

# QUOVADIS

ЛЪТОПИСИ  
НА  
ЛЪКАРСКИЯ СЪЮЗ  
ВЪ БЪЛГАРИЯ

София, година XII, брой 5, вторник, 31 май 2011 г.

Национално издание на Българския лекарски съюз [www.blsbg.com](http://www.blsbg.com)

## ЗАПОЧВАТ РАЗГОВОРИТЕ НА ЕКСПЕРТНО НИВО ЗА НРД 2012



Заседание на Националния съвет

● **Лекарският съюз предлага междинен вариант за преминаване към диагностично-свързаните групи** на стр. 3

### РЕПЛИКА НА БРОЯ

*Лекарят учи за космонавт - наистина учат това, което и космонавтите. Та този космонавт го пращат на село и му казват: Те като си учил за космонавт, можеш ли да караш и трактора? Това се случва...*

Генерал Стоян ТОНЕВ, началник на ВМА

## КАК ЩЕ ГИ СТИГНЕМ... ШВЕЙЦАРЦИТЕ?

на стр. 8 и 9

Страната на банките въвежда ДСГ вече 10 години, ние ще го правим 3 пъти по-бързо...



В БРОЯ

### ПРОЗРАЧНОСТ



**Усвояваме бавно... дори европарите**

на стр. 4

### СПЕЦИАЛЕН ГОСТ

**Д-р Димитър Игнатов, почетен председател на БЛС**



на стр. 7

### КЪДЕ СМЕ НИЕ

**На края на опашката в Европа сме по заплащане на лекарите**



на стр. 12

**Тревожност**  
**Напрегнатост**  
**Неспокоен сън**

**СЕДАТИФ ПС®**  
намалява стреса

БЕЗ ПРИВИКВАНЕ

СЕДАТИФ ПС

LABORATOIRES 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

# ПРОКУРАТУРАТА ОНЕВИНИ ДВАМАТА БЛАГОЕВГРАДСКИ ЛЕКАРИ

• Те могат да съдят държавата заради скандалния арест

Прекратено е разследването за документно престъпление срещу скандално арестуваните лекари от Благоевград д-р Любен Кавраков и д-р Александър Сивиков. В края на ноември м.г. те прекараха 72 часа в килия, защото издали документ за полицейско насилие. Зам. районният прокурор на София Руси Алексиев не посочи причината за прекратяване на делото - по закон прокурорът прави това, когато прецени, че обвинението не е доказано. Двамата лекари сега могат да съдят държавата по закона за отговорността ѝ и да претендират за обезщетение за задържането и обвинението

им. Ако в България не получат възмездие за претърпяното унижение и уронено име, имат всички шансове да спечелят дело и в Страсбург. Неврохирургът д-р Кавраков и ортопедът д-р Сивиков бяха арестувани заради "фалшива епикриза", издадена на благоевградчанина Георги Петков. Той бил задържан на 12 януари м.г. в София при полицейска акция за противодействие на автокражбите. По време на престоя му в ареста Петков се оплакал от болки по тялото и е откаран за преглед в МВР болница. Там било установено, че няма здравословни проблеми. След 24-часовото полицейско

задържане Петков е пуснат и се прибира в Благоевград. Там постъпва за преглед и лечение в болницата с много травми в областта на главата и лежи два дни. На 25 януари м.г. Петков подава жалба в полицията, че по време на задържането си е бил бит. Прилага и епикриза с диагноза "комоцио", издадена от двамата лекари. Тогава лекарите, документирали полицейските насилие, са арестувани. Малко след скандала около тяхното задържане избухна остър сблъсък между полиция и медици. Българският лекарски съюз защити колегите, предложени на унижение при недоказана вина.

# Създава се Национален център по общественото здраве и анализи

Това предвижда постановление, прието на 25 май от Министерския съвет. Националният център по опазване на общественото здраве и Националният център по здравна информация ще бъдат преобразувани чрез сливане в Национален център по общественото здраве и анализи. Структурните промени са във връзка с Плана за изпълнение на мерките за оптимизация на държавната администрация (2010 - 2011 г.) и поетите от страна на министерството по здравеопазването ангажменти, свързани с изсяняване и промяна в статута на двата национални центъра, се казва в съобщение по този повод, разпространено от правителствената пресслужба.

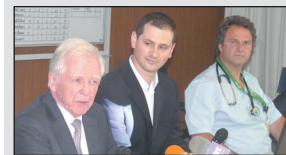
Новосъздаденият Национален център по общественото здраве и анализи да бъде здравно заведение - юридическо лице на бюджетна издръжка - второстепенен разпоредител с бю-

джетни кредити към министъра на здравеопазването, с предмет на дейност: научно-изследователска, експертно-консултативна, информационно-аналитична, методическа и учебна дейност в областта на опазване на общественото здраве; оценка на здравния риск при неблагоприятно въздействие на факторите на жизнената среда, рисковите фактори, свързани с поведението и начина на живот; промоция на здраве и интегрирана профилактика на болестите.

Предвижда се да бъдат оптимизирани в максимална степен дейностите, осъществявани до момента от двата центъра. Ще се съкратят служители с отпаднали, променени или дублиращи се функции, отбелязват от правителствената пресслужба. С промените общата численост на бюджетната система на здравеопазването се намалява със 110 щатни бройки.

# Нобелов лауреат за медицина гостува у нас

Проф. Цур Хаузен: Ригуца инфекции могат да причинят рак



Носителят на Нобеловата награда за медицина за 2008 г. проф. Харалд цур Хаузен (в ляво) изнесе лекция в Токуда болница София, в която акцентира върху връзката между определени вирусни инфекции и развитието на различни форми на рак. Професорът, който стана нобелист за откриването на причинно-следствената връзка между хроничната инфекция с човешкия папиломен вирус (HPV) и рака на маточната шийка, обяви, че при редовни тестове за този вирус и ваксинация на подрастващите, този тип рак може практически да бъде ликвидиран.

Немският учен оцени високо усилията на своите български колеги, както и на гинекологичния екип в Токуда да прилагат най-съвременните средства за диагностика, профилактика и лечение на причинените от папилома вируса заболявания. Нобеловият лауреат посети и Варна по покана на Медицинския университет, съобщиха от пещентъра на учебното заведение.

В България по официални данни всеки ден по една жена умира от рак на маточната шийка. Проф. Цур Хаузен напомни, че разработената ваксина, поставена навреме при момичета, които не са започнали полов живот, (между 9-17 години), гарантира поне 80% сигурност срещу смъртоносното заболяване.

## ФОТОФАКТ



Протестен митинг на лекарите и сестрите от Барселона срещу намаляването на средствата за здравеопазване с 5 на сто. Митингът съвпадна с участието на ръководството на БЛС в заседание на FEMS (Европейската федерация на лекарите на заплата). Изнесените данни показаха, че българските лекари са с най-ниски възнаграждения.

Повече - на стр. 12.

На снимката: Д-р Райчинов, д-р Дачев и д-р Ленков с протестиращите колеги в Барселона.

# Даряване на стволови клетки ще помага на онкоболни деца

Над 30 проби на доброволно дарени стволови клетки от кръв от пъпна връв са събрани вече от Университетската АГ болница "Майчин дом" и предоставени за валидиране на технологията, обработка, тестване и съхранение в Националната публична банка за стволови клетки в УМБАЛ "Александровска".

Този проект, в рамките на "Национална програма за развитие на трансплантацията на ство-

лови клетки в Република България 2007-2013г." се осъществява на база на договор, сключен между директорите на двете болници проф. д-р Л. Трайков ("Александровска") и доц. д-р В. Златков ("Майчин дом"), съобщи ръководителят на програмата проф. д-р Елисавета Наумова.

Знае се, че стойността за вземането, обработката и съхраняването на стволови клетки е доста висока и не всяко семейство

може да си го позволи. В тази програма майките доброволно даряват кръвта от пъпна връв без да заплащат за процедурата. По този начин освен за нуждите на своите деца, те даряват безвъзмездно стволови клетки и за пациенти, при които са налице причини за извършване на алогенна трансплантация на хемопетични стволови клетки.

Всяка родилка, желаеща да стане доброволен донор, подписва информирано съгласие и получава информация за какво могат да бъдат използвани стволовите клетки, какви заболявания могат да се лекуват.

## ПРЕДСТОЯЩО

**WORLD CLASS PARTNERS**  
15 Юни 2011  
МЕДИЦИНСКА ТЕХНИКА

АВСТРИЙСКА СТОПАНСКА МИСИЯ „МЕДИЦИНСКА ТЕХНИКА“

15 Юни 2011, от 9:00 до 14:00 часа, хотел Шератон, София

Австрия се слави в целия свят с отличното си реноме в областта на медицината, както по отношение на лекарите си, така и заради своето ноу-хау в медицинската техника и управлението на здравни заведения. На международния пазар австрийските фирми се представят с медицинска техника, фармацевтични продукти, изходни субстанции, но също и с ноу-хау, инженеринг и услуги. В този бранш, отличаващ се със специализацията и иновациите си, клиентите от цял свят печелят от ноу-хаута и научноизследователските структури на австрийските си партньори. Но и самата Австрия е все повече търсена в областта на здравните услуги – било то за операции и рехабилитации, но също и за профилактика и уелнес.

14 австрийски компании ще направят презентации на изделията си в рамките на

Официални спонсори:



форума на австрийски фирми "Медицинска техника" на 15 юни 2011 г. в „Шератон София Хотел Балкан“, зали „Роял“ 1 и 2 (пл. „Св. Неделя“ № 5, 1000 София). Те търсят български партньори за коопериране, дистрибутори и крайни клиенти, които желаят да използват качествени продукти "Made in Austria".

Участието на български институции, фирми и лица е **безплатно!**

Подробна информация за австрийските участници и начина на регистрация ще намерите на [www.advantageaustria.bg](http://www.advantageaustria.bg) > СЪБИТИЯ

За допълнителна информация:  
Австрийско посолство - Търговски отдел,  
ул. Цар Самуил 35, 1000 София  
тел: 02 / 953 15 53 • факс: 02 / 953 24 26  
e-mail: [sofia@advantageaustria.org](mailto:sofia@advantageaustria.org)  
Лице за контакти: г-жа Снежана Атанасова

## КОНКУРСИ

### СПЕЦИАЛИЗИРАНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ПНЕВМОФТИЗИАТРИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, БУРГАС ЕООД

Бургас 8000 ул. "Ген. Гурко" № 64

Управител: тел./факс/056/ 820126  
Гл. счетоводител: тел. 056/ 896251  
e-mail: [pulm\\_hosp\\_bs@abv.bg](mailto:pulm_hosp_bs@abv.bg)  
[www.pulmhospital-bs.org](http://www.pulmhospital-bs.org)

## ОБЯВЯВА:

Конкурс за заемане на длъжност:

Началник на Пневмологично Отделение в СБАЛПФЗ БУРГАС ЕООД

**I. Изисквания към кандидатите:**

1. Образователно-квалификационна степен "Магистър по медицина"
2. Придобита специалност по "Пневмология и фтизиатрия".
3. Трудов стаж като лекар не по-малко от 5 години по специалността.
4. Да са членове на БЛС и да нямат наложени наказания от БЛС.
5. Да нямат наложени дисциплинарни наказания и да не са осъждани.

**II. Необходими документи:**

1. Заявление за участие в конкурс.
2. Нотариално заверени копия от дипломи.
3. Удостоверение за членство

в БЛС.

4. Удостоверение за трудов стаж.

5. Свидетелство за съдимост.

**III. Начин на провеждане на конкурса:**

1. Писмена разработка на тема:

"ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ НА ДЕЙНОСТТА НА ПНЕВМОЛОГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ"

2. Събеседване с кандидатите, получили оценка на разработката, не по-малко от 4.50-поставяне на нормативни документи; мениджърски умения и комуникативни способности на кандидатите.

**IV. Дата на провеждане на конкурса:**

06.07.2011 година - в кабинета на Управителя от 08.30 часа.

Документите се подават в деловодството на "СБАЛПФЗ Бургас" ЕООД, до 30 календарни дни след публикуване на обявата.

## ОБЯВЯВА:

Конкурс за заемане на длъжност:

Началник на Пневмофтизиатрично Отделение в СБАЛПФЗ БУРГАС ЕООД

**I. Изисквания към кандидатите:**

1. Образователно-квалификационна степен "Магистър по медицина"
2. Придобита специалност по "Пневмология и фтизиатрия".
3. Трудов стаж като лекар не по-малко от 5 години стаж по специалността
4. Да са членове на БЛС и да нямат наложени наказания от БЛС.
5. Да нямат наложени дисциплинарни наказания и да не са осъждани.

**II. Необходими документи:**

1. Заявление за участие в конкурс.
2. Нотариално заверени копия от дипломи.
3. Удостоверение за членство в БЛС.
4. Удостоверение за трудов

стаж.

5. Свидетелство за съдимост.

**III. Начин на провеждане на конкурса:**

1. Писмена разработка на тема:

"ИЗГРАЖДАНЕ НА ЦЯЛОСТНО ПОДХОД ЗА ТОТАЛНО УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В ПНЕВМОФТИЗИАТРИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ"

2. Събеседване с кандидатите, получили оценка на разработката, не по-малко от 4.50-поставяне на нормативни документи; мениджърски умения и комуникативни способности на кандидатите.

**IV. Дата на провеждане на конкурса:**

06.07.2011 година - в кабинета на Управителя от 13.30 часа.

Документите се подават в деловодството на "СБАЛПФЗ Бургас" ЕООД, до 30 календарни дни след публикуване на обявата.

# НАД 91 ПРОЦЕНТА ОТ ХОРАТА СА СРЕЩУ КЛИНИЧНИТЕ ПЪТЕКИ КАТО МОДЕЛ ЗА ФИНАНСИРАНЕ

91,5% от хората в страната смятат, че клиничните пътеки трябва да отпаднат като модел за финансиране на болничната помощ. Това показват резултатите от приключилата анкета на сайта на министерството на здравеопазването.

52,2 на сто от участниците смятат, че въвеждането на диагностично-свързаните групи е по-справедлив модел за разпределение на средствата за болниците. Други 39,3 % са на мнение, че сегашният модел на заплащане в болничните заведения не е достатъчно обективен и се нуждае от промяна. Запазването на клиничните пътеки и на сегашния модел на заплащане срещу подкрепата на 5,5 на сто от анкетираните, а без мнение са 3 на сто.

Адрес на редакцията:

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

Отдел „Информация и връзки с обществеността“

Главен редактор: Лилия Н. Петкова

Редактор: Лили Войнова

Фоторепортер: Георги Георгиев

Предпечат: Ан-Ди

Експонация и печат: „Печатница София“

Редакционно броят е приключен на 30. 05. 2011 г.

# Лекарският съюз предлага междинен вариант за преминаване към ДСГ

## Започват разговорите на експертно ниво за НРД-2012

Българският лекарски съюз предлага догодина да се работи по нов, междинен вариант на диагностично-свързаните групи. Той беше представен пред Националния съвет на БЛС на 29 май от д-р Цветан Райчинов и подкрепен по принцип от Съвета. При него, точно както при ДСГ, пациентите ще се лекуват изцяло, включително за придружаващи заболявания, а болниците ще получават допълнителни средства за по-тежките случаи. Сега, независимо от тежестта, здравната каса плаща на клиниките само цената на клиничната пътека, по която е приет болният. Преди месец министърът на здравеопазването д-р Стефан Константинов също предложи преходен период, но според него в следващата година болниците не трябва да се отчитат по клинични пътеки, а да имат делегирани бюджети. БЛС категорично отхвърли връщането на бюджетирането в здравеопазването!

"Едва ли има човек в тази зала, който ще каже, че не иска ДСГ. Едва ли има обаче човек, който да си мис-

ръководството на БЛС - вариант на ДСГ, който е лесно изпълним. Замислен е по подобие на френския модел, но е приспособен към нашите условия. Основното е, че здравната каса ще плаща първо за лечението на заболяването на пациента по дадената клинична пътека, но за да се лекуват и всички придружаващи или открити в момента и налагащи лечение в болнична обстановка заболявания, Касата ще покрива на болниците и консулти със специалисти по страничните страдания, а също и назначените от тях допълнителни изследвания, медикаменти и консумативи. Тези дей-



ли, че на 1 януари 2012 г. ДСГ ще станат факт". Това заяви пред Националния съвет председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов. Той поясни, че клиничните пътеки са споменати в 68 нормативни документи, които, за да се премине към новия модел на финансиране, ще трябва да бъдат променени. "Никой не очаква, че парламентът до края на годината ще се занимава само със здравеопазване, нали", попита риторично д-р Райчинов. Затова той представи новите идеи на

ности ще се плащат по цените на извънболничната помощ. За целта са необходими около 120 млн. лв. допълнително. Според д-р Райчинов те ще бъдат налични в бюджета на НЗОК за 2012 г. По предварителни данни парите за здравеопазване догодина ще са отново 3 млрд. и 5 млн. лв., както и през 2011, но сега 100 млн. са определени за покриване на стари задължения на Касата към лечебните заведения. Догодина такава перо няма да е необходимо, така че 100 млн. лв. ще останат.

Останалите 20 млн. лв. ще дойдат от резерва на Касата. Председателят на БЛС уточни, че засега имат подкрепата за новия модел от д-р Иван Костов, шеф на болница "Шейново", от зам. министър Михаил Зортев и от управителя на НЗОК д-р Нели Нешева. Не е изказал мнението си само министърът на здравеопазването д-р Константинов. Колкото до регулацията на допълнителните дейности, д-р Костов се е ангажирал екипът му да направи необходимия софтуер за месец. "Така се

получава подобие на ДСГ, защото на практика ще се лекува комплексно болният. Освен това към края на годината ще имаме една значително по-реална база данни, за да можем да кажем по дадена специалност средно колко излиза лечението, заедно с придружаващите заболявания. Ще го имаме и като процентно съотношение", подчерта д-р Райчинов.

### БЛС ИСКА ПРЕРАЗГЛЕЖДАНЕ ЦЕНИТЕ НА КЛИНИЧНИТЕ ПЪТЕКИ

Лекарският съюз настоява да се повишат цените в пет болнични специалности. Ще се преразгледат и цените в доболничната помощ, като ще се иска завишение на майчиния преглед и заключителния преглед при физиотерапевт. За други специалности няма постъпили предложения от националните консултанти, а след това ще се сърдят, подчерта д-р Райчинов. Той отново призова колегите си да са по-активни, за да могат да постигнат заедно повече. И припомни, че миналата година, благодарение на БЛС, бюджетът на Касата беше увеличен с над половин милиард лева. Райчинов отчете също, че благодарение на Съюза договарянето на цените и обемите на медицинските услуги отново ще става между Касата и БЛС, а няма финансовото министерство да определя колко да се плаща на лекарите.

### НЕОБХОДИМИ СА ЗАКОНОДАТЕЛНИ ПРОМЕНИ

Предвижда се също Лекарският съюз да поиска цените и обемите на дейностите отново да влязат в

НРД, за което са необходими промени в законите. Ще се настоява и да се промени датата за стартиране на преговорите с НЗОК. Сега по закон те трябва да започнат след приемане на бюджета на Касата, което ще стане вероятно чак ноември-декември. В момента не е ясно как и с какъв документ ще се публикуват тези цени и методики и с какво действие стават задължителни по смисъла на законите, каза още д-р Райчинов. Затова БЛС и НЗОК ще подготвят съвместно писмо и искане до Комисията по здравеопазване, този въпрос да се реши.

### ДО 15 ЈУНИ ТРЯБВА ДА СА ГОТОВИ РАБОТНИТЕ ГРУПИ НА БЛС

Веднага след това ще започне и консултативно-експертната подготовка за НРД-2012. В нея ще участват както обикновено специалисти от НЗОК и БЛС. За целта беше решено регионалните колегии да определят своите участници в групите както за извънболнична помощ, така и за болниците. За първи път от страната на БЛС ще застанат и националните консултанти и шефовете на научните дружества по различните специалности. От УС в екипите ще участват д-р Кирил Еленски и д-р Диана Чинарска /ПИМП/, д-р Герорги Ставраков, д-р Светослав Дачев и д-р Вълчева /СИМП/. За болничната помощ ще се включат всички членове на УС, които работят в болници, като начело ще е д-р Юлиан Йорданов.

Първата среща на ръководството на БЛС и НЗОК за уточняване на начина, по който ще се водят преговорите за НРД 2012 г. беше проведена на 28 май.

### ФАКТИТЕ

## Какво постигна БЛС през 2010 г.

1. Върна правото на съвложната организация, заедно с НЗОК да договаря прогнозни цени и обеми, както и методиките за разпределение на дейностите
2. Извоюва допълнителни 402 млн. лв. в бюджета на НЗОК за 2010 г.
3. Извоюва още 120 млн. лв. в бюджета на НЗОК за 2011 г., с които да бъдат покрити дейности от предходната година.
4. Извоюва 40 млн. лв. за Министерството на здравеопазването, в частта за плащания към Спешна помощ, хемодиализа и други.
5. Благодарение на БЛС беше платена на болниците в пълен размер цялата фактурирана дейност за миналата година, дори и на тези лечебни заведения, които подписаха делегирани бюджети.
6. Беше приета и законодателна промяна, според която НЗОК е с балансиран бюджет, т. е. не може да икономисва средства и да ги прехвърля за следващата година.
7. Под натиска на Лекарския съюз беше възстановена и практиката резервът на НЗОК да е 10% или около 260 млн. лв., а не 5%, както беше през предходната година.

## Предложения към НРД-2011

БЛС и НЗОК ще предложат на Министерския съвет корекция на цените на клинични пътеки в пет специалности - инвазивна кардиология, пулмология, гастроентерология, ортопедия и урология.

Ще се поиска майчиният преглед в доболничната помощ да се изравни с останалите прегледи и да достигне 9 лв.

Ще се настоява за промяна на цената на заключителния преглед на физиотерапевтите.

Ще се поиска допълнително заплащане на анестезиолозите и патонатомите, извън КП.

## Какво ново предлага БЛС за НРД-2012

1. БЛС предлага нов, преходен вариант на ДСГ, при който освен основното заболяване, ще се лекуват и съпътстващите болести.

- За целта към основната клинична пътека здравната каса ще заплаща на болниците и консулти с други специалисти, а също и назначените от тях изследвания и медикаменти.

- Допълнителните дейности и консумативи ще се плащат по цени от извънболничната помощ.

2. В цената на пътеката да се определи точно и цената на лекарския труд.

3. БЛС настоява за законодателни промени, които да върнат цените, обемите и методиките в НРД, където им е мястото.

4. Искане също да се промени законодателството и преговорите между НЗОК и БЛС да започват по-рано, а не едва след приемане на Закона за бюджета на НЗОК за следващата година.

# САМО 2% ОТ ЕВРОПАРИТЕ ЗА СПЕШНАТА ПОМОЩ СА УСВОЕНИ

Това стана ясно от отговора на здравния министър Стефан Константинов по време на парламентарния контрол. В момент, когато спешната помощ изнемогва от липса на средства за какво ли не, хората от министерството забавили движението на проекта.

Припомняме, че преди около година ръководството на Българския лекарски съюз организира среща с директорите на всички центрове за спешна помощ в страната. Поканен бе и министър Константинов, и депутати от здравната комисия.

От министерството обаче дойдоха експертите Ивелина Георгиева и Димитрова. Лекарите поставиха тревожно натрупаните проблеми. Във вестника публикувахме проблемни кореспонденции с мото "Спешно за спешната помощ!" Но безуспешно, както се разбра от сегашния отговор на министъра на депутатско питане.

Ето и фактите. От юли 2009 г. до сега министерството е успяло да усвои 146 803 лева или 2,35% от финансовите средства по проекта ПУЛСС - Практически увод в лечението на спешните състояния. ("Quo vadis" представи този проект, включително сроковете при него.) Общата му стойност е 6,2 млн. лева. Изпълнението на дейността по проекта до 10 декември тази година било невъзможно, поради което е взето решение на комитета за наблюдение на оперативна програма "Развитие на човешките ресурси" да се удължи срокът с 24 месеца - до 10 декември 2013 година, обясни здравният министър в парламентарната зала.

Какво, все пак, е направено досега? Извър-

шено е проучване на добрите европейски практики в спешната медицинска помощ на четири страни. Изготвени са протоколи и алгоритми за клиничното поведение в спешната медицина. Предстои тяхното графично оформление и отпечатване в осем хиляди броя тираж и разпространение сред медицинския персонал. Изгот-

ли полезни при решаването на въпросите за развитието ѝ. А обучението и квалификацията, продължаващото обучение, са в прерогативите на съсловната организация по норматив, не само по силата на логиката.

Още факти: през февруари тази година е обявена процедура за възлагане на обществената поръчка за избор на

на персонала да започне веднага след успешното провеждане на задължителните обществени поръчки. Ще видим.

Депутатът Ваньо Шарков от Синята коалиция, който е носител на въпроса към здравния министър, припомни, че през септември 2010 година е задал същия въпрос към тогавашния министър Анна Мария Борисова, защото предполагал, че не се работи достатъчно по разписанието в проекта дейности. Тогава министерството успяло да усвои около 1% от средствата - 65 хиляди лева. "Наистина сме притеснени, че целта на този проект - допълнителното обучение на целия персонал в спешната помощ - няма да бъде постигната с непрекъснатото отлагане във времето", каза д-р В.Шарков.

Той зададе още един въпрос: вярно ли е, че ръководителят на проекта получава допълнително 1600 лева към основното си трудово възнаграждение, плюс същата сума и като ръководител на още един проект в министерството на здравеопазването.

Министър Константинов заяви, че не може да даде конкретен отговор и ще се изненада, ако е така, защото доста са редуцирани възнагражденията на всякакви комисии. Но призна, че има навици "да се работи с отлагане и да се получават средства". И допълни: "Постепенно се изчистваме от такива хора." Всеки, който не си върши работата, ще напусне поста си в министерството.

...Но докато става "чистенето", с отлагането на проектите не идват жизнено необходимите още сега евро-средства.

**АРХИВ QV**

**Над 7 хиляди лева от 28 центрове и филиали настояват: СПЕШНО ЗА СПЕШНАТА ПОМОЩ!**



- БЛС доведе при докторите от линейските депутати, експерти от здравното министерство и синдикалисти
- На специална среща в централата на съсловната организация се обсъди сигурността и финансирането на спешните звена
- Докога ще сме буфер при всеки опит за реформа, питаха лекарите

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

Публикация за проекта - на стр. 19

Бр. 7-8 от 6 август, 2010 г.

вена е база данни на персонала и преподавателите в областта на спешната медицина, както и анализ на потребностите от обучение, въз основа на който е разработена програма за обучение, обясни здравният министър.

Предстои изготвянето на интердисциплинарен медицински стандарт по спешна медицина.

Припомняме пак организираната от БЛС среща с шефовете на спешните центрове в страната. Тогава всички се обединиха около становището, че те най-добре познават проблемите и същността на тази дейност и биха би-

изпълнител за обучението на персонала в спешната помощ. Процедурата обаче е прекратена, защото е подадена само една оферта, съобщи министърът.

И пак си припомняме подробности от срещата с директорите на спешните центрове. Тогава, според представителя на министерството, били провеждани разговори с много от тези директори. Оказа се, че нито един от призиващите на срещата нито е участвал в подобни разговори, нито е чувал за тях. Дали министърът не се преповерява на хората, които движат проекта?

Сега, според него, се предвижда обучението



## ВМЕСТО ДУПЛИКА

# МИНИСТЕРСТВОТО ИСКА ВЕДНАГА ОТ БЛС ОЩЕ ЕКСПЕРТИ ЗА АКТУАЛИЗАЦИЯ НА СТАНДАРТИТЕ

● **Съсловната организация настоява за информация и прозрачност на работата по европроекта**

С изходяща дата 26 май, 2011 г., зам.министър Зортев изпрати писмо до председателя на БЛС д-р Райчинов - спешно да предложи представители на съсловната организация в работните групи за актуализация на медицинските стандарти. Преди това имаше телефонни позвънявания по спешността...

На 28 май на заседание на Националния съвет на БЛС бе прочетено писмото. И лекарите зададоха не един и два въпроса - защо толкова спешно, защо така настоятелно и преди всичко, пожелаха повече информация за проекта и за работата по него.

Става въпрос за работа в рамките на Дейност 13 "Актуализиране и изготвяне на основани на научни доказателства медицински стандарти" по проект "Акредитация на лечебните заведения и продължителното обучение на медицинския персонал". Той се финансира със средства на Оперативната програма "Развитие на човешките ресурси 2007- 2013".

"С оглед на спазване на сроковете по горепо-

сочения проект, както и изискванията на договарящия орган - Министерството на труда и социалната политика, моля спешно да предложите допълнително Ваши представители в работните групи за останалите медицински стандарти, които следва да се актуализират..." Изброяват се 30 медицински стандарти. И пак се напомним за необходимата спешност.

"По закон всички проекти, които касаят обучение, трябва да стават с участието на БЛС", припомни зам. председателят на съсловната организация д-р Георги Ставракев. Според него "това, което не трябва да стане без наши експерти, е работата по европейски програми".

От списъците на групите по специалности се вижда, че се повтарят имена на служители на министерството на здравеопазването в няколко групи по специалности, забелязаха лекарите.

Националният съвет реши да поиска повече информация, както и прозрачност на работата по проекта.

## АРХИВ QV



Протести на пироговци

## Концепция на МЗ:

# Спешната помощ ще стане бърза след пет години

### ● Парамедици ще сменят фелдшерите, линейките ще пристигат за 20 минути

Спешната помощ да бъде поета от парамедици, а лекарите и линейките да се отзовават на сигналите до 20 минути. Това предвижда концепцията за развитие на спешната помощ, представена от здравния министър Стефан Константинов. За целта предстои повишаване на възнагражденията на екипите, за да се преодолее кадровият дефицит, и реструктуриране на филиалите, така че линейките да са най-много на 20 км от всяко населено място. Кога ще стане това не е ясно, но със сигурност няма да е скоро. Министърът очаква високите заплати да увеличат мотивацията, а оттам да нарасне и броят на лекарите, но подчерта, че за целта ще са необходими двойно повече пари. Затова от здравното министерство ще поискат през следващата година 150 млн. лв. за спешната помощ при тазгодишен бюджет от 82 млн. лв., но не е сигурно, че ще ги получат.

"При наличие на политическа воля и обществена подкрепа оптималният срок за реализация на концепцията е от 3 до 5 години", коментира министърът и посочи, че през следващите три месеца ще има обществено обсъждане преди официалното приемане на концепцията от Министерския съвет.

#### Новите попълнения - най-рано след 2 години

Промяната на структурата на спешна помощ и включването на парамедици се налага основно заради липсата на кадри. Освен че няма достатъчно лекари, в момента 38% от работещите в системата са фелдшери. Тази специалност обаче не се учи у нас от 10 години и след още толкова спешната помощ няма да разполага и с тези кадри, обясни здравният министър. Затова трябва да бъдат заменени от парамедици, които ще трябва да преминат през специално обучение в някое от акредитираните висши училища, за да оказват спешна помощ и да поддържат живота на пациента до откарването му в болница. Предвижда се обучението да става по европейски програми в едногодишни и двугодишни курсове. През едногодишни курсове ще преминават шофьорите на линейки, които ще откарват

пациентите директно в болница. Според министъра обучението може да започне от следващата година и след две години да имаме първите парамедици с преминал едногодишен курс, а след три години - с двугодишен курс.

#### Три вида екипи според сложността на случая

В спешната помощ ще има три вида екипи. Те ще се отзовават на повикванията в зависимост от

липсата на достатъчно екипи, обясни министърът. Според него в момента заплатите на лекарите в спешните центрове са от 1000-1100 лв., но трябва поне да се изравнят с тези на колегите им от доболничната помощ, заяви министърът. Оказа се обаче, че тези суми се достигат само с извънреден труд и нощни дежурства, а началните заплати са значително по-ниски. В концепцията е заложено стартовите възнаграждения на парамедиците и медицинските сестри да



бъдат 3 пъти минималната работна заплата или 720 лв., а на лекарите - около 1200 лева. "20 минути е прекрасен критерий, обещание за сериозно падане под тази грани-

ца е популизъм", каза д-р Константинов. В предишната концепция за спешната помощ, представена преди години от министър Радослав Гайдарски, се предвиждаше колите да пристигат до 8-ата минута, но това така и не се случи. В доста държави в ЕС линейките се отзовават средно за 7-15 минути. Сега в 58% от населените места в страната спешната помощ достига до 20 минути, в 27% - до 30 минути, а в останалите 15% - за над половин час, сочат данните на МЗ.

Случаите, при които изискването за бързото пристигане на медиците не е спазено, ще бъдат проверявани и оправдани само при изключителни условия - метеорологични, бедствия, крупни аварии, поясни министърът.

#### Реструктуриране на филиалите

Предвижда се гъвкавост и в разпределението на медицинските екипи в отделните места в зависимост от особеностите им. Така например в големите градове над 200 000 души ще има повече от 1 изходна точка на екипите за спешна помощ. Те ще бъдат разположени в различни болници. Предстои и реструктуриране на филиали, така, че да се покрият по-добре нуждите на населението. В същото време обаче министър Константинов подчерта, че откриването на нови филиали няма да има до края на годината. Няма да се преместват и сега съществуващите.

#### Финансиране - от държавата и НЗОК

Държавният бюджет ще продължи да е основен източник на финансиране на спешната помощ. Според здравния министър към него трябва да се присъедини и НЗОК, която да плаща транспортирането на пациентите от една болница в друга. Досега Касата можеше да покрива само медицинска дейност и то извън спешните и неотложни състояния. Вливането на частни капитали в системата не се предвижда.



### Отделят се средно годишно по 11 лева на човек

Системата за спешна медицинска помощ в България включва 28 центъра в отделните области със 198 филиала към тях, които се намират в различни общини. Системата се финансира чрез пряка държавна субсидия от републиканския бюджет, като през последните 4-5 години средствата са се увеличили от 52 млн. лв. до 82 млн. лв. годишно, но остават крайно недостатъчни. Годишният разход за спешна медицинска помощ на един жител през 2010г. е средно 10.86 лв., като за различните центрове в страната стойностите са различни. Сред най-ниските разходи са тези в София - 5.8 лв. на един жител и в Пловдив - 7.8 лв., а най-високи са в центрове, обслужващи отдалечени и трудно достъпни райони с ниска гъстота на населението (Смолян - 22.2 лв. на един жител; Видин - 18.3 лв., Кърджали - 17.1 лв.). Основната част от разходите на спешните центрове е за трудови възнаграждения (78%), а за издръжка - горива, режийни, отиват около 21.6%.

В системата на спешна помощ в страната работят

6887 души при налични 7113 шата. Това означава, че са заети около 97% от местата. от които медицински специалисти са 3759 - 1146 лекари, 1508 фелдшери и 1103 медицински сестри и др. С тези кадри са формирани 354 мобилни екипа, от които 87 реанимационни, 267 за първа помощ - 141 лекарски и 126 от сестри и фелдшери. Освен това има и 35 транспортни екипи и 167 стационарни екипи. Средната заплата е 630 лв., което води до отлив на желаещи за работа в системата.

Спешна помощ разполага с 813 санитарни автомобили, от които 400 са купени през последните 4 години. Новите автомобили са изцяло оборудвани съгласно европейския стандарт с дефибрилатори, респиратори, ЕКГ и всичко нужно за оказване на спешна помощ. За съжаление същото не може да се каже за по-старите коли. Въпреки че в момента материалното състояние е добро, трябва да се има предвид, че след 2-3 години ще е нужно поетапно да се премине към подмяна заради амортизация.

### МУ - София се подготвя за обучението на новите специалисти

Обучението на парамедиците да става в столичния Медицински университет в Катедра по спешна медицина, която да се създаде във висшето учебно заведение, предложи ректорът на МУ - София проф. Ваньо Митев. Идеята му е всички клиници, свързани с тази специалност, в които в момента се обучават студенти - главно в "Пирогов" и в ИСУЛ - да бъдат обединени в такава катедра, която да се занимава с обучението на студентите по медицина и на парамедиците, обясни той по БНР.

Проф. Митев допълни, че в момента се изготвя концепт с необходимите въпроси, за да може да е ясно какво точно ще се изучава, какви изпити ще се държат, какви преподаватели ще бъдат ангажирани. Той бе категоричен, че у нас има необходимост от парамедици. Според ректора университетът има готовност още от следващата учебна година да започне обучението на парамедици.

Идеята на проф. Митев за Катедра по спешна медицина беше подкрепена и от ректора на варненския Медицински университет проф. Анелия Клисарова. Според нея страната има нужда от парамедици, защото те трябва да заменят изчезващите фелдшери. "Мисля, че можем да се обединим университетите и заедно да направим такива програми, за да могат те да са адекватни на нуждите, които поставя пред нас държавата", коментира тя. И двамата ректори изразиха одобрение към концепцията на МЗ за спешната помощ, но отбелязаха, че тя ще изисква много средства.

Д-р Диана Чинарска:

# ЗАЩО НЕ НИ РАЗБРАХА - ПАЦИЕНТИ И МЕДИИ - ЗА ЛЕКАРСКИТЕ ГРЕШКИ?

Иска ми се отново да повтора старата истина, че човек се учи от грешките на другите за да не ги допуска той!

Уважаеми колеги, ще се опитам в тази нова рубрика на нашия професионален вестник да разгледам в по-разширен план идеята концепция, представена от БЛС на кръглата маса на 7 април 2011 г. в зала-

та на хотел "Родина". За този форум сте информирани в миналия брой на вестника.

Какво всъщност е в България и в останалите развити държави по света - "лекарска грешка, нежелани терапевтични резултати"? Как се дефинират, как се систематизират, как се регистрират, какви системи за регистрация има и т.н. все необходи-

ми и полезни познания за нас.

Нека да се запознаем и да обмислим кое и какво ще ни бъде в полза като превенция, в достатъчно стресовата работна среда, в която прекарваме почти целия си професионален път, защото пенсиониран лекар няма. Той си остава по призвание и признаци от пациентите лекар докрай!

Българските пациенти и лекари вече 20 години изграждат демократичните принципи и в сферата на здравеопазването.

Но...

Какво четем ежедневно в пресата през тези години и до къде стигнахме по този демократичен път на развитие?

- От година на година населението е с повишена заболяемост и нарушено демографско равновесие.

- Необходимостта от здравно обгрижване на пациентите расте прогресивно.

- Внедриха се най-съвременни научно доказани технологии в здравеопазването, които са многократно по-скъпи за пациентите в сравнение от преди 15 години.

- Достъпът до лекарствени продукти от последна генерация са на българския пазар.

- Пациентите имат значително разширен избор на достъп за съвременно лечение и диагностика.

- Пациентите станаха европейски граждани и е естествено да имат амбицията за лечение и обслужване както всички такива от другите държави в обединена Европа!

Какво се промени за медицинските специалисти от които имат

необходима българските пациенти?

- Всички медицински специалисти се убедили, че е във взаимен интерес да изградят обновен подход към пациентите си във всяко отношение.

- За съжаление такива специалисти се градят цял живот в процеса на

визията за практикуване в страната се влошиха.

- СПЕЦИАЛИСТИТЕ ЗАПОЧНАХА ДА НАПУСКАТ СТРАНАТА ГЛАВОЛОМНО ПРЕЗ ТОЗИ ПЕРИОД.

- Други вече са в пенсионна възраст, а младите директно от университета заминават извън

заглавия за "бяла мафия, лекари убийци, лекари в комбина с траурни агенции," "българите жертва на лекарски грешки", и не закъсня крайното поведение от конфронтацията между лечителите и пациентите. Появи се насилието върху лекари на работното им място,

съсловие оцени ситуацията и се опита да постави началото за ред в отношенията се получи

## ФЕНОМЕНА НА РАЗВАЛЕНИЯ ТЕЛЕФОАН!

Уверявам българските пациенти, че няма лекар в страната, който да не е



Д-р Чинарска в кабинета

практикуване на хуманната професия - лекар, специалист по здравни грижи, акушерка, рехабилитатор, фелдшер, фармацевт и т.н.

- Покрай финансовите бордове и световната финансова криза усло-

страната.

- Настъпи незадоволително за пациентите здравно обслужване по много причини и те започнаха да изказват с гръмки изрази това усещане.

В медиите се появи

като израз на не разбраната цивилизация - дойдоха и заглавия в пресата като: "Лекар пребит излизайки от операционната", "лекар със счупен нос, лекар със комочио" и т.н.

И когато лекарското

чел, слушал по семинари и конференции за т.н. лекарски грешки. Затова съсловната организация има по закон вменени задължения да изгради Етичен кодекс на лекарите и да изисква от тях да се спазва. В същия

закон за лекарите и лекарите по дентална медицина са предвидени и санкции в случай, че се нарушават тези етични норми.

И когато съсловието с неговата организация - Български лекарски съюз, чрез председателите на етичните комисии от страната представи концепция като начало за превенция и формулиране на лекарски грешки, или нежелани терапевтични резултати, то обществото и медиите не разбраха посланието ни като лекари.

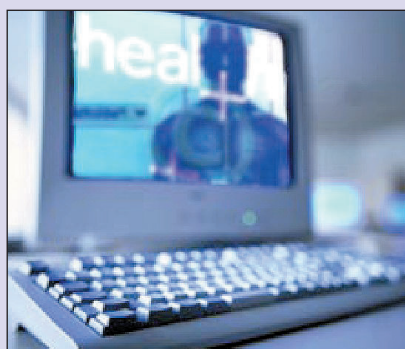
Още по-изненадващо е, че и част от съсловието не прояви разбиране към тематиката и прие концепцията като някаква заплаха за самите нас.

## ТАКА ЛИ Е ПО СВЕТА?

Предметът на лекарските грешки не е нов. Въпреки това, той не беше на голямо внимание в САЩ до 1990 г., когато правителството спонсорира проучвания по проблема. Те са били проведени от двама лекари, Lucian Leape и Дейвид Бейтс. През 1999 г. в доклад, изготвен от Комисията по качество на здравните грижи в Америка, са публикувани от Института по медицина (МММ). В резултат на доклада на МММ, президентът Клинтън поиска от Междуправителствения координационен комитет за Качество на целевата група (QuIC) анализ на проблема с лекарските грешки и безопасността на пациентите и отпрати препоръки за подобряване на здравеопазването. Докладът на председателя за проучването на медицински грешки е публикуван през февруари 2000 година.

Продължава в следващия брой

# ЗАЩО НИ ТРЯБВА РЕГИСТЪР НА НЕЖЕЛАНИ СЪБИТИЯ ОТ МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ?



Важно е да се разбере и от управляващите, и от работещите в системата на здравеопазването кога кои термини

са адекватни при описанието на медицински грешки, за да се направи разлика между нараняване или смърт, причинена от грешките, направени от хора, от една страна, и нежеланите резултати от лечението, от друга.

Някои алергични реакции към лекарства или неуспехи в отговор

на лечението на рака, например, резултат от физическите различия между пациенти или известните странични ефекти на някои видове лечения, са сред част от причините, довели до този нежелан терапевтичен ефект, а не от предписване на погрешно лекарство или терапия за състоянието на пациента. Този вид отрицателен резултат се нарича инцидент в официалните документи.

Нежеланите реакции могат да бъдат определени като нежелани в процеса на лечението. Много примери могат да се дадат - например нежелано събитие е дискомфорт в изкуствената става.

Интерес ще представлява и изготвяне на регистър на нежелани събития от медицински дейности, които да се включат и в програмата за продължително обучение на лекарите - като превенция в собстве-

ната практика, а и като превенция за безопасност на пациентите.

Такива системи са изградени в много страни. Системата за регистрация например в Съединените американски щати е много подробна и е развита както по вертикал, така и в хоризонтална верига между лечебните заведения и административните звена в здравната система. Даже по-далеч се стига в съвременния свят на информацион-

ните технологии - много от университетските и големи болнични комплекси имат и уеб базирани системи под формата на наръчник и въпросници както за пациентите, така и за лекарите. В други страни, както е в Гърция, има разработена система за регистрация на медицински грешки като продукт на Икономически научен институт за нуждите на здравеопазването, но тези теми ще са с продължение.

Д-р Димитър Игнатов, почетен председател на БЛС:

# ОЧАКВАМ СКОРО ЗДРАВНАТА СИСТЕМА ДА БЪДЕ ВЗРИВЕНА ОТВЪТРЕ ОТ ГРАЖДАНИТЕ И ОТ ЛЕКАРИТЕ

- Д-р Игнатов, вие сте от хората, които поставиха началото на новото здравеопазване в България. Как оценявате състоянието на сектора 11 години по-късно?

- Ще се върна още по-назад във времето. При възстановяването на Българския лекарски съюз колегията ни постави условие за смяна на финансирането на системата, т. е. от остатъчен бюджетен принцип да се премине към фондово здравеопазване. Ние изпълнихме тази задача с приемането на Закона за здравното осигуряване и на всички останали необходими закони. Така нашето здравеопазване стана фондово, каквото е в модерните европейски държави. Това създаде прелом и желание за работа у хората, тъй като при системата "Бисмарк" се отваря въпросът за кадрността и се губи уравниловката. Лекарският съюз не искаше и не иска да има уравниловка. БЛС не е синдикат, както мисли сегашният министър Стефан Константинов. На Събора той определи БЛС като някакво аморфно тяло със синдикални функции. Никакви синдикални функции нямаме, тъй като лекарите по своята същност са индивидуалисти! Те се състезават помежду си за по-добро качество и когато го няма това състезание, страдат и пациентите, и самите лекари. Новата система даде възможност да се сключват договори и да се плаща за дейност. Тя беше реализирана чрез НЗОК и Националния рамков договор, който сключват Лекарският и Зъболекарският съюз с Касата. Така изпълнителите на медицински услуги започнаха да се конкурират за средствата - изкарва повече този, който е по-търсен от пациента. Който работва по-малко, трябва да се замисли защо е така и да започне да повишава квалификацията си. И това е втората задача на БЛС - да създаде условия за повишаване квалификацията на лекарите. Постоянното обучение, за което се говори в света, беше дадено на БЛС.

- Защо след това нещата в системата забуксуваха?

- Забуксуваха, защото някой не иска тази система. Те обаче не буксуват само в здравеопазването, а в целия обществен живот. При това положение няма как здравеопазването да остане оазис в една система, която връща нещата към социализма, когато всички са еднакво равни и еднакво бедни. И всички ги командва един човек, като няма значение как се нарича той.

- Какво попречи да се

проведе здравната реформа в сроковете, в които беше заложена?

- Беше запланувано реформата да се проведе най-късно до 2004 г. Такива промени се правят средно за 5 до 7 години. Противниците на тази система, които не са в средите на Лекарския и Зъболекарския съюз или пък в средите на гражданите, трябва да се търсят в политическата класа - в лицето на царското правителство и след това на кабинета на тройната коалиция. Те разбиха модела, защото така е удобно да

*Д-р Димитър Игнатов е роден във Варна. Завършил е ВМИ - София. Започва работа като хирург в Окръжната болница в Шумен. След това преминава в Клиниката по коремна хирургия в "Царица Йоанна". Той е един от възстановителите на Българския лекарски съюз, като от 1992 г. е председател на съсловната организация. Бил е народен представител в 38-то Народно събрание от ОДС. На 52-рия Събор на Лекарския съюз е избран за почетен председател на БЛС.*

се командват хората. Не им разрешаваш да се развиват и да печелят, а е важно ти да им даваш по малко. И второто - да ги владееш, за да гласуват за теб. Обещавах популистки неща, но след това нищо не се случва. Това продължава вече 11 години и демотивира всички. Затова все повече стават хората, които не плащат здравни вноски и излизат от осигурителната система - един много сериозен проблем.

- По този начин не се ли променя здравноосигурителният модел в страната?

- В състоянието, в което се намира държавата в последните 20-50 години - бедна, изостанала във всяко едно отношение, технологично, научно и прочие, единственият възможен принцип е солидарността. Всеки да плаща по малко, а да ползва този, който е болен. Само при този модел може да се осигурят средства за лечение. Но когато искаш да изкривиш системата, ти централизиращ парите и започваш да правиш такъв вариант, в който корпоративни интереси надделяват над общочовешките. Корпоративните интереси са на играчи, които ограбват НЗОК под най-различни форми. Когато има ред, правила и наказания за всяко престъпление, се краде трудно. Сега се краде безобразно! Къде са парите за лекарства и кой ги открадна - никой не знае. Никой не носи отговорност и никой не пита. Аз съм сезирал главния прокурор от страната, но и той мълчи.



- Какво конкретно трябва да се направи, за да тръгнат нещата в правилна посока?

- Две неща трябва да се направят - изключително силна воля на хората, не на политическата класа, а на хората, да се борят за своето здраве, като възложат надежди на личности, които имат мозък в главата си да ги управляват добре. Не от всяко дърво свирка става! В момента екипите на ГЕРБ са изключително слаби не защото хората в тях са лоши, а защото не са научени да управляват. Необходимо е да се предложи законодателна инициатива, с която да развържат ръцете на местната власт. В момента законът не й дава възможност да помага и да харчи пари за здравеопазване, защото доболничната помощ е дадена само на Касата. Трябва да познаваш механизмите за управление на паричните потоци в България, за да можеш да кажеш как в труден момент ще си помогнеш. Държавата е бедна, но има общини, Каса, допълнителни фондове. Един кош механизми има,

но те включени ли са в системата? Не са включени, а само се повтаря, че няма пари и затова такива ще бъдат условията. Тогава хората в България са разделени - едни са прости и бедни и те ще умрат, а тук в града, понеже са по-богати, може да получат медицинска помощ. Направихме общество, в което съдебната система е различна за бедни и богати, медицинската система също се оказва за бедни и богати. Каква е държавата? Южноамерикански тип държава с олигархия. Този, който има пари, ще живее. Европейският начин на структуриране на финансите е съвсем друг - от всички по малко, за да може този, който е болен, да получи всичко, за да оздравее.

- Непрекъснато се говори за недофинансиране на системата, а в същото време 1.5 млрд. лв. от парите на Касата бяха национализирани.

- Попитах министъра следното: През 2001 г. консолидираният бюджет за здравеопазване е 1.160

млрд. лв., а сега е 3 млрд. лв. Ако ги дават, защо не върви системата? Въпросът е, ако наистина парите са 3 пъти повече от преди 5 години, защо никой не е доволен? Тогава къде са парите? Идват ти на ума два варианта - или парите някой ги краде и то не лекарите, а на другите нива или пък не ги дава държавата, респективно Касата. Моето съмнение е, че са дадени на хартия, но на практика оти-

ват някъде другаде. Защото

те направиха един трансфер от 340 млн. лв. към Министерството на здравеопазването, което е абсолютно нарушение на принципа на солидарността, за който говорихме. Държавата си е държава, тя отговаря за спешната помощ и не може Касата да финансира никакви дейности на министерството. Това е абсурд!

- Има идея догодина да се премахне плащането по клинични пътеки. Това няма ли да върне бюджетни пари в здравеопазването?

- И във варианта с делегираните или прогнозните бюджети, здравеопазването на практика е върнато в тези рамки, за които говорих в началото на интервюто. Това е тенденция - да се връща всичко от времето на комунизма и социализма. Тези хора имат претенции на демократи, но в мисленето си са останали назад 30 години.

- Вие сте един от възстановителите на БЛС. Според вас какво трябва

да е бъдещето на организацията?

- Всички законодателни промени, които се направиха в последните години, са опит БЛС да бъде изтикан в ъгъла. Съюзът изгуби огромна част от своите правомощия, като на практика се премахна договорното начало. БЛС вече не договаря цени и обеми на медицинските услуги, не договаря и наказанията, които са извадени от НРД. Не знам какво му остана! Затова Лекарският съюз трябва да се промени вътрешно. Да се заложи на асоциативния тип структура, да се включат отделните асоциации на специалистите, защото интересите на ушния или очния лекар не са същите като на хирурга. БЛС ще стане по своята форма камара, а по своето наименование, в името на историческата памет, ще си остане Български лекарски съюз. Той ще се превърне в камара на асоциациите. Техният глас винаги е по-мошен и по-качествен от гласа на тези 7-8 души, които отиват да водят преговорите с Касата. Лекарският съюз в тази си форма не може да остане.

- Но Съборът не прие предлаганите промени!

- Според мен предложението за промени не беше точно. Не може примерно да има асоциация на лекарите, които нямат специалност. Освен това включването на някои научни дружества няма да промени нищо. Асоциациите на лекарите от различните специалности са тези, които се занимават с наука, практическа медицина и т. н. Ако в момента няма такива асоциации, трябва да се направят. Така са устроени нещата в света. Никой не прави конгрес на лекарите изобщо. Прави се конгрес на хирурзите, на кардиолозите, на дерматолозите. Трябва да се направи нещо, да се изхаби енергия в тази посока. Правото на хората да се кооперират по интереси е свещено право и ние трябва да го зачитаме.

- Доста години в здравеопазването царя хаос. Какво следва оттук нататък?

- Има предел - на хаоса, на безхаберното, на некомпетентността. Никой не вярваше, че Африка ще се вдигне, че Блиският Изток ще се вдигне. Никой не допускаше преди 5-6 години, че интернет системата ще взриви света. Аз чакам с огромно чувство на надежда, че системата ще бъде взривена в скоро време от самите граждани и от лекарите. След като в една Сирия хората вече нямат търпение, какво да кажа за нас. Ние все пак сме в Европа!

ДИАЛОЗИ

Министър Стефан Константинов:

# КЛИНИЧНИТЕ ПЪТЕКИ МОГАТ ДА ОТПАДНАТ ОТ 2012 ГОДИНА

Още през 2012 г. можем да започнем да работим по диагностично-свързаните групи, а пълното им въвеждане обикновено изисква 2-3 години. 2012 г. обаче е реалистичен срок за отпадане на заплащането по клинични пътеки. Болниците така или иначе имат определени бюджети, по които трябва да работят, те са им напълно достатъчни финансовата дисциплина да бъде поддържана, и оттам насетне ние трябва да събираме информация за реалните пациенти с реалните им заболявания. В момента клиничните пътеки не ни позволяват това нещо да се случва. Сега, когато има клинична пътека - има пациент. Когато пътеката е скъпа,



пациентите стават много, когато е свина, стават малко, когато я няма, такава пациенти все едно, че нямаме. Това е погрешно, това изкривява медицината и не ни позволява да вземаме правилни решения. Надявам се класификационната система за ДСГ да бъде закупена в следващите няколко месеца. При въвеждане на ДСГ не се предвижда вдигане на здравната вноска. С тях ще изиск-

ваме само по-справедливо да бъдат разпределени средствата. Това, което казаха швейцарците, е много интересно - то показва, че дори богати държави искат да оптимизират разходите си. Когато в една държава недостигът на средства за здравеопазване е толкова очевиден, както е в България, ние просто няма какво да се чудим и трябва да търсим модерни начини за сравняване производителността на работата на болниците, и това са диагностично-свързаните групи. Швейцарците всъщност правят това, което ние също мислехме да правим - използват германската система, която са надградили, а германската система всъщност

произлиза от австралийската, и ние точно това сме поискали да правим. Бях много впечатлен от куража, който те ни дават, например сравнението с леките коли - че човек може да чака да дойде най-хубавата лека кола и да остане, и никога да не си купи кола. Но така или иначе трябва, когато има проблеми, да се захваща с тях и да ги решава. Още повече, че най-големият проблем, който са имали в Швейцария, е да обяснят на хората защо след като са имали такава добра система, трябва още повече да я усъвършенстват. Е, при нас всички са недоволни от здравеопазването, така че ние трябва при всички случаи да го усъвършенстваме.

Д-р Цветан Райчинов, председател на БАС:

# БЮДЖЕТНО ПЛАЩАНЕ В ОСИГУРИТЕЛНА СИСТЕМА ЗВУЧИ НЕСЕРИОЗНО

Какво означава бюджетно плащане? Аз мисля, че този вид система и този политически строй приключи в България. Да се връщаме към него не виждам никакъв смисъл и особено да си правим експеримент за една година. В условия на здравноосигурителна система това не звучи сериозно, това е абсолютно противоречие - здравноосигурителен модел и бюджетно плащане. Що се отнася до диагностично свързаните групи, въвеждането им е възможно при нали-

чието на политическа воля и съответното финансиране. Нереалистично е обаче да се смята, че въвеждането на ДСГ ще доведе до по-високо качество и намаляване на разходите. Обяснявайки техния модел, швейцарците започнаха с това, че имат много проблеми и основният им проблем е пари, при положение, че говорят за 60 млрд. франка годишно. Ние си имаме един типичен български израз - да им имаме проблемите. И при тях, както се убе-

дихме, моделът цели подобряване и прозрачност на финансирането, а не неговото намаляване, защото те имат 1 милиард годишно нарастване на разходите за здравеопазване. Ние предходната година имаме половин милиард намаление, сега имаме стотина милиона увеличение - това едва ли са суми, за които сериозно може да се говори. Намеренията за бързо въвеждане на ДСГ са свободни разсъждения. Чухте от хора, които са на светлинни години преди нас,



какъв срок им е коствало на тях изобщо да се започне работа - започнали са 2002, сега сме 2011 и все още не е введен изцяло в Швейцария моделът на ДСГ, по ред причини, както политически, така и финансови. Така че да се говори, че у нас от днес до 2012 ще влезат ДСГ е просто несериозно - след техния опит от 10 и повече години и нашия опит, на едно министерство от 6 месеца, не е сериозно така да се говори.

Д-р Нели Нешева, управител на НЗОК:

# ЩЕ ТРЯБВАТ ЗАКОНОДАТЕЛНИ ПРОМЕНИ

Въвеждането на диагностично-свързаните групи изисква време, включително за осъществяване на необходимите законодателни промени. В Швейцария измененията на законите са мислени от 2000 г., били са факт през 2009, а от 2012 ще бъдат факт и диагностично-свързаните групи. Това, което чух на срещата, е много полезно за нашите изводи, тъй като една държава, която е финансово с много по-големи възможности



от България, върви с много бавни стъпки към такава промяна. Необходимо е ясно да се заяви колко средства, специалисти и време ще са необходими за

въвеждането на диагностично свързаните групи у нас. Мисля, че ние трябва да следваме опита на държавите, които могат да си позволят тези финансови възможности, и да започнем със законодателните промени, с един програмнен съвет, който сме предложили, и по-нататък да решим кога наистина ще дойде времето да можем да въведем друг начин на финансиране. За отпадане на клиничните пътеки и въвеждане на

бюджетно финансиране в болниците също се изискват законодателни промени, защото трябва да има законен ред за отчитането на средствата. Премахването на клиничните пътеки не е въпрос на желание, а на инициатива. Ако тази инициатива е възможнона до края на годината, значи ще можем от 2012 г. да работим по начина, по който МЗ предлага. Но това трябва да бъде облекчено в закон, иначе отчитането не е възможно.

# КАК ЩЕ НИ СТИГНЕМ... ШВЕЙЦАРЦИТЕ

Страната на банките въвежда ДСГ в продължение на 10 години, България обмисля да го направи три пъти по-бързо



се обяви за по-плавно преминаване към диагностично-свързаните групи, като преди това се приемат промени в законодателството.

## ДЪЛГИЯТ ПЪТ КЪМ ДСГ

От презентацията на Рут Хумбел, член на швейцарската здравна комисия, се разбра, че в Швейцария работят по въвеждането на ДСГ от 2000 година. През 2007 г. вече е приет закон и нещата малко се ускоряват. Засега по този метод се плаща в клиниките на 11 кантона, но от 2012 г. той ще се прилага във всички болници. В момента здравеопазването е прерогатив на кантоните и се финансира от тях и от здравноосигурителните каси. Гражданите могат да сменят касата си всяка година. Не се допуска колективно осигуряване в задължителното здравно осигуряване. Съществуват и множество доброволни здравни фондове, които покриват някои екстри като престой в самостоятелна стая, допълнителни грижи и други. Пациентите могат да си избират клиника, но само в региона, в който живеят. След въвеждане на ДСГ системата ще се отвори и ще се позволи свободен избор на болница на терито-

рия на цялата страна. В Швейцария задължителната здравна вноска е еднаква за всички и се фиксира всяка година в зависимост от разходите предходната година. За децата се плаща 30% от вноската за възрастните. За здраве се отделят 10,7% от БВП, като годишните разходи са около 60 млрд. швейцарски франка и непрекъснато нарастват, средно с 1 млрд. франка годишно. Там също има разлики при лечението на едно и също заболяване, като в някои случаи в даден кантон услугата може да струва 7 хил. франка, а в друг - 11 хил. франка. С въвеждане на ДСГ швейцарците очакват това да се промени, тъй като за всяка дейност ще се определя базова цена и върху нея ще се начислява тежест за всеки отделен случай. Ясно ни е, че някои болници едва ли ще оцелеят, ако не се обединят помежду си, под черта г-жа Хумбел. Тя допълни, че в Швейцария воля за реформа няма, защото и сега хората са доволни от здравеопазването. Според нея обаче много често в страната се изписват ненужни лекарства и изследвания и това трябва да се прекрати с въвеждането на новия метод на финансиране. Всъщност швейцарците са

взели германската система на ДСГ и са я променили в съответствие с техните особености. Германците пък са купили класификационната система на Австралия и също са я адаптирали според собствените си изисквания. Не е ясно защо България държи да се върне към първоначалния вариант - Австралия, а не се възползва от вече подобрените версии.

## ДИСКУСИЯТА

В България за ДСГ се говори отдавна, но е направено малко. Пилотните проекти показваха, че за да се въведе новият метод на финансиране са необходими сериозни допълнителни средства. Точно затова управлявалите досега партии се отказваха, въпреки че ДСГ вече имат подкрепата на по-голямата част от обществото. Неяснотите обаче са много, затова и въпросите на присъстващите на кръглата маса бяха разнообразни. "Ще започна с пожелание: дано през 2012 г. и България да отдели 10% от БВП за здравеопазване. Иначе с 3,75% чудеса не могат да се направят", каза Теодора Захариева, председател на Бъл-

гарския пациентски форум. Тя попита каква е вноската за здраве в Швейцария и изрази опасенията си, че през следващите години болничните мениджъри

щане, независимо дали даден случай е по-лек или има усложнения. Главният секретар на БЛС д-р Димитър Ленков зададе резонен въпрос - има ли здравноосигуря-

ракев се поинтересува как след въвеждане на ДСГ ще се формира заплащането на лекарите като дял от базовата цена на услугите. Как става формирането на тези хонорари и такси в



могат да започнат да подбират по-леките случаи, за да имат по-малко разходи. Г-жа Хумбел обясни, че вноската за здраве в Швейцария е 11% от доходите на домакинствата, а ако е по-голяма, кантонът допълва. Колкото до подбора на пациенти - при ДСГ подобно нещо не би трябвало да се случва, защото към базовата цена вече ще се заплаща и за тежест на заболяването. Сега по клиничните пътеки болниците получават еднакво запла-

ни в Швейцария и кой плаща лечението им. Отговорът беше категоричен - не съществува такава група от хора. Ако някой не може да си покрива здравната вноска, това означава, че е социално-слаб и се осигурява от кантона, под черта г-жа Хумбел. "Няма случай, в който болницата да поема лечението на пациент, тя веднага предоставя сметката на общината", подчерта парламентаристът. Зам. председателят на БЛС д-р Георги Став-

моментата, има ли разлика между кантоните, има ли се предвид и квалификацията на лекарите. Шефан Вюрш, съветник на г-жа Хумбел обясни, че в мо-

мента в държавните болници има таван на заплатите, който се определя от борда на директорите. В страната са въведени и квалификационни степени и ако някой медик не е довършил образованието си, получава 5% по-малко от останалите лекари. При формиране на възнаграждението се има предвид и отговорността на всеки лекар в процеса на лечение. Г-жа Хумбел от своя страна поясни, че в Швейцария също има договаряне между здравните каси и съсловната организация на лекарите. Ако договорните партньори не се споразумеят, правилата се определят от здравния министър, каза тя. "Оставам с впечатлението, че ДСГ няма да подобри системата на здравеопазване в България, защото тя е недофинансирана, каза зам.-председателят на КНСБ д-р Иван Кокалов. Той се поинтересува какъв пакет покрива задължителното здравно осигуряване. Оказа се, че в него се включва почти всичко, без екстри-

те. Имаше и медици, които изказаха резервите си към новия метод на финансиране. "ДСГ са мерцедес при финансиране на болниците и повикът да си го кумп не е много реалистичен, защото България не е Швейцария", заяви д-р Любомир Иванов. Той поиска да разбере колко струва въвеждането на системата в Швейцария и колко би ни струвало на нас. Досега имаме два опита и накрая се оказа, че

## ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В избора на Швейцария да работи по ДСГ министърът на здравеопазването д-р Константинов видя докладност, че и ние трябва да преминем към тази система. "И богатите страни искат да оптимизират разходите си, а когато в една държава недостигът на средства за здравеопазване е толкова очевиден, както е в България, ние просто няма какво да се чудим...", заяви той. Министърът обаче не каза от къде ще дойдат необходимите за реформата средства.



# ДЪРЖАВАТА НИ НЕ Е КИТАЙСКИ ИМПЕРАТОР, НО И ТЯ ИМА ИНТЕРЕС ДА ИНВЕСТИРА В ЗДРАВЕ

Едно време китайският император плащал на лекаря си, когато е здрав, а не само когато се разболе - това разказа д-р Иван Кокалов, вицепрезидент на КНСБ на кръгла маса за "Ролята и отговорностите на държавата в здравеопазването", проведена на 10 май. През тази година нашата държава е намалила разходите си по програмите за профилактика: за незаразни заболявания - с 640 хил. лева, за заразни - с 444 хил. лева, за борба с търсенето на наркотици - със 75 хил. лева, за вторична профилактика на рака - с 346 хил. лева. Тази статистика отговаря донякъде на въпроса, формулиран в темата на кръглата маса.

По-нататък цитираните на форума цифри са още по-страхосащи. Здравните вноски, които държавата плаща за държавни служители, полицаи, войници, пенсионери, деца, безработни и пр. са средно по 19 лева на човек, докато вноските на работещите и самоосигуряващите се са средно по 53 лева. Излиза, че за най-големите консуматори на здравни услуги се плаща най-малко.

У нас държавата осигурява

57 на сто от финансирането на здравните услуги, докато във Франция и Германия този процент е 77, в Полша и Унгария - 73, а в уж близката ни не само по географски граници, а и по проблеми Румъния - 80 на сто.

От миналата година финансирането на 46 общински болници е намалено с 38-40 на сто и въпреки че именно общинските болници обслужват една трета от населението на страната, те получават само 10 на сто от парите на Националната здравноосигурителна каса за болнична помощ.

В страната има над 424 незаети лекарски практики. Над 600 хиляди български гражда-

ни реално нямат възможност за достъп до медицинска помощ, изтъкнаха от КНСБ, която заедно с фондация "Фридрих Еберт" бе домакин на кръглата маса.

Участващите във форума настояха държавата в лицето на министерството на здравеопазването да представи ясна визия за развитието на сектора. Засага има дефицит в ключови функции на държавата, според д-р Кокалов. А здравните институции обслужват повече държавата, а не здравните заведения, изтъкна Резервът на Касата отиде за фискалните нужди на държавата, а не за хората, изтъкна синдикалистът.



Не става въпрос да има повече държава, а да се изясни ролята и отговорностите ѝ. Забавянето на приватизацията доведе до инвестиции на зелено, до увеличаване на броя на лечебните заведения, изтъкнаха на кръглата маса. Никой не би инвестирал в остаряла база.

Няма ясна политика какво ще се случва в следващите пет-шест години, отбеляза председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов. Несериозно е да се твърди, че въвеждаме диагностично-свързаните групи от Нова година при положение, че в Швейцария са се подготвяли десет години. България е една от малкото, ако не единствената европейска страна, в която пациентите нямат електронна здравна карта. И най-вероятно това е за да няма контрол, предполага председателят на съсловната организация.

А всички знаят, че финансовите средства са ограничени.

Здравеопазването е най-трудният сектор, в която и да е държава, отбеляза г-н Марк Майнарбус, ръководител на фондация "Фридрих Еберт". Затова ролята и отговорностите ѝ трябва да са ясни.

## ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ Е НОВИЯТ ПРЕДСЕДАТЕЛ НА НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ ЗА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА И МЕНИДЖМЪНТ

● Традиционната годишна награда получи проф д-р Стефан Гладилков

На 4 май се проведе Общо събрание на Националното сдружение за здравна политика и мениджмънт. Избран бе нов Управителен съвет.

Новият председател е проф. д-р Цекомир Воденичаров, който е създател и първи декан на факултета по обществено здраве при Медицинския университет - София. От 1997 година изтък-

● Научни разработки в областта на общественото здраве.

● Научно ръководство на докторанти и магистри.

● Разработване на модели за здравна политика и мениджмънт.

● Участие като лектор или модератор на дискусии в работни срещи на сдружението. Специално формиран ко-



Проф. д-р Воденичаров (в дясно) и проф. д-р Гладилков - на събитието

ният учен е изпълнителен директор на основания от него първи лицензиран доброволен здравноосигурителен фонд "ЗОФ Медико-21". Той разработва социално-либералния модел на системата на здравеопазване в България.

На форума се състоя и традиционната, трета по ред, церемония по връчване на наградата "Здравен политик и мениджър". Критерии за нея са:

● Участие в програмни и стратегически разработки, имащи отношение към здравния мениджмънт и политиката в здравеопазването.

● Заемани постове в административната структура на здравеопазването.

● Участие в преподавателска дейност на студенти и специализанти в областта на общественото здраве.

митет по номинации за присъждане на наградата "Здравен политик и мениджър" утвърждава носителя на наградата за изтеклата година. "В дизайна на плаката на отличieto са вплетени силна прозрачност, светлина и многоаспектност на плоскостите от кристал, каквито достоинства, от гледна точка на УС на сдружението трябва да има една ефективна и ефикасна здравна политика и мениджмънт", обясняват от сдружението.

Наградата за 2010 година бе връчена на проф. д-р Стефан Гладилков - ръководител на катедрата по икономика на здравеопазването към факултета по обществено здраве при МУ-София, добре известен у нас и в чужбина с приноса си по проблемите на здравния мениджмънт и политика.

## В КЪРДЖАЛИ ЩЕ ИМА ТРАНСГРАНИЧЕН ЦЕНТЪР ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА ОКОЛНАТА СРЕДА

Трансграничен център за изследване качеството на околната среда и оценка на здравния риск ще се създаде в Кърджали, съобщиха от пресцентъра на министерството на здравеопазването.

Основната цел е да се повиши качеството на живот в трансграничния район и да се подобри здравният статус на населението. Изследователски-

ят център ще се изгради по Проект "RCEH" на ОП "Териториално сътрудничество Гърция - България 2007-2013". Партньори по него са РЗИ-Кърджали, Сдружение "Обществена коалиция за здраве - Кърджали" и от гръцка страна - Лабораторията по хигиена и опазване на околната среда при Медицинския Факултет към Тракийски университет

"Демокрит". Проектът е със срок на реализация 22 месеца и е на обща стойност 1 977 362 евро.

С изграждането на изследователския център ще се създаде система за обмен на информация между България и Гърция. Ще има възможност за извършване на изследвания при кризисни ситуации с използване на преносимо оборудване.

Предвидени са обучения за повишаване на знанията и квалификацията на специалистите по проблема от двете страни на границата. Изпълнението на проекта ще допринесе за подобряване качеството на жизнената среда, както и за изработването на профилактични програми с цел подобряване на здравния статус на населението в трансграничния регион.

## Учени обсъдиха актуални медицински проблеми

През месец май Научният център по медицина на Българската академия на науките и изкуствата (БАНИ) организира и проведе два научни форума.



Проф. д-р Атанас Киряков

На 12-ти май проф. д-р Атанас Киряков, д-р, председател на Българската липидна лига, изнесе пред лекарите-членове на Академията лекция на тема "Lp(a) и атерогенен риск". Той отбеляза противоречивите становища на клиницистите за отношението повишени нива на Lp(a) и сърдечно-съдовата заболяемост, поради което скринингът и терапията се извършват предимно от клинични липидолози. Въпреки това се очертават все по-големи

● Проф. д-р Самуел Рефетоф, изследовател в ендокринологията и молекулярната биология, получи диплом за редовен член на БАНИ и изнесе лекция на чист български език

възможности за интерпретиране на най-информативните лабораторни показатели за оценка, прогноза и мониториране на атерогенните нарушения в липидната обмяна, базирани на Добрата медицинска практика.

В рамките на проведената за пръв път у нас Международна тироидна седмица с национална кампания "Гуша и възли", организирани от фондация "Общество и здраве" и представителства на фармацевтични фирми, БАНИ проведе научна сесия на тема "Актуални проблеми на тироидната патология", а участниците в сесията изслушаха доклади и лекции на високо академично ниво.

В своята лекция "Епидемиология и превенция на ендемичната гушавост в България. Роля на струмгенните фактори" проф. д-р Боян Лозанов, кон-

султант по ендокринология към УБ Лозенец, изнесе тревожни факти за нарастващата честота на заболяванията на щитовидната жлеза. Епидемиологичните данни показват, че в световен мащаб днес над 300 милиона страдат от заболяванията на тироидеята, като жените са почти 8 пъти по-засегнати от мъжете. Той очерта и епидемиологичната картина на тироидната заболяемост, като наблегна на струмгенните фактори и формите на превенция, в частност на ендемичната гушавост у нас. Този медицинско-социален проблем засяга около 1/3 от територията и над 40% от населението на България. Средната честота на ендемична гуша при учениците от 7 до 18 г., напр., е 16%. Националната стратегия за борба с тироидната патология се реализира по Националната прог-

рама от 1994 г., която включва универсална и задължителна йодна профилактика на цялото население чрез водата и готовите храни. Що се отнася до струмгенните фактори, това са преди всичко намаленият прием на селен, рисковите екофактори нитрати и пестициди в храните, както и тютюнопушенето.

С интерес бе изслушана и лекцията на проф. д-р Александър Куртев, педиатър, консултант в УБ Лозенец и зам.-председател на Българската педиатрична асоциация, за епидемиологията, формите, диагностиката и терапията на аутоимунния тироидит в детската възраст.

Поантата на сесията бе научният доклад на проф. д-р Самуел Рефетоф, чуждестранен член на БАНИ и на Международния редакционен съвет на възстановеното от БАНИ сп. "Българска медицина". Той е учен-изследовател с приноси в областта на ендокринологията и молекулярната биология, професор по медицина и дългогодишен директор на Лабораторията по ендокринни тире-

оидни функционални изследвания (1974-1994) в Университета - Чикаго (САЩ).

Проф. Рефетоф е роден в семейството на български евреи в Русе (1937). Когато е 12-годишен, семейството се изселва в Канада (1949), а по-късно - в САЩ. Ден преди настоящата научна сесия проф. Самуел Рефетоф получи българския си паспорт, с което възстанови българското си гражданство. Преди да започне лекцията си - изнесена на хубав научен български език - председателят на БАНИ проф. д-р Григор Велев връчи на проф. Рефетоф Диплом за редовен български член - академик на Българската академия на науките и изкуствата, за което бе сърдечно аплодиран от аудиторията.

Личен принос на проф. Рефетоф към генетиката и хормоните е неговото откритие за генетичната тъканна резистентност към тироидните хормони, която обуславя новите клинични синдроми, носещи неговото име. Част от свързаните с тях изследвания бяха предмет на лекцията му. Синдромите на намалената чувствителност

към тироидни хормони (ТХ) се обуславят от генетични дефекти на хормоналните рецептори, клетъчните транспортери и дейодиназите. Мутациите засягат бета-гена на Т3-рецептора, на клетъчните мембранни транспортери на ТХ - МСТ8 и на SECISBP2-гена, който кодира синтезата на селенопротеини, включително и ТХ-дейодиназите. Самите проучвания са проведени от комплектован и ръководен от проф. Рефетоф интернационален екип от млади лекари-изследователи, които той представи в края на лекцията си.

Приятно впечатление направи присъствието на ендокринологи от мрежата и студентимедици от МУ-София, независимо че същата лекция проф. Рефетоф бе изнесъл предходния ден и в МУ-София.

Проявите на БАНИ за месеца приключиха на 26-ти май, когато членовете на Академията почетоха Светите братя Кирил и Методий с поднасяне на цветя пред техния паметник пред Народната библиотека в София.

Доц д-р Маруся Петкова



## Въпреки кризата

# НОВИ ИЗЛОЖИТЕЛИ ПРЕДСТАВИХА МОДЕРНИ АПАРАТИ И ТЕХНОЛОГИИ НА БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ

● **Пред щандовете в медицинските зали потребителите бяха малко в сравнение с други години**

Кризата не се отразява на медицинския сектор, заяви г-н Иван Иванов, организатор на изложението Булмедика/Булдентал, което се проведе за 45-и път в Интер Експо център-София. От 17 до 20 май в четири изложбени зали бяха представени иновации и тенденции в областта на медицината и денталната медицина. Имаше нови изложители. Предлагаха се нови технологии. Извършваха се безплатни изследвания по авангардни методи.

Но и в двете зали, отделени за медицината, през повечето работни часове на четирите изложбени дни, се виждаха малко посетители в сравнение с други години.



ни. Липсваше познато стълпотворение пред щандовете и в кътовете за делови разговори. Вероятно анализаторите ще обобщат реалните данни, а не впечатлението на око и ще дадат обяснения за фактите от изложението по време на криза.

Безспорен си остава един факт - Булмедика/Булдентал е най-авторитетното събитие в областта на медицината в Югоизточна Европа. По традиция то се провежда под патронажа на министерството на здравеопазването и с подкрепата на Българския лекарски съюз и Българския зъболекарски съюз.

В откриването на международната изложба от името на БЛС произнесе кратко слово главният секретар д-р Димитър Ленков.

БЛС участва и в съпътстващата програма. Съвместно с ИАТ бе проведена тридневна

конференция на тема "Пациентите и лекарите за донорство и трансплантации". На конференцията бяха представени нови тенденции и постижения в няколко актуални панела - донорство, трансплантации, ин витро, психология, спешна медицинска помощ и др.

Съпътстващата програма включваше редица актуални и полезни за медицинската общност демонстрации, семинари, обучения, презентации на техника и продукти от здравната практика.

Деловата обстановка даде възможност за пореден път науката да срещне бизнеса, твърдят организаторите на международното изло-



жение.

Освен традиционните участници от България, Австрия, Италия, Китай, Южна Корея и др., имаше и нови компании от Германия, Полша, Италия, Русия, Гърция, Латвия и други държави. Отново имаше национално представяне на фирми от Южна Корея, които демонстрираха своите продукти в особени зони на медицинския сектор на изложението.

Булмедика отново предложи най-модерна техника и апаратура за болници и медицински центрове, лабораторно оборудване и консума-



Откриването на изложението

тиви за диагностично-лечебните дейности, апаратура и принадлежности за спешна медицинска помощ, оборудване за ортопедия и за рехабилитация, помощни средства за хора с увреждания, иновации в офталмологията и пр.

Технологичните новости бяха представени от различни престижни фирми. Canon например пуска нова генера-

телна лекота.

Представени бяха и няколко вида ехографа, сред които най-новата версия на ултразвуков апарат от премиум сегмента DC-7, добавяща редица технологии за получаване, обработка и визуализация на високодиагностични изображения. Бързина, ергономичност, богата функционалност, лесно управление и атрактивна



ция плоскочелни детектори с висока чувствителност и голяма разделителна способност. Изборът е между десет вида детектори, с които се конфигурират едноили многодетекторни рентгенографски апарати за работа с изключи-

цена, според изложителите, правят този продукт подходящ за кардиологията, акушерството, гинекологията, радиологията и други области.

Сред иновационните продукти бе и уникален персонален преносим електромагнитен уред

за физиотерапевтична рехабилитация след остра и хронична травма. Устройството може да се използва и от пациента в неговия дом. То работи с 12 предварително програмирани СИМ карти, специално кодирани с импулси за лечение на определени области от човешкото тяло.

Прави впечатление, че техническите нововъведения все повече са насочени към щадене на околната среда и към консумация на по-малко енергия.

След като предлаганите продукти обещава икономии, защо посетителите бяха по-малко?

... В деня на откриването на изложбата модерна линейка с надпис "Продава се" все още бе паркирана пред сградата на Интер Експо центъра в София...

### СРЕДНАТА КЛАСА НА РЪБА НА ОЦЕЛЯВАНЕТО

Пред маломерните щандове на еднолични производители на техника, приложима в медицината, имаше повече зяпачи отколкото кандидат-купувачи. Причината? Не могат да си позволят инвестиция в практиката си, според посетителите пред щанда.

А зад щанда, според един от изложителите, производител на бактерицидни лампи с различен капацитет, оцеляването на фирмата е вече под въпрос. Кризата удари най-силно дребните производители - тези, които в началото на прехода хвалихме като предприемчиви и смели специалисти. Днес проблемите им не са въпрос на оцеляване при конкуренция, а свиване на пазара поради обедняване и ниска потребителска способност. Липсата на пари в здравеопазването се отразява и на оборота на медицинска техника, твърдят и изложители, и потребители. Въпреки твърдението на някои, че по време на криза се правят най-големите инвестиции в обновяването на техника и технологии...

FEMS потвърди:

# На края на опашката в Европа сме по заплащане на лекарите

Заплатите на болничните лекари в Белгия започват от 6250 евро и достигат до 16 600 евро. България е на дъното на класацията сред европейските държави с унизителните 307 евро. Това показва проучване на д-р Енрико Реджинато, представено на Общото събрание на FEMS (Европейска федерация на лекарите на заплата). Форумът се проведе в Барселона,

Испания, на 13-14 май 2011 г., а от българска страна участваха председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов и главният секретар д-р Димитър Ленков.

"В живота ми не се е случвало така да се срамувам", сподели след срещата д-р Райчинов и обясни, че всички доклади започвали с констатацията, че България е най-зле. "И досега сме знаели, че заплатите на

лекарите в България са най-ниските в Европа, но не сме имали представа в какви граници се простират разликите", допълни той.

Данните от изследването сочат, че пред нас е дори Румъния, където заплатите на медиците започват от 376 евро и достигат 847. Страните с най-добре заплатени лекари в болниците пък са Белгия, Италия, Великобритания и Холан-

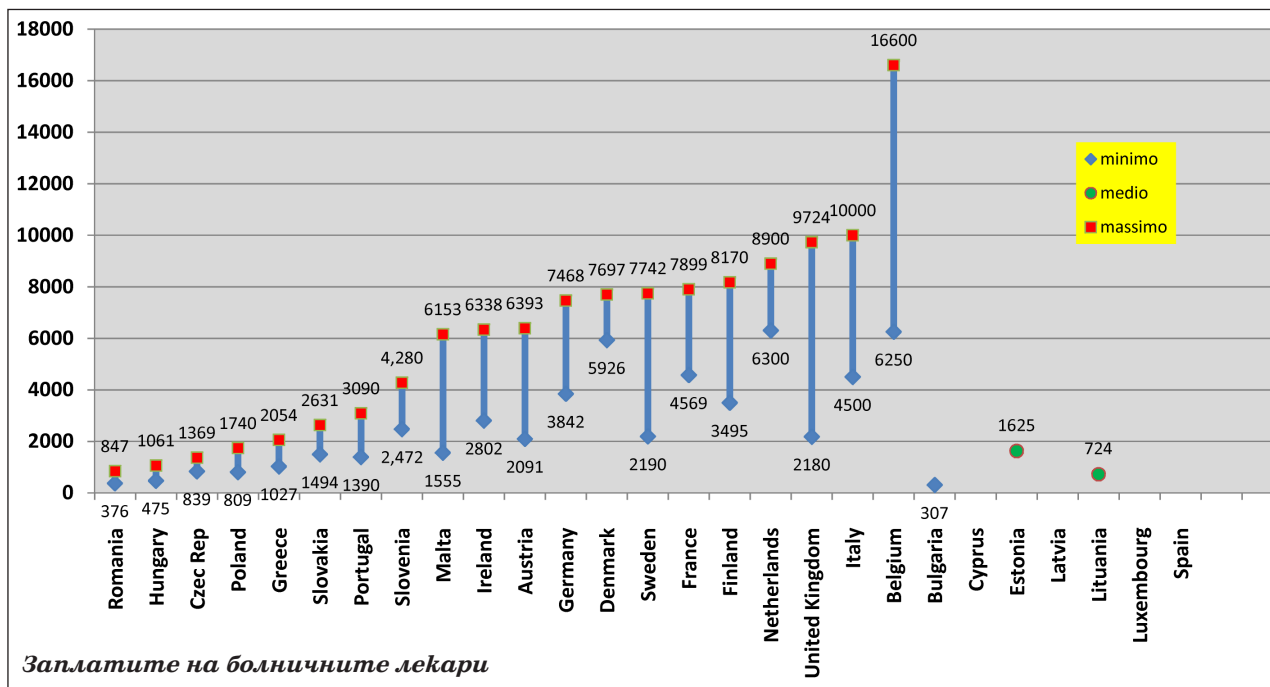
дия.

Предложението за проучването е на полската синдикална организация на лекарите (OZZL), чиято идея е да се работи в посока изравняване заплащането на медиците в европейските държави, но не като абсолютна сума, а като коефициент от производителността на труда. По този начин ще може да се отчита нивото на икономическо развитие

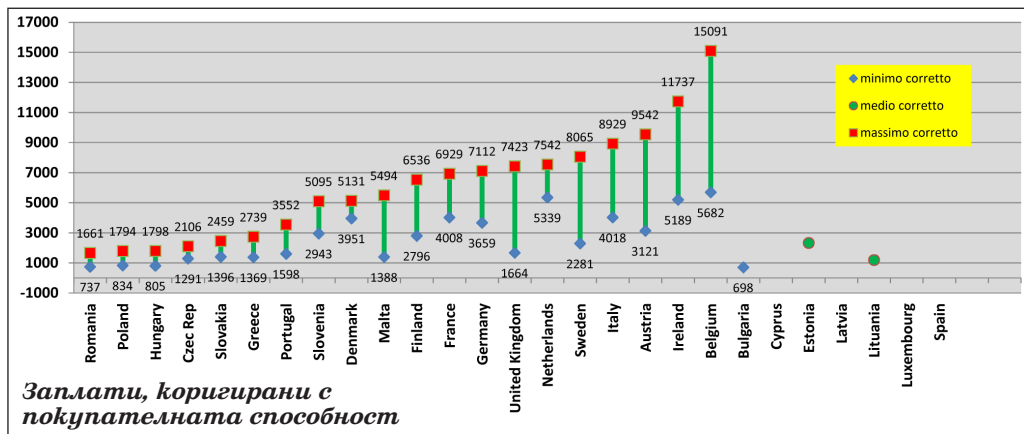


## Резултати от проучването

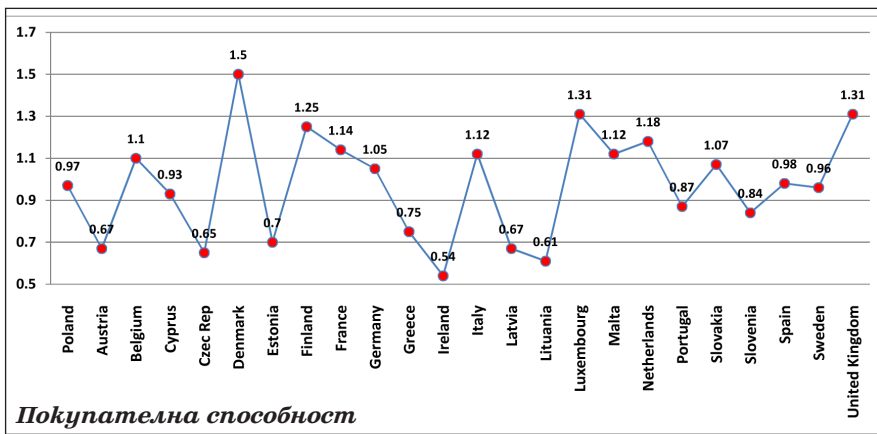
автор: д-р Енрико Реджинато



Заплатите на болничните лекари



Заплати, коригирани с покупателната способност



Покупателна способност

## Оплакваме се в Брюксел за стандарта Изток-Запад

Страната ни ще се жалва в Брюксел заради двойния стандарт за хранителни продукти, който прилагат международни компании при продажби в страните от източната и западната част на Евросъюза. Земеделият министър Мирослав Найденов е решил да прати писмо до еврокомисаря по здравеопазване Джон Дали, в което да го запознае с проблема.



България е съобразила своята хранителна промишленост с най-съвременните изисквания, като по някои показатели изпреварва т. нар. стари страни в ЕС, заяви Найденов. Той коментира, че след като страната ни изпълнява тежки условия,

включително и за Шенген, е редно българите да бъдат третираны като пълноправни европейски граждани и по отношение на качеството на храните и напитките.

## АНКЕТА Джипитата - най-обичани от пациентите в ЕС

Джипитата са най-обичаните лекари от пациентите. Този извод са направили изследователи след провеждането на проучване в осем европейски страни, в които не е включена България. Част от резултатите от изследването бяха съобщени от доц. Жасмина Мирчева по време на форума "Правото да знам". То е проведено в Полша, Словения, Италия, Швейцария, Испания, Швеция, Германия, Великобритания, като от всяка страна са интервю-

рани по 1000 души. Голямата част от анкетирани са посочили, че са много по-доволни от извънболничната помощ в своята страна, отколкото от болничната. Умението лекарят да слуша пациентите е оценено най-добре в Швейцария, докато голяма част от полските пациенти са се оплакали от липса на внимание. Според швейцарците, лекарите в тяхната страна умеят да обясняват най-добре медицинската информация на заболелите. Поляците отново са

най-недоволни и смятат, че комуникацията с лекарите е лоша. В същото време на въпрос трябва ли пациентът да участва във взимането на решения при определянето на лечението над половината от швейцарците са отговорили, че трябва. Най-малък е процентът на отговорилите положително в Испания. Средният процент за осемте европейски страни, смятащи, че пациентът трябва да е активна страна във взимането на решение, е 22 на сто.

# МОБИЛНОСТТА НА ЗДРАВНИТЕ ПРОФЕСИОНАЛИСТИ И СИСТЕМИ Е ИЗСЛЕДВАНА В 17 ЕВРОПЕЙСКИ СТРАНИ

*Както обещахме в кореспонденцията "Разширява се сътрудничеството в ЕС за намаляване на миграцията на медицинците" (стр.13, брой 4 от 30 април 2011 г.), публикуваме т. нар. информационна бележка за изследването на мобилността на здравните кадри и въздействието върху системите на здравеопазване в европейски държави.*

На неформалната среща на здравните министри в Гьодьольо, където унгарското председателство на Съвета на Европейския съюз постави на дневен ред мобилността на здравните професионалисти, Европейската наблюдателница по здравни системи и политики, в сътрудничество с Регионалния офис на СЗО за Европа, представи ново проучване по този въпрос. То се основава на първите резултати от изследователски проект по мобилността на здравните професионалисти в ЕС (PROMeTHEUS), който започна през 2009 г. и се финансира от Европейския съюз (ЕС). По данни, предоставени от изследвания в 17 страни, проучването разглежда обхвата на миграцията на здравните професионалисти в ЕС както по отношение на потоците, така и с оглед на зависимостта от чуждестранни здравни професионалисти.

Проучването също така предоставя по-добро разбиране на основните причинни фактори, въздействието върху системите на здравеопазване и политиките за решаване на съответните проблеми.

Европейската интеграция даде възможности и шансове на здравните професионалисти да учат, работят и усъвършенстват своите знания и умения зад граница. По-голямата част от тази мобилност традиционно се извършва между съседни страни. Разширяването на ЕС след 2004 г. даде нов импулс на

мобилността, въпреки че той не предизвика толкова големи изходящи потоци, както първоначално се очакваше - в ЕС-12 около 3% от здравните професионалисти изразяваха намерения за мигриране, а действителната миграция беше дори по-ниска. Новата мобилност подчерта още повече асиметрията Изток-Запад, тъй като ЕС-15 беше основна дестинация за емигрантите от новите държави членки. Някои страни действително зависят много от задгранични здравни професионалисти за решаване на проблема с все по-големия недостиг на здравна работна сила и посрещане на растящите нужди. Данните от 2008 г. показват, че чуждестранните лекари представляват над 10% от лекарите в Белгия, Португалия, Испания, Австрия, Швеция, Швейцария, Словения, Ирландия и Великобритания (до 36,8%), а чуждестранните медицински сестри надвишават 10% от сестринския контингент в Италия, Великобритания, Австрия и Ирландия (до 47%). В последните години в определени страни входящите потоци изглеждат са особено високи - 43% от новолицензираните лекари във Великобритания и 25% - в Белгия, или 28% от новите медицински сестри в Италия идват от чужбина.

Най-новите данни от някои държави членки (Естония, Унгария, Румъния) навеждат на мисълта за нова вълна в изходящите потоци, вероятно свързана с икономическия спад след 2008 г.

- **Действителната миграция е по-ниска от очакваната**
- **По-голямо е движението между съседни държави**
- **Над 10% са чуждестранните лекари в Белгия, Австрия, Швейцария и други стари демокрации**



мическия спад след 2008 г. Все пак се наблюдава и обратната тенденция - полски лекари, например, се връщат в Полша.

Досега потоците, като цяло, са нараснали слабо, но значимостта на професионалната мобилност става все по-разбираема за политици-

те. Тъй като работната сила в сферата на здравеопазването е жизненоважен елемент на всяка добре работеща здравна система, всяко въздействие, дори едва доловимото, може да има големи дългосрочни последствия. Професионалната миграция може да е и симптом на основни проблеми в системата на здравеопазването. Макар разликите в доходите да са очевидно най-често посочвания мотивиращ фактор за професионалната мобилност, други елементи като работна среда, възможности за кариера и обучение и социално признание могат да са решаващи за оставането или напускането на здравните работници. В този смисъл, професионалната мобилност на здравните работници не може да се разглежда изолирано. Тя е част от по-широкия проблем на политиките към националната работна сила в здравеопазването, които се сблъскват с нарастващ натиск по отношение както на търсенето, така и на предлагането. Освен нарастващия общ недостиг от здравни професионалисти, много страни се борят и с лошото разпределение на кадрите

както в географско отношение, така и по отношение на нуждите от определени специалности и умения. Друго важно предизвикателство са стимулите и мотивациите за запазване на съществуващата работна сила и привличане на нови участници на пазара. Всичко това трябва да се постави в по-широкия динамичен и социалноикономически контекст на пазара на труда и между отделни-

причина ЕС може да играе важна роля в координиране на националните усилия и политики, обмен на най-добри практики, осигуряване на рамка за управление на трансграничната мобилност и на повече и по-добри данни по надзора на потоците и предоставяне на инструментариум за оценка на стратегиите за работната сила. Ръководството и управлението на професионална мобилност в



*Европейската наблюдателница по здравни системи и политики подкрепя и насърчава създаването на основани на факти здравни политики, чрез всеобхватен и задълбочен анализ на динамиката на системите за здравеопазване в Европа и извън нея. Тя пряко ангажира политици и експерти и работи в партньорство с изследователски центрове, правителства и международни организации при анализа на системите по здравеопазване и политическите тенденции.*

*Наблюдателницата е съдружие, което включва международни организации (Световната здравна организация - Регионален офис на Европа, Световната банка, Европейската инвестиционна банка, Европейската комисия), национални правителства и децентрализирани власти (Белгия, Финландия, Ирландия, Холандия, Норвегия, Словения, Испания и Швеция, административния район Венето, Френския съюз на здравноосигурителните фондове) и академии (Лондонското училище по икономически и политически науки, и Лондонското училище по хигиена и тропическа медицина).*

те страни. Реакцията на страните към мобилността на здравните професионалисти може да се изрази в по-нататъшно укрепване на общата политика към работната сила и разработка на механизми за планирането ѝ.

Сложността на явлениято професионална мобилност и неговата тясна взаимовръзка с по-широките стратегии за работната сила в здравеопазването на страните изисква интегриран подход, който да свързва и подкрепя политиките на всички нива. По тази

здравната сфера може да се подпомогне и от правила да набират на международни кадри, двустранни споразумения и международно сътрудничество по обучение и обмен на кадри. С това ново проучване на мобилността на здравните професионалисти и системи на здравеопазване (данни от 17 европейски страни) се планира да се укрепи доказателствената база и да се насърчи политическия дебат по този важен въпрос.

*Превод: Ели Генова*

## КАРИЕРЕН ФОРУМ

### ДИГИТАЛНА БАЗА ДАННИ ПРЕДЛАГА РАБОТА

И тази година най-добрият карьерен форум за работещите в сферата на здравеопазването - MedPharm Careers привлече интереса на стотици медицински специалисти, които имат желание да се реализират в чужбина. Изложението се проведе на 7 и 8 май във Варна, а след това на 14 и 15 май в София. Много млади хора получиха пълна информация за свободните работни места в ЕС, като някои сключиха договори за работа още по време на форума.

Германия и скандинавските страни станаха хит на пазара на българските медицински кадри. Те предлагат най-добри условия и осигуряват различни социални привилегии, споделиха участниците. В момента Западна Европа изпитва недостиг на лекари, тъй като нейните специалисти еми-

рират в САЩ. Кризата се компенсира с кадри от Източна Европа. "В Германия се търсят не само специалисти, но и млади хора без стаж", каза представител на посредническа фирма. Обикновено емигрират студенти, завършили 6-и курс, които у

нас трудно придобиват специалност, а германските болници ги наемат за 2 години и заплатата над 2000 евро. Като приключи специализацията лечебното заведение им предлага постоянен договор. В екстрите се включва и безплатен езиков курс. Към Герма-



*Борсата във Варна*

ния се смятат и специалисти, като най-голямо е търсенето на хирурзи и анестезиолози. Заплатата им е над 3500 евро. В Швеция, Норвегия и Финландия се търсят най-вече специалисти невролози, нефролози, гинеколози и детски психиатри. Заплащането им е поне 6000 евро, като за семействата им се осигурява езиков курс и стипендии. Пазарната конюнктура накара участници в карьерния форум да направят печалната прогноза, че след 5 години българските болници ще изпаднат в кадрови колапс. Статистиката на медицинските университети показва, че само една трета от завършващите лекари остават на работа у нас.

MedPharm Careers е карьерно изложение за медицински работници и фармацевти в Централна и Източна Европа, което се провежда във все по-голям брой европейски страни като Полша, Унгария, Гърция, Румъния, Словакия, Испания, Литва, Латвия. От миналата година чрез него се набират кадри и от България.

## НАШЕНСКА ИНОВАЦИЯ

### ЗАКРЕПОСТЯВАНЕ И ТРАНСФЕР?!

Премиерът Бойко Борисов предложи студентите по държавна поръчка да имат 5-годишен ангажимент да работят в България. Той лансира идеята си на седмия Национален иновационен форум "Иновации и конкурентоспособност". "Четем в пресата, че нашите лекари се търсят в чужбина. Тук е мястото на министър Сергей Игнатов да прецени и да предложи дали когато държавата години дотира един студент, след това той трябва да стане и да си замине, без да има никакъв ангажимент към страната си. Тогава защо ние дотираме? На практика видим от парите на данъкоплатците, за да подготвяме специалисти за друга държава", коментира Борисов. Той предложи още да се въведе и механизъм на "трансфер" и "продаване" в чужбина на завършилите студенти, обучени с държавни до-

тащи. В момента субсидията от държавния бюджет осигурява средства както за българските студенти, така и за чуждестранните от страни от Европейския съюз и от Европейското икономическо пространство. Така българските и европейските студенти у нас плащат такса на висшето училище, която не покрива пълния разход за обучението им, а останалото се субсидира от държавата. Българските студенти, от своя страна, като граждани на ЕС, имат право на обучение във висше учебно заведение във всяка страна от Съюза при същите условия. Досега не е известно на друга страна от ЕС да ѝ е хрумвало да предложи "иновационния" подход на Борисов и да "продава" чуждестранни студенти, обучени в нейни висши училища.



**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**

**ОФЕРТА**

**Стипендия за млади лекари за европейския форум „Алпбах“**

Студенти и млади специалисти в областта на здравеопазването могат да кандидатстват за стипендия за участие в европейския форум "Алпбах 2011" (ЕФА) в Тирол, Австрия. Финансовата помощ включва и участие в менторската програма на австрийския клуб "Алпбах Медика".



Лятното училище се провежда в планинското село Алпбах в Тирол. Снимката се разпространява под лиценза на Creative Commons.

Фото: trailsource.com

**Европейски форум "Алпбах"**

Форумът ще се проведе от 18 август до 3 септември 2011 г., а водещата тема е "Справедливост и отговорност за бъдещето".

Инициативата се провежда всяка година от 1945 г. насам в тиролското селище Алпбах. По време на международния форум участниците ще имат възможността да дискутират актуални проблеми в сферата на науката, икономиката и политиката.

Клуб "Алпбах България" е част от асоциирана и официално призната мрежа национални, градски и професионално профилирани клубове към ЕФА. Негова цел е представяне и популяризиране на ЕФА.

**Стипендия**

Стипендията включва пълната такса за участие в ЕФА на стойност 1000 евро с изключение на Училището по европейска интеграция.

Организаторите поемат нощувките със закуска по време на престоя. Не се покриват пътните разходи на участниците.

Клуб "Алпбах Медика" организира и менторски клубни уикенди във Виена, Инсбрук, Линц и Грац. Стипендиантите обаче сами поемат разходите по участие си в тях.

Стипендията в областта

на медицината е предоставена от професионално профилирания клуб "Алпбах Медика" в сътрудничество с "Алпбах България". Получателят на финансовата помощ се обвързва със задължението да се включи активно през следващата година в работата и инициативите на клуб "Алпбах България".

**Изисквания**

За стипендията могат да кандидатстват студенти или млади, неотдавна дипломирани специалисти в областта на здравеопазването. Кандидатите трябва да владеят немски или английски език.

Желаещите да участват трябва да изпратят автобиография, мотивационно писмо, диплома за средно или висше образование и сертификат за владеене на английски или немски език. Документите се подават по електронен път на адрес: clubalpbachbg@gmail.com.

**Краен срок:** 20 юни 2011 г. **Допълнителна информация** може да намерите на уебсайта на европейския форум "Алпбах", както и на сайта на Клуб Алпбах Медика.

**Абонирайте се Все още! 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	2,00 лв./кв. см	1,70 лв./кв. см
Плюс един цвят	2,50 лв./кв. см	1,90 лв./кв. см
Четири цвята	3,00 лв./кв. см	2,20 лв./кв. см

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

Цвят	Последна страница
Черно-бяла	1,50 лв./кв. см
Плюс един цвят	1,80 лв./кв. см
Четири цвята	2,40 лв./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: 0.30 лв./кв. см.

**ЗА САЙТА НА БЛС**

**I. Информация за сайта:**

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

Той съдържа информация за:

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

- Нормативни актове

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

- Актуален регистър на лекарите в Република България

- Актуална информация и новини

**II. Рекламен период:**

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

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

**III. Рекламни тарифи:**

**1. Реклами в сайта:**

Цени за 1 ден:

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

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

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

**2. Текстови обяви / Платени публикации:**

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 рекламната кампания.

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

3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

**V. Забележки:**

✓ Рекламите се публикуват на всички страници на сайта.

✓ Цените не включват ДДС.

✓ Цени за реклами над 6 месеца - по договаряне

✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

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

Доц. д-р Маруся Петкова, дм

Продължава от миналия брой

## СОЛОМОНОВО РЕШЕНИЕ - ЧАСТНА БОЛНИЦА С УПРАВЛЕНИЕ И ОТ ДЪРЖАВАТА

Две години след смъртта на царица Елеонора управлението на Клементинската болница се поема от Управителен съвет, учреден през 1920 г. В него са включени епископ Викентий Пеев, енорийски свещеник отец Алберт Егер, главният лекар д-р Стефан Титев, д-р Добри Стоянов, д-р Владимир Матев и домакинът на болницата Фердинанд Томич.

Не можем да подминем споровете между Министерството на външните дела и енорията "Св. Йосиф" кой да притежава болницата - те завършват чак в 1924 г. с подписването на спогодба и признаване на собственост на църквата. По силата на този нормативен акт управлението ѝ следва да се поеме от католическата църква. Но комисията решава болницата да се ръководи от 3-членен комитет, съставен от по един представител на католическата енория "Св. Йосиф", на Дирекцията Народно здраве и на Българското дружество Червен кръст. С това Соломоново решение дворцовата Клементинска болница става единствената частна болница в България, в чието управление държавата има равностойно дялово участие. Изработват се основните ѝ документи - Правилник за вътрешния ред и Устав, които остават в сила до 1944 г. Точка 10-та гласи:

"... бедно болни от католическата енория "Св. Йосиф" в София се приемат за лечение даром или с намалени такси, с одобрението обаче на енорийския свещеник при същата църква."

На 28 юли 1923 г. Върховният медицински съвет одобрява и Правилника за вътрешния ред, като са посочени преди всичко правата и задълженията по вид на персонала. Строги са изискванията и към пациентите, особено към лежащо болните по отношение на дисциплината и спазването на болничния режим.

Докато вървят пренията за "вкусното дробче" - Клементинската болница - на 1-ви май 1922 г. за неин главен лекар-управител е назначен д-р Стефан Титев - протеже на мадам Елен дьо Кастек - бивша собственица на колежа във Варна, където д-р Титев е бил доверен лекар, и щедра дарителка на католическата църква.

### УПРАВИТЕЛИТЕ

Д-р Стефан Титев (1869-1926) е роден в Силистра и завършва медицина в Женева (1896), а след завръщането си в България работи в Ловеч и Видин, специализира хирургия при проф. д-р Парашкев Стоянов и проф. Пол Реклю в Париж (1910), след което е назначен за управител и старши лекар на Хирургичното отделение в Държавната болница във Варна (1910-1918). Активен член на БЛС, д-р Титев участва в първите събори и пише статии в първите най-трудни години от издаването на "Летописи" на БЛС. За съжаление се заразява от Рептругус от свой болен и в началото на м. септември 1926 г. "умира от тази болест, като жертва на дълга си!", както пише в некролога на БЛС.

В края на 1922 г. д-р Титев назначава лекар с все още новата специалност микробиология - бактери-

олога д-р Добри Юрданов Стоянов (1876-1937). Роден е в Шумен, завършва медицина в Тулуза, Франция (1900), работи като управител на Държавната болница в Силистра (1910-1919), като бактериолог в Медицинския факултет (1920-1932) и 15 г. като бактериолог в Клементинската болница до смъртта си (1922-1937).

След смъртта на д-р Ст. Титев за управител и главен лекар на Клементинската болница е назначен работещият в нея хирург-ординатор д-р Владимир Матев.

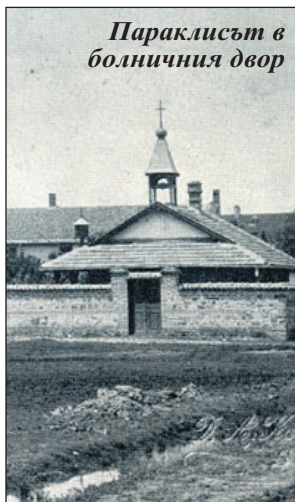
Д-р Владимир Пенев Матев (1880- ?) е роден в с. Бяла, Русенско. Завършва медицина в Монпелие, Франция (1906) и работи на свободна практика в Бяла (1906 - 1907), в болниците в Ловеч (1908) и Плевен (1909-1910), като секретар на Висшия медицински съвет (1910-1911) и хирург и управител в Клементинската болница (1912-1949) - 37 г. в дворцовата болница, 22 от които като неин последен главен лекар и управител.

### ОБНОВЛЕНИЕТО

Д-р Титев подбира млади, енергични и способни лекари, като им дава възможност и за професионално развитие. Следвайки хода на европейската медицина, внася нова, модерна апаратура - нов рентгенов апарат, ново цент-



рално водно отопление, отделен казан за операционния блок, два асансьора - за пациентите и за храната и т.н. По проект на архитект Иван Васильов строи новата сграда на болницата с трети, мансарден етаж (1937). Разширява легловата база - през 1926 г. наследява болница със 63 болнични легла, а до и по време на Втората световна война ги удвоява (1943). Всички организационни, кадрови и материални подобрения водят до финансова стабилност на дворцовата болница, до нарастване на доверието в нейните възможности за диагностика и лечение. Но най-важното - д-р Матев привлича добри, авторитетни специалисти. Така още след назначаването му за управител, за постоянен консултант и оператор е привлечен хирургът проф. д-р Иван Карамихайлов (1923), (за него виж Quo-



Параклисът в болничния двор

vadis, 2009, бр. 7). Няколко години по-късно професорът е назначен на щатно място (1930) и ще остане там до 73-годишна възраст (1940).

През 1927 г. д-р Вл. Матев привлича за хоноруван хирург-оператор и проф. д-р Иван Иванов, виден акушер-гинеколог, който ще работи заедно с проф. Карамихайлов 22 години.

Проф. д-р Иван Юрданов Иванов (1894-1951) е роден в София. Учи медицина в Мюнхен (1912-1914), после в Грац, Авст-

рия (1920-1923), където се дипломира. Специализира акушерство и гинекология във Виена (1925-1926) и рентгенология във Виенския радиен институт Holzkecht (1929). Усъвършенства се и по оперативна гинекология във водещи европейски болници и университети в Будапеща, Мюнхен, Франкфурт, Берлин. Работи като асистент и главен клиничен асистент в Майчин дом (1924-1935) и завежда акушеро-гинекологичното отделение на Еврейската болница (1935-1941). Последовател и наследник на проф. Дим. Стаматов, той завежда катедрата по АГ при МФ (1942-1951). Избран за частен доцент (1939), редовен доцент (1941) и професор (1946).

През лятото на 1928 г. за младши ординатор е назначен новозавършилият д-р Радослав Димитров Ланков (1903-1945). Роден е в Горна Оряховица и е възпитаник на Лайпцигската медицинска школа. Специализира хирургия (1933). С едно прекъсване от 2-3 години, когато е частно практикуващ в София (1939 - 1941), но вече болен, се връща отново като ординатор в хирургичното отделение на Клементинската болница и умира от рак на стомаха само на 42-годишна възраст.

Д-р Ланков прави първата резекция на стомах (1933). Всички хирургически интервенции се правят под етерна наркоза. На следващата година се въвежда локалната анестезия, с което възможностите на хирургичното лечение се разширяват (1934). Споменахме, че хирургичното отделение в Клементинската болница е водещо и то определя профила й. Високото ѝ реноме се дължи на високата квалификация на хирурзите и сестрите, доброто следоперативно гледане на пациентите, прилагането на анестезия (обезболяване) при всички оперирани, на реда и чистотата. Тъй като хирургията е все още една специалност, хирурзите са

поливалентни, а също така са и анестезиолози.

Д-р Матев провежда и

### ШИРОКА ОРГАНИЗАЦИОННО-СОЦИАЛНА ПОЛИТИКА

- през 1935 г. в Клементинската болница започва приемането на работници, осигурени при Фонд Обществено осигуряване, като за лечението и изследванията пациентите плащат половин такса. Любопитно е да споменем, че работещият към Двореца обслужващ персонал получава безплатно медицинско обслужване в Клементинската болница, както и лекарства, стига да са предписани от някой от придворните лекари. Но! Когато кочияшите и слугините започват да изнасят безогледно получаваните безплатно лекарства в нарастващи количества, интендантството им отнема тази социална придобивка.

### ПО ВРЕМЕ НА БОМБАРДИРОВКИТЕ НАД СОФИЯ

болницата се евакуира в селата Владая и Кладница край София, като транспортът е осигурен от двореца.

По време на запас в Клементинската болница работи и д-р Иван Койчев от Пирдоп (1878-1960). Завършил е медицина в Лозана, Швейцария (1920), и със специалности по вътрешни и стомашни болести. Той е известен сред лекарското съсловие като председател на Българския лекарски съюз, но е познат и като активен радетел на свободозидарската идея и член на Великата масонска ложа на България от учредяването до присъединяването ѝ (1918-1940).

Консултант по УНГ болести е д-р Димитър Балабанов, състудент на д-р Карамихайлов-син. Роден в София (1907), завършва медицина във Виена (1934),

специализира УНГ и е на частна практика в София, като паралелно е и консултант в Клементинската болница (1935-1944).

Д-р Иван Иванов Карамихайлов (1901 - 1960) е син на проф. Иван Карамихайлов. Роден е във Виена в студентското семейство на Мери Слейд и Иван Карамихайлов, където завършва медицина (1929). На следващата година е приет за младши ординатор-хирург в Клементинската болница и ще остане в нея като старши ординатор (1930-1948). Освен това е придворен и личен лекар на цар Борис III (1935-1943). Малко е странен животът на двамата хирурзи от дворцовата болница след 9-ти септември 1944 г. - докато бащата и майката карат едни относително спокойни старини, а професорът дори е удостоен от народната власт с почетното звание "Народен лекар", синът е въдворен в гр. Дряново, но за да се препитава му е разрешено да оперира в железничарската болница в Горна Оряховица. През 2007 г. в двора на МБАЛ "Ст. Черкезов" във Велико Търново е поставена паметна плоча на лекари, починали при изпълнение на лекарския си дълг. Сред 5-те имена е и името на д-р Иван Карамихайлов-син, завеждащ хирургичното отделение в Транспортна болница - Горна Оряховица, починал от преумора след направена от него продължителна тежка операция.

С появата на НДСВ (2001) се появиха доста данни за придворния и личен лекар на цар Борис III д-р Драгомир Александров, работил като интернист и бактериолог в Клементинската болница (1935-1948).

В началото на Втората световна война като хирург е назначен д-р Крум Николов Малинов (1899- ?). Роден е в Кукуш, Македония, завършва медицина в Бърно, Чехия (1929), работи като общински лекар в Неврокоп, после като хирург в Работническата болница в София (ИСУЛ) и старши хирург в Клементинската болница (1941-1948).

Младши ординатор е и д-р Зани Богданов (1942-1948).

През 1948 г. по Закона за едрата градска собственост дворцовата болница "Княгиня Клементина" е национализирана и днес там функционира Пета градска болница.

# Психиатър навлезе дълбоко в криминалния жанр

Д-р Фани Цуракова на представянето на новата ѝ книга

Фани Цуракова е психиатър, но от години работи и като журналист. Затова не е чудно, че съчетавайки двете професии, през целия си живот не спира да се изкушава от криминалния жанр. Написала е множество новели и разкази, като голяма част от тях са представяни като радиопиеси или са филмирани. Издавани са и в чужбина - в САЩ и Румъния, Англия и Испания. Някои са печелили и литературни награди.

Преди седмица издад-

телство "Сиела" ни покани на премиерата на поредния сборник на д-р Цуракова - "Магазинче за убийства". В него се разказва за самотата, отчаянието, липсата на перспектива... Героите, дори когато замислят убийства, са симпатични, а проблемите им - близки до всеки. Всъщност, тежките престъпления обикновено живеят само в желанията и в несмелите опити за възмездие на "малките хора". Те са самотни отмъстителни, които понякога се

сприятеляват с жертвите си и така не стигат до "мократа поръчка". Те са хора, които избират хотел, за да сложат край на живота си, като не винаги успяват да го направят.

Д-р Фани Цуракова в момента работи за имиджа на болница "Царица Йоанна - ИСУЛ", като PR-специалист. Председател е и на Българския клон на Световната асоциация на писателите-лекари.

Публикуваме откъс от творба на д-р Цуракова



# Магазинче за убийства

Откъс от едноименната новела

- Не се страхувайте, не се страхувайте - каза мъжът, като отвори широко вратата и заситни назад. - Няма от какво да се страхувате, мъжете на моята възраст вече са направили онова, което им е било писано да направят. Сега най-многого, с което можем да пристъпим законите, е да откраднем парче колбас от някой супер, госпожо... Влезте, влезте - мъжът беше дребен, загърнат в огромна жилетка.

Тя само веднъж преди това беше минавала край къщата. Излезе да разходи кучето, то подгони сърни насам, те се качиха на върха на поляната, после прескочиха поточето и така и тя се озова на улица, свършваща до обраслите му с храсти брегове.

Уличката бе малка, нямаше дори павета или асфалт, нечия лека кола бе направила колотовоз, около който бяха наредени десетина къщи, повечето недобоядисани и недостроени, защото общината щеше да строи на тяхно място блокове. А къщичката, в която сега влезе, беше последна от редицата, единствената стара, отделена от поляната с поточето.

Разбира се, след като получи предложението, тя дойде да огледа мястото, сякаш по къщата можеше да научи нещо повече за собственика ѝ, но тогава мина от горната страна - по панорамния път и не успя да види много, защото разстоянието беше голямо, за самият двор бе зашубрен. А не посмя да стъпи на улицата - неприятно ѝ беше, страх я беше, защото не бе споделяла желанието си с никого, а старчето никак си знаеше за него. Нещо повече, беше уверен в това желание, за да си позволи онова, което направи. Тя се страхуваше, че ако мине по улицата и той я види, може да го приеме като признание, да го използва (той или някой друг) като улика, като доказателство. Сега, влизайки в антренто, жената беше твърдо решила да не се възползва от предложението, а само да поиска обяснение, да си изясни откъде този свършено непознат човек беше разбрал. Даже смяташе за разумно да изчака малко, да види дали няма да получи още една покана, още едно "рекламно листче", както го беше нарекъл мъжът, когато го бутна в

ръцете ѝ. Защото в края на краищата бе възможно да е направил грешка, да я е сбъркал с друга жена и така сама да се издаде глупава за нещо, което даже не знаеше дали е решила да направи. Но вчера започна да прехвърча първия сняг и тя знаеше, че е тук, в подножието на планината, веднъж появил се, той не се бави, че тук земята няма откъде да взема топлина и след ден-два ще бъде покрито с бяло, което посочва следите, отбелязва обувките, води към мислите и намеренията на човека. Това

- Ще се съблечете ли? - попита дребният човек. - Да не ви стане студено навън... Въпреки че вие едва ли сега ще решите да купите стоката... Човек трудно се решава на такова нещо, пък е и скъпичка, не мога да кажа, че продавам евтино...

- Не, благодаря - каза тя. - Хи-хи, така е жените, особено, когато идват за първи път, не се събличат. Хи-хи, споделял съм и с други търговци, не на стока като моята, разбира се, такива като мен, не че искам да се хваля, но такива

на моите години не ми се качва и слиза по няколко пъти, аз обичам да си пийвам кафенце, изобщо не ми пречи на съня, не зная вие как сте?

- Обичам кафе - каза жената.

- Хи-хи, така и предполагам. Веднъж ви видях, мъкнехте цяло кило кафе, рекох си, ето ти още една сродна душа, хи-хи, ще ме извините, че съм ви шпионирал, но търговията ми го изисква, трябва да се наблюдават хората, не е толкова лесно човек да си намери клиенти. Ето вече бях започнал да

когато гледаше отзад, по стъпалата, изхлузените му панталони.

- Ето тук, моля - той отвори откритата врата.

Стаята бе неголяма, с пречупен покрив в задната част.

По-голямата част от нея, бе заета от огромно бюро, отрупано с книжа, моливи и химикалки, имаше още пишеща машина и фотография на жена, поставена в старомодна, сребърна поставка за снимки. Зад бюрото имаше библиотека, достигаща, както и в другата стая до тавана. Тя бе разделена на две части: едната се състоеше от рафтове, на които имаше книги - медицински, химия, физика, ботанически справочници, доколкото успя да се огледа, другата част от библиотеката, се състоеше от малки шкафчета, както библиотечните картотеки, но за поне три-четири пъти по-големи картони. Върху всяко от шкафчетата бе залепено листче с буква и две цифри. Пред бюрото бяха поставени две стари кресла, покрити с тъмни, вълнени одеала, а между тях бе притисната малка, кръгла, дървена, с поолощен фурнир масичка, върху която бе простряна кутия с луксозни шоколадови бонбони.

- Седнете, седнете за минутка - каза мъжът, или старчето - той никак си ту ѝ се виждаше млад, ту ужасно стар, просто зависеше какво гледа у него. - Само един момент, някои клиенти са недовърчени, много недовърчени и ужасно усложняват работата ми, но какво да се прави, хи-хи, занаят. Предпочитам да се разбираме чрез писма, тук тъкмо един ме пита за един детайл и аз трудно го намерих, един момент, само да довърша, просто два реда и датата, забравям вече, същината помня, не мислете, че можете да купите некачествена стока от мен, но ето на, ще затворя книгата и после ще има да търся откъде беше, откъде беше.

Старчето нахлузи очилата, които стоеха до пишещата машина, и зарови дългия си костелив пръст в страниците до себе си:

- Така, хе-хе, човек трябва да се съобразява и със сезона. Всеки сезон, драга, предлага различно решение, задължава даже за различно решение. Хе-хе, ето този човечек сам в писмото си, описвайки навичите си и, разбира се, навичите на



Питер Брьогел Старши, „Изгонване на ангелите“.

за следите и за снега и хрумна, когато на връщане от работа пътуваше с трамвая и някак си се зарадва на този довод, видя ѝ се много важен, затова мина по панорамния път, но вместо да се спусне от другата страна на поляната към тяхната къща, тръгна през самата поляна и пресече поточето пред къщата на мъжа. Обувките ѝ се изцапаха, поляната винаги беше мочурлива, но сега оскъдня снягът съсем я беше разкалял. Тя реши, че ако някой забележи обувките ѝ, обезателно да признае, че е минала през поляната, щеше да обясни, че просто ѝ се е дошло да мине оттам. А ако някой я види да влиза в къщата на мъжа, да не отрича, а да каже, че е ходила да го пита дали не продава яйца, защото, когато кучето подгони насам сърните, видя в двора на къщичката да се разхожда кокошка.

като мен са малцина... Та те са ми казвали, че жените са потрудни клиенти, нерешителни, никак си, колебаят се. Сигурно, защото на женската душа ѝ се искат много неща навън и ѝ е трудно да прецени какво най-вече ѝ е нужно, а?

Къщичката беше съсем малка. Долу от антрето през една полуотворена врата се виждаше кухнята, имаше и други две, затворени - приличаха на врати на килер и тоалетна.

- Ето тук - продължи любезно и малко напевно мъжът, - ето тук е кухнята ми, а горе, ако сте така любезна, горе е работният ми кабинет, или магазинчето, хи-хи, както предпочитате да го наричате, и скромната ми спалня... Да ви покана в кухнята не е удобно, хи-хи, аз и горе мога да ви почерпя с кафенцето, и горе имам кафениче, защото вече

мисля, че вие няма да дойдете, и толкова идеи, толкова труд ще отидат напразно... Ето тук, малко завойче, внимавайте, стълбата е тясна, а това стъпало малко е хлътнало, от работа не ми оставя време да се заловя с него... Но какво ще кажете, така със скърцаща, дървена стълба е даже по-добре, говори някак си, знаете ли, под краката на различните клиенти говори различно.

- Смути ме вашето писмо - каза жената с попрегракнал от вълнение глас, като пристигнаха на горната площадка - също дървена, с малко парапетче към стълбата. Имаше и две врати - вероятно към кабинета и спалнята. Едната бе леко откритата и се виждаше стена, пълна с плътно подредени, чак до невисокия таван книги.

- Сега ще поговорим, сега - каза старчето, защото съсем ѝ беше приличал на старче,

човека, за когото купува стоката, сам ми предлага идеята, той никак си я знае, сякаш я е изградил, обмислил е даже подробностите, защо иначе ще ми пише, че двамата ходели всяка събота и неделя в планината, дори когато времето не било хубаво, но никак си не смее да види намисленото. Хехе, такива клиенти са много лесни, в смисъл бързи, само с думи, под часове им казваш онова, което са ти загатнали в писмото, разрешаваш им го, може би, а?

Старчето затрака на разбитата машина.

- Така само за секунда, мила, само да не предозираме медикамента, мила.

Той пъргаво стана, обърна се към библиотеката и извади от там дебела, червена книга.

- "P", "p", ето го, не се усещаша, когато го смесиш с храната, едно хапченце е напълно достатъчно... Хехе, хората нямат фантазия, госпожо, това е нещото, което най-много ме притеснява у тях, нямат фантазия и вършат престъпленията си, както са ги вършили и техните предци, не се учат, не мислят. Понякога ми минава през ум дали крадците не са по-интелигентни от убийците - и той я погледна над очилата, - а аз винаги съм презирал крадците, винаги съм ги смятал за по-долна категория, надявам се, разбирате какво искам да кажа...

Жената, седнала в креслото, кимна.

- А ето, какво показват последните години, погледнете дори само информацията, която достига до нас от вестниците - използва се електроника, лазери, дистанционно управление. И не техниката, мила, е същественото, не техниката ме кара да се възхищавам от тях. Друго е прозрението - те не си служат с един метод, те комбинират, това е новото, това е идеята, схващате ли?...