

Български[®] ЗЪБОЛЕКАР

(брой 3 (24), декември 2018)



Електронен вестник
на Сдружението
на българските зъболекари

ЗЪБОЛЕКАРИ ЗА ПРОМЯНА

ОБРЪЩЕНИЕ НА Д-Р АНАТОЛИЙ КЪНЕВ – ПРЕДСЕДАТЕЛ НА СБЗ

Уважаеми колеги,
Електронният вестник на Сдружението на българските зъболекари се превърна в трибуна за свободното мнение на зъболекарското съсловие. Той достига до над 3000 зъболекари в страната и много партньори от търговския фронт, приятели и съмишленици. Сдружението запази твърдата си членска маса от хора, убедени, че промяна в здравеопазването трябва да има и тя в голяма степен зависи от тези, които практикуват. Ние не сме политическа партия, не сме клакъорската организация на което и да е поредно правителство, но твърдо заявяваме, че не желаем да сме част от псевдореформите в здравеопазването. Доказали сме, че идеите, които даваме, са стойностни; заявили сме ги в почти всички медии в страната, както и на конференции в БТА.



Няма да изреждам всички инициативи, като утвърждаване на частната практика, работа с рентген, застраховка на колегията и всички конгреси и събития, организирани през изминалите 22 години. Ще споделя само, че има страх у много колеги и апатия за промяна или „окопаване“ в собствения комфорт.

ПАРТНЬОРИ



ИНФОДЕНТ

ОСНОВЕН МЕДИЕН ПАРТНЬОР НА СБЗ

РОМИ ДЕНТ



ЕЛАНА Фонд Мениджмънт



PHILIPS

AXIS



Medical Depot R&K
Стоматологична медицина, протезиране

ДЕНТАСВЕТ

**Pierre Fabre
ORAL CARE**



КРИС 95

По данни на статистическата служба на Европейския съюз – Евростат, България е сред първите в Европа по брой на зъболекарите на глава от населението (Швейцария е на последно място). Липсата на стандарти в зъболечението води до неконтролирано разкриване и пренасяне с кабинети в определени райони и тотална липса в други. Лично аз съм бил „по разпределение“ след завършване на висшето си образование и съм противник на връщането на тази система, но, съгласете се, че безконтролието не е изход. Системата на НЗОК не работи – признанието е на самото Министерство на здравеопазването (изключвам малцината облагодетелстващи се – тях ги има и сигурно вече ги има). Негово величество министърът на здравеопазването не се отзова на молбата ни за среща и не покани нашата организация на обсъждането на евентуалните промени в закона. Видяхме тоталната им безпомощност в дебатите за промяна, изчерпващи се в увеличаване с 8 лева на осигурителната ставка. Нима не разбират, че трябва нов закон, а не подобряване на мъртворожден такъв? Нима не разбират, че монополът ражда монопол, корупция и лошо управление? В Германия има 155 здравноосигурителни каси и никъде в Европа не съществува една единствена и неповторима. Да, така по-лесно се налага контрол, по-лесно се мачка достойнство и по-трудно се „бърка“ изборната бюлетина.

*Преклонената главичка остра сабя не сече,
тази истина едничка кой би смял да отрече...*

Това не е призив за бунт или революция, ние сме избрали да бъдем лекари, и то в България, имаме семейства, приятели и много ангажменти от всякакъв характер в рамките на професия, достатъчно обсебваща ежедневието и мислите ни, но заедно с това сме и хора, имаме гражданско достойнство, което също трябва да осмислим. Да, доказали сме, че като народ, а и като единаческа професия, трудно се сдружаваме, но трябва ли да оставяме „Някой“ да свива гнездо на главите ни?!

Заедно можем повече!

Обръщение от д-р Анатолий Кънев –
председател на СБЗ
стр. 1

Казано, игнорирано, и пак актуално
стр. 3

Модел на реформа

стр. 6

Проект за закон на българската
стоматологична камара

стр. 8

Правилник за организацията на работа
и дейността на „Фонд за дентална
профилактика“

стр. 13

Монополите в здравеопазването

стр. 21

Управление на биофилма

стр. 26

Пациент с остеоартрит, утежнен от фокална
инфекция от зъбен произход - клиничен
случай – гостува ни списание „Мединформ“
стр. 36

Тук публикуваме стари материали от дейността на Сдружението от 1996 г. до днес. Те са отправяни до всички институции, от които зависи законодателната инициатива, свързана със здравеопазването, и за съжаление не получихме ответна реакция. Целта ни е да си ги припомним, защото звучат актуално и днес. Обръщаме се към всички колеги и съмишленици за мнение какво да се актуализира и най-вече как да влезе в дневния ред на „коваящите“ законите в нашата татковина.

МОДЕЛ ЗА РЕФОРМА НА СТОМАТОЛОГИЧНАТА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ (Проект)

ОБОСНОВКА

1. АНАЛИЗ НА СЪСТОЯНИЕТО НА СТОМАТОЛОГИЧНАТА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

Стоматологичното здравеопазване в Република България е подсистема на Националната здравеопазна система, създадена и структурирана в годините на социализма съгласно с тогавашните принципи на здравеопазване, и частично изменена след 1990 г. Анализът на нейното състояние, извършен от работната група, сочи накратко следното:

Материална база. Сградовият фонд е строен или реконструиран съгласно изискванията на съвременната стоматологична практика в последните 15-20 години. Техническата база включва почти изключително български юнити, морално и физически остарели. Осигуреността със съвременна помощна и лечебно-диагностична апаратура е изключително ниска.

Финансиране. Съгласно препоръките на СЗО, за стоматология трябва да се заделят 11% от средствата за здравеопазване или 1% от brutния вътрешен продукт. В България през 1995 г. е заделен на остатъчен принцип бюджет за стоматологията, представляващ около 4% от средствата за здравеопазване или 0.17% от brutния вътрешен продукт, т. е. от 3 до 6 пъти по-малко от необходимото.

Средствата, осигурени за стоматологични медикаменти и материали, представляват средно 7.66% от общите разходи на публичните стоматологични заведения през 1995 г. Те значително варират между отделните заведения, но през последните години като цяло бележат траен спад.

Работната заплата представлява средно 73% от общите разходи на публичните стоматологични заведения през 1995 г. Въпреки опитите за частично резултативно образуване, тя всъщност се определя административно и е крайно недостатъчна. За септември 1996 г. например тя е над 3 пъти по-ниска от тази в химията и въгледобива и около 5 пъти по-ниска от тази в полиграфията и енергетиката.

Лечебно-диагностична дейност. Нейният обем в публичните стоматологични заведения бележи непрекъснат спад от 1990 г. насам. За 1995 г. това намаление е 55% при зъбопротезирането, 39% при лечението на твърдите зъбни тъкани и 30% при екстракциите.

Лечебно-профилактичната дейност при децата и учениците се извършва от ограничен кръг стоматолози при силна недостатъчност на финансирането, което доведе до влошаване на стоматологичното им здраве.

ИЗВОДИ:

(1) Няма регламентиран самостоятелен бюджет за стоматологична помощ на национално и общинско ниво. Тя се финансира крайно недостатъчно на остатъчен принцип от общинските бюджети.

(2) Не е възможно създаването и поддържането на адекватна съвременна лечебно-диагностична база.

(3) Възнаграждението на стоматолозите е недостатъчно и липсва мотивация за труд.

(4) Все по-широко се разтваря ножицата между разходите и обема на стоматологичната помощ в публичните заведения, което води до все по-бързо спадане на нейната ефективност.

Въз основа на представените данни може да се направи заключението, че **настоящата система на организация и финансиране на стоматологичната помощ не дава възможност за осигуряване на необходимото стоматологично здраве на населението.**

2. СТОМАТОЛОГИЧНАТА ПОМОЩ В СТРАНИТЕ ОТ ЕО

Независимо от специфичните различия, могат да се изведат някои общи характерни белези на съвременните системи за финансиране:

(1) Пациентите имат възможност за свободен избор на лекуващ стоматолог.

(2) Стоматологичната помощ се осъществява от свободно практикуващи стоматолози, в условията на пазар на стоматологичния труд. При някои системи този пазар е регулиран в различна степен от обществото, от самото съсловие чрез неговите съсловни организации и от осигурителните институции.

(3) Стоматологичните дейности се заплащат изцяло на резултативен принцип.

(4) Водещ е принципът на здравното осигуряване с участие на пациентите в заплащането на стоматологичната помощ и възстановяване на техните разходи. Срещани варианти:

(а) пациентите заплащат предварително на стоматолога и впоследствие получават парите си от осигурителните институции (**реимбурсиране на пациента**);

(б) стоматологът извършва лечебната дейност и впоследствие получава възнаграждението си от осигурителните институции.

При различните системи разходите на пациентите се възстановяват в различна степен: вариантите се свеждат до възстановяване на **част от общите разходи за лечение или на всички разходи за определен пакет** лечебно-диагностични дейности.

(5) Често осигурителните институции функционират на конкурентен принцип. Освен това, в много страни освен основните съществуват и допълнителни или алтернативни осигурителни институции.

(6) Определят се приоритетни групи, преди всичко децата и учениците, като разходите за тяхното лечение се поемат **изцяло** от обществото.

(7) Стойността на лечението извън подлежащите на възстановяване разходи се поема изцяло от пациента. По свое усмотрение, пациентът може да предпочете стоматолог извън системата на осигуряването и да заплати пълната стойност на лечението.

(8) Независимо от спецификата на дадената система, навсякъде извънредно важна роля играят професионално-съсловните организации на стоматолозите. Те са органи на съсловно самоуправление и действат като двупосочен филтър в отношенията между съслови-

КАЗАНО, ИГНОРИРАНО, И ПАК АКТУАЛНО

ето, обществото и осигурителните институции, като от една страна гарантират интересите на потребителите на стоматологична помощ, а от друга – интересите на своите членове при упражняването на професията. В някои страни интересите на стоматолозите в отношенията им с осигурителните институции се представляват от специализирани съсловни организации (**каскови сдружения**), които функционират паралелно с основните съсловни организации или влизат в техния състав (Германия).

СЪЩНОСТ.

Въз основа на горната обосновка, крайната цел на реформата на стоматологичната помощ в България е пълната приватизация на стоматологичната дейност и въвеждането на съвременна здравно-осигурителна система за нейното финансиране. По мнението на работната група реформата трябва да протече в три етапа:

I етап: Спешни начални промени в управлението, структурата и финансирането на стоматологичната помощ, които не се нуждаят от законодателни промени и могат да се извършат в кратки срокове. Същността на тези начални промени е:

1) премахването на разликата между “държавни” и “частни” стоматолози и формирането на общ, единен статут на професията, т. е. **приватизация на стоматологичната дейност**;

2) отделно финансиране на стоматологичната помощ чрез обособяване на целеви общински фондове;

3) промяна на начина на заплащане на стоматологичната помощ чрез въвеждане на резултативен принцип и механизъм на реимбурсиране на разходите на пациента;

4) прекратяване на бюджетната издръжка на публичните здравни заведения и звена, извършващи стоматологична дейност, и въвеждане на договорен принцип за ползване на базата.

Този първи етап не само дава възможност за бързо решаване на най-належащите проблеми на стоматологичната помощ, но и представлява пряка подготовка за последващото въвеждане на здравно-осигурителната система в стоматологията.

II етап: Належащи промени в съществуващото законодателство, които ще дадат възможност за приватизация на материалната база на публичните здравни заведения.

III етап: Изготвяне и приемане на нова законодателна уредба на здравеопазването, която ще въведе здравното осигуряване, ще уреди статута на професионално-съсловните организации и ще постави на нова съвременна основа здравеопазването като цяло и стоматологията в частност.

Предлаганият модел обхваща първия етап от предлаганата реформа и съдържа комплекс от мерки, съобразени със съществуващата нормативна уредба и настоящото икономическо състояние на страната. Тези мерки засягат структурата, финансирането и принципите на заплащане на стоматологичната помощ в рамките на осигурените от бюджета средства.

Предлаганият модел не се отнася до стоматологичните факултети, МНО, МВР, М-во на транспорта.

МОДЕЛ НА РЕФОРМАТА НА СТОМАТОЛОГИЧНАТА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ (Проект)

ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ

1. Пациентите имат право на свободен избор на стоматолог на цялата територия на страната.
2. Стоматологичната помощ се оказва от свободно практикуващи стоматолози.
3. Стоматологичната дейност се самоиздържа и се заплаща на резултативен принцип.
4. Всяка община обособява фонд "Стоматология" и го осигурява с финансови средства.
5. Фонд "Стоматология" осигурява на цялото население стоматологична помощ с определени обем и цени, съгласно принципа на възстановяване на направените разходи.
6. Фонд "Стоматология" финансира приоритетно пълния обем стоматологични дейности за децата и учениците до 18-годишна възраст.

А. Управление и контрол на стоматологичната помощ

1. Управлението и контролът на стоматологичната помощ за реализация на предлагания модел се осъществяват по нормативни разпоредби, разработени от Министерството на здравеопазването и Министерството на финансите и утвърдени от Министерския съвет.

Б. Структура и организация на стоматологичната помощ

1. Всички стоматолози, за да оказват стоматологична помощ, се регистрират за свободна практика в общината по месторабота.
2. Материалната база на публичните здравни заведения и звена може да се ползва за стоматологични дейности от лица, правоспособни по смисъла на ЗНЗ, след сключване на съответни договори.
3. Стоматолозите сключват договори с извършители на спомагателни и параклинични дейности.

В. Финансиране на стоматологичната помощ

1. Стоматологичната помощ се финансира от фонд "Стоматология" на общините и от пациентите.
2. Фонд "Стоматология" на общините се образува от следните източници:
 - 1.1. Общинският бюджет за здравеопазване;
 - 1.2. Други източници - спонсорство, дарения, фондации, субсидии, приходи от приватизация, наеми и др.

Г. Заплащане на стоматологичната помощ

1. Стоматологичната помощ се заплаща на резултативен принцип.
2. Пациентите заплащат изцяло на стоматолога извършената дейност по индивидуален ценоразпис, изготвен по Наредба № 5.
3. Фонд "Стоматология" възстановява на пациентите от общината документираните разходи за основния обем стоматологични дейности (Приложение 1) по определени цени.
 - 3.1. Цените и минималният основен обем дейности се определят от МЗ.
4. Фонд "Стоматология" финансира приоритетно по указания начин пълния обем стоматологични дейности за децата и учениците до 18-годишна възраст.

КАЗАНО, ИГНОРИРАНО, И ПАК АКТУАЛНО

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: ОСНОВЕН ОБЕМ СТОМАТОЛОГИЧНИ ДЕЙНОСТИ (ПРИМЕРЕН ВАРИАНТ)

Основният обем се определя на база 1 календарна година и включва следните дейности:

- Преглед и консултация 1 бр.
- Завършено лечение на дефекти на ТЗТ:
 - а) без засягане на пулпата 1 бр.
 - б) със засягане на пулпата..... 1 бр.
 - в) коронка..... 1 бр.
- Завършено лечение на ДЗР:
 - плакова протеза (цяла или частична)..... 1 бр. за 4 г.
 - Цялостно почистване на зъбен камък 1 бр.
 - Екстракции 1 бр.



ЗАКОН ЗА БЪЛГАРСКА СТОМАТОЛОГИЧНА КАМАРА /АСОЦИАЦИЯ (проект)

Глава първа.

ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ

- Чл. 1. (1) Българската стоматологична камара е независима обществена организация, представляваща и защитаваща интересите на стоматолозите в България пред държавата и обществото.
- (2) Българската стоматологична камара (БСК) обединява съсловните организации на стоматолозите в България, регистрирани по съответните закони.
- Чл. 2. (1) БСК е самостоятелно юридическо лице.
- (2) Съсловните организации на стоматолозите се организират и регистрират по Закона за лицата и семейството на териториален или друг принцип - по интереси, специалност, ведомствен, научно-преподавателски и др.
- (3) СОС в България упражняват своята дейност по места чрез районни колегии, съобразно уставите си.
- Чл. 3. (1) Членството на ПСОС в БСК е доброволно.

Глава втора.

ФУНКЦИИ

- Чл. 4. Българската стоматологична камара
- (1). представлява своите членове и защитава професионалните им права и интереси;
 - (2). ПСОС, членове на БСК, които организират работещите със здравноосигурителните каси стоматолози, представляват своите членове като страна при сключване на Националния рамков договор по задължителното и доброволно здравно осигуряване;
 - (3). изготвя Кодекс за професионална етика на стоматолозите и упражнява контрол по спазването му;
 - (4). приема Правила за добра стоматологична практика и упражнява контрол по спазването им;
 - (5). налага санкции, предвидени в този закон;
 - (6). съставя и води национален и районни регистри на членовете си;
 - (7). участва в организацията и провеждането на квалификационни курсове за стоматолозите;
 - (8). участва със свои представители във Висшия медицински съвет към Министерството на здравеопазването;
 - (9). дава становища по проекти на нормативни актове в областта на стоматологията;
 - (10). осъществява сътрудничество с други организации и институции в страната и в чужбина;
 - (11). подпомага своите членове и техните семейства в случай на нужда, съгласно уставите на организациите;
 - (12). извършва други дейности, предвидени в устава на организацията.

КАЗАНО, ИГНОРИРАНО, И ПАК АКТУАЛНО

Чл. 5. За изпълнението на функциите по чл. 5 конгресът на БСК приема устав на организацията.

Глава трета.

УСТРОЙСТВО

Раздел I.

Централни органи

Чл. 6. Органи на БСК на национално равнище са:

1. Конгресът на БСК;
2. Управителният съвет на БСК;
3. Контролната комисия на БСК;
4. Комисията по професионална етика на БСК.

Чл. 7. (1) Конгресът на БСК се състои от представители на УС на съсловните организации.

(2) Представителите по ал. 1 се избират от общите събрания на съсловните организации при норма на представителство 7 члена от УС на ПСОС.

(3) Органите по ал. 1 се свикват на редовни заседания веднъж на 3 години и на извънредни заседания. Редът за свикване и правилата за работа и за вземане на решения се определят в устава на БСК.

Чл. 8. Конгресът на БСК:

1. приема, допълва и изменя устава на организацията;
2. приема, допълва и изменя кодекса за професионална етика на стоматолозите и го предлага за обнародване в „Държавен вестник“;
3. избира и освобождава управителния съвет, контролната комисия и комисията по професионална етика на БСК, по ред, предвиден в устава;
4. избира и освобождава председателя, заместник-председателите, главния секретар и членовете на управителния съвет; председателя и членовете на контролната комисия; председателя и членовете на комисията по професионална етика;
5. избира и освобождава представителите на БСК във Висшия медицински съвет към Министерството на здравеопазването;
6. приема отчетите на управителния съвет, на контролната комисия и на комисията по професионална етика;
7. определя размера на членския внос;
8. приема правилата за набиране и разходване на средствата на организацията;
9. взема решения по всички други въпроси, свързани с дейността на организацията.

Чл. 9. (1) Конгресът на БСК се счита за законно проведен при присъствието най-малко на две трети от избраните представители.

(2) Конгресът на БСК приема уставите и кодексите за професионална етика с квалифицирано мнозинство от две трети, а всички останали решения - с обикновено мнозинство от присъстващите.

КАЗАНО, ИГНОРИРАНО, И ПАК АКТУАЛНО

Чл. 10. Управителният съвет на БСК се състои от председател, заместник-председатели, главен секретар и членове. Броят на заместник-председателите и на членовете се определя с устава на организацията.

Чл. 11. Управителният съвет се свиква на редовни заседания най-малко веднъж на 3 месеца.

Чл. 12. (1) Управителният съвет на БСК:

1. свиква събор, съответно конгрес;
2. управлява имуществото на организацията;
3. създава национален регистър на ПСОС в България и обнародва в „Държавен вестник“ списък с имената на регистрираните, списъкът се актуализира всяка година;
4. осигурява защита от неправомерен достъп на данните в регистъра;
5. ръководи дейността на съюзите по изпълнението на техните функции.

(2) Управителният съвет на ПСОС, обединяващи лекарите и стоматолозите, работещи с касата, определят от състава си по 10 представители, за участие в изработването и подписването на Националния рамков договор по задължителното здравно осигуряване.

(3) Преговорите със ЗОК и съответно договорите за стоматолозите са отделни и се утвърждават от БСК.

Чл. 13. (1) Председателят на управителния съвет на БСК организира и ръководи работата му и я представлява.

(2) Заместник-председателите подпомагат председателя в дейността му и го заместват по време на отсъствие.

(3) Главният секретар на управителния съвет:

1. ръководи дейността по непосредственото изпълнение на решенията на управителния съвет;
2. организира заседанията на управителния съвет;
3. организира дейността по техническото и административното осигуряване на цялостната дейност на управителния съвет.

Чл. 14. (1) Контролната комисия на БСК се състои от председател и членове. Броят на членовете се определя с устава на организацията.

(2) Комисията по ал. 1:

1. контролира законосъобразността и уставосъобразността на взетите от управителния съвет решения и тяхното изпълнение;
2. разглежда докладите по чл. 27. ал. 1. т. 3 и се произнася по тях;
3. представя пред конгреса на БСК отчет за своята дейност и предложения за освобождаване или неосвобождаване от отговорност на членовете на управителния съвет.

(3) Заседанията на комисията по ал. 1 са закрити. Председателят и членовете ѝ могат да присъстват на заседанията на управителния съвет.

КАЗАНО, ИГНОРИРАНО, И ПАК АКТУАЛНО

- Чл. 15. (1) Комисията по професионална етика на БСК се състои от председател и членове. Броят на членовете се определя с устава на организацията.
- (2) Заседанията на комисията по ал. 1 са закрити. Комисията се произнася по професионално-медицински, морално-етични и дентологични въпроси, свързани с упражняването на професията.

Глава четвърта.

ЧЛЕНСТВО, ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ

Раздел I.

Членство

- Чл. 16. (1) Членството на ПСОС в БСК възниква с вписването в регистъра на съответната ПСОС, регистрирана по съответния ред .
- (2) Вписването се извършва след подаване на заявление от ПСОС, подадено от председателя на УС. Към заявлението се прилагат:
1. Решение на Общото Събрание на ПСОС
 2. Съдебна регистрация на организацията
 3. Регистър на членовете на ПСОС
 4. Данъчна регистрация
 5. Булстат
- Чл. 17. (1) Управителният съвет на БСК проверява дали са налице изискванията за вписване в регистъра на съответната ПСОС.
- (2) Ако ПСОС отговаря на изискванията, вписването се извършва в 14-дневен срок от подаването на документите по чл. 17.
- (3) Управителният съвет на БСК издава удостоверение за извършеното вписване в срока по ал. 2.
- (4) Отказ от вписване в регистъра на БСК може да бъде направен при:
1. неспазване на изискванията по чл. 17.
- (5) Отказът от вписване в регистъра може да се обжалва в 7-дневен срок от получаване на съобщението пред управителния съвет на БСК, които се произнасят с решение в едномесечен срок.
- (6) Решенията на управителния съвет на ПСОС подлежат на обжалване по реда на Закона за административното производство пред Върховния административен съд.
- Чл. 18. (1) В регистъра се вписват следните обстоятелства:
1. Названието на ПСОС по съдебна регистрация;
 2. Седалището на организацията;
 3. Председателя;
 4. Членовете на УС;
 5. Данните на съдебната регистрация;
 6. Данните за данъчната регистрация;
 7. Булстат;
 8. други обстоятелства.

КАЗАНО, ИГНОРИРАНО, И ПАК АКТУАЛНО

- (2) Вписаните в регистъра ПСОС са длъжни да заявят за вписване промяна на обстоятелствата по ал. 1, т. 2. 4 и 5.
- (3) За всички вписани обстоятелства и промени в регистъра се уведомява управителният съвет на БСК, в едномесечен срок.

Раздел II.

Права и задължения

Чл. 19. Представителите на ПСОС в БСК имат право:

- 1. да избират и да бъдат избирани в органите на БСК. Не могат да бъдат избирани в тези органи министри, зам.-министри, главни секретари на министерства, директори на здравни заведения,
- 2. да бъдат информирани за всички дела на БЛК и БСК;

Чл. 20. Членовете на ПСОС, които участват в БСК, са длъжни:

- 1. да упражняват своята професия в съответствие с кодекса за професионална етика;
- 2. да прилагат правилата за добра медицинска практика;
- 3. да спазват устава на организациите си и на БСК;
- 4. да уведомяват управителния съвет на ПСОС, в която членуват, за промените, свързани с упражняването на професията..

Преходни и заключителни разпоредби

§1. В тримесечен срок от влизането на закона в сила съществуващите организации на лекарите и стоматолозите свикват първите общи събрания на лекарите, съответно на стоматолозите, по списъците по § 2 за избор на органите на ПСОС и на делегати за конгреса на БСК.

§ 2. Регистрацията на лекарите и стоматолозите в съществуващите ПСОС към датата на влизане на закона в сила остава валидна.



/ПРОЕКТ/ ПРАВИЛНИК ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТА И ДЕЙНОСТТА НА „ФОНД ЗА ДЕНТАЛНА ПРОФИЛАКТИКА“

Глава първа. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. С правилника се определят:

1. организацията на работа и дейността на „Фонд за дентална профилактика“;
2. медицинските критерии за определяне на лицата за организационно и финансово подпомагане със средства от „Фонда“.

Чл. 2. „Фондът за дентална профилактика“, наричан по-нататък „фондът“, е второстепенен разпоредител с бюджетни кредити към министъра на здравеопазването с численост щатни бройки.

Чл. 3. Приходите на фонда се формират от:

1. субсидии от държавния бюджет;
2. дарения и помощи;
3. други приходи, предвидени в нормативен акт.

Чл. 4. Средствата по чл. 3 се разходват за обезпечаване дейността на фонда.

Чл. 5. (1) Фондът осъществява следните функции:

1. организационно и финансово подпомагане на български граждани за извършване на дейности по дентална профилактика при лица до 18 години;
 2. контрол върху дейността по дентална профилактика на лечебните заведения, получили финансиране от фонда чрез Министерството на здравеопазването;
 3. организиране и провеждане на дейности за набиране на финансови средства за осъществяване дейността на фонда;
 4. даване на методически указания относно процедурите по отпускане, разходване и отчитане на финансовите средства за профилактика, предоставени от фонда;
 5. провеждане на информационна политика относно дейностите по дентална профилактика;
 6. създаване и поддържане на регистър на лицата, които са ползвали средства от фонда за извършване на дентална профилактика;
 7. проверки по сигнали, свързани с дейностите по дентална профилактика, финансирани със средства на фонда, съвместно с Министерството на здравеопазването.
- (2) Фондът осъществява дейността си при спазване на Административно процесуалния кодекс.

Глава втора. УПРАВЛЕНИЕ И СТРУКТУРА

Раздел I.

Директор

Чл. 6. (1) Фондът се управлява и представлява от директор, който се назначава по трудово правоотношение от министъра на здравеопазването.

КАЗАНО, ИГНОРИРАНО, И ПАК АКТУАЛНО

(2) Администрацията на фонда се състои от служители с медицинско, икономическо или юридическо образование.

Чл. 7. Директорът:

1. организира, ръководи и представлява фонда;
 2. носи отговорност за законосъобразното и целесъобразното разходване на финансовите средства от фонда;
 3. издава заповеди за организационно и финансово подпомагане на български граждани за извършване на дейности по дентална профилактика в лечебни заведения в Република България или прави мотивиран отказ;
 4. сключва, изменя и прекратява договори с лечебни заведения за финансиране на дейностите по дентална профилактика;
 5. определя със заповед длъжностни лица, които осъществяват контрол на дейностите по дентална профилактика в лечебните заведения, получили финансови средства от фонда;
 6. осигурява защита и носи отговорност за съхранение на личните данни и здравната информация;
 7. организира и носи отговорност за изпълнение на решенията на общественния съвет;
 8. изпълнява функциите на работодател по отношение на работещите във фонда;
 9. утвърждава длъжностното щатно разписание и длъжностните характеристики на работещите във фонда;
 10. организира провеждането на информационната политика на фонда, като осигурява публичност и прозрачност на неговата дейност;
 11. утвърждава със заповед списък на външни експерти;
 12. представя на министъра на здравеопазването ежегоден доклад за дейността на фонда в срок до 20 февруари на следващата година по образец съгласно приложение № 1;
 13. осъществява други дейности, свързани с управлението и функционирането на фонда.
- Чл. 8. Функциите на директора в негово отсъствие се изпълняват от определен от него със заповед служител от фонда за всеки конкретен случай, както и за срока на отсъствието му.

Раздел II.

Атестиране

Чл. 9. Директорът на фонда се атестира на всеки 3 години в срок до 3 месеца след изтичане на срока от предходното атестиране.

Чл. 10. Основните цели на атестирането са:

1. установяване равнището на професионалната квалификация и управленските умения на директора;
2. оценяване изпълнението на функциите, регламентирани в нормативните актове и длъжностната характеристика;
3. подобряване дейността на фонда.

Чл. 11. Атестирането се организира от министъра на здравеопазването, който уведомява директора на фонда за деня на атестацията не по-късно от 5 работни дни преди нейното провеждане.

Чл. 12. (1) Атестацията се провежда от комисия, определена от министъра на здравеопазването.

(2) Комисията е длъжна да извърши оценяването безпристрастно, честно и компетентно въз основа на обективно установими факти и обстоятелства.

КАЗАНО, ИГНОРИРАНО, И ПАК АКТУАЛНО

Чл. 13. Атестирането се извършва по следните показатели:

1. управленски умения, които включват оценяване на: оперативност, координиране и контрол; познаване и ползване на нормативните актове и практическото им прилагане;
2. организация на дейността на фонда, която включва оценяване на: организационни умения, инициативност, борба с корупцията, умения за работа в екип, медийна политика;
3. обем, качество и ефективност, които включват оценяване на: броя и сроковете на разгледаните заявления за организационно и финансово подпомагане на български граждани за извършване на дентална профилактика; броя на постъпилите и разгледани сигнали, свързани с дейността на фонда, и резултатите от тях.

Чл. 14. Въз основа на комплексен анализ на дейността по показателите съобразно чл. 13, атестацията може да бъде:

1. отрицателна;
2. неудовлетворителна;
3. добра;
4. много добра.

Чл. 15. (1) За резултатите от атестацията комисията съставя атестационна карта и запознава директора с нейното съдържание, който я подписва.

(2) Ако директорът не е съгласен с поставената оценка, може да подаде писмено възражение, в което посочва мотивите за своето несъгласие.

(3) Възражението се подава до министъра на здравеопазването в тридневен срок от датата, на която директорът е подписал атестационната карта.

Чл. 16. (1) Министърът на здравеопазването е длъжен да се произнесе по възражението в 10-дневен срок от получаването му, като неговото решение е окончателно.

(2) Министърът на здравеопазването може да приеме възражението за основателно или да го отхвърли.

(3) Когато министърът на здравеопазването приеме възражението за основателно, се провежда ново атестиране в срок до един месец от неговото решение.

Чл. 17. Попълнените и подписани атестационни карти се съхраняват в личното досие на директора.

Чл. 18. Министърът на здравеопазването може да прекрати трудовото правоотношение на директора на фонда, ако е получил отрицателна атестация, с предизвестие по чл. 328, ал. 1, т. 5 от Кодекса на труда.

Глава трета.

ОБЩЕСТВЕН СЪВЕТ. ЗВЕНО ЗА ПОДПОМАГАНЕ НА ФОНДА. ВЪНШНИ ЕКСПЕРТИ

Чл. 19. При изпълнение на своите функции директорът на фонда се подпомага от:

1. обществен съвет;
2. администрацията на фонда, която се състои от служители по трудово правоотношение, назначени от директора;
3. звено за подпомагане на „Фонд за дентална профилактика“;
4. външни експерти по гражданско правоотношение.

Чл. 20. (1) Общественият съвет се състои от 7 членове, определени с решение на Министерския съвет.

КАЗАНО, ИГНОРИРАНО, И ПАК АКТУАЛНО

(2) Общественият съвет:

1. разглежда заявления на дентални лекари за организационно и финансово подпомагане от фонда за извършване на дентална профилактика в лечебни заведения в Република България;

2. изработва, актуализира и оповестява принципи и правила, въз основа на които се набират и разходват финансови средства за осъществяване дейността на фонда, и предлага максимални стойности за финансиране на дейности по асистирана репродукция със средства от фонда;

3. организира и провежда дейности за набиране на финансови средства за осъществяване дейността на фонда;

4. прави предложение до директора на фонда по всяко подадено заявление, като при положително становище предлага и размера на необходимата парична сума до определен максимален размер на средствата за съответната дейност;

5. разглежда финансовата и медицинската документация, представена от лечебните заведения след извършване на дейностите по дентална профилактика, и прави предложение до директора на фонда за изплащане на сумите или за отстраняване на непълноти и неточности;

6. участва със свои представители при осъществяване на контрола по чл. 5, т. 2 и 7 в качеството на консултанти.

(3) За членове на обществения съвет се определят изтъкнати медицински специалисти с призната специалност „детска дентална медицина“ и с професионален опит в областта на денталната профилактика, както и представители на юридически лица с нестопанска цел, работещи за защита на правата на пациентите в областта на профилактиката.

Чл. 21. (1) Звеното за подпомагане на фонда се състои от служители на Министерството на здравеопазването, определени със заповед на министъра на здравеопазването.

(2) Звеното за подпомагане на фонда осъществява административно-техническото му обслужване.

Чл. 22. (1) Директорът на фонда със заповед определя списък на външните експерти, които подпомагат дейността на фонда.

(2) При необходимост по предложение на обществения съвет могат да бъдат поканени и други специалисти по конкретни случаи.

Чл. 23. Директорът на фонда и лицата по чл. 19, т. 1, чл. 21 и 22 нямат право да разглашават факти и обстоятелства, които са им станали известни в хода на тяхната дейност.

Чл. 24. (1) Директорът на фонда със заповед, съгласувана с министъра на здравеопазването, определя размерите на възнагражденията на лицата по чл. 19, т. 1, чл. 21 и 22.

(2) Възнагражденията по ал. 1 се изплащат от бюджета на МЗ.

Глава четвърта.

ДЕЙНОСТ

Чл. 25. (1) Фондът финансира:

1. Скринингови изследвания;
2. Здравна просвета;
3. Екзогенни методи за профилактика;
4. Ендогенни методи за профилактика.

Глава пета. ОРГАНИЗАЦИЯ НА РАБОТА

Чл. 26. (1) За сключване на договор лечебните заведения подават заявление до директора на фонда.

(2) Документите по чл. 28 се предоставят на фонда служебно от звеното за подпомагане на фонда.

Чл. 27. (1) За включване в списъка по чл. 22, ал. 1 експертите подават заявление до директора на фонда.

(2) Списъкът с експертите се обявява на интернет страницата на Министерството на здравеопазването.

Чл. 28. (1) За организационно и финансово подпомагане за извършване на дейности по дентална профилактика, лекарят, който желае да участва в програмата на фонда, подава заявление по образец и регистрациони документи от РЗИ.

Чл. 29. (1) Заявленията по чл. 30 и 31 с приложените към тях документи се предоставят по опис в звеното за подпомагане на фонда.

(2) В срок 3 дни от постъпване на заявлението ръководителят на звеното го предоставя на директора на фонда.

Чл. 30. По всяко заявление директорът на фонда взема решение, което при необходимост консултира с външен експерт

Чл. 31. (1) Ръководството на фонда разглежда документите и изготвя доклад до общественения съвет по всяко постъпило заявление, който съдържа:

1. предложение за одобряване или неодобряване на заявителя за извършване на дентална профилактика

2. предложение за размера на отпусканата парична сума;

3. лечебно заведение за извършване на дейността по дентална профилактика;

(2) Лицата по чл. 22, ал. 1 изразяват становище само относно съответствието на подадените документи.

Чл. 32. (1) Докладите се предоставят на общественения съвет и се разглеждат по реда на постъпване на заявленията.

(2) Общественият съвет изготвя месечен график за своята работа, който се утвърждава с мнозинство не по-малко от половината от присъствалите на заседанието, на което той е утвърден.

(3) В графика по ал. 2 се включват не по-малко от 200 и не повече от 400 заявления.

Чл. 33. (1) Общественият съвет провежда заседания не по-малко от веднъж месечно. При насрочване на заседанията се вземат предвид сроковете за произнасяне съгласно този правилник и графика по чл. 35, ал. 3.

(2) Заседанията се свикват от директора на фонда, а в негово отсъствие - от лицето по чл. 8.

(3) Заседанията се ръководят от директора на фонда, който не участва в гласуването.

(4) Заседанията на обществения съвет са редовни, ако на тях присъстват не по-малко от 1/2 от членовете му.

(5) На заседанието присъстват външните експерти, които са изготвили становища по заявления, включени в дневния ред за съответното заседание. Тези лица не гласуват при вземането на решения от обществения съвет.

КАЗАНО, ИГНОРИРАНО, И ПАК АКТУАЛНО

Чл. 34. Не могат да изготвят доклад/становище и да участват в заседание на обществения съвет негови членове и външни експерти, които:

1. работят или са членове на органите за управление и контрол на лечебното заведение, което заявителят е избрал за извършване на дейностите по дентална профилактика;
2. са съпруг, роднини по права или съребрена линия до IV степен със заявителите.

Чл. 35. (1) Общественият съвет взема решение по всеки доклад по чл. 34, което съдържа:

1. предложение за одобряване или неодобряване на заявителя за извършване на дентална профилактика;
2. мотиви за взетото решение съобразно индикациите по чл. 26;
3. данни за обстоятелствата по чл. 27;
4. в случаите, когато се предлага одобряване на заявителя - предложение за размера на отпусканата парична сума на съответното лечебно заведение;
5. лечебно заведение за извършване на дейността по дентална профилактика, посочено от заявителя;
6. срок, до който да бъде извършена процедурата по дентална профилактика, който не може да бъде по-дълъг от 6 месеца.

(2) Решенията по ал. 1 се взимат с мнозинство повече от 1/2 от присъстващите.

(3) Когато общественият съвет констатира непълноти и неточности в заявлението и приложената документация, се уведомява заявителя, като срокът по чл. 39, ал. 2 спира да тече до тяхното отстраняване.

(4) За всяко заседание се изготвя протокол, който съдържа разгледаните заявления, решенията по ал. 1 и резултатите от гласуването. Протоколът се подписва от всички присъвали членове на обществения съвет.

Чл. 36. (1) Въз основа на решението на обществения съвет директорът на фонда в тридневен срок от заседанието, на което е взето решението, издава заповед за организационно и финансово подпомагане на заявителя, в която посочва размера на отпусканата парична сума, избраното от лицето лечебно заведение, срока, до който да бъде извършена процедурата, или прави мотивиран отказ.

(2) Заповедите по ал. 1 се издават в срок един месец от подаване на заявлението.

(3) Когато директорът на фонда констатира непълноти и неточности в заявлението, приложената документация или изготвения доклад, връща документите в обществения съвет за тяхното отстраняване.

(4) В случаите по ал. 3 срокът по ал. 2 спира да тече до отстраняване на непълнотите и неточностите.

(5) Размерът на отпусканата парична сума е до лв. и включва средства за провеждане на дентална профилактика;

(6) Съобщаването на заповедите се извършва от звеното за подпомагане на фонда.

(7) Заповедите по ал. 1 подлежат на оспорване по реда на Административно процесуалния кодекс.

Глава шеста.

ОТЧЕТНОСТ И КОНТРОЛ

Чл. 37. (1) Паричната сума, определена със заповед на директора на фонда, се отпуска на лечебното заведение, избрано от заявителя, въз основа на сключен договор между фонда и лечебното заведение.

(2) Дейностите се заплащат чрез банков превод в левове по посочена банкова сметка от лечебното заведение на два етапа:

1. първи етап - авансово, в размер 40 % от максималната одобрена със заповедта сума и се извършва след започване на профилактичните процедури, за което лечебното заведение представя:

а) заявление, съдържащо информация, че е започнала дентална профилактика образец съгласно приложение № ;

б) проформа фактура;

в) декларация от заявителя, че лечебното заведение е предоставило информация и организация за всички дейности по денталната профилактика

(3) Фондът изплаща сумите по ал. 2, т. 1 и 2 в срок до 14 дни от представяне на документите по ал. 2, т. 1, съответно т. 2.

(4) При констатиране на непълноти и неточности в представената документация срокът по ал. 3 спира да тече до тяхното отстраняване, за което се уведомява лечебното заведение.

Чл. 38. Авансовото плащане се извършва след разглеждане на документите по чл. 40, ал. 2, т. 1 от служители на фонда с медицинско и икономическо образование.

Чл. 39. Въз основа на предложението на общественния съвет фондът изплаща по банков път съответната парична сума на лечебното заведение в срок до 4 дни от представяне на пълна финансова и медицинска документация.

Чл. 40. Лечебните заведения, които извършват дейности по дентална профилактика, финансирани със средства на фонда, подлежат на съвместен контрол от Министерството на здравеопазването и фонда.

Чл. 41. Контролът по чл. 45 се осъществява чрез извършване на следните видове проверки:

1. периодични - веднъж на три месеца, като се избира лечебно заведение на случаен принцип и се разглеждат минимум 3 пакета финансова и медицинска документация;

2. внезапни - на всеки 250 извършени процедури се проверява един пакет финансова и медицинска документация;

3. по сигнал - извършва се проверка по всеки постъпил сигнал.

Чл. 42. При констатиране на нарушения на дейности по дентална профилактика се прилага чл. 223 от Закона за здравето, като директорът на фонда може да прекрати договора със съответното лечебно заведение.

Преходни и Заключителни разпоредби

§ 1. Заявленията по този правилник се подават до директора на фонда на адрес: София, пл."Св.Неделя" №5, Министерство на здравеопазването.

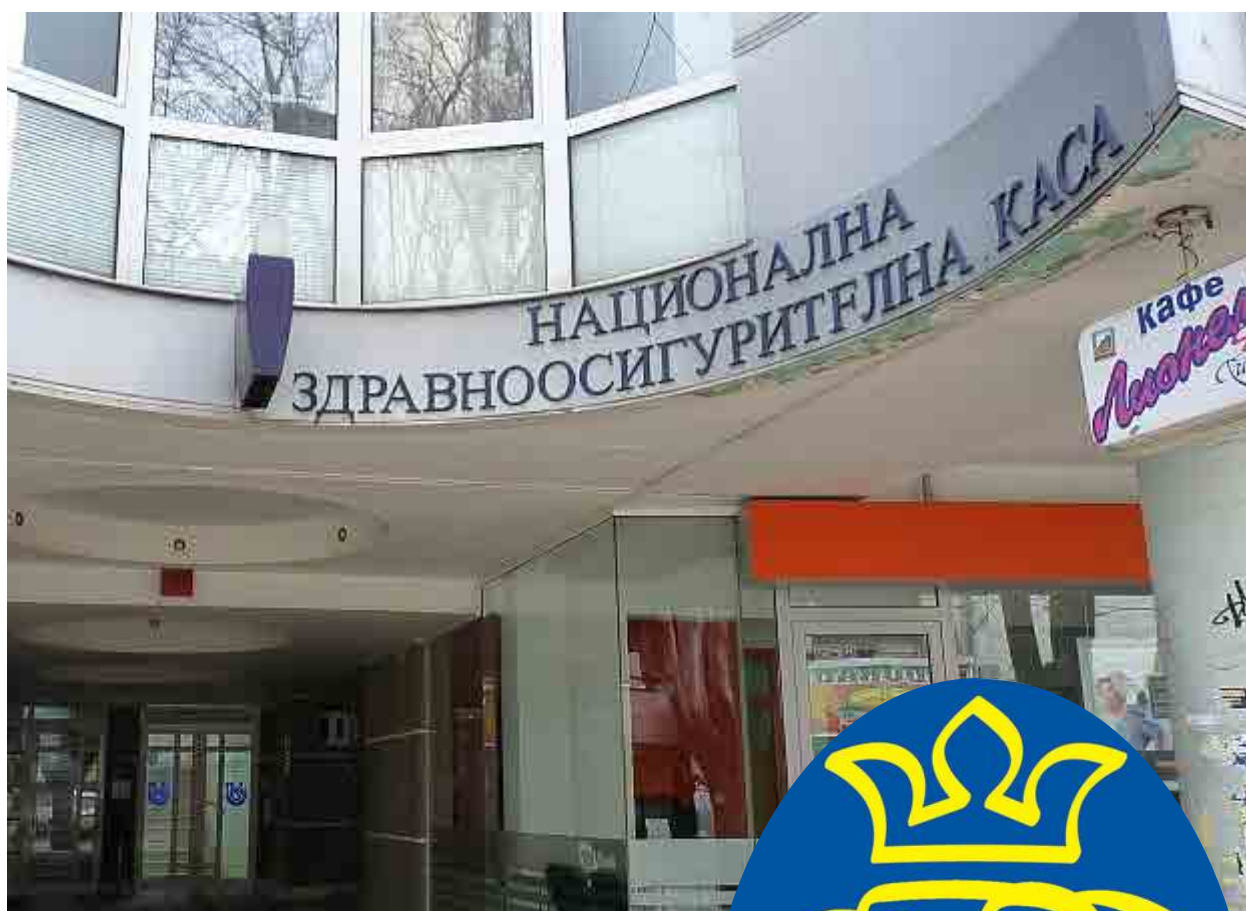
(1) Договорите по чл. 29 се сключват в срок до 10 дни след подаване на заявлението.

(2) Списъкът по чл. 30 се обявява на интернет страницата на Министерството на здравеопазването в срок до 20 дни след влизане в сила на правилника.

КАЗАНО, ИГНОРИРАНО, И ПАК АКТУАЛНО

§ 3. Правилникът се издава на основание чл. 60, ал. 2 от Закона за администрацията и от Постановление № на Министерския съвет от 20... г. за създаване на „Фонд за дентална профилактика“ (ДВ, бр.... от 20.... г.).

§ 4. Правилникът влиза в сила от деня на обнародването му в „Държавен вестник“.



СДРУЖЕНИЕ НА БЪЛГАРСКИТЕ ЗЪБОЛЕКАРИ

МОНОПОЛИТЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО крайно време е да се разделим с тях!

В тези времена на справедливи национални протести, ние, зъболекарите, не бива да оставаме безучастни. Ние сме част от това общество, и то градивна. Лечители сме, същевременно хора, които с труда си крепят българската икономика. Представители сме на малкия бизнес и днес има какво да кажем.

ПРОТЕСТЪТ

Ако анализираме протестите, ще установим, че те са основателни - родени от бедността и недоимъка, от накърненото чувство за справедливост, от натиска на монополите, от невъзможността да се прави честно бизнес, човек да отглежда нормално и да изучава децата си, да се реализира. Сигурност няма, семействата са разделени – хората отиват на гурбет, за да се прехранват. Здравеопазването ни е в задънена улица – без изход. И какво ли не още – списъкът е дълъг. И в медиите, и помежду си ние сме констатирали тези сериозни проблеми, обсъждали сме ги. Но както винаги, идва един момент – да го наречем моментът на самозапалването, когато хората вече не могат да издържат и изгарят – духовно, чрез изблик на гняв или физически. Това дълбоко и дълго стаено самозапалване днес виждаме на улицата. Тя „свети“ от протести. Искриците са многопосочни, но все пак може да се различи истинският пламък от умишления палеж, освен това ясно се вижда „блясъкът“ на ниската образованост.

Чуждите коментатори също отбелязват, че протестите у нас са справедливи, но хаотични. Появи се терминът „организиран хаос“. Отсъстват изявените лидери, улицата няма експертно мнение.

ЗДРАВНАТА РЕФОРМА И БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Сдружението на българските зъболекари е на мнение, че поне едно от исканията на българския народ не е хаотично. Солидарни сме с протеста и приемаме битката на народа срещу монополите като наша битка, защото я започнахме отдавна.

Ние не искаме промени в политическата система, нито в принципите на пазарната икономика. Ние искаме конкретни промени в законодателството, които са абсолютно изпълними. Искаме ги, защото смятаме, че зъболекарското съсловие ще се отърве от едно наложено му от държавата бреме и една несправедливост, която нарушава принципите на демокрацията и най-вече един от тях - свободния избор.

Сдружението на българските зъболекари предвиждаше колапса на българското здравеопазване още в началото на т.нар. здравеопазна реформа. Факт е – и лечители, и пациенти днес са еднакво недоволни. Разбираме, че една реформа, особено в такава деликатна сфера като здравеопазването, е процес. До този момент обаче резултатите са плачевни.

Една от грешките при стартиране на реформата, която ние още тогава посочихме, бе

СЪЗДАВАНЕТО ЧРЕЗ ЗАКОН НА МОНОПОЛИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Монополите в нашето здравеопазване се създадоха чрез ЗЗО и ЗСОЛС, въпреки предупрежденията ни. При по-внимателен поглед могат да се открият и още монополни образувания. Основните обаче са Националната здравноосигурителна каса, Лекарският и Зъболекарският съюз.

НЗОК

Калоян Стайков от Института по пазарна икономика е на мнение, че „секторът здравеопазване е изцяло под управлението на държавата, независимо от наличието на частни здравноосигурителни фондове, кабинети за преглед, лаборатории, болници и т.н., тъй като една единствена институция събира задължителните здравни осигуровки и се разпорежда с тях - НЗОК. Накратко, тя е държавен монопол”.

Същият автор уточнява, че „основният проблем на касата е, че тя не изпълнява здравноосигурителни функции, а е инструмент в ръцете на управляващите за водене на социална политика, тъй като услугите, които финансира, постоянно растат, докато приходите ѝ са ограничени”.

Като цяло зъболечението не е социална дейност. Всеки от нас я извършва по собствена преценка. НЗОК подби цените на зъболекарския труд и е вредна с монопола си за развитието на нашата професия. Ето защо в това отношение трябва да се вземат необходимите управленски решения. На първо време трябва да отпадне намесата на парламента и държавата в Здравната каса. Здравната каса е институция на здравноосигуряващите се български граждани и на никой друг. Това е независима финансова институция. Тя обаче не разполага със своя собствен капитал. Не собственикът, а държавата се разпорежда с него. Това трябва да бъде прекратено незабавно. Броят на служителите в касата и професията им трябва да бъдат преразгледани. Не се нуждаем от раздут административен апарат. Абсурдно е в институцията на здравноосигурените пациенти да работят предимно лекари, а не финансисти и икономисти. На второ място – трябва да се предприемат конкретни и решителни стъпки към демонаполизацията на касата.

КОНЦЕНТРАЦИЯТА НА ПРАВА

Преди да се спрем на втория основен монопол, ще маркираме още едно нездраво образувание в нашата сфера. В статията си „Технология на монопола”, публикувана в сайта на Центъра за защита правата в здравеопазването, д-р Николай Болтаджиев казва: „На практика във всяка медицинска специалност група хора са присвоили правото да извършват най-скъпите дейности, да издават най-важните документи и да решават всички по-съществени въпроси. По правило това са хабилитирани лица от университетските болници. Държавата е поставила знак за равенство между научна степен и компетентност.

Един от тях във всяка специалност е национален консултант, който има решаващ глас при определянето на правилата, по които се практикува специалността. Той обикновено е ръководител на катедра, на клиника в университетска болница (или директор на същата) и председател на научното дружество. Без значение дали става дума за едно или няколко физически лица, този човек или малка група получават изключително право да определят правилата за практикуване на професията по съответната специалност... Концентрацията

КАЗАНО, ИГНОРИРАНО, И ПАК АКТУАЛНО

на права в едно или няколко лица води след себе си до създаване на ред и условия, които ги облагодетелстват за сметка на всички останали лекари”.

Д-р Болтаджиев твърди, че самите нива на компетентност са един нонсенс. Компетентността е характеристика, която може да бъде отнесена към отделен професионалист. Организационната структура, като клиника и отделение, не може да притежава качеството компетентност. Още по-нелепи са въведените количествени критерии за определяне на нива на компетентност, а именно брой лекари”. Струва си да обърем внимание на политическата власт върху тази коцентрация на права, нали?

ЛЕКАРСКИЯТ И ЗЪБОЛЕКАРСКИЯТ СЪЮЗ

Нека колегите лекари решат съдбата на Българския лекарски съюз (БЛС). Той е тяхната съдба. Нашата съдба е Българският зъболекарски съюз (БЗС). Ние, от Сдружението на българските зъболекари (СБЗ), уважаваме историята, нашите прадеди и учители, основателите на БЗС. През тази година ще поставим паметна плоча в чест на 85-годишнината от смъртта на един от тях - д-р Михаил Елмазов.

Днес ние заявяваме, че сегашното състояние на БЗС не се вписва в демократичните традиции на Зъболекарския съюз.

НЕ ИСКАМЕ ДА РАЗБИЕМ БЗС, ИСКАМЕ ДА РАЗБИЕМ МОНОПОЛА НА БЗС, т.е. пълното отсъствие на конкуренция. Този монопол бе създаден от държавата, за 13 години той се разрастна до небивали размери.

КАК СЕ РАЗГЪРНА ТОЗИ МОНОПОЛ И КАКВИ СА ПОСЛЕДСТВИЯТА

Когато интелигентни и ерудирани хора осъзнаят силата на огромната власт, която поемат, и намерят точните лостове за управление, монополът разгръща пълната си мощ. Гарантирано и солидно финансиране, осигурено от висок членски внос, тромава вътрешна структура с 28 регионални представителства от цялата страна (всички трябва да се чувстват значими и същевременно задължени), 7 комисии - хранителна среда за утвърждаване на единоначалието. Създаване на печатен орган, който всеки зъболекар да получава задължително. Извън съсловието - силно медийното присъствие за налагане на „марката БЗС”, ухажване на политическата власт. На обществото трябваше да бъде внушено, че единствено БЗС е експертът в областта на зъболечението и говори от името на всички български зъболекари. Слоган, внушаващ точно това: „БЗС - организацията на всички български зъболекари”. Наемане на специалист, орговарящ за връзките с обществеността (PR), създаване на сайт.

Паралелни действия: сключване на договори с дентални профилактични фирми за ползване на логото на БЗС при излъчване на телевизионни рекламни клипове и т.н. - отново налагане на марката плюс финансови изгоди.

В очите на политическата власт и обществото БЗС се превърна действително в единственият говорител, експерт по въпросите на зъболечението, изказващ се като последна инстанция. При положение, че основната цел, с която бе създаден от парламента задължителният БЗС, бе да сключва Национален рамков договор!

Ще отворим скоби, за да отбележим, че смяната на името на професията, съответно и на използваната терминология в него, целеше да покаже съвременност, израстване - бъл-

КАЗАНО, ИГНОРИРАНО, И ПАК АКТУАЛНО

гарският зъболекар стана дентален медик. Един терминологичен абсурд, следствие от друг терминологичен абсурд - в Зъболекарския съюз, преди БСС, вече членуват лекари по дентална медицина. Третият терминологичен абсурд е подходящ за карикатура - въвеждането на съкращението на лекар по дентална медицина (л.д.м), т.е. едва ли не титла.

Монополът на БЗС роди и отгледа монополно издание с непостижимо висок за всички останали специализирани медии тираж, за да доминира и над тях, и над съсловието, и над рекламодателите. Дори Българският лекарски съюз не си позволи подобен произвол - неговият печатен орган Quo Vadis е със свободен абонамент.

Ето какви последици още се появиха, благодарение на този монопол:

- Родил се и реализира „новаторската идея“ съсловната организация да развива стопанска дейност, т.е. търговия, в случая с автоклави. Да се изземва бизнес на други фирми чрез създаване на стопанска структура под протекцията на монополист, е антипазарна дейност. Това е монополна власт, реализирана с влияние върху пазара, включително ценово влияние.

- Монополът на БЗС роди нова прослойка зъболекари (номенклатура), която вече не желае или малко практикува професията и се занимава предимно със съсловна дейност. Това са ограничен кръг от хора, който се изкачва и слиза мандатно по изкуствено създадените етажи на монополиста. Тази зъболекарска номенклатура не излиза от собствения си кръг, гордее се, че прави кариера, и обича да я командирова с нашите пари – по страната и света. Под маската на всевъзможни посещения на научни и съсловни наши и чужди форуми.

- Монополът на БЗС отне представителството на около 2000-2500 български зъболекари, които не работят със здравната каса (по данни на касата 5600 зъболекари през тази година са сключили договор с НЗОК, 1280 от които в София). По закон те са длъжни да членуват в съюза и същевременно нямат никакъв интерес да заплащат там членския си внос. След като не работят с касата, няма логичен аргумент БЗС да ги представлява пред нея.

- Монополът на БЗС роди заплахата от заличаването на дентални практики заради неплатен членски внос. Лишаването на дипломирани колеги от възможност да упражняват професията си и да изхранват семействата си, само защото не желаят да бъдат част от тази натрапена им от държавата форма на организиран съсловен живот.

- Монополът на БЗС роди т.нар. безплатни научни форуми, на които се получават кредитни точки и на които се преподава на студентско равнище само от преподаватели във факултетите. Известно е, че нищо „безплатно“ няма - плащаме с парите от нашия членски внос. „Безплатното“ обаче унищожава „платеното“, т.е. пазара. Що се касае до кредитните точки, не е известно те да фигурират в закон. Те са невалидни. И ако има реално кредитиране, (ние сме за това), какво ще стане, ако даден курс е акредитиран примерно от Българското ендодонтско общество (БЕО), а не от БЗС? Или от група колеги, специалисти в дадена област, на професионални научни срещи с модератор?

- Монополът на БЗС роди чувството на страх у колегите - да не им бъде отнето правото да упражняват професията, ако не платят членския си внос. Такава затворена система създава благодатна почва, върху която израстват кариеризмът, интригите, говоренето зад гърба. Примери има в изобилие, но не е удобно да бъдат споменавани.

- Монополът на БЗС роди и интелектуалните посегателства. Месеците на профилактика, започнати от СБЗ, постепенно преминаха в ръцете на зъболекарския съюз, наградата „Зъболекар на годината“ се клонира в „Лекар по дентална медицина на годината“ и т.н.

КАЗАНО, ИГНОРИРАНО, И ПАК АКТУАЛНО

МОНОПОЛИСТЪТ ИМА ПОЗИТИВИ

БЗС работи. Има постигнати резултати - подписват се два отделни рамкови договора, създаден бе фонд за подпомагане на колеги, проблемът със секторните рентгенови апарати е решен, международното сътрудничество (FDI и Съветът на европейските зъболекари) е на подобаващо ниво и пр.

Когато коментират задължителното членство в БЗС, някои колеги са на мнение, че това не е лошо, защото, цитираме: „някой трябва да върши тази работа“, „БЗС е силен, защото е задължителен“, „по-добре да ме контролират колегите, отколкото държавата“. Ние насърчаваме и приветстваме правото на всеки да има свое мнение. И да го изразява свободно. Монополите носят и позитиви. Въпросът е - на каква цена? Приемаме с разбиране виждането на онези честни и почтени колеги, които смятат, че БЗС може да се промени отвътре, да стане по-демократична организация. И работят за тези промени. Ние сме убедени обаче, че това не може да се случи. Защото има едно сериозно противоречие и то е заложено в закона - правото на онези колеги, които не искат да членуват в БЗС, е нарушено.

НИЕ ИСКАМЕ ПРОМЯНА В ЗАКОНА!

Приемаме задължително членство на колегите, но в организация по избор и създаване на зъболекарска камара, в която да членуват тези формирания. Ако има интерес, зъболекарският съюз ще бъде един от тях, наравно с останалите - като организация на работещите със здравната каса, или каквато е волята на членовете му. Така по-честно и демократично ще се обсъждат и решават съсловните въпроси.

Проект за зъболекарска камара е разработен от СБЗ преди 10 години и той е заложен като цел в устава на организацията.

Зъболекарският съюз е съсловна организация, която представлява и говори от името на хора, които желаят или не желаят да говори от тяхно име. БЗС подписва националния рамков договор, организира научни форуми, налага наказания на членовете си, упражнява и синдикална дейност - защитава ги. Същевременно играе ролята на предприемач - търгува чрез своя създадена стопанска структура. БЗС е издател - на печатен вестник и интернет списание. БЗС представлява всички български зъболекари пред политическата власт, без всички български зъболекари да искат това представителство. По членска маса и влияние БЗС няма конкуренция - членската маса на всяка една от зъболекарските организации, създадени на професионален принцип, не надхвърля повече от 40-50 човека. Никой не им предлага и те нямат свое официално представителство в БЗС.

СБЗ ще поиска чрез народните представители промени в здравното законодателство и в ЗСОЛЛДМ. Конкретно - отпадане на задължителното членство само в една организация, чрез създаване на Зъболекарска Камара, и демонаополизация на ЗОК чрез нов закон за здравното осигуряване при включване на доброволните фондове в него.

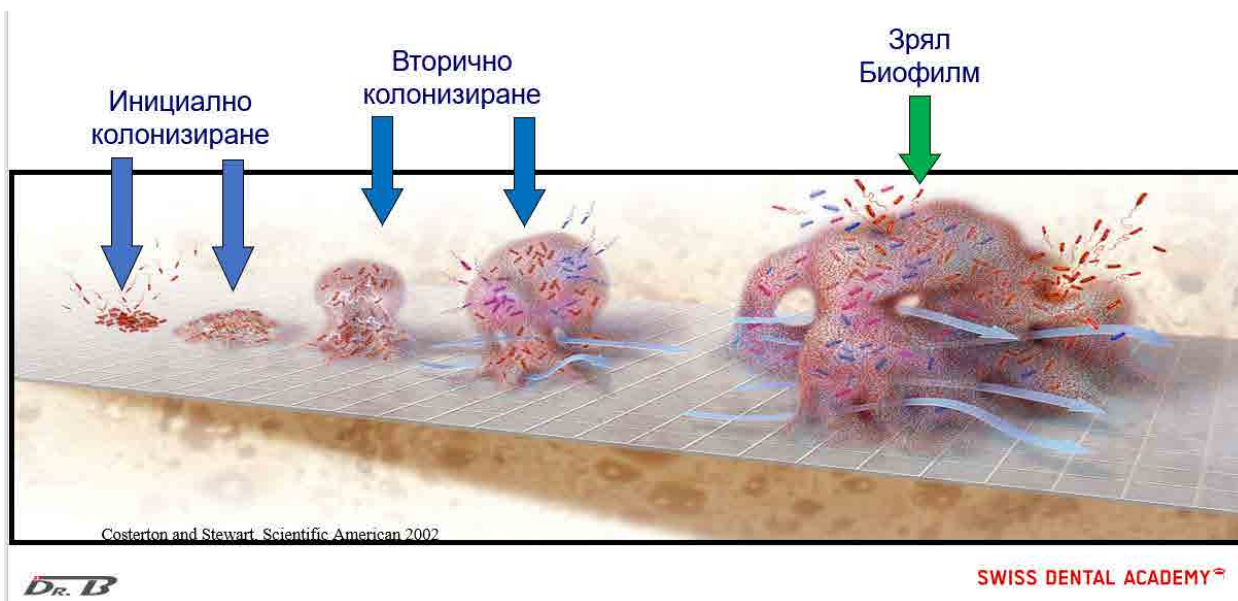
Имаме остра нужда от нови закони в здравеопазването.

Използвам случая да благодаря на д-р Антикаджиев, д-р Стоев, д-р Джорова, д-р Цалов и на всички предходни членове на УС на СБЗ за положените усилия в годините и оставам с надежда, че заедно можем да променим системата. Та нали сме част от нея

УПРАВЛЕНИЕ НА БИОФИЛМА

Биофилмът е структурирана общност от микроорганизми, капсулирани в полимерна матрица, прикрепени към някаква повърхност. За да има биофилм, необходимо условие е наличието на течна среда.

След като микробната клетка се прикрепя към повърхност, тя започва да произвежда екстрацелуларен полимерен матрикс. Той не само помага на клетките да се свържат една към друга, но и ги защитава от външни влияния. Това общество от микроби заедно с екстрацелуларния им продукт съставлява биофилма.



Микробните клетки в биофилмите в човешкото тяло като цяло са резистентни на антибиотично лечение и естествен имунен отговор на организма, което им позволява успешно по-нататъшно развитие. Заради това се смята, че биофилмите представляват идеалните условия за развитие на микробите.

Установено е, че биофилмите са причина за развитие на приблизително 60 до 80% от бактериалните инфекции в човешкото тяло.

Денталният плаков биофилм се открива обикновено по повърхността на зъбите. Най-често се среща при липса на добра орална хигиена. Този биофилм е основният етиологичен фактор за развитието на кариес, пародонтит и периимплантит.

Ако денталният плаков биофилм не се премахне с механични или химични средства 24 часа след образуването му, започва да освобождава вируленти, киселинно продуциращи и киселинно устойчиви бактерии, предизвикващи възпалителен отговор от страна на гингивата и пародонта – гингивит, началният стадий на пародонтита. Ако останат, тези бактерии рано или късно водят до загуба на алвеоларна кост, мекотъканна деструкция, загуба на импланти и възможни системни заболявания.

Устната кухина е различна от останалите микробни среди в човешкото тяло, понеже в нея се намират няколко вида повърхности за колонизация на микроби като зъби, мукоза, език, прикрепена гингива и импланти, ако има извадени зъби. Освен това зъбите са един-

стенната повърхност в тялото, която не се излюшва. Това позволява на биофилма сравнително лесно да се акумулира върху тях, като тази характеристика притежават и денталните ресторации, имплантите и други орални протези.

ДЕНТАЛНИТЕ ИМПЛАНТИ И БИОФИЛМЪТ

С все по-масовото навлизане на зъбните импланти тяхното приложение става все по-успешно от гледна точка на естетика и функция. Дори и успешните процедури обаче могат да доведат до периимплантен мукозит, възпалително заболяване на мукозно ниво, което след това може да прогресира до периимплантит – възпалително заболяване на тъканите около импланта.

Периимплантитът може да се развие по няколко причини. Една от най-честите е наличието на пародонтално заболяване, когато се поставя имплантът. Ако пациентът има дълбоки пародонтални джобове с патогенни бактерии, може да натрупа биофилм около импланта и да се стигне до неговата загуба.

Овластяването на инфекцията преди и след поставянето на импланта е от изключително значение за контрола на биофилма и периимплантита.

За да се приложи превантивният подход, трябва няколко елемента да работят ефективно: редовно проследяване и поддържаща пародонтална терапия с професионален плакконтрол, здравословна и регулярна персонална орална хигиена, контрол на другите рискови фактори като тютюнопушене и неконтролиран диабет.

60% от всички ортодонтски лекувани пациенти развиват поне едно плакасоциирано заболяване. Тези усложнения възникват основно заради наличието на ортодонтските апарати, които затрудняват почистването с четка и другите оралнохигиенни процедури, правейки тези техники по-малко ефективни в отстраняването на денталния плаков биофилм.

Алтернативен подход за контрола на денталния плаков биофилм при ортодонтски пациенти е химическият контрол с антимикробни агенти. Смята се, че хлорхексидинът е най-ефективният наличен антисептичен агент, като съществуват много изследвания, доказващи ефикасността му срещу зъбната плака като съставка във водите за уста.

Продължителната ежедневна употреба на антимикробно средство може да доведе до развитие на резистентност не само към прилаганата субстанция, но и към други антимикробни средства. Като се има предвид това, те препоръчват да се ограничи ежедневната употреба на антимикробни агенти за контрол и премахване на биофилма само до случаите, когато механичното почистване и промяната в хранителните навици на пациента са неадекватни или непостижими.

Понастоящем има два основни начина за контрол на денталния плаков биофилм и постигане на здрав орален микробиом при неортодонтски пациенти: професионален плаков контрол и персонален мануален контрол.

Професионалният плакконтрол обикновено включва премахването на субгингивалната плака и зъбен камък с ръчни скалери, а след това полиране на зъбните повърхности с чашковидни гумички и четки. С премахването на този биофилм от формираните пародонтални джобове ръчният скейлинг намалява гингивалното възпаление, което може да съществува, и предотвратява бъдещо влошаване на състоянието вследствие от потенциална прогресия към пародонтит.

Използван от опитен професионалист, ултразвуковият скалер позволява по-бързо по-

УПРАВЛЕНИЕ НА БИОФИЛМА

чистване и води до по-малка умора на ръката и китката в сравнение с ръчните кюрети. Ако се използва неправилно обаче, може да причини термична травма на зъба.

С въвеждането на пиезокерамичните инструменти и нискоабразивните прахове от еритритол или глицин, съвременният плакконтрол е по-сигурен, минимално инвазивен и по-удобен както за пациента, така и за практикуващия лекар. Освен това възможността да се премахне супра- и субгингивалният биофилм в една процедура подобрява ефикасността на тези процедури и вероятността тези пациенти да се връщат за регулярно почистване е по-голяма.

БИОФИЛМ + ВРЕМЕ = ГИНГИВИТ

БИОФИЛМ + ВРЕМЕ + ЗАХАР = КАРИЕС

БИОФИЛМ + ВРЕМЕ + ГИНГИВИТ = ПАРОДОНТИТ

БИОФИЛМ + ВРЕМЕ + ПАРОДОНТИТ = ЗАГУБА НА ЗЪБИ

БИОФИЛМ + ВРЕМЕ + ИМПЛАНТ = ПЕРИМПЛАНТИТ

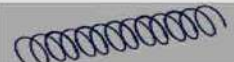
ФИЛМ + ВРЕМЕ + ПЕРИМПЛАНТИТ = ЗАГУБА НА ИМПЛАНТА

КОНВЕНЦИОНАЛНО УПРАВЛЕНИЕ НА БИОФИЛМА

То включва:

1. Диагноза

2. Ултразвуково инструментирание – много често води до разпространяване на съществуващата инфекция, чрез нараняване на здрави парадонтални тъкани, подложени на обстрела с покрити с биофилм парчета зъбен камък.

	Ултразвукови Магнитострикционни	Ултразвукови Пиезокерамични	Звукови
Честота на трептене	20 – 42 kHz	24 – 32 kHz	2'500 до 7'000 цикъла с секунда
Трансдуцер /преобразувател на енергията във вибрация/	Пластини от никелова сплав 	Керамика 	Сгъстен въздух 
Модел на трептене	Елипса 	Линия 	Елипса или кръг 
Работна част на върха	Всички повърхности за активни	Страничните повърхности за активни	Всички повърхности за активни
Усещане на болка	Болезнено	Комфортно	Умерен дискомфорт

УПРАВЛЕНИЕ НА БИОФИЛМА

3. Ръчно инструментиране – с годините се натрупват купища кюрети, никому ненужни след захабяването им. Няма начин да бъде контролиран моментът със свръхотнемането на зъбни тъкани, което води до характерни увреждания.

Ръчни кюрети и инструменти

Голям брой инструменти



Pic: Dr. D. Pignat (Switzerland)
Pic: Carranza's Clinical Periodontology 12 ed.

DR. B

Свръх инструментация



Загуба на дентин и цимент

SWISS DENTAL ACADEMY

4. Полиране с гума и четка

Гумичка, полирна паста, четка



- Надраскване на повърхностите
- Загряване на зъба
- Мръсна процедура
- Времеемко
- Недостъпност в много области



Dr. Donnet and Sara Camboni, JCD, 2016

DR. B

SWISS DENTAL ACADEMY

5. Мотивация и обучение

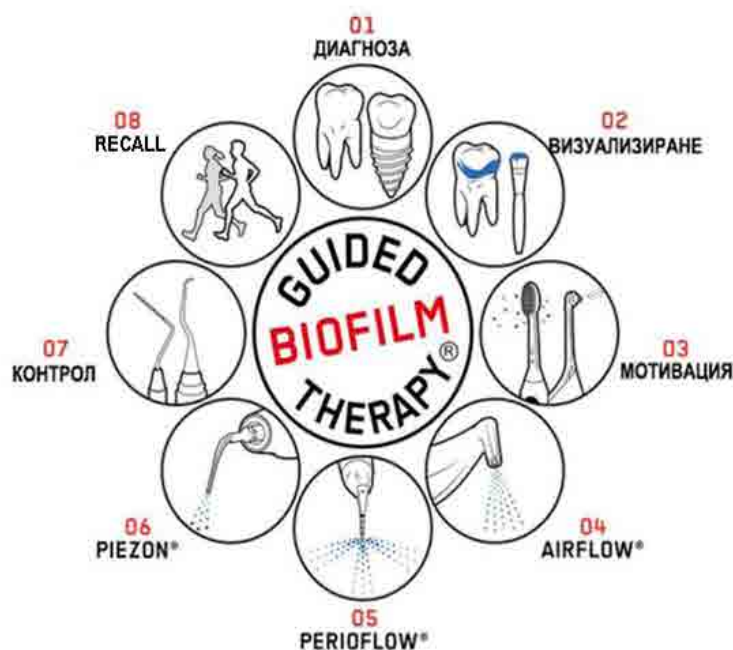
УПРАВЛЕНИЕ НА БИОФИЛМА

GUIDED BIOFILM THERAPY

Guided Biofilm Therapy е системно, предвидимо решение за управление на зъбния биофилм при професионална профилактика, използвайки най-съвременните технологии **AIRFLOW** и **PIEZON**, подкрепено с научни доказателства.

Guided Biofilm Therapy се състои от протоколи за лечение, основани на индивидуална диагноза и оценка на риска, за да се постигнат оптимални резултати с най-високо ниво на комфорт, безопасност и ефективност

Guided Biofilm Therapy включва и инструкции за хигиена на устната кухина заедно с обучението на пациентите и мотивацията за поддържане на естествените зъби и импланти, колкото е възможно по-дълго.



Според препоръките за Professional Mechanical Plaque Removal (PMPR) на European Federation of Periodontology (EFP) **SWISS DENTAL ACADEMY**®

УПРАВЛЕНИЕ НА БИОФИЛМА

04 AIRFLOW®

Кога да използваме:

- За премахване на БИОФИЛМА – под и над венечно
- Перфектно почистване и полиране преди профилактика с ултразвук или ръчни инструменти
- За премахване петна по зъбите много по-бързо и по-удобно от конвенционалните методи
- За премахване на БИОФИЛМА от апроксималните зъбни повърхности
- Поддръжка на импланти

Разширено приложение:

- Преди залепване на брекети
- Преди аплициране на силанти
- Преди отпечатък за корони
- Преди циментиране на инлей / онлей
- За по-добра видимост при диагностициране
- Преди избелване
- Преди апликация на флуориди

Dr. B

SWISS DENTAL ACADEMY®

04 AIRFLOW®

Първични индикации:

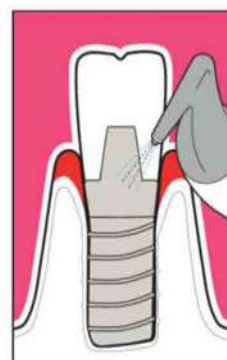
- Отстраняване на БИОФИЛМА – под и над венечно
- Премахване на оцветявания и петна



Надвенечно



в сулкус до 3 мм около зъби



до 4 мм около импланти

- ✓ Не можем да предотвратим **ПЕРИМУКОЗИТА**, но сме длъжни да предотвратим прерастването му в **ПЕРИИМПЛАНТИТ**
- ✓ Основната цел на лечението на **ПЕРИИМПЛАНТИТА** е елиминирането на **БИОФИЛМА**



УПРАВЛЕНИЕ НА БИОФИЛМА

04 AIRFLOW® Mucositis

- ✓ Глициновият прах за полиране е много ефективен при мукозит.
- ✓ Въздушното полиране може да подобри ефикасността на нехирургичното лечение на пери-имплантитите
- ✓ AIRFLOW® доведе до значително по-висока редукция на BPP при пери-имплантити



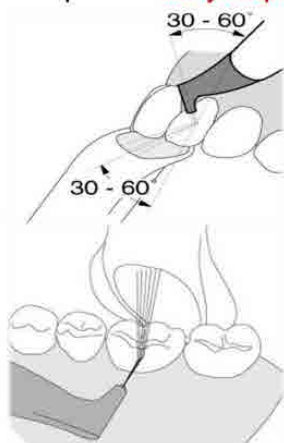
Efficacy of air polishing for the non-surgical treatment of peri- implant diseases: a systematic review
Schwarz F, Becker K, Renvert S. J Clin Periodontol 2015; doi:10.1111/jcpe.12454.

Dr. B

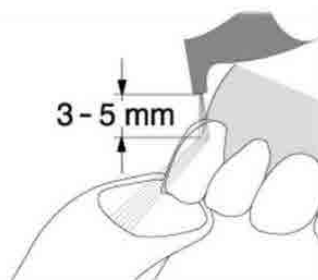
SWISS DENTAL ACADEMY

04 AIRFLOW®

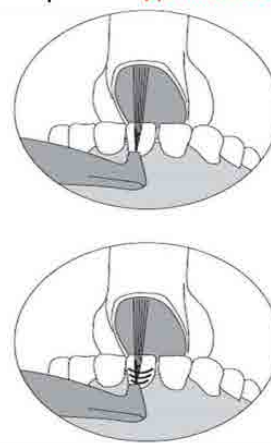
Коректна **ангулация**



Коректна **дистанция**



Коректно **движение**



Dr. B

SWISS DENTAL ACADEMY

05 PERIOFLOW®

ПРЕДПАЗНИ МЕРКИ:

- Не използвайте една и съща дюза на повече от 1 пациент, дюзата PERIO FLOW® не може да се стерилизира или да се използва отново
- Винаги сравнявайте клиничната дълбочина на изследване с рентгеновите снимки преди да използвате дюзата.
- След 20 обработени повърхности, сменете дюзата
- За тесни пародонтални джобове, въпреки че дълбочината е > 4 мм, не използвайте дюзата
- Никога не натискайте дюзата в джоба
- Не се изискват повторни обработвания на една и съща повърхност
- Никога не използвайте дюзата веднага след субгингивално инструментирание (ръчни инструменти или ултразвук)



Dr. B

SWISS DENTAL ACADEMY

УПРАВЛЕНИЕ НА БИОФИЛМА

05 PERIOFLOW®

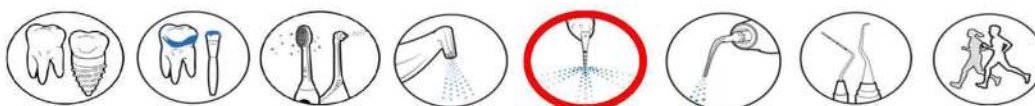
ПРЕПОРЪКИ:

- Използвайте само EMS Perio за субгингивално приложение
- Да се използва само от обучен и квалифициран персонал
- Използвайте го само ако дълбочината на джоба е повече от 4 мм.
- Използвайте препоръчаните настройки за вода, сила и методология.
- Свържете правилно дюзата PERIO FLOW® на накрайника
- Използвайте максимална вода за субгингивална обработка
- Винаги проверявайте проходимостта на дюзата преди употреба
- Дюзата не се използва, освен ако пациентите имат най-малко 3 mm костно прикрепване около мястото, което ще се лекува
- Ако лекувате няколко места на 1 пациент, проверете дали върхът на дюзата не е огънат и качеството на дюзата не е променено
- 5 сек на повърхност е препоръчаното време
- Вертикалното движение на дюзата в джоба е задължително



Dr. B

SWISS DENTAL ACADEMY®



05 PERIOFLOW®

- ✓ Използва се със специален наконечник
- ✓ Пластмасови и гъвкави
- ✓ Еднократна употреба
- ✓ Гаранция за комфорт на пациента
- ✓ Лечението без анестезия
- ✓ 4 пъти по-бързо от ръчните инструменти
- ✓ Никакво увреждане на кореновата повърхност
- ✓ Лесен достъп до всички повърхности
- ✓ Голяма ефективност



First few studies: Prof Mombelli, University of Geneva, Prof Sculean, University of Bern

Dr. B

SWISS DENTAL ACADEMY®

- ✓ **Еритриолът** е безопасен при високо рискови пациенти
- ✓ PERIOFLOW® намалява броя на остатъчните джобове и кървенето при сондиране



Muller N, Moene R, Cancela J, Mombelli A

Dr. B

J Clin Periodontol 2014; doi: 10.1111/j. cpe.12289.

SWISS DENTAL ACADEMY®

06 PIEZON®

Schwarz et al, 2006:

- В сравнение с пластмасовата кюрета, **върхът Peek** премахва два пъти повече биофилм
- Спестява 30% време
- Повърхностите, почистени от върха, са по-благоприятни за клетъчното прикрепване
- Както пластмасовата кюрета, така и **върхът Peek** не причиняват видими увреждания на повърхността на титанов имплант



07 КОНТРОЛ

- ✓ Пациентите с редовна поддръжка 3 пъти в годината са имали 90% по-малко неуспешни импланти
- ✓ При не по-малко от едно посещение за поддръжка на година, процентът на неуспеха е намален с 60%

Role of supportive maintenance therapy on implant survival: a university-based 17 years retrospective analysis, Gay IC, 2016

- ✓ След 5-годишен период на натоварване без редовна програма за поддържане, един от петима пациенти развива пери-имплантит

Prevalence of peri-implantitis in patients not participating in well-designed supportive periodontal treatments: a cross-sectional study, Amirreza, Rokn et al. - COIR - 2016

Dr. B

SWISS DENTAL ACADEMY®

Препоръки !!!

През **1-2 месеца** за пациенти с ортодонтски неснимаеми апарати

През **3-4 месеца** за пациенти с пародонтална обремененост, пери-имплантити, лоша устна хигиена

През **6 месеца** за пациенти с оптимална устна хигиена и без пародонтална история

УПРАВЛЕНИЕ НА БИОФИЛМА

08 RECALL



Биофилм и зъбен камък



Зъбен камък



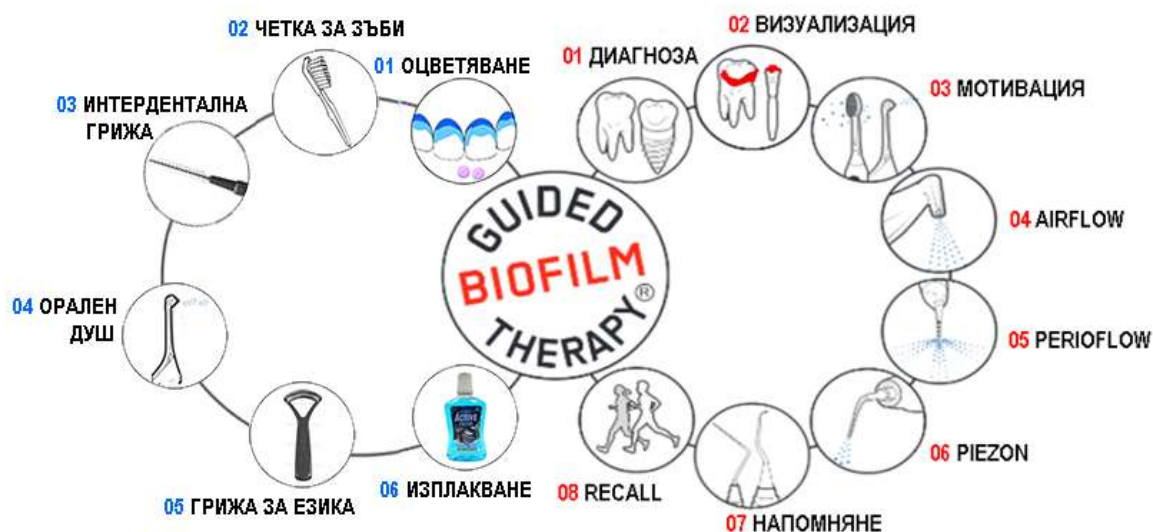
Биофилм и петна

Dr. B

SWISS DENTAL ACADEMY

ДОМАШНА ГРИЖА

ПРОФЕСИОНАЛНА ГРИЖА



Guided Biofilm Therapy

- Гарантира качествено лечение – **прецизно и безопасно**.
- Запазва повърхността на естествените зъби, имплантите и обтурациите – **без драскотини и преинструментиране**.
- Води до намаляване на **свръхсетивността**.
- Подобрява **видимостта** при откриване на зъбния камък.
- Подобрява видимостта при оглед на **твърдите зъбни тъкани**.
- Намалява **времето** за лечение.
- Намалява обема на работа и **натоварване на клиника**.
- Повишава **комфорта** на пациента.

д-р Пламен Бързашки –
оторизиран треньор на Swiss Dental Academy за България и Македония

ПАЦИЕНТ С ОСТЕОАРТРИТ, УТЕЖНЕН ОТ ФОКАЛНА ИНФЕКЦИЯ ОТ ЗЪБЕН ПРОИЗХОД - КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Ася Кръстева¹, Яница Истаткова¹, Мирела Маринова-Такорова²

Резюме

Остеоартритът (ОА) е дегенеративно ставно заболяване, засягащо приблизително 27 милиона американци. Може да бъде засегната всяка става, но най-често това се наблюдава в коленните, тазобедрените, ставите на врата и долната част на гърба, малките стави на пръстите, както и тези в основата на палеца на ръката или крака.

Представяме клиничен случай на 53-годишна жена с хроничен ОА на малките стави на пръстите, оплакваща се от болезнени, оточни и топли стави на лявата и дясната ръка. Пациентката е изпратена за консултация към Катедра „Образна и орална диагностика“ по повод повишени нива на CRP и СУЕ. Тя беше изследвана посредством протокол за дентална огнищна диагностика. Установихме активно поле на смущение - зъб 46. Беше проведено ендодонтико релечение под антибиотична защита и по време на контролния преглед след един месец установихме понижени нива на CRP и СУЕ

Ключови думи: остеоартрит, дентална огнищна инфекция, CRP, СУЕ.

Основна информация:

Остеоартритът (ОА) е най-честото ставно заболяване в Съединените Щати, засягащо 10% от мъжете и 13% от жените на възраст 60 години и повече. Обичайно е броят на хората със симптоматичен остеоартрит да се увеличава поради застаряване на населението и затлъстяването (2). Епидемиологичната информация разкрива, че в Обединеното кралство приблизително 10% от населението има остеоартрит. Най-честите оплаквания са от болка, скованост и тежко инвалидизиране (2).

Болката при ОА е ключов симптом при вземането на решение за търсене на медицинска помощ и е важен предшественик на инвалидизирането на пациентите. Поради голямото преобладаване и честата неспособност, които придружават заболяването в големите стави като коленните и бедрените, ОА сочи за по-голяма трудност при изкачване на стълби или ходене пеша в сравнение с всяко друго заболяване (1).

Обикновено клиничните симптоми на ОА са обективизирани чрез различни лабораторни тестове, но повечето автори предпочитат да изследват скорост на утаяване на еритроцитите и С-реактивен протеин.

С-реактивният протеин (CRP) е острофазов белтък, образуван в черния дроб. Неговите нива драматично се покачват по време на възпалителен процес в тялото. Това увеличение на CRP се дължи на покачване на плазмената концентрация на IL-6, образуван преимуществено от макрофаги и адипоцити. По време на острофазовия отговор нивата на CRP се повишават бързо в рамките на 2 часа, а след това намаляват с полуживот от 18 часа. CRP може да се повиши до 50000 единици по време на остро възпаление, както и по време на инфекция (3).

¹ Катедра „Образна и орална диагностика“, Факултет по дентална медицина, Медицински университет-София

² Катедра по „Консервативни зъболечение и ендодонтия“, Факултет по дентална медицина, Медицински университет-София

Различни проучвания са показали връзка между задълбочаването на остеоартрита и възпалението, измерени чрез нивата на системния С-реактивен протеин (4).

Xingzhong и кол. са открили, че нивата на CRP са били значително обвързани с болка и понижена физическа функция (5).

Скоростта на утаяване на еритроцитите е заместващ маркер за острофазова реакция. По време на възпалителната реакция, скоростта на утаяване е засегната от повишените концентрации на фибриноген, главният слепващ белтък, и алфа глобулини. Тестът основно измерва плазмения вискозитет чрез оценка на склонността на червените кръвни клетки да се слепват и да „паднат“ през различно вискозната плазма (6).

Нормализирането на скоростта на утаяване на еритроцитите, след като веднъж е възникнал имуноглобулинов отговор, може да отнеме седмици до месеци (6).

Повишено СУЕ е наблюдавано при пациенти без острофазова реакция, например когато са наблюдавани хематологични нарушения, включително анемия. Бъбречна недостатъчност, затлъстяване, възрастта и женският пол са свързани с повишени нива на СУЕ. Стойностите на С-реактивния протеин са също така повишени при затлъстяване, но не са повлияни от бъбречна недостатъчност (6).

F. Wolfe е проучвал връзката между CRP и СУЕ по отношение способността им да се свързват с остеоартритни симптоми и характеристики. Авторът е установил, че средната стойност на CRP е била 5.9 микрограма/мл и CRP е значително асоциирано с функционални смущения, ставна болка, умора и др. За разлика от това, СУЕ не е свързана с клинични знаци и симптоми с изключение на слаба връзка с функционални смущения (7).

Описание на клиничния случай:

Представяме клиничен случай на 53-годишна жена с хроничен ОА на малките стави на пръстите, оплакваща се от болезнени, оточни и „затоплени“ стави на лявата и дясната ръка. Пациентката е изпратена за консултация към Катедра „Образна и орална диагностика“ по повод повишени нива на CRP и СУЕ. Пациентката се оплаква от болезнени, оточни и затоплени стави- на средния пръст на дясната ръка и на ставата на палеца на лявата ръка (Фиг. 1).



ОТНОВО НИ ГОСТУВА СПИСАНИЕ „МЕДИНФОРМ“

Пациентката не е имала оплаквания от устната кухина и зъбите. Приложен ѝ е протокол за огнищна диагностика, включващ:

1. Клиничен преглед - дентален статус, палпация на регионални лимфни възли, перкусия;
2. Образна диагностика - ортопантомография;
3. Електро-кожен тест на Гелен - за диагностициране на активни или потенциални дентални огнища;
4. Електроодонтодиагностика - тест за определяне виталитета на зъбната пулпа;
5. Термовизионно изследване чрез Flir A360 в 6 проекции;
6. Пълна кръвна картина с диференциално броене, включваща допълнително определяне нивата на кръвна захар, креатинин, пикочна киселина, CRP и СУЕ.

Термографията е неинвазивен спрямо човешкото тяло и неконтактен метод за диагностика, чрез който температурното разпределение на повърхността на човешкото тяло може да бъде проследявано и записвано - физиологична асиметрия $t^{\circ} - 0.4$.

Резултати:

1. Установихме активно огнище от зъбен произход - зъб 46, основаващо се на резултатите от теста на Гелен и термографията;
2. ЕОД разкри следното: зъб 16= 11 μ A; зъб 26= 14 μ A; зъб 37= 10 μ A; зъб 36= 10 μ A;
3. От ортопантомографията (ОПГ): данни за запълване на кореновите канали на зъб 46 с лошо качество;



Фиг. 2 Диагностична ортопантомография

4. Като потенциални полета на смущение отбелязахме зъби 15, 27, 38, 47, базирано на резултатите от теста на Гелен;

5. Нива на СУЕ = 30 mm/h (нормални стойности < 25 mm/h); CRP = 4.86 mg/l (нормални стойности < 5 mg/l).

ДЕНТАЛНИ ПРЕПОРЪКИ:

Ендодонтско релечение на активното поле на смущение под антибиотична защита с Azatryl 500 mg (един ден преди; в деня на консервативното лечение - 1 час преди това; един ден след ендодонтското лечение).

Клиничната диагноза на зъб 46 е Periodontitis chronica granulomatosa diffusa. Работната дължина е определена, използвайки пили C - pilot (WDW Germany). Кореновите канали са обработени, използвайки пили ProTaper universal files до размер F3. Иригационният протокол включва използването на 5.25% NaOCl, 3% H₂O₂ и EDTA. Кореновите канали са запълнени със Seal Apex, използвайки калибрирани гутаперкови щифтове до размер F3 (Фиг. 3).



Фиг. 3 Ортопантомография след ендодонтското лечение на зъб 46

Обсъждане:

В последните години е наблюдавано възобновяване на опасността от орални инфекции и техните възможни катастрофални ефекти върху системното здраве.

„Вредният ефект на фокалната инфекция върху системното здраве е известен от десетилетия. Хронично протичащите зъбни инфекции могат да влошат състоянието на медицински компрометирани пациенти“ (8).

Теорията за фокалната инфекция, която е оповестена през 19-и и началото на 20-и век твърди, че „огнища“ от сепсис са били отговорни за инициацията и прогресията на голям брой възпалителни заболявания като артрит, язва на стомаха и апендицит. В устната кухина терапевтичното обеззъбяване е било често срещано в резултат на популярността на теорията за фокална инфекция. Епидемиологични проучвания са предположили, че оралната инфекция, по-специално маргиналният и апикален периодонтит могат да бъдат рисков фактор за системни заболявания.

Ендодонтските и пародонтални инфекции при хората са асоциирани със сложна микрофлора, в която са намерени повече от 200 вида (при апикален периодонтит) и повече от 500 вида микроорганизми (при маргинални периодонтити) (9).

Наличието на бактериемия след дентални процедури като екстракция на зъби, ендодонтско лечение, пародонтална хирургия и почистване на подвенечен зъбен камък е било добре описано. Бактериемия е наблюдавана в 100% при пациентите след зъбна екстракция, в 70% след почистване на зъбен камък, в 55% след екстракция на мъдреци, в 20% след ендодонтско лечение и в 55% след билатерална тонзилектомия.

Предложени са три механизма или пътища, свързващи оралните инфекции с вторичните системни ефекти. Това са метастатично разпространение на инфекцията от устната кухина в резултат на преходна бактериемия, метастатична травма вследствие ефектите на циркулиращите орални микробни токсини и метастатично възпаление вследствие имунологична травма, причинена от оралните микроорганизми (9).

Има различни статии в общата медицина, описващи връзката между фокалните инфекции и общоздравословното състояние на пациентите. Редица автори са представили множество клинични случаи на системни заболявания и подобрени общи симптоми след лечение на орални и фокални инфекции.

Кръстева и кол. са описали клиничен случай на пациент с хепатит В с треска, дължащо се на фокална инфекция. Пациентът е имал задълбочаваща се хипоалбуминемия и повишен CRP. Бил е изпратен за консултация с ендокринолог, ревматолог, невролог, гинеколог, пулмолог и специалист по инфекциозни заболявания. Всички резултати били отрицателни. Единствено прегледът на устната кухина е разкрил наличието на огнища от зъбен произход, като денталните препоръки били за екстракция на доказаните зъби. Зъбите са били екстрахирани под антибиотична защита с Clindamycin, като пациентът е станал афебрилен 5 дни след последната екстракция. Чернодробните ензими, CRP и албуминът се възстановили към нормални стойности (10).

Breebaart и кол. са докладвали клиничен случай на пациент с ремисия на ревматоиден артрит с давност 16 години, дължаща се на екстракцията на ендодонтски добре лекуван, изглеждащ здрав зъб. След нея ревматоидният фактор се е дезактивирал и пациентът е останал безсимптомен за следващите 16 години. Възможните връзки между микроорганизмите в затворените зъбни огнища, намиращи се под постоянен натиск, и хронифицирането и екзацербациите на ревматоидния артрит са били доказани в този клиничен случай (11).

Друг автор, Gerald Smith, е представил клиничен случай на 64-годишна пациентка с ревматоиден артрит, която е била подложена на тежка имunosупресивна терапия (кортикостероиди, Prednisone, химиотерапевтици, Methotrexate, и деактивирания агент- Enbrel). При следващите две посещения за лечение ревматоидният артрит е бил излекуван на 90% и па-

циентката е спряла приема на Enbrel. Никаква допълнителна терапия не е била назначена по време на лечението. Този пациент си е възвърнал отново безболковия начин на живот. Ключовият фактор е бил отстраняването на причинния фактор - инфектирания коренов канал, който е иницирал освобождаването на тумор некрозис фактор (12).

Представеният клиничен случай също така потвърждава връзката между огнищата от зъбен произход и системните заболявания, в частност остеоартрита. След дентално лечение на активните полета на смущение, оплакванията на пациента са изчезнали и абнормалните лабораторни показатели са се нормализирали (нива на СУЕ= 18mm/h; CRP= 0.52 mg/l). След денталното лечение пациентът не приема никакви медикаменти за общото заболяване.

Заклучение:

Винаги е било изключително важно за пациентите със системни и общи заболявания да провеждат регулярна фокална диагностика в съответствие с общоприет протокол, защото наличието на огнища от орален и зъбен произход може да въздейства върху клиничната изява на основното заболяване, допълнително може да повлияе някои кръвни показатели, които са характерни за възпалителни заболявания.

Представеният клиничен случай е пример за благоприятния отговор на клиничната изява и нормализиране нивата на CRP и СУЕ след лечението на огнищата от зъбен произход.

Библиография

1. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of osteoarthritis. Clin Geriatr Med 2011; 26:3:355–369.
2. Hilgsmann M, Reginster JY. The economic weight of osteoarthritis in Europe Medicographia 2013;35:1.
3. Seo HS. The role and clinical significance of high-sensitivity C-reactive protein in cardiovascular disease. Korean Circ J 2012;42:3: 151–153.
4. Pearle AD, Scanzello CR, George SS, et al. Elevated C-reactive protein levels in osteoarthritis are associated with local joint inflammation. Arthritis Res Ther 2004; 6:3:56.
5. Jin X, Beguerie JR, Zhang W, et al. Circulating C-reactive protein in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. Annals of the Rheumatic Diseases 2015;74:703-710.
6. Harrison M. Erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein. Aust Prescr. 2015; 38:3: 93–94.
7. Wolfe F. The C-reactive protein but not erythrocyte sedimentation rate is associated with clinical severity in patients with osteoarthritis of the knee or hip. The Journal of Rheumatology 1997;24:8:1477-1485.
8. Gammal R. The danger of focal teeth infections 1998 <http://www.naturaltherapycenter.com/the-dangers-of-focal-teeth-infections/>
9. Li X, Kolltveit KM, Tronstad L, et al. Systemic diseases caused by oral infection. Clin. Microbiol. Rev. 2000 ;13:4 547-558 1.
10. Krasteva A, Panova D, Antonov K, et al. Hepatitis B patient with fever due to focal infection. J of IMAB 2012; 18:4:251-254.
11. Breebaart AC, Bijlsma JW, van Eden W. 16-year remission of rheumatoid arthritis after unusually vigorous treatment of closed dental foci. Clin Exp Rheumatol 2000;20:4:555-557
12. Smith GH. Dental/Rheumatoid arthritis Connection http://www.icnr.com/cs/cs_23.html

За връзка:

Д-р Яница Истаткова

Катедра „Образна и орална диагностика“,

Факултет по дентална медицина, бул. „Св. Георги Софийски“ 1000,

Медицински Университет - София, България

e-mail: q_a_istatkova@abv.bg

АКСИС БЪЛГАРИЯ е единствената лицензирана компания в България, притежаваща есклузивитет за внос и разпространение на продукцията на швейцарската компания AXIS DENTAL. Производството включва консумативи за дентални лекари - диамантени и твърдосплавни пилители, полиращи материали и щифтове. Изключително качествените изобелващи системи за зъби - Pure, са също част от продукцията на AXIS DENTAL. Тази швейцарска фирма произвежда изключително качествене продукти. Благодарение на това, Аксис България е лидер на пазара ! Българските дентални лекари познават много добре качеството на Аксис и за 13 години, ние можем да се похвалим с един сериозен пазарен дял !

През 2016 г. Аксис България придоби есклузивитет и за висококачествените продукти на още две швейцарски компании - производител – SUISSELLE с продуктите APRILINE – дермални биофилтри от най-висок клас и BELENSA – медицинска биокосметика.



APRILINE® е единственият 100% ефективен еднофазен омрежен гел с хиалуронова киселина, колагенообразуващ, създаден с уникалната технология A.P.R.I.

APRILINE® е есклузивна линия продукти с уникален изглаждащ ефект — резултат от способността на продуктите да бъдат равномерно разпределени в зоните на околните тъкани. Това са косметични и естетични предимства, тъй като запълват бръчките красиво.

Швейцарската медицинска биокосметика BELENSA® е създадена чрез комбиниране на косметичен подход и фармацевтична вискателност. Продуктите са произведени в съответствие с възможно най-високите стандарти във фармацевтичните регулации, за да се гарантира максимално качество.





€ 7,900.--

до изчерпване
на количествата

ANTHOS A3 Plus



ЛЕКАРСКИ БЛОК с 5 гнезда за инструменти, горно или долно окачване.

- ◇ 3-ФУНКЦИОНАЛНА ШПРЕЙ РЪКОХВАТКА с метален корпус.
- ◇ Шлаух за турбина MIDWEST СЪС СВЕТЛИНА.
- ◇ Шлаух за турбина MIDWEST СЪС СВЕТЛИНА.

БЛОК ЗА УПРАВЛЕНИЕ от лекарския блок с 3-цифров дисплей.

СТАНДАРТЕН ПЕДАЛ за плавно регулиране оборотите на инструментите.

ВОДЕН БЛОК - въртящ се плювалник на 270°, свалящ се за дезинфекция и почистване.

ДВА БРОЯ АСПИРАЦИОННИ ШЛАУХИ тесен и широк с общ филтър.

АСИСТЕНТСКИ БЛОК с 4 гнезда и бързи бутони за управление.

СТОЛ ЗА ПАЦИЕНТА ANTHOS с електромеханично задвижване и вертикално движение от 41 cm. до 81 cm., товароподемност 190 kg., тренделенбург движение, синхронизирано с хода на облегалката, двойно артикулираща тетиера с ръчно стопиране.

ОСВЕТИТЕЛНО ТЯЛО VENUS Plus LED - двоен рефлектор, интензитет на светлината от 3 000 до 50 000 Lux, температура на цвета 5 000°K, регулиране на интензитета на светлината с потенциометър, 3 степени на свобода на позициониране.

Цената е с включени ДДС, опаковка, транспорт и монтаж.



MEDICAL DEPOT R&K Ltd.



София кв. Овча Купел 1, бул. Президент Линкълн 52,
тел. 02/80 52 500, факс 02/956 03 99
Пловдив ул. Росица 5А, тел./факс 032/64 31 01
Варна ж.к. Възраждане I 21 (ул. Ана Феликсова 30)
тел./факс 052/65 50 35
www.mdrk.bg e-mail: office@medicaldepot-bg.com



**ВЗЕМЕТЕ НАЙ-ДОБРОТО ОТ ГЛОБАЛНИТЕ ТЕНДЕНЦИИ
ЗА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ СИ СПЕСТЯВАНИЯ!**

- Искате да участвате в печалбите на технологичния сектор?
- Търсите начин да спечелите от растежа на секторите на бъдещето като киберсигурност, изкуствен интелект (AI), виртуална реалност (VR) и др.?
- Бихте разчитали на стабилните приходи на фармацевтичния сектор и биотехнологиите?
- Питате откъде да получите най-много за спестяванията си, които ще ползвате след години?



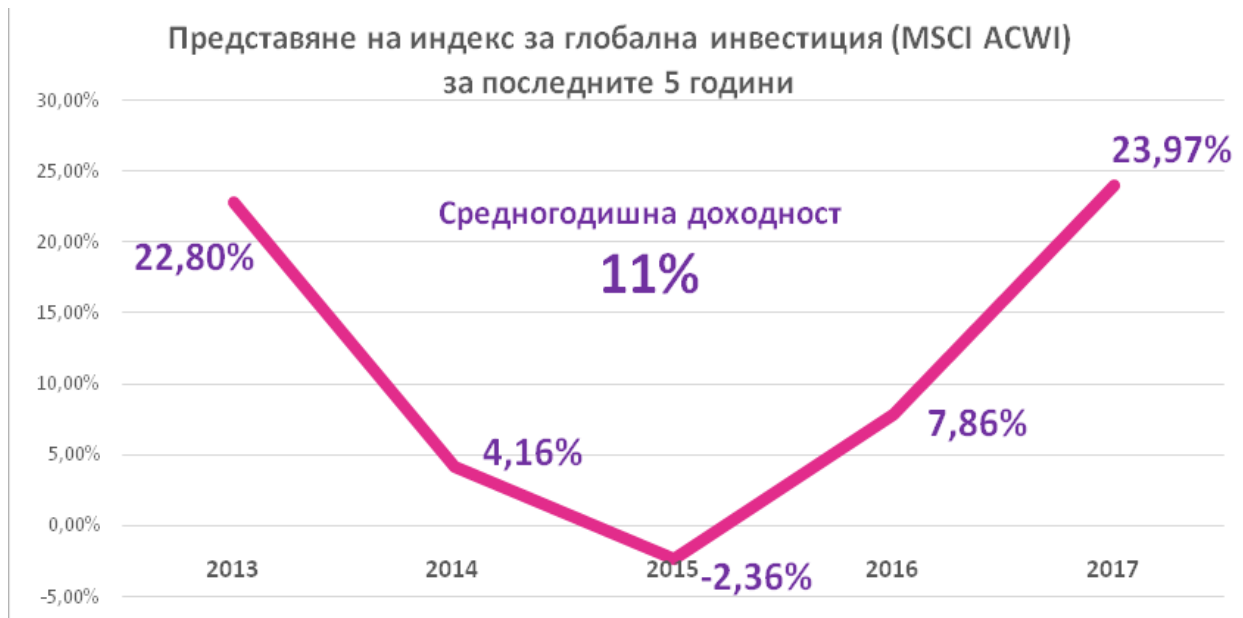
**ЕЛАНА Глобален
Фонд Акции**

Най-достъпното вложение
в бъдещето на света

Защо е добре да се инвестира в този фонд

- Най-достъпната глобална инвестиция – няма минимални суми, ниски такси (без такси до август 2018 г.), не се плаща данък върху печалбата;
- Лесна възможност за дългосрочно вложение, което да се възползва от глобалния растеж и глобалните икономически тенденции;
- Инвестираме в диверсифициран портфейл от представянето на развитите и развиващите се пазари на 5 континента, и потенциала на индустриите на бъдещето;
- Подходящ за спестявания с дългосрочни цели за 5 – 10 и повече години;
- Възможност за вложение с малки и големи суми;

КАК СЕ ПРЕДСТАВЯТ ГЛОБАЛНИТЕ ИНВЕСТИЦИИ В ПОСЛЕДНИТЕ ГОДИНИ?



Посъветвайте се с консултантите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт:



Николай Павлов, директор
„Връзки с инвеститорите“,
pavlov@elana.net,
Мобилен тел. 0889 022 537

Сиана Даскалова, консултант
daskalova@elana.net,
Мобилен тел. 0887 855 031



Disclaimer: Стойността на финансовите инструменти и доходът от тях може да се понижат. Не се гарантират печалби и съществува риск за инвеститорите да не си възстановят пълния размер на вложените средства. Представените резултати не са еталон или индикация за бъдещи резултати. Инвестициите във взаимни фондове, както и инвестициите на самия фонд, не са гарантирани от гаранционен фонд или с друг вид гаранция. Всеки работен ден между 9:00 и 17:30 ч. инвеститорите могат да получат на български език документите на КИС в офисите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт, както и на www.elana.net

Нашето коледно предложение:
20 броя = **30** броя



**PROVEN SUCCESS MEETS ENHANCED
STABILITY. MAKE IT SIMPLE**

The biological stability and predictable esthetics of the SEVEN, combined with the extensive research and development process have given the SEVEN a potential advantage in soft tissue preservation and growth as well as an array of restorative benefits. Learn more about the SEVEN implant system and MIS at: www.mis-implants.com
Официален вносител за България: "Лаб Технологии" ООД www.labtechnology-bg.com

**MIS
SEVEN®**





Нуждаете се от съвет за това кой **амалгам сепаратор** ще бъде най-подходящ за вашата дентална практика?

Ние със сигурност ще Ви направим и ще адаптираме **най-доброто предложение** за Вас.

Моля, свържете се с нашия екип.



DDShgSolutions



- ISO 11143 сертифицирани над 96.8%.
- Клинично изпитани при 99%.
- Експлоатационен живот от 9 до 24 месеца.





PHILIPS

sonicare

Клинични проучвания

Най-новите ни клинични данни

Публикувани в Специално
издание на *The Journal
of Clinical Dentistry*®



PHILIPS

sonicare

Грижа за здравето
на красивата усмивка



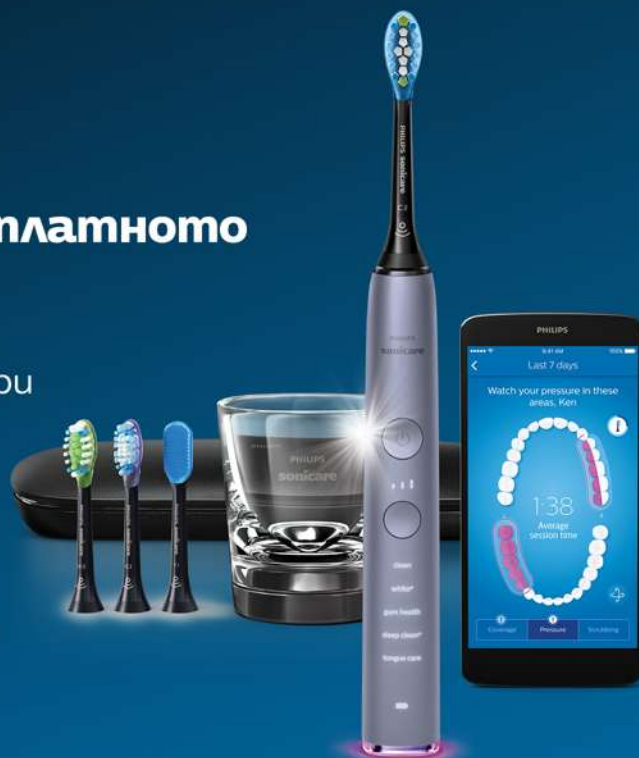
Запознайте се с най-добрата ни звукова четка за зъби **DiamondClean Smart**

- Премахва до 10x повече плака.*
- До 100% по-малко повърхностни петна и оцветявания.**
- Насладете се до 7x по-здравя венци.**

Погобнете техниката си на четкане **с помощта на безплатното приложение Philips Sonicare**

Благодарение на вградените Smart сензори
в тялото на четката получавате
информация за натиска,
който оказвате докато миете зъби си,
както и техниката си на четкане.

В реално време ви изпраща препоръки
за бриянтни резултати.



Осигурете си 100% покритие с четирите глави включени в комплекта

- Глава Premium Plaque control
с помощта на издължените влакна в горната част на главата лесно почиствате в дълбочина дълбоките зъби.
- Глава Premium White
почиствате повърхностните петна по зъбите с гъсто разположените влакна в сърцевината на накрайника.
- Глава Premium Gum Care
доверете се на нежните, заоблени влакна по периферията на главата, за да почистите внимателно чувствителните венци.
- Накрайни Tongue Care
почистете езика си само за 30 секунди.

Всеки един от накрайниците разполага с вграден микро чип. Микро чипът подава информация на дръжката какъв накрайник сте поставили. На база на това четката сама избира най-подходящия режим на работа и интензитета на трептене на влакната.

Насладете се на познатия ви динамичен живот с двойна система на зареждане

Поставете четката за зъби в кристалната чаша и включете в електрическата мрежа. На принципа на индукцията вашата четка ще бъде бързо заредена. Вслучай че сте на път и батерията ви падне, само поставете дръжката на четката в калъфа за път и включете към вашия компютър, кола или електрическата мрежа.



* С глава Premium Plaque Control в сравнение с ръчна четка за зъби.

** С глава Premium Gum Care в сравнение с ръчна четка за зъби.

*** С глава Premium White в сравнение с ръчна четка за зъби.



B&B DENTAL
implant company



GC DENTAL

официален вносител



B&B DENTAL
implant company



*Естетични
бутикови
импланти!*



*Изработка на
хирургични водачи*



поръчайте: 0876 696 962, 0892 693882



СДРУЖЕНИЕ НА БЪЛГАРСКИТЕ ЗЪБОЛЕКАРИ

София, ул. „Калоян“ 6, хотел „Рила“ офис 216
тел. 0887 483891

E-mail: abdentist@abv.bg; www.abdentist.com

УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ,

Имаме удоволствието да ви уведомим, че на 21.12.2018 г., петък, от 14 ч. в зала „Конферанс 3“ на Парк хотел „Москва“ ще се проведе ГОДИШНАТА ОТЧЕТНА КОНФЕРЕНЦИЯ на СБЗ.

Приканваме ви към по-голяма активност в обсъждане на проблемите на СБЗ и професията ни като цяло.

По стара наша традиция същата вечер (21.12, петък) от 20 ч., ви каним на Коледен бал в основния ресторант на Парк хотел Москва. Ще ни гостува ансамбъл „Аноним“, който тържествено ще открие събитието.



Ще има и други приятни изненади, които ще се радваме да споделим заедно.

Крайният срок за заявки и заплащане на кувертите за вечерята на цена 60 лв. (по банков път или в брой) е 14 декември 2018.

Банковата сметка на СБЗ:

Сдружение на българските зъболекари, СНЦОП

Адрес и седалище: 1000 София, хотел „Рила“, ул. Калоян №6, офис 216

ЕИК: 130000612

Уникредит Булбанк, BIC: UNCRBGSF

IBAN: BG16UNCR76301012484109 (BGN)

МОЛ: д-р Анатоли Василев Кънев

Умоляваме тези от вас, които предпочитат постно меню, да го заявят предварително.

За колегите от провинцията, и за желаещите от София, договорихме преференциални цени за нощувка в хотела. Прилагаме офертата на Парк хотел „Москва“. Резервации можете да направите на посочените в нея телефони.



park hotel MOSKVA

1113 София, ул. Незабавка 25, Тел: (+359 2) 971 1024; GSM: 0885 142 901
E-mail: marketing@parkhotelmoskva.net, www.parkhotelmoskva.net

От: Мария Куюмджиева
Експерт Маркетинг
Телефон: +359 2/ 963 03 21
Мобилен: +359 888/ 907 289
E-mail: marketing@parkhotelmoskva.net

ОФЕРТА ЗА НАСТАНЯВАНЕ

Уважаеми д-р Кънев,
Във връзка с Вашето запитване за настаняване и провеждане на мероприятие за периода 21.12.2018 г., имаме удоволствието да Ви представим следната оферта с преференциални условия и отстъпки:

Цени с отстъпка:

1. единична стая - спалня / 2 отделни легла, 65.00 лв. ВВ
2. двойна стая - спалня / 2 отделни легла, 80.00 лв. ВВ
3. джуниър суит ½ - 2 легла, холна част, 88.00 лв. ВВ

В цената се включва: нощувка, закуска, застраховка, туристически данък и 9% ДДС.

* При ранно настаняване (преди 14:00 ч.) и късно освобождаване (след 12:00 ч.), се заплаща такса в размер на 50% от стойността на нощувката.

Внасянето на всякакъв вид храна и напитки в хотела не се разрешава .

Всички цени са нетни и с включени 20% ДДС.

Контакт за резервации:

г-жа Донка Иванова – комплексен управител - +359/ 888 420 679

г-н Иван Зафиров – салонен управител - +359/ 888 623 578

СБЗ, за контакти: Дочка Димитрова, офис мениджър, тел. 0887483891

С уважение: Управителен съвет на СБЗ