

Медицински Университет София
Факултет по Обществено здраве

Катедра «Трудова медицина»

Автореферат
на дисертационен труд

„ Проучване на връзките между Общопрактикуващите
лекари и Службите по трудова медицина”

асистент д-р Милена Табанска - Петкова

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“,
област на висше образование: 7 „Здравеопазване и спорт“,
професионално направление: 7.4. „Обществено здраве“,
научна специалност: „Хигиена(трудова,комунална,училищна,радиационна и др.)”

Научен Ръководител
Проф. Д-р Невена Цачева, ДМН

НАУЧНО ЖУРИ:

Проф. Д-р Невена Цачева, ДМН

Проф. Д-р Каролина Любомирова, ДМ-рецензент

Проф. Д-р Евгения Динчева, ДМН -рецензент

Проф. Д-р Добрин Чаръкчиев, ДМН

Проф. Д-р Ада Байнова, ДМН

София, юли 2015

Дисертацията съдържа 153 страници и е онагледена с 46 фигури, 1 схема, 34 таблици. Библиографската справка включва 171 литературни източници, от които 65 на кирилица и 106 на латиница, както и 31 приложения с общо 25 страници.

Дисертационният труд е обсъден, одобрен и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедрата по Трудова медицина на Факултет по обществено здраве при МУ-София.

Вътрешни членове:

Проф. Д-р Невена Цачева, ДМН - ПРЕДСЕДАТЕЛ

Проф. Д-р Каролина Любомирова, ДМ

Външни членове:

Проф. Д-р Евгения Динчева, ДМН

Проф. Д-р Добрин Чаръкчиев, ДМН

Проф. Д-р Ада Байнова, ДМН

Резервни членове:

Доц. Д-р Ружа Николова, ДМ

Проф. Д-р Христо Зайков, ДМН

Материалите по защитата са на разположение в Деканата на ФОЗ, МУ-София, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, ул. „Бяло море“8, гр. София, 1527.

Публичната защита е насрочена за 28.07.2015г. от 12.00ч. в зала 7 на Факултета по Обществено здраве, Медицински Университет - София, базата на УМБАЛ „Царица Йоанна“, 5-ти етаж, ул. „Бяло море“8, София.

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение	5
Глава първа: Постановка и методика	
1.1.Цел, задачи, работна хипотеза	7
1.2.Време, обект, обем, единици на проучването	8
1.3.Източници на информация	10
1.4.Методи на проучването	13
Глава втора: Резултати и обсъждане	
2.1. Проучване на официална медикостатистическа информация от Столична Регионална Здравна Инспекция, подадена от представителна част от ОПЛ за гр. София, поотделно за детско население до 17 г. и за възрастното население над 18 г. за периода 2009 – 2011 г.	15
2.2. Проучване на официална информация за пациентската листа за гр. София от НЗОК и СЗОК по отношение на диагностично-лечебната и профилактичната дейност за периода на наблюдение 2009-2011 г.	21
2.3. Провеждане на анкетно проучване сред представителна част на ОПЛ от гр. София, за изясняване на длъжностната характеристика задължения, функции, знания и умения)	26
2.4. Анкетно проучване сред представителна част на ОПЛ – гр. София, с характеристика на обслужваното работещо население и регистрираната заболяемост	32
2.5. Експертно проучване с оценка и обобщена характеристика на трудовомедицинското обслужване от СТМ. Официален Регистър на СТМ.	40
2.6. Идентифициране на водещите проблеми и приоритетите в създаването на системна връзка между ОПЛ и СТМ с оглед промоция на професионалното здраве и профилактика на професионалните болести, трудовите злополуки други здравни проблеми при работещите.	41
2.7. Определяне на възможни решения и препоръки за осъществяване на връзките между ОПЛ и СТМ. Създаване на интегрален модел за наблюдение на професионалното здраве.	50
Изводи	55
Препоръки	59
Публикации, свързани с дисертационния труд	61
Резюме	62

КЛЮЧОВИ ДУМИ

Трудова медицина, връзки „СТМ - ОПЛ”, интегрален модел, професионално здраве, профилактика, работна сила, Служби по трудова медицина /СТМ/, Общопрактикуващи лекари /ОПЛ/

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АХ – артериална хипертония
ГППМП - Групови практики за първична медицинска помощ
ГПСМП - Групови практики за специализирана медицинска помощ
ДКЦ - Диагностично – консултативен център
ДС – дихателна система
ЕЗИД – електронно здравно интегрално досие
ЕИО – Европейска икономическа общност
ЕК – Европейска комисия
ЕР – експертно решение
ЕС – Европейски Съюз/Съвет
ЗБУТ – здравословни и безопасни условия на труд
ЗВН – заболяемост с временна нетрудоспособност
ЗД - захарен диабет
ЗЗБУТ – Закон за здравословните и безопасни условия на труд
ИБС – исхемична болест на сърцето
ИППМП - Индивидуални практики за първична медицинска помощ
ИПСМП - Индивидуални практики за специализирана медицинска помощ
КС- коронарен синдром
ЛАК – лична амбулаторна карта
ЛКК – Лекарска консултативна комисия
МЗ – Министерство на здравеопазването
МКБ – Международна класификация на болестите
МДЦ - Медико – дентални центрове
МОТ – Международна организация на труда
МСЗ – мускулно-скелетни заболявания
МСБ – мозъчно-съдова болест
МСС – мускулно-скелетни смущения
МСУ – мускулно-скелетни увреждания
МТСП – Министерство на труда и социалната политика
МУ-София – Медицински Университет - София
МЦ - Медицински центрове
НЕЛК – Национална експертна лекарска комисия
НЗОК – Национална здравноосигурителна каса
НОИ – национален осигурителен институт
НРД – Национален рамков договор
НСИ – Национален статистически институт
ОДА – опорно-двигателен апарат
ОИГДП – остри инфекции на горните дихателни пътища
ОКГДП – остър катар на горни дихателни пътища
ОКС – образователно-квалификационна степен
ОМ – Обща медицина
ОМИ – остър инфаркт на миокарда
ОПЛ – Общопрактикуващи лекари
ПБ – професионална болест
РЗИ – Районна здравна инспекция
РКМЕ – Регионална картотека на медицинска експертиза
РЦЗ – Районен център по здравеопазване
СДО – следдипломно обучение
СЗО – Световна здравна организация
СИМП – специализирана извънболнична медицинска помощ
СРЗИ – Софийска районна здравна инспекция
ССС – сърдечно-съдова система
СТМ – Служби по Трудова Медицина
ТЕЛК – Териториална експертна лекарска комисия
ТЗ – трудова злополука
ТМ – Трудова Медицина
ФОЗ – Факултет по Обществено Здраве
ХОББ – хронична обструктивна белодробна болест

Въведение

Здравето е най-ценното, с което човекът, а и всяко живо същество разполага. И това се отнася за всички времена и общества, независимо какъв е установеният или господстващ икономически и социален, справедлив или не порядък, ето защо за медицината и лекарите винаги е имало и ще има огромно поле за развитие и дейност. Въпреки че медицината винаги е използвала достиженията на всички останали науки, точно както и те нейните, възстановяването на увреденото здраве в редица случаи остава нерешен въпрос, което насочва вниманието на цялата общественост към възможностите за превенция. В добре устроената държава трябва да бъде осигурена ефикасна профилактика и здравна култура, още от най-ранна училищна възраст с един добър минимум здравни познания, спортни навици и лична отговорност за здравето.

Изявилите се проблеми в здравеопазването през последните години, с тенденция към нарастване на временната и трайна нетрудоспособност, при нарастващи разходи в този сектор, недостига на медицински кадри, негативните демографски показатели разкриват необходимостта от спешни мерки за опазване здравето и работоспособността на населението, с акцент върху профилактиката. В центъра на здравната реформа, започната през 1998 г. са общопрактикуващите лекари, именно в техните ръце е и отговорността за профилактичната дейност сред населението, вкл. и за работещите. В системата на здравеопазване, поради нормативни, правни и икономически причини, съществува фрагментираност, което налага спешни мерки за формиране на нови връзки и структури на консолидация. Водещо място в това заемат Службите по Трудова Медицина (СТМ) и Общопрактикуващите лекари (ОПЛ) като ключови участници в профилактичните дейности, касаещи населението. Понастоящем връзките между СТМ и ОПЛ, определени нормативно, са минимални и еднопосочни от СТМ към ОПЛ. Формирането на ефективно партньорство между СТМ и ОПЛ може да редуцира излишните разходи за припокриващи се дейности и да спомогне за по-добро адаптиране на работещите в работната среда, съобразено с тяхното здравословно състояние. Връзките между СТМ и ОПЛ са основани на общата им цел и дейност – опазване и укрепване здравето на населението, като СТМ са ангажирани конкретно със здравето на работещите при определени условия на труд, докато ОПЛ обхващат пациенти от различни възрастови групи, вкл. и работещи с разнообразни професии. Централно място в опазване здравето на работещите и осигуряване на здравословни условия на труд и

почивка на работещите се пада на Службите по Трудова медицина. Тяхната роля е да консултират работодателите в това отношение, да извършват оценка на риска на работното място и организират периодични медицински прегледи на работещите с оглед диагностициране на ранните форми на заболяванията и разкриване на рисковите фактори за възникването на масово разпространените и на социално-значимите болести, като честотата им се определя от конкретните условия на труд и потенциалния здравен риск. Службите по трудова медицина, уведомяват ОПЛ на работника за заболяване и за наличието на необходимост от допълнителни изследвания и лечение, както и дали то има връзка с работната среда. Личните лекари трябва да изяснят състоянието на пациента, лимитирани от наложената финансова рамка. Всичко това води до липсата на практическа ангажираност с действената профилактика и промоция на здравето, както на СТМ, които констатира проблем в здравното състояние, така и на ОПЛ, които не могат да го изяснят. Сътрудничество между двете групи специалисти се налага и при необходимост от трудоустрояване, и при експертизата на работоспособността, и при осигуряване на адаптирани работни места за работещи със здравословни проблеми. ОПЛ имат задължението и да лекуват своите пациенти, с установени нарушения, а възможностите на СТМ са ограничени до препоръки към работниците и служителите да се обърнат към ОПЛ за изясняване на здравословното състояние. От друга страна, необходимостта от познания относно спецификата на работните условия на всеки отделен човек при изработване на модел за профилактика, налага изграждането на интегрален модел на взаимодействие между Службите по Трудова медицина и Общопрактикуващите лекари.

За да изясним наличните връзки между СТМ и ОПЛ, приемливите начини и перспективите за взаимодействие, както и за да изградим действащ модел за сътрудничество помежду им направихме проучване, включващо анкета сред ОПЛ в гр. София, анкета сред СТМ, с разработени собствени анкетни карти, анализ на нормативната база, свързваща двете структури, изучаване на наличния опит в други страни, идентифициране на съществените проблеми и възможните решения, с цел изграждане на интегрална структура между тях, с развитие на превантивни подходи в опазване и укрепване здравето на населението.

Глава първа: Постановка и методика

1.1. Цел, задачи, работна хипотеза

Цел - Проучване, с анализ и оценка, на връзките между Общопрактикуващите лекари от гр. София и Службите по трудова медицина, за периода 2009 г.-2011 г., с посочване на проблемите и перспективите за развитие между извънболничната медицинска помощ и трудовомедицинското обслужване на работната сила.

Подцели:

1. Анализ на връзките между общопрактикуващите лекари и Службите по трудова медицина – състояние, проблеми и перспективи, установени въз основа на данни от български и европейски проучвания.

2. Анализ на Службите по Трудова медицина, чрез официалния им Регистър от сайта на Министерство на здравеопазването, за изясняване състоянието на кадровата обезпеченост със специалисти в областта на здравословните и безопасни условия на труд в България.

3. Анализ на профилактичните програми, изпълнявани от общопрактикуващите лекари и мястото на профилактиката в дейностите на СТМ.

Задачи

1. Аналитичен преглед на достъпната българска и чуждоезична литература, с оглед идентифициране на проблемите и възможните решения за връзките между ОПЛ и СТМ.
2. Проучване на официална медикостатистическа информация от Столична Регионална Здравна Инспекция, подадена от представителна част от ОПЛ за гр. София, поотделно за детско население до 17 г. и над 18 г. възраст, за периода 2009 – 2011 г.
3. Проучване на официална информация за пациентската листа за гр. София от НЗОК и СЗОК по отношение на диагностично-лечебната и профилактичната дейност за периода 2009-2011 г.
4. Провеждане на анкетно проучване сред представителна част на ОПЛ от гр. София, за изясняване на длъжностната характеристика (задължения, функции, знания и умения).

5. Анкетно проучване сред представителна част на ОПЛ - гр. София, с характеристика на обслужваното работещо население и регистрираната заболяемост
6. Експертно проучване с оценка и обобщена характеристика на трудовомедицинското обслужване от СТМ. Официален Регистър на СТМ.
7. Идентифициране на водещите проблеми и приоритетите в създаването на системна връзка между ОПЛ и СТМ с оглед промоция на професионалното здраве и профилактика на професионалните болести, трудовите злополуки други здравни проблеми при работещите.
8. Определяне на възможни решения и препоръки за осъществяване на връзките между ОПЛ и СТМ. Създаване на интегрален модел за наблюдение на професионалното здраве.

Работна хипотеза:

Създаването и приложението на интегрален модел за организация и управление на професионалното здраве допринася за подобряване на връзките между ОПЛ и СТМ, между извънболничната медицинска помощ и трудовомедицинското обслужване за постигане на добра производителност на труда и възпроизводство на работната сила.

Предмет:

Разглеждане на съществуващите, нормативно базирани взаимовръзки между СТМ и ОПЛ, на наличните, по данни от проучвания и анкети, практики на взаимодействие помежду им за определяне на насоките за изграждане на ефективен интегрален модел на комуникация помежду им, с което ще се реализира основната мисия на медицината – профилактиката за запазване и укрепване на здравето на нацията и конкретно на трудоспособната част от нея, генерираща и определяща основната част от брутния вътрешен продукт.

1.2.Време, обект, обем, единици на проучването

Време и място на проучването:

По отношение на обобщената информация е 3-годишен ретроспективен период 2009-2011 г., допълнена до 2013 г. за общата заболяемост и болестност на гр. София;

По отношение на изчерпателната информация от НЗОК/ СЗОК – същия период

По отношение анкетното проучване на ОПЛ – 2012-2013 г.

По отношение на анкетирането на СТМ, периодът е 2013 – 2014 г.

Обект: РЗИ София, РЗОК София, НЗОК, СТМ и ОПЛ

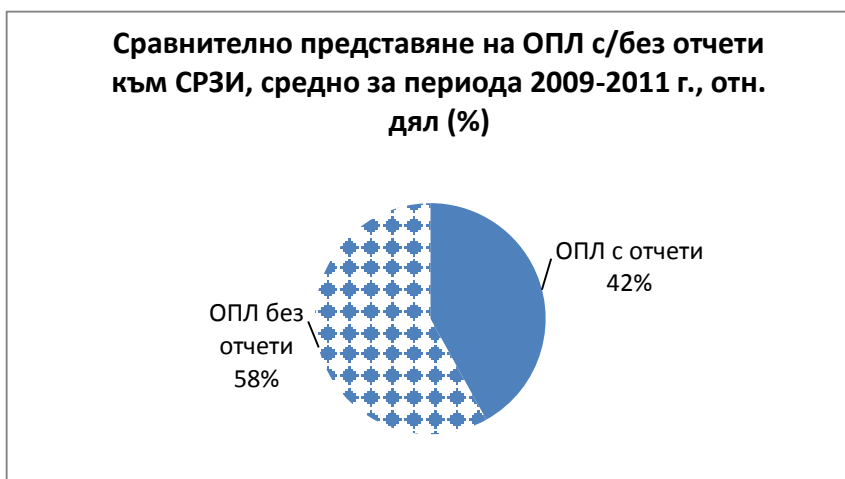
По отношение на официалната информация от СРЗИ източниците на информация са представени в табл:

Обемът на проучването за ОПЛ е представен на Таблица 1 и фиг. 1

Таблица 1Разпределение на ОПЛ за период 2009 – 2011 г.

години	Общ брой регистрирани ОПЛ в гр. София	Брой ОПЛ, подали отчети съгласно Закона за Статистиката	% на отчетени към общия брой регистрирани ОПЛ в гр. София
2009 г.	1049	497	47,37%
2010 г.	1047	385	36,77%
2011 г.	1056	440	41,66%
средно	1050,67	440,67	41,94%

фиг. 1 Сравнително представяне на ОПЛ с/без отчети към СРЗИ, средно за периода 2009-2011 г., отн. дял%



Логическа единица на наблюдение е всеки ОПЛ, анкетиран от нас с присъщите му характеристики: работещи пациенти в проценти, брой пациенти с ТЕЛК/НЕЛК, брой на пациентите с трудови злополуки и професионални болести в практиката, специалност по трудова медицина, средномесечен брой удостоверения за започване на работа, средномесечен брой болнични листове.

Логическа единица на проучването е всяка СТМ от Регистъра на СТМ към МЗ и лекарите-специалисти по Трудова Медицина (ТМ), дали своето мнение, чрез попълване на анкетна карта.

Техническа единица на проучването са индивидуални и групови практики както следва: на територията на бившите Поликлиники - 2, 3, разформирована 4, бивша Студентска П-ка - 5, филиал „Мусагеница“, 6, 7, 8, 9, 10, МЦ „Медик“, 11, 12, 13, филиал ул. „Бигла“, 14, 15, бивша 16, 17, филиал, 18, филиал, 19, 20, 21, 22, филиал, 23, изнесени ИППМП, 24, 25, кабинети, бл. 384, жк „Младост“ 3, 26, ИППМП „Люлин“, 27, ОПЛ в бл. 37Б, МЦ, 28, филиали „Дружба“ 2, кабинети Бизнес-център „Дружба“ 2, 29, 30, ДКЦ-Ботунец, ОПЛ на територията на ВМА, Б-ца „Токуда“, Софиямед, „Доверие“, МЦ „Кристал“, „Св. Козма и Дамян“, „Панацея“, МЦ „Сердика“, ИППМП.

Техническа единица на наблюдение са 77 СТМ от Регистъра на МЗ, отговорили на анкетното проучване.

Обем на анкетното проучване:

Включва през 2012-2013 г. 473 ОПЛ, което представлява 45,01 % от регистрираните за 2009-2011 г.

Включва 77 СТМ от официалния Регистър на СТМ, предоставили данни чрез анкетно он-лайн и пряко анкетно проучване.

Обема на данните от НЗОК и СЗОК е изчерпателен за всички регистрирани ОПЛ в гр. София.

Броят обслужвано население от ОПЛ в гр. София е средно за трите разглеждани години 1051012.

1.3.Източници на информация

- Анкетни карти – собствено създадени въпросници, съгласно целта и задачите на дисертационния труд за изучаване на връзката „ОПЛ - СТМ“;
- Анкетна карта СТМ: съдържа осемнадесет въпроса беше изпратена на електронната поща на СТМ от Регистъра на Службите по трудова медицина, подали валиден e-mail адрес. Другите бяха потърсени по телефона и след съгласие за участие получаваха също писмо с прикачена анкетна карта по установения при разговора адрес. Получените анкетни карти са 77.
- Обобщени отчети за регистрирани заболявания в амбулаторниите на лечебните заведения по вид на заболяването за население над 18 г.от СРЗИ

(Индивидуалните отчети на работещите в: извънболничната помощ на: Диагностично – консултативни центрове (ДКЦ), Медицински центрове (МЦ), Групови практики за първична медицинска помощ (ГППМП), Групови практики за специализирана медицинска помощ (ГПСМП), Медико – дентални центрове (МДЦ), Индивидуални практики за специализирана медицинска помощ (ИПСМП), Индивидуални практики за първична медицинска помощ (ИППМП).

- Обобщени отчети за регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването за детско население до 17 г. от СРЗИ
- Резултати от обобщена информация на НЗОК
- Проведени интервюта със специалисти по Трудова медицина
- Директно наблюдение на обекта: Информация от заболеваемостта на градското население – заболеваемост (Обобщена таблица за страната за същинска временна нетрудоспособност оценката- табл. 2 и официални данни - табл. 3)

Таблица 2 НОРМАТИВНИ ГРУПИ ЗА СЛУЧАИТЕ И ТРУДОЗАГУБИТЕ
/ПО БАТКИС - ЛЕКАРЕВ/

ПОКАЗАТЕЛ	ОЦЕНКА	ГРАНИЦИ посочените нормативни групи се отнасят за 1 годишен период
ЧЕСТОТА НА СЛУЧАИТЕ		
	мн. Ниска	до 60 случ. на 100 лица
	Ниска	60 до 80 случ. на 100 лица
	Средна	80 до 100 случ. на 100 лица
	Висока	100 до 120 случ. на 100 лица
	мн. Висока	над 120 случ. на 100 лица
ЧЕСТОТА НА ТРУДОЗАГУБИТЕ		
	мн. Ниска	до 600 дни на 100 лица
	Ниска	600 до 800 дни на 100 лица
	Средна	800 до 1000 дни на 100 лица
	Висока	1000 до 1200 дни на 100 лица
	мн. Висока	над 1200 дни на 100 лица

Таблица 3 ЗАБОЛЯЕМОСТ С ВРЕМЕННА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ ЗА СТРАНАТА /2000г. – 2013г./ - ОБЩО И ПО ПОЛ

ПОКАЗАТЕЛИ ГОДИНИ	ЧЕСТОТА НА СЛУЧАИТЕ			ЧЕСТОТА НА ДНИТЕ			СРЕДНА ПРОДЪЛЖ.НА 1 СЛ.		
	Обща	Мъже	Жени	Обща	Мъже	Жени	Обща	Мъже	Жени
2000	101.33	94.49	109.10	1024.67	964.49	1093.04	10.11	10.21	10.02
2001	103.75	94.14	114.93	1075.69	997.32	1166.88	10.37	10.59	10.15
2002	90.48	80.47	101.55	1036.12	938.51	1144.06	11.45	11.66	11.27
2003	95.81	87.66	104.31	1073.27	996.60	1153.25	11.20	11.37	11.06
2004	93.07	86.54	101.89	1047.67	961.17	1137.19	11.26	11.37	11.16
2005	92.36	85.65	99.14	960.44	897.47	1024.15	10.40	10.48	10.33
2006	92.39	88.68	101.48	937.84	849.28	1030.28	10.15	10.15	10.15
2007	100.71	94.12	107.34	953.33	869.45	1037.21	9.50	9.31	9.95
2008	102.15	96.2	108.1	1029.23	962.71	1095.76	10.07	9.91	10.01
2009	104.1	97.6	110.5	1038.66	978.54	1098.78	9.98	10.02	9.94
2010	104.3	99.1	109.4	1033.48	980.42	1086.54	9.91	9.89	9.93
2011	100.2	98.5	101.1	1014.75	950.9	1078.6	10.12	9.65	10.67
2012	103.5	99.4	105.2	1050.32	967.3	1078.2	10.15	9.73	10.25
2013	103.2	100.5	105.9	1059.7	995.4	1124.1	10.26	9.90	10.61
СРЕДНОГОДИШНО	102.8	98.05	105.65	1047.9	963.2	1103.6	10.19	9.82	10.44

1.4.Методи на проучването

За събиране на първична здравна информация

- Социологически метод – индивидуална пряка и пощенска анкета, анкетиране на ОПЛ, със собствено създаден въпросник за субективната оценка по длъжностната характеристика и обслужването на пациентите, с 22 отворени въпроса, разпределени в 3 групи за получаване на достатъчна информация. Първата група въпроси е насочена за изясняване на длъжностната характеристика (задължения, функции, знания и умения). Втората група обединява субективните впечатления на специалистите за здравните проблеми на работещите пациенти и третата група - прави опит за идентифициране на проблемите в здравето, свързани с труда и конкретните работни условия.
- он-лайн базирана и пряка анкета на СТМ, със собствено създадена анкета от 18 въпроса, относно връзките им с ОПЛ, заболяемостта на обслужваните работещи, възможностите за влияние върху работодателите за постигане облекчени условия на труд на работещи със здравословни проблеми и осигуряване на условия за спорт от тях, за модела на взаимодействие между СТМ и ОПЛ, и областите на колаборация.
- Документален метод – официална здравна информация по документи от СРЗИ, НЗОК/СЗОК /Приложения № 5 и 6 към формуляр №365 и № 365Б за 2009-2011 г./; допълнени до 2013 г. за общата заболяемост и болестност на гр. София;
- Документален метод, на база официални документи от нормативната уредба, свързана със създаване на практики по обща медицина и профилактичните дейности по НЗОК;
- Данни от годишните профилактични прегледи, които осъществяват СТМ

За обработка и анализ на събраната информация статистически методи с SPSS:

- алтернативен анализ – интензивни и структурни показатели,
- вариационен анализ – средни величини и сравнения,
- непараметричен анализ – методът х- квадрат за субективните категорийни данни от анкетите,
- коефициент на Пирсон за измерване на силата на линейна връзка между две променливи,

- достоверност на резултатите по точния коефициент на Фишър при уровень на значимост по-малък от 0,05,
- графичен и табличен анализ – за сортиране и обработка на данните в комплексни таблици - кръгови, линейни и стълбцови диаграми и
- картограма с нанесени обектите на проучването от гр. София,

За анализ и оценка на данните, фактите и резултатите

- епидемиологични методи – описателна и аналитична епидемиология, групиране и сортиране в обобщаващи таблици за всички заболявания и отделно за новооткритите;
- анализ, с определяне на средните нива за наблюдавания период по основни класове болести;
- статистически анализ на показателите по обращаемост на цялото население на гр. София;
- системно-исторически подход – преглед на научната литература със систематизация в развитието и напредъка на нормативната база за дейността на ОПЛ и отделно за дейностите по ЗЗБУТ
- сравнителен анализ за изчерпателна статистическа характеристика на показателите на заболяемостта по обращаемост;
- експертен анализ на съществуващите практики чрез „нормативна пирамида” /Н.ЦАЧЕВА,2014/ за профилактични прегледи, осъществявани от РЗОК/НЗОК;
- експертен анализ за дефиниране на модел за сътрудничество между ОПЛ и СТМ.

Глава втора: Резултати и обсъждане

2.1. Проучване на официална медикостатистическа информация от Столична Регионална Здравна Инспекция, подадена от представителна част от ОПЛ за гр. София, поотделно за детско население до 17 г. и над 18 г. възраст, за периода 2009 – 2011 г.

2.1 А Медикостатистическа информация от Столична Регионална Здравна Инспекция, подадена от представителна част от ОПЛ за гр. София, за лица над 18 г. възраст, за периода 2009 – 2011 г.

Във връзка с променените показатели на здравето и демографското състояние при работещите и промените в нормативната база по трудова медицина се оказва от една страна, че отсъстват връзки между извънболничната медицинска помощ и профилактичната система на трудовата медицина, и от друга данните за здравето на работещите, изразени чрез обобщаващите характеристики на най – масовата заболяемост сред работещите, тази с временна нетрудоспособност, показват възходяща неблагоприятна тенденция в редица икономически дейности. Пример е проследената в официалната статистика динамика на основните показатели на заболяемостта с временна нетрудоспособност в периода 2000-2013 г. – табл. 2 и 3. Правят впечатление, за периода 2000-2013, високите показатели, както на честотата на случаите, така и на трудозагубите, което има и сериозно икономическо измерение и нанася големи икономически, социални и медицински щети на обществото. Средногодишно за 14-годишния период честотата на случаите от 104.1 и честотата на дните с временна нетрудоспособност от 1038.66 на 100 осигурени работещи в страната се намират във високата ориентировъчно-нормативна група на Баткис - Лекарев – табл. 2, като водещи са тези основни показатели при наетите жени в страната съответно 108.2 честота на случаите и 1097.4 честота на трудозагубите за проучения период.

Изпълнението на тази задача е да проучим и получим по конкретни данни за официално регистрираните заболявания на възрастното население (над 18 г.) за град София. Съгласно Закона за статистиката, чл.6, ал.3 от ЗЛЗ, Наредба № 10 на МЗ от 5 Юни 2000 г., всички лекари е необходимо да предоставят в РЗИ статистическа информация в определени срокове, след изтичане на календарната година. В РЗИ се изготвят сборни отчети за извънболничната и болничната помощ по нозологични

единици, кодирани съгласно МКБ – 10 и разделени в класове. Установи се, че не всички ОПЛ и специалисти са предали отчетите си, като средно това са 41,94% и непредалите са съответно 58,06% (табл. 1, фиг. 1 – виж в обем на проучването). Независимо от посочените причини, получените резултати са представителни за гр. София, с брой население средно за 2009 – 2011 г.: 1210116,67 и при подадени отчети за 42% от него - 508249,00 регистрират се 2470281 средногодишно заболявания, а при 100% средногодишно броя нараства до 5939638 заболявания. През 2009 г. регистрираните заболявания, включително новооткритите са 2364293, като за тригодишния период са нарастнали с 15,6 % (табл. 4,5). Това се потвърждава и при теоретично изчислената стойност на хипотезата за 100% обхват на населението – 25,79%, където дори този процент е значително по-висок (табл. 4).

На първо място се нареждат заболяванията на органите на кръвообращението, следвани от тези на дихателната система и пикочо-половата система. Водещите новооткрити заболявания са: болестите на дихателната система, на органите на кръвообращението и на пикочо-половата система фиг.

С 32,97% нарастват заболяванията на окото, което е обяснимо с масовата работа с видеодисплей в столицата. Много тревожен е факта, че също с толкова – 32,87% се увеличават болестите на костно – мускулната система, водещи до тежки здравни, социални и икономически последици за отделната личност и обществото (чести и продължителни отпуски по болест, трудоустрояване и преждевременно пенсиониране по болест). Подобни са и последиците от 25% - то нарастване на ендокринните заболявания.

Таблица 4 Сравнителна таблица 42% / 100% на заболяемостта при лица над 18 г. в гр. София по данни на СРЗИ

Клас по МКБ	Класове болести	Сравнителна таблица 42% / 100%			
		Средно за трите години – за 42% население – общ брой заболявания	Средно за трите години – за 100% население – общ брой заболявания	Средно за трите години – за 42% население – общ брой новооткрити заболявания	Средно за трите години – за 100% население – общ брой новооткрити заболявания
IX.	Болести на органите на кръвообращението	583868,33	1397328	159929	392086,9
X.	Болести на дихателната система	298314,66	713572,6	191359	457566
XIV.	Болести на пикочо-половата система	264907,33	639554,1	96044,33	232886,8
	Общо	2470281	5939638,02	925967,7	2237765

Таблица 5 Водещи основни групи заболявания за 42% от населението (общ брой)

Клас по МКБ	Класове болести	Общо заболявания – 42% население			
		2009	2010	2011	Средно за трите години
IX.	Болести на органите на кръвообращението	641278	542742	567585	583868,33
X.	Болести на дихателната система	263501	215914	415529	298314,66
XIV.	Болести на пикочо-половата система	245626	257494	291602	264907,33
	Общо	2364293	2245417	2801134	2470281

Установи се намаляване на болестността от болести на органите на кръвообращението и на пикочо-половата система, и нарастване на болестите на дихателната система. По отношение на заболяемостта след четиригодишен период на нарастване на новооткритите болели от болести на органите на кръвообращението,

през 2013 е налице спадане до нивата от 2009 г. Заболяваемостта от болести на дихателната система варира и е с най-ниски стойности през 2010 г., а с най-високи през 2013 г.

Официалната статистика, потвърдена от професионалното мнение на интервюираните лекари е изключително тревожна, поради съчетанието на работоспособната с репродуктивната възраст и според нас насочва към редица комплексни мерки – промоция на здравето, разширен пакет от изследвания, **нови профилактични алгоритми, адекватно лечение и лична отговорност.**

Преди всичко, според нас е необходимо да се изработи здравна карта на столицата с изчерпателност на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения, включително университетски, общински и частни, здравните потребности и тяхната удовлетвореност, още повече поради резултатите от анализа, свързан с получения общ брой новооткрити заболявания, достигащ през 2011 г. - 2620891,2 случая, при среден за наблюдавания период 2237765,40 новооткрити заболявания за населението на столицата (табл. 6).

Таблица 6 Новооткрити заболявания – трите главни групи за 100% от населението

Клас по МКБ	Класове болести	новооткрити заболявания – 100%			
		2009	2010	2011	Средно за трите години
IX.	Болести на органите на кръвообращението	215891,38	462119,8	498249,6	392086,9
X.	Болести на дихателната система	351113,18	365880,8	655704	457566
XIV.	Болести на пикочо-половата система	179333,12	270204,8	249122,4	232886,8
	Общо	1705806,29	2386598,72	2620891,2	2237765

Необходимо е изграждането на превантивни програми за посочените групи заболявания, особено при работещите, за опазване на най – ценния капитал на държавата – работната сила. Тясно сътрудничество с общопрактикуващите лекари е

необходимо за осъществяването на всички тези дейности, за проследяване на ефективността и обратна връзка между всички участници в тези процеси.

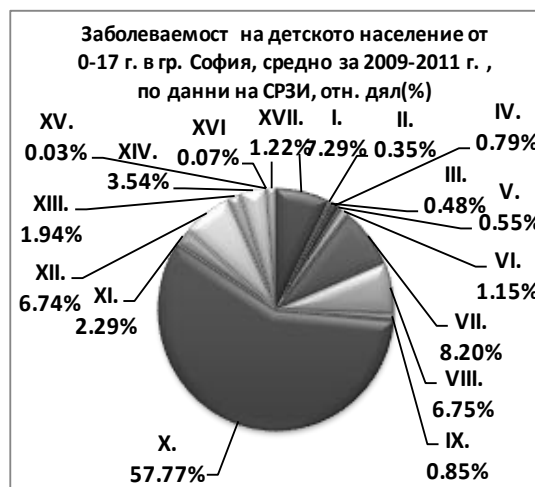
2.1.В Медикостатистическа информация от Столична Регионална Здравна Инспекция, подадена от представителна част от ОПЛ за гр. София, за детско население до 17 г. за периода 2009 – 2011 г.

В България детския труд е нормативно много стриктно регламентиран, с оглед опазване работоспособността на бъдещата трудова сила на страната, както и за работещите деца над 15 години. Във връзка с нормативна промяна, касаеща детския труд, беше изследвана детската заболеваемост на базата на отчетна форма на СРЗИ, Приложение № 5 към формуляр №365 и № 365Б, Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването за детското население до 17 г. през 2009, 2010 и 2011 г.

Здравето е базисно условие за развитието на децата, за тяхното изграждане като успешни личности, професионалисти, необходими на нацията и икономиката, заветна цел на родителите. Редица заболявания, водят своето начало от детството. Изграждането на профилактични програми за основните заболявания в детската възраст ще рефлектира в подобро здравословно състояние на възрастното население, в изградени навици за здравословно хранене и спорт. Установи се незначителна динамика в нивото на заболеваемост в разглеждания период, като новооткритите заболявания са около $\frac{1}{2}$ и повече от общо регистрираните в съответните години (фиг.4). Водещите заболявания в нозологичната структура и на новооткритите, и на общия брой регистрирани случаи са: болестите на дихателната система (острите инфекции на горните дихателни пътища, остър бронхит и бронхиолит), следвани от болестите на окото и придатъците му. На трето място при общите заболявания се нареждат болестите на кожата и подкожната тъкан, а при новооткритите - това са някои инфекциозни и паразитни болести (Фиг.2,3). Тревожна е тенденцията за нарастване на болестите на костно-мускулната система и на болестите на окото.



фиг. 2 Средно общо регистрирани заболявания по класове в амбулаторните практики на гр. София за деца на възраст 0 – 17 г. за периода 2009-2011 г. за 42% население



фиг. 3 Средно новооткрити регистрирани заболявания по класове в амбулаторните практики на гр. София за деца на възраст 0 – 17 г. за периода 2009-2011 г. за 42% население

фиг. 4 Сравнително представяне на болезност и заболеваемост на детското население 0-17 г. на гр. София за периода 2009-2011 г. по данни на СРЗИ, %



Редица данни сочат negliжиране на някои здравни проблеми на подрастващите и недостиг на знания на ОПЛ за тяхното третиране в тази възраст, особено тревожна е тази ситуация по отношение на затлъстяването. Началото на познанията за справяне с хроничния стрес и адинамията, следва да се полагат още в детските градини; в училище където програмата обикновено е претоварена, също е наложително да се помисли за

преустройство на учебните часове и всекидневно, за кратко да се отдели време за себеизграждане, самоконтрол и релаксация, с което ще се постигне впоследствие по-добра успеваемост, по-добра концентрация и усвояване на преподавания материал, редуция в епизодите на екзацербация на стрес – свързаните заболявания. Закалителните процедури, летните и зимните спортове, всички онези дейности и подходи, които са доказали ефективността си на практика, следва да бъдат достъпни за децата, за да се изгради здрава и работоспособна нация.

2.2 Проучване на официална информация за пациентската листа за гр. София от НЗОК и СЗОК по отношение на диагностично-лечебната и профилактичната дейност за периода на наблюдение 2009-2011 г.

Предоставената ни от НЗОК и СЗОК информация относно динамиката в избора на личен лекар от лица над 18 г. възраст в София-град, диагностично-лечебната и профилактичната дейност, извършена от ОПЛ за периода 2009-2011 г. разкри основни тенденции в заболяемостта от хронични незаразни заболявания. Данните относно изпълнението на профилактичните програми насочват към проблеми в заложения пакет дейности в Наредба 39 и НРД за ОПЛ, определени от специфични особености и традиции в българското здравеопазване.

През разглеждания период нараства общо броя на лицата, направили избор на ОПЛ, като кривата за жените на възраст 18-65 г. е най-стръмна, докато при мъжете от същата възрастова група има известно намаление, резултат от демографските характеристики на обществото (табл. 7). При жените в работоспособна възраст расте броя на регистрираните при ОПЛ, което може да се свърже и с различията в социалните функции на жените и мъжете. При населението в трудоспособна възраст се наблюдава лек спад през 2011 г. в избора на ОПЛ, като той е за сметка на мъжкия пол. Като цяло нивото на избор на ОПЛ е високо, хората в трудоспособна възраст съставляват средно 80,52% от регистрираните в практиките на ОПЛ възрастни.

Таблица 7 Избор на личен лекар на лица над 18г. в София – град, по данни на СЗОК

Избор на личен лекар на лица над 18 г. в София – град						
година	общо	общо 18-65 г.	мъже	мъже 18-65 г.	жени	жени 18-65 г.
2009	1045203	844480	481713	402838	563490	441642
2010	1051901	848734	483461	403772	568440	444962
2011	1055931	847576	481829	400247	574102	447329
средно	1051012	846930	482334.3	402285.7	568677.33	444644.33
отн. дял (%) на 18- 65 годишните по пол, средно	100	80.52	100	83.4	100	78.19

По програмата „Детско здравеопазване“ са налице възрастови различия в имунизацията и диспансеризацията, съобразно имунизационния календар и високо ниво на изпълнение на тази програма (табл. 8).

Таблица 8 Наблюдение по програма ”Детско здравеопазване” водено от ОПЛ за РЗОК София град

Наблюдение по програма ”Детско здравеопазване” водено от ОПЛ за РЗОК София град						
години	бр. Прегледи	отн. дял спрямо 2009 (%)	бр. Лица	отн. дял спрямо 2009 (%)	бр. Имунизации	отн. дял спрямо 2009 (%)
2009	352448	100	191926	100	191263	100
2010	367148	104.1708	198542	103.44716	197089	103.0461
2011	366112	103.8769	200136	104.27769	197743	103.388

По програма „Майчино здравеопазване“ е налице намаляване почти наполовина на наблюдаваните от ОПЛ лица, което е във връзка с традициите за наблюдение на бременността от акушер-гинеколог в страната ни (табл. 9).

Таблица 9 Наблюдение по програма „Майчино здравеопазване” водено от ОПЛ за РЗОК София град

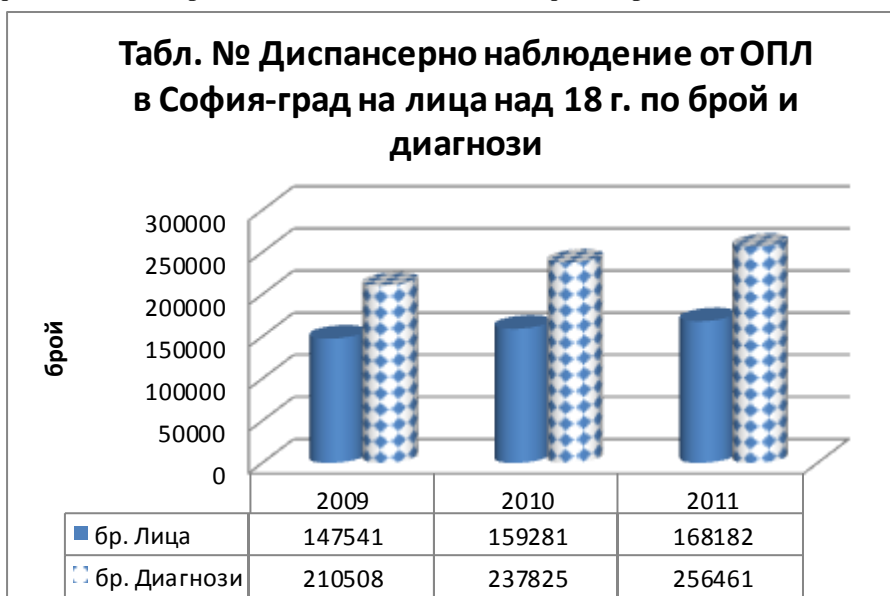
Наблюдение по програма „Майчино здравеопазване” водено от ОПЛ за РЗОК София град				
година	бр. Преглед	отн. дял спрямо 2009 (%)	бр. Лица	отн. дял спрямо 2009 (%)
2009	799	100	535	100
2010	598	74.84	431	80.56
2011	424	53.07	314	58.69

От съществено значение за нашето проучване са данните за диспансерното наблюдение на лица над 18 г. Наблюдава се нарастване на диспансеризираните лица, както и на броя диагнози, по които се наблюдават, което е благоприятен признак за нарастващо доверие на пациентите към ОПЛ и повишена активност за разкриване и наблюдение на хроничната заболяемост сред населението. В разглеждания период е налице нарастване на диспансеризираните лица като цяло, обаче през 2010 г. броя на наблюдаваните мъже е значително по-нисък от 2009 г., като още по-значима е разликата спрямо 2011 г. При жените от друга страна, 2010 г. е годината с най-голям брой диспансеризирани при ОПЛ, като тогава съотношението им с диспансеризираните мъже достига 2,22, докато през другите две години е средно 1,5. На табл. 10 и фиг. 5 може да се види динамиката в броя на диспансеризираните лица и диагнозите, по които са наблюдавани.

години	бр. Лица	бр. Диагнози	мъже	мъже-диагнози	жени	жени-диагнози
2009	147541	210508	58560	82699	88981	127809
2010	159281	237825	49522	72575	109759	165250
2011	168182	256461	68459	102854	99723	153607

Таблица 10 Диспансерно наблюдение от ОПЛ в София – град на лица над 18 г. по пол и диагнози, СЗОК

фиг. 5 Диспансерно наблюдение от ОПЛ в София – град на лица над 18 г. по пол и диагнози, СЗОК

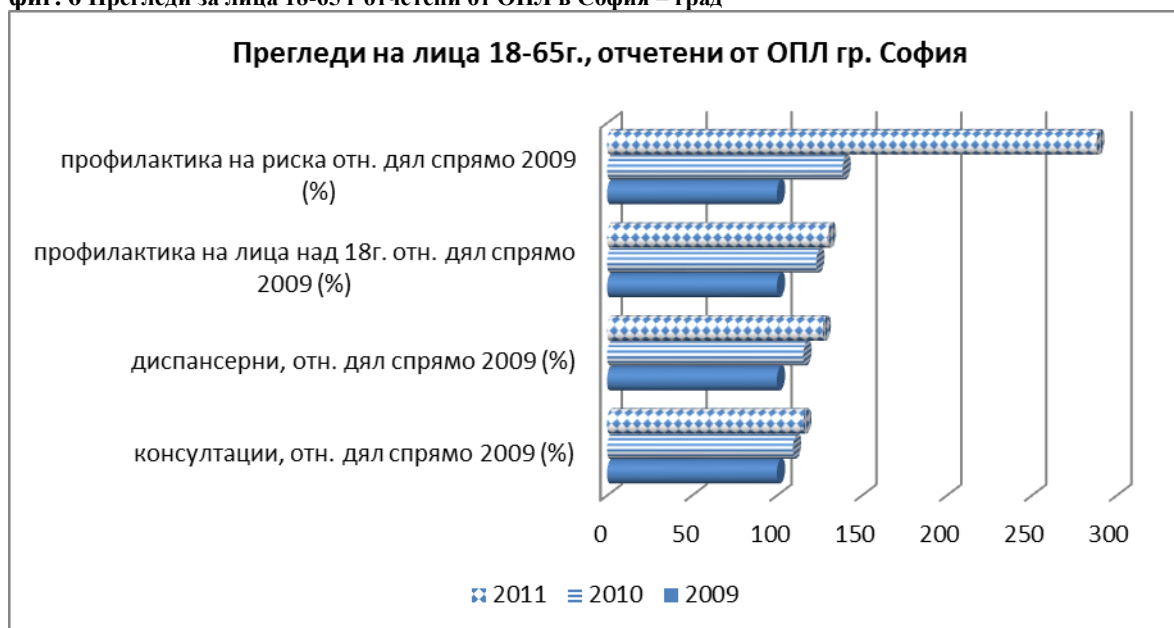


Налице са резултатите от действащите профилактични програми, активното търсене на водещите социално – значими заболявания се отразява на неколккратно по-високия брой диспансеризирани лица, през 2011 г., спрямо 2009 г. Увеличават се в разглежданите години консултациите, диспансеризираните, както и преминалите профилактичен преглед лица над 18 г. и такива с установен риск, за които динамиката е най-съществена, защото почти се утрояват (табл. 11, фиг. 6).

Таблица 11 Прегледи за лица на 18-64 г. възраст, отчетени от ОПЛ в София – град

Прегледи за лица 18-65 г отчетени от ОПЛ в София – град								
годи ни	консулта ция	консулта ции, отн. дял спрямо 2009 (%)	диспансер ни	диспансер ни, отн. дял спрямо 2009 (%)	профилакти ка за лица над 18 г.	профилакти ка на спрямо 2009 (%)	профилакти ка на риска	профилакти ка на риска отн. дял спрямо 2009 (%)
2009	1202298	100	137777	100	187504	100	1115	100
2010	1315975	109.45	159248	115.58	230994	123.19	1546	138.65
2011	1388309	115.47	174811	126.88	243778	130.01	3211	287.98

фиг. 6 Прегледи за лица 18-65 г отчетени от ОПЛ в София – град



Интерес представляват водещите причини за диспансерно наблюдение, които са отново Болестите на органите на кръвообращението и ендокринните заболявания, най-вече захарен диабет тип 2. Тези са и основните заболявания, залегнали в профилактичните програми, изпълнявани от личните лекари (табл. 12).

Установява се, че:

- Над 85,23% от диспансеризираниите пациенти са с болести на органите на кръвообращението, като водещи са Хипертонична болест на сърцето, Есенциална хипертония, Стенокардия и Последици от мозъчно-съдова болест
- За период от 3 години общо тези заболявания нарастват с 22,27% (табл. 18 и фиг. 8)
- На второ място по причина за диспансеризация се нареждат болестите на ендокринната система – 14,6%, с водеща позиция на ЗД тип 2, с неговите усложнения.
- За период от 3 години тази група болни нараства с 21,13 % (табл. 18 и фиг. 7).

Таблица 12 Диспансерно наблюдение от ОПЛ в гр. София на лица над 18 г., средно за 2009-2011 г. брой, n и %

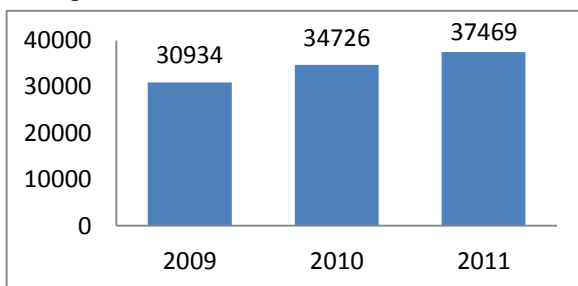
диспансерно наблюдение от ОПЛ в гр. София на лица над 18 г.		
Класове болести	средно за 2009-2011 г. брой, n	отн. дял (%)
IX. Болести на органите на кръвообращението	200220.33	85.23
IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	34376.33	14.63
III. Болести на кръвта и кръвотворните органи	249.33	0.11
I. Някои инфекциозни и паразитни болести	85.00	0.04
Общо	234931.00	100.00

Таблица 2 Диспансерно наблюдение от ОПЛ в гр. София на лица над 18 г., за 2009-2011 г. брой, п и % за клас IV и IX по МКБ-10

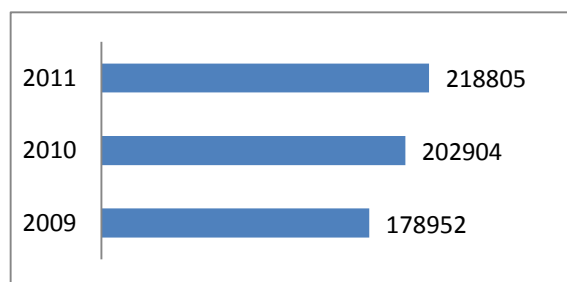
диспансерно наблюдение от ОПЛ в гр. София на лица над 18 г.				
диспансерна група	година	2009	2010	2011
IX. Болести на органите на кръвообращението	Общо	178952	202904	218805
	% спрямо 2009 г.	100%	113,38%	122,27%
IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	Общо	30934	34726	37469
	% спрямо 2009 г.	100%	112,26%	121,13%

Тези данни разкриват обективно влошеното здравословно състояние на населението на София-град и негативните перспективи по отношение на структурата на обществото, с нарастваща тежест на лицата с трайно намалена работоспособност, обусловена от инвалидизиращи заболявания, което налага стриктен контрол на състоянието на всеки пациент с хронично незаразно заболяване за лимитиране на усложненията, водещи причини за смъртност сред населението. Ролята на ОПЛ в диспансерното наблюдение на тези пациенти е ключова за недопускане и ранно лечение на последиците от хроничните незаразни заболявания.

фиг. 7 Диспансерно наблюдение от ОПЛ в София – град на лица над 18 г. по Болести на Ендокринната система



фиг. 8 Диспансерно наблюдение от ОПЛ в София – град на лица над 18 г. по Болести на органите на кръвообращението



2.3. Провеждане на анкетно проучване сред представителна част на ОПЛ от гр. София, за изясняване на длъжностната характеристика (задължения, функции, знания и умения)

За да се разкрият съвременните проблеми и тенденции в здравето състояние на работещите, анализирахме 473 анкетни карти от ОПЛ в столицата. В табл. 13 са дадени изследваните параметрични показатели.

Таблица 13 Дескриптивна статистика на параметричните величини, анкета ОПЛ, %работещи, брой работещи пациенти с ТЕЛК/НЕЛК, брой удостоверения за започване на работа средномесечно, средномесечен болнични листове (въпроси 1,2,5 и 22)

Въпрос №	въпрос	n	Mean	SD	min	max	Moda	Mediana
1	Каква част от пациентите Ви са работещи ?/в %	471	52,51%	16,64	10%	95%	50,00	50,00
2	Колко са пациентите Ви с ТЕЛК/НЕЛК?/бр./	447	54,02	57,38	0	350	30,00 ^a	30,00
5	Колко удостоверения за започване на работа приблизително издавате месечно?	467	7.4909	7.25218	.42	60.00	5,00 ^a	5.0000
22	Средномесечен брой болнични листове?	469	28.8352	27.14491	1.50	340.00	30.00	25.0000

Сертифицирането на здраве при започване на работа най-често се осъществява от ОПЛ, издаващ удостоверение за започване на работа, въз основа на което СТМ дава заключение за пригодността на лицето да изпълнява определена работа. Поради това беше потърсена информация относно съществуващите практики сред ОПЛ при изготвяне на удостоверение за започване на работа. Средномесечният брой медицински удостоверения за започване на работа варира в широки граници – от 0,42 на месец до 60, средно 7,25. При положение, че пациентите са наясно с работата, която ще извършват, неадекватното сертифициране на здраве, поради неточна информация към ОПЛ е тяхна отговорност, обаче само 33% от анкетираните лекари считат, че самите пациенти са наясно с естеството на работата, която им предстои да извършват при изготвяне на медицинско удостоверение за започване на работа. Наложително е да се създаде действащо електронно здравно досие на всеки пациент, в което да е налична както подробна и добре структурирана здравна информация, така и данни за професионалния път, вредностите и изискванията, характеризиращи заеманата от него длъжност.

Обобщени резултати от анкетата сред ОПЛ (брой получени и обработени анкети - 473)										
№	Въпроси - анкета ОПЛ	брой отговорили - п	да брой, п	да, отн. дял %	не брой, п	не, отн. дял %	друго брой, п	друго, отн. дял %	не знам брой, п	не знам, отн. дял %
3	3. Имате ли пациенти, претърпели трудова злополука, ако да в какви сектори?	466	136	29.18	330	71				
4	4. Имате ли пациенти с признати професионални заболявания, ако да в какви сектори?	473	81	17.12	387	81.82			5	1.06
6	6. Свързват ли здравните си проблеми пациентите с труда, работата и работното си място, което заемат?	469	188	40.09	189	40.3	92	19.62		
10	10. Според Вас пациентите предоставят ли данни за бъдещата си работа при издаване на медицинско удостоверение и те самите наясно ли са с трудовите условия?	473	157	33.19	239	50.53	77	16.28		
12	12. Нуждаете ли се от информация за работната среда при извършване на профилактични прегледи?	472	357	75.64	100	21.19	15	3.18		
14	14. Специализирате ли Обща Медицина?	471	220	46.71	112	23.78	139 (имама)	29.51		
15	15. Времето на прегледа достатъчно ли е за професионална анамнеза?	472	165	34.96	283	59.96	24	5.08		
18	18. Имате ли връзка със СТМ /служба трудова медицина/, участвали ли сте в работата ѝ, и под каква форма?	470	75	15.96	353	75.11	42	8.94		
19	19. СТМ склонни ли са да колаборират с Вас и да обменят информация и доколко тя е обективно точна?	454	109	24.01	274	60.35	37	8.15	34	7.49
21	21. Имате ли по някакъв повод срещи с НОИ – за изясняване здравето на Ваш пациент, претърпял трудова злополука или проф. Болест?	473	26	5.5	447	94.5				

Таблица 14 Обобщени резултати от анкетата сред ОПЛ (брой получени и обработени анкети - 473)

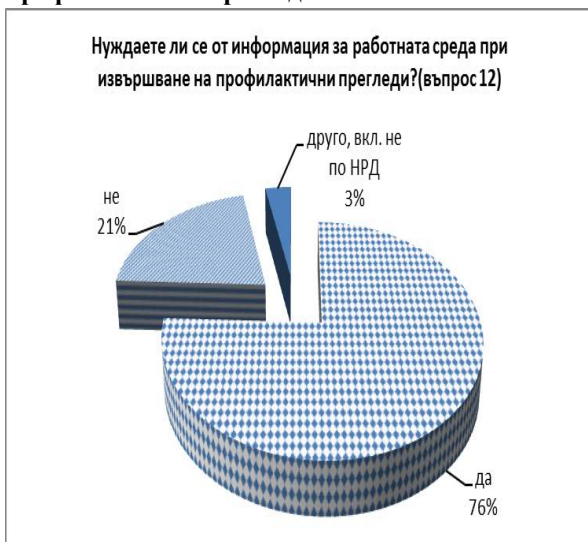
Понастоящем в годишния профилактичен преглед, заложен в дейностите, заплащани от НЗОК и задължителен за здравноосигурените пациенти, професионалната анамнеза, включваща информация за специфичните рискови фактори на работната среда липсва. Така установихме, че пълното отсъствие на връзка между трудовата медицина и личния лекар е законово установено, логично голяма част от ОПЛ посочват необходимостта от държавнически решения и законодателни промени за осигуряване по-добро здраве на работещите пациенти, наред с по-високото възнаграждение, повече почивка, профилактика и подобряване условията на труд (фиг. 9).

фиг. 9 Въпрос 17 Какво е нужно за осигуряване на по-добро здраве на работещите пациенти според Вас?

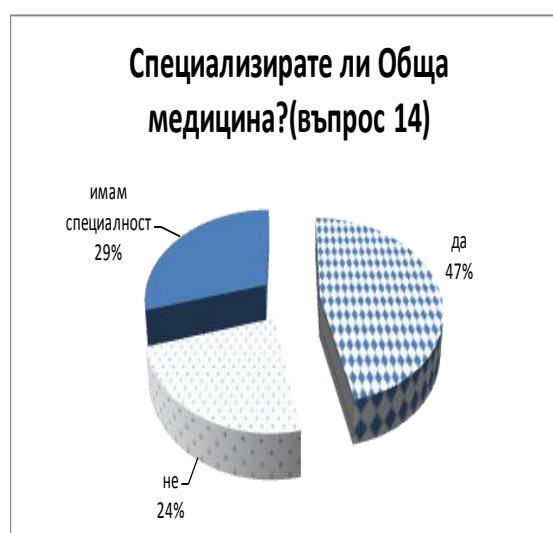


76% от анкетираните лични лекари споделят, че е редно да имат повече информация за работните условия и вредности, въпреки че законната рамка не го изисква (фиг. 10).

фиг. 10 Нуждаете ли се от информация за работната среда при извършване на профилактични прегледи?



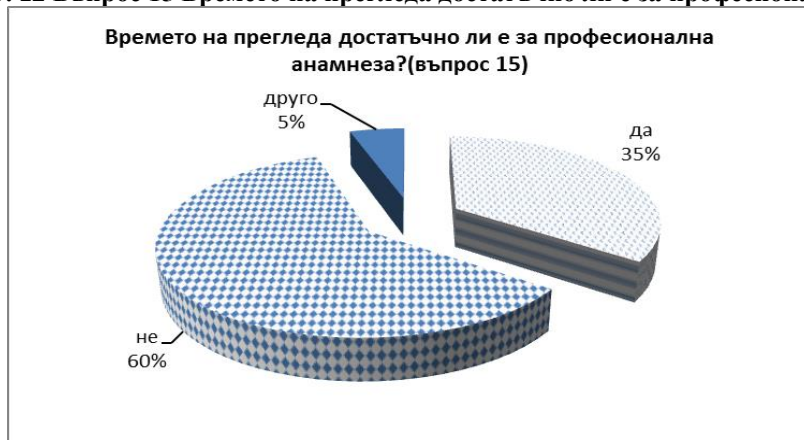
фиг. 11 Въпрос 14 Специализирате ли Обща Медицина?(%)



Такива знания биха могли да се получават в рамките на специализацията им по „Обща медицина”, както и в системата на СДО на вече придобилите тази специалност. По време на анкетирването стана ясно, че е наличен организационен проблем с пилотните практики по Обща медицина, днес, след нормативни промени през 2014 г. по-голямата част от ОПЛ са вече със специалност (табл.14, фиг. 12).

Времето за преглед е ограничено от документалната претовареност на ОПЛ, което рефлектира върху качеството на лечебно-диагностичната и профилактичната дейност. Установи се, че от 472 отговорили на 15 въпрос, само при 165(34,96%) от анкетираните, времето на прегледа е достатъчно за професионална анамнеза на пациентите, докато при 283(59,95%) не е, останалите 24(5,08%) са дали различен от „да“ и „не“ отговор (фиг. 12). Въвеждането на панел относно професионалния път, вредности и болести като част от анамнезата в електронната форма на НЗОК би подпомогнала значително ОПЛ, а данните частично могат да бъдат поставени от ТМ.

фиг. 12 Въпрос 15 Времето на прегледа достатъчно ли е за професионална анамнеза?



Предложенията от ОПЛ, за това по какъв начин да се предоставя информация за професионалния път и вредностите, на които са изложени пациентите са дадени обобщено (табл. 15)

Таблица 15 Въпрос 16 Какво е необходимо да се направи, за да се подsigури информация за проф. път и вредностите, на които са изложени пациентите Ви?

Какво е необходимо да се направи, за да се подsigури информация за проф. Път и вредностите, на които са изложени пациентите ВИ?(въпрос 16)		
отговорили n – 421	брой	отн. дял от отговорилите - 421
форми за допълнителна информация	228	54.16
не знам	63	14.96
връзка, с ТМ, с работодател	46	10.93
Друго	25	5.94
да бъдат информирани пациентите, инструктаж	25	5.94
ТМ, дейност на ТМ	18	4.28
държава, НЗОК, МЗ, законодателство, финансиране, профсъюзи	15	3.56
Време	7	1.66

За да се превърне една връзка от чисто формална, в ефективна, основана на взаимно сътрудничество в името на една обща цел са необходими диалог и гъвкавост, при уважение между лекарите от всяка специалност. По отношение на връзката ОПЛ – СТМ са налице допълнителни ограничаващи фактори. Почти всяка GP – практика се обслужва от СТМ, поради това, че ОПЛ се явява работодател и съгласно Търговския закон е задължен да подсигури работещите в неговата фирма, медицинска сестра, помощник-лекари и т.н. с обслужване от СТМ. Логично, част от личните лекари отговарят с „да” на връзките между тях и трудовата медицина, визирайки обаче не трудовомедицинските дейности по месторабота на техните пациенти, поради което при анализа бяха включени в трета категория отговори, която може да се причисли към негативните по отношение на пациентите (табл. 14, фиг. 13,14).

фиг. 13 Въпрос 18 Имате ли връзка със СТМ (служба трудова медицина), участвали ли сте в работата ѝ, и под каква форма?



фиг. 14 Въпрос 19 СТМ склонни ли са да колаборират с Вас и да обменят информация и доколко тя е обективно точна?



Дори ОПЛ, които са запознати с реда на действие при съмнение за възникнала професионална болест, не са склонни да попълнят „Бързо известие за съмнение за професионална болест”, с което почти сигурно ще създадат проблеми на пациента си на работното му място, поради което ОПЛ препоръчват планова смяна на работното място, назначават терапия, консултират със специалист или предлагат трудоустрояване, при случаи на съмнения за професионални увреждания и злоупотреки, много от ОПЛ биха искали да могат да насочат пациентите към Клиника по професионални болести (фиг. 15).

фиг. 15 Въпрос 20 Ако имате пациенти със здравен проблем, за който предполагате връзка с работната среда и трябва да дадете оценка на пригодността на работещия за продължаване на същата работа, какво ще направите:

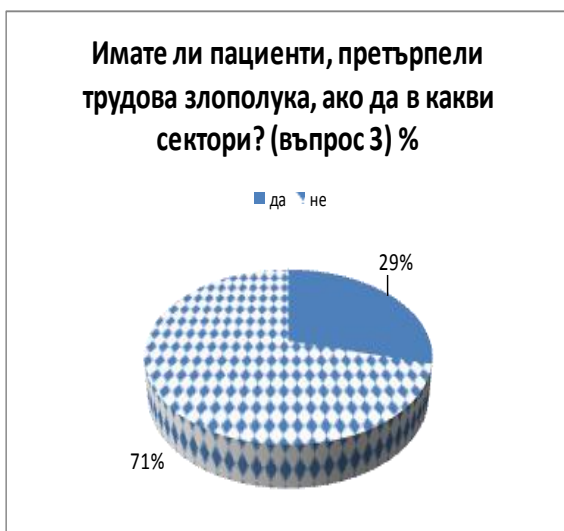


3.4. Анкетно проучване сред представителна част на ОПЛ - гр. София, с характеристика на обслужваното работещо население и регистрираната заболяемост

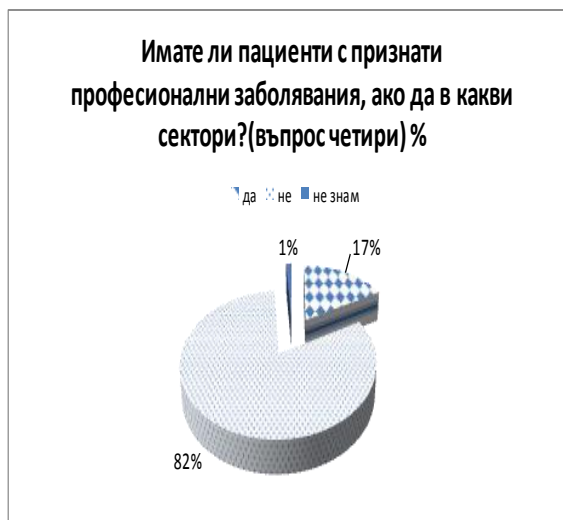
Отсъствието на връзки между стълбовете на профилактичната медицина у нас – ОПЛ и СТМ, насочва към търсене на показатели за влошено здравословно състояние на трудовата сила на страната. Направихме анализ на заболяемостта според субективното мнение на ОПЛ, като първо изяснихме каква част от практиката на лекаря съставляват тези в работоспособна възраст. В анкетиранията практики работещите пациенти са средно 52,51% от цялата листа, между 10% и 95% сред 471 практики на отговорилите ОПЛ (табл.13). Проучването на заболяемостта с трайна неработоспособност, като обективен израз на променено здравно състояние, показва, че е голям броя на пациентите с ЕР на ТЕЛК/НЕЛК – средно 54,02, като най-малко са 0, най-много 350 (табл.13). След уточняващи въпроси с лекарите изяснихме, че някои от лекарите представят общия брой на пациенти с такива експертизи, включително и пенсионерите. Необходимо е да бъдат обхванати само работещите на възраст от 18-65 г., за което обаче в голямата част от ОПЛ практиките информация липсва, като често това е поради освидетелстване преди реформата или поради лични мотиви от страна на пациента. Липсата на информация относно ЕР на ТЕЛК/НЕЛК прави непълна здравната информация за пациента, въз основа на която се вземат решения за пригодност за работа. Необходимо е създаване на база – данни на тази информация за пациента и нормативно определени възможности за достъп до съответната информация за различните специалисти.

На групата въпроси за производствения травматизъм от 466 практики, в 330 считат, че нямат пациенти, претърпели трудова злополука (табл. 14, фиг. 16).

фиг. 16 Въпрос 3 Имате ли пациенти, претърпели трудова злополука, ако да в какви сектори?



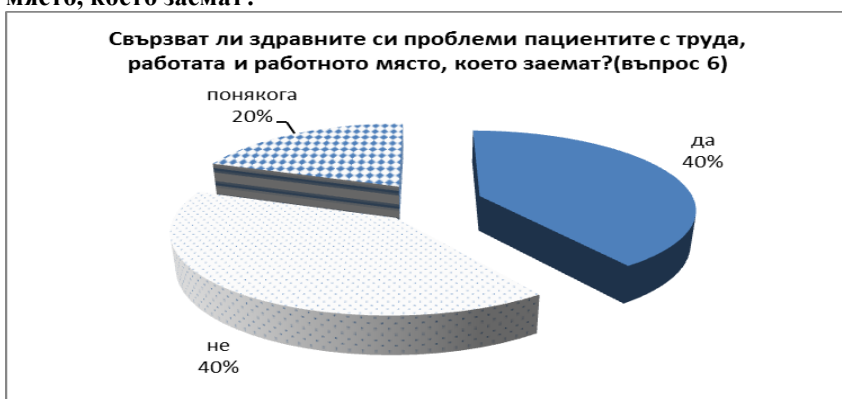
фиг. 17 Въпрос четири Имате ли пациенти с признати професионални заболявания, ако да в какви сектори?



В 387 практики, считат че нямат пациенти с ПЗ или им липсва такава информация, тя не е и изискуема по НРД (табл. 14, фиг. 17).

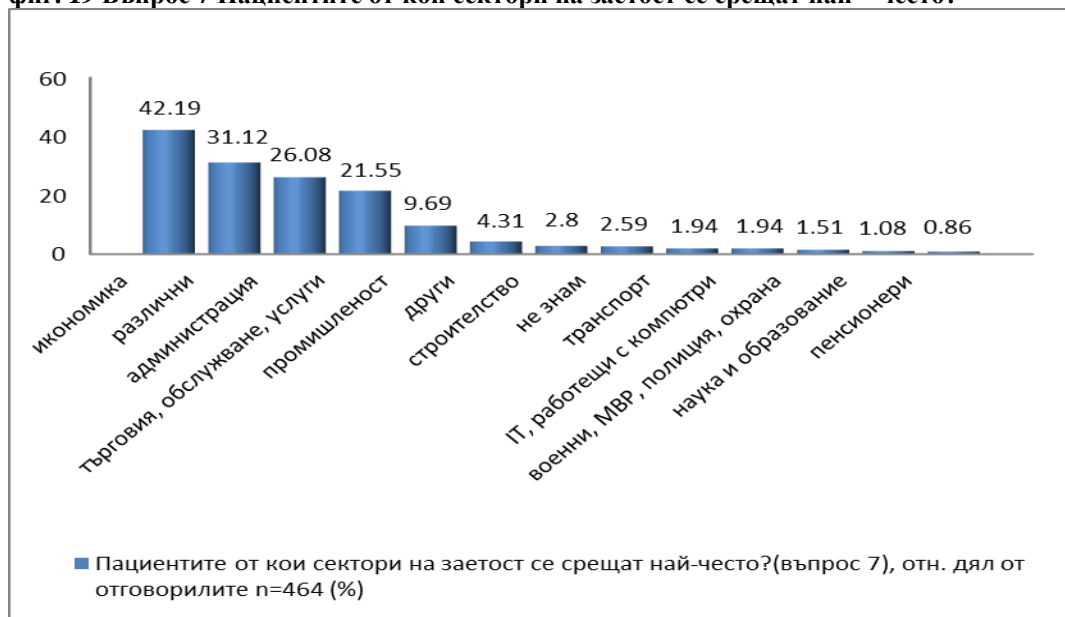
Професионалното становище на анкетираните лекари е, че имат пациенти с непризнати професионални заболявания, особено сред заетите в строителството. От друга страна пациентите не винаги свързват здравословните си проблеми с работата, т.е. тази връзка често се пропуска (фиг. 18).

фиг. 18 Въпрос 6 Свързват ли здравните си проблеми пациентите с труда, работата и работното си място, което заемат?



Структурата на пациентите в практиката на ОПЛ е разнообразна (фиг. 19), както и най-често посещаващите ги пациенти (фиг. 20). Намерените данни са в съответствие с променената структура на заетостта, с преобладаване на заетите в непроизводствения сектор, особено подчертано в София-град.

фиг. 19 Въпрос 7 Пациентите от кои сектори на заетост се срещат най – често?

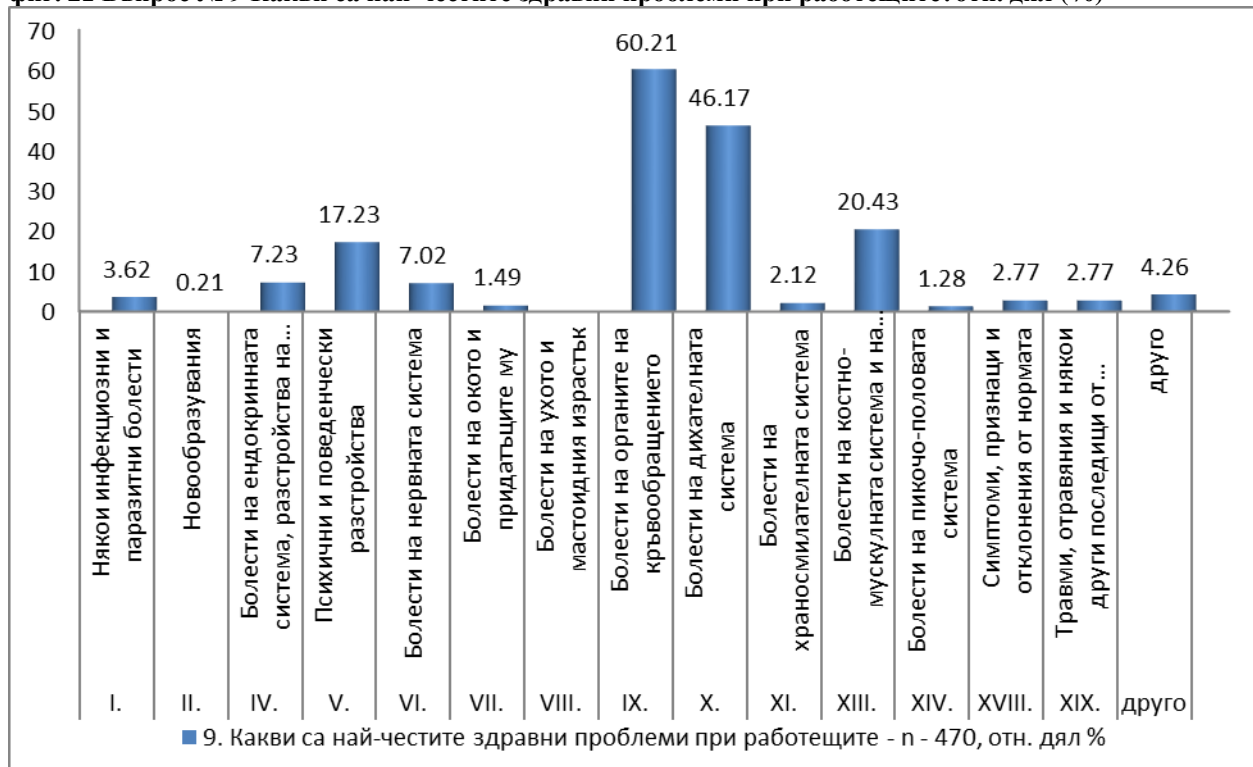


фиг. 20 Въпрос 8 Най-често посещаващите Ви пациенти, ако има такава тенденция от кой сектор са?



Най-честите здравни проблеми при работещите според анкетираните ОПЛ са болестите на органите на кръвообращението, следвани от болестите на дихателната система, болестите на костно-мускулната система (опорно-двигателния апарат) и психичните заболявания(табл. 16, фиг. 21).

фиг. 21 Въпрос № 9 Какви са най-честите здравни проблеми при работещите?отн. дял (%)



На въпроса за най-сериозните здравословни проблеми на работещите пациенти, свързани с трудовата заетост, субективното мнение на ОПЛ е, че като водещ проблем се очертава АХ, следвана от психичните, костно-мускулните заболявания и тези на дихателната система(табл. 16, фиг. 22).

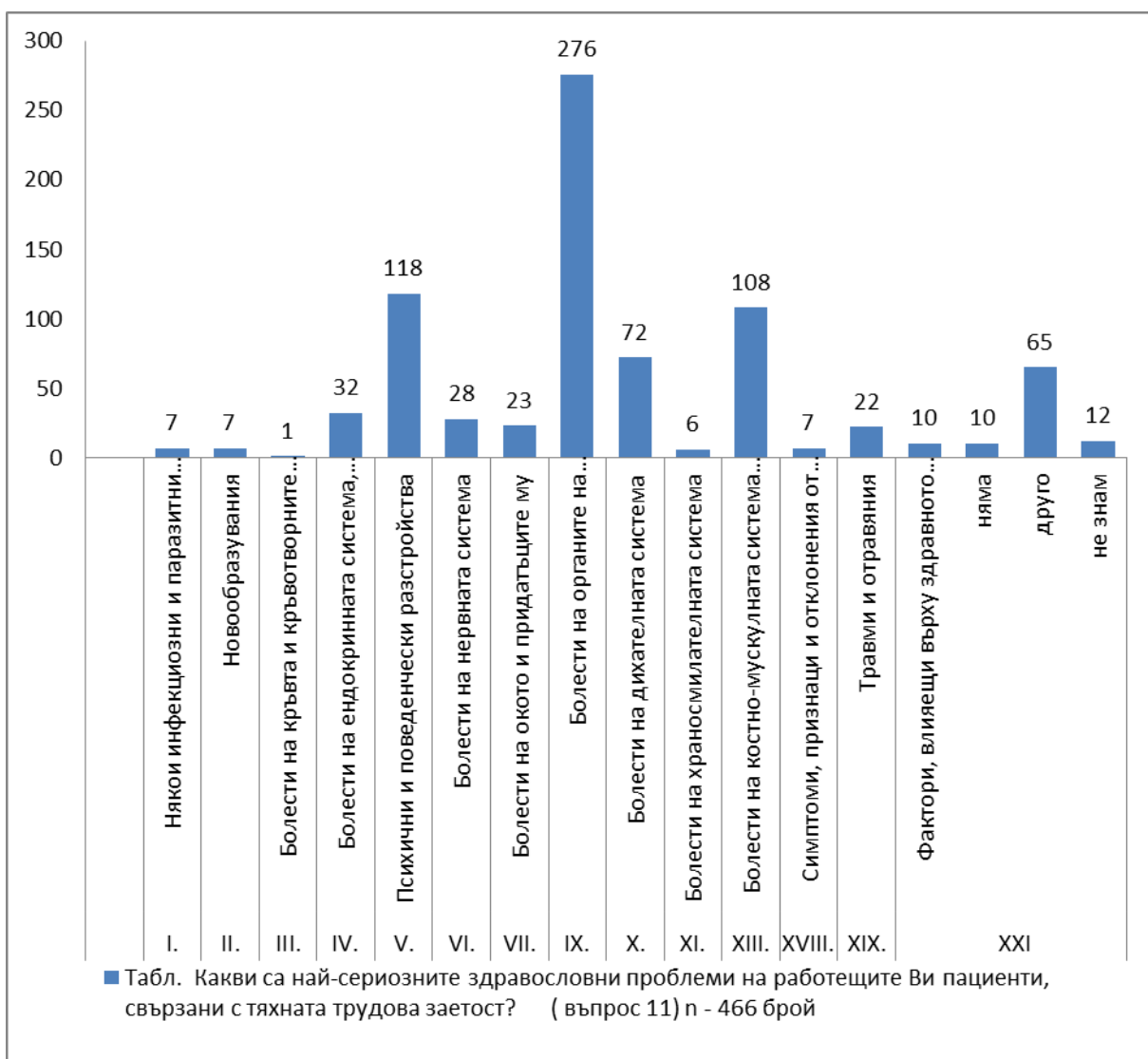
Що се отнася до намирането на причинно-следствена връзка от пациентите между работа и новопоявили се заболявания, структурата се запазва и ССЗ се последват от психичните и заболяванията на костно-мускулната система(табл. 16, фиг. 23).

Заболеваемостта с временна неработоспособност, оценена чрез средномесечният брой на издаваните болнични от 469 респондъри в анкетата със средно 28,83 броя, максимум 340; минимум 1,5 на месец, показва значителна разлика в бройката в зависимост от сезона и епидемичната обстановка(табл. 13). В грипна обстановка и при някои практики, особено с предимно педиатрична насоченост, броя на издадените болнични е двойно по-голям отколкото в извънепидемична ситуация. Независимо от това прави впечатление, че издадените болнични листове за заболяване и злополука са малко.

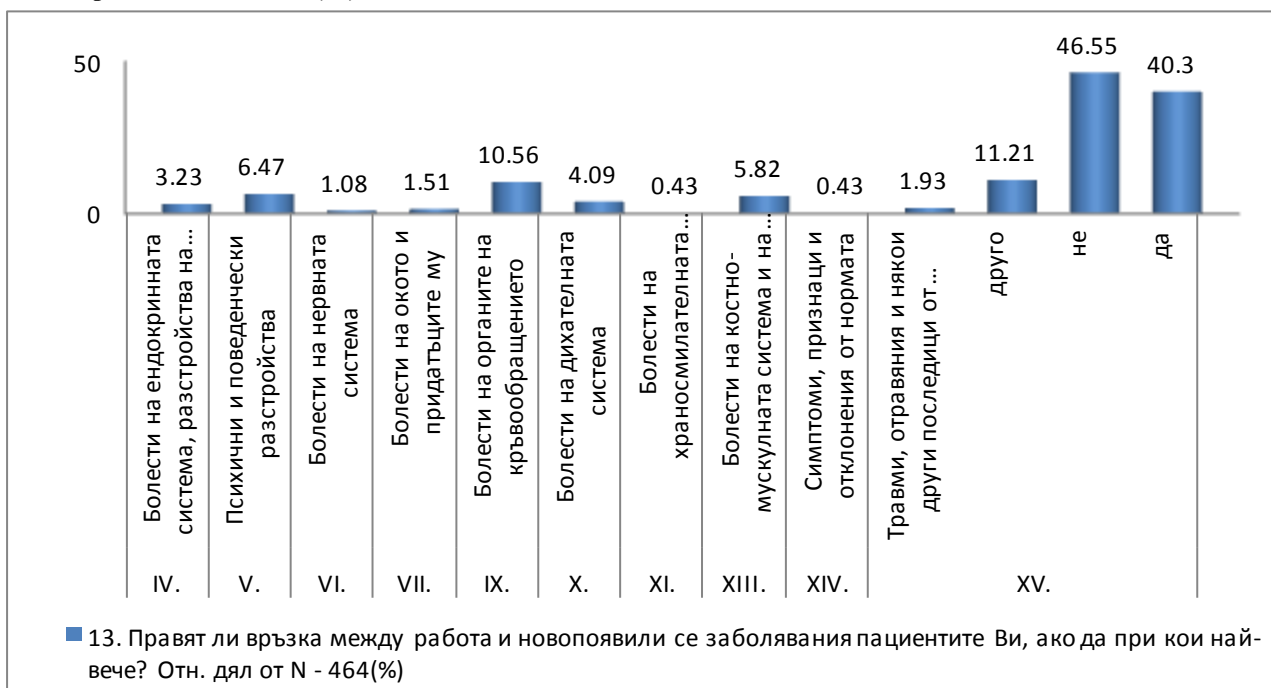
Сравнително представяне на най-честите, най-сериозните и свързаните от пациентите с работата заболявания, по МКБ-10, относителен дял от отговорилите п(%)							
Клас по МКБ	Класове болести	9. Какви са най-честите здравни проблеми при работещите - n - 470		11. Какви са най-сериозните здравословни проблеми на работещите Ви пациенти, свързани с тяхната трудова заетост? N- 466		13. Правят ли връзка между работа и новопоявили се заболявания пациентите Ви, ако да при кои най-вече? N - 464	
		брой отговорили n	отн. дял %	брой отговорили n	отн. дял %	брой отговорили с "да" n - 187	отн. дял от N %
I.	Някои инфекциозни и паразитни болести	17	3.62	7	1.5		
II.	Новообразувания	1	0.21	7	1.5		
III.	Болести на кръвта и кръвотворните органи			1	0.21		
IV.	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	34	7.23	30	6.43	15	3.23
V.	Психични и поведенчески разстройства	81	17.23	122	26.18	30	6.47
VI.	Болести на нервната система	33	7.02	26	5.58	5	1.08
VII.	Болести на окото и придатъците му	7	1.49	23	4.94	7	1.51
VIII.	Болести на ухото и мастоидния израстък						
IX.	Болести на органите на кръвообращението	283	60.21	261	56.01	49	10.56
X.	Болести на дихателната система	217	46.17	62	13.3	19	4.09
XI.	Болести на храносмилателната система	10	2.12	6	1.29	2	0.43
XII.	Болести на кожата и подкожната тъкан						
XIII.	Болести на костно-мускулната система и на съединител. тъкан	96	20.43	108	23.18	27	5.82
XIV.	Болести на пикочо-половата система	6	1.28				
XV.	Бременност, раждане и послеродов период						
XVI.	Някои състояния, възникващи през перинаталния период						
XVII.	Вродени аномалии (пороци на развитието)						
XVIII.	Симптоми, признаци и отклонения от нормата	13	2.77	7	1.5	2	0.43
XIX.	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	13	2.77	21	4.51	9	1.93
XXI.	Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби			10	2.15		
друго	Друго	20	4.26	64	13.73	52	11.21
не знам	не знам			12	2.58		
няма	Няма			10	2.15		
не	Не					216	

Таблица 16 Сравнително представяне на най-честите, най-сериозните и свързаните от пациентите с работата заболявания, по МКБ-10, относителен дял от отговорилите п(%)

фиг. 22 Въпрос № 11 Какви са най-сериозните здравословни проблеми на работещите Ви пациенти, свързани с тяхната трудова заетост? (%)



фиг. 23 Въпрос 13 Правят ли връзка между работа и новопоявили се заболявания пациентите Ви, ако да при кои най-вече? (%)



Всички тези резултати показват значителни промени в заболеваемостта на населението и консултирането в извънболничната медицинска помощ, като следва да се предприемат мерки за намаляване на стреса. Необходимо е професионалните болести, трудовите злополуки и ЕР на ТЕЛК/НЕЛК да са част от информационната система на НЗОК.

ЗАВИСИМОСТИ:

Потърсихме статистически зависимости между отговорите на някои въпроси от анкетата (табл. 17), като се установи силно изразена връзка между положителните отговори на въпрос 12 и 15 – необходимост от информация за работната среда и време за професионална анамнеза – $\chi^2 - p - 0,003$ (табл.18). Това дефинитивно разделя ОПЛ според тяхната натовареност и организационни умения, на такива които намират време за задълбочена анамнеза и на други, за които това е проблем.

Също така е налице връзка и между 14 и 22 въпрос – наличие на специалност Обща медицина, специализиране и броя болнични листове, като за групата неспециализиращи болничните листове са по-малко – Медиана – 20, а за другите две групи – Медианите са по 25, като бяха използвани Пирсън и Фишър Екзакт-тест (табл. 19). Това вероятно е свързано с по-големите практики на специализиращите и на тези с вече придобита специалност, които са по-мотивирани да се развиват професионално, като това увеличава престижа им пред пациентите. Бяха отхвърлени зависимости между 14-18, 14-19, 14-12, 14-21, 4-15,3-15,5-15,13-1514-20.1 въпроси.

Таблица 17 Статистически зависимости анкета ОПЛ

въпрос	Въпроси за които нивото на значимост е $P > 0,05$ NS
14 Специализирате ли Обща Медицина?	18 Имате ли връзка със СТМ /служба трудова медицина/, участвали ли сте в работата ѝ, и под каква форма?
	19 СТМ склонни ли са да колаборират с Вас и да обменят информация и доколко тя е обективно точна?
	12 Нуждаете ли се от информация за работната среда при извършване на профилактични прегледи?
	21 Имате ли по някакъв повод срещи с НОИ – за изясняване здравето на Ваш пациент, претърпял трудова злополука или проф. Болест?
	20.1 Ако имате пациенти със здравен проблем, за който предполагате връзка с работната среда и трябва да дадете оценка на пригодността на работещия за продължаване на същата работа, какво ще направите: 1. ще попълните „Бързо известие за съмнение за професионална болест”
15 Времето на прегледа достатъчно ли е за професионална анамнеза?	4 Имате ли пациенти с признати професионални заболявания, ако да в какви сектори?
	5 Колко удостоверения за започване на работа приблизително издавате месечно?
	13 Правят ли връзка между работа и новопоявили се заболявания пациентите Ви, ако да при кои най-вече?

Въпрос 12 Нуждаете ли се от информация за работната среда при извършване на профилактични прегледи?	Въпрос 15 Времето на прегледа достатъчно ли е за професионална анамнеза?									
		Не		да		друго		общо		p
	не	73	25.8%	22	13.3%	5	20.8%	100	21.2%	
	да	203	71.7%	138	83.6%	16	66.7%	357	75.6%	
	друго	7	2.5%	5	3.0%	3	12.5%	15	3.2%	
общо	283	100.0%	165	100.0%	24	100.0%	472	100.0%		

Таблица 18 Крос-табл. 12/15 Въпрос, зависимост достатъчност на време за преглед/нужда от информация за работната среда

Въпрос 14 Специализирате ли Обща Медицина?	Въпрос 22 Средномесечен брой болнични листове?						
	N	Mean	Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum	
	0	113	28.0973	20.0000	33.34632	1.50	300.00
	1	218	28.3096	25.0000	27.02391	2.50	340.00
	2	138	30.2696	25.0000	21.17422	4.00	100.00

Таблица 19 Крос-табл. 14/22 Въпрос, разпределение на средномесечните болнични листове според специализацията по Обща медицина

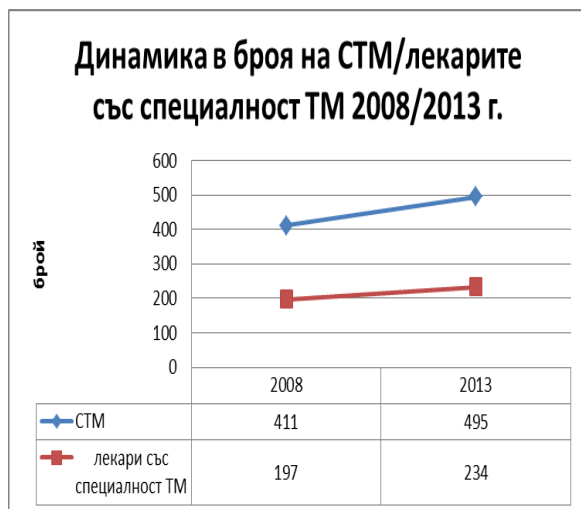
3.5. Експертно проучване с оценка и обобщена характеристика на трудовомедицинското обслужване от СТМ. Официален Регистър на СТМ.

За да изясним състоянието на Трудовата медицина по отношение на обезпечеността със специалисти в областта на здравословните и безопасни условия на труд в България направихме анализ на официалния Регистър на Службите по Трудова медицина на Министерство на здравеопазването, създаден и поддържан съгласно чл. 25г, ал.6 от Закона за здравословни и безопасни условия на труд. Минималният състав на всяка Служба по Трудова медицина включва лекар със специалност „Трудова медицина“, инженер, с тригодишен стаж в областта на безопасността на труда и технически изпълнител, с образование не по-ниско от средно, като имената им, както и това на самата СТМ, с нейната адресна регистрация са задължителна информация, фигурираща в Регистъра на Службите по Трудова медицина. Съществено е, че лицата в състава на СТМ подписват декларация за неразгласяване на данните, предоставени им от работодателя на обслужваното предприятие. При сравнително разглеждане на данните от 2008 г. се намери следното: налице е нарастване броя на СТМ спрямо 2008 г. с 84, както и на специалистите по трудова медицина – с 37, спрямо 2008 г. Специалистите с 2 СТМ – са намалели, с 3 и 4 са нараснали, с 5 са редуцирани, с 6 са без промяна и със 7 са нараснали двойно (фиг. 24).

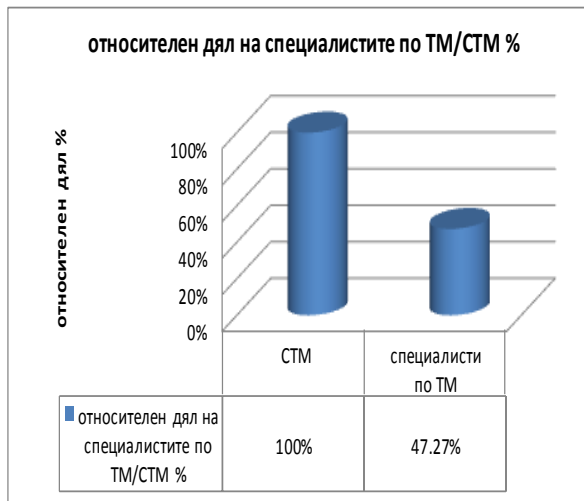
При извършения анализ на Регистъра на СТМ беше установено, че Службите по Трудова медицина, фигуриращи в него са на брой 571, само 224 от тях са предоставили свой e-mail, като 76 от СТМ са със заличена регистрация, а 495 са действащи СТМ, разпределени между 234 лекари, специалисти по трудова медицина.

Съотношението на броя регистрирани СТМ и броя на специалистите по Трудова медицина е представено на фиг. 25

фиг. 24 Динамика на броя СТМ/лекари със специалност ТМ 2008/2013 г.



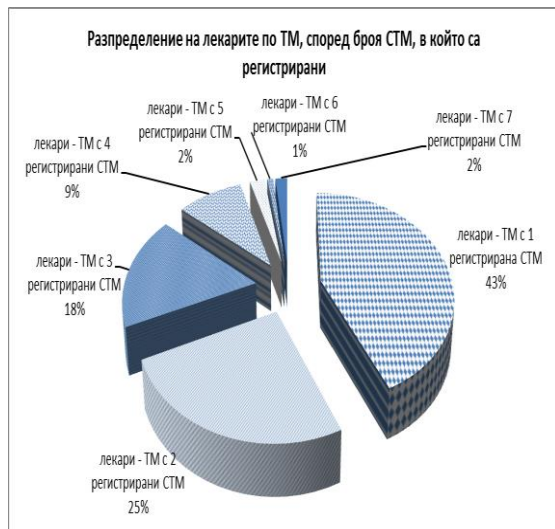
фиг. 25 Съотношението на регистрирани СТМ и на лекарите, специалисти по Трудова медицина %



Това означава, че средно 2,1 СТМ се падат на един лекар, специалист по ТМ, като най-голям брой СТМ, в които е регистриран един лекар – ТМ е 7, четирима са тези специалисти в целия Регистър. Най-голям брой от лекарите участват само в една СТМ –

101, с две СТМ са 59 от лекарите, 41 са с три СТМ, с четири са 22, с пет са 5, с шест са двама лекари, точното разпределение е показано на фиг. 26.

фиг. 26 Разпределение на лекарите - специалисти по ТМ, според броя СТМ, в които са регистрирани (в %).



фиг. 27 Разпределението на инженерите, според броя СТМ, в които са регистрирани.



Установи се, че инженерите, влизащи в състава на СТМ са 410, като при тях също има такива, с регистрация в няколко СТМ, максимално в четири – при шестима от инженерите, 350 са с по една регистрация, 49 с по две, а петима с по три СТМ (фиг.27). При проучване на третите лица в СТМ – техническите изпълнители се установи, че техният общ брой е 471, 59 от тях са инженери, 40 лекари и 372 - технически изпълнители без специалност.

Получените данни очертават характеристиките на кадрови дефицит в сферата ЗБУТ.

3.6. Идентифициране на водещите проблеми и приоритетите в създаването на системна връзка между ОПЛ и СТМ с оглед промоция на професионалното здраве и профилактика на професионалните болести, трудовите злополуки други здравни проблеми при работещите.

За да изясним гледната точка на СТМ и съществуващите взаимовръзки между тях и ОПЛ в настоящия момент, осъществихме он-лайн и пряко анкетно проучване сред СТМ от Регистъра на СТМ на МЗ чрез анкета съдържаща 18 въпроса. Получените 77 анкети бяха анализирани, при което се установи, че една СТМ обслужва най-малко 270, най-много 17000 и средно 2897,15 здравноосигурени работещи лица (табл. 20).

Таблица 20 Дескриптивен анализ на Въпрос №2, анкета СТМ, брой обслужвани работещи?

Въпрос №	Въпрос	n	Mean	Median	Mode	SD	Min	Max
2	Брой обслужвани работещи?	68	2897.1500	2232,50	3000.00	2912,55	270.00	17000.00

Почти всички – 72(94,7%) от анкетираните предоставят информация под формата на уведомление, съгласно Наредба 3/2008 от проведени профилактични прегледи по

месторабота на ОПЛ на работещите, 4 (5,3%) не са предоставяли такава, една от фирмите не е дала отговор (табл. 21, фиг. 28).

фиг. 28 Въпрос №3, предоставяне на уведомление от проведени профилактични прегледи на ОПЛ

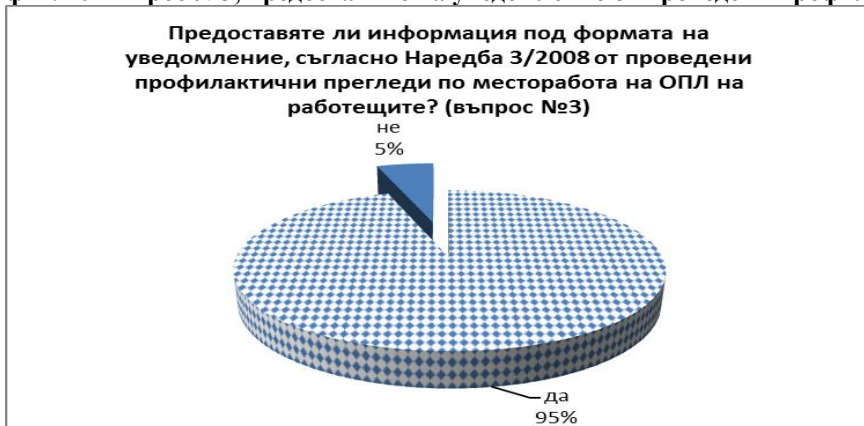


Таблица 21 Дескриптивен анализ на Въпроси № 3, 4, 5, 7, 10, 11, 13, 16, 17, анкета СТМ, п и %

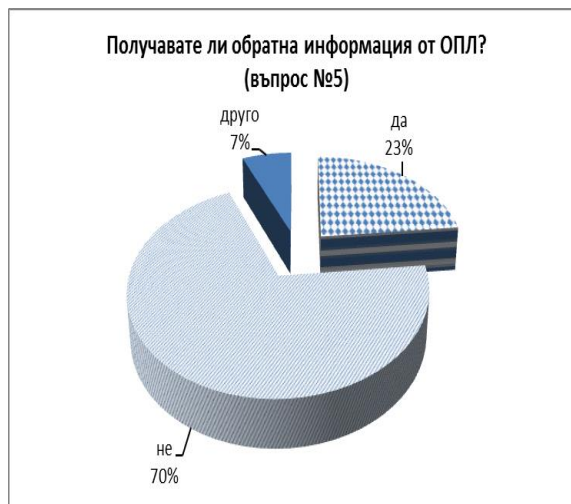
№	Въпроси с възможни отговори да/не/друго – 3, 4, 5, 7, 10, 11, 13, 16, 17	брой отговори	да (п)	да (%)	не	не (%)	друго	друго (%)
3	3. Предоставяте ли информация под формата на уведомление, съгл. Нар 3/2008 от проведени профилактични прегледи по месторабота на общопрактикуващите лекари/ОПЛ/ на работещите?	76	72	94,7	4	5,3		
4	4. Комуницирате ли си с ОПЛ?	77	52	67,5	20	26	5	6,5
5	5. Получавате ли обратна информация от ОПЛ?	77	18	23,4	54	70,1	5	6,5
7	7. Имате ли информация за ОПЛ на обслужваните от Вас работещи?	77	49	63,6	20	26,0	8	10,4
10	10. В състояние ли сте да постигнете по-облекчени условия на труд за работещи, със здравословни проблеми?	77	58	75,32	18	23,38	1	1,30
11	11. Бихте ли участвали в експертизата на трудоспособността и с каква продължителна следдипломна квалификация?	73	42	54,5	31	40,3		
13	13. Случвало ли ви се е да не сте първите които верифицират ПБ?	77	47	61,0	30	39,0		
16	16. Има ли намаляване на ЗВН в последните няколко години?	77	28	36,4	46	59,7	3	3,9
17	17. Работодателите могат ли да бъдат убедени да осигурят условия за спорт на работещите? <input type="checkbox"/>	73	23	31,5	48	65,8	2	2,7

На въпроса дали е налична комуникация с ОПЛ, 52(67,5%) от СТМ дават положителен отговор, 20(26%) отрицателен и 5(6,5%) са на особено мнение(табл. 21, фиг. 29).

фиг. 29 Въпрос четири Комуницирате ли си с ОПЛ?



фиг. 30 Въпрос № 5 Получавате ли обратна информация от ОПЛ?



Обратна информация от ОПЛ към СТМ е получавана от 18(23,4%) СТМ, 54(70,1%) имат негативен опит в това отношение, а 5(6,5%) поясняват, че това се случва, ако е изрично поискана информацията от СТМ, или много рядко, на 3 г. веднъж (фиг.30, табл. 21).

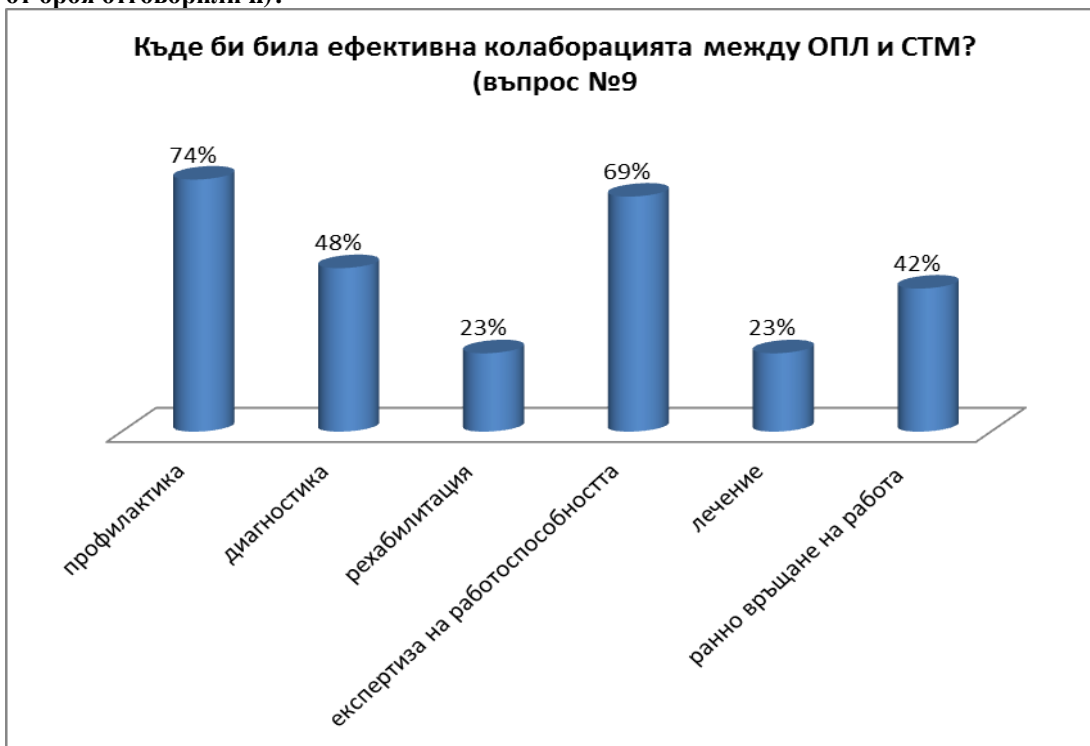
На въпроса дали се е налагало насочено търсене на информация относно здравословното състояние на пациент от ОПЛ при казуси и съответно дали е била получена, се оказва, че 26(33,77%) от СТМ не са имали такъв случай, 19(24,68%) са търсили информация и не са я получили, на 30(38,96%) е била предоставена, 2(2,6%) са нееднозначни в отговорите си(табл. 21).

По-голямата част от СТМ – 49(63,6%) имат информация за ОПЛ на обслужваните пациенти, 20(26,0%) не разполагат с такава, а 8(10,4%) са дали отговор, различен от „да“ и „не“ (табл. 21).

От друга страна на въпроса как и дали се отбелязва ОПЛ на работещия в здравното досие, 35(47%) от СТМ споделят, че се въвеждат пълни данни, 37(49,33%) – частични данни, често без телефон, на базата на предоставените от пациента данни, само 3(4%) СТМ не отбелязват никаква информация за ОПЛ, а 2 СТМ не дават отговор на този въпрос(табл. 21).

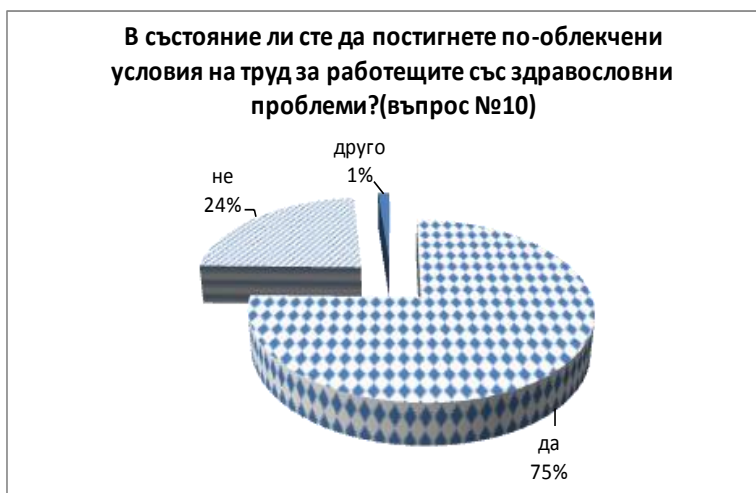
При изясняване на възгледите на СТМ относно областите, в които колаборацията между ОПЛ и СТМ би била полезна, най-голям брой от СТМ считат, че профилактиката(57 СТМ – 74,03%) и експертизата на работоспособността(53 - 68,83%) са най-перспективните от изброените, следвани от диагностиката (37 - 48,05%), ранното връщане на работа(32 - 41,56%) и на по-заден план остават рехабилитацията(18 - 23,38%) и лечението(18 - 23,38%)(фиг. 31).

фиг. 31 Въпрос № 9 Къде би била ефективна колаборацията между ОПЛ и СТМ (относителен дял % от броя отговорили n)?



Интересен факт е, че 58(75,32%) от СТМ споделят, че могат да постигнат по-облекчени условия на труд за работещи със здравословни проблеми, 18(23,38%) не са в състояние да въздействат, а 1(1,3%) СТМ е с особено мнение(табл. 21, фиг. 32).

фиг. 32 Въпрос № 10 В състояние ли сте да постигнете по-облекчени условия на труд за работещи, със здравословни проблеми?



Поради факта, че СТМ понастоящем са изключени от експертизата на работоспособността, а тяхното участие в редица случаи може да предотврати излишното удължаване на временната нетрудоспособност на работещи пациенти, за които могат да се намерят алтернативи, при нарушено здравословно състояние за

продължаване на работа, без това да е в техен ущърб, поставихме и въпрос относно желанието на СТМ за участие в този процес и необходимостта от продължителността на една допълнителна квалификация в това направление. Повечето СТМ биха участвали в експертизата на трудоспособността – 42 (54,54%), 31 (40,3%) не биха се включили (табл. 21). По отношение на заболяванията, които генерират най-чести, най-продължителни отсъствия от работа, както и субективно приеманите за най-сериозни се намери следното, (табл.22, фиг. 33,34).

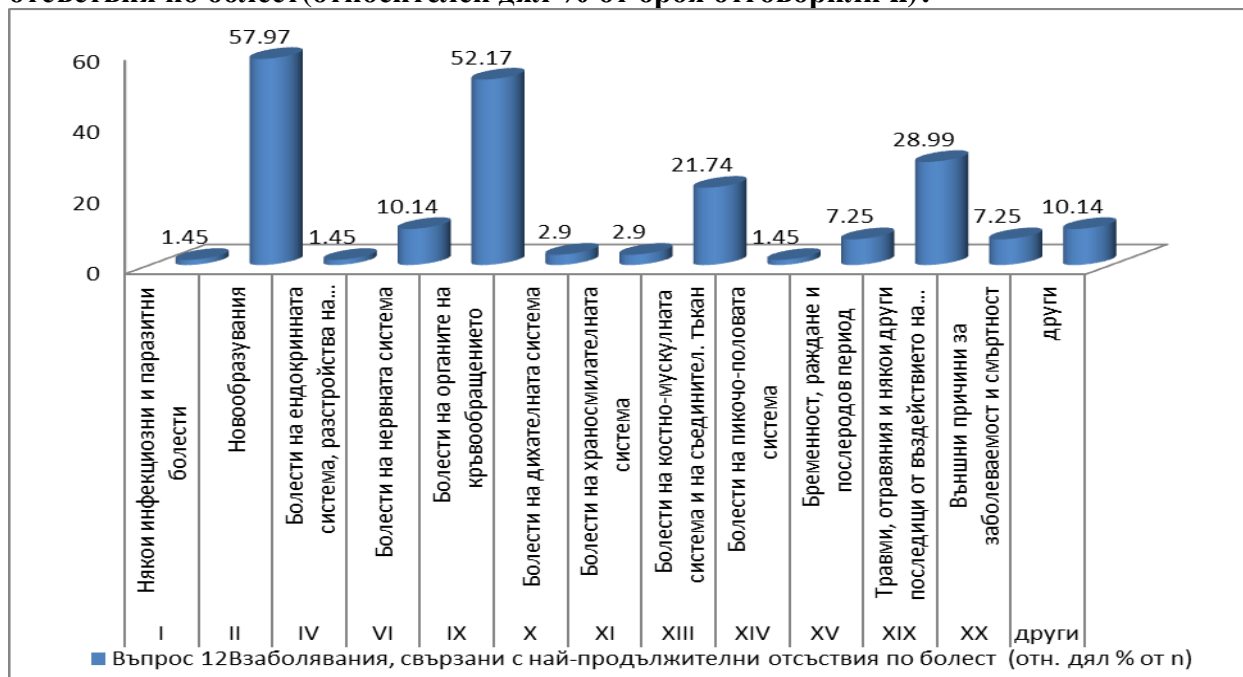
Таблица 22 Сравнителна таблица на заболяванията, които генерират най-чести, най-продължителни отсъствия от работа, както и субективно приеманите за най-сериозни от СТМ, n и %

клас по МКБ -10	Класове болести	Въпрос 12А - заболявания, свързани с най-чести отсъствия по болест - n=74	Въпрос 12А (отн. дял % от n)	Въпрос 12В - заболявания, свързани с най-продължителни отсъствия по болест - n=69	Въпрос 12В (отн. дял % от n)	Въпрос № 15 - най-сериозни заболявания, свързани с работата - n=63	Въпрос 15 (отн. дял % от n)
I	Някои инфекциозни и паразитни болести	5	6.76	1	1.45	0	
II	Новообразувания	1	1.35	40	57.97	7	11.11
IV	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	0	0	1	1.45	6	9.52
V	Психични и поведенчески разстройства	0	0	0	0	8	12.7
VI	Болести на нервната система	5	6.76	7	10.14	20	31.75
VII	Болести на окото и придатъците му	0	0	0	0	6	9.52
VIII	Болести на ухото и мастоидния израстък	0	0	0	0	6	9.52
IX	Болести на органите на кръвообращението	11	14.86	36	52.17	28	31.75
X	Болести на дихателната система	68	91.89	2	2.9	9	14.29
XI	Болести на храносмилателната система	4	5.41	2	2.9	2	3.17
XII	Болести на кожата и подкожната тъкан	1	1.35	0	0	0	0
XIII	Болести на костно-мускулната система и на съединител. тъкан	9	12.16	15	21.74	32	50.79
XIV	Болести на пикочо-половата система	0	0	1	1.45	2	3.17
XV	Бременност, раждане и послеродов период	1	1.35	5	7.25	1	1.59
XVII I	Симптоми, признаци и отклонения от нормата	0	0	0	0	1	1.59
XIX	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	3	4.05	20	28.99	3	4.76
XX	Външни причини за заболяемост и смъртност	0	0	5	7.25	0	0
Друг и		0	0	7	10.14	3	4.76
общо		108		142		134	

фиг. 33 Въпрос № 12А Кои са заболяванията, генериращи най-чести отсъствия по болест (относителен дял % от броя отговорили n)?



фиг. 34 Въпрос № 12Б Кои са заболяванията, генериращи най-продължителни отсъствия по болест (относителен дял % от броя отговорили n)?



Най-сериозните здравни проблеми на работещите, свързани с работата им, според СТМ са заболяванията на костно-мускулната система и съединителната тъкан – 32(50.79%), болести на органите на кръвообращението – 28(31.75%) и на нервната система – 20 (31.75%), разпределението е представено на фиг. 58 (табл. 22, фиг. 35).

фиг. 35 Въпрос №15 Кои са най-сериозните здравни проблеми на работещите, свързани с работата им във Вашата практика по МКБ – 10(относителен дял % от броя отговорили n)?



На въпроса дали се е случвало някой друг специалист да верифицира професионално заболяване, 30 (39,0%) отговарят негативно, а 47(61,0) от СТМ утвърдително (табл.21). Най-често професионално заболяване диагностицират в болничната помощ – 32 (41,56%), по-рядко в извънболничната – 12 (15,58%), от ОПЛ – 8(10,39%), а от друго звено в системата на здравеопазването, най-често от Клиника по професионални болести – 9 (11,69).

При анкетирането на ОПЛ, предшестващо това на СТМ, беше получена информация, че често дори и болни, хората продължават работа, поради социално-икономически причини, това ни накара да потърсим информация от СТМ относно наличието или отсъствието на редуция в ЗВН през последните няколко години. Повечето споделят, че няма промяна, 46(59,7%) от отговорилите, 28(36,4%) считат, че е налице такава тенденция, друга част – 3 (3,9%) уточняват, че болнични ползват не само болните, а болните не винаги ползват болнични, както и че е трудно да се направи оценка поради динамиката в броя на работещите и множеството недействителни болнични(табл. 21). Потърсихме мнението на СТМ относно готовността на работодателите да осигуряват условия за спорт на работещите в техните предприятия. Негативен отговор на този въпрос дават 48(65,8%) от анкетираните, 23(31,5%) положителен, 2(2,7%) дават различен от „да“ и „не“ отговор. Напр. един от специалистите дава следния отговор: „Нека зададем въпроса по друг начин: „Могат ли работещите да бъдат убедени да спортуват“, който насочва към личната отговорност за здравето на всеки един от трудещите се (табл.21).

Последният осемнадесети въпрос от анкетното проучване, относно модела на взаимодействие СТМ - ОПЛ, е разгледан като основна част от следващата точка.

В резултат на анкетирането на СТМ става ясно, че е налице значителна дисоциация между различните СТМ по отношение на обслужваните лица, което налага диференциран анализ по този критерий, по брой заети трудови медици във фирма, по региони, обслужвани предприятия, случаи с ТЗ и ПБ, брой на осигурените лица с ТЕЛК/НЕЛК, процентна загуба на трудоспособност на тези лица, трудоустроени – по брой и диагноза.

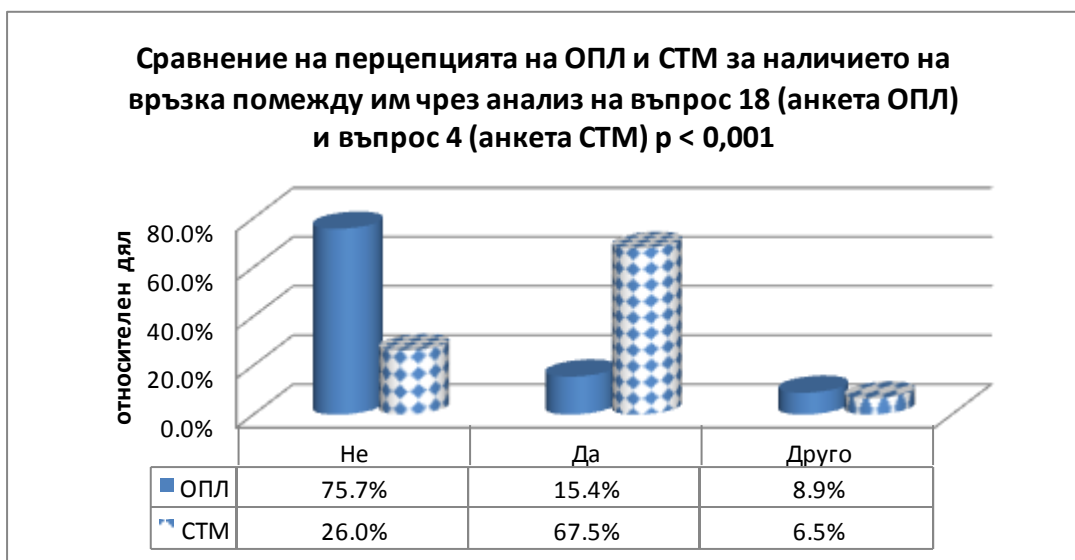
ЗАВИСИМОСТИ:

Поради значителните разлики в мнението на ОПЛ и СТМ относно наличието на комуникация помежду им, беше направен статистически анализ посредством Хи-квадрат тест (Chi-square). Установи се значима статистическа разлика в перцепцията на СТМ и ОПЛ относно връзката между тях (табл. 23, фиг.36).

Таблица 23 Сравнително разглеждане перцепцията на ОПЛ/СТМ за наличието на връзка помежду им, отговори на 18 въпрос, анкета ОПЛ и четвърти въпрос, анкета СТМ

Отговори_18_4	ОПЛ		СТМ		Общо		р
не	358	75.7%	20	26.0%	378	68.7%	<0.001
да	73	15.4%	52	67.5%	125	22.7%	
друго	42	8.9%	5	6.5%	47	8.5%	
Общо	473	100.0%	77	100.0%	550	100.0%	

фиг. 36 Сравнително разглеждане перцепцията на ОПЛ/СТМ за наличието на връзка помежду им, отговори на 18 въпрос, анкета ОПЛ и четвърти въпрос, анкета СТМ



Бяха потърсени зависимости между броя на обслужваните работещи (въпрос №2) и възможностите за осигуряване на по-облекчени условия на труд на работещи със здравни проблеми (въпрос №10), възможността за влияние върху работодателите за предоставяне на условия за спорт (въпрос №17), както и за субективното впечатление относно намаляването на ЗВН(въпрос № 16), потърси се и връзка между комуникацията с ОПЛ (въпрос № 4), предоставянето на информация на ОПЛ при установени отклонения в здравословното състояние при профилактичните прегледи (въпрос №3) и наличието на информация за ОПЛ на работещите (въпрос № 7) (табл.24).

Таблица 24 Изследване на зависимост между броя на обслужваните работещи и въпроси 3,4, 7, 10, 16 и 17, анкета СТМ

Критерий въпрос №2 Брой обслужвани работещи?	Анализирани въпроси №	Kruskal-Wallis Test p>0.05(NS)
	4 Комуницирате ли си с ОПЛ?	
	7 Имате ли информация за ОПЛ на обслужваните от Вас работещи?	
	10 В състояние ли сте да постигнете по-облекчени условия на труд за работещи, със здравословни проблеми?	
	16 Има ли намаляване на ЗВН в последните няколко години?	
17 Работодателите могат ли да бъдат убедени да осигурят условия за спорт на работещите?		
3 Предоставяте ли информация под формата на уведомление, съгл. Нар 3/2008 от проведени профилактични прегледи по месторабота на общопрактикуващите лекари/ОПЛ/ на работещите?		

Потърси се зависимост между отговорите на следните въпроси чрез Хи-квадрат тест (Chi-square) и Фишър Екзакт Тест(Fisher's Exact Test) (табл. 25):

Таблица 25 Изследване на зависимости чрез Хи-квадрат тест (Chi-square) и Фишър Екзакт Тест(Fisher's Exact Test):

Въпрос	Въпрос	p> 0,05 (NS)
4 Комуницирате ли си с ОПЛ?	16 Има ли намаляване на ЗВН в последните няколко години?	
10 В състояние ли сте да постигнете по-облекчени условия на труд за работещи, със здравословни проблеми?	16 Има ли намаляване на ЗВН в последните няколко години?	
5 Получавате ли обратна информация от ОПЛ?	7 Имате ли информация за ОПЛ на обслужваните от Вас работещи?	
10 В състояние ли сте да постигнете по-облекчени условия на труд за работещи, със здравословни проблеми?	17 Работодателите могат ли да бъдат убедени да осигурят условия за спорт на работещите?	

Между отговорите на горепосочените в таблицата въпроси не се намери статистически значима връзка. Такава се установи между 16-5, 16-3, 4-7, 4-5 въпроси, което потвърждава, че връзката между ОПЛ и СТМ, допринася за намаляване на ЗВН и комуникацията между двете групи специалисти предполага благоприятни социално-икономически резултати, когато е налична, в противен случай носи негативни последици (табл. 26-29).

Таблица 26 Зависимост между въпрос 16 и 5, намаляване на ЗВН и получаването на обратна информация от ОПЛ при поискване

Въпрос 16 Има ли намаляване на ЗВН в последните няколко години?	Въпрос 5 Получавате ли обратна информация от ОПЛ?								
	не		да		друго		общо		p
не	36	66.7%	6	33.3%	4	80.0%	46	59.7%	
да	15	27.8%	12	66.7%	1	20.0%	28	36.4%	
друго	3	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	3	3.9%	
общо	54	100.0%	18	100.0%	5	100.0%	77	100.0%	

Таблица 27 Зависимост между въпрос 3 и 16, предоставяне на уведомление и намаляване на ЗВН

Въпрос № 3 Предоставяте ли информация под формата на уведомление, съгл. Нар 3/2008 от проведени профилактични прегледи по месторабота на общопрактикуващите лекари/ОПЛ/работещите?	Въпрос 16 Има ли намаляване на ЗВН в последните няколко години?								p
	не		да		друго		общо		
не	0	0.0%	4	14.3%	0	0.0%	4	5.3%	0,023
да	46	100.0%	24	85.7%	2	100.0%	72	94.7%	
общо	46	100.0%	28	100.0%	2	100.0%	76	100.0%	

Таблица 28 Зависимост между въпрос четири и 7, информация за ОПЛ и комуникация с него

Въпрос №4 Комуниирате ли си с ОПЛ?	Въпрос №7 Имате ли информация за ОПЛ на обслужваните от Вас работещи?								p
	не		да		друго		общо		
не	11	55.0%	8	16.3%	1	12.5%	20	26.0%	.000
да	9	45.0%	37	75.5%	3	37.5%	49	63.6%	
друго	0	0.0%	4	8.2%	4	50.0%	8	10.4%	
общо	20	100.0%	49	100.0%	8	100.0%	77	100.0%	

Таблица 29 Зависимост между въпрос четири и 5, комуникация с ОПЛ и получаване на обратна информация

Въпрос 5 Получавате ли обратна информация от ОПЛ?	Въпрос 4 Комуниирате ли си с ОПЛ?								p
	не		да		друго		общо		
не	19	95.0%	32	65.3%	3	37.5%	54	70.1%	.000
да	1	5.0%	16	32.7%	1	12.5%	18	23.4%	
друго	0	0.0%	1	2.0%	4	50.0%	5	6.5%	
общо	20	100.0%	49	100.0%	8	100.0%	77	100.0%	

3.7. Определяне на възможни решения и препоръки за осъществяване на връзките между ОПЛ и СТМ. Създаване на интегрален модел за наблюдение на професионалното здраве.

През последните няколко години връзките между Общопрактикуващите лекари и Службите по Трудова медицина са изключително минимизирани, което води да проблеми в сферата на експертизата на работоспособността, от която СТМ са изключени, а в която ОПЛ нямат достатъчно познания за да я извършват правилно

спрямо условията на труд на пациентите си, които не познават, основно поради липсата на време за професионална анамнеза, установено от проведена анкета, както и на трудовомедицински познания. Това довежда до отсъствие на ефективна промоция на здраве и нарастващ обществено-икономически товар за обществото от изплащаните обезщетения за временна и трайна неработоспособност. Необходими са нормативни промени, даващи повече правомощия на СТМ, изграждането на действен, удовлетворяващ всички win-win модел на комуникация между ОПЛ – СТМ, допълнителна квалификация на ОПЛ по въпросите на Трудовата медицина, за да бъдат ограничени социално-икономическите последици от нарушения интегритет в профилактичния дял на медицината. Наложително е интензифициране на взаимоотношенията ОПЛ-СТМ, за адекватност спрямо конкретните работни условия на експертната на работоспособността при заболяемост с временна нетрудоспособност и при трайна такава, защото понастоящем в тези решения участват само ОПЛ, които са недостатъчно запознати с естеството на работа на своите пациенти, изискванията за нея и възможните варианти за адаптиране на работното място, съобразно здравното състояние на работещия. Това насочва към необходимост от придобиване на допълнителни знания по Трудова Медицина от страна на ОПЛ, понастоящем подценяващи нейната роля. Така може да се създаде ефективен, нормативно определен, win-win модел на комуникация между двете групи специалисти, при който и двете страни да работят съвместно за намиране на истински удовлетворяващи решения, съхраняващи здравето и работоспособността на населението и осигуряващи оптимално оползотворяване на наличната работна сила, в условията на негативни демографски и икономически тенденции за страната ни. Необходимо е връзката между Общопрактикуващите лекари(ОПЛ) и Службите по Трудова Медицина(СТМ) да се развие и интензифицира, с акцент върху активната профилактика и промоция на здраве, въпреки настоящите еднопосочни, от СТМ към ОПЛ, лимитирани и непродуктивни взаимоотношения. В анкетата сред СТМ от Регистъра на СТМ, 18-десетият въпрос касаеше въпроса за модел на сътрудничество между СТМ и ОПЛ. Очертаха се няколко важни предпоставки за изграждане на действаща взаимовръзка между тях. Основите за адекватна колаборация изискват създаване на условия за ползване на обща електронна база данни относно здравния статус на всички хора, чрез действащо Електронно Здравно Интегрално Досие, със съответните нива на достъп и всеки в здравната система

да допълва това досие. ОПЛ ще го пише основно. СТМ трябва да бъдат включени в електронната здравна система, да въведат данни за работното място и условията на труд на всеки работещ, да имат възможност за получаване на медицинска информация за всеки работещ, или да се създаде нормативен документ, определящ възможността за обмяна на конкретна задължителна информация при поискване от двете страни – СТМ и ОПЛ. Регистър на СТМ и ОПЛ да е наличен и достъпен, с пълни данни, позволяващи включително он-лайн комуникация. Здравните досиета, които СТМ изготвят и поддържат за всяко лице, да кореспондират с тези на общопрактикуващите лекари. Моделът за взаимодействие не трябва да стои на добра воля, а да бъде регламентиран чрез подходяща и добре изработена връзка между СТМ от една страна и ОПЛ, специалисти(ЛКК) и ТЕЛК. Необходими за нормативни промени, на Наредбата за експертиза на работоспособността от 1998 г., които да включват и СТМ като активна страна в този процес, а производствените характеристики и здравните досиета, създавани и поддържани от СТМ да имат стойност пред НОИ, ТЕЛК, ЛКК. Да се установи нормативно подпомагане на ОПЛ, ЛКК, ТЕЛК в експертизата на работоспособността от СТМ, както и чрез промяна в Наредба 3 от 2008 г. за СТМ, с повече правомощия за СТМ. Особено важна е връзката между СТМ и ОПЛ при експертизата на работоспособността на често и дълго боледувашите лица за подпомагане решенията на ЛКК и ТЕЛК, с уточняване на трудоспособността за дадената длъжност от страна на ЛКК и ТЕЛК след продължителна ЗВН на работник по инициатива на ОПЛ. Да има съдействие от страна на ОПЛ за представяне на ЛКК определяща трудоспособността или нужда от трудоустрояване при наличие на определени заболявания. Сътрудничеството следва да започне от постъпване на работа на съответното лице, с предварителен преглед – адекватен за бъдещата работа, за което ОПЛ следва да познават противопоказанията за работа на длъжността, съгласно приложение 4 към чл. 5, ал. 2 от Наредба №3 за предварителните и периодични медицински прегледи. Медицинското за започване на работа да бъде подписано от ОПЛ (по-точно от личния лекар), включително с електронен подпис и изпращане по електронна поща. Уместно е данните от последния проведен годишен профилактичен преглед по пакета от дейности на НЗОК да са достъпни за СТМ, както и дали лицето е включено в групи с повишен за здравето риск по смисъла на избраните по договора с НЗОК. СТМ да насочва към ОПЛ всеки работник с нужда за определена консултация

към специалист с оглед да подпомогне преценката за пригодността за заеманата длъжност. Този процес на комуникация е много важен и се налага да бъде много по-активен, защото дефинира връзката между правата на здравноосигуреното лице, задълженията на ОПЛ и задълженията на работодателя чрез СТМ. Необходимо е обаче и ОПЛ да има предвидени механизми за осъществяване на тези консултации, които да не засягат неговите финансови интереси, както и да бъдат регламентирани ясно и точно критериите за извършваните медицински периодични прегледи, понастоящем има дублиране между прегледа от ОПЛ и прегледите, които извършва работодателя, зачитането на профилактичните прегледи на ОПЛ от Инспекция по труда ще редуцира разходите в системата на здравеопазването. Това изисква промяна и в Наредба № 3 за задължителните предварителни и периодични медицински прегледи на работниците. СТМ трябва да извършва скринингови изследвания, а не лечебно-диагностична дейност. За мотивиране на СТМ за закупуване на медицинска апаратура за скрининг е необходимо средствата да бъдат смятани за нормативно признати разходи. Необходима е допълнителна подготовка на ОПЛ по Трудова медицина и професионални болести, както и продължаваща следдипломна квалификация на специалистите по Трудова медицина по актуални теми.

При установени отклонения от профилактичните прегледи СТМ да получават обратна информация от ОПЛ на уточнените случаи след уведомяване от СТМ по електронен път. Желателно за има официална форма –образец. Съществуват и други мнения на специалисти от Служби по трудова медицина, които защитават тезата, че сегашната нормативна рамка е адекватна и добре регламентира отношенията между СТМ и ОПЛ, като спазването ѝ е достатъчно за качество на извършваната дейност по опазване здравето на работещите.

По отношение на работещите, взаимовръзката между СТМ и ОПЛ е ключов елемент в опазване и подобряване на здравето им, в осигуряване на адекватни на възможностите им работни места, при което да е налице най-пълна удовлетвореност от извършваната работа и оползотворяване на техните потенциални възможности. За осъществяването на тази стратегическа цел е необходимо изграждане на единна електронно-базирана система за наблюдение здравословното състояние на работещите/пациенти, с нива на достъп за специалистите, с изчерпателна информация

относно условията на труд, изискванията, проведените изследвания, резултатите, провеждано лечение, социално-значими и други заболявания.

Контактът между СТМ и ОПЛ, следва да започне още от издаване на удостоверение за започване на работа, след обстоен преглед и задълбочена анамнеза, с преглед на придружаващи и минали заболявания, с отчитане резултатите от последния профилактичен преглед, при запазване на регламентирана конфиденциалност, с отчитане на спецификата на работното място. Връзките между ОПЛ и СТМ следва да са много по-интензивни, удовлетворяващи пациент/работещ, работодател, общество. Обобщените резултати от отговора на този въпрос са представени на (фиг. 37).

фиг. 37 Насоки за създаване на win-win модел на сътрудничество между ОПЛ/СТМ



ИЗВОДИ

- 1. При прегледа с анализ на литературните източници и заключенията на отделните части на литературния обзор се установи нормативно определена, еднопосочна, формална връзка от СТМ към ОПЛ, заключаваща се в изпращане на уведомление до ОПЛ, при установени отклонения в здравословното състояние на работещия при периодичните профилактични прегледи. При социалнозначимите болести – на органите на кръвообращението, онкологичните и захарен диабет съгласно Наредба 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, осъществявани от ОПЛ, приложение 1а и 1б и Наредба 3 от 1987 г. за задължителните и предварителни профилактични прегледи на работниците, Раздел II, чл.8, 9 и приложения 5 и 7, ангажиментите на СТМ и на ОПЛ трябва да се свържат с условията на работната среда и трудовия процес.**
- 2. Официалните отчети и съдържащите се данни за амбулаторната заболеваемост след старта на здравната реформа отсъстват за повече от 12г., налице са само публикации по отделни нозологични единици, като поради промяната в кодирането от МКБ-9 към МКБ-10 е възможно съпоставянето на данни само за някои групи заболявания. Отсъства дял професионална анамнеза в електронната форма за профилактичен преглед, осъществяван от ОПЛ по НЗОК.**
- 3. Структурата на заболеваемостта от официалната статистика на СРЗИ и СЗОК потвърди водещото място на Болестите на органите на кръвообращението. Установи се обаче намаляване на болестността от болести на органите на кръвообращението и на пикочо-половата система, и нарастване на болестите на дихателната система. По отношение на заболеваемостта след четиригодишен период на нарастване на новооткритите заболели от болести на органите на кръвообращението, през 2013 е налице спадане до нивата от 2009 г. Заболяваемостта от болести на дихателната система варира и е с най-ниски стойности през 2010г., а с най-високи през 2013 г.**
- 4. Нараства броя на диспансеризираните от ОПЛ лица, най-вече по два класа заболявания – Болестите на органите на кръвообращението и ендокринните**

болести, което насочва към резултатност от профилактичните програми за ранно откриване на тези заболявания, обаче и липса или недостатъчна ефективност на мерките за предотвратяването им. Потози повод е налице необходимост от програми за **превенция на професионалния стрес и промоция на здраве** от най-ранна детска възраст.

5. **Наложително и създаване на тематични здравни карти по регионален принцип за ОПЛ и СТМ, с отчитане на тяхната дейност, вкл. заболяемост, ПБ, ТЗ, брой пациенти с ТЕЛК/НЕЛК. Следва да се изработи здравна карта на столицата, с изчерпателност на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения, включително университетски, общински и частни, здравните потребности и тяхната удовлетвореност.**
6. Анализът на официалния регистър на СТМ към МЗ показва съотношение на лекарите със специалност Трудова медицина към броя регистрирани СТМ от 47,21%, т.е. повече от два пъти по-малко са специалистите, което насочва към кадрови дефицит в сферата на ЗБУТ, потвърден и от съотношението инженери/СТМ, което е 85,37%. Необходимо е развитие на образователно-квалификационните степени – бакалавър и магистър по Трудова медицина и работоспособност към ФОЗ, МУ- София, чрез акредитирането им и насочването им и към Общопрактикуващите лекари;
7. **Анкетното проучване сред ОПЛ показва липсата на изисквания в рамките на НРД за професионална анамнеза, дефицита и нормативно липсващата базаданни за пациентите с ТЕЛК/НЕЛК, претърпелите ТЗ и тези с ПБ; дефицит в познанията на ОПЛ относно действията при съмнение за професионално заболяване, което налага включването на обучение по Трудова медицина в програмата за специализация по Обща медицина, както в продължаващото задължително следдипломно обучение. При 75% от ОПЛ връзка със СТМ отсъства. Установи се, че за 60% от ОПЛ времето на прегледа не е достатъчно и за професионална анамнеза, въпреки че 75% от тях считат, че тя е необходима. Пациентите правят връзка между работа и Болестите на органите на кръвообращението, Психични и поведенчески разстройства и болестите на костно-мускулната система. Намери се силно изразена връзка между наличието на време за професионална анамнеза и необходимостта от**

информация за работната среда ($p = 0,003$). Поради значителните разлики в мнението на ОПЛ и СТМ относно наличието на комуникация помежду им, беше направен статистически анализ посредством Хи-квадрат тест (Chi-square). **Установи се значима статистическа разлика в перцепцията на СТМ и ОПЛ относно връзката между тях, 75,7% от ОПЛ и 26% от СТМ считат че такава отсъства ($p < 0,001$).**

8. Анкетното проучване сред СТМ установи голяма разлика между отделните СТМ по отношение броя на обслужваните лица, както и че 94,7% изпълняват задълженията си за изпращане на уведомление до ОПЛ при установени отклонения в здравословното състояние на работещите, съгласно Наредба 3/2008 за Службите по Трудова медицина. Въпреки това само 23,4% получават обратно информация, и то при поискване. Значителен брой от специалистите могат да осигурят облекчени условия на труд на работещи със здравословни проблеми – 75,32%, обаче 65,8% не са в състояние да убедят работодателя да подsigури условия за спорт на трудещите се.
9. 59,7% от СТМ считат, че не се наблюдава намаляване на ЗВН в последните години. Най-чести отсъствия по болест се генерират от болестите на дихателната система, болестите на органите на кръвообращението и на мускулно-скелетната система; най-сериозната заболяемост от гледна точка на СТМ са болестите на мускулно-скелетната система, следвани от болестите на органите на кръвообращението и на нервната система; най-продължителната заболяемост се генерира от Новообразуванията, болестите на органите на кръвообращението, травмите и мускулно-скелетните увреждания. **Насоките за сътрудничество между ОПЛ и СТМ, според СТМ са профилактиката, експертизата на работоспособността и диагностиката. Установената статистически значима връзка между намаляването на ЗВН и предоставянето на информация под формата на уведомление, съгласно Нар. 3/2008 от проведени профилактични прегледи по месторабота на ОПЛ ($p = 0,023$), както и между намаляването на ЗВН и получаването на обратна информация от ОПЛ при поискване ($p = 0,042$), потвърждават потенциалните положителни социално-икономически резултати от подобряване връзката между СТМ и ОПЛ. Необходимостта от създаване на партньорски взаимоотношения, гаранция за истинска**

действена връзка и сътрудничество се потвърждава от статистически значимата връзка между отсъствието на комуникация между СТМ и ОПЛ, и неполучаването на обратна информация при поискване от ОПЛ ($p < 0,001$).

10. Във връзка с изпълнението на последната задача, а именно определяне на възможни решения и препоръки за осъществяване на връзките между ОПЛ и СТМ и създаване на интегрален модел за наблюдение на професионалното здраве, се дефинира: **win-win модел на сътрудничество, електронно-базиран, започващ от първия работен ден на работещия/пациента, с издаване на удостоверение за започване на работа, съобразен с изискванията на работното място, с индивидуален подход за опазване и укрепване на здравето, съобразен с миналите заболявания, фамилната анамнеза, професионалните рискове и новопоявилите се оплаквания.**

11. **Моделът на сътрудничество между СТМ и ОПЛ изисква нова нормативна база, както и промени в остарялата Наредба 3 от 1987 г. за задължителните и предварителни профилактични прегледи на работниците, в Наредба 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и НРД, действащо ЕЗИД, с нива на достъп и условия за обмен на информация за здравословното състояние на пациента-работещ, като е наложително трудовомедицинско обучение на ОПЛ и продължаващо на СТМ, които следва да участват в експертизата на работоспособността, да имат повече свобода да определят пакета на изследвания и консултации при профилактичните прегледи, понеже знаят най-добре спецификата на работното място, при необходимост да трудоустрояват и насочват към специализирани консултации, защото целта е откриване на ранни промени във функционалното състояние. Партньорството следва да стартира от предварителния медицински преглед, който да е адекватен за конкретното работно място и условия на труд.**

ПРЕПОРЪКИ:

КЪМ МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

- В изработването на изменения и допълнения към наредбите за експертизата на работоспособността, за СТМ, за профилактичните прегледи и т.н. Българското Академично Дружество по Трудова Медицина включващо представители на СТМ да е пълноправен участник.
- Изграждане на нормативно дефинирани връзки между СТМ, ОПЛ и другите лечебни заведения за редуциране разходите в системата на здравеопазването.
- Съвместни програми между СТМ и ОПЛ за промоция на здраве сред работещите, здравословно хранене, двигателен режим, вкл. програми за физически упражнения на работното място, редуциране на психическия стрес.

КЪМ МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА

- Актуализиране на Наредба № 3 за задължителните предварителни и периодични прегледи от 1987 г.
- Експертизата на работоспособността определяща % намалена трудоспособност е необходимо да включва в заключението за кои длъжности пациентът е работоспособен;
- Възможност за достъп до здравната информация на работещите от страна на СТМ, което да е нормативно уредено и при наличие на установен контакт с ОПЛ, при въведени в електронната система две карти за достъп – тази на ОПЛ и на СТМ да може да се осигури обмен на съществена информация, касаеща пригодността на пациента за работа на конкретно работно място, за по-ранно връщане на работа, за алтернативни възможности, като работа от дома, с намалено работно време, адаптирани работни места.
- Създаване на конкретни препоръки за справяне с мускулно-скелетните и психичните заболявания, с професионална етиология, съгласно добрите практики на емпиричния опит и на медицината, базирана на доказателствата.
- Интензифициране на връзките с работодатели и техните съсловни организации, както и със синдикатите, работнически съсловни организации, чрез които могат да се решат на широка основа някои съществени проблеми, свързани с планирането и развитието на човешките ресурси, екологията и планирането на

работни места, създаването на стратегии за висшето и специализирано образование.

- Стратегия и насоченост към реализиране на Глобален план за защита здравето на работещите на СЗО - 2007-2017 от страна на всички структури в системата на здравеопазването.

КЪМ МИНИСТЕРСТВО НА ОБРАЗОВАНИЕТО И НАУКАТА

- Изграждане на международни мрежи за комуникация по възловите проблеми на Трудовата медицина.
- Въвеждане на продължаващо обучение за специалистите по Трудова медицина, с модул по обща медицина.
- Акредитиране на бакалавърската и магистърска степен по „Трудова медицина и работоспособност“.
- Въвеждане на модул в специализацията на ОПЛ по Трудова медицина и по нормативни документи, свързани със ЗБУТ.
- Въвеждане на модул в обучението на студенти по медицина, фармация и стоматология, по Трудова медицина, превантивни подходи в медицинската практика, по нормативни документи в практиката на ОПЛ, както и по изисквания на НЗОК при сключен договор с нея.

КЪМ НЗОК:

- Профилактичните прегледи на работното място и по НЗОК да не се дублират, да са конкретизирани изискванията към лабораториите и специалистите за сравнимост и валидиране на данните, като се регламентира нормативно ползването им от всяка една компонента в системата на здравеопазване, чрез действащо електронно здравно досие.
- В електронната форма с данни за пациента да фигурира професионална анамнеза, да има възможност за въвеждане на информация от СТМ и регламентиран достъп при необходимост.

Публикации, свързани с дисертационния труд:

1. **Табанска М.**, И. Митева, Л. Христова, Е. Кочанджиева, Т. Казакова, М. Бацарова, Н. Цачева Проучване на регистрираната амбулаторна заболеваемост (I част. Основни характеристики). Интердисциплинарна гражданска академия. НТС по машиностроене. Общество на триболозите в България. Тридесета научно-технологична сесия, Контакт, 2012, 50-56.
2. **Табанска М.**, Л. Христова, И. Митева, Е. Кочанджиева, Т. Казакова, М. Бацарова, Н. Цачева (II част. Нозологична структура) Интердисциплинарна гражданска академия. НТС по машиностроене. Общество на триболозите в България. Тридесета научно-технологична сесия, Контакт, 2012, 57-64.
3. Динкова Кр., Н. Цачева, К. Любомирова, С. Евстатиева, **М. Табанска-Петкова**, Трудова медицина и обществено здраве, I част - Професионални увреждания от прах, физични и биологични фактори в работната среда, ISBN 978-954-9493-82-5, Симолини - 94, София 2014, 95;
4. **Tabanska-Petkova M**, Study of the links between General Practitioners and Occupational Health Services – state, problems and prospects (literature review) Part II, Praemedicus, 2013, 29, 69-72

Резюме: Връзките между Общопрактикуващите лекари(ОПЛ) и Службите по Трудова медицина(СТМ) са предмет на много проучвания от момента, в който те стават основополагащи елементи в здравеопазната система. Този интерес е породен от значимите потенциални благоприятни социално-икономически ефекти, които биха се реализирали при оптимизиране на взаимоотношенията помежду им, които понастоящем се заключават в едностранно предоставяне на информация от проведените профилактични прегледи от СТМ на ОПЛ, както и в търсене отново от страна на СТМ на причините за временна неработоспособност, възможности за ранно връщане на работа, при продължаваща рехабилитация в облекчени условия на труд. Причините за тези неефективни връзки са липсата на мотивация, трудовомедицински познания и разбиране на проблемите, свързани с работните условия и процеси от страна на ОПЛ, както и на влиянието им върху пациентите и минимизираните правомощия на СТМ, които ОПЛ считат, че са проводници на волята на финансиращите ги работодатели. Социално-икономическите последици от тази лоша комуникация са както за отделната личност, така и за обществото като цяло: нарастване на преждевременно пенсионираните хора в работоспособна възраст, излишно удължено време за рехабилитация след заболяване с временна неработоспособност, без конкретно съобразяване с работната среда, обричане на нищета и социална изолация на трудоспособни, макар и за специфични условия на труд индивиди. Набелязаните мерки за справяне с нарушеното взаимодействие в системата ОПЛ – СТМ са допълнителна квалификация на ОПЛ по трудова медицина, приемливите и достъпни стратегии за промоция на здраве и здравословен начин на живот на работещите, изграждане на модел на взаимодействие, на гайдлайни за ранно връщане на работа на пациенти след временна неработоспособност, промяна в експертизата на работоспособността, в която и СТМ да имат участие.

Summary: Links between General Practitioners (GPs) and Occupational Health Services (OHS) have been investigated by a number of studies since their establishment as key elements of the healthcare system. This attention has been provoked by the significance of the possible beneficial socio-economic effects that could be achieved when optimizing the interaction between both groups. By now their relationships are limited and one-sided and consist in providing information from the prophylactic examinations, conducted by OHS to GPs, clarifying the reasons for sickness absence and vocational rehabilitation, made also by OHS. There is a lack of financial motivation, education, knowledge and understanding of the patients' working conditions and the potential of the Occupational Medicine from GPs. Meanwhile the OHS' functions and power to influence of the employers are limited by law. These are the main reasons for the inefficient links between GPs and OHS, leading to serious social and economic consequences for the entire nation, such as: the increase of the working-age pensioners, unnecessarily prolonged vocational rehabilitation, without taking into account the specific working conditions, poverty and social exclusion, because of the low income after retirement. Most of the researchers agree that GPs should have additional training in Occupational Medicine; OHS also need to continue education. The mission of OHS is to build model of a real interaction with GPs, acceptable and affordable strategies for health promotion and healthy lifestyles of the working people, to prepare guidelines for early return to work after sickness absence and to create specific, individualized, short-term physical trainings for working people. There is a need in legislative changes in the Bulgarian's healthcare system concerning expertise of the working capacity and disability, in which OHS should take part in.

СПЕЦИАЛНИ БЛАГОДАРНОСТИ:

Благодаря от все сърце на научния си ръководител: Проф. д-р Невена Цачева, за търпението, подкрепата, ценните съвети, напътствията и цялостната ангажираност при изготвяне на дисертацията и професионалното ми развитие.

Благодаря на Ръководството на Факултета по Обществено Здраве и лично на Проф. д-р Ц. Воденичаров и Проф. М. Александрова, както и на Проф. д-р Каролина Любомирова за добронамереността им, професионализма, личния им пример и творческата атмосфера.

Благодаря на целия екип на Факултета по Обществено Здраве, които ми помогнаха като разшириха хоризонтите пред мене и ми разкриха необходимостта от и ефективността на проактивността и стратегическото мислене.

Благодаря на специалистите от СРЗИ, д-р Марияна Граматикова, н-к Отдел“ТМ“, д-р Керемедчиев и екип за отделеното време и ценните разяснения.

Благодаря на СЗОК и НЗОК в лицето на д-р Глинка Комитов, днес Управител на НЗОК за любезно предоставената необходима официална информация.

Благодаря специално на Доц. Милена Янчева-Стойчева и гл. ас. Тодор Кундуржиев за статистическата обработка на данните, на Доц. д-р Я. Проданова за ценните съвети касаещи изложението.

Благодаря на моите приятели и колеги: д-р Галина Цветкова и д-р Кристиан Панцуреску, за безценните съвети и възможността да погледна ангажиментите и проблемите на Общопрактикуващите лекари през очите на изградени, първокласни лекари, специалисти по Обща медицина, практикуващи своята професия съгласно най-високите хуманни и морални ценности.

Благодаря на всички Общопрактикуващи лекари и специалисти по Трудова Медицина, които се включиха в анкетното проучване и дадоха ценни съвети, препоръки и насоки, както и на всички, които поради различни причини не участваха, а са отдадени на своята професия и всеотдайно се грижат за своите пациенти, въпреки всекидневните трудности.

Благодаря на всички мои приятели и колеги за подкрепата и разбирането. Надявам се, че онези от вас, които не съм споменала ще ми простят.

Не на последно място благодаря на семейството си и най-вече на децата и съпруга си за търпението, което проявиха през всички тези години.

БЛАГОДАРЯ!!!