

QUOVADIS

ЛЪТОПИСИ
НА
ЛЕКАРСКИЯ СЪЮЗ
ВЪ БЪЛГАРИЯ

София, година XIV, брой 9, вторник, 30 септември 2014 г.

Национално издание на Българския лекарски съюз www.blsbg.com



Actavis




SOCIETE GENERALE
ЕКСПРЕСБАНК
УСПЯВАМЕ ЗАЕДНО

**И в Сървайвър
ще оцелява**

д-р Емануил
Найденев от
„Млади
лекари за ново
здравеопазване“



на стр. 2

Стартираха преговорите между НЗОК и БЛС Лекарският съюз постави условия за подписването на НРД - 2015

Настоява за достатъчно пари за сектора и връщане на арбитража и методиките в договора

на стр. 3

В БРОЯ

БЕЗ РЕТУШИ

Политици и медици търсят консенсус за промените



на стр. 4-5

Необходимо е подобряване на финансовия модел и бързи мерки за бързата помощ

НА ФОКУС

Спешната помощ - с два филтъра във Великобритания



на стр. 8-9

СПЕЦИАЛЕН ГОСТ

Проф. д-р
Ваньо Митев
ректор на Медицински
университет -
София и председател
на Съвета на ректорите
в България

на стр. 7

Започва
абонаментът
за 2015 година -
каталожен №401
Във всеки
пощенски клон!
на стр. 14

Ваксините
ни предпазват
през целия живот
Ден след ден, година след година!

Cervarix
Ваксина срещу човешки папиломен вирус (Типове 16, 18)
(Резимбинантна, с адювант, адсорбирана)

Engerix B
Ваксина срещу хепатит В (рДНК,
адсорбирана)

Priorix
Ваксина срещу морбили, паротит и рубеола (жива)

Infanrix IPV НВ
Адсорбирана ваксина срещу тетанус, коклюш
(безклетъчна, компонентна), полиомиелит (инактивирана)
и менингококи тип В (инкогнатна)

Rotarix
перорална ротавирусна ваксина
само с 2 дози през устата

Twinrix
Комбинирана ваксина срещу хепатит А и В

Nimenrix
Комбинирана ваксина срещу менингококи от
групи А, С, W-135 и Y

Fluarix
Ваксина срещу грип
(фрагментирани инактивирани вируси)

boostrix
Адсорбирана ваксина срещу дифтерия, тетанус и коклюш
(безклетъчна, компонентна), с намаляно антигенно съдържание

Havrix 720
Ваксина срещу Хепатит А

Synflorix
Пневмококова полизахаридна
конюгатна ваксина (адсорбирана)

gsk GlaxoSmithKline
Вашият партньор във
ВАКСИНОПРОФИЛАКТИКАТА

Cervarix, Engerix, Priorix, Rotarix, Infanrix, Nimenrix, Twinrix, Fluarix, Boostrix, Havrix и Synflorix са запазена марка на GlaxoSmithKline и са лицензирани продукти по лекарско предписание, да се прилагат съгласно указанията и начина на дозиране, посочени в Кратката информация за пациента и от медицински специалисти. Ако смятате, че сте налице с някаква нежелана реакция, ако наблюдавате някаква нова или липсва в ефекта, моля да се свържете с нас на телефон: (02) 953 10 34; факс: (02) 950 56 05. Моля, съобразявайте също с указанията за докладване на нежелани лекарствени реакции във Възстановяващата служба по лекарството. За информация за медицински на Глобални услуги моля да се свържете с нас на адресираните телефони. Активна Кратка Характеристика на Продукта можете да намерите на: http://www.gsk.bg/docs/Booster_SPC.pdf; http://www.gsk.bg/docs/Cervarix_SPC.pdf; http://www.gsk.bg/docs/Engerix_B_Pat.pdf; http://www.gsk.bg/docs/Fluarix_SPC.pdf; http://www.gsk.bg/docs/Havrix_720.pdf; http://www.gsk.bg/docs/Infanrix_IPV_HB_SPC.pdf; http://www.gsk.bg/docs/Nimenrix_SPC.pdf; http://www.gsk.bg/docs/Priorix_SPC.pdf; http://www.gsk.bg/docs/Synflorix_SPC.pdf; http://www.gsk.bg/docs/Twinrix_SPC.pdf; http://www.gsk.bg/docs/Rotarix_SPC.pdf.
Удобрение до УМЛ по чл.254а(2) от ЗНДМ НЛВ 523/7/12.2012. Номер BG(VAC)0038/12. Материалът е одобрен до септември 2014 г.

**ПРИ КАШЛИЦА,
ЗА ВСЕКИ СТОДАЛ**

СТОДАЛ
КОМПЛЕКСЕН ЛЕКАРСКИ ПРОДУКТ

**Стодал за цялото
семејство!**

Хомеопатичен лекарствен продукт.
Без лекарско предписание.

За пълна информация:
Боарон БГ ЕООД, ж.к. Южен парк, бл. 28, вх. А, ап. 6
тел.: 02/963-09-06, 02/963-20-91, факс: 02/963-45-00
www.boiron.bg

BOIRON

КМТ 184157/26.06.2012

Надзорът на Касата поиска допълнително 100 млн. лв. за тази година

● **БЛС настоява за нова актуализация на бюджета на НЗОК още от август**

Лекарският съюз, пациентските организации и НЗОК поискаха да се направи втора актуализация на бюджета на здравноосигурителната институция. В противен случай Касата няма да може да плати извършената от болниците дейност и те трябва да преустановят работа.

Към искането на БЛС се присъедини и ръководството на здравната каса. На заседание на 25 септември Надзорният съвет на Касата гласува предложение за 100 млн. лева нова актуализация на бюджета на НЗОК. Министърът на здравеопазването д-р Мирослав Ненков, който също е заявявал, че са нужни допълнителни пари до края на годината, ще внесе предложението за разглеждане в МС. След

като то бъде одобрено от правителството, трябва да бъде гласувано от Народното събрание.

Председателят на Надзорния съвет на НЗОК Кирил Ананиев обясни, че парите се разпределят така: 50 милиона за болнична помощ, 25 милиона за лекарства за домашно лечение, 15 милиона лева за онкологична медицина и 10 милиона лева за медицински изделия. Той заяви пред журналисти, че парите няма да бъдат дадени от държавния бюджет. Това са средства събрани в банкова сметка на здравната каса и налични още към 31 декември 2013 г. Ананиев каза, че парите са от неизразходвани приходи на НЗОК за 2013 г. От Касата обясниха, че това са средства от трансфери на

здравното министерство, от надсъбрани здравни вноски, санкции и др.

Още при първата актуализация на бюджета на НЗОК през август от съсловната организация предупредиха, че парите ще стигнат до октомври. Тогава в обръщение до президента и председателите на парламентарно-представителните партии БЛС заяви, че следващото правителство ще трябва да извърши повторна актуализация. Председателят на Съюза д-р Цветан Райчинов коментира, че не трябва да се допуска парите за извършената дейност да се изплащат със средства от 2015 г., защото по този начин проблемите с финансирането ще се прехвърлят и следващата година.

Забавиха парите на семейните лекари за пенсионерите



С два месеца се бавят парите, дължими от разликата от потребителската такса за пенсионери, алармират общопрактикуващи лекари. С постановление бе прието от началото на годината хората от третата възраст да плащат при лекаря 1 лв., вместо 2,90 лв. Разликата от 1,90 лв. се възстановява от държавния бюджет, като в началото на годината за това допълване са били разпределени 10 млн. лв. "Ние пре-

дупредихме, че парите ще свършат още в средата на годината. След юни колегите не са получавали никакви средства", коментира председателят на Съюза на ОПЛ в Кюстендил д-р Румен Алексов пред медиите.

Лекарите се въздържаха от по-крайни действия заради предизборната обстановка и служебния кабинет, който няма правомощия да реши проблема. Парите за цялата страна, които са необходими за изплащане на средствата за юли и август, са в размер на 3 млн. лева.

Другото притеснение на ОПЛ е ниският процент на средствата, постъпващи от здравни осигуровки и бюджета за извънболнична помощ.

Подменен е съставът към Фонда за лечение на деца в чужбина

Служебният кабинет подмени състава на Обществения съвет към Фонда за лечение на деца в чужбина. В него вече влизат бранският хирург проф. Огнян Бранков от "Токуда", ортопедът доц. Румен Кастелов от МВР болница, неврологът доц. Анелия Буева-Велковска от детската болница във Варна, неврологът проф. Венета Божинова-Чамова от "Свети Наум" и журналистът от програма "Хоризонт" на БНР Надежда Цекулова. "Новите членове на съвета са подбрани според тяхната специалност, т.е. съобразили сме се с това какви са най-често отправяните молби за финансова подкрепа от страна на семействата", изтъкна служебният здравен министър д-р Мирослав Ненков.

Припомняме, че кадровите промени в този фонд през последната 1-2 години доведоха до бурни протести от страна на родителите с болни деца и сериозно забавяне на тяхното лечение.

Правителството отпусна 11 млн. лв. за психиатричната и спешната помощ



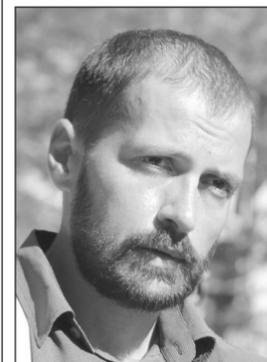
Допълнителни 11 млн. лв. отпусна служебното правителство по бюджета на здравното министерство за подобряване на психиатричната помощ и организацията на спешна медицинска помощ, информираха от МС. Средствата ще бъдат предоставени на държавните психиатрични болници, на централните за спешна медицинска помощ, за трансфузионна хематология и на регионалните здравни инспекции. За оптимизиране на спешната помощ с парите се

предвижда закупуване на линейки, оборудвани с пълна апаратура. Ще бъдат закупени и две изкуствени сърца за столичната "Св. Екатерина". Петте кръвни центъра в страната ще получат по един снабден с многофункционална апаратура санитарен автомобил.

Със средствата ще се модернизират и обнови техническата инфраструктура и автопаркът на две държавни психиатрични болници - в Суходол и в Нови Искър, както и ще се проектира сграда в Банкя, в която да бъдат преместени двете лечебни заведения.

Към момента двете психиатрични не отговарят на санитарно-хигиенните изисквания и имат крайно амортизиран и морално остарял сграден фонд и оборудване, се посочва в доклад на здравния министър Мирослав Ненков.

И в Сървайвър ще оцелява д-р Емануил Найденов от „Млади лекари за ново здравеопазване“



На 19-и август т.г. от Гражданска инициатива "Млади лекари за ново здравеопазване" подадоха официален Призив към институциите за предприемане на спешни мерки за спасяване на здравеопазването в България.

След това, на 3-и септември беше отправено предложение за Меморандум към основните политически сили - ГЕРБ, БСП, ДПС и РБ.

"До момента отговор НЯМА! Очевидно здравеопазването в България има нужда от мозъчна операция!" - коментира от сдружението. Те изтъкват, че младите лекари са поставени в тежката позиция на оцеляващи, като търсят спасение зад граница. Твърде малко са тези решили да продължат борбата с вятърни мелници в своята родина.

Един от тях, д-р Емануил Найденов - млад неврохирург от УБ "Св. Иван Рилски" в София, ще води неравна битка за правата на пациентите с онкологични заболявания в известното реалити-предаване Сървайвър. Официален девиз на благородната му кауза е "Срещу мозъчните тумори!"

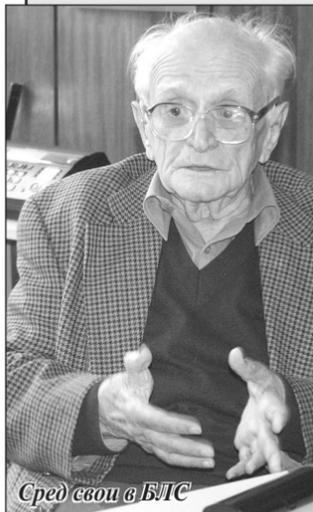
Сирийски бежанец с тежко сърдечно заболяване бе спасен след сложна операция в столичната Сити Клиник

Сириецът М.Ю., на 73-годишна възраст, още в родната си страна е диагностициран за сърдечна операция, но започва войната и не успява да се добере до град с болница, където има кардиохирургично отделение. У нас по време на пребиваването си в бежански лагер, след като изпитва остра гръдна болка и в хода на вирусна инфекция, е изпратен от Агенцията за бежанците в МВР болница. Лекарите установяват, че пациентът е с висок риск. Благодарение на грижите им и своевременната им реакция пациентът е реферирал към кардиохирурзи от Сити Клиник. Там, след като се установява критичното състояние, веднага е опериран. Поради придружава-

щи заболявания, операцията е сложна. Поставени са 4 байпаса, предотвратен е масивен инфаркт, който предвид размера на плаките по стените на съдовете би бил фатален, разказва д-р Димитър Симов, кардиохирург и ръководител на оперативния екип. Възстановяването на пациента протича нормално

Разноските по операцията поема Националната здравноосигурителна каса, като Агенцията за бежанците е заплатила здравните осигуровки на пациента. Сирийският бежанец е спасен благодарение на подкрепата на българската държава, осигурила финансиране и на колаборацията между екипите на столичните МВР болница и Сити Клиник.

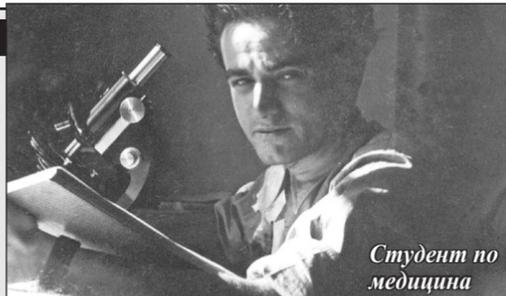
IN MEMORIAM



Напусна ни Валери Петров - поетът с диплома на лекар

На 94-годишна възраст си отиде от нашия свят големият поет, драматург и преводач, но преди всичко - рицар по дух. Валери Петров определяше себе си като оптимист. Трябвало ни няколко педи време, за да имаме европейско здравеопазване, каза той пред български лекари на специална среща послучай 90-та му годишнина. Този разговор сред свои ще остане незабравим.

Завършил медицина през 1944 г. в София, Валери Петров работи за кратко като военен лекар.



Студент по медицина

Незабравимо ще остане и вниманието, което той отделяше на своите колеги от Клуба на лекарите-писатели. Домът и сърцето му винаги бяха отворени за тях - той ги приемаше като колеги и творци, за които болката носи не само страдание, но извисява и учи на милост и доброта към ближния - качества, без които светът ще намери своята гибел.

Валери Петров бе вписан в почетния списък на Международния съвет за детска книга за творба-



На 19 април, 2010 г. поетът получи почетен знак на БЛС и много внимание.

та си "Пет приказки". Номиниран бе и за Нобелова награда. Той бе един от двамата български лекари, които бяха удостоени с Гражданската награда на Европейския парламент за 2013 г. за принос към културата на Европа и достойна гражданска позиция.

БЛС поднесе венец на поклонението в Народния театър.

Поклон пред паметта на твореца!

СТАРТИРАХА ПРЕГОВОРИТЕ МЕЖДУ НЗОК И БЛС

Съсловната организация постави условия за подписването на НРД - 2015

● **Медиците настояват за достатъчно пари за сектора и връщане на арбитража и методиките в договора**

Българският лекарски съюз отива на преговори с НЗОК с изработен свой проект за НРД - 2015. Той ще послужи като основа, върху която ще се проведат разискванията. В централата на Съюза вече пристигат предложения от всички районни колегии за изменения в текстовата част или в клиничните

ка че основните ни искания са към МЗ. Ще видим кое в документа може да продължи да съществува и кое трябва да отпадне. Част от дейностите, предвидени за тази година, поради липса на финанси, не можах да влязат", припомни д-р Райчинов. Лекарският съюз настоява също



не може това да бъде изцяло нейна грижа". Проблем има и с недофинансираните клинични пътеки, така че БЛС ще настоява цените на някои от тях да бъдат променени. За пример д-р Райчинов даде пе-

вниската и за всичко останало. В момента повишаването на здравната вноска няма да даде необходимия ефект, да подобри качеството", допълни той. Запитан дали е възможно в Касата да бъдат върнати



пътеки. Те ще бъдат обобщени и представени пред НЗОК. Решение за това бе взето на проведените в началото на септември Управителен и Национален съвет на БЛС.

От съсловната организация са категорични, че тази година ще поставят ясни условия пред управляващите, без изпълнението на които нов рамков договор няма да има. А те са следните - осигуряване на нужното цялостно финансиране на медицинската дейност и връщане на арбитража и методиките в НРД, и на всички останали текстове, "които бяха откъснати изкуствено от цялостната структура на договора". Без тях рамковият договор се обезсмисля.

Председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов заяви пред журналисти, че Лекарският съюз продължава да настоява анестезията и патоанатомията да се обособят като самостоятелни процедури и да им се сложат цени. "Това са двете дейности, които от години се мъчим да намерят своята самостоятелност. Не става въпрос за разширение на пакета, те се извършват и сега, но се покриват на остатъчен принцип", поясни той. "Промените трябва да влязат в Наредба 40, та-

някои дейности да излязат от НЗОК

и да се финансират от здравното ведомство. Интензивното лечение трябва да се плаща от МЗ, защото по думите на д-р Райчинов е неразделна част от спешната помощ. Според шефа на БЛС ако то все пак остане в НЗОК, трябва да се направят корекции на цените, като се предвидят средства в клиничните пътеки. Освен това от Касата трябва да излезе и лечението на редките болести. Според д-р Райчинов то също трябва да е в министерството и да се заплаща от специален фонд. От НЗОК са съгласни с това искане на БЛС. Коментарът на управителя на Касата д-р Румяна Тодорова е следния: "Трябва да излезат не само заради облекчаване на бюджета. Законът за здравето не е променен и това е грижа на държавата. Това е една много малка група от хора, които са на специални режими и изследвания, и за тях се харчат много пари. Касата не може да отговори на тези изисквания. В края на краищата няма нищо лошо наистина да се създаде един фонд, с който да се финансират както редките болести, така и редките лекарства. Касата може да участва с някакъв процент в този фонд, но



диатричните пътеки. "Но първо трябва да видим какво ново като разход ще влезе и какво ще излезе", уточни той. Ще бъдат

преразгледани и алгоритмите на клиничните пътеки

За това се договориха ръководствата на Съюза и НЗОК. "В някои КП има сериозни безобразия, каза след срещата зам.-финансовият министър и председател на надзорния съвет на осигурителната институция Кирил Ананиев. Директорът на Касата д-р Румяна Тодорова потвърди, че логиката в много от клиничните пътеки е нарушена и добави, че трябва да се помисли, кои от пътеките да излязат от болниците и да се прехвърлят в извънболничната помощ - нещо, което отдавна се иска от БЛС. Лекарският съюз ще настоява също

държавата да бъде изрян пламък

и да си плаща вноските в пълен размер. Д-р Райчинов цитира разчети, според които ако това се случи, в здравеопазването ще има между 600 и 700 млн. лв. повече, което ще позволи системата да стане предсказуема и да работи без трусове. "Тогава може да говорим за демонополизация на Касата, за повишаване размера на

парите от резерва, взети от бившия финансов министър Симеон Дянков, д-р Райчинов каза, че дори и да ги има и да може се отпуснат под някаква форма, това означава да се наруши отново фиска. "Така че тези пари са неизползваеми, дори да ги има, докато бюджетът на Касата не стане самостоятелен, т.е. извън държавния, извън фиска," поясни председателят на БЛС. Лекарите ще настояват още

да се създаде комисия "цена-ефект"

която да проверява какъв е ефекта от всяко лекарство, влизашо в страната и дали той отговаря на цената. Според д-р Райчинов трябва да има регулация и в лекарствоснабдяването. "Не може само един сектор да продължи да бъде без регулация. Имаме много сериозни съмнения относно това как този сектор работи", заяви той.

По решение на УС и НС на БЛС, проектът за Национален рамков договор трябва да мине на вътрешно съгласуване между 10 и 20 октомври, като окончателният вариант на документа ще бъде разгледан от делегатите на Събора, който ще се проведе на 30 и 31 октомври.

НЮАНСИ

Д-р Цветан Райчинов, председател на Лекарския съюз:

Исканията ни са насочени повече към здравното министерство

Това, за което ще настояваме най-много в момента, не касае толкова Касата, а е към Министерството на здравеопазването - в наредба 40 да бъдат включени като медицински дейности, най-вероятно под формата на процедури, анестезията и патоанатомията. Това са двете дейности, които от години се мъчим да бъдат заплатени самостоятелно, а не на остатъчен принцип. Ще видим и какво в наредба 40 може да продължи да съществува и кое трябва да отпадне. Знаете, че част от дейностите, които са предвидени за тази година, поради липса на финанси не можаха да влязат. Това не е разширение на пакета, това са реални дейности, които най-после трябва да намерят своята самостоятелност. Те и сега се извършват, но не се заплащат. Анестезия и патоана-

томия вече са основните рискови специалности за България, за които няма достатъчно кадри.

Ще повдигнем и въпроса за финансите. Ще настояваме държавата да е изрян пламък, да си плаща изцяло вноските за хората, които осигурява в пълен размер. Няма никаква логика държавата да изработва закон, да го прави задължителен за всички граждани, освен за самата себе си. И второто, за което ще настояваме, е тези средства наистина да бъдат ползвани за здравеопазване, за да има някаква предвидимост в системата за една година, за да могат да бъдат направени така необходимите промени, които и лекари и пациенти очакват. Към момента доволни от системата няма. Ще настояваме също дейности, които могат да бъдат извършвани в доболничната помощ, да отидат там.

Кирил Ананиев, зам.-министър на финансите и председател на надзора на НЗОК:

В алгоритмите на КП има безобразни неща

Стартирахме подготовката на новия НРД, като се разбрахме до 10 дни да бъдат определени работните групи от двете страни, а само три дни след това да е готов и графикът за срещите. Времето до края на годината е много малко и трябва да се работи интензивно. Постигнат е консенсус да се направи съвместно предложение до министъра на здравеопазването да отложи прилагането на наредба 42 (за промяната на кодовете) с една година и тя да влезе в сила от 2016 г. Тя е пряко свързана с наредба 40, така че

имаме нужда от този кратисен период. Стигнахме до съгласие и да започнем анализ на алгоритмите на клиничните пътеки, тъй като в някои от тях има безобразни неща и в същото време да помислим кои от КП могат да излязат от болничната помощ и да се прехвърлят в доболничната помощ. Надявам се също да се постигне съгласие за още една актуализация на бюджета за тази година, защото според мен парите на НЗОК няма да стигнат за заплащане на медицинската дейност и за лекарствата.

Д-р Румяна Тодорова, управител на Касата:

Във времето някой е добавял и вадил нещо от клиничните пътеки

Трябва наистина да се огледат алгоритмите на клиничните пътеки и доколкото е възможно да се коригират. Защото наистина във времето някой е добавял и вадил нещо и по този начин е нарушена логиката на нещата. Това, което аз лично споделих с Български лекарски съюз е, че нивата на компетентност на болниците по ко-

личествени показатели са определени и че ние пак си говорим за качество, но всъщност количеството не може да търси качество. Трябва да имаме критерии за качество вътре, критерии за много ясно разписани индикации за хоспитализация и дехоспитализация. Всичко това са елементи на клиничната пътека.

Политици и лекари търсят консенсус за промените

● **Необходимо е подобряване на финансовия модел и спешни мерки за спешната помощ**

Трябва да се постигне консенсус за реформиране на здравната система и непопулярните мерки да се извършат, независимо коя политическа сила е на власт. До този извод стигнаха политици и лекари по време на дискусиите, организирани от вестниците "24 часа", "Капитал" и "Стандарт". Те посочиха най-сериозните проблеми в здравеопазването и начините, по които могат да бъдат решени. Според тях най-важни са въпросите, свързани с по-доброто финансиране на сектора, неотложните промени в спешната помощ и начините за задържане на медиците в страната.

Лекарите са едни от малкото професионалисти, на които хората вярват. Това каза президентът за периода 2002 - 2012 г. и лидер на АБВ Георги Първанов по време на дискусиата, организирана от в. "24 часа". Форумът имаше за цел да открие най-болните теми, по които следващото правителство да предприеме бързи мерки. Първанов обясни, че от дълго време работи с много лекари и вижда авторитетни медици в различните партии. И това е знак, че може би политиките са готови да се доверят на професионалистите и да намерят консенсус за промените.

Невинни няма

"Заради експериментите със здравната система, които се правеха през годините, ние политиките дължим едно голямо извинение на лекарското съсловие. Невинни политици няма". Това каза Десислава Атанасова, бивш министър на здравеопазването от правителството "Борисов" и кандидат за депутат от ГЕРБ, по време на срещата. Според нея три са основните решения, за да бъдат постигнати промените - консенсус между партиите, национална стратегия и точни правила, които да се спазват. Другият представител на ГЕРБ проф. Стоян Тонев подчерта, че единственото, което обединява партиите, са лекарите в техните листи и те са най-добрата част от тези списъци. Той разказа, че се е срещнал с много директори на болници и е поискал тяхното мнение за това какво трябва да се направи. "Всичко, което те казаха, е отразено в платформата на ГЕРБ", поясни проф. Тонев. Според него основните проблеми, които се нуждаят от бързи мерки са спешната помощ, неплащането на осигуровки от държавата и от гражданите и задържането на лекарите в страната.

Д-р Нигяр Джафер, председател на здравната комисия в

частна АГ болница и депутат от 40-то народно събрание. Според него политиките умислено не въвеждат диагностично-свързаните групи, въпреки че те са много по-добър начин за плащане на болниците от клиничните пътеки. "ДСГ са много по-удачният вариант, въпреки, че и те имат несъвършенства, но при финансиране с ДСГ най-големи печалби ще имат не тези бол-



42-то Народно събрание и кандидат за депутат от ДПС, също изрази мнение, че българските политици имат голям грях към лекарите и пациентите заради провалите в здравната реформа. Според нея основният грях е допускането да бъде сатанизиран образа на лекаря през последните години. "Провинението е по-сериозно дори от това да бъдат взети 1,4 млрд. лв. от резерва на НЗОК", каза бившият шеф на парламента. Д-р Джафер подчерта, че не е възможно една партия, дори да има мнозинство, да проведе сама реформата в здравеопазването и затова е необходим консенсус или поне широко съгласие за промените. Като основни въпроси за разрешаване тя посочи промените във финансовия модел в сектора, демонополизацията на НЗОК и по-доброто заплащане за кадрите в здравеопазването, за да не емигрират в чужбина.

Проблем са здравнонеосигурените

Кандидатът за депутат от коалиция "БСП - Лява България" Красимир Мурджев също говори за нуждата от консенсус за предстоящите непопулярни мерки. Според него един от най-важните проблеми, който трябва да бъде решен приоритетно, е събиращостта на здравните вноски и големия брой на здравнонеосигурени граждани. По думите му крайно време е да се помисли дали болниците трябва да бъдат търговски дружества и не пречи ли това на работата им. Бившият еврокомисар и кандидат за депутат от Реформаторския блок Меглена Кунева заложи на емоциите. Тя подчерта, че вярва безусловно на медиците и като пациент, и като внучка и дъщеря на лекари.

НЗОК да се освободи от опека на партиите

Финансирането на здравеопазването е порочно и то поражда всички останали проблеми. Това мнение изрази доц. Атанас Щерев, управител на

ниции, които имат най-много пациенти, а тези които са лекували най-тежките случаи", обясни доц. Щерев. Той бе категоричен, че политиките трябва да върнат в резерва на НЗОК 1,4 млрд. лв., взети по време на управлението на ГЕРБ. Доц. Щерев предложи да се въведе доплащане в болниците, като по този начин хората ще имат стимул да се осигуряват допълнително.

Защо напускат младите?

Това също бе един от въпросите, отговор на който бе потърсен по време на дискусиите. Според акад. Петя Василева, ръководител на Специализирана очна болница "Академик Пашев", крайно време е да се намери решение как да се мотивират младите, за да останат в България. Тя постави и други проблеми за разглеждане - за контрола на качеството на лечение, за регламентирането на следдипломното обучение. По думите ѝ в момента има недопустима комерсиализация на медицината.

Умишлено се поддържа нормативен хаос

Тази теза застъпи директорът на УМБАЛ "Св. Иван Рилски" д-р Дечо Дечев. Спо-

ред него хаосът "се продуцира от МЗ и се подкрепя от парламента". Той посочи две причини за финансовото състояние на системата - това, че се плаща на болниците на количествен принцип за лечението на много пациенти и от друга страна, МЗ разрешава непрекъснато откриването на нови болници, което изчерпва ресурса на Касата. Интересно бе изказването и на д-р София

Ангелова, председател на Националната асоциация за профилактика на белодробните болести. Според нея трябва да се промени модела на доболничната помощ, защото в момента пациентите нямат свободен достъп до специалист, заради вечния недостиг на направления. Така общопрактикуващите лекари са се превърнали в работодателите на специалистите, смята д-р Ангелова.

Недоволни са всички

При откриването на конференция за иновации и добри практики в здравния сектор, организирана от в. "Капитал", председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов заяви: "Всички сме убедени, че здравеопазването се нуждае от спешни мерки и заради пациентите, и заради лекарите. Затова след тези избори трябва да има политически консенсус между всички партии. Здравеопазването е едно, то е на целия народ, на всички граждани. В момента недоволни от него са както пациентите, така и лекарите. При тези условия, които се осигуряват на българските медици обаче, ние имаме най-доброто здравеопазване. Никой друг не би работил така всеотдайно."

И на този форум представители на политическите партии резюмираха основните моменти от предизборните си платформи. При някои от точките има пълно припокриване на предлаганите мерки, други се разминават съществено. Така например кандидатът за депутат от коалиция "БСП - лява България" д-р Емил Райнов заяви, че предвиждат увеличаване ролята на държавата в здравеопазването. Той заложи на солидарния модел, при който всички имат равен достъп до услуги, независимо дали са бедни или богати и подчерта, че при липса на кадри болниците могат да отпускат кредити на лекарите, за да си купят жилище, а също и да осигуряват работа или детска градина за другите членове от семейството. На противоположно мнение бе кандидатът за депутат от Реформаторския блок д-р Петър Москов. По думите му ако държавата продължава да увеличава своята роля в този сектор, в рамките на 5 до 7 години системата ще се срути. От Реформаторския блок смятат, че в първия стълб на здравното осигуряване трябва да се въведе индивидуален пакет за извънболнична помощ. Така личният лекар ще решава дали пациентът има нужда от достъп до специалист и ако предвиденият брой услуги се изчерпят, допълнителните ще се покриват от втория стълб на осигуряване.

Добрите практики

На конференцията бяха обсъдени и теми, свързани с прилагането на лекарствената политика в България, управлението на финансовия ресурс и достъпа до иновации в ЕС. Д-р Димитър Петров, експерт на БЛС, запозна присъстващите с моделите на здравно осигуряване, като очерта плюсовете и минусите им. Успешни примери и добри практики в управлението на болничния сектор представиха настоящи и бивши директори на болници. Ген. проф. Стоян Тонев предложи лекарите да не плащат данъци. Според директора на УМБАЛ "Св. Екатерина" проф. Генчо Начев пък трябва да се обърне по-голямо внимание на това, че в България няма правила за добра медицинска практика, въпреки че добри практики у нас има, но те не са регламентирани. По думите му с това трябва да се справят съвместно Българският лекарски съюз и научните дружества.

Изводите, които направиха участниците в дискусиите, показват категорично, че промени в системата са необходими. Те трябва да са в посока повишаване на финансовия ресурс, надграждане на настоящия модел поне в стори здравноосигурителен стълб, реално остойностяване на медицинските дейности, промени в специализациите и възможности за кариерно развитие за младите лекари, въвеждане на ДСГ, реформиране на спешната помощ... Въпросът е дали всички тези добри идеи няма отново да останат само на хартия след изборите. И дали това няма да се окаже наистина фатално за здравеопазването ни.

Д-р Ненков получи сертификат за доверие на пациентите

Министърът на здравеопазването д-р Мирослав Ненков получи сертификат за принос към лекарската професия. Това стана по време на дискусиата за реформите в здравеопазването, в рамките на кампанията на в. "24 часа" "Лекарите, на които вярваме". Главният редактор на вестника Борислав Зюмбюлев съобщи, че подобни сер-



тификати ще получат и останалите медици, включени в книгата със същото заглавие.

Призът на д-р Ненков бе връчен от председателя на 39-ото народно събрание проф. Огнян Герджиков. Министърът получава това признание не като ръководител на МЗ, а като добър анестезиолог, помогнал на много пациенти, уточни той.

ОБРЪЩЕНИЕ

УС на БЛС към политическите партии и коалиции:

Националноотговорна политика и реформи в сектора

Българският лекарски съюз, воден от загриженост към здравето на пациентите, състоянието на българското здравеопазване, управленския хаос и липсата на ясна стратегия, отговорности и приемственост на водената политика в сектора, се обръща към всички партии и коалиции, участващи в изборите за 43-то Народно събрание.

Призоваваме Ви да се ангажирате с реализиране на националноотговорна политика в здравеопазването, за да се осъществят необходимите реформи при гарантиране на приемствеността в сектора, на базата на непрекъснат диалог, прозрачност и компетентност на отговорните лица.

При участието си в управлението на държавата или при дейността си като опозиция е необходимо да отстоявате действия и позиции, които да гарантират:

- прозрачност и диалог със съсловните организации;
- кардинална реформа в системата за специализация на лекарите и в спешната медицинска помощ;
- запазване и развитие на здравноосигурителния модел в посока развитие на доброволното здравно осигуряване и внимателна демонополизация на НЗОК, при гарантиране на нейната политическа, институционална и финансова независимост;

● избягване на административните регулации и гарантиране свободния избор на пациента, както и равнопоставеността и реалната конкуренция между лечебните заведения;

- пълно възстановяване на договорното начало;
- реално остойностяване на медицинските дейности и участие на държавата като осигурител;
- максимално бързо доизграждане на информационните системи в здравеопазването;

● въвеждане на обективни методики за оценка на здравните технологии и продукти, особено при реимбурсирането на медикаменти.

БЛС предлага на политическите партии и коалиции, съгласни с тези принципи за национален консенсус в здравеопазването, подписване на споразумение с ангажименти за провеждане на конкретни политики.

При спазване на тези принципи, БЛС се ангажира да оказва експертна, организационна и медийна подкрепа на тези политики и управленски действия.

За пореден път - надежди за по-добро здравеопазване



Акценти в предизборните платформи

ГЕРБ

- Профилактиката - основна грижа;
- Парамедици в спешната помощ;
- Стабилизирана финансово-здравна система - повишаване събираемостта на вноските, подготовка за въвеждане на ДСГ, приемане на единни стандарти за управление на публичните лечебни заведения;
- Информационно-комуникационните технологии - ключ към по-ефективна и контролирана здравна система;
- Преодоляване на регионалните дисбаланси

си и нарушеното функционално взаимодействие между нивата на медицинска помощ. Задължителна здравна карта;

- Лечебните заведения - по ефективни и по достъпни. Реформиране на болнична медицинска помощ чрез сключване на договори само с лечебни заведения, предлагачи най-добро качество. Функционално коопериране на лечебните заведения на регионален принцип;
- Решаване на проблема с кадровото обезпечаване.

КОАЛИЦИЯ „БСП - ЛЯВА БЪЛГАРИЯ“

- Преориентиране на здравната система към предотвратяване и профилактика на социално-значимите заболявания;
- Премахване лимитите за направления при специалист и делегираните бюджети за болниците;
- Улесняване специализацията на младите лекари;
- Въвеждане финансови стимули за работа в отдалечени и трудно достъпни райони;
- Засилване ролята на държавата - превърляне лечението на инфекциозните, психич-

ните и други социално-значими заболявания, както и дейностите, свързани с общественото здраве (ваксинации, асистирана репродукция и др.) от здравната каса към държавата;

- Възстановяване на поликлиничното обслужване чрез стимулиране на груповите медицински практики;
- Средствата от здравни вноски да се използват само за здравеопазване;
- Намалване такса "достъп" за посещения при лекар за пенсионерите на 1 лев;
- Развитие на информационната система;
- Ефективна лекарствена политика.

ДПС

- Демоноползация на здравната каса;
- Усъвършенстване на здравноосигурителния модел чрез конкуренция на финансиращите фондове;
- Подкрепа за поэтапно преминаване за изплащане на пълния размер на здравноосигурителните вноски, осигурявани от държавата;
- Въвеждане на национална здравна карта със задължителен характер;
- Въвеждане на електронно здравеопазване на основата на единна информационна система;
- Промяна в спешната помощ чрез ресурс-

но и логистично обезпечаване;

- Промяна в лекарствената политика - постигане на рационално съотношение между иновативни и генерични лекарства;
- Гарантиране на достъп и качество на здравната помощ за всички български граждани;
- Извеждане на профилактиката, скрининга и ранната диагностика като ефективни и приоритетни основи на здравната система;
- Протекционизъм по отношение на човешките ресурси - улеснена специализация, добро заплащане, перспектива за развитие в България.

РЕФОРМАТОРСКИ БЛОК

- Премахване на системата на направления чрез въвеждане на индивидуален здравноосигурителен пакет за доболнична помощ;
- Въвеждане на индивидуална електронна здравна карта;
- Формиране на регионални здравни консорциуми и приемане на национална здравна карта със задължителен характер;
- Приемане на стратегия за ефективното управление на болничната помощ чрез реструктуриране на лечебните заведения, приватизация, публично-частно партньорство;
- Размерът на задължителната здравна вноска, финансираща 1-я стълб на здравното

осигуряване остава същата;

- Промяна на статута на НЗОК с цел превръщането ѝ в инструмент на държавата за осигуряване на базов пакет от медицински услуги на гражданите;
- Въвеждане на II-ри доброволен стълб от конкуриращи се частни фондове, покриващ сегашните дефицити на НЗОК;
- Осигуряване на заплащане на еднакви здравни вноски от държавата и реалния сектор в бюджета;
- Формиране на нов механизъм за остойностяване на труда на работещите в здравеопазването.

„БЪЛГАРИЯ БЕЗ ЦЕНЗУРА“

- Увеличаване бюджета за здравеопазване с поне 1% годишно;
- Въвеждане на електронна здравна карта;
- Повишаване на доходите в системата на здравеопазването и стимулиране на лекарите, фелдшерите и медицинските сестри да се развиват в България;
- Превръщането на България в санаториума на Европа, чрез развиването на здравния туризъм;

- Специализация на медицинските сестри и лекарите в полагането на грижи за пенсионерите от ЕС в луксозни санаториуми;
- Безплатни лекарства за децата до 7-годишна възраст, техните майки и бременните жени;
- По-ниско ДДС за лекарствата, наред с детски храни, книги, учебници и български стоки от първа необходимост;
- Инкриминиране на неплащането на здравни осигуровки за работещите българи.

ПРЕДСТОИ

Възражда се една традиция след 90 години

Важна лекарска конференция
11а 19 септември 2014

ПЪРВА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКА
КОНФЕРЕНЦИЯ НА БЛС 2014 г.
1-2 ноември, Несебър

14 кредитни точки

СПЕШНИ СЪСТОЯНИЯ
В МЕДИЦИНАТА:
Кардиология / Педиатрия / Ендокринология / Хирургия / Деонтология - правни, етични, професионални и деонтологични измервания на медицинските и лекарските грешки.

Това, че Българският лекарски съюз е втората професионална организация на лекарите в света, след английската, е всеизвестен факт. Малцина обаче знаят, че още през 1923 г. първооснователите на Съюза са взели решението Съборът да бъде разделен на две части - организационна и научна. На следващата, 1924 г., разделението става факт и организационната част на Събора бива последвана от първата научна конференция на БЛС. Точно 90 години по-късно, Български лекарски съюз възстановява традицията и ни връща към онези ценности, така необходими в нашето съвремие. Едва ли има по-подходящ момент от настоящия, за да се обедини вътрешносъсловната дейност

с науката и постиженията в различните медицински дейности.

По време на двудневната Първа научно-практическа конференция на БЛС (1-2 ноември 2014 г. в хотел Сол Несебър Ризорт, град Несебър) водещи лектори ще поднесат интересни факти от последните новости, както и резултати от практическото им приложение в четири основни направления - кардиология, хирургия, педиатрия и ендокринология.

Предлагаме на Вашето внимание примерната, предварителна програма на Конференцията, а допълнителни подробности и регистрационна форма за участие бихте могли да откриете на www.blscom.bg.

Теми на Първа научно-практическа конференция на БЛС 2014

КАРДИОЛОГИЯ:

1. Остър коронарен синдром - диагностика и лечение. Лектор: д-р Ива Димитрова
2. Съвременен нефармакологично лечение на остра хронична сърдечна недостатъчност. Лектор: д-р Пею Симеонов
3. Пост инфарктно VSD. Лектор: д-р Пенчо Кратунков
4. Хирургично лечение на острите дисекции на гръдната аорта. Лектор: доц. Румен Илиев
5. Ендоваскуларно лечение на дисекцията на аортата. Лектори: доц. Иво Петров, д.м., д-р Зоран Станков, доц. Лъчезар Пенев, д.м. д-р Цанко Гълъбов, д-р Стефан Стефанов

Лектори: доц. Андриан Тонев, доц. Валентин Говедарски, д-р Илиян Петров, д-р Стоян Генадиев, проф. Тодор Захариев, проф. Генчо Начев.

ДЕОНТОЛОГИЯ:

1. Конфликт на интереси в медицинската практика - оценка, контрол и политика. Лектор: проф. Сашка Попова
2. Практически аспекти на качеството и безопасността на пациентите в МБАЛ "Сити Клиник" - София. Лектор: Мина Попова
3. Лекарски грешки и деонтология. Лектор: доц. Добринка Радойнова
4. Критерии за лекарска или медицинска грешка в търсене на консенсусно

ко-социален подход - голямата липса в обгрижването на децата с хронични заболявания в България. Лектор: проф. Владимир Пилософ

3. Хранителна алергия в детска възраст. Лектор: проф. Мирослава Бошева
4. Център за комплексно лечение на деца с таласемия и хемофилия. Лектор: доц. Валерия Калева
5. Специфична профилактика на Нератит В при децата. Лектор: проф. Павел Теохаров
6. Късно проследяване на рискови новородени деца. Лектор: доц. Христо Мумджиев

ХИРУРГИЯ:

1. Остър хирургичен корем. Лектор: проф. Димитър Стойков
2. Перитонит. Лектор: проф. Бойко Коруков
3. Илеус. Лектор: проф. Александър Червенияков
4. Съчетана травма. Лектор: проф. Владимир Христов
5. Остър кръвоизлив от горния гастро-интестинален тракт. Лектор: проф. Евгени Белокошки
6. Остър кръвоизлив от долния гастро-интестинален тракт. Лектор: доц. Георги Гърбев
7. Остър холецистит. Лектор: проф. Росен Маджов
8. Остър апендицит. Лектор: проф. Божидар Хаджиев

ЕНДОКРИНОЛОГИЯ:

1. Хипогликемия. Лектор: д-р Невена Чакърова
2. Диабетна кетоацидоза. Лектор: д-р Грета Грозева
3. Спешни състояния в тиреоидологията. Лектор: д-р Александър Шинков
4. Спешни състояния при хипер- и хипокалциемия. Лектор: д-р Александър Шинков
5. Адисонова криза. Лектор: д-р Емил Начев
6. Спешни състояния при заболявания на надбъбречната медула. Лектор: д-р Атанаска Еленкова.

ПЕДИАТРИЯ:

1. Рискови чужди тела в педиатричната практика. Лектор: проф. Пенка Перенска.
2. Интегрираният меди-

Сол Несебър Ризорт, 5*



Регистрация за участие:
www.blsbg.com

6. Модерно интервенционно лечение на БТЕ - д-р Костадин Кичуков, д.м. доц. Иво Петров, д.м. проф. Лъчезар Гроздински, д.м.н. д-р Ивета Ташева
7. Спешни състояния на артериалната съдова система. Лектори: доц. Валентин Говедарски, доц. Андриан Тонев, д-р Светослав Димитров, проф. Тодор Захариев, проф. Генчо Начев
8. Хирургично поведение при остро нарушение на мозъчното кръвообращение. Лектори: доц. Андриан Тонев, д-р Станислав Шкварла, проф. Тодор Захариев, проф. Генчо Начев
9. Хирургично поведение при остро нарушение на венозното кръвообра-

определение. Лектор: доц. Златица Петрова

5. Професионална етика при предоставянето на медицинска помощ. Роля и място на етичните комисиони. Лектори: д-р Петко Загорчев, доц. Златица Петрова

6. Полезен ли е анализът на жалбите, разглеждани в етичните комисиони на БЛС. Лектори: доц. Юлиана Маринова, д-р Боряна Парашкевова

7. Оправдан медицински риск. Лектор: Цветозар Младенов

АСМБ

АСОЦИАЦИЯ НА СТУДЕНТИТЕ-МЕДИЦИ В БЪЛГАРИЯ



Светът е отворен за амбициозните и добре подготвените млади хора

- Проведе се Генералната асамблея на международната студентска медицинска федерация
- Наши и чужди бъдещи лекари обменят опит на място

Всяка година членовете на АСМБ организират летни обменни програми с университети и клиники от цял свят. Това лято беше белязано и от още едно значимо международно събитие за студентите-медици - Генералната Асамблея на Международната студентска медицинска федерация (IFMSA), проведена през август в Тайпей, Тайван.

Генералните асамблеи, по две в година (март и август), са най-масштабните и значими събития за Международната федерация. Със своите над

на те наброяват съответно 117 за професионален и 35 за научен обмен.

Растящият брой на местата по обмен е потвърждение и на

са впечатлени от езиковата подготовка на повечето български лекари. Необясним проблем за всички са лошите условия в студентските общежития и атмосферата в Студентски град. Въпреки това, мнозинството от "обменниците" остават с позитивно отношение към България и смятат, че медицината тук е на европейско ниво.

Удовлетворени са и българите, заминали на практика в чужбина. Димитър в момента е в Мексико, откъдето споделя: "Впечатленията ми са доста добри като изключим някои малки организационни разминавания. В болницата са много отзивчиви - коментираме случаи, поканиха ме на лекции, а

интереса на чуждестранните студенти към обучението в България. Лорена Фернандес Руиз (Испания),



Елица и Станислав в Тайпей, Тайван

750 участници, перфектна организация и интригуващи лектори, тазгодишната августовска среща в Тайпей се нарежда сред най-успешните за последните години. АСМБ не пропусна и тази възможност за международна изява, като изпрати на срещата трима свои представители (на снимката) - Елица Гьокова (МУ-Плевен), Станислав Морфов (МУ-Варна) и Петър Великов (МУ-София). Последният е член и на управителния съвет на ИФМСА. За него разказахме в юнския брой на Quo vadis.

На Асамблеята нашите делегати участваха в сесиите на комитетата по обмен и този по човешки права и мир. Обученията в комитетата по Обществено здраве пък бяха организирани от Петър Великов. Гордост за АСМБ е и увеличеният брой сключени договори по обменни програми - тази годи-



"Обменниците"

я аз се опитвам да съм им от полза с каквото мога." Светът е отворен за амбициозните и добре подготвени млади хора. България не трябва да търси своето място в света, а да знае, че винаги е била незаменима част от него.

аз се опитвам да съм им от полза с каквото мога."

Светът е отворен за амбициозните и добре подготвени млади хора. България не трябва да търси своето място в света, а да знае, че винаги е била незаменима част от него.

Рубриката води Елисавета Герова (АСМБ)

Необходим ли е езиков сертификат за работа в Англия?

GMC не изисква предварително документа

Това лято Британският медицински съвет (GMC) въведе промени за езиковите изисквания на лекарите, които се регистрират да работят в Англия.

Какво означава това за българските лекари, които кандидатстват за тази регистрация?

Британският медицински съвет (GMC) бе овластен да проверява и изисква доказателство за нивото на английския език на кандидатстващите лекари за регистрация и лиценз за практика.

Поправката в закона реално дава правото да бъде поискан сертификат, ако Медицинската камара има съмнения за езиковата подготовка на кандидатстващия лекар. За стандарт се приема изпита IELTS, ниво 7.



Билиана Баркър

От срещата на БЛС и Билиана Баркър - директора по регистрации - Уна Лейн в Лондон, стана ясно, че GMC не изисква непременно сертификат от успешно взет изпит и ниво, но това не значи, че кандидатите не трябва да имат солидна езикова подготовка.

Това, което на практика се случва е, че GMC решава дали да поиска допълнително доказателство за езикова подготовка или не за всеки лекар, индивидуално и в процеса на регистрация.

Така лекарят може да получи регистрация, но да не получи лиценз, до представянето на езиков сертифи-

кат. Това в реални обстоятелства означава, че лекарите могат да подадат документ и да изчакаят становище от GMC за необходимостта от езиковата проверка.

Ако лекарят, който кандидатства, може да демонстрира езиковите си знания по време на процеса, това би било удовлетворително за GMC.

Какво може да бъде показано като допълнително доказателство? Работа/ стаж в англоезична страна или болница; специализация на английски или в англоезична страна, пребиваване в англоезична страна; курсове или обучение, както и спе-

цифична практика, която може да докаже, че лекарят е използвал езикови познания.

Emergency Talent консултира българските лекари как да се регистрират в Англия, за да получат регистрация и лиценз за право на работа.

Според г-жа Баркър от Emergency Talent, GMC няма интерес да прави процес сложнен и недостоен, така че нашите лекари не бива да се страхуват от това изискване.

Emergency Talent препоръчва да се свържете с техен консултант, който може да ви даде повече информация: info@emergencytalent.com

БЛС отново обяви конкурс за стипендии за докторанти и специализанти

По данни на БЛС всяка година между 400 и 600 лекари напускат страната и между 50 и 70% от младите лекари биха търсили кариера извън пределите на България. Също така, много медицински специалности остават без кадри. Във връзка с това Лекарският съюз разработи проект за допълнително финансово стимулиране на млади лекари, провеждащи специализация или подготовка на дисертационен труд чрез редовно обучение.

Проектът е пилотен за България, провежда се за трета поредна година и цели привличане ангажираността на институциите и бизнеса по проблема, както и превръщането му в добра ежегодна инициатива, съобщават от организацията.

Всяка от стипендиите е в размер на 400 лв. брутна месечна сума и се получава в продължение на една година за периода от 1 януари 2015 до 31 декември на следващата. По воля на да-

рителя стипендията може да бъде продължена до успешното полагане на изпит за съответната специалност или до придобиване на степен "доктор".

Средствата се осигуряват чрез целеви дарения от фирми, институции и други организации, както и физически лица, средства по проекти и програми, а също така и на лекарската организация.

В зависимост от получените дарения ще бъде определен броя на отпуснатите стипендии. Специалностите, за които даренията са дадени се определят автоматично. С останалите дарения и допълнителни средства се финансират стипендианти и докторантури по специалности с изразен дефицит на лекари. Спечелилите стипендия подписват декларация, че през следващата 1 година след изтичане на периода за получаване на стипендията ще продължат да работят в България.

Право да участват в прог-

рамата имат специализанти и/или докторанти по предварително определените специалности, които са на възраст до 35 години и имат общ успех от семестриално завършено образование по медицина не по-малко от 4.50 и общ успех от положени държавни изпити не по-малко от 4.50.

Необходими документи за кандидатстване за стипендията са: формуляр за кандидатстване, уверение за записана специализация, медицинско CV в европейски формат, копия на диплома, публикации и участия в конгреси.

Комисията по програмата в БЛС ще оценява всеки един кандидат по 4 основни критерии: среден успех от семестриално завършено образование по медицина и общ успех от положени държавни изпити, брой публикации, участия на конгреси и препоръки от най-малко три хабилитирани лица в областта, в която се кандидатства.

Чл. кор. проф. д-р Ваньо Митев, ректор на Медицински университет - София и председател на Съвета на ректорите в България:

Крайно време е реформите в образованието и в здравеопазването да се завършат

- Проф. Митев, какви новости ще въведете през тази учебна година в МУ - София?

- Всяка учебна година започваме с добри новини. Най-добрата беше, че сме пред старта на няколко строежа, за които бленуваме от 5-6 години. Това стана възможно, защото през 2013 г. успяхме да си върнем собствеността на два парцела. Преди седмица ми се обади ректорът на Софийския университет проф. Иван Илчев, за да ми каже, че Академичният съвет на СУ е решил да ни предостави земята, върху която е построен нашият фармацевтичен факултет. Може би звучи куриозно, но той е върху земя на СУ и ние досега не можехме да сложим една барака там. Имаме намерение да построим триетажна сграда, която ще бъде само с лаборатории, тъй като факултетът има огромна нужда от тях.

- Казахте, че инвестиционната Ви програма е за 100 млн. лв. Какво включва и от къде ще дойдат парите?

- Инвестиционната ни програма е направена изцяло върху средствата на самия университет - имаме преходен остатък от близо 70 млн. лв. и до три години, при затагане на коланите и намаляване на други разходи, смятаме, че можем да покрием тези 100 млн. лв. Разбира се, надяваме се, че държавата ще ни върне поне част от парите, с които сме я дотирали. Подробно се спрех на този факт при откриването на учебната година, защото няма друг университет в България, който да дотира държавата. Става въпрос за последните 15 години и за близо 100 млн. лв. - има едно съвпадение на цифрите. Те се формират първо от 20 млн. лв. от пропуснати ползи, тъй като не можем да си държим парите в търговски банки - нямаме това право, след като сме в СЕБРА, но тези пари се олихвяват и средствата отиват в държавния бюджет, вместо в касата на университета. Загубите са 20 млн. лв. за последните 6 години. Отделно 80 млн. лв. университетът е дал за закупуване на апаратура за болниците. Това не се прави от другите медицински университети, но ние имаме огромен контингент от 1000 души клинични преподаватели и за тях трябва апаратура, не само за лечебна, но и за преподавателска дейност. И ние субсидираме на практика министерство на здравеопазването 15 години. В същото време парите, които сме получили, са само 8 млн. лв., а другите университети са взели общо към 90 млн. лв. за периода 2002 - 2008 г. Виждате колко е несправедливо отношението на държавата към нас.

- Какви конкретно са инвестиционните Ви проекти?

- Те наистина са много сериозни. Най-големият е учебно-административния комплекс,

който ще бъде издигнат на мястото на студентския стол в Александровска болница. Това ще бъде една прекрасна сграда, която ще ни реши всички проблеми със зали, лаборатории, аудитории. В момента сме единственият университет, чийто ректорат е в сграда на МЗ. Недопустимо е най-добрият университет на България, казвам го, защото сме първи в рейтинга на Националната агенция за акредитация и следващите 6 години ще бъдем университет № 1, да няма собствени постройки и земя. Работим при много трудни условия и се надявам отношението на държавата коренно да се промени и поне да бъдем равнопоставени с останалите медицински университети. Второто нещо ще бъде едно 20-етажно общежитие - уникално, такова няма да има в Европа. Там ще има 500 единични стаи за студенти и три етажа с апартаменти, за да можем да каним докторанти и преподаватели от чужбина. Третото нещо, което ще направим и което същ

Ще направим за Северозападна България това, което политиките само обещават. Убеден съм, че населението на региона ще ни бъде много благодарно, защото ако половината от младите хора, които ще се обучават във филиала, останат там, това ще е голям успех. Болниците във Враца и Монтана имат остър недостиг на медицински кадри.

- Всичко това звучи добре, но не Ви ли притеснява фактът, че обучавате лекари, които след това заминават за чужбина. Как трябва да се реши проблемът с емиграцията?

- Това е голям въпрос. Председателят на БЛС

за реализацията на младите. Ние сме с чиста съвест и правим много неща за тях. Университетът много се разрасна, има допълнителни места за асистенти и нямаме проблем с липсата на млади кадри. Но ние сме едно островче на благоденствието! Крайно време е реформите и в образованието, и в здравеопазването да се завършат. Трябва да има консенсус между всички политически сили по няколко основни въпроса, които да се решат.

- Каква е Вашата рецепта за реформи в

съм с представители на всички политически сили и стигнах до заключението, че спокойно може на базата на платформата на Съвета на ректорите да се направи една обща стратегия, около която да се обединят всички. Същото трябва да стане и в областта на здравеопазването. Трябва да има общонационални цели и общонационална стратегия.

- Здравеопазването се обявява за приоритет преди избори и след това се забравя за него.

- Това е клише, което се използва преди избори, но истината е, че за здравеопазване у нас се дават най-малко пари в Европа.

- Само финансирането ли е проблем?

- Не, разбира се. Парите са задължителното нещо, за да стане една реформа, но трябва и много ясно да се знае, къде ще отидат тези пари, за да не потънат. Вижте какво става в Медицинския университет - за всеки вложен лев мога да ви покажа какво е направено. Огромна работа е извършена за тези 6 години, от както съм ректор.

- Как успявате да останете оазис в тази тежка криза?

чуждестранните студенти ли идват или имате и други начини за финансиране?

- Голяма част идват от чуждестранните студенти. Привличаме все повече млади хора, преподава се на английски език и отдавна никой не мърмори за това. Плащаме по 140 лв. за час и половина лекция на английски и мога да ви кажа, че в Западна Европа няма такива хонорари. Сега изнесеното обучение дава страхотни перспективи за тези, които участват в него. Един преподавател, който 20 дни обучава студенти в центъра ни в гр. Киасо в Швейцария, се връща с 4 000 евро, плюс заплатата, която тече тук. Мисля, че това не е никак лошо. Другото перо за финансиране са европроектите, които печелим от регионалното министерство, от икономическото и от МЗ, и най-много от министерството на образованието. Преборихме се да има програма "Наука и образование за интелигентен растеж" и сега се надяваме, че ще има още средства.

- До къде стигна проектът за филиал в Италия?

- Тук дойде делегация от Италия - представители на крупна компания, която е навлязла дълбоко в образователния бизнес и ни казаха, че са се спрели на нас след щателно проучване. Имали са предложения от Румъния, Испания, включително и от български университети, но са избрали да работят с нас, заради добрите ни резултати. Досега успяхме да открием филиала в Швейцария, но предстои откриването на подобни центрове в Сан Марино, а след това в Рим и Мадрид. А както каза Франческо Полидори, президент на корпорацията "Чепо", защо да не атакуваме и Лондон, Маями и Дубай. Това не са празни приказки. Това са неща, които стават и хората ги виждат. Но преди това трябва да си оправим инфраструктурата - без да завършим тези гигантски строежи, просто няма да има какво да предложим.

- Колко студенти ще обучавате тази година?

- Общо са 8000, като 2500 са чуждестранните студенти. От тях половината са от Европейския съюз. Аз съм изключително доволен, че вътрешното реструктуриране на състава на студентите върви в посока на ЕС, защото нивото на подготовка на тези млади хора е много по-високо от колегите им, които идват от държави от третия свят. Всичко това вдига авторитета и на самия университет.

- Работите ли добре с Лекарския съюз?

- Работим изключително добре с Лекарския съюз. С д-р Райчинов имаме дори приятелски отношения, освен това и двамата сме от Русе. На тържеството се пошегувах, че БЛС също си взе един парцел от Медицинския университет - казах го съвсем добронамерено, защото, както той обясни, там ще бъде вдигнат Дом на лекаря, който ще се ползва от всички. Работим в идеален синхрон и нямаме различия.

Проф. Ваньо Митев е роден през 1954 г. в Русе. Завършил е френската гимназия в София през 1967 г., а висшето си образование по медицина завършва в Медицинската академия - София през 1982 г. Лекарската си практика започва като неонатолог и ординатор в Окръжната болница в Русе. Специализирал е в престижни чуждестранни университети, а през 1988 г. става най-младия професор в МУ-София. През 1999 г. е избран за Ръководител на Катедрата по химия и биохимия, която ръководи и понастоящем. От 1999 г. до 2003 г. е зам. декан по науката на

Медицинския факултет на МУ-София, а от 2003 г. ръководи Международния отдел в Ректората на МУ-София. От 2006 г. е ръководител и на Центъра по молекулярна медицина. През 2008 г. е избран за ректор на Медицинския университет в София. Проф. Митев е автор и съавтор на над 250 научни публикации, а през 2006 г. е обявен за "Учен на годината". През 2012 г. е избран за председател на Съвета на ректорите на висшите училища в България, както и за член-кореспондент на БАН. Има над 50 български и международни награди.

е грандиозно, е една допълнителна постройка към колежа "Йорданка Филаретова". Той се разрасна много, интересът към него е голям и с една допълнителна сграда ще решим проблемите с липсата на аудитории и зали. След това ще направим нещо, което наистина заслужава внимание - във Враца имаме филиал и след като общината ни отпусна бившия химически техникум, а Министерството на образованието ни прехвърли едно общежитие, смятаме да ги ремонтираме и да разширим базата.

д-р Цветан Райчинов призова при откриването на учебната година студентите да не емигрират Той им каза - "ще отидете навън и ще видите, че няма по-хубаво от родината", но държавата трябва да осигури на завършващите едни щогоде прилични условия за работа. Разберете, не може да завършиш висше образование и да започнеш с 400-500 лв. заплатата. Това е безкрайно обидно - да получаваш по-малко от сервитьър или чистач в банка. Недопустимо е. Трябва да има повече звена, които да мислят

здравния сектор?

- Не ми е удобно аз да давам рецепти. Според мен, има няколко души в България, които разбират от здравеопазване и здравна реформа. В нашия университет това е проф. Цекомир Воденичаров, основателят на Факултета по обществено здраве. Такива хора трябва да се питат какво да се направи. Но по-важният въпрос е около това нещо да се обединят всички големи политически сили. Струва ми се, че в образованието може да се постигне консенсус. Разговарял

- Точно с това, че имаме стратегия, която е вече от 6 години и сега ще трябва да я обновим, защото голяма част от точките са изпълнени. Когато станах ректор, свиках общо събрание и предложих няколко точки за развитието на университета. Тези 6 години ние просто ги изпълняваме. Имаме страхотен екип между ректор и декани, които действат като едно цяло, екип от специалисти и всичко върви гладко.

- Средствата, които сте спестили, от таксите на



ВЕЛКОБРИТАНИЯ - СТРАНАТА СЪС ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ, ОТ КОЕТО СА ДОВОЛНИ И ПАЦИЕНТИ, И ЛЕКАРИ

Няма да говорим за цялата система на здравеопазване в Англия, защото тя не е развита на здравеопазвателен принцип и покрива всички нужди на населението, като част от общото данъчно облагане. Т.е. кой от каквото има нужда - го получава. Тук джигитата имат много повече функции и са много по-властни, отколкото в други страни, като например лекарите в Германия, които не преглеждат деца. Отварянето на практика е сложен и дълъг процес. Лекарите трябва да имат специалност "обща медицина", като минават петгодишен курс на обучение, преди да имат право да стартират своя практика. Възнаграждението им е рефлексия на пациентите, но имат и много допълнителни надбавки, от които могат да се възползват. Определят практиките като търговски дружества и ако например имат 20 стаи, могат да наемат кардиолог, ортопед и т.н., от които изкарват допълнително пари. При джигитата обаче достъпът не е толкова лесен и става с предварително записване. Прегледът при специалист е още по-труден, може да стане и след 2 седмици или 20 дни. Не е вярно обаче, че за планови операции се чака по 4-5 години. Според конкретните протоколи за различните операции, пациентът трябва да бъде опериран най-късно след 6 месеца до 2 години. За да избегне тези "пропуски" на системата, държавата работи от 5 години по т.нар. стратегически инициативи за промяна на системата. Това са пилотни проекти, които вече обхващат доста области на страната и са разработени на принципа на филтрирането на отделните случаи пред спешната помощ.

Спешната помощ - с два филтъра



Директорът на спешната помощ в болницата в Лутън д-р Иан Пикълс показва "ПЪТЯТ НА ПАЦИЕНТА"

WALKING ЦЕНТРОВЕ

Така наречените Walking центрове обикновено се намират в централните части на градовете, в близост до магазини и офис-зони и са за пациенти, които внезапно са се почувствали зле, но за да бъдат прегледани от джигитата си, ще им е нужно време /за да си запишат час/. Затова те прибягват до тези центрове,

След 20:00 часа се работи извънредно.

Подобни центрове могат да са разположени и на входа на болницата - за обикновени температурни състояния на деца, или при леки неразположения. Работят като мини-поликлиники. В тях на смяна има и джигитата. Такъв център видяхме в гр. Лутън, който е на 40 минути път от Лондон. Има 205 900 жители. Питър Нокс, меди-



Д-р Цв. Райчинов се среща с целия управленски състав на Walking - центъра, разположен в двора на Университетската болница в Лутън

където ги преглеждат, дават им основна първа помощ и ако е необходимо, едва тогава се вика линейка. Повечето такива центрове са в ръцете на сестри. Идеята е, при случаи, които не са супер спешни, но все пак при хора, които са се почувствали зле, вместо да губят време да звънят в спешните центрове или на джигитата за искане на час, те да могат веднага да получат консултативна. Тези центрове са структурирани с един лекар и повече сестри - обслужват се само леки случаи на спешна помощ, няма регистратура за записване и се работи от понеделник до неделя от осем до осем.

цинският директор на тази структура казва, че за последната година отук са преминали 44 хил. човека, предишната година - с 2 хил. по-малко.

Идеята е да се вземе от тежестта на болници и спешни отделения и да се използва по-нискоквалифициран труд, който да решава по-лесните проблеми и случаи - разказва г-н Нокс. Спешното звено на болницата обслужва 200 000 души в града и 200 000 извън него. Сестрите са обучени и по специфични протоколи разговарят с пациента. В мига, в който може да се прецени за леко е пациентът, той се изпраща. Първото, което питаме хората е дали са съ-

ласни да споделят с нас цялата информация за медицинското си състояние и лични данни, така че да можем ние да се свържем с тяхното джигити и те съответно, ако има нужда, да се свърже с преглеждащото джигити тук. Пациентите, които идват тук, се посрещат от помощник на сестрата - така наречения help assistant. Това е по-ниска степен на сестра, която всъщност измерва температура, кръвно налягане, кардиограма - основните показатели, така че да освободи максимално време за джигитото, което ще извърши по-късно прегледа - да му осигури основната информация, от която ще има нужда, без да губи допълнително време, за да си я набави.

Има приоритети - протоколи, по които се работи. Приоритет са децата, както и хората с болки в гърдите, проблеми с дишането и т.н. - добавя директорът. Денят започва с едно джигити и една помощник сестра, а с напредването на времето се увеличава и броятката на джигитата на смяна - възможност е по трима лекари да са на разположение. След като се извърши прегледът, джигитото преценява какво са се предприемем - пациентите или ще бъдат изпратени в болницата за допълнителни изследвания, или ще им бъде предписан медикамент и ще бъдат върнати у дома, или ще бъде изработен план за последващо лечение. Разбрахме, че следващата голяма болница е отдалечена на 30 км. Но всеки пациент е свободен да избере къде да отиде - не е задължително да отиде в своя регион. Болницата в Лутън, например е на граничен район, така че в нея пристигат и пациенти от съседни региони. Миналата го-

дина тук са прегледани (за първични прегледи) 40 000 пациенти, което се оценява като много динамична дейност. Никой не доплаща за нищо - освен ако не почукаш на врата на частната клиника, която ползва един корпус от държавната сграда.

Реално, финансирането на Walking - центрове идва от държавата. Колко е то, никой не може да каже, защото това просто е грижа на държавата! "Веднъж в месеца в така нареченото clinical government, се събират и обсъждат броя на посещенията, качеството на услугата и тенденциите в рисковия мениджмънт. Всичко това отива в системата и всеки, който иска да прочете за какво сме говорили, какво сме обсъдили и какви са настоящите проблеми, може да го направи, както и да даде коментари. Процесът е абсолютно публичен и прозрачен," - държи да допълни д-р Нокс.

ВТОРИЧНАТА ЛИНИЯ 111

Вторичната линия - 111 е нещо като основен филтър. Ако пациентът не е в много тежко състояние, той не търси помощ от основното звено на спешна помощ, а звъни именно на тази линия - 111, където се провежда разговор, за да се прецени какво е състоянието на пациента, доколко е тежко. Операторите имат достъп до системата и ако си пациент с особени нужди, това се сигнализира и операторите вече знаят, че пациентът има история на заболяването и е добре да изпратят на място линейка. Но ако пациентът не е със специален коментар от лекар, тогава те се опитват да направят всичко възможно да не се стига до спешния център. Вариантите са: да посетиш джигити след

работно време, да ти дадат съвет по телефона, да говориш със сестри, които са обучени, но ако сестрата не може да разреши случая, те насочва за разговор с лекар. Този тип центрове са алтернатива на спешното отделение, докато walking центърът не е. Обикновено са разположени на достатъчно разстояние, така че да могат да поемат поток от население, което не може да стигне до спешния център, ако действително случаят е спешен. По-високо ниво на обслужване от walking център, негова алтернатива. Обикновено са разположени в двата края на града, така че да балансират потока от пациенти.

КОЛ-ЦЕНТЪРЪТ В ГР. ПИТЪРСБЪРОВ

е едно много интересно място, където преди да влезеш, подписваш декларация за конфиденциалност - дори и ние го направихме. През деня на работа има около 17 човека, като след шест и половина, уикенд и празнични дни работата става твърде интензивна. Населението, което се покрива, е около 650 000 души. В събота,



Пациенти чакат в Walking - центъра, разположен в центъра на гр. Лутън, в близост до големия търговски център

например, се поемат средно около 1200 телефонни обаждания. В делничен ден - около 350. Отделно от хората на телефоните, тук има и медицински съветници - става въпрос за параметрици и сестри или лекари, които са следващото ниво за поемане на разговор, ако има нужда от по-сериозна преченка. На всяко повикване трябва да е отговорено в рамките на 60 секунди. И така в 95% от времето. Ако процентът спадне, съответно спада и стандартът и тогава трябва да се алармира съответния човек, отговорен за вземането на решението дали е нужно да се наемат повече хора или каквото друго

е необходимо. Когато се наеме нов човек, той първо се обучава да поема обикновени обаждания по телефона, след което работи с парамедик, с лекар или съветник по двойки и тройки, докато не придобие нужния опит сам да отговаря на по-специфичните обаждания. Обикновено периодът на обучение трае по две-три седмици. Всеки има протокол, по който върви, разговорът тече по определен и одобрен сценарий - ако се налага да се вика специално уточнение, се прави, ако бъде преценено, че трябва да се изпрати линейка, се изпраща. Ако обаче никой не е наличен точно в този момент, за да говори с пациента, остава задължението някой от по-висшия медицински персонал, в рамките на 10 минути, да се обади обратно на пациента, за да говори с него и да прецени състоянието му. Това е разказът на отговорничката за центъра. Както се казва - без коментар!

"Този център е продължение на работата на поликлиниката - след 18:30

За удобството на хората работи стратегическа инициатива за промяна в системата

В Спешните отделения на болниците се наблюдава поток от пациенти, които вървят и с леки заболявания, ето защо тази структура в Англия е под изключително напрежение. То се дължи на редица фактори, сред които липса на достъп до общопрактикуващите лекари (часове за преглед и т.н.), удобство на пациентите и наличие на транспорт/работно време при промяна на местоположението.

Спешните отделения се борят да не справят с това търсене, съчетано с недостиг на пер-

сонал, но не успяват да изпълнят националните цели, определени от правителството относно времето за оценка и лечение.

Търсейки решение, държавата наема специализираната компания Emergency talent, която започва работката на подходящия модел. Тя се основава на районните многопрофилни болници, които да насочват пристигащите пеша пациенти и докарваните с линейка с по-лек характер на оплакванията към звено на първичната медицинска помощ, разположено в района на болницата в рамките на 3-5 мин. пеша от спешното отделение. Ръководното от общопрактикуващ лекар звено на първичната медицинска помощ, с персонал от джигитата и специализирани медицински сестри/санитари, работи от 8 ч. сутринта до 11 ч. вечерта (365 дни) и има капацитет за прег-

лед на 200 пациенти на ден, при 10-минутни прегледи. Преглеждат се пациенти с по-леки заболявания на възраст от 3 месеца нагоре, при много ограничено диагностициране и отпускане на лекарствата в рамките на спешния пакет, но без контролираните лекарства. Веднага, щом влязат в спешното отделение, състоянието на пациентите се оценява по строго регламентиран набор от 5-6 протокола от медицинска сестра, обучена за работа с протоколите, за максимум 120-300



Найджъл Гудсман - автор на цялостната концепция за въвеждане на триажните практики и 2-степенното филтриране на спешната помощ в страната

секунди от пристигането им. След това те се изпращат към звеното на първичната медицинска помощ или остават в спешното отделение. Създаде-

Emergency Talent разработват проектите, съвместно с представителите на Бърза помощ и местните системи за здравни грижи (включително Бордовете за неотложна и спешна помощ).

Всичко започва с разработката на 111 - триажните звено на спешна помощ за по-малко спешни случаи. Преди това в Англия такъв национален телефон за достъп до неотложната медицинска помощ за по-малко спешни случаи няма. Затова е проектиран телефон 111 на Националната здравна служба. Той допълва 999, който е телефонът за спешните служби (Бърза по-

ВРЕМЕ ЗА РЕАКЦИЯ НА БЪРЗА ПОМОЩ И ПРОЦЕДУРИ

ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО

Редица служби на Бърза помощ в Англия се опитват и все не успяват да спазват времето за реакция на повикване на линейка за всяка степен от Червено 1 и Червено 2 до Зелено 1 до 4. Предизвикателството е най-сериозно в области, които географски представляват смесица от градски и селски населени места. Това е довело до сериозни зполучени инциденти и редица неочаквани смъртни случаи поради забавяне на пристигането на спешните коли, недостатъчна численост на персонала, неподходящ състав на екипите в линейките и закъснение в прехвърлянето на пациентите при пристигане в болниците.

Emergency Talent разработват проектите, съвместно с представителите на Бърза помощ и местните системи за здравни грижи (включително Бордовете за неотложна и спешна помощ).

Всичко започва с разработката на 111 - триажните звено на спешна помощ за по-малко спешни случаи.

Преди това в Англия такъв национален телефон за достъп до неотложната медицинска помощ за по-малко спешни случаи няма. Затова е проектиран телефон 111 на Националната здравна служба. Той допълва 999, който е телефонът за спешните служби (Бърза по-

мощ, полиция и пожарна). Безплатният национален номер 111 се предоставя на национална основа и е за хората, които се нуждаят бързо от медицинска помощ, но не е спешен като 999.

Обажданията на 111 се преценяват от здравен съветник (който не е клиницист) с помощта на акредитирана от Министерството на здравеопазването и национално използваната система, наречена Пътеки на Националната здравна служба. Чрез използване на този алгоритъм, на пациента се дава съвет и се насочва веднага към местната служба, която най-добре може да помогне, идентифицирана от локално попълвания и поддържан Регистър на местните служби за медицинска помощ. Това вероятно ще е една от следните: джигити център за обслужване в извънработно време; звено за леки наранявания и заболявания; личният им лекар, обществени здравни служби, стоматолог; фармацевт. В неотложни случаи това ще е спешно отделение или ще се изпрати линейка. Когато пациентите набират 111, повикването се прехвърля на екип от висококвалифицирани съветници, подкрепяни от опитни медицински сестри. Те задават въпроси, за да преценят симптомите и след това да дадат медицински съвет или да насочат обаждащия се към правилната местна служба. Ако съветниците на телефон 111 сметнат, че има нужда от линейка, те незабавно уреждат тя да бъде изпратена.

Доставчикът на медицинската услуга изготвя редица дневни, седмични и месечни отчети и всички подробности по обажданията се изпращат на общопрактикуващия лекар в първичната медицинска помощ, при когото е регистриран пациентът.

На номер 111 може да се звъни по 24 часа на ден, седем дни в седмицата, 365 дни в годината. Обажданията от стационарни и мобилни телефони са безплатни.

Emergency talent е упълномощена да управлява програмата и да мобилизира редица от тези служби по цяла Източна Англия за над 6 милиона пациенти.

Имърджанси талант обучава безплатно наши спешни медици

Подобно на известния американски сериал ER премина тренингът на Британската агенция Имърджанси Талант. Курсът по Senior Emergency Medicine се провежда с подкрепата на Българския лекарски съюз и Българския червен кръст, под ръководството на д-р Нам Тонг, тренинг-директор по Спешна медицина на Източна Англия.

Имърджанси Талант започва пилотен проект в България, който цели периодично да оценява уменията на българските лекари на място и да им дава допълнителни знания и експертиза по английските стандарти в спешната помощ.

Курсовете целят да запознаят нашите лекари с маниера на работа на Острова, с протоколите и триажните практики в тази област. Тренингите са базирани на реални сценарии и обхващат голяма част от най-често сред-

на спешна помощ. Така медицинците, които искат да работят в Англия, могат да бъдат оценени на място, без да пътуват до Великобритания. Онези, които не желаят договор в Кралството, могат само да добавят стойност на българската спешна помощ и да покажат на колегите си последните трендове в спешната медицина. Имърджанси Талант финансира курса и се стреми да предложи възможности и договори на успешно завършващите в няколко болници в Източна Англия" - казва Билиана Баркър, собственик на агенцията.

"Курсът беше много интересен и полезен и за мен" - каза д-р Нам Тонг, който асистира лекарите на място. "Идеята на курса е да се запознаем с опита на българските лекари, без те да пътуват до Великобритания. Да им дадем индикации за възможностите за договори и индивиду-



Д-р Нам Тонг по време на обучението на наши спешни медици в тренировъчния център на БЧК

ално развитие. Веднъж започнали работата, нашият пилотен проект ще им предложи план за професионално развитие в Англия и те ще бъдат част от специална тренинг програма, ръководена лично от мен" - добавя д-р Тонг.

Агенцията има амбиции да улесни медицинците ни и да ги подготвя на място за предизвикателствата на Острова, в същото време нашите лекари, които остават да работят тук, получават допълнителни знания, безплатно от светила в спешната медицина на Великобритания.

ПОЛЗАТА

Активността на населена площ с 1 млн. пациенти е приблизително 5000 обаждания на седмица с приблизително 400 на ден от понеделник до петък, 1800 в събота и 1500 в неделя, с несиметрично разпределение на обажданията през сутрешния период в уикендите.

● Не се нуждаят от 111 / неотложна помощ -	12.0%	(искат основна информация)
● Погрижили се сами за себе си	10.0%	
● Прехвърляне към основно звено	44.0%	
● Изпращане на линейка	8.0%	(средно на национално ниво 10%)
● Обозначени като спешни	7.5%	(средно на национално ниво 8%)
● За зъболекарски услуги	6.0%	
● Аптеки/други	2.0%	
● За джигити в следващ работен ден	10.50%	

„ОАЗИС В МЕДИЦИНАТА“

• Хипербарната кислородотерапия във ВМА е предпочитано интелигентно средство за лечение, твърдят специалистите

Само за няколко дни преди седмици в клиниката по токсикология на Военномедицинска академия са постъпили по спешност три тежки случая с отравяния от гъби, застрашени с летален изход. Началникът на ВМА бригаден генерал професор Николай Петров наредил незабавно да бъде съкратен домашния отпуск на доктор Здравко Кирвиков. Той провел няколко процедури с хипербарна оксигенация и пациентите били спасени.

Това е повод да разкажем за това уникално звено и възможностите за лечение в него.

Вече пет години във Военномедицинската академия съществува комплекс за хипербарно кислородолечение, който пациенти и посетители наричат "оазис за комфортно здраве и естествена красота". Защо "комфортно здраве"? Защото тук се провеждат съвсем безболезнени процедури при комфортно, дори смело казано, луксозна обстановка. Защо "естествена красота"? Защото след всеки сеанс организмът възстановява отчасти загубената жизненост и възвръща своята естествена привлекателност. А началникът на комплекса доктор Здравко Кирвиков е още по-категоричен: "Без преувеличение може да се смята, че хипербарната оксигенация е един от оазисите в медицината".

български патент

и е съществен принос на ВВМИ за световната медицина. А освен това доктор Кирвиков лично е оказал спешна медицинска помощ на около 400 пострадали от земетресението в района на град Адапазарь, Турция от 18 до 24 август 1999 година.

В теоретичен и исторически аспект кислородолечението е съставна част и клон на хипербарната медицина, чийто предмет са всички промени, които настъпват в човешкия организъм под въздействието на повишеното налягане в различни газове и водни среди. Нейното начало е поставено през 1662 г. от британския духовник Хеншоу, който лекувал остри и хронични заболявания в изобретено от него по-

чрез които диапазонът на медицинските приложения достига широки граници. Създадена е Международна Асоциация за Хипербарна Терапия (МАХТ), която препоръчва оксигенацията като основно средство за лечение при газова емболия, декомпресионна болест, газ гангрена, отравяния с въглероден окис, цианиди, барбитурати и наркотици, а като допълваща терапия кислородолечението да се прилага в широк спектър медицински ситуации:



Д-р Здравко Кирвиков

- травматични увреждания,
- некротични инфекции на меките тъкани,
- остеомиелит,
- проблемни незарастващи рани (диабетно стъпало, декубитуси, язви при стенози на вените),
- сърдечно-съдови заболявания,
- неврологични заболявания,
- множествена склероза,
- постинсултни състояния,
- спортни травми,
- изгаряния,
- пластична и козметична хирургия,
- лаймска болест,
- внезапна глухота, тинитус, мениер синдром,
- анемия и остри кръвовазуби.
- церебрална парализа,
- чернодробна енцефалопатия.

И все пак, макар че е пристрастен към кислородотерапията, доктор

Кирвиков не забравя да бъде обективен и смята, че тя

не е панацея

в медицината. Подчертава, че за нея има сериозни противопоказания като епилепсията, клаустрофобията, недренирания пневмоторакс, острите отити и синусити... Положителните ефекти, обаче, са многобройни и доказани без никакво подценяване. Вследствие на повишената концентрация и парциалното налягане на разтворения в кръвта



ефект. Подобрява се обмяната на веществата и клетъчното дишане, неутрализират се свободните радикали, поддържат се високи енергийни нива в организма. Всичко това прави хипербарната кислородотерапия предпочитано интелигентно средство за лечение в страните, които могат да си го позволят. За щастие, и у нас в това направление има натрупан солиден опит.

Първите стъпки у нас

за въвеждането на хипербарната медицина са направени от специалисти в клиниката по анестезиология, реанимация и интензивно лечение на Висшия военномедицински институт. През 1968 г. по инициатива на професор Стоян Филипов, началник на КАРИЛ, по чертежи, изработени в Научно-техническата работилница на ВВМИ, след многократни командировки във Военномашиностроителните заводи - Сопот е изработена хипербарна камера, изцяло българско производство. Метален цилиндър с диаметър 90 см и дължина 2,4 м е изпитан от органите на котлонадзора да издържа налягане 8 атмосфери. Монтиран на два илюминатора от плексиглас с възможности за извеждане на

РИЛ-ВВМИ. След благополучните пробни изпитания хипербарната оксигенация е въведена като рутинна клинична практика от доктор Любомир Георгиев, който през 1972 г. защитава първата катедрана дисертация на тема "Оксигенобаротерапията в комплексното лечение на остра масивна кръвовазуба". По-нататък "щифетата" е предадена на доктор Николай Кънчев Николов и той обогатява клиничния опит с няколко годишна работа на две камери, западно производство. През 1992 г. се обособява самостоятелно отделение по хипербарна оксигенация с началник доктор Здравко Кирвиков и с неговото име са свързани нови успехи в дейността на това направление. Благодарение на изключителната прозорливост, всеотдайната компетентност, пълното разбиране и ефективна подкрепа от страна на професор Николай Петров, началник на Катедрата, а от скоро и началник на ВМА, бяха намерени възможности за пребазиране на отделението в нови зали и за оборудването му с две нови едноместни камери, "последен писък на съвременните технологии". На 7 април 2009 г., Деня на здравето, секторът беше тържествено открит и от тогава



Той може да говори на тази тема до примамляване, тъй като тя е неговата осъществена мечта. Завършил е медицина през 1974 г. в София и след 6-годишно пребиваване в Дупница като началник на ОАРИЛ във Военната болница печели конкурс за клиничен ординатор във Висшия Военномедицински Институт. В периода 1987-1991 г. участва в осигуряването на анестезиологичната помощ при експериментирането на методиката за лечение на костна патология чрез електрохидравлични вълни с апарата "Остеоресторер", която е

мещение, наречено "domicilium". То представлявало "запечатаната стая с чифт големи духала, които променяли вътрешната атмосфера като създавали илюзия за смяна на климата от голяма надморска височина до условия под морското равнище". Този "суров модел" на хипербарна камера за 400 години не намерил развитие и приложение, докато през 1960 г. не се установило, че с кислород под налягане успешно се лекуват отравяния с въглероден монооксид. В Европа и САЩ започва производството и инсталирането на хипербарни съоръжения,



за организма. Процедурите имат силно антимикробно действие, стимулират активността на имунната и на централната нервна система, редуцират следоперативните отоци, подпомагат формирането на нови кръвоносни съдове, засилват действието на редица фармакологични препарати и имат силен дезинтоксиращ

електрически биопотенциали от пациента в камерата, както и за визуално-звук контакт с него. Първият сеанс с чист медицински кислород бе проведен през 1971 г. с доброволец - техник от работилницата Димитър Силянов, който и днес продължава да се грижи за функционалната изправност на апаратурата в КА-

посреща пациенти с качествено обслужване на най-високо световно ниво. В този оазис на медицината човешкият организъм повишава собствените си защитни сили и подобрява жизнения статус, което е най-верния път за осигуряване на добро здраве и качество на живот.

Доц. инж. Тодор Керин

**Виена Ин Витро Център
в Токуда болница София
ВНЕДРЯВА НАЙ-
НОВИТЕ МЕТОДИ ЗА
ГЕНЕТИЧЕН АНАЛИЗ**



От ноември 2014 г., Виена Ин Витро Център, в Токуда болница София, ще предлага два революционни метода за генетичен анализ - биопсия на трофобластни клетки и биопсия на полярни телца. Центърът вече сътрудничи с Медицинския университет във Виена както и с други генетични лаборатории. Това съобщиха от пресслужбата на Токуда

Нововъвеждането ще помогне на жени в напреднала възраст, които се подлагат на ин витро лечение. Все по-често шансовете за забременяване при тях са намалени, поради генетични отклонения при техните ембриони. Това води до невъзможност за имплантация, ранен аборт или раждане на болно дете.



При извършване на биопсия генетичният материал се взема от ембриона с помощта на специално създаден за целта микролазер. От ембриона се изолират малки клетъчни фрагменти без това да го увреди. Биопсичният материал се изпраща в генетична лаборатория, където се провежда прецизен генетичен анализ с висока чувствителност. Методите включват:

Array CGH

- основава се на разпознаване на специфични за всяка хромозома частици чрез сензори, намиращи се върху микрочип. По този начин се определят ембриони, при които броят на хромозомите е различен от нормалния (например 3 хромозоми номер 21 - Даун Синдром). Анализът отнема до 48 часа.

NGS (Next Generation Sequencing)

Специален уред за генетичен анализ (секвенатор - Ion Torrent, Life Sciences) използва микрочип с милиони специфични към определени частици от ДНК сензори, за

да ги идентифицира едновременно. По този начин се регистрира за няколко часа толкова голям обем ДНК, за колкото до скоро са били нужни седмици и месеци. Чрез NGS могат да се откриват, както хромозомни аномалии, така и единични генни мутации. Обработката на данните отнема до 2 седмици, нужни за точен и сигурен резултат.

Чрез генетичната диагностика може да се помогне и на двойки, които вече имат дете с наследствено заболяване, както и при двойки, където единият или и двамата партньори са носители. При лечение чрез ин витро, в съчетание с генетична селекция на ембрионите, може да се избегне зачеването на засегнато дете.

След вземането на материала за анализ ембрионите се замразяват. Това е

В унисон с последните световни тенденции

да се замразяват всички ембриони, тъй като маточната лигавица може да бъде подготвена по-добре в рамките на последващо лечение. По тази причина успеваемостта при трансфериране на размразени ембриони е дори по-висока отколкото при трансфер в същия цикъл. В този случай генетичната лаборатория разполага с повече време, което позволява да се ползват по-прецизни методи и да се достигне по-голяма точност на анализа.

След високо чувствителния генетичен анализ се удостоверява наличието на ембриони без генетични аномалии, чието трансфериране би довело до раждане на здраво дете. Чрез този съвременен метод се намалява възможността от липса на имплантация, спонтанен аборт или изкуствено прекратяване на бременността поради генетично заболяване. Така и жени в по-напреднала възраст могат да получат значително по-високи шансове за успешен изход на лечението и здрава рожба.

С въвеждането на тези методи Виена Ин Витро Център внедрява в България последните международни тенденции за генетична диагностика при ин витро лечение. Предимплантационната диагностика, която ще се предлага от центъра, ще помогне за повишаването на качеството на провежданите ин витро процедури чрез най-новите технологии в репродуктивната медицина.

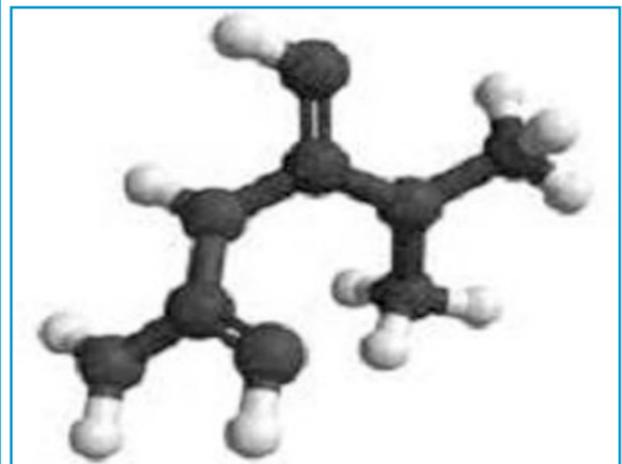
**Д-р Димитър Петров
ТЕРАПЕВТИЧЕН
ПОДХОД
ПРИ ЗАХАРЕН
ДИАБЕТ ТИП 2**

(Продължава от миналия брой)

Основна цел на лечението е достигане на ефективен гликемичен контрол. При епидемията от захарен диабет от края на миналия и през настоящия век, ефективното лечение на хипергликемията е основен приоритет поради разбирането, че достигането на целевите нива на кръвната захар може съществено да намали усложненията, тяхната тежест, да ги отдалечи във времето и да намали нетрудоспособността, инвалидността и смъртността от това заболяване. За да се постиг-

нат тези цели, лечението трябва да обхваща и другите нарушения, като дислипидемия, хипертония, хиперкоагулабилитет, затлъстяване, които пък от своя страна до голяма степен са свързани с повишената инсулинова резистентност.

Съвременните алгоритми за лечение на втори тип диабет, включват всички актуални одобрени за употреба групи медикаменти, като основни критерии са тяхната ефикасност и безопасност. Поради факта обаче, че броят на болните все повече расте, продължителността на живота и на лечението също нараства, разходите растат непрекъснато. Влизането на нови оригинални медикаменти с по-високи цени също увеличава разходите. Това налага и съобразяване с цената и разхода за лечението, както за обществените фондове, реимбурсиращи медикаментите, така и като лични разходи за отделния болен. Отчитат се и други вторични фактори, като това колко е продължителен и надежден опитът с конкретното лекарство.



Появата на инкретин базираната терапия - GLP-1 агонисти и DPP-4 инхибитори, както и резултатите от редица големи проучвания като ACCORD, ADVANCE, VADT, PROACTIVE и RECORD, както и късните резултати от други - DCCT/EDIC и UKPDS, показва нуждата от осъвременяване на ръководствата за лечение. Основните използвани са две - на Американската и Европейската диабетни асоциации (ADA/EAST) и на Американската асоциация на клиничните ендокринолози (AACE/

ACE). Основните принципи, на които трябва да почиват терапевтичните подходи, са:

1. Избор на терапия с доказан потенциал за намаляване на гликирания хемоглобин (HbA1C).
2. Максимално нисък риск и тежест на хипогликемиите.
3. Максимално намаляване на риска от покачване на теллото.
4. Контрол както на гликемиите на гладно, така и на постпрандиалните.
5. Разходите за отделния индивид при даден терапевтичен



подход, както и за обществото като цяло. При оценка на разходите е най-добре да се използва подходът за оценка на здравните технологии, отчитащ разходите за лечение на хипогликемиите, диабетните усложнения, свързаните с медикаментите странични реакции и т.н.

Достигането на стойности на гликирания хемоглобин HbA1C <6.5% е основна цел, дефинирана на базата на мета анализ на пет рандомизирани и контролирани проучвания, демонстриращ, че кардиоваскуларният риск при средни стойности на HbA1C=6.6% е сигнификантно по-нисък от този при HbA1C =7.5%. Условието е това да се постига без съществен риск от хипогликемии. Препоръчва се изследване на HbA1C най-малко на 3 месеца и съответно преминаване към следваща стъпка в лечебния алгоритъм при недостигане на прицелни стой-

ности.

Преди всичко обаче болният следва да разбере и да се убеди, че промяната в начина на живот (хранене и двигателна активност) е неизбежно условие за ефективно лечение и контрол на диабета и винаги трябва да бъде първа стъпка с или без фармакологични агенти. При избора на първоначалния терапевтичен подход, важно е изходното ниво на гликирания хемоглобин. Приема се, че при пациенти с HbA1C от 6.6 до 7.5% е много вероятно чрез монотерапия да бъдат достигнати желаните стойности. В този случай Метформин е медикамент на избор, освен ако няма противопоказания за употребата му. В определени случаи обаче, могат да бъдат обсъждани също тиазолидиндиони, алфа-глюкозидазни инхибитори и DPP-4. Например, при изолирани постпрандиални хипергликемии, акарбозата може да бъде първи избор, докато при метаболическия синдром с изразена инсулинова резистентност и чернодробна стеатоза, може да се опита с тиазолидиндиони.

Ако след 3 месеца лечение, при спазване на хранителен и двигателен режим, желаните стойности на HbA1C не са постигнати при максимално ефективно повишение на дозирката, се преминава към двойна терапия. При нея по принцип метформинът задължително е основният медикамент, като само когато е абсолютно противопоказан, се из-



ползва тиазолидиндион. Вторият медикамент обичайно е СУП, глинид или инкретинов миметик (GLP-1 агонист или DPP-4 инхибитор). Последните два са особено подходящи при пациенти, при които хипогликемиите са особено опасни и повишаването на теллото е нежелано и рисково, поради което все по-често се предпочитат пред сулфанилурейните препарати. Комбинирането на Метформин с тиазолидиндион също се използва в комбинирани препарати.

Ако двойната терапия не доведе до адекватна компенсация при максимално ефективни до-

зи, се започва инсулинова терапия според ADA/EASD алгоритъм или се преминава към тройна комбинация според EEAC/ACE алгоритъм. Възможните тройни комбинации на орални медикаменти са:

- Metformin, GLP-1, тиазолидиндион;
- Metformin, GLP-1, глинид;
- Metformin, GLP-11, СУП;
- Metformin, DPP-4, тиазолидиндион;
- Metformin, DPP-4, глинид;
- Metformin, DPP-4, СУП.

Метформинът, поради своята безопасност и ефективност е основен медикамент, като за втори медикамент се предпочитат GLP-1 агонист пред DPP-4 поради по-голямата му ефективност и редуцията на телло, която при тази група е отчетлива.

Инсулиновото лечение трябва да се започне, когато е налице изчерпване на секреторния капацитет на бета клетката. Препоръчително е приложението на Метформин да продължи, поради благоприятното му въздействие върху инсулиновата резистентност. Когато в инсулиновата схема има прандиален инсулин, се спира приложението на СУП или глинид. Тиазолидиндионите, DPP-4 инхибиторите и GLP-1 агонистите не се комбинират с инсулин. Понастоящем са утвърдени четири инсулинови режима: базален, прандиален, премикс инсулини и базално-болусен интензифициран режим. За започване на инсулиново лечение обикновено се предпочита добавяне на базален инсулин вечер към провежданата орална терапия.

При пациенти с изходни стойности на HbA1C от 7.6 до 9.0% се препоръчва директно двойна терапия поради относително малката вероятност да се постигнат прицелните стойности с един медикамент. При пациенти с изходни стойности на HbA1C над 9% следва да се оцени съхранен ли е секреторния капацитет на бета клетката. Ако е съхранен, болните са асимптоматични и с относително скорошно начало на захарния диабет, се започва с двойна или тройна комбинация на перорални медикаменти. При останалите може директно да се започне инсулиново лечение, въпреки че е трудно да бъдат убедени. Възможно е, след нормализиране на гликемиите и избягване на ефектите на глюкотоксичност и липотоксичност, да се намали инсулиновата доза чрез прибавяне на Метформин, а в някои случаи дори да се направи опит за спиране на инсулиновото лечение.

Винаги следва да се помни, че рискът от коронарни инциденти и смърт е по-висок при чести и тежки хипогликемии, което дава основание напоследък да се поставят по-меки терапевтични цели - HbA1C <7 на сто.



„Здраве 2020“ - В името на развитието в днешна Европа

Жужана Якаб - директор на Регионалния комитет на СЗО за Европа, и Агис Д. Цурос

(Материалът е изпратен от офиса на СЗО специално за публикация във в. "Quo vadis". Направени са незначителни редакционни промени.)



Жужана Якаб

Продължение от миналия брой

СПЕЦИАЛНО ВНИМАНИЕ НА ПСИХИЧНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА

Те са основна причина за продължителен стрес и загуба на трудоспособност. Около 1/4 от населението на Европейския регион се сблъсква с някакъв вид психичен проблем през живота си. Проучванията дават възможност да се разбере по-добре пагубната връзка между психичните проблеми и социалната маргинализация, безработицата, липсата на дом, злоупотребата с алкохол и други вещества. Специфично предизвикателство представлява популяризирането на ранната диагностика на депресията и предотвратяването на самоубийствата чрез осъществяване на програми за интервенция в общността. Това добива все по-голяма значимост по време на неотдавнашната икономическа криза, когато ръстът на самоубийства се увеличи със 17% в Гърция и с 13% в Ирландия. Данните сочат, че подобно на други неблагоприятни ефекти на икономическата криза върху здравето, подобни тенденции могат да бъдат успешно овладени чрез правилно насочени мерки за социална защита и активна намеса на трудовия пазар.

"Здраве 2020" е в пълно съответствие с Генералната програма на СЗО за труд, както и с други международни действия и инструменти. Рамката проправя път за глобално активизиране на усилията за контрол на незаразните болести, например политическата декларация на ООН от 2011 год. за незаразните болести, Рамковата конвенция на СЗО за контрол на тютюневите изделия и Глобалната стратегия за хране-

не, физическа активност и здраве. Продължава необходимостта от активна борба със заразните болести, която изисква пълно прилагане на Международните здравни правила, подобряване на обмена на информация и съвместния надзор и контрола на заболяванията. Оказва се, че сложните и взаимосвързани фактори, определящи заболяванията в днешно време, които изискват решения в условия на неясни и непълни познания, не могат да бъдат преодоляни чрез рационално линейно мислене. Необходима е информация от системите и комплексен подход, защото ефектите от голям брой мащабни мерки трудно могат да се предвидят изцяло. По тази причина все по-голямо значение придобиват мерките в потесен обхват, но насърчаващи разширяването на познанията и адаптацията.

В "Здраве 2020" се изтъква нуждата от

ПОСТАВЯНЕ НА ПАЦИЕНТА ВЪВ ФОКУСА

на здравните системи и възможността за осигуряване на висококачествени грижи и по-добри крайни резултати от лечението. Здравеопазването трябва да бъде устойчиво и да има финансова стабилност. Това налага пренареждане на приоритетите, за да се акцентира върху профилактика, интегрирана помощ, затваряне на цикъла на лечение, постоянно подобряване на качеството и насърчаване на грижата за собственото здраве и осигуряване на услуги, максимално близо до дома, когато е безопасно и оправдано икономически. Универсалният достъп остава като ангажимент, както на СЗО в глобален мащаб, така и на рамката за Региона на Европа "Здраве 2020", наред с извеждането на първичната помощ на преден план. Това са двата стълба на

здравните системи в 21 век. Всички тези развития в здравеопазването и в общественото здраве поставят изискване за по-гъвкава работна сила, притежаваща разнообразни умения и готовност за екипен подход.

За прилагането на рамката за политики "Здраве 2020" ще допринесе Европейският план за действие за укрепване на системата за обществено здраве, приет от Регионалния комитет на СЗО за Европа през 2012 год. В него вниманието е насочено към подобряване на дейността и инфраструктурата на общественото здраве, включително на аспектите на здравната помощ, свързани с об-

на общността. Издръжливите общности притежават и могат да развиват възможности за изпреварваща реакция спрямо новите или неблагоприятните ситуации. Също така те са в състояние да се подготвят за икономически, социални или екологични промени, както и да се справят добре с кризи и проблеми.

Опасната среда представлява значим фактор, въздействащ на здравето, като редица здравни състояния се свързват с влиянието на замърсения въздух и климатичните промени. Тези фактори си взаимодействат със социалните детерминанти на здравето. Ползите, които оказва на здравето икономиката с ниски въглеродни емисии, както и политиката за опазване на околната среда, се разглеж-



дат в контекста на Рио+20 - Конференцията на ООН за устойчиво развитие.

ПРОЦЕСЪТ НА ПРИЛОЖЕНИЕ И СЛЕДВАЩИ ДЕЙСТВИЯ

В "Здраве 2020" е отчетен фактът, че в действията си за подобряване на здравето страните тръгват от различен контекст и разполагат с различни възможности. Едновременно с това, амбицията е рамката да бъде кохерентна и практически насочена, независимо от различните отправни точки. Конкретните цели включват постигане на политическа ангажираност към здравето и поставянето му в центъра на политическия дневен ред, възприемане на подхода за здраве във всички политики, задълбочаване на диалога между политиките, влияещи върху здравето и неговите детер-



минанти, както и изграждане на отчетност за здравното състояние.

"Здраве 2020" дава решения на всички тези предизвикателства въз основа на наличните доказателства. За да улесни взаимодействието си с държавите от Региона и в подкрепа на прилагането на "Здраве 2020",

РЕГИОНАЛНОТО БЮРО НА СЗО ЗА ЕВРОПА

подготвя пакет от услуги и инструменти, които ще предложат систематична подкрепа за справяне с основните хоризонтални стратегически въпроси, залегнали в рамката за политики. Разработени са също и връзки между програмите, както и препратки към по-подробни аспекти на рамката за политики. За всеки от тези компоненти на пакета се предвижда да бъде съставен кратък спи-

помогне именно в това. Във връзка с общественото здраве, ясни насоки могат да се получат и от Европейския план за действие за укрепване на капацитета и дейността на общественото здраве и свързаните с него инструменти за самооценка. Документът "Здраве 2020" не е предназначен за академични изследвания и да събира прах в канцелариите, това е наръчник за практическо приложение.

Оценките на въздействието върху здравето и на икономическите параметри също представлява полезни инструменти за анализ на потенциалната полза от политиките. Те могат да се използват и като оценка на това как политиките се отразяват върху равнопоставеността, а за влиянието върху здравето може да се използват както количествени, така и качествени здравни данни.

Обещаващ е фактът, че немалко страни вече са започнали да разработват политики, произтичащи от "Здраве 2020", както и стратегии и планове за прилагането им. Други доразвиват определени елементи от "Здраве 2020" в съответствие със заложените ценности и принципи. Регионалното бюро на СЗО за Европа предприема систематичен подход за оказване на помощ на страните членки за прилагане на рамката за периода 2014-2015 год. Под формата на отделна инициатива Регионалното бюро ще съдейства за създаването на нови форми на мрежи между държавите, институциите и хората, включително сътрудничеството в интернет.

В хода на осъществяването на "Здраве 2020"

ЩЕ БЪДЕ НЕОБХОДИМО АКТИВНО УЧАСТИЕ

от страна на множество организации и партньори, заинтересовани от здравното развитие и от дейността на общественото здраве в цяла Европа. Координираните действия с ЕС ще осигурят стабилна основа, значителни възможности и допълнителни ползи. По подобен начин трябва да бъдат привлечени редица други организации и мрежи - твърде многобройни, за да бъдат изброени поотделно. Макар че отношението към частния бизнес сектор е различно, ако той бъде привлечен в етичен план, това ще допринесе в значителна степен за постигане на целите на "Здраве 2020".

Продължава в следващия брой

ЕК ще подкрепи финансово реформата

Кабинетът подписа Споразумението за партньорство с Европейската комисия във връзка с прилагането на Европейските структурни и инвестиционни фондове през програмния период 2014-2020 година, съобщиха от пресцентъра на Министерски съвет. Този документ дава възможност да се използват европари за реформите на здравния сектор в България, тъй като сред подприоритетите на споразумението е и здравеопазването.

Споразумението за партньорство вече е подписано



ЕК ще подкрепи ключови промени в няколко сектора, които са записани в Националната здравна стратегия до 2020 г., Плана за действие към нея и Концепцията за развитие на спешната медицинска помощ. Предвиждат се инвестиции в здравната инфраструктура с цел подобряване на условията за оказване на адекватна спешна медицинска помощ и продължително лечение, пише в споразумението. Ще бъдат осигурени и средства за лекарите за придо-

биване на специалност и за продължаващото обучение. Ще бъдат предоставени инвестиции и за повишаването на професионалната компетентност на здравните мениджъри, на административния капацитет на институциите на всички управленски нива и на междусекторното сътрудничество между здравеопазването и други сфери. Ще има пари и за публичните институции за разработването и внедряването на нови методи и системи на работа и инова-

тивни подходи към проблемите. Подкрепени са също и програми за превенция и профилактика на здравето. Системата за електронно здравеопазване също ще бъде подпомогната финансово.

Инвестициите са на обща стойност 9,8 млрд. евро и ще бъдат насочени към развитие на образование, заетост, социално включване и здравеопазване за приобщаващ растеж, научни изследвания, иновации и инвестиции за интелигентен растеж, свързаност и зелена икономика, добро управление и достъп до качествени административни услуги. Точната сума за здравния сектор не е записана. Споразумението за партньорство е документ, в който се определя стратегията на страната ни и нейните приоритети за изпълнение на Кохезионната политика на ЕС, Общата селскостопанска политика и Общата политика в областта на рибарството.

Българските студенти и ученици ИМАТ ПРАВО НА БЕЗПЛАТНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ В ЕВРОПА



По време на своето обучение в държавите от Обединена Европа - страните от Европейския съюз (ЕС), тези по Споразумението за Европейското икономическо пространство (ЕИП) и Конфедерация Швейцария, българските ученици, редовни студенти и докторанти по държавна поръчка могат да ползват медицинска помощ от пакета на публичното здравеопазване в съответната държава, ако са с непрекъснати здравноосигурителни права съгласно българското законодателство, съобщиха от пресцентъра на НЗОК. Според европейските регламенти за координация на социалната сигурност приложимо осигурително законодателство за учениците и редовните студенти е законодателството на държавата, от която идват основните средства за тяхната издръжка. Времето на обучението в друга държава се приема за временен престой там, а доказването на валидно здравно осигуряване в компетентната държава и оказването на медицинска помощ, се осъществява

единствено с валидна Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК). Предоставената неотложна медицинска помощ на българските ученици се е за сметка на Националната здравноосигурителна каса. Информация за актуалната процедура по издаването на ЕЗОК, както и за пунктовете на фирмата-изпълнител е публикувана на сайта на НЗОК в рубрика "Вие питате".

При записване в съответното учебно заведение в ЕС и при успешното завършване на всяка учебна година/семестър редовните студенти, до навършване на 26-годишна възраст, трябва да представят в съответното териториално поделение на Националната агенция за приходите (НАП) по местоживееене в България удостоверение със заверен превод на български език от чуждото учебно заведение. Документът удостоверява, че те са редовни студенти там, което ще приведе в действие съответната разпоредба на Закона за здравното осигуряване и здравните им вноски

ще бъдат заплатени от републиканския ни бюджет.

Редовните студенти над 26-годишна възраст трябва да се самоосигуряват, като внасят (лично или чрез пълномощник) дължимата сума за здравноосигурителни вноски по обявените от НАП сметки и подават в съответното териториално поделение на НАП по местоживееене Декларация № 7 на НАП за лица, подлежащи на самоосигуряване. До 25-о число на месеца, следващ месеца, за който се отнасят здравните осигуровки трябва да се извършва банков превод на дължимата здравна вноска.

Ако български редовен студент в държава от ЕС, ЕИП или Швейцария започне легална работа там (извън временната студентска почасова заетост), той подлежи на осигуряване в държавата по извършване на трудовата дейност. Тогава компетентна държава за здравното му осигуряване и за издаване на всички необходими европейски документи е държавата по местоработата.

Търсенията в интернет на медицинска информация се увеличават значително

Близо 205 млн. са допълнителните търсения в интернет, свързани със здравословни проблеми. Това показват данните от лобоитивно изследване, публикувано в American Journal of Preventive Medicine. То обхваща последните няколко години и визира промените в търсенето по ключови думи в Google, свързани със здравето, като най-често въпросите са за заболявания, които се асоциират със стреса.

Специалистите отчитат факта, че в много случаи

човек търси информация в интернет за дадено заболяване, без да страда от него, но тъй като повишаването на процентите за някои от ключовите думи е много над сто, учените са категорични, че през последните години са се увеличили здравословните проблеми. И то тези, предизвикани от стреса, а това неизменно е свързано с финансовата криза.

Установено е:

- повишаване с 26% на търсенето на всякакви въпроси, свързани

със здравословни проблеми, или 205 милиона допълнителни търсения.

- 228% е увеличението на запитванията за стомашни проблеми.
- 193% повече са търсенията за главоболие и мигрена.
- 38% - за сърдечни кризи.
- 32% - за проблеми със сърдечния ритъм.
- 26% - за дихателни проблеми.
- 32% - за рак.
- 19% - за болки в гърба.
- 18% - за зъбобол.

Проектът „Спри и се прегледай“ буксува

Проектът "Спри и се прегледай" няма да може да изпълни основната си задача - провеждането на скрининг на три от най-разпространените ракови локализации - на гърдата и на маточната шийка при жените и рак на дебелото черво при двата пола. Програмата стартира през 2009 г., но профилактичните прегледи на практика започнаха едва през миналата година. От МЗ съобщиха, че вероятно няма да има ново удължаване на срока, тъй като ресурсът за изпращане на покани до целевите групи вече е изчерпан. Въпреки това от министерството смятат, че

са реализирани 7 от общо 8 предвидени дейности, като ефектът от проекта "намира израз в Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести (2014 - 2020 г.), в която ще могат да се използват продуктите, създадени в него".

Извършени са едва 13% от предвидените профилактични прегледи

За съжаление "Спри и се прегледай" ще приключи в края на октомври, след като

няколко пъти беше отлаган във времето. Прегледани са малко над 13% или 54 000 души при първоначално предвиден брой от 400 000 души. По информация на здравното министерство, в изпълнението на проекта са били ангажирани 126 лечебни заведения, които имат сключени договори с МЗ като изпълнители на скринингови прегледи, както и повече от 440 медицински специалисти, които



са били регистрирани в информационната система "Национален скринингов регистър и система за известяване". Срокът на последно изпратените покани е до 31 август, а договорите на лечебните заведения с МЗ изтича на 21 септември. "В рамките на проекта са използвани всички възможни информационни ка-

нали за разпространяване на информация за ползите от явяване на скринингови прегледи и изследвания, а също така са създадени и условия за това", смятат експертите на ведомството.

Общата сума за проекта е приблизително 20 млн. лв., като усвояването на средствата е под въпрос.





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
и
0899 90 66 55
Яна Тасева

ПРЕДСТОЯЩО

Национална конференция по нефрология със СМЕ - курс на ЕРА-ЕДТА

9-11 октомври 2014 г.,
х-л „Мерниан Палас“,
гр. Стара Загора

Организатори:
Българското дружество по инфекциозни болести и Южнобългарското дружество по инфекциозни болести



За повече информация:
д-р Миглена Колева, тел.:
0882/ 901599
e-mail: infections@abv.bg
www.uni-sz.bg/node/1562



VII Национален конгрес по фармакология

17-19 октомври 2014 г.,
гр. Плевен

Организатори:
Българско дружество по фармакология
За повече информация:
www.cic.bg

Национална конференция по нефрология със СМЕ - курс на ЕРА-ЕДТА

9-12 октомври 2014 г.,
х-л Хисар, гр. Хисаря

Организатор:
Българското нефрологично дружество



За повече информация:
www.bgnephrology.com

XVII-ти Национален конгрес по ултразвук в медицината



23-25 октомври 2014 г.,
Интерхотел Сандански,
гр. Сандански

Организатор: Българската асоциация по ултразвук в медицината
За повече информация: e-mail: ultrasound.bg@gmail.com

Започва абонаментът за 2015 година - от 6 октомври до 15 декември!

Побързайте! Във всеки пощенски клон -



Вестникът на българските лекари

ВСИЧКО ЗА СЪСЛОВИЕТО!

За цяла година **21.60 лв.**
За 6 месеца **10.80 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.blsbg.com е официалният сайт на Българския лекарски съюз.

Той съдържа информация за:

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

- Нормативни актове

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

- Актуален регистър на лекарите в Република България

- Актуална информация и новини

II. Рекламен период:

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

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

III. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

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

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

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

2. Текстови обяви / Платени публикации:

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

3. Нестандартни рекламни форми:

За изработване на нестандартни рекламни форми цените са по договоряне 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 договоряне

✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

Лекарят на българските космонавти проф. д-р Димитър Шишманов: „ЗДРАВЕТО НЕ Е ВСИЧКО, НО БЕЗ НЕГО ВСИЧКО Е НИЩО“

Доц. Тодор Керин

Има дати от летописа на нацията ни, които не могат да бъдат изтрети каквито и ветрове да духат в историята. Такива са дните 10 април 1979 г. и 7 юни 1988 г., когато в Космоса излетяха първите български космонавти Георги Иванов и Александър Александров. Цял народ следеше с трепет техния полет. Но един лекар изживяваше часовете на върховото им изпитание по особен начин. Професор Димитър Шишманов, председател на медицинската комисия за подбор на кандидат-космонавтите, която провеждаше изследванията с тях в продължение на около година преди реалните полети, до приземяването им, и той беше в състояние на безтегловност, сякаш летеше заедно с избраниците си на космически кораб. До сетния миг от живота си Генералът пазе-

ше като реликва работния си бележник, в който беше записвал шифровано, със само за него разбираем код, данните от многобройните изпитания. Лесно ли е било да бъдат избрани най-добрите двама от 400 млади мъже - цветът на авиацията, първокласни летци, преминали вече през много други преарителни комисии? И все пак резултатите от медицинските изследвания - в барокамерата, в "центрофугата", от бягщата пътека, от велоергометриите са най-важните и решаващите. В комисията участваха водещите специалисти от всяко направление и тяхното мнение се е зачитало безпрекословно. Но има ли нещо по-важно от сърцето за живия организъм, поставен при екстремни условия? Кардиологът Шишманов е разбирал и е поел своята най-голяма отговорност. Българските космонавти се представиха достойно и оправдаха неговото доверие.



**ТРГВА ОТ С. СЛАВЕЙНО
- "СВЕЩЕНО МЯСТО НА
БЪЛГАРСКАТА МЕДИЦИНА"**

Димитър Стоянов Шишманов е роден на 28 юли 1919 г. в комитското село Карлуково, сега Славейно, Смоленска община. Тук са действали с четите си по време на Илинденско-Преображенското въстание войводите Пейо и Вълко Шишманови заедно с геройски загиналия техен племенник знаменосец Никола Шишманов. Подвизите им са възпети в народните песни, които и днес звучат по сцените на фестивалите и сборовете, провеждани редовно сред родопските поляни. Славейно се е сгушило в поречието на Малка Арда и не се отделя от мощната прегръдка на Преспанските ридове в Централните Родопи (надморска височина 1150 м.). Къщите му са накацали като гълъби по хълмовете и събират галовните слънчеви лъчи с керемидените си покриви и с бухналите в зелените дворове. Жителите са само 138 (ГРАО, 2014-06-15), но са горди, защото претендират за световна слава - в тяхното село са се родили най-много дипломирани medici на глава от население. Само хабилитираните лекари са 78 (по данни от 2008 г.) без да се броят зетьовете и снахите. Къщата на професор доктор Константин Чиров (1898-1955 г.), член кореспондент на БАН, е подарена от наследниците му на българската лекарска общественост и е превърната в действащ музей, който отваря вратите си за посетители по всяко време на денонощието, тъй като ключа се съхранява при кметския наместник. Още в началото на селото огромна табела посреща гостите с надпис: "Добре дошли в Славейно, священо място на българската медицина!".

не е прекъсвало връзките си с родното място и с родовите корени. Синът завършва начално и средно образование в "града на тепетата", а висше медицинско - в Софийския университет през 1944 г. Като ученик и студент се включва в дейността на прогресивни обществени организации и е запазил романтични спомени за издаваните и разпространяваните с активно негово участие локални вестници, културно-агитационни и научно-образователни материали. Сред тях има няколко сполучливи стихотворения, които подсказват сърдечната чувствителност на будния младеж.

**НАЧАЛОТО НА
ВОЕННОМЕДИЦИНСКАТА
КАРИЕРА**

Студентските скамейки на току-що завършилия випуск са още топли и масилото от печатите на получените лекарски дипломи още не е засъхнало, а е взето колективно решение: "До един на фронта! Участието ни в Отечествената война е първата проверка на Хипократовата клетва." През септември 1944 г. младият доктор Димитър Шишманов заедно с още около тридесетина свои колеги заминава като доброволец и работи като ординатор във военно-полева болница до края на Втората световна война. След завръщането си от фронта довършва редовната си военна служба, след което е изпратен като участъков лекар в село Поповица, Пловдивско (1946-1948 г.). От есента на 1948 г. е батальонен лекар в гарнизона на Ивайловград (1948-1949 г.) и полкови лекар в Хасково (1949-1951 г.). От 1952 г. е ординатор във вътрешното отделение на Военната болница в Пловдив, а през периода 1958 - 1963 г. е негов началник. Като способен и перспективен кадър е изпратен на специализация по военноплева терапия.

чалник на клиника по сърдечносъдови, ставни и бъбречни заболявания. За периода от 1964 до 1972 г. е заместник-началник на ВВМИ по лечебната част. Защитава дисертация за кандидат на медицинските науки и е избран за доцент (1963 г.), за професор (1969 г.), произведен е в звание "генерал-майор от медицинската служба" през 1974 г. От 1982 г. до 1988 г. той е първи заместник-началник на института, а в периода 1970-1987 г. е бил главен кардиолог на



С проектантите на сградата на ВМА

Българската армия. Пословично е умението му да контактува с болните, внимателно и търпеливо да ги изслушва, да им вдъхва увереност в успеха на лечението. Тези негови качества го направиха предпочитан лекар-кардиолог сред военната и гражданската общественост, за което беше удостоен с почетното звание "Заслужил лекар" (1979 г.).

Натрупал богат клиничен опит, професор Шишманов се е изявявал и като

**ОТЛИЧЕН ПЕДАГОГ
С ПОДЧЕРТАНИ
НАУЧНИ ИНТЕРЕСИ**

Под неговото ръководство и непрестанни грижи израсна плеяда млади кардиолози и са защитени 13 кандидатски дисертации. Плод на творческите му дирения са повече от 200 научни публикации и съобщения, между

които могат да се посочат над 15 монографии и учебници, като например: "Тромбоемболична диатеза", "Ревматизъмт сред войниците в Българската армия", "Хипертоничната болест в младежката възраст", "Ревматичен миокардит", "Коартакция на аортата", "Сърдечни пороци в младежката възраст", "Сърдечно-съдови заболявания (ранни форми)", "Гранични хипертонии. Невроциркуляторна дистония от хипертензивен тип". В тях са разработени проблеми на ар-



По време на строежа

териалната хипертония, хемодинамиката на вродените и придобитите сърдечни пороци, уврежданията на сърдечно-съдовата система от средствата за масово поразяване.

Няма да е справедливо, когато се говори и пише за генерал Шишманов, да не се подчертае неговото пряко

**УЧАСТИЕ В
ПОСТРОЯВАНЕТО НА
СГРАДАТА НА ВВМИ
В СОФИЯ**

на булевард "Георги Софийски" № 3, сега метрополия на Военномедицинската академия. Изготвянето на проекта беше възложено на архитект Йорданка Поцова от КИПП "Главпроект", водещ специалист в областта на здравното проектиране у нас. Тя си спомня, че е приела това предизвикателство без никакво колебание, макар че веднага почувствала огромната отговорност, която се е стоварила върху нейните рамене. За щастие още при нанасяне на първите щрихи за гигантския проект, тя усетила крепко рамо до себе си - със заповед на министъра на Народната охрана като главен технолог по строителството на сградата е определен генерал-майор Димитър Шишманов. Той веднага започна да осъществява абсолютно необходимата функционална връзка между проектантския колектив и медицинския персонал - още от изготвянето на програмното задание до окончателното утвърждаване на изработения проект. Имаше много трудности, остри конфликти, денонощна работа, изтощително напрежение, но в крайна сметка препятствията са преодолявани благодарение на голямата всеотдайност, творческа амбиция, професионална любов и вяра в силите на работния екип. Тясното взаимодействие между главния проектант и главния технолог даде положителни резултати - на 15 октомври 1975 г. беше направена ритуалната "първа копка", а на 9 август 1982 г. бяха официално отворени вратите на новопостроената сграда на ВВМИ. В нея при много по-добри технологични и битови условия се разгърна широко мащабна диагностично-лечебна и научно-изследователска работа.

ПРИЗНАТЕЛНОСТ

За заслугите му към военномедицинското осигуряване и разностранната му научна, лечебна, учебно-преподавателска и обществена дейност генерал-майор професор Димитър Шишманов е награждаван многократно с ордени, медали, правителствени отличия, награди и почетни звания. В продължение на 16 години е бил председател на Националното дружество по кардиология, като един от основателите на Българското ревматологично дружество е бил негов действащ и почетен председател. Удостоен е за почетен член на Кубинското кардиологично дружество и на Полското дружество по ревматология. Макар че от 1988 г. е в редиците на запасното българско войнство, той не прекъсва обществената си дейност. Избран е за член на Върховното ръководство на Съюза на тракийските дружества в България и десет години е бил председател на клуб "Родопи" към него. Имаше планове за обработване на огромния си личен архив, с което да отрази, както беше написал, "своя изстрадан и трънлив път от участъков лекар до професор-главен кардиолог и от редник до генерал-майор". Смъртта го застигна на 7 февруари 2009 г. малко преди "да прекрачи достолепната 90-годишна възраст".

До последните си дни професор Шишманов не се подаде на черногледство и малолушие, макар че суровата действителност непрекъснато предлага достатъчно поводи за това. Беше горд, че и двете му дъщери са го последвали на лекарското поприще, радваше се, че пред младото поколение наследници има надежди за по-добро бъдеще. А за своите ученици, възпитаници и колеги остави като завет своя любим израз: "Здравето не е всичко, но без него всичкото е нищо. Нека се грижим за сърцата на хората от все сърце!"

ОТКРИХА АКАДЕМИЧНАТА УЧЕБНА ГОДИНА

МУ - София с грандиозна инвестиционна програма за 100 млн. лв.



Медицинският университет в София е най-престижният университет в България. Това каза ректорът на учебното заведение проф. д-р Ваньо Митев при откриването на академичната година във ВУЗ-а на 15 септември. И допълни с горчивина, че въпреки успехите, университетът има сериозни шансове да влезе в Гинес заради това, че е единственият в Европа, а може би и в света, който няма собствена сграда.

Залата в болница "Майчин дом", където се проведе тържеството, трудно събра всички желаещи да присъстват. Гости бяха министърът на образованието Румяна Коларова, кметът на София Йорданка Фандъкова, председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов, много преподаватели, изтъкнати лекари, студенти. Пред тях проф. Митев представи амбициозните цели, които си е поставил Медицинският университет. "Ще предложа на Акаде-

мичния съвет инвестиционна програма за следващите три години на стойност 100 милиона лева, за да можем да решим абсолютно всички проблеми със зали, с аудитории и обществения", обясни той. По

думите му по този начин най-старото медицинско учебно заведение у нас ще може да отбележи след 3 години 100-годишнината си напълно обновено. Знанието ще ви направи свободни, заяви столичният



кмет Йорданка Фандъкова. Тя посочи, че в Медицинския университет в София учат 8000 млади хора, от които 2500 студенти от 60 страни и това е показателно за нивото на компетентности и умения, което академията дава на своите студенти. "На територията на София безспорно са най-успешните специалности. Лекарите правят болниците добри", допълни Фандъкова. Председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов пожела успех на студентите. "След като завършите ще получите много предложения за работа в чужбина, но искам да ви кажа, че по-добро място от родината няма", каза той и препоръча на младите хора да останат и да лекуват пациентите тук.

Интервю с проф. Ваньо Митев - на стр. 7

В Пловдив ще обучават млади хора от 36 страни



На 15 септември Медицинският университет в Пловдив откри официално новата учебна година 2014/2015 година. През нея университетът чества своя 70-годишен юбилей. Висшето медицинско училище ще обучава над 4 800 студенти от 36 държави.

Първокурсниците са 670 души, от тях 150 медици, 100 са записали специалност "Дентална медицина", 70 - "Фармация" и 40 - "Управление на здравните грижи". В бакалавърска степен на медицинския факултет са записани 20 души за акушерки и 90 за медицински сестри. Още 200 ще се обучават по шестте специалнос-

ти за образователна степен "професионален бакалавър". 250 души са и новоприетите първокурсници чуждестранни граждани. МУ - Пловдив ще запише за новата учебна година и 87 студенти след завършена степен на висше образование във Факултета по обществено здраве.

Като учебно заведение сме прехвърлили националните рамки, каза ректорът на МУ Стефан Костянев. На откриването присъства цялото академично ръководство, известни лекари, директорът на университетска болница проф. Карен Джамбазов, много гости.



Във Варна започнаха с водосвет и видеоконферентна връзка с филиала в Сливен

С тържествен водосвет за здраве и благополучие и директно включване чрез видеоконферентна връзка с филиала в Сливен в МУ - Варна бе открита новата академична учебна година. Във варненското висше медицинско училище ще се обучават над 3700 студенти, 570 от които са представители на 34 държави от целия свят. Ректорът проф. д-р Красимир Иванов приветства първокурсниците с добре дошли и ги увери, че са направили най-добрата инвестиция в бъдещето си, след като са взели решение да учат в един от най-високотехнологичните български университети, получил признание и в авторитетната



международна класация Webometrics.

"Медицинската професия е не само знания, техника и изпълнение на манипулации, тя е преди всичко любов към човека", подчерта директорът на филиала на МУ - Варна в Сливен доц. д-р Нели Спасова. Първокурсници по-

ложиха традиционната за деня клетва "за посвещение в медицината", а абсолютни отличници, които след броени дни ще получат наградата "Златен Хипократ" облякоха бели престилки на своите млади колеги, за да ги приобщат символично към медицинската общност.



В Плевен се записаха 327 първокурсници

На специална церемония, която се състоя на 8 септември 2014 г. в зала "Магnum" във Втора клинична база на Медицинския университет в Плевен, беше открита 40-та юбилейна учебна година 2014-2015 във висшето училище.

Проф. д-р Славчо Томов, ректор на МУ-Плевен, приветства новоприетите студенти като ги покани заедно с преподавателите да се включат във форумите, организирани по случай предстоящия юбилейен месец на науката през октом-

ври 2014 г. 327 първокурсници започват обучение в университета, като са попълнени всички места по държавна поръчка в трите факултета и медицинския колеж. За пета година са приети и студенти платено обучение за специалност "Медицина" и в бакалавърските програми. Новоприетите медици са 105, от които 90 български граждани по държавна поръчка, десет чуждестранни граждани с българско самосъзнание, приети по постановление на Министерския съвет и петима студенти, приети срещу заплащане. Специални гости на тържеството бяха представители на областното и общинското ръководство. Сред тях беше и почетният ректор на Медицинския университет - Плевен, проф. Грогор Горчев.