

МИТОВЕ В БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

А. Щереф

MYTHS ABOUT THE BULGARIAN HEALTHCARE

A. Shterev

Резюме: Здравният статус на населението зависи преди всичко от социално-икономически, културни, екологични и други фактори, а здравните индикатори се повлияват едва в 8-10% от предоставяните здравни услуги. Освен това е очевидно, че системата на здравеопазване у нас е в криза и се нуждае от спешни и радикални реформи. Адекватността на промените е до голяма степен свързана с правилното разбиране на процесите и проблемите в системата и разбиването на определени митове, споделяни не само от обществото и в медийното пространство, но което е по-страшно, и от определящите здравната политика.

Кардиналните и неотложни промени, които трябва да бъдат направени се отнасят до: ясно позициониране и разпределяне на функциите между Министерство на здравеопазването, като определящ политиката орган и НЗОК, като платец на медицински услуги; запазване на договорното начало между съсловните организации и НЗОК – едно от демократичните достижения на нашето общество и гарант за прозрачно определяне на условията за предоставяне на медицинска помощ; реструктуриране на системата на пазарен принцип при гарантиране достъпа до здравни услуги; точно прецизиране на пакета дейности, който НЗОК може да заплати и предоставяне на възможност за включване на дружествата за доброволно здравно осигуряване за покриване на останалата част от медицинското обслужване. Предложените мерки са ключови и неотложни за преодоляване на кризата в здравеопазването, но те ще доведат до много по-широк кръг от промени, които трябва да претърпи системата.

Summary: The health status of the Bulgarian population depends mainly on social, economic, cultural, ecological and other factors while health indicators are influenced by the quality and access to health care in about 8-10%. Apparently Bulgarian healthcare system suffers a crisis, striving for urgent radical reforms. How adequate will the changes be strongly depends on the clear awareness of processes and problems and on disproving the myths related to the functioning of the system. The worst thing is that the wrong understanding of the processes is common not only among Bulgarian citizens and mass media but also among healthcare opinion leaders.

The radical and urgent changes that should be performed concern: clear positioning and allocation of functions between Ministry of Health as a decision and policy maker from one hand and National Health Insurance Fund (NHIF) as a payer of medical services from another; keeping and developing the agreement principle between professional organizations and NHIF as one of the greatest democratic achievements of our society and guaranteeing a transparency when defining rules; assessing the medical services to be paid by the NHIF and expanding the field of activities for voluntary health insurance companies. The proposed decisions and changes are crucial and urgent in order to overcome the crisis in healthcare, something which will definitely provoke a large variety of other supplementary changes.

От здравеопазването у нас никой не е доволен. Явно са необходими реформи и промени, но какви? В каква насока? Как институциите и взаимоотношенията трябва да се трансформират? В дейността на здравните органи и структури и на системата на здравеопазването въобще съществуват много митове и заблуди. Те битуват в обществото, в медиите, в съзнанието на колегите и дори в изказванията на водещи в здравеопазването личности. Последното е особено опасно, защото пречи за образуването на правилни концепции и стратегии.

Кои са най-често срещаните митове?

По данни и схващания на СЗО, системата на **предоставяне на здравни услуги има ограничено въздействие върху общественото здраве и формира само от 8 до 10% от здравните индикатори на населението** (12). Това означава, че всички наши дейности, операции, прегледи и т. н. влияят върху здравните индикатори на населението само около 10%. Всичко останало е икономика, образование, екология, социална помощ и др. Това са главните фактори, които влияят върху общественото здраве, а не здравеопазните дейности. И този мит да се говори за лошо здравеопазване и да обвиняваме лекарите, че са виновни за влошеното здравословно състояние на българина, е неправилно и неграмотно. Това е наистина един от най-заблуждаващите митове, който е насаден на нашето общество. Виновни са всички, включително и всеки отделен човек, който пуши, който кара кола, без да спазва разпоредбите за газово устройство, намаляващо вредните емисии на въгледвуокиси и др., нерешаването на проблема с отпадъците, непълноценното хранене с некачествени и богати на мазнини храни и пр. Всичко това се отразява върху здравните показатели на населението.

Известно на всички е, че от 1970 г. започва да пада непрекъснато раждаемостта у нас. Раждаемостта спада и естественият прираст е отрицателен някъде до 1997–98 г. За първи път от 1999–2000 г. започва едно леко покачване и задържане на раждаемостта и на естествения прираст (7, 8, 9, 10). Трябва да се обърне внимание на обществените процеси у нас, които предопределят визираните демографски промени. По времето на социализма бяхме свидетели на постепенно влошаване състоянието на нашата икономика, също през различните етапи на демокрацията страна-

та ни изпитваше икономическа нестабилност, но за първи път имаме стабилизиране на обществените отношения и икономиката точно от началото от 1998–99 г. Именно в тази връзка очевидно голям брой българи все пак са усетили една икономическа стабилност и перспективи и веднага наблюдаваме промяна и то в такива демографски показатели като раждаемост и отрицателен прираст. И в никакъв случай това не е постижение на акушер-гинеколозите или на педиатрите. Естествено тяхната работа и професионализъм имат значение, но не толкова голямо, колкото икономическото положение в страната.

Всеки, който се занимава с управление на здравеопазването у нас има собствено мнение за **това, колко трябва да бъде процента от БВП за здравеопазване**. Обикновено се говори за увеличение на средствата за здравеопазване – приблизително до около 5% от БВП, но отново не се разбира същественото. В почти цяла Европа и в почти всички страни, които наричаме цивилизовани, разходваните средства за здравеопазване като процент от БВП са не по-малко от 8%. Това е една долна граница. Парадоксалното е, че това е реалната ситуация и у нас. При БВП 51 млрд. лв. за 2007 г. (2) 8% са 4,08 млрд. лв. за здравеопазване. Къде са обаче тези пари? И това е значимата разлика с другите европейски страни. Публичните средства, които се дават за здравеопазване у нас, са само 4,3% от БВП (2). Останалите 3,7%, които трябва така или иначе да влязат в системата, защото в противен случай тя не би могла да функционира, българите плащат от джоба си. Този процент за Гърция е 2,7%, които хората плащат от джоба си или чрез доброволни здравни фондове. От 8% от БВП средства за здравеопазване в Австрия хората доплащат не повече от 10%, а при нас този процент е близо 40% и повече. Това е нещо абсолютно недопустимо в система в преход и точно за това е абсолютно наложително увеличаване на публичните средства за здравеопазване. Ясно е обаче, че при това състояние на икономиката не можем да достигнем 8% от БВП, но все пак не е приемливо да стоим на последно място в Европа по процент от БВП публични средства за здравеопазване.

Какви са и какви би трябвало да бъдат функциите и мястото на Министерството на здравеопазването.

В края на 2005 г. Министерство на здравеопазването след консесусно реше-

ние с Парламента прехвърли почти всички средства от своя бюджет към бюджета на НЗОК за разплащания (1). Сега в проектобюджета на Р България за 2007 г., се планира около 600 млн. лв. отново да залегнат в бюджета на МЗ (2). Защо е необходимо това? МЗ не е платец на здравни услуги и не трябва да бъде. То не трябва да бъде институцията, която да прави търговете за лекарства. Днес вече не съществува системата Семашко. МЗ има съвсем друга функция и тази функция преди всичко е да събира информация, да я анализира и да прави политика. Информацията трябва да се събира по такъв начин, че тя да бъде достоверна, точна и навременно събрана. След това да анализира тази информация и на базата на нея с финансовия ресурс, с който разполага, да го разпределя в различни посоки, там, където обществените нужди за здравеопазване са най-големи, по програми. Когато се набележи такава обществена необходимост, се обявява програма например за 10 млн. лв. за профилактика на туберкулозата в България. На тази основа всяко лечебно заведение от доболнична или болнична помощ, независимо от собствеността – частна, общинска или държавна, било то университетско или друго лечебно заведение, щом отговаря на условията и критериите на тази програма, то може да кандидатства за усвояване на тези средства.

Такава трябва да е функцията и ролята на един ръководен орган, който прави политика в България, а не да е разплащателна структура. Защото в противен случай, МЗ може просто да стане управление към Министерството на финансите, което прави разплащанията в системата на здравеопазването, ситуация отпреди 18 години. Днес условията са различни и налагат преразпределение на функциите. Много важно е да има разбиране по този въпрос.

Друг мит е идеята да бъдат закрити 50 или 100 или повече болници по административен път. Логично е, че в България е нецелесъобразно да има над 300 болници. Но закриването на болници по административен път няма да може да се реализира. Това беше намерение на няколко поредни ръководства на МЗ, но е факт, че тази политика не можа да бъде проведена. Това не може да се реализира, защото има конфликт на интереси между собственика на болниците – държавата и желанието на МЗ и намеренията и желанието на гражданите в съответните населе-

ни места. Само по пазарен път могат да се преобразуват ефикасно или да се закрият лечебни заведения. Закриването на лечебни заведения по административен път ще предизвика голям отглас сред обществото, но ще бъде само половинчато и неефективно решение.

Преструктурирането трябва да стане по пазарен, а не по административен път и то с добре обмислени решения, както за болничната, така и за доболничната помощ.

Напоследък сме свидетели на лансирана идея от МЗ, която считаме за много добра – за взаимодействие и преструктуриране на спешната помощ. Когато говорим за семейните лекари, трябва да знаем, че те са поне три вида семейни лекари. Не може да се очаква, че семеен лекар в центъра на София или на Варна и личен лекар в Трявна или такъв в един регион с 3 или 4 съставни села някъде в планината, са еднакви. Това са различни GP-та. Те имат различни условия, те имат различни възможности и разбира се различна ефективност. Точно за това ние трябва да разделим всички GP-практики на съответните категории (три, четири или пет), да дадем капитацията в зависимост от дейността и трудността и от там нататък, там, където има изолирани GP-практики при съставни села, особено трябва да се развие спешната медицинска помощ, да се интегрира с тези GP-практики. Чрез командировка на добри специалисти (доброволно разбира се), на които общината или някой друг ще плаща, ще се подобри допълнително възможността хората да се срещнат със специалисти. По този начин ще се осигури отново достъп до медицинска помощ на тези български граждани, които са в отдалечените региони. Иначе е невъзможно да говорим за всички GP-та и за всички структури на спешната помощ по принцип. Ние ще се натъкнем на много аномалии, ако продължаваме да не разделяме нещата в различните региони на страната.

Преструктурирането засяга и създаване на лечебни заведения за следболнично лечение. В член 9-ти от Закона за лечебните заведения има текст за долекуване и продължително лечение (това не е правилен термин) „долекуване“, като че ли не е излекуван в болницата за активно лечение, а става дума за хронично заболяване (11). Значи не е долекуване, а то е продължително лечение, наблюдение и грижи. Например: на един 70-годишен човек от едно

село някъде в Пернишко или Кюстендилско му се прави холецистектомия. На другия ден го изписват от болницата и няма защо да го държат там, но той, ако отиде на село, може да направи перитонеална криза. Той не бива да се прибира вкъщи. Би трябвало да остане поне 1 седмица до 10 дни под наблюдение и не в болницата за активно лечение, а в някакво лечебно заведение, където се изпълняват социални функции. Ето тук е мястото на лечебните заведения в по-малките градове, то не е безотговорно, то не е без заплащане, трябва да се намери мястото на тези лечебни заведения, да могат да осигурят непрекъснатост на медицинската помощ. Много лесно е да кажем, че ще реструктурираме лечебните заведения в отдалечени региони и ще превърнем болници за активно лечение в малки населени места в болници за продължителни грижи. Основният проблем е финансирането – докато за болнично заведение за активно лечение финансирането е уредено, то за евентуално реструктурирано заведение не е осигурен адекватен финансов ресурс.

Когато говорим за определени медицински дейности – прегледи, изследвания, операции, трябва да сме наясно, че тези процеси имат две страни. Това са пациентите от една страна и медицинските специалисти – от друга. **Договорният процес е едно от достиженията на нашето демократично общество** и трябва да се пази. Прозрачните преговори пред погледа на обществото се явяват контрол върху една монополна структура като НЗОК.

В договарянето на разпределението на средствата от бюджета на НЗОК от една страна на преговорите е Касата, в чието Общо събрание е представена държавата, която плаща над 50% от вноските на инвалиди, на ученици, на войници, на пенсионери и т. н., работодателите, профсъюзите, които защитават интересите на работещите, пациентските организации. В същото време от другата страна са съсловните организации на медицинските специалисти – Български лекарски съюз, Български зъболекарски съюз, Български фармацевтичен съюз, Българската асоциация на специалистите по здравни грижи. Може би трябва да се преоцени, кой трябва да участва в тези преговори. Например, какво е мястото на профсъюзите? Те не могат да участват и от двете страни на преговорите и като защитници на интересите на пациентите и като защитници на интересите

на изпълнители на медицински дейности. Същевременно спорно е и мястото на пациентите. НЗОК е здравно-осигурителен фонд, в който солидарно плащат всички здравно-осигурени лица, не само болните, не само възрастните и не само тези, които са богати. Плащат всички. След като плащат всички, то всички трябва да имат представителство в касата. Пациентските организации са една изключително важна част от гражданското общество. Това са организации, които не само съществуват, а в цивилизования свят, дори се стимулира тяхното съществуване, тяхното обогатяване с дейности. Но от друга страна, ние не трябва да допускаме тясно корпоративните интереси да вземат връх при определена пациентска организация, а би следвало да говорим за представителството на всички здравно-осигурени граждани на България в НЗОК.

Въпрос, който се поставя напоследък за обсъждане, е предложението да преговарят не съсловните организации с НЗОК, а всяка болница. В България има 50 000 легла. От тези легла 49 000 са в държавните и общински болници, като по-голямата част са в държавните (5). В държавните болници директорът и бордът на директорите се назначават от министъра на здравеопазването. В тази ситуация се получава така, че министъра назначава тези директори и членове на бордовете на директорите на болниците и те трябва да преговарят с НЗОК, където държавата има отново над 50% представителство. Т. е. държавата да преговаря сама със себе си. Това означава да се върнем към системата Семашко. При системата Семашко също имаше своеобразни преговори – всеки ръководител на болница даваше съответно предложение в МЗ, оттам това предложение се връщаше с коментари, отново имаше съвещание в болницата, дискутираше се и така се стигаше до окончателния размер на бюджета на всяка болница. Но това е друга система – това е системата Семашко. И някои изпълнителни директори на болници още не са изживели и не са разбрали това, че тази система си отива. Сега живеем в друга система, която предполага друг тип отношение между партньорите в здравеопазването.

Много пъти се говори за един източник на финансиране. Това е едно недоразумение, което произтича от факта, че преди 2 години здравеопазването имаше два механизма на финансиране – по кли-

нични пътеки и по неясни механизми от МЗ. И тогава се говореше за преминаване към единен начин на финансиране. Смесът да се настоява за преминаване към единен начин на финансиране беше в това, публичните средства за болнична помощ да се прехвърлят само в НЗОК и да се заплаща по единен механизъм – по клинични пътеки. Един източник на финансиране има само при системата Семашко, при социализма. Тогава заведенията се финансират единствено от държавния бюджет. Днес източниците на финансиране на лечебните заведения могат да бъдат най-разнообразни, но начина на отчитане на дейността трябва да бъде единен – заплащане за дейност. Това в никакъв случай не означава, че трябва да има само един източник на финансиране и това трябва да се разбира много добре. Ние сме свидетели на един ограничен начин на мислене, че щом в бюджета на НЗОК има определен ресурс, това е единственият начин за финансиране на болничната помощ. Липсва разбирането, че плащанията от НЗОК са един от източниците на финансиране на лечебните заведения. Трябва да се говори не за цена изобщо за определена дейност, а за касова цена. Касовата цена е различна от пазарната цена. Касовата цена на една дейност е обществен ресурс, разпределен на видовете дейности в пакета медицински дейности. Това не е реалната себестойност на дадена медицинска услуга при пазарни условия. Реалната себестойност на услугата плюс възможната за даден пазар печалба е пазарната цена на услугата.

Много обсъждана тема в обществото е монополът на Здравната каса. За тази ситуация не трябва да се обвинява НЗОК. Този монопол се създава от МЗ. Изказват се мнения и предложения да се създадат алтернативни на НЗОК каси, включително и предложения за създаване на 28 регионални каси, независими една от друга, както и от НЗОК, чрез което да се разбие монопола на НЗОК. По този начин, обаче, няма да се реши проблема. В момента НЗОК изпълнява по закон една функция – изпълнението на гласувания от Народното събрание Закон за бюджета на НЗОК и заплащането за медицински дейности и лекарства по този закон и съгласно договорените параметри в съответното НРД. На НЗОК, обаче, се вменява да изпълнява и политически задачи. Когато МЗ разписва един нереално широк основен пакет от дейности, за които НЗОК напълно или

частично заплаща, а средствата от нейния бюджет са неадекватно малко, как ще разпредели недостатъчните средства за покриването на тези дейности, е решение на НЗОК. Много важно подусловие е, че НЗОК не допуска доплащане от пациентите, като че ли услугата се заплаща 100% от бюджета на Касата (3). Именно взимането на такова решение е политическо решение. Изпълнявайки го, НЗОК влиза в колизия със съсловните организации. Ясно е, че с 6% здравноосигурителна вноска могат да се формират постъпления за НЗОК не повече от 1,1 млрд. лв. и това е крайно недостатъчно. Наложително е процентът за здравно-осигурителната вноска да се увеличи поне на 8%, но се взема политическо решение, вноската за здравно осигуряване да бъде 6%. Това отново е решение, което НЗОК трябва да изпълнява.

Проблемът не е в монопола на НЗОК, що се касае до финансирането на медицинските дейности. Монополът на НЗОК се открива, когато тя упражнява контролните си функции и налага глоби и санкции на отделни лекари или болници. Когато това става в малки населени места, където лечебните заведения нямат алтернативни източници на финансиране, те са длъжни да спазват изискванията на НЗОК. Съвсем естествено и правилно е, НЗОК като платец да съблюдава за изпълнението на услугите, за които тя плаща. Разбира се, това нейно право трябва да се упражнява справедливо и по обективни критерии и да има реципрочност с решенията на Етичната комисия на БЛС.

Монополът на НЗОК, обаче, няма нищо общо с недофинансирането на системата на здравеопазването и особено на болничната помощ. Роля на политиките е да заявят ясно, че НЗОК заплаща около 50% от истинската стойност на клиничните пътеки. За покриването на останалата част, болниците трябва да търсят допълнителни източници на финансиране. Това е реалната ситуация, която не трябва да се крие повече от обществото.

Непрекъснато се говори и заляга в политическите платформи на всяка политическа сила **да се стимулират доброволните здравноосигурителни фондове.** Това, обаче, не може да стане с нормативен акт или постановление. Към момента вече функционират около 15 такива дружества, но осигурени в тях са малък кръг лица и то главно от техните работодатели, заради данъчните облекчения. За да функционира

системата на доброволното здравно осигуряване трябва да се създадат условия. Наскоро в Държавен вестник бяха публикувани последните промени в Наредба № 40 за Основния пакет от дейности, за които НЗОК напълно или частично заплаща (4). И отново сме свидетели на един изключително широк пакет от дейности, които е предвидено да са за сметка на бюджета на НЗОК. Кой би отишъл по собствено желание да си направи допълнителна здравноосигурителна вноска в дружество за доброволно здравно осигуряване, когато е казано по нормативни документи (3), че Касата напълно заплаща за болничното лечение и срещу евентуална здравноосигурителна вноска, безплатното здравеопазване е гарантирано. Когато ясно се заяви, че НЗОК не може да плаща повече от 450 лв. за едно раждане, било то нормално или по оперативен път и това е касовата цена, а лечебното заведение калкулира своя цена (пазарна) според използвана техника, консумативи и квалификация на персонала около 800 млн. лв., то пациентът трябва да доплати разликата. И ето тук и при тази ситуация дружествата за доброволно здравно осигуряване могат да намерят своята ниша и да се стимулират тяхната дейност. Защото тогава повечето граждани съвсем логично ще предпочетат да внасят символични месечни допълнителни здравноосигурителни вноски в тези дружества и когато имат нужда от лечение в болнично лечебно заведение, това дружество да покрие разликата в разходите за тяхното лечение, а не те сами да осигурят тези средства при нужда от собствения си джоб. Няма друг начин да се освободи дейността на ДДЗО.

Многократно е поставян въпросът, **защо на семейните лекари не се заплаща за дейност, за всеки извършен преглед, а се заплаща на капитационен принцип.** Това е принцип в много европейски и световни здравни системи. Личните лекари са входа на системата и на тях е вменена не леката отговорност да определят достъпа до нея. Ако системата е отворена, това ще доведе до едно неконтролируемо свръхпотребление, което пък от своя страна, ще доведе до бързо изчерпване на нейния финансов ресурс. Например в САЩ, където публичните средства за здравеопазване възлизат не на 4%, а на повече от 18% от БВП, на много нива на системата използват капитационния принцип на заплащане за медицински дейности. Това е мярка за ограничаваното на

разходите и свръхпотреблението, която е абсолютно наложителна за бедни страни с недостатъчни публични средства за здравеопазване, каквато е България. Ето един пример, който да илюстрира казаното: в САЩ майка води малкото си дете в болница поради висока температура. В това състояние те чакат 2-3 часа да бъдат обслужени. Когато най-накрая майката разтревожена пита, защо трябва да чакат толкова, за да получат от GP-то направление за педиатър и забавят обслужването им, от регистратурата им отговарят, че щом като плащат 20 долара месечна здравноосигурителна вноска, ще се наложи да чакат решение от GP-то, който в момента е зает. Но, ако плащат 200 долара вноска, щяха да бъдат прегледани незабавно от педиатър.

Да остойностим медицинските дейности – това е друг мит, който се поддържа непрекъснато и с години. В периодите 1990-1993 г. беше създадено звено към МЗ и една немалка група се мъчеше да остойности медицинските дейности. Да се остойността всички дейности, които се извършват в лечебните заведения, във всички лечебни заведения, при всички условия, завинаги е невъзможно. Всяко лечебно заведение остойността обаче само своите дейности, за да предложи своята пазарна цена на услугата за момента. Формирането на цените на НЗОК за клиничните пътеки става на съвсем друг принцип. На базата на преговорите със съсловните организации, на баланса от специалисти от една или друга специалност сред преговарящите от страна на НЗОК или БЛС и при наличието на един общ ресурс, който е 1,3 млрд. лв. се достига до решението, че за едно раждане НЗОК ще заплаща 450 лв., т. е. касата го остойността на 450 лв. Това, обаче, не е истинската цена на едно раждане. Това е цена, която НЗОК по определени причини може да плати. Цената на една медицинска услуга се формира по комплексен начин и зависи от много фактори. Ето един пример. Лекар-акушер-гинеколог работи в един частен кабинет, в който преглежда с малък ултразвуков апарат „Алока“, който струва 25 000 лв. Тогава неговият ултразвуков преглед ще струва 10 лв. Ако си купи обаче един УЗ-апарат, който струва 600 000 лв. с триизмерни изображения и доплер, редно ли е прегледа пак да струва 10 лв.? Не, той не може да струва толкова. Той би трябвало да струва 150 лв., защото е вложил средства в апаратура. Но тъй като няма кой да заплати такава сума, лекарят в крайна

сметка ще си купи апарат за 80 000 лв., от ново с доплер и цената на прегледа ще се определи от пазара. Такава е ситуацията във всички лечебни заведения – те разполагат с различна апаратура и технически и диагностични възможности, различна по удобства материална база и нещо, което може би е по-важно – различен по брой и квалификация персонал. При такава ситуация би трябвало болниците с по-добри условия и квалификация на персонала да имат по-високи цени и съответно ще са предпочитани от пациентите. А останалите трябва да се опитват да повишават качеството на предлаганите от тях услуги, да въвеждат нови технологии, да предлагат конкурентни цени, за да заемат по-добри позиции на пазара на медицински услуги.

Ето това е пазарът на медицинските дейности и медицинския труд. Затова не може да има тотално остойностяване. Ако една високо специализирана дейност, например сърдечна операция, се прави в по-малко от 3 или 4 болници в страната и това са големи университетски болници, които могат да сложат неимоверно висока цена, като монополисти на тези дейности, тогава може да има държавна регулация и да се определи таван на техните цени. Това са клиники с много и скъпоструваща апаратура, за която държавата и общината са вложили много средства и не може всеки да се конкурира с това отделение. Тогава следва да се определи лимит. На всички останали цени лимит ще сложи пазарът. Пазарът ще бъде този, който ще определи цените на прегледите. Остойностяване с цел да се наложат определени цени в условията на пазарна икономика е невъзможно.

Много е трудно да се каже, какво точно трябва да се направи, за да се промени състоянието на здравеопазването в България. Има някои неща, които е наложително да се променят и да се проведат определени политики.

Голяма част от изложените по-горе тези са дискусабилни, но така или иначе разглежданите проблеми съществуват. От друга страна митовите в здравеопазването са още много. Надявам се, говорейки и пишейки за тях, да ги разрушаваме, защото те пречат за движението ни напред.

Използвана литература:

1. Закон за държавния бюджет на Република България за 2006 г. В сила от 01. 01. 2006 г. обн. ДВ. бр. 105 от 29 декември 2005 г., изм. ДВ. бр. 33 от 21 април 2006 г.
2. Закон за държавния бюджет на Република България за 2007 г. В сила от 01. 01. 2007 г. обн. ДВ. бр. 108 от 29 декември 2006 г.
3. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2007 г. В сила от 01 .01. 2007 г. обн. ДВ. бр.105 от 22 декември 2006 г.
4. Наредба № 40 от 24 ноември 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК издадена от Министерство на здравеопазването в сила от 01.01.2005 г. обн. ДВ. бр. 112 от 23 декември 2004 г., изм. ДВ. бр. 61 от 26 юли 2005 г., изм. ДВ. бр. 102 от 20 декември 2005 г.
5. 2003 Public Health Statistics, Ministry health, NCHI, 2004, Sofia, p. 30;
6. Щерев А. Здравеопазването в България днес и утре. С, 2005 г.
7. Здравеопазване, МЗ, ЦСУ, 1990 г., стр. 32-33.
8. Здравеопазване, МНЗ, МА, ГИИЦ, 1987 г., стр. 9.
9. Статистически справочник, НСИ, 1996 г., стр. 24-25.
10. Население, НСИ, 2003, стр. 15.
11. Закон за лечебните заведения, отразена деноминацията от 05. 07. 1999г. обн. ДВ. бр. 62 от 9 юли 1999г., доп. ДВ. бр.88 от 8 октомври 1999г., изм. ДВ. бр.113 от 28 декември 1999г., попр. ДВ. бр. 114 от 30 декември 1999г., изм. ДВ. бр. 36 от 2 май 2000г., изм. ДВ. бр. 65 от 8 август 2000г., изм. ДВ. бр. 108 от 29 декември 2000г., изм. ДВ. бр. 51 от 5 юни 2001г., изм. ДВ. бр. 28 от 19 март 2002г., изм. ДВ. бр. 62 от 25 юни 2002г., изм. ДВ. бр. 83 от 19 септември 2003г., изм. ДВ. бр. 102 от 21 ноември 2003 г., изм. ДВ. бр. 114 от 30 декември 2003г., изм. ДВ. бр. 70 от 10 август 2004г., изм. ДВ. бр.46 от 3 юни 2005 г., изм. ДВ. бр. 76 от 20 септември 2005 г., изм. ДВ. бр.85 от 25 октомври 2005 г., изм. ДВ. бр. 88 от 4 ноември 2005 г., изм. ДВ. бр. 105 от 29 декември 2005 г., изм. ДВ. бр. 30 от 11 април 2006 г., изм. ДВ. бр. 34 от 25 април 2006г., изм. ДВ. бр. 59 от 21 юли 2006 г., изм. ДВ. бр. 105 от 22 декември 2006 г.
12. "The Role of Health Promotion in Tackling Inequalities in Health. Policy Recommendations", Brussels, 2001.

Адрес за кореспонденция:

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