. до приспиването ѝ по силата на Закона за защита на нацията през 1940 година.

Непосредствено след смъртта на княгиня Клементина, грижата за Клементинската болница се поема от втората съпруга на цар Фердинанд - царица Елеонора. По настоящитото ходатайство на нейния личен адютант г-н Савов, тя освобождава главния лекар и управител след 12-годишното му безупречно управление.

Но д-р Кожухаров е готов за всякакви житейски и професионални обрати - веднага открива частен санаториум с рентгенов апарат за лечение. По-късно разкрива и воднолечебен и Зандеров сектор.

Умира на 91-годишна възраст в София.

ЛЕКАРИТЕ

По време на своето управление д-р Иван Кожухаров назначава в Клементинската болница лекари с различни специалности - д-р Е. Клайн, д-р Г. Трифонов, д-р П. Атанасов, д-р Ив. Спиридонов, д-р Ст. Ангелов, д-р Н. Градинаров, д-р К. Вапцов, както и фелдшерите Драгиев, Стойлов, Иванов, Златанов и Стоянов.

● Д-р Иван Кънчев Спиридонов (1879 - ?) е завършил медицина в Монпелие, Франция, има специалности по детски и вътрешни болести и работи в Клементинската болница 6 години.

● Д-р Костадин Колев Вапцов (1880 - ?) е възпитаник на Московската медицинска



Царица Елеонора с д-р Михаловски

школа (1903) и е акушер-гинеколог.

● За кратко време тук работи и новозавършилият д-р Никола С. Градинаров, роден в София (1880 - ?) и завършил медицина в Москва (1904). След преломната за лекарския персонал 1908 г. той е назначен за управител на приюта в Карлуково към Луковитската санитарна околия.

● Година след д-р Градинаров е назначен и варналията д-р Стефан Митев Ангелов (1881 - ?), възпитаник на Мюнхенската медицинска школа (1905), интернист и невролог.

● Завършилият медицина в Цюрих, Швейцария, д-р Пешо Малинов Атанасов веднага е назначен в Клементинската болница, но след освобождаването на д-р Кожухаров е изпратен като ординатор в Карантинното отделение в с.



Д-р Михаловски сред колеги

Любимец, Харманлийско. Името му се среща и в списъка на свободните зидари в България.

● За година-две в Клементинската болница работи и д-р Георги Панайотов Трифонов (1878 - ?), завършил медицина в Париж (1905) и специализирал хирургия и гинекология. Огрят от идеите на свободното зидарство, през 1918 г. е въведен във Великата ложа на България.

НОВАТА ПОКРОВИТЕЛКА

Поелата патронажа над Клементинската болница (1908), царица Елеонора Каролина Гаспарина Луиза Ройс-Кьостриц (1860-1917) е дъщеря на принц Хенрих IV Ройс, вдовица на принц Кьостриц, принцеса, немкиня и протестантка. По спомени на нейни приближени е "съвършена, с достолепна осанка, забележителна интелигентност, спартанка, почтена, строга, делова, толерантна, непретенциозна и лоялна".

Независимо от августейшия си произход, принцеса Елеонора завършва курс за милосърдни сестри към Германския червен кръст. По време на Руско-японската война (1905) ръководи руски санитарен влак-болница в Манджурия. Тя е действаш член на Германския, Австроунгарския и Българския червен кръст и на виенското благотворително Рудолфинско дружество. Двестата хиляди лева, които Народното събрание ѝ гласува за "сватбен дар", тя предоставя за подобрения и ремонти на Клементинската болница - още на следващата година (1909) е закупен и нов модерен рентгенов апарат.

Животът на тази необикновена жена приключва безшумно в двореца Евксиноград след две операции от рак на стомаха, а костите ѝ почиват в двора на Боянската църква. Църквата, която тъй много е ценела, обичала и спасила за поколенията - малцина знаят, че когато боянчани решават да съборят старата селска църква и да построят на нейното място нова, Елеонора категорично се възпротивява, като изтъква ценността на стенописите на тази уникална старина. С лични финансови средства тя довежда за експертна оценка и реставриране на стенописите австрийския специалист Йозеф Бала. Куратинното отделение в с.

около църквата, както и насаждения, които днес оформят този бисер на Православното и обект на ЮНЕСКО - Боянската църква.

СМЯНА НА РЪКОВОДСТВОТО

Животът е показал, че идването на всеки нов началник е нова страница в живота на институцията. Така е и в Клементинската дворцова болница. Документите показват, че с освобождаването на д-р Иван Кожухаров си отиват и лекарите, с които е работил. А те са букет от различни медицински школи и специалности - Монпелие, Мюнхен, Моск-

При своето управление в Клементинската болница д-р Михайловски назначава д-р Алекси Т(е)одоров (1877 - ?), завършил медицина в Женева, Швейцария (1905), постъпил в Клементинската болница (1910) и останал на работа само една година.

Д-р Михайловски назначава за хирург-ординатор и д-р Владимир Матев (1912). Той е завършил медицина в Монпелие, Франция (1906) и остава на работа в Клементинската болница 37 г., 22 от които по-късно е неин главен лекар.

От 1910 г. старши лекар-хирург е д-р Иван Карамихайлов (вж. Quovadis, бр. 7, 2009), а клиничен лекар - д-р Георги



Д-р Димитър Михаловски сред войници

Иванов Балсамов, завършил медицина в Цариград (1890) и УНГ специалист.

По време на Балканската и Първата световна войни Клементинската

Иванов Балсамов, завършил медицина в Цариград (1890) и УНГ специалист.

По време на Балканската и Първата световна войни Клементинската

СТАВА ВОЕННА БОЛНИЦА

През Първата световна война в нея работят и немските военни хирурзи проф. д-р Ханс Майер от Лайпциг, награден с българския орден "За гражданска заслуга" II степен - Големият офицерски кръст - и рентгенологът д-р Денк. Като мобилизиран тук работи и хирургът д-р Иван Кожухаров.

Редовен консултант е рентгенологът д-р Васил Иванов, специализирал по новата за тогава за твърде интересна дисциплина рентгенология в Берлин (1910). Когато се завръща след специализацията, софийската здравна управа решава, че най-подходящо е да работи като лекар в Софийската градска ... баня. Добре, че д-р Михайловски оценява знанията и уменията му и д-р Иванов работи по 2-3 дни седмично и в Клементинската болница.

За живота на Клементинската болница в периода между двете световни войни четете в следващия брой.

Но това съвсем не пречи да е управител и главно действащо лице в така нар. придворна медицина цели 14 г.

Проф. д-р Ваньо Митев: Кризата е на колене пред Медицинския университет - София

С шествие по софийските улици, тържествен концерт и връчването на награди премина празникът на Алма матер

Вълнуващо тържество послучай патронния си празник - 7 април, организира Медицинския университет - София. По традиция честването започна на 6 април пред Докторския паметник в столицата, където се събраха преподаватели в официални тоги, студенти, докторанти, специализанти и много граждани. Шествието премина по булевард "Руски" и стигна до зала "България", където се проведе официалната част. Празникът на университета беше почетен от премиера Бойко Борисов, министъра на здравеопазването д-р Стефан Константинов, министъра на образованието Сергей Игнатов, министъра на околната среда и водите Нона Караджова, кмета на София Йорданка Фандъкова, главния архитект Петър Диков, председателя на БАН акад. Никола Съботинов, депутати от Комисията по здравеопазване на НС, посланици, дипломати, ректори на университетите от страната, директори на болници. Цветя от името на УС на БЛС поднесе главният секретар на съсловната организация д-р Димитър Ленков.

Както винаги тържеството започна с химна на България и на Медицинския университет. В емоционално слово проф. Генчо Начев, председател на Общото събрание на МУ - София отбеляза, че лекарите трябва да се гордеят със своята професия. "Тя е призвание, което кара човек да загърби личните си интереси, да пренебрегва любимите си хора и дори собственото си здраве, за да отдаде всичките си сили за здравето на ближния", подчерта той. След него ректорът на университета проф. Ваньо Митев върна лентата назад и разказа за годините на създаване, развитие и утвърждаване на висшето училище. Той не пропусна да се похвали, че днес Медицинският университет - София е най-добре поставеният в България и поиска рейтинговата класация да се обвърже и с финансови последици. Проф. Ми-



тев припомни трудностите на висшето училище от последните години и сподели успехите, постигнати при новото ръководство. "Преди три години основните заплати са били най-ниските в сравнение

ни, че въпреки намаления с 6 млн. лв. бюджет през 2010 г., Медицинският университет - София е увеличил своите приходи и те вече възлизат на близо 40 млн. лв. Тези пари са основно от спечелени

учебното заведение е успяло да увеличи броя на чуждестранните студенти от 800 на 1600, което прави 22% от общия брой студенти.

Проф. Митев представи и някои от важните цели пред ръководството, първата от които е приемането на устройствен план за територията на Висшето учебно заведение. Ректорът припомни, че още преди две години Общото събрание на Медицинския университет е одобрило основните принципи на този план - изграждане



Премиерът и здравният министър уважиха празника

с другите университети в страната. Основната заплата на професор, която беше 800 лв. сега варира от 1400 до 1900 лв. в различните факултети. През тази година основните заплати са увеличени с 30%", каза той. И допъл-

научни и инфраструктурни проекти, като повечето са вложени в закупуване на модерна апаратура за университетските болници. "За нас няма криза. Кризата е на колене пред МУ - София", каза професорът. Освен това



Ректорът връчи награда и на израелския посланик

пример за това, че когато хората знаят, могат и искат нещо, то винаги има начин да се случи - тогава държавата и институциите работят и си помагат", заяви премиерът. Той увери, че до 30 дни подробният устройствен план ще бъде одобрен и ще бъде такъв, какъвто го е поискала академичната общност. "Реализирайте проекти по модела на публично-частното партньорство, създайте кампус и всич-

НАГРАДИТЕ

Отличените медици с приз "Панацея":

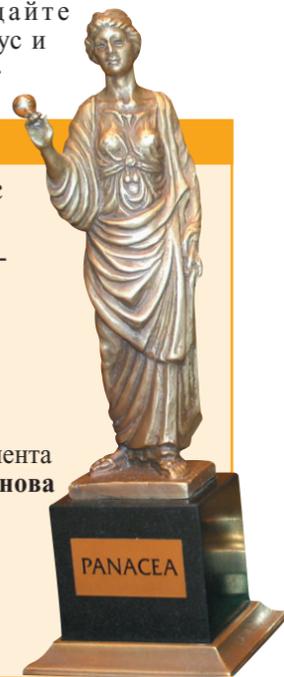
В медико-биологичната област - проф. Ирини Дойчинова

В медико-клиничната област - доц. Георги Георгиев

В медико-социалната област - доц. Вихрен Петков

Наградата "Signum Laudis" на лента получиха проф. Йорданка Узунова и проф. Стефан Гладилев

Отличието "Signum Laudis" на кожен плакет беше връчено на доц. Жасмина Тенчева и доц. Дарвин Иванов



на двете недовършени болници, "скелетите" на които стърчат от години двора на Александровска болница, а също и построяването на административно-учебния комплекс и общежитието на университета. "От това ще спечелят всички. Печелите и вие политиците, защото и добре да управлявате, вие сте наши настоящи, минали или бъдещи пациенти", завърши той.

Именно за оказаната пълна подкрепа при съз-

даването на устройствения план премиерът Бойко Борисов получи почетен знак на лента за заслуги към МУ - София. Почетни знаци на постамент по същия повод бяха връчени на кмета Йорданка Фандъкова и на архитект Петър Диков. С отличия за заслуги бяха наградени и ректорът на Университета по библиотекознание проф. Стоян Денчев и посланикът на Израел Ноа Гал Гентлер. "Вашият университет е

ки онези неща, които притежават големите университети по света", допълни Борисов.

Посланикът на Израел Ноа Гал Гентлер благодари за наградата. "Голяма част от възхода на медицината в Израел се дължи на български лекари", каза той и допълни, че повечето медици са завършили у нас или пък родителите им са практикували в страната ни. "Живеем в трудни времена, но бъдещето ви е позитивно", завърши словото си той. "За мен е огромна чест да получа това отличие, което много задължава", каза кметът Йорданка Фандъкова. Тя обеща скоро двоят на Александровска болница да се превърне в малък академичен град, в който МУ да има своя хубава сграда. В общинските болници в София работят повече от 1500 лекари, възпитаници на Медицинския университет - София и ние се гордеем с тях, подчерта кметът.