

Q U O V A D I S



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ



ДИСКУСИЯ ЗА БЪДЕЩЕТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

На Национална кръгла маса министърът на здравеопазването Кирил Ананиев представи два варианта за промяна в здравно-сигурителния модел. Сред основните цели на реформата са: оптимизиране структурата

и разпределението на болничните ресурси; преодоляване на териториалните дисбаланси; повишаване удовлетвореността на пациентите; намаляване на доплащането; оптимизиране на контрола.

на стр. 8-9 и 10



НАЦИОНАЛЕН СЪВЕТ НА БЛС

на стр. 3

Еврофорум събра цвета на съсловието ни

на стр. 13

ЛЕКАР НА ГОДИНАТА - 2018

на стр. 2

СПЕШНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

на стр. 2 и 11

ISSN 2534-8981



91772253489819 02

ЕВРОПЕЙСКА ШКОЛА ПО КЛИНИЧНА ХОМЕОПАТИЯ
СЪВМЕСТНО С МЕДИЦИНСКИТЕ УНИВЕРСИТЕТИ НА СОФИЯ, ПЛОВДИВ, ВАРНА И ПЛЕВЕН организират



КУРС ПО ХОМЕОПАТИЯ ЗА ЛЕКАРИ И ФАРМАЦЕВТИ

СРОК ЗА ЗАПИСВАНЕ: до 12 ОКТОМВРИ 2018



Модулите са акредитирани от БЛС, БФС и НСБФБ като продължаващо обучение. Семинарите се провеждат веднъж месечно, в събота и неделя, в залите на медицинските университети.

ЗА ИНФОРМАЦИЯ И ЗАПИСВАНИЯ
ЕВРОПЕЙСКА ШКОЛА ПО КЛИНИЧНА ХОМЕОПАТИЯ

София 1408, район Лозенец, ж.к. Южен парк, бл. 29, вх. Б, офис 1
ТЕЛ.: +359 2 968 19 12 GSM: +359 884 058 885; +359 888 148 912

www.dinicalhomeopathy.eu e-mail: info@dinicalhomeopathy.eu

Фейсбук страница: [КЛИНИЧНИ ХОМЕОПАТИ](https://www.facebook.com/clinicalhomeopathy)

Специален гост =
ГЛАВНИЯТ СЕКРЕТАР НА БЛС

д-р СТОЯН БОРИСОВ

на стр. 5



През есенно-зимния сезон
Осцилококцидум!

За контрол на грипните състояния

При контакт с болни
1 гоза на всеки от
контактните

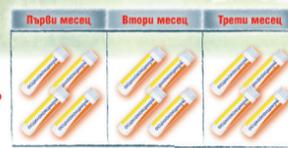
Профилактично през
есенно-зимния сезон
1 гоза сегмично



Изявена клинична
картина
По 1 гоза сутрин и вечер

При първите симптоми
1 гоза възможно най-рано,
повтаря се 2-3 пъти
през 6 часа

2 опаковки = 3 месеца профилактика!



Хомеопатичен лекарствен продукт без лекарско предписание. КХП24118/06.11.2013
За пълна информация:
Южен парк, бл. 28, вх. А, ап. 6, 1408 София, тел.: (02) 963 20 91, 963 09 06;
факс: (02) 963 45 00, e-mail: boiron.bulgaria@boiron.bg
www.boiron.bg

Спешната медицинска помощ – основа на съвременното здравеопазване

Председателят на УС на БЛС д-р Иван Маджаров участва неотдавна в семинар на тема "Спешната медицинска помощ като основа на съвременното здравеопазване". Събитието бе организирано от Министерство на здравеопазването съвместно с JASPERS – мрежа за партньорство между Европейската комисия, Европейската инвестиционна банка и Европейската банка за възстановяване и развитие, за предоставяне на съвместна техническа помощ за подкре-

па на проекти в европейските региони. Участваха още зам.-министърът на здравеопазването Жени Начева, експерти от МЗ, водещи специалисти в областта на спешната помощ, първичната и болничната медицинска помощ от България, Румъния, Р. Сърбия, Р. Македония, медицински специалисти и експерти от JASPERS и директори на центрове за спешна медицинска помощ от цялата страна. Във фокуса на семинара бяха дискусиите относно добрите

практики и новите тенденции в спешната медицинска помощ, инфраструктурата и ресурсите, възможностите за по-добро сътрудничество между спешната медицинска помощ, първичната грижа и болничния сектор. По време на форума бяха представени различни начини за управление и разпределяне на постъпилите спешни сигнали, както и какви трябва да бъдат информационните системи, поддържащи системата на спешната медицинска помощ.

МС прие Наредба за задължителното застраховане

Министерският съвет прие Наредба за задължителното застраховане на лицата, упражняващи медицинска професия. С въвеждането на нормативния акт се изпълняват разпоредбите на чл. 189 от Закона за здравето - осигуряване на регламентиране начина за сключване на застраховки за причинени вреди, вследствие от виновно неизпълнение на професионалните задължения на лицата, които упражняват медицинска професия на територията на страната. Единните критерии за задължителност на застраховката и определените минимални застрахователни лимити на отговорност са възможност за компенсиране на вреди, причинени на пациентите, вследствие от доказано виновно неизпълнение на професионалните задължения на лицата, упражняващи медицинска професия.

Застраховките ще се сключват от лечебните заведения. Лимитите на отговорност по различните специалности в системата на здравеопазването са разделени в два вида дейности и три рискови групи, в зависимост от специалността, по която лицето упражнява дейност. Предвидено е сключване на застраховка с покритие над минимално установеното в Наредбата, като по този начин се счита, че условието за сключване на застраховка „Отговорност на лицата, които упражняват медицинска професия“, е изпълнено.

ДИСКУСИЯ ЗА ПАРАЛЕЛНАТА ТЪРГОВИЯ С ЛЕКАРСТВА



Промени в Закона за лекарствените продукти за хуманната медицина и Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти поискаха от Българската асоциация за развитие на паралелна търговия с лекарства (БАРПТЛ). Исканите промени бяха представени на Кръгла маса на тема „Насърчаване на паралелния внос“, която се проведе неотдавна в столицата.

„Разширяването на достъпа е свързано с прецизиране и добавяне на текстове в националното законодателство - ЗЛПХМ и Наредбата за цените. Адекватната

нормативна рамка би довела до разрешаване на голям брой от ситуациите с липса и недостиг на лекарствени продукти в България и достъп на пациентите в България до разнообразието от медикаменти във всички страни в Европа, а не само регистрираните на местния пазар“, каза в презентацията си председателят на БАРПТЛ Христофор Иванов.

По думите му промяната в ЗЛПХМ трябва да позволи лекарствен продукт, разрешен за употреба в друга държава-членка, да може да се внася паралелно на територията на Република България, когато е еднакъв или подобен на

лекарствен продукт, разрешен за употреба в Република България. Освен това при установяване на недостиг чрез електронна система на Изпълнителната агенция по лекарствата да се дава възможност за бърза вътреобщностна доставка от търговците на едро. (Към момента само притежателите на разрешение за употреба могат да извършват тази доставка с разрешение на ИАЛ).

Тези промени според Асоциацията ще гарантират, че лекарите ще могат да прилагат най-подходящото за всеки конкретен пациент лечение и няма да се налага медикаменти да се търсят в други държави.

НЗОК ДИРЕКТНО ПЛАЩА НЯКОИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ

Националната здравноосигурителна каса ще започне да заплаща част от медицинските изделия в болничната помощ директно на производителите и търговците на едро, вместо на болниците. Такава промяна е залегнала в публикуваната за обществено обсъждане Наредба 10 на Здравното министерство. Идеята е фондът да контролира по-добре разходите си за медицински изделия, които, макар и в много по-малка степен, нарастват ежегодно както и тези за лекарства. За целта вместо един, НЗОК ще има два списъка с медицински изделия. Първият списък ще бъде този, който съществува и сега – спи-

сък на изделията по групи, които Касата заплаща на болниците, в който е указано и до каква стойност заплаща фондът. Вторият списък пък ще съдържа медицинските изделия – също по групи и с указан таван на стойността, които НЗОК ще заплаща директно на производителите или търговците на едро. Причините, налагащи приемането на измененията и допълненията на наредбата, са свързани с необходимите мерки, които следва да бъдат предприети с оглед оптимизиране разходите от бюджета на НЗОК за медицински изделия“, се отбелязва в „Мотиви“ към проект на Наредба за изменение и

допълнение на Наредба № 10 от 2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 и т. 2 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, както и на лекарствени продукти за здравни дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето. Целта е преодоляване на съществуващата трайна тенденция за ръст на разходите на НЗОК за медицински изделия спрямо бюджетните параметри, наблюдавана след анализ на потреблението на медицински изделия.

ЛЕКАР НА ГОДИНАТА - 2018

За първи път тази година съсловната организация приема номинации за „Лекар на годината 2018“ от колеги, които са не само от РЛК на БЛС, но и от лечебните заведения в цялата страна. Електронният адрес - lekarnagodinata2018@blsbg.com е за предложенията. Очакванията са за по-голям брой номинации на заслужили медици, излъчени от колегите, които ги познават и, с които всекидневно работят. Категориите са:

- „Лекар на годината 2018“;
- „Принос за развитие и прилагане на иновативна медицина и уникални техники“;
- „Дългогодишна дейност в областта на медицината и активен принос в развитието на специалност“ – Доайен;
- „Мениджър на годината“;
- „Принос за развитие и утвърждаване авторитета на съсловната организация“;
- „Ти си нашето бъдеще“ – награда за младите медицински надежди на България.



IN MEMORIAM

СБОГУВАХМЕ СЕ С ПРОФ. ИЛКО КАРАГЪЗОВ, ДОАЙЕН НА АКУШЕРСТВОТО И ГИНЕКОЛОГИЯТА

Проф. д-р Илко Карагъзов бе дългогодишен ръководител на Катедра по акушерство и гинекология при МУ-София, дългогодишен директор на Университетската АГ болница „Майчин дом“, заместник-ректор по лечебната част на МУ-София. Според колегите му, с него си отива цяла една епоха в акушерството и гинеко-

логията. Той е роден в Русе. Завършва медицина през 1965 г. и печели конкурс за асистент в Университетската клиника в „Майчин дом“. През 1987 г. защитава докторска дисертация, а през 1991-а става професор. Носител е на множество награди. През годините е бил ръководител на различни обществени и адми-

нистративни звена в системата на здравеопазване. Изключителен специалист по акушерство и гинекология, който винаги е приемал своята професия като призвание и кауза. Според колегите му като най-значима награда проф. Карагъзов е приемал тази от учениците му в „Майчин дом“, когато през 2012 г. го удостояват

с приза „Златни ръце“.

Управителният съвет на БЛС и лично председателят на съсловната организация д-р Иван Мадажров, изразяват своята дълбока почит пред паметта на проф. Илко Карагъзов и поднасят своите съболезнования към семейството и близките му. Светлина на духа му!

НАЦИОНАЛЕН СЪВЕТ НА БЛС

На 29 септември т.г. в София се състоя Национален съвет на БЛС. Водещ на срещата бе председателят на съсловната организация д-р Иван Маджаров. Форумът премина при следния дневен ред: информация за преговорите по НРД - 2019 г. и предложенията за нов здравноосигурителен модел; предложения на БЛС за създаване на Обществен консултативен съвет към Лекарския съюз; сведения за провеждането на Деня на българския лекар. В точка „Разни“ бе изслушана информация, свързана с финансовото подпомагане на млади лекари и с международната дейност на Съюза.



След като поздрави присъстващите за участието им в първия Национален съвет след отчетно-изборния Събор на БЛС, т.г., председателят д-р Иван Маджаров се спря на писмо от Лекарския съюз до Националната здравноосигурителна каса относно старта на преговорите по НРД - 2019 г. В писмото се казва, че съсловната организация приема отдавнашната идея преговорите да започват от началото на годината.

Председателят съобщи взетите от Управителния съвет на Съюза решения: на първо място в бюджета на НЗОК да бъде ясно записано, че не може да се местят средства от параграф на параграф; второ – прогнозните бюджети на заведенията за болнична помощ да бъдат годишни, а не на тримесечие както е сега; на трето място УС на БЛС препотвърди своето желание от 1-ви януари идващата година да стартира НРД-2019. За преговорите ще има групи за ПИМП, СИМП и БП. Ще се водят протоколи и ще се гарантира прозрачност на договореностите. Конкретните предложения, които идват от лекарските колегии, от дружества и лечебни заведения ще се прикрепят към съответния протокол след всеки ден на преговори.

НОВИЯТ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН МОДЕЛ

Д-р Иван Маджаров проследи хронологично представянето на идеите на МЗ за нов здравноосигурителен модел, като защити мястото и ролята на съсловните организации съгласно два закона – Закон за съсловните организации и Закон за здравното осигуряване. В последвалите коментари относно вижданията на министър Ананиев за реформа в системата се откриха редица предложения. Според д-р Георги Кръстев (РЛК-Пловдив), новият модел трябва да е комбиниран - солидарен, но към парите за базисната медицинска помощ да се включат и допълнителни индивидуални застраховки, свързани с натрупване, унаследяване и право на преотстъпване. Регулацията от страна на застрахователни компании ще затрудни и лекари и пациенти, предупреди д-р Кръстев. „Не може дейност с проблемно финансиране да се ръководи и обезпечава само от административна структура“ – убеден бе д-р Петко Загорчев (РЛК-Шумен). Той изрази тревога, че във финансово отношение реформата ще натовари прекомерно спешните звена на болниците. Д-р Цветан Райчинов (РЛК-Русе) подчерта, че двата модела, предложени от МЗ са неприемливи и настоя по този повод да се свика извънреден събор. „За мен е положително, че започва да се говори по въпроса за здравното осигуряване, че ще се вляят нови средства в системата и ще се въведе отговорност от страна на пациента - каза д-р Виктория Чобанова (ОПЛ, Ихтиман). „Много важно е не да отхвърляме всичко, а да преценим какво от двата модела е приемливо за нас и да кажем какво искаме“, заяви тя. Присъстващите се обединиха около идеята за сформирание на работна група, която да излезе с конкретни предложения и концепция, които да бъдат обсъдени и приети на извънреден събор. Акцент бе поставен и върху крайно наболения въпрос за остойностяване на медицинския труд.

РАБОТНА ГРУПА ЗА РЕФОРМАТА

„Двата модела на МЗ са концепции – изтъкна д-р Маджаров. - Но за първи път министърът на здравеопазването каза това, което ние много пъти сме си говорили като лекари, че може да се регламентира доплащането. За първи път при разглеждане на проблема не бяха използвани популистките тези. За първи път министърът призна, че трябва допълнителни средства. Досега никой не е имал смелостта да каже, че над цените, които са договорени базово, лечебните заведения имат право да формират собствени цени.“ Според председателя на УС на БЛС такъв подход е основа за ценообразуване. И съсловната

организация трябва задължително всяка година да участва при договаряне на базовите цени. А това са идеи от втория модел на здравното министерство. „Налице е желание на МЗ за изпълнение на направените предложения – допълни главният секретар на УС на БЛС д-р Стоян Борисов.- Може обаче да поискаме гаранции къде ще отидат тези пари“. Част от тях ще се ползват за разходи на застрахователните компании. Но от останалата част БЛС може да поиска остойностяване на медицинския труд, повишаване цените на клиничните пътеки, ясна представа относно разходите за лекарствата, каза още д-р Борисов. Според него тези въпроси са по-отчетливо детерминирани във втория модел. „Как ще се реши проблемът със здравно неосигурените?“ – попита д-р Евгени Душков (РЛК-София). Той бе категоричен: „Липсата на виждане за неосигурените българи е пропуск в лансираните от МЗ модели“. Д-р Нели Нешева от УС на БЛС предупреди, че са нужни точни разчети при изготвяне на съществени предложения за реформа. Председателят на съсловната организация д-р Маджаров утвърди всеобщата идея да се сформира работна група от 9 души, която да подготви принципни предложения на БЛС за промяна в здравното осигуряване.

ОБЩЕСТВЕН КОНСУЛТАТИВЕН СЪВЕТ ПРИ ЛЕКАРСКИЯ СЪЮЗ

По думите на председателя на БЛС идеята за Обществен консултативен съвет при съсловната организация е възникнала спонтанно от това, че неведнъж през последните години сме били свидетели на ситуации, при които медиците се чувстват неразбрани, обидени от обвинения за грешки, засегнати от прояви на агресия. „Един от пътищата за възстановяване на връзката между лекаря и обществото е изграждането на консултативен съвет“ – убеден е д-р Маджаров. Участието в тази нова структура няма да се заплаща и тя няма да разполага с правомощия да коригира решенията на съсловната организация, нито да влиза в ролята на ментор. „Съветът ще бъде по-скоро прозорец за света към нас и едновременно ще е врата, през която ние ще изказваме болките си“ - поясни председателят на БЛС и обеща да привлече в новия консултативен орган хора с

активна гражданска позиция, доказана в медиите и в социалните мрежи.

ПОДПОМАГАНЕ НА МЛАДИ ЛЕКАРИ

Председателят на Акредитационния съвет проф. Борислав Китов се спря на нуждата от обратна информация за младите лекари, които са получавали премии от БЛС. Проф. Китов предложи напред да бъдат финан-



сирани научни проекти, след компетентна рецензия от водещи медици. Задължително се предвижда отчет на финансовите средства, изразходвани за всеки отделен проект, както и отчет за публикационната активност на работещите по проекта лекари. Ще бъде финансирано и участието на млади специалист (до 35-годишна възраст) в научни форуми. Предвиждат се и премии за студенти, които изявяват желание за сътрудничество с Лекарския съюз чрез преводи на научни публикации и кратки съобщения. «По отношение на финансирането, освен към фармацевтичната индустрия, се обръщаме за първи път и към болниците, които биха могли да са спонсори», каза проф. Китов.

МЕЖДУНАРОДНА ДЕЙНОСТ

Доц. Андрей Кехайов, като председател на Комисията по международната дейност на БЛС, заяви: „Всичко, което се извършва по международната дейност на Съюза е анализирано. Но имаме бележки по отношение на това, че не всички, които са пътували, са оставили доклади, които биха били ценни с оглед международната дейност на Лекарския съюз“. Доц. Кехайов предложи на следващия Национален съвет на БЛС да бъдат представени всички европейски и световни структури, които биха били полезни на нашата съсловна организация. Той обобщи, че най-общо приоритетните дейности на всички международни структури, с които Лекарският съюз е постигнал контакти, са дейности, изпълнявани и у нас. Доц. Кехайов, който е президент на Югоизточно-европейския медицински форум, постави специален акцент на Деветия международен медицински конгрес в Босна и Херцеговина, в който участваха над 100 български лекари. (Информация за събитието е представена на стр. 13.)

„Днешният Национален съвет на БЛС премина изключително конструктивно – обобщи председателят на съсловната организация д-р Иван Маджаров. – Надявам се по същия начин да продължаваме и напред. Конструктивните предложения и решения са тези, които ще направят Съюзът ни силен“.



ДИРЕКТОРЪТ НА УМБАЛСМ „Н. И. ПИРОГОВ” - ПРОФ. Д-Р АСЕН БАЛТОВ, д.м.:

Продължаваме да сме най-големият център за лечение на политравми



УМБАЛСП „Пирогов” е уникално лечебно заведение, което при създаването на института идеята е била да стане национална болница по спешна медицина, където да се обслужват тежките случаи от София. След това се оказало, че на практика тук се изпращат и много пострадали от страната, защото другите лечебни заведения не са били подготвени за такъв вид тежко болни. „Днес тази идея е осъществена и постепенно се превръщаме в Национален травма център, тъй като 88% от случаите са спешни, а 35% от пациентите не са от София. За миналата година сме излекували повече от 100 счупвания в областта на таза, дължащи се на пътнотранспортни произшествия и височинни травми”, обясни проф. Балтов. И допълни, че тук винаги постъпват най-тежките случаи след инциденти - пътнотранспортни произшествия, височинни травми, трудов травматизъм, масивни изгаряния, тежки проблеми с деца от цяла България във всички области, свързани с хирургията. Затова се работи интензивно, под напрежение. „Продължаваме да сме най-големият център за лечение на политравми. Това са счупвания и наранявания, при които са засегнати повече от две анатомични области - например корем, гърди, глава, таз, крайници. Броят на пациентите с политравма за година се е увеличил с около 40 про-

цента. Няма друга болница, която комплексно да предоставя по-добри възможности за такова лечение. Доказателство е, че и през последната година „Пирогов” е най-търсена при подобни случаи. Лечението на политравмите обаче е продължително, изисква скъпи авангардни терапии и ангажира голям кръг от високоспециализирани медицински кадри”, обясни професорът. По думите му новостите в последните 10 години са свързани с въвеждането в болниците на военно-полевите принципи на лечение при тежко пострадали по време на военни инциденти. „При тях първо се правят максимално бързо животоспасяващи манипулации, след което пациентът се извозва към база с по-високо ниво на компетентност. Същото правим и ние тук, на място. Опитваме се да въведем тези стандарти в „Пирогов”, за да може да бъде извършено по спешност най-важното за пострадалия и да се спаси неговият живот, след което се преминава към сериозна подготовка за последващо лечение и извършване на всички необходими оперативни интервенции. Така се прилага възможно най-бързо и най-ниско рисково всичко, необходимо за пациента и за неговото здраве”. За целта в „Пирогов” е направена реорганизация на спешното отделение, със специално обособена регистратура, откъдето болният се насочва през триажната

зона към даден кабинет. „Това ни позволи да отчетаме точно колко са преминалите спешни пациенти и се получи доста сериозна бройка. Ако я няма тази организация и този ред, ще настъпи хаос и пред кабинетите ще стават опашки - нещо недопустимо за спешна болница”, разясни директорът на „Пирогов”. Проф. Балтов е категоричен, че постиженията в ортопедията и травматологията са изключително много.

ПОСТИЖЕНИЯТА

Непрекъснато навлизат нови оперативни техники, които позволяват да се извършват по-щадящи хирургични интервенции.

„Има сериозно подобрение в раменното и колянното протезиране, има съвсем нови технологии, при които се намалява триенето между компонентите в тазобедреното протезиране, има ново поколение лакътни протези, които са много иновативни”, изброява професорът. И споделя, че една от големите му мечти е да започне частично реимбурсиране на раменното протезиране в България и то още с НРД-2019 г. Така пациентите, които са от порядъка на 100-150 човека годишно, ще могат да получат по-добро лечение. То е свързано със сериозен финансов ресурс, а за съжаление сега не всички могат да си го позволят. „В момента навлизат ново поколение раменни протези - частична, тотална или

Проф. Асен Балтов е водещ специалист в областта на ортопедията и травматологията, един от най-добрите лекари у нас в раменното протезиране. От година и половина е директор на УМБАЛСМ „Пирогов”. Председател е на Българската ортопедична и травматологична асоциация (БОТА). Професорът бе любезен да разкаже за в. Quo vadis какви са новите ортопедични лечения. Той представи и успехите на спешната болница.

обратна. Всъщност става въпрос за един вид протеза, към която се слагат различни добавки в зависимост от конкретния проблем. Това е новото и най-добро в света и спокойно може да се прави в България, но е необходимо частично реимбурсиране, за да може фирмите-вносители да имат някакъв интерес. При положение, че пациентът плаща цялата сума, която е около 5500 лв., се правят средно 50 раменни протези годишно, тъй като много хора не могат да си ги позволят. Ако успеем с реимбурсирането, ще се правят пет пъти повече”, убеден е специалистът. Според него по този начин подобни операции ще могат да се извършват и в болници в страната.

БЪДЕЩЕТО

Професорът е категоричен, че бъдещето на ортопедията и травматологията е много добро. „Работи се в различни направления. Едното е имплантологията, второто са т. нар. биологични лечения, подобряващи възстановяването на тъканите. Навлизат технологии, при които се взема собствен хрущял, с който се изгражда примерно част от сухожилие, от менискус или цял менискус, или пък хрущялна тъкан. След това се прави пластика и се възстановява собственият хрущял. Има и други направления - възстановяване на крайници със съвсем нови биологични протези, които позволяват движения с изкуствени пръсти. Нашата специалност е изключително иновативна и новостите се появяват буквално всеки ден”, убеден е проф. Балтов. Медиците се надяват тези успехи да навлизат възможно най-бързо и в България.

А болница „Пирогов” категорично върви напред.

След преобразяването на детските хирургични клиници след ремонта, рязко се увеличават пациентите в тях. „Потокът е по-голям и в детско гръдно, в детско кърмаческо, в детска коремна хирургия, в детската травматология. Пациентите и техните близки са особено доволни от добрите условия и от тази невраждебна среда, която успяхме да направим”, гордее се директорът. И открехва вратата за бъдещето. Споделя, че предстои създаването на т.нар. Стронг център за лечение на инфаркти и инсулти. За целта вече са закупени нови скенери и ангиографи. „Все още е рано да се каже, но сме заложили и закупуване на по-съвременни рентгенови апарати, които ще позволят 2- и 3-измерни реконструкции, и навигационни системи за гръбначна и тазова хирургия. Това ще позволи в реално време да се прави триизмерен образ на костите, на имплантите, които се поставят и по този начин ще се подобри възможността за възстановяване на пациентите, ще се повдигне капацитета на съответните структури”, споделя очакванията си директорът.

Проф. Балтов приветства старта на реформите, които обяви министър Кирил Ананиев. „На този етап не мога да кажа, какъв път ще бъде избран. Моето мнение е, че е хубаво да има пряко доплащане и контрол от страна на пациента, а също и допълнителни фондове. Всичко това ще повиши финансовия поток, но в същото време ще даде възможност и за по-добър контрол върху изразходването на средствата”, убеден е шефът на спешната болница. Според него най-важното е, че промените влизат в дневния ред на обществото и на политиките.

• - Д-р Борисов, колегите Ви преизбраха за втори мандат на поста главен секретар на БЛС. С какво спечелихте доверието им?
• - Предполагам, че с работата си през последните три години. Явно позициите, които съм изразявал по време на управителните и национални съвети, по време на съборите и на различни форуми, се споделят от голяма част от колегите. А иначе те ме познават добре, тъй като близо 20 години се занимавам със съсловна дейност. Бил съм касиер, а след това и председател на дружеството на БЛС в „Майчин дом”, бил съм председател на Контролната комисия и член на УС на Столичната лекарска колегия, след това и неин главен секретар. Участвал съм във всички събори на организацията. Когато поех поста преди три години казах, че пирамидата в ръководството на Лекарския съюз е обърната и главният секретар не изпълняваше функциите, които му се полагат по устав. Аз съм благодарен на бившия и на настоящия председател на Лекарския съюз, на управителните съвети, че ми позволиха да си изпълнявам задълженията като главен секретар. Разбира се, не можеше всичко да се промени като с магическа пръчка, но бавно, постепенно, за три години и половина нещата си дойдоха на мястото.

• - Какви конкретни промени наложили в организационната работа?
• - През предходния мандат направихме структурни промени в офиса - вече има различни отдели, назначени са нови хора, които се справят добре. Промени имаше във вестника, в сайта, в регистъра, в начина, по който се организират съборите и научните конференции. Направих бяха разумни икономии. В това отношение мога да кажа, че постигнахме много и средствата, които се натрупаха в предходния мандат са около 1,1 млн. лв. Бяха ремонтирани отделни кабинети, закупени бяха компютърни конфигурации и др. Най-важното за мен е, че се засили връзката с районните лекарски колегии. Аз съм в непрекъснати контакти с председателите и организационните секретари. Подобрено се демократичният момент при вземането на решения - това става не еднолично, а след гласуване от Управителния съвет. На сайта на БЛС, започнаха да се публикуват и декларациите на РЛК - такава е политиката и в момента. Качват се и протоколите от всяко заседание на УС, на Националния съвет, включително и на Контролната комисия - нещо, което преди години не се правеше. Постоянна връзка поддържам с председателите на Контролната и на Етичната комисия.

• - Какви са приоритетите Ви за този тригодишен период?
• - Основният е още повече да се засили връзката с районните колегии. И през миналия мандат искахме да посетим на място колегиите от страната, но не успяхме да отидем навсякъде. Сега тази политика ще бъде продължена. Освен това установих, че сме критикувани за много неща, които сме свършили, но явно обратната връзка се прекъсна някъде. Затова вече сме решили всички информации и становища, които се качват на страницата на БЛС и са публично достояние, да се препращат

ГЛАВНИЯТ СЕКРЕТАР НА БЛС Д-Р СТОЯН БОРИСОВ:

Трябва да сме единни, за да защитим интересите на лекарското съсловие

по имейл и в районните лекарски колегии. Аз лично ще изпращам и протоколите и решенията от Управителните и Националните съвети, а също декларации, документи. Така ще се повиши прозрачността в организацията. Ще дам пример - някои колеги ни критикуват, че не сме взели отношение по новия здравноосигурителен модел, който предлага министър Кирил Ананиев, но това не е вярно. В тази връзка разпоредих да се направи таблица с всички изяви на ръководството и на членове на УС на БЛС в медиите. Повечето интервюта и коментари са качени на сайта, но някои колеги не са ги видели. Не са отворили и здравните сайтове или тези на телевизиите и радиата, в които сме участвали. Така че ще изпратя информация до всички районни колегии, за да се види, че почти всеки ден се дават интервюта в медиите. Друг важен момент е, че събираемостта на членския внос вече е 100%, а това е важно, защото досега всички дейности на организацията се финансират чрез него. На този етап се справяме и не виждаме необходимост да се повишава членският внос.

- Какво още трябва да се направи, за да се обедини съсловие?

- Ние сме голяма група от лекари с различни специалности и е съвсем нормално тези хора да са на различно, понякога дори на противоположно мнение. Имаме го това предвид и поддържаме връзка с всички сдружения и организации на медици. Примерно, скоро на заседание на Управителния съвет беше поканен доц. Любо Киров, председател на Националното сдружение на общопрактикуващите лекари. Излизаме с общи декларации със сдруженията на областните болници, на общинските, на частните. Възстановихме добрите си отношения с профъюзите, каним ги на наши мероприятия. Работим съвместно и с представителите на специалистите по здравни грижи, дори обсъждаме по какъв начин чрез Лекарския съюз да се защитават и техните интереси по време на преговорите за НРД, тъй като те не участват в тях. По отношение на рамковите договори постигнахме нещо, което не беше правено от много години - увеличихме, макар и малко, цените на клиничните пътеки. Старали сме се винаги да има равностойно разпределение на парите по пера, така че каквото е увеличението за колегите в доболничната помощ, такава да е процентно съотношението и за специалистите в извънболничната помощ и в болниците. Основната ни цел по време на договарянето беше да се изнесат част от дейностите в извънболничната помощ, за да може да се облекчат клиниките, където финансирането е по-сериозно. Но това е един бавен процес,



Д-р Стоян Борисов е роден в София. Завършил е Медицинския университет в столицата през 1982 г. Има 35 години лекарски стаж, от които 31 като акушер-гинеколог. Работил е в болниците в Исперих и Сандански, в Центъра за спешна медицинска помощ в София, а по-късно - в VIII-ма поликлиника в район „Надежда“. От 1991 г. е акушер-гинеколог в „Майчин дом“, като е преминал през всички звена, но най-дълго е работил в Клиниката по оперативна гинекология - 12 години, и в Клиниката по стерилитет, гинекологична ендокринология и детскоюношеска гинекология - 7 г. От 1995 г. работи непрекъснато и в кабинета по онкопрофилактика. Д-р Борисов е със сериозен опит в дейността на съсловната организация. Има два мандата като председател на дружеството на БЛС в „Майчин дом“, един мандат е бил председател на Контролната комисия на Столичната лекарска колегия, един мандат е бил член на УС на СЛК, два мандата е бил главен секретар на СЛК и няколко месеца - зам.-председател на същата колегия. Два пъти е бил избран за председател на изборната комисия на Събор на БЛС с мандат от по 3 години. От 2015 г. е главен секретар на БЛС, като е преизбран на последния Събор на съсловната организация.

който зависи не само от наше желание, а трябва да се променят и много от нормативните документи. Примерно, ако се изведат малки оперативни дейности в ДКЦ, там трябва да има анестезиолог, само че изискването на Касата е той да работи на основен договор на 8 часа, а тези специалисти не достигат дори в болниците. Затова е дадена възможност да работят и на втори договор.

- Вече са ясни предложенията на министър Ананиев за промени в здравноосигурителния модел. Кои са положителните моменти и какво не бихте подкрепили?

- В първия вариант за промени на здравноосигурителния модел, който ни представи министър Ананиев, Лекарският съюз и БЗС не фигурираха като страна в договарянето на НРД. Бяха записани само министърството, Здравната каса и застрахователите. Ясно е, че подобно нещо ние няма да допуснем и ще защитим интересите на гилдията. Затова беше свикан спешно Управителен съвет, на който се реши: няма

да даваме никакво становище по предлаганите модели, докато не се възстанови договорното начало.

- Кой вариант за промени е по-подходящ за българските условия - на демонополизация на НЗОК или на допълваща застраховане?

- При варианта за демонополизация на Здравната каса повишаване на здравните вноски не се предвижда, което означава, че допълнителни пари няма да постъпят в системата. Ще се разчита на това, че частните каси ще осъществяват по-строг контрол. Другият вариант на практика признава, че средствата в здравеопазването не са достатъчни, т. е. контрол не е необходим, но какъвто и да е той, парите не стигат. В него е изчислено, че средната клинична пътека в страната е около 700 лв. и се предлага 15% от тях да се доплащат от пациента, като ще отпадне потребителската такса. Освен това се предвижда и задължителна допълнителна застраховка в размер на 12 лв. На последните разговори се разбира, че

числата ще се уточняват с работни групи, с експерти, като ще се иска становище на съсловни и пациентски организации, на профсъюзи, така че нищо не е окончателно. Предлага се държавата да плаща допълнителната застраховка на тези групи, които осигурява и в момента, но държавните служители да си ги покриват сами - което е нов елемент. Освен това ще има и трети стълб и всеки, който иска, може да си направи допълнително здравно застраховане, каквато съществува и в момента. Целта е да се съберат повече средства. Разчетите сочат, че по този начин в системата ще влязат още около 850 млн. лв., но на практика ние сме убедени, че няма всички да отидат в здравеопазването, тъй като изискванията към застрахователите също са сериозни. Те трябва да имат офиси във всеки областен град, персонал, контролори, а всичко това са разходи. Всяко застрахователно дружество ще си направи изчисления и за печалба. Въпреки всичко смятаме, че то-

ва е пътят за увеличаване на средствата за здравеопазване, за което ние апелираме много отдавна. Изпратихме писмо и материалите, с които разполагаме, до районните колегии и поискахме да получим становище от тях кой вариант подкрепят.

- Кои са най-сериозните проблеми в сектора, които реформата трябва да реши?

- Един от основните проблеми в българското здравеопазване от години е финансирането. Средствата са недостатъчни. По Западноевропейски стандарти в България парите за здравеопазване - от здравни осигуровки и от това, което отделя държавата, трябва да са около 8 млрд. лв. Те и в момента са толкова, но е изчислено, че 48% се доплащат директно от пациентите. Това трябва да се промени, като се увеличи публичните средства в сектора. Второто нещо е, че в клиничните пътеки не е включен трудът на лекари, медицински сестри, акушерки. Третият момент е, че има много клинични пътеки, кои-

то са трайно недофинансирани, а това води до падане качеството на работата. Другият момент е, че колегите от извънболничната помощ поради липса на средства насочват болните за хоспитализация. Ако регулативните стандарти са достатъчно, много излишни хоспитализации ще паднат. Най-големият проблем обаче е този с лекарствата. Там средствата непрекъснато се увеличават и тази година ще достигнат около 1.1 млрд. лв. Парите за лечебна дейност са около 1.85 млрд. лв., но около 250 млн. от тях пак са за лекарства. Така процентите за дейност и медикаменти стават 60:40, а в Западноевропейските държави за лекарства се отделят около 16%, максимум 20%. Трябва да се намери механизъм и това да се коригира.

- Какви са идеите за НРД 2019? Какво ще поиска БЛС?

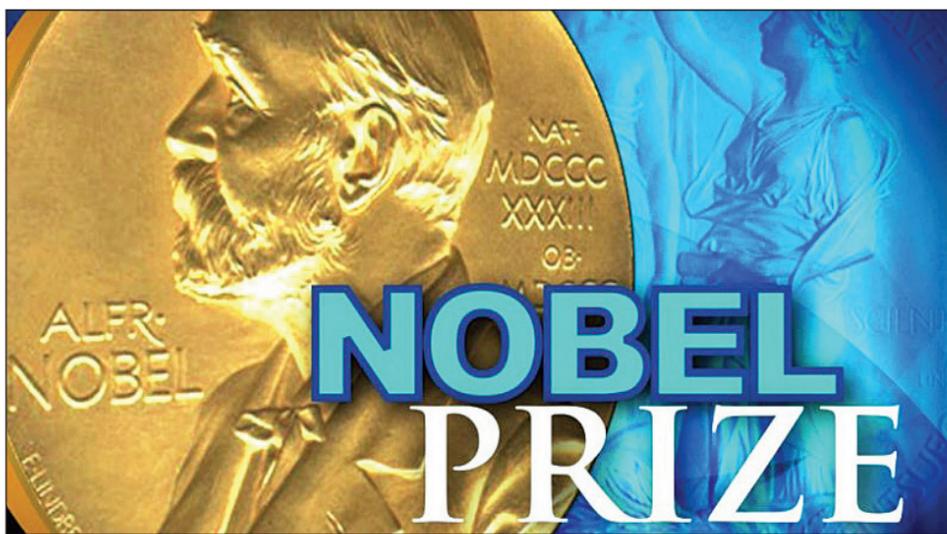
- На едно от последните заседания на Управителния съвет беше решено да бъде записано в НРД, че няма да се прехвърлят средства от перо в перо. По този начин ще се прекрати практиката да се увеличават парите за лекарства за сметка на дейността. Ще поискаме също бюджетите на болниците да бъдат по-големи, за да няма никаква надлимитна дейност. Защото дори да постигнем увеличение на цените на клиничните пътеки, ако бюджетите останат същите няма да има никакъв ефект. Освен това БЛС отдавна настоява да бъде въведено електронно здравеопазване, което ще увеличи контрола в системата. Сега имаме уверение, че това ще се случи.

- Какво предвижда БЛС за задържането на младите лекари в България?

- Лекарският съюз се бори постоянно за подобряване условията на труд на колегите. Ние настояваме пред институциите да се отделят повече средства за здравеопазване, за специализации, да се осигурят по-добри условия за работа на младите лекари, за да останат тук. Успяхме да извоюваме заплати за специалистите, което е нещо положително, но начина, по който те се изплащат, не е най-добрият. Защото директорите на болниците вместо да вземат лекари специалисти, които да дават дежурства, назначават на техните щатове специализанти. Трябва да се промени това. Редно е държавата или някакъв специален отделен фонд да плаща специализациите, защото след като завършат колегите, няма никаква гаранция, че ще останат да работят в болницата, която ги е издържала. Тук има какво да се желае. Така че най-важното е повишаване на заплатите, добра основа за специализация и кариерно развитие. Ние настояваме за тези неща, но не сме институцията, която може да ги наложи.

Интервю на Лили Войнова
от 19 юли, 2018 година

ПРОБИВ В ЛЕЧЕНИЕТО НА РАКА



Джеймс П. Алисън и Тасуку Хонджо спечелиха съвместно Нобелова награда за физиология или медицина

Откритията на двамата учени водят до пробив в лечението на онкологичните заболявания. „Алисън и Хонджо показаха как различните стратегии за инхибиране на спирачките върху имунната система могат да бъдат използвани при лечението на рака“, се казва в изявлението на Кралския Каролински медицинско-хирургичен институт.

Алисън изследва протеин, който "функционира като бариера върху имунната система", обяснява сайтът Nobelprize.org. Ученият осъзнава потенциала на премахването на това препятствие, за да бъдат освободени имунните клетки да атакуват туморите. Алисън разработва тази концепция за изцяло нов подход срещу рака. Хонджо изследва паралелно протеин, който също действа като спирачка, но с различен механизъм. Прилага лечения на базата на своето откритие, които водят до поразителна ефективност в борбата срещу раковите заболявания.

КОЙ КОЙ Е

Джеймс П. Алисън е роден през 1948 г. в град Алис, Тексас. През 1973 г. защитава докторантура. От 1985 до 2004 година е на

работа в университета "Бъркли" в Калифорния, а от 2004 до 2012 година - в онкологичния "Мемориъл Слоун-Кетеринг център" в Ню Йорк. От 1997 до 2012 година води изследователска дейност в Медицинския център "Хауърд Хюз".

Тасуку Хонджо е роден през 1942 г. в Киото. Завършва медицина през 1966 г., след което работи като изследовател в Института "Карнеги" във Вашингтон, в Балтимор и в Националния здравен институт в Бетезда, щата Мериленд. През 1975 година защитава докторантура в университета в Киото. В периода 1974-1979 година е на работа в Токийския университет, а от 1979 до 1984 година - в университета в Осака. От 1984 година е професор в университета в Киото.

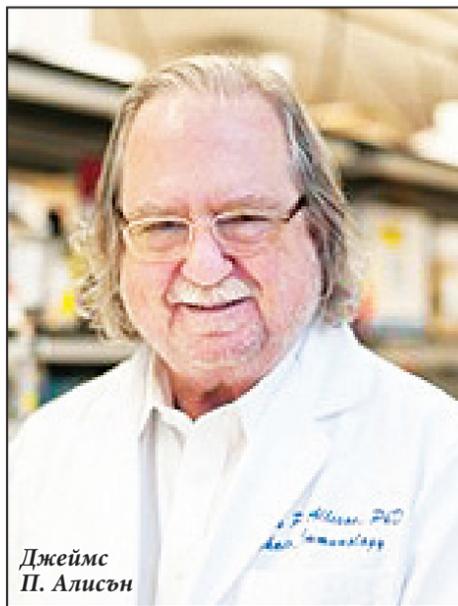
Нобеловите награди ще бъдат връчени на церемония в Стокхолмската концертна зала на 10 декември в деня на кончината на основателя на Нобеловата награда Алфред Нобел. Тази година паричната равностойност на наградата е 9 милиона крони (873 000 евро).

ИСТОРИЯ

По желание на Алфред Нобел (1833 -1896

г.) наградите, носещи неговото име, са за ключови открития в областта на физиката, химията, физиологията или медицината, както и за забележителни литературни постижения и дейност в интерес на световния мир. Всяка награда може да бъде присъдена най-много на трима номинирани. Тя се състои от златен медал, диплом и парична сума. Първата Нобелова награда за физиология или медицина е връчена през 1901 г. на Елим Адолф фон Беринг (Германия) за "работата му върху серумната терапия, специално за прилагането ѝ при дифтерия, с което отваря нов път за медицинската на-

ука и дава на лекарите победоносно средство против болестта и смъртта". Миналата година Нобеловата награда за физиология или медицина спечелиха американците Джефри Хол, Майкъл Росбаш и Майкъл Иънг за откриването на молекулярните механизми, контролиращи циркадния ритъм. Сред известните учени, получили Нобелова награда за физиология или медицина, са: Иван П. Павлов (Русия), Роберт Кох (Германия), Александър Флеминг (Великобритания), Джордж Бидъл (САЩ), Едуард Тейтъм (САЩ), Джошуа Ледърбърг (САЩ).



Джеймс П. Алисън



Тасуку Хонджо

НОВА ХИПОТЕЗА ЗА ПСОРИАЗИСА

Чл.-кор. проф. д-р Николай Цанков, д.м.н. допуска съществуване на вид псориазис, свързан с *Mycobacterium tuberculosis*

Чл.-кор. проф. д-р Николай Цанков, д.м.н. е дерматолог с над 390 научни публикации в наши и чужди издания, изнесъл 263 лекции и доклади в света, от които 37 пленарни лекции, почетен член на 17 научни дружества и академии в Европа и САЩ, почетен председател на Българското дерматологично дружество. Неговият опит в изследването и лечението на псориазиса обхваща повече от четири десетилетия. Той е един от първите учени в света с публикации и монографии за псориазиса като хронично възпалително системно заболяване.



През годините концепцията, която чл.-кор. проф. Николай Цанков застъпва, се доказва и днес вече навсякъде по света се приема, че псориазисът е системно заболяване. В публикация от последния брой на американското списание "Медикул хипотезис" българският учен съвместно с неговия ученик д-р Иван Гроздев правят нова крачка в овладяването на това тежко за човека стра-

дание. Родните дерматолози допускат съществуването на вид псориазис, предизвикан от *Mycobacterium tuberculosis*. Болестното състояние може да бъде контролирано чрез един от основните медикаменти, използвани при комплексното лечение на различните форми на туберкулоза. Проф. Цанков и д-р Гроздев са първите в света, които прилагат с добър ефект антибиотик

срещу псориазис. Първоначалната логика за използването на антимикобактериално средство с активна съставка рифампицин е, че заболяването се провокира от възпалителен процес и потискането му ще доведе до контрол над симптомите. Лечебната практика подкрепя хипотезата. При двама мъже, подложени на противотуберкулозна терапия, изчезват псориатичните плаки.

"Те имаха афинитет към алкохола и всъщност псориазисът им беше последна грижа, не му обръщаха никакво внимание и не прилагаша лечение - пояснява проф. Цанков. Изненадващо, без да са очаквали, ефектът от едногодишната терапия се оказва двоен. С излекуване на туберкулозата изчезват и клиничните прояви на псориазиса. „Ние допускаме съществуването на псориазис, свързан с туберкулозата, който може да бъде успешно контролиран с антибиотик от групата на рифампицините“, пояснява проф. Цанков. След публикуване на неговата хипотеза в авторитетното списание "Медикул хипотезис" чуждестранни изследователи се обаждат на българския учен и заявяват своето становище в полза на научното предположение. Според проф. Цанков „с напредването на знанието за псориазиса се убеждаваме, че той не е едно заболяване, а има множество клинични типове. Това се обуславя от мултифакторната му природа и широката гама от съпътстващи проблеми, които заболяването

поражда." Най-вероятно и *Mycobacterium tuberculosis* е един сред многото фактори, предизвикващи появата на псориазис.

БЪЛГАРСКАТА ДЕРМАТОЛОГИЧНА ШКОЛА

Представителите на българската дерматологична школа проф. Петър Попхристов, проф. Илия Петков, проф. Никола Ботев-Златков, проф. Асен Дуришев, доц. Нели Кирякова, доц. Любомир Дъскарев, проф. Жени Христатијева както и проф. Николай Цанков и неговите ученици, доц. Янко Попов, д-р Иван Гроздев, д-р Иван Богданов имат дългогодишен опит в овладяването на тази болест чрез лекарствени терапии и климатолечение. Резултатите им са публикувани в редица авторитетни издания. Отдавна е доказано, че при това заболяване се постигат изключително добри резултати чрез таласотерапия и балнеотерапия.

Днес много надежди се възлагат на биологичните терапии. Според проф. Цанков с 1 или 2 инжекции ме-

сечно заболяването може да се държи под контрол. Така, с помощта на тези нови терапии, пациентите имат по-добро качество на живот. При някои болни обаче след прилагане на биологичните средства се отключва туберкулоза. Това става причина всеки предлаган за биологично лечение задължително да бъде тестван за предразположение за туберкулоза.

В арсенала срещу псориазиса днес се включват и имунотерапиите - самостоятелно и в съчетание с другите лечения. Необясними засега остават продължителните ремисии, които е наблюдавал проф. Цанков при пациент в условията на екстремн студ и изкачване на планински връх. Необясним за професора е и друг случай - след алергичен шок от лекарство при пациент с псориазис изчезват кожните прояви на заболяването за дълъг период от време. Точно какво поставя началото на една дълга ремисия и по какви механизми се развива тя? Отговорите на тези и други въпроси предстоят.

ПРЕЗ ТРЪННИТЕ КЪМ ЗВЕЗДИТЕ

ЧЛ.-КОР. ПРОФ. Д-Р ЧАВДАР СЛАВОВ, д.м.н. БЕ УДОСТОЕН С ОРДЕН „СТАРА ПЛАНИНА“

За изключително големи заслуги в развитието на медицинската наука и практика, един от най-известните български уролози - чл.-кор. проф. д-р Чавдар Славов, е удостоен с орден „Стара планина“ без лента – първа степен, без мечове. Тази най-голяма награда в страната ни, която се присъжда в указ на президента, стана повод за сегашния разговор.

- Проф. Славов, как приемате факта, че сте удостоен с най-високото държавно отличие?

- За мен това е морална награда за отдадеността ми към професията и хората.

- Сигурно е много голяма цената, жертвата в името на тази отдаденост...

- Така е. Но е голямо и удовлетворението от постигнатото, от благодарността на онези, на които съм помогнал. Ето пример - през 1991 година направих първата операция в България за заместване на пикочен мехур с част от разгънато тънко черво. По време на хирургичната намеса пациентът започна да кърви. Трябваше да му се прелее кръв и аз участвах в кръводаряването. Операцията приключи благополучно и човекът е жив до ден днешен. Когато го интервюираха от една медия, той заяви, че иска моя снимка, за да си я сложи до иконата вкъщи. В такива моменти разбираш, че не са напразни безсънните нощи, тревогите, лишенията по трънливия лекарски път. Нали, през тръните се стига до звездите, както е заявил преди хилядолетия Луций Сенека - Per aspera ad astra.

- Подсещате ме за серия латински сентенции, които се отнасят до съдбата. Тя помага на смелите. Обича храбрите. Всеки е ковач на своята съдба. Тя често ни дава знаци. Откривате ли предвестник на съдбата при избора Ви на професия?

- Като ученик в 9-10 клас оперирах котки. От свой родственик, който беше ветеринарен лекар, бях научил как да си направя операционна масичка, как да приспя котката, да я завържа и оперирам по всички правила на изкуството. Помагаше ми моя съученичка, която беше в ролята на анестезиолог. Интересно е, че се насочих към бъбрека още при първата котка. Отстраних го, но се получиха усложнения. При втората много внимателно лигирах кръвоносните съдове. Държа да кажа, че котките оживяха. По-късно разбрах, че има специалност урология.

Вече като студент по медицина помня, че на една лекция на проф. Христо Куманов (тогава той беше доцент, млад, еродиран) усетих, че нещо ме грабна, привлече ме към урологията и аз постъпих в неговия кръжок. Правихме опити върху лабораторни плъхчета. Години след това започнаха трансплантациите. Имаше дни, в които за 72 часа ни се събираха



Чл.-кор. проф. д-р Чавдар Славов, д.м.н. е завършил Висшия медицински институт в София. Неговият интерес към урологията датира още от студентските му години. По-късно в УНСС е защитил магистратура по здравен мениджмънт. Специализирал е във Франция, Белгия, Русия, САЩ, Великобритания, Германия. Той е разработил и въвел за първи път в България реконструктивните операции на мъжката уретра с ламбо от булачна лигавица, с което е поставил родината ни сред първите 10 страни в света, усвоили този подход в уретралната хирургия. Автор е на над 415 научни труда, 18 монографии и учебници, 13 рационализации и изобретения. Създал е за урологичната практика над 10 диагностични и 16 оперативни методики. Член е на множество наши и международни специализирани дружества и асоциации. Има заслуги за оптимизиране организацията на здравеопазването и мениджмънта на болничното здравеопазване. Удостоен е с награда за принос в областта на хирургичните науки на името на „Проф. Параскев Стоянов“, Приз за цялостен принос в областта на редките болести, Грамота „Благородно сърце“, „Лекар, на когото българите вярват“ и други отличия. Почетен гражданин е на Кюстендил, откъдето започва творческия му път. Бил е началник на Клиниката по урология в УМБАЛ „Александровска“, национален консултант по урология, зам.-министър на здравеопазването. В момента е началник на „Клиника по урология с извършване на специфична дейност по андрология“ при УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“.

по 2-3 часа сън и то на стол.

- Въвели сте много оперативни техники в практиката, имате и значими научни открития. Ако класирате постиженията си, кои бихте поставили на челно място?

- Реконструктивната хирургия на мъжката уретра с ламбо от булачна лигавица нареди България сред първите държави в света, които въведоха този метод. Това е много сложна хирургия, която е постижение. Развихме този метод и сега имаме последователи. През 2017 година извършихме операция за възстановяване проводимостта на пикочния канал на пациент пак с негова тъкан, но не от булачната лигавица, а от езика. Подобно лечение бе провеждано в

единични случаи още през 2007 - 2008 година, пак от наш екип, но сега вече става рутинна практика. С голяма значимост е също участието ми в чуждестранен екип, провеждащ геномни проучвания. Намерихме над 63 локуса в генома, свързани с простатния карцином, заради което сме цитирани в списание „Nature Genetics“ и в други авторитетни издания, водещи в световната наука. Откритията в генома предлагат възможност за създаване на биомаркери, по които се поставя диагнозата „Простатен карцином“ и се правят прогнози за развитието на болестта.

- Според Вас вярно ли е твърдението, че за всяка дейност е нужна посветеност?

- Разбира се. Посветеността зарежда с творческа енергия, с благородство, отваря сетивата ни за духовното, божественото. Аз съм вярващ човек. Вярвам, че Бог стои над нас и насочва ръката ми.

- Подобни виждания откриваме в изкуството на световноизвестни български художници, включително в творби, присъстват във Вашия каталог „Изкуството на графика“...

- Там повечето от представените художници са мои приятели, хора, с които съм израснал, които са формирали моите естетически нагласи, моята възприемчивост към изобразителното изкуство. За мен този каталог е реализирана меч-

та. Нося го по време на конгреси, за да популяризирам най-безкористно българското изкуство пред света.

- Изкушавала ли Ви е някога идеята да останете в чужда държава и да работите там?

- Никога не съм мислил да напускам България. По време на специализациите си в други страни се убедих, че не ставам за емигрант. Не мога да живея задълго далеч от бащиното огнище, не мога да понеса липсата на приятелите, на нашите порядки. Освен това знам, че камъкът си тежи на мястото. Същото виждане имат дъщеря ми и синът ми, които се трудят в България. Моят син е акушер-гинеколог и му беше предложена работа в американски център, изграден в

Будапеща, но той отказа категорично. Явно е наследил моята привързаност към родната стряха.

- Вие присъствахте на състоялата се неотдавна в НДК Национална кръгла маса „Дискусия за бъдещето на здравеопазването“. Как оценявате тази инициатива на Министерство на здравеопазването?

- Прави ми добро впечатление това, че екипът на здравното министерство има нагласа за широко обществено обсъждане на реформата. Тя е национален, надпартиен проблем и промените трябва да се договорят между политиките, съсловните и неправителствените организации. Навярно ще ме попитате - кой модел ми харесва? Бих подкрепил задължителното здравно застраховане, защото така ще има средства за осъвременяване на апаратурата и за иновации в здравеопазването. Допълнителните 12 лв. ще надградят 8% за НЗОК, ще има конкуренция и един вид демонаполитизация на Касата, което е необходимо. Оказва се, че по този модел Здравната каса може да заплати до 700 лв. за лечение, а останалата част ще е от застрахователите. Това е вид демонаполитизация. Не мисля, че парите, които трябва да отделя пациентът, са чак толкова много, имайки предвид какви други разходи правят българите. Освен това моделът предвижда и профилактика, което е много съществено.

- И накрая, един често задаван, но съществен въпрос - какви са Вашите очаквания за бъдещето?

- Надявам се, че с по-добро финансиране и по-добър контрол, качеството на здравеопазването ще се подобри и ще настъпи позитивна промяна в заплащането на лекарите и професионалистите по здравни грижи. Но е важно да има политическа воля за промяна. На масата трябва да седнат всички политически сили, съсловни организации и НПО-та. И да се знае какво ще се прави в идващите 10 години. Аз съм с леви убеждения, но мисля, че за да се осъществи реално реформата следва да се приложат и десни политики, които трябва да бъдат разяснени пред обществото. Важно е да намерим начин бремето на реформата да се носи от тези, които имат повече възможности.

Интервю на д-р Ваня Шипочлиева, д.м.

ДИСКУСИЯ ЗА БЪДЕЩЕТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

На 26-ти септември т.г., в зала 3 на НДК се състоя Национална кръгла маса - „Дискусия за бъдещето на здравеопазването“. Присъстваха представители на президентството, вицепремиерите Валери Симеонов и Томислав Дончев, депутати, представители на Световната банка и Световната здравна организация, на синдикати, съсловни и пациентски организации, водещи лекари, бизнесмени, застрахователи, журналисти, граждани. С този форум се постави началото на публичното обсъждане на предстоящата реформа.



POTIUS SERO QUAM NUNQUAM

„По-добре късно, отколкото никога“, гласи латинска сентенция. В духа на древната мъдрост и с критичен поглед към настоящето стартира дискусиата. „Реформата в здравноосигурителния модел многоzakъснъ – заяви здравният министър Кирил Ананиев при откриването на кръглата маса. - Необходими са спешни промени.“ Пред специалистите и браншовите организации той помоли да не се гледат като окончателни двата модела, които предлага Министерство на здравеопазването. „Дискусиата по тях ще продължи колкото е необходимо, подчерта г-н Ананиев - Поема ангажираността да не тръгвам по открития път към Министерския съвет, докато не постигнем съгласие“.

ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИЯТ МОДЕЛ В МОМЕНТА

Кратък обзор на сегашния здравноосигурителен модел направи министър Ананиев. Той напомни, че задължителната осигурителна вноска в момента е 8% върху доходите; вноските са персонални, но се съхраняват в неперсонализирани сметки. Едва 11% от населението над 18 години има доброволни застраховки. „Съществуват безотчетни и нерегламентирани плащания, както и редица полурегламентирани доплащания за услуги, които пациентът е задължен да избере, независимо дали желае или не“, каза министърът. Според него моделът се отличава със свръхкапацитет

на болничната помощ, високо ниво на специализации, добре обучени и висококвалифицирани медицински специалисти, бърз достъп до болнична медицинска помощ във всичките ѝ аспекти, добре развиваща се система на интегрирани здравно-социални дейности и услуги, финансирани на този етап с европейски средства. Това е система, сравнително лесна за управление. Недостатъците ѝ обаче са: при нарастващи публични средства за здравеопазване липса на желаните медицински резултати, както и на удовлетвореност на пациентите от ефекта на лечението; увеличаване броя на

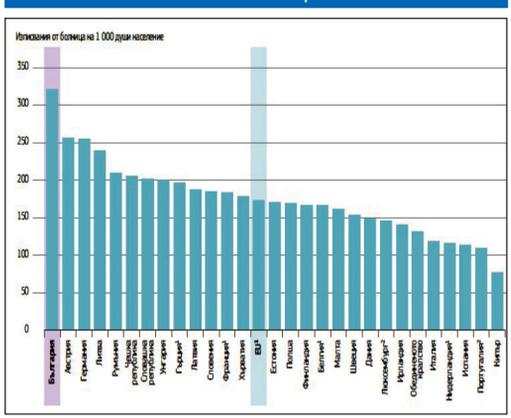
преминалите пациенти. Моделът позволява и увеличаване сметките на пациентите, нарастване на разходите за болнично лечение, лекарства, медицински изделия, разкриване на нови дейности без конкретно и дългосрочно планиране. Министърът постави акцент върху постоянно растящите разходи на системата. „През 1998 г. те са били 810 млн. лв. или 3,1% от БВП, докато през 2017 г. те са вече 4,3 млрд. лв. или 4,6% от БВП. По данни на Световната банка съотношението между частните и публичните разходи за здраве се измества в посока към частните за сметка на публичните.

ИЗСЛЕДВАНЕ НА „АЛФА РИСЪРЧ“

Анкетно проучване допълва представата за сегашната ситуация. По време на кръглата маса социологът Боряна Димитрова съобщи основните изводи от него, след обработка на данните от проведените анкети. Те са реализирани по поръчка на Министерството на здравеопазването във времето между 23 юли и 23 август т.г. Обхванати са 1 017 души. Фрапирещ е фактът, че едва 7% от здравноосигурените са проверили здравното си досие. Според данните липсва заинтересованост сред хората за какви дейности плащат здравни осигуровки. Само 30% от българите знаят на каква сума се осигуряват, независимо че публичните плащания за здраве са над 4 млрд. лв., а личните - над 2 млрд. лв. Според социолозите у хората се е натрупал негативизъм, възникнало е недоверие относно виждането, че увеличението на здравната вноска е в право пропорционална зависимост с качеството на медицинската помощ и достъпът до нея. Само 6% от анкетиранията са склонни да внасят за здраве повече от сегашните 8%. Иначе хората искат високоспециализирани медицински услуги, съвремен-

ни болници с модерно оборудване и апаратура, а не просто болници. Анкетата сочи, че 67% от здравноосигурените са си направили профилактични прегледи през последната година. В селата този показател е 49%, а в София - 78%. И още - 70% от хората с доход под 200 лв. са пренебрегнали профилактиката. При българите с доход над 1000 лв. същият показател е 40%. В момента едва 11% от хората у нас, които са над 18 г. имат доброволни здравни застраховки. Въпреки че в България процентът на хоспитализирани е най-високият за ЕС, продължителността на живота в страната ни е втората най-ниска за Европейския съюз и е равна на 74,7 г., докато за ЕС средният показател е 80,6 г. Според „Алфа рисърч“ анкетиранията настояват да се проследява ефектът от лечението със скъпи лекарства, което е една от иновативните идеи на управителя на НЗОК. И още проучването сочи, че кредитът на доверие за въвеждането на нов здравноосигурителен модел у нас е 51%. „Той не бива да се пропилява“, категорична бе г-жа Димитрова.

Хоспитализации в ЕС:



ДВА ВАРИАНТА ЗА РЕФОРМА

Като представи вариантите за промяна на здравноосигурителния модел министър Ананиев подчерта, че щепта на реформата е да повиши удовлетвореността и да подобри отношението на пациентите към оказаната им медицинска помощ. Също - да се проследяват ефектите от реализираните терапии върху пациентите, както и да се търси потенциал за нови програми, свързани с

обновяване на материалната база и технологичте за диагностика и лечение. Министърът се спря на особеностите на предложенияте от МЗ два здравноосигурителни модела.

ПЪРВИЯТ - „МОДЕЛ А“, въвежда конкуренция между НЗОК и застрахователни дружества. До възникване на застрахователно дружество, което да поеме здравните вноски, както и при евентуален фалит на такова дружество, пациентът ще бъде обслужван от НЗОК. Лекарите от извънболничната помощ, имат право да насочват пациенти само към лечебни заведения, сключили договор със застраховател. НЗОК и

застрахователят ще се договарят пряко с изпълнителните на медицински услуги, като НЗОК ще придобие статут на застраховател. НАП ще превежда вноските към НЗОК или застрахователя, а превеждането на средства ще се извършва непосредствено на месечна база. Всички осигурители трябва да са лицензирани. Те ще формират осигурителен пул. Застрахователите са задължени да записват желаещите пациенти, без да правят никакъв подбор. Подобно селектиране ще е забранено. Застрахователите ще се конкурират помежду си чрез предлагане на здравни пакети с допълнителни услуги. Ще бъде създаден гаран-

ционен фонд, който ще се формира от средства, събрани от здравни вноски през първата година. „Предимствата на този модел са запазване на социално разпределителните механизми, запазване размера на паричните средства, осигуряване на равенство във финансирането, равенство в достъп, превеждане на средствата на месечна база. При този модел се създава конкуренция, която е в полза на пациентите. Недостатъците са отсъствие на възможност за здравноосигурените лица да получават знания относно това какво се харчи от техните сметки. Има и риск от запазване на нерегламентирани плащания“, коментира министър

МНЕНИЯ

Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ, председател на УС на БЛС:

Няма да се отклоним от принципите, гарантиращи оптимизация на здравеопазването

От името на Управителния съвет на БЛС искам да поздравя министър Ананиев за направената презентация, в която той разви идеята за промени в здравния сектор и необходимостта от пълноценно медицинско обслужване. Ще си позволя да не се спирам на конкретни детайли (както се съобразявам с регламента за изказванията).

От двата модела ще посоча основни моменти, изключително важни за мен. На първо място това е желанието да се оптимизира контролът, с цел ефикасност и ефективност на системата. На второ място поставям допускането на думата „конкуренция“ в здравеопазването. Много важни са също: необходимостта от генериране на допълнителни средства за здравеопазване; възможността пациентите да участват в контрола върху разхода на средства за здравна система; свеждане до минимум на нерегламентирани плащания.

Ще добавя и нещата, които ни липсваха в цялата презентация, а именно: малко повече мерки за лечението на пациентите извън активните болници; мерки за тези, които не плащат или не искат да плащат здравни осигуровки, както и мерки за нещо много съществено – остойностяване на медицинския труд.

В заключение ще добавя, че днес беше изключително важен ден, в който се даде старт на нещо позитивно. Ние, като съсловие, сме готови да участваме активно.

ТОМИСЛАВ ДОНЧЕВ, вицепремиер:

Да приемем идеите за промяна като провокация, върху която може да тече обсъждане

Вицепремиерът Томислав Дончев поздрави министър Ананиев за смелостта да представи идеите си за промяна и да понесе критиките на предложениите си. Г-н Дончев се спря на съществу-

ващи противоречия: „Казваме, че ресурсите не достигат, а имаме белези за пилеенето им. Казваме, че няма контрол, а системата е бюрократизирана. Говорим за профилактика и нищо не се случва. Относно моделите на здравно осигуряване вицепремиерът заяви: „Имаме странни очаквания към системата, а очакванията ни към лекарите са като към веш, която е в гаранция и трябва задължително да има отстраняване на нередостта. Готови сме да дадем 1000 лева за гражданска отговорност, но не и за здравеопазване“. Според него разумно е да приемем идеите за промяна като провокация, върху която може да тече една професионална дискусия.

МАЯ МАНОЛОВА, омбудсман на България:

Предлага се реформа само в приходната част

„Като национален омбудсман имам своите ангажименти към правата на българските граждани - заяви г-жа Манолова. - Предвид многобройните жалби неведнъж съм казвала, че здравната система се нуждае от сериозни реформи, които да върнат доверието на гражданите в нея и да осигурят достъпна и качествена помощ. В този ред на мисли не мога да не поздравя екипа на МЗ, който се заема със сложна задача. Страхувам се, че добрите думи ще свършат дотук, защото реформата, която се предлага, е само в приходната част.“ Според омбудсманата реформата ще осигури повече пари в здравеопазването, но не става ясно как те ще повлияят на повишаването на достъпа и качеството в нея. „Практиката

през последните години показва, че повече пари не означава повече качество. Напротив, жалбите се увеличават... Предлаганите реформи нарушават принципа на солидарността“, каза г-жа Манолова. Тя изтъкна, че не е ясно какво ще получат гражданите срещу 12 лв. допълнителна задължителна застраховка.

ДОЦ. Д-Р ЛЮБОМИР КИРОВ, председател на Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България:

Трябва първо да се определи цената на лекарския труд

Дискутираме основно системата за здравно осигуряване, а не системата на здравеопазване. Това са две различни неща. Мисля си обаче, че тези 800 млн. - до 1 млрд. лева, които се очаква да бъдат събрани по един или друг начин, могат да бъдат осигурени много по-бързо и лесно, ако се изпълнят някои неизпълнени ангажименти. Преди да вървим към всякакви дискусии за модели, МЗ, подкрепено от всички нас, следва да изиска следните неща. Първо - да се реши проблемът с над 700 000 здравно неосигурени. Второ - да започнат да се изплащат в пълен размер - 8%, здравните осигуровки за деца и хора в

пенсионна възраст. Трето - тези държавни служители, тази категория хора, на които държавата поема осигуровките, да си ги поемат самостоятелно. Всичко това, ако се събере, ще бъде над 1 млрд. лева годишно.

Искам да попитам как ще се реши проблемът с нерегламентирани плащания? Как ще съберем 800 млн. лв., за да покрием 4 млрд. лв.? Интересно е също за каква конкуренция става дума, след като се спомена, че ще бъдат определени правата и пакети. Т.е. няма пространство за вариране в това отношение между отделните застрахователни дружества и здравноосигурителната каса. Каза се, че всички ОПЛ трябва да сключат договори с всички фондове. Защо? Както фондовете могат да избират болници, така изпълнителите на медицинска помощ трябва да могат да избират с кого от тях да сключат договори.

Д-Р СТОЙЧО КАЦАРОВ, председател на Център за защита правата в здравеопазването:

Ако мислите за пациентите, изберете модела с пълна демонополизация на НЗОК

От двата модела, които сте разработили, избирам този, в който няма да имаме монопол в здравното осигуряване. Представте си само утрешния ден. Нама да имаме месечни лимити на дейността и регулативни стандарти, няма да имаме лимити за легла, описани в здравната карта, няма да има мораториуми за строителство на болници, за разкриване на нови дейности, мораториум за новите молекули, няма да се налага да приемате от глупави по-глупави „медицински“ стандарти, за да ограничим болниците, пациен-

тите ще могат да избират лекар, лечебно заведение и осигурителен фонд и да ги сменят, ако не са доволни. Никой частен фонд няма да ви кара да поддържате 10 лекари в отделение, ако работата може да се свърши от по-малко, никой няма да ви кара да държите болния на леглото 7 дни, ако може да го изпишете по-рано, никой фонд няма да ви плаща за болнично лечение на заболяване, което може да се лекува и амбулаторно, никой няма да ви забранява да работите на две или повече места, защото всеки фонд ще се стре-



те модела с пълна демонополизация. Той освен това е по-лесен за прилагане, крие по-малко рискове и ще ви даде много по-добри видими резултати.

тър Ананиев.

ВТОРИЯТ - „МОДЕЛ Б“, се отличава със съществена промяна, която се изразява в преминаване от солидарен към персонализиран модел. Промината ще става поэтапно от съвместно участие до пълна демонополизация на НЗОК. Този модел включва три стъпки на финансиране. Първата стъпка - това е 8-процентната задължителна здравна вноска на пациентите. Вторият стъпка е задължително здравно застраховане с фиксирана премия, която би могла да бъде около 12 лева. Третият е доброволна здравна застраховка, чийто размер ще зависи от допълнителния пакет услуги, избран от пациента. Размерът от премията се договаря на базата на Национално рамково договоряне за цените на медицинските услуги, според което се определя цената на основния пакет. Сроктът на валидност на договора също е предмет

на обсъждане, но не бива да се по-кратък от една година. В преговорния процес застрахователите ще се присъединяват към договорите на НЗОК. От друга страна, всяко лечебно заведение може да избира на какви цени да работи и е длъжен да ги обяви. Разликата ще се доплаща от пациента или от застрахователя. Застрахователите няма да имат право да отказват застраховка, а премията ще се изплаща или веднъж в годината, или на месечни вноски. Държавата ще продължи да покрива здравните вноски на пенсионерите, безработните и децата, но държавните служители ще са длъжни да се застраховат сами. Застрахователните дружества ще бъдат обединени в пул, в който се включва и дъщерно дружество на НЗОК, лицензирано като застраховател. Застрахователите ще могат да генерират печалба. Всяка компания ще е длъжна да има минимален брой записани лица, равен на

500 000 души. При отказ от сключване на застраховка, санкцията ще бъде по-голяма от премията, която застрахователът трябва да изплати. Третият стъпка при „Модел Б“ са допълващите застрахователни договори, непикорити от пула.

Тнар, критична линия ще се определя периодично и по отношение на болничното лечение, т.е. сума за еднократно лечение и престой в болница, която задължително се плаща съвместно от НЗОК и задължителната застраховка, а сумата над нея ще се поема от пациента. Тази линия ще бъде обект на бъдещи рамкови договоряния.

Гаранционният фонд ще се формира от средства, набрани от здравно-осигурителни вноски през първата година. Средствата в гаранционния фонд могат да се усвояват единствено за здравноосигурителни плащания на застрахователи в неспособност, при строго законово регламентирани ред и условия. Ще е възможно преминаване и към друг метод на заплащане - диагностично-свързаните групи. Цените ще се определят от национално рамково договоряне. При втория модел се предвижда въвеждане на единни правила и изисквания към лечебните заведения, без значение от собствеността им. Всички ще се ползват от публичните ресурс. „Предимствата на втория модел са личната ангажираност на гражданите, повече контрол, осигуряване на повече средства, както и на качествена и достъпна медицинска помощ“, каза министър Ананиев. Към тези позитивни страни той добави: контрол и запазване ролята на съсловните организации, въвеждане на дълготрайна политика и възможност за здравната система. Недостатъците са необходимост от решаване на спорни моменти, арбитраж на НЗОК за разходите, направени от лечебните заведения.

Дискусия за бъдещето на здравеопазването

АНДРЕЙ МАРКОВ, председател на Българска болнична асоциация:

КОНКУРЕНТНАТА СРЕДА Е СТИМУЛ ЗА ВИСОКО КАЧЕСТВО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ

„Докога ще твърдим, че имаме безплатно здравеопазване, та било то и записано в конституцията? Нито в момента функционира безплатно здравеопазване, нито се очаква в бъдеще да функционира... Частните системи са характерни за бедните държави, а богатите могат да си позволят изцяло безплатно здравеопазване - Скандинавия, Канада и т.н. В една бедна страна като България трябва да пестим всеки лев

и това, което се прави на кръглата маса, е насочено точно към този момент“, изтъкна г-н Марков. Той изрази увереност, че моделите, предложени от министър Ананиев, на практика са положили основата за развитие на здравеопазването. „Поздравления за екипа на министър Ананиев, който предприе огромен риск. Риск да загуби изцяло всичко, ако не успее“, заяви г-н Марков. Той приветства реформата от свое име и от името на Българска болнична асоциация (ББА). В

същия дух бе изпратената до БЛС

ДЕКЛАРАЦИЯ ОТ ББА

В документа се казва: „Важно е при реформата да се намери модел, при който да отпадне необходимостта от административно ограничаване на медицинската помощ, съществуващо сега под формата на различни мораториуми, лимити, стандарти и други бариери пред достъпа на болните до лечебните заведения. От друга страна промяната не следва да бъде свързана с

ограничаване ролята и отговорността на лекарите, в управлението и регулацията на медицинската помощ. Важно е промените да се случат с активното участие на всички в сектора, болничните асоциации и Българския лекарски съюз... Развитието на конкурентна среда ще даде силен стимул за повишаване качеството на медицинската помощ и ще направи контрола върху разходваните средства много по-ефективен. Конкуренцията за избора на пациента е най-силният стимул за



повишаване на частните и публичните инвестиции в човешките ресурси и в здравната инфраструктура.“ Като декларира своята позиция в подкрепа на реформи-

те, УС на ББА заявява готовност за активно участие в целия процес на подготовка и реализация на новия модел на здравно осигуряване.

Д-Р СТАНИМИР ХАСЪРДЖИЕВ, председател на Национална пациентска асоциация:

Как ще се гарантира, че отново няма да доплащаме?

„На всички е ясно, че нашето здравеопазване не може да продължи да функционира при сега действащия здравноосигурителен модел, подчерта д-р Хасърджиев. - Всички виждаме това - и пациентите и лекарите са недоволни. В предлаганите от министър Ананиев модели, особено във втория има важен елемент, който смятам, че е полезен за българските граждани. Той е в унисон с всички препоръки на Световната банка и ЕК - да генерираме повече средства чрез публични фондове

за сметка на намаляване на доплащането от джоба на пациента“. В момента българинът плаща от джоба си близо половината от всички здравни услуги. Д-р Хасърджиев напомни, че в моделите има елементи, които подлежат на изясняване. „Например, не знаем как срещу една допълнителна здравна застраховка, ще получим нещо допълнително като здравна услуга. Не е ясно и как ще се гарантира, че никой няма да ни принуди да доплащаме отново това, което в момента доплащаме.“

СВЕТЛА НЕСТОРОВА, председател на Асоциация на българските застрахователи:

Рискът може да бъде управляван с различни механизми

Много са верни принципите и целите, които си поставя здравното министерство. Вярното в принципите е да се признае, че системата е недофинансирана и има нужда от още средства и да се потърсят начини те да бъдат набавени като се увеличи публичният ресурс. Верен е принципът да се привлекат нови играчи, така че механизмите на конкуренцията и пазарните механизми да могат да вкарват някакъв стремеж към качество в една система, натрупала доста инерция в последните години. Верни са също така целите, които са поставени по отношение на контрола, на повишаването на качеството и най-вече на стимулиране на личната отговорност чрез информиране на пациента. Това е посоката и ние имаме готовност да работим по нея.

Искам обаче да обърна внимание на няколко неща. Разпре-

делянето и управлението на риска е професионалното занимание на застрахователите. Има различни механизми, с които рискът може да бъде управляван. Не съм сигурна, че предложеният в моделите е верният. Трябва да си дадем сметка къде колко ресурс има и как този риск ще бъде управляван и разпределян. Второто е, че каквато и конкуренция да вкараме на равнище финансиращи системи, не стигнем ли до момента, в който доставчиците на медицински услуги да са тези, които са в хипотеза на конкуренция както за средствата, така и за удовлетвореността на пациента, сме свършили една много малка част от работата. Преди всякакви реформи има една много важна стъпка. Трябва да си кажем кое колко струва, за какво е достатъчен публичният ресурс и кое е онова, което гражданите ще купуват.

ПРОФ. СТОЙКО СПИРИДОНОВ, Национална асоциация на частните болници:

Истинските неща не са големи

При теглене на положителните и отрицателните страни на двата предлагани модела трябва да се избере този, който е най-удобен на този етап - дали пълна, или постепенна демонополизация,

ще го решат експертите. Колкото е по-простичко обаче, толкова по-добре. Ако се премине към фаза повече държава в контрола и регулацията и повече пазар при медицинските услуги, това в медицината ще означава по-свободен достъп до медицински услуги с държавна, а не с административна регулация. Коя от двете методики е по-добра, е въпрос на сметки.

КАЛОЯН СТАЙКОВ, Институт за пазарна икономика:

Реформата трябва да е всеобхватна

Преди да започнем да реформираме приходната страна, е крайно необходимо да се остойностят услугите и да се види какви са разходите. После трябва да видим къде може да се намалят, защото знаем, че има много течове в системата, и чак тогава да говорим за повече приходи. А като става въпрос за това, първо трябва да се обърнем към държавата, която знаем, че не внася достатъчно приходи за здравеопазването и за пациентите, които осигурява. Това, което видях до момента, е реформа, по-скоро свързана с болничната помощ. Не видях за останалите

подсектори на здравеопазването, което е проблем. Тази система се характеризира в голяма степен с принципите на системата за скачениите съдове - като пипнем болничната помощ, автоматично това рефлектира върху всички останали сектори. Когато се мисли за реформа, трябва да е по-всеобхватна.

Освен това не виждам по какъв начин предложените

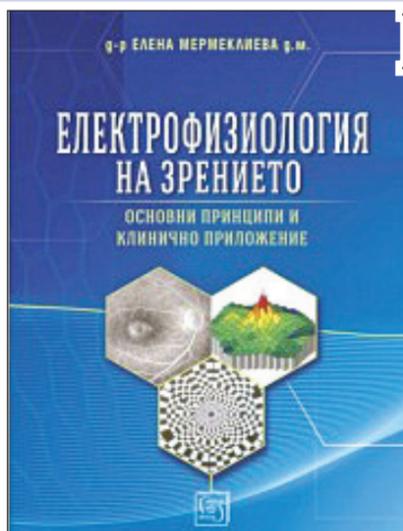
модели ще помогнат при нерегламентираните плащания, тъй като те са основно концентрирани при лекарствената политика, генерират се в някаква степен и от извънболничната помощ. Докато не се решат тези проблеми с по-еклектичен подход, не мисля, че ще има резултати. По-скоро ще налеем още пари в една нереформирана система и после пак ще се чудим защо не достигат.

НОВИ КНИГИ



Чудесата на света

Най-новата книга на проф. Христо Деянов „Да реализираш мечтите си - част III“ ни отвежда до Индия, Виетнам, Камбоджа, Тайланд, Египет, Мароко, Португалия и др. С увлекателните си разкази и над 700 уникални снимки, авторът ни разкрива един загадъчен и екзотичен свят, който няма аналог. Книгата е третата, последна част от поредицата „Да реализираш мечтите си“, с която проф. Христо Деянов ни среща с всички природни и архитектурни чудеса на света. По своя характер и стил тази поредица и в частност новата книга са уникални за нашия книжен пазар и са богатство за всяка лична и обществена библиотека. Книгата излиза от печат в средата на октомври.



Електрофизиология на зрението

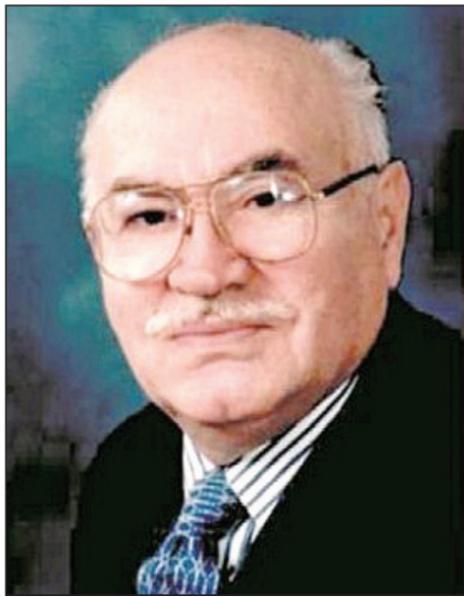
Авторът на тази книга д-р Елена Мермеклиева описва същността, възникването и развитието на електрофизиологията на зрението. Разгледани са подробно отделните електрофизиологични техники и приложението им при различните офталмологични и офталмоневрологични заболявания. Направен е опит за представяне на сложната материя на електрофизиологията в по-понятен вид, така че да стане достъпна и интересна за по-широк кръг специалисти, защото тя е незаменима в диагностиката и проследяването на множество конгенитални и придобити заболявания.

Дарителят - д-р Андрей Георгиев

Емигрантът в САЩ д-р Андрей Георгиев, който дари първоначално 2,5 млн. долара на Лом, бе обявен за почетен гражданин на крайдунавския град. Лекарят-благотел в последните си дни бил далеч от родината, но е дарил още 3 млн. долара на България. В завещанието си д-р Георгиев е отделил над 1 млн. долара на Медицинския университет в София – съобщил вестник „Труд“ - и около 2 млн. долара за стипендии на български студенти на Университета в Уилмингтън, САЩ, където е живял и работил. Жестът на д-р Георгиев е повече от прошален поклон към Родината, след дългите години по чуждите земи, убедени са негови близки.

Щедрот дарение на медика е послание към българите и към младите хора у нас, че с труд,

упорство и образование всеки човек и всеки народ, дори когато са в тежко положение, могат да намерят изход и не само да оцелеят, но и да постигнат мечтите си. Тази житейска философия не е взета от книгите, а е наследена и лично изстрадана от лекаря, изградил живота си в чужбина от нулата до висотите на професионалните успехи, получил признанието и уважението на всички, които са го познавали. Трудолюбието, упоритостта и предприемчивостта си д-р Андрей Георгиев е наследил от предците си - добри и работливи стопани, родолюбци, готови винаги да подадат ръка на хора, притиснати от неволите, разказват жители на селата Пещера, Радомирско и Дългоделци, Ломско, откъдето са корените на неговия род.



Екип на Спешна помощ в Бургас изроди бебе в линейка

„След получен сигнал взехме родилката и видяхме, че тя наистина е с много напреднала родова дейност. Наложихме се да спрем в най-близката болница. Детенцето обаче се роди в самата линейка, пред вратите на лечебното заведение“, разказа акушерката Христина Николова пред Нова телевизия. Тя обясни, че раждането е преминало нормално въпреки факта, че родилката била с една седмица преносвана на бебето, което е огромен риск. „Ние в Спешна помощ по принцип не знаем нищо за хода на бременността, повечето родилки не посещават консултации, не знаят в кой месец са, а това е много рисково и за живота на бебето, и за живота на майката“, споделя Христина. Заместник-директорът на ЦСМП - Бургас, д-р Димитър Желязков заяви, че е горд от екипа. Майката, която е на 27 години, и новороденото - момченце са в добро здравословно състояние. Момченцето е наречено Христо. Така че носи името на акушерката Христина, с чиято помощ се е родило.

Д-р Мирослав Ангелов разби стереотипите, следвайки мечтите си



Преди 6 години едно момче от ромски произход става студент по медицина. Има една голяма надежда – да се занимава с кардиология. И така бърза с мечтите и очакванията си, че още преди да завърши медицина започва да работи в клиника по кардиология. В началото на тази година д-р Мрослав Ангелов получи дипломата си. Ползвайки се от все още рядката за ромите възможност да говори пред медиите, той разказа своята история. Избрал лекарската професия заради загубата на родителите си. Всичко, което е

постигнал дължи на баба си, която и днес му помага. Д-р Мирослав Ангелов споделя, че още във втори клас е разбрал, че иска да стане лекар. Описал е желанието си в съчинение на тема „Какъв ще стана“. Тогава много не му вярвали, но той не спирал да мечтае.

Роден е в столичния квартал „Христо Ботев“ и не смята, че това място може да се нарече гето. Отличник бил още от първи клас, защото майка му го научила да чете и да пише. Благодарен е и на всички свои преподаватели. Съветът му към младите хора е да се

борят за мечтите си. Също да посещават училище редовно, защото образованието е светлина за човека и възможност да бъде полезен на другите. Младият лекар е убеден - сред ромските деца има много будни момчета и момичета, но трябва да се учат. Бащата на д-р Ангелов е починал, когато той е бил в пети клас, а майка му – когато завършвал училище. И при двамата причина за смъртта било сърдечно-съдово заболяване. Това предопределило областта, в която д-р Ангелов иска да работи.

Нови ваучери за работещите в специализирани болнични и рехабилитационни заведения

Ваучери за здраве могат да бъдат въведени, ако бизнесът успее да докаже, че ще носят повече приходи за бюджета и ще допринесат за увеличаване на туристите у нас. Това се казва в становище на Министерство на финансите, с което се изисква повече яснота от бизнеса за предложението - работодателите да дават към заплатите на служителите си ваучери за почивка в размер на 60 лв. на месец, или 720 лв. на година.

Това бе осъждано по време на Петия годишен конгрес на Българската асоциация по балнеология и СПА (БУБСПА). Форумът се проведе в общините Гоце Делчев и Гърмен. „Министер-

ството на туризма подкрепя идеята за ваучери, но предстои дълъг път преди реализацията ѝ“, коментира зам.-министърът на туризма Ирена Георгиева. Тя подчерта, че при реализация на идеята трябва да се запазят интересите на държавния бюджет и да се гарантира, че няма да се привилегирова част от индустрията. Известно е, че под формата на ваучери за храна се заплащат на работещите 260 млн. лв. годишно. Бизнесът настоява същата сума да може да се отдели и под формата на ваучери за почивка на работниците в специализираните болнични, СПА, уелнес и балнео заведения, които в момента са 113 в България.

Иновативни апарати за незабавна диагноза

Пет апарата за кръвно налягане, откриващи и предсърдно мъждене, получиха като дарение столичната Спешна помощ. Те са иновативни, като само за минута успяват да измерят три пъти кръвното налягане на пациента и да уловят, ако има, нарушения в сърдечния ритъм. Без тези апарати спешните лекари могат да открият предсърдно мъждене чрез ЕКГ изследване, но то отнема около 5 минути, а времето за някои пациенти може да бъде фатално. Дарението на иновативните апарати е от сдружение "Национална



мрежа сърце за сърце". Статистиките на ЦСМП показват, че общо 104 463 повиквания са постъпили към Спешна помощ - София, от началото на годината.

Близо 34 000 от тях са били за сърдечно-съдови проблеми. Това означава, че всяко шесто повикване е поради кардиологична симптоматика.

Кръводарителски акции на ВМА

Близо 2000 военнослужещи от различни военни формирования в страната са се включили в кръводарителските акции на ВМА от началото на 2018 година до момента. Според данните, годишно в Центъра по трансфузионна хематология на ВМА даряват кръв около 6000 души. Половината от тях са от структурите на Българската армия. Кръводарителските акции във военните формирования са целогодишни, а последното даряване се проведе на 1 октомври във Враца.

„Искам да изкажа нашата огромна благодарност към тези момчета и момчета, които ни подкрепят във високохуманната кауза - битката за човешки животи“, заяви пред журналисти полковник проф. Румен



Попов, началник на Кръвния център. Във ВМА периодично се организират кампании за насърчаване на безвъзмездното кръводаряване. През 2018-та те се провеждат под

знака на два юбилея – 140 години от създаването на Военномедицинската служба на българските Въоръжени сили и 25 години от основаването на Кръвния център на ВМА.

В АГ болница в Пловдив спасиха недоносено бебе с пневмония

Лекарите от неонатологичното отделение на частна АГ болница в Пловдив спасиха бебе, родено преждевременно. Виктория Емилова се появила на бял свят след прекарана вирусна инфекция от майка ѝ.

Момиченцето се родило с тегло 2 690 г и ръст 48 см, но в тежко и депресивно състояние. Виктория прекарала почти месец в болницата, тъй като имала двустранна пневмония,

плеврален излив, остра сърдечна и бъбречна недостатъчност, нарушения в коагулацията, кръвно-групова несъвместимост.

В лечебното заведение ѝ била приложена модерна терапия и кръвопреливане. От началото на годината в АГ болницата в Пловдив са родени 1 697 бебета. Към момента в неонатологията на здравното заведение на лечение са 15 новородени деца.

ЕВРОФОРУМ СЪБРА ЦВЕТА НА ЛЕКАРСКОТО СЪСЛОВИЕ

Над 100 български лекари участваха в Деветия Международен медицински конгрес, организиран от Югоизточно-европейския медицински форум (ЮЕМФ). Събитието, което се състоя от 6 до 9 септември, т.г. в Босна и Херцеговина, събра на едно място лекарския елит от България, Сърбия, Латвия, Македония, Беларус, Русия, Румъния, Гърция, Словения и др., както и делегация от Германия, Белгия и Япония. Включиха се около 400 медици. „Нашият форум не е само за Западните Балкани. Той е и Югоизточен, защото още през 2005 година, когато го създадохме България, Македония, Албания и Гърция заложихме на по-голям хоризонт и той вече е факт“, приветства присъстващите доц. Андрей Кехайов, президент на ЮЕМФ. Той обясни, че още четири организации от Хърватия, Черна гора, Сърбия и Русия влизат в организацията след решение на управителния борд. „Лекарите от този регион работят при по-трудни условия и при по-ниски възнаграждения и въпреки всичко те отделят от времето



и средствата си, за да бъдат на този конгрес. Събитието е един своеобразен университет, а малко учебни заведения могат да се похвалят с 60 лектори и 75 публикации за 2 дни“, допълни доцентът. На форума присъства и президентът на Световната медицинска асоциация (СМА) д-р Йошитаке Йококура. Той получи най-голямото отличие на ЮЕМФ, което му бе връчено от доц. Кехайов. Д-р Йококура разказа, че продължителността на живот в Япония се е увеличила с 30 години от 1947 година досега. През 1947 година японците са живели средно до 50 години. През 1961 обаче се въвежда здравноосигурителна система за всички и това дава възможност хората да получат медицинска грижа в начал-



ните фази на заболяването си. Ако трябва да говорим за тайната на дълголетието на японците, тя е именно в профилактиката и ранната диагностика, убеден е президентът на СМА. В продължение на 3 дни лекарите обменяха опит и информация за постижения в областта на социално-значимите заболявания като диабет, рак, хипертония и други. „В сферата на онкологията е изключително важно генните технологии да се развиват и да се навлиза все повече в

тайните им. Колкото по-скоро се разберат фините механизми на взаимодействието при гените, толкова по-скоро ще има развитие в онкологията“, подчерта д-р Йошитаке Йококура. „Нарастващият интерес към Югоизточно-европейския медицински форум показва, че той е необходим. Това, което обединява отделните страни е нивото на заплащане на лекарите, което е по-ниско, отколкото в големите европейски държави, но в същото вре-

ме лекарската услуга, труд и помощ там в никакъв случай не е на по-ниско ниво. Най-хубавото на този конгрес е именно обмяната на информация за научни постижения и начина на работа в различните болници в тези страни, защото от това може да се научи много“, заяви д-р Асен Меджидиев, председател на столичната колегия на БЛС, който бе участник в българската делегация на форума. Той изтъкна, че важен принос на Международния медицински конгрес е възможността за обмяна на опит чрез посещения на различни лечебни заведения. „Обмяната на опит чрез доклади е едно, но посещението на място дава възможност да се осъществят по-дълги курсове и да се опознаят моделите и начините на работа“, категоричен е той. Въвеждане на глобални етични норми в медицината, развитие на медицинското образование и продължителна квалификация и въвеждане на модел на универсално здравно покритие за всички страни са основните цели на Световната ме-

дицинска асоциация, част от която е и Югоизточно-европейският медицински форум. „Универсално здравно покритие означава да се прилага точната грижа, на точния човек в точния момент, т.е. да се постигнат условия и равнище, при които всеки, независимо къде се намира, да получи точната здравна грижа, от която се нуждае. Това обяснява и защо този конгрес е толкова важен конкретно в този регион, където нуждите от това са по-големи“, коментира още д-р Йошитаке Йококура. Следващият 10-ти международен конгрес, организиран от ЮЕМФ ще се проведе в София през 2019 година между 5-8 септември.

Печално първенство

България е на първо място в ЕС по намаляване на живота заради мръсен въздух. След нея се нареждат Чехия, Латвия и Унгария. Това сочи доклад на Европейската сметна палата, който обхваща всички държави в общността. На другия полюс са скандинавските страни – Финландия и Швеция. Ситуацията у нас е по-лоша от тази в Китай и Индия, за които традиционно се приема, че са държави с лошо качество на въздуха. Основните замърсители на въздуха са фините праховите частици, азотният и серният диоксид, се отбелязва в доклада. Експертите са категорични, че българските граждани губят средно 2,5 години от живота си в добро здраве, докато за ЕС по същия показател загубата е около 0,7 години.

Според доклада близо една четвърт от европейците, живеещи в градски зони са изложени на нива на замърсяване на атмосферния въздух, надвишаващи някои от стандартите на ЕС за качеството на въздуха, а до 96 % от гражданите на ЕС, живеещи в градовете, са изложени на нива на атмосферно замърсяване, които СЗО определя като вредни за здравето. Друга, отдавна известна констатация е, че замърсяването на въздуха засяга жителите на градовете в по-голяма степен, отколкото жителите на селски райони. Причините за проблема са най-вече слабо законодателство и незадоволително изпълнение на политиките, свързани с чистотата на въздуха. Препоръките на Европейската сметна палата са насочени към укрепване на Директивата за качеството на атмосферния въздух и целят да насърчат Европейската комисия и държавите членки да предприемат още ефективни действия.

СЗО: ДА СЕ ПРЕБОРИМ С ОБЕЗДВИЖВАНЕТО

Всеки четвърти човек в света не се движи достатъчно, показва изследване на Световната здравна организация (СЗО), публикувано в списание „Лансет“. Повече от 1.4 млрд. души или около 28% от всички хора на земята не са физически активни, сочат цифрите. Проблемът засяга най-драстично 55 от 168 държави. В някои страни обездвиженото население е доста по-голямо - над 30%, отколкото в други, допълват експертите. Броят на неактивните хора е толкова по-голям, колкото по-високо е развита икономическата държава. В страните с високи доходи процентът на неактивното население е 37, докато в тези с ниски е 16. В Уганда например броят на хората, които не се движат доста-

тъчно през 2016 г. е бил около 5% от населението. Сред другите държави с нисък процент на обездвижено население се нареждат Того и Мозамбик. В същото време в Кувейт, Саудитска Арабия, Ирак процентът е над 50. Обездвижването е неравномерно и сред различните полове. Жените се движат по-малко от мъжете, сочат статистиките. В 159 от 168 държави силният пол спортува по-често, отколкото нежният. Разликата между мъжете и жените в движението достига до над 20% в 9 страни, сред които са Барбадос, Ирак, Иран, Бахамите. В България също се отчита различие между процента на обездвижване сред мъжете и жените. Този



показател при дамите е между 40 и 50 на сто, докато при силния пол процентите са с 10 единици по-ниски. През годините броят на обездвижените у нас се увеличава, сочат още данните. Планът на Световната здравна

организация предвижда до 2025 г. да се намали числото на обездвижените хора с 10%, а до 2030 с 15%. Липсата на движение се отразява неблагоприятно не само върху физическото, но и на умственото ни здраве, предупреждава СЗО.

Половин милион българи са ползвали болнични

По данни на Националния осигурителен институт 512 461 са българите, ползвали болнични през първите шест месеца на тази година. Дните, през които хората са боледували са общо 7173 567, а изплатената сума за обезщетенията е 217 751 309 лева. Традиционно в София-град и Пловдив боледуват най-много. Броят на обезщетенията в столицата е 740 191, а в града под тепетата - 268 190, показват данните на НОИ за миналата година. Причината е в големия брой осигурители и осигурени лица на територията на двете области.



НА ОСМО МЯСТО СМЕ ПО УПОТРЕБА НА АЛКОХОЛ В ЕВРОПА

ЕС обяви мерки срещу двойния стандарт при храните

Според редица проучвания жителите в Западна и Източна Европа консумират храни с различно качество. Същото се отнася и за битови препарати, козметика, тоалетни принадлежности и продукти за бебета. „Регионалните потребителски предпочитания не трябва да се използват като извинение за понижаване на качеството или за предлагане на различно качество на различните пазари“, отбелязва Европарламентът. Той гласува и обяви мерки срещу двойния стандарт при храните. Евродепутатите решиха, че ако един продукт не се предлага с идентично съдържание в различните страни, опаковката му трябва да е различна, както и начинът на рекламиране. Беше гласувано още върху опаковките да се добавя лого, когато съдържанието на продукта е еднакво навсякъде.

Българите пият средно по 12,7 л чист алкохол на година според данни, публикувани в последния доклад на Световната здравна организация (СЗО) за влиянието на спиртните напитки върху здравето. Повече от нас пият само в 7 държави - Молдова (15,2 л), Литва (15 л), Чехия (14,4 л), Германия (13,4 л), Ирландия (13 л), Люксембург (13 л) и Латвия (12,9 л). Плътено след България се нареждат Румъния, Франция и Словения с по 12,6 л. Данните в доклада са за 2016 г. В Русия, където от години високата консумация на алкохол е смятана за национален проблем, годишно се изпиват по 11,7 л

алкохол. В Полша средната консумация за 12 месеца е 11,6 л, а във Финландия - 10,7 л. Основното количество алкохол в България се пада на мъжете - по 21 л средно на човек, а при жените се пада средно по 4,9 л. Алкохолна зависимост имат 2,3% от българите, а 6,9% страдат от заболявания, свързани с алкохола. В световен план тревожните констатации на доклада са, че годишно от алкохол умира по 3 млн. души, като 2,3 млн. от тях са мъже. Оказва се, че спиртните напитки са виновни за 5% от регистрираните смъртни случаи всяка година.

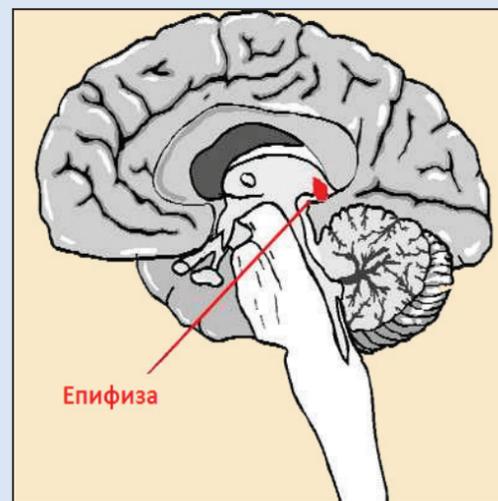
Д-Р ЗАХАРИНА ДИМИТРОВА - ПЪРВИЯТ БЪЛГАРСКИ ХИСТОЛОГ

Доц. д-р Добрин Паскалев, д.м.

През 2018 г. се навършват 145 години от рождението на д-р Захарина Димитрова. Нейното име не може да се открие в „Енциклопедия България“ или в „Кратка Българска енциклопедия“, както и в специализираните биографични справочници за известни и не дотам известни български медици. Само преди малко повече от век тя прави фундаментални проучвания върху епифизата, чийто хормон мелатонин днес е фармакологично средство в борбата със стареенето, безсънието, някои хормонални нарушения, оксидативния стрес и др. Дисертацията на д-р Захарина Димитрова е цитирана от известни учени, а за постиженията си е наградена със златен медал.

ОБИТАЛИЩЕ НА ДУШАТА?

Първото по-точно описание на епифизата принадлежи на известния римски лекар, родом от Пергамон, Мала Азия – Клавдий Гален (129-200 г. сл. Хр.). Той съобщава, че органът е известен още на анатомите от прочутата Александрийска школа. Гален му дава названието *conarium*, сравнявайки го по форма с шишарка или с конусовидния връх на борово клонче, откъдето идва и латинското наименование – *corpus pineale* (от лат. *pinus* – бор). Гален е един от първите, които описват натрупване на малки конкременти в епифизата, известни като *acervulus* (от лат. *acervus* – натрупване) или *sabulum* (от лат. *sabulum* – едрозърнест пясък). Дълго време се е приемало, че „мозъчният пясък“ е в тясна патогенетична връзка с някои психични заболявания, особено след като прочутият френски философ René Descartes (1596-1650) приема, че *corpus pineale* е седалище на душата в човешкото тяло. В епифизата се образува мелатонин, признат за хормон през 1963 г. Мелатонинът се произвежда от пинеалцитите, главните клетки на епифизата, които за пръв път детайлно са описани от българската изследователка д-р Захарина Димитрова през 1901 г.



Сред първенците, които по родолюбие не отстъпват никому, но избягват да изтъкват себе си



Д-р Захарина Димитрова е родена на 26.11.1873 г. в Ресен, който по това време е под турско робство, както и цяла България. По силата на решенията на Берлинския конгрес (1878 г.) областта остава турско владение и след Освобождението. Всичко това оказва влияние върху житейския път на талантливата българка. Неин съгражданин и далечен родственик е известният наш писател, историограф и дипломат Симеон Радев (1879-1967), който дава следното описание на своето родно място - Ресенската котловина: „Особена прелест добива тя напролет, когато по многобройните ѝ градини цъфнат овощните дървета и ливадите се изпъстрят, над които се издигат, пръскайки своя упоителен мирис, нарцисите...“ („Ранни спомени“, София, 1994).

Родът на Захарина Димитрова е стар и с дълбоко вкоренени български традиции, а нейният дядо по бащина линия, Вельо (Вельо Милошев, наречен Ресенчето), участва в борбите за църковна и национална свобода. През 1848 г. той е член на първата българска община в Цариград, а по-късно, през 1871 г. е представител на Одринско-преспанската епархия в свикания по това време Първи църковно-народен събор. За нейното родословие Симеон Радев говори в своите „Ранни спомени“: „Трябва да спомена и за някои други първенци, които по родолюбие не остъпваха никому, но които избягваха да изтъкват себе си. Един от тях беше Мице Вельов, син на дядо Вельо, за ролята на когото в Цариград по Черковния въпрос вече говорих. Висок и малко прегърбен, сух, малко мрачен, той беше много мълчалив. Всички го хвалеха за неговата мъдрост... Една дъщеря на Мице Вельов, Захария (Захарина – бел. а.), свърши медицина в Нанси и за блестящите си изпити получи златен медал. Ресен може да

се гордее, че даде на българския народ една от първите жени-лекарки..

Захарина Димитрова завършва българската девическа гимназия в Солун, след което заминава за Русия и учи акушерство. Жаждата за знания я отвежда през 1895 г. във Франция, където следва медицина – първоначално в Лозана а след това в Нанси. Тук един от нейните преподаватели е проф. Nicolas, ползващ се с международна известност заради своите проучвания върху чревния епител и биомеханизмите на абсорбция. На 27.02.1901 г. д-р Димитрова се дипломира като първенец на випуска, а нейната дисертация „Recherches sur la structure de la glande pineale chez quelques mammiferes“ („Изследвания върху структурата на пинеалната жлеза при някои бозайници“) е отличена с голямата награда на Медицинския факултет и златен медал, на който е инкрустирано името ѝ. По-късно (1901) този научен труд е отпечатан в Белгия в известното списание „La Nevraxhe“. Интересно е да се посочи, че дисертацията на д-р Димитрова липсва в Националния библиографски указател за дисертациите, защитени от българи в чужбина до 1969 г. Със своите впечатляващи изследвания, направени още по време на следването, д-р Димитрова може да се приеме за първия български учен-хистолог.

Научната дейност на българската лекарка

е частично изследвана и представена от проф. П. Петков по време на конгрес на Френската асоциация по анатомия с личната подкрепа на проф. E. Leger – генерален секретар на асоциацията и ръководител на Катедрата по анатомия в университета. По-късно работите на д-р Димитрова намират обяснимо място в класическите вече учебници по хистология и ембриология на акад. Асен Хаджиолов (1903-1998). Във Варна единствен за нейното дело редовно говори по време на занятия доц. Йонко Йонков, дългогодишен преподавател и ръководител на Катедрата по анатомия и хистология.

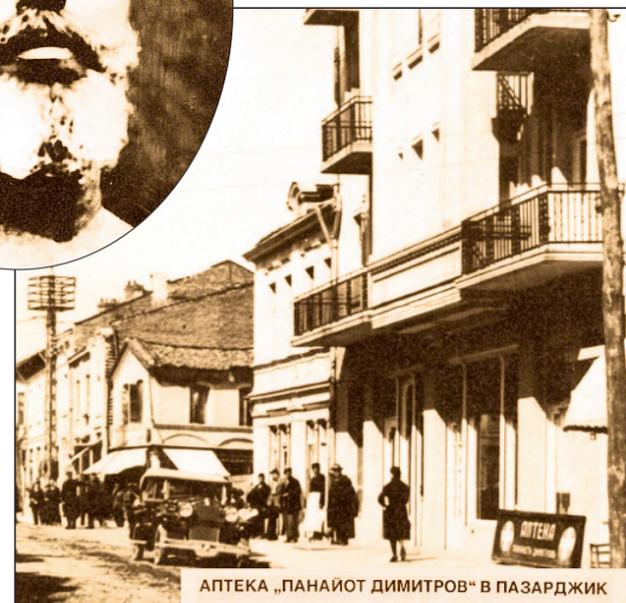
По време на следването в Нанси проф. Nicolas привлича талантливата студентка в своя екип. Предоставя ѝ богата колекция от епифизи на бозайници и хора, както и всички възможности за научна работа в лабораторията. Тя използва модерните за времето си импрегнационни методи за оцветяване на клетки в нервна тъкан, създадени от забележителните учени и Нобелисти в тази област: Camilo Golgi (1843-1926) и S. Ramon y Cajal (1852-1934). В дисертацията си д-р З. Димитрова за пръв път точно описва главните клетки на епифизата – пинеалцитите. Тя ги представя като удължени или конични клетки с много гранулирана цитоплазма и голямо, светло, ексцентрично разположено ядро. Освен това младата изследователка описва за пръв път характерните за пинеалцитите ядрени клъбца (вакуоли), които акад. Хаджиолов нарича „ядрени клъбца на Димитрова“. Те се срещат най-често в пубертета, големината им достига до 4-5 μm и се оцветяват в синьо по метода на Ман (еозин - метиленово синьо). Днес е известно, че тези клъбца или вакуоли представляват цитоплазмени вдавания в ядрото, включващи мембрани на гранулирания ретикулум. Характерни са и за други клетки на жлези с вътрешна секреция, когато са активирани. Интересно е нейното разсъждение в тази насока: „Ако наличието на гранули е достатъчно, за да се характеризира дадена клетка като железиста, то пинеалните клетки са на първо място железисти“. Нейната научна дисертация е цитирана повече от 30 пъти в публикациите на проф. Wolfgang Bargmann (1906-1978), един от основоположниците на учението за невросекретията.

След като се завръща в родината, д-р Захарина Димитрова няма възможност да продължи перспективните си изследвания и дори да практикува своята професия. По това време Македония е все още част от турската държава и според действащите тогава закони, жена не може да работи като доктор. Младата лекарка заминава за София. В Княжество България, след държавен изпит, получава правото да практикува медицина.

В периода 1901-1910 г. д-р Димитрова, по баща Вельова, работи в Сливен, където се омъжва за военния аптекар майор Панайот Димитров (Ил. 2), чиего фамилно име приема. По-късно семейството се мести в Татар-Пазарджик. Там д-р Димитрова е училищна и участъкова лекарка, а по-късно и лекар на свободна практика. В същото време Панайот Димитров разкрива аптека, в която се изявява като фармацевт (Ил.3). Поради заболяване лекарката се оттегля от активна дейност през 1930 год. Умира на 14 април 1940 г. В съобщението за кончината ѝ в местния вестник „Подем“ се казва: „...Със смъртта на д-р Захарина Димитрова пазарджишките лекари губят един свой колега, бедните – един от своите покровители и добър учител по опазването на здравето им, а просветните дружества една голяма дарителка“. В последното десетилетие от живота си тя се занимава с

активна благотворителна и обществена работа

като председател на дружество „Будна македонка“, както и в женското дружество „Просвета“. Двамата с Панайот Димитров подпомагат старчески и родилни домове, бежански семейства и роднински деца, имащи нужда от средства за образование. Една от най-красивите чешми в гр. Пазарджик – „Гергана“, е изградена със средства на д-р Димитрова и съпруга ѝ. И днес, 145 години след нейното рождение, отново трябва да си припомним за живота и делото на д-р Захарина Димитрова, оставила следа в европейската наука, но останала в сянка в своята родина.

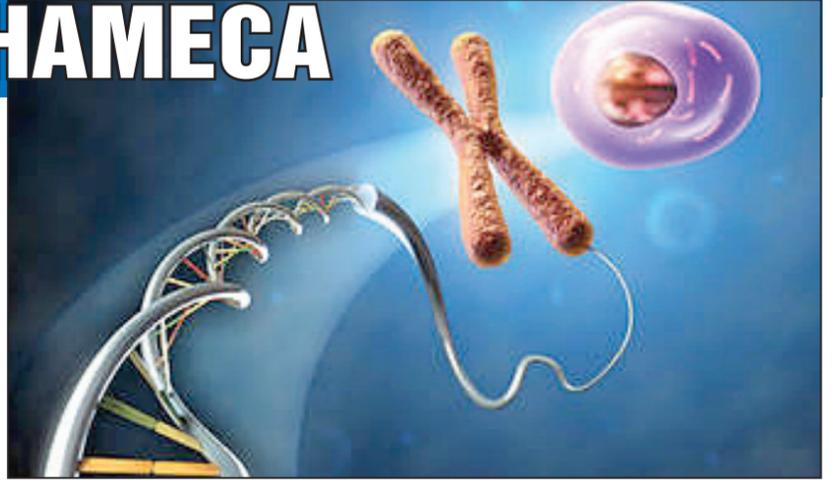


СТЪПКА КЪМ ОВЛАДЯВАНЕ БОЛЕСТТА НА ДЮШЕН

Както се знае мускулната дистрофия на Дюшен е рядка, но тежко прогресираща болест. Пациентите обикновено умират от сърдечна недостатъчност. Смята се, че около 300 000 души по света са засегнати от тази аномалия. Стъпка в овладяването ѝ са изследвания, свързани с метода за редактиране на генома CRISPR/Cas9. При две кученца порода Beagle учените са открили и коригирали генетичната мутация, която причинява болестта на Дюшен, съобщава Science News. По-рано подобна намеса е извършвана само върху мишки и лабораторни клетъчни култури. (Резултатите са представени в списание Science.) Така че за по-големите бозайници корекцията се прави за първи път. Според един от авторите на проучването - Ерик Олсън, молекулярен биолог в медицинския център на Югозападния Университет на Тексас, предварителните резултати приближават учените до разработването на реално лечение за хора, страдащи от болестта на Дюшен.

ЛЕКУВАТ ВРОДЕНА СЛЕПОТА С ГЕННА НАМЕСА

Изследователи от САЩ и Великобритания са разработили нова генна терапия. Чрез заместване на мутирал ген те лекуват рядка форма на детска слепота - вродена амавроза на Лебер. За успехите им учените са удостоени с награда на португалската фондация „Шампалимо“, чието парично измерение е един милион евро (1,15 милиона щатски долара), съобщи Ройтерс. „Това е първият и засега единствен пример за успешна генна терапия, прилагана на хора, която коригира вроден генетичен дефект и затова е крайъгълен камък в медицината“ - каза Алфред Сомер, почетен декан на училище по обществено здравеопазване и председател на журито за наградата на



фондация „Шампалимо“. Според един от отличените учени - Майкъл Редмънд от Националния офталмологичен център, тази терапия проправя пътя за цялото поле на генни намеси и изцеление от различни заболявания.

ЗЪБИТЕ МОГАТ ДА СЕ САМОВЪЗСТАНОВЯВАТ

Зъбната регенерация у възрастните е напълно осъществима, смятат учени от Кралския колеж в Лондон. В контролиран тест те третирани кариеси у експериментални мишки, на които поставяли малки дози от медикамента Tideglusib. Това лекарство се прилага при пациенти с Алцхаймер и води до забавяне на тежките симптоми на болестта. Изследователите открили, че то действа позитивно и на стволовите клетки във вътрешността на увредени зъби. Медикаментът ги стимулира към регенерация на собствения им дентин. Големи поражения върху зъбите обаче

не могли да се лекуват по същия начин. Ето защо учените поставили малки биоразградими гъби, просмукани с Tideglusib, в зъбите на лабораторни мишки. С времето гъбите се разградили и били заменени от новосинтезиран дентин. Така по естествен път се затворили кариесите. „Простотата на нашия подход го прави идеален като клиничен продукт за естествено лечение на кариеси, предоставяйки както защита за вътрешността на зъба, така и възстановяване на дентина“, отбелязва Пол Шарп, водещ автор на изследването, публикувано в сп. „Nature“.

Медикаментозна комбинация спира растежа на ракови клетки

Английски учени предлагат нов начин за лечение на карцином на млечната жлеза, предаде Би Би Си. Използва се комбинация от два отдавна въведени медикамента срещу тумори на гърдата. При 11% от болните с двете лекарства е постигнат синергизъм, който, след химиотерапия, може да доведе до пълно изчезване на злокачественото образувание. При други 17% от пациентите туморите са ограничили обема си. Известно е, че по повърхността на нормалните клетки на гърдата има белтък, наречен HER-2. Той влияе върху растежа на здравите, но и на злокачествените клетки, които притежават много повече рецептори за HER-2 от нормалните структури. В резултат се образуват в гърдата т.нар. HER-2 позитивни тумори,

които са много агресивни и налагат тежки терапевтични процедури. Английските учени са изследвали действието на медикаментите херцептин и тикерб. И двата са за адювантна терапия. Оказало се, че в съчетание те осезателно смалават тумора. Обяснението е, че в комбинация двете лекарства блокират сигнала за HER-2 на раковата клетка. Лишена от него тя спира да расте и организмът сам я отстранява чрез апоптоза. „Съчетанието на препаратите води до много добри резултати“, твърдят учените. Единствен недостатък на комбинираното лечение и последващата химиотерапия е появата на нежелани странични ефекти. Тях сега изследователите се опитват да преодолят.



ПЛЮСОВЕ И МИНУСИ НА БАРИАТРИЧНАТА ХИРУРГИЯ

Сега бариатричните операции се извършват лапароскопски. Целта е да са минимално инвазивни. Тези хирургични интервенции са подходящи за пациенти на възраст от 18 до 60 години. Подходът е индивидуален, но със сигурност се изисква желаетите подобна намеса да нямат хормонални нарушения, психични заболявания, алкохолна или наркотична зависимост. Изборът на вида операция зависи от много фактори. Все още не съществува стандарт за това. Преценката е индивидуална.

Често се прилага т.нар. надлъжна резекция на стомаха. Отстраняват се 2/3 от него и той остава с около 150 мл вместимост. Известно е, че при затлъстяване стомахът е разширен и целта на операцията е да се ограничи обемът му, за да се намали приемът на храна. Оказва се, че интервенцията води и до странични

изменения в организма. Променят се някои ензими и хормони на стомашно-чревния тракт. Пациентът не изпитва глад. Например хормонът грелин, отговарящ за апетита, се секретира от тази част на стомаха, която се изрязва.

Друг вид намеса е т.нар. стомашен байпас. При него също се ограничава стомахът, който достига вместимост 35 мл. Но останалата част от стомаха не се изрязва. Само връзката с нея се прекъсва. И още - прави се свързване между намалената стомашна част и червата. Така на практика може да се заобиколи пътят на храната. Променя се структурата на гастроинтестиналния тракт и храната не преминава през цялата дължина на тънките черва. По този начин погълнатото не се усвоява напълно. Човек отслабва поради малабсорбция. Обаче настъпват хормонални про-

мени. На тях например, се дължи ремисията на диабета.

Има и трети подход, който е подходящ за най-тежките случаи на свръхтегло - над 250-300 кг. При този вид намеса се залага основно на малабсорбцията. Прави се такава връзка, че се заобикалят почти всички тънки черва и храната се насочва направо към дебелото черво. Така пациентите отслабват. В много случаи след тази интервенция изчезват проблеми като наднормено тегло, хипертония, сънна апнея. Има обаче и много странични ефекти. Настъпва тежка липса на протеини и витамини, защото от храната почти нищо не се усвоява. В света поставянето на стомашни пръстени за отслабване отдавна е отретено. То не е ефективно и след него са наблюдавани опасни усложнения, включително перфорация на стомаха.

Изследване помага за ранна профилактика на деменцията

Изследване показва 10 години по-рано при кои хора има най-голямо предразположение към развитие на деменция. Това твърдят учени, цитирани в „Канейдън медикъл асоциейшън джърнъл“. Откритието им позволява да се извършва профилактика на деменцията. „Сред условията - виновници за болестното състояние, е генът, кодиращ аполинпротеин Е, установили учените. Според тях въпросният ген има няколко вариации, но рискът от оглупяване е свързан само с една - АРОЕ4. Авторите на проучването отбелязват, че по-често деменцията засяга жените. Около една трета от случаите могат да бъдат предотвратени чрез въздействие върху редица фактори, свързани с човешкото поведение като тютюнопушене, наднормено тегло, стресови ситуации“, казва Рут Фрике-Шмид, член на изследователския екип.



УРЕД УЛЕСНЯВА ВЗЕМАНЕТО НА КРЪВ

Това устройство прилича на предмет от научнофантастичен филм. Всъщност е революционно откритие в медицината. То помага на медиците да откриват вени у своите пациенти, показвайки ги върху кожата на болния. За целта се ползва специална светлина, чиято дължина на вълната е близка до тази в инфрачервения спектър. Устройството е създадено и проектирано от компания, локализирана в Мемфис, САЩ. То безотказно открива вените и ги проектира върху ръката в реално време. Специалната светлина може да бъде или погълната от хемоглобина в кръвта, или отразена от кожата и намира вените, разположени на дълбочина до 10 мм. Финият режим на работа на уреда увеличава контрастът и показва детайлна картина. Президентът на Christie Medical Holding, Джордж Пиньо е категоричен: „Уредът за откриване на вени гарантира



редица удобства преди, по време на работа и след нея, като щади кръвоносния съд. С този уред, вземането на кръв става много лесно и удобно за медика. И най-важното - не травмира пациента“.

ЛЮДМИЛ СТАНЕВ: Ако нещо може да се каже в 20 реда, няма защо да пишем 200

ЕСЕН

Есента бай Йордан вдигаше знамената и бастуна си и започваше да бруси. Всичко, каквото имаше в гората, беше негово. Но не защото беше, а защото той ставаше малко дете, което си помни играчките. Ежедневно с канче вино в ръка бай Йордан доказваше изконните си права върху гората. Грехота е толкова плод да оставим на зимата. Всички есенни деца бай Йордан прибираше на топло, за да ги запази от зимата. Сакат в краката с вълшебния си бастун в ръка, като същински Наполеон в сините си дочени дрехи, старецът сочеше с бастуна си от каруцата къде има гъби, къде слива дивачка да обруся, къде има нещо нищо и по тази причина – на бай Йордан. Аз бях неговата армия и пехота, обираща труда на умозренията му. Страх от Бога и от горския нямах. Вторият му беше братовчед, а с първия бай Йордан се беше разбрал, че скоро ще му се представи и тогава ще се оправят.

И смешни, и божествени бяха неговите теории за ракията и дивите сливи. Разказваше ми той защо най-хубава на света е ракията от дива слива. Всяко животно, което се отърка о дивото дърво, дава по нещо от себе си на ракията. Глиганът й дава сила и ярост, но и онова дебело достоплебие. Вълк отърка ли се, влива й самотата на зимните виелици. Като подраска с нокти лисицата по сливата, остават онези

жълто-зелени пламъчета, а от заешкото гризане в ракията влизат пресекулки в глътките. От сърната идва онази благодат на адамовата ябълка, пчелите я правят мека и лепкава. Но винаги е тъжен този букет на дивачката. Защото спомен е ракията от предишния живот на сливата. Силна е тя и всичко има в нея. И не можеш да опиташ само благополучието на сърната, без да опари небцето ти яростта на глигана. Няма кой да ги раздели, като добро и зло са свързани те в плитка и не можеш да разплетеш едното, а да заплетеш другото. Ракията беше есента и упойка за дългата зима в гората. Казано е за силна ракия: синджир прави – куче да вържеш. Бай Йордан сам си правеше синджирите, и здрави ги правеше, и дебели. Защото сам искаше в робство да бъде.

Дълга е зимата. В едно село колкото по-малко са хората, толкова по-дълга е зимата. Обра всичко от есента бай Йордан, богоугодно ги нарече и се приготви за зимата. Махна всички чужди цветове и светове от себе си и започна да чака. Пригответе отдавна беше и той за нея и като че ли я обичаше. Като младоженец я чакаше нея, бялата. Искаше да си каже той с нея кой какво мисли за другия и да видят чии синджири са по-яки. Добре се беше пригответил бай Йордан за зимата и откъм упойка я превзехождаше. Само подпетените обув-

Читателите на вестник „Quo vadis“ познават писателя Людмил Станев. Той е дипломиран лекар и прочут сладкодумец. Написаното от него при повърхностен прочит изглежда весело, но всъщност е тъжно, затрогващо и човечно. Според критика Младен Влашки в българската литература няма друг толкова талантлив майстор на къси разкази. А Людмил Станев е категоричен: „Ако нещо може да се каже в 20 реда, няма защо да пишем 200“. За него литературоведът Светозар Игов казва: „Едно от големите достойнства на творчеството на Любо Станев е, че охуждава шарлатански да представи играта като бунт, не се включва в играта на бунт. Затова и усмивката му си остана усмивка, а не се превърна в гримаса“.

Людмил Станев е роден във Варна. Сега живее във Варна, Пловдив и София. Автор е на шоу-спектакъла „Какъв прекрасен свят“ и на сценария „Калинка на третия етаж“. За своята книга „Малка нощна приказка“ е удостоен с наградата „Христо Г. Данов“. Негови са сборниците „Няма такава книга“, „Неприятният татарин“, „По-малко“, „Приятели мои“. Предлагаме разкази от книгата му „Ненакърнимо“, издание на „Жанет 45“ - Пловдив.



ки пред вратата издаваха, че малко го е страх. Така и останаха те, пред вратата. И досега не мога да разбера дали бяха на бай Йордан, или на зимата. Но не от самата зима се страхуваше старецът. Много пъти я беше посрещал и като капитан на кораб бе отблъсквал ледения й дъх, за да стигне до пролетния бряг. Но като че ли постоянното заобикаляне бе възбудило любопитството му да разбере кой живее там, има ли набори и дали, ако й се остави може да види всичко, което е отнесла със себе си при своите пиратски на-

бези. Ето такъв стар моряк живееше у бай Йордан, а като видях как отпусна бастуна си, разбрах, че ще го вземе зимата този път. Защото той така искаше. Ще го вземе, както вълните вземат кораба този, който не се е завързал за мачтата. С много синджири се беше вързал бай Йордан, но все по-примамлива ставаше за него песента на зимата и синджирите започваха един по един да се късат. Като изтънели и нищо значещи връзки. Като здравей, как си, добре съм. Като уморените клепачи на магарето. Късаше бай Йор-

дан синджирите като кораб, затиснат от бурята до кея, но нищо не скърцаше и нищо не трещеше. Защото топлината на есенната упойка като кранец подпираше кораба и не му даваше да се разруши. Само вътрешни бяха ударите, тихи и меки. Гледах аз тази пантомима, защото това не беше моята зима, а неговата си, на бай Йордан зима. Като стар индианец реши той, че няма какво повече да прави тук, и замина с нея. Останаха обувките пред вратата. Всеки път ги намирам на различно място.

НЯКОИ ХИПОТЕЗИ ЗА ОПЕРАТА

Операта е възникнала съвсем случайно, когато в Италия забранили да се ругае на обществени места. Ето така се появило оперното пеене. Хората се събирали на групи и пейейки обсъждали проблемите си. Онези, които особено кресливо излагали притесненията си, получавали водеща роля. По-късно те били упълномощени от хората с по-слаб глас да изпеят и техните проблеми. Пее-ло се всичко. От „много ми се потят краката“ до „как да й кажа, че я обичам“. Постепенно темите за любовта излезли на преден план и станали арии, а тези с потенето на краката

минали на речитатив. По-важните теми се повтаряли от голям хор. Последният имал социална функция, тъй като осигурявал работа на много народ.

Кой знае защо операта станала и любимо място на болните от грип. Те я посещавали главно, за да могат да се накашлят до насита. Тази хубава традиция е запазена и до днес. Пак в операта могат да се видят и кожите на много застрашени от изчезване животински видове. Не знаех дали норките са музикални, но тяхното прераждане в палта говори за неделимата им връзка с операта. Са-

мото сценично действие е без особено значение. Сценографията е нещо средно между антикварен магазин и пристанищен склад. По правило у лошия герой всичко трябва да е дебело. И гласът и веждите. А добрият най-често е тенор. Певците са едри и накрая винаги умират драматично. Някои – повече, други – по-малко. Обикновено певците пеят през живота си четири-пет опери. Легендата разказва, че някъде имало тенор, който знаел цели шест опери. Но подобно на снежния човек, неговото съществуване е забулено в мистериите и загадки.



Илюстрация от книгата на Беатрис Ото „Глухациите. Онези, които ги слушат дори кралето“

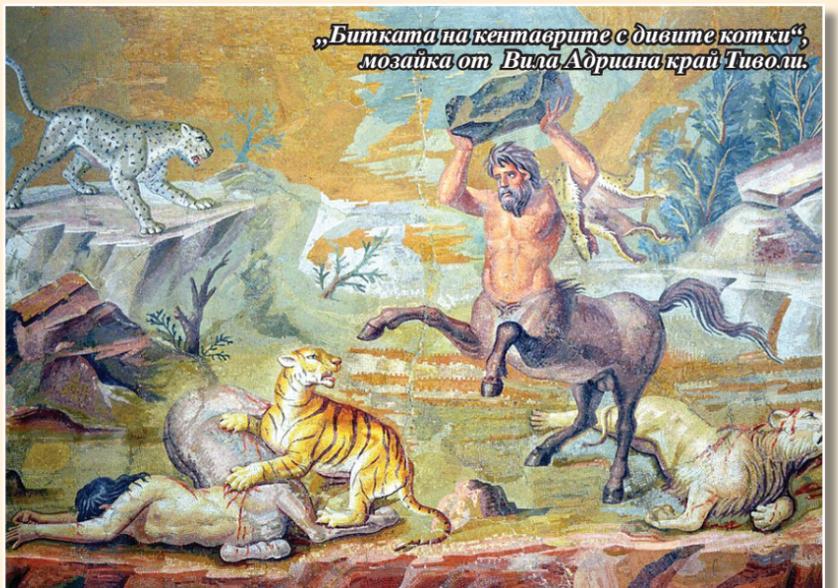
СТЪКЛЕНИ БАЩИ

Някой път стоя на балкона. Излизам да пуша там. Точно тогава виждам в отсрещните блокове по поне още двадесет мъже, които пушат на балконите. Особено когато има луна. Ние пушим на балконите, те са остъклени и провеждат светлината от нашите жилища както огънят пред пещерата осветява гърба на ловеца, излязъл да се помоли на луната за успешен лов през дния ден. И ако гледам много дълго остъклените балкони и идващата в гръб на пушците мъже светлина, се чувствам част от цялото войнство на този стъклен кораб. Всички викинги са на носа по потници. Това е нашето бойно облекло. Ипушим. Колкото повече пушим, толкова

повече ставаме близки. Луната ни наблюдава, но не ни помага. Ние сме близки, на разстояния равни до луната, която ни гледа. А ние, викингите, толкова сме се вцепенили в себе си, че заприличваме на кентаври. С мъжка преднища (по потник) и дълго остъклено тяло, приютено в утробата си най-скъпите ни същества.

Пушекът на нашето безсилие чертае маршрута на стъкления кораб. Стоим ние, озарени в гръб и пушим. Пушекът се вдига нагоре като молитвен дим, който предсказва тъжни дни за децата и жените в панелените ни утробы. Събират се всички димове от изпушените по балконите цигари и изписват някъде далече под

луната ефирен като волфрамова-та жичка на слабата ни кухненска лампа въпрос: „Как да опазим малките си?“. Чайките нелепо летят между блоковете и повтарят: „Как, как, как? Как да опазим малките си?“. Ние, кентаврите, изпушваме цигарите и фасовете като гюлета политат надолу, събрали в себе си тежест, за която земното притегляне изглежда детска игра. Падаат изпушените цигари като метеорити. Малки, но свръхтежки от черните ни мисли. И този метеоритен дъжд се изгубва, но не по паважа, а някъде много, много надалеч пробясват светлинки, докато накрая избледняват и изчезват съвсем. В космоса.



„Битката на кентаврите с дивите котки“, мозайка от Вила Адриана край Тиволи.