

# QUOVADIS

ЛЪТОПИСИ  
НА  
ЛЕКАРСКИЯ СЪЮЗ  
ВЪ БЪЛГАРИЯ

София, година XII, брой 3, събота, 31 март 2012 г.

Национално издание на Българския лекарски съюз [www.blsbg.com](http://www.blsbg.com)

## ЗДРАВНИ РОКАДИ С ПОЛОЖИТЕЛЕН ЗНАК

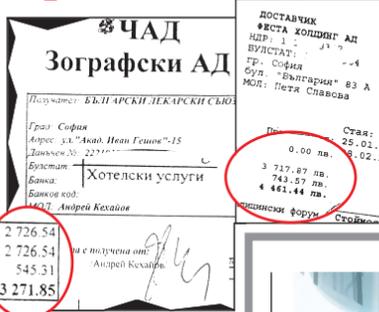


● 90% от идеите на министър Десислава Атанасова съвпадат с тези на Лекарския съюз, каза д-р Цветан Райчинов **на стр. 3**

## На 54-ия отчетно-изборен събор на БЛС две трети от делегатите подкрепиха цялото ръководство за втори мандат

● За проблемите, за постигнатото през мандата и гласове от трибуната **на стр. 8, 9 и 10**

**НО:** и за наследството преди три години - купища фактури за ресторанти, перли и др., нула лева в касата, заключени врати и още факти **на стр. 8**



Съборът в Плевен, 9 март 2012 г.



В БРОЯ

**ОТКЛИК**  
**Идва ли спасението за спешната помощ?** **на стр. 5**



Д-р Десислава Кателиева

**СПЕЦИАЛЕН ГОСТ**  
**Йеромонах Йоан - д-р Иван Иванов** **на стр. 7**

**ДАТА**  
**7 април - Световен ден на здравето** **на стр. 4**  
Днес призивът на СЗО е: да се прибави „живот към годините“



**СЕДАТИФ ПС**  
намалява стреса

БЕЗ ПРИВИКВАНЕ



Седатиф ПС е хомеопатичен лекарствен продукт. Без лекарско предписание. За пълна информация: Боарон БГ ЕООД 1408 София, ж.к. Южен парк, бл.28, вх.А тел.963-09-06, факс 963-45-00

LABORATOIRES BOIRON

12/2006

## УС на Лекарския съюз определи приоритетите, по които ще работи

На своето първо заседание, проведено на 24 март т.г., новият Управителен съвет на Българския лекарски съюз прие правилник за работа, който почти изцяло се припокрива с досегашния действащ, както и приоритетите на организацията за настоящия мандат.

На първо място остава работата по Националния рамков договор и работата по квалификацията и продължителното обучение на лекарите.

Ще се засили дейността по Правилата за добра медицинска

практика, специализацията и някои предложения за промяна в нормативни документи.

Остойностяването и заплащането на медицинския труд също ще бъдат изведени на преден план.

Приетите приоритети ще подлегнат на допълнение и разширяване в процеса на работа.

**Краткият вариант на стенограмата, който отразява по-важните организационни въпроси, свързани с дейността на БЛС, е публикуван в съответния раздел от сайта.**

## Онлайн калкулатор проверява безплатно статуса на пациента

Електронен калкулатор на интернет-страницата на НАП изчислява дължимите здравноосигурителни вноски и лихвите към тях, съобщиха от приходната агенция.

Всеки може да провери имали неплатени здравни вноски и на телефон 0700 18 700 на цената на градски разговор от цялата страна. Услугата е автоматизирана, необходимо е само да се въведе ЕГН чрез клавиатурата на телефона. След това с помощта на калкулатора може да се

изчисли сумата на всички здравни вноски и лихвите към тях от 2000 година до сега.

За целта клиентите на НАП трябва да маркират месеците, в които са пропуснали да платят вноските си и начина, по който се осигуряват - като едноличен търговец, упражняващ свободна професия, земеделски или тютюнопроизводител и т. н. Новата електронна услуга на Националната агенция за приходите е безплатна.

## ДАРИ ЗА СЕБЕ СИ!

**Български лекарски съюз откри дарителска кампания за изграждането на**

## Дом на лекаря

**Банкови сметки на БЛС при ОББ АД са:**

**BG 23 UBBS 80021068099630, валута BGN**  
**BG 58 UBBS 80021441299710, валута EUR**  
**BG 19 UBBS 80021111241810, валута USD**



Проектът на сградата

## Преразглеждат прогнозните бюджети на болниците

Българският лекарски съюз иницира поредица от срещи между представителите на БЛС, Националната здравноосигурителна каса и директорите на болниците в страната за преразглеждане на прогнозните бюджети на лечебните заведения за 2012 г. Това стана веднага след като в централата на Съюза постъпиха сигнали за необяснимо значимо увеличаване, или намаляване на бюджетите на определени болници и РЗОК. Обсъдени бяха предложения за изменение на методиката за разпределение на средствата. Взето беше решение всички мениджъри да представят своите проблеми и искания в писмен вид. След това те ще бъдат разгледани от Надзорния съвет на НЗОК и ако са основателни, че се предприемат съответните действия за промени.

На срещите беше обяснено, че и в момента съществуват механизми за корекции в прогнозните бюджети. Измененията могат да бъдат направени на тримесечие, ако съответната болница обоснове надвишаването на бюджета си. Тогава от РЗОК могат да й отпуснат допълнителни средства. На шест месеца пък се дава възможност ако в дадена РЗОК не са усвоени част от средствата, те да бъдат прехвърлени към друга районна каса, където има недостиг.

Тази година парите за болнична помощ бяха разпределени в последния момент - на 29 февруари, заради оставката на Нели Нешева. Касата бързаше да подпише договорите с болниците, за да могат те да покрият задълженията си за първите три месеца. След публикуването на бюджетите обаче

се получи напрежение, тъй като не беше ясно защо някои от тях са намалени, а други - значително увеличени.

Бюджетите на болниците се определят на базата на разходите на клиниките за последните три месеца от годината. От Надзорния съвет на здравната каса смятат, че този период отразява най-коректно тенденциите и нуждите на болниците за цялата година. Някои директори на лечебни заведения обаче предложиха да се взема предвид средната стойност на разходите от цялата година.

**Прогнозните бюджети на всички болници в страната могат да се видят на интернет страницата на Българския лекарски съюз. На сайта на организацията ще бъдат публикувани и предложенията на директорите на лечебни заведения.**

## Учредиха стипендии „Теодора Захариева“ за специализанти

Центърът за защита на правата в здравеопазването учреди годишни стипендии „Теодора Захариева“ за лекари специализанти.

„Захариева е човекът, който доказва, че пациентите могат да отстояват правата си. Тя заставаше с името и авторитета си за каузата на справедливостта и правото на живот на всеки“, се казва в учредителния документ.

Стипендиантите ще се определят с конкурс през април и май, а победителите в него ще бъдат обявени на 10 юни. Могат да участват специализанти по медицина, на които им остава най-малко една година до полагане на изпит за придобиване на специалност и са на възраст до 40 години. Друго изискване е общ успех от семестриално завършено образование по медицина не по-малко от 4,50 и общ успех от положени държавни изпити не по-малко от „много добър“.

В срок до 18 май кандидатите трябва да попълнят информационна карта и да изпратят есе на тема: „Защо си заслужава да остана да работя в България“. Отпускат се 12 стипендии в размер на 300 лв. месечно.

## Закон превръща работещите в НЗОК в държавни служители

Служители на здравната каса са категорично против промените в Закона за държавния служител, с които причисляват работещите в НЗОК към държавните служители. Законопроектът е приет на първо четене от парламента на 8 март. В протестната декларация до председателя на Народното събрание Цеца Цачева се казва, че промените в закона са гласувани въпреки несъгласието

на синдикатите и без да бъдат подложени на широко обществено обсъждане.

Припомня се, че НЗОК е създадена със Закона за здравното осигуряване (1998 г.) като обществена институция, която управлява обществен ресурс - парите от здравноосигурителните вноски на всеки български гражданин. Одръжаването на институцията променя и даже отменя солидарното участие

на гражданите в процеса на здравеопазването. Пълното одържавяване и политизацията на НЗОК, за сметка на загуба на обществен характер на управлението, ще доведе до загуба на доверие от страна на здравноосигурените лица и работодателите; ниска събираемост на здравноосигурителни вноски; създаване на пълна възможност да се отклоняват финансовите средства.

### IN MEMORIAM

## Почина проф. Андруш Къркеселян

На 24 март 2012 година внезапно почина ерудитът и талантлив лекар проф. д-р Андруш Къркеселян (1932-2012).

Дългогодишен ръководител на Клиниката по неврохирургия в УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“, директор на Научния институт по неврология, неврохирургия и психиатрия, на Катедрата на неврохирургия, на Клиниката по неврохирургия в Александровска болница, един от създателите на микроневрохирургията в България и на множество съвременни оперативни методи.

**Поклон пред паметта му!**

Ръководството на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“

## Турски клиници търсят БГ медици

Болниците в Турция спешно търсят наши лекари и медицински сестри. Здравните заведения подигуряват висока заплата, храна и квартира. Последното предложение, появило се в Кърджали, е от болница в град Адана, която се нуждае от 135 лекари и сестри. Десетки медицински специалисти от българския град вече работят в чужбина, като голяма част от тях в Турция. Само през януари четирима лекари от района са заминали за южната ни съседка.

## Ще учим катарски колеги

Бъдещите катарски лекари да преминават курсове, подготвени от български университети. Тази идея е била обсъдена на срещата на премиера Бойко Борисов с емира на Катар шейх Хамад бин Халифа ал Тани, съобщиха външният министър Николай Младенов. По думите му предстои в София да дойдат хора от катарската фондация за образование. Те ще посетят български университети и ще обсъдят възможността за откриването на техни курсове в Катар.

## Италианци ще реставрират най-старата българска лечебница

Най-старата сграда, използвана за болница в България, ще се превърне в културен и туристически център. Интерес към старата дивизионна болница в Шумен, построена през 1837 г., проявява италианска фирма, която ще реставрира уникалната постройка. Болницата е паметник, свързан с културата на Османската империя, английската строителна техника от 19 век и историята на следосъбожденска България. В момента сградата е в окаяно състояние и се нуждае от спешна реставрация.

„Това е един паметник, който може да бъде гордост за Шумен, както и да се превърне в културен център, тъй като имаме идеята да разширим културните зони в Шумен и да направим от него многофункционален музей,“ каза доц. Веселин Панайотов, председател на комисицията по култура към Общинския съвет в Шумен. За ремонта на сградата ще са необходими сериозни средства, които ще се търсят от европрограмите. Интересът на италианците е продиктуван и от това, че тя няма еквивалент в страната.

## Проф. Красимир Иванов е новият ректор на МУ-Варна

Проф. д-р Красимир Иванов, дмн, е новият ректор на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ - Варна, съобщиха от учебното заведение. Той е бил единствената кандидатура за поста и е избран със 154 гласа „за“ от общо 167 членове на Общото събрание на университета.



Проф. Красимир Иванов е роден на 10 март 1960 г. във Варна. Завършил е МУ-Варна през 1986 г. и е придобил специалност по хирургия през 1993 година. През 1996-та защитава дисертационен труд на тема „Към диагностиката и хирургичното лечение на ректален карцином“. През 2008 г. защитава дисертационен труд на тема „Нови насоки в диагностиката и хирургичното лечение на колоректалния карцином“. През 1990 г. печели конкурс за редовен асистент към Катедрата по обща и оперативна хирургия в МУ-Варна. Последователно преминава през старши и главен асистент. През 2002 г.

се хабилитира като доцент, а през 2008 г. - като професор към катедрата по обща и оперативна хирургия, анестезиология и интензивно лечение. През 2004 г. придобива магистърска степен по „Здравен мениджмънт“. От 2001 до 2010 г. е заемал длъжността изпълнителен директор на МБАЛ „Св. Марина“ - Варна. Беше отстранен от поста по времето на проф. Анна-Мария Борисова, според слуховете - по изрично настояване на премиера Борисов. Само месец по-късно беше върнат в борда на директорите на болницата от следващия министър Стефан Константинов.

# Здравни рокади с положителен знак

## Десислава Атанасова оглави вedomството

С двойно гласуване в парламента на 21 март т. г. беше извършена персоналната промяна в здравното министерство. Със 120 гласа "за" и 46 "против" депутатите освободиха д-р Стефан Константинов от поста здравен министър. На негово място, с подкрепата на 151 народни представители от управляващото мнозинство и независими, беше избрана досегашната шефка на парламентарната здравна комисия Десислава Атанасова. Нейното място ще заеме депутатът от ГЕРБ д-р Даниела Дариткова. Д-р Константинов се раздели с министерското кресло след няколко публични скандали за цените на лекарствата и заради това, че успя да се скара с всички в сектора - здравната каса, съсловните и пациентските организации.

Десислава Атанасова е родена на 8 октомври 1978 г. в Дулово. По професия е юрист. Била е юристконсулт на болницата в Русе. Кариерата ѝ тръгва бързо нагоре, когато е избрана за депутат в 41-то народно събрание от листите на ГЕРБ. От юли 2010 г. стана председател на парламентарната здравна комисия след оставката на Лъчезар Иванов. При обявяването на номинацията на Десислава Атанасова премиерът Бойко Борисов заяви, че очаква от нея да влезе с "летящ старт" в министерството, тъй като е наясно с проблемите.

Атанасова досега винаги се е проявявала като човек, който търси консенсус по всички въпроси. Тя е диалогична, умерена. Точно тези й

качества явно са повлияли при избора ѝ за поста. Новият министър обяви, че възнамерява да се заеме с най-наболелите проблеми в здравеопазването - спешна помощ, специализацията на лекарите и изтичането на кадри. Ще започне работа и по законодателни промени, чрез които да се намали цената на лекарствата и за въвеждането на диагностично свързаните групи. Първият документ обаче, който смята да подпише, е за отпадането на тавана за лечение на деца в чужбина. Лимитът сега е 180 000 лева.

БЛС обяви, че ще помага на новия министър, ако се върви в правилна посока. "С Десислава Атанасова, докато беше шеф на здравната ко-

мисия, работехме много добре. Винаги е приемала становищата на БЛС, съобразявала се с тях", коментира председателят на Съюза д-р Цветан Райчинов. Според него ако поведението ѝ се запази същото и след встъпването на поста, министерството и съсловната организация ще работят добре. "Ако има нещо хубаво, което се случва в последните седмици, това е, че човек, който е в темата и е запознат с проблемите, ще оглави Министерството на здравеопазването", коментира и председателят на Българския зъболекарски съюз д-р Борислав Миланов. Подкрепя за новия министър обявиха и пациентските организации.



### ПОДВОДЕН КАМЪК

## Министър дал милион и половина за пиар

В последния си ден като здравен министър (21 март т. г.) д-р Стефан Константинов е подписал обществена поръчка за 1,62 млн. лв. за пиар с фирмата на приятелката на Сергей Станишев - Моника Йосифова. Това съобщи вчера в Пловдив синият депутат д-р Ваньо Шарков и раздаде копия от решението на медиите. "Пиарът е за информационната кампания за борба с рака "Спри и се

прегледай", а фирмата на Йосифова е "Актив груп" - същата, която в момента се разследва от парламентарна анкетна комисия заради договора с австрийския лобист Петер Хохегер", уточни д-р Шарков.

*Публикацията във в. "Труд" е основателен повод да попитаме: Дали ще има още подводни камъни пред министър Атанасова?*

## 90% от идеите ѝ съвпадат с тези на БЛС

Докато срещите на предишния министър Стефан Константинов със съсловните организации бяха доста трудни за осъществяване, Десислава Атанасова намери време за разговори с ръководствата на БЛС, БФС, БЗС и Асоциацията на специалистите по здравни грижи веднага след встъпването си в длъжност. Обсъдени бяха проблемите в спешната помощ, специализацията на лекарите, лекарствената политика, здравното осигуряване и финансирането на лечебните заведения.

Пред журналисти председателят на Лекарския съюз д-р Цветан Райчинов коментира, че е обнадяден от това, което е чул от Атанасова. Той заяви, че има над 90% съвпадение между нейните виждания за решаването на проблемите и идеите на БЛС.

Министър Атанасова информира след срещата, че в момента се търсят възможности за увеличаване на заплатите на лекарите и на останалия персонал в спешна помощ. За целта могат да се използват половината от средствата от бюджета на МЗ, предвидени за капиталови разходи за болниците. Сумата е около 11 млн. лв. (от общо 20 млн. лв.) и с нея може да се постигне ръст на възнагражденията до 20%. Другият вариант е Атанасова да поиска от финансовия министър Симеон Дянков целево финансиране със 7 млн. лева.

Министърът обяви също, че спешните центрове няма да бъдат прехвърлени към областните болници. Такава теза беше лансирана от предшествения ѝ Стефан Константинов и срещна недоволство от страна на медиците. Атанасова добави, че за да бъдат задържани лекарите в спешната помощ, ще им се даде възможност да специализират каквото поискат, а не само спешна медицина.

На брифинга стана ясно, че министърът на здравеопазването смята да предложи на Министерския съвет по най-бърз начин да стартира рабо-

тата на Консултативния съвет по здравеопазване. Задачата на този орган е в условията на консенсус да начертае дългосрочната политика в областта на здравеопазването, която да бъде реализирана през следващите 5-10 години.

Друга идея на новия министър е демонополизация на НЗОК. Атанасова предложи 6% от здравната вноска да отиват в НЗОК, а останалите 2% - в частните здравни фондове. От Българския лекарски съюз обаче подчертаха, че сегашната вноска от 8% задължително трябва да продължи да постъпва в НЗОК, а частните фондове да осигуряват допълнително финансиране на системата. "Средствата от сегашната вноска са недостатъчни за покриване на основния пакет от дейности, плащани от НЗОК. По-скоро от допълнителното осигуряване трябва да се покриват услуги като избор на екип, консултативни, импланти", заяви д-р Райчинов. Според него и голяма част от плащанията за лекарства също трябва да преминат към допълнителното осигуряване.

Различия имаше във връзка с идеята на министър Атанасова да премахне избора на екип за децата и родилките. Според д-р Райчинов, това е право на пациента, което не трябва да се ограничава без заместващ механизъм. "Министър Атанасова е права, че начина, по който сега изборът на екип е разписан в наредба, е незаконосъобразен и вероятно ще падне в съда, но трябва да се помисли как да се регламентира, без да се накърняват правата на болните", каза той.

Атанасова подчерта, че на този етап темата за национална здравна карта и закриване на лечебни заведения не стои. Тя припомни, че в парламента е внесен законопроект на бившия здравен министър, който предлага НЗОК да решава с кои болници да работи, а не както сега да сключва договор с всички, отговарящи на критериите. Този вариант обаче е

претърпял сериозни корекции преди второто четене. Атанасова обясни, че има съвсем друго виждане по въпроса. "Мисля, че ако се упражнява необходимия контрол от държавата чрез регионалните здравни инспекции, медицинския одит и НЗОК, всички лечебни заведения, които отговарят на условията, ще могат да работят съвсем спокойно с Касата". Министър Атанасова подчерта още, че смяната на клиничните пътеки с диагностично свързани групи не е идея на министър Константинов, а е записана в програмата на ГЕРБ. Това обаче е процес, който ще продължи няколко години, както се е случило в повечето европейски страни.

Десислава Атанасова се срещна и с представители на фармацевтичния бизнес и на НЗОК, с които обсъди вариантите за намаляване цените на лекарствата. Предложени са различни идеи, които предстои да бъдат обсъдени през следващата седмица. От министерството настояват да се сформира държавна комисия, която да замени Комисията за цени и реимбурсиране на лекарствата. В момента членовете ѝ са от различни институции, които не са ангажирани постоянно с медикаментите и това бави процесите, смята Атанасова. Обмисля се също да се даде право на здравната каса да договаря отстъпки за всички лекарства, а не само за тези, които се реимбурсират изцяло. Министърът съобщи, че фармацевтичната индустрия е подкрепила идеята за разширяването на обхвата на референтните държави. Предстои дебат дали да се включат всички страни от ЕС и дори такива извън Европейския съюз. Фирмите от своя страна настояват НЗОК да поеме по-голяма част от цените на медикаментите, които плаща. Точните правила ще бъдат определени в началото на следващия месец, след което ще се извършат промени в наредбите и законите.

### Д-р Минчо Вичев е новият зам.-министър



Д-р Вичев завършва "Медицина" през 1974 г. През 1983 г. получава специалност "Акушерство и гинекология", а през 2005 г. - магистърска степен по "Здравен мениджмънт". Професионалният му път започва като участъков лекар, след което работи последователно като началник на АГ отделение и зам.-главен лекар в ОРБ-Русе. Работил е и в Либия. От 1998 г. до заемането на поста зам.-министър д-р Вичев беше изпълнителен директор на "МБАЛ-Русе АД".

### Д-р Пламен Цеков ще управлява НЗОК

Д-р Пламен Цеков беше избран от Народното събрание за управител на Националната здравна каса. Той е роден на 14 март 1964 г. и е хирург по професия. Преди да влезе в Народното събрание като депутат на ГЕРБ от Монтана, е бил управител на многопрофилната болница "Св. Николай Чудотворец" в Лом.

В парламента Пламен Цеков заяви, че ще се вслуша в съветите на изказалите се и се надява с тяхна помощ голяма част от нещата, които ще предложи, да се реализират. "Не се притеснявайте, че моята кандидатура е политическа. От една страна ще искам да оправдая политическото доверие, от друга ще се боря и за общественото доверие", каза той на депутатите в залата.

Кандидатурата на д-р Цеков беше подкрепена от ГЕРБ, Синята коалиция, "Атака" и независими народни представители. Двама от БСП бяха "против", останалите от левицата се въздържаха.

Ваньо Шарков посочи и проблемите, с които според него ще се сблъска новият



управител - "горещият картоф" демонополизация, рамковото договаряне, цените на медикаментите и отстъпките, които трябва да бъдат договорени с доставчиците. От ДПС не застанаха зад Цеков, защото е партийна кандидатура.

Зам.-председателят на парламентарната група на ГЕРБ Искра Фидосова очерта профила на управителя на здравната каса - да не допуска задкулисни сделки, професионалист, доказал качества и умения в сферата на здравеопазването, човек с морал, чест, управленски опит, ръководил структури в сферата на здравеопазването. И допълни, че на тези изисквания отговаря д-р Цеков, затова от ГЕРБ са го предложили за ръководител на Касата.

**7 април - Световен ден на здравето**



**Фокусът на СЗО е върху грижите за възрастните хора**

Тази година Световният ден на здравето - 7 април ще премине под мотото "Доброто здраве прибавя живот към годините". Фокусът е поставен върху грижата за възрастните хора, като се открояват няколко основни приоритета - промоцията на здравето, създаването на околна среда, подходяща и улесняваща старите хора и други. "Доброто здраве помага на възрастните хора да живеят пълноценно. Остаряването засяга всеки един от нас, независимо дали е млад или стар, мъж или жена и без значение къде живее", подчертават от СЗО. Вниманието се насочва и към организацията на здравеопазването - да съществува достъп до първична здравна помощ, до изградени системи за дългогодишно наблюдение, до палиативни грижи.

Световният ден на здравето се чества от 1950 г. - годишнина от влизането в сила през 1948 г. на устава на Световната здравна организация.

През юли 1946 г. е свикана Международна конференция по въпросите на здравеопазването. Приетият на нея Устав служи като основа за създаването през 1948 г. на Световната здравна организация с център Женева.

Световният ден на здравето - 7 април се чества и като Ден на здравния работник в България. На този ден всички здравни заведения в страната отбелязват празника си, а пациентите обикновено точно на 7 април изразяват своята благодарност към хората с бели престилки.

Ръководството на БЛС поздравява всички лекари с Световния ден на здравето - 7 април.

**С 40% по-малко са парите за труднодостъпните селища**

- **Отдалечените села не са се приближили до града, недоумяват лекарите**
- **Методиката цели справедливост и премахване на дисбаланса, отговарят от НЗОК**

Селата в Кюстендилско са заплашени да останат без лекари, алармира преди седмици д-р Румен Алексов, председател на сдружението на общопрактикуващите лекари в региона. С 40% са намалени средствата за неблагоприятните практики, които са 25 в областта. Според д-р Алексов промяната е изключително несправедлива, защото условията в тези практики не са се подобрили - "селата не са дошли по-близо до града, броят на здравноосигурените не се е увеличил". А транспортът е силно редуциран и поскъпването на горива, енергоносители и наеми е значително.

Подобни са тревогите на семейни лекари от труднодостъпни селища и в други области.

Тревожните реакции се появили след като в средата на март НЗОК обяви списък на населени места - центрове на практики с неблагоприятни условия и възнагражденията за работа в



Могилино

тях през 2012 година. Това са месечни суми, които Касата заплаща на ПИМП в малки населени места, в труднодостъпни региони, отдалечени от болница или филиал за спешна помощ.

Така се стигна до драстично намаляване на средствата и до дисбаланси в рамките на една област.

НЗОК заплаща по методика, в която са посочени пет критерия - отдалеченост от лечебни заведения, трудна достъпност, разпръснатост (амбулатория, обслужваща две или повече населени места), обслужван контингент, екологично замърсен район. За всяко населено място се определя сумарен брой точки от петте критерия. Новото през 2012 г. е, че този сумарен брой точки се умножава по стойността на една точка, която е една и съща за цялата страна и е утвърдена в методиката, обясняват от НЗОК. С новите моменти се цели по-справедливо разпределение на средствата

по региони и се премахва дисбаланса - за еднакъв брой точки населените места от различни региони да получават различни суми, твърдят от Касата.

Но резултатът при прилагане на тази методика ще е плачевен за здравеопазването в тези региони. В някои области - Търговище, Кюстендил, Силистра, Благоевград и т. н. средствата за неблагоприятните практики са намалени с почти 40%, а в други, като Разград например, има 14 населени места, които са включени в списъка за неблагоприятни, но РЗОК не ги финансира с аргумента, че според методиката не са "център" на практика.

"Абсолютно неприемливо е в условията на тежка икономическа криза да се създават условия за ограничаване на достъпа на населението от т. нар. трудни райони до лекар, чрез влошаване на финансовото осигуряване на практиките на общопрактикуващите лекари там", заявяват от сдружението им.

**УС на БЛС иска преразглеждане на заплащането за практиките в неблагоприятните райони**

В свое писмо до управителните органи на НЗОК, председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов настоява да се преразгледа Методиката за определяне на месечното заплащане на практиките от първичната извънболнична медицинска помощ, работещи в неблагоприятни условия. Причината за породилото се недоволство сред общопрактикуващите лекари, засегнати от така изработената и приета методика

за 2012 г., е че има драстично намалено заплащане на някои първични практики, в сравнение с получаваните суми през 2011 г. БЛС предлага сформирание на съвместна работна група с НЗОК, която да изготви предложения до Надзорния съвет за решаване на проблема с дисбалансираните заплащания. Проведоха се вече две срещи с НЗОК.

Публикуваме писмото на председателя на БЛС:

До  
Председателя на  
Надзорния съвет на НЗОК  
До  
Управителя на НЗОК

Уважаеми г-н/ г-жо Председател,  
Уважаеми г-н Управител,

**Обръщам се към Вас във връзка с публикуваната на сайта на НЗОК:**

"Методика за определяне на месечното заплащане за работа в населени места - център на практики с неблагоприятни условия на работа на изпълнителите на първична извънболнична медицинска помощ за 2012 година", влизаща в действие от посочената дата - № РД-НС-04-7/31.01.2012 г., която предизвика широка реакция от страна на изпълнителите на първична извънболнична помощ като договорни партньори на НЗОК.

Причината за породилото се недоволство сред общопрактикуващите лекари, засегнати от така изработената и приета методика за 2012 г., е че има драстично намалено заплащане на някои първични практики в сравнение с получаваните суми през 2011 г. Налице са и доста първични практики, които са получили основателно по-добро заплащане в сравнение с минали периоди от време като договорни партньори.

УС на БЛС разгледа обстойно десетките жалби, изпратени до централата на БЛС от ОПЛ по посочения проблем и взе решение, което предлагам на Вашето внимание:

1. БЛС предлага сформирание на съвместна работна група с НЗОК на експертно ниво за анализиране на поставените проблеми от ОПЛ, касаещи заплащането на неблагоприятните практики за 2012 г.

2. На базата на анализите на експертната група да се изготвят предложения до Надзорния съвет за обсъждане и решаване на възникналите дисбалансираните заплащания на засегнатите ОПЛ неблагоприятни практики в страната.

Гласувана е работна група от редовно заседание на УС на БЛС в следния състав:

1. Д-р Кирил Еленски
2. Д-р Диана Чинарска
3. Д-р Дафина Тачова

С уважение,  
Д-р Цветан Райчинов  
Председател на УС на БЛС

**Семейни лекари от Котленския балкан изпратиха отворено писмо**

"В момент, когато българското село загива - раждаемостта е ниска или липсва, смъртността е висока поради преобладаващото възрастно население, а младите хора масово се изселват в града и чужбина поради липсата на работа в тези региони, от една страна, а от друга, когато българският лекар е заливан от офери за работа от така бленуваните доскоро Франция, Швеция, Великобритания, Германия и др. държави, ние, живеещите и работещи в тези трудни региони, очаквахме актуална подкрепа от държавата - да задържи лекарите си по тези места в България, чрез редица мерки при непрекъснато усложняваща се ситуация тук - влошаваща се инфраструктура, остро

намаляващ брой на осигурените пациенти, нисък социален статус, демографски срив, голям брой хора под прага на бедността!

За съжаление получихме поредният недостоен "подарък":

1. Закриване на функциониращи от 11 години практики, имащи съответ-

ната регистрация в РЗИ/РЦЗ/, агенция по вписванията, и подписали вече индивидуални договори с НЗОК, респ. РЗОК - 2012 г., при вече фигуриращи практики в договорите ни!

2. Значително намаляване на субсидията за неблагоприятни условия, особено в най-трудните пла-

нински региони!

С това отворено писмо всички лекари, работещи, а някои от нас загърбили семействата си в града, живеем по квартири в тези села, в условия, недостойни дори за хора, камо ли за европейски лекар, призоваваме: Министерството на здравеопазването и НЗОК, да направят рязък завой по отношение на закриването на практики и промяна на заплащане по неблагоприятните условия."

Това са редове от Отвореното писмо на сдружението на общопрактикуващите лекари в община Котел. Подписали са се д-р Милен Николов, д-р Юри Ников, д-р Иван Даков, д-р Тодор Димитров и д-р Господин Ганчев. Те живеят вече 11 години на

село и обслужват практиките си. Искат дискусия като изтъкват, че намаляването на средствата за неблагоприятни практики е още една стъпка за изгонване на български лекари в чужбина.

Но "ако бъдат закрити практики и/или намалени субсидиите по неблагоприятните условия, заявяваме, че Министерството на здравеопазването и НЗОК ще срещнат мощния отпор на хората, свикнали с трудностите, както от лекарите, така и от пациентите, свикнали с нас от десетилетие, и нежелаещи да останат без медицинска помощ - малкото, на което се радват хората в тези трудни за живеене места!" Така завършват писмото си лекарите от Котленско.



А пациентите в отдалечените селища се молят да не им „вземат доктора“

# ИДВА ЛИ СПАСЕНИЕТО ЗА СПЕШНАТА ПОМОЩ?

Д-р Десислава Кателиева, председател на НАРСМП

След мъчителната една година на безрезултатни разговори и преговори с министерството на здравеопазването, изнервени и обезвредени представители на 23 ЦСМП в страната се събраха преди 15 дни във Пловдив. Поканихме отново депутати, представители на министерството, синдикатите и съсловните организации на лекари и медицински специалисти, за да търсим пътя за спасение. Редиците ни оредяха, заради хаоса в системата, несигурността и ниските заплати, нарастващата агресия. Повикванията нараснаха многократно, заради липсата на ред при приемането им, а ние не успяваме да се отзовем достатъчно бързо и полезно за пациентите. Спешната помощ отново стана тема на сутрешните вестници - с нерешените си и задълбочаващи се проблеми, кадровия дефицит и липсата на ясна визия за бъдеще.

На Втората национална среща на работещите в спешна помощ бяха обсъдени с нашите гости необходимостта от нормативни промени, възможностите в новото отраслово споразумение да залегнат достойно заплащане на труда ни, подобряване на условията за труд и почивка на работещите в системата. Всички изказвания на колегите от страната носеха и идеи за подобряване качеството и бързината на оказваната спешна помощ.

От години настояваме за промени в нормативната уредба, регламентиращи дейността ни, защитата от агресия и статута на работещите в системата.

През последната година срещнахме обаче само подкрепата на БЛС и парламентарната комисия по здравеопазване, която ни изслуша през юли 2011 на свое заседание.

Д-р Даниела Дариткова - заместник председател на парламентарната комисия по здравеопазване, бе наш гост на срещата и за пореден път ни увери, че комисията ще направи всичко възможно да започне обсъждане на краткосрочен план за промени в подзаконовни нормативни актове, а в дългосрочен план - изработване и приемане на Закон за спешната помощ. Казаното от нея ни върна на-

деждата, че няма да станем пак жертви на необмислени идеи - като замяната ни с парамедици или преминаването ни към болниците. Обнадежди ни и факта, че за министър на здравеопазването бе избрана преди това г-жа Десислава Атанасова, която ни покани през юли в комисията, изслуша ни и подкрепи идеите ни какво да влезе в бъдещия закон за спешната помощ. Д-р Дариткова ни увери, че ще бъдат предприети и законодателни промени в Наказателния кодекс за инкриминиране на посегателствата спрямо нашите екипи, което бе много болезнена тема за всички нас.

На срещата присъстваха и председателят на ФСЗ на КНСБ д-р Иван Кокалов и федеративният секретар на МФ „Подкрепа“ д-р Марин Маринов. Те изслушаха изказванията на колегите, в които пролича болката от ниското ни заплащане, нищожните ни социални придобивки, страха ни, че много от нас няма да доживеем пенсиониране. Предста-

събрание, страните в Отрасловия съвет и НОИ.

През цялото време на срещата се обсъждаха и възможностите за повишаване на качеството и бързината на оказваната спешна помощ. Обсъдени бяха необходимостта от повишаване на дългосрочната и краткосрочна квалификация на работещите в системата, позитивите и негативите от въвеждането на парамедиците в условията на нашето здравеопазване.

В това обсъждане се включи заместник председателят на БЛС д-р Ге-

кова да се потърси вариант по европейски модел за организация и заплащане на неотложната - мобилна и амбулаторна помощ, която в големия си процент се изпълнява от нашите екипи поради недостатъчно развита мрежа от неотложни кабинети.

Пет дни след срещата в парламента се закле новият здравен министър Десислава Атанасова и заяви пред народните представители, че спешната помощ ще бъде един от приоритетите в работата ѝ. Дни след това го доказа на среща



вителите на синдикатите ни убедиха, че ще се търсят възможности в новото Отраслово споразумение да залегнат достойно заплащане на труда ни, подобряване на условията за труд и почивка на работещите в системата, увеличаване на доплащанията за ношен труд и ваучери за храна, поемане на транспортните разходи на работещите във филиалите, промяна в категорията на труд при пенсиониране от трета в първа. Събранието реши да внесе подписа от всички ЦСМП в страната за промяна на категорията на труд при пенсиониране до БЛС, министерството на труда и социалните грижи, Народното

орги Ставракев, който отново ни увери, че БЛС ще продължи да се бори за правото ни на обучение и повишаване на квалификацията ни. В изказванията на колегите се обоснова и необходимостта от въвеждане на алгоритми за приемане на адресите и класификатор за спешни и неспешни повиквания, както и необходимостта от приемане на медицинските повиквания паралелно с тел.112. Наложително е и оптимизирането на комуникациите в системата, с другите служби за спешно реагиране и здравните заведения. Предложено беше на д-р Пелтеков зам. председател на НАОПЛБ и д-р Дарит-

със съсловните организации като обеща 10-20% увеличение на заплатите на работещите в спешната помощ. Много от нас не повярваха, че е възможно да се даде такова обещание при замръзени до 2013 г. заплати и гласуван бюджет, но министър Атанасова цитира дори вероятните източници, от които може да ни осигури тези средства. Наистина тези пари не са достатъчни, за да стане заплащането ни достойно, но това е първата стъпка за последните четири години - министър на здравеопазването да се ангажира със увеличение на заплатите ни, без това да е реплика, хвърлена във въздуха.



Министър Атанасова спомена това увеличение като начало на опита си да стабилизира системата, от която непрекъснато напускат специалисти и у нас остана впечатлението, че тя е готова да направи и следващи стъпки - разговори за увеличение на социалните ни придобивки при сключване на отрасловото споразумение през юни. **Заинтересоваността и активността на министър Атанасова ни дават надежди за бъдещи преговори за повишаване на заплатите ни с последващите бюджети. На срещата министър Атанасова е споделила и желанието си да регламентира спе-**

нето, ние вярваме, че вече спешната помощ не е само приоритет на книгата, а за да ни има и да сме по-добри се предприемат конкретни мерки. Върна се надеждата, че спасение за 6700 лекари, фелдшери, медицински сестри, акушерки, шофьори и санитарии ще има. Декларираното разбиране и конкретни действия в посока на изслушването ни, създаване на правила в работата ни, повишаване на заплатите ни и подобряване условията на труд, грижата за квалификацията и защитата ни, спряха вече мнозина от нас от плановете да напуснем системата, а наши помлади колеги започнаха да проявяват интерес към връщане при нас.

**циализацията за работещите в спешна помощ, с което не само ще се повиши квалификацията ни, но ще се даде възможност в системата да се вляят млади лекари. От дадената пресконференция ние разбрахме и за готовността на министерството на здравеопазването да предприеме необходимите мерки за промени в Наказателния кодекс, инкриминиращи посегателствата спрямо нас.**

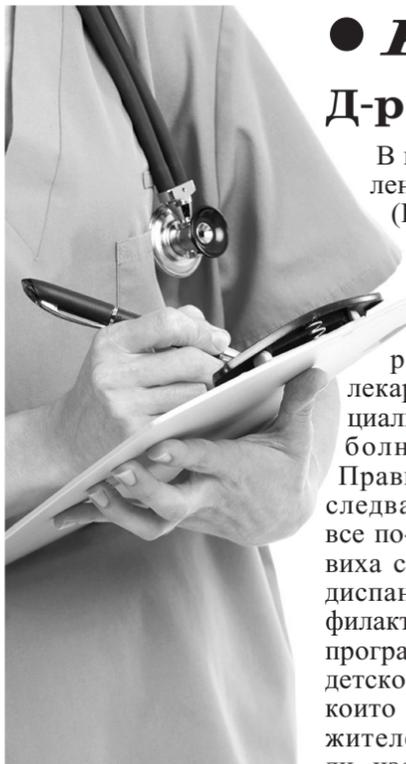
От едноседмичното управление на новия министър на здравеопазването и от срещата ни със зам.-председателя на парламентарната комисия на здравеопаз-

В заключение ще изразя моята и на колегите от цялата страна благодарност за разбирането и предприетите действия от министър Атанасова, от д-р Дариткова, от председателя на БЛС д-р Райчинов и ръководствата на двата национално представени синдиката. Надяваме се на бъдещи съвместни срещи в името на подобряване качеството и бързината на оказваната помощ на нашите пациенти и достойното заплащане и отношение към хората, които работим в спешна помощ.

# Защо здравната реформа не постигна целите си?

## ● Кратък обзор от един експерт

**Д-р Пенка Хубчева**



Стартиралата през юли 2000-та година реформа в здравната система безспорно е крачка напред към подобряване на здравеопазването и доближаването му до това на напредналите европейски страни. В сегашната ситуация, когато държавата ни е член на Европейския съюз, още повече се нуждаем от едно адекватно здравеопазване, отговарящо на очакванията на гражданите и съответстващо на това в страните от ЕС.

Направената промяна беше добре обмислена от хората, които доведоха в крайна сметка до успешното ѝ започване. Преструктурирането на здравната мрежа, подхода и начина на работа не бе измислен самоцелно, а след като провеждащите реформата бяха анализирали състоянието на здравеопазването у нас и бяха извели на преден план всички проблеми. Освен това бяха проучени здравните системи в европейските страни и направени консултации с водещи европейски експерти.

**Какво се случи, че реформата в здравеопазването не постигна това, което очаквахме?**

В първия Национален рамков договор (НРД) ясно е разписано какво трябва да правят стъпка по стъпка общопрактикуващите лекари (ОПЛ) и специалистите от извънболничната помощ. Правилата във всеки следващ НРД ставаха все по-конкретни. Появиха се приложения за диспансеризация, профилактични прегледи и програми по майчино и детско здравеопазване, които фиксират задължителен брой прегледи, изследвания и консултации, еднакви за всички пациенти с дадено заболяване. С други думи, дейностите постепенно се обвиваха в шаблони, които ограничават лекарите

пациента. Така изискванията постепенно превърнаха общопрактикуващите лекари в писачи и диспечери на болните към специалистите. Това доведе до намаляване на авторитета им пред пациентите и до тяхната демотивация.

Голяма част от лекарите, за да не бъдат санкционирани, бързо смениха приоритетите си - вместо на първо място да поставят грижата за здравия човек (профилактиката на заболяванията), а също и пациента с неговите проблеми, те наблюдаваха на правилното попълване на медицинската документация, представяна в РЗОК. Постепенно се оформи един порочен проблем - правилно и пълно попъл-

раха от здравеопазването и издръжката на лечебните заведения реално се оказа главно от парите, които получават по клинични пътеки, т. е. от НЗОК. Огромният брой болници, недофинансираните в голяма част клинични пътеки, доведоха до свръххоспитализация и естествено до неефективно изразходване на парите на здравноосигурените лица за болнична помощ. Както в извънболничната помощ и тук на преден план излезе правилното попълване на документацията и следване строго алгоритъма на клиничната пътека. Пациентът остана на втори план. Като прибавим и оскъдния сестрински персонал и санитарите, ето ви не дотам качествено обслужване на пациентите

ги продължат. Министрите на здравеопазването се сменяха като носни кърпи. На всеки следващ се поставяше задача да направи програма/реформа в здравеопазването. Всеки нов министър и екипът му започваха да работят много активно, до степен на свръхнатоварване на служителите в министерството по промяна главно на наредби, хаотично, без генерална концепция и виждане. Когато на даден министър до известна степен му ставаше ясно какво трябва да се направи, той биваше сменен и така се започваше от начало.

В стремежа си да спазват финансовата рамка и в същото време да се подобрява здравното обслужване на осигурените граж-

но лечение най-вече на социално-значимите заболявания - сърдечно-съдови, диабет, онкологични заболявания и други. За съжаление дейността на ОПЛ остана насочена главно към решаване на появилите се и налични здравословни проблеми на пациента, а дейността по програмите за профилактика и редица проекти, провеждани от Министерство на здравеопазването, останаха без видим ефект.

За влошеното здравно състояние на нацията като цяло не може да се вини само и единствено здравната система. Здравното състояние на една нация зависи преди всичко от доста други неща, главно от икономическото състояние на държавата, от доходите на гражданите, от условията на труд, начина им на живот, порочни навици, от състоянието на околната среда и храната. Голямо значение има здравната култура на гражданите и тяхната отговорност и стремеж към здравословен начин на живот. Нека да си признаем, че здравната култура на българина е недостатъчна, че българинът нехае за собственото си здраве (в челните редици сме по тютюнопушене, употреба на алкохол и др.).

Малкото на практика и неефективна профилактична и промотивна дейност, недостатъчното качество на оказваната медицинска помощ, както и липсата на отговорност на гражданите към собственото им здраве не доведе до очакваните резултати по отношение на здравните показатели.

Големият и изключително труден въпрос е какво трябва да се направи, за да може срещу тези няколко милиарда, които се изразходват за здравеопазване, да се постигне по-добро здраве за нацията като цяло, по-голяма удовлетвореност на пациентите, лекарите и служителите в Министерство на здравеопазването и НЗОК. Това е въпрос, на който сега управляващите следва да дадат отговор.



по отношение преценката за назначаване на изследвания и консултации, интерпретацията на резултатите и назначаването на лечението. Предписването на конкретни лекарствени продукти за голяма част от заболяванията беше обвързано със задължителна консултация със съответен специалист. Това не само че противоречеше на наредбата за предписване на лекарства, но най-вече ограничаваше свободата на ОПЛ - да назначава лечение според неговата преценка за здравословното състояние на

ване на амбулаторни листове от извършени прегледи, свързани с диспансеризацията, профилактиката и програмите по майчино и детско здравеопазване, без описаното в тях да е напълно извършено. Друг сериозен проблем е този, че заплащането не е обвързано с резултатите от дейността. Всичко това на практика не доведе до очаквания резултат - по-добро здраве за пациентите.

От 2001 година НРД включва и заплащане на болничната дейност. Много бързо държавата и общините абдики-

и тяхното недоволство. След като правителството на Иван Костов не спечели изборите и бяха сменени министъра на здравеопазването д-р Семерджиев и екипа му, следващите управляващи забравиха за големия замисъл в здравеопазването и че реформата трябваше да продължи. По-точно появиха се нови лица - депутати и управляващи, които не са участвали в преходния период и в стартиране на реформата или казано с други думи не познаваха в детайли замисъла на промените, поради което не можеха да

дани, ръководството на НЗОК и БЛС правеха промени във всеки следващ НРД, но за съжаление не винаги се получаваха желаните резултати.

Реформата в здравеопазването предвиждаше да се обърне особено внимание на здравия човек. Да се приучи сам да е отговорен за собственото си здраве и чрез превенция и здравословен начин на живот да съхрани здравето си. Особено внимание бе отделено на профилактичната дейност и скрининга с цел ранно откриване и навременно и адекват-

Отец Йоан - д-р Иван Иванов:

# Духовното не се предава като поучение, а е извор на позитивизъм и благодост

- Отец Йоан, в навечерието на Възкресение Христово какви поуки бихте отправил към колегите и от лекарското съсловие?

- Който се е възползвал от благоприятното време на поста, непременно е отворил благодатната книга на Божията Премъдрост и се е сдобил с духовни бисери, което изобилие щедро би споделил с пациентите и колегите си. Това изобилие не се предава като поучения за другите, а най-вече служи за извор на неизчерпаем позитивизъм и благодост към бедните телом и духом, защото Исус Христос казва: "Който вярва в Мене, из неговата утроба, както е речено в Писанието, ще потекат реки от жива вода." (Йоан.7:38)

- "Здрав дух - здраво тяло" е първата крилата фраза, която си припомням, когато става въпрос за лекар и свещеник, какъвто сте Вие. Но тази мъдрост е антична. Не е православна. Вашият коментар?

- Авторът на фразата е живял през II в. след Христа, бил е гонен от властта за сатирата му към пороците на тогавашната аристокрация, затова не е изключено да е бил и християнин, а тогава не е имало християнство различно от сегашното Православно. Моят коментар е следната аналогия: добър софтуер + редовно осъвременявана антивирусна програма = здрав компютър.

- Има ли нещо общо между двете професии (или мисии) - на свещенослужител и на общопрактикуващ лекар? Не си ли противоречат?

- По време на обучението по специалността обща (семейна) медицина се набляга върху психологията във взаимоотношенията между лекар и пациент. Духовният подход като психология във висш смисъл е най-подходящият подход в консултацията на пациент с налични духовни ценности.

- Извинете, как на практика съвместявате двете дейности? Разкажете за един Ваш работен ден, за Вашите пациенти и енориashi.

- По времето за амбулаторна дейност прилагам и духовния подход към подходящите пациенти. По времето за духовна дейност често давам и здравни съвети в подкрепа на духовните практики за духовния енориаш с налични здравни проблеми или с нездравословен начин на живот.

- Моля, споделете защо избрахте медицината?

Детската Ви мечта ли е или случайност? Спомняте ли си за свои преподаватели, професори в медицината? Кой?

- Има нещо общо с детска мечта, защото имам запазена снимка от детската градина, (която стоеше в рамка дълги години в детското заведение) - от игра на "чичо доктор" (с бели престилки) и пациенти (деца от детската група, които държат кукли вместо болни деца), където случайно или не, аз

несъзнателно и в духовно отношение.

- Как усетихте необходимост да служите на Бога?

- Следвайки пътеката, начертана от древните Св. Отци на Църквата (поместено в Сборници в Томове (от I до V) Добролюбие), се стараех да подражавам на тяхното послушание към Бога и Църквата (което е всъщност приемане на абсолютното Добро от Бога според дадените от Него таланти, които са инструментите, с които аз бих могъл да правя добро), първо го правех от благодарност за благодатните

постоянно преосмисляне на изминатата пътека, духовна грижа върху себе си за всеотранно усъвършенстване.

- Докторът винаги е бил упование на хората. Напоследък в публичното пространство има доста хули срещу лекарското съсловие. Как да се върне доверието?

- Доверието е строго индивидуално към всеки лекар и откъм всеки пациент, затова не се влияе особено от публичните хули, които са храна единствено за недоволните от всичко и от всички, т.е. за тези които имат навика да "сресват огледалото", вместо да си оправят прическата. Но все пак недоволството от системата неусетно, на подсъзнателно ниво, се прехвърля върху престижа на лекаря, което не е случайно.

- Отец Йоан, боледува ли обществото ни днес? Каква диагноза бихте сложили като духовник?

- Главата на обществото е с мигрена, тялото му е занемарено откъм подходящо телесно и духовно самообслужване, ръцете извършват почти безсмислени или отчаяни жестове, включително и неадекватно ръкопляскане, краката се движат единствено за трудното поддържане на равновесие.

- Каква е терапията, според Вас?

- Прочитване материално, информационно и духовно на всички нива като се започне от клетъчното ниво. Например, най-малката градивна единица на обществото е семейството. Като за начало всяка "клетка" трябва да отговори сама на себе си на следните въпроси: 1. Какви ценности ни предлага за модел на подражание представеният ни от рекламите модел за модерен "начин на живот"? и 2. С какви дейности е запълнено времето (съществува ли то все още и от съкращаване на кои дейности може да се освободи достатъчно?) за възпитание вътре в семейството?

- Може ли да се търси някаква допирна точка между Хипократовата клетка, която Вие сте изрекъл при завършването на медицина, и богослужебните текстове, които изричате днес? (Извинете, ако въпросът е ланчески!)

- "Преди всичко не вреди!" и "Рече безумец в сърце си: "няма Бог". Развратиха се човеците, извършиха гнусни дела; няма кой да прави добро." (Пс.14:1) "Иска ли човек да живее и обича ли дълголетие, за да види блага? Нека сдържа езика си от зло и устата си от коварни думи; нека се отклонява от зло и прави добро; да търси мир и да следва подир него." (Пс. 34:13-15)

- В някои лечебници вече има параклиси. Вашият коментар?

- Духовният кабинет и отделение трябва да са част от комплексното здравно обслужване на пациентите.

- Имате ли хоби?

- Риболов, свирене на музикални инструменти (устна хармоника, акордеон, пиано, кавал), пеене православно-църковно и народно.

- А имате ли си житейски девиз?

- Ежедневно се оглеждай в духовното огледало - Св. Евангелие.



*Иеромонах Йоан - д-р Иван Живков Иванов е общопрактикуващ лекар в село Драганово, Велико Търновско и служи в храм "Св. Пророк Илия", община Горна Оряховица.*

*Роден е през 1970 г. - на 26 април (Великден). Завършва основно училище в Горна Оряховица. Възпитаник е на детската музикална школа в същия град - учи акордеон и пиано. Средното си образование получава в Електротехникум "М.В.Ломоносов" - монтьор на радиоелектронна апаратура.*

*Завършва медицина в МУ-Плевен през 1995 година. От тогава до 1999 г. е общопрактикуващ лекар в с. Изворово и гр. Антоново, обл.Търговище. От 2000 г. е семеен лекар в село Драганово.*

*От 1998 до 2002 г. е послушник при Негово Високо Преподобие Архимандрит Севастиян в*

*манастир "Св.Троица" до В.Търново. Постриган е за монах в Дряновки манастир "Св.Арх.Михаил" през 2002 г. от Негово Високопреосвещенство Митрополит Григорий Търновски. Ръкоположен е за йеродякон и йеромонах през 2003 г. от Негово Високопреосвещенство Митрополит Григорий Търновски. Ефимерий е в манастира "Св.Троица" до В.Търново от 2003 г. до момента. В същото време е специалист ОМ при МУ-София - от 2009 година.*

*Докторант е към катедра "Здравен мениджмънт, икономика на здравеопазването и обща медицина" на ФОЗ, докторска програма: "Обща медицина" при МУ-Пловдив от 12.03.2012 г. Тема на дисертационния труд: "Духовни потребности и ресурси в съвременната обща практика".*

съм в ролята на "чичо доктор". Поводът да запиша медицина беше желанието ми за изследователска дейност в областта на физиологията. После ми дойде на сърце да се занимавам с клинична дейност. Спомням си с благодарност за всички преподаватели в МУ-Плевен, за това че бяха строги и взицателни и съвестно ни обучаваша. Незабравим остава доц. Танков (катедра физиология), който ми написа неочаквано б+ във студентска-

та книжка и ме покани през ваканцията да се явявам в катедрата. Но така и не проявих на практика интерес към това предложение. Ваканциите обичах да прекарвам на село в Балкана сред природата и да ходя на риболов.

- Имате ли еталон за лекар - конкретен?

- Лекар е всеки, при който след разговор с него получаваш облекчение, но който и не наврежда съзнателно или

дарования от Бога, които получавам, а никога не съм заслужавал или никога не бих могъл да заслужа, а после и от необходимост от засищане с духовна храна, която е точно това липсващото на задоволения материално човек.

- А медицината призвание ли е?

- Да, тя е и талант, който трябва да се развива постоянно, да се добавя опит и

- Вие участвате активно в Националното сдружение на ОПЛ. От Ваша гледна точка как изглеждат здравеопазването у нас? Кой е най-болният проблем, който трябва да се реши?

- По аналогия на "Лекаря, изцери се сам!" следва и "Здравеопазване, излекувай се само!" Здравеопазването е синдром от болестния комплекс на обществото, а лечението трябва да е на клетъчно и духовно ниво.



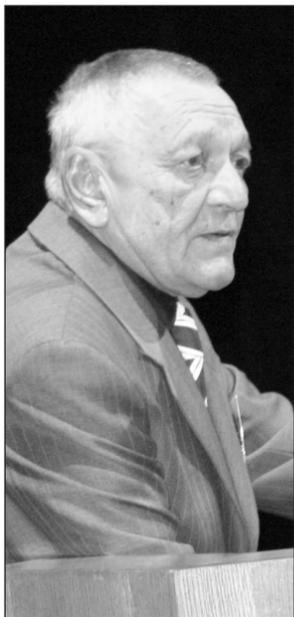
ГЛАСОВЕ ОТ ТРИБУНАТА

Д-р Димитър Игнатов, почетен председател на БЛС:

# Нашата защита е високата ни квалификация

● Да си припомним и забравен текст от ЗЛЗ

Трябва да се върнем към корените на нещата. Корените на нещата са в ученето, в знаенето, в моженето, в постоянната квалификация. Иска ми се през трите дни на събора да чувам повече разговори на тази тема. Ние много говорим за пари, много говорим за реформи, много говорим за управление, за власт, за политики. Мисля, че българските лекари трябва да се обърнат преди всичко към науката, към ученето. Науката е единственото нещо, което ни спасява в нашия много тежък труд. Само знаещите хора са горди с едно професионално достойнство, за да може да излязат с лицето си пред обществото. Този, който не учи, този, който не знае, няма как да има такива претен-



ции. Винаги ще бъде деветата дупка на кавала и винаги ще бъде бит, винаги

ще го плюят. Нашата защита е високата ни квалификация. Тя се постига само с учене.

Освен всичко друго, нека да се върнем на тази тема - от тук нататък как ще вървим с това обучение. С университетите не можем да бъдем в противоборство. Ние сме малка държава с пет медицински университета. Ако се борим за надмощие кой да провежда обучението, кой да провежда квалификацията - ще бъде грехота. Те са едни от нас, само че се занимават с наука и с преподаване...

Позволете ми да ви припомня и една идея... В 38-то Народно събрание приехме чл. 252 в Закона за лечебните заведения, който дава възможност да се прави частна практика

по цени, определени от клиниката, договорени с управата и предложени на публиката. Това е един много по-почтен начин, отколкото т.нар. избор на лекар, който дава възможност да се отваря широко ножицата..., получават се взаимоотношения между лекарите: еди кой си е взел парите и той да си лекува пациента. Тук говорим за отговорност на цялата клиника, на цялото отделение, което е под егидата на началника на отделението. 10 на сто не са никак малко легла. Цените за тези легла могат свободно да бъдат определяни и никой не може да ви упрекне защо искате тази цена. Отговорът е: защото можем, защото сме добри, защото имаме добри резултати и можем

да правим тези операции. Отговорността се носи от един човек и той се нарича началник на отделението.

Това съм го споделил с д-р Райчинов. Това не е отменено, нито някой го е приложил. Дори д-р Чирков, който е автор на този текст, не го прилага. Защо? Който иска да се възползва от чл. 252, има такава възможност. Законът му разрешава и никой не може да го упрекне, че иска повече пари за своя висококвалифициран труд. Това е защитата, която му се дава от закона. По този въпрос може да помислим и да предложим на министерството или да отпадне чл. 252, за да не заблуждаваме хората, че има частна практика в държавни и общински лечебни заведения, или да го приложи, ако има такава смелост.



Д-р Илко Семерджиев:

## Големите удари върху нас ги нанасят хора от нас

● От Закона за здравното осигуряване е останало само заглавието

Хубаво е да виждаме истината. Ако продължаваме да живеем в лъжа, дните ни ще стават все по-тежки, конфронтацията помежду ни - все по-остра.

Нека да Ви кажа нещо, което е още от възстановяването на БЛС. Това е една истина, която много малко хора са изричали или много рядко са я изричали. Но това не пречи да е истина.

БЛС се занимава с политика, уважаеми колеги. БЛС е законова организация днес. Беше неправителствена, а сега е екс леге организация, която има огромни права и огромни задължения. Обаче ги имаше в миналото. И сега ги има, но няма обстановката, в която да ги изпълнява. Ще ви кажа защо.

Здравното осигуряване в България, договорният модел вече не съществува в българското здравеопазване. Това е причината много колеги да смятат, че примерно някой от УС не е защитил нещо, че е можел да направи нещо по-добро. Искам да Ви кажа следното: Тези хора там са опълченците на Шипка. Избрали сте ги и те с тела, с камъни се опитват да правят политика. Но само че така не се

прави политика.

Искам да ви кажа няколко неща за генезиса на това, което се е случило...

Първият удар, който беше нанесен върху българското здравеопазване и българския здравноосигурителен модел, беше отмяната на гл. XIII от ЗЛЗ, която съдържаше приватизационните клаузи: 50 + 1 от лекарите във всяко едно лечебно заведение да могат да заявят желание за приватизация и тя, ако не бъде уважена от органа по приватизация, да се случи автоматично в рамките на шест месеца, включително чрез сезиране на съда. Колеги, ако това се беше случило, сега вие щяхте да сте собственици с корени в здравната система и никой нямаше да може да ви помръдне. Сега сте като обрушени листенца от вятъра, защото нямате тези корени - корените на собствеността.

Срещу себе си виждам д-р Кехайов. Използвам случая, че обърна гръб, за да му привлече вниманието. Това е председателят, който предаде тази позиция, вече закрепостена и изпрактикувана в редица казуси в България: приватизация на

лечебни заведения в полза на работещите в тези лечебни заведения. За съжаление тогава председател на парламентарната комисия по здравеопазване беше доц. Щерев - бивш заместник-председател на БЛС.

Искам да ви кажа, че големите удари върху нас ги нанасят хора от нас. Доц. Щерев и д-р Кехайов бяха първите. Какво се случи след това?... Първият удар бе нанесен през второто полугодие на 2001 година, когато се отмени гл. XII от ЗЛЗ. Вторият удар започна с одържавяването на Касата. Слушах д-р Кехайов в Комисията по здравеопазване на Народно събрание. Той подкрепи това. Сега вие като лекари имате срещу себе си държавата. Във времето крачка по крачка Касата беше одържавявана и сега вие се борите с държавата. Няма такъв, който да е победил държавата. Затова в момента това ръководство наистина представлява опълченците на Шипка... В България има командно-административен модел. Този модел се крие зад термина "здравно осигуряване", но от Закона за здравното осигуряване е ос-



танало само заглавието. Видяхме уникални неща - цени, приети с постановление на МС в раздела за медицински дейности. Вчера чухме министъра на здравеопазването (Стефан Константинов), който е бивш заместник-председател на БЛС, да казва, че ще фиксират цените на медикаментите със закон на нивото им от 2010 година. Това вече не е комунизъм, това е болшевизъм със сталински привкус.

Присъединявам се към д-р Кехайов, който каза: внимавайте когото ще изберете утре. Едно мога да Ви кажа: внимавайте да не изберете някой такъв, като него, защото последствията са жестоки. Знаете ли какви са последните? Ето такива - един срещу друг да си говорим.

ИСКАМ ДУМАТА

Д-р Мая Цветанова, председател на комисията за Дома на лекаря:

**6 млн. лв. трябва за строежа**

Д-р Мая Цветанова информира Събора за дейността на комисията, която беше сформирана, за да предложи най-добрите варианти за построяване на Дома на лекаря в София. Според нея, има опасност БЛС да загуби сумата от 164 000 лв., които са платени за вече издадено разрешение за строеж, ако не се направи следващата вноска от 40 000 лева до края на март. Тогава изтичало разрешителното и документът трябва да се поднови. Участниците в комисията са изчислили, че за строежа са необходими 6 млн. лева. На предишния Събор делегатите решиха Дома на лекаря да се построи със собствени средства на БЛС и чрез спонсорство и дарения. Д-р Цветанова отчете още, че въпреки указанието на комисията районните колегии да започнат издирване на недвижимата собственост на съсловната организация в отделните градове, това засега не е направено. А за дарителската кампания бе отбелязано, че в сметката на БЛС не е постъпил нито лев.

Сред предложенията на комисията за набавяне на пари са популяризиране на дарителската кампания в медиите и събирането на допълнителен целеви членски внос от лекарите. Другото предложение е УС на БЛС и председателят да проведат преговори с правителството за финансирането на проекта.

### Комисия по професионална етика на БЛС

Д-р Петко Загорчев - председател

Членове:

- Д-р Пламен Панайотов
- Д-р Сергей Илиев
- Д-р Ася Козанова
- Д-р Боньо Бонев
- Д-р Боянка Банова
- Д-р Янина Славова
- Доц. д-р Юлиана Маринова
- Д-р Георги Георгиев
- Д-р Георги Павлов
- Д-р Валери Веселинов

### Контролна комисия на УС на БЛС

Доц. д-р Любомир Алексиев - председател

Членове:

- Д-р Юрий Петков
- Д-р Данаил Стоянов
- Д-р Кирил Лозанов - Варна
- Д-р Жени Стоичкова
- Д-р Стоян Сопотенски
- Д-р Володя Василев

### Представители на БЛС във ВМС

Д-р Цветан Райчинов - по право като председател на УС на БЛС

- Д-р Георги Цигаровски
- Проф. Д-р Милан Миланов
- Проф. Д-р Петър Панчев
- Д-р Здравко Димитров

Резерви:

- Проф. д-р Гено Киров
- Д-р Руслан Тошев
- Д-р Николай Стоянов



# Австрийската ДСГ система

се въвежда вече 20 години и засега обхваща едва половината от лечебните заведения



Продължение от миналия брой

## Аспекти • Аспекти • Аспекти •

### Годишна поддръжка, ориентирана към услугите

Още от самото му внедряване, за ДСГ модела и неговите основни принципи се предвижда годишна поддръжка. От съображения за приемственост, се прави разлика между години на поддръжка (в които се правят само крайно необходими корекции) и години на поправки (в които се предприемат също така фундаментални и сериозни по-нататъшни разработки на системата).

Основните изисквания към разработващите ДСГ системата са гъвкаво адаптиране на модела, така че да обрисова с колкото се може повече подробности всички процедурни области, като в същото време се вземат предвид изискванията на доставчиците на услуги, доколкото е възможно.

Поддръжката се извършва от страна на Федералната здравна агенция, след преценка и координиране с Работната група по ДСГ, от междудисциплинарен екип експерти (ДСГ екип) от сферите на медицината, икономиката, статистиката и ИТ. ДСГ екипът се подкрепя от медицински (и други) експерти от провинциалните здравни фондове и институциите за социално осигуряване, а също - ако е необходимо - от експерти от съответните медицински области.

Провинциалните здравни фондове също получават подкрепа в изпълнението на техните задължения: например, Министерство на здравето предлага гореща линия по телефона относно ДСГ. За да улесни мониторинга на качеството на данните на ниво провинции, министерството предоставя безвъзмездно софтуерна програма със съответните тестови механизми.

Целта на всичко това е да

се откриват и коригират неумишлените грешки в кодирането, а също и нарочните "оптимизации на кодовете" ("кодиране на по-високо ниво"). Пример за оптимизация на главна диагноза е, ако лекарят ясно е описал в доклада си една главна диагноза, но е била избрана различна диагноза в регистъра на кодираните данни просто защото тя дава повече точки от истинската.

Каталогът на процедурите на Федералното министерство на здравето се осъвременява всяка година, за да отрази напредъка в медицината. През време на този годишен процес на поддръжка, доставчиците на услуги (болници или обслужващите ги оператори) имат възможността да внесат предложения за поправки и допълнения към каталога на процедурите.

За внасянето на тези предложения на разположение е интернет-базирана система (на немски -VAEV - "управление на предложени промени и допълнения към каталога на процедурите на Федералното министерство на здравето). От 2007 г. нейното използване е задължително. Здравните фондове на провинциите имат възможността да изказват мнения по предложенията от болниците в тяхната провинция и да ги пращат обратно на болниците за преработка.

**За включване на предложението в каталога на процедурите, основно предварително условие е то да отговаря на определените критерии:**

1. Процедурата е нова (новоразработена) и/или се изисква да отразява напредъка в медицината.

2. Процедурата е професионално утвърдена.

3. Налице са съответните научни доказателства.

4. Съществуват точни медицински индикации за процедурата.

5. Процедурата и процедурното звено са ясно определени и се различават от другите процедурни позиции.

6. Процедурата е икономически подходяща (цена, честота).

**В каталога на процедурите не се включват:**

1. Непълни предложения;

2. Изследвания и лечения, които са типични и постоянно повтарят елементи от различни диагностични или терапевтични цикли;

3. Процедури, които съдържат във вече съществуващи фиксирани ставки;

4. Разнообразни хирургични техники за една и съща процедура;

5. Лекарства, освен тези в областта на онкологията;

6. Процедурни позиции, които съдържат данни, свързани с производителя, относно лекарства, устройства и други свързани с производител спецификации на материали;

Оценката на предложението се прави, от една страна, посредством тези критерии за включване, а от друга, при оценка на нови или

представени за оценка процедури (напр. временно включените в каталога на процедурите) се използват систематични научни доклади (доклади за оценяване на здравни технологии). Включване в каталога на процедурите може да стане само ако са налице доказателствата и критериите са спазени. Ако данните не са адекватно доказани, може да се направи временно включване, но само за много скъпи, необичайни процедури (за малки групи пациенти) в областта на най-новите постижения в медицината.

За разлика от процеса на поддръжка за каталога на процедурите, поддържането на международния каталог на диагнозите, МКБ-10, се прави от СЗО и се приема и издава от Федералното министерство на здравето.

Числените стойности за продължителност на хоспитализацията и разходните принципи в процедурно-ориентираните диагностично-свързани групи (LDF-и) редовно се преоценяват и коригират в случай на значителни промени.

Промените в ДСГ модела влизат в сила на 1 януари всяка година. Като основа за вземане на решения относно поправки в модела, планираните модификации се посочват към 31 май, а симулационните изчисления се изготвят към 30 юни преди отчетната година. Окончателното определяне на модела трябва да бъде решено от Федералната здравна комисия към 15 юли. Описанията на модела и програмите за ДСГ точкуването, които се изискват, се връчват на провинциите и провинциалните здравни фондове към 30 септември, и влизат в сила от 1 януари следващата година.

### Функциониране на австрийския ДСГ модел

**Как на практика функционира ДСГ моделът? Как фиксираниите ставки на случаите могат да допринесат за намаляване на разходите и времето, прекарано в болница, да увеличат прозрачността и да подпомогнат структурната промяна?**

**За да се разбере това, е полезно да се погледне на ДСГ модела от два ъгъла: първо, на мета ниво към функцията за увеличаване на прозрачността и второ, на нивото на неговата конкретна форма и приложение, като за пример се използва ДСГ модела 2010.**

#### Прозрачност

Може би най-фундаменталният принос на ДСГ системата за една ефикасна система на здравеопазването е увеличаването на прозрачността, с оглед ограничаването на разходите, наред с други фактори. Услугите в здравеопазването клонят към недостиг на прозрачност по няколко причини: като резултат от засилените изисквания за поверителност, например (медицинска конфиденциалност и максимална защита на данните), а също и благодарение на отсъствието на строго определени и безалтернативни начини на лечение в областта на меди-

цината. В документа на СЗО "21 цели за 21-ви век", участието и отговорността са дефинирани, от една страна, като етична основа, а от друга страна, така че за всеки индивид да може да се постигне максимален здравен потенциал. Прозрачността е основно изискване за участието и отговорността.

Като резултат от свързаното на прозрачната документация с болничното финансиране, сред професионалните групи е нараснала информираността относно икономическите отношения. В същото време това спомага за насърчване на по-отговорно отношение към ограничените ресурси.

#### Общ преглед на ДСГ модела

В ДСГ модела стационарните болнични престои са групирани в процедурно-ориентирани диагностично-свързани случаи с фиксирани ставки (LDF) на базата на събраните от болници данни. Те включват проведените медицински процедури, откритите болести или МКБ-10 диагнози, възраст на пациента и болнични отделения. Това са основните данни за определяне на LDF и заплащането по фиксираната ставка.



леглото; фрактура на пищяла може да доведе до шок или да няма никакви усложнения, възпалението на апендикса може да е животозастрашаващо, ако се перфорира, или може да е "прост" в случая на хроничен апандисит...

Тези различни категории заболявания с еднаква диагноза се отчитат при групиране на престоеите в болница, като, от една страна, се взема предвид възрастта на пациента, а от друга - разнообразните процедури.

Болничните престои в звената за реанимация могат да се разглеждат като индикатори за сериозност на състоянието и се реимбурсират чрез допълнителни точки на ден.

Тези специални области на грижите се характеризират с факта, че са обвързани с конкретни предварителни условия. Например, подходящо оборудване.

Продължава в следващ брой  
Превод: Ели Генова

### Основна част и обхват на контрола

ДСГ моделът с неговите национално стандартизирани спецификации относно точкуването на престоеите в болница формира т.нар. основна част на ДСГ системата.

Какво обаче да се прави, ако две болници предоставят еднакви по принцип услуги, но едната има по-високи разходи, тъй като провинцията ѝ е предоставила привилегии за специфични грижи? Това би могло да бъде, например, централизираната болнична помощ, която се предоставя от една голяма университетска болница.

За да се реши този проблем, ДСГ системата съдържа т.нар. обхват на контрол, който позволява да се вземат предвид четири вида функции, които определят специфични грижи:

- предоставяне на централизирана болнична помощ (напр. голяма университетска болница),  
- фокус към специализирани грижи (напр. голяма болница с много отделения),

- функции по професионално-специализирани грижи (напр. ортопедична болница),  
- регионално-специализирани функции, като например, болничната помощ за пациенти в туристически райони на Алпите.

Австрийска ДСГ система (Процедурно-ориентирано болнично финансиране)	
Национално стандартизирана ДСГ ОСНОВНА ЧАСТ	Точкуване на престоеите в болница на базата на процедурно-ориентирани диагностично-свързани групи случаи (LDF), включващи всички специални разпоредби за точкуване
ДСГ ОБХВАТ НА КОНТРОЛ, който може да бъде организиран на база провинция	В рамките на ДСГ обхвата на контрол, процедурно-ориентираното разпределяне на ресурсите от здравните фондове на провинциите към болничните оператори може да вземе в предвид функциите за предоставяне на специфични грижи в определени болници.

Източник: Федерално министерство на здравето - ДСГ модел 2010

# Китай - различната страна

● **За възможностите за намаляване на разходите в здравеопазването с използване на методите на традиционната китайска медицина**

Китайски символ за здраве

Д-р Павел Джуров



Търсенето на възможности за намаляване на разходите при запазване и подобряване на качеството на медицинската помощ в България е проблем на всяко правителство. Преминаването от един модел на обслужване към друг е свързано с големи сътресения, които предизвикват затваряне на болници и влошаване на достъпа до лекар в последните години. По тази причина е необходимо опитът на нашите съграждани зад граница да бъде споделен с медицинските среди у нас, за да може да се намери път към новото по-ефективно здравеопазване. Идвайки от страната с най-високи темпове на икономическо развитие, бих искал да споделя моя 10-годишен житейски опит, придобит по време на следването и работата ми в Университета по традиционна китайска медицина в Хъфей, Китай. Това е една държава, в която се цени всяка монета и здравеопазването като цяло заема много по-малък процент от семейния бюджет (респективно и от националния).

Как се постига това? Сложен въпрос, на който не може да се даде еднозначен отговор. Първото впечатление е равнопоставеността отношение към конвенционалната и алтернативната медицина (в случая - традиционната китайска медицина). Повечето провинции имат медицински университети, обикновено отделно за конвенционална и традиционна медицина. Всеки университет притежава болница, в която практикуват студентите и се извършва широкомащабна лечебна дейност. Поради големият брой хора, организацията на работното място е много различна. По принцип вратата на кабинета стои отворена, като вътре има предвидено място за трима пациенти, които чакат и един, който лежат преглежда зад параван. До отворената врата от двете страни на коридора са поставени две медицински канапета, винаги заети с по 3-ма души. С навлизането на чуждестранни специалисти, все повече се налага затворената врата, особено в манипулационната, но в тези случаи има сестра, която регулира потока от пациенти.

Работа на лекаря в самия кабинет е съсредоточена преди всичко върху болния. Регистрирането и пи-

сането на документация се извършва от сестрата. Диагностицирането се извършва по анамнеза, пулс и език. Изписването на рецептите е работа на студенти или сестри, като лекарят само подписва и си слага печата. Диагностицирането е особен момент. Ако се направи една статистика ПМК и стандартна биохимия са около 40 лв., рентгенов - около 5-10 лв., скенер - 300 лв. и така нататък. Това предизвиква и появата на много частни клинични лаборатории. За сравнение бях официално предупреден да не изпращам болни в лабораторията при положение, че диагнозата им е достатъчно ясна. Ще ми позволите едно кратко отклонение - за термина "ясна диагноза". Наблюдаващият практиката лекар беше категоричен (цитирам по параван): „когато видите болния на вратата, вие трябва да сте в състояние да определите 5 възможни заболявания, когато го чуете как ви поздравява - 4, когато го видите как сяда - 3, когато снемете анамнеза - 2 и чрез пулса и езика уточнявате последната диагноза." Естественният въпрос беше: „а ако сгреша, не е ли по-добре все пак да го пратя за изследване", на което беше отговорено: "колега, ако сгрешите, вие просто не

сте за работа в кабинет. Помислете и си сменете работата". След този разговор забравих за съществуването на клиничната лаборатория и започнах да се справям по тяхната методика. Истината е, че моят преглед траеше поне два пъти по-дълго от прегледа на наблюдаващия лекар, но при тази система за около 3 часа се справих с 10 пациенти и това беше моят първи ден. Към края на практиката броят се повиши до

40-50, без да се чувствам уморен.

В организацията на работа в Китай лекарите работят от 8 до 11,30 и след това почиват до 14 часа. Следобед са в кабинета до 17 часа и след това болните се насочват към дежурен лекар. В условията на Китай "дежурният лекар" всъщност е цяло отделение с 5-има специалисти. Обикновено след 17 часа тези дежурства се поемат от университетските преподаватели, които по този начин поддържат своето клинично ниво.

Пациентите си плащат такса визита (три юана) на първия етаж в касите (общо 10, работещи постоянно, без почивки). До входа задължително има охрана,

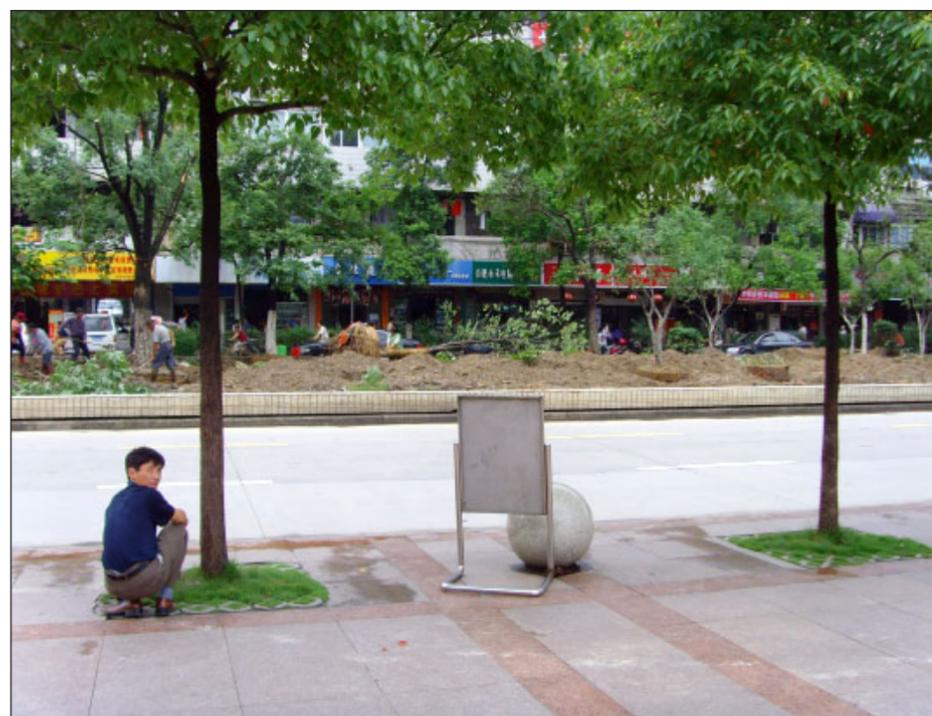
Тази сума може да се спестява или изразходва по усмотрение на работника, но тя е и лимит за изплащането на лекарства от аптеките. Сумата може да се изразходва и за лечение на децата в семейството - тя не се отчита. Има предвидено допълнително подпомагане от държавата, в случай на онкологично заболяване, но то се разрешава от специална комисия. Престоят в болниците се заплаща от всички (около 5 юана на ден за университетска болница при 500 юана средно месечна заплата). Детската помощ и ваксините се поемат от държавата.

Начинът на лечение - това е зоната на големите изненади в китайската система на здравеопазване. По

те години на всеки гражданин е обяснено, че китайската медицина има 4-ри основни елемента - гимнастика (чи гонг, по-известни са гимнастиките тай-джи или тай-чи и у-шу), масаж (туина), акупунктура и билково лечение. В случай, че лекарят прецени, може да насочи пациента към лечение с методи на конвенционалната медицина. Такива са по принцип всички онкологични случаи, инфекциозните, неясните остри коремни възпаления, ступване на крайници, проблеми на зрението. Така на практика се получава, че около 60 % от всички случаи са обслужени с китайска медицина. Останалите 40 % или сами са отишли при конвенционален специалист, или са насочени към него от лекаря по китайска медицина. Това дава възможност действително сложните случаи да бъдат забелязани по-рано и да им се обърне повече специфично внимание.

Освен това в Китай са намерили приложение на китайската медицина като част от конвенционалната, без да се получава съперничество или противоречие. Това се прави като се използват възможностите на китайската медицина за успокояване на болката. В болницата Гулоу в Нанжинг, която по принцип е болница за спешни случаи, подобна на "Пирогов", има специфично отделение за акупунктура, което е част от Спешното отделение. При пристигане на пациент с болка (от всякакъв характер), той се води първо при отделението по акупунктура. Тяхната роля е да спрат болката, за да може пациентът да бъде прегледан, без да е необходимо даването на морфин или други подобни препарати. Акупунктурният метод беше особено успешен при болни с нефро- и холилитиоза. В някои случаи се налагаше използването на китайска медицина, за да се притъпи емоционалната реакция на пациента - пред очите ми стои пълното отчаяние на един тайландец, след умилелото му обезобразяване. Този човек не забелязваше сръзаните сухожилия на ръката си, а не можеше да отдели очи от бинтованото си лице.

Продължава в следващ брой



Ароматерапия в действие - по улиците на града са посадени 10-годишни дръвчета камфора

Handwritten text in the collage includes:
 

- Golden Flower (金银花) - Beautiful flower which smell good. It can be used to relieve internal heat and detoxify. 一种带有芳香气味的花。味甘。用于清热解毒。
- Green Bean (绿豆) - Tastes sweet, slow cold character. Can be used in many ways. Specially in relieving internal heat and detoxify. 味甘。性寒。有很广泛的用途。特别在清热解毒这一方面。
- Scorpion (蝎子) - Lobster-like it has a rascal-brain body, a pair of pincers on both sides of the mouth, four feet at the chest, feeds on spiders and insects. On being as medicine to treat southern headache, fever, and other symptoms. 蝎子。蝎子。蝎子。蝎子。

Начин на изучаване на китайска медицина и английски език

която се намесва в случаите, когато е необходимо бързо реагиране поради лошо състояние на болния или нетрезво състояние на някой от придружаващите. Всяка манипулация е платена, като има специален ценоразпис. Принципът се спазва и при спешните случаи - например, при счупен крайник от пътно произшествие, пациентът трябва да си плати за рентгеновата снимка или да се обади на свой роднина, който да дойде и да внесе пари за прегледа и лечението.

Как става издръжката на медицинската помощ? Работещите на държавна работа получават месечно една постоянна сума за медицински разходи към заплатата, равна на 200 юана.

принцип съществуват два вида лечение - конвенционална медицина и традиционна китайска медицина, които са изравнени в правно и финансово отношение. Това означава, че лекарят, практикуващ китайска медицина, може да издава болнични, да изписва рецепти както за билкови препарати, така и за конвенционални лекарства. Средствата, които болният заплаща за лечение, са съизмерими и в двата метода, с изключение на скъпите диагностични и оперативни намеси. Има голяма разлика обаче в поведението на болните. В обществото има традиция и специфично образование за възможностите на китайската медицина. По принцип още от детски-

# Европа отбеляза напредък в развитието на е-здравеопазването

## ● Екшън план 2012-2020 надгражда постигнатото

Електронното здравеопазване е без алтернатива в Европа. Според експертите на ЕС то ще даде възможност за засилване на контрола в системата и ще улесни достъпа на пациентите до медицинско обслужване. Ще позволи също на специалистите да получават изследванията на болните директно от лабораториите и на база данните от досиетата веднага да назначават лечение. Хартиената рецепта ще бъде заменена с електронна и директно ще се прехвърля от доставчика на медицински услуги към аптеката за изпълнение. Благодарение на наличната дигитална информация, структурирана според международните болнични стандарти, гражданите в ЕС ще могат да получат адекватно лечение във всяка една точка на общността. Защо обаче всичко това все още не е реалност?

За да постави в обща рамка всички инициативи и стремежи на правителствата в Европа в сферата на е-здравеопазването, през 2004 г. ЕС разработи т.нар. E-health Action Plan. Той покрива широк спектър от мерки - от електронни рецепти и здравни карти до използването на нови системи и услуги за съкращаване на времето за чакане и намаляване на грешките. Планът изведе множество цели, които трябваше да се постигнат за определени срокове, но много от държавите, между които и България, не успяха да се справят. През март 2011 г. Европейската комисия разработи втори план - eHealth Action Plan (eHAP) 2012-2020, който цели да надгради вече постигнатото.

Резултатите от двата документа са обобщени в доклада от януари 2012 г. под името "Европейските страни по пътя към национални инфраструктури за е-здравеопазване" на Европейската комисия (ЕК). Той проследява постигнатото на държавите в развитието на електронното здравеопазване и предизвикателствата, с които те се сблъскват. Според него, през 2011г. повечето страни членки на ЕС разполагат с подробни документи, описващи целите им в развитието на електронното здравеопазване. Някои от тях могат да се похвалят и с постижения. В 21 страни от ЕС дигиталните здравни досиета вече са факт. Прехвърлянето на електронните рецепти и телемедицината са сред останалите приоритети в развитието на правителствата. Като цяло тонът на доклада е оптимистичен.

Телемедицината е важен елемент от е-здравеопазването. Най-успешно функциониращата система засега е изградена в Англия. В няколко болнични заведения в България се използват видеоконферентни връзки, позволяващи на отдалечени медицински екипи да наблюдават критични операции, но не може да се говори за масовото ѝ въвеждане.



### Е-ЗДРАВНО ДОСИЕ

Това е важен елемент от всяка национална стратегия за изграждане на електронно здравеопазване. Към момента 21 страни от съюза работят или са приключили подобни проекти. В България електронното пациентско досие също е факт, но достъпът до него се осъществява само с електронен подпис, с какъвто разполагат малко хора в момента. Кое-то на практика го прави неизползваемо.

### ЕЛЕКТРОННИ РЕЦЕПТИ

Този вид рецепти са въведени само в няколко страни, предимно в сферата на пър-



вичната медицинска помощ, се казва още в доклада на ЕК. У нас бяха направени няколко пилотни проекта, които показаха ефективността им, но национална система не е изградена.

### МЕДИЦИНА ОТ РАЗСТОЯНИЕ

Телемедицината е важен елемент от е-здравеопазването. Най-успешно функциониращата система засега е изградена в Англия. В ня-

колко болнични заведения в България се използват видеоконферентни връзки, позволяващи на отдалечени медицински екипи да наблюдават критични операции, но не може да се говори за масовото ѝ въвеждане.

### ЗАЩИТА НА ДАННИТЕ

Това е друг много важен момент в електронното здравеопазване. Според доклада на ЕК, повечето издадени в Европейския съюз здравни карти не съдържат важна медицинска информация за притежателите си. Съществува и проблемът дали те дават възможност за "четене" само на здравни

данни или имат и по-широк обхват. Освен това засега много малко страни в европейската общност могат да се похвалят с функциониращи закони, които са специално разработени да отговарят на нуждите на е-здравеопазването.

### В БЪЛГАРИЯ

През последните няколко години у нас здравните заведения също полагат активни усилия в тази посока. Работи се и на национално ниво, но много бавно. Вече бившият министър Стефан Константинов обеща публично, че до октомври 2013 г. ще има електронна рецепта, електронен болничен лист и електронно здравно досие. Това се случи на седмата конференция "Е-здравеопазване - технологии за управленска прозрачност и пациентска грижа". Нека само уточним, че това е поредната конференция на тема е-здравеопазване. От 1999 г. насам подобни форуми се провеждат непрестанно и на тях различни министри обещава чудеса. Затова пък равностметката показва, че десетки милиони лева са потънали в създаването на е-здравеопазване, а неговият старт все се отлага. Ако системата не заработи и догодина, едва ли вече някой ще повярва на следващи клетви.

**За въвеждане на електронно здравеопазване настоява и БЛС. Според Съюза по този начин ще се сложи ред в системата. Забавянето на процесите ясно показва, че някой няма интерес от прозрачност в сектора, но това не са лекарите, подчертаха от БЛС.**

# 5000 наши лекари искат да работят в чужбина

## ● Всеки ден двама напускат страната или професията

Около 5000 български лекари (или всеки шести) се готвят да напуснат страната, защото не са доволни от ниските си заплати, лошото отношение към тях и корупцията в сектора. Това показват временните резултати от проучване на международния интернет проект [www.healthgrouper.com](http://www.healthgrouper.com). Медиците са интервюирани от 2 до 14 март. В допитването са участвали 255 лекари от 55 населени места и с 54 различни медицински специалности.

Проектът има за цел да подобри достъпа до достоверна информация за състоянието на здравния сектор в страните от Югоизточна Европа. Той нарочно не се финансира от реклами, за да не повлияе върху безпристрастността им.

Лекарите у нас са 31 000 и по двама от тях всеки ден напускат страната или професията, сочат данните от проучването, които напълно съвпадат с тези на Българския лекарски съюз. **"Числата са очевидни, фактите също, ние от години алармираме правителствата в България, но реални действия в здравния сектор и резултати няма", коментира председателят на БЛС д-р Цветан Райчинов.** Той уточни, че за последните три години 1500 медици са напуснали България, но от началото на 2011 г. има истински бум на емигриращи лекари. Характерният профил на лекар, желаещ да избяга от родната действителност, е мъж или жена на възраст между 36-45 години със завършена специализация, трудов стаж от 10-15 го-

дини, практикуващ в държавна болница, недоволен от ниската заплата, липсата на ясно определени работни правила и без авторитет в обществото. Д-р Райчинов обаче поясни, че вече желание да имигрират имат и медици над 50 години, защото при 4-5 години работа в чужбина, те могат да си осигурят пенсия от 2 000 евро.

Най-недоволни са лекарите, работещи в държавните болници - около 95 на сто от запитаните. Недоволство от реформите в здравната сфера са изразили и 85% от частните практики. 47 на сто от анкетираните отговарят, че биха променили работното си място. От тях 78,6% обмислят да заместят в чужбина, а 16,5% искат да се прехвърлят от държавния в частния сектор. Около 5% пък дори обмислят възможността да променят професията си.

Висок е процентът на докторите - 29 на сто, които заявяват, че въобще не биха препоръчали професията лекар, сочат резултатите от проучването. Освен това близо 90% от медиците в България изпитват силна неудовлетвореност от реформите в здравния сектор.

Окончателните резултати от проучването ще бъдат оповестени в края на март или началото на април. Очакванията на международния екип от изследователи са, че данните ще дадат възможност за определяне на проблемите и ще предложат варианти за положителни промени в здравните политики във всяка от изследваните държави в Югоизточна Европа.



# Участвахме в Петия световен конгрес на пациентите



Международният алианс на пациентските организации (International Alliance of Patients' Organizations - IAPO) призова за по-нататъшни изследвания в разработването на индикатори за ориентирано към пациента здравеопазване в своя "Обзор на показателите за здравеопазване, ориентирано към пациентите" (Patient-Centred Healthcare Indicators Review). Докладът беше представен на 5-ия Световен конгрес на пациентите, проведен в Лондон в периода 17-19 март 2012 година.

В конгреса, като пълно-

равен член на IAPO, взе участие и Национална пациентска организация, съобщават от пресцентра на организацията.

Обзорът идентифицира и изследва настоящите усилия за измерване на ориентираността към пациента на доставчиците на здравни услуги, различни организации, националните здравни системи и други заинтересовани страни. По време на Конгреса много от тях подчертаха необходимостта от по-голяма яснота за това какво представлява ориентирането към пациента, как да се измерва и как се прос-

ледява напредъкът към нея.

"Обзор на показателите за здравеопазване, ориентирано към пациентите" е първият етап от по-мощен проект, предприет от IAPO за разработване на набор от показатели за технологията и резултатите, които могат да бъдат прилагани от съответните заинтересовани страни, за да се измери степента и качеството на работата им. IAPO се надява, че това ще осигури основа за измерване сред заинтересованите страни и ще им съдейства за подобряване на тяхната визия, стратегия и резултати за постигане на позиционирането на пациентите в центъра на здравеопазването.

Конгресът срещна пациентите с други заинтересовани страни в здравеопазването при равни условия. Делегати от над 30 страни, работещи с различни заболявания, се събраха, за да се даде възможност за ангажираност и разбиране на ключови политически въпроси, засягащи пациентите на международната арена.

Дурхан Вон Ригер, председател на IAPO, сподели, че "здравеопазване, ориентирано към пациента, и ан-

гажиране на пациента вече не са идеи, които е "хубаво да ги има", а наистина са в основата на здравните мандати, програми и инициативи. Но ние не можем наистина да отговорим на нуждите на пациентите, без ясно дефиниране на действия, резултати и процеси, които трябва да бъдат изпълнени. Конгресът ни дава шанс да направим това в сътрудничество с всички заинтересовани страни, за да се гарантира в дългосрочен план успехът на този проект."

"Обзор на показателите за здравеопазване, ориентирано към пациентите" е

отворен за консултации в продължение на шест седмици и IAPO приветства идеи и предложения от всички заинтересовани страни как по-нататък да продължи тази дейност за развитието на значими показатели за здравно обслужване, насочено към пациента.

*Конгресът е спонсориран от Световната здравна организация и подкрепен от Световния алианс на здравните професии, Международната федерация на болници и Национални гласове в Обединеното кралство.*



**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**

**ПРЕДСТОЯЩО**

**Курс по ехокардиография**  
4-7 април 2012 г.,  
Интер ЕКСПО Център - гр. София

**Организатори:**  
Дружество на кардиолозите в България и Работна група по ехокардиография  
**За повече информация:**  
www.cim.bg



**VI-та научно практическа конференция**  
"Пролетни варненски дерматологични дни"  
19-22 април 2012 г.,  
к.к. Златни пясъци, хотел Мелия Гранд Ермитаж

**Организатор:**  
Варненски дерматологични дни  
**За повече информация:**  
тел.: 052/ 390 350  
факс: 052/ 311 133  
e-mail: office@varnaderma.com  
www.varnaderma.com



**СИМПОЗИУМИ "АКАД. ЧУДОМИР НАЧЕВ"**

**Организатори:**  
БАН, МУ - София,  
Българска национална академия по медицина, Съюз на учениците в България



**В салона на БАН**

21 април 2011 г.

Тема:

**ЗАПАЗВАНЕ НА ЗРЕНИЕТО СЪС СЪВРЕМЕННИ ДИАГНОСТИЧНИ И ЛЕЧЕБНИ МЕТОДИ**

**Модератор:** акад. Петя Василева

**Лекции и лектори:**

Отлепване на ретината - от диагностиката към лечението - проф. д-р Н. Сивкова

Дисфункция на клепачните жлези - от теория към всекидневна практика, - д-р Т. Хергелджиева.

Хирургическо лечение на заболяванията на макулата - д-р И. Шандурков.

Велики личности - лечители и учени в летописа на ХХ век: акад. Константин Пашев, проф. Иван Василев, - акад. П. Василева.

Очната повърхност при аутоимунни заболявания - д-р И. Кирилова.

Очни и системни прояви при синдрома на "халтавия клепач" - д-р М. Средкова.

Хирургично лечение на тумори - индикации и резултати - доц. д-р З. Златарева.

Рискови фактори за развитието на глаукома и катаракта. Как да запазим зрението? - проф. д-р Конарева - Костянева.

Лекциите започват от 9 часа, дискусиата - от 12,30 до 13 часа.

**Абонирайте се за**  
**Побързайте!** **2012 година!**

**Във всеки пощенски клон -**

**каталожен №401**



**Вестникът на българските лекари**

**ЕДИНСТВЕНОТО НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЛС!**

За цяла година - **21.60 лв.**

За 6 месеца - **10.80 лв.**

**РЕКЛАМНИ ТАРИФИ**

**за вестник "QUO VADIS"**

**Национално издание на Българския лекарски съюз**

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

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

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

**ПЪРВА СТРАНИЦА**

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

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

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

Цените са без ДДС.

Лого - първа страница под главата - 250 лв.

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

Отстъпки:

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

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

**ЗА САЙТА НА БЛС**

**I. Информация за сайта:**

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

Той съдържа информация за:

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

- Нормативни актове

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

- Актуален регистър на лекарите в Република България

- Актуална информация и новини

**II. Рекламен период:**

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

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

**III. Рекламни тарифи:**

**1. Реклами в сайта:**

Цени за 1 ден:

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

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

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

**2. Текстови обяви / Платени публикации:**

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

**3. Нестандартни рекламни форми:**

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

**IV. Плащане:**

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

✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

# Модерната хирургия у нас започва от д-р Карл-Роберт Щирлин и д-р Асен Петров

• И двамата забележителни лекари си отиват огорчени

Д-р Тотко Найденов

Продължава от миналия брой

"Хирургическото отделение е за всичко: ортопедия, голяма и малка хирургия, зъбно изкуство; малките операции заемат едно почетно място. Нека се има предвид и обстоятелството, че Хирургическото отделение разполага с 65 легла (45 мъже и 20 жени), само в краен случай с 5 повече, турени на земята, значи 70 легла за едно постоянно растящо число болни." Това са редове от доклад през 1901 г. за хирургията в Александровска болница, която е открита на 19 октомври 1884 година.

Модерната хирургия у нас вероятно, поне според мен, започва легоброенето си с назначаването през 1893 г. на швейцареца д-р Карл-Роберт ЩИРЛИН (1862 - 1928) за старши лекар на хирургичното отделение на Александровска болница. Бивш асистент на проф. Крьонлайн от Цюрих, той въвежда антисептиката у нас чрез елементарни, но непознати дотогава мерки: преваряване на инструментите и разделяне на болните в два сектора - за "гнойна" и "негнойна" хирургия. По този начин смъртността сред оперираните рязко намалява. Макар и едва 31-годишен, д-р Щирлин осъществява в България най-смелите за времето си операции: стомашно-чревни и дори черепно-мозъчни интервенции, пубичен достъп до пикочния мехур, струмектомия, херниотомии, отстраняване на аневризма, овариетомия, хистеректомия. По този начин обаче става обект на силна завист у мнозина колеги (ох, нашата хронична, неизлекувана и до днес българска болест и национално проклетие!), поради което след една тенденциозна несправедлива анкета бива уволнен от Александровска болница и се прехвърля в Клементинската, а не след дълго, непрегълтнал несправедливото си опозоряване, се връща в родната си - във Винтертур, Швейцария. Години по-късно проф. Параскев Стоянов ще го определи като "баща на модерната българска хирургия и пръв учител на нашите най-добри хирурзи".

Негов заместник през 1898 г. става великолепен д-р Асен ПЕТРОВ (1862, Плевен - 1920), дипломира се през 1889 г. с отличен успех в дала много лекари на България Медицински Университет на Монпелие. След като специализира хирургия в Париж и Виена, става старши лекар на хирургичното отделение в Пловдивската окръжна болница. За 25 години след новото си назначение развива огромна дейност и не случайно мнозина посочват именно него като създател на съвременната българска хирургия.

Д-р Асен ПЕТРОВ преустройва помещенията и операционните зали, въвежда обеззаравяването на персонала чрез

миене на ръцете с преварена вода, четка, течен сапун и изплакване с 1% сублимат, както и обличане в бяло стерилизирано облекло. Той пръв използва тънки плетени памучни ръкавици, които сменя неколкостранно по време на операция. Започва да практикува и дезинфекцирането на операционното поле с йод-бензин и йодова тинктура само 1 година (1909) след въвеждането на този метод в световната практика. В резултат смъртността рязко спада до 1,75%. Обезболява пациентите с титрована смес от хлороформ и въздух (чрез апарата на Рикард) още от 1907 г. Пръв помощници са му д-р Христо ТАНТИЛОВ и д-р Минко СОФРОНИЕВ (който е фактическият родоначалник на урологията в България). Успоредно с пренапрегнатата си работа, д-р Асен Петров организира и води курсове за специализанти и обучава десетки български хирурзи. Автор е на близо 100 труда от всички области на хирургията: общата, спешната, гинекологичната, урологичната, черепно-мозъчната, лицевата,

животоспасяващи медикаментни смъртност. Пръв у нас извършва стомашна резекция (1896 г., само 15 години след знаменития й автор Билрот), както и свободната кожна пластика по Тирш (1895), реконструктивната ринопластика (1894), дебелочревни резекции и затваряне на фистули на тънките черва. Автор е на нови операционни техники - операционна маса (1904), нож за отваряне на мозъчни абсцеси (1896), някои инструменти (1910).

С пълно основание трябва да определим д-р Асен ПЕТРОВ за родоначалник не само на стомашната, белодробната, чердробната, съдовата, неврологичната, ортопедичната, онкологичната и пластично-възстановителната хирургия, но и на реанимационната дейност в България. Той е новатор и в резекциите на артериални аневризми, варици, големи хемангиоми и лицеви хематосаркоми. Пръв у нас извършва ортопедични операции, като кръвно наместване и метална остеосинтеза на счупени ключици, рефрактура и зашиване с тел на неправилно зарастнала бедрена кост, артропластика при тежка артроза на тазобедрената става. Вероятно за пръв път в света (1909) резецира целия ляв дял на черен дроб (при голяма ехинококова киста); сред първите в света успешно интервенира и при комбинирани гръдно-коремни наранявания. Извършва близо 300 операции в пластично-възстановителната хирургия, почти всичките от които - за първи път у нас: корекции на носа и устните, присаждания на кожа и пр., както и на онкохирургията (премахва тумори на горната челюст, носа, стомаха и дебелите черва); сърдечно-съдовата хирургия (оперира и сърце - защитава прободен с нож перикард, извършва широка резекция на варици). При него се стичат пациенти не само от цяла България, но и от Русия, Германия, Италия. Винаги работи с огромно, завладяващо спокойствие; никога не избухва и не ругае сътрудниците си. Активен сторонник е на спешната хирургия. Става и член на Почетния легион на Франция.

При създаването на Медицинския факултет, в което взема най-дейно участие, д-р Асен Петров напълно заслужено и логично е избран от специализираната комисия за първи

Александровска болница



професор по хирургия у нас. Има защо: участвал е с доклади на 3 международни конгреса, публикувал е близо 100 труда от буквално всички области на хирургията - общата, коремната, гинекологичната, урологичната, черепно-мозъчната, лицевата, шийната, белодробната, ортопедичната, съдовата, онкологичната, пластичната и военно-травматичната. Изборът обаче не е утвърден от Академичния съвет на Софийския университет, поради... „политически причини“. (Петров не е членувал в "правилната" партия, която в момента е на власт. Колко познато и досадно условие за служебна кариера за нас, българите.)

Съкрушен и огорчен, преумореният не толкова от тежката си работа, колкото от интриги и черна неблагодарност,



Д-р Асен Петров

уважаваният от цялата колегия новатор и създател на съвременната българска хирургия, въвел най-модерните оперативни техники, обучил десетки ученици, спасил хиляди човешки животи, д-р Асен Петров получава тежък фатален инфаркт, едва 58-годишен... Така той неволно споделя нерадостната съдба на предшественика си д-р Щирлин, с тази обаче огромна разлика, че докато швейцарецът е прокуден само от страната от нашите родни завистници, Петров направен е смазан от тях - първо психически, после - и физически... Но за пръв път ли самите ние унижаваме или направо унищожаваме най-достойните си и заслужили хора?! Това е, уви, съдбата на почти всички талантиливи наши сънародници... Всеки лекар, който познава, макар и бегло, историята и бележитите личности на българската медицина, остава потресен, след като научава за безбройните удари "под кръс-

та", нанасяни на светилата, и то предимно от най-близки техни съратници. Наистина, понякога кариеризмът се свързва и с криминализма. И всичко това - в областта на най-чужданата професия!?

И се питаш: какво ново под слънцето на Майка България?!

"Д-р Асен Петров е велик български хирург. В летописите на българската хирургия името на тоя великан ще бъде записано на първо място!", заявява пред гроба му проф. Параскев СТОЯНОВ; справедливо, но, уви, закъсняло признание.

Синът на д-р Асен Петров - Марин ПЕТРОВ (1904 - 1981) не само продължава славния път на баща си, но и става професор и дълги години ръководи Катедрата по пропедевтика на хирургическите болести непосредствено след проф. Георги Капитанов. Бъдещият проф. Марин Асенов Петров завършва биология в Монпелие и медицина в Париж; още като студент оперира в клиниките на френската столица. Специализира в Лион, Страсбург, Рим и София. Поливалентен хирург като баща си, той е автор и съавтор на редица учебници и монографии, както и на над 150 научни публикации на най-разнообразна тематика - по обща, гръдна, коремна, съдова, ендокринна, мозъчна, периферно-нервна хирургия и ортопедия, внедрява нови оперативни методи (вкл. присаждане на стелове на плексус брахиалис, артериална реконструкция при артерио-венозна аневризма, присаждане на галеа апоневротика при дефекти на дура матер, присадки на гръбначномозъчни нерви и пр.). Създател и ръководител на първото българско неврохирургично отделение (в състава на армията по време на т. нар. Отечествената война), където оперира голяма част от ранените при боевете на Драва.

Успешно развива частната хирургия д-р Иван КОЖУХАРОВ (1867-1958), завършил медицина и специализирал във Виена при знаменития Теодор Билрот. За съжаление, частната му клиника, заедно с целия му архив, са унищожени при бомбардировките през 1944 г.

Макар д-р Асен Петров и д-р Димитър Михайловски да са извършвали първите оперативни метални остеосинтези, първият обособен хирург-ортопед е, по всеобщо признание, д-р Христо ТАНТИЛОВ (1871, Карлово - 1944), завършил медицина в Монпелие (1897), специализирал хирургия в Париж, Лондон и Виена. Началник на хирургичното отделение на Дивизионната болница в София, впоследствие той е основател и първи началник на отделението по ортопедия в Александровската болница (1911 г.). Конструира собствен апарат за лечение на фрактури в близост до става. Работи и в областта на детската хирургия (ехинокок, апендицит). За съжаление, и д-р Тантилов не получава необходимата административна подкрепа и отклонява вниманието си към други дейности - издава "Принос към историята на медицината в България", "По-разпространените хирургически болести в България" и др., избран е за главен секретар на БЛС, основава и ръководи единствената в света Лекарска кооперация за снабдяване и производство.



Д-р Христо Тантилов е главен секретар на БЛС

Приемник му е проф. Ганчо ГАНЧЕВ (р. 1913 г., с. Косарка, Габровско), който регистрира редица оригинални приноси: пръв у нас извършва резекция на левия чердробен дял, въвежда оригинални техники за затваряне на чревна фистула, изследва шока.

Друг от първенците в младата българска хирургия е д-р Димитър МИХАЙЛОВСКИ (1864, Елена - 1939), завършил медицина и специализирал хирургия в Париж. Подобно на повечето си колеги от онези времена оперира във всички области: коремна и дори белодробна хирургия, ортопедия, урология, гинекология. Пръв извършва шиниране с тел на счупена долна челюст (1895), апендектомия - най-честата коремна интервенция (1898), вагинална хистеректомия (1899), отстраняване на бедрена артерио-венозна аневризма (1899), оперативно отваряне на белодробен абсцес (1935). Също като д-р Асен Петров кандидатства за професор в Медицинския Факултет, но след като е отхвърлен, огорчен, се отдава предимно на частна практика.

Успешно развива частната хирургия д-р Иван КОЖУХАРОВ (1867-1958), завършил медицина и специализирал във Виена при знаменития Теодор Билрот. За съжаление, частната му клиника, заедно с целия му архив, са унищожени при бомбардировките през 1944 г.

Макар д-р Асен Петров и д-р Димитър Михайловски да са извършвали първите оперативни метални остеосинтези, първият обособен хирург-ортопед е, по всеобщо признание, д-р Христо ТАНТИЛОВ (1871, Карлово - 1944), завършил медицина в Монпелие (1897), специализирал хирургия в Париж, Лондон и Виена. Началник на хирургичното отделение на Дивизионната болница в София, впоследствие той е основател и първи началник на отделението по ортопедия в Александровската болница (1911 г.). Конструира собствен апарат за лечение на фрактури в близост до става. Работи и в областта на детската хирургия (ехинокок, апендицит). За съжаление, и д-р Тантилов не получава необходимата административна подкрепа и отклонява вниманието си към други дейности - издава "Принос към историята на медицината в България", "По-разпространените хирургически болести в България" и др., избран е за главен секретар на БЛС, основава и ръководи единствената в света Лекарска кооперация за снабдяване и производство.

Продължава в следващ брой



Маринчо Петров, родоначалник на фамилията, дала редица лекари на България

шийната, белодробната, ортопедичната, пластичната, костно-ставната и съдовата, в които споделя опита си от денонощно извършваните от него и екипите му хиляди операции; с други думи - работи със скалпела си по цялото човешко тяло, при изключително ниска за онези времена (без антибиотици, антикоагуланти и спешни



Д-р Михайловски в операционната зала

Проф. д-р Златимир Коларов:

# Мечтите са обречени да се сбъднат!



Кадър от филма

"Не е малко времето, което ни се дава, много е времето, което губим". Тази сентенция на Сенека е приел за свое верую проф. Златимир Коларов. С нея обяснява успехите си в различните поприща, с които се е захванал. Твърди, че мечтите са обречени да се сбъднат. Гарантирано! Ако човек истински вярва в себе си и си постави цел, нещата, рано или късно, се получават. А трудностите са за да може съдбата да изпробва доколко силно е желанието ни за нещо, казва той. И дава пример - който е искал да построи къща, го е направил, който е избрал да изучи децата си, лишавал се е, но накрая е постигнал желанието си. Всичко е въпрос на време и постоянство. И на надграждане.

Проф. Коларов е един от най-добрите ревматолози в България и в същото време е автор на множество книги - научни монографии, практични томчета за пациентите, разкази, повести, романи. По негови текстове са създадени и няколко филма. Многостранните си интереси обяснява със зодията - Близнаци. От нея идва и изключителната му чувствителност и любопитство към света. Казва, че живее в два паралелни свята. Единият е на изживяването, на емоцията, на досега с изкуството. Другият е светът на прагматизма, на разума, на логиката.

Решението да се отдаде на медицината взема в 11 клас, като основната роля при избора се пада на приятел на баща му - летец. Той успява да го убеди, че един мъж трябва да има сигурна професия, а любовта към историята и литературата може да превърне в свое хоби. Така и прави. Карьерата му преминава през отделенията по вътрешни болести в Бяла Слатина, Па-

зарджик и Пловдив. Специалността избира случайно, благодарение на проф. Солаков, който става и негов учител. Другият авторитет, на когото е безкрайно благодарен, е проф. Шейтанов. Той пък го убеждава, че ревматологията е златен професионален шанс, защото тепърва предстои да се развива. Колкото до останалите интереси - не ги предава. Напротив, успява да ги издигне на професионално ниво.

"За мен словото винаги е било предизвикателство.

Споделя, че играта с думите го забавлява. "Научната литература ми доставя голямо удоволствие и удовлетворение, защото това, което човек има, което е трупал с годините, е добре да го предаде на другите", продължава разказа си лекарят - писател. И допълва - дава този, който има. Художествената литература пък го зарежда с позитивна енергия. В книгите си достига до екзистенциалните въпроси за смисъла на живота, за отношенията между хората, за безсмислеността

го втъкнал по някакъв начин в текста, значи съм успял", откровеничи професорът.

## ТВОРЧЕСТВОТО

Като лекар, проф. Коларов логично започва с книги за пациентите. Първият том - "За човека, болестта и още нещо" има за цел да информира и ориентира болните, за да намерят своето място и да потърсят лекаря, който най-лесно и бързо ще им помогне. По-късно идва и вторият том, а след това и серия от книжки джобен формат за раз-

долната махала воюват помежду си, мъжете са убити. Останалите живи нямат избор - паят селото си и докато къщите им горят, играят в транс хоро. Стилът е магически реализъм. Д-р Коларов твърди, че не обича този стил, но той е дошъл с темата. С абсурда на насилието, родено в сърцето на Европа. Според него на бойното поле всички губят - едните живота си, а другите душата си. В книгата се изрича доказаната истина, че в една война няма победители.

Третата книга - "Бели полета", е роман за твореца, творбата и цената, която плащаме, за да създадем нещо. "Тази книга е най-нежното ми чедо. Тя е по-пространна, повече се леене словото, защото е приказка за деца. Има словесна многотия", споделя авторът.

Последната издадена книга на професора се казва "Зообалканика и хомобалканика" и е притчи за животни, които живеят на Балканите. Най-щастливо, разбира се, на нашите ширини, е магарето. Има магарешки тръни, свобода. "Половината от читателите казват, че са се спугали от смех, а другата - че книгата е много тъжна. Разбрах, че съм успял със сатирата, защото при нея се пише по смешен начин за тъжни неща. Като при Чаплин. Това е най-интуитивно написаната книга". Проф. Коларов разказва, че е почти готов за печат още един сборник с миниатюри, разкази и новели. Написани са 19 текста, които отново предлагат голяма дълбочина на емоцията, но повечето са доста тъжни. Затова писателят се надява да подготви още няколко по-жизнени творби, "за да може да се уравни черното с бялото".

## КИНОТО

Другата страст на проф. Коларов са сценариите за филми. Обяснява, че правенето им е коренно различ-



Кадър от филма

но от художествената литература. Написал е 14 сценария, пет от тях са реализирани. Документалният филм за Димитър Димов е отличен с първа награда на международен фестивал. Игралният филм "Пътят към върха" пък печели приз на Евро-азиатски фестивал в Оренбург, Русия. Златимир Коларов го описва като филм за любовта, приятелството и добротата, за безсмислието на враждата, за саможертвата, за конфликта между новото и старото. А също - за детето обединител. Най-прекрасното творение на нашия забързан свят. И за балканската жена, вкопчена като корен в земята българска, за да дава живот, да помага и да спасява.

Лентите са съвместно дело на писателя и съпругата му Валентина Фиданова-Коларова, която е кинорежисьор. "Никога не сме се карали толкова, колкото по време на снимки", смее се професорът. И твърди, че режисьорът е пълноправен господар в киното, а когато нещо не се получи, се казва, че сценаристът не си е свършил добре работата. "Пътят към върха" е продуциран от БНТ и в него участват Вълчо Камарашев, Бистра Туларова и 11-годишният Йоан Карамфилов. "Винаги съм искал да се докосна до киното, още преди да се запозная с жена ми", казва проф. Коларов. Може би точно затова се е намесила и съдбата. В момента успешният тандем завършва филм за Иван Динков. "Той е голям поет, но не е много познат. Привлече ни с това, че е изключителен хуманист. Той заявява: Някоя победа не връща мъртвите. Това е хуманизъмът", допълва професорът.

За да му стига времето за всичко, проф. Коларов се е научил така да го организира, че да не праросва ценните мигове. За целта си е изработил няколко принципа. Единият е с едно движение да постига поне три, а защо не и пет ефекта. Ако са по-малко, значи има излишен разход на време и енергия. Второто правило е буталото да има полезен ход и назад. Затова не се отказва от нищо. За него няма "едно или друго". Винаги избира да свърши и двете неща. "Моята философия е да вървиш в посоката, която си определил и всеки ден да слагаш по една тухличка", казва професорът.



На снимачната площадка - проф. Коларов, съпругата му, режисьорката Валентина Фиданова и синът им.

Бях на 11 години, когато започнах да "творя" първия си "роман". Сега, като се върна към тези писания, виждам неистовото желание на едно дете да се изразява с думи. Това е чувствителност, която намира да бъде изказана", споделя проф. Коларов. Според него, когато човек има някакъв талант, независимо какъв, той задължително се проявява. След което идва търсенето, желанието да се изпробват всички стилове, да се използват безкрайните възможности на езика.

та вражда, за насилието и жертвите... За да ги изкаже обаче са нужни години обмисляне. Смята, че понякога е необходима и по-пряка декларация на нещата. Да я "хвърлиш" в лицето на читателя или зрителя, за да го провокираш. "Едно произведение, за да има смисъл, за мен трябва да има последствие. Като го прочете човек, след това да си спомня за него. Освен това трябва да има интелектуална провокация. Да има усмивка на лицето и сълза в окото. Ако тези неща съм

личните заболявания. Другите няколко книги са строго медицински и по тях учат младите колеги на професора.

Най-любопитни са художествените творби на автора. Първата е повестта Ad absurdum. Тя е част от трилогия, като заглавията съзнателно са замислени да звучат като диагнози - на латински. Зад студената формулировка стои съдбата на един лекар, който се самоубива, заради диагностичен рак, който сам си е поставил. След аутопсията обаче се разбира, че няма заболяване. Идеята е ясна - не бива да се праросва живота. Той е най-ценното нещо, което имаме и трябва да го съхраним на всяка цена при всякакви обстоятелства.

Следващата книга - "Отблясъци от далечни светкавици", е сборник от следвоенни разкази. Посветена е на загиналите в Косово мюсюлмани и християни по време на Втората световна война. В нея е показан света на най-засегнатите от безумието на взаимното избиване - жените, децата и старците. Там, в едно село, където горната и



Носител на наградата „Димитър Димов“ от дружеството на лекарите - писатели.