

QUOVADIS

ЛЪТОПИСИ
НА
ЛЕКАРСКИЯ СЪЮЗЪТ
ВЪ БЪЛГАРИЯ

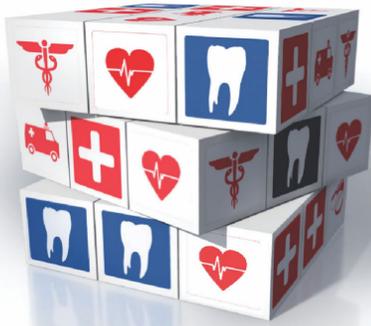
София, година XV, брой 2, понеделник, 2 март 2015 г.

Национално издание на Българския лекарски съюз www.blsbg.com

БУЛ
МЕДИКА
ДЕНТАЛ

13-15 май 2015

www.bulmedica.bg



7 награди
X 2000 ЛВ



ВЗЕМИ СВОЯТА
ПОКАНА
ОТ ТУК

ИНТЕР ЕКСПО ЦЕНТЪР • IEC

Actavis



MERCK
Living Innovation

SOCIETE GENERALE
ЕКСПРЕСБАНК
УСПЯВАМЕ ЗАЕДНО

В БРОЯ

БЕЗ РЕТУШИ

БЛС алармира за
блокирани сметки
на общински болници **НА СТР. 3**

ПРИКЛЮЧИХА ОТЧЕТНО-ИЗБОРНИТЕ КОНФЕРЕНЦИИ
НА РЕГИОНАЛНИТЕ КОЛЕГИИ **НА СТР. 8-9**

63-ият събор ще се
проведе на 9-10 май

Лекарският съюз защити в здравната комисия
промените в ЗЗО, с които се връща договорното
начало и се изчиства нормативния хаос **НА СТР. 4**

АКТУАЛНО

Контролен вместо
Надзорен съвет на НЗОК? **НА СТР. 5**

СПЕЦИАЛЕН ГОСТ

Д-р Красимир
Минкин **НА СТР. 7**
неврохирург



Честита
Баба
Марта!



Д-р Александър Йорданов от отделенията по хематология в УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ получи първата мартеница през тази година от пациентката Йонка Първанова.

Хрема?



Коризалия®
Вярното решение!



Не предизвиква
сънливост и може
да се приема от
деца и възрастни.

Хомеопатичен
лекарствен продукт.
Без лекарско предписание.
КХП 18413/26.06.2012

BOIRON

За пълна информация:
Борон 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

Правителството прие концепцията

„Цели за здраве 2020“

Министерският съвет прие на заседанието си на 18 февруари концепцията "Цели за здраве 2020", която предвижда прегрупиране на финансовите ресурси в здравеопазването. Основнополагачо при изпълнение на документа е ефективното разходване на средствата за здраве, се казва в съобщението на МС. Планирано е да се въведе нов основен пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК, насочен към профилактика, диагностика и лечение на основните заболявания, причиняващи смърт и загуба на работоспособността, както и към детско и майчино здраве. Основните приоритети, записани в плана са намаляване на детската смъртност и удължаване на активния живот на българските граждани.

Така например до 2020 година се планира намаляване на смъртността при новородените до 6.8 на 1000 (при 8 на 1000 в момента), повишаване на работоспособността и снижаване на смъртността при икономически активните хора до 4.19 на 1000 и увеличаване на средната продължителност на живота до над 80 г., както е в Западна Европа. В момента българите са сред европейците с най-ниска продължителност на живота.

Освен основния пакет, правителството предвижда и допълнителен пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК, които да позволят планиране чрез листа на чакащите в болниците, за да няма преразходи за месеца. Пари ще се насочат и по трета линия - за спешен пакет здравни дейнос-

ти, заплащан от здравното министерство, който да гарантира равнопоставен достъп до медицинска помощ при спешни състояния за всички граждани, включително и неосигурените.

Като ключова мярка за постигане на здравните цели, заложи в концепцията, правителствената пресслужба отбелязва изграждането на национална здравно-информационна система, до която ще имат достъп и пациентите чрез електронен идентификатор. "Единната информационна система на здравеопазване е базата, на която ще стъпи развитието на електронно здравеопазване с неговите основни съставни части - електронно здравно досие, електронна рецепта, електронно направление, електронен портал и т.н.", е записано в плана.

Кръгла маса потърси решения за проблемите в сектора

Темата за преодоляването на здравните неравенства събра на 27 февруари на кръгла маса елита на здравния сектор в хотел "Радисън". На форума, който се опита да потърси полезните политики и решения за проблемите с достъпа на пациентите до качествено здравеопазване, присъстваха министърът на здравеопазването д-р Петър Москов, евродепутатът д-р Андрей Ковачев, председателят на здравната комисия д-р Даниела Дариткова, зам.-председателят на БЛС д-р Юлиан Йорданов, представители на фармабизнеса, лекари, общественици, пациенти. Д-р Москов представи визията на екипа си за постигане на модерно и достъпно здравеопазване чрез "Партньорство за здраве". Тази концепция има за цел моделът на управление на здравеопазването да се промени на основата на сътрудничес-



тво между всички заинтересовани страни и широк кръг държавни и обществени институции. Точно до такъв извод достигнаха и всички участници - без консенсус нищо добро не може да се получи.

Идеята за създаването на подобна коалиция за партньорство е в резултат на сформиранието в края на 2014 г. на Европейско партньорство за осигуряване на равен достъп до здравни грижи. В тази връзка в ЕП беше създадена група от евродепутати, под егидата на д-р Андрей Ковачев, които ще работят по проблемите за достъпа до качествени здравни

грижи. По време на дискусиите зам.-председателят на БЛС д-р Юлиан Йорданов подчерта, че наистина е изключително важно пациентът да бъде поставен в центъра на здравната система. "Но нека да помислим и за друго, дали в даден момент няма да останем само с център", заяви той. И припомни, че основен проблем, по който работи словната организация, е стремежът лекарите да не емигрират, а да останат у нас и да лекуват българите. БЛС има доста предложения за нормативни промени и се надяваме те да бъдат разглеждани, подчерта още д-р Йорданов.

Ще преглеждат дистанционно в Кърджали и белоградчишките села

В Центъра за спешна медицинска помощ в Кърджали са получени апарати "Корпулс 3", които позволяват дистанционни прегледи на пациентите. Апаратурата е закупена от Министерството на здравеопазването и е предоставена на филиалите на Спешна помощ в Ардино и Крумовград. Те позволяват от линейката в реално време да се изпращат резултатите от седем медицински изследвания и жизнени показатели на паци-

ента - насищане на кръвта му с кислород, с въглероден двуокис, кардиограма, кръвно налягане.

Данните се получават в спешно-приемното и в кардиологичното отделение в областната болница и специалистите могат да консултират медицинския екип какви действия да предприеме, за да стабилизира пациента. В много случаи това се оказва животоспасяващо.

Жителите на десет села

около Белоградчик също ще получават дистанционни здравни услуги. Това ще стане възможно след изграждането на общински координационен център и 10 информационни центрове в селата. Връзката с лекарите ще става чрез комуникационна система.

От общината планират също обучен кметски наместник или медицинско лице да посещава селата и да мери кръвното налягане на хората.

Няма да разследват министър Москов за дискриминация

Прокуратурата отказа да разследва за дискриминация министъра на здравеопазването д-р Петър Москов заради изявлението му, че линейки няма да ходят в ромските квартали заради нападенията над медици. Държавното обвинение се зае със случая след сигнал на ДПС. През декември м.г. Москов заяви, че екипи на спешната помощ няма да се отзовават на повиквания в ромските махали, докато не бъде гарантирана тяхната сигурност. Изказването му беше по повод зачестили случаи, в които медици бяха нападани по време на работа. Здравният министър тогава цитира статистика, според която от 225 нападения над лекари, фелдшери и шофьори на линейки, 174 са станали в такива квартали. От държавното обвинение съобщиха, че в изказването на министъра "не се установява целенасочено и умишлено подбуждане към расова дискриминация, насилие или омраза, основана на раса, народност или етническа принадлежност". Не било установено и думите на Москов да са целяли предизвикването на адресатите на изявлението му. Затова разследване срещу него няма да бъде образувано.

Македонски лекари ще се обучават в България

Македония има желание нейни лекари да се обучават и да специализират в България. Това е казал македонският здравен министър Никола Тодоров на българския си колега по време на среща между двамата, съобщиха от пресцентъра на МЗ. Министър Петър Москов е изразил принципа готовност за подкрепа на македонската страна по отношение обучението на специалисти у нас, при отчитане на законодателството ни и в контекста на членството на България в ЕС. Той подчертал желанието за разширяване на сътрудничеството между здравните министерства на двете страни, а също така и насърчаването на директни контакти между лечебни заведения и медицински университети в България и Македония.

Двамата министри се обединили около възможността за обмен на информация и опит относно провежданите реформи в двете страни и изразили готовност за активизиране на сътрудничеството в областта на здравеопазването и медицината.

На срещата министрите договорили създаването на съвместна работна група от представители на двете здравни ведомства за подготовка на план за конкретизиране и разширяване на сътрудничеството, информират още от пресцентъра на МЗ.

Прокуратурата влезе във ВМА

• Ген. Стоян Тонев напусна председателския пост в здравната комисия и парламента

Военно-окръжната прокуратура в София влезе във ВМА за проверка на сигналите за нарушения при сключване на договори за отдаване под наем на помещения и медицинска апаратура на болницата по време на управлението на ген. Стоян Тонев. Те бяха оповестени в разследване на bTV репортерите и предизвикаха скандал, който занимава медиите повече от седмица. Това накара ген. Тонев да подаде оставка като председател на Комисията по здравеопазване в Народното събрание и като депутат. В молбата си до председателя на НС Цецка Цачева той заяви: "Поради засиления обществен интерес съм задължен да се оттегля от парламента. Уверен съм, че по този начин ще бъде гарантирано независимото разследване на компетентните органи (Прокуратура и Сметна палата)". Оставката на генерала е приета от парламента. Д-р Даниела Дариткова оглави парламентарната здравна комисия. Междувременно министърът на отбраната Николай Ненчев обяви, че частните фирми, източвали Военно-медицинска академия са няколко, а не само една и нареди

на настоящия директор на ВМА проф. Николай Петров да направи всичко възможно да се спре дейността им.

Във връзка с реакцията на медиите, свързана с излъченото по bTV разследване на журналиста Петър Нанев със заглавие "НЕОБЯСНИМО БЕЗДЕЙСТВИЕ", което третира договорните отношения между ВМА и частната структура "Дерма прим", от пресцентъра на БЛС заявиха, че със случая може да се заеме етичната комисия на съсловната организация, но специално под чертата, че въпросът трябва да бъде решен от съда. "Поради специфичния юридически статут на съсловната организация и нейната социална и публично-правна значимост, тя не трябва да изземва функциите на правозащитните и правораздавателните органи, не следва да обвинява, или да индულгира личности или поведението им, при условие, че с установяването на обективната истина са ангажирани компетентните органи", се заявява в съобщението на пресцентъра.

Пълният текст можете да видите на сайта на БЛС

ИСКАМ ДУМАТА

Проф. Ватев оспори награждаването на доц. Щерев с орден „Стара планина“

Проф. д-р Илия Ватев се противопостави на награждаването на доц. д-р Атанас Щерев с орден "Стара планина" за принос към асистираната репродукция - ин витро. Той изпрати до медиите отворено писмо, в което обяснява, че липсва основание д-р Щерев да получи авторитетния приз.

"Като основател и пряк свидетел на развитието на техниките за извънматрично оплождане у нас ми изглежда невероятно награждаване на човек, който съм поканил в моята лаборатория след повече от 10 години работа по проблема и за процедура, в която основните дейности са извършени с моите ръце!", пише в писмото си проф. Ватев. Професорът разказва как е създад лабораторията, кога се е появил в екипа доц. Щерев и поради какви причини е бил отстранен. Той посочва, че акушер-гинеколозите, участвали в първите опити за прилагане на новия метод през 1976 г., са "професорите Б. Василев, К. Мирков, Б. Налбански, И. Карагьозов и др.". На по-късен етап проф. Ватев решава да разшири екипа си и кани нови членове, сред тях е д-р Щерев. По-късно обаче доц. Щерев е от-

странен за "неетично изявление в медиите" в отсъствието на проф. Ватев.

"На този фон бях изумен да прочета в медиите (предварително и масово разпространената информация за награждаване с орден "Стара планина" на споменавания доцент), че "...той (Щерев - бел. авт.) е човекът, който през 1988 г. първи, съвместно с доц. Илия Ватев, въвежда метода за извънматрично оплождане "ин витро" в България!", заявява проф. Ватев. Според него в посочения пасаж има две неточности. "Той абсолютно не отговаря на обективната истина (елиминирани са другите гинеколози), повтаря стари "похвати" на доцента, а по мнението на запознати колеги евентуалното му награждаване (особено самостоятелно) ще е обидя за нашата медицинска наука и цялата гилдия", подчертава медикът.

Въпреки протеста на проф. Ватев, доц. Щерев беше награден от президента Росен Плевнелиев с орден "Стара планина", първа степен за заслуги в областта на репродуктивната медицина. Предложението за висшето отличие е дошло от Дружеството по акушерство и гинекология.

IN MEMORIAM

Напусна ни

д-р Кънчо Марангозов

На 6 февруари след продължително боледуване на 71-годишна възраст почина д-р Кънчо Марангозов, съобщиха от МБАЛ-Бургас. Един от най-добрите акушер-гинеколози в крайморския град дълги години бе директор на областната МБАЛ и посвети голяма част от живота си на стремежа да превърне болницата в съвременно лечебно заведение, което гарантира качествени медицински грижи за пациентите и добри условия за професионално развитие на медиците. Той е автор на книга - летопис на историята на бургаската МБАЛ.

Д-р Кънчо Марангозов беше депутат от левията в 38-то Народно събрание и член на парламентарната здравна комисия.

Поклон пред паметта му!

Отдел „Информация и връзки с обществеността“

Главен редактор: Лилия Н. Петкова

Редактор: Лили Войнова

Фоторепортер: Георги Георгиев

Предпечат: Ан-Ди

Експонация и печат: „Печатница София“

Адрес на редакцията:

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

Редакционно броят е приключен на 01. 03. 2015 г.

БЛС алармира за блокирани сметки на общински болници

- Да се даде възможност за разсрочено плащане
- И финансовото, и здравното министерство спешно да се намесят, призова зам.-председателят на съсловната организация д-р Юлиан Йорданов

Осем общински болници са със заборирани сметки, тревожно съобщил зам.-председателят на БЛС д-р Юлиан Йорданов още на 21 февруари в предаването "Събуди се" на Нова телевизия. Той

Сметките са заборирани от Националната агенция по приходите. Причината е Постановление на Министерския съвет от декември 2014 година. Според него, ако задълженията са над сто хиля-

здравни заведения, след като нямат пари в наличност? Нашето предложение е да се даде възможност за разсрочено плащане и затова вдига аларма, заяви д-р Йорданов. Той настоя за спешна намеса на министерствата на финансите и на здравеопазването. В същото време разплащанията от здравната каса се очакват най-рано на 27-о число от месеца, припомни зам. председателят на БЛС. Той обърна внимание на още един факт - миграцията на специалистите е сериозна и ако тези заведения не могат да се разплащат с персонала си, това ще доведе до тяхната смърт.

Националното сдружение

на общинските болници

година. Ако това не стане, възнамеряват да се обърнат към Темида.

"Държавата в момента ни рекетира, като иска от нас да си платим задълженията към НАП за осигуровките на персонала, а от НЗОК не само, че бавят плащанията, но и ни слагат лимити за извършена дейност, коментира д-р Неделчо Тотев, председател на Сдружението. Той е шеф на болницата в Чирпан. От колегата си в Димитровград научил, че от НАП вече са прибрали 60 хиляди лева от сметката. Средствата били получени в края на януари от МТСП по спечелен проект.

Повече от една трета от членуващите в Сдружението болници са с блокирани пари.

Чирпанската не е сред тях - в края на миналата година заради кандидатстване за европроект е изплатила закъснели 30 хиляди лева. Но има ли гаранция, че не ще се натрупат нови задължения при забавянето на плащанията от Касата?

Лечебници сключват споразумения с данъчните

Общински болници със задължения към НАП вече са сключили споразумения за разсрочено плащане - Димитровград, Никопол, Белене. Изцяло изплатила задълженията си болницата в Нови пазар, казва директорът д-р Атанас Атанасов.

Общо 88 общински болници са направили борчове за над 54 млн. лева, като 28 млн. лева са просрочени. Това става ясно от писмен отговор на министър Петър Москов на депутатски въпрос, цитиран от в. Труд. Д-р Москов упреква общините, които са собственици на задължените болници, че не помагат достатъчно. Анализите на МЗ показват, че тези, които подпомагат своите болници, не са много.



предсказа, че броят на общинските лечебници, изправени пред фалит, може да се увеличи. До понеделник те станаха 11 на брой. Това са многопрофилните лечебници в Казанлък, Нови пазар, Поморие, Никопол, Левски, Белене, Димитровград, Тетевен, Червен бряг, Луковит и Тутракан. Тези заведения не могат да купуват медикаменти и консумативи, няма как да изплащат възнагражденията на своя персонал.

ди лева, сметките на фирмите, включително лечебни заведения, се блокират.

Как да се издължат тези

на Общо събрание прие декларация до министерския съвет. В нея се настоява за промени в постановление 788 от 2014



Болницата в Нови пазар се издължи

Разходите на НЗОК за лекарства - с ръст от 98% за пет години

С 97,95% са се увеличили плащанията за лекарства за домашно лечение на НЗОК през 2014 г. спрямо 2009 г. Това показват данните от касовото изпълнение на бюджета на НЗОК за петгодишния период. Плащанията за онкологични медикаменти са нараснали почти двойно само за периода 2012 - 2014 г. (от 116 261 062 лв. на 220 701 921 лв.).

Плащанията за болнична помощ за периода 2009 - 2014 г. нарастват със 72,6 на сто, като увеличението на разходите само по клинични пътеки е в размер на

54,73% (от 933 789 173 лв. на 1 444 914 586 лв.). В разходите за болнична помощ обаче се включват и тези за медицински изделия, които също бележат впечатляващ ръст - за петгодишния период при тях увеличението е с 93,38%.

Въпреки ръста на парите за здравноосигурителни плащания. (от 1,695 млрд. през 2009 г. до 3,171 млрд. лв. през 2014 г.), увеличението им за медико-диагностични дейности е едва с 22,37%, за първична извънболнична помощ е с 44,45%, а за специализи-

рана извънболнична помощ - с 48,40 на сто.

Така се оказва, че нарастването на средствата за лекарства през последните пет години държи абсолютно първенство в разходите на здравната каса. До два-три месеца в сила ще влязат нови правила за лекарствата, като процедурите по възлагане на търговете в лечебните заведения отново ще се правят от Министерството на здравеопазването. Това реши правителството на свое заседание през февруари.



Национална експертна лекарска комисия

търси да назначи

лекари експерти с призната специалност и не по-малко от пет години трудов стаж по медицина в следните профили: вътрешни, кардиологични, ортопедични, неврологични, УНГ, белодробни и очни болести. Месторабота: София

МБАЛ "Д-р Атанас Дафовски" АД, Кърджали



ТЪРСИ

лекари със специалност хирургия.

За повече информация:
личен състав тел. 0361 68249

ОФЕРТА ЗА ЧУЖБИНА НОВА ЧАСТНА БОЛНИЦА В КУВЕЙТ



ТЪРСИ ДА НАЗНАЧИ:

Както следва по позиции и бр. специалисти:

- Plastic surgeons: 6
- Dermatologists: 6
- Bariatric surgeon: 2
- Cosmetic dentist/orthodontist: 2
- Nurses: 40

All staff must be fully eligible to be licensed to work in Kuwait

Изисквания: диплома за специалност, добро ниво на английски език, CV на английски

Internet Search:

- Instagram is @dradelquttainah
- facebook is cosmetic surgery clinic kuwait
- website www.plasticsurgerykuwait.com
The Quttainah Medical Centre is a full service private hospital located on the Gulf Road in Kuwait City

За контакти:

МАРУАН ЕЛ-ФИЛ
Mob:+359 885 90 80 00
work@expertbulgaria.com

Лекарският съюз защити в здравната комисия промените в ЗЗО, с които се връща договорното начало и се изчиства нормативния хаос



На 19 февруари 2015 г. парламентарната здравна комисия прие на първо четене предложението от Министерството на здравеопазването и Българския лекарски съюз промени в Закона за здравното осигуряване. С тях се възстановява пълният обем на НРД и се изчиства нормативния хаос, забъркан през 2010 г. с премахването на договорното начало. Промените предвиждат в НРД да се върнат цените и обемите на дейностите, методиките за остойностяване и заплащане, контролът и санкциите по изпълнение на договора, както и арбитражът.

Председателят на Лекарския съюз д-р Цв. Райчинов изрази удовлетвореност от планираните промени, за които Лекарският съюз отдавна настоява. Пред парламентарната здравна комисия той направи още предложения.

ОЩЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

- НРД да се договаря само с ръководството на НЗОК, а не с Надзорния съвет
- Текстовата част на рамковия договор да се сключва за три години
- Договорите с изпълнителите на медицинска мощ да влизат в сила от 1 март, а не от 1 януари

Публикуваме пълния текст на Становището на БЛС за промените в ЗЗО.

СТАНОВИЩЕ НА СЪСЛОВНАТА ОРГАНИЗАЦИЯ

В становището на съсловната организация, изпратено до парламентарната здравна комисия, четем:

„По предложения проект имаме следните принципи становища и съображения по заложените основни промени, всяка от които е свързана със съответната група текстове в проекта:

1. Връщане на договорното начало.

С промените се възстановява пълният обем на НРД и се изчиства нормативния хаос, забъркан през 2010 г. В НРД се връщат цените и обемите на дейностите /досега приемани с постановление на МС, а след това като отделен договор/, методиките за остойностяване и заплащане /досега с постановление на МС/, контрола и санкциите по изпълнение на договора /прехвърлени в закона/, връща се арбитражът, премахнат през 2010 г.

Тези текстове съвпадат почти напълно с предложенията на БЛС. Предлагаме още веднъж и да се регламентира НРД като тригодишен, с изключение на цените и обемите и да влиза в сила от 1 март, а не от 1 януари.

2. Арбитражни комисии.

Възстановяват се арбитражните комисии, които ще разглеждат становищата на проверените лица - изпълнители на медицинска помощ, в случай на констатирани нарушения на НРД. Предвижда се арбитражните комисии да се състоят от представители на съответната районна здравноосигурителна каса, на съответните районни колегии на съсловните организации и от представител на регионалната здравна инспекция.

Приветстваме връщането на арбитража, но проектът се нуждае от известно изчистване на текстовете, като подробно регламентират дейността на арбитражните комисии, следва да се уреди в НРД.

3. Съвместен контрол.

Създава се правна регламентация за извършване на съвместни проверки за спазване на правилата за добра медицинска практика, правилата за добра фармацевтична практика, на утвърдените медицински стандарти, на Закона за здравното осигуряване и на НРД. Предвижда се те ще се осъществяват от РЗОК, Изпълнителна агенция "Медицински одит", РЗИ и съсловните организации по предварителен ежегоден план, утвърден съвместно. При констатиране на нарушения ще се налагат санкции от органа, на когото със закон са възложени съответните контролни правомощия.

БЛС не възразява срещу тези текстове.

4. Удовлетвореност, качество и прекратяване на договорите.

НЗОК се задължава да извършва проучване на удовлетвореността на пациентите от заплатените от нея здравни услуги по нейна методика. Предвижда се прекратяване на дого-

вор с изпълнителя на медицинска помощ, при който се констатира системна неудовлетвореност от страна на пациентите, както и прекратяване на договор с изпълнителя на медицинска помощ, който системно нарушава изискванията за качество на медицинската помощ, предвидени в националните рамкови договори. Системно нарушение е дефинирано като констатирани три случая за шест месеца.

Тези текстове са неясни и могат да доведат до субективизъм от страна на органите на касата, както и от субективните оценки на отделни пациенти. Методиката за оценка на качеството следва да е обективна, да се прави оценка на основателните жалби и процентът им спрямо всички. Удовлетвореността на пациентите може да е един от критериите за качество и за рейтинг на лечебното заведение, а не самостоятелно основание за прекратяване на договор.

5. Сключване на договори само в началото на годината.

Предлага се действащият с този НРД временен текст РЗОК да не може да сключва договори с лечебни заведения, които в законоустановените срокове не са подали заявления за сключване на договори, да стане постоянен.

Този императивен текст е логичен, но може да създаде проблеми при първичната извънболнична помощ, а в райони с дефицит на кадри и в специализираната помощ.

6. Основен и допълнителен пакет.

Пакетът от медицински услуги, който заплаща НЗОК, се разделя на основен и допълнителен. Конкретните медицински дейности, които ще се включват в пакетите, ще продължат да се регламентират, както и досега - с наредба на министъра на здравеопазването.

Идеята доколкото разбираме е в това, че при допълнителния пакет пациентът ще отива в листа на чакани, ако не си плати пряко или чрез допълнителна осигуровка. Заслужава си да се помисли не е ли по-добро и логично доплащане от пациента или от фонд на дейностите от допълнителния пакет.

7. НЗОК - купувач на услуги.

Предвижда се НЗОК да се превърне от пасивен платец на извършените дейности, в активен участник на пазара на здравни услуги, който да има по-широки възможности да договаря с изпълнителите на медицинска помощ условията за нейното предоставяне.

Замисълът е добър, но не ясно какво ще се промени в договарянето, тъй като няма конкретни текстове. Селективно договаряне с определени изпълнители не може да се прави на база по-ниска цена, защото това ще срине качеството. Ако лечебните заведения се конкурират за пациента, то следва да бъде за по-добро качество на услугата, а договорите с НЗОК да следват техния избор.

8. Промяна в структурата на НЗОК.

Предвижда се увеличаване състава на надзорния съвет на НЗОК от 9 на 11 члена, при това с двама представители на държавата, която вече ще има 6 от 11 гласа.

Проблемът на Надзорния съвет е не в малкия му брой, а в това, че същият е придобил много оперативни функции, които не са работа на един съвет, който се нарича надзорен. В същото време този почти оперативен орган трудно се събира на заседания с кворум. Подходът според нас следва да е различен, като се приеме някой от следните два варианта:

8.1. Да се регламентират ясно само надзорните му функции, свързани с няколко най-важни дейности /както е с надзора на НОИ/, като е по-добре състава му да се редуцира до 5-7 души. При това по отношение на НРД не е нужно да се записва, че преговорите се водят от НС и управителя. Те следва да се водят от определени от управителя лица и от самия него, а НРД да се приема от НС, за да бъде подписан, както реално се получава със съсловните организации.

8.2. Още по-добре е Надзорният съвет да се замени с Контролен съвет, с ясни само контролни функции по отношение законосъобразността на действията на управителя на касата. Съставът му следва да бъде не повече от 5 души, представители на осигурителните обржавата. Преговорите се водят от оперативното ръководство на НЗОК, като Надзорния съвет го приподписва с оглед законосъобразност и съответствие с годишния Закон за бюджета.

9. Увеличаване на осигурителните вноски от страна на държавата.

Предвижда се да започне поетапно повишаване размера на осигурителния доход, върху който държавата ще внася здравноосигурителните вноски за лицата, на които е осигурител, но само с 5 на сто годишно от 2016 г.

Това означава, че пълният размер ще се достигне чак през 2025 г., което е неприемливо. БЛС предлага алтернативен вариант. В течение на 5 години държавата да започне поетапно ежегодно да поеме пълната вноска на отделни контингенти - през 2016 г. - на децата; през 2017 - на студентите и докторантите; през 2018 - на социално слабите; през 2019 - на пенсионерите; през 2020 - на всички останали.

10. Мерки за повишаване събираемостта на вноските и срещу некоректните платци.

Във връзка с това се предвижда лицата с прекъснати осигурителни права да ги възстановяват след заплащане на всички дължими здравноосигурителни вноски, а не на 36 вноски, като за влизането в сила на този текст е даден шестмесечен гратисен период по стария режим.

БЛС подкрепя мерките срещу не-

изрядни платци.

11. Лекарствена политика.

11.1. Списък със заболявания.

Предлага се списъкът на заболяванията, за чието домашно лечение НЗОК заплаща лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели да се утвърждава от Надзорния съвет на НЗОК. Министърът ще утвърждава с наредба само критериите за включване на заболяванията в списъка.

Предложението е добро с оглед съдържане разходите за лекарства в съответствие с бюджета и се подкрепя от БЛС.

11.2. Централизирано договаряне.

Въвежда се централизирано договаряне на различни видове отстъпки на всички лекарствени продукти, плащани от НЗОК, които са с ново международно непатентно наименование или такива без конкуренти на база международно непатентно наименование.

Предложението е добро с оглед съдържане разходите за лекарства в съответствие с бюджета и се подкрепя от БЛС. Следва да се изясни с наредбата, че под договаряне на отстъпки следва да се разбират няколко механизма за такива ежегодни споразумения за бюджетно въздействие - договаряне на отстъпки от стойността, отстъпки в натура, отстъпки под формата на допълнителни услуги за сметка на притежателя на разрешението за употреба /напр. контролни изследвания, прегледи и др./, поемане на пациенти над договорените, кръстосани отстъпки с други продукти от портфолиото на притежателя на разрешението за употреба и други.

11.3. Оценка на здравните технологии /Health Technology Assessment - HTA/.

Предвижда се въвеждане на оценка на здравните технологии при включване в Позитивния лекарствен списък на лекарствени продукти с ново международно непатентно наименование, което ще доведе до по-внимателен анализ на тяхната ефективност.

Следва да се има предвид, че основната причина за увеличаване на разходите на НЗОК за лекарства не е растежът в цените на вече реимбурсираните лекарства, които, като се спазва и сега действащата уредба, няма начин да растат, а следва само да намаляват по действащата европейска система за взаимно реферирание, както и референтната система за плащане на най-ниската стойност на ниво международно непатентно наименование. Разходите се увеличават по естествен път от нови скъпи иновативни лекарства, което не може да се избегне. В същото време обаче, влизат и нови т.нар. псевдоиновативни продукти, които представляват леко видоизменени препарати, със сходна химическа структура и ефект с лекарства

от същата група, с вече изтекла патентна защита. Те имат примерно 10 процента по-добър ефект, но 2-5 пъти по-висока цена, което е неприемливо за обществото. С влизането им в реимбурсните списъци, терапията се пренасочва към тях и се осъществява.

Въвеждането на оценката на здравните технологии е инструмент за предварителна всеобхватна експертиза на иновативните лекарствени продукти и е отдавна предпазно от БЛС. В близка перспектива оценката на здравните технологии може да започне да се използва още и при реимбурсирането на медицински изделия /където проблемът е по-добър/, както и при влизане на иновативни диагностични и лечебни методици и процедури. Регулаторен орган с такива административно-регулаторни функции на първо време следва да бъде Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти, а самата оценка да се извършва от външни експерти.

11.4. Поддържане на реимбурсния статус.

Създава се процедура за поддържане на реимбурсния статус на лекарствените продукти на период от три години. По този начин Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти ще извършва периодична последваща оценка на лекарствен продукт, включен в Позитивния лекарствен списък, въз основа на доказателства за ефикасност, терапевтична ефективност, безопасност и анализ на фармакоикономически показатели, като за лекарствените продукти, за които в процедурата по поддържане на реимбурсния статус се докаже липса на ефективност при тяхното прилагане, ще се изключват от Позитивния лекарствен списък, като притежателят на разрешението за употреба на съответния лекарствен продукт ще е задължен да възстанови на НЗОК средствата, които тя е заплатила за тяхното закупуване.

Предложението е добро, но връщане на всички средства три години назад е трудно осъществимо и може да доведе до оттегляне на известни производители от пазара. По-добре е да се даде право на НЗОК след първата или втората година да поиска нова актуализирана оценка. При това оценките следва да са пак по режими на здравните технологии, на база прилагането на продукта, която е ясна и комплексна методика, а не по описаните други критерии.

11.5. Фармакотерапевтични ръководства.

С оглед създаване на ясни алгоритми за лекарствено лечение се предлага в срок до 3 месеца от влизане в сила на закона, медицинските научни дружества да представят проекти на фармакотерапевтични ръководства.

Предложението дава ясни функции на медицинските научни дружества, които са асоциирани към БЛС.

Контролен вместо Надзорен съвет на НЗОК?

● БЛС участва във всички важни законови изменения

„Нашето предложение е въобще да се премахне Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса като орган. Да има само Контролен свет, който да се състои от три до пет души, чиято единствена функция е да проверяват целесъобразността и законосъобразността на решенията на управлението на НЗОК. Преговорите ще се водят с управлението на Касата... В момента решенията на Надзора са групов безотговорност." Това заяви председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов на заседание на Националния съвет на съсловната организация, проведено на 7 февруари т. г. в Хисар. Това предложение се изправя срещу идеята Надзорният съвет да увеличи състава си с още двама души и то от държавната квота. Позицията на БЛС, както изтъкна д-р Райчинов, изнедадала и министъра на здравеопазването.

Министър Петър Москов дойде на заседанието на Националния свет със свой екип - двамата си за-



7 февруари, заседание на Националния съвет на БЛС

лен, д-р Райчинов изказа още едно ново предложение на съсловната организация - да има четвърти пакет, социален, който е за тези 300-400 хиляди души, които нямат никаква перспектива някога да имат доходи. Те са обречени хора. Няма и да работят. Социалният пакет да включва ясни грижи за тези хора, като грижите се споделят между министерството на здравеопазването и министерството на труда и социалната политика.

В изложението за преговорите с НЗОК по правилата и методиките на Касата, стана ясно, че го-

кано от пръстите браншово споразумение, над което на ишлеме се надграждат проценти, какво количество пациенти са ни минали през ръцете, а на базата на ясна квалификационна скала, както е в едни други държави, към които се стремим."

До 31 март - предложения за промени в Устава на организацията

Заседанието на Националния съвет включваше и обсъждане на идеи за промени в Устава на БЛС на предстоящия Събор през май. Даден бе срок до 31 март да се изпращат предложения.

Има няколко въпроса, на които се очакват отговори. Ще се отделят ли съсловните организации на лекарите и на зъболекарите в два отделни закона или ще останат части в един общ закон? Наименованието на организацията дали да остане Български лекарски съюз или към него с тире да се направи пояснението "камара"? Лекарският съюз все по-обхватно извършва функциите на професионална камара. Формирането на експертните бордове е факт. Те имат място както в следдипломното развитие, така и за защита на лекарите. Правилата за добра медицинска практика всъщност дават защита на колегите.

лямата част от предложенията на БЛС (90 на сто, според министър Москов) са приети.

Министърът изтъкна, че заедно с БЛС ще се работи за нова, съвсем различна методика за оценка и заплащане на лекарския труд. "Това ще бъде не на базата на някакво изсму-



местници д-р Ваньо Шарков и д-р Бойко Пенков, и експерти на министерството. Той отговори подробно на всички зададени му въпроси както за цените и обемите, за правилата и методиките, така и за предлаганите промени в Закона за здравното осигуряване. На притеснението на лекарите, че при оценка ще има критерий "удовлетвореност", който носи в себе си субективизъм, д-р Москов отговори, че този показател ще се изследва. Изключва се медицинската страна, това не е от компетентността на пациента. Заедно с НЗОК и БЛС ще се формира ясна система от обективни критерии, декларира д-р Москов.

При обсъждането на трите вида пакета - спешен, базов и допълнител-

abbvie

Иновативно лечение за хепатит С получи одобрение за употреба в Европа

● ВИЕКИРАКС И ЕКСВИЕРА лекува 95-100 % от пациентите с хепатит С в клиничните проучвания на АбВи



viekirax™
ombitasvir / paritaprevir / ritonavir tablets



exviera™
dasabuvir tablets

На 16 януари 2015 г. Европейската комисия разреши за употреба ВИЕКИРАКС (омбитасвир/паритапревир/ритонавир) и ЕКСВИЕРА (дазабувир) на АбВи, изцяло перорално лечение без интерферон, с или без рибавирин, за лечение на пациенти с хепатит С, генотип 1 (GT1), включително и пациенти с компенсирана цироза. ВИЕКИРАКС И ЕКСВИЕРА е единствената одобрена схема на лечение, която съдържа три различни механизма на действие - NS5A-инхибитор, NS3/4A-протеазен инхибитор и нуклеозиден инхибитор на NS5B-полимеразата, които действат заедно и атакуват вируса в три отделни етапа от болестния цикъл, като потискат неговата репродукция.

Одобрението на новата терапия за хепатит С идва след разглеждане по ускорена процедура от Европейската агенция по лекарствата, която се дава само за лекарствени продукти от огромен интерес за общественото здраве. Около 9 милиона души в Европа са заразени с хепатит С, който е основна причина за рак на черния дроб и чернодробни трансплантации. Генотип 1 е най-разпространен в Европа, като в България близо 90 % от хората, заразени с хепатит С, са с генотип 1. Счита се, че у нас около 110 000 души страдат от заболяването и само една малка част от тях знаят за това и се лекуват (около 10 %).

"Гордеем се с работата на нашата научноизследователска организация, която въведе тази важна терапия, предлагаща висока честота на излекуване на пациентите с хепатит С. Считаваме, че подходящите пациенти, независимо от стадия им на фиброза, трябва да имат широк достъп до ВИЕКИРАКС И ЕКСВИЕРА и се ангажираме да подкрепяме достъпа до тази терапия," каза Ричард Гонзалес,

председател на борда и главен изпълнителен директор на AbbVie.

Разрешението за употреба на ВИЕКИРАКС И ЕКСВИЕРА е подкрепено от убедителна програма за клинично развитие, разработена с цел изследване на безопасността и ефикасността на схемата на лечение при над 2 300 участващи пациенти от 25 държави. Програмата се състои от шест основни проучвания фаза 3, които показват, че ВИЕКИРАКС И ЕКСВИЕРА лекува 95-100% от пациентите с хепатит С GT1a и GT1b, включително нелекувани и лекувани пациенти и пациенти с компенсирана цироза, като само при под 2% от пациентите се установява вирусологичен неуспех. Освен това, над 98% от пациентите в клиничните изпитвания са завършили пълния курс на терапията.

Разрешението за употреба на ВИЕКИРАКС И ЕКСВИЕРА се основава също и на резултатите от клиничните изпитвания фаза 2, които показват, че ВИЕКИРАКС И ЕКСВИЕРА лекува 97% от реципиентите с чернодробна трансплантация и 92% от пациентите, инфектирани едновременно с Хепатит С и СПИН.

"Програмата за клинични изпитвания на AbbVie включва забележителни, плацебо-контролирани проучвания, оценяващи множество различни пациенти с хепатит С," каза д-р Фред Пуърд, професор по медицина в Университета на Тексаския център по здравеопазване, Сан Антонио и изследовател в няколко клинични изпитвания на ВИЕКИРАКС И ЕКСВИЕРА. "Проучванията показват, че лечението с ВИЕКИРАКС И ЕКСВИЕРА води до висока честота на излекуване, дори при пациенти, които исторически са били трудни за лечение, като например пациенти с цироза, пациенти с чернодробна трансплан-

тация и пациенти, инфектирани едновременно със СПИН."

За ВИЕКИРАКС И ЕКСВИЕРА

ВИЕКИРАКС И ЕКСВИЕРА (омбитасвир/паритапревир/ритонавир таблетки; дазабувир таблетки) е изследван при широка гама пациенти с хронична инфекция с вируса на хепатит С (HCV) генотип 1 (GT1) - от нелекувани пациенти до някои от най-трудните за лечение болни, като пациентите с компенсирана (Child-Pugh A) цироза на черния дроб, едновременно инфекция с HCV/HIV-1, реципиентите на чернодробна трансплантация с нормална чернодробна функция и лека фиброза и болните с неуспех на предишно лечение с пегилран интерферон (pegIFN) и рибавирин (RBV). ВИЕКИРАКС И ЕКСВИЕРА не се препоръчва при пациенти с чернодробно увреждане (Child-Pugh B) и е противопоказан при пациенти с тежко чернодробно увреждане (Child-Pugh C). ВИЕКИРАКС И ЕКСВИЕРА се състои от комбинация с фиксирана доза на омбитасвир 25 mg (NS5A-инхибитор), паритапревир 150 mg (NS3/4A-протеазен инхибитор) и ритонавир 100 mg (разрешен HIV-1 протеазен инхибитор), която се прилага веднъж дневно с храна и дазабувир 250 mg (нуклеозиден инхибитор на NS5B-полимеразата), който се прилага два пъти дневно с храна. ВИЕКИРАКС И ЕКСВИЕРА се приема в продължение на 12 седмици, с изключение на някои пациенти с GT1a с цироза, които трябва да го приемат в продължение на 24 седмици. При пациентите с GT1a и при всички пациенти, които имат цироза или са били подложени на чернодробна трансплантация, трябва едновременно да се приложи и рибавирин.

СПРАВКА БЕЗ ВЪПРОС ОТ ЗАЛАТА

Съюзът не е загубил стотинка в КТБ

В точка "разни" по повод на слухове, но без някой в залата да е задал конкретен въпрос, председателят на БЛС заяви: "183 хил. лева с лихвите имаше БЛС в КТБ. Иначе сумата е по-малка. 183 хил. лева са взети от КТБ и са вложени на сметка в друга банка (цитира я, б.р.). БЛС не е загубил една стотинка. Още по-малко този Управителен съвет има вина нашите пари да са в КТБ... Решението беше: изплащаме кредита и веднага прехвърляме парите в друга банка."

Специализациите - проблемни

Болниците нямат пари да назначават на трудов договор младите лекари

С фалстарт тръгват тази година специализациите на младите лекари. Въпреки направените от здравното министерство промени в наредбата, които целят да облекчат и улеснят придобиването на специалност, засега резултатите са плачевни. От 2015 г. болниците са задължени да назначават на трудов договор медиците, които искат да работят и да се обучават, но пари за това в бюджетите на лечебните заведения не са предвидени. Това е и причината до този момент само няколко здравни заведения да са обявили, че търсят специализанти - Сити клиник, болницата в Хасково и може би още едно-две. "Проблемът е, че лечебните заведения нямат достатъчно пари, като това се вижда дори от заплатите на ординаторите. Ние, а и Българският лекарски съюз, многократно сме предупреждавали, че средствата за здравеопазване у нас са недостатъчни", заяви за в. Quo vadis д-р Радислав Наков от "Млади лекари за ново здравеопазване". Той допълни, че от министерството са обещали да обвържат акредитацията на лечебните заведения с изискването да се назначават специализанти на трудов договор, но поне досега това не е станало. Д-р Наков посочи и друг проблем, който според него е още по-сериозен - няколко болници са поискали от специализантите втора и трета година, които са в заварено положение, но предпочитат да се обучават по новите правила, да подпишат анекс към договора си, че ще останат на рабо-



та в съответното лечебно заведение, докато учат. В случай че не го направят, лекарите ще бъдат длъжни да връщат парите, отделени от лечебницата за специализацията им. "Това е абсолютно рестриктивен принцип за задържане на персонал, който изобщо не взема предвид личната мотивация и желанието", коментира д-р Наков. По думите му, директорите вместо да стимулират младите хора, се опитват да ги задържат с принуда. Това не е незаконно, но едва ли ще доведе до добри резултати. "Много медици, които са започнали да специализират по старата наредба, искат да преминат по новата, но едва ли ще бъдат назначени, точно поради недостига на средства", каза още д-р Начев и даде пример с болница "Царица Йоанна - ИСУЛ", където в момента се обучават 13-14 млади лекари и едва ли за всички ще се намерят свободни

щатове. "Имаме притеснение, че положителните неща в новата наредба няма да се спазват от лечебните заведения, защото не е в техен интерес", изрази мнението си той.

Как беше госега

До момента бъдещите медици плащаха за специализацията си по 180 лева месечно, ако не бяха държавна поръчка - нещо, за което БЛС протестира от години. Д-р Цветан Райчинов е заявявал публично, че страната ни е единствената в ЕС, в която лекарите си плащат, за да учат и работят. Според него това е и една от най-сериозните причини младите хора да напускат България, особено след като в чужбина предлагат много по-добри условия за обучение и реализация. Точно затова от МЗ промениха наредбата за специализации, но се оказва, че има доста пропуски, които трябва да се изгладят.

Според директорите на болниците промените в правилата натоварват здравните заведения и те едва ли ще могат да намерят нужните средства, за да назначат на трудов договор младите лекари.

Новата наредба все пак има доста положителни неща, тъй като дава възможност на лекарите да се обучават и в болниците в по-малките населени места, което означава, че могат да останат да работят в родните си градове. Дали обаче те ще се възползват от тази възможност, предстои да видим. Освен това отпада и конкурсният изпит за специализация, условията на който бяха толкова високи, че част от местата оставаха незаети заради ниски оценки. В същото време в България има много изчезващи специалности. Целта на промените в наредбата бе да улесни специализациите и да задържи младите лекари, които заради многобройните проблеми, предпочитат да заминат да учат и работят в чужбина.

Промените в наредбата:

- Обучаващите се ще сключват трудов договор на пълно работно време за срока на специализацията с болницата.
- Не е задължително болницата за специализация да бъде университетска, би могла да е областна многопрофилна болница.
- Конкурсните изпити се отменят.
- Записването за специализация ще може да става целогодишно.
- По време на специализацията Министерството на здравеопазването ще плаща на университетите такса за обучаващите се по държавна поръчка.
- Обучаващите се в заварено положение ще могат да продължат по досегашния начин или в тримесечен срок след влизането на наредбата в сила да сключат трудови договори за специализанти с болниците, в които работят.

МЗ ще плаща на 415 души таксите за обучението

Министерство на здравеопазването обявя, че през 2015 г. ще финансира обучението на 415 лекари-специализанти, като ще плаща таксата за кусовете в медицинските университети. Това стана ясно от заповед на министъра на здравеопазването от 4 февруари, публикувана на интернет страницата на МЗ. Министерството ще помогне с таксите и на 14 лекари по дентална медицина, 4 магистър-фармацевти, 58 професионалисти по здравни грижи и 9 лица с висше немедицинско образование.

И тази година МЗ отпуска най-много бройки за специалисти, които не достигат в България. Една от специалностите, които министерството ще субсидира, е анестезиологията. Ведомството ще финансира таксите за обучение на 20 човека. Ще бъде подпомогнато и образованието на 20 лекари, желаещи да специализират обща и клинична патология и на още 20, които искат да са общопрактикуващи лекари. По 20 лекари ще бъдат субсидирани за специалностите педиатрия и спешна медицина. Таксите за обучение ще бъдат поети и на 18 желаещи да станат хирурзи, за инфекциозни болести - 14, вътрешни болести - 10, клинична лаборатория - 15, медицинска онкология - 13, микробиология - 15, неонатология - 15, нервни болести - 15, пневмология и фтизиатрия - 16, трансфузионна хематология - 15, урология - 13, УНГ - 13. Само по един лекар ще може да се обучава с платена такса от МЗ по специалностите акушерството и гинекологията, ангиология, гастроентерология, ендокринология, клинична алергология, клинична фармакология и кожни болести. За зъболекарите е предвидено МЗ да поеме таксите на 4 специалисти по оперативно зъболечение и ендодонтия, ортодонтия - 3, орална хирургия - 2, пародонтология - 1, протетична дентална медицина - 2. При магистър-фармацевтите ще бъде подпомогнато обучението на 4 специализанта по клинична фармация. При професионалистите по здравни грижи МЗ ще поеме таксата за обучение на по 10 медицински сестри, акушерки и фелдшери в специалностите - анестезиология, операционна и превързочна техника, психиатрични грижи и спешна медицина. На 4 човека с висше немедицинско образование ще бъде поето обучението в специалностите медицинска радиологична физика, а на 5 - микробиология.



Клиниките обявиха свободните места за специалисти

Лечебните заведения в страната обявиха 1313 свободни места за лекари със специалност. Данните сочат, че нуждите на болниците и медицинските центрове приблизително съвпадат с приоритетните за министерството. Търсят се 96 лекари със специалност анестезиология, обща медицина - 101, хирургия - 81, педиат-

рия - 55, спешна медицина - 25, обща и клинична патология - 11. Отделно лечебните заведения имат нужда от 52 акушери, вътрешни болести - 43, кардиология - 64, нервни болести - 61, ортопедия и травматология - 58. Областите и университетските болници имат нужда от най-много лекари, става ясно от справката.



Д-р Красимир Минкин, неврохирург в УМБАЛ „Св. Иван Рилски“:

България е страната на неограничените възможности

- Д-р Минкин, мечтали сте да станете писател, но избрахте медицината. Какво наклони везните към професията на лекаря?

- Случайност. Като ученик четях непрекъснато и много ми харесваше Ерих Мария Ремарк, особено "Триумфалната арка" и главният герой - хирургът Равик. Допадаше ми отношението му към живота, което беше съчетание от малко ирония и желание да помага с уменията си. Затова реших да стана хирург. След това, отново случайно първите операции, които наблюдавах, бяха в неврохирургията. Когато видях за първи път мозък под микроскоп, разбрах, че това е моят избор. Такава е индиректната връзка между писателството и изборът на професия. Завършил съм френска гимназия, затова ми беше лесно да отида по програмата "Еразмус" за три месеца в Париж. Там попаднах в клиника, специализирана във функционалната неврохирургия - тя се занимава специфично с епилепсия, паркинсонова болест, амнотични движения, дистонии при деца. Така установих, че най-интересна ми е функционалната неврохирургия.

- Разочарован ли сте от избора си? Ситуацията в здравеопазването няма нищо общо с романтиката на литературните герои?

- Напълно очарован съм, нямам и капка разочарование. По-хубаво е, отколкото очаквах. Има много лекари, които казват, че докато са следвали, са мислили, че медицината е нещо друго, а впоследствие се е оказало, че нещата са по-прозаични. Аз съм по-скоро очарован от възможността човек да се занимава с това, което иска, да работи по 12 часа на ден и да му е приятно да го прави. Така че никога до сега не ми се е случвало да съжалявам за избора си. От ситуацията в България също не съм разочарован. Повечето лекари се оплакват, че няма достатъчно пари в здравеопазването. Естествено, че тук парите са по-малко от тези в Западна Европа, но не мисля, че това е най-важното. За съжаление има много специалности, които са недооценени и при тях заплащането е много по-малко от нормалното, но мисля, че неврохирургията не спада към тях. Може би взимам около 10 пъти по-малко, отколкото в Европа или на други места, но на мен ми е напълно достатъчно. Нямам нужда от прекалено много пари, за да се чувствам добре. Нямам никакви разочарования относно работата. Това, което последните две години ме разочарова, е сблъсъкът със здравната каса, тъй като идеята за развитието на дадена специалност е да се въвеждат нови неща. Идеята е да направим нещо за първи път и след това то да стане рутинно. Лошото е, че има много неща, които направихме за първи път, но след това ни е много

трудно да ги правим рутинни, не защото не можем, а защото здравната каса не желае да купува необходимите медицински изделия и импланти, които са доста скъпи. У нас обаче те са по-евтини, отколкото в чужбина, така че чисто политическото решение да се отказва едно нововъведение в България е абсурдно, тъй като след като сме влезли в ЕС, имаме задължението да въведем същото здравеопазване, а това означава, че държавата, дори да няма пари, ще трябва да плаща, ако лечението е признато в Европа.

- Искате да кажете, че ако пациентът си направи операция в Европа, здравната каса ще трябва да плати лечението, а у нас няма да го финансира?

- Тя даже го прави - плаща 2, дори 4 пъти по-скъпо. Мисля, че причината е свързана с определени личности, примерно с това кой управлява в момента касата. Искане ми се системата да е такава, че да не зависи от това кой е шеф на НЗОК. Идеята на едно здравеопазване е да има такива правила, че да не зависи от това кой е на даден пост. Ясно е, че има ограничени ресурси в здравеопазването, но затова трябва много внимателно да разпределяме средствата. Всяко разпределение, което не подлежи на правила, буди съмнение за нещо друго.

- Казвате, че България е страната на неизчерпаемите възможности. Дали

се ходи в чужбина, защото живеем във време, в което свободното движение е позволено и човек може да добие представа, какво е здравеопазването в Европа, в САЩ и навсякъде другаде, и да го сравни с българското. Аз имам достатъчно данни, за да сравня неврохирургията в България с тази по света и съм убеден, че в момента нашата е на много високо ниво и по света има малко неврохирургични клиники с повече възможности от водещите центрове в България.

- Имате ли достатъчно подготвени специалисти?

- Убеден съм, че имаме. Повечето неврохирургични клиники разполагат с хирурзи, които са прекарвали продължително време в чужбина и които не само прилагат много

- Кое е това качество, което Ви кара непрекъснато да въвеждате нови методи на лечение?

- И аз съм се чудил, но мисля, че е някакво вродено качество. От една страна, обществото има нужда от такива хора, които да правят нововъведения, но от друга не толкова важни са тези, които прилагат рутинни неща, защото нововъведенията трябва да продължат да съществуват.

на д-р Дечо Дечев - изпълнителен директор на УМБАЛ "Св. Иван Рилски".

- Кой са най-запомнящите се операции, които сте правили?

- Най-запомнящи са първите интервенции, свързани с нов метод на лечение, защото всеки път има някаква социална история и дълга подготовка преди това. Връзката с тези пациенти е много силна. Всичко е като изкачване на някакъв връх, при който има първи, втори базов лагер и накрая финално изпълнение на интервенцията. Когато нещата станат по план, удовлетворението е голямо. Запомнящи са първите будни краниотомии през 2009 г., първото за България отделяне на едната хемисфера на мозъка от другата при епилепсия през 2011 г., първата дълбока мозъчна стимулация при пациент с Паркинсонова болест през 2013 г., и т. н. Новата интервенция, която извършихме през 2014 г. е имплантирането на баклофенова помпа на дете с церебрална парализа.

Чрез нея се инжектира микрог-

от обществения фонд?

- Според мен е сигурно, че ще се преборим. Въпрос на време е. Лошото е, че пациентите нямат това време. Смятам за провал факта, че не успяхме в рамките на две години да се преборим със здравната каса, въпреки че съм писал над 20 писма и потърсихме подкрепа от много институции, включително съда. Това означава, че 30 пациенти останали без интервенцията, която можеше да им помогне.

- Имате ли подкрепа от страна на Лекарския съюз за това нещо?

- Да, имаме подкрепа и сега се очаква да се разгледа въпросът в здравната комисия. Имаме подкрепата на невролози, неврохирурзи, на проф. Кючуков от Здравната комисия, а също и от Надзорния съвет на Касата, но директорът на НЗОК отказва, без да има никакви медицински или финансови доводи. Все пак се надявам скоро да имаме добра новина.

- Вие сте доста млад, а вече имате сериозни постижения в професията. Какви са бъдещите Ви намерения за кариерно развитие?

- Не съм чак толкова млад - занимавам се с неврохирургия вече 13 години. Колкото до кариерното развитие, в България то е многофакторен процес и зависи не от нововъведенията и работата на лекаря, а най-вече от това какви са взаимоотношенията ти с водещите специалисти в съответната катедра. Така че по този въпрос не съм прекалено голям оптимист. Но, когато се замисля, предпочитам да участвам в няколко нововъведения на година и още толкова публикации, вместо да бъда с титла доцент или професор. Мисля, че това е по-ценно. Много важно е създаването и участието ми в специализирани екипи, които се занимават със специфични заболявания като хирургичното лечение на епилепсии с доц. Петя Димова, лечението на Паркинсонова болест с д-р Калоян Габровски, лечението на онкологични заболявания с проф. Романски, д-р Наиденов и д-р Танова.

- Как се отърсвате от напрежението след тежки и продължителни операции?

- Повечето интересни интервенции наистина са тежки - по 8-10 часа, но пък са тези, които най-много ми харесват. Когато свърши операцията съм по-малко уморен, отколкото преди да започне. Ентузиазизираща е работата. Иначе обичам доста да спя, така си почивам. Спортувам много - играя тенис на корт, карам ски и колело по планините. Това е нормалният ми начин на живот. Обичам не толкова спусканията, колкото изкачванията. Харесва ми, когато човек трябва да направи усилие, да даде от себе си, за да постигне нещо.

Д-р Красимир Минкин е роден на 23 януари 1978 г. в гр. София. Завършва Френската езикова гимназия през 1996 г., а в 6 г. по-късно става магистър по медицина на Медицинския университет в София. От 2002 г. специализира неврохирургия при водещите български специалисти в тази област: проф. Романски, проф. Бусарски, проф. Марнов, доц. Цеков и доц. Каракостов. В продължение на 3 години специализира хирургия на епилепсиите, функционална неврохирургия и радиохимирургия в Париж и Марсилия. От 2006 г. работи в Клиниката по неврохирургия на столичната Университетска болница "Св. Иван Рилски". Той е един от създателите и ръководител на Центъра по хирургия на епилепсията, който от 2013 г. прерас-

тва в Център за функционална неврохирургия към същата болница. Благодарение на него у нас става възможно хирургичното лечение на изключително тежки заболявания като епилепсията, болестта на Паркинсон и туморни заболявания във функционално важни зони. Д-р Минкин е първият лекар в България, извършил всички видове операции на епилепсия чрез минимално инвазивна хирургия и на паркинсон - чрез поставяне на специални електроди, стимулиращи определени центрове в мозъка. През последните 10 години той е водещ оператор при над 2000 операции. Д-р Минкин е главен асистент в Катедрата по неврохирургия на Медицинския университет в София, а научните му публикации са над 100.

младите хора, които замислят за чужбина ще се съгласят с Вас?

- България наистина е страната с големи възможности, но най-добрият начин колегите да се убедят в това, е да замислят за чужбина. Според мен, убеждаването чрез преказки е трудно. Добре е да

неща оттам, а и ги доразвиват. В момента България може да се сравни с Америка преди години, когато всеки, който е имал кураж, е можел да въведе новости. У нас парите са малко, но все пак има финансиране и е въпрос на въображение, инициатива и желание.

ват и без човека, който ги е направил. Има едно допълване между отделните личности в обществото. Винаги има новатори и след това хора, които ги следват и понякога дори стават по-добри от тях. Искам обаче да подчертая, че нищо нямаше да се случи без финансовата и морална подкрепа

рам от препарат, който позволява на децата да си движат ръцете и краката, без да ги има страничните ефекти, ако медикаментите се вземат през устата.

- Смятате ли, че ще успеете да се преборите със здравната каса, за да може тези неща да се финансират

Приключиха отчетно-изборните конференции на регионалните колегии

Д-р Ивайло Пресолски смени в Плевен д-р Венцислав Грозев

Д-р Ивайло Пресолски смени на председателския пост в Плевен досегашния шеф на РК д-р Венцислав Грозев. Първото, с което се захвана новият шеф на колегията е довършване на работата по членските карти на лекарите. "Смятам да заложа на приемствеността при ръководенето на РК, да работя за утвърждаване на авторитета на Лекарския съюз и на лекарската професия", каза пред в. Quo vadis новият председател.

Д-р Пресолски е завършил медицина през 1982 г. Специалност хирургия придобива през 1986 г. След това преминава през позициите на асистент, старши асистент и главен асистент в катедра "Пропedeutика на хирургическите болести". Завършил е курсове по изгаряния и пластична хирургия, горна и долна ендоскопия, лапароскопска хирургия, трансанална микрохирургия, жлъчно-чернодробна и панкреасна хирургия и др. Автор



и съавтор е в повече от 70 публикации в списания и сборници от конференции и конгреси. Член е на Българското хирургическо дружество.

Д-р Валери Ганев оглави РК в Пазарджик



Д-р Валери Ганев, общопрактикуващ лекар от село Алеко Константиново, е новият председател на РК Пазарджик. Той заема досегашния председател д-р Васил Попов. Причината е, че според устава на организацията след двугодишен мандат д-р Попов няма право да се кандидатира за трети. Той обаче ще остане в

ръководството, тъй като е избран за заместник-председател на провело то се отчетно-изборно събрание. Очаква се новоизбраният шеф на РК да се запознае по-подробно с проблемите на лекарите в областта и да потърси, заедно с останалите членове на ръководството на РК, начини те да бъдат решени.

Д-р Панайот Арнаудов се заема с проблемите в Търговище

На проведеното отчетно-изборно събрание на Районна колегия на лекарите в Търговище, за председател бе избран д-р Панайот Арнаудов. До сега поста заемаше д-р Добрин Папуров.

Д-р Арнаудов е специалист по акушерство и гинекология и репродуктивна медицина. Той беше главен секретар на Районната колегия на Българския лекарски съюз в Търговище.



Д-р Иво Бакърджиев е новото лице в ръководството на РК Разград



Д-р Иво Павлов Бакърджиев стана председател на РК Разград. Роден е на 17 март 1968 г. Висшето си образование завършва в МУ - Варна през 1994 г. През 2000 г. в МУ - София взема диплома за специалност по УНГ.

През периода 1994 - 2000 г. работи в МБАЛ "Св. Иван Рилски-Разград" АД като лекар - ординатор в Ушно-носно-гърлено отделение. От 2000 г. до момента е специалист в ДКЦ 1 - гр. Разград.

Д-р Радослав Иванов застава начело в РК Ловеч

Досегашният зам.-председател на РК Ловеч д-р Радослав Иванов застава начело в регионалната колегия. Той е роден на 9 ноември 1959 г. в Ловеч. Завършил е ВМИ Плевен през 1985 г. През 1993 г. е взел специалност

ушно-носно-гърлени болести във ВМИ София. Завършил е и курс по антибиотично и антивирусно лечение на респираторните заболявания. Бил е председател на комисията по професионална етика на РК Ловеч.



63-ият събор на БЛС ще се проведе на 9-10 май



Отчетно-изборните конференции на регионалните колегии приключиха и вече е назначена датата за 63-ия събор на БЛС. Той ще се проведе на 9 и 10 май в Равда. По устав събранията на РК трябва да завършат до края на януари, но по традиция се разтегляха във времето и продължиха и през февруари. Като основен мотив за забавянето бе посочено закъснението на делегатските събрания на териториалните дружества.

Конференциите изпълниха основните си цели - приети са отчетите на колегиите за изминалите три години и е избрано ръководството за следващия мандат. Промени са и съставите на регионалните контролни комисии и на комисии за професионална етика. Избрани са делегатите от 28-те региона за отчетно-изборния събор на БЛС.

Поради промяната в устава на съсловната организация, която позволява само два мандата за председателите на колегиите, на много места в страната са избрани нови лица - във Варна, Велико Търново, Враца, Ловеч, Пазарджик, Плевен, Разград, София-област, Търговище, Ямбол и други.

В Старя Загора лекарите разискваха причините, поради които не достигат медици в страната, а в същото време младите колегии си тръгват. Подчертано бе, че основният проблем е свързан с недостатъчно финансиране. Отчетено бе също, че регионалната колегия не е успяла да си закупи офис и задачата остава и за следващия мандат. В Търговище кандидатите за председателския пост бяха двама - д-р Панайот Арнаудов и д-р Румен Русев, като повече гласове получи първият. Досегашният шеф д-р Добрин Папуров бе избран за главен секретар на РК.

В Плевен новият председател на районната колегия, избран с повече от половината гласове на делегатите, е д-р Ивайло Пресолски. Д-р Венцислав Грозев стана зам.-председател на РК. В Русе с голямо мнозинство бе преизбран д-р Антон Вахаров. Председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов, който е член на тази колегия, благодари за активното участие на РК Русе и за приноса на ръководните органи за ут-



Амбициозна програма си постави д-р Стоян Кунчев - РК Ямбол

Д-р Стоян Кунчев е новоизбраният председател на РК Ямбол. Той е завършил висше медицинско образование през 1979 г. в Медицинска академия - гр. София. Има признати специалности по вътрешни болести и кардиология. Работи като специалист-кардиолог на индивидуална практика.

От 2008 г. до сега д-р Кунчев беше зам.-председател на колегията. Пред в. Quo vadis новият шеф заяви, че си е набелязал доста задачи: "Първо, с помощта на д-р Палашимов трябва да се запозная по-подробно с работата на съсловната организация. Освен това мисля да се свържа с ръководството на останалите районни колегии и да започнем да обмисляме още от сега подготовката на НРД

2016, особено в дейностите, които не са свързани с финансиране. Става въпрос за подобряване на условията за работа. Има доста изисквания за обзавеждането на кабинетите, които са направо безумни. Тези неща, а и много други, трябва да се променят. Необходимо е и да разучим опита на други държави как се справят с проблема с нападенията над медици по време на изпълнение на служебните им задължения. Във Великобритания например, не се налага

върждаване на БЛС през изминалия период като организация, с която се съобразяват всички политически сили. Похвали и конструктивните предложения, внесени от районната колегия по време на националните съвети и съборите на Съюза. Специални благодарности отпрати и към д-р Въжаров за изключителните му заслуги като председател на РК на БЛС и като един от учредителите на съсловната организация.

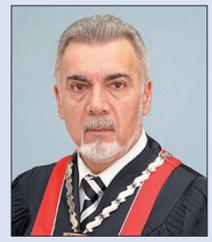
В София - област на шефското място застава д-р Валентин Пеев, като д-р Юри Торнев, който досега ръководеше организацията, става зам.-председател. Главен секретар на РК е д-р Маргарита Гетова.

Във Варна след приемане на отчетите за изминалия тригодишен период, медиците обсъдиха актуални въпроси, свързани с финансирането от НЗОК, спешната медицинска помощ, посегателствата срещу лекарите при изпълнение на служебните им задължения и други. Съобщено бе, че от 2014 г. е започнало изработването на европейски здравни карти на лекарите. За председател на РК бе избран проф. Радослав Радев - заради активната му позиция по проблемите в здравеопазването. Досегашният председател д-р Светлин Митов стана главен секретар на районната колегия.

С подобен дневен ред преминаха и отчетно-изборните събрания в останалите региони, което позволява да бъде свикан 63-ия събор на БЛС, на който трябва да бъде избрано ново ръководство на организацията.

Представяме някои от новоизбраните председатели на регионалните лекарски колегии.

Проф. Радослав Радев е новият лидер на РК Варна



Началникът на Клиниката по гръдна хирургия в Университетската болница "Св. Марина" проф. д-р Радослав Радев е новият председател на РК на Българския лекарски съюз във Варна. Той поема ръководството на регионалната структура на БЛС, след като изтекоха двата мандата на досегашния председател д-р Светлин Митев. Новият шеф ще има трима заместници. Управителката на ДКЦ II "Св. Иван Рилски" в кв. "Аспарухово" д-р Татяна Аврамова ще отговаря за специализираната извънболнична помощ, проф. Валентин Игнатов, директор лечебно-диагностична дейност в УМБАЛ "Св. Марина" поема въпросите, свързани с болничното лечение, а д-р Атанас Константинов ще се занимава с проблемите на първичната медицинска помощ.

Проф. Радослав Радев е роден през 1953 г. в град Бяла, Русенски окръг. Освен началник на Клиниката по гръдна хирургия в болница "Св. Марина" е и декан на Факултета по медицина в Медицински университет - Варна. Възпитаник е на русенската Математическа гимназия и на Медицинската академия в София. Започва кариерата си от хирургическото отделение в Толбухинската окръжна болница през 1979 година. Членува в Онкологичния комитет към болница "Св. Марина" и в над 80 професионални и научни организации. Сред тях са Европейските асоциации по ендоскопска и гръдна хирургия и Европейската тироидна асоциация. Пред в. Quo vadis проф. Радев подчерта, че ще заложи на приемствеността в работата. "Нашата колегия е завела своето място благодарение на всички председатели до сега и смятам, че нещата не трябва да се рушат, а да се доразвиват, за да решим проблемите. А те не са малко. Свързани са с НРД, здравната каса, министерството. Трябва да видим защо сме на това положение. Знаете, че се подписа договор, а след това НЗОК решава нещо друго и ни поставя пред съвместен факт. Тези проблеми не могат да бъдат решени само от БЛС. Необходим е диалог с

всички, включително с пациентските организации, защото негативите са еднакви и за лекарите, и за болните. Трябва да работим за утвърждаване на доверие между медиците и пациентите и това да стане с помощта на медиците", заяви новият председател на районната колегия. Според него първо е необходимо ясно и конкретно да се определят проблемите и да се прецени кой е довел здравеопазването до това положение. И след това да се предприемат необходимите мерки.

На отчетното си събрание варненските лекари се обединиха около илестя да заявяват активна позиция при важни за здравеопазването в страната решения и законопроекти. Те са убедени, че трябва да предлагат и становища по законодателни промени, свързани с реформата в здравеопазването, която е най-важна за страната в момента.

Д-р Янка Минчева стана председател на РК на БЛС във Велико Търново



Родена е в Драгижево, учила е във Втора гимназия в старата столица, а след това е завършила медицина в София. От 1977 г. до края на 2014 г. работи в Областната болница - започва като терапевт в бърза и неотложна медицинска помощ. През 1983 г. се премества в отделението по физиотерапия и рехабилитация, а от 1996 г. е негов началник. В момента работи като физиотерапевт в МЦ "Невромедикс". Д-р Минчева признава, че е искала да специализира

кардиология, но се озовала в новия рехабилитационен комплекс с модерно за времето си оборудване, където са открити отделения по ортопедия, неврология и физиотерапия. Тъй като физиотерапевтите били малко, директорът на болницата д-р Цонев ѝ препоръчал да специализира физиотерапия и рехабилитация, за което не съжалява. Д-р Минчева е член на Националния експертен борд по физикална медицина.

Млади лекари влизат в ръководството на РК Враца, шеф е д-р Росен Айков

Д-р Росен Айков бе избран за председател на районната колегия на Българския лекарски съюз във Враца на отчетно-изборно събрание. Негови заместници станаха ортопедът д-р Георги Комитски и епидемиологът д-р Кети Ценова. Секретар на колегията ще е началникът на отделението по анестезиология и интензивно лечение във Врацанската болница д-р Ростислав Стефанов. В новото ръководство влизат основно

млади лекари. "Ще се боря за разбирателство между лекарите и здравната каса, както и да се защитават адекватно колегите", коментира новият председател веднага след изборите. Кандидатурата на д-р Айков е била единствена. В гласуването са участвали 55 делегата. За него са пуснати само 3 гласа против, 1 - въздържал се, а една бюлетината е била невалидна. През последните 3 години колегията оглавяваше д-р



Георги Комитски. Този път той нямаме право да се кандидатира, тъй като е имал 2 председателски мандата.

Доклад на Световната банка посочва негативни тенденции в здравеопазването ни

Приходите и разходите на Националната здравноосигурителна каса се формират така, че предполагат нарастващ дефицит. Прогнозите са през 2020 г. той да достигне 0,9 процента от brutния вътрешен продукт, или 906 млн. лв. Това показват данните от доклада за състоянието и финансирането на здравеопазването в България, изготвен от Световната банка. Той все още се доработва и ще бъде оповестен официално през лятото. Експертите на СБ припомнят, че именно недостигът на средства стана причина бюджетът на НЗОК през 2014-а да бъде актуализиран два пъти.

"Ако правителството желае да компенсира влошаването на фискалния си баланс, ще трябва да ореже други, несвързани с НЗОК здравни програми на кабинета или някои държавни проекти. Ще се наложи също да повиши приходите или ще трябва да подобри ефикасността на разходите в системата и в друг публичен сектор", предлага СБ.

Българските домакинства дават 5,3% от бюджета си за здраве, което е почти два пъти повече, отколкото гражданите на Западна Европа.

Там стойността е 3 на



сто. А през 2010 и 2013 г. всяко пето семейство у нас е изразходвало за лечение над 10% от парите си срещу 5,8 на сто средно в ЕС. Според анализите, тъй като плащанията със собствени средства са високи, някои дома-

кинства падат под прага на бедността.

Прогноза в доклада сочи, че към 2050 г. всеки трети българин ще е над 65 г. и едва всеки втори ще е в трудоспособна възраст. На този фон, както и заради увеличаващите се бедни хора, "системата на здравеопазването в България е недостатъчно подготвена да посрещне настоящите и бъдещите си потребности", което налага съществени реформи, пише още в анализа.

Документът ясно подчертава, че у нас няма критерии за прием в болница, заради което здрав-

ните заведения приемат всеки и всички видове пациенти. "Болните сами се насочват към съответното спешно отделение, където да бъдат настанени. Не съществуват нито правила, нито стимули, които да насърчават пациентите да отидат в по-икономичните и подходящи услуги на първичната помощ", категорични са специалистите на Световната банка. В същото време здравната каса не може да избира с колко и с кои болници да сключва договор. А така "всеки участник в играта" се възползва от въз-



можността да отчита все повече пациенти, описва институцията. Изводът е, че административните правила и нормативната база, преговорите за цени и неприлагането на тавани за разходите "създават масивни изкривявания и ефикасности в системата".

390 милиарда евро за лечение на белодробни заболявания в Европа



Разходите за лечение на белодробните болести в Европа надхвърлят 390 милиарда евро годишно. Тези заболявания са причина за 10% от смъртните случаи в Европа. Това сочат данните на European Lung White Book, представени на годишния конгрес на European Respiratory Society в Барселона.

Респираторните страдания са причина за 600-700 000 смъртни случаи, над шест милиона хоспитализации и 43 болнични леглодни годишно в 28-те страни на Европейския съюз. Впечатляващото е, че най-висока смъртност от белодробни болести има сред сравнително богати страни на континента като Белгия и Дания (117 на 100 000), последвани от Ирландия (114 на 100 000) и Великобритания (112 на 100 000). България заема сравнително благоприятно място по отношение смъртността от ХОББ - около 40 на 100 000 за мъже и 10 на 100 000 за жени.

Въвеждането на забрана за тютюнопушене на обществени места е довело до драстично намаление на случаите на

белодробен карцином и хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ), сочат данните от Бялата книга. Например Финландия, която има най-активна програма за превенция, отбелязва и най-ниска смъртност от белодробни заболявания (54 на 100 000); други страни с ниска смъртност са Швеция (56 на 100 000) и Кипър (57 на 100 000). Общите здравни и социални разходи за лечение на един случай на белодробен карцином в ЕС са 364 213 евро; годишните разходи за лечение на ХОББ са 6 147 евро, а тези за астма - 7 443 евро. Посочените цифри дават представа за големия социално-икономически ефект на тази група болести.

Според Франческо Блази - президент на ERS, към 2030 пневмонията, туберкулозата, белодробният карцином и ХОББ ще са отговорни за 20% от смъртните случаи по света, като се очаква смъртността от ХОББ и белодробен карцином да се увеличи, за сметка на намалението на смъртността от белодробни инфекции и туберкулоза.

България не покрива минимума за качество на живот в ЕС

България продължава сериозно да изостава в развитието си в сравнение с другите държави в ЕС, като дори не успява да покрие минимума за качеството на живот. Това показва последното издание на Индекса на настигане, представено от институт "Отворено общество". Изследването обхваща 35 държави в Европа - старите членки, новите и тези, които са кандидати за присъединяване към алианса. Нивото на развитие на страните се измерва по четири категории - икономика, добро управление, демокрация и качество на живот. Самите категории включват 47 базови индикатора.



Изследването за 2014 г. търси отговор на въпроса "Стигнахме ли вече?", като изводите показват, че за някои страни отговорът е положителен. България обаче е в групата на държавите, които затвърждават негативните тенденции. Тя даже влошава позициите си и пада на 29-о

место, докато в предходното изследване - за 2013 г., беше 28-а в класацията.

Най-лоши са данните за качеството на живот у нас, като в тази категория не покриваме минимума по нито един критерий. По образователни заемаме 28-о място с 33 точки при минимум за напредналите страни от 43 точки. В здравеопазването нещата стават още по-лоши. Тук сме на 31-во място със скромните 24 точки при минимум от 52. Индексът показва най-добри показатели за икономиката ни, която е класирана на 28-о място. Например тук един от базовите показатели е държавният дълг, по

който сме на второ място в общата класация със 78 точки. Първо място е за Естония с 83 точки. По отношение на енергийната интензивност обаче сме на последното място с нула точки, а за пътищата сме пратени на 30-а позиция.

В категорията добро управление България заема 29-о място. По критерий корупция сме единствената държава, която не покрива минимума за ЕС, освен това сме на предпоследното 34-то място. След нас е само Албания.

"България е в застой." Такъв извод направи Марин Лесенски от института след представяне на изследването.

Отпада лимитът от 180 000 лева за лечение в чужбина

Министерството на здравеопазването реши да отпадне лимита от 180 000 лева, до който Комисията за лечение в чужбина финансира лечението на българци зад граница. Такъв лимит имаше за кратко и за лечението на деца, но след силен обществен натиск, беше премахнат. За лечението на възрастни зад граница обаче остана ограничението Комисията да финансира терапия до 180 000 лева. В някои случаи, предимно на сложни трансплантации, които не се извършват у нас, тези средства се оказват недостатъчни и на хора с тежки диагнози им се налага да събират големи

суми пари чрез дарения и заеми, което бави лечението им. Става въпрос основно за трансплантация на бял дроб, комбинирана трансплантация на бял дроб и сърце, някои видове трансплантация на стволови клетки.

След промяната се изисква пациентът, който кандидатства за лечение в чужбина, да предостави оферти от поне две клиници, от която ще бъде избрана по-изгодната финансово. В случай, че човек не е предоставил оферти, те ще се изготвят от Изпълнителната агенция по трансплантацията. Тя и сега съдейства за изготвяне на оферти от чужди клиници, когато да-

дена терапия не се извършва у нас.

Промените влизат в сила със задна дата от 1 януари, увериха от МЗ. От ведомството посочват, че необходимите финансови средства са заложени в бюджета.

Анализ на Министерството на здравеопазването сочи, че от 2012 г. до края на 2014 г. от всички 179 финансирани лечения на пациенти в чужбина, едва при 10 предоставените оферти значително надвишават лимита от 180 000 лв. Това са най-често пациенти, които се нуждаят от трансплантация на стволови клетки или комбинирани трансплантации.



В отворено писмо, изпратено до здравното министерство през есента, пациентски организации посочват, че лимитът е дискриминационен и за него няма медицинска причина. "Постановеното ограничение е произволно, няма адекватна обосновка, не се базира на проучване, не е резултат от договорена цена с медицинско заведение в ЕС, не отговаря на цената на никоя конкретна услуга", се казва в писмото.

ОИСР (Организация за икономическо сътрудничество и развитие) Здраве накратко: Европа 2014

Европейските страни постигнаха значителни успехи по отношение здравето на населението, но, както в самите страни, така и между тях, продължават да съществуват съществени неравенства. Очакваната средна продължителност на живота при раждане в държавите - членки на Европейския съюз (ЕС), се е увеличила средно с повече от пет години от 1990 г. насам, въпреки че разликата между страните с най-високата и тези с най-ниската средна продължителност на живота остава около осем години. Продължават да са налице и големи неравенства в самите страни между хората от различните социално-икономически групи, като лицата с по-високи равнища на образование и по-високи доходи се радват на по-добро здраве и живеят няколко години по-дълго от тези в по-неравнопоставено положение. Тези неравенства са свързани с много фактори, включително някои извън системата на здравеопазване, като например средата, в

която хората живеят, начин на живот и навици на индивидите, както и разликите в достъпа до здравно обслужване и качеството на здравните грижи.

Материалът "Здраве накратко: Европа 2014" представя най-новите данни за здравния статус, рисковите фактори за здравето, както и достъпа до висококачествени здравни грижи във всичките 28 държави, членки на ЕС, държавите кандидат-членки (с изключение на Албания, поради ограничените данни в наличност) и страните от Европейската асоциация за свободна търговия (ЕАСТ). Подборът на показателите се основава главно на основните европейски здравни показатели (ЕСН), разработени от Европейската комисия. Настоящото издание включва и нова глава относно достъпа до здравни грижи, като оценява (където това е възможно) въздействието на икономическата криза върху финансите и географските пречки и времето за чакане.



Очакваната продължителност на живота се увеличава, но неравенствата остават

● Между 1990 и 2012 г., очакваната продължителност на живота при раждане в държавите, членки на ЕС, се е увеличила с повече от пет години и е достигнала 79.2 години. Въпреки това, разликата между най-високата очаквана продължителност на живота (в Испания, Италия и Франция) и най-ниската (в Литва, Латвия, България и Румъния) не е намаляла от 1990 г. насам.

● Очакваната продължителност на живота след 65-годишна възраст също значително се е увеличила, като средно в Европейския съюз през 2012 г. е достигнала 20.4 години за жените и 16.8 години за мъжете. Очакваната продължителност на живота след 65-годишна възраст варира с около пет години между страните с най-високата очаквана продължителност на живота и тези с най-ниската.

● За високообразованите мъже и жени има по-голяма вероятност да живеят няколко години по-дълго и в по-добро здраве. Например, в някои страни от Централни и Източна Европа 65-годишните мъже с висока степен на образование могат да очакват да живеят четири до седем години по-дълго от тези с ниска степен на образование.

● Средно в държавите от ЕС, жените живеят шест години по-дълго от мъжете. Тази разлика по полов признак е само една година, когато се отнася до живота в добро

здраве (дефиниран като брой на годините живот без ограничения за извършването на дейности).

Оценка на въздействието на икономическата криза върху здравето

● Кризата оказва смесено въздействие върху здравето и смъртността на населението. Макар че процентът на самоубийствата в началото на кризата слабо се е увеличил, изглежда броят им се е върнал на предкризисните нива. Смъртността от пътнотранспортни произшествия е намаляла по-бързо в годините след кризата, отколкото в предшествашите я години. Излагането на населението на замърсяване на въздуха също е намаляло вследствие на кризата, въпреки че същевременно някои замърсители на въздуха са се увеличили.

● Икономическата криза вероятно е допринесла и за увеличаването на затлъстяването в дългосрочен план. Средно един от всеки шест възрастни в държавите, членки на ЕС, през 2012 г. е страдал от затлъстяване, което е нарастване спрямо 2002 г., когато затлъстял е бил един от всеки осем. Данните от някои страни показват връзка между финансовите трудности и затлъстяването: независимо от техния доход или богатство, хората, които изпитват периоди на финансови затруднения, са изложени на повишен риск от затлъстяване. Също така съществува тенденция затлъстяването да е по-разпространено сред групите в неравнопоставено положение.

Разходите за здравеопазване намаляват или се забавят вследствие на икономическата криза

● Между 2009 и 2012 г. разходите за здравеопазване в реално изражение (коригирани с инфлацията) в половината страни от ЕС намаляват, а в останалите се забавят значително. Разходите за здравеопазване са намалявали средно с 0.6% всяка година, в сравнение с годишния ръст от 4.7% в годините между 2000 и 2009 г. Това се дължи на



В Европейския парламент гласуват за Европа на гражданите.

съкращения на работната сила в сектора на здравеопазването, намаляване на заплатите и таксите, заплащани на здравните доставчици, по-ниски цени на фармацевтичните продукти и по-високи нива на доплащане от страна на пациентите.

● Макар че през 2012 г. в няколко страни (сред които Австрия, Германия и Полша) е налице нарастване с умерен темп на разходите за здравеопазване, в Гърция, Италия, Португалия и Испания,

както и в Чешката република и Унгария, те са продължили да намаляват.

Всеобщото здравно осигуряване е запазило гостъпа до здравни грижи

● Повечето страни от ЕС са запазили всеобщото (или почти всеобщото) здравно осигуряване за основен набор от здравни услуги, с изключение на България, Гърция и Кипър, в които значителен дял от населението е неосигурено. Все пак, дори и в тези страни са били

при лекари, като например общопрактикуващи лекари в селските и отдалечените райони.

● Средно в страните от ЕС броят на лекарите на глава от населението се е увеличил от 2.9 на 1000 човека през 2000 г. на 3.4 през 2012 г. Този растеж е особено бърз в Гърция (главно преди икономическата криза) и във Великобритания (увеличение с 50% между 2000 и 2012 г.).

● Във всички страни броят на лекарите е по-голям в градските райони. Много европейски страни предоставят финансови стимули за привличане и задържане на лекарите в областите с недостатъчно обслужване.

● Дълготното чакане за здравни услуги е важен политически въпрос в много европейски страни. Съществуват големи разлики във времето за чакане за неуспешни хирургически интервенции.

Качеството на здравните грижи се е подобрило в много страни, но и тук неравенствата остават

● Напредъкът при лечението на животозастрашаващи състояния като инфаркт, инсулт и ракови заболявания доведе до по-високи проценти на преживяемост в повечето европейски страни. Между 2000 и 2011 г., нивото на смъртност след хоспитализация при инфаркт е намаляло средно с 40%, а при инсулт - с над 20%. По-ниските равнища на смъртност са резултат от подобрени интензивни грижи и по-широк достъп до специализирани отделения за мозъчни инсулти в някои страни.

при лекари, като например общопрактикуващи лекари в селските и отдалечените райони.

● Средно в страните от ЕС броят на лекарите на глава от населението се е увеличил от 2.9 на 1000 човека през 2000 г. на 3.4 през 2012 г. Този растеж е особено бърз в Гърция (главно преди икономическата криза) и във Великобритания (увеличение с 50% между 2000 и 2012 г.).

● Във всички страни броят на лекарите е по-голям в градските райони. Много европейски страни предоставят финансови стимули за привличане и задържане на лекарите в областите с недостатъчно обслужване.

● Дълготното чакане за здравни услуги е важен политически въпрос в много европейски страни. Съществуват големи разлики във времето за чакане за неуспешни хирургически интервенции.

Качеството на здравните грижи се е подобрило в много страни, но и тук неравенствата остават

● Напредъкът при лечението на животозастрашаващи състояния като инфаркт, инсулт и ракови заболявания доведе до по-високи проценти на преживяемост в повечето европейски страни. Между 2000 и 2011 г., нивото на смъртност след хоспитализация при инфаркт е намаляло средно с 40%, а при инсулт - с над 20%. По-ниските равнища на смъртност са резултат от подобрени интензивни грижи и по-широк достъп до специализирани отделения за мозъчни инсулти в някои страни.

● В повечето страни преживяемостта при болните от рак се е подобрила, включително при болни от рак на шийката на матката, рак на гърдата и рак на дебелото черво. Въпреки това, преживяемостта при болните от рак на шийката на матката в Полша е с над 20% по-ниска в сравнение с Австрия и Швеция, а преживяемостта при болните от рак на гърдата в Полша е с почти 20% по-ниска от тази в Швеция.

● Качеството на първичната медицинска помощ в повечето страни също се е подобрило, както се вижда от намаляването на хоспитализациите при хронични заболявания като астма и диабет, които е можело да бъдат избегнати. Все още обаче има какво да се подобрява в първичната медицинска помощ, за да се намалат още повече скъпоструващите хоспитализации.

● Поради застаряването на населението, през идните години ще продължи да нараства търсенето на услугите на системите на здравеопазването и дългосрочните грижи. През 2012 г., ГД по икономическите и финансовите въпроси прогнозира, че в периода между 2010 и 2060 г. обществените разходи за здравеопазване ще се повишат със средно 1% до 2% от БВП в страните от ЕС и подобен ръст ще се наблюдава и при обществените разходи за дългосрочни грижи.

При строгите бюджетни ограничения, предизвикателството ще бъде да се запази достъпът до висококачествени здравни грижи за цялото население на приемлива цена.

Превод: Ели Генова

Всеки втори българин би заплащал допълнително за здраве

Според национално представително проучване на Алфа Рискърч, проведено през януари и февруари 2015 г. сред 1026 български граждани, здравеопазването трайно се определя като една от най-проблемните сфери в страната.

Общественото мнение се консолидира около следните важни позиции, очертаващи най-важните проблеми в сектора:

- Доминиращо негативна оценка за качеството на здравните услуги: 66% от хората смятат, че трябва да получават по-добра здравна грижа за равнището на плащаните осигуровки.

- Възприемане на болничната помощ и НЗОК като най-проблемни звена в системата на здравеопазване: две трети от пълнолетните жители на страната са на мнение, че това са места-



та, които "източват" най-голяма част от финансовия ресурс в здравеопазването.

- Оценка за необхо-

димост от засилване на контрола върху доплащането от пациентите за болнично лечение, хоспитализа-

циите, търговете за медицински материали и лекарства, отпускането на направлени-

Нагласи към потенциални мерки в здравеопазването

Предвид посочените по-горе проблемни пунктове, българското общество декларира силна подкрепа за мерки по засилване на контрола и защитата на пациентите. В същото време подкрепата за мерките, свързани с повече финансова ангажираност на пациентите, е по-умерена:

- 78% изразяват предпочитание всяко ефективно скъпоструващо лекарствено лечение да се поема изцяло от бюджета на НЗОК. Подкрепата за подобна инициатива също е изключително висока сред всички социални слоеве, независимо от техния статус.

- Две трети подкрепят идеята за въвеждане на минимален пакет на спешна помощ за здравно неосигурените пациенти. Тя отново получава одобрението на мнозинството български граждани с едно важно изключение - представителите на ромския етнос. При среден дял от 16% противници на въвеждането на минимален

пакет спешна помощ за неосигурени, сред ромите те достигат 27%.

- Абсолютна обществена подкрепа среща създаването на социален здравен фонд за деца, пенсионери и социално слаби

На общо, декларативно равнище, всеки втори пълнолетен гражданин заявява, че е склонен да заплаща допълнителна здравна осигуровка. Сред тях отново се открояват хората в по-добър социален и материален статус - жители на големите градове, икономически активните поколения, високо образовани и с по-високи от средните за страната доходи.

Въпреки високото общо равнище на одобрение за допълнителното здравно осигуряване, липсва консолидиращ мнозинството фактор, който да мотивира по-активно доброволно включване. Най-силно влиянието оказват свързаните с по-ниска цена на лечение потенциални ползи - безплатно болнично лечение и липса на доплащане за лечение.

ГРАФИКИ ОТ ПРОУЧВАНЕТО:

ОЦЕНКА ЗА ЗВЕНАТА В ЗДРАВНАТА СИСТЕМА, В КОИТО СЕ "ИЗТОЧВАТ" НАЙ-МНОГО СРЕДСТВА (%)

/Често се говори за източване на средства от здравната система. Според вас, в кое от посочените звена е налице най-сериозно източване на средства?/



ОЦЕНКА ПУНКТОВЕТЕ, В КОИТО ТРЯБВА ДА БЪДЕ ЗАСИЛЕН КОНТРОЛЪТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО (%)

/Според вас, в кои от изброените пунктове трябва да се засили контролът в системата на здравеопазването? (Множествен въпрос)/

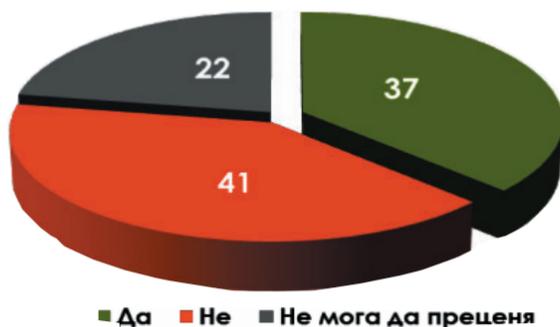


ПОДКРЕПА ЗА МЕРКИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО (%)

Смятате ли, че трябва да се въведе минимален пакет спешна помощ за здравно неосигурените пациенти, в който да бъде ясно определено състоянието на спешност и здравно НЕОСИГУРЕНИТЕ българи да имат право само на този пакет? (%)

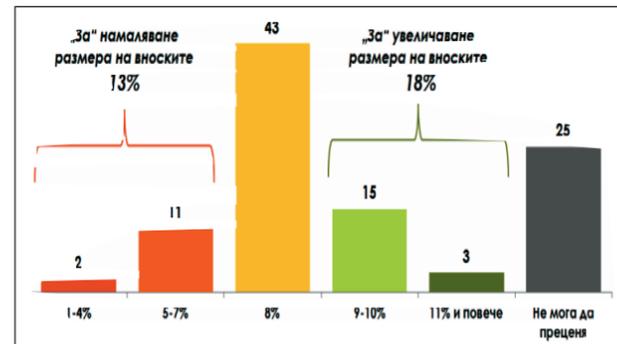


Подкрепяте ли сегашния модел, според който социално слабите имат равни права при достъпа им до медицинска помощ с всички останали граждани? (%)



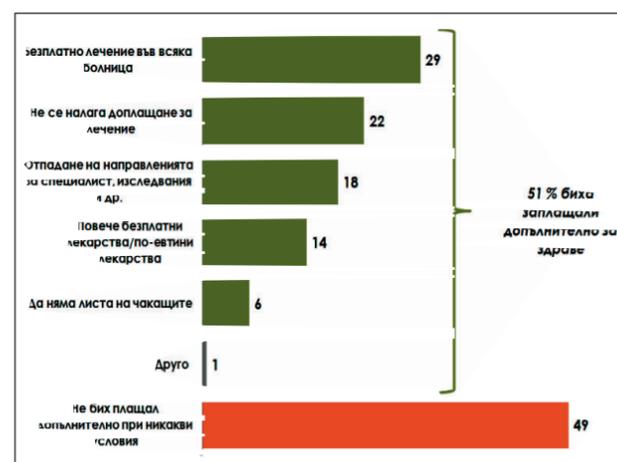
ОЦЕНКА ЗА ПОДХОДЯЩИЯ РАЗМЕР НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИТЕ ВНОСКИ (%)

/Какъв процент, според вас трябва да е здравноосигурителната ви вноска /в момента тя е 8% като 4.2% са за сметка на работодателя, а 3.8% за сметка на служителя?/



ФАКТОРИ, МОТИВИРАЩИ ЗАПЛАЩАНЕТО НА ДОПЪЛНИТЕЛНО ЗА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ (%)

/Моля ви, кажете ми при какви условия бихте били склонни да се осигурявате допълнително за здраве (т.е., да плащате доброволно допълнителна здравна осигуровка)?/





БЧК и Швейцарският червен кръст разработват модел за интегрирани здравни и социални услуги

Българският червен кръст съвместно с Министерството на труда и социалната политика, Министерството на здравеопазването и Швейцарският червен кръст разработват модел в България за въвеждане на интегрирани здравни и социални услуги за малките населени места. Това съобщи д-р Надежда Тодоровска, зам. генерален директор на БЧК. Тя уточни, че проектът се финансира от Швейцарската агенция за сътрудничество и развитие и в момента се прилага във Врачанска област в четири общини - Враца, Бяла Слатина, Оряхово и Криводол. На тези места успяваме да покрием с персонал от около 50 души над 400 пациенти, уточни Тодоровска. Това са възрастни хора с хронични или



трайни увреждания, хронични заболявания, и най-вече са сами и са с много нисък социален статус. По думите на Тодоровска тези хора не биха могли сами да си помогнат или да наемат друг, който да им съдейства във всекидневните нужди и редовно да проверява тяхното здравословно състояние.

Припомняме, че в на-

чалото на юли 2014 г. на кръгла маса за интегрираните здравни социални услуги бяха обсъдени законодателните възможности за регламентиране предоставянето на такива социални услуги и здравни грижи в домашна среда за възрастни хора с хронични заболявания и трайни увреждания, изискващи дългосрочна грижа.

Евродепутати настояват за по-бърз достъп до медицински грижи

През февруари в Европарламента се учреди група за по-бърз достъп до качествени медицински грижи. Идеята бе на няколко евродепутати, начело с д-р Андрей Ковачев. Съмишленици за тази инициатива са българските пациентски неправителствени организации, Европейският пациентски форум, както и комисарят по здравеопазването д-р Витенис Андриукайтис.

Организацията не е парламентарна, а представлява група от съмишленици, които не са доволни от медицинските услуги в цяла Европа. Причината е, че навсякъде на Стария континент има пациенти, които нямат никакъв достъп до адекватни за 21 век диагнози и лечение.

По думите на д-р Ковачев всички страни-членки са засегнати от тези проблеми, а България - особено остро. В същото време от страната ни изтичат медицински кадри поради ниското заплащане на труда и хората у нас остават без лекарска грижа.

"Здравеопазването не е болна тема само в България. Много от пациентите в Европа днес имат ограничен достъп до навременни и адекватни диагностика и лечение. Това е всеобщо мнение, споделяно както от различните пациентски организации в Европейския съюз, така и от медицинското съсловие, фармацевтичната индустрия и здравните институции", посочва д-р Ковачев.

По думите му това е и основата, на която стъпва широка, общоевропейска



Евродепутатът д-р Андрей Ковачев

платформа за партньорство между всички тези страни, ангажирани с търсенето и предлагането на нови, действащи решения за качествено здравеопазване.

Той посочва, че има съществено и нарастващо неравенство в достъпа до здравеопазване в Европа, констатирано още през 2012 г. от Европейския пациентски форум и българския Национален пациентски форум. Двете организации стават основните инициатори на бъдещото партньорство за преодоляване на тези неравенства, чийто официален старт бе даден в началото на септември миналата година.

Новата група за здравеопазване в ЕП ще започне работа с проучване за то-

ва дали хората имат достъп до адекватна медицинска помощ във всички страни на ЕС. За да се проверят възможностите за лечение в общността, първо ще се направи въпросник за 28-те страни. На базата на това проучване ще се създаде постоянен инструмент за измерване на достъпа на пациентите до лечение. Първите резултати ще се представят в края на юни в Латвия. Успоредно с това ще се направи ревизия и на прилагането на трансграничната директива за здравно обслужване, тоест за лечение в чужбина. Това ще стане по време на сесии на Европейския здравен форум в Гащайн, работни групи на депутати в ЕП и др. Тези две инициативи са първите стъпки на Европейското партньорство за достъп до качествено здравеопазване. В по-дългосрочен аспект обаче амбициите са големи. Идеята е да се въведат финансови механизми за подпомагане на по-бедните държави, така че пациентите да имат добър достъп до здравеопазване, казва д-р Станимир Хасърджиев, председател на НПО.

МЗ предлага данък „чипс“

Здравното министерство предлага промяна в Закона за здравото, с която акциз да плащат не само производителите на алкохол и цигари, но и тези, които правят нездравословни храни. Това съобщи зам.-министърът на здравеопазването д-р Адам Персенски.

"Предлагаме промяна в текста за храни, които съдържат сол над 5% - нездравословни храни, да плащат акциз. Това ще бъде една открита война. Надявам се поражението за нас да не са много тежки", каза д-р Персенски. Като пример за вредни храни той спомена чипсове и бургери от големи вериги.

До момента две държави в ЕС са въвели специфични данъци върху храните - Дания и Унгария. Дания въведе данък

върху съдържанието на мазнини в зехтина и растителните масла като мярка срещу нездравословното хранене и повишаване на продължителността на живота. Налогът там се изчислява на базата на масата на съдържащите се в продуктите мазнини и е 16 датски крони (2,90 долара) на кг мазнина. Новият данък доведе до увеличаване на цената на хамбургерите с 0,15 долара, на зехтина с 0,40 долара.

Унгария също въведе данък за нездравословните храни и напитки. Законът се отнася до храните с повишено съдържание на захар, сол и въглехидрати, както и до продукти с повече от

20 милиграма кофеин на 100 милилитра. Унгарското министерство на здравеопазването защити въвеждането на така наречената такса "хам-



бургер" с проучване, което доказва увеличаване на здравословните проблеми вследствие консумацията на солени и мазни храни. Чипсът се облага с 200 форинта (малко над 1 долар) на килограм. Това може да повиши с около 10% цената на стандартна опаковка от 90 г. Под новия налог попадат както храни и напитки с високо съдържание на сол и захар, така и овкусители.

Известен първоначално като "данък хамбургер", налогът бе прекръстен от унгарските медии на "данък чипс", след като се разбра, че правителственият законопроект няма да засегне храната, предлагана от заведенията за бързо хранене.

На етикетите ще пише кои храни съдържат алергени

В магазините вече ще се предлагат храни с етикети, на които са отбелязани съдържащите се в тях алергени. Това гласи нова директива на Европейската комисия, която влезе в сила тази година. Целта е потребителите да получават по-ясна и точна информация за това какво купуват и консумират. Евроизискването е абсолютно задължително за производителите, а в заведенията то ще влезе до 2 месеца.

Новите правила принуждават ресторантите и кафенетата да информират за 14 различни алергени в менютата, включително ядки, глутен, лактоза, соя или мляко.

Съгласно новите правила за етикетирание се изисква информацията да е по-четлива и се въвежда минима-

лен размер на шрифта. Искане и по-ясно и унифицирано представяне на алергените при предварително опакованите храни (видимо открояване от останалата информация чрез шрифт, стил и цвят на фона) в списъка на съставките.

Това важи и за представянето на определена информация за хранителната стойност на по-голямата част от предварително опакованите преработени храни. Става задължителна информацията за произхода на пряното свинско, овче, козе и птиче месо. Въвеждат се и еднакви изисквания за етикетирание при пазаруване по интернет, от разстояние и от магазина.

Вече започнаха и масови проверки в търговските обекти от Агенцията по безопасност на храните.



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

XVI -ти Национален конгрес по стерилитет и репродуктивно здраве с международно участие

Хотел "Самоков", Боровец, 12-15 март 2015 г.
Организатор:
Българска асоциация по стерилитет и репродуктивно здраве
За повече информация: <http://www.basrh.org/>



XXVI-та Пролетна национална генерална асамблея (НГА) на „Асоциация на студентите - медици в България“ (АСМБ)



20-22 март, гр.Пловдив
Организатор:
Асоциация на студентите-медици в България
Всички студенти по медицина в страната са поканени да участват.

За повече информация:
<http://amsbulgaria.net/>

Международен студентски симпозиум „Black sea Symposium for Young Scientists in Biomedicine“ (BSYSB)

Медицински университет
"Проф. д-р Параскев Стоянов", гр. Варна
ул. "Проф. Марин Дринов" 55
26-29 март 2015 г.

За повече информация:
bsysb.varna@gmail.com,
<http://bsysb.mu-varna.bg>

Национален конгрес за млади гастроентеролози

УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ"
27 - 28 март 2015 г.
Организатор:
УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ"



Пролетната научна конференция „Съвременни концепции в лечението на ушите, носа и гърлото“

Хотел "Санкт Петербург", гр. Пловдив
27-29 март 2015 г.

Организатор:
Асоциацията на лекарите по оториноларингология - ИСУЛ.



Абонирайте се за 2015 година



каталожен №401

Вестникът на българските лекари

ВСИЧКО ЗА СЪСЛОВИЕТО!

Ако сте пропуснали да се абонирате в „Български пощи“, Вашата възможност е да се обърнете направо към редакцията чрез тел.: 0899 90 66 22 - Румяна Тасева

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	2,00лв./кв. см	1,70лв./кв. см
Плюс един цвят	2,50лв./кв. см	1,90лв./кв. см
Четири цвята	3,00лв./кв. см	2,20лв./кв. см

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

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

Цените са без ДДС.

Лого - първа страница под главата - 250 лв.

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

Отстъпки:

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

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

ЗА САЙТА НА БЛС

I. Информация за сайта:

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

Той съдържа информация за:

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

- Нормативни актове

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

- Актуален регистър на лекарите в Република България

- Актуална информация и новини

II. Рекламен период:

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

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

III. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

банери	Размери:	без препращане	
		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:

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

3. Нестандартни рекламни форми:

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

IV. Плащане:

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

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

3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

V. Забележки:

✓ Рекламите се публикуват на всички страници на сайта.

✓ Цените не включват ДДС.

✓ Цени за реклами над 6 месеца - по договаряне

✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

Фамилията Кръстинови - гордост на българската медицина пред света

Доц. Тодор Керин

През 1953 г. в САЩ американецът Гиббон прави за първи път в света уникална операция с използване на изкуствено екстракорпорално кръвообращение, подобна операция през 1957 г. прави и руснакът Вишневски в бившия Съветски съюз. Само няколко години след тях под ръководството на българина Кръстинов в Клиниката по гръдно-сърдечносъдова хирургия при ВВМИ на 12 декември 1962 г. се прави първата за нашата страна операция с изкуствено екстракорпорално кръвообращение, съчетано с дълбока хипотермия на болен с вроден сърдечен порок. Използван е български апарат след прецизни изпитателни процедури. Опитът и резултатите от проведените операции на девет пациента по тази методика са обсъдени в научна статия, публикувана в списание "Хирургия", том XVII, брой 6, год. 1964, стр. 674-677 с водещ автор проф. д-р Генчо Димов Кръстинов.

Проф. Генчо Димов Кръстинов е роден на 26 февруари 1915 г. в село Шипка, под величествения Храм-паметник "Рождество Христово", под връх Столетов и близо до Орлово гнездо, националния парк-музей, които съхраняват славата на героичните решавачи боеве за Освобождението на България. Сега Шипка е проспериращ град, в който през 2007 г. се откри паметник с имената на 28 местни

дъщери. Разполагали с ножарска работилница, която била главното средство за препитанието им. Често ги посещавал доктор Нечаев, руски емигрант, намерил приют в храм-паметника и лекувал жителите на Шипка с грижовност и компетентност. Те му се отплащали с признателност и обич. Лекарят забелязал любовознателния характер на Генчо, отзивчивостта му към болещите на хората и се сприятелил с

100 години от рождението на проф. д-р Генчо Димов Кръстинов

Медицинския университет в Букурещ. Без колебания Генчо се записва студент в румънската столица, където учи три години - от 1936 до 1939 г. Поради настъпващия фашизъм и усложнената предвоенна обстановка се прехвърля да продължи следването си в София и се дипломира през 1942 г. Постъпва като стажант-лекар в Окръжната болница - Стара Загора. Тук се запознава с бъдещата си съпруга, спътница за цял живот, Стоянка от село Гранит Чирпанско. Свекърът Димо развързал не само кесията, а и душата си, вдигнал атрактивна сватба, на която кумувал със съпругата си батареиният командир поручик Кавалджиев, по-късно загинал геройски в Отечествената война и посмъртно произведен в звание капитан.

Младото семейство се установило в село Старосел, Пловдивско, където доктор Кръстинов бил назначен за участъков лекар. Но не за дълго. През март 1943 г. младият лекар е мобилизиран в Ямболския полк, с който заминава за бойните полета в Югославия. При едно сражение попада при сръбските партизани и става лекар на отряда. А в родината изпращат съобщение, че е изчезнал безследно. След няколко месеца неизвестност партизанската бригада е разбита, доктор Кръстинов е пленен от немците и "на косъм се разминава с разстрела на останалите пленени партизани". Спасяват го намерените в неговата торба хапчета, шишенца, бинтове, медикаменти. Слава на Бога, и враговете са респектирани от хуманната професия на лекаря! Предават го на българска военна част и поради влошено здравословно състояние се завръща в Старосел при любимата съпруга и започната лекарска практика. Но пак не за дълго.

Започва Отечествената война и той участва в нейната първа фаза като

ПОЛКОВИ ЛЕКАР

На фронта е непрекъснато при ранените в полевите болници и лазаретите. Стига до Страцин, Стражин и Куманово. След войната се връща отново в здравния пункт на Старосел при очакващите го пациенти от селото. Мирният живот е започнал с нови различни темпове и изисквания. С Указ № 180, обнародван в Държавен вестник от 20 август 1945 г. е учреден Медицински факултет към

ПЛОВДИВСКИ УНИВЕРСИТЕТ

Необходими са млади и на-

деждни кадри. Доктор Генчо Кръстинов е един от тях и е приет като асистент по хирургия. Това е попрището, на което разцъфтяват дарованията му и на което се отдава безрезервно за цял живот. Участието му в екипи и самостоятелната операционна работа утвърждават неговата сръчност, умение, увереност и самочувствие.

През 1948 г. се разширява и укрепва Военната болница в Пловдив. Един от предпочетените специалисти е Генчо Кръстинов. Той е военизиран със званието капитан и е назначен като старши ординатор, а по-късно, през 1951 г., и като началник на хирургическото отделение. Учи се от известния пловдивски професор Антон Червенияков, а в периода 1949-1951 г. специализира хирургия във ВМОЛКА "С.М. Киров" при академик Куприянов и професор Либов.

А в България вече се разнася като легенда името на професор Коста Стоянов. Именно той привлича доктор Кръстинов като преподавател и заместник-директор на Катедрата по болнична хирургия



Проф. Генчо Кръстинов

фесор Генчо Кръстинов, той и началник на Катедрата по военнополова хирургия. Освен като водещ хирург, той се изявява и като широко мащабен организатор. По негово време се утвърждават основите на военномедицинската наука и практика, подобрява се профилактичната и лечебната дейност в подразделенията. В продължение на 15 години (1965-1980 г.) е главен хирург на БНА, през 1967 г. му е

(1974 г.) и още много други достижения на световната медицина.

За своята всеотдайна многогодишна служба в здравеопазването и за значителните научни приноси професор Кръстинов е награждаван многократно с високи почетни звания и правителствени награди. Бил е републикански главен хирург и председател на Републиканското дружество по хирургия. Почина на 22



Родното село Шипка

герои-опълченци, четирима от които са загинали, защитавайки Самарското знаме. На мраморната плоча е изписано и името на Димо Кръстинов, един от предците на именития род. А корените му са далече в миналото, хранени от бунтовната кръв на корави родопски и габровски планинци.

Известен е живелият през XIX век Христо Генов Кръстинов, който майсторял саби и ножове, прочул се със занаята си из цяло Българско. Ходил чак до Дамаск и се изучил да изработва саби дамаскини. Участвал в международно изложение с изобретен от него нож със секрет, за което бил награден с медал "Маргит" от английската кралица. По-късно вече утвърденият лекар-хирург Генчо Кръстинов ще напише: "Може би сръчността и изобретателската мисъл на три поколения са оказали известни генни влияния в идващите наследници на рода Кръстинови. Хирургията изисква особена сръчност и изобретателност."

Генчо израснал в задружно семейство, заможна за тогавашното мерило и уважавано от населението в областта. Майката Донка и бащата Димо имали три деца - син и две

него. Той пръв го насочил към медицината като често повтарял: "Здравето е първото и най-голямо благо за човека, а лекарят е най-необходимият за неговото опазване. Ако се изучиш за доктор, ще бъдеш полезен на всички, а и на себе си. Лекарят винаги е търсен и си остава такъв."

УЧЕНИЕ, ПЪРВИ СЪПКИ, ПЛЕННИЧЕСТВО

След завършване на селското училище Генчо учи в казанлъшка гимназия. За него училищната такса не е била проблем, но за повечето от съучениците му е непосилна и трябвало принудително да напуснат училището. Най-недоволните се разбунтували и от солидарност чувствителният шипченец се присъединил към тях. Непокорните били наказани с изключване, но бащата не се разсъдрил и приел постъпката на сина си като проява на родовата кръв от предците, борци срещу всяка неправда. Генчо се явявал на изпити като частен ученик в Стара Загора и завършил гимназията си образование с отличие. Напътствията на доктор Нечаев не били забравени, а той много пъти в разговорите споменавал и хвалил



Ген. м-р проф. Г. Кръстанов (петият от ляво наясно) с част от ръководителите на ВВМИ, приемачуждестранни гости

в ИСУЛ (1953-1960 г.) Тук той е избран за доцент (1957 г.) и за професор (1960 г.). Не трябва да се пропуска участието му във Втората хуманитарна военномедицинска бригада през 1955-1956 г. на 38 паралел в Корейския полуостров, където освен ранените бойци, българските лекари са обслужвали и нуждаещи се от цивилното население. За две години, през 1959 и 1960 г., е изпълнявал длъжността заместник ректор на ИСУЛ.

С Постановление на Министерския съвет № 186 от 12 август 1960 г. е създаден

ВИСШИЯТ ВОЕННОМЕДИЦИНСКИ ИНСТИТУТ В СОФИЯ

За първи негов началник/ректор е избран полковникът от медицинската служба про-

присвоено висшето офицерско звание генерал-майор.

Професор Кръстинов е

ПРИЗНАТ АВТОРИТЕТ

У НАС И В ЧУЖБИНА

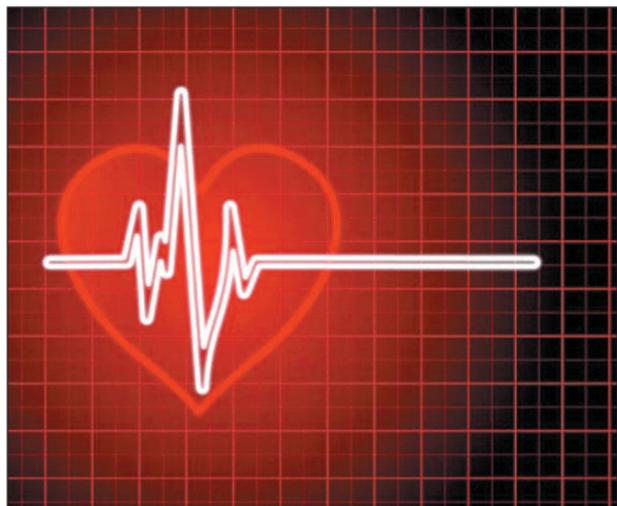
Има над 310 научни публикации и съобщения, между които са 22 монографии, учебници и учебни пособия. В тях задълбочено и многостранно са разработени проблеми на гръдната, сърдечно-съдовата и военнополовата хирургия. Внедрил е за първи път в България операцията на Бледок при тетрада на Фало (1954 г.), операции при коарктация на аортата (1958 г.), спленореналните анастомози при портална хипертензия (1959 г.), при аневризми на аортата (1960 г.), протезиране на вена каба супериор (1960 г.), коронарен байпас при исхемична болест на сърцето

юни 2003 г. в София на достоепната 88 - годишна възраст. До последните си дни той се интересуваше от проблемите на сърдечно-съдовата хирургия и се радваше на съвременните ѝ постижения.

Фамилията Кръстинови е известна в целия свят. Голям принос за това има дъщерята на професора доктор Дарина Кръстинова, която в момента е едно от светилата в краниофасциалната, козметичната и естетичната хирургия. Пред приятели и медии тя с благодарност споделя: "За да стигнеш до звездите, трябва да се изкачиш върху раменете на исполини. Аз имах късмета да бъда около такива гиганти като моя баща и неговите колеги, които ми помогнаха за осъществяването на моята съкровена мечта да правя хората красиви".

Диагноза: **ЛЮБОВ**

● **Номер F63.9 в регистъра на заболяванията според експерти на СЗО от миналата година**



**Профилактично:
Не вземайте важни
решения, когато
сте лудо влюбен!**

**А човек може
да се влюби не
повече от 3-4 пъти,
показват проучвания.**



Любовта е "магията", която придава смисъл на живота. Тя е едно от най-силните и красиви чувства и предизвиква вълшебни емоции. Но любовта е и болест! През миналата година експертите на Световната здравна организация я записаха под номер F 63.9 в регистъра на заболяванията и решиха, че по това как човек обича, може да се съди за психичното му здраве.

Медиците ясно определиха симптомите на любовта: натрапчиви мисли за другия, резки промени в настроението, проблеми със самочувствието, самосъжаление, безсъние, нарушение на съня, главоболие, безразсъдно и импулсивно поведение. Любовта фигурира в списък

ка с физиологичните разстройства редом до зависимости като пристрастяването към хазарт, алкохолизъм, наркомания и клептомания.

Според специалистите това чувство не може да продължава повече от 4 години, ако се сравняват само физическите показатели в началото на една връзка и след определено време. Така например, нивото на адреналин при влюбените е 10 пъти по-високо от нормалното, заради което те страдат по-често от стресови и депресивни състояния.

Затова науката е категорична за още нещо - любовта е химия. Тя се случва първо на подсъзнателно ниво, като задвижва многобройни химически реакции в мозъка и тялото. Често пъти е неочаквана и не е тол-

кова обвързана с външния вид, колкото с езика на тялото или тембъра на гласа на човека отсреща. Според проучване на Американския университет Rutgers има три стадия в процеса на влюбване, при които в мозъка се отделят различни вещества, формиращи чувства на страст, привличане и привързаност. Всеки от стадията може да се обособи, защото е свързан с определени химически реакции, но за изстинското влюбване е необходима комбинацията от трите. Естествените реакции, които протичат, могат да се сравнят с пристрастяването към



наркотик - освобождават се хормони на щастието и вълнението, които учените наричат "красив капан". Първият стадий е страстта. Тя зависи от отделянето на количеството естроген и тестостерон. Производството на повече от тези хормони има благоприятно влияние върху тялото - например, намалява стреса. Иначе това е начин на природата да подсили продължаването на човешкия вид, като създава желание за възпроизвеждане. Вторият стадий е привличането. Мисълта за обекта на влюбването започва да предизвиква емоции на вълнение и щастие, започва да се променя и самият човек. Първата реакция в този стадий е на стрес, защото се осъзнава голяма промяна на физическо и психическо ниво. Зависи от

адреналина и кортизола. Следващата стъпка е отделянето на допамин - хормонът на удоволствието. Накрая се задейства и серотонинът - хормонът на щастието. Той прави така че насочва мислите към обекта на любов, затова често пъти влюбените хора не са способни да мислят за нищо друго. Третият стадий е подвластен на окситоцининът. Когато се премине през еуфорията на първите два стадия, започва най-важната част за една пълноценна връзка - опознаването и привързването към другия. Още десетки изследвания формират "науката зад любовта". Проучванията показват, че човек може да се влюби не повече от 3-4 пъти в живота си, като е желателно през това време да не взема важни решения. Оказва се също, че човек може да се зарази с любов, но не във физически, а в психологически смисъл.

С фотокамера в Деня на любовта - 14 февруари, Свети Валентин В много селища по света и у нас има „Мост на влюбените“



В Сливен



В Монтана



В София