

QUOVADIS

ЛЪТОПИСИ
НА
ЛЕКАРСКИЯ СЪЮЗЪ
ВЪ БЪЛГАРИЯ

София, година XV, бр. 2, сряда 2 март 2016 г.

Национално издание на Българския лекарски съюз www.blsbg.com

50 години

БУЛ
МЕДИКА
ЕНТАЛ

17-19 май 2016

ИНТЕР ЕКСПО ЦЕНТЪР • IEC
www.bulmedica.bg



Actavis

Lilly

АНКЕТА

**Одобрявате ли
Националната
здравна карта?**

НА СТР. 5

**65-ят извънреден събор реши:
НЕ ПОДПИСВАМЕ НРД 2016!**

- Лекарите се обявиха против нормативния хаос и пръстовия идентификатор
- Рисковете „за“ и „против“ подписването
- Единодушно бе приета Декларация

НА СТР. 8-9

В БРОЯ:

Специален гост

**Д-р Кристина
Чачева,** на стр. 7

акушер-гинеколог и специалист по фетална медицина в столичната МБАЛ "Надежда"

Интеграция

**Планиране и обучение на човешките
ресурси в здравеопазването без граници**

НА СТР. 6



**ПРИ КАШЛИЦА,
ЗА ВСЕКИ СТОДАЛ**

**Стодал за цялото
семејство!**

Хомеопатичен лекарствен продукт.
Без лекарско предписание.

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

КХП 18415/26.06.2012

БЛС иска прецизиране на критериите за качество в извънболничната помощ

През 2016 г. не бива да бъдат фиксирани конкретни стойности за оценка на качеството на извършените дейности в извънболничната помощ. Това се казва в писмо на председателя на БЛС д-р Венцислав Грозев до управителя на НЗОК д-р Глинка Комитов, публикувано на интернет страницата на съсловната организация. Според Лекарския съюз оценката на качеството на извършваната дейност по диспансерното наблюдение следва да се прави за достатъчно продължителен период от време или като статистическа величина за всички диспансеризирани от съответния лекар пациенти с определено заболяване. Това е необходимо поради факта, че крайните показатели на здравното състояние на пациента зависят не само от дейността на лекаря, но и от поведението на пациента - хранителен и двигателен режим, редовен прием на медикаменти. От съсловната организация смятат,

че за оценка на качеството на извършваната дейност не са подходящи моментни показатели като кръвна захар или артериално налягане. Тези показатели са твърде променливи дори в рамките на един ден в зависимост от емоционално състояние на пациента. Според лекарите определянето на някакви средни стойности на измерваните моментни показатели при оценката на резултатите от наблюдението на хронично болните е много трудоемко при голям брой диспансеризирани пациенти, а и неточно. Поради тези причини от БЛС считат, че оценката на качеството не следва да бъде извършвана от лекаря, наблюдаващ хронично болните, а да се прави въз основа на записите от файловете с отчетите за дейността на лекарите и медико-диагностичните лаборатории.

БЛС предлага експерти на съсловната организация да обсъдят с НЗОК нови критерии за качество при контрола на хроничните заболявания.

ВМЕСТО ХРОНИКА

Ръководството на съсловната организация постави ултиматум пред НЗОК

Броят на направленията за преглед при специалист и за изследвания през първото тримесечие на тази година не само не е увеличен, а е намален с близо една трета в сравнение със същия период на миналата година. Това съобщи д-р Венцислав Грозев, председател на БЛС на 24-ти февруари - на специална пресконференция, на която медиите бяха запознати с проблемите пред НРД 2016. Той допълни, че по данни на Съюза в повечето диагностично-консултативни центрове намалението е между 18 и 24%, но има и лечебни заведения с орязване от 28%.

Според лекарите обещаените от министър Петър Москов 5 милиона допълнителни изследвания за тази година не са финансово обезпечени. От друга страна от съсловието припомниха, че през август миналата година над 4 милиона лева от парите за направления бяха взети и това е породило дефицита им.

Липсата на направления

не е единствената причина за нежеланието на лекарите да подпишат рамков договор. От организацията поискаха повече пари за извънболнична помощ. „Исканите от БЛС средства не са каприз, а жизнена необходимост, за да може да съществува системата и през 2016 г.“, заяви д-р Грозев. „Не е редно да се говори за „ненаситни лекари“, които искат увеличаване на цените, за да спечелят от това, отбеляза и зам.-председателят на БЛС д-р Галинка Павлова. Тя напомни, че в момента цените в извънболничната помощ са много ниски и даде пример, като посочи цената на преглед за експертиза от 5 лв. и цената на вторичния преглед от 9 лв. Направете си извода дали трябва да има повече средства и дали те трябва да отидат само за обем и за цени, каза д-р Павлова.

На пресконференцията беше изнесена информация, че е договорено отпускането на допълнителни 200 млн. лв. от резерва на Касата за болниците. На-

правено е предложение от Лекарския съюз в НРД 2016 г. за увеличаване на цените на 44 клинични пътеки, каза д-р Грозев. Проф. Огнян Хаджийски, зам.-председател на БЛС уточни, че това са основно пътеки, които имат по-ниски цени - в педиатрията, УНГ, някои хирургични пътеки, една урологична и за неинвазивната кардиология. По думите му увеличението е от по няколко лева, като при някои то е малко по-голямо. Проф. Хаджийски добави като проблем за рамковия договор Наредба 11 и чл. 351, които ограничават работата на болничния сектор. Главният секретар д-р Стоян Борисов доразвита тезата за липсващата нормативна уредба като фактор за неподписване на договора.

Въпреки заплахата да не подпише Националния рамков договор, ръководството на БЛС заяви пред медиите, че все още (на 24-ти февруари) се надява да се постигне някакво споразумение с Надзорния съвет на НЗОК.

Правителството награди екипа, извършил вътреутробна интервенция

Парична награда за особени заслуги и за проявена лична доблест при изпълнение на обществените си и граждански дълг одобри кабинетът за медицинския екип от болница „Надежда“, който извърши уникална за България вътреутробна операция на неродено бебе. Водещите хирурзи в операцията - д-р Кристина Чачева и д-р Марина Михова, както и д-р Детелина Стоичкова-Петрова (неонатолог) и д-р Камелия Василева (анестезиолог), ще получат награди от по 2000 лв. По 1000 лева са определени за акушерките Илияна Тютлинова и Радослава Димитрова, както и за медицинската сестра Леонсия Докузова. Извършването на такава интервенция е сериозно достижение на българската медицина и е акт на лична доблест, отговорност и висок професионализъм на младите лекари, отбелязват от правителствената пресслужба.

Интервю с д-р Чачева - на стр. 7

Атакуют в съда 14 медицински стандарта

● Ако този за спешност бъде стопиран, ще е катастрофа, предупреди д-р Кателиева

Общински и частни болници, общопрактикуващите лекари и Центърът за защита на правата в здравеопазването ще атакуват в съда 14 от медицинските стандарти. Мотивът е, че те нямат дефинирана цел, не са стандарти за качество и описват само структури, а не процесите. Сред стандартите, които са дадени на съда, е и този за спешна медицина. Според лекарите критериите в него са силно завишени, така че над 90% от болниците не могат да отговорят на изискванията. Затова те

поискаха по-дълъг срок от предвидените 5 години за реструктуриране на отделенията.

В същото време медици от „Пирогов“ и пациентски организации защитиха стандарта и предупредиха, че ако той отпадне, ще бъде спряна реформата. „Ако стандартът за спешна медицина бъде стопиран в съда, това ще бъде истинска катастрофа“, заяви председателят на Националната асоциация на работещите в спешна помощ д-р Десислава Кателиева и допълни: „Ако стандартът

бъде спрян от съда, това ще спре и възможността за усвояване на 86 млн. лева по европейски програми, които вече са гарантирани от правителството. А това означава, че ще бъде спряна и всяка възможност за модернизация на спешните отделения“.

Считаме, че трябва да се работи по стандарти, но друг е въпросът дали те са изпълними в момента, коментира председателят на БЛС д-р Венцислав Грозев. Той предупреди, че не трябва да се бърза с въвеждането на стандарта за спешна медицина, а да се даде грахитисен период, за да могат отделенията да се реструктурират.

Съюзът е против лекарствата да се изписват по непатентно наименование

Не приемаме промяната, според която лекарства ще се изписват по международно непатентно наименование, заяви председателят на Българския лекарски съюз Венцислав Грозев пред журналисти.

Министерство на здравеопазването предвижда медиците в извънболничната помощ да изписват 100% поетите от здравната каса препарати с INN, а не както досега - с търговското име на лекарството. Така на практика в аптеката ще трябва да се

решава коя от всички марки, съдържащи една и съща молекула активно вещество, да получи пациентът. За частично платените от Касата медикаменти, които са основните изписвани от личните лекари, остава възможността на рецептата да е написано търговско име.

Според д-р Грозев по новите правила отпускането на медикаменти ще става не по преценка на лекаря, а по преценка на фармацевт. Това не е редно, защото работещите

в аптеките не носят отговорност за негативните ефекти върху здравето на пациентите и се отваря вратата за корупционни договори между фармацевтичните фирми и аптеки.

С тази новост не са съгласни и от Националното сдружение на общопрактикуващите лекари. „Промяната има за цел да превърне лекарите в аптекари и обратното“, коментира председателят на организацията доц. д-р Любомир Киров.

IN MEMORIAM

НАПУСНА НИ ДОЦ. Д-Р ЕМИЛ ДЯНКОВ

След кратко боледуване на 81-годишна възраст почина доайенът на варненската педиатрия, многоуважаваният преподавател, колега и приятел, доц. д-р Емил Дянков. Той бе високо ерудиран преподавател с огромен принос за утвърждаването на катедрата по педиатрия и медицинска генетика към МУ-Варна и клиниката по педиатрия в УМБАЛ „Св. Марина“. Два мандата е заместник-ректор по учебната дейност в МУ-Варна, основател и директор на Медицински колеж - Добрич. Студенти от 35 випуска слушат лекциите му и участват в негови визитации и семинари.

Дълги години доц. д-р Емил Дянков председателства Варненския клон на Българската педиатрична асоциация и участва в редколегията на списание „Педиатрия“. Бе член на Световната асоциация по детска нефрология и на Специализирания съвет по майчинство и детство. През 2005 г. получи академичното отличие „Почетен знак със синя лента“ на МУ-Варна, а през 2014 г. бе избран за „Лекар на годината във Варна“ от Български лекарски съюз.

Поклон пред светлата му памет!

IN MEMORIAM

НАПУСНА НИ журналистката ТАЛКА СИМЕОНОВА

Ресорът на репортерката на „По света и у нас“ бе здравеопазването. Това бе и нейната мисия в проължение на повече от 20 години. Едни от най-важните новини за здравето на българина стигаха до зрителите на БНТ именно благодарение на Талка. Репортажите ѝ се отличаваша с обективност и коректност. Изключителен човек и журналист, тя спечели завинаги признанието на зрителя.

Талка получи многобройни награди за журналистическо майсторство, обективност и професионално отразяване на проблемите на здравеопазването у нас.

Тя ще остане в спомените с човешината, която проявяваше към съдбите на пациентите и с разбирането на проблемите на лекарското съсловие.

Поклон пред светлата ѝ памет!

Уникална операция в „Пирогов“ спасява дете

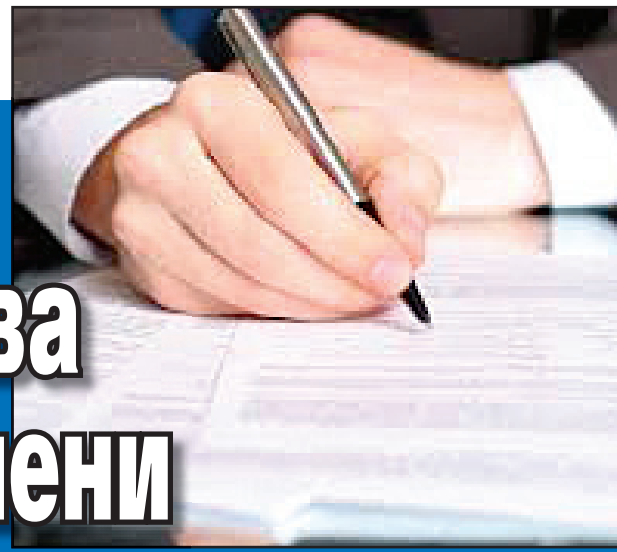
Момиченце на 2 години и 4 месеца с рядко състояние, при което гръдният кош не расте и притиска белите дробове и сърцето, диша вече спокойно. Втори етап на уникална операция на малката Мерал, която живее с тежък генетичен синдром, направиха двама известни лекари на „Пирогов“ - проф. Росен Дребов - началник на детската хирургия и д-р Атанас Кацаров - началник на детската травматология. Детето има синдром на Жун - рядко генетично състояние, заради което гръдният му

кош е придобил формата на камбана. Ребрата не растат навън, а неправилно - навътре, и това пречи на дишането. Три от всеки 4 деца със синдрома умираат до втората година от раждането си заради дихателна недостатъчност.

При първата операция през 2015 г. разтегнахме с пластина едната половина на гръдният кош, сега направихме същото и с втората половина. На седмия ден от операцията изписваме детето в отлично състояние - то вече си играе, обясни проф. Дребов.

Лекарският съюз:

Наредбата за условията, при които Касата ще сключва договори, трябва да се промени



БЛС изпрати писмо до министъра на здравеопазването Петър Москов с предложението за промени в Наредбата за критериите, по които РЗОК ще избират с кои лечебни заведения да сключват договори. В становището на съсловната организация се казва: „Обръщаме внимание, че наредбата ще класира лечебните заведения и техните обединения, но не предлага методика, по която след това директорите на районните каси ще определят договорните партньори“. Ето защо Лекарският съюз предлага въпросната методика да бъде създадена от работна група, в която да вземат участие всички заинтересовани страни. От БЛС настояват след като това бъде направено, тя да бъде приложена пилотно в пет области, като едната задължително трябва да е София-град, а другите – голяма, средна и малка, както и област с медицински университет. От БЛС също така изказват известни съмнения за начина, по който директорите на РЗОК ще избират с кого да рабо-

тят и затова съсловната организация предупреждава, че този въпрос се подценява. Липсата на прозрачност „ще стовари огромно недоволство върху плещите на лицата, които вменяват и на които им е вменена тази отговорност“, заявяват от Лекарският съюз.

БЛС предупреждава, че наредбата не дава яснота как ще бъдат оце-

членуващи в обединението или механизмът ще е друг. Лекарският съюз смята за по-справедливо да се вземат под внимание по-високите нива на компетентност, наличието на комплексност и използваемостта на леглата. БЛС настоява също при определяне на коефициента на всяка болница да има още няколко допълнителни критерии, кои-

лекарите са посочили, че след приемането на стандарта „Спешна медицина“, има гратисен период през който все още ще съществуват такива отделения. Според тях изключването им от критериите ще оцети част от болниците.

БЛС подчертава, че с оглед справедливо оценяване на лечебните заведения е необходимо

отделенията и клиниките с 24-часов режим на работа. Предложението на Съюза е точките да бъдат увеличавани спрямо броя на въпросните звена, като в сегашния вариант точките са 2, а искането е да се дават също така 3 или 4 точки. При осигуряването на компетентност, ситуацията е подобна, затова точките също трябва да са до 4. При този критерий ще се следи брой на разрешените дейности по различни клинични медицински специалности, по които има разкрити болнични структури. Искането е и по-голяма прецизност при оценката на това кое ниво на компетентност има структурата за интензивно лечение на лечебното заведение. От БЛС подчертават, че сред критериите не е коректно да се отчита 24-часовата работа на болничната аптека. Според лекарите достатъчен показател е нейната наличност, защото нуждата от медицински консумативи и лекарства в болницата може да се задоволява от спешните шкафове. Подобно е и предложението на Лекарският съюз

за критерия „наличие на лаборатория“. „Няма нормативно изискване, което да налага наличието на лаборатории с 3-то ниво на компетентност“, се посочва в писмото до министъра. Според БЛС дефиницията следва да се основава само на липсата или наличието на такава лаборатория. Настоява се също за прецизиране на показателя за обем и сложност на извършените по клиничните пътеки дейности, който ще носи допълнителни точки на лечебните заведения. Предлага се да се увеличат точките спрямо броя на лекарите, които са дежурни в клиниките с 24-часов график. Според БЛС по този начин лечебните заведения ще имат интерес да привличат повече специалисти. Съсловната организация освен това смята, че при критерият „отдалеченост на болницата“ параметърът 60 км е твърде голям. Предложението на медиците е разстоянието да бъде 35 километра.

Пълният текст на писмото е публикуван на интернет страницата на БЛС



нявани обединенията от лечебни заведения. Тяхната оценка механичен сбор ли ще е от оценките на болниците,

то да им носят точки. Един от тях е наличието на спешно отделение с първо ниво на компетентност. В мотивите

прецизирането на няколко показателя за определянето на точките на лечебните заведения. Един от тях е броят на

МЗ предлага изменения в норматива за достъп

Според измененията, здравноосигурените ще имат право на достъп до болница, когато диагностичната или лечебната цел не може да бъде постигната в извънболничната помощ. Дали това е така, ще преценява лекар или зъболекар от доболничната помощ. В случай, че става въпрос за спешност, преценката може да бъде извършвана и от дежурен екип в ЦСМП или от спешен лекар в лечебното заведение, към което пациентът се е самонасочил, гласят текстовете. Това ще важи само за болниците, които имат договор с Касата, а кои са те трябва да ни информира общественият фонд на сайта си, като посочва конкретните дейности, за които съответните

● Направления за хоспитализация ще издават само работещи с НЗОК

лечебни заведения имат такъв договор.

Направления за хоспитализация ще могат да издават само лекари от ПИМП и СИМП, които имат договор с Касата. Досега това могат да правят всички лекари от извънболничната помощ, без значение дали имат или не договор с НЗОК. Към направлението лекарите трябва да прилагат амбулаторния лист от прегледа на пациента с посочени данни от анамнеза и статуса му, както и предприетите диагностични и лечебни действия и обективните обстоятелства, мотивиращи становището, че лечебната цел не може да се

постигне в условията на извънболничната помощ. Освен това в амбулаторния лист и направлението трябва да се впише и диагнозата, с която пациентът се насочва за болнично лечение.

Една подробност: ако медикът прецени, че това е необходимо, направление за хоспитализация се издава дори и в случай на писмен отказ за това от страна на пациента.

Когато стигне до болница, ако дейностите по заболяването му попадат в допълнителния пакет, здравноосигуреният трябва да получи пълна информация за срока, в който ще бъде хоспи-

тализиран, възможните рискове и алтернативи, включително възможността да се обърне към друго лечебно заведение, след което да изрази писменото си съгласие и да бъде вписан в „листа за планов прием“. Срокът за плановия прием е двумесечен, но може да бъде удължаван, става ясно от текстовете. Това може да се случи при писмено желание на пациента, по медицински показания или пък ако необходимостта от хоспитализация е отпаднала заради подобряване на състоянието му. Болниците ще имат задължението да информират записаните в листата пациенти и да потвърдят



предстоящия прием в срок от 2 дни преди планираната дата за приема.

Новите текстове изрично отбелязват, че планирането и обслужването на пациенти срещу заплащане, извън заплащането от НЗОК, не може да нарушава планирането и обслужването на задължително здравноосигурените лица по реда на наредбата.

С наредбата освен това се постановява пръсто-

вата идентификация, с която пациентът трябва да „регистра“ използваните медицински услуги, да бъде регламентирана по реда на Националния рамков договор. Само че промените в Наредбата излязоха преди да се подпише НРД. Ами ако не се падеше? Както и стана! БЛС не приема пръстовата идентификация в рамките на НРД...

Парламентът очаквано отхвърли вота на недоверие за здравеопазването



Вотът на недоверие към правителството на Бойко Борисов за политиката в здравеопазването очаквано не мина. Той бе подкрепен от 80 депутати от БСП, ДПС и Атака, както и няколко независими. Против вота гласуваха 130 народни представители от ГЕРБ, Реформаторския блок, Патриотичния фронт и АБВ. От БДЦ гласуваха с „въздържал се“.

Вотът бе първия за сегашния кабинет на премиера. Той бе насочен срещу здравеопазването, като част от мотивите бяха, че там цари нормативен и финансов хаос, а заради реформите, провеждани от управляващите, пациентите са лишени от достъп до лечение. По време на дебатите министър Петър Москов и депутати от подкрепящите партии нарекоха тези мотиви лъжи и обявиха, че здравеопазването е един от секторите, в който се правят положителни промени.

Основните критики

на БСП и ДПС към политиката на министъра бяха, че се води силно административна и централизирана политика по сливане на болници, централизиране на лекарствени търгове, задължителна здравна карта, фиксирани болнични бюджети. Вносителите на вота заявиха, че в системата има „нормативен хаос“.

Според депутата от БСП д-р Емил Райнов министърът е сам и никой не го подкрепя в неговите действия. Той отправи обвинения към д-р Москов, че се опитва да влоши състоянието на болниците, за да може част от тях да бъдат приватизирани, че все още липсва остойностяване на дейностите и че имаме прекалено много киберножове.

Председателят на БСП Михаил Миков подчерта, че по-малките партии подкрепят управляващите от ГЕРБ, защото се страхуват от това да има избори. Той отбеляза, че политиката на ГЕРБ има една единствена цел - да се намалят обществените разходи за сметка на доплащането от страна на хората.

Народните представители от ГЕРБ защитиха реформите, провеждани от д-р Москов. Председателят на парламентарната здравна комисия д-р Даниела Дариткова заяви, че значително е намален броят на неосигурените лица през 2015 г. и отчете, че през 2016 г. са увеличени парите на НЗОК. Категорично трябва да похвалим МЗ с решаването на проблема със специализациите, каза още депутатът, като добави, че

политиката в здравеопазването е една от най-успешните на това правителство. Той отбеляза, че здравната каса влиза в 2016 г. без дефицит. По думите му НЗОК има единствено стари задължения към западни здравни фондове, които са натрупани по време на друго управление. Той заяви, че няма нито една затворена



това не може да бъде отречено дори от най-черногледата опозиция.

Съпредседателят на Патриотичния фронт Валери Симеонов каза, че според неговата партия

болница и няма и да има. „Мнозинството препотвърди, че стои зад програмата за управление на правителството.“ Такъв бе изводът на здравният министър Петър Москов

година една от целите на министерството ще бъдат правилата за надграждане на здравноосигурителната система с доброволните дружества като втори стълб“, коментира д-р

след гласуването на вота на недоверие към правителството.

„Част от аргументите, включително изложени от народните представители от управляващото мнозинство, бяха свързани с ясно разписани действия в областта на здравноосигурителния модел. Аз декларирах от трибунала, че в рамките на тази

Москов. По думите му, министерството трябва да си извади поука от добре конструирани административни актове, но не трябва да има промяна в политиката - нито в сферата на лекарствената политика, нито в инфраструктурата на здравната мрежа, нито в сферата на начина на финансиране на резултат, нито в сферата на изискванията Касата да заплаща за комплексност.

Според него, поуката от вота на недоверие е следната: „По-лесно е да си против, отколкото да си прав“. „По достатъчно убедителен начин изложих аргументите на правителството против мотивите на вота“, каза още министърът. Той благодари на депутатите, които чули и оценили това нещо и не са подкрепили вота на недоверие.

Според него това са смислени политики - да има повече лекарства на по-ниска цена, с по-ниско доплащане от пациентите, да продължи прехвърлянето на тежест от болничната в доболничната помощ, да е ясно каква инфраструктура трябва да отговаря на нуждите на пациентите, а не на „бизнесидеите на определени граждани“.

Премиерът Бойко Борисов не присъства на дебатите и при гласуването на вота.

Нито една общинска болница няма да бъде закрыта

● Остойностяването на медицинските дейности ще е готово най-рано през 2017 г.

Нито една общинска болница няма да бъде закрыта заради Националната здравна карта. Това заяви министърът на здравеопазването д-р Петър Москов пред комисията по здравеопазване към Националното сдружение на общините, съобщиха от пресцентъра на МЗ. Напротив, картата гарантира на всяка болница възможността да продължи да изпълнява пълния обем на извършваната досега дейност, както и че ще получи пълното финансиране за това, каза той. По думите на министъра целта на картата е да се превърне в база за провеждане на национална политика и да осигури справедлив и равнопоставен достъп на всеки български гражданин до системата на здравеопазване.

Притеснения от възможността за закриване на болници изказаха от Сдружението на общинските болници, а също и ръководствата на няколко общини, като например Пловдивската и директори на общински ле-

чебни заведения в различни населени места.

Министър Москов коментира пред медиите още една важна тема - остойностяването на болничните услуги. В тази насока промените трябва да стават плавно, заради настоящето лошо състояние на системата на финансиране. Остойностяването трябва да обхваща всеки един възможен разход, свързан с лечението, както и режийните разходи, амортизацията на апаратурата и др. Той добави, че трябва да има реална оценка и на труда на медицинския персонал. „Изкривяването в остойностяването, основно в болничните услуги, е натрупано в годините и е предмет на определени стереотипи“, каза още д-р Москов.

„Първите медицински дейности, които ще бъдат с изцяло ново остойностяване и ще се плащат по нови цени от здравната каса от 1 април, са 36 амбулаторни дейности, които вече ще могат да се извършват както в болничната, така и в извънболничната

помощ“, подчерта здравният министър. Той обясни, че за новото остойностяване на медицинските услуги са ползвани консултантски услуги и публични източници и процесът е напреднал, като засега има готовност за въвеждането на новите цени само за клиничните процедури, за които вече няма да е задължително да се влиза в болница, а ще се изпълняват и в медицинските центрове в извънболничната помощ. Такива са например гастропроцедурите, процедури от ендодневната хирургия, като малките очни операции, за които сега се изискваше минимален болничен престой от три дни.

Както е известно, специална комисия на БЛС работи също по остойностяването на медицинския труд, ползвайки данни от други европейски държави. „Най-рано в началото на 2017 г. може да има остойностяване на медицинския труд в дейностите, заплащани от НЗОК“, заяви пред журналисти председателят на БЛС д-р Венцислав Грозев след среща между ръководството на съсловната организация и Надзорния съвет на НЗОК.

Не се удължават прегледите при ОПЛ и специалистите

Министерството на здравеопазването категорично опровергава лансираната през последните дни лъжа, че през Националната здравна карта е увеличена задължителната минимална продължителност на преглед при лекар в извънболничната помощ, съобщиха от пресцентъра на МЗ. Задължителната минимална продължителност на един профилактичен преглед и преглед при диспансеризация е 15 мин. И е определена в чл. 3 на Наредба 39 за профилактичните прегледи и диспансеризации към МЗ, още през 2005 г. и не е променяна досега. Нито един друг нормативен акт

на МЗ не определя и не обсъжда продължителността на профилактичните прегледи и прегледите за диспансеризация.

Не е вярно и твърдението, че през Националната здравна карта МЗ определя максимален брой на пациентите на един личен лекар, категорични са от министерството. Методиката за определяне на нужния брой лични лекари в България за осигуряване на оптимален достъп на населението до тази услуга се базира на показател за осигуряване на достъп - среден брой обслужвано население - на 1500 души да се пада поне един личен лекар. Това е средна норма,

която държавата си поставя за цел да осигури, за да подобри достъпа на своите граждани до общопрактикуващ лекар. По подобен принцип са изчислени и нуждите на българските граждани специалисти в извънболничната помощ. Цитираната средна продължителност от 30 мин. на преглед е използвана единствено само като метод за определяне на необходимия брой специалисти средно за страната и не е предвидено и не се предвижда да бъде заложено като изискване за минимална продължителност на преглед при специалист, поясняват от министерството.

Няма да затварят онкологични клиники и отделения

Във връзка с разпространението в интернет на невярна информация Ви информираме, че всякакви интерпретации и спекулации за закриване на онкологични легла са лъжа - съобщиха от

пресцентъра на здравно-отделението в интернет

някакъв друг нормативен документ на МЗ предвижда закриване на онкологични клиники, отделения и болници - се казва още в съобщението, разпространено до медиите.

Нито Националната здравна карта, публикувана за обществено обсъждане на страницата на министерство на здравеопазването, нито

Здравната карта посочи основния проблем - дефицита на медицински кадри

Трудната задача, която произтича от Националната здравна карта, е преодоляването на недостига на лични лекари и специалисти в редица области, а не справянето с излишъка от болнични легла. Това каза здравният министър Петър Москов при представянето пред медиите на Националната здравна карта, която идентифицира потребностите на страната и наличните в момента ресурси от лекари, медицински сестри, болници и апаратура. Министърът уточни, че картата извежда следните проблеми:

1. Недостиг на медицински специалисти и базови медицински дейности в отделни райони и наличието на свръхпредлагане в други;

2. Предлагащото на медицински услуги, насочени към финансови цели, откъснати от реалните потребности на пациентите;

3. Неэффективно използване на ресурсите.

Данните от Националната здравна карта показват остър дефицит на общопрактикуващи лекари и специалисти от извънболничната помощ. Например, педиатрите в България са с 405 по-малко от необходимите за задоволяване на реалните нужди на пациентите. Не достигат и 437 общопрактикуващи лекари. Затова не се предвижда намаляване на броя им. Недостиг има и във всяка една от специалностите в специализираната извънболнична помощ с малки изключения в определени области. В София например, има над 100 специалисти по кожни болести над средноевропейския стандарт, но пък педиатрите в столицата са със 113 под европейския стандарт за осигуреност с медицински специалисти. Остър недостиг е отчетен и в други специалности. Според здравната карта в страната има 680 кардиолози в специализираната извънболнична помощ при необходими 1080. Гастроентеролозите са 198 при необходими 255, ендокринолозите са 374 при 547 необходими.

Финансови стимули срещу недостига

Обръщането на тази

тенденция ще е трудно, но на първо време това може да стане чрез финансови стимули, каза министърът. „Няма педиатри, защото добрият педиатър е оценен по-ниско от добрия кардиолог“, отбеляза той. Министърът подкрепи идеята на Българския лекарски съюз да се увеличат средствата в доболничната помощ за прегледи, специализирани изследвания и направления, като обеща най-малко 40 млн. лв. повече за тази цел за 2016 г., които ще дойдат от резерва на НЗОК. Така недостиг на направления няма да има, убеден е д-р Москов.

Ще се търсят и допълнителни стимули за опередели специалности. Такива ще има по програмата за майчино и детско здравеопазване, по която педиатрите получават допълнителни средства за проследяване на деца с хронични заболявания, извън плащанията от здравната каса.

За решаването на съществуващите дисбаланси Москов разчита и на новата система за плащане, която ще въведе в болниците. При нея плащанията няма да зависят от диагнозите и от това дали клиничната пътека е печеливша, а ще се плаща "средно претеглена стойност на пациент за всяко лечебно заведение". „Пациентът не може да е ходещ



клинична пътека и не може да има първо и второ качество лекари“, обясни Москов.

В болниците - реструктуриране на леглата

От 38 334 болнични легла за активно лечение в страната, в Националната здравна карта са предвидени 35 316, което показва че малко над 3000 са излишни, каза още д-р Москов. Те обаче ще



бъдат реструктурирани в легла за продължително лечение и рехабилитация, което ще става по желание на самите здравни заведения. По три нови клинични пътеки ще могат да се лекуват хора, преживели инсулт, за които възстановителният процес е най-малко 10 дни. В момента леглата за продължително лечение са само 1.8% от всички, докато след прилагането на картата делът им в страната ще стане 13%.

Министърът заяви, че целта на здравната карта е да приведе здравната система към нуждите на населението, а не според финансови и други интереси, както е сега. Д-р Москов поясни, че ако отчетените потребности някъде са били изкривени, то е било в полза на статуквото, така че да се отговори на по-високи потребности от реалните. Той прогнозира, че няма да се стигне до някакво сериозно орязване на легла, но даде пример, че на някои болници ще бъдат намалени леглата и съответно финансирането за по-сложни операции и дейности, изис-

кващи трето ниво на компетентност, тъй като те

извършват предимно прости манипулации. Очакванията са да се съкратят около 50 легла за интензивно лечение, 200 от акушеро-гинекологичните отделения, 1000 терапевтични и близо 1900 - хирургични. В същото време педиатричните трябва да се увеличат с повече от 150. Дори след орязването осигуреността на болнични легла на глава от населението ще остане над средната за Европа, която е 4 на 1000

души. У нас ще е 4.9/1000, уточни министърът.

В Спешната помощ - изнесени филиали

В здравната карта е залегнало и разпределение на спешната помощ в страната. В нея се определят потребности и от създаване на т.нар. „изнесени екипи“ към филиалите за спешна медицинска помощ, в райони със затруднения в достъпа на населението. Предвидени са 17 изнесени екипа в областите Бургас, Велико Търново, Враца, Добрич, Кърджали, Кюстендил, Ловеч, Монтана, Пазарджик, Пловдив, Смолян, Стара Загора и Шумен.

Първенци сме по наличие на високотехнологична апаратура

Според здравната карта в страната вече има пренастищане на високоспециализирана апаратура, закупена през последните години, като ПЕТскенери за онкодиагностика, апарати за радиохирургия, линейни ускорители и др. Въпреки това д-р Москов обяви, че тези дейности не подлежат на санкции, т. е. никоя от вече разкритите дейности в болниците няма да изгуби договора си със здравната каса. По думите му чрез тази техника ще можем да привлечем пациенти от съседните страни. Същото важи и за инвазивните кардиологии.

Срещу злоупотребите в тази дейност се залагат критерии, които вече няма да допускат неконтролни инвазивни изследвания на здрави хора, каза министърът. Занапред плановите изследвания, когато не става въпрос за спешен случай, ще се правят само в големите болници, където има хирург, инвазивен кардиолог и те определят терапевтичния план. Когато някой е изследван, а на него му няма нищо, ще бъде плащана само цената на консуматива, но не и за самото изследване, обяви министърът.

АНКЕТА

Одобряват ли Националната здравна карта?

Д-р Валентина Манолова, председател на РЛК Шумен:

Има сериозни разминавания с областната

Когато изработихме областната карта, се съобразихме с всички критерии, които ни бяха дадени. Затова се изненадахме, че след това възникнаха доста проблеми по отношение на нивата на болниците и броя на леглата. В Националната здравна карта в доболничната помощ специалисти като детски кардиолог, паразитолог, съдов хирург, неврохирург са отбелязани с нула. Сега тези специалисти, които ние ги имаме и които са в апогея си, много добре работещи коле-



ги, трябва да ги изгоним от Шумен. Изпратихме нашето становище до МЗ и покана от областния управител към министъра за среща в Шумен. Надяваме се да дойде.

Д-р Румен Русанов, РЛК Разград:

Трябваше по-добре да се обяснят промените

Участвах в срещата с министър Москов в Русе и поискаме да не се редуцират леглата в хирургия, неврология и др. - нещо, което беше залегнало в Националната здравна карта. След това направихме вътрешно разместване, което нас ни удовлетворява. Ако предварително беше разяснено какво цели реформата, както го направи министърът в презентацията си в Русе, може би колегите щяха да вникнат малко по-добре в случващото се. Реално няма

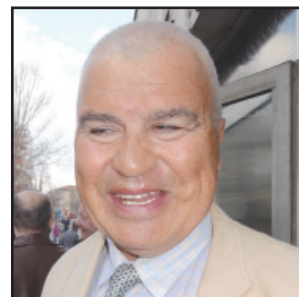


снижаване на обеми и цени, а също и на дейностите от предната година.

Проф. д-р Досю Досков:

Как ще решат проблема с недостига на кадри?

Здравната карта не съм я видял, за да я коментирам, но всяко нещо, което е задължително, буди съмнение. По принцип има смисъл от здравна карта, защото тя прави един регламент - къде, в кой район, какъв вид специалисти са необходими. Но втората стъпка - попълването със специалисти в районите, където има недостиг и обратното, не виждам по какъв начин ще бъде направено. Как ще бъдат мотивирани хората да отидат там, където лекарите не стигат? В много



области няма отделения по УНГ. Няма и интерес към тази специалност. Очакваме здравната карта да помогне, но не виждам как ще стане.

Д-р Виделина Моллова, зам.-председател на РЛК Русе:

Не сме съгласни да се намаляват легла

Твърдо не одобряваме Националната здравна карта, защото предложението, които един месец предварително обсъждахме, се разминават с цифрите, качени на сайта на министерството. В Русе се намаляват кардиологични легла, физиотерапевтични, в детската психиатрия, която извън София е единствения такъв център. Това просто е смеш-



но. Цифрите, които са записани, са нереалистични. Има фразиращи разлики.

Планиране и обучение на човешките ресурси в здравеопазването без граници



18-19 февруари 2016, Варна, България

„Планирането и обучението на човешките ресурси в здравеопазването без граници“ бе темата на Третата международна конференция за общи действия на правителствата на страните-членки на ЕС, която се откри на 18 февруари 2016 г. в зала „Импресия“ на хотел „Интернационал“ в курорта „Златни пясъци“.

Дойдоха около 250 международни и български участници и гости, в това число Мишел ван Хоергарден (Брюксел) - програмен директор, Каролайн Хегер от Европейската комисия, Дирекция по здравеопазване и безопасност на храните, д-р Марио Миклоши - заместник-министър на здравеопазването на Република Словакия, д-р Николае Джеламши (Молдова) - президент на Здравната мрежа на страните от Югоизточна Европа и др. В конференцията взеха участие български и чуждестранни студенти от Варненския медицински университет, както и стажанти от Европейската програма за студентски практики.

Общи действия за планиране и прогнозиране на човешките ресурси в здравеопазването (Joint Action for Health Workforce Planning and Forecasting) е 3-годишен проект, който стартира на 1 април 2013 г. Той е директно финансиран от Европейската комисия и главната му цел е подкрепа на европей-



Проф. Тодорка Костадинова от МУ - Варна, ръководител на проектния екип, разработващ план за организация и устойчивост на европейската мрежа на експертите...

ското сътрудничество за повишаване капацитета на работната сила в Европейския съюз и Европейското икономическо

Трета международна конференция за общи действия на правителствата на страните-членки на ЕС се проведе у нас

пространство. Непрекъснатата миграция и мобилност на лекари, медицински сестри, дентални медици, фармацевти и други здравни специалисти са сериозно предизвикателство пред всички правителства, със-

Всички заинтересовани страни се обединяват около общата отговорност да гарантират, че тези професионалисти ще имат достатъчно знания и умения, за да осигуряват високо качество на здравните услуги

ловни организации и пациенти да отговорят на нарастващите нужди от медицински грижи на населението на Европа.

в приемащите страни, както и признаването на техните квалификации. Все по-бързото внедряване на нови медицин-



ски технологии и динамичната промяна в демографската структура на населението водят до възникването на нови професии, а следователно и до необходимостта от нови методики на обучение, нови квалификации, нови знания и умения.

Темата за обучението на здравните професионалисти поставя въпросите за етичните аспекти на образованието в чужбина и отваря дискусия за обучението на следващото поколение здравни професионалисти.

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ - Варна е основен участник в програмата и ръководи Работен пакет „Устойчивост“ с подкрепата на министерството на здравеопазването ни и с участието на представители на Националния център по обществено здраве и анализи.

В рамките на Програмата екипът от Медицински университет - Варна разработва методиката за технически и политически препоръки, които ще се представят на вниманието на Европейската комисия при приключването на

проекта в края на юни 2016 г. Друга задача на проектния екип, ръководен от проф. Тодорка Костадинова, е разработването на план за организация и устойчивост на Европейска мрежа на експертите по планиране на човешките ресурси в здравеопазването.

На европейско ниво проектният екип е представен от проф. Красимир Иванов - ректор на МУ - Варна, в качеството му на член на Европейската мрежа „Брокери на знание“ (Network of knowledge brokers), създадена в рамките на Програмата за общи действия през 2013 година.

Вярваме, че след първите две конференции в Братислава и Рим, заключителната конференция във Варна бе в подкрепа на интерактивните срещи не само между партньорите по програмата, заинтересованите страни и професионалните организации, но и между представителите на хората, формиращи политики, лекторите и участниците от всички краища на Европа, заявяват от пресцентъра на МУ - Варна.

С подкрепата на Европейската комисия

Стартира програма за идентифициране на високо рискови семейства за диабет тип 2

В Медицински университет - Варна бе даден стартът за България на програма Feel4Diabetes, което означава: „Семейства от цяла Европа, спазващи здравословен начин на живот с цел превенция на диабета“. Програмата е подкрепена от Европейската комисия и цели да създаде, приложи и оцени базираща се на доказателствата и потенциално икономически ефективна и мащабна интервенционална програма за превенция на тип 2 захарен диабет в цяла Европа, насочена основно към семейства от уязвими групи. В програмата участват общо

10 партньори - научни колективи от Атина, Гърция (координатор), Хелзинки, Гент, Дрезден, Сарагоса, Дебрецен, както и Световната диабетна федерация (IDF). В България участва МУ-Варна с главен изследовател проф. Виолета Йотова, както и екип от Медицински университет - София под ръководството на проф. Цветалина Танкова.

Feel4Diabetes ще продължи до 2019 г., като в морската столица са предвидени редица мероприятия, които ще се организират от Медицинския университет с подкрепата на община Варна и РИО-Варна и в тях ще

се включат 1500 деца от началните класове на варненските училища, съобщиха проф. Йотова. На стартовата среща при състава проф. Тодорка Костадинова - заместник-ректор „Международно сътрудничество, акредитация и качество“ в МУ-Варна, Венцислава Генова - началник на Регионален инспекторат по образованието, Нели Вълева - началник отдел „Детско и училищно здравеопазване“, доц. Антония Цветкова - председател на комисията по „Здравеопазване“ и Славчо Славов - председател на Комисията по наука и образование в община Варна.

Основните цели на проекта Feel4Diabetes са да се идентифицират общностите с уязвими групи в рамките на шест европейски страни (две развити икономически - Финландия и Белгия, две в условия на преход - Гърция и Испания, и две с нисък среден доход - България и Унгария), да се разработи, приложи и оцени евтина и приложима в условия на среда с ниски ресурси, базирана на училищата и общността интервенция, целяща създаване на подкрепяща социална и физическа среда и насърчаваща промени към здравословен начин на живот за децата и техните

семейства и да се идентифицират високо рискови за диабет тип 2 семейства в рамките на тези общности. Предвидени са и извънучилищни обучителни сесии за здравословен начин на живот, които са насочени и към децата, и към родителите едновременно. „Насърчаването на здравословно поведение и начин на живот е по-ефективно, когато към семейството се подхожда като цяло. Такъв подход е по-рентабилен, тъй като едновременно се акцентира върху три поколения“, коментира още проф. Йотова.

Тип 2 захарен диабет е сред основните „убийци“

на 21-ви век. Освен че над 387 милиона боледуват днес, а прогнозата е за над 600 млн. болни през 2035 г., появата на диабета във все по-млада възраст създава нови предизвикателства пред здравните системи в целия свят. Все по-увеличаващото се затлъстяване и обездвижване водят до порочен кръг с напредващо увеличение на броя на болелите. У нас над 520 000 души боледуват от диабет, още 120 000 са все още недиагностицирани, като голям процент годишно се инвалидизират. Все още поради присъщите му усложнения диабетът съкращава живота средно с около 15 години. Всичко това логично води до извода, че превенцията би имала неимоверно висок медицински, социален и икономически ефект. Именно това е причината Европейската комисия да насърчава проекти като нашия, изтъкват от МУ-Варна.

Д-р Кристина Чачева, акушер-гинеколог и специалист по фетална медицина в столичната МБАЛ "Надежда":

Връщането ми в България беше скок в неизвестното, но сега не съжалявам!

- Д-р Чачева, направихте сензационна втретурбна операция с поставяне на дренаж на белия дроб на неродено бебе. Какво наложи прилагането на тази хирургия?

- Бебето имаше тежки плеврални изливи, което беше довело до хидропс на плода и тъй като прогнозата беше доста лоша - шансът за оцеляване в такива случаи е около 30%, преценихме, че трябва да сложим дренажите. Проблемът е, че при хидропса се развива хипоплазия на белия дроб, променят се съдовете и това води до пулмонална хипертония. Промененото налягане в гръдната кухина води до намаляване в притока на кръв към сърцето, което нарушава неговата функция. Състоянието се задълбочава и когато се стигне до определено ниво, има опасност за живота на бебето. Затова решихме, че водата трябва да се изведе от плевралните кухини, за да се подобри функцията на сърцето.

- Как протече операцията?

- Това, което се твърди в пресата, че операцията е продължила 12 часа, не е вярно. Беше за няколко минути. Операцията беше с регионална анестезия при майката. Поставихме анестезия и в крачето на бебето. Самото слагане на дренчето се извършва под ултразвуков контрол, като се достига през кожата и корема на майката, през маточната стена, през торакалната стена на бебето. Дренчето остава в гръдната стена и цялата течност, която се е насъбрала в плеврите, може да изтече навън в околоплодните води. В екипа бяхме с д-р Марина Михова и анестезиолозите на МБАЛ "Надежда". Когато правиш нещо такова, е изключително важно кой ти помага. Д-р Михова е човек, когото открих тук в „Надежда“ и без нея нещата нямаше да станат така.

- Как се чувстват сега майката и малката Християна?

- Добре са. Майката също беше започнала да събира течности, да вдига кръвно, така че след 2-3 седмици, когато дойде при нас, беше значително изтъняла и се чувстваше много по-добре. Бебето нямаше друг проблем, освен предсрочното раждане. Сега педиатрите следят Християна - те също имат заслуга, че тя е жива и здрава.

- Правил ли сте други подобни операции?

- Да, това е второто бебе, което оперирам по този начин в България. Първото се роди в края на април 2015 г. То получи дренове и от двете страни, защото беше още по-зле. Когато се роди, беше значително по-добре, но продължи много време да има тежки изливи и трябваше да се дренира доста време след раждането. Беше сложно на специална диета, на медикаменти, но в крайна сметка и то вече е добре.

- Какви рискове крие подобна интервенция?

- Рискът е да се стигне до контракции и раждане, но имайте предвид, че това се прави само когато прогнозата наистина е негативна и алтернативата е детето да загине. Важно е тази операция да не се прави, когато няма нужда от нея. В „Надежда“ правим и лазерна терапия при близнаци с обща плацента, които имат съдови проблеми и натоварват кръвообращението. Другото важно е трансфузията на кръв при Резус несъвместимост.

- Не е ли редно здравната каса да плаща разходите? Това са доста скъпи

Д-р Кристина Чачева се прочу с уникалната операция на белия дроб на неродено бебе, чиято майка беше бременна в шестия месец. След успешната манипулация Християна от Симитли е родена предсрочно, но в много добро състояние. Д-р Чачева, която е акушер-гинеколог и специалист по фетална медицина в столичната МБАЛ "Надежда", дори не взела хонорар за труда си. През 1996 г. тя започва следването си в МУ-София и завършва в Бон, по-късно специализира в университетската клиника по акушерство и гинекология в Бон. В Германия оглавява отделението по пренатална диагностика на голяма клиника в Хамбург. След 14 години за късмет на българските родилки и бебета, младата лекарка се връща, за да гради кариера в България.

процедури.

- Не знам какво ще се запише в новия рамков договор, но сега единствената пътека, по която може да се прави нещо, е 143 – кръвопреливането. Това също не е адекватно решение, защото кръвопреливането при анемия поради Резус несъвместимост на едно бебе се прави през 10 дни, а пътеката може да се отчита само веднъж на месец. Всичките други неща пациентите трябва да си ги поемат сами, а самото приготвяне на еритроцитния концентрат е скъпо. Надявам се да се раздвижи нещо по

въпроса. Това са много малко деца и е добре операцията да се прави по Каса, за да се подпомогнат родителите. И без това имаме много малко раждания на година в България, добре е да не изпускате бебетата. Майчиното и детското здравеопазване наистина трябва да станат по-важни.

- Какъв е чуждият опит в областта на втретурбните операции?

- В университетската клиника в Бон, Гер-

приравни дипломата, какви документи се изискват. Трябваше отново да се

много важно, за да можеш най-вече да прецениш кога трябва да направиш нещо такова, защото не бива да се прибягва до подобни интервенции с лека ръка.

- Защо непрекъснато се увеличават проблемите на жените, свързани със забременяването и раждането?

- Защото все по-късно решават да имат дете. При по-късната бременност проблемите са повече.

- Най-много се радвам, когато видя тези деца след години. Имам снимки на децата, някои са кръстени на мен. Това носи удовлетворение.

- Какви са, според Вас, най-сериозните проблеми в българското здравеопазване?

- Моята сфера не е толкова свързана със здравната каса, тъй като малко от нещата се поемат от нея, така че не мога да кажа. Болница „Надежда“ е едно островче в българското здравеопазване и аз се радвам, че работя тук.

- Какъв човек е д-р Чачева в свободното си време? С какво се занимавате, как релаксирате?

- Имам много приятели и гледам да прекарвам възможно повече време с тях. С мъжа ми обичаме да ходим в планината, на ски, на театър, кино...

- Имате ли хоби?

- Да, ходя на уроци по пеене. Имам учител – Георги Мирчевски, и пеенето се оказва главната ми психотерапия. (Смее се) Много е забавно. Насочила съм се към поп музиката.

- Оптимист ли сте, че и у нас младите лекари ще могат да получат същите възможности за карьерно развитие, като колегите си в ЕС и ще останат в България?

- Не мога да кажа какви са проблемите днес, но когато аз напуснах България, не бях никакъв оптимист. Не виждах тук бъдеще за себе си, а само черно петно. Тогава виждах закостеняла система, старите професори не отстъпваха място на младите лекари, не ги учеха, нямаха желание за комуникация. Имаше абсолютно тоталитарно отношение, което в Германия отсъства. Там в клиниките са предимно млади хора, които имат възможност за развитие.

- Разочарована ли сте от това, че се върнахте.

- Не, тук имам добро работно място, харесвам това, което правя, радвам се, че мога да въведа нещо ново, да организирам, да променя нещо.

- Какво е веруето Ви?

- Държа много на коректността, професионализма и нетенденциозното отношение. Това ми е важно.

мания, където специализирах, тези операции са всекидневие. Там обаче те се поемат от Касата, а и има много повече раждания.

- Имате интересна биография. Какво Ви накара да изберете България пред Германия?

- Не ми беше лесно да взема това решение. Беше скок в неизвестното идването ми в България. Да не пропусна и това, че министърството не улесни връщането ми, защото няма никаква информация как един човек, завършил медицина в чужбина, може да си

върна до Германия, за да донесе една хартийка. Дойдох тук, защото болница „Надежда“ ми предложи работа, която ми допада. Харесва ми и самата клиника, и хората, които работят тук. Ако я нямаше тази болница, сигурно нямаше да се върна.

- Как Ви помага опитът, натрупан в Бон?

- Без опит нищо не става. В Германия бях на място, където тези неща бяха ежедневие. За България е сензационно, но и тук един ден операциите ще станат рутинни. Опитът е нещо

- Как се насочихте точно към тази специалност?

- Насочих се случайно, защото започнах да си пиша докторската дисертация с проф. Томас Кол, който е едно от световните имена във феталната хирургия. Покрай него реших да специализирам акушерство и гинекология, и след това да се занимавам с пренатална диагностика и терапия. Така че през последните години все с това се занимавам.

- Какво Ви носи най-голямо удовлетворение в професията?



Проф. д-р Огнян Хаджийски, зам.-председател на БЛС: Нищо страшно няма да се случи без НРД

Зам.-председателят на БЛС проф. Огнян Хаджийски разказа как са протекли преговорите и какво е договорено в НРД 2016 за болничната помощ. Той наблегна на факта, че по-сериозните отстъпки са направени в последния момент. Проф. Хаджийски обясни, че Управителният съвет на БЛС е поискал 200 млн. лв. допълнително за болниците, защото отчетената платена дейност е около 1 300 000 000 лева, а заедно с отчетената, но неплатена - 1 500 000 000 лева. „Като се тегли чертата обаче на това, което има да се доизплатява, реално увеличението до края на годината е 33 млн. лева, а за цялата година - 50 млн. лева, пресметна зам.-председателят на Съюза. И допълни, че в същото време за медицианти са отделени

Д-р Галинка Павлова, зам.-председател на БЛС: Увеличението на цените е обидно, има скок при обемите

За договореното в извънболничната помощ информира колегите си д-р Галинка Павлова, зам.-председател на БЛС. Тя припомни, че възможностите за преговори не са много големи, поради наличне на нормативна и финансовата рамка. „Работата по време на преговорите по текстовете можем да групираме като такива наложени от нормативните промени, текстовете, които предотвратихме влизането им в сила, такива с които успяхме да променим към по-добри условията в НРД и разбира се останаха текстовете, които НЗОК не прие да бъдат променени. Съгласно 330 нови са разделите за контрол,

920 млн. лева. Проф. Хаджийски каза също, че е договорено болниците, които са първо ниво и имат възможност, да могат да работят за второ ниво, специализантите също ще могат да сключват договори с Касата. Възвръзка с т.нар. пръстов идентикатор, професорът поясни, че УС се е обявил категорично против включването му в НРД. „Заявихме, че това нещо може да си го направи министърът, министерството в рамковия договор, Българският лекарски съюз няма да го подпише“. Професорът информира, че в НРД 2016 е договорено увеличение на цените на 35-37 клинични пътеки, като те са предимно в педиатрията, защото са най-недофинансирани. Има повишаване на цените и в някои пътеки

в УНГ, неинвазивната кардиология и други, но има и сериозно разминаване между исканията на съответния борд на БЛС и експертите на НЗОК. На финала проф. Хаджийски заяви: „Това до тук ви казах като член на Управителния съвет на Българския лекарски съюз. Като проф. Огнян Хаджийски - член на Българския лекарски съюз, ще ви кажа следното. Категорично - подчертавам, и казвам „не“ на този рамков договор. Не се плашете, че ще стане нещо по-страшно. Това сме го яли и сърбали години наред. По-страшно е, ако с името на Българския лекарски съюз се узаконят неща, които не са направени и след това ще казват: то беше направено със знанието и желанието на българските лекари. „Не“ на това!

Лекарите казаха „НЕ“ на Националния рамков договор за 2016 г.

Съборът на БЛС се обяви против нормативния хаос и пръстовия идентификатор



Почти единодушно, с 265 гласа „против“, 10 „за“ и 15 „въздържал се“ делегатите на 65-ия извънреден Събор на Българския лекарски съюз казаха „не“ на подписването на нов Национален рамков договор. Като основен мотив за неподписването те посочиха влизането в болниците чрез пръстов идентификатор, което трябваше да залегне в НРД. Медиците го определиха като „поредния административен абсурд“. Сред другите аргументи на съсловните срещу договора са документи и нормативни актове, които са



залегнали в него, но все още са в процес на разработка и не са влезли в сила, а по-голямата част дори са предмет на съдебно оспорване. Един от тях е Националната здравна карта.

65-ият извънреден Събор на БЛС започна както обикновено с искания за промени в дневния ред, но този път споровете продължиха повече от два часа. Шуменската лекарска колегия предложи



за участие в общи протестни действия, включително и прекратяване на работа при вземане на решение от извънредния събор“, заявиха и медиците от РЛК Ловеч. От РЛК Пловдив прочетоха от трибуната писмо до премиера Бойко Борисов, в което се настоява за намесата му за предотвратяване на хаоса в здравеопазването.

Въпреки общото настроение против подписването на НРД 2016, все пак бе решено лекарите да бъдат запознати с постигнатите параметри по време на преговорите между БЛС и НЗОК. „Искам веднага да кажа, че през последните три дни, след нашата пресконференция, която беше определена от медиците като ultimatum към Касата, настъпиха доста положителни промени по различните параметри“, поясни председателят на

Лекарския съюз д-р Венцислав Грозев. Той посочи новите моменти в договора, включително и увеличаване бюджета за СИМП, ПИМП и изследвания. Припомни, че в НРД се връщат контрол и арбитраж, а също и договарянето на цени и обеми. Каза също, че е договорено да няма наказания за

общопрактикуващите лекари, ако не са изчерпани напътствията за цялата страна, изтъкна и възможността на специализантите да работят със здравната каса.

След това зам.-председателят проф. Огнян Хаджийски представи постигнатото в преговорите в болничната помощ. Той заяви: „Категорични сме, че пръстовият идентификатор няма да влезе в рамковия договор. Само това стига, за да обезсмисли разговорите по-нататък.“

Проф. Хаджийски, допълни, че препоръчва на БЛС „да каже категорично „не“ на този рамков договор“ и увери, че от това няма да последва нищо страшно. Договореностите, постигнати в извънболничната помощ бяха представени от другия зам.-председател - д-р Галинка Павлова. (Част от експозетата публикуваме отделно).

След обсъждане на основните причини, довели до вземането на решение за неподписване на НРД-2016, делегатите на 65-ия извънреден Събор на БЛС решиха да бъде изготвена декларация със становището на съсловната организация. (Публикуваме я отделно) „Към настоящия момент няма приета и действаща Национална здравна карта, проектът ѝ е медицински и юридически неадекватен и вече е предмет на съдебно оспорване. Не са приети измененията на Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, обжалвана е в съда

редба № 11, което не е било взето предвид от МЗ. Беше подчертано още, че при обсъждане на Националната здравна карта договореното в комисията също се разминава с крайния резултат, на което БЛС е реагирал с официално писмо. Отново бяха обсъдени различните наредби и други актове, обжалвани в съда, като накрая се получи предложение да бъдат подкрепени съдебните дела, заведени от сдруженията на общинските и на частните болници, и други организации. Поради липса на кворум, решение не беше взето.

Д-р Венцислав Грозев, председател на БЛС: В последния момент Касата отстъпи пред част от исканията ни

Председателят на БЛС д-р Венцислав Грозев запозна делегатите на Събора с новите моменти в проекта за НРД 2016. „В никакъв случай не трябва да се допуска в НРД да има текстове от актове в проект или такива, които са само идеи“, заяви той в експозето си. Д-р Грозев припомни, че с промяната на 330 в НРД се върнаха разделите за „Контрол и санкции“, „Арбитраж“ и обеми и цени на медицинските дейности. „Гарантирано е, че всички указания, инструкции и други актове към изпълнителите на медицинска помощ ще се правят съвместно с БЛС, методиката за оценка също е съвместен акт на НЗОК и БЛС и няма да се допуснат възможности за своеволие от страна на НЗОК“, подчерта председателят на Съюза. Другите новости включват при издаване на направление за хоспитализация, ОПЛ или специализираност да не са задължени да назначават допълнително прегледи и изследвания по искане на лечебното заведение за болнична помощ. Гарантира се също възможността изпълнителят на ПИМП да осигурява достъп до медицинска помощ извън обявените си работни графика. Отваря се и врата за спокойна работа на лекарите специализиращи в ЛЗ за БМП да работят по договор с НЗОК. Прословутото изискване за комплексност може да бъде осигурено чрез договори с други ЛЗ, поясни д-р Грозев. Освен

това бордовете по специалности вече ще могат да дават експертни становища, мнения и препоръки при остойностяване на дейността в болнична медицинска помощ, а не както досега това право да имат само националните консултанти. По отношение на финансовата рамка на НРД 2016 година, д-р Грозев уточни, че са поискани за СИМП, ПИМП и МДД общо 62 млн. лв., като са договорени 55 млн. лв. За болничните здравната каса се е съгласила да отпусне от резерва си допълнителни 200 млн. лв. „Още един „пробив“ в наша полза, а именно че колегите работещи в извънболничната медицинска помощ, няма да бъдат глобявани за превишени регулативни стандарти при положение, че на ниво НЗОК (т.е. в рамките на цялата страна) няма превишаване на средствата по бюджетните параграфи за тези дейности“.

Председателят на БЛС се сприя и на минути при подписването и, съответно, при неподписването на договора. Като основен проблем при подписването на НРД той отново посочи пръстовия идентификатор, за който договореност с Касата не бе постигната. Рискът от неподписването на договора е във възможността да се изработи служебен НРД, в който Касата да въведе изцяло нормативни актове и лимити, липсващи в момента в документа. (Рисковете публикуваме отделно).

ДЕКЛАРАЦИЯ

Ние, европейските лекари, работещи в Република България, сме крайно недоволновани и тревожни от кризата, в която отчетливо навлиза българското здравеопазване и липсата на каквито и да е индикации за възможността същата да бъде овладяна от ангажираните с това институции. Нормативните неясноти в здравеопазването биха довели до порочност на НРД 2016 г. в качеството му на нормативен акт, със съответните рискове и възможни последствия. Към настоящия момент няма приета и действаща, като нормативен акт Национална здравна карта. Проектът на съществуваща такава е медицински и юридически неадекватен, неприемлив за професионалните среди и вече предмет на съдебно оспорване.

Не са приети и обнародвани измененията и допълненията на Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. Една голяма част от медицинските стандарти са предмет на съдебно обжалване и не се приемат като адекватни от медицинските среди.

Съдебно обжалван е и друг нормативен акт в сферата на здравеопазването, а именно - Наредбата за проучване удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от Националната здравноосигурителна каса.

Предвижданият механизъм за пръстов идентификация на пациентите е поредният административен абсурд.

Всички тези нормативни актове са от съществено значение за уреждане на взаимоотношенията в сферата на българското здравеопазване. Съгласно Закона за здравето осигуряване следва същите да са приети преди договарянето и подписването на Национален рамков договор за текущата година. Логиката на това законодателно решение следва разбирането, че тези нормативни актове определят правно-нормативна и институционална рамка на НРД и вобщо възможността подобен договор да бъде обект на някакво отговорно и обосновано договаряне в интерес на българското общество. Подобен подход на мнимо договаряне и посочените по-горе нормативни неясноти ни убеждават, че българският лекар няма никакви основания да подкрепя подобна политика в здравеопазването.

Поради всичко това, Извънредният събор на БЛС не гласува мандат на членовете на УС за подписване на НРД, независимо от обещанието за подобряване, в последния момент, на финансовите параметри.



Рискове при подписване:

1. Въвеждане на нова регистрационна система за здравноосигурителни събития чрез електронна идентификация с уникален идентификационен номер на ЗОЛ. Тук трябва да сме предельно честни и да кажем, че и при подписване и при неподписване на НРД, въвеждането на такава система е възможно под една или друга форма.

2. Риск от прилагане на чл. 59, ал.3, че в случаите по чл. 54, ал. 9, както и при промени в действащото законодателство, към договорите по ал. 1 се сключват допълнителни споразумения. Когато не са подадени заявления и/или не са сключени допълнителни споразумения в сроковете по чл. 59а и 59б, договорите по ал. 1 се прекратяват, т.е. (тук са страховете от приложението на всички актове, които в момента са във фаза обсъждане на проектите им). По мое мнение, вредните последици от този риск могат да се минимизират, т.к. и в самия 330 чл.59, ал.2 Договорите по ал. 1 не могат да бъдат сключени при условия, по-неизгодни от приетите с НРД.

Може да се каже, че тези рискове съществуват и при неподписване на договора.

Други рискове при неподписване:

1. Чрез изработването на служебен НРД за 2016 година с решение на НС на НЗОК се открива възможността изцяло да се въведат исканията от министерството на здравеопазването нови нормативни актове за регулация - Национална здравна карта; Критериите за сключване на договори с ЛЗ за БМП и определяне на достатъчност и недостатъчност за ЛЗ от доболничната медицинска помощ; Конкретни лимити на ниво легла в отделения и нива на самите легла в тях;

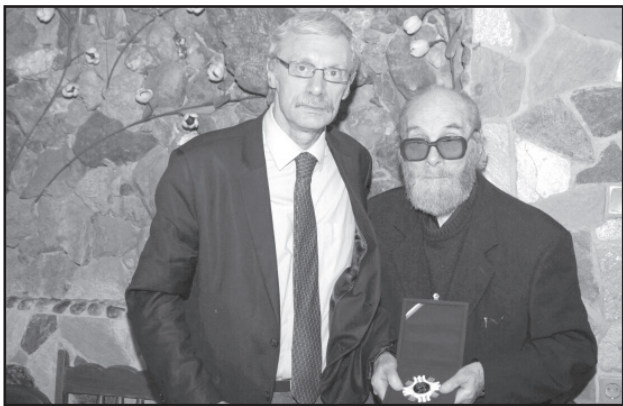
2. Остават всички цени по НРД 2015 и/или промяна в тях.

3. Финансовата рамка и свързаните с нея разпределения на регулативни стандарти и обеми от дейности, ще се изчисляват на база предвидените средства по бюджетните параграфи в Закона за бюджета на НЗОК за 2016 година.

4. Контролът по изпълнението на индивидуалните договори, ще бъде разписан по нов начин с увеличени санкции по него.

В крайна сметка, рисковете от подписване и неподписване на договора остават свързани с неяснотите в нормативната уредба, които също да бъдат приети преди договарянето и подписването на НРД за текущата година.

Столетникът проф. д-р Емил Каменов бе почетен от съсловната организация



Проф. Каменов с почетния плакет на БЛС. До него е синът му д-р Галин Каменов.

БЛС награди с грамота и почетен плакет проф. д-р Емил Каменов по случай 100-годишнината му. Призът бе връчен на възбуждащо тържество, на което юбилярът почерпи за здраве най-близките си хора. Проф. Каменов се посвещава на епидемиологията, като дълги години е ръководител на катедрата в Медицинска академия в София. Впечатляваща е и фамилията му, в която има четири поколения лекари.

Публикуваме кратко интервю с професора специално за в. Quo vadis и спомени от сина му Йордан Каменов.

Професорът: Докторът трябва да внушава на пациента надежда!



- Проф. Каменов, как при тази напрегната професия, успяте да се съхраните?

- Действително в рода ми има дълголетници, но за себе си мисля, че най-важното е работата. За мен тя бе всичко. И друго - книгите. Моите родители бяха учители и ми вдъхнаха любов към тях от най-ранна възраст. И днес голямото ми удоволствие е да четя. И накрая характера - действително съм минал през войни, човешки драми и болести, не може да се каже, че имам желязно здраве, но човек трябва да се бори и да побеждава.

- Какво Ви насочи към епидемиологията?

- В епидемиологията са ме привличали мащабите - едно е да помогнеш на един пациент, друго е да вземаш решения, които предпазват хиляди и милиони от заболяване.

- Как преценявате състоянието на тази специалност днес?

- Епидемиологията е дала много на здравеопазването. Може да се каже, че даже е променила историята. Днес продължава да се развива изключително бързо по света. У нас трябва да се положат усилия да се следва това темпо и да се намерят средства, за да се мотивират най-добрите лекари да работят за общественото здраве.

- Какво е най-голямото удовлетворение в живота Ви?

- Когато съм помагал на другите - професионално и чисто човешки. Днес съм доволен, че фамилията има четири поколения лекари - и мисля, че те действат по същия начин.

- Какво бихте препоръчали на Вашите студенти?

- Да обичат професията си и да обичат пациентите си. Да върнат словото във взаимоотношенията с болните. Думите имат невероятна сила. Лекарят трябва да внушава на пациента надежда!

Йордан Каменов

100 години: Баща ми юбиляр

Баща ми Емил Каменов, професор, ръководител на катедрата по епидемиология в Медицинската академия в София, навършва 100 години днес. Навярно е първият лекар-професор у нас, достигнал тази надплатарешеска възраст. Събитие, заслужаващо обществено внимание.

Родното его е таквоз, че видни нашенци се легитимират като „Баща ми в мен“. Вероятно някои стигат по-далеч - „Баща ми покрай мен“, „Баща ми след мен“... Искам да представя баща си според постигнатото от него и детско-юношеските ми спомени за моментите на върховете му реализации.

Професорът е роден на 8.II.1916 г. в Плевен. Написал е в своя автобиография: „Родителите ми са учители. Те ми вдъхват любов към буквите и книгите.“ Тази любов, която той заедно с майка ми е пренесъл и у нас, стигаше едва ли не до омраза. Най-малкото до разгорещени спорове кой от всички нас - четиримата синове, започнали да четат далеч преди първи клас, и родителите, да се докопа пръв до поредната появила се вкъщи книга. А тя не беше суховейка от ранния и зъл догматизъм, а от старите издания на преведени приключенски, криминални и детски автори; „Под игото“, „Записките...“, ранните повести за деца на Емилиан Станев, „Ян Бибиан-ите“, да не пропусна и особената празничност около излизането на „Железният светилник“ на Д. Талев и т.н. Та ние, децата, започнахме да учим предните поколения - пристрашихме към шаха другата ни баба и редовно и присмехулно я опердашвахме.

Обществено продуктивното време на баща ми протича в тези 45 години, дето стигат. Завършва медицина през 1943 г. и става участъков лекар. С мене е извършил такъв подвиг - дошъл си от фронта през февруари 1945 г., израждал ме е и се върнал да си довърши Втората световна война в Унгария. (Впрочем, въпреки че специалността епидемиолог го беше направила непрактикуващ лечение лекар, беше запазил рефлексата си на диагностик. Съседи го бяха викнали при болен и той се справи безпроблемно с нелеката за откриване диагноза.)

После остава военен лекар. И през 1949-1950 г. специализира епидемиология във Военномедицинската академия в Петербург. (Не е минало безследно учението му, защото след години водещият му професор при ид-

ване в София гостува у нас - събитие за дечковците.) През 1953 г. става началник на отдел Противоепидемичен в Министерството на отбраната. За малко, защото в 1954 г. преминава в Министерството на здравеопазването като началник на санитарно-противоепидемичната дейност в страната. Поднешному - главен епидемиолог, на който пост е до 1964 г.

Две неща за него помня от това време. Съдовете с храна, които аз като най-пригоден от братството му носех привечер от вкъщи в министерството. Където той даваше дежурства - военизирана практика, родена май като част от студената война. Но не само покрай тези съдинки един от братята произведе пародийното, но върно за нас изречение: Произхождам от бедно професорско семейство. Фраза с претенции за валидност и днес, и май всякога в България.

Другият спомен е свързан с осъществяването на намерението му да премине в науката и в преподаването. През 1957 г. стана доцент в ИСУЛ. Думичката тогава ми звучеше като хипотезата за лелите на Бранислав Нушич. Но и изгълнена с друг смисъл. Вечер двамата с майка ми се усамотявах в една от многобройните ни две стаи. Той диктуваше, а тя записваше на ръка хабилитационния му труд. Вечер след вечер. А ние, лудетините, минавахме на пръсти покрай вратата. И тихичко общувахме с урците, книгите, шахмата и радиото. Майка ми, с моминско име Вера Цветкова, най-добрата студентка в курса си по математика в Софийския университет, по-добра от бъдещи светла, беше напуснала след втората година, за да роди и отгледа 4 момчета. И да помага на баща ми. Отиде си на 46 години. И без да банализирам, ще напомня какво трябва да има до успял мъж. Та юбилеят в немалка степен е и нейно дело.

Това е детинският поглед. А ето какви ги е вършил бъдещият професор във време, когато държавата не само пращаше в Белене, но и се грижеше превантивно и с други средства ефективно за людете си. Като не забравяме каква е била хигиената и епидемичната заболяемост на населението, което тогава не само за благозвучие можем да наречем предимно простолудие. Под негово ръководство е изработен план за контрол на заразните болести. Изработен, но и влязъл в сила. Подобрява се рязко общата хигиена в страната и драстично спада

броят на заболелите от опасни, често смъртоносни болести като коремен тиф, дифтерия, полиомиелит (детски паралич), тетанус, антракс, туберкулоза.

Важните инструменти са били създаването на адекватни структури за предотвратяване и борба с епидемиите и разширяването до максимум на имунизационния обхват на децата. (Който тогава ги имаше немалко, българчета при това.) И други неща. Но да се върнем на спомените. По някаква причина баща ми, иначе тогава мълчалив за заниманията си, споделяше за някакви победи в битката срещу маларията. И се радваше заразително, така че аз вътрешно ликувах, че са тръгнали маларията. Май само със сърце се вършат важните за обществото неща. Де го сега?!

През 1967 г. станал професор. (Станал, щото аз пазех страната по силата на задължителната военна служба.) Първо в ИСУЛ, а после и в Медицинската академия, където е избран за ръководител на Катедрата по епидемиология. Написа и учебници по специалността, има и други монографии, и множество научни и популярни статии. Не съм ги смятал, но сигурно хиляди и

Аз пък се сетих за кабинета му в ИСУЛ. Мансардна стаичка с капандура, дето не можеш да окачиш повече от 2-3 скалпа. И ако освен мене се появеха още 1-2 юнака, трябваше да оставяме вратата отворена.

Когато дойде 1989 г., беше вече пенсионер. Медицината не му липсваше. Удивително лесно се върна към книгите и неизбежно свързания с тях идеализъм и проекти за нова България. Бързо осъзна, че за просперитета на родината трябва единение между хората, познания за миналото - на рода и на страната. Според неговите представи разумът трябваше да вземе връх. Проектираше във всички области - най-вече в образованието, културата, науката, да се формират съвети от най-авторитетните и можещи специалисти, които да създават стратегии.

Не беше предвидил злобата и разрушителната отмъстителност. Страстите, които изтриваха построеното, и алчността, предопределена за самозадоволяване. Безразличието, което не се заинтересува от никаква негова безкористна идея. Отдръпна се, затвори се в рода. И днес се интересува от много неща, разпознава характера на събитията и



Професорът с двама от четиримата си синове

днес практикуващи лекари са учили по негови текстове и са получавали оценки за тази си тежоба.

Само че в обърканите ни времена работата му може да изглежда и другояче. Сега, на преклонна възраст, баща ми понякога го връхлитат страховете. Необясними, свързани с някакви неосъществени, но предполагаеми актове на мъст. Причинени от реални преживявания. Едно от тях станало преди три-четири години. В магазин се приближила някаква жена и безцеремонно го попитала: Вие ли сте онзи професор Каменов, дето колеше и беще в Медицинска академия?! Той съобразително и достойно я отрязъл: Аз съм, но ми посочете един законен или обесен от мене. Но и днес трепери при спомена от злостта.

мотивите им. Неотдавна ми даде идея - никак нелоща, за нова книга. Но се връща все повече в черупката на рода, на останалите вече трима синове, снахи, немалко внуци и правнуци. Не минава среща, без да ми напомня да се виждаме и да се обичаме. И без да го връхлети някой страх. На 100 години няма как да си безстрашен.

В студентството се сблизил с Петър Дънов. Учителя го харесвал и пожелал да му гледа. Предсказал му: ще живееш дълго, ще станеш голям човек и ще имаш много деца. Не му казал нищо за обществено признание. Ала такива като стогодишния ветеран от войната, от битката със смъртоносните болести, от обучението на прекрасното лекарско съсловие заслужават държавно отличие. Не че той се стреми към него. Но го заслужава!



Доц. Мария Вълканова

МЕЖДУ ЛЕКАРСКИЯ ДЪЛГ И ТЕМИДА

Продължава от миналия брой

Впредходното изложение бяха разгледани предпоставките, при наличие на които лекарят би могъл да се позове на състояние на крайна необходимост и да се освободи от отговорност. В тази връзка е необходимо да се добави, че при оказването на медицинска помощ, макар и в условията крайна необходимост, предвид задължителния характер на съгласието, и тук лекарят е необходимо да вземе съгласие, когато това е възможно и когато не действа при условията на чл. 89, ал.2 ЗЗ. Съгласието в медицината има различно предназначение(2, 5). То не може да освободи лекаря от отговорност и да оправдае негови неправомерни действия.

Следва да се има предвид обаче, че не всички спешни случаи в медицината попадат в условията на крайна необходимост. Пример, който се посочва в тази връзка в практиката, е случай на перитонит, причинен от възпаление на цекума апендикса при пациенти с хемофилия. В този случай, смърт може да възникне обаче и в резултат на кръвене от хирургическата рана, т. е. от действията, които хирургът е предприел, а не от самото заболяване. Въпреки това, ако пациентът не бъде опериран, той неизбежно ще умре от перитонит (1, 7). Във връзка с това, с основание се поддържа, че смъртта, настъпила от загубата

на кръв в резултат на хирургическата травма, не се вписва в състоянието на крайна необходимост. Лекарят се е опитал да спаси от смърт пациента, но в действителност, в резултат на негови действия настъпва смъртта. Или, тук границите на крайната необходимост са превишени (1,4). **Обстоятелството, че при наличието на няколко варианта на поведение за избягване на опасността за пациента, лекарят избира опцията, която причинява, по негово мнение, най-малко вреди, от юридическа гледна точка, само по себе си не означава, че е наличие състояние на крайна необходимост,** тъй като в наказателното право не се говори за най-малка вреда в отблъскване на опасността, а по-малко значима, отколкото предотвратената (1, 4). Излиза, че той трябва да носи отговорност за действия, които е предприел с общественополезна цел, тъй като е нарушил определените правила.

Известната латинска фраза гласи: „**Fiat justitia et pereat mundus** - да се извърши правосъдие, пък ако ще светът да загине“. Пита се обаче, дали в подобни случаи наистина възтържествува правдата?

С основание в чуждата правна доктрина се счита, че макар и да не попадат в условията на крайната необходимост по смисъла на наказателното право, действията на лекаря в

посочения случай не са неправомерни. Те попадат в границите на **т.нар. обоснован (оправдан) риск** (6, 7).

Рискът се счита за обоснован, ако не може да се постигне определената цел, с несвързани с риска действия (бездействие) и лицето, извършило риска е предприело достатъчно мерки, за да се предотврати увреждането на защитените от закона интереси (6, 7) Поддържа се още, че правомерността на обоснования риск се определя от отсъствието на вина при предприемането на действието, когато при-

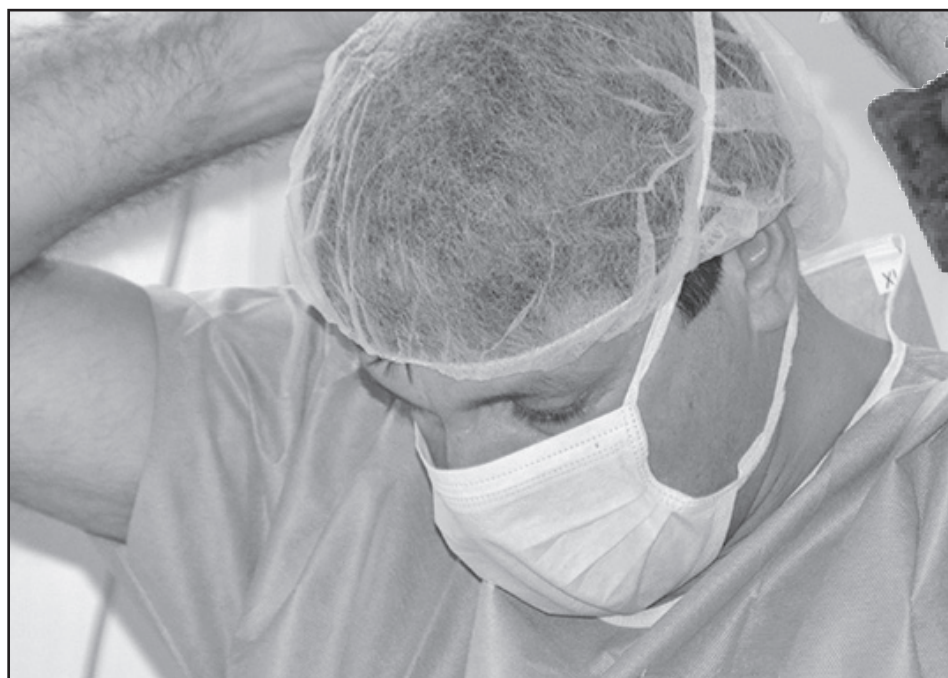
цитените интереси.

3. Рискът не е обоснован, ако е съпроводен със заплаха за живота на много хора, заплаха за екологична катастрофа или обществено бедствие.

Следователно, основната разлика между крайната необходимост и т.нар. обоснован риск е в изискването за вредите. При обоснования риск не съществува ограничение предотвратените вреди да са по-значителни от причинените с деянието.

рисково поведение е често срещано явление в сферата на медицината.

Достига се до извода обаче, че в българското наказателно право не съществува общ стимулиращ към общественополезно поведение правен институт, какъвто се явява инсти-



няване на професията е лекарският и хуманен дълг, заложен в Хипократовата клетва. Тази обществено неоправдана законова празнота е в разрез и с добруването на пациента.

Целесъобразно е de lege ferenda действащото законодателство да се усъвършенства, като разшири приложното поле на института на оправдания риск.

По този начин медицински действия, които очевидно не могат да се ползват от защитата на съществуващите правни институти, и в същото време нямат неправомерен характер, макар и да нарушават други установени правила, когато са предприети в очевидна полза на пациента, ще попаднат под закрила.

чинителят на вредата не създава общественоопасния му характер, а напротив - е уверен в общественополезния му характер (6, 7).

Според руското наказателно законодателство и по - конкретно чл. 41, Глава 8, озаглавена „Обстоятелства, изключващи престъпността на деянието,“ от Наказателния кодекс на Руската федерация:

„1. Не е престъпление причиняването на вреда на правно защитени интереси при обоснован риск за постигане на обществено полезна цел.

2. Рискът е обоснован, ако определената цел не може да бъде постигната с несвързани с риска действия (бездействия) и лицето, извършило риска, е предприело достатъчно мерки, за да се предотврати увреждането на правно за-

Достатъчно е то да има общественополезен характер и да е обосновано предприемането на риска.

В българското наказателно законодателство обаче, в глава II - Престъпление, Раздел I, Общи положения, са поместени институтите на неизбежната отбрана, крайната необходимост, малозначителността на деянието, оправдания стопански риск и някои др. Институтът на обоснования риск по руското законодателство разкрива известни сходства с института на т.нар. „оправдан стопански риск“ по българското наказателно законодателство. Налице е обаче съществена разлика. Наказателният кодекс има предвид единствено стопански риск, т.е. този, който се предприема само в сферата на стопанската дейност (3).

Разгледаното по-горе

Библиография:

1. Бердичевский Ф. Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. М.: Юридическая литература, 1970
2. Вълканова, М. Медицинско право, Варна, 2014
3. Гайдаров, П. Оправдан стопански риск, сп. Икономически алтернативи, бр.3, 2010
4. Глушков В. А. Ответственность за преступления в области здравоохранения. Киев: Высшая школа, 1987
5. Голева, П. Отговорността на лекаря за вреди, причинени на пациента, ИК „Труд и право,“ София, 2004
6. Ившин И. В. Обстоятелства, изключвающие преступность деяния в сфере профессиональной медицинской деятельности, "Медицинское право", 2006, N 1
7. Курс российского уголовного права. Общая часть / Под ред. В. Н. Кудрявцева, А. В. Наумова. М.: Спарк, 2001



Сугамза (ramucirumab)



Продължава от миналия брой

● **Клиничната ефикасност и безопасност на продукта са изследвани в проучванията RAINBOW и REGARD¹ - (данните от REGARD ще се публикуват в следващия брой)**

RAINBOW - мащабно, рандомизирано, двойносляпо проучване на Сугамза плюс рацитаксел спрямо плацебо плюс рацитаксел, е проведено при 665 пациенти с локално рецидивирал и нерезектабилен или метастатичен рак на стомаха (включително аденокарцином на гастроезофагеалния преход [GEJ]) след химиотерапия, съдържаща платина и флуоропиримидин, със или без антрациклин. Първичната крайна точка е общата преживяемост (overall survival - OS), а вторичните крайни точки включват преживяемост без прогресия на заболяването (progression-free survival - PFS) и степен на общо повлияване (ORR - overall response rate). Пациентите трябва да са имали прогресия на заболяването по време на лечението от първа линия или в рамките на 4 месеца след последната доза на лечението от първа линия и да са имали функционално състояние (performance status - PS) 0-1 по ECOG. Пациентите са рандомизирани в съотношение 1:1 да получават Сугамза плюс рацитаксел (n=330) или плацебо плюс рацитаксел (n=335). Рандомизирането е стратифицирано по географска област, време до прогресия на заболяването от началото на лечението от първа линия (<6 месеца спрямо ≥6 месеца) и измеримост на заболяването. Сугамза 8 mg/kg или плацебо са прилагани посредством интравенозна инфузия всеки 2 седмици (на ден 1 и 15) на 28-дневен цикъл. Рацитаксел 80 mg/m² е прилаган посредством интравенозна инфузия на ден 1, 8 и 15 на всеки 28-дневен цикъл.¹

Повечето от пациентите (75%), които са рандомизирани в проучването, са получавали преди това комбинирано лечение с платина и флуоропиримидин без антрациклин. Останалите пациенти (25%) са получавали преди това лечение с платина и флуоропиримидин в комбинация с антрациклин. Две трети от пациентите са имали прогресия на заболяването, докато все още са били на лечение от първа линия (66,8%). Изходните демографски данни и характеристики на заболяването на пациентите като цяло са балансирани между групите на лечение: средната възраст е 61 години; 71% от пациентите са мъже; 61% са от европейската раса, 35% - от азиатски произход; функционално състояние по ECOG е 0 за 39% от пациентите, 1 за 61% от пациентите; 81% от пациентите са имали измеримо заболяване и 79% са имали рак на стомаха; 21% са имали аденокарцином на гастроезофагеалния преход (GEJ). Мнозинството от пациентите (76%) са имали прогресия на заболяването в рамките на 6 месеца от началото на лечението от първа линия. За пациентите, които са лекувани с Сугамза плюс паклитаксел, средната продължителност на лечението е 19 седмици, а за пациентите, които са лекувани с плацебо плюс паклитаксел, средната продължителност на лечението е 12 седмици. Медианата на относителния интензитет на дозата Сугамза е 98,6%, а на плацебо е 99,6%. Медианата на относителния интензитет на дозата на паклитаксел е 87,7% за групата, лекувана с Сугамза плюс паклитаксел, и 93,2%, за групата, получаваща плацебо плюс паклитаксел. Сходен процент от пациентите прекъсват лечението поради нежелани събития: 12% от пациентите, лекувани с Сугамза плюс паклитаксел, в сравнение с 11% от пациентите, лекувани с плацебо плюс паклитаксел. След прекъсване на лечението, системна антитуморна терапия с прилагана при 47,9% от пациентите, които са получавали лечение с Сугамза плюс паклитаксел, и при 46,0% от пациентите, които са получавали плацебо плюс паклитаксел.

Общата преживяемост е статистически значимо подобрена при пациентите, получавали Сугамза плюс паклитаксел, в сравнение с пациентите, които са получавали плацебо плюс паклитаксел (HR 0,807; 95% CI: 0,678 до 0,962; p=0,0169). Наблюдава се увеличение на медианата на преживяемостта с 2,3 месеца в полза на групата, получаваща Сугамза плюс паклитаксел: 9,63 месеца в групата, получаваща Сугамза плюс паклитаксел, и 7,36 месеца в групата, получаваща плацебо плюс паклитаксел. Преживяемостта без прогресия е статистически значимо подобрена при пациентите, получавали Сугамза плюс паклитаксел, в сравнение с пациентите, получаващи плацебо плюс паклитаксел (HR 0,635; 95% CI: 0,536 до 0,752; p<0,0001). Наблюдава се увеличение на медианата на преживяемостта без прогресия (PFS) с 1,5 месеца в полза на групата, получаваща Сугамза плюс паклитаксел: 4,4 месеца в групата, получаваща Сугамза плюс паклитаксел, и 2,9 месеца в групата, получаваща плацебо плюс паклитаксел. Степента на

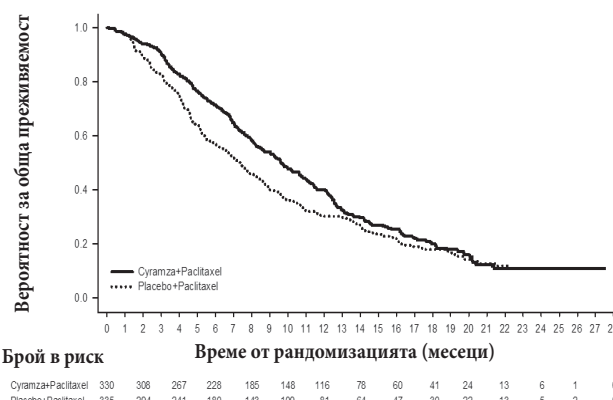
обективно повлияване [ORR (пълно повлияване [CR] + частично повлияване [PR])] е значимо подобрена при пациентите, които получават Сугамза плюс паклитаксел, в сравнение с пациентите, които получават плацебо плюс паклитаксел (съотношение на шансовете 2,140; 95% CI: 1,499 до 3,160; p=0,0001). ORR в групата, получаваща Сугамза плюс паклитаксел, е 27,9%, а в групата, получаваща плацебо плюс паклитаксел, е 16,1%. Съотношението за подобрение на общата преживяемост (OS) и на преживяемостта без прогресия (PFS) се наблюдава в предварително определените подгрупи на базата на възраст, пол, раса и в повечето други предварително определени подгрупи. Резултатите за ефикасност са представени в Таблица 1.

Таблица 1: Резюме на данните за ефикасност - ИТТ популация - (Intent to treat population)

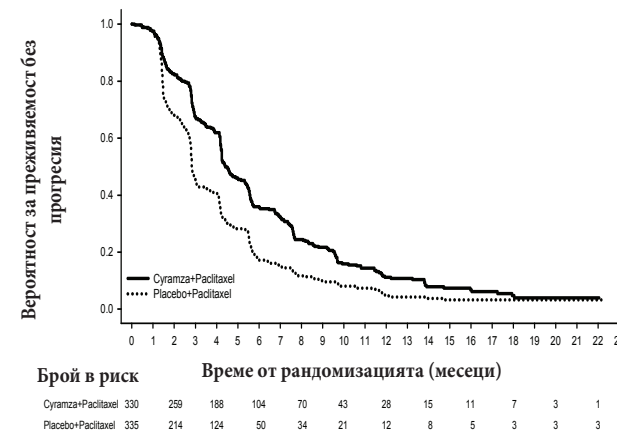
	Сугамза плюс паклитаксел N=330	Плацебо плюс паклитаксел N=335
Обща преживяемост, месеци		
Медиана (95% CI)	9,6 (8,5; 10,8)	7,4 (6,3; 8,4)
Коефициент на риск (95% CI)	0,807 (0,678; 0,962)	
Стратифицирана log-rank p-стойност	0,0169	
Преживяемост без прогресия (PFS), месеци		
Медиана (95% CI)	4,4 (4,2; 5,3)	2,9 (2,8; 3,0)
Коефициент на риск (95% CI)	0,635 (0,536; 0,752)	
Стратифицирана log-rank p-стойност	<0,0001	
Честота на обективно повлияване (CR +PR)		
Честота-процент (95% CI)	27,9 (23,3; 33,0)	16,1 (12,6; 20,4)
Съотношение на шансовете	2,140 (1,449; 3,160)	
Стратифицирана CMH p-стойност	0,0001	

Съкращения: CI - доверителен интервал, CR= пълно повлияване, PR= частично повлияване, CMH= Cochran-Mantel-Haenszel

Фигура 1: Криви на Kaplan-Meier за обща преживяемост за Сугамза плюс паклитаксел спрямо плацебо плюс паклитаксел в проучването RAINBOW



Фигура 2: Криви на Kaplan-Meier за преживяемост без прогресия за Сугамза плюс паклитаксел спрямо плацебо плюс паклитаксел в проучването RAINBOW



Рамусигумаб е включен в американски и европейски терапевтични ръководства - NCCN², ESMO³ и Българското Фармако-терапевтично ръководство по медицинска онкология, 2015.⁴

От 2016 Сугамза е включен в ПЛС⁵ и се реимбурсира от НЗОК.

▼ Този лекарствен продукт подлежи на допълнително наблюдение. Това ще позволи бързо установяване на нова информация относно безопасността. От медицинските специалисти се изисква да съобщават всяка подозирана нежелана реакция.

Лекарствен продукт. Отпуска се по лекарско предписание. За допълнителна информация, моля прочетете последната одобрена Кратка Характеристика на продукта, предоставена на уебсайта на Европейската агенция по лекарствата <http://www.ema.europa.eu>, или се свържете с нас на посочения адрес: ТП "Ели Лили Недерланд" Б.В., тел. + 359 2 491 41 41

Книгопис

- 1 Сугамза КХП
- 2 Gastric Cancer NCCN ver 3.2015 GAST-F 9of13: https://www.nccn.org/store/login/login.aspx?ReturnURL=http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/gastric.pdf
- 3 ESMO Pocket Guidelines on Upper GI Cancers 2015 <http://www.esmo.org/Guidelines/Pocket-Guidelines-mobile-App>
- 4 <http://www.ncpr.bg/images/farmako-terapevtichni/farmako-terapevtichno-rakovodstvo-po-medicinska-onkologia.pdf>
- 5 http://www.ncpr.bg/images/Prilozhenia_Registri/Prilozhenie-2-02-01-2016.xlsx

Продължава в следващия брой

Тръгват няколко процедури за финансиране по „Хоризонт 2020“

● **Над 160 млн. евро са предвидени за изследвания в областта на здравето**

Няколко процедури за финансиране на проекти в областта на медицината и железопътния транспорт бяха открити в последните дни на 2015 г. по програмата за научни изследвания и иновации на Европейския съюз "Хоризонт 2020". Над 160 млн. евро са предвидените средства за изследвания в областта на здравето. Според критериите в процедурите могат да кандидатстват почти всички български компании и изследователски организации, но в консорциум с партньори от други европейски страни. **Документите трябва да бъдат подадени по електронен път до средата на март.**

Общо 70 млн. евро ще



бъдат разпределени през следващите две години по Инициативата за медицински иновации за борба с еболата. Проектите трябва да са насочени към предклиничното или клиничното разработване на ваксини, лечение и диагностика на ебола или други филовирусни ин-

фекции. Близко 94 млн. евро под формата на финансова помощ и нефинансово участие са определени за разработки по седем приоритетни теми. Най-голямата сума (общо 24 млн. евро, половината от които като финансова помощ) е предвидена за разработки, свързани

с подобряване на анализа на безопасността на лекарствата. Другите теми целят напредък в борбата с болестите на Алцхаймер и Паркинсон, проучвания в областта на възрастната дегенерация на кожата и т.н. **Крайният срок за подаване на документи е 17 март 2016 г.**

И морската столица - с мултимодален линеен ускорител

Министърът на регионалното развитие Лиляна Павлова откри в края на миналата година мултимодален линеен ускорител в СБАЛОЗ „Д-р Марко А. Марков“ във Варна, съобщи от пресцентъра на регионалното министерство.

„През 2012 г. проектът беше от тези, за които не достигна финансиране. Направихме буквално невъзможното и го включихме в списъка за инвестиции“, коментира Павлова. Тя обясни, че за последните няколко години в сектора на лечението и диагностиката на



онкологичните заболявания са инвестирани около 300 млн. лв. по ОП „Регионално развитие“.

Благодарение на на-

правените инвестиции Варна вече има потенциал да лекува хората не само от Североизточна България, но и от ця-

лата страна. По думите на министъра така българите не трябва да пътуват за скъпо лечение в чужбина, защото в цялата страна има сериозно високотехнологично оборудване, а в региона на Варна то позволява и развитието на медицинския туризъм. Това е сериозна подкрепа за развитието на заетостта в региона, коментира тя.

Лиляна Павлова информира, че за периода 2014-2020 г. подкрепата за сектор здравеопазване ще продължи чрез Оперативна програма „Региони в растеж“, като поне 180 млн. лв. ще бъдат инвестирани целенасочено в спешната помощ.

Обмисля се въвеждането на единен минимален здравен пакет в ЕС

Брюксел обмисля да предложи въвеждане на единен минимален здравен пакет, който да е задължителен за всички държави в Европейския съюз. Специален съвет от експерти в Европейския парламент трябва да даде съвети как пътят до здравни грижи в Съюза да се уеднакви. Засега в ЕС се регулират само цените на меди-

коевградчани се снабдяват с различни медикаменти - от обикновен аналгин до гелове и сиропи без рецепта. Доклад на Световната банка съобщава, че българите плащаме от джоба си половината от стойността на лечението. Разходите за лекарства са непропорционално висок дял в сравнение със средното ниво за Евро-



каментите по лекарско предписание и те варират съвсем леко. Покупателната способност на населението обаче е различна. Затова в района около границата ни с Гърция например, българите масово купуват лекарства от съседите, като превозвачи влизат в ролята на подвижни аптеки. Бла-

Засега Европейският съюз няма обща политика по здравеопазване и националните правителства сами определят приоритетите си в сектора. Затова все още не е ясно как ще се осъществи идеята на евродепутатите - какво ще включва общият основен пакет и кой ще плаща за него.

Правят спешни центрове за инсулт в София, Пловдив и Варна

Спешни центрове за интервенционално лечение на инсулт ще бъдат създадени в София, Пловдив и Варна. Това съобщи здравният министър д-р Петър Москов.

Министърът е пуснал заповед за създаването им, в която се уточняват критериите. Спешните центрове ще бъдат открити в големи болници, които разполагат със спешно отделение или неврологична клиника с най-високото трето ниво на компетентност, с реанимация, с образна диагностика с второ или трето ниво компетентност и със структура за рехабилитация.

Финансирането на лечението за преминал пациент ще бъде 4000 лв.

В София се очаква да бъдат разрешени 3 или 4 центъра.

Болниците, които искат да открият такъв център, трябва да представят проект в здравното министерство. Те трябва да докажат, че могат да осигурят съвременното интервенционално лечение при исхемичен инсулт до 3 часа от първите симптоми. То представлява отстраняване на тромба, предизвикал запушването в мозъчната артерия по подобие на интервенционалното лечение на инфаркт.

Създаването на центрове ще се финансира от евросредства в рамките на програмата за обновяване на спешната помощ.

УМБАЛ „Свети Георги“ - с проект за семейно планиране

Проект „Създаване на център за семейно планиране и превенция на репродуктивното здраве в детско-юношеска възраст 10-19 години“ по Програма „Инициативи за обществено здраве“ спечели УМБАЛ „Свети Георги“ - Пловдив. Това съобщи пред журналистите Момчил Мавров - зам.-директор по административните и икономически въпроси на лечебното заведение.

Чрез реализирането на проекта ще се създаде специализиран център за семейно планиране и

превенция на репродуктивното здраве, както и за превенция на сексуално-трансмисивните заболявания при деца и юноши от 10 до 19-годишна възраст с акцент върху уязвимите групи и ромското население. Той ще осъществява дейността си на територията на клиниката по акушерство и гинекология в База 2 на УМБАЛ „Свети Георги“. Сред основните предвидени дейности на Центъра са изследване на млади хора за сексуално-представяне на медицински и

психологични консултации, провеждане на мероприятия със здравно-образователна цел.

За дейността на Центъра е предвидено да се използват 2 акушеро-гинекологични кабинета, 4 болнични стаи и конферентна зала, които ще бъдат напълно обзаведени и реновирани в рамките на проекта. Ангажирани са висококвалифицирани специалисти, служители на УМБАЛ „Свети Георги“ ЕАД, сред които четирима лекари акушер-гинеколози - доц. д-р Ека-

терина Учикова, доц. д-р Елена Димитракова, д-р Мария Василева и д-р Георги Амалиев, три акушерки - Дора Мрянова, Милена Сандева и Петя Запрянова, и един психолог - Златина Милчева.

Проектът се осъществява по финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Норвежкия финансов механизъм 2009-2014 г. Той е на обща стойност 357 282,93 лева, от които 100% са безвъзмездна финансова помощ.



Необходими документи за издаване на сертификати за работа в чужбина

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

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

Предстоящо

Симпозиум на националната глаукомна асоциация

х-л „Балкан“ (бивш Шератон), гр. София
18.03.2016 - 19.03.2016



Организатор:
Сдружение
„Национална глаукомна асоциация“

Зимно училище за специализанти по кардиология

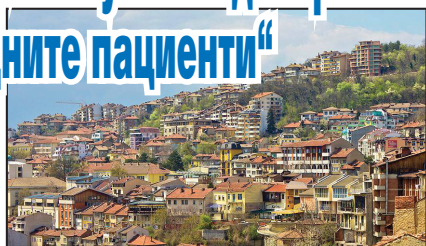


х-л „Рила“, Боровец
24.03.2016 - 27.03.2016

Организатор:
Дружеството на кардиолозите в България

II-ра Великотърновска научно-педиатрична конференция „Трудните пациенти“

гр. Велико Търново
25.03.2016 - 26.03.2016



Организатор:
Д-р В. Точков
<http://pediatria-bg.eu/events.php>

Съвременни концепции в лечението на ушите, носа и гърлото



х-л "Интерхотел",
гр. Сандански
25.03.2016 - 27.03.2016

Организатор:
Българско дружество по оториноларингология

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.**
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 банер	200 x 133px	25 лв.	30 лв.
	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.		
с включен текстов линк		плюс 5 лв.	

3. Нестандартни рекламни форми:

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

IV. Плащане:

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

Докторски паметници из страната пазят спомена за хиляди руски медици,

оказвали помощ през Руско-турската война 1877-1878 година

Доц. д-р Маруся Петкова

Темата за Руско-турската война 1877-1878 г. е благодатна и непреходна и е отразена в научно-историческата, мемоарната и художествената литература, албуми с картини и гравюри, във филми и сериали, в изобразителното изкуство. И в паметници на много места в страната ни! Забързани минаваме покрай тях. Прекланяме се пред тях особено в дните около Трети март.

През изминалите 138 г. са издигнати

400 паметници

на признателност към загиналите и за прослава на героизма им. Много са героите - руснаци, украинци, румънци, казаци, финландци, българи - участвали в освободителната война през 1877 - 1878 г. За незатихващата почит и благодарност на българския народ към руските воители вече трети век говори и надписът върху Мемориалния камък в двора на църквата "Успение Богородично" в Търговище, адресиран към жертвите, загинали при освободението на града от османско иго - 30 януари 1878 година.



Паметник на полк. д-р Ал. Лебедевски

Почит заслужават не само генералите, офицерите и воините, но и лекарите, милосърдните сестри, фелдшерите, санитарите, хората от обоза, доброволците и всичките българи и българки, които са помагали във военновременните болници, лазарети, превързочни пунктове, аптечни складове и в извозването на ранените и болните.

В тях са работили

около 1600 лекари и 2000 милосърдни сестри

Работили са професорите Н. В. Склифосовски - военен хирург, участвал

в 4 войни на Русия (1866-1878); С. П. Боткин - личен лекар на руския император, написал „Писма от България, 1877 г.“ (1893); ген. Ив. В. Гримм - дивизионен лекар в Кюстендил (1877-1878) и първият придворен лекар в България (на Александър I, 1881-1883); Вл. М. Бехтерев - студент-доброволец и кореспондент на „Северный вестник“; Е. Ф. Бергман - неврохирург и отговорен за евакуирането на ранените и болните; А. П. Доброславин - хигиенист, организатор на борбата с дизентерията и на храненето в руската армия и др. С тифната епидемия се бори Ф. Ф. Ерисман. Поканен от руската императрица и изпратен от Руския червен кръст пристига и големият руски хирург академик Николай Иванович Павлов.

В помощ на военните лекари работят 12 фелдшерки и 40 жени-полевни хирурзи, изпратени от Руския червен кръст. Първата група работи в госпитала в Галац - Спаская, Бистроумова, Маровская, Маркова, Курвоазие и др., а втората - в лазаретите около Плевен и Зимница - Болрот, Зиболд, Дмитриева, Светловская и др.

Отвъд Дунав през цялото време на войната функционират звена на Румънската военномедицинска служба.

Макар и скромно участие вземат и български лекари - към Руския и Румънския червен кръст, за обгрижване на българските опълченци, доброволци и население.

Тъжната статистика

на човешките загуби според руския историк Б. Ц. Урланис (1960) показва, че ранените са 56 652 воители, а необратимите жертви са 27 604 - 15 567 убити на бойното поле руски воители и офицери и 6 824 починали от раните си. Към тях се добавят още 3 500 безследно изчезнали, 1 713 умрели по дру-

ги причини (измръзване, нещастни случаи), от тиф и други заболявания още 81 363 воители и обозен персонал.

Сред тях са и изписаните по каменните блокове на най-големия Паметник на загиналите през Освободителната война 1877-1878 г. медицински чиновци - Докторският - 529 имена, открит 1883 г. С името на акад. Н. И. Пирогов е свързана най-голямата болница за спешна медицинска помощ в България МБАЛСП.

Скромна пирамида припомня за руската военновременна болница № 62 във Велико Търново и Преображенския манастир, където са били настанени 1180 ранени от сражението при гр. Елена.

В Ловеч, на хълма Стратеш, в алеята на Българо-руската дружба е надгробната плоча на

Докторъ Александръ Лебедевскій 12-го Пехотнаго великолукскаго полка, скончался 7-го октября 1877 года въ Ловичъ.

В гр. Летница е била разкрита 66-та военна болница, в която са лежали около 2000 тифозно болни воители. Починалите



Молебен пред паметника на Н. Е. Пирогов в с. Тодорово, Плевенско

тук милосърдни сестри Квасова и Кварцова са погребани в двора на църквата "Св. Теодор Тирон".

Гр. Бяла, Русенско, е богат на паметни знаци - паметна плоча на починалите от тиф милосърдни сестри Мария Неелова и Юлия Вревская, музей на Освободителната руско-турска война, една улица и местната МБАЛ носят името на баронеса Ю. Вревская,obelisk за посетилия действащите тук три склада за храни и медикаменти, както и 48-ма и 56-та военни болници, разгърнати в юрти и палатки, проф. Н. И. Пирогов. И още един паметник на Ю. Вревская.

В двора на църквата "Св. Параскева" в с. Енина, Старозагорско, е погребан починалият от тиф военен лекар и на надгробния паметник е написано:

Здєсь погребано тело Доктора Медицины Коллежскаго Советника Василя Зверинскаго, умеръ 12-го юня 1878 сооруженъ сослуживцемъ

Само един поизбледял червен кръст върху паметната плоча в с. Горубляне край София напомня за

Павел Красов, от Лейбгвардейски Гродненски полк, паднал за свободата на България 22.XII.1877 г.

В с. Голям извор, Разградско, има паметник на



Паметникът пред Преображенския манастир



Надписи с имената на медицинските чиновци - Докторския паметник, София

ската армия през Балкана през лютата зима на 1878 г. също взема не малко жертви. За тях говорят паметните плочи за 1034-те прегърнати от бялата смърт и 35-те загинали воители край с. Челопеч, Софийско, и с. Врачеш, Ботевградско, при преминаването през Арабаконашкия проход. Както и братската могила в с. Буново/Мирково, Софийско - на 8-те починали от замръзване под връх Баба руски воители.

Многобройни каменни плочи, неоспорими от времето

В с. Горна Студена, Свищовско, където се е намирала Главната квартира и Главното командване на Русия, медицинското осигуряване е отразено с Музей на Н. И. Пирогов, паметник на БЧК в негова чест от 1977 г., паметник на милосърдната сестра Мягкова и надгробен паметник в двора на църквата "Св. Димитър" на военния хирург Валентин А. Кипарский.

В Морската градина в Бургас е издигнат паметник на починалите от рани и болести руски воители, лекувани в 71-а военновременна болница



собо, Разградско - на починалите през 1878 г. в лазарета до селото.

Преминаването на ру-

и лазаретите на 93-ти пехотен полк.

През 1977 г. БЧК отбелязва 100 годишнината от

Освобождението на България с издигането на 3 ротонди и 26 еднотипни паметници, маркиращи дейността на проф. Пирогов по време на Руско-турската война в Плевенска област - в Плевен, Пордим, Тодорово, Згалево, Долна Митрополия, Летница, Телищ, Брестовица, Полски Тръмбеш и др. На лицевата страна на всяка



Надгробен паметник на м. с. М. Неелова и Ю. Вревская

пирамида е записано кога, коя болница, лазарет или склад, къде и колко ранени и болни са били настанявани там. Парк музеи в памет на Освободителната война и днес действат в с. Бохот и гр. Бяла, Русенско.

Още през 1907 г. в Плевен е открит Скобелевият парк, в който по-късно са построени Панорамата и бюст-паметник на акад. Н. И. Пирогов. В Свищов също има посветен на Руско-турската освободителна война парк с множество паметници.

Тези паметници не са оспорвани през времето, каквито и ветрове да вееха из земите ни...

БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ отбелязва 50 години

• Юбилейното издание на изложението ще се проведе от 17 до 19 май



Най-голямото изложение за хуманна и дентална медицина в България и региона БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ отбелязва половин век през 2016 година. Юбилейното издание на международната експозиция ще се проведе от 17 до 19 май.

Всяка година изложението показва най-доброто и новото в медицината, зъболечението и зъботехниката. „Факт е, че благодарение на БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ в годините назад в България са навлизили нови технологии, апаратура, оборудване, методи и нови специалисти“, каза управителят на Интер Експо Център Ивайло Иванов.

По негови думи изложението е най-старото в София, което привлича професионалисти и до днес, вече половин век. „Някои от големите имена на пазара са направили първите си търговски контакти на БУЛМЕДИКА, като това е било и единственото място, където са показвани постижения на редица световни марки“, допълни той.

Тази година БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ

за пореден път ще демонстрира нови възможности пред специалисти от медицинската общност по света. „Ще предложим не само последно поколение продукти и услуги, но и делова програма със събития. Подготвяме и инициатива по повод на юбилея, за която ще научите в следващият брой на ДЕА, специалното издание за събитието“, каза Ивайло Иванов.

През 2015 година

близо 180 компании от България и 12 други държави участваха в изложението, като сред тях се включиха фирми от Германия, Гърция, Испания, Италия, Полша, Унгария, Румъния, Китай и др. Те представиха над 120 нови продукта от 20 държави, сред които Австралия, Австрия, Белгия, Великобритания, Дания, Корея, Япония, САЩ и др.

Близо 13 000 лекари и дентални лекари, зъботехници, медицински сестри, здравни специалисти, мениджъри на здравни заведения и хора от бизнеса посетиха БУЛМЕДИКА/БУЛДЕНТАЛ.

Изложбата се организира с подкрепата на съсловните организации Български лекарски съюз, Български зъболекарски съюз и Български фармацевтичен съюз.

