

QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ



БЛС ДАДЕ МАНДАТ ЗА ПОДПИСВАНЕТО НА НРД 2020-2022

БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ
СЪЮЗ
71-ви ИЗВЪНРЕДЕН СЪБОР
13.12.2019 г., СОФИЯ

НРД 2020
ДА ИЛИ НЕ?



С 209 гласа „за“, 22 „против“ и 8 „въздържал се“ делегатите на 71-ия извънреден Събор на Българския лекарски съюз дадоха мандат за подписване на Националния рамков договор за 2020-2022 г.

В него са предвидени достатъчно направления за профилактични прегледи и ръст в цените на клиничните пътеки средно с 14 процента.

Спорният член, който ограничава броя на лекарствата за хронично болни, които касата искаше да плаща догодина - отпадна.

БЛС реши да отпаднат лимитите по легла за различни заболявания при прием в болница, когато лечебното заведение няма преразход след второто тримесечие.

В новия НРД е договорено да няма лимит за профилактичните прегледи, както и те да могат да се извършват дори когато пациентът е посетил лекаря си по повод остро състояние.

Планирано е процент от приходите на болниците да отиват за увеличение на заплатите на медиците.

На 71-вия си извънреден Събор делегатите одобриха договорените текстове с НЗОК

На стр. 6-7

Д-Р МИРОСЛАВ ЙОРДАНОВ

На стр. 4



СПАСИ ПАЦИЕНТ СЛЕД ДВУЧАСОВА РЕАНИМАЦИЯ

Д-Р ЯВОР ПЕЙЧЕВ С НАГРАДА ОТ

На стр. 5



AMERICAN HEART ASSOCIATION

- #ПребориГнева-Добрата дума лекува - стр. 2 и 3
- Позиция на УС на БЛС за срещата в МС от 16.12.2019 г. - стр. 3
- Продължаващо медицинско обучение - стр. 10
- Проф. д-р Р. Аргирова издаде книга - стр. 8

ПРИ КАШЛИЦА,
ЗА ВСЕКИ!

СТОДАЛ®
БЕЗ ЗАХАР



Хомеопатичен лекарствен продукт БЕЗ ЗАХАР.
За възрастни и деца над 18 месеца.

- Съдържа 8 активни съставки, традиционно използвани за лечение на кашлица.
- Стодал БЕЗ ЗАХАР успокоява СУХАТА и облекчава ВЛАЖНАТА кашлица!

Край и на капачето, което залепва!

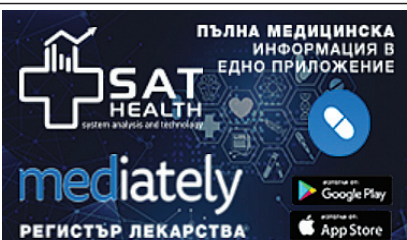


BOIRON®

Хомеопатичен лекарствен продукт без лекарско предписание. КХП20190028/08.02.2019

За пълна информация:

Южен парк, бл. 28, вх. А, ап. 6, 1408 София, тел.: (02) 963 20 91, 963 09 06;
факс: (02) 963 45 00, e-mail: boiron.bulgaria@boiron.bg
www.boiron.bg



КРАТЪК ПРОТОКОЛ

от на заседанието на Управителния съвет на Българския лекарски съюз, проведено на 4 декември 2019 г. Заседателна зала на офис на БЛС, София

На заседанието ПРИСЪСТВАХА общо 13 членове на УС на БЛС: д-р Иван Маджаров – председател на УС на БЛС, заместник-председатели на УС на БЛС: проф. д-р Николай Габровски, д-р Николай Брънзалов, д-р Стоян Борисов – главен секретар на БЛС и членове: д-р Лъчезар Томов, д-р Атанас Атанасов, д-р Евгени Душков, д-р Роза Анева, д-р Нели Нешева, д-р Гергана Николова, д-р Снежана Снегаров, д-р Ивелин Йоцов и д-р Христо Шивачев.

ОТСЪСТВАХА: доц. д-р Александър Заимов и д-р Методия Секуловски.

ПРИСЪСТВАХА И: д-р Асен Меджидиев – председател на Столична лекарска колегия на БЛС и д-р Ваньо Видков – заместник-председател на СЛК на БЛС.

Заседанието се проведе при следния

ДНЕВЕН РЕД:

- Обсъждане на параметрите на НРД – 2020 г.
- Разглеждане на предварителния финансов отчет (до 31.10.2019 г.) на УС на БЛС и приемане на проектобюджета за 2020 г.
- Разни.
- 3.1. Определяне на представители на БЛС за Общото събрание на Постоянния комитет на европейските лекари (СРМЕ) – 3-4 април 2020 г., Загреб, Хърватска.
- 3.2. Разглеждане на Правилник за работата на Контролната комисия на БЛС.
- 3.3. Предложения за промени в бордовете по специалности.

След станалите разисквания се взеха следните

РЕШЕНИЯ:

ПО ТОЧКА 1:

Управителният съвет на Българския лекарски съюз обсъди параметрите на Националния рамков договор – 2020 г., които са подготвени до момента.

ПО ТОЧКА 2:

Управителният съвет на Българския лекарски съюз приема за информация предварителния финансов отчет (до 31.10.2019 г.) на УС на БЛС.

Управителният съвет на Българския лекарски съюз гласува проектобюджетът за 2020 г. да бъде предложен за одобрение на Извънредния събор на 13 декември 2019 г.

Решението се приема с 12 гласа „за“, „против“ няма, „въздържали се“ няма.

ПО ТОЧКА 3

По точка 3.1.

Управителният съвет на Българския лекарски съюз определи за представители на БЛС за участие в Общото събрание на Постоянния комитет на европейските лекари (СРМЕ) д-р Иван Маджаров и д-р Николай Брънзалов, както следва:

- За участие в Общото събрание на СРМЕ, което ще се проведе на 3-4 април 2020 г. в Загреб, Хърватска;

- За участие в Общото събрание на СРМЕ, което ще се проведе на 3-4 ноември 2020 г. в Берлин, Германия.

Решението се прие с 12 гласа „за“, „против“ няма, „въздържали се“ няма.

По точка 3.2

Управителният съвет на Българския лекарски съюз гласува обръщение/декларация към колегиите на БЛС.

УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ,

За пореден път в последните и решаващи дни на преговорите между БЛС, НЗОК и МЗ по НРД едни и същи хора повдигат стари теми, които са видимо спекулативни и целят единствено отнемане на вниманието от важните текущи задачи на УС на БЛС. Напомняме, че миналата година по време на 69-тия Извънреден събор отново беше направен опит да бъде саботирана работата на Събора - като тогава беше поискано да бъдат разглеждани неизяснени и непроверени факти относно процедурата по построяването за Дома на лекаря.

По въпроса за разпространените спекулации УС на БЛС заявява следното:

- Към настоящия момент не съществуват неразплатени финансови задължения за членски внос на районните лекарски колегии към БЛС.
- Категорично заявяваме, че данните от регистъра на БЛС не са предадени на трети лица и не е взето решение, което да застрашава данните на лекарите, съдържащи се в него.
- Прави се опит за прокаране на Правилник за работа на КК на БЛС, който не е подаден в срок и тотално противоречи на Закона и на Устава на БЛС.

Във връзка с горепосоченото прилагаме подробна юридическа аргументация.

Решението се прие с 11 гласа „за“, „против“ няма, „въздържали се“ няма.

По точка 3.3.

Управителният съвет на Българския лекарски съюз отлага за разглеждане на заседанието на УС на БЛС на 12 декември 2019 г. разглеждането на предложението за промени във връзка с състава от експерти към Експертния борд по психиатрия при Български лекарски съюз след допълнителна информация от Юридическия отдел на БЛС.

Управителният съвет на Българския лекарски съюз отлага за разглеждане на заседанието на УС на БЛС на 12 декември разглеждането на предложението за промени във връзка с състава от експерти към Националния лекарски борд по неврохирургия към Бургаска лекарска колегия на БЛС за допълнителна информация от Юридическия отдел на БЛС.

Управителният съвет на Българския лекарски съюз гласува предложението от Българското дружество по гастроентерология за членове на Борда по гастроентерология от квотата на дружеството, във връзка с актуализиране на базата данни към Лекарския съюз, както следва:

- Проф. Красимир Антонов
- Проф. Деян Тонев Желев
- Проф. Крум Сотиров Кацаров
- Проф. Искрен Андреев
- Проф. Борислав Георгиев Владимиров
- Доц. Владимир Николов Андонов.

Решението се прие с 11 гласа „за“, „против“ няма, „въздържали се“ няма.

ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС:

/д-р Иван Маджаров/

ГЛАВЕН СЕКРЕТАР НА
УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ НА
БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ:
/Д-р Стоян Борисов

Изготвил:
Ю. Стоичкова
5.12.2019 г.

МЗ: НЯМА ПРОПУСКИ В ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБНИЯ ПРОЦЕС НА ПОЧИНАЛОТО ДЕТЕ

Министърът на здравеопазването Кирил Ананиев получи окончателния доклад от проверката, която възложи на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ /ИАМН/ по случая с починалото 3-годишно дете, съобщава medicalnews.bg

В Министерството на здравеопазването постъпиха и констативните протоколи както от проверките в лечебните заведения СБАЛДБ „Проф. д-р Иван Митев“, УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“ и УБ „Лозенец“, така и от практиката на личния лекар на детето.

Всички получени от ИАМН доклади – два предварителни и един окончателен, както и съпътстващите протоколи, независими експертизи и документи от хода на проверката, ще бъдат предоставени на Прокуратурата, която също се сезира по случая. Целта е да бъде оказано пълно съдействие на компетентните органи в хода на разследването.

Окончателният доклад потвърждава причината за смъртта на детето – тежка двустранна хеморагична пневмония (двустранни масивни кръвоизливи в белите дробове), причинена от вирусна инфекция, при която са възникнали и допълнителни усложнения – тежки двустранни кръвоизливи, полиорганна недостатъчност в надбъбречните жлези. Последните са от съществено значение за изключително бързото развитие на болестта. Проверката на ИАМН не е констатира пропуски в диагностично-лечебния процес.

С оглед приключването на проверката на ИАМН в трите болници, директорите на лечебните заведения са възстановени на работа

ДОБРАТА ДУМА ЛЕКУВА

Фотоконкурсът в рамките на инициативата „Добрата дума лекува“ продължава. Ежедневно получаваме писма от щастливи пациенти, които искат да кажат БЛАГОДАРИЯ на своите лекари. В този брой публикуваме още материали на участници в конкурса.

Условията – да ни изпратите снимка с Вашия лекар, придружена с кратък текст.

Д-Р ЗДРАВКО ПЕНКОВ

Диана Алексиева: Искам специално да благодаря на д-р Здравко Пенков и мед. сестра Маргарита Узунова, че посрещнаха на бял свят двете ми дечица - Мила и Виктор. Това са хора с големи сърца! Обичаме Ви!



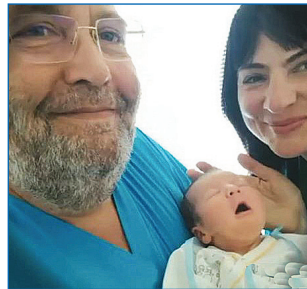
АКУШЕРКАТА КАТЯ ПАРВОВА

Нели Бунева: Акушерка Катя Парвова е жената, която винаги ще помня. Как могат да се забравят очи, пълни с топлина и сърце, преливащо от любов? Катя Парвова е от онези акушерки, които ти държат ръката, милват те по главата и правят всичко, за да се чувстваш спокойна. Благодарим Ви от сърце, скъпа Катя! Благодарим Ви за отдадеността и старанието, за грижите и обичта. Бъдете здрави и нека още хиляди бебечки да поемат първата си глътка въздух във Вашите ръце!



Д-Р ЗДРАВКО ПЕНКОВ

Наталия Стефанова: Благодарна съм на невероятния екип на д-р Пенков за възможността да изживя две спокойни и изпълнени с щастливи моменти раждания!



Д-Р КОСТАДИН ВЛАХОВ

Мария Пендова: Благодарение на професионализма и грижите на д-р Костадин Влахов, се възстанових след претърпени две тежки коремни операции. Едно огромно благодаря!



АКУШЕРКА ДЕСИСЛАВА ЗАХАРИЕВА

Марияна Качарова: Тя е специална за мен и ми подари първа среща с прекрасните ми синове Тони и Мартин! Млада е, но благодарение на нея и двете ми раждания се превърнаха в изключително емоционални и вълнуващи моменти! През цялото време ме държа за ръка и тези няколко часа, прекарани с нея, ще запазя завинаги в сърцето си. Тя превърна болката в удоволствие, минутите във вечност, а нейната усмивка грееше като слънце! Деси, обичам те и ти благодаря! Новия живот могат да посрещат само хора с големи сърца, а твоето е огромно и любящо!



Д-Р АНАТОЛИ ПАЦОВ

Елена Коева: Един голям професионалист, който е уверен в способностите си, с което вдъхва доверие в пациентите. След визитация д-р Пацов дойде да ми обясни със съвсем човешки думи и без излишни лекарски термини точно какво е направил. Сега, след операцията, съм с игла, която да изправи двете ми стави на ръката. Каквато и болка да предстои още да преживя, със сигурност си заслужава, защото ще имам пълноценно движеща се дясна ръка. Затова искам да изкажа своята "ДОБРА ДУМА ЗА СВОЯ ЛЕКАР, КОЙТО МЕ ЛЕКУВА" и да Ви кажа, че трябва да ценим Българските лекари, защото, дали искаме или не, животът ни до голяма степен зависи от тях и ние сме в техните ръце. Ето защо е моето голямо "БЛАГОДАРИЯ" към д-р Анатоли Пацов.



Д-Р ЖИВКА ЛЕХЧАНСКА

Павел Кожухаров: Много е важно за ценим и уважаваме точно тези лекари, защото преди всичко са хора, а после лекари. Тя не спира да откликва и до днес, по всяко време на денонощието, към мен и моето семейство. За нас тя е пример какво значи да си положил Хипократова клетва. Изказваме нашата най-искрена благодарност към д-р Живка Лехчанска и се надяваме да продължи да помага все така всеотдайно.



Д-Р ОЛЯ ЕНЕВА-МИТОВСКА

Г-жа Димитрова: Добро отношение, добра дума и точно диагностициране! Мисля си, че такива лекари трябва да имат призвание! Д-р Оля Енева-Митовска, БЛАГОДАРИЯ!



Д-Р МОМЧИЛ САРИЕВ И АКУШЕРКА ИРЕНА КОРНОВСКА

Мартина Солис: Добрата му дума лекува. Изключителен Лечител с Добро Сърце, което пазеше всички ни през цялата бременност.

Усещах Доверие, Сигурност, Спокойствие, Безгрижие през цялото време, от първия ден досега. Благословена съм, че изживях това. Благодарим Ви!



СПЕШНИТЕ МЕДИЦИ ОТ ФСМП ГР. БЕЛЕНЕ

Даниела Димитрова: Рядко се срещаме за тях, но винаги, когато животът ни се изплъзва. В най-критичните моменти те винаги са до мен – медиците от ФСМП – гр. Белене. Професионализъм, Човечност, Доброта. При поредното им посещение, забелях морално остарял ЕКГ апарат. Обещах си при първа възможност, да им купя нов такъв, в знак на огромна признателност. На 13.11.2019 г. изгълних обещанието си (на снимките моменти от получаването на даренето с екипите на смяна д-р Александрова, д-р Фичев, фелдшер Гьдуларова). Да е им честит! Пожелавам им повече спасени човешки сърца!



Д-р Александрова, д-р Фичев, д-р Димитрова, д-р Христов, фелдшер Пироева, мед. сестра Мънева – моите СПЕШНИ АНГЕЛИ. В човешкото сърце винаги остава поне още една капка сила-докато е живо, докато се надява, докато вярва. Аз им вярвам!

За да се включите и Вие в инициативата на БЛС „Добрата дума лекува“, изпращайте снимки с Вас и лекаря, на когото искате да благодарите, придружени от кратък текст през страницата на БЛС и на адреси: pr@blsbg.com и quovadis@blsbg.com.

Изпратените материали ще се публикуват на сайта на БЛС, на Български Лекарски Съюз и във в. "Quo Vadis". Жури в състав: ръководството на БЛС и фотограф ще определи най-вздействащите фотографии и с тях ще бъдат организирани изложби.

ПОЗИЦИЯ НА УС НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

Български лекарски съюз с безпокойство проследи срещата в Министерски съвет, последвали-те публикации в медиите и тиражираните в публичното пространство внушения и твърдения. Безпокойство, породено от факта, че специалисти, с които ние работим ежедневно в екип, индиректно застанаха срещу нас - лекарите.

По време на срещата, съзнателно или не, се насади внушението, че лекарите са "лоши хора с големи заплати". Внушение, внасящо допълнително напрежение в съсловието, задълбочаващо конфликта и противопоставянето между работещите в сектора. Създаде се ситуация, от която не печели никой - нито специалистите по здравни грижи, нито лекарите, най-малко пациентите. Ситуация, в която има само губещи.

Остро възразяваме срещу направените внушения, че „парите за здраве отиват в джобовете на лекарите“. Същите тези лекари, които застават с имената си и във всеки един момент, могат да бъдат подведени под съдебна отговорност.

Цитираните по време на разговорите лекарски заплати са единици, нещо повече – немалка част от специалистите по здравни грижи у нас получават по-високо възнаграждение от исканото от тях (две минимални работни заплати). Заплатите на лекарите и специалистите по здравни грижи у нас зависят от приходите на болницата от клинични пътеки, т.е. от лекуваните в даденото лечебно заведение пациенти.

БЛС не е спирал да се бори за достойното заплащане на своите колеги. Съсловната организа-

ция поиска и успя да извоюва в НРД 2020-2022 да има осезаемо повишение на цените на клиничните пътеки - единствен за момента законен начин за повишаване на приходите на лечебните заведения и респективно - приходите на работещите в тях. За първи път БЛС извоюва да се запише минимален процент от приходите на лечебното заведение, които да са гарантирани за заплати на лекарите и специалистите по здравни грижи. Нещо повече: като страна в преговорите по Националния рамков договор Съсловната организация покани и за първи път ръководството на БАПЗГ присъства на преговорите.

БЛС многократно е заявявал, че не подкрепя лошите практики и злоупотребите, многократно е настоявал - има ли виновни те да бъдат наказвани с цялата строгост на закона. Всеки опит за обобщение и внушаване на групов вина е неправилен и опасен. Пътят на решаването на проблемите в системата обаче не е чрез спекулации, ултиматуми и лов на вещици. Нито чрез обострянето на отношенията между специалистите, които работят всеки ден заедно, рамо до рамо, под огромно напрежение, борейки се за спасяването на човешки животи.

гр. София
17.12.2019 г.

Д-р Иван Маджаров
/ Председател на БЛС /

ПЪРВАТА ОТ СЕРИЯТА ИЗЛОЖБИ ПОД НАДСЛОВ „ДОБРАТА ДУМА ЛЕКУВА“ БЕ ОТКРИТА В СГРАДАТА НА НАРОДНОТО СЪБРАНИЕ

Снимки на лекари и техните благодарни пациенти бяха изложени в парламента

Във фоайето на Народното събрание бе открита фотографска изложба под наслов "Добрата дума лекува".

Експозицията е организирана от Българския лекарски съюз и е своеобразно продължение на националната кампания срещу насилието над медици.

Изложбата съдържа фотографии, придружени с лични истории на пациенти, които разказват за доброто и за получените лекарски грижи.

Една от най-докосващите истории е тази на Роза Найденова. От 10 години тя се опитва да зачене. След няколко неуспешни инвитро процедури, чудото се случва благодарение на грижите на д-р Йосиф Димитров.

Ето защо благодарната майка реши да върне жеста със своята „Добра дума“:

„Мисля, че в България са останали много достойни лекари и преди всичко хора и не са напуснали тази страна, а са останали да помагат на българските граждани. Благодарение на д-р Йосиф Димитров и неговия прекрасен екип имам това прекрасно дете.“

Самият д-р Йосиф Димитров е категоричен - добри думи трябва да идват не само от пациентите, а и от лекарите: „Когато човек се държи добре и е толерантен, тогава му отговарят със същото. Всичко е взаимно.“

Изложбата беше открита от председателя на Народното събрание - Цвета Караянчева. На събитието присъства и здравният министър Кирил Ананиев. А председателят на Българския лекарски съюз д-р Иван Маджаров припомни как се роди кампанията „Добрата дума лекува“:

„Тази кампания стартира като продължение на предишната, която се бореше с агресията срещу лекарите.“, разказа д-р Маджаров и допълни: „През сегашната кампания отправяме



призив към хората, които имат да кажат нещо добро за своя лечител да ни изпратят снимка с едно послание. Получи се много добре според мен.“

През последните години насилието над медици у нас се отроява като сериозен проблем. От Български лекарски съюз продължават да настояват за по-строги наказания за тези, позволили си да посегнат на медицинско лице.

„Този проблем не е само проблем на нашата държава, наблюдава се и в много други страни, но това не означава, че ние ще спрем да се борим с него. Колкото повече говорим за доброто, толкова по-малко ще бъдат случаите на насилие над

лекари, като разбира се, параделно трябва да вървим и към промени в законодателството. Да се обявим за по-строги наказания спрямо тези, които си позволяват да нападат лекари и медицински сестри на работното им място. Трябва да се помисли и за подобряване на мерките за сигурност в самите лечебни заведения“, припомня д-р Маджаров.

Изложбата от снимките с усмихнати лекари и благодарни пациенти ще остане в централното фоайе на НС до края на годината. Кампанията ще продължи и през следващата година. Предстои фотосите да гостуват на различни болници в страната.

След смъртта на 3-годишно дете: БЛС ПОДКРЕПИ МЕДИЦИТЕ ОТ ТРИТЕ БОЛНИЦИ

Българският лекарски съюз застана зад медиците, чиито имена бяха спрягани в случая със смъртта на 3-годишно дете. От съсловната организация са категорични, че екипът от Детската болница е бил обвинен несправедливо за фаталния изход.

„За съжаление този нещастен случай доведе до това, че неоснователно бяха обвинени колеги, които се бориха за живота на детето. Стигна се дотам, че обезкървената специалност „Педи-

атрия“ да получи отлив. Стигна се дотам уважавани лекари да бъдат опетнени без доказателства. Ние имаме право да се защитим, заставаме до колегите си.“, заяви председателят на БЛС д-р Иван Маджаров.

ПРОФ. Д-Р НИКОЛАЙ ГАБРОВСКИ, Д.М.Н. ПОЗДРАВИ МЛАДИТЕ ЛЕКАРИ ОТ ВИПУСК 2019 НА МФ КЪМ СУ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“

На 9 декември в препълнената аула на СУ "Св. Климент Охридски" звуча Хипократовата клетва. Тя беше произнесена от завършилите седмия випуск на Медицинския факултет към Софийски университет.

180 млади лекари, медицински сестри и абсоленти, завършили „Медицинска рехабилитация и ерготерапия“ на випуск 2019, получиха дипломите си от ректора проф. Анастас Герджиков.

Зам.-председателят на БЛС проф. д-р Николай Габровски, д.м.н. поздрави младите колеги: „Ще очакваме Вашите идеи, да споделяте с нас проблемите си и да търсим заедно решение. - заяви проф. Габровски и допълни - Каквото и да се случва, бъдете себе си, не се отказвайте. Това е изключителна професия, която е свързана с много труд, предизвикателства, разочарования, но и успехи. Продължавайте напред, следвайте



пътя си в професията, която ни дава привилегията да помагаме.“, допълни зам.-председателят на БЛС.

Проф. Николай Габровски награди отличниците на Випуск 2019. Почетен знак на БЛС и грамота получиха 3 дами, които са пълни отличници – д-р Ирена Михайлова, д-р Гергана Петрова и д-р Айлин Кафелова.

128 ГОДИНИ ОТ СЪЗДАВАНЕТО НА ВМА

Д-р Иван Маджаров беше сред гостите на събитието



„Да бъдеш член на екипа на структура, която има 128 годишна история, е отговорност, задължение, но и привилегия, която дава повод за гордост.“ Това заяви д-р Иван Маджаров на състоялата се през декември официална церемония по повод честването на 128-мата годишнина от създаването на Военномедицинската академия (ВМА).

„За поредица поколения ВМА и структурите към нея, бяха еталон за професионализъм, а в някои случаи и последна надежда за тези, които търсят помощ. В сегашните времена, в които на изпитание е поставено доверието към медицинската наука, доверието към лекарите, ВМА е тази, която продължава да бъде остров на доверието, място, където, въпреки бурните времена и промени, не се позволи нито за миг да се постави под съмнение професионализмът на работещите тук. Пожелавам Ви, развивайки своя професионализъм и във военната, и в медицинската наука, гордо да носите знамето на медицината, основано на доказателства и да бъдете тези, които да не позволят съвременното невежество да убие надеждата в медицината“, каза председателят на БЛС.

Президентът Румен Радев заяви, че днес здравната ни система е съпътствана от редица

неуредици, често и с бездушие, но все повече хора имат вяра на ВМА, защото тук здравето е висока ценност. Директорът на Военномедицинска академия генерал майор проф. Венцислав Матуфчийски допълни, че през настоящата година са реновирани повече от 10 клиники и много помощни звена към ВМА с обща стойност над 21 млн. лв. със средства от бюджета на болницата. "Ние успяхме не да натрупаме дълг, а да отделим от собствените си средства, за да създадем едни отлични за работа условия, при които вие заслужавате да работите. Пациентите стават все повече и Академията всяка година бележи ръст с около 3 000 души, които предпочитат да се лекуват във ВМА", изтъкна проф. Мутафчийски.

Десетки военни и цивилни служители на ВМА бяха наградени по случай 128-мата годишнина от създаването на Академията. Д-р Иван Маджаров връчи отличията на:

Професор д-р ВЕНЦИСЛАВ ЦВЕТКОВ, д.м. – началник на Клиника „Ушни, носни и гърлени болести“

Д-р КРЕМЕНА ПЕТКОВА, д.м. – главен асистент в катедра „Урология и нефрология“

Д-р МАТИН ГИЛЕВ - лекар, ортопедия и травматология в Клиника по ортопедия и травматология в МБАЛ - Варна

Д-р ИЛИН ГАДЖЕВ - началник на Второ отделение по физикална и рехабилитационна медицина в БПЛР - Хисаря



Нужен е механизъм, по който лекарите да могат да отписват пациентите си

Български лекарски съюз за пореден път изразява своето възмущение от агресията срещу лекари, медицински сестри и пациенти, проявена от пиан и въоръжен мъж в ДКЦ-1 на УМБАЛ-Бургас. Органите на реда са задържали 53-годишен мъж, който е криминално проявен.

Случаите на нападения, заплахи или „юмручно право“ се превърнаха в ежедневие. Вместо да се вземат мерки, сме принудени

да наблюдаваме поредното посегателство. Затова БЛС настоява да бъде създаден работещ механизъм, по който да бъдат защитени в достатъчна степен правата на лекарите и да им бъде дадена възможност те да отписват пациенти с агресивно поведение.

Регистрационната форма за избор на ОПЛ е вид договор, в който и двете страни се ангажират с определени задължения. Ле-

карят също следва да има правото да прекрати договорената връзка с пациента, особено когато този пациент представлява реална опасност за живота на лекаря.

Важно е, чрез съвместни действия и единност, да създадем предпоставки за промяна на обществените нагласи в посока на уважение и връщане на доверието на хората към всички, работещи в системата на здравеопазването.

СПАСИТЕЛЯТ В БЯЛО

Младият д-р Мирослав Йорданов върна към живота пациент, изпаднал в клинична смърт два пъти

За историите от ежедневието на д-р Мирослав Йорданов се пишат книги и се правят филми. В реалността младият лекар от Горна Оряховица е главно действащо лице. Пациентите, пристигащи в спешния център в града, са в тежки, а понякога и в курioзни състояния. 28-годишният лекар е помогнал на жена с пчела в ухото, а в началото на декември спаси пациент, изпаднал в мозъчна смърт след двучасова реанимация. Как и защо д-р Йорданов реши да се занимава със спешна медицина – разказва самият той в интервю за в. „Quo vadis“.

- Кога и как решихте да се занимавате с медицина?

Медицина реших да уча още в шести клас. Тогава давах по телевизията сериала „Спешно отделение“ и разбрах, че това е моето призвание. Всеки път го гледах с голямо нетърпение. През всичките тези години, докато учех в гимназията, мечтаех да стана спешен лекар.

- Как и кога попаднахте в спешното отделение на болницата в Горна Оряховица?

- В Горна Оряховица попаднах случайно. Търсех си второ работно място на половин щат. Тогава работех на основен договор в ЦСМП - Плевен. Видях в интернет обяви за работа в Спешна медицина - Горна Оряховица, обадих се и след два дни отидох на интервю. След интервюто бях назначен и останах на мястото, за да видя какъв е алгоритъмът на работа във филиала. Много ми допадна,



всъщност това беше първото ми дежурство. Работя в Горна Оряховица от месец февруари 2018 г.

- Дежурствата ви сигурно са много динамични. Кой е най-куриозният случай, на който сте попадали по време на прак-

тиката си?

Дежурствата са винаги много различни едно от друго. Понякога има много амбулаторни прегледи, някои, от които са доста спешни. Друг път имаме много повиквания, комбинирани с много амбулаторни прегледи. Всеки случай е интересен сам по себе си, понеже в нашата професия никога 2 и 2 не прави 4. Въпреки че понякога диагнозата е изписана на челото на пациента, в допълнение с оплакванията, се оказва, че има много още неща.

Куриозен случай в Горна Оряховица беше една пациентка с попаднала пчела в ухото. Насекомото беше предизвикало сериозна локална алергия, непоносима болка и тежка вестибуларна криза. Куриозен е и станалият известен случай с двучасовата реанимация, тъй като цялата реанимация се правеше на ръка. Реанимацията сама по себе си беше доста дълга. Пациентът многократно изпадаше в клинична смърт. След пълното му възстановяване се оказа, че реанимацията във всеки един момент е била професионално осъществена, тъй като нямаше мозъчен дефицит след клиничната смърт.

- Как успяхте да се справите с тази ситуация?

- Пациентът постъпи в състояние на клинична смърт. Започнахме реанимация, интубация, из-



куствен сърдечен масаж, медикаментозно лечение. След 35 минути пациентът възстанови сърдечна дейност, макар и несъвместима с живота - камерно мъждене. Проведахме серия от дефибрилации. Самият случай показва колко е ценно времето при нас. Ако пациентът беше останал без реанимационно лечение за 3 минути, щеше да настъпи мозъчна смърт, което е необратимо състояние.

- Винаги е било интересно за хора като мен, а и предполагам за останалите, как лекарите успяват да запазят самообладание при извънредни ситуации?

- Самообладанието е най-важното нещо в спешната медицина. Ние се сблъскваме с много различни случаи. Сблъсваш се с миризми, телесни течности (кръв, гной, повръщани материали). Това е налице при почти всеки пациент и няма как да работиш спешна медицина, ако не можеш да запазиш самообладание. Това е най-ценното и важно за успеха.

- Защо избрахте точно спешна помощ? Не е ли това едно от най-инфрактивните места за работа?

- Спешна медицина, както споменах, исках още от шести клас. Това е едно от най-динамичните места, където всяка секунда е

много ценна, както за една тежка съчетана травма, така и за шок, кома, интоксикация. Трябва да знаеш всяко едно спешно състояние, какъв е алгоритъмът на поведение и да реагираш мигновено.

В същото време това е една от най-неблагодарните професии. Свързана е с много стрес, безсъние. Не можеш да работиш на друго място, освен в спешна помощ (не можеш да работиш на кабинет, в отделение). Сама по себе си професията е нископлатена, което я прави непривлекателна за колегите.

- Кое нещото, което според Вас най-силно Ви свързва с професията?

- Нещото, което ме свързва най-много с професията е именно спасението на човешки живот. Неопируемо е усещането, когато дойде един пациент почти недишащ, с 40-41°C температура, посинял... На който след два дни му няма нищо и дойде да ти благодари, най-вече защото е спасен.

- Как определяте отношението на пациентите спрямо лекарите у нас? Кое е най-важно в работата Ви с тях?

- Най-важното при работата с пациентите са добрите комуникационни умения. Човек идва в спешния център най-често поради някаква болка. Болката сама по себе си е

субективно чувство, което човек приема по различен начин. Често пациентът е тревожен за себе си, отделно неговите близки са притеснени. Всеки иска да знае какво се случва с него, дали е нещо сериозно. Отделно има случаи, когато пациентът идва в изключително тежко състояние и несъзнателно и комуникационните умения имат водеща роля в нашата професия.

- Има ли достатъчно възможности за развитие за младите лекари в България?

- Относно възможностите за развитие - има в големите болници от ранга на УМБАЛ - университетските болници, където има страшно много апаратура, съвременен лечебен, много възможности за работа и развитие.

- Каква е Вашата оценка за българското здравеопазване и според Вас има ли възможност за положителни промени?

- Българското здравеопазване определено е на доста добро ниво. Визират диагностиката и лечението на заболяванията имат съвременни клиници на европейско ниво. Има винаги какво още да се желае. Основен проблем са неосигурените пациенти, които в повечето случаи нямат никаква възможност да си платят осигуровките. Става много трудно с тяхната хоспитализация, а техният брой не е никак малък.

- Мислили ли сте да напуснете страната или да отидете да лекувате в друг град?

- Никога не бих напуснал родината си. Имал съм възможности, но не съм искал. Като студенти много мои колеги ходиха по програма „Еразъм“ на обмен в различни страни, голяма част от състудентите ми отидоха да работят в различни европейски държави. Бих отишъл в различни страни за специализация и обучение, но не бих останал в друга страна.

- С какво се занимава д-р Йорданов, когато не носи лекарска престилка?

- През свободното си време се занимавам с различни неща - спорт, туризъм, разходки. Играя шах, обичам да четя книги да пазарувам.

- Как си представяте себе си след 10 години?

- След 10 години си се представям като лекар, работещ спешна медицина, вече имащ специалност „Спешна медицина“.

Интервю на
Милена Енчева



Д-Р ЯВОР ПЕЙЧЕВ: В БЪЛГАРИЯ РАБОТЯТ ЛЕКАРИ С МОДЕРНО МИСЛЕНЕ И ВСЕОТДАЙНОСТ В РАБОТАТА

Д-р Явор Пейчев е роден през 1961 г. в град Русе. През 1980 г. завършва английската езикова гимназия в Русе. През 1988 г. се дипломира като лекар - магистър в Медицински Университет - Варна. През 1992 г. провежда специализация на тема „Лечение на сърдечните аритмии“ във Фрайбургски Университет, Фрайбург, Германия. През 1993 г. е на специализация по проблемите на кардиопулмоналната ресусцитация в Мичигански Щатски Университет, Мичиган, САЩ. През 1994 г. придобива специалност по вътрешни болести, а през 1997 г. - специалност по кардиология. През 2013 г. придобива професионална квалификация „Експертно ниво по ехокардиография“.

През 1988 г. започва работа като участъков лекар в III-та поликлиника на Първостепенна Окръжна Болница - Русе. От 1990 до 2005 г. е кардиолог към клиниката по кардиология към УМБАЛ „Св. Марина“ - Варна. От 2005 г. до сега работи като кардиолог към клиниката по кардиохирургия в УМБАЛ „Св. Марина“ - Варна.

От 1990 г. е асистент, а от 1998 г. - главен асистент към катедрата по вътрешни болести на Медицински Университет - Варна.

През 2018 г. защитава дисертация и придобива ОНС „Доктор“ по специалността „Кардиология“.

Има специални научни интереси в областта на аортната стеноза, ехокардиографията, сърдечната недостатъчност, ритъмната патология и болестите на оперираното сърце.

Участва в множество български и международни научни форуми.

Автор е на множество научни публикации в



български и международни списания.

Взема участие в изследователските клинични проекти: CONVINCЕ, HERO-2, TRIUMPH, ESTEEM и CORONA.

Член е на Българския лекарски съюз, Дружеството на кардиолозите в България, Асоциация „Сърце - Бял дроб“, Европейското кардиологично дружество и Американската сърдечна асоциация.

Владее писмено и говоримо английски и руски език. Женен, с едно дете.

- Д-р Пейчев, бяхте удостоен с награда за най-високо класиран научен абстракт на конгреса на American Heart Association. Разкажете ни повече за наградата, конгреса и Асоциацията.

- С удоволствие. От 16 до 18 ноември т.г. във Филаделфия, Пенсилвания, САЩ се проведе редовният конгрес на American Heart Association - Scientific Sessions 2019. Кандидатствах за участие на този конгрес, като представих научна работа, с която се занимавам през последните няколко години. Имах, разбира се, ясното съзнание, че нивото и критериите на този научен форум са изключително

високи и битката няма да бъде лесна. За голяма моя радост, работата ми беше одобрена и приета за участие на Scientific Sessions 2019. Ще спомена само, че това е втора научна работа с мое участие, класирана на този форум - първата беше на Scientific Sessions 2004 в New Orleans, Louisiana. Представената от мен научна работа тази година беше удостоена и с награда за най-високо класиран научен абстракт. Наградата в категорията „Научен абстракт“ представлява отличителен сертификат (диплома) (на снимката - б.р.) и лента „International Scholar“. Тази награда е на името на доктор Paul Dudley White - един от ос-

нователите на American Heart Association, чиято история започва преди близо един век - през далечната 1915 година. Тази награда, за мен, както и за останалите колеги, удостоени с нея, беше дадена на специална научна сесия - „Paul Dudley White International Lecture and Session“, модерирана от президента на American Heart Association проф. д-р Робърт Харингтън.

- Каква беше Вашата работа, която представихте на конгреса? На каква тема?

- Моята работа беше представена на постерна сесия. В нея се разработва проблема за влиянието на артериалната хипертония върху прогнозата на

пациентите с високостепенна калцификационна аортна стеноза след хирургично протезиране на аортната клапа. Касае се за един важен проблем от ежедневната клинична практика, който често остава неразпознат и се подценява. На сегашния етап въпросите по тази тема са повече от отговорите.

- Можете ли да ни ориентирате приблизително за броя на участниците на Конгреса?

- Трудно ми е да посоча определена цифра. По принцип American Heart Association Scientific Sessions е един от най-големите кардиологични форуми в света - като ниво на достиженията на науката и

технологии, дискутирани и представени там.

- Как се организира участие на Конгреса на American Heart Association?

- Пътят, по който се върви, е приблизително еднакъв за всички големи световни и европейски научни форуми. В това отношение Scientific Sessions не правят изключение. Конгресът е ежегоден и по традиция се обявяват тематични насоки. Авторите, които имат свои изследвания и разработки в съответните области, могат да кандидатстват в определените срокове. Представените работи на кандидатите се оценяват от специализирани комисии по ясни и строги критерии и доколкото знам - напълно „на сяло“, без да са известни имената на автора, произхода на работата и т.н. Така се избират работите, които ще бъдат допуснати до участие на Конгреса. Оттам нататък, нещо, което ме изненада - очевидно е имало допълнителни процедури по класиране в различните направления, за отличаване на някои от научните разработки. В направлението „Най-високо класиран научен абстракт“ имах щастие да бъда допуснат и аз, наред с други колеги, за което бяхме наградени с това отличие.

- С каква продължителност е конгресът на American Heart Association?

- Форумът Scientific Sessions 2019 продължи 3 пълни дни, като работата на конгреса започваше сутрин, за някои от научните сесии в 06:30, за други - в 7:00, но винаги много рано и продължаваше през целия конгресен ден до 18:30 - 19:00 часа.

- На базата на Вашия опит, можете ли да определите от Ваша гледна точка къде се намира България като качество на здравеопазване, технологична обезпеченост и ниво на специалности в областта на кардиологията?

- Въпросът е много специфичен. Не съм специалист и не мога да се ангажирам с оценки за системата на здравеопазването. По принцип считам и вярвам, че българското здравеопазване е на ниво, напълно съизмеримо с европейското и световното. В България се подготвят и работят отлични лекари - с модерно мислене и с всеотдайност в работата.

Убеден съм в това. Това е като оценка, но и моя вяра в лекарската гилдия. Българският лекар е на европейско и световно ниво. Имам основание да мисля, че българското здравеопазване, независимо от трудностите на пътя, по който вървим, все пак е сведено до нуждите на болния човек, което в крайна сметка е голямата цел на нашата работа.

- Кои сърдечносъдови проблеми срещате най-често при пациентите?

- Нека първо кажем, че няма маловажни болести. Има по-разпространени, по-често срещани. Такива са сърдечносъдовите, мозъчносъдовите заболявания, захарният диабет. Във връзка с научната работа, която представих на Scientific Sessions 2019, специално ще кажа, че проблемите на калцификационната аортна клапа стеноза днес, по всеобщо мнение, са в праймтайма на кардиологията, наред, разбира се, с коронарната болест на сърцето и сърдечната недостатъчност.

- Все по-настойчиво днес говорим за превенцията и личната отговорност за здравето. Имаме ли добра здравна култура в това отношение?

- По принцип превенцията е много съществено, много важно направление. Смятам, че хармоничното съчетаване на превенция и лечение може да се постигне единствено със съвместните усилия на лекарите, съсловните организации, обществото, социалните и икономическите фактори. Само такъв комплексен подход може да доведе до по-добър здравен статус на населението.

- Планирате ли или може би вече работите по други подобни международни участия?

- Един лекар не трябва да се задоволява с частичния и временен успех или да се разочарова от неуспеха. Пътят на търсенето в науката е осеян с тях. Лично аз сега съм амбициран още повече да участвам и в други научни форуми, като вече имам някои конкретни идеи в тази посока.

Интервю на Георги Радев



The American Heart Association

Presents this

Paul Dudley White
International Scholar Award

To Recognize the Authors with the Highest Ranked Abstract
from Bulgaria at Scientific Sessions 2019

Yavor Dimitrov Peychev

Donald Lloyd-Jones, MD, ScM, FAHA
Chair, Scientific Sessions Programming Committee

American Heart Association

Manish R. Patel, MD, FAHA, FACC
Vice-Chair, Scientific Sessions Programming Committee



Д-р Пейчев с други участници
в конгреса на American Heart
Association - Scientific Sessions
2019

БЛС ДАДЕ МАНДАТ ЗА ПОДПИСВАНЕТО НА НРД 2020-2022

С 209 гласа „за“, 22 „против“ и 8 „въздържал се“ делегатите на 71-ия извънреден Събор на Българския лекарски съюз дадоха мандат за подписване на Националния рамков договор за 2020-2022г.

Според документа цените на над 200 клинични пътеки ще бъдат завишени средно с около 14%. В същото време ще се намали с около 7 на сто лимитът за прием в болница. Мерките са опит да се пресече източването на НЗОК през

ненужни хоспитализации и да се насочат средства към лечението на болните. Националният рамков договор бе подробно разискван от БЛС. Съсловната организация даде мандат на своето ръководство да го подпише.

АКЦЕНТИ

Д-р Ст. Борисов – гл. секретар на УС на БЛС



71-ят извънреден събор на БЛС беше открит от председателя на УС на БЛС. Главният секретар на съсловната организация представи отчет за финансовото изпълнение на бюджета на съсловната организация и беше приет проектобюджет за 2020 г. Акцентите в болничната помощ бяха представени от проф. д-р Н. Габровски, д.м.н, в ПИМП – от д-р Николай Брънзалов. МДД бяха представени от д-р Снежан Снегаров, а СИМП – от д-р Валери Веселинов.

Проф. д-р Николай Габровски д.м.н. зам.-председател на Български лекарски съюз



Сигурно всички искаме да сме без рамки, но за съжаление се сънявям, че това някъде е възможно да стане. Тази година рамката е по-голяма за чистите. Виждате, че има увеличение с около 10% на бюджета, който е за болнична помощ и това ще бъде 2 млрд. 250 млн. лв. почти. Аз не смятам, че дебатите, които са водени и които се водят всяка година са без значение. Ние безспорно сме в рамка, но рамката, в която сме, може да бъде моделирана.

Тази година се опитваме да направим промяна в начина, по който се разпределят тези средства. Има нарастване на броя на клиничните пътеки през годините. През 2016-та те са 1 200 000, после нараства на 1 900 000, а през тази година се очаква да нараснат на 2 350 000. Виждате за какво стръмно покачване става дума.

Ако запазим тази тенденция, следващата година би трябвало да очакваме 2 500 000. Мисля, че всеки от вас знае колко е населението на България и каква част от това население трябва да прекара това време в болница, за да се покрият тези параметри.

Всъщност, за да няма дефицит, в което обичайно щяхме да кажем – имате 10% повече, за догодина се чакат 2 500 000. Ами да вдигаме бройките и да продължаваме по същия начин... Сегашният преговарящ екип реши да се опита да промени тази логика. В България вече от години средният брой хоспитализации е 2 пъти по-голям от средния за Европа. За България това са около 330 хоспитализации, при средно за Европа 160.

И тук дойде външност и решението, което беше базирано на един много възлов момент от миналогодишните преговори, а именно създаването на рамка, в която се харчат пари. Знаете, по-рано, че СИМП, ПИМП и болнично-медицинска помощ, лекарствата, всичко беше един общ бюджет и не се знаеше кое къде отива. Постоянно ни обясняваха, че едното е на едно място и не го виждаме, защото е отишло там и т.н. Всъщност през 2019-та година за пръв път с ограничаването на възможността за прехвърляне на пари от перо в перо, ние добихме реална представа кой за какво какви пари харчи. Това даде възможност да се мисли напред. Напред значи предложението тази година да решим да не вдигаме обемите и да не стигаме абсурдните два милиона и половина, а напред дори обратното, да мислим в посока намаляване на броя на хоспитализациите.

Като се има предвид, че сме над нормата за Европа, мисля, че никой от нас не приема сериозно, че тези хоспитализации са по реални медицински индикации или да приемем, че те са толкова занежени, че наистина част от тях подлежат на сериозен медицински коментар.

Догодина решихме да заложим на по-нисък прием и очакваме той да падне с около 7%. Защо направихме това? Защото, ако бяхме повишили до два милиона и половина, както стана дума, трябваше да задържим същите клинични пътеки. Ако приемем, че приемът ще бъде същият, както е бил 2019-та година, трябваше да направим едно увеличение от порядъка на 8-10%. Докато, ако заложим намаляване на очаквания обем, ние можем да заложим още по-голямо увеличение на цената на клиничните пътеки.

Всъщност това, което се опитваме да направим и беше договорено е следното: на преминал пациент ние сега сме получавали около 750 лева, а сега очакваме, ако наистина намалим приема така, както би било разумно, да имаме средна цена на пациент от 866 лева, т.е. 14% увеличение. Това беше продукт на един много тежки и продължителни разговори и в крайна сметка според нас, при условие, че през последните 10 години почти не са променяни пътеки, това е много голям успех и възловото в този случай е най-вече промяната в логиката, към която са вървели нещата.

Т.е. ако приемем това НРД, за пръв път ще се случи нещо различно за последните 10 години. Резултатите от тези преговори са едно увеличение на 251 клинични пътеки и 7 клинични процедури с около 14%. За нас това е пробив, тъй като знаете, че през последните 10 години, с малки изключения подобни неща не са се случвали. Това ще ни позволи да бъдем с по-висока финансова ефективност, ще имаме възможност за прием над лимита, ще имаме възможност за нови дейности. Тук не става дума за 3-годишно НРД, ние можем във всеки един момент като страна – БЛС да инициира преговорите по тези условия.

Всичко това е важно не само като цифри, които дават по-добри условия на съсловнието, но е важно и като една промяна на философията и ако ние успеем да пренастроим нашата машина, нашия начин на мислене, за да бъде в синхрон с тази нова философия, то в бъдеще ние ще можем да говорим все по-често и за повишаване на цени, и за нови дейности, и за развите на медицината.

Д-р Николай Брънзалов – бюджета в частта ПИМП зам.-председател на Български лекарски съюз



Показатели	ЗБНЗОК 2019	ЗБНЗОК 2020	Увеличение 2020 г. лв.	Увеличение 2020 г. %	% от общия бюджет 2020
1	3	4	5	6	7
Всичко приходи и трансфери	4 350 003 000	4 744 704 900	394 701 900	9%	
Разходи:		83 400 000			
ПИМП	225 000 000	250 000 000	25 000 000	11%	5%
СИМП	250 700 000	267 700 000	17 000 000	7%	6%
МДД	90 000 000	97 300 000	7 300 000	8%	2%
БМП	2 001 464 400	2 247 282 600	245 818 200	12%	47%
Медицински изделия	104 000 000	110 000 000	6 000 000	6%	2%
Други ЗОП-леч. чужбина	160 431 800	70 094 200	-90 337 600	-56%	1%
Лекарства общо	1 117 800 000	1 243 800 000	126 000 000	11%	26%
Дентална помощ	167 000 000	179 800 000	12 800 000	8%	4%
Резерв за неотл. нужди	127 105 300	139 222 000	12 116 700	10%	3%

Опитахме се да договорим най-добрите условия, които бяхме коментирали по-рано. Общият бюджет на НЗОК е увеличен спрямо 2019 г. с 9%, здравноосигурителните плащания с 8%. Частта ПИМП от 225 млн. за бюджета на НЗОК за 2019 г., ще бъде 250 млн. за 2020 г., т.е. увеличение с 25 млн., което е 11%. С разпределението по пера, за съжаление, изоставаме и трябва да бъдем много настоятелни като съсловие.

Проблемът при детското здравеопазване към днешна дата е голям на всички нива, не само на ниво ПИМП. Там трябва да заявим нашето виждане, че тази дейност трябва да бъде стимулирана. Има данни, че то е възприето.

Другият акцент е да бъдат отделени повече средства за дейности, а не за капиталация. Съотношението е някъде около 39% към 63%, като стремежът е да се акцентира върху дейности.

Първоначалното ни настояване беше да се освободят от регулация не само профилактичните прегледи, по които има различни дейности, в т.ч. и изследвания, а да бъдат освободени от регулация и диспансерните прегледи, които се водят от нас, защото те всички са в Наредба 8, която е по-висок нормативен акт от самия НРД и неизпълнението на дейности по нея водят до санкции. За съжаление всичко е въпрос на финансова рамка... Но все пак успяхме да постигнем успех при профилактичните прегледи – дори при изчерпан регулативен стандарт в края на месеца, когато обикновено въпросните талончета свършват, ние нямаме причина да отказваме профилактичен преглед, който се заплаща като дейност и той ще бъде осъществен.

На колегите ОПЛ ще им бъде заплащано за проведен профилактичен преглед на ЗОЛ, обхванало се към личния си лекар по повод на остро заболяване. Тук попада групата, която действително издържа бюджета на НЗОК. Това ще бъде да рефлектира върху процента на здравноосигурителните лица, които са обхванати като профилактична дейност. Статистиката показва, че ОПЛ повишават процента на обхват – днес вече е около 53%, допреди години беше 37%.

Надявам се, че най-после ще бъде решен и проблемът с чл. 49. Той е много специфичен, защото е трудно да се изчисти текстът до степен да бъде еднакво разбираен от всички страни – както от страна на договорния екип на НСОПЛБ и от страна на преговорния екип на НЗОК. Чете се по един начин от контролните органи на РЗОК, по друг от колегите ОПЛ. Първоначалното предложение на НЗОК мен ме изуми – то не кореспондираше нито с медицинската наука, нито с нашите разбирания.

Единствената промяна, след проведения Национален съвет на НСОПЛБ, на който присъства и д-р Маджаров, беше старият текст на чл. 49, но да се поясни, че лекарства се изписват по здравна каса в България по Наредба 4 на МЗ, тя е добре написана. Не може колеги да бъдат глобявани, заради различни интерпретации. Подобни санкции са неприемливи и лишени от медицинска и всякаква логика. Чакаме всеки момент официално да получим потвърждение за промяната на този член.

Голяма част от поставените от БЛС искания по време на преговорите бяха изпълнени. Сред тях:

- увеличаване на цените на 251 клинични пътеки и 7 процедури средно с 14%;
- намаляване на обемите в размер 7 на сто;
- в НРД да се запише, че болничното лечебно заведение не може да заплаща по-малко от 35 на сто от месечния приход на лечебното заведение от Националната здравноосигурителна каса за лекари и специалисти по здравни грижи (съответно 22 на сто за лекари и 13 на сто за специалисти по здравни грижи, работещи в болницата);
- лекарят без специалност ще има право да извършва дейности под субординирана координация на лекар със специалност;
- при надвишаване на регулативния стандарт, който е определен за профилактика на общопрактикуващия лекар, да не се налагат глоби и да не бъде лимитиран. Отпадане на регулацията и за изследванията при профилактика;
- увеличаване средно с 18% на цените на МДД (медико – диагностичните дейности);
- увеличаване средно със 7 на сто на цените в СИМП за първичен преглед, първичен профилактичен преглед по програма „Майчино здравеопазване“, вторичен преглед, медицинска експертиза и др.;
- диференцирана цена за процедура № 3 в зависимост от това дали се

изпълнява в легла на ОАРИЛ и КАРИЛ или в интензивни легла по специалност.

Няма да има промяна в рамковия договор по отношение на изписване на терапите за хронично болните пациенти. В чл. 49 ще бъде добавено предложението на общопрактикуващите лекари, че се работи по Наредба 4. Договорено е още общопрактикуващите лекари да могат да правят профилактични прегледи на пациенти, които са ги потърсили и по други поводи.

Съборът гласува още 2 допълнителни текста, които да бъдат изпълнени през 2020 година. В противен случай няма да бъде подписан НРД. Те имат следното съдържание:

- текстовете в НРД 2020-2022 г., които касаят съответствие на изпълнението на индивидуалния договор на ЛЗБП с броя легла, да бъде съгласно брой легла, с който лечебното заведение е изпълнявало договора през 2019 г.;
- в случай че в края на 2020 г., след извършен анализ, се констатира липса на опасност от преразход на средствата за БМП, БЛС се ангажира да започне преговори с НЗОК да отпадне отчитането на дейностите, лимитирани по вид болнични легла по отделения, като отчитането да се извършва на база общ брой легла в лечебното заведение.

АКЦЕНТИ



Д-р Иван Маджаров председател на УС на Български лекарски съюз

От миналата година в закона за здравното осигуряване е записано, че разговори по бъдещето на НРД започват още с публикуването на средносрочната бюджетна прогноза в Министерството на финансите. Този момент съвпадна и с омази ситуация, в която имаше напрежение със заплатите на педиатрите. Управителният съвет се възползва от ситуацията и настоя да се освободят 50 млн. лв. от резерва, с които се вдигнаха цените на значителен брой клинични пътеки. В педиатрията, особено в тежката педиатрия, с 30 %, детска хирургия, инфекциозни бо-

лести, кардиология, раждане.

Това го казвам, защото трябва да се има предвид после, като видим с колко се повишават сега цените. Тези цени, които действат от средата на тази година влияят на бюджета за следващата. Т.е. това процентно увеличение реално се добавя към увеличението, което договорихме в последните месеци.

След това, свързано и с обстановката в страната, разбира се, имаме непрекъснати срещи с оперативното ръководство на НЗОК и с ръководството на Министерството на здравеопазването, където голяма част от нещата, които ще бъдат докладвани от колегите, бяха договорени още лятото. Т.е. бяхме си подготвили така нещата, че в есенния период само да се стиковаме относно реалната стойност на бюджета и реалните възможности на НЗОК да заплаща дейности през 2020 година.

Поставихме въпросите, които не бяха гласувани на предишния събор миналата година. Управителният съвет взе решение да настояваме за увеличаване на бюджета на НЗОК, съобразен, разбира се, с растежа на минималната и средната работна заплата през 2020-та година. Да се стартира процедура по изплащане на надлимитна дейност за минали години, да намалим обемите за първи път през следващата година, които през всяка година се залагат все по-големи, за да усвоят предвиденото увеличение на бюджета. Да постигнем увеличаване на клиничните пътеки поне с 15% средно, държавата да заплаща 1,50 лева лекарска такса за преглед на дете. В НРД да бъде записан задължителен минимален процент за заплащане на медицинските кадри.

По отношение на надлимитната дейност сме изискали от касата да ни дава справка какво се случва.

Тъй като в медийното пространство и всички различни варианти на икономии от 68 до 300 милиона в бюджета на касата към август месец, в крайна сметка ще трябва да признаем, че не успяхме, тъй като от страна на министерството не постигнахме съгласие за изплащане за надлимитна дейност с реализираните икономии с мотива, че трябва да има тълкувателно решение на ВКС дали тези искания ще бъдат спечелени, за да се предприемат компенсаторни плащания. Ето защо с реализираните икономии се взе решение да се изплати авансово декемврийската дейност, тъй като тези пари не могат да се харчат

за друго, нито от болнична помощ, нито от НРД, по добре да отидат отново за болнична и да подпомогнат бюджета за 2020 година.

Като, забележете, в бюджета на НЗОК за догодина там някъде между редовете е записано, че за пръв път се предвижда да се изплащат с предимство суми по спечелени дела за надлимитна дейност. Т.е. за пръв път касата приема, че вероятно ще са й необходими около 30-40 милиона през следващата година или за спечелени, или за суми, които са в резултат на решение на ВКС. Надявам се да бъде по-бързо.

Дойде октомври месец и беше публикуван бюджетът на НЗОК за 2020 година. В него се вижда, че за ПИМП има увеличение с 19 милиона, за СИМП с 14, МДД с 4, болнична и медицинска помощ с 233 милиона.

Веднага след това управителният съвет взе решение, че ще настояваме между първо и второ четене в бюджета за извънболнична помощ да се добавят 3Х6, 6 за ПИМП, 6 за СИМП, 6 за МДД, за да постигнем поне някакъв резултат в повишаване на цени.

След приемането на второ четене на закона се оказа, че сме чути частично – 6 милиона за ПИМП и по 3 милиона за СИМП и МДД, което, категорично казвам, че не приехме и отново с интензивни разговори, с ежедневни преговори, с аргумента, че не може да се подхожда по този начин – успяхме да постигнем допълнително още по 2 милиона за СИМП и МДД, за да не бъде огромна разлика.

Искахме ни се да бъдат още по 1 млн. за всички, но в крайна сметка с експертните групи по СИМП и МДД стигнахме до извода, че би могло да се отстъпи, ако се разпределят тези средства по начина, по който ние предлагаме.

Със сигурност има още много неща, които трябва да се постигнат, ние не сме очаквали, че ще подпишем ново НРД, защото ние работим по същата нормативна уредба, същия закон за здравно осигуряване. Няма как да напишем ново НРД, то е писано повече от десетки години, може би от половината от вас и участници, които са другата страна. Опитахме се да добавим някои неща, които считаме, че са важни, за да оптимизираме работата. Аз смятам, че това, което успяхме да постигнем е една крачка отново напред, а не назад.



Фотограф: Георги Георгиев



ПРОФ. Д-Р РАДКА АРГИРОВА ПОСРЕЩА 2020 С КНИГА

На изискан прием проф. д-р Радка Аргирова, д.м.н. представи своята книга „Псевдоним вирус с окраска диверсия“. За написването на текста проф. Аргирова се е доверила на Юлия Пискулийска. Това е документална хронология за историята на СПИН у нас, но не само. Авторката разказва изключително интересни събития около професионалния си живот - на един от най-изявените учени в областта на вирусологията - неразбирането, стигмата, ДС и криворазбирания морал.

Проф. д-р Радка Аргирова, д.м.н. е родена на 04.11.1944 г. Още в този ден започва нейната необикновената история. По време на раждането ѝ е акуширал нейният баща, който е бил лекар. Същата нощ той тръгва към Западния фронт с Българската армия, воювала на Трети украински фронт.

Проф. Аргирова завършва медицина в МУ-София през 1969 г. На следващата година заминава да продължи образованието си в Москва, в Институт по вирусология „Ивановски“. През 1985 г. става ст.н.с. II ст. по вирусология към БАН. В 1994 г. защитава докторска дисертация по HIV, а 3 години по-късно става професор по вирусология. В периода 1980 – 1981 г. специализира в Институт по туморна биология, Фрайбург, Германия – стипендиант на фондация „Alexander von Humboldt“. Два месеца през 1989 г. е стипендиант в Северозападен университет, Чикаго, САЩ на фондация „Fogarty“.

Проф. Р. Аргирова е организатор и завеждащ на първата у нас Централна лаборатория по СПИН – за диагностика и лечение на инфекцията към НЦЗПБ в София. В периода 1995 – 1997 г. е представител на България в Управителния съвет на Глобалната програма по СПИН към СЗО и член на щаба на Глобалната програ-



Проф. Аргирова посрещаше лично гостите

ма по СПИН към СЗО – Женева – представя страните от Централна и Източна Европа. 1995 – 1997 г. е зам.-министър на здравеопазването и Главен санитарен инспектор на Р България.

Проф. Аргирова е председател на Българското дружество по медицинска вирусология, зам.-председател на Хумболтовия съюз в България, член на редколегиите на списания „Biotechnology and Biotechnological Equipment“, „Медицина и фармация“, главен редактор на списание „Детски и инфекциозни болести“.

Промоцията на нейната книга „Псевдоним вирус с окраска диверсия“ беше оригинално решено в столичен клуб, със специалното участие на актрисата Татяна Лолова, която представи на публиката части от текста. Сред гостите на събитието бяха лекари, учени, изследователи, журналисти и хора, с които съдбата е срещнала проф. Аргирова в нейния житейски и професионален път.

По време на събитието проф. Аргирова направи ретроспекция на събитията от далечната 1986 г. – годината, когато думата „СПИН“ неминуемо се свързваше с „пандемия“.

В речта си към гостите, проф. Аргирова сподели:

Добър вечер на всички, ще Ви нарека „приятели“, защото в случая всякакъв протокол е излишен. Сред нас са хора на високи позиции и такива, с които сме се трудили заедно на терен. Общото между всички Вас е, че по един или друг начин сте свързани с мен – било в миналото или настоящето; еднократно или многократно; в тежки или в щастливи мигове. Така че първо искам да благодаря на всички Вас, че уважихте моето събитие и отделихте

ИСТОРИЯТА НА СПИН В БЪЛГАРИЯ

ПСЕВДОНИМ ВИРУС С ОКРАСКА ДИВЕРСИЯ



ЮЛИЯ ПИСКУЛИЙСКА

от времето си да присъствате на представянето на книгата ми, която в продължение на 3 – 3,5 години пишем с Юлия. Срещнахме много трудности при написването ѝ.

Застанала съм пред Вас и с едно чувство на отговорност – чувствам тежестта му да разкажа това, за което много малко се знае и се говори съвсем откъслечно. Не защото засяга единствено мен. Прехвърлях много и не беше леко. Но то не засяга единствено мен. То, смело мога да кажа, засяга цялата българска наука, много хора около мен, колеги, болни, заразени... Засяга и цялото ни общество, а и цялата медицинска обществено-научна сфера. Затова намерих за необходимо тази история да бъде описана.

Разбира се, Юлия (Юлия Пискулийска – бел.ред.) веднага откликна на моето желание. Тя се справи великолепно с десетки страници документи от Главно след-

ствено управление, доноси, папки, доклади, докладни записки... следва поредица от дела, съдебни производства, досъдебни производства и... следсъдебни сигурно, които непрекъснато се появяваха като бариери. Имах чувството, че ето на – ще прескоя последната бариера, но... следващата вече беше поставена.

- Защо се получи всичко това?

Ще започна с предисторията. Веднага след като завърших медицинското си образование и разпределението си от една година, заминах за Москва да изучавам ретровирусите, защитих дисертация на тази тема при световноизвестен вирусолог. Върнах се в България и продължих да работя в същата насока. Казвам това, за да стане ясна ситуацията около въпросите, които ми бяха задавано в Главно следствено управление (ГСУ). Те звучаха така:

- Защо на Вас са Ви дали този вирус?

- Защото съм ретровирусолог и това е ретровирус.

- Добре де, а Вие откъде знаете той как се предава?

- Ами просто е – всички вируси от това семейство се предават по един и същи начин. Само че досега нямаше човешки представител. Сега вече има. И с него по цял свят се занимават почти изключително ретровирусолози.

Тези отговори не задоволяваха напълно хората, които „бдяха“ над националната сигурност и които много държаха да ни пазят от всичко. И какво се оказа – от противоречие в противоречие – от какво ни пазят? От мен! Отне ми месеци да говоря и убеждавам, че вместо да чакаме HIV вирусът да „стъпи“ на българска територия спонтанно, без никой да знае за това, би трябвало да работим по този въпрос – да започнем да говорим в обществото, да започнем да го култивираме, да го изследваме, да внесем диагностични тестове и да започнем да работим по тази инфекция. Това много трудно се разбираше от ГСУ.

От друга страна стояха хората от МЗ – тогавашният министър проф. Шиндеров, който е вирусолог, акад. Малеев и др., които много добре разбираха важността на тази дейност. И каква беше ситуацията – до обяд ме разпитваха в ГСУ, а следобяд култивирах и работех с вируса, защото ни трябваше антиген и т.н. В същото време ставаше въпрос за това, че каквото и да правим, то няма особен смисъл, ако държим обществото в информационно затъмнение. По света мно-

го се говореше за тази нова епидемия, докато у нас сведенията бяха много противоречиви и доста неразбираеми за обикновените хора. И аз започнах всяка седмица по два дена да изнасям лекции по ТВ. Започнахме системно обучение и образование сред рисковите групи. Спомням си една забавна случка сега... Решихме, че трябва да проведем информационна кампания сред жените, предлагайки платена любов. За целта поканихме техни колежки от Амстердам. Куриозното беше, че накрая се оказа, че ползите са били взаимни.

Всеки вторник правех пресконференция, в която се изнасяха новите данни, касаещи инфекцията. За щастие страната ни беше и е с ниско разпространение на HIV. Какво се случва? Става някой от висшестоящите и казва – ами щом сме толкова малко, защо правим всичко това, защо трябва да го говорим всичко това – часове ТВ и радио време се хаби за нещо, което го няма. Какво неразбирание само...

С други думи говорим за тотална липса на отношение към първичната профилактика. И доста хора, дори от МЗ, се съмняваха в нуждата от подобна информационна кампания! По същото време в Холандия и др. държави имаше толкова много хора, болни от СПИН, че всяко семейство имаше близък или познат, който страдеше от коварната болест.

Товава си спомням, че казах една фраза, която стана много популярна по-късно в СЗО „Момент... ние ще чакаме да станем като Холандия ли – във всяко семейство да има близък, познат с HIV?! Тогава ли да започнем да говорим?! Не е ли по-добре да започнем сега? Оръжието ни ще бъде една добра лаборатория и много, много говорене, добра здравна просвета, обучение, обяснения, информация!“

И днес все още не сме преодолели много от бариерите и стигмата!

Проф. Аргирова закри събитието с фразата:

Т.НАР. БОРБА СЪС СПИН ТРЯБВА ДА БЪДЕ БОРБА С РАЗПРОСТРАНЕНИЕТО НА ВИРУСА, А НЕ БОРБА С ХОРАТА, КОИТО СТРАДАТ ОТ HIV!

Г. Радев



Проф. Аргирова представи акценти от книгата



На сцената от ляво надясно: Татяна Лолова, проф. Р. Аргирова, Юлия Пискулийска

НЕСТАНДАРТНА ПРОГРАМА В САЩ ЗА БОРБА С ХИПЕРТОНИЯТА

Идеята е фармацевти да правят прегледи в бръснарниците

Националната програма на САЩ за борба с хипертонията да включва разполагане на фармацевти в бръснарски салони, традиционно посещавани от афро-американци, предложиха специалисти в рамките на конгрес по кардиология. Според разработчиците на проекта това ще доведе до предотвратяване на хиляди инфаркти и инсулти и ще намали смъртността, като паралелно здравната система би спестила \$870 млн. на година.

Изследването, водено от Д-р Дрив С. Кази от ц-р Смит за изследвания на резултатите в кардиологията на МЦ „Beth Israel Deaconess“, Бостън, намира своите основания, базирайки се на работата на покойния д-р Роналд Г. Виктор. Д-р Виктор установява, че ако бръснарят има в салона си фармацевт, когото представи на свои дългогодишни клиенти, за да им бъде измерено кръвно-то и евентуално да им бъде назначена терапия, е

много ефективна практика.

За афро-американците високите нива на кръвно налягане са сред най-често срещаните здравословни проблеми. Проучването на д-р Виктор, проведено в Лос Анджелис, показва редуциране на проблема в експерименталната група с 21 пункта спрямо контролната.

Тнар. „черни бръснарници“ в САЩ са своеобразни обществени центрове, „където чернокожите мъже идват на всеки 3-4 седмици“, казва Кази и добавя: „Те са в приятелски отношения с бръснаря си. Това е зона на доверие. И в тази зона пристига фармацевт, когото познават, с когото работят тясно - тогава те изграждат отношения на доверие.“

На базата на тези данни д-р Кази и неговите колеги изчисляват клиничния и икономически ефект, ако програмата бъде въведена на

национално ниво. Те констатираха, че така разположени, фармацевтите ще успеят да стигнат до над 822 000 човека годишно. С това биха се предотвратили повече от 1300 смъртни случаи от сърдечни заболявания, 1600 инфаркта и 5100 инсулта.

Това би спестило на системата на здравеопазване \$870 млн. – сума, в която не влизат разходите от загубата на работоспособност, в т.ч. и за семейството на болния. Предварителните изследвания бяха представени миналия месец на Научните сесии на American Heart Association.

Според д-р Кази ефективността на метода се състои в това, че пациентите получават нужната помощ бързо, без да съществува неудобството да се записва час и да се купуват регулярно медикаменти. При тази програма тези бариери са преодолени. В неговата крайна степен, проучването на д-р Кази показва, че „системата на бръснарниците“ запазва своята здравна и икономическа ефективност, дори ако се отчетат разходите, които ще се генерират от един по-дълъг период на старост и характерните за него медико-социални грижи.



Потенциалните пречки пред въвеждането на тази иновативна идея е получаване на по-широка подкрепа от платците в системата на здравеопазването и въпроси, свързани с логистиката и обучението на фармацевти.

Изниква, разбира се, и въпросът за ролята на фармацевтите като първични доставчици на медицинска помощ, тъй като тяхната роля традиционно е различна.

Доц. д-р Орли Вардени от университета в Минесота каза, че „през последните 3 десетилетия ролята на фармацевтите като клиницисти се е разширила значително. Всъщност да видите такива данни е вълнуващо и би трябвало да се поощряват повече такива изследвания.“

Пред идеята стоят още много предизвикателства и неизвестни, но според д-р Кази „това е програма, която има потенциала да спаси голям брой човешки животи и си струва да се инвестира в тази посока.“

Екип разработи първия по рода си IN-VITRO 3-D модел на нервна тъкан

Изследователи от Университета на Илинойс в Урбана-Шампейн успешно използвали стволови клетки за проектиране на жива биохибридна нервна тъкан за разработване на 3-D модели на невронни мрежи, което би помогнало при изучаването на човешкия мозък и тези мрежи.

Първият автор Гелсън Паган-Диас-Диас сравнява произведената тъкан с процесора при



компютрите. „Способността да формираме триизмерна тъкан, състояща се от неврони, може да ни даде възможност да разработим тъканни модели за тестване на лекарства или за „биопроектори“ за компютри“, каза Паган-Диас.

Да се изследва мозъкът на жив човек е огромно предизвикателство. Използвайки 3-D модел извън тялото е начин да се даде на изследователите нов инструмент, за да разберат по-добре начинът, по който той функционира. Тези модели ще помогнат да се разбере как се образуват аномалии, напр. какво поражда болести като Алцхаймер.

Екипът успя да създаде 3-D геометрия на жива тъкан, изработена от неврони, които могат да бъдат активирани със синя светлина. Тези тъкани могат да бъдат използвани за изучаване на сложните мозъчни процеси и за тестване на нови лекарства. Това би означавало и ограничаване на опитите с животни.

„Ако можем да контролираме как тези неврони комуники-

рат помежду си, да ги тренираме, използвайки оптогенетика, ако можем да ги програмираме, тогава е възможно потенциално да ги използваме за изпълнение на инженерни функции“, каза Башир, декан на Grainger College of Engineering, към чийто екип е Г. Диас. „В бъдеще надеждата ни е, че като успеем да проектираме тези нервни тъкани, ще можем да започнем да реализираме биологични процесори, респ. биокомпютри.“

Проектът е публикуван в Proceedings of the National Academy of Sciences. Той е вдъхновен от работата, извършена преди пет години, която създаде функциониращи мускули, в която работата изследователи от лабораторията на Башир създадоха био ботове, които могат да ходят посредством електрическа или светлинна стимулация.

Освен тестването на медикаменти, екипът е особено заинтересован от възможността да проучи начина, по който тези мрежи биха могли да развият способност за обучение и памет.

ИЗЛЕКУВАХА ЖЕНА С ГЕННА ТЕРАПИЯ

С т.нар. молекулярни ножници модифицираха ДНК-то на пациентка със сърповидноклетъчна анемия

С т.нар. молекулярни ножници модифицираха ДНК-то на пациентка със сърповидноклетъчна анемия

С генна терапия лекари от Нашвил успяха да излекуват жена с генетично заболяване на кръвта – сърповидноклетъчна анемия (дрепанцитоза), съобщава www.skenetnews.com. Генотът на Виктория Грей бе модифициран през лятото и на страданията ѝ бе сложен край, предаде Франс прес.

„Откакто навърших 11 години, се надявах да се излекувам. След като ми присадиха нови клетки, се възвърна желанието ми да прекарвам повече време със семейството си, без да се страхувам, че ще имам болки и ще се наложи да се вземат спешни мерки“, заяви 34-годишната пациентка, подложила се на експерименталната терапия.

В разстояние на няколко седмици лекарите са взимали кръвни проби, преди от кръвта да бъдат извлечени свързаните със заболяването й клетки – стволови клетки в костния мозък, произвеждащи червени кръвни телца, които в организма ѝ са деформирани. След това въпросните стволови клетки са били изпратени в лаборатория в Шотландия, където тяхната ДНК е модифицирана с помощта на технологията Crispr/Cas9, известна като молекулярни ножници. След това генномодифицираните клетки са вкарани обратно в организма на Виктория.

„Случи се чудо“, споделя месец по-късно жената, след като организъмът ѝ вече произвежда нормални червени кръвни телца. Не е ясно

дали ефектът от прилагането на метода ще е продължителен, но теоретично погледнато, тя е излекувана за цял живот.

„Става въпрос за една-единствена пациентка, но резултатите са впечатляващи“, отбелязва от болницата „Сара Кенън“ в Нашвил.

В Германия 19-годишната жена бе лекувана със същия метод срещу друго заболяване на кръвта – бета-таласемия. Преди това тя се е нуждаела от 16 кръвопреливания годишно. Девет месеца по-късно вече няма нужда от тях.

„Напредъкът е много бърз“, заяви френската генетичка Еманюел Шарпантие, която е сред откривателите на метода Crispr/Cas9. Този метод е своеобразна революция, макар всичко все още да е в експериментален стадий.

През 2019 г. генната терапия стана реалност. За пръв път тя получи зелена светлина, за да бъде използвана срещу невромускулно заболяване в САЩ и срещу болест на кръвта в ЕС. Вече осем генни терапии се използват в света, повечето от които срещу видове рак и форма на слепота.

Генната терапия се състои във вкарване на нормален ген като Троянски кон в клетки с дефектен ген. Целта е вкарваният ген да свърши работата, която не е по силите на дефектната – да допринесе за производството на нужните на Виктория червени кръвни телца, а ако става въпрос за рак – за производството на бели кръвни телца, които унищожават тумори.

Технологията Crispr/Cas9 стига и по-далеч – вместо да вкара нов ген, модифицира съществуващия.

НОВО УСТРОЙСТВО РАЗПОЗНАВА 13 ВИДА РАК САМО ОТ КАПКА КРЪВ

Точността на анализа достига 99 %, тестът трае 2 часа и е най-евтиният метод за профилактика, твърдят от японската корпорация „Тошиба“

Точността на анализа достига 99 %, тестът трае 2 часа и е най-евтиният метод за профилактика, твърдят от японската корпорация „Тошиба“

Портативно устройство може да разпознава 13 вида рак от капка кръв, съобщава skenernews.com. Новият апарат-чудо е конструиран от японската корпорация „Тошиба“, по данни на агенция ТАСС.

Точността на анализа достига 99 %. В основа на диагностиката е откриването и измерване на кон-

центрацията на малките некодирани молекули РНК, които се отделят в кръвта от раковите клетки.

За провеждането на теста са нужни около 2 часа. Той е в състояние да открие 13 вида рак: на стомаха, хранопровода, белите дробове, черния дроб, жлъчните пътища, панкреаса, червата, яйчниците, простатата, пикочния мехур и гърдата, както и сарком, и глиом.

Възможно е устройството да се използва при профилактични прегледи, уточняват от компанията. Действа



ефективно и при най-ранни стадии на раковите заболявания.

В своята петгодишна бизнес стратегия от април 2019 г. Toshiba позиционира медицинския бизнес, включително анализ на генома и клетъчна диагностика, сред ключовите си цели за развие, заедно с автоматизацията, батериите и цифро-

вите решения с помощта на изкуствен интелект.

„В сравнение с методите на други компании, ние имаме предимство в степента на точност при откриване на рак, времето, необходимо за откриване и разходите“, заяви Коджи Хашимото, главен изследовател в научната лаборатория на Toshiba Frontier Research.

ЯПОНИЯ СТАРТИРА ИЗПИТВАНЕ ВЪРХУ ХОРА НА НОВА ВАКСИНА СРЕЩУ ЕБОЛА

Нова ваксина срещу ебола, разработена от белгийското дъщерно дружество на Johnson & Johnson влезе в употреба миналия месец в Демократична република Конго, съобщава medicalpress.com

Японски учени ще започнат първите клинични опити в страната за тестване на новата ваксина срещу смъртоносни вирус ебола този месец.

Проучвания на ваксината досега са правени единствено с маймуни, като специфичното при нея е, че използва инактивирана форма на вируса, която може ефективно да се репликира само в изкуствени клетки.

Учените вярват, че това ще е по-безопасно от други лечения, заявиха от Института по медицински науки в Токийския университет в съобщение за пресата.

„Смятаме, че има голяма надежда за нова, безопасна ваксина, която може да бъде произведена ефективно“, каза Йошихиро Каваока, професор по инфекциозни заболявания в университета, който е в екипа, разработил ваксината.



Университетът ще започне клиничните проучвания по-късно през декември, като инжектира 30 здрави възрастни с по две дози от ваксината, в рамките на 4 седмици.

Ще бъдат проследявани за странични ефекти и дали имат развит имунитет срещу ебола.

Вирусът се предава чрез контакт с кръвта, телесните течности, секрети или органи на заразен или наскоро починал вирусносител.

Смъртността обикновено е висока и варира до 90%, според СЗО.

Съществуват няколко ваксини срещу Ебола, включително rVSV-ZEBOV на същата компания.

ПРОДЪЛЖАВАЩО МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ

Договорите и заявленията за всяко мероприятие се подписват най-късно 20 дни преди провеждане на мероприятията.

Удостоверенията за кредитна оценка се издават на регистрираните участници – лично, след приключване на формата на продължителна квалификация.

Продължителната квалификация на лекарите в системата за следипломно обучение.

Продължителната квалификация на лекарите разширява, поддържа и актуализира знанията, придобити по време на следването и специализацията.

Лекарите се квалифицират по собствено желание и доказват квалификацията си с удостоверение/я, издадено/и от Български лекарски съюз.

Съществуват различни форми на продължителна квалификация: курс, индивидуално обучение, семинар, конференция, конгрес, симпозиум, дистанционно обучение, абонамент за специализирани медицински издания /книги, списания/. При избора на отделните форми на обучение трябва да се има предвид специфичността на всяка специалност и интердисциплинарните теми.

Признаване на продължителната квалификация от БЛС.

Съгласно 33, чл. 182. (1) (Изм. - ДВ, бр. 76 от 2005 г., в сила от 01.01.2007 г., изм. - ДВ, бр. 85 от 2005 г., в сила от 25.10.2005 г., изм. - ДВ, бр. 75 от 2006 г., изм. - ДВ, бр. 103 от 2016 г.) Съсловните организации на лекарите, на лекарите по

дентална медицина, на магистър-фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти организират, координират, провеждат, регистрират и контролират продължаващото медицинско обучение на лекарите, на лекарите по дентална медицина, на магистър-фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти при условия и по ред, определени в договори с висшите училища, Българския Червен кръст и Военномедицинската академия.

В договорите са посочени реда и условията за провеждане на формата на ПМО, както и финансовите взаимоотношения.

Право да провеждат ПМО имат лечебни и здравни заведения, акредитирани за учебна дейност, научни организации, както и асоциации, фармацевтични фирми и др., след сключен договор с акредитирани за учебна дейност структури от системата на здравеопазването.

Не се кредитират форми на ПМО или части от тях, които имат търговски характер.

На всеки лекар, участвал във форма на ПМО, се издава удостоверение по образец от страните по договора.

Сключилите договори с БЛС се задължават да представят проведените форми на продължаващо медицинско обучение в отдел ПМО/ППР на БЛС в електронен вид, по образец – формат Excel, за отразяване на данните в електронния регистър, персонално за всеки лекар.

Отдел ПМО/ППР към УС на БЛС кредитира учебните програми, по които се провеждат формите на ПМО, съобразно единната кредитна система.

Проведени форми на ПМО от лекари в страни от Европейския съюз и разширеното икономическо пространство се признават от БЛС и се отразяват в електронния регистър.

Проведени форми на ПМО, при неключен договор с БЛС, не се кредитират.

ЕДИННА КРЕДИТНА СИСТЕМА ЗА ОЦЕНКА НА ФОРМИТЕ НА ПРОДЪЛЖАВАЩО МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ НА ЛЕКАРИТЕ

1. Съставна единица за оценка на продължаващо медицинско обучение е “кредитната точка”. Тя се равнява на един академичен час /45 минути/.

При участието на български хабилитирани лица към оценката на съответната форма на обучение се добавят 2 точки.

При участието на чуждестранни хабилитирани лица се добавят 3 точки.

2. За оценяване на формите на продължаващото медицинско обучение се въвеждат следните категории:

Категория А: Лекция, колегиум. Признава се: 1 точка на час - максимум 8 точки на ден.

Признават се до 80 точки за 3 години.

Категория Б: Конгреси, симпозиуми, семинари, конференции в страната и чужбина.

Признава се: максимум 6 точки на ден.

Признават се до 60 точки за 3 години.

Категория В: Форми на продължаващо медицинско обучение: с предвидено участие на всеки един курсист поотделно: практически упражнения, индивидуално обучение, курсове.

Признава се: по 1 точка на учебен час до максимум 5 часа - 5 точки на ден.

Признават се до 60 точки за 3 години.

Категория Г: Форми на продължаващо медицинско обучение чрез дистанционно обучение.

Оценката е 1 точка за 1 академичен час /45 минути/.

Признават се до 60 точки за 3 години.

Категория Д: Обучение с медицинска литература: научни медицински списания, учебници, монографии.

Признават се 5 точки за една позиция. Удостоверяват се с квитанция.

Признават се до 30 точки за 3 години.

Категория Е: Автори на доклад, лекция, публикация, реферат (до третия съавтор); постери.

Получават по 10 точки за изявата допълнително към точките, които носи съответната форма на квалификация.

Система за кредитиране на българските и чуждестранни списания (решение на АС от 08.05.2012 г)

От българските списания се кредитират:

○ официални издания на научните дружества;

○ списания с национално значение – напр. „Медицински преглед“ и други.

В кредитирането не влизат:

○ списания със статии без библиография – напр. „Лекарска практика“, „Инфомед“ и др.;

○ списания със статии и без резюме на английски и без електронен вариант.

От чуждестранните списания се кредитират:

○ всички списания с IF;

○ списания със СМЕ рубрика и обратна връзка с читателите – напр. JACI;

○ по изключение нови списания, които все още нямат IF (напр. J.WAO и други).

Всички съавтори получават кредитни точки в съотношение 5 за първи автор, 3 за втори и всички останали по 1 кредитна точка.

Категория Ж: При полагане на изпит за оценка на придобитите знания:

Получават се 5 допълнителни точки за категории А и В.

За положен колоквиум от учебна програма за специализация се признават 2 точки.

За успешно полагане на държавен изпит за специалност и /или придобита правоспособност се признават 10 точки.

Повече информация на www.blsbg.com.

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник „QUO VADIS“ Национално издание на Българския лекарски съюз



СЕРТИФИКАТИ ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА (ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА)

НЕОБХОДИМИ СА КОПИЯ ОТ:

1. ЛИЧНА КАРТА
2. ДИПЛОМА ЗА ВИСШЕ ОБРАЗОВАНИЕ
3. ДИПЛОМА ЗА СПЕЦИАЛНОСТ
4. УДОСТОВЕРЕНИЕ ОТ РЛК НА БЛС ЗА ЧЛЕНСТВО И ДОБРА ПРАКТИКА

За контакти:

Ирен Борисова
02/954 94-60;
0899 90 66 47

Яна Кръстева
0899 906 655

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.

I. Информация за сайта:

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

- Нормативни актове

- 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	200 x 133 px	18 лв.	25 лв.
(статичен)	200 x 266 px	26 лв.	29 лв.
FLASH	200 x 133px	25 лв.	30 лв.
банер	200 x 266 px	37 лв.	40 лв.

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

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

2. Текстови обяви / Платени публикации:

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

3. Нестандартни рекламни форми:

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

IV. Плащане:

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

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%

QUO VADIS

Редакционно броят е приключен на 19. 12. 2019 г.

Адрес на редакцията:

София, бул. „Акад. Иван Евст. Гешов“ 15,
НЦОЗА Български Лекарски Съюз
Тел.: 359 8 999 0 66 44

Главен редактор: Георги Радев

Репортер: Милена Енчева

Email: quovadis@blsbg.com

Предпечат: Ан-Ди

Експонация и печат: „Печатница - София“

ГОДИШЕН ДОКЛАД НА ЕК ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

Очакваната средна продължителност на живота на българите се е увеличила, но все още е най-ниската в ЕС. Недостатъчно развитите превантивни мерки и извънболнична помощ допринасят за слабите резултати в областта на здравеопазването. Системата за социално здравно осигуряване е задължителна, но на практика съществуват значителни разлики по отношение на покритието на населението и това, което се предлага в пакета от здравни дейности. Последните инициативи за реформи бяха съсредоточени върху контрола върху разходите и повишаването на ефективността, включително въвеждането на оценка на здравните технологии (ОЗТ) за целите на реимбурсирането на лекарствени продукти и изместването на фокуса от болничната помощ.

Средната продължителност на живота в България се е увеличила с над 3 години през периода 2000-2017 г., но по-голямото ѝ нарастване в други държави членки на ЕС, увеличава разликата между България и средната стойност за ЕС. Недостатъчно развитите превантивни мерки и извънболнична (или амбулаторна) помощ допринасят за слабите резултати в областта на здравеопазването. Сърдечносъдовите и онкологичните заболявания са основните причини за смъртност и варират според пол, регион и образование. Заболяемостта от инфекциозни болести като туберкулоза (ТБ) също продължава да бъде притеснителна.

Ограничаването на широкото разпространение на поведенческите рискови фактори представлява сериозно предизвикателство. Въпреки слабото намаляване на употребата на тютюневи изделия, тютюнопушенето сред възрастните е най-високото в ЕС, като през 2014 г. достига 28%. Консумацията на големи количества алкохол през 2014 г. е малко под средното равнище за ЕС при възрастните, но се увеличава сред подрастващите момчета. Макар че процентът на затлъстяване сред възрастните е малко под средния за ЕС, проблемът сред децата нараства, като 1 на всеки 5 деца страда от наднормено тегло или затлъстяване.

ЕФИКАСНОСТ: Както предотвратимата чрез превенция смъртност, така и предотвратимата с добро лечение, са сред най-високите в ЕС, което свидетелства за големи възможности за подобряване на профилактиката и ефикасността на медицинската помощ.

УСТОЙЧИВОСТ: Финансовата устойчивост на здравната система е поставена на изпитание поради прекомерното разчитане на частните разходи, както и поради намаляващото население в трудоспособна възраст, което основно осигурява приходите на социалното здравно осигуряване. Усилията да се подобри ефективността чрез преориентиране на предоставянето на услуги и на ресурсите от болниците към извънболничната помощ се оказаха трудно осъществими.

През 2017 г. 2/3 от населението съобщава, че е в добро здраве, което е близо до средната стойност за ЕС от 69,7%.

Делът на смъртността, дължаща се на поведенчески рискови фактори се оценява на 51% от всички смъртни случаи в България, спрямо 39% в целия ЕС. Рисковете, свързани с хранителния режим, имат определена роля за 33% от всички смъртни случаи през 2017 г., което е най-високият дял в ЕС и надвишава почти двойно средната стойност за ЕС (18%). Тютюнопушенето (актив-

Акцентите за България



ното или пасивно) е допринесло за приблизително 21% от всички смъртни случаи, докато около 5% се дължат на употребата на алкохол, а 4% - на ниската физическа активност.

Един на всеки седем българи е здравно неосигурен. Последните оценки на Министерството на финансите сочат, че през 2017 г. 10,2% от населението са здравно неосигурени, въпреки че според НЗОК този процент е около 14% (при отчитане на онези, които живеят в чужбина постоянно). По-голямата част от разходите за здравеопазване са за лекарствени продукти и болнична помощ. Измерени като дял от общите разходи, разходите на България за лекарствени продукти са най-високите в ЕС (над 40%), въпреки че в абсолютно изражение (€567/човек) са едва малко по-високи от средните за ЕС (€522). На болничната помощ се падат 34% от разходите за здравеопазване, което отразява значението на болничния сектор в България. В абсолютно изражение България изразходва приблизително 34 евро на човек за здравна профилактика, в сравнение със средната стойност за ЕС от €89 или 2,6% от разходите за здравеопазване.

МАЛКО РЕСУРСИ СА ПРЕДНАЗНАЧЕНИ ЗА ДЪЛГОСРОЧНИ ГРИЖИ: Услугите по предоставяне на дългосрочни грижи не са включени в пакета от здравни дейности. Докато за много възрастни хора се грижат неформално членовете на техните семейства, нуждаещите се от медико-социални грижи в специализирани институции могат да ползват или малкото на брой легла за дългосрочни грижи в болничната помощ, или резидентни центрове за социални грижи.

Броят на общопрактикуващите лекари и медицинските сестри в България е малък.

В България броят на лекарите е относително голям, като се доближава до равнището в Германия. През 2016 г. едва 15,5% от лекарите са общопрактикуващи (ОПЛ), което е много под средното равнище за ЕС от 27,3%. Това се дължи отчасти на късното въвеждане на обучение на специалисти по обща медицина и на факта, че тази специалност е по-малко привлекателна. Бързото застаряване на работещите като ОПЛ също допринася за малкия им брой. Съществуват диспропорции в разпределението на всички медицински специалисти, което създава предизвикателства по отношение на достъпа.

Системата на здравеопазване е в голяма степен ориентирана към болничната помощ. Осигуреността с болнични легла в България-7,5 на 1000 души население през 2017 г. е по-висока, отколкото средната за ЕС. Средната продължителност на престоя е намаляла наполовина през периода 2000—2017 г. и достига 5,3 дни, т.е. под средната за ЕС от 7,9 дни. Въпреки това, болничната помощ се характеризира с високо равнище на извършена дейност, като броят на изписаните пациенти през 2017 г. значително надвишава този в останалите страни от ЕС и е почти двойно по-голям от средния за ЕС. И обратно, броят на посещенията в извънболничната помощ през 2017 г. е относително малък - средно 6,1 посещения на човек за година спрямо 7,2 в ЕС. Въпреки целите на политиката за укрепване на първичната и специализираната извънболнична помощ, болничната помощ продължава да нараства. Броят на хоспитализациите в България е значително по-голям от този в останалите страни от ЕС. Това се дължи основно на разрастването на частния сектор: за разлика от броя на общинските и държавните болници и леглата в тях, които през периода 2010—2016 г. значително намаляват съответно с 16,7% и 32,6%, броят на частните болници се увеличава шест пъти, а броят на леглата - 36 пъти през същия пе-

риод. От друга страна, през същия период броят на хоспитализациите в общинските и държавните болници в действителност намалява 1,7 пъти, но този на хоспитализациите в частни лечебни заведения се увеличава 78 пъти. През 2015 г. България има най-голям брой на хоспитализации поради сърдечна недостатъчност, диабет и астма измежду всички държави от ЕС. Това са заболявания, които могат да бъдат лекувани ефективно в амбулаторни условия и безспорно показват, че се разчита до голяма степен на болничната помощ. С наскоро прието законодателство е направен опит за стимулиране на еднодневната хирургия и за намаляване на болничния престой.

Понякога пациентите заобикалят първичната медицинска помощ. Въведени са обаче месечни квоти за направленията към специализирана извънболнична и болнична помощ и ОПЛ често достигат тези квоти преди края на периода, което означава, че останалите пациенти трябва или да чакат, или да посетят специалист директно (без направление) срещу плащане.

Предотвратимата смъртност бавно намалява. През 2016 г. равнището на предотвратимата смъртност в България достига 232 на 100 000 души население, което е значително по-високо от средното за ЕС от 161 души. Въпреки че тази смъртност е намаляла значително от 2000 г. насам, през 2016 г. тя достига 194 смъртни случая на 100 000 души население, което е четвъртото най-високо равнище в ЕС.

Политиките за профилактика и промоция на здравето имат относително слаб ефект. Много високите равнища на смъртност от инсулт, сърдечно-съдови заболявания и рак на белите дробове са свързани с широкото разпространение на поведенческите рискови фактори. Задължителната имунизация срещу ТБ и други болести, предотвратими чрез ваксинация, е изложена на предизвикателства поради намаляващото равнище на покритието.

Налице е рязко намаляване на заявените неудовлетворени потребности. Въпреки това равнището е значително по-високо сред населението с ниски доходи (5,6%) спрямо това с високи (0,3%).

Недостигът на ОПЛ възпрепятства осигуряването на първична медицинска помощ. Въпреки че в България има сравнително голям брой медицински специалисти (с изключение на медицински сестри), тяхното разпределение е неравномерно.

Общинските и държавните болници страдат от хроничен дефицит. Високите равнища на задължениост при тях е траен проблем, към който често се подхожда чрез палиативни мерки, като например периодично покриване на дълговете. България финансира своите болници като използва плащания за всеки отделен случай, въз основа на клинични пътеки. Методът за изчисляване на цената на клиничните пътеки следва да отразява разходите за свързани медицински дейности, мощни услуги и консултации след изписване на пациента за всяка клинична пътека, но на практика те отразяват по-скоро способността на НЗОК да плаща, а не реалните разходи за болнични услуги. Съществува дисбаланс във финансирането на различните клинични пътеки, като някои от тях са финансирани повече от необходимото, докато други са недостатъчно финансирани.

Обобщение:

Въпреки значителното подобрене на очакваната средна продължителност на живота от 2000 г. насам, България отчита най-ниската такава в ЕС. Широкото разпространение на рискови фактори като тютюнопушене, употреба

на алкохол и нездравословно хранене допринасят за високата смъртност от инсулт, исхемична болест на сърцето и рак на белите дробове.

- Осъществяването на дейности за първична профилактика и промоция на здравето е сравнително слабо застъпено, което намира отражение във високия коефициент на предотвратима смъртност. Приблизително една пета от болничните процедури биха могли да се осъществяват в рамките на извънболничната помощ, докато една десета от хоспитализациите и свързаните с тях процедури биха могли да се избегнат напълно, ако е налице по-добра извънболнична помощ.

- Слабото развитие на първичната и профилактичната помощ отчасти обяснява високите равнища на болничната дейност и хоспитализациите в България. Реформите имат за цел ограничаване на болничната дейност и укрепване на извънболничната помощ, включително чрез инициативи като Националната здравна карта, медицински стандарти и по-строг режим за издаване на разрешения. Някои значими реформи обаче са оспорени от заинтересованите страни и отменени от съдилищата.

- Въпреки че разходите за здравеопазване в България все още са сравнително ниски в сравнение с други държави - членки на ЕС, те се увеличават непрекъснато през последните 15 години. Увеличаването на разходите за здравеопазване обаче се осигурява главно за сметка на директните плащания от потребителите. Понастоящем системата на здравеопазването реално разчита в почти еднаква степен на частните разходи и публичните средства като източници на приходи, като делът на публичното финансиране (52%) през последните години намалява. Тази тенденция поражда опасения, свързани с равнопоставеността по отношение на финансовата достъпност до здравеопазване, особено за хората с по-ниски доходи.

- Директните плащания от пациентите са ключова пречка пред достъпа: с 47% от текущите разходи за здравеопазване България отчита най-висок дял на този тип разходи в ЕС. На лекарствени продукти се пада преобладаващата част от частните разходи за здравеопазване, следвани от разходите за извънболнична помощ. Съществуват големи разлики в неудовлетворените потребности между групите с високи и ниски доходи, като разходите остават най-често посочваната причина за отказ от помощ.

- Най-голямото предизвикателство пред достъпността на здравната помощ е значителната част от населението (около 14%), което не е обхванато от социалното здравно осигуряване.

- Недостигът на медицински специалисти, особено на медицински сестри и общопрактикуващи лекари, възпрепятства развитието на първичната помощ и предоставянето на услуги в неблагоприятните райони.

Приятелю,
наскоро бях диагностициран
с остра миелобластна левкемия
и предстои най-голямата битка в живота ми, но знам,
че с вашата помощ аз ще преборя тази болест!
Аз и моето семейство ви благодарим от сърце за всичко!

Предстои ми трансплантация на костен мозък в Германия,
като нужната сума е 500 000 евро.
Всяка помощ е от значение!
Благодаря ви!

ДАРИТЕЛСКА СМЕТКА: БАНКА ДСК
IBAN: BG42STSA9300026368202
BIC: STSABG33
ТИТУЛЯР: ПЕТЪР ЗЛАТКОВ РАДЕВ

fb.com/darimotognetparero/
Благотворителен базар за Пепю - Fb група
HelpKarma - Да помогнем на Пепю да оздравее!

Д-Р ДИМИТЪР ГАНИЧЕВ - ЕДИН РЪН ДО ПОБЕДАТА

Републиканско
първенство по
сноуборд
Осогово 2019 г. –
награждаване мъже:
Димитър заема
2-о място (отляво на
победителя – Р. Янков)



- Д-р Ганичев, Вие сега се дипломирахте в МУ-Пловдив? Какво е усещането?

- Да Ви кажа честно аз вече претърпнах, защото лятото ми мина с мисли за предстоящото дипломиране и тогава имаше тръпка, вълнение, но започнаха изпитите и не остана време да обърна внимание на емоциите. Но определено чувството, че това са финалните усилия и вече са зад гърба ми години наред сесии, е много приятно.

- А от тук нататък какво предстои?

- За мен конкретно вариантите са два. Единият е свързан с хобито ми, а другият – с това, което завърших. В по-дългосрочен план смятам да специализирам, но за начало планирам да започна в Спешна помощ, за да добия опит и самочувствие и да съм едновременно с това близо до пистите, за да мога да тренирам в свободното време.

- Споменахте за натрупана умора от ученето, а Вие имате и едно доста екстремно хоби – сноубордизъм. Как съчетавахте трудното следване по медицина с него?

- Да, това е екстремен спорт. Трудно е, факт. Аз обаче имам опит – карам сноуборд от 2. клас и оттогава все съм бил в ситуация да съчетавам хобито с ученето. И в гимназията беше доста трудно, защото не искаха да ме освобождават за състезания. Логично най-трудно ми беше през зимните сесии, когато са състезанията. Правил съм компромиси и в двете посоки – отлагал съм изпити и съм пропуснал тренировки. В крайна сметка се получиха нещата. Сега едното го завърших, а в другото съм един от най-добрите в България.

- При Вас хобито всъщност е на професионално ниво?

- Да, аз съм професионален състезател на „Амер Спортс“ – Чепеларе и се състезавам на национално и международно ниво. През март участвах в 29-тите Международни университетски игри в Красноярск, Сибир. МУ-Пловдив пое разходите по участието ми, за което съм много благодарен.

- А какви награди сте печелили?

- От дете не съм слизал от стълбичката. Неколкократен носител съм на купа „Надежди“ – това е overall – накрая на сезона състезателят с най-много точки я получава. Печелил съм я два или три пъти като дете, като юноша съм бил многократно републикански шампион, като студент съм шесткратен университетски шампион за България, а сега при мъжете съм втори – след Радослав Янков, който е най-добрият ни сноубордист. С него сме съотборници. Печелил съм състезание в Гърция, а в Сибир се класирах 12-и, което е много добро постижение, предвид силната конкуренция.

- А отгук нататък в каква посока смятате да поемете?

- Голямата ми мечта е участие на зимни олимпийски игри. Макар и трудно постижима, не съм се отказал от нея. Продължавам да се боря за олимпийска квота за игрите в Пекин 2022 г., като в същото време се старая да не се отдалечавам прекалено много от медицината.

- Предполагам, че спортната дейност след време ще се превърне изцяло в хоби. Ще забравя амбициите, които имам сега. Трудно е с две дини под една мишница, особено ако искаш да си много, много добър в нещо. Предполагам, че сноубордът ще стане метод за релаксация и разпускане на напрежението.

- В тази връзка, мислили ли сте за специализацията си?

- Да, мисля си за хирургия. Каква точно не съм решил. Засега искам да видя къде има места, какви са условията и т.н., защото искам да попадна на място, където да науча много и да бъда уверен в себе си, защото иначе не би имало смисъл.

- А какво мислите за широко дискутираната наредба за специализациите, която претърпя редица редакции?

- Аз изпуснах докато стигнах нещата в крайна сметка. Беше добра идея според мен да има 3-годишно разпределение след специализацията, защото те „хвърлят“ в една зона извън комфорта ти и трябва да се оправяш сам, и това те учи да взимаш решения,

• Д-р Димитър Ганичев се дипломира в МУ-Пловдив през декември 2019 г. Родом е от Чепеларе – градът, който го свързва със зимните спортове.

• Димитър е роден през 1994г. Завършва основното си образование в СОУ „Васил Дечев“ гр. Чепеларе, след което е приет в природо-математическа гимназия „Васил Левски“ в Смолян, паралелка с математика и информатика, въпреки че биологията винаги е била негов любим предмет. За трудните решения, изборите и пътя на един млад лекар в България разговаряме с д-р Ганичев.



да се справяш с наличните ресурси, които по всяка вероятност няма да са много на мястото, където разпределят, защото това са дефицитни специалности там.

- Как се насочихте към сноуборда?

- Пистата е буквално на 500 метра от къщата ми в Чепеларе. От малък съм на скиите, родителите ми са скиори, а дядо ми е бил ски бегач в националния отбор. Когато бях на 4 години ме качиха на скиите, а на мен така ми беше писнало... защото аз съм малко дете, не ми се ходеше по студовите... Когато бях 2. клас майка ми ми каза: „Ти трябва вече да започнеш да тренираш нещо. Смятаме да те запишем на ски“ и аз казах: „Не, не искам ски. Искам сноуборд.“ Откъде ми е дошъл този сноуборд в главата, не знам. Даже не съм знаел, че има клуб по сноуборд в Чепеларе. И ето – вече 17 години се занимавам с него.

- А каква е разликата между скиите и сноуборда?

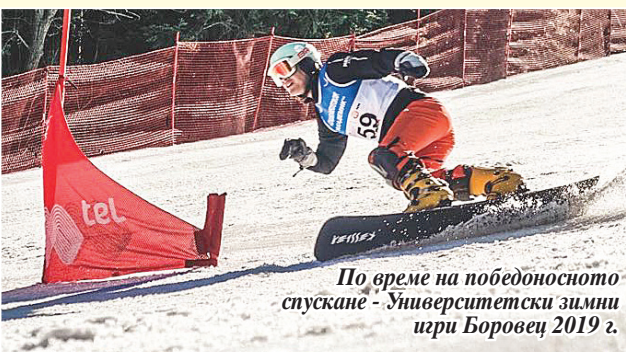
- Отговорът е дълъг, но накратко: първо има два основни вида сноуборд – мек (най-разпространеният) и твърд – много подобен на ски, кара се с обувки, подобни на скиорските. Той се води алпийски сноуборд. Нашите състезания са на вратички, както на скиорите. Това не е free style, при който се прави вид акробатика във въздуха. Техниката на каране на ски и алпийски сноуборд е много подобна – подготовка, насочване, управление, завършване. Все пак сноубордът си е различен от скиите – това, че краката са вързани на едно място, на различна позиция са, на една дъска си, не на две, нямаш щеки, които да служат за опора – доста са разликите.

- Това прави ли го по-труден?

- Като начало, за свикване – да. Като свикнеш с концепцията на каране, не бих казал, че сноубордът е по-трудният спорт.

- Какво Ви дава като усещане сноубордът?

- Аз по начало съм с много състезателен характер и винаги съм



търсил предизвикателства. И може би това, което най-много ми харесва в сноуборда е моментът преди старта – когато си застанал на стартовата вратичка, до теб е противникът и знаеш, че имаш един рън да го победиш. Ако паднеш или залитнеш... В нашия спорт нещата се решават наистина за стотни. Между 1-и и 40-и в световната ранглиста, разликите са между 20 и 60 стотни. Самата тръпка, че най-малката грешка коства голяма времева разлика, която може да ти струва победата и продължаването по-нататък в директните елиминации, е нещото, което ме кара да продължавам.

- А доколко адреналинът е фактор в случая?

- Много голям фактор е. За мен той е обединяващият момент с медицината и по-специално хирургията. Аз имам наблюдения когато карам сноуборд, хиляди странични мисли преминават през главата ми – тук може да падна, тук е заледено... Предполагам, че като почна да работя, пак такива странични мисли ще се появяват – „сега да не сбъркам...“ важно е да се научиш да ги контролираш и да не ги допускаш.

- Т.е. сноубордът ще Ви е от помощ за Вашата бъдеща професия?

- Определено! Сноубордът много ми е помагал и по време на следването. Опитът от многобройните състезания по сноуборд ми е помагал в случаите, когато се е налагало да контролирам страха и паниката от предстоящ изпит. Вярвам, че и напред ще ми помага.

- А как се срещнахте с медицината?

- Подобно на спорта и медицината идва по линия на майка ми, но е важно да уточня, че биологията ми стана любим предмет от момента, когато започнахме да я изучаваме в училище. Когато трябваше да избирам паралелка в Смолянската гимназия вариантите бяха биология и химия от една страна и математика и информатика от друга. Понеже майка ми е математик, в крайна сметка попаднах в математически профил, въпреки че това не е сред любимите ми предмети. Но имам една прекрасна преподавателка по биология, която отделяше много от времето си, за да отговаря на моите въпроси. После реших, че това е наука, с която ми се занимава и най-близко до сърцето ми се оказа медицината, но с идеята да се занимавам с научни разработки в областта. Но в 3. курс, когато започнах вече да работим с пациенти, се оказа, че тази част от лекарската професия ми харесва. И плановите ми се промениха. Установих в работата си с тях, че съм добър слушател – нещо, което те високо ценят и което, за съжаление, често се negliжира.

- Когато се обърнете назад сте доволен от направения избор?

- О, да. Много. Въпреки че не съм решил какво точно ще специализирам, аз продължавам да чета и да препрочитам нещата, които съм забравил. Права го с голям интерес, сякаш чета художествена литература. Даже сега си давам сметка, че по време на сесиите не съм чел по начина, по който сега.

Интервюто взе: Георги РАДЕВ

