

QUOVADIS

ЛЪТОПИСИ
НА
ЛЕКАРСКИЯ СЪЮЗ
ВЪ БЪЛГАРИЯ

София, година XV, бр. 4, четвъртък 5 май 2016 г.

Национално издание на Българския лекарски съюз www.blsbg.com

50 години

ИНТЕР ЕКСПО ЦЕНТЪР • IEC
www.bulmedica.bg

БУЛ
МЕДИКА
ЕНТАЛ

17-19 май 2016



Actavis

Лекарският съюз
обжалва във ВАС
„служебния НРД“



на стр. 4

В БРОЯ:

Специален гост

**Д-р Юлиан
Йорданов**

председател на
Акредитационния
съвет на БЛС

на стр. 7



БЛС поиска среща със
здравното министерство и НЗОК

Настоява за отговори на множество въпроси,
свързани с правилата за работа през 2016 г.

на стр. 3



История

Когато българското лечение
на паркинсонизма
превзе Европа

на стр. 15

**МЕЖДУ ПРАВОТО И
ЕТИКАТА**



на стр. 5

Семинар за медицинските/лекарските грешки

Камилия

облекчава бебето
през деня и през нощта

**ПРИ ПОНИКВАНЕ
НА ЗЪБКИТЕ**



- Зачервени бузки
- Лигавене
- Хапане и гризане
- Плач и мрънкане



Хомеопатичен лекарствен продукт. Без лекарско предписание.
За пълна информация:
Боян БГ ЕООД, 1408 София, кв. Южен парк, бл. 28, вх. А, ап. 6,
тел.: 02/963-09-06, факс: 02/963-45-00, КХП24119/06.11.2013

BOIRON

Лекари и пациенти: Българското здравеопазване е крайно недофинансирано

България е с най-скъпото здравеопазване в цяла Европа, като над 50% от парите за него излизат от джоба на пациентите. 56% от здравните услуги у нас се заплащат лично от болните, като причината е сбърканият модел и постоянното недофинансиране на системата. До този извод стигнаха лекари и представители на пациентски организации по време на пресконференция по повод Европейския ден на пациента, който България отбелязва за 10-ти път. „Много сериозен път имаме да изминем, за да кажем, че в България спазването на правата на пациентите поне малко се доближава до това в останалите европейски държави“, каза Станимир Хасърджиев, председател на Националната пациентска организация и член на Надзорния съвет на НЗОК.

Главният секретар на БЛС д-р Стоян Борисов от своя страна заяви, че основният проблем на здравната ни система е финансовият. „В България за момента се отделят 4% от БВП за здравео-



пазване. Около 1 млрд. лв. дава държавата и 2,3 млрд. лв. са от здравни осигуровки. За сравнение, средно за ЕС средствата, които се отделят за здраве, са 10%. Холандия и Белгия - 12%, САЩ - 17%. Или ако в България за един гражданин се отделят около 240 евро годишно, в други държави тази цифра е 1500-2000 евро. При една нормално финансирана здравна система парите, които трябва да се отделят, би трябвало да са около 6,5 - 7 млрд. лева“, каза д-р Борисов. Той подчерта, че БЛС настоява да се даде приоритет на здравеопазването и

държавата да плаща 8% за хората, които осигурява, а не както сега - 4,2%. „Според нашите изчисления това са около 500 млн. лева, които допълнително ще влизат всяка година в здравеопазването. Именно поради тази причина 56% от пациентите доплащат лечението си“, допълни д-р Борисов. Засегната бе и темата за лекарските и системните грешки. В тази връзка председателят на Българската асоциация за закрила на пациентите адв. Пламен Таушанов заяви, че е крайно необходимо създаването на фонд за обезщетение на пациента.

УМБАЛ „Св. Екатерина“ получи грамота в знак на благодарност от пациентски организации

„С благодарност за безрезервната грижа и подкрепа към хората с увреждания и в неравностойно положение“ - това е написано на грамотата, с която бе удостоена УМБАЛ „Св. Екатерина“ - София на Четвъртия национален пациентски спортен фестивал „Играй с мен“. Благородното състезание се състоя на 23 и 24 април т. г. в Спортния комплекс на Столичния Технически университет. Участие взеха 120 души от цялата страна, сред които трансплантирани, пациенти със сърдечно-съдови заболявания и диабет, наркозависими, деца със слухови проблеми. Те показаха своите умения в играта на шах, бадмингтон, тенис на маса и дартс. Тази година мотото на фестивала беше „С благодарност за даренията“. От 2004 досега в УМБАЛ „Св. Екатерина“ са направени 44 сърдечни трансплантации.

„От името на пациентските организации „Заедно за теб“ и Алианс на трансплантираните и оперираните „Бъдеще за всички“ искаме да благодарим на чудесния екип на Университетска болница „Св. Екатерина“ за високия професионализъм и отговорното отношение към лечението на пациентите. Вярвам в добрия диалог



между пациентите и лекарите. Болница „Св. Екатерина“ е еталон в това отношение“, сподели Пенка Георгиева, председател на пациентски организации „Заедно с теб“.

Спортният фестивал бе организиран от АТО „Бъдеще за всички“, пациентски организации „Заедно с теб“, Столична община, Спортна федерация на трансплантирани, диализирани и оперирани, БФ Бадмингтон, Болници „Флорънс Найтингейл“ - Турция, Къща за зависимости Билани, Асоциация на пациентите със сърдечно-съдови заболявания, Асоциация за детско и женско здраве „Усмехни се“, Институт по иновации, Алианс на хората с редки болести.

ПО СВЕТА...

Търсят джипи за Нова Зеландия с 400 000 долара за година

Новозеландско джипи белято с обаждания от цял свят, след като пусна обява, че си търси помощник с годишна заплата от 400 000 долара, предаде в „Гардиън“.

Д-р Алън Кени, който обслужва отдалеченото градче Токороа на Северния остров, от две години не можел да намери млад лекар, който да го отменя. Ето защо той съобщи, че предлага тази щедра заплата, плюс 3 месеца платен годишен отпуск. Освен това д-р Кени гарантирал, че помощникът му няма да дава нощни дежурства или да рабо-

ти през уикенда. След като офертата била разгласена обаче, той започнал да получава стотици обаждания и имейли от Бразилия, Централна Америка, Полша, Украйна, Индия, ЮАР, Канада и Франция. Много от кандидатите не знаели английски и нямали медицинска правоспособност. Освен това местните хора го намразили, тъй като разбрали колко взимат джипитата. Д-р Кени обаче е доволен, че е получил заявки от няколко кандидата с добра квалификация, които биха могли да го отменят.

...И У НАС

Общинар дава заплатата си за бъдещ лекар

Общинският съветник от Панагюрище Стоян Христов обявил конкурс за стипендия за младежи от общината, които искат да изучават медицина или да специализират по хуманитарната професия. Общинарят е решил да даде месечното си възнаграждение на младеж от Панагюрище,

който няма финансовата възможност да следва висше образование и има нужда от помощ. Единственото условие е когато завърши, младият доктор да се върне да работи в местната общинска болница „Събо Николов“ или други медицински заведения на територията на общината.

По 3000 лв. на специализанти в местната болница осигурява община Казанлък

Има вече трима лекари, одобрени по програмата за финансиране на млади специализанти от МБАЛ "Д-р Христо Стамболски" в Казанлък. Те ще получат максимално възможната сума - по 3000 лева. Това става възможно, след решение на общинската комисия в града и в съгласуване с ръководството на МБАЛ за потребностите й от квалифицирани кадри, съобщават от болницата. Д-р Звезделина Стоянова

ще продължи обучението си като специалист гастроентеролог, д-р Теодора Тотева-Петкова - специализацията си по анестезиология и интензивно лечение, а д-р Селвет Шукриева-Селимова - по „ендокринология и болести на обмяната“.

В бюджет 2016 на община Казанлък за първи път са предвидени 30 000 лв. в нов Фонд за специализация на лекари, които работят в МБАЛ Казанлък.

Кмет нае медик за отдалечени села

Община Струмияни назначи на щат медик, за да осигури медицинско обслужване на хората в отдалечените селища високо в Малашевска планина. Над 15 са населените места, които не знаят що е аптека, лекар и линейка. "Затова се принудихме да направим тази стъпка. Ние сме малка община, това е

допълнителен разход за нас. Но като го няма здравеопазването, сме принудени да реагираме. Не може да оставим над 700 души на произвола на съдбата", заяви кметът на Струмияни Емил Илиев. Новоназначеният медик, който доскоро бил на граждански договор, ще обикаля ежедневно селата в планината.

Ортопеди от болница „СОФИЯМЕД“ инплантираха изкуствено бедро

За първи път в България е извършена операция за инплантиране на цяло изкуствено бедро, съобщиха от болница „Софиямед“. Интервенцията е направена съвместно с хирург от Словакия. Изкуствената бедрена кост е поставена на 10-годишно дете с остеокарком в напреднал стадий. Детето е насочено към Клиниката по ортопедия и травматология от Русе, където е било диагностицирано с напреднал стадий на туморна формация в средната част на бедрото. Досега при подобна диагноза се е налагало тотално премахване на

крака. Изработването на специалната протеза е извършено в Хамбург, Германия и отнема месец и половина. Стойността на ендопротезата е поета изцяло от Център „Фонд за лечение на деца“, а за операцията по поставянето й у нас специално от университетската болница в Братислава, Словакия пристигна ортопед-травматологът д-р Андрей Свек, информираха от болницата. Операцията продължава 4 часа, а прогнозите са изключително обнадеждаващи, въпреки че риск винаги съществува, коментира ортопедите.

Благодарност към екип на УМБАЛ „Г. Странски“

В БЛС постъпи благодарствено писмо от Маргарита Василева Нешкова, оперирана и лекувана в отделението по колопроктология и гнойно-септична хирургия на УМБАЛ „Г. Странски“. Рядко се срещат подобни думи на толкова сърдечна и искрено изразена благодарност, отправена към опериращите лекари д-р Ивайло Пресолски и д-р Кирил Неделков, както и към целия екип на отделението.

Пълния текст на писмото четете в сайта на БЛС.

Проф. Владимир Пилософ е новият директор на център „Фонд за лечение на деца“



Министър Петър Москов подписа заповед за назначение на поста директор на Център „Фонд за лечение на деца“ на проф. Владимир Пилософ. Доайенът на българската педиатрия прие новия пост на среща с премиера Бойко Борисов и министър Москов, съобщиха от пресцентъра на МЗ. В разговора професорът е декларирал, че ще вземе всички мерки за ефективно и спокойно продължаване на изключително важната дейност на фонда.

Детският паралич изчезва до една година

Детският паралич може да бъде изкоренен до 12 месеца, съобщиха Световната здравна организация (СЗО). От началото на годината в двете страни, където все още болестта се разпространява - Пакистан и Афганистан, има едва девет случая. Заради това СЗО смята, че въпреки трудностите и нападенията срещу медиците, които обикалят да ваксинират децата, е напълно реалистично изчезването на болестта, известна още като полиомиелит. Ако вирусът бъде спрял, това ще е първата изкоренена вирусна болест от изчезването на едрата шарка през 1980 г.

Извинение

Поднасяме извинение на д-р Николай Иванов и д-р Георги Бакоев за разменените им снимки в рубриката „Анкета“ на бр. 3 от 2016 г. - по технически причини. Молим за извинение и читателите на вестника! QV



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

Отдел „Информация и връзки с обществеността“
Главен редактор: Лилия Н. Петкова
Редактор: Лили Войнова
Фоторепортер: Георги Георгиев
Предпечат: Ан-Ди
Експонация и печат: „Печатница София“

Редакционно броят е приключен на 03. 05. 2016 г.

БЛС поиска среща със здравното министерство и НЗОК

Българският лекарски съюз настоява за среща с ръководствата на здравното министерство и НЗОК, за да бъдат изяснени проблемите, свързани с прилагането на „служебния рамков договор“. Съсловната организация предупреди още при приемането от Надзора на НЗОК на правилата за работа за 2016 г., че липсата на ясна нормативна база ще доведе до редица затруднения както при сключване на договори с осигурителната институция, така и при самото лечение на пациентите. Това се случи и в централата на Лекарския съюз се получиха множество писма с оплаквания от изпълнителите на медицинска помощ. Въпросите

● Настоява за отговори на множество въпроси, свързани с правилата за работа през 2016 г.

на лекарите бяха обобщени от експертите на БЛС и ще бъдат предоставени на отговорните институции. Затова във връзка с решение на УС от 19 април т.г., бяха изпратени писма до министъра на здравеопазването д-р Петър Москов, до председателя на Надзорния съвет Кирил Ананиев и управителя на НЗОК д-р Глинка Комитов. Съсловната ор-

ганизация отправи покана за среща между Управителния съвет и екипа на министър Москов на 10 май т.г. Предложението за среща с Надзорния съвет и ръководството на Касата бе за 26 или 27 април т.г. „Срещите се налагат поради възникнали въпроси, свързани с прилагането на Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. на НС на НЗОК и пореди-

ца практически проблеми, отправени към БЛС от изпълнители на медицинска помощ на различни нива в системата на здравеопазване - ПИМП, СИМП, Болнична помощ“, обясниха от пресцентъра на Лекарския съюз. В съобщението се подчертава, че ръководството на БЛС се надява предложението да бъдат приети от отговорните институции, „с оглед своевременното решаване на възникналите проблеми“.

От НЗОК не отхвърлиха искането на Лекарския съюз, но отложиха срещата за след Великденските празници. До затваряне на броя на в. Quo vadis от здравното министерство не беше получен отговор.

Какво питат медиците?

1. Как се изпълняват изискванията на чл.53 ал.1 и чл.54 ал.1, 3 и 4 от Закона за здравното осигуряване? Кой преговаря от името на НС на НЗОК и от името на УС на БЛС?

2. Как на практика ще се прилага Националната здравна карта, спрямо желаещите български лекари да сключат договори с НЗОК в условията на достатъчност от определени специалисти в даден регион/област/община?

- По какви критерии ще се разрешава или отказва договор на лекар, заявил желание за сключване на договор с НЗОК?

- Моля, да уточните на базата на кои обективни критерии ще се прави преценка, ако:

• на съответната територия има достатъчност от лекари с определена специалност, които и в момента имат договор с НЗОК и този договор е единствен за тях?

• на територията има достатъчност, в която се включват и лекари от БМП, които имат договори за СИМП и в момента?

3. Как обемите ще станат част от индивидуалните договори с изпълнителите на медицинска помощ: в самия текст, в Приложение №2 за ЛЗ за БМП или чрез друго Приложение? Как и на каква база ще бъдат определяни обемите за всяко ЛЗ за БМП и за всяко ЛЗ за доболнична медицинска помощ?

БЛС настоява предварително публично да бъдат представени Правилата за условията и реда за прилагане на ал.1 и 2 от Закона за бюджета на НЗОК за 2016г., преди приемането им от НС на НЗОК.

4. Във връзка с прила-

гане на чл.65, ал.3 в извънболничната медицинска помощ и чл.199, ал.3 в болничната медицинска помощ, молят да се представят публично Правилата за условията и реда за прилагане на ал.1 и 2 от Закона за бюджета на НЗОК за 2016г. преди приемането им от НС на НЗОК.

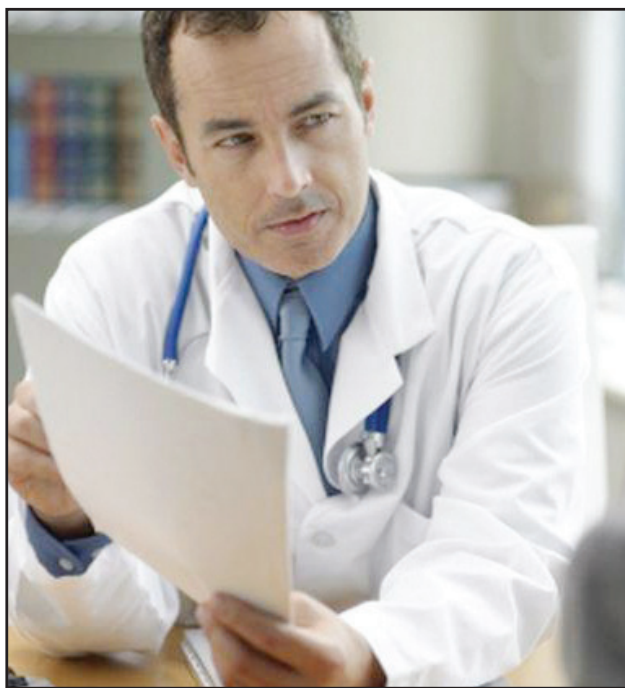
(Текст на чл. 65. (3) В случай че при анализа по ал. 2 се установи превишение на обемите за ПИМП, СИМП и/или МДД, НС на НЗОК приема решение с коригирани обеми в рамките на оставащите средства по бюджетните параграфи за съответното здравноосигурително плащане, което създава основание за промяна в сключените договори с изпълнителите на ИМП. и чл. 199. (3) В случай че при анализа по ал. 2 се установи превишение или неизпълнение на обемите по определени здравноосигурителни плащания, НС на НЗОК приема решение с коригирани обеми в рамките на оставащите средства по бюджетния параграф за здравноосигурителни плащания за БМП, което създава основание за промяна в сключените договори с изпълнителите на БМП.)

5. При сключването на договори с ЛЗ за БМП ще се даде ли възможност да се сключат договори с ЛЗ за БМП, които не притежават изискващото се ниво на компетентност по Наредба №2 за изпълнението на КП, Амб.Пр и КПр., но в медицинските стандарти е дадено право да се изпълняват и от тези ЛЗ за БМП в условията на спешност или е дадено това право в алгоритмите на КП, Амб.Пр и КПр?

(Текст на чл.142. (1) Страна по договор с

НЗОК за оказване на БМП по КП, Амб.Пр и КПр може да бъде лечебно заведение по чл. 9, което отговаря на общите условия по чл. 19, ал. 1, т. 1, букви „а“, „б“ и „в“ НРД за медицинските дейности за 2015 г., както и на следните специални условия:

- съответствие на устройството на лечебно-



то заведение с разрешението за осъществяване на лечебна дейност и съответното ниво на компетентност, респ. с регистрацията в РЦЗ/РЗИ;

- лечебното заведение е осигурило дейността на липсващите му структурни звена с необходимата медицинска апаратура и оборудване чрез договор с друго лечебно заведение за болнична или извънболнична помощ в случаите, когато съответната КП, АПр и КПр допуска това, с лечебни заведения, които се намират на територията на същата област, или с по-близко

лечебно заведение в съседна област;)

6. Как ще работят ЛЗ при изпълнение на дейности за „Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)“, при положение, че това може да се установи едва след пода-

Lilly

Иновации за хората

В Lilly идеята се превръща в иновация, когато е от значение за живота на поне един човек.

За нас личните преживявания, свързани с болестта, са толкова важни, колкото и науката.

Lilly

8. Защо при отчитане на КП с продължителност до 3 дни, като Амб.Пр№ „Предсрочно изпълнение на дейности по КП...“, за случаите по КП № 16, 17, 19.1, 20, 25 или 33 се заплаща цената на съответната пътеката (чл.194, ал.4), а за всички останали случаи по КП с продължителност до 3 дни се заплаща 60% от цената на съответната КП? Ако това са КП, които в НРД 2015 са били с минимален престой до 1 ден (24 часа), то защо това изключение не е приложено за всички пътеки с такъв минимален престой по НРД 2015? Това буди съмнения за лобизъм.

9. Защо няма да се заплаща на ЛЗ за БМП медицинска помощ, ако при внезапен контрол се установи неизвършена и недокументирана задължителна процедура към момента на извършване на проверката в лечебното заведение по време на хоспитализация, при положение, че в диагностично лечебния алгоритъм на КП няма заложен краен час на извършването ѝ, и тя може да се извърши и след проверката в рамките на определения престой по съответната КП?

10. Какъв е мотивът \$20 от Преходните и заключителни разпоредби да се разпише?

(Текст на §20. При осигурена техническа възможност изпълнителите на медицинска помощ ежедневно подават към интегрираната информационна система на НЗОК информацията относно предписаните по международно непатентно наименование или фармакопейно наименование на лекарственото им вещество лекарствени продукти, определени в Позитивния лекарствен списък като напълно заплащани в полза на ЗОЛ,

по реда на Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.)

11. Какъв е мотивът и основанието §22 от преходните и заключителните разпоредби да се разпише изискване за изпращането по електронен път в реално време на документацията от лекарите?

12. За чия сметка ще се разработва необходимия софтуер за изпълнението на §20 от Преходните и заключителни разпоредби на Решението?

В какъв формат ще се предоставя тази информация и за какво е нужно това при положение, че същата информация я има и в хмл формата на амбулаторния лист, който се отчита в НЗОК?

13. По какъв начин ще се предоставя информация на пациента по изпълнение на ал.6 от чл.27 от Решението, с какъв документ ще се доказва изпълнението на това изискване?

(Текст на чл.27 (6). В случаите на предписване на лекарствен продукт лекарят е длъжен да информира пациента - ЗОЛ, и относно това дали той се заплаща напълно или частично от НЗОК, както и дали има лекарствени продукти със същото международно непатентно наименование с по-ниска цена, заплащана частично или напълно от НЗОК)

14. Защо в КП с №210 и №211 цените от проекта за решение са променени и двете пътеки, макар и с различен обем и сложност, са с еднакви цени? Защо е разделена тогава тази пътека?

(Със съкращения)

Пълния текст четете на сайта на БЛС.

Лекарският съюз обжалва във ВАС „служебния НРД“, приет от Надзорния съвет на НЗОК



Българският лекарски съюз внесе жалба във Върховния административен съд, с която иска отмяната и спирането на действието на „служебния Национален рамков договор“, приет под формата на Решение от Надзорния съвет на НЗОК на 29 март т. г. Съсловната организация излага своите аргументи за незаконосъобразност, цитирайки поредица от членове и

глави от документа. „Направеното изброяване е с цел да подчертаем, че посоченият акт на НС на НЗОК цели по един несъмнен и противоположен начин да замени НРДМД. По своята същност това е изземване на правомощията на единия договорен субект, а именно БЛС, и грубо погазване на основополагащото договорно начало, изграждащо цялостната философия на ЗЗО

и гарантиращо баланса на интереси в системата.“ - се казва в жалбата, подписана от председателя на БЛС д-р В. Грозев.

Приложени са поредица от аргументи в подкрепа на тезата, че Надзорният съвет на Касата е излязъл от законовата рамка, която му дава право да приеме отделни текстове, само в случай, че през последната година има приети и влезли в сила

нормативни актове, свързани с рамковия договор. „Акцентираме върху обстоятелството, че НС на НЗОК не разполага с правомощия за изменение на НРДМД... Безспорно, колкото и парадоксално да звучи, е налице и едновременно нарушаване, и заобикаляне на закона“ - се казва още в жалбата.

Искането на БЛС е не само за отмяна на въпросното Решение, но и за спи-

ране на неговото действие, поради това, че действието на подзаконовия административен акт би могло да причини значителни и трудно поправими вреди за изпълнителите на медицинска помощ и на още по-силно основание за здравноосигурените лица, както и с оглед предотвратяване на осъществяването на незаконосъобразни действия, разпоредени със същия. „С изпълнение

на обжалвания акт ще се причинят не само материални вреди на пациентите, които биха могли да бъдат компенсирани по някакъв начин впоследствие след отмяната на акта, но и нематериални - затруднен достъп до БЛЗ.“ - завършва жалбата на БЛС. Тя е депозирана в съда още на 13 април т. г.

Целия текст четете в сайта на БЛС

Критериите за оценка на качеството трябва да бъдат изработени заедно със съсловие

Това е тезата, която се застъпва в писмо до управителя на НЗОК д-р Гинка Комитов. Публикуваме пълния текст.

В публикуваното в ДВ 25/31.03.2016 г. Решение на НС на НЗОК № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. се определят критерии за оценка на качеството на извършената медицинска дейност при диспансерното наблюдение на лица с Артериална хипертония и Захарен диабет от ОПЛ и СИМП. Критериите за качество на извършената дейност могат да бъдат показател за оценка на медицинската дейност, само ако са изработени съвместно с медицинската общност и е постигнат широк консенсус. Написаните в Решението критерии не отговарят на тези условия.

Критериите за качество на медицинската дейност, свързани с резултата от тази дейност (контрол на хроничните заболявания), следва да оценяват ефекта от дейността на лекарите, да минимизират индивидуалната вариабилност в поведението на пациентите, да оценяват значими за здравето елементи от контрола на дейността, да бъдат практически приложими при конкретните условия (т.е. да бъде осигурен необходимият за оценката лабораторен или клиничен контрол в рамките на диспансерното наблюдение), да имат необходимата научна обосновка въз основа на национални и международни консенсуси за лечението на съответното заболяване, да могат да се оценяват еднозначно и без субективизъм от страна на оценяващия.

Критериите, вписани в Решението, не отговарят на тези условия, поради следните причини:

1. Контролът на сърдечно-съдовия риск не може да се базира на само един лабораторен показател, а именно на ЛДЛ-холестерол.

Вменяването на само един показател в критериите за качество противоречи и на медицинската наука, по силата на която самостоятелна оценка и придаването на тежест в оценката на един показател не може да бъде обективно. Това противоречи на Националния консенсус от 2012 г., приет в гр. Варна на Национална конференция по Клинична лаборатория, както и на националните и международните консенсуси за поведение при лечението на артериална хипертония, стенокардия, сърдечна недостатъчност на различните медицински общности. В консенсусите при оценка на сърдечно-съдовият риск се включват и нива на HDL-холестерол, общ холестерол и триглицериди и съответните отношения между измерените им стойности. Известно е, че прицелните нива на липидните показатели са твърде вариабилни при различните пациенти (с различен здравен статус) и по тази причина не могат да служат като унифициран показател за качество на контрола на съответното заболяване. Освен това показател, който се изследва 1 път годишно и не е осигурена възможност за динамичното му проследяване, не е логично да служи за оценка на качеството на дейността на 6-месечен период, тъй като статистически 50 % от наблю-

даваните лица в този интервал няма да имат изследвани стойности, които да послужат за оценка. Лекарите нямат осигурена финансова възможност да проследят в динамика промяната в стойностите на липидите след промяна в терапевтичната схема вследствие на получените резултати от лабораторния контрол, с което дори и максимално правилното от медицинска гледна точка поведение не може да бъде оценено по предложената схема.

2. При оценката на медицинската дейност за контрол на диабета в извънболничната помощ ситуацията е подобна. Въпреки, че гликираният хемоглобин е стандарт за оценка на контрола на диабета, крайният резултат може да варира в широки граници в зависимост от индивидуалното поведение на конкретния пациент - спазване на лечебната схема, хранителен и двигателен режим, придружаващи заболявания. Предложените критерии за оценка на медицинската дейност представляват на практика идеалните цели за лечението на диабета, които се постигат в не повече от 30-35 % от пациентите дори в страните с много добре развито здравеопазване в света и в Европа. Липсва „преходна“ зона между „добър“ и „незадоволителен“ контрол, както и възможност за проследяване на динамиката в контрола на заболяването (напр. пациент с новооткрито заболяване с гликиран хемоглобин 11.0 % практически не може да постигне съответната прицелна стойност в рамките на 3 или 6-месечен период, въпреки правилното от медицинска гледна точка поведение). Съществува и вариабилност в изследванията между различните лаборатории, която също трябва да се има

предвид.

3. При оценката на компенсацията на артериалната хипертония съществуват други проблеми. Липсва дефиниция на „50 % от периода на наблюдение“, както и начин на оценка - въз основа на какви данни се прави (данни от прегледите при ОПЛ, в СИМП, в БП, в спешните центрове, в домашни условия). Артериалното налягане е много вариабилен показател и не е изключение да бъдат регистрирани различни стойности в рамките на едно и също посещение на пациента при лекаря. Не е ясно кои стойности се вземат предвид при оценката на качеството. Освен това този показател много лесно може да бъде манипулиран в документацията на пациентите с цел да покаже „добър“ контрол на съответния пациент, като липсва възможност за обективна верификация на постигнатия контрол.

Професионалната ни отговорност ни принуди да напишем тези аргументи. Публикуваните критерии за качество и оценка не са съгласувани с медицинската общност и с медицинската практика. С тях се създават предпоставки за оценка на медицинската дейност, която не е основана на обективни и достоверни критерии. В същото време с Решението се залагат санкции за непостигане на публикуваните критерии за качество. Всичко това би могло да доведе до деформиране на документацията на пациентите и компрометиране на заложената оценка на медицинската дейност на лекарите.

Заложените критерии представляват идеална цел на лечението. В ерата на индивидуализирана медицина с оглед определяне на индивидуално съотношение полза/риск за всеки един пациент поставянето

на идеалните цели на лечението като задължителна цел за постигане в кратък период от време (с цел превенция на санкции) може да доведе до масова полипрагмазия, назначаване на ненужно лечение (ненужни медикаменти и ненужно високи дози), поставяне на здравето на пациентите в риск от развитие на странични ефекти и лекарствени взаимодействия и неправдано завишени разходи за лекарствено лечение в извънболничната помощ, т.е. да има обратния ефект - постигане на некачествено лечение. Нека да не забравяме основния постулат на медицината - *Primum non nocere!*

Настояваме текстовете на чл. 58 и чл. 59 да бъде преработени, прецизирани и в тях да залегнат медицински критерии, отговарящи на приетите в страната консенсуси, които са обезпечени в рамките на диспансерното наблюдение, относително независими са от индивидуалната вариабилност в поведението на отделните пациенти, имат осигурена възможност за обективна верификация и не създават условия за влошаване на качеството на медицинската дейност. Тези критерии следва да бъдат изработени в консенсус с медицинската общност, която следва да ги изпълнява, да бъдат оповестени предварително както сред лекарите, така и сред пациентите, като следва да се прилага едва след достигане на широк обществен консенсус. Настояваме заложените в Решението критерии през 2016 г. да бъдат преработени с участието на практикуващи лекари, като получените вследствие на оценката резултати да не бъдат основание за санкции, а основа за вземане на управленско решение за следващ период от време (например за следващия НРД).

Между правото и етиката

Ще има ли регистър на медицинските грешки?

„Медицински/лекарски грешки - правно-деонтологични и етични въпроси“ - това бе темата на семинара, организиран от Комисията по професионална етика на БЛС. Той се проведе на 8 и 9 април, т.г., в София. В него участваха членовете на Централната етична комисия, председателите на регионалните, юристи и представители на УС на БЛС. Освен председателят на ЦКПЕ д-р Петко Загорчев, лектори бяха Зорница Таскова-зам.-градски прокурор на София и Нина Панчева-зам.-окръжен прокурор,

София.

Д-р Загорчев подчерта, че семинарът е продължение на въпросите, повдигнати още от проф. д-р Милан Миланов и залегнали в концепцията за работа на ЦКПЕ и на съвместните презентации с проф. д-р Златица Петрова, логична стъпка към реализацията на идеята за регистър на медицинските грешки.

Наличието на медицински грешки предполага съществуването на проблем в цялата здравна система не само от медицинска, но и от икономическа, правна, етична и

обществена гледни точки.

Дискусиите по темата продължиха през целия ден - както по време на презентациите, така и във времето за обсъждане.

Председателите на комисиите по професионална етика категорично не приеха понятията „лекарска грешка“ и „медицинска грешка“ да се дефинират в становищата и официалните документи на комисията. По тяхно мнение трябва да се обсъдят и заменят с термини, отговарящи на реалното съдържание: медицинско неблагоприятно



случай, невиновно поведение - виновно поведение, оправдан риск. Дефинирането на понятието „медицинска грешка“, дадено от ИАМО, не определя отговорните за нея институции или лица. При наличието на командно-административен тип

управление и рестриктивен бюджет на Касата, в условията на едно демонстриране на лекарското съсловие в медиите, често под натиска на т. нар. „обществено мнение“, медицинската грешка се интенифицира като лекарска. Твърди се, че когато

влезе в съдебната зала, правото излиза. В този смисъл е истина и фактът, че когато общественото мнение влезе в здравеопазването, истинската медицина излиза. Участиците в работната среща търсиха баланс и защита на правата на пациента и на лекаря.

Д-р Петко Загорчев, председател на Централната комисия по професионална етика на лекарите:

Необходимо е широко обсъждане

През 2009 г. Световният алианс по безопасност на пациента към СЗО публикува Технически доклад за международната класификация за безопасността на пациента, която съдържа дефиниции на 297 термина в тази област.

Няма определения за „лекарска грешка“, но има такива за „небрежност“ (negligence), „неправилно лечение“ (лоша практика) (medical malpractice).

В българската литература първи дефиниции за „медицинска грешка“ са направени от проф. д-р Стойчо Раданов в „Правно деонтологични въпроси в медицинската практика“.

Л. Иванов през 1989 твърди, че „За грешка в едно или друго действие на медицинското обслужване може да се говори само в случай, че това действие е определено чрез съответни критерии и се отклонява извън техните предели“.

Проблемът стана актуален през последните години след случаи с летален изход, при които бяха налице обвинения срещу лекари, за които се счита, че са допуснали грешки по време на лечебния процес. Вниманието е насочено към персоналната отговорност на лекаря, а не към средата и условията, в които се проявява тя.

У нас също съществува обща и специална уредба, но липсва легална дефиниция на понятието „медицинска грешка“ или негов еквивалент в законите и специалните уредби. В нито една от тях не се дефинират тези понятия, а се ползват широко и в публичната сфера.

КОИ СА СТРУКТУРИТЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО, РАЗГЛЕЖДАЩИ „МЕДИЦИНСКИТЕ/ЛЕКАРСКИТЕ ГРЕШКИ“?

Централната комисия по професионална етика на БЛС е изградена съгласно изискванията на ЗСОЛЛДМ и осъществява функциите си съгласно чл.15 ал.3 от Устава на БЛС. „Комисията се произнася по професионално-медицински, морално етични и деонтологични въпроси, свързани с упражняването на професията и

взема решения по чл.39 от настоящия устав.“ Медицинските/лекарските грешки се разглеждат и от регионалните комисии по професионална етика. И разбира се, от Изпълнителна агенция медицински одит, която има и дефиниции за лекарска и за медицинска грешка. Разграничаването на двете понятия е от важно значение за бъдещите действия, които се очаква да се предприемат по отношение на допуснатата грешка.

Преминаването от персонален към системен подход в анализа на грешките, има за цел отстраняване на основната причина, довела до появата им.

Прилагането на този подход означава, че вниманието следва да бъде насочено

НЕ КЪМ ТЪРСЕНЕ НА „КОЙ Е ВИНОВЕН“ А „КАКВО И ЗАЩО ТОВА СЕ Е СЛУЧИЛО“

Допускането на грешка е възможно и при най-добрия специалист, в най-доброто лечебно заведение. Целта е намаляване нивото на допускане на грешки и подобряване на безопасността на пациентите, а не само отстраняване на констатираната грешка.

Една от причините за липса на такава система за отчитане на медицинските грешки и нежеланите ефекти е наличието



на страх от обвинения, санкции, уволнение, съдебно производство, изолитане от колеги и др., т.е. „култура на обвинение“ която не мотивира персонала да говори и дискутира грешките

Необходимо е процесът на отчитане на медицинските грешки да е база за тяхното изучаване и откриване на основната причина за допускането им с цел тези грешки да не се повтарят в бъдеще.

КАКВИ СА ПЪТИЩАТА ЗА РЕШАВАНЕ НА ТЕЗИ ПРОБЛЕМИ?

Централната етична комисия представи за обсъждане на семинара своето мнение. А то е да се засили ролята на БЛС и РЛК,

Лекарски грешки

Персонален подход

- кой е виновен
- култура на обвинение
- страх от наказание
- персонално наказание
- лоша комуникация м/у персонала
- вина и страх от разговор с пациента
- възможност за повтаряне на грешката
- запазен или нарастващ риск от грешки

Извод: Персоналната вина не отстранява, а задълбочава проблема

Медицински грешки

Системен подход

- какво и защо се е случило
- култура на доверие
- открит разговор, анализ на причината
- поука от допуснатата грешка
- добра комуникация между персонала
- открит разговор и обяснение на пациента
- по-малка вероятност от подобна грешка
- проучване и разпространяване на ДМП
- снижен риск от допускане на грешки

Извод: Подобренятия в системата повишават безопасността за пациента

на ЦКПЕ и РКПЕ.

Първо, да се формулират понятията „медицинска/лекарска грешка“ или да се заменят с други по-точни дефиниции. Приети с консенсус, тези определения да намерят място в общите правила за добра медицинска практика (ПДМП). До формулирането им в други нормативни документи да се ползват в практиката на комисии по професионална етика, както и при изготвяне на становища пред други органи. Второ, да се формират експертни звена към БЛС, които да изготвят ПДМП по специалности.

Техните становища да залегнат в решенията на ЦКПЕ, когато правилата за ДМП се пресичат и с нарушения на Кодекса по професионална етика. Трето, да се създаде национален регистър, в който да се събират случаите на медицински грешки (лоша практика), (medical malpractice) с анализ и мерки за предотвратяването им.

Председателите на КПЕ изказаха мнение, че Централната комисия по професионална етика трябва да се произнася във всички случаи, когато противоречиви и неприемливи текстове в наредби и указания създават условия за медицинска грешка/неблагополучие. В тези случаи, ако е необходимо, БЛС да сезира ВАС.

Освен това, да се разширят пълномощията на ЦКПЕ и на Бордовете по специалности - да се произнасят официално в случаите, когато са налице противоречиви си експертни становища или си експертни в лекарска грешка.

Често в съдебните постановления се цитира понятието „Хипократова клетва.“

Но нейният текст е с над 2400-годишна история. Времето, в което живеем позволява и налага да се връщаме към имена, които са значими за всяко цивилизовано общество - Хипократ, Темида, но в медицината Хипократовата клетва следва да бъде адаптирана в духа на принципите, залегнали в Кодекса за професионална етика на лекарите и да заеме своето място в този Кодекс.

Необходимо е широко обсъждане и промяна в Устава на БЛС - промяна, свързана с пълномощията на комисии по професионална етика, за да се достигне етапът, в който съдебната система да налага основно имуществени санкции /както е в САЩ/, а съсловната организация да поеме своята роля - да дава становища и да определя реални ответни мерки при всеки случай на лоша практика и медицински неблагоприятно.

Преподават на лекари от страната иновативна химиотерапия

● Най-модерната програма за хипертермична интраперитонеална химиотерапия (HIPEC) у нас работи в старозагорската болница „Тракия“

В МБАЛ „Тракия“ за първи път в страната се проведе практически курс за обучение на лекари за прилагане на иновативен метод за лечение

на туморни заболявания - хипертермична интраперитонеална химиотерапия (HIPEC). Курсът бе на 20 и 21 април. Водещият хирург на болницата

проф. д-р Александър Юлианов демонстрира с няколко операции възможностите на хипертермичната интраперитонеална химиотерапия при пациентки с овариален карцином (рак на яйчниците).

HIPEC е единственият ефективен метод за лечение при напреднали тумори на перитонеума (перитонеална карциноза). Няколко са разликите между хипертермичната интраперитонеална химиотерапия и стандартната. Новият метод се прилага по време на самата операция. При него се работи с висококонцентрирани и загрети разтвори, които се прилагат вътре в перитонеалната област на пациента. Така за разлика от стандартната химиотерапия се избягва циркулирането на медикаментите в цялото тяло на болния. Това редуцира неблагоприятните ефек-



ти върху останалите органи и тъкани. В същото време методът позволява на лекарите да третират туморните клетки с по-високи дози химиотерапия. Загряването на разтвора също допринася за по-добрия ефект на лечението - повишената температура подобрява въздействието на химиотерапията върху туморните клетки и разрушаването им.

За да се приложи HIPEC, лекарите първо трябва да направят циторедуктивна операция - да премахнат всички видими тумори в коремната област. След това се прави самата химиотерапия с концентрирани и загрети до 41-42 градуса по Целзий разтвор. По

този начин се унищожават останалите ракови клетки. Химиотерапията отнема около час и половина. Накрая разтворът се отстранява от пациента, едва тогава хирургът може да приключи и операцията.

От началото на годината най-модерният в света апарат за HIPEC работи в МБАЛ „Тракия“. Програмата се ръководи от проф. Александър Юлианов. Той е ръководител на хирургията на високотехнологичната болница „Тракия“ - Парк в Стара Загора и международно признат експерт в областта на коремната хирургия и онкологията. Екипът му е разработил и извършил за първи път в света редица опе-

рации. Проф. Юлианов е автор на повече от 150 научни статии в най-престижните международни научни форуми и списания. Редактор и рецензент е в редица медицински издания като *Frontiers in Oncology*, *Central European Journal of Medicine*, *European Journal of Cancer Care*, *Medical Science Monitor*, *Quantitative Imaging in Medicine and Surgery*, *World Journal of Hepatology*. За нововъведения в хирургията на чернодробните тумори той е отличен с почетен плакет на *Korea University Medical Center*, Сеул и е включен в световния справочник "Кой кой е в медицината".

Лора Кънева



Проф. д-р Александър Юлианов

Професията парамедик вече е призната

В Държавен вестник беше обнародвана Наредбата за придобиване на квалификация по професията „Парамедик“ на министъра на образованието и науката. Тя определя Държавното образователно изискване (ДОИ) за придобиването на квалификация по новата за България професия „Парамедик“. Съгласно Списъка на професиите за професионално образование и обучение, тази професия е от област на образование „Здравеопазване“, професионално направление „Здравни грижи“.

Обучението на парамедиците се провежда на три степени на професионална квалификация. С ДОИ се определят конкретните професионални знания, умения и компетентности по професията, които ще гарантират на обучавашите се възможност за упражняването ѝ. С нормативния акт се регламентират и изисква-

нията към кандидатите, описанието на професията, единиците резултати от ученето, изискванията към материалната база и изискванията към обучаващите. ДОИ определя също общата, отрасловата и специфичната задължителна професионална подготовка, както и задължителната чуждоезикова подготовка по професията. Наличието на ДОИ и осигуряването на преподавателски капацитет в центровете за професионално обучение е необходимо условие за кандидатстващите за финансиране обучителни институции по професията.

Вече официално започна и обучението за придобиване на квалификация за парамедици. Курсът е част от програмата „Активни млади хора до 29 годишна възраст“ на МТСП, по която МЗ е кандидатствало специално за обучение на парамедици. Младите хора, които подпис-

ват своите договори за участие в програмата, са подбрани предварително според конкретни критерии, които гарантират възможността им да упражняват тази професия. От програмата на

рамките на програмата министерството на здравеопазването е поело задължението след приключване на обучението да назначи новоквалифицираните парамедици на трудов договор в някой



този етап ще се възползват 7 ЦСМП от страната - Пловдив, Сливен, Кърджали, Бургас, Разград, Варна и Смолян. В

от спешните центрове или във филиал, а МТСП ще поеме заплащането на възнагражденията им за първите 6 месеца.

Новата наредба е в унисон и със заложените в Концепцията за развитие на спешната медицинска помощ в Република Бъл-

гария и Националната здравна стратегия 2020 мерки за въвеждането и развитието на професията „Парамедик“. Целта е чрез въвеждането на парамедици в системата за спешна медицинска помощ да се преодолее неефективното използване на висококвалифицирани медицински специалисти за дейности, които могат да се изпълняват от лица със специфична и профилирана квалификация, както и да се вземат мерки срещу текучеството и недостига на персонал.

Д-р Юлиан Йорданов, председател на Акредитационния съвет на БЛС:

Електронно продължаващо медицинско обучение ще стартира до месец

- Научно-практическата конференция, която провеждате за втори път, всъщност е възраждане на една прекъсната инициатива на БЛС, когато през 1924 година се организира първа научна конференция. Кое мотивира Лекарския съюз да възроди тази инициатива?

- Основната мотивация е, че ние като Лекарски съюз трябва да се грижим не само за тяснопрактическата част на професията – НРД, наредби, правила и пр., но и за научната дейност. Всички казваме, че медицината е изкуство. За да може да прилага това изкуство, лекарят трябва да поддържа и разширява знанията си – особено днес, когато науката се развива с шеметни темпове. Лично аз имам 35 годишен стаж. Трябва да кажа, че онова, което беше преди 35 години, е много по-различно от това, което е днес. Медицината е на друго ниво, въвеждат се нови технологии, необходими са много повече знания и умения. Няма как да не поддържаме знанията си. Точно на тези научно-практически конференции става среща на водещи медици. Там чуваме докъде е стигнала съответната специалност. Всеки в зависимост от специалността си, прави изводи и би трябвало да ги приложи в своята практика.

- През тази година темата е социално-значимите заболявания. Как се решава каква да е тематиката?

- По принцип тематиката се решава в Лекарския съюз. Първо, темите трябва да са обединяващи и да интересуват колегите като цяло. Тесните специалисти си имат дружества, провеждат своите научни форуми, но ние виждаме, че един лекар трябва да има космополитни, така да го кажем, познания. Той трябва да е много добър в своята частна специалност, но не може само с това. Често се налага да има интердисциплинарни познания и това издига неговите качества като лекар.

- Защо през тази година избрахте именно социално-значимите заболявания?

- Социално-значимите заболявания водят до най-голямата смъртност. Борбата с тях ще я намали. Те са и най-често срещаните заболявания. Събрахме различните области – кардиология, кардиохирургия, спешна медицина, да не ги изброявам, в отделни модули на конференцията. Стремехът е да застъпим всички

социално-значими заболявания. Онкологичните в последните години излизат на първо място...

- А как ангажирате лекторите?

- Има организационен комитет, в който влизат водещи лекари от отделните специалности. Всеки от тях предложи лектори, които са доказани в своята сфера.

- Има ли отказващи?

- Не. Нито един, с изключение на такива, които в този момент са на симпозиуми извън страната. Нещо повече – случва се така, че в същото време има форуми в страната, но лекторите съчетават ангажиментите си. Например, ще има форум по кардиология, но водещите кардиолози ще дойдат и на нашата конференция. Същото е и с ендокринолозите, и с онколозите. Така че се вижда желание за участие. Това показва, че БЛС има своето място и в научните среди.

- Лекторите веднага ли се съгласяват?

- Да. Някои от тях казаха: чудесно е, че Лекарският съюз се е сетил да ни покани.



Роден на 2 август, 1953 година в София, където завършва средно и висше медицинско образование. Придобива специалност хирургия през 1985-та година. Специализира в болница „Сент Антоан“- Париж, както и в Холандия, Великобритания, Белгия. От 1983-та година е хирург в столичната Първа градска болница. Непрекъснато е ангажиран с проблемите на съсловието. Заемал е изборни длъжности в синдикатите, а впоследствие - в Лекарския съюз. Бил е член на УС на столичната колегия и зам-председател на УС на БЛС.

- Един от тях бе избран за ректор на МУ-София...

- Да, проф. д-р Вихра Миланова е и лектор, и модератор в модул „психиатрия“.

- През тази година за участие в конференцията се дават 14 кредитни точки. Правихте ли анализ на ефекта от Първата научно-практическа конференция?

- Не е въпросът само за кредитните точки. Въпросът е дали има удовлетвореност на участниците. Поне отзивите от Първата конференция са, че колегите са удовлетворени. Конкретен анализ не е правен. Може би самите участници дават нивото...

- Съвсем естествено място в такъв форум имат медицинските дружества. Кажете нещо за партньорството с тях. Когато приехте правилата за работата на бордовете, изтъкнахте колко е важно да бъдат изработени правила за добра медицинска практика. Доколкото зная, не е направено много.

- Да, до този момент движението е слабо. Действително в Съюза на медицинските специалисти, в дружествата по специалности – там е науката. Има обаче много практикуващи лекари, които не се занимават с наука, но трябва да имат съвременни познания. Въпросът е в колаборацията. Отдели ли се само науката от практиката, резултатът няма да

добра медицинска практика? А такива правила, подписани от министъра, всъщност няма. Има подписани само Общи правила.

Така че трябва да се направят по специалности...

на електронен носител. Изискването е на самия постер да има резюме, което ще влезе в сборник, който ще издадем. Всички лекции и резюмета ще бъдат качени на новия сайт, който организираме за електронно обучение.

- Това е новост - ще има сайт за електронно обучение. Кога ще стартира?

- До 24 май. Електронното обучение е важно, защото лекарите са много ангажирани и голяма част от тях не могат да участват в повече конференции, дискусии. При електронното обучение те ще имат възможност от дома си да четат доклади от конференции, да получават интересуваша ги научна информация...

- Как ще се влиза в този сайт?

тронното е, че при дистанционното има възможност за директен контакт, че в даден момент има среща между обучаван и обучаващ.

- Специалисти от бордовете участваха в подготовката на НРД, но той не бе подписан по решение на Събора...

- Оказа се, че голяма част от водещите специалисти – национални консултанти, експерти на БЛС, шефовете на бордовете, са дали предложения по своята специалност, които не са намерили място в публикуваната наредба. Това не беше единичен случай. То говори, че МЗ не се е съобразило с техните предложения, някъде се е скъсала връзката, не се знае точно къде. Това беше един от основните проблеми, които имахме в работните групи по специалности.

- Това има ли връзка с упреците, че „анонимни“ преговаряли за НРД? Ако е така, звучи нелепо, когато е отправено към високи експерти?

- Абсолютно. За всяка среща се водеше протокол с имената на присъстващите. Може да се види, че това не са анонимни хора, а национални консултанти и известни експерти по дадена специалност.

- С Акредитационния съвет БЛС изпълнява функцията на лекарска камара, въпреки че запази традиционното си наименование...

- Да. Има и нещо друго. Цялостното изграждане на продължаващото обучение включва и Акредитационния съвет, и бордовете по специалности. Затова предложихме промяна в Закона за съсловните организации и в преходните и заключителни рзпоредби на Закона за здравето, където тези структури, които вече са в Устана на БЛС, да бъдат законово регламентирани.

- Вие сте активен хирург, председател на Акредитационния съвет, съдебен експерт... много ангажиран човек сте. Имате ли хоби?

- Музиката. Имам много богата фонотека. А любимият ми инструмент е родопската каба гайда.

- Въпреки че сте градско чедо... Имате ли свой девиз?

- „Животът се измерва не с броя на вдишванията, а с моментите, които спират дъха“. А в реалния живот си казвам: „Правя каквото мога, да става каквото ще!“ Сега обмислям идеята си да се свържем с някои от европейските и американските електронни медицински платформи и да имаме обмен на информация...

е добър. Удовлетворен съм, че има добра колаборация между наука и практика. Трябва да вървим заедно, като БЛС е организацията, която представлява гилдията. Именно създаването на бордовете по специалности изразява стремежа да се обединят наука и практика в решаването на значими проблеми. Такъв е изработването на правила за добра медицинска практика – нещо, което по закон е вменено на БЛС и ние се опитваме да го направим съвместно със Съюза на медицинските специалисти.

- Тези правила освен за квалификацията, имат значение и за защитата на лекарите...

- Да, аз съм вече лице от 30 години. Съдията пита: спазени ли са правилата за

- На Първата конференция лекциите бяха интересни, но дискусиите – много кратки. Вашият коментар?

- Може би като при първа конференция, не бяхме отделили достатъчно време за дискусии. Колегите повече слушаха отколкото да участват активно. Може би темите бяха повече с обучителен характер отколкото с научен, където се предполага дебат... За съжаление, времето ни притиска. Надявам се модераторите да дадат повече време за дискусии.

- Ще има ли постери както при миналата конференция?

- Има заявени постери в два варианта – на хартиен и

- Това ще е сайт само за лекари. Всеки ще има парола и ще избира тематиката. Периодично статиите на основния монитор ще бъдат обновявани, а тези, които имат давност, ще влизат в съответния модул по специалност. Ако един лекар е прочел нещо, което му е интересно, той ще може след година пак да го прочете и да свери знанията си. Ще организираме и дискусии с водещи специалисти – видео. Ще има и тест по определена тема. Ако лекарят даде верни отговори, ще получи кредитни точки по продължаващото медицинско обучение.

- Какво друго предстои?

- На следващия етап ще развием дистанционното обучение. Разликата с елек-

Основен и допълнителен пакет медицински дейности - от догодина

● **За някои заболявания ще се чака повече от два месеца**

Основният и допълнителният пакет медицински дейности ще влязат в сила от следващия договорен период на здравната каса - от 1 април 2017 г. Това обяви зам.-министърът на здравеопазването Ваньо Шарков пред журналисти на семинар във Велинград. Подробното описание на пакетите е залегнало в предлаганите промени на Закона за здравното осигуряване, които ще бъдат разглеждани от парламента. Това се наложи, след като Конституционният съд отмени наредбата, в която беше включена новата регулация, с аргумента, че не е ясно формулирана и трябва критериите да са част от закон. Д-р Шарков информира, че предложението за изменение на ЗЗО е изпратено на председателя на здравната комисия Даниела Дариткова за одобрение, след което тръгва към Министерския съвет и Народното събрание. Той уточни, че здравното министерство е направило сериозно проучване на чуждия опит и освен това са проведени дискусии в съвета

„Партньорство за здраве“ със съсловни и пациентски организации. В основния пакет са включени социално-значимите заболявания и спешните състояния. Записани са също направенията за промоция, профилактика и ранно откриване на болестите, както и диагностика на внезапно възникнали инциденти, а по предложение на зъболекарите - и дентална помощ. Като рисковани пациенти, които се лекуват по него, са посочени децата, бременните и родилките, хората със сърдечносъдови и инфекциозни проблеми, с травми и отравяния, онкологично болните, с трансплантирани органи, с обострени хронични заболявания. В допълнителния пакет ще попадат пациенти, които вече са диагностицирани и заболяването не застрашава непосредствено живота им, не изисква спешно лечение и няма риск от усложнения. Тези болни ще чакат за включване в листата, но преди това е необходимо да е поставена диагноза, да има обективна

медицинска оценка на историята на страданията и евентуалното развитие, да се предостави информация на пациента, която да му даде възможност за информирано решение за лечението му, поясни зам.-министър Шарков. Досега министерството искаше да гарантира, че плановите пациенти няма да чакат повече от 2 месеца за лечение, но в новата поправка в ЗЗО ще се запише, че за различните клинични пътеки периодът на лечението е различен и зависи от спецификите на болестта и на пациентите. Д-р Шарков даде пример със специалността физиотерапия и рехабилитация, където и сега има листи на чакащи с продължителност 8 месеца. С изсикване за 2 месеца, тези клиници ще бъдат поставени в невъзможност да изпълняват това условие и ще са в постоянно нарушение. След като бъде одобрен законът, ще се прецизира и наредбата за това колко време може да се чака за прием по отделните диагнози.

Д-р Ваньо Шарков, зам.-министър на здравеопазването: Измамните на отделни колеги вредят на цялото съсловие



Схеми за източване на пари от здравната каса са установени в три болници - в държавната многопрофилна болница във Враца и в две частни в Сливен и в Пловдив. Само във Враца, където са отчетени клинични пътеки с участието на лекар, който не работи в болницата, злоупотреба е за над 200 хиляди лева. Това обяви зам.-министърът на здравеопазването Ваньо Шарков във Велинград. Той обясни, че на документи събвд хирург е оперирал във Враца и в същото време е преглеждал пациенти и е участвал в ЛКК в Шумен. В частните болници в Пловдив и Сливен пък отчитали престой и извършени операции на пациенти, които не са били настъпвани в лечебните заведения. Според д-р Шарков проблемите, свързани с предоставяне на дипломи и други порочни практи-

ки, са системни и усиленията на министерството, Касата и БЛС трябва да се обединят. "Това не е медицина и вреди на имиджа на българския лекар и на всички онези, които често и почтено си вършат работата. Като лекар заявявам, че ние трябва да се очистим от всички онези, които не се занимават с медицина, а с печалбарство", категоричен е той.

ОТГОВОРЧЕН НА КЛИНИКИТЕ

От пловдивската частна болница отредоха обвинението, че точат здравната

НЗОК обеща договори за тази година на всички партньори

● **Лекари и болници ще бъдат „отсявани“ по здравната карта от 2017 г.**

Всички партньори на Националната здравноосигурителна каса ще получат договори за работа тази година. Отсяването на лечебните заведения ще започне от 2017 г. Това съобщи Иванка Кръстева, подправител на НЗОК, на семинар за журналисти, организиран от МЗ и Касата. Ръководители на болници се притесняваха, че няма да могат да работят с НЗОК, както миналата година. Смятаха, че наличието на здравна карта ще ги принуди да закриват отделения, ако се намират в градове, в които има свръхпредлагане на медицински услуги като София, Пловдив, Варна, Пазарджик и други.

Д-р Ивелина Георгиева, експерт от МЗ уточни, че средната използваемост на леглата е около 70%, като в някои клиници тя пада на 50%. Изборът на пациентите да се лекуват в определена болница ще бъде от значение и през следващата година при подбора на НЗОК с кого да сключи договор. Сериозен проблем ще имат новите лечебни заведения, които ще трябва да работят една година без договор с НЗОК, ако в региона има повече от нужните болници, и едва след това ще се състезават с останалите на база брой пациенти и качество на услугите. Според експертите на МЗ по този

които гарантират комплектност и качество на обслужването и лечението на пациентите. Проблем с договорите с Касата тази година няма да имат и лекарите специалисти, твърдят от НЗОК. През миналата седмица се оказа, че част от регионалните здравни инспекции не издават документи на лекарите, които работят в болниците, или не дават входящи номера. Без тези документи те не могат да сключат договор със здравната каса да прегледат с направления в извънболничната помощ, и от следващата година с налагането на Националната здравна карта, лечебните



ят да прегледат в извънболничната помощ, тъй като според здравната карта в България има недостиг на специалисти. Така всички те ще сключат договор с Касата и ще трябва поне 10 часа седмично да прегледат пациенти в кабинетите си. От следващата година с налагането на Националната здравна карта, лечебните

ратура, брой отделения и клиници, и от друга ще отчита тежестта на случаите, които се поемат, като този критерий ще бъде третиран като особено важен. От 1 април досега експертите от НЗОК са издали над 10 указания към районните здравноосигурителни каси, сведени до лечебните заведения, обясни Кръстева, която подчерта, че не очаква

за начина, по който трябва да бъдат чекирани болниците, когато състоянието им налага преминаване през вътрешните структури на лечебното заведение от процедура към клинична пътека или обратно. В такива случаи няма да има нужда от допълнително чекиране, каза Иванка Кръстева. Тя поясни, че през април лечебните за-



Фотокадри от семинара на министерството на здравеопазването за журналисти

По думите на Кръстева през тази година болниците ще могат да работят на исторически принципи в зависимост от броя пациенти, които са ги избрали през 2015 г. Няма да се сключват договори обаче за неизползваните легла.

начин инвестициите ще се насочват в региони, където има недостиг на лечебни заведения. От здравното министерство обясниха, че всяка година болниците ще се класират, като предимство ще се дава на онези от тях,



прашат в регионалните здравни инспекции документите си с обратна разписка, която да им служи като входящ номер. От министерството съобщиха, че са дали указания да се издават документи на лекарите, които жела-



заведения ще приемат болни през ежегодна оценка на дейността, която да им дава право да кандидатстват за договор с НЗОК. Претенката ще включва от една страна ресурса, с който разполагат здравните заведения - специалисти, апа-



проблеми в процеса по подписване на споразуменията. "Ние няма да лишим пациентите от право на достъп и от право на избор", уточни тя. От МЗ заявиха, че директорите на големите многопрофилни болници са изразили притеснения

ведения ще приемат болни и ще отчетат дейността си в условията на различна правна среда - по старите и по новите правила, но районните здравни каси имат необходимата информация, за да работят безпроблемно с договорните партньори.



Семейните доктори предупредиха за нарушаване на споразумението с МЗ

По време на семинара за журналисти беше представена и позицията на семейните лекари по промените, настъпили в работата им след 1 април. Много проблеми се решиха, но останаха и много неясноти, каза д-р Гергана Николова, личен лекар от 19-то ДКЦ. „Решено бе прегледите за есенциалната хипертония от два да станат 4, както беше до момента. Беше удовлетворено искането ни да отпадне гликирания хемоглобин, при стойност над 7, което да води до задължителна консултация с ендокринолол“, подчерта тя. Д-р Николова поясни, че по данни на Сдружението около 30% от диспансерно болните не осъществяват прегледите си, защото не чувстват необходимост от това. Лекарите нямат механизъм, по който да принудят пациентите да се прегледат и затова са поискали да отпадне изискването за поне един преглед при пациенти с добри показатели за някои заболявания. Медиците обясниха и къде срещат трудности. Според тях има разминавания между подписаното между здравното министерство и Националното сдружение на общопрактикуващите лекари споразумение и

указанията на НЗОК за работата им. Семейните лекари настояват например диспансеризиран пациент да се сменя от учет, в случай, че не е посетил личния си лекар в продължение на една година. В момента такава възможност не съществува, каза д-р Николова. Медиците отбелязват още, че в указанията на НЗОК не е залегнало постигнатото между тях, МЗ и НЗОК споразумение, че критериите за качество ще имат индикативен характер и няма да водят до санкции. От НСОПБ посочват също, че няма да е разписано съгласието средствата, предвидени за първична извънболнична помощ, да не бъдат използвани за покриване на разходи по други пера. Общопрактикуващите лекари засягат отново и въпроса с постоянното писане, като заявяват: „Когато говорим за бумадина, в широк смисъл, това не е само трупане на хартии, но и времето, което се хаби за проверяване на знаци, точки, запетай, формулировки, които с нищо не помагат на диагностично-лечебния процес и вероятно са израз на криворазбрано осигуряване на качество или пък поле за санкции“.

Пациентите ще избират джипи онлайн от 1 юни

Пациентите ще могат да си избират личен лекар онлайн от 1 юни. Това стана ясно на съвместен семинар на министерство на здравеопазването и НЗОК в Пловдив. Форумът събра над 300 експерти от районните здравни инспекции и кайонните здравноосигурителни каси. Те бяха запознати с електронното здравеопазване и по-конкретно с въвеждането на електронните направления, които ще се изпращат в НЗОК. Национална листа

на чакащите има и в момента в отчетите, които подават лечебните заведения, но сега ще бъде допълнително систематизирана, като данните на пациентите няма да се публикуват, съобщиха от пресцентъра на НЗОК. От институцията поясниха, че системата, на която се възлагат големи надежди за контрол, е въвеждането на идентификационен номер и електронна автентификация. Номерът се създава при сканиране на произвол-

ни точки от пръста и няма да може обратно да бъде възстановяван рисунокът на пръста, който ще се генерира от четец. Всички преобразувания ще стават в четета и информацията няма да постъпва в компютър и няма да се съхранява на сървър. В базата данни ще се прехвърля направо вече генерираният код. Това ще създаде по-ефективен механизъм за контрол при извършването на плащания от името на



конкретен пациент, смятат от НЗОК. Въвеждането му няма да изисква никакви нови правила или допълнителни трудности в самата лечебна дейност. Малолетните, както и всички, които са болни, неподвижни или имат други затруднения, ще могат да бъдат представявани от други лица. Хората, които имат сериозни препятствия да оставят пръстения си отпечатък, ще могат да използват карта.

Електронната борса за лекарства ще намали до 20% разходите

Първата обществена поръчка за лекарствата на болниците, която ще се проведе чрез т. нар. електронна борса, ще бъде обявена през следващите два месеца, обяви Тома Томов, член на Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса. Прогнозата на здравното министерство е, че централизираните електронни търгове ще съкратят между 5 и 20% разходите за различните лекарства. Стойността на системата е от порядъка на 240 000 лв., като към момента в платформата са включили 150 болници от страната. От тях 120 са били задължени да го направят. Доставчиците, които искат да участват, също ще трябва да се регистрират. По време на търговете те няма да могат да виждат кой е възложителят на обществената поръчка



за даден медикамент, но ще могат да се информират за достигнатата най-ниска цена. „Моделът, по който работи системата, е следния: лечебните заведения, един път регистрирани в тази система, подават заявка за количества на годишна база, които те закупуват. Задават се същите количества, поне като начало. Системата обединява и окрупнява тези обеми и министерството на здравеопазването осъществява обществената поръчка, като търгува от името и за сметка на лечебните заведения. Разчитаме

цената да се повлияе от по-големите обеми и да бъде по-благоприятна“, обясни Томов. Той подчерта, че мярката касае администрацията на болниците, а не пряко пациентите. „Здравното министерство ще обявява обществена поръчка веднъж годишно за даден медикамент. При постигане на три най-ниски цени за препарат, лечебните заведения ще правят минимални поръчки между другите фирми, за да се достигне още по-ниска цена“, поясни зам.-министърът на здравеопазването Бойко Пенков.

Доближихме се с още две позиции към дъното на европейска класация

България изпада на 31-во място в класацията на ефективността на здравните системи в Европа според Европейския индекс на здравния потребител (Euro Health Consumer Index (ЕНЦИ) за 2015 година. След нас са само четири страни - Румъния, Албания, Полша и Черна гора.

Това показва новият доклад на Health Consumer Powerhouse, който се прави всяка година от 2006 г. насам със съдействието на Европейската комисия и с данни на Световната здравна организация. Индексът отчита общо 48 показателя, сред които са спазването на правата на пациентите, достъпът до информация, до медикаменти и до лекарска помощ, времето за чакане пред лекарските кабинети, резултатите от лечението, заболяемостта от хронични болести, смъртността при новородените и др.

Индексът оценява здравните системи на 35 държави в Европа, а не само на

членките на ЕС. Тази година скок в класацията прави Сърбия - с 2 позиции нагоре - и е похвалена в доклада за успеха си.

Анализаторите припомнят забележителния напредък на България през 2013 г. спрямо 2012 г. До тогава страната ни е неизменно на последното място в класацията по всички показатели, но през 2013 г. се вдига рязко с повече от 70 точки и 3 позиции в подредбата заради критерии като достъпност на здравеопазването и високи оценки от пациентските организации. Обаче, предвид че скокът тогава не е предхождан от реформа в здравната система или други обективни обстоятелства, авторите са скептични в достоверността на проучването. В последствие го потвърждават. България запазва по-висока позиция и през следващата година, но през 2015 г. прави крачка назад. Според изводите в проучването, за изминалата годи-

на страната ни отстъпва най-вече по критериите "резултат от лечението" и "обхват и достъп до здравни услуги".

Освен това България заедно с Румъния и Македония остават последни и единствени в "червената зона" по един от най-критичните показатели за здравето на една нация - смъртността при новородени. У нас тя е при около 8 бебета на хиляда раждания, докато в страните от Западна Европа смъртността е наполовина по ниска.

Страната ни получава лоши оценки по отношение на критерии като правото на пациента за второ мнение, директен достъп до специалист, достъп до онкологично лечение за по-малко от 21 дни след поставянето на диагнозата, преживяемост след онкологично заболяване, брой на бъбречните трансплантации, неформални плащания, възможностите за електронно записване на час за преглед и ползване на електронна рецепта.



Положителна оценка България получава относително възможността да посетиш личния лекар в рамките на същия ден, избор на хирург и осъществяване на операция за по-малко от 90 дни.

Както и в предишни години на първо място в класацията е Холандия с над 900 точки (от 1000 възможни). Тя е лидер в критерия за спазването на правата на пациентите и достъп до информация, както и по успешни резултати след лекуване на пациент. Белгия и Швейцария са водещи в осигуряването на достъп на всички пациенти до лечение, а Норвегия е най-добра в превенцията на болести и усложнения.

Медицинският корпус на ЕС се разраства

България не се е включила с екипи в новосъздадения медицински корпус на Европейския съюз за реакция при извънредни ситуации, сочат данните на Еврокомисията. До средата на март лекарски екипи са предложили Белгия, Германия, Испания, Люксембург, Холандия, Финландия, Франция, Чешката република и Швеция.

В края на февруари официално се постави началото на Европейския медицински корпус за бързо реагиране, който ще праща лекари на всяко място още преди възникването на извънредна ситуация в ЕС или извън него. Основната цел на новосъздаденото звено ще бъде да се води превантивна борба срещу здравни кризи като епидемията от ебола в Африка, например.

„Целта на европейския медицински корпус е да се даде възможност за много по-бърза и по-ефикасна реакция на ЕС при възникването на здравни кризи. Трябва да извлечем поуки от случая с ебола, при който основна трудност беше мобилизирането на медицински екипи. Благодаря на всички държави членки, които са се включили до момента, и приканвам останалите да се присъединят, за да може реакцията на ЕС да бъде в състояние да посреща нарастващите потребности и да позволи по-добро планиране и подготовка преди всяко едно бедствие“, заяви комисар Христос Стилианидис, който бе домакин на събитие на високо равнище в Брюксел по откриване на Европейския медицински корпус.

Италия също губи новозавършилите си лекари

Подобно на България и други страни от Европа губят новозавършилите си лекари. Според доклад, публикуван от италианското информационно издание La Repubblica, множество здравни специалисти кандидатстват за разрешение за работа в чужбина. През 2014 г. 2363 новозавършили италиански medici са поискали документ от Министерството на здравеопазването, който ще им позволи да работят в чужбина. Тази цифра е два пъти по-голяма от броя на заявките през 2013 г., и е с невероятните 2000 повече кандидати, отколкото през 2009 г. Сайтът Salariesinhealthcare.com е открил различни причини за значителното изтичане на мозъци, засягащи италианската здравна индустрия.



Франция и Германия са сред другите страни от ЕС, изброени от италианските здравни специалисти като потенциални дестинации за работа в чужбина.

Всяка година БЛС издава над 500 удостоверения на лекари, които имат намерение да работят в чужбина. Повече от 75% от новозавършилите medici обявяват в анкета на Медицинския университет в София, че смятат да се реализират зад граница, заради по-добрите условия на работа и по-високото заплащане. В същото време от здравното ни министерство се похвалиха, че благодарение на новата наредба за специализация броят на напускащите страната е намалял. За цялата 2015 г. МЗ е издало 364 удостоверения на български лекари за придобита професионална квалификация, които да послужат за работа в друга държава-членка на ЕС. Удостоверенията, издадени през 2014 г., са били 411.

възможностите за обучение и заетост са по-добри в чужбина“, отбелязват в свое заявление от италианското сдружение на специализантите FederSpecializzandi. 10 000 студенти по медицина завършват италианските училища всяка година, но места за специализация са много ограничен брой - 5000 или дори по-малко, в зависимост от желаната специалност.

Впечатляващите 80% от италианските здравни специалисти, попълнили анкета на Salariesinhealthcare.com, казват, че обмислят работа зад граница. Много италиански медицински сестри емигрират във Великобритания.

На последните места в Европа сме по кръводаряване

Всеки ден у нас повече от 500 души имат нужда от кръвопреливане, но кръводарителите за 2015 г. са били по-малко от 17 000. Това обясни Стефка Попова - учредител и председател на Българска организация за доброволно кръводаряване (БОДК). По думите ѝ кръводарителите у нас са едва 24 на 1000 души, което ни поставя на едно от последните места в Европа. За сравнение, във Франция кръводарителите са повече от 32 на 1000 души население, в Германия - повече от 37 на 1000 души, а в Гърция - повече от 50 на 1000 души.

Попова цитира изследване, което показва, че по-малко от 7 на сто от българите участват в каквито и да било доброволчески инициативи. Според нея причината да няма повече кръводарители у нас е в липсата на изградени навици, в чисто социален аспект. В България най-често хората се срещат или дори изобщо научават за нуждата от кръв едва когато този проблем засегне техен близък. Според Попова липсва и информация за това колко животи зависят от дарената кръв всеки ден.

Увеличават се имунизациите срещу рак на маточната шийка



След старта на Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка през 2012 г., България се присъедини към повече от 40 държави в световен мащаб, които поемат имунизацията на 12-годишните момичета с публични средства. През 2015 г. страната ни осигури финансиране за имунизацията срещу коварното заболяване и на 13-годишните момичета като по този начин се присъедини към над 52 държави в Европа, както и Австралия, Канада, САЩ, Африка и др., които са разширили обхвата на имунизацията.

Ракът на маточната шийка е четвъртото по честота раково заболяване сред жените между 20 и 45 години в целия свят. На всеки 2 минути в света една жена умира от заболяването. В Европа това се случва на всеки 18 минути.

Всяка година в България се разболяват над

1000 жени, като по данни на Българския национален раков регистър (БНРР) за 2013 г. броят им е 1092. В световен мащаб 530 000 нови случаи се диагностицират годишно и според експертите, ако няма сериозни усилия, насочени към предотвратяването на РМШ, тази цифра би достигнала 1 милион нови случая на година през 2050 г. Редица научни публикации доказват, че посредством имунизация и редовни прегледи смъртността и заболяемостта от рак на маточната шийка могат да бъдат намалени с 94%.

По данни на Европейския център за контрол и превенция на заболяванията процентът ваксинирани момичета в Европа варира между 17 и 84%, като програмата в Шотландия води класацията с обхват от над 90%, а в Англия и Португалия той е над 80%.

На форум поставиха диагнозата на българското здравеопазване

Д-р Галинка Павлова, зам.-председател на БЛС:

Политиците да се вслушат в гласа на лекарите

Тези, които в момента трябва да вземат участие в дискусиата и на които трябва да се задават неудобни въпроси - виждам представителите на министерството на здравеопазването и здравната каса, в момента отсъстват. Така започна обръщението си пред международната конференция "Диагноза: Българско здравеопазване - състояние, лечение, перспективи" д-р Галинка Павлова, зам. председател на БЛС. Тя представи „момента снимка“ на здравеопазването и обобща проблемите. „Философията на реформата от 2000 година беше концентрирана в следното - „парите следват пациентите“, по-добрите лекари ще са предпочитани и ще получават повече, а това ще стимулира тяхната квалификация. Това не се случи - лечебните заведения работят в ограничителен режим, рамкиран от регулативните стандарти и болнични бюджети, подчерта зам.-председателят на БЛС.

Според д-р Павлова три са важните компонента за гарантиране на качествено здравеопазване:

1. Наличие на добра нормативна уредба, която да е приемана от всички участници в системата - и пациенти, и лекари;

2. Наличие на достатъчен,

правилно определен, балансирано разпределен финансов бюджет и ефективен контрол при разходването му;

3. Осигуряване на кадри - без тях първите два фактора се обезсмислят.

По думите ѝ част от сега действащите нормативни документи в различни сфери на здравеопазването са остарели и неработещи. Други са в процес на постоянна промяна. За всяка от предложените промени Лекарският съюз е написал становища, които е изпратил в МЗ, но за съжаление не са взети под внимание. Д-р Павлова посочи като пример най-коментирания в последно време наредби - за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които НЗОК сключва договори и др. „БЛС не е против здравната карта, тя съществува и сега, и е редно да представя моментна снимка на минималните здравни потребности по области. Там където има недостиг на медицински специалисти, очакваме държавата да поеме ангажимент за прилагане на политика за осигуряване на лекари. Но не трябва да се допуска здравната карта да се използва като рестриктивен инструмент по отноше-

ние на лечебните заведения и лекарите“ заяви тя.

Според нея в желанието много бързо, за кратко време да се осъвременят нормативните правила, се получи в голяма степен недобре обмислена, прибързано сътворена, недостатъчно публично обсъждана нормативната база. Практика е също да се въвеждат в действие изисквания на базата на невлезли в сила нормативни документи. „Това създава несигурност, непредсказуемост, неперспективност и е една от причините, поради която колегите напускат страната. Това беше и причина БЛС да не подпише НРД 2016, въпреки договорените по-добри текстове“, припомни зам.-председателят на БЛС. Д-р Павлова заяви още, че продължава неправилното определяне бюджета за здравеопазването: не е остойностен лекарският труд и на останалия медицински персонал; не е изработена система за определяне тежестта на всяка медицинска дейност. Всичко това рефлектира върху определяне възнагажението на лекарите, които са твърде различни и това води до напрежение между работещите в отделните направления. На практика се определя национален бюджет за здравеопазване според финансовите възможности-



Филип Домански, гл. експерт дирекция „Здравеопазване и безопасност на храните“ в Европейската комисия и Арне Бьорнберг от Health Consumer Powerhouse препоръчаха по-сериозни реформи в здравеопазването.

те на държавата, а не според здравните потребности на населението, заключи д-р Павлова. „За да осигурим европейско качество на медицинската услуга - модерна апаратура, съвременни методи на лечение, трябва за здравеопазване да се отдели 7-8%, а не 4% от БВП“, категорична е тя.

Кадровият проблем също е изключително сериозен, каза д-р Павлова и посочи, че в страната има само 20 детски хирурзи, детските неонатолози са 6, има един специалист по детска психиатрия. В някои населени места няма дори общопрактикуващи лекари. Работещите лекари над 50 г. са повече от 55%. В същото време напускащите страната лекари за една година представляват 90% от новозавършилите, поясни тя и допълни, че през миналата година БЛС е издал удостоверения за работа в чужбина на 524 колеги. Според д-р Павлова публични квалификации за лекарите от типа на „търговци в храма“, „мушморози“, „болнични шашкъни“ и други, ще прокудят и малкото останали медицинските специалисти. А без тях няма работещо здравеопазване.

Д-р Павлова заяви, че политиката в здравеопазването се прави от политиците и ги прикани да се вслушат в гласа на финансистите, на пациентите и най-вече в гласа на лекарите - тези, без които здравеопазването не може да се реализира.

Проф. д-р Петко Салчев: Нужни са нови закони в сектора



вата осигурява, държавата финансира, държавата контролира, посочи проф. Салчев.

Основен проблем пред здравната система и стабилността на НЗОК ще бъде увеличаващия се брой хоспитализации на населението, както и броя на хирургичните процедури в болниците, смята професорът. Друг проблем е събираемостта на здравноосигурителните вноски. „Единствените, които знаят реалната приходна част в НЗОК са от министерството на финансите, никой друг. „Целият резерв на Касата отива за здравноосигурителни плащания предварително разпределен, още преди сключването на договора. Не знам как се търпи такова нещо - да няма дори технически резерв в Касата“, каза той.

Липса на визия и консенсус в обществото. Това са основните проблеми на здравната система в момента, според проф. д-р Петко Салчев от Националния център по обществено здраве и анализи, съобщени по време на форума. Проф. Салчев очерта основните дефекти в системата.

В приходната част: липса на регулярност и непредвидимост; преизпълнението на приходите в бюджета на НЗОК не се разпределя изцяло за здравноосигурителни плащания; събираемост на здравноосигурителни вноски; недостатъчно ефективен контрол; липса на паричен ресурс (резерв) за осъществяване на бъдещи реформи.

В разходната част: политиката за лекарствата; прехвърляне на дейности от МЗ към НЗОК, без анализ на възможностите на бюджета; прехвърлени плащания от една година в друга.

Към момента ние имаме английски модел на здравеопазване - държа-

трябва Закон за спешната помощ; промяна на Закона за лечебните заведения или приемане на нов закон за болниците; промяна на Закона за здравното осигуряване или приемане на нов Кодекс за здравното осигуряване, включващ и допълнителното доброволно здравно застраховане, да се изработи съвместно с финансовото министерство, министерството на социалната политика и КФН; нормативно уреждане на основните пакети за медицинска помощ; създаване на възможности за осигуряване на интегрираната дългосрочна здравна грижа; да се помисли за създаване на здравно-пенсионен пул, осигуряващ възможност за заплащане на този вид грижа - съвместно с министерството на социалната политика.



Зам.-председателят на БЛС д-р Галинка Павлова представи съсловната организация на форума.

Светла Несторова, председател на УС на Асоциацията на българските застрахователи:

Публичните средства са недостатъчни

Публичните средства, давани за здраве, са абсолютно недостатъчни да посрещнат разходите за здравни нужди. Това заяви председателят на Управителния съвет на Асоциацията на българските застрахователи Светла Несторова в изказването си пред конференцията. Тя отбеляза, че е изключително трудно да се намерят точни данни за обществените финанси, които се изразходват в здравеопазването. Претенцията на здравната система в България сега е, че всички, които се осигу-

риват, имат достъп до лечение. Реалността обаче е друга. Парите, които Касата плаща за здраве, нарастват година след година, като се очаква тази година сумата да нарасне до 3,5 млрд. лв. Още толкова обаче пациентите плащат от джоба си.

Еlegantното решение на тази на пръв поглед нерешима дилема съществува не от вчера и тя е в допълването на съществуващото финансиране с частно застраховане - това се случва като допълващ или заместващ принцип в почти всички

държави с по-високи показатели на ефективност на здравните си системи в Европа. Това, с което не можем да се справим, е липсата на желание да се каже, че публичният ресурс не е достатъчен, както и да се отговори за какво е достатъчен този ресурс.

В България към момента има 42 здравни застрахователи, които имат лиценз за застраховка „заболяване“, а 24 реално извършват здравно застраховане. Какво могат да правят тези компании? В момента

предлагат покритие: профилактика, където повече от 75% от застрахованите ходят на годишната профилактика, извънболнична помощ, където на практика дублират Касата изцяло, болнична помощ, където се предполага да допълват Касата, но е изключително трудно да се проследи какво се случва, стоматология, бременност и раждане, разходи за лекарства, здравни продукти и консумативи, здравни грижи у дома и пр. Това не е достатъчно.

Булмедика/Булдентал събира 185 компании, за да покаже научно-технологичното развитие на медицинския и в денталния сектор



През тази година най-голямото изложение в страната навършва половин век

185 компании от България и 10 други страни ще покажат разнообразие от оборудване, нови технологии и методи на лечение в дните на най-голямото изложение за медицина Булмедика/Булдентал.

Всяка година в рамките на три дни специализираното събитие показва накъде ще се развиват медицинският и денталният сектор в краткосрочен план.

Булмедика/Булдентал се насочва както върху специфичните нужди на бизнеса, така и върху тенденциите, от кои-

то се интересуват лекари и дентални лекари, зъботехници, медицински сестри и здравни специалисти.

И тази година изложението ще се проведе в Интер Експо Център.

ОТ 17 ДО 19 МАЙ

Според статистиката на Интер Експо Център от участващите 185 компании 159 са български, сред които 25 производители. 26 компании са чуждестранни - от Германия, Китай, Русия, Тайван, Турция, Румъния, Пакистан, Израел, Италия, Словения, Гърция и

Полша.

„От общия брой изложители 37 фирми са нови, като всички компании ще представят други 800 бранда от България и 40 други страни“ коментира управителят на Интер Експо Център Ивайло Иванов.

По негови думи освен високия брой компании, тази година изложението може да се похвали и с ръст на новите продукти. Ще бъдат показани нови 150 разработки от 28 държави.

СЪБИТИЯ И ОБУЧЕНИЯ

Сред важните теми, които ще бъдат обсъдени на изложението тази година, са двудневен сателитен симпозиум на Асоциацията на студентите изследователи (АСИ) и семинар за новите професии за употреба на хранителни добавки и помощни технически средства за хора с увреждания по европейския проект H-Care.

На 17 и 18 май ще се проведе и научната конференция 1st Dental

Tribune Conference@Buldental, която ще представи иновативните концепции на най-четените български автори в различни области на денталната медицина.

А Националната пациентска здравна организация ще проведе изследвания - за хепатит В и С, измерване на пулса и на кислорода в кръвта с пулсоксиметър и оценка на сърдечносъдов риск.

Българският червен кръст (БЧК) и неправителствени организации в сектора също ще проведат редица събития и демонстрации.

ЮБИЛЕЙНОТО ИЗДАНИЕ

Тази година Булмедика/Булдентал навършва 50 години и Интер Експо Център подготвя отбелязване на годишнината, на което ще бъдат поканени както фирмите, които участват и са участвали на изложението през годините, така и много от директорите на болници, дентални клиници, чуждестранни партньори и организации в сферата на здравеопазва-

нето.

„Чествайки юбилея, ще връчим на една болница и на един дентален център по един ваучер, който дава правото да се закупят продукти от фирмите участници в изложението“, допълва Ивайло Иванов.

По негови думи медицинските заведения ще бъдат избрани на случаен принцип от присъстващите на коктейла, като Интер Експо Център ще бъде единственият дарител в кампанията.

„Освен това през тази година ще продължи и

инициативата с ваучери за посетители, които ще имат възможност да закупят нови продукти за своята практика - ще раздадем 5 ваучера, всеки на стойност 2000 лв.“ каза Иванов.

Изложението е отворено за посетители от 9.30 до 18 часа от 17 до 19 май (от вторник до четвъртък) в Интер Експо Център. Програмата и повече информация за 50-ото издание на „Булмедика/Булдентал“, можете да намерите на официалния сайт на изложението www.bulmedica.bg



МУ - Варна записва световен рекорд в книгата на Гинес с най-голямата ДНК верига, съставена от хора

На 23 април, на Южния плаж във Варна 4000 човека подобриха световния рекорд на Гинес за „Най-голяма ДНК верига, съставена от хора“.

Организатор на грандиозното събитие е Медицинският университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ - Варна. Събитието премина под мотото „Бъди част от бъдещето“, чрез което организаторите обединиха хора от всички въз-

расти в едно цяло.

Рекордът беше отчетен и признат от официалния съдия на Гинес г-н Джек Брокбент, който връчи официалния сертификат на Гинес на ректора на МУ - Варна проф. д-р Красимир Иванов. 4000 човека от различни националности чуха българския химн и химна на Европа, след което от птичи поглед се видяха 8 български знамена, образувани от хора.



Участниците и публиката бяха подгрявани от талантливите млади певци Траян Костов и Христина Христова, бийтбоксерът Искрен Тончев - Искрата и група Ice Cream, които заснеха кадрите за новата си песен „Танцува ми се“.

Танцовият ансамбъл на Медицински университет - Варна изпълни традиционни фолклорни танци, които вплотна българската народна музика в изключителния спектакъл край морето.

Рекордът на Гинес във Варна е факт благодарение на отличната инициатива и организация на Медицински университет - Варна в подкрепа на Варна - „Европейска младежка столица 2017“.

Мероприятието се осъществява с любезното съдействие на Община Варна, концесионерът на Южен плаж - Лазур 91 и Националното представителство на студентските съвети, и с подкрепата на много компании и медии.

АДЖЪБАДЕМ се превръща в най-голямата здравна верига в България след придобиване на болница ТОКУДА и сливане със Сити Клиник



- **Турската фирма договори вземането на 100% от „Токуда“ болница и придобиването на лечебните заведения „Сити Клиник“.**
- **Създава се най-крупната лечебна структура у нас - 4 лечебни заведения, с близо 750 болнични легла и 4 медицински центъра.**
- **Гарантират най-високо качество.**



„Аджъбадем“ (Acibadem Saglik Hizmetleri ve Ticaret A.S.) заедно със своето дъщерно дружество в Македония - болницата „Аджъбадем Систина“ (Acibadem Sistina) обявиха, че на 21 април са подписали споразумение за придобиването на болница „Токуда“ в България и нейното дъщерно дружество „Токуда Груп“, както и за едновременното сливане с водещата верига лечебни заведения „Сити Клиник“.

Сделката е за купуването на 100% от групата „Токуда“, докато тази със „Сити Клиник“ е комбинация от закупуване на акциите на част от акционерите. Останалата част от акционерите вливат своите дялове в новото дружество. След подписването на споразуменията, 76,5% от акционерния дял на новосъздадената компания („Special Purpose Vehicle“) е собственост на „Аджъбадем“, а останалите 23,5% - на акционери от „Сити Клиник“.

„Сити Клиник“ е водеща верига от лечебни заведения, създадена през 2010 година, която предоставя здравни услуги на територията на София, Варна и Бургас. Групата се състои от 3 болници и 3 медицински центъра, като в нея е единствената болница в България, акредитирана от Joint Commission International (JCI). След откриването на новия онкологичен

център „Сити Клиник“ се превръща в лидер в лечението на сърдечно-съдови и онкологични заболявания. Сърдечно-съдовият център на „Сити Клиник“, е университетска болница към два от най-големите медицински университети в България, обединявайки високото

качество на медицинските услуги с развойна и академична дейност. „Токуда Груп“ е най-голямата частна здравна структура в България, която включва 550 болнични легла, медицински център, център за клинични проучвания, аптека и хоспис, разположени на едно място в София. Лечебното заведение отваря врати през 2006-та година като първата частна болница, сто процента собственост на японски инвеститор. Общата площ на болнич-



ната база е 52 000 кв. м., като в нея се предоставя комплексно лечение в почти всички медицински специалности. Болницата разполага с 30 отделения и 22 операционни зали.

Сключването на двете сделки ще доведе до създаването на най-големия частен доставчик на здравни услуги в България и ще го превърне във водеща здравна институция в Централна и Източна Европа. Така „Аджъбадем“ се утвърждава като глобална марка, която се допълва от пазарните позиции, високото качество на обслужване и репутацията на „Токуда“ и „Сити Клиник“.

След сливането здравната група ще продължи функционирането си под името „Аджъбадем Сити Клиник“.

След сливането здравната група ще продължи функционирането си под името „Аджъбадем Сити Клиник“.

След сливането здравната група ще продължи функционирането си под името „Аджъбадем Сити Клиник“.

КОМЕНТАРИ:

Г-н Мехмет Али Айдынлар, председател на УС и изпълнителен директор на „Аджъбадем“: „Сделката е в съответствие със стратегията на „Аджъбадем“, която се фокусира върху развиващите се ключови пазари в Централ-

предлага най-висок клас здравна грижа.“

Г-н Артър Стърн, представител на Tokushukai Medical Group:

„Д-р Токуда е изключително горд от факта, че болница „Токуда“ има сериозен принос в развитието

те усилия на лекарите, медицинските сестри и здравните специалисти от „Сити Клиник“, които работят отдадено в интерес на пациентите. Ние заедно ще продължаваме да гарантираме висок стандарт и качество на здравните услуги в синергия с „Аджъбадем“.

След сделката легловата база на „Аджъбадем“ в световен мащаб ще се увеличи и ще достигне близо 3500 легла, разпределени в 22 болници, в 3 държави. Очаква се сделката да се финализира до три месеца след необходимите одобрения и изпълнението на договорените условия. Финансовият и данъчен консултант на „Аджъбадем“ по сделката е компанията Deloitte, а юридическото обслужване се предоставя от адвокатската кантора Esin and Partners, член на Baker & McKenzie International, със седалище в Швейцария, както и българската кантора „Джингов, Гугински, Кючуков и Величков“ (DGKV). Ernst & Young е финансов и данъчен консултант на „Токуда груп“ и неговите акционери. Юрисконсулт на „Токуда Груп“ за сделката по придобиване са адвокатските кантори „Брайков“ и Squire Patton Boggs (UK) LLP. Dentons и DGKV действат като юридически съветници на „Сити Клиник Груп“ и неговите акционери.

Г-н Илиан Григоров, изпълнителен директор на Сити Клиник:

„Тази сделка е високо признание за огромни-

на и Източна Европа и балканския регион. Осъзнавайки нуждата от качествено и високотехнологично здравно обслужване, за „Аджъбадем“ сделката е наистина значима. Световно познатата марка „Аджъбадем“ има добре развити клинични процеси, прецизно управление и оперативен подход. Забележително е, че с обединението на четирите болници, България ще се превърне във водеща страна в региона, в която се

на българското здравеопазване още с откриването си преди 10 години. Успехът на „Аджъбадем“ и утвърдената репутация на групата ще гарантират на лечебното заведение водеща роля в осигуряването на най-високите международни стандарти в грижата за пациентите.“

ЗА ВЕРИГАТА БОЛНИЦИ „АДЖЪБАДЕМ“

Acibadem Saglik Hizmetleri ve Ticaret A.S. е водеща частна здравна структура за диагностика и лечение в Турция, създадена през 1991 г. „Аджъбадем“ има 18 многопрофилни болници (една, от които се намират в Македония, и друга административно управлявана в

Ирак), 13 медицински центъра и компании с допълващи медицински дейности. За групата „Аджъбадем“ работят повече от 18 000 служители и 3100 лекари.

От създаването си „Аджъбадем“ отбелязва постоянен ръст, който я прави най-популярната

и значима марка в здравеопазването не само в Турция, но и на международно ниво. През 2012 г. „Аджъбадем“ стана част от глобалната здравна верига - ИHN Healthcare Berhad („ИHN“). ИHN ръководи интегрирани здравни дейности и свързаните с тях услуги и е

с водещи пазарни позиции в Сингапур, Малайзия и Турция. ИHN оперира и инвестира в Китайската народна република (без Хонконг, Макао и Тайван), Индия, Виетнам, Македония (чрез „Аджъбадем“), Бруней и Обединените арабски емирства. ИHN Healthcare

Berhad предлага акции на борсата Malaysia Securities Berhad („Bursa Securities“) и Singapore Exchange Securities Trading Limited („SGX-ST“). ИHN Healthcare Berhad е второто по големина в света публично здравно дружество по пазарна капитализация.



Необходими документи за издаване на сертификати за работа в чужбина

1. Копие от лична карта.
2. Копие на диплома за завършено висше образование.
3. Копие на диплома за специалност.
4. Удостоверение от Районната лекарска колегия на БЛС за членство и добра практика.

За контакти:
02/954 94 37 и
0899 90 66 47 -
Ирен Борисова
и
0899 90 66 55
Яна Тасева

ПРЕДСТОЯЩО

Юбилейна Национална конференция по ревматология с международно участие

х-л „Делта“,
Комплекс
Сънсет Поморие
12.05.2016 - 15.05.2016



Организатор:
Българско дружество по ревматология

http://www.cic.bg/bg/engagement_book/outload/pic-cic_alex/cic-pco_6115.pdf

XV-ти Международен конгрес по медицински науки за студенти и млади лекари



УМБАЛ „Света Екатерина“,
гр. София

12.05.2016 - 15.05.2016

Организатор: ICMS

<http://icmsbg.org/2016/2015/11/18/welcome-to-icms-2016-for-students-and-young-doctors-sofia-bulgaria-12-15-may/>

Основи на антибиотична терапия в педиатрията

х-л „Хисар“,
гр. Хисаря
13.05.2016 - 15.05.2016



Организатор:
Лакс Консулт

Тел. за връзка:
0899 19 02 00

Научна международна конференция по нефрология

х-л "Рамада",
гр. София
19.05.2016 - 21.05.2016

Организатор:
Доц. д-р А. Буева

XVII-та Научна конференция за педиатри и общопрактикуващи лекари

х-л "Маджестик",
к.к. Слънчев бряг
21.05.2016 - 23.05.2016

Организатор:
Клиника по педиатрия, УМБАЛ „Александровска“, гр. София



Побързайте!

Абонирайте се за 2016 г.



Вестникът на българските лекари

Единственото национално издание на БЛС

Във всеки пощенски клон **каталожен №**

За 1 година

21.60 лв.

401

За 6 месеца

10.80 лв.

За 3 месеца

5.40 лв.

Може да се обадите и на тел.: 0899 90 66 22 - Румяна Тасева

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник „QUO VADIS“

Национално издание на Българския лекарски съюз

Вестник "Quo Vadis" излиза от 2000 г. в пълноцветен печат, формат А3, периодичност - веднъж в месеца. Разпространява се чрез абонамент и ръчна продажба.

Абонати на изданието преди всичко са членовете на БЛС. Част от абонамента се извършва директно от Регионалните лекарски колегии, а останалата от "Български пощи" и частни фирми.

Вестникът третира актуалните проблеми на медицинското съсловие, отразява събития, свързани с болничната и извънболничната помощ, включва анализи и интервюта. В "Quo Vadis" публикува медицински статии, посветени на определени заболявания, представят се нови терапевтични продукти.

ПЪРВА СТРАНИЦА		
Цвят	Под главата	Долна част
Черно-бяла	2,00лв./кв. см	1,70лв./кв. см
Плюс един цвят	2,50лв./кв. см	1,90лв./кв. см
Четири цвята	3,00лв./кв. см	2,20лв./кв. см

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

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

Цените са без ДДС.

Лого - първа страница под главата - 250 лв.

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

Отстъпки:

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

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

ЗА САЙТА НА БЛС

I. Информация за сайта:
www.blsbg.com е официалният сайт на Българския лекарски съюз.

Той съдържа информация за:
- БЛС (създаване и история, СДО, асоциирани членове, УС, НС)

- Нормативни актове
- Закони
- Подзаконовни нормативни актове
- Медицински стандарти
- ПДМП
- НРД
- Актове на ЕС и БЛС
- Актуален регистър на лекарите в Република България
- Актуална информация и новини

II. Рекламен период:

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

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

III. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

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

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

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

2. Текстови обяви / Платени публикации:

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

3. Нестандартни рекламни форми:

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

IV. Плащане:

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

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

3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

V. Забележки:

- ✓ Рекламите се публикуват на всички страници на сайта.
- ✓ Цените не включват ДДС.
- ✓ Цени за реклами над 6 месеца - по договоряне
- ✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

Когато българското лечение на паркинсонизма превзе Европа

Доц. д-р Маруся Петкова, дм

През 1934 г. започва една интересна история, която за дълго ще напомня на света за силата на българската фитотерапия и която заема достойно място в историята на българската медицина в годините между двете световни войни. Това са отношенията и благотворителната дейност на италианската кралска двойка, които се преплитат с българския царски двор. Историята започва, когато един благодарен и възторгнат пациент – полковник в Италианското посолство в София – споделя с кралица Елена Савойска, че български билкар го е излекувал от постенцефалитен паркинсонизъм – широко разпространена тогава болест с висока степен на инвалидизиране на болните и практически нелечима.

Постенцефалитният паркинсонизъм е описан най-напред от австрийския невролог Константин фон Економо (1876-1931) - това е хронична форма на енцефалита с ясно изразени признаци на паркинсонизъм. Ако болният не умре в острата фаза и болестта

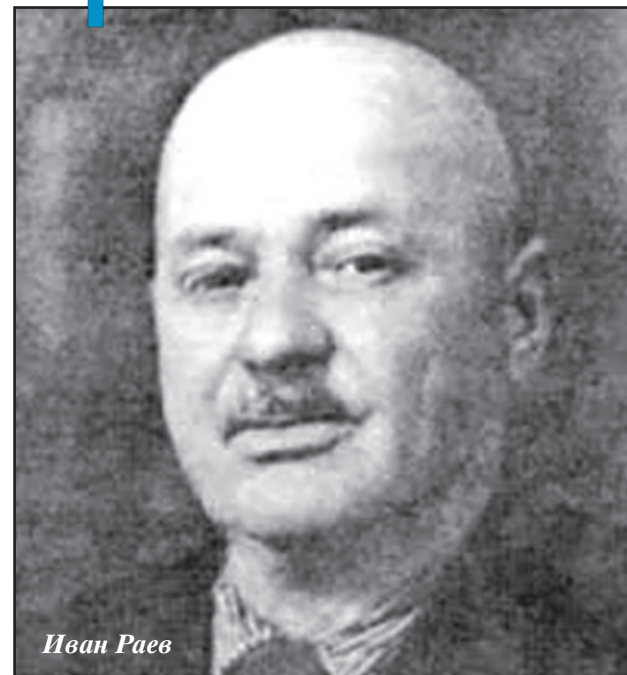
ти заедно с професорите Панегросси и Феранини. Терапевтичният ефект е изумителен, а в Италия народният лечител от с. Шипка Иван Раев получава най-високи кралски благоволения - удостояват го с титлата „доктор“, става кавалер на ордена на

Немотията и природолюбивото го насочват към целебните растения и той от дете започва да ги събира и търгува с тях. Така продължава поминъка на баща си и се включва в групата на сопотските билкари, балсамаджии и народни лечители. Пътува из страната, учи се при прочут билколечител в Цариград, жени се за дъщерята на народен лечител от с. Шипка, Казанлъшко, и се заселва там. Лекуването на „биволюската или сънната болест“, както народът нарича това тежко заболяване, с лудо биле е научил от баща си. Въпросът е да улучи правилната доза, тъй като билката е отровна, и постига това по пътя на налучкването. За лечението на сънната болест и постенцефалитния паркинсонизъм Иван Раев използва винен екстракт (бяло вино) от изсушени корени на диворастящата билка беладона - лудо биле, старо биле, развалниче - *Atropa belladonna bulgarica*. Лечебният ефект се дължи на съдържащите се в корена алкалоиди - около 0,55% - хиосциалин, атропин и скополамин. Включените от него добавки намаляват страничните действия (сухота в устата и дискомфорт) и подсилват лечебното действие на билката. Най-голям лече-

паркинсонизъм - на следващата година (1937) в *Medicinische Welt*, Берлин.

Пак чрез българския царски двор кралица Елена Савойска най-наистинно кани доц. д-р Петър Николов да направи, както сега бихме се изразили, клинично-фармакологична експертна оценка на прилаганото в Италия лечение „Cura Bulgara“.

След кратък курс по дворцов етикет и маниери в края на м. май 1936 г. доц. Петър Николов заедно с асистента към Катедрата по клинична фармакология и терапия д-р Христо Петров хващат трена към кралския дворец в Рим. Три месеца те работят, като оказват методична помощ на колегите си в клиниката на проф. Панегросси. След завръщането си, в своя отчетен доклад „По въпроса за енцефалитиците“ и по случай 40-годишнината от коронацията на италианската кралска двойка те отбелязват, че в Италия усилено се строят домове за възстановяване - *resonvalescencearii*, за около 25 000 хронично болни, като 3 000 от тях са за паркинсонизици. Много съществен момент в тяхното клинично наблюдение е, че лечението с българската беладона е с много по-добър терапевтичен ефект от



Иван Раев

и субстанции. Полага изпит за аптекарски ученик (помощник-фармацевт, 1915) и по време на войните участва в тях като санитарен поручик. Идва в София и записва медицина. Той е от първия випуск на българския МФ и веднага след дипломирането (1925) е назначен за асистент на проф. д-р Владимир Алексиев в катедрата по фармакология и терапия. Изпратен е на специализация във Виена (1927-1928) при професорите А. Пик и Б. Майер.

Зареден с последните

най-голямото богатство на нашия народ, получено от Природата, което назовава „народна фармакопея“. Негови са думите:

Нима можем да лекуваме, ако не познаваме народната медицина - този кумулиран вековен опит на човечеството.

След завръщането си от Рим доц. Николов продължава без шум, скромно и действително всеотдайно да лекува, преподава и да провежда научно-изследователската си работа. Неговите научни интереси са много широки и се простират с пионерни приноси в експерименталната фармакология и токсикология, фармакотерапията, народната медицина, българската лекарствена флора, балнео- и фитотерапията.

През 1946 г. доц. д-р П. Николов лекува генералите С. С. Бирюзов и Дж. О. Крейн, членове на Съюзническата контролна комисия в България. Георги Димитров лично го изпраща да помогне при масовото отравяне в Русе. Става професор (1948) и член-кореспондент на БАН (1958), ръководител на катедрата по фармакология (1948-1963) и пръв декан на новооткрития ВМИ в Пловдив (1945), заслужил деятел на науката (1972), народен лекар (1981) и кавалер на орден „Георги Димитров“ (1984). В медицината остава като първия български учен-фармаколог, експериментатор, основоположник на българската лекарствена и промишлена токсикология и фармакология.

Cura Bulgara - Българското лечение, тръгва от селския дом на български народен лечител и от скромната лабораторийка на факултетски доцент и покорява света. Кралица Елена Савойска е изключителен пример за човеколюбие и царска щедрост към страдащите, а Иван Раев и Петър Николов получават кралското благоволение и признателността на италианската кралска двойка за техния високо хуманен труд не само в Италия, но в Европа и навсякъде по света.



хронифицира, тя започва да се проявява със симптомите на поражения в различни зони на централната и вегетативната нервна система - следенцефалитен паркинсонизъм - тремор, ограничения в движенията, масковидно лице, ригидност, саливация, промени на личността. Ето защо научавайки за чудодейното лечение, кралица Елена Савойска - която, оказва се, също страда от това заболяване, става основателка и върховна покровителка на цялостното дело по лечението на паркинсонизиците в Италия.

През 1934 г. чрез своите най-близки роднини в българския двор - дъщеря й царица Йоанна и зет й цар Борис - Елена Савойска кани в новопостроената кралска болница

НАРОДНИЯ ЛЕЧИТЕЛ И ОТКРИВАТЕЛ НА ЛЕЧЕНИЕТО ИВАН РАЕВ

Той предоставя на римската болница голямо количество от чудодейните корени, приготвя сам лечебното средство и рабо-

Кралската корона, кралската болница е наименувана „Д-р Иван Раев“, а пред главния ѝ вход е поставен негов бюст. Получава немалка сума пари и е включен в списъка на почетните чужденци в Италия.

Въодушевен, още същата година проф. Панегросси изнася научно съобщение на научния международен конгрес в Берлин за високата ефикасност на българското лечение. То се признава и от академичната медицина, получава името на откривателя му и

ТРЪГВА ПО СВЕТА КАТО „БЪЛГАРСКОТО ЛЕЧЕНИЕ“ - „CURA BULGARA“

Построена е специална болница в Рим, а Главна дирекция на италианското народно здраве разкрива още 22 лечебни центъра за паркинсонизици. Същественото в случая е, че точно кралицата ги снабдява с лекарството чрез българския царски дом!

Иван Раев Атанасов (1876-1938) е роден в подбалканското градче Сопот.

бен ефект има беладоната, която расте в Еленския, Троянския, Казанлъшкия и Тетевенския Балкан. Клиничните наблюдения на италианските терапевти показват още, че

НАШАТА БЕЛАДОНА Е НАЙ-ЕФИКАСНАТА

Заслугата за научното фармакологично осмисляне на Иван Раевото лечение, за проучването, внедряването в клиничната практика, определянето на контраиндикациите и оповестяването на Българското лечение е на

ЕДИН ОТ ПЪРВИТЕ БЪЛГАРСКИ ФАРМАКОЛОЗИ ЧЛЕН-КОР. ПРОФ. Д-Р ПЕТЪР НИКОЛОВ - ТОГАВА ЧАСТЕН ДОЦЕНТ ПРИ МФ

Той е първият български учен, който изследва клинично *Cura Bulgara* при сънната болест и публикува най-първите резултати (1936) в реномираното берлинско медицинско сп. *Fortschritte der Therapie*, а тези от прилагането му при постенцефалитния

това с прилагането на чист атропин или на билката от небългарски произход. Освен това българската дрога се понася по-добре и по-леко, а по-високите ѝ дози са по-малко токсични от синтетичния или друг билков атропин. В същия доклад доц. П. Николов и д-р Хр. Петров показват обществена ангажираност и с тревога отбелязват безхаберното на Главната дирекция на народното здраве към хилядите българи със сънна болест, за които не е заделено нито едно болнично легло и страдащите са оставени на самотек.

Едва ли някой ще оспори първенството на чл.-кор. проф. д-р Петър Николов Христов (1894-1990) в българската фармакология. Когато италианската кралска двойка го поканва в Рим, той вече е име в терапията и фармакологията и доцент в МФ. Но пътят му до там никак не е лек. Роден в бедно семейство в старопрестолно Търново, той още на 19-годишна възраст влиза в аптеката и прекарва целия си живот сред лекарства, билки

новости във фармакологията, той веднага започва първите си проучвания върху хилядолетната народна медицина и билколечението по българските земи - изучава лечебната стойност на българския *Digitalis lanata* (1928) и диуретичното и седативно действие на *Adonis vernalis* (1930). Той е първият лекар, който се насочва към научния подход и методика в изучаването на лекарствени растения и

ВЪВЕЖДА МЕЖДУНАРОДНИТЕ БИОЛОГИЧНИ МЕТОДИ ЗА СТАНДАРТИЗИРАНЕ НА НАРОДНИТЕ И ХИМИЧЕСКИ ЛЕКАРСТВА (1930)

Встъпителната лекция на д-р Петър Николов при хабилизиранието му за частен доцент към катедрата по фармакология и терапията при Софийския университет е на темата, върху която ще твори през целия си живот - „Нашите народни лекарства“ (1934). В тази си лекция той прави задълбочен анализ на

Д-р Людмил Станев:

Писането на истории е занимание самотно, виж разказването им е друга работа



Д-р Людмил Станев (1959) е писател, публицист, сценарист, лекар по образование. Дълги години работи в Спешна помощ, като прави няколко опита да се раздели с професията, но все неуспешни. Затова черпи с пълни шепи невероятни теми от нея. Автор е на сборниците "Няма такава книга", "Неприятният татарин", "Ненакърнимо", "Малка нощна приказка" (награда "Христо Г. Данов" за детска литература, съвместно с илюстратора Красимир Добрев), "По-малко", "Приятели мои". Последната му публикувана книга е „Рязко“. Вълшебен разказвач, с който човек не иска да се раздели, след като е отворил поредното томче.

Ето какво казва самият той:

„Писането на истории е занимание самотно. Виж, разказването им е друга работа – сладко и упоиващо събитие. Стоят около теб приятелите ти и внимателно те слушат, да не изтърват някоя важна подробност. Ти си им телевизорът, само дете могат да поспорят с теб.“

И какво споделят другите:

Людмил Станев разказва едни малки истории за малки хора – често със сърца, по-големи от телата им, разказва за промяната в света в последните десетилетия.

Христо Блажев

Тези истории не са смешни. Не по начина, по който са смешни "Мисия Лондон" или "Английският съсед". Не са и тъжни, както е тъжен Георги Господинов. Най-истинската дума за тях е, че са "истински". Особено тези от лекарската практика на Станев (прекарал няколко години във варненската спешна помощ) – те ме карат да искам да подаря книгата на всички те си познати лекари. Защото те най-бързо ще усетят емоцията, добре зашифрована в пластовете самоирония и горчива насмешка. В разказите от "Рязко" има едно небивало, неповторимо уважение и преклонение към Живота, на което са способни само писателите и лекарите.

Милена Ташева

Четенето като опияняващо удоволствие

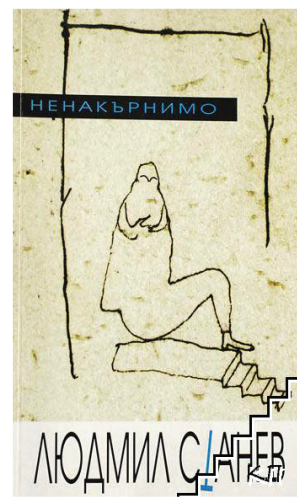
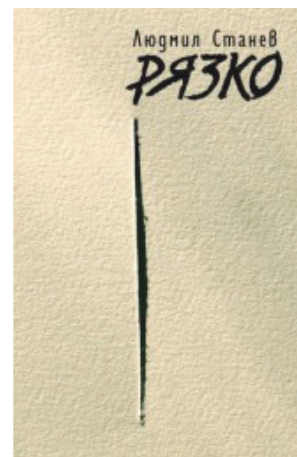
Скъпи ученици, зная, че нямате много време за четене на книги. Сигурно си мислите, че това е скучно и самотно занимание за разлика от дискотеката. Докато четете, на човек не може да му се случи нищо интересно. Никой няма да ви застреля, защото сте харесали книгата, която той харесва. Не съм чувал и да стават масови сбивания за това, че някои предпочитат Елиът, а други не го понасят. Няма да чуете поздрав за момчето от трета маса (в читалнята) и неговата дама с шумелия монолог на Разколников от хита на Достоевски „Престъпление и наказание“. Но ако си представите четенето като опияняващо удоволствие, всичко става съвсем друго. В бара може да си поръчат 100 страници Джойс и 25 страници Кафка (все пак той е по-силен). Да не говорим за Хемингуей и Фитцджералд, от които се поръчват направо цели гла-

ви. Всеки си поръчва любимия автор. Барманът също от време на време прочита по някоя страница. И тъкмо сте свършили парите, но ви се чете още, и се появява някой непознат благодетел и казва: „Дай на всички по 50 страници от Селинджър. Днес аз черпя. Имам повод“. А какъв е поводът? Човекът с широките пръсти е спечелил на лотария събраните съчинения на Дикенс с оригинални илюстрации. Всички са усмихнати и радостни. Двата старци в ъгъла се смеят шумно. Ами разбира се - и двамата четат „Швейк“. Богатият господин вляво от бара чете Шекспир и си разрежда с литературен анализ. Но това са луксове, които не всеки може да си позволи. Най-зле са скитниците без пукната пара, които могат да разчитат само на някой безплатно подхвърлен том от Маркс или Ленин - все неща неприятни за четене и неводещи до опиянение.

Не дай си боже да прочетат стихотворение за партията от български автор. Тогава токсикологията не им мърда. Но да се върнем в бара и да видим какво става там. Някои вече са чели прекалено много. Ето, високият младеж в ъгъла плаче и крещи, че животът е безсмислен и му се повдига от толкова много Камю. А седналата до него хубава блондинка, явно прекалила с Мопасан, го гледа влажно и се опитва да го целуне. Възрастният мъж зад тях, очевидно закоравял читател, смесва Толстой с Набоков, за да понесе по-лесно „Ана Каренина“. По-нататък е тоалетната. Старицата, която събира таксата, естествено чете вестник. Самата тоалетна е заета. Там пристрастените четат Буковски и Керуак, след което излизат с променени зеници. Сред читателите има разбира се и такива, които нищо не разбират от литература и спокойно може да им пробу-

тат списание „Наш дом“ вместо Балзак или „Ръководство по охрана на труда“ вместо „Жерминал“ на Зола. Те, разбира се, и разводнен текст няма да усетят и с часове могат да четат „Отнесени от вихъра“, мислейки я за „Кама сутра“. Всички други нещастници, които нямат пари за четене, пишат в близкото бинго цифри или решават кръстословици. Разбира се, и с четенето не бива да се прекалява, защото може да ви се увеличи мозъкът и тогава няма спасение. Сутрин, докато не прочетете едно малко хайку, ръцете ви ще треперят и светът ще ви изглежда чужд и враждебен. И така, докато върнете прочетените книги и съберете пари за нова. Ако нямате пари за цяла книга, едно литературно списание също върши работа. Вземете ли заем, може дори да купите нещо от нобелов лауреат. Но да не мечтаем. При тези цени на книгите единствен-

ното, което остава, е да си изрязвате стари вестници, докато получите домашно четиво. И тук се крият опасности - лошите текстове с много курсив водят до ослепяване. Отказването от четене е много трудно, почти невъзможно. Но все пак може да опитате, като от силни минете на слаби текстове и накрая на напълно безвредни вестници, партийни програми и предизборни обещания. Така ще стигнете до отвращение от четенето.



Чел съм много коледни приказки и винаги съм си мислил, че Коледата е нещо топло и нощно - получаваш подаръци и някъде непременно греят свещи. Това съм си представял за Коледа. А от това, което съм чел, в паметта ми е заседнал споменът за разказа на О. Хенри „Подаръкът на вълхвите“ - една нежна история за любов, за мъж и жена, които много се обичат, но живеят в голяма бедност и на Коледа всеки продава най-скъпото си нещо, за да купи подарък на другия. Той продава часовника си, за да й купи изящен гребен, а тя отрязва и продава разкошната си коса, за да му купи златна верижка за часовника. Чисто и хубаво. Който дава, е щастлив.

Та ето я и моята коледна история. Това се случи през далечната 86-а година. Бях току-що почнал работа в едно затънтено делиорманско градче. Е, в деня на Коледа естествено, като най-нов, бях джурен лекар в Бърза помощ.

Силен вятър свистеше и облиташе прозорците. Аз бях сам в малкия топъл кабинет. Прозорците пукаха, сякаш се наместват и се готвят за излитане.

О, ШИПКА!

Сякаш искаха да отлетят, размахвайки стъклениците си крила. Верно че са двукрили. И така като си летят, може да ги улучи някое момче с прашка. Момчетата най-много обичат да стрелят по прозорци и птици, значи за малките деца метафората си е ясна и чиста. А когато пораснат, забравят всички метафори. Тези, които не успяват да пораснат, околните възрастни наричат поети. Но да се върнем в онази мразовита Коледна нощ. Честно казано, някак си не ми се излизаше в дълбокия сняг и се молах телефонът да не звънне точно сега. Нека да си празнуват Коледата и да ме оставят сам с тъжните ми мисли. И тогава естествено телефонът звънна. Тревожно, разбира се. В Бърза помощ всички позвънявания звучат тревожно. В някакво село на 30 километра имало жена, която си счупила ръката, и трябвало да ида. Това разбрах от несвързаните обяснения на кмета, който сигурно с неохота е станал от трапезата и газейки в дълбокия сняг, е отишъл да отключи канце-

ларията, за да ми звънне. А мъжът на жената се е усмихвал нелепо и е мачкал шапката си, докато кметът ми обясняваше всичко това. Обадих се на шофьора. Навлякох един кожух върху бялата престилка и тръгнах. Линейката ми беше от най-старите, не знам дали не е превозвала ранени войници още при Люлебургаз. Тихото монотонно жужене на измъчения двигател леко ме унесе и аз видях най-различни неща в себе си - докато автомобилът отиваше към село Бели Лом, вътрешно аз пътувах към дома си. Докато се унасях, се преместих в август на морето, където съм роден, и ми беше топло и лятно, и жълто, и синьо. Но след един час шофьорът ме върна в декември. До тука бяхме. Много кофти, основният път беше почистен, но до селото имаше още километър и половина. Сняг. Преспи почти метър и аз трябваше да измина това разстояние. Минах го. С голямо отвращение и напълно изстуден след горещото измислено лято пристигнах пред кметство-

то. Там ме чакаше едно дете. Много сюрреалистична картина - всичко е бяло и едно дете като черна буболечка ми маха с ръка в цялата безбрежна белота. Като приближих, видях, че не е дете, а джудже - малък човек, около метър и двацет, който се представи като Кольо. На жена му ръката била излязла от ставата - и друг път се случвало и било много болезнено, та затова извикали Бърза помощ. То си е Коледа, ама болката не се търпяла. И стигнахме до вратите на двора. После влязохме в къщата. Там беше съвсем малко по-топло, отколкото навън, но това, което ме поразя, беше абсолютната бедност и празнота. По стените нямаше нищо - прокъсан килим, маса, легло и нищо друго. Само на стената над леглото имаше малко дървено термометърче във формата на паметника на Шипка с някаква червена течност вътре. На малкото легло легеше съвсем дребна жена. Малка жена - джудже, точно като Кольо. След като й сложих някакъв аналгетик, внимателно наместих раменната ѝ става. По едно време ми стана смешно, защото за

секунда се видях отстрани и се оприличих на свети Георги като убива змея - аз с бяла престилка, натиснал с две ръце легналото малко телце на жената. Въртя и намества. След като всичко свърши, мъжът й се засуети из стаята и след малко се появи с едно яйце. „Докторе, вземи го! Много сме ти благодарни!“ Отказах го разбира се. Може би това беше единственото им яйце. Все пак на тръгване той ме настигна до вратата и успя да натика в горния джоб на бялата престилка малкото дървено термометърче. Магнах с ръка, увих се в кожуха си и забързах към линейката. Напълно замръзнал се качих вътре. „Карай!“, успях да кажа и веднага залепнах за кожуха на двигателя, за да се стопля. Сигурно от топлината и равномерното мърморене на двигателя съм заспал. Събудих се, когато линейката спря. „Хайде, докторе, пристигнахме, дано да е последното повикване за днес.“ Когато влязох в кабинета и свалих кожуха, видях в горния ляв ъгъл на гърдите си, там където беше джобът на бялата престилка, едно иззяло, мъничко червено сърце.