

ПРОБЛЕМИ НА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА КАРТА 2007

А. Щереф

PROBLEMS OF THE NATIONAL HEALTH MAP 2007

A. Shterev

Summary: Proposing the National Health Map 2007 Bulgarian Ministry of Health has the ambition to overcome the problem with the insufficient financing of the healthcare system in Bulgaria and to guarantee the access and quality of medical services in each region in the country. The proposed measures, however, for distribution of health care establishments and medical specialists and their financing pre quota in each region, depending on the population count, is totally not democratic and a step back. This is a steep to recover the previous budgetary financing of the system and limitation of medical services strictly in the region where someone lives. This is a gross limitation of free access of citizens to medical services of high-quality. The expel of the market mechanisms from the health care system will diminish the possibilities for improving the quality and conditions of medical services performed. From the other hand, the proposed measures evade the attention and prevent resolution of the more important issues like: insufficient financing of the system and especially the prevention of diseases and lack of regulation of prophylactic activities; lack of market mechanisms to prevent the over consumption in the system strictly respecting the agreements between contractual playmates; insufficient medical personal and lack of motivation for their increase and many others.

Въведение

Неотдавна беше оповестено намерението на Министерство на здравеопазването (МЗ) да разработи и да представи в Министерския съвет обновена Национална Здравна Карта 2007, която да отговаря на изискванията на променената социално-икономическа и демографска обстановка в България. Може да се предположи, че този документ е съществена част на изготвената от МЗ Национална Здравна Стратегия 2007-2013.

Линията за промени в националната здравна карта предвижда реструктуриране и оптимизиране на здравната мрежа в

съответствие с регионалните особености на шестте региона за икономическо планиране на страната. В подобно намерение има добра идея и тя е, че този подход позволява наистина в един следващ етап ефективно да се използват средствата от структурни фондове на Европейския съюз чрез оперативната програма „Регионално развитие”

В настоящата публикация се прави критичен анализ на заложените в предложената Национална Здравна Карта добри намерения и цели и се предлагат различни по същество принципи за подобряване на здравеопазването в нашата страна, с ясното съзнание, че всички

тези проблеми следва да бъдат подложени на широко обсъждане от обществеността.

Материал

Проектът за Национална Здравна карта 2007 се базира на направен анализ на демографския и здравен статус на населението по региони, на заболяемостта и хоспитализациите по основните социално значими заболявания (Табл.1). Използвани са частично данни, взети от публикуваните от Националния Статистически Институт данни за 2005 год., (www.nsi.bg/SocialActivities/Zdr05.htm), както и данни от източници на МЗ (2). За целите на настоящата публикация същите данни са представени в няколко таблици, с което се улеснява анализа им.

Резултати

Анализът на тези данни показва категорично, че по отношение на обща смъртност за 2005 год., детска смъртност, майчина смъртност показателите за България надвишават значително, тези регистрирани в Европейския Съюз (ЕС). Например, показателят за обща смъртност в България е 14,6 на 10000 души, а в ЕС стойността му е 9,7 (Табл. 2). Докато показателите за материалната осигуреност на здравеопазването като болници, легла и лекари в България не се различават съществено от същите показатели в Европейския Съюз, отношението лекари-медицински сестри у нас е два пъти по-лошо от това в Европейския съюз (Табл. 4).

По отношение на регистрирани заболявания на новооткрити злокачествени заболявания, хоспитализирани случаи на мозъчно-съдови болести, както и по отношение на починали от злокачествени заболявания, от болести на кръвообращението, исхемична болест на сърцето, захарен диабет се откроява същата зависимост на повишение на показатели у нас, което показва убедително нивото на здравеопазването (Табл. 3).

При сравнителен анализ на данните по отношение на тяхното разпределение по икономически райони вътре в страната се установява неравномерна честота на показателите за обща смъртност за 2005 г. като в Северозападен икономически район стойността е 19,2/10000 и

е значимо по-висока в сравнение с останалите райони на страната (Табл. 2). По-високи стойности за същия район са регистрирани по отношение на регистрирани заболявания от активна туберкулоза, хоспитализирани случаи от мозъчно-съдови заболявания (Табл. 3), починали от мозъчно-съдови заболявания и исхемична болест на сърцето (Табл. 3).

Представените и анализирани данни са основата на която МЗ разработва и предлага обновената Национална Здравна карта 2007 и именно като основа данните трябва да бъдат достоверни. Несъвпадението между данните на НСИ и МЗ за някои показатели поставя под съмнение това условие.

Дискусия

Сега действащата Националната Здравна Карта определя минималния брой лечебни заведения, с които касата би трябвало да сключи договор в съответните региони, за да се осигури необходимото болничното обслужване (1,3). Тази постановка осигурява политиката за равномерност на лечебните заведения в съответните региони на страната.

Според новия документ Националната Здравна Карта става задължителна и определя максималния брой лечебни заведения, с които НЗОК всяка година сключва договор за заплащане на лечебната дейност. Тази постановка изразява значителна промяна на принципа на финансиране на болничната помощ. Основанията за промяната са, че в 14 области на страната има незаети, непривлекателни практики в трудно достъпни и отдалечени региони, а също така и липсва осигуреност със специалисти в някои области. За преодоляване на тази недоосигуреност според направените предварителни разчети е необходимо максималния брой договори да се сключват с около 5000 общопрактикуващи лекари и около 5000 специалисти, които ще работят по договор с касата. По този начин МЗ смята да реши проблема за недоосигуреността с кадри в някои региони. Този подход М-во на здравеопазването нарича поставяне на първо място интересите на пациента и гарантиране на адекватен достъп до медицински услуги както и подобряване на качеството им.

Обобщавайки данните от направения анализ министерството смята, че няма драстични разминавания с Европейския съюз по отношение на осреднени показатели на брой болници и брой легла, но има диспропорция по тяхното географско разпределение по райони, видове медицински дейности и ресурсно обезпечаване. По тази причина не е необходимо закриване на болници и легла, а е необходимо да се реструктурират. За да се преодолеят регионалните диспропорции в разпределението на лечебните заведения е достатъчно да се реструктурират легла за активно лечение в легла за продължително лечение и долекуване.

Предвижда се в общинските болници да се обединяват и окрупняват, а леглата в университетските болници да бъдат според потребностите на учебния процес. Предложенията за реструктуриране са на базата на средни европейски норми. Реструктурирането на болничната система няма да доведе до сътресения в нея, то ще се реализира без закриване на лечебни заведения, се твърди в документа на МЗ. Освен всичко това се предвиждат и изменения в закона за лечебните заведения, като болниците трябва да имат минимален брой легла (50 легла), да имат 4 отделения, за да могат да разчитат на съответно финансиране по линия на НЗОК. Предвиждат се също промени и в номенклатурата на лечебните заведения по специално за диспансерите.

Основната цел на промяната в Националната Здравна Карта е подобряването на управлението и финансирането на здравната система и това става чрез промяна на модела на управление на публичните средства, чрез изместване логиката на разпределението от изпълнителите на здравна услуга към равномерно разпределение на база еквивалентни жители и разпределение на конкурсна основа на достъпа до средства.

Идеята да се използват плановете региони за изграждане на съответните пирамиди в тях (Университетска, областна, общинска болници) изглежда първоначално много добра. При внимателно разглеждане на районите за планиране обаче може да се отбележи, че хората от Силистра

традиционно се лекуват освен в Русе, също така и във Варна, а тези от Видин, Монтана и Враца традиционно прибегват за консултации до Софийски лечебни заведения. Освен това в северен централен район няма университетска болница при вероятен център Русе, а в София има университетски болници на два медицински университета. Така, че този подход за използване на районите за планиране би трябвало да се обмисли допълнително от всички страни, защото отбелязаните по-горе моменти нарушават многогодишни традиции и ограничават свободния достъп на гражданите.

Не зная по какъв начин изложените данни "дават възможност да се определи действителната необходимост на населението по региони от съответния обем и видове лечебни заведения и медицински дейности и да се осигури адекватен достъп на хората до тях." Тук бих казал, че е налице произволно тълкуване на данните посочени по-горе.

Вместо като се използва старата здравна карта да се предостави адекватно по-високо финансиране в отдалечените и неблагоприятни региони с незаети практики за първична и специализирана медицинска помощ се върви към точно обратния модел за сключване на договори с определен брой лечебни заведения, неизвестно по какъв начин определени. Това означава, че останалите лекари или няма да могат да работят, или би трябвало да работят в болничната помощ. Това означава при налични 28000 лекари около 10000 да работят в доболничната помощ и 18000 лекари в болничната помощ. До сега ситуацията е сравнително следната: около 13000 лекари работят само в болниците, 6000 в болници и доболнична помощ, 4000 само в доболнична помощ и около 5000 са на първична доболнична помощ. Т.е. с предложеното от новата Национална здравна карта изменение, плетората в болничните заведения от лекари ще се допълни с около 6000 или последните ще останат без работа.

На практика по така нареченото

разпределение на публичните средства за здравеопазване по брой еквиваленти жители се прави опит за връщане на бюджетното финансиране, като паричния ресурс на един еквивалентен жител ще бъде всъщност по 287 лв. като $\frac{1}{4}$ от публичните средства – от 2 216 000 000 лв. или 564 000 000 лв. ще бъдат разпределяни чрез министерства и ведомства. В действителност се предлага отново връщане на бюджетното финансиране и регламентиране на такова, всъщност чрез НЗОК с бюджет от 1 465 000 000 лв. Всъщност остава се възможност на лечебните заведения да теглят дългосрочен кредит от банките срещу бизнес план, като се предполага, че банките ще дадат на едно недофинансирано лечебно заведение само срещу един бизнес план дългосрочен кредит от структурни фондове и управление на проекти с публично-частно партньорство. Но какво е това публично-частно партньорство, концесиониране към дейности за възстановяване, рехабилитация, социално здравни дейности и хосписи т.е. концесиониране на дейности, които не се заплащат от публични средства или не се заплащат в достатъчен размер? Предлаганият подход изключва свободния достъп на пациента до всички лечебни заведения в страната, връща отново районирането и то в един строг вид с надеждата по този начин да се компенсира недофинансирането. Необяснима е позицията: тогава, когато целта на реструктуриране на лечебните заведения е изместване на основните дейности в доболничната помощ, развитието на ДКЦ-та и медицински центрове с едnodневни хирургии и много други дейности, които могат да се извършат в доболничната помощ, на практика се предлага съкращаването около 5000 души в доболничната помощ и връщането им в болничното здравеопазване.

Недоумение предизвиква също така подхода за максималния брой сключени договори, както в болничната помощ, така и в доболничната, без да се вземат предвид основните проблеми на здравеопазването система у нас, а то е липсата на достатъчно

средства за профилактика, липсата на достатъчно финансиране на системата, липсата на пазарни мерки за ограничаване на потреблението в системата, липсата на обучение за нарастващ брой медицински сестри и медицински специалисти, за коригиране на отношението лекари-медицински сестри и липсата на усилие за подобряване на достъпа до медицинска помощ сред най-малко половин милион български граждани над 65 годишна възраст. Какви цели тогава преследва актуализираната здравна карта 2007 е трудно да се прецени. Една от възможните цели е напр. всички лечебни заведения, останали във от здравната карта да се приватизират или преобразуват (4).

Намерението да се реструктурират леглата в малките градове от такива за активно лечение в легла за продължително лечение е много добро, но проблемът е там, че леглата за активно лечение и съответните дейности се финансират от бюджета на НЗОК в един скромнен, но все пак приличен размер, докато леглата за продължително лечение и долекуване с финансирането, което ще се предостави от НЗОК не могат да бъдат издържани.

Анализът показва, че в момента системата за продължителни медицински грижи и рехабилитации е слабо развита, но за да се развие тази дейност е необходимо съответно финансиране и това напълно се изпуска от направения анализ и предложение.

С предложения документ на практика се прекъсва свободното договаряне, лимитира се договарянето с определени изпълнители на първична и специализирана доболнична помощ, а също и с болнични заведения, закрепостяват се хората, които желаят да се преглеждат или лекуват към определени райони и лечебни заведения, като се смята, че по този начин ще се решат тежките проблеми на здравеопазването у нас. На всичко отгоре тази здравна карта се предлага преди да е приета стратегия за здравеопазването у нас и преди да има формулирана обща политическа воля за

болезнените промени, които трябва да се извършат. С тези аргументи смятам идеите заложи в Актуализираната здравна карта 2007 за неприемливи.

Изводи :

Посоченият модел се стреми да реши няколко задачи:

1. Определеният финансов ресурс да се раздели на по-малък брой лекари, лечебни заведения и болници, като определено се смята, че така финансирането ще е адекватно.
2. Определен брой лекари, общопрактикуващи лекари и болници ще сключат договор с НЗОК в големите градове. Останалите други специалисти, разбира се до определен лимит ще отидат в отдалечени райони, защото само там ще има свободни бройки от НЗОК за сключване на договори.

По този начин лекари, общопрактикуващи лекари и други специалисти ще бъдат равномерно разпределени в страната на принципа на заплащането, т.е. парите ще следват не пациента, а региона.

3. Болниците в малките градове няма да бъдат закрити, а преобразувани от болници за активно лечение в болници за продължително лечение и хоспитализация. Идеята е добра,

ако има адекватно финансиране и разбира се доплащане от пациента.

4. Предвижда се публично-частно партньорство в периферни дейности за лечебното заведение. В същност това е една добра стъпка, която трябва да се приложи, обаче за основни дейности в ДКЦ, МЦ или съответните болници за да има необходимия ефект.

В заключение, Националната здравна карта 2007 е със сгрешени концепции, неприложими в днешния ден и с амбиции, невъзможни за приложение. Според мен правилния път е разработването на стратегия за здравеопазването с основополагащи принципи, разгледани и подкрепени след публична дискусия. На базата на тези принципи като запазване на договорното начало, адекватно финансиране, приватизация под различни форми, доплащане и др. трябва да се изработи стратегията с отново публично обсъждане на детайлите и тогава тя да се приеме от МС и НС. Едва тогава на базата на приетата стратегия за развитие на здравеопазването може като елемент от нея да се приеме актуализирана здравна карта.

Таблица 2. Разпределение по икономически райони на данните, характеризиращи основни демографски показатели

Показатели	България	Райони						ЕС
		СЗ	СЦ	СИ	ЮЗ	ЮЦ	ЮИ	
Население	7718750	957947	949401	996831	2118855	1560975	1134741	
Население на възраст 0-14 години	1047051	129651	122698	144202	267298	215443	167759	
Население на възраст 15-64 години	5343220	624541	657132	698461	1506800	1081126	775160	
Население на възраст 65 и повече години	1328479	203755	169571	154168	344757	264406	191822	
Процент на населението 0-14 години	13.6	13.5	12.9	14.5	12.6	13.8	14.8	16.3
Процент на населението 15-64 години	69.2	65.2	69.2	70.1	71.1	69.3	68.3	67.2
Процент на населението над 65 години	17.2	21.3	17.9	15.5	16.3	16.9	16.9	16.5
Процент на градското население	70.2	61.2	64	70	81.6	65.3	68.6	76.7
Раждаемост (живородени на 1000 население)	9.2	8.1	8.2	10	9.2	9.1	10.2	10.4
Смъртност (умрели на 1000 население)	14.6	19.2	15.9	13.5	13.6	13.5	14.3	9.7
Детска смъртност (умрели деца до 1година на 1000 новородени)	10.4	13.3	9.6	10.9	6.2	12.9	12.5	4.7
Майчина смъртност (умрели по време на бременност, раждане и послеродов период на 100 000 живородени)	11.3	12.8	0	10	20.4	0	17.3	6.1

Таблица 1. Основни параметри на здравеопазването по икономически райони за планиране в Република България за 2005 година

Показатели	Райони							
	България	СЗ	СЦ	СИ	ЮЗ	ЮЦ	ЮИ	ЕС
Население	7718750	957947	949401	996831	2118855	1560975	1134741	
Население на възраст 0-14 години	1047051	129651	122698	144202	267298	215443	167759	
Население на възраст 15-64 години	5343220	624541	657132	698461	1506800	1081126	775160	
Население на възраст 65 и повече години	1328479	203755	169571	154168	344757	264406	191822	
Процент на населението 0-14 години	13.6	13.5	12.9	14.5	12.6	13.8	14.8	16.3
Процент на населението 15-64 години	69.2	65.2	69.2	70.1	71.1	69.3	68.3	67.2
Процент на населението над 65 години	17.2	21.3	17.9	15.5	16.3	16.9	16.9	16.5
Процент на градското население	70.2	61.2	64	70	81.6	65.3	68.6	76.7
Раждаемост (живородени на 1000 население)	9.2	8.1	8.2	10	9.2	9.1	10.2	10.4
Смъртност (умрели на 1000 население)	14.6	19.2	15.9	13.5	13.6	13.5	14.3	9.7
Детска смъртност (умрели деца до 1 година на 1000 новородени)	10.4	13.3	9.6	10.9	6.2	12.9	12.5	4.7
Майчина смъртност (умрели по време на бременност, раждане и послеродов период на 100 000 живородени)	11.3	12.8	0	10	20.4	0	17.3	6.1
Регистрирани заболявания от активна туберкулоза (на 100 000 население)	127.7	205.6	88.6	107.6	142.8	122.8	90.4	
Регистрирани заболявания от активна туберкулоза - новооткрити (на 100 000 население)	40.1	54.2	41.7	35.3	37.2	37	40.4	11.9
Регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания (на 100 000 население)	3069.9	3280.2	3327	2841.9	2889.7	3306	2886.1	
Регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания-новооткрити (на 100 000 население)	379.3	393.7	405	353.9	365.5	387.1	382.5	
Хоспитализирани случаи-общо (на 100 000 население)	19439.6	19722.6	19791.7	16897.2	20361.2	20621.8	17794.3	
Хоспитализирани случаи от болести на органите на кръвообращението (на 100 000 население)	2982.9	3668.4	3041.9	2251	3306.3	3027.2	2330.7	2427.2
Хоспитализирани случаи от исхемична болест на сърцето (на 100 000 население)	743	686.4	589.5	460.6	921.8	867.9	655.2	697.6
Хоспитализирани случаи от мозъчно-съдови болести (на 100 000 население)	681.5	990.7	682.3	617.4	621.2	676.8	593.5	385.9
Хоспитализирани случаи от болести на дихателната система (на 100 000 население)	3171.3	3730.3	3643.4	2365.1	2957.1	3394	3100.4	1273.1
Умрели-общо (на 100 000 население)	1464.8	1920.8	1586.1	1348.4	1358.8	1354	1427.8	
Умрели от злокачествени новообразувания (на 100 000 население)	229.7	255.2	211.8	221.7	239.6	226.8	215.5	186.3
Умрели от болести на органите на кръвообращението (на 100 000 население)	968.1	1378	1058.8	858.1	847.4	904.4	952.8	256.8
Умрели от исхемична болест на сърцето (на 100 000 население)	229.4	306.7	188.3	180.7	226.1	270.9	189.7	99.1
Умрели от мозъчно-съдови болести (на 100 000 население)	289	391.3	249.9	265.8	238.9	06.9	325	62.1
Умрели от захарен диабет (на 100 000 население)	24.6	19.1	25.7	21.9	34.2	18.3	21.5	14
Лечебни заведения за болнична помощ-всичко*	253	30	29	28	73	49	38	
Лечебни заведения за болнична помощ-всичко* (на 100 000 население)	3.3	3.1	3.1	2.8	3.7	3.1	3.3	3.1
Многопрофилни болници	125	22	18	15	28	27	15	
Специализирани болници	70	5	3	4	34	12	12	
Психиатрични болници	12	2	3	2	2	2	1	
Диспансери за пневмофтизиатрични заболявания	13	1 (95легла)	1 (170легла)	1 (140легла)	1 (122легла)	1 (185легла)	1 (75легла)	
Диспансери за кожно-венерологични заболявания	11	1 (25легла)	2 (30легла)	1 (20легла)	2 (15легла)	2 (55легла)	3 (58легла)	
Диспансери за онкологични заболявания	12	1 (139легла)	2 (343легла)	2 (239легла)	3 (166легла)	2 (361легла)	2 (327легла)	
Диспансери за психични заболявания	12	1 (120легла)	2 (280легла)	1 (120легла)	3 (231легла)	3 (440легла)	2 (333легла)	
Лечебни заведения за болнична помощ с общинско участие	114	18	13	12	31	26	14	
Осигуреност с болнични легла (на 10 000 население)	54.7	54.6	49.3	45.5	64.4	53.2	51.6	59.1
Осигуреност с лекари (на 10 000 население)	36.5	34	28.6	35.7	41.9	31.9	30.4	34.3
Осигуреност с медицински сестри (на 10 000 население)	40.5	40.9	37	36.8	42.6	36.1	36.8	71.8
Лечебни заведения за извънболнична помощ съгласно чл. 39 и чл. 40 от ЗЛЗ	59	7	14	11	12	8	7	

* Без заведения за болнична помощ към други ведомства

Таблица 3. Данни за регистрирани заболявания, хоспитализирани пациенти и починали и разпределението им по райони през 2005 год.

Показатели	Райони							
	Р.България	СЗ	СЦ	СИ	ЮЗ	ЮЦ	ЮИ	ЕС
Регистрирани заболявания от активна туберкулоза (на 100 000 население)	127.7	205.6	88.6	107.6	142.8	122.8	90.4	
Регистрирани заболявания от активна туберкулоза-новооткрити (на 100 000 население)	40.1	54.2	41.7	35.3	37.2	37	40.4	11.9
Регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания (на 100 000 население)	3069.9	3280.2	3327	2841.9	2889.7	3306	2886.1	
Регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания-новооткрити(на 100 000 население)	379.3	393.7	405	353.9	365.5	387.1	382.5	
Хоспитализирани случаи-общо(на 100 000 население)	19439.6	19723	19792	16897	20361.2	20621.8	17794.3	
Хоспитализирани случаи от болести на органите на кръвообращението(на 100 000 население)	2982.9	3668.4	3041.9	2251	3306.3	3027.2	2330.7	2427
Хоспитализирани случаи от искемична болест на сърцето(на 100 000 население)	743	686.4	589.5	469.6	921.8	867.9	655.2	697.6
Хоспитализирани случаи от мозъчно-съдови болести(на 100 000 население)	681.5	990.7	682.3	617.4	621.2	676.8	593.5	385.9
Хоспитализирани случаи от болести на дихателната система(на 100 000 население)	3171.3	3730.3	3643.4	2365.1	2957.1	3394	3100.4	1273
Умрели-общо(на 100 000 население)	1464.8	1920.8	1586.1	1348.4	1358.8	1354	1427.8	
Умрели от злокачествени новообразувания(на 100 000 население)	229.7	255.2	211.8	221.7	239.6	226.8	215.5	186.3
Умрели от болести на органите на кръвообращението(на 100 000 население)	968.1	1378	1058.8	858.1	847.4	904.4	952.8	256.8
Умрели от искемична болест на сърцето(на 100 000 население)	229.4	306.7	188.3	180.7	226.1	270.9	189.7	99.1
Умрели от мозъчно-съдови болести(на 100 000 население)	289	391.3	249.9	265.8	238.9	306.9	325	62.1
Умрели от захарен диабет(на 100 000 население)	24.6	19.1	25.7	21.9	34.2	18.3	21.5	14

Таблица 4. Наличност на лечебни заведения и разпределението им по икономически райони

Показатели	Райони							
	Р.България	СЗ	СЦ	СИ	ЮЗ	ЮЦ	ЮИ	ЕС
Лечебни заведения за болнична помощ-всичко*	253	30	29	28	73	49	38	
Лечебни заведения за болнична помощ-всичко*(на 100 000 население)	3.3	3.1	3.1	2.8	3.7	3.1	3.3	3.1
Многопрофилни болници	125	22	18	15	28	27	15	
Специализирани болници	70	5	3	4	34	12	12	
Психиатрични болници	12	2	3	2	2	2	1	
Диспансери за пневмофтизиатрични заболявания	13	1 (95легла)	2 (170легла)	2 (140легла)	3 (122легла)	4 (185легла)	1 (75легла)	
Диспансери за кожно-венерологични заболявания	11	1 (25легла)	2 (30легла)	1(20легла)	2 (15легла)	2 (55легла)	3 (58легла)	
Диспансери за онкологични заболявания	12	1 (139легла)	2 (343легла)	2 (239легла)	3 (166легла)	2 (361легла)	2 (327легла)	
Диспансери за психични заболявания	12	1 (120легла)	2 (280 легла)	1 (120легла)	3 (231легла)	3 (440легла)	2 (333легла)	
Лечебни заведения за болнична помощ с общинско участие	114	18	13	12	31	26	14	
Оснареност с болнични легла (на 10 000 население)	54.7	54.6	49.3	45.5	64.4	53.2	51.6	59.1
Оснареност с лекари (на 10 000 население)	36.5	34	28.6	35.7	41.9	31.9	30.4	34.3
Оснареност с медицински сестри (на 10 000 население)	40.5	40.9	37	36.8	42.6	36.1	36.8	71.8
Лечебни заведения за извънболнична помощ съгласно чл.39 и чл.40 от ЗЛЗ	59	7	14	11	12	8	7	

* Без заведения за болнична помощ към други ведомства

Използвана литература:

1. Зиновиева Д. Правен режим на лечебните заведения кн.І, Сиела, 2000, стр.360. 2. Матеев М., Основни параметри на здравеопазването по икономически райони на планиране в Р. България
2. Национална здравна карта на Р България. Решение 429 на МС 2003 , актуализация 2005г.
3. Тачов А., Здравен мениджмънт, 2006, т.5, 4, стр.46

Адрес за кореспонденция:

Доц. д-р Атанас Д. Щерев, д.м.
АГ Болница „Д-р Щерев”,
консултант, тел: 9200901, факс: 9201827
e-mail: ashterev@gmail.com