МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН“

ЦВЕТЕЛИНА СТОЯНОВА СТОЯНОВА

МЕНИДЖМЪНТ НА ФИНАНСОВИТЕ РЕСУРСИ В СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
“ДОКТОР”

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве” Докторска програма „Социална медицина и организация наздравеопазването и фармацията”

Научен ръководител:
Проф. д-р Тихомира Златанова Златанова, дмн

София, 2023

СЪДЪРЖАНИЕ

СЪКРАЩЕНИЯ **3**

ВЪВЕДЕНИЕ **5**

ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР **8**

1. ФИНАНСИРАНЕ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ 8

2. КАРТИРАНЕ, УСЛОВИЯ И РЕД ЗА ОКАЗВАНЕ НА СИМП 15

3. СИСТЕМА НА РЕГУЛАЦИЯ НА ФИНАНСОВИТЕ РЕСУРСИ В СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ 33

4. КРИТЕРИИ ЗА КАЧЕСТВО И ДОСТЪПНОСТ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ 34

5. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ДОСТЪПА ДО СИМП У НАС И ПО СВЕТА И ЕФЕКТИВНОСТ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ 38

ГЛАВА II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО **44**

1. ЦЕЛ **44**

2. ЗАДАЧИ **44**

3. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО **45**

Време и място на наблюдението **46**

Документи на проучването **46**

Методи на проучването **46**

Методи за обработка на информацията: **47**

ГЛАВА III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ **49**

1.1. АНАЛИЗ НА ОСИГУРЕНОСТТА, ДЕЙНОСТТА И ФИНАНСИРАНЕТО ПО ЛИНИЯ НА НЗОК В СИМП В БЪЛГАРИЯ ЗА ПЕРИОДА 2011 – 2021 Г. 49

1.2. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ПАЦИЕНТИТЕ 69

ИЗВОДИ **109**

ПРЕПОРЪКИ **111**

Към Министерство на здравеопазването 111

Към НЗОК: 111
Към БЛС и медицинските университети: 112
Към местната власт (общините)..... 112
ПРИНОСИ 113
ЛИТЕРАТУРА: 114
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. АНКЕТНА КАРТА ЗА ПАЦИЕНТИ 134
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в извънболничната медицинска помощ..... 142

СЪКРАЩЕНИЯ

БЛС – Български лекарски съюз

БМП – Болнична медицинска помощ

ВСМД – Високоспециализирана медицинска дейност

ВСМДИ – Високоспециализирано медико-диагностично изследване

ДЗО – Доброволно здравно осигуряване

ДКЦ – Диагностично консултативен център

ЕК – Европейска комисия

ЕС – Европейски съюз

ЗЗ – Закон за здравето

ЗЗО – Закон за здравното осигуряване

ЗЛЗ – Закон за лечебните заведения

ЗОЛ – Здравно осигурено лице

КДН – Комплексно-диспансерно наблюдение

ЛЗ – Лечебно заведение

МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

МДД – Медико-диагностична дейност

МЗ – Министерство на здравеопазването

МС – Министерски съвет

НЗИС – Национална здравно-информационна система

НЗОК – Национална здравно осигурителна каса

НЗС – Национална здравна стратегия

НОИ – Национален осигурителен институт

НРД – Национален рамков договор

НСЗПМ – Национално сдружение за здравна политика и мениджмънт

НСИ – Национален статистически институт

ОКС – Образователно-квалификационна степен

ОПЛ – Общопрактикуващ лекар

ПИМП – Първична извънболнична медицинска помощ

РЗИ – Регионална здравна инспекция

РЗОК – Районна здравноосигурителна каса

СЗО – Световна здравна организация

СИМП – Специализирана извънболнична медицинска помощ

ВЪВЕДЕНИЕ

След въвеждането на институцията общопрактикуващ лекар достъпът до специалистите от извънболничната помощ се осъществява след получено направление за специалист. НЗОК заплаща оказаната помощ от изпълнител на специализирана медицинска помощ на задължително здравноосигурено лице, насочено с направление от изпълнител на първична и/или СИМП, сключил договор с НЗОК.

Използваната регулация на достъпа е същевременно и основният финансов регулиращ механизъм при въведената в България затворена система на здравеопазване. Най-често в политиката за сдържане на осигурителните разходи в света и Европа се прилагат по-затворени системи за заплащане на изпълнителите на медицински услуги. От друга страна, се разширява политиката на поделяне на разходите между осигурените лица, изразяваща се в по-голямото участие на гражданите и пациентите в плащанията и потребителските такси в момента на консумацията (Янев Г., 2000).

В България достъпът до специализирана помощ е регламентиран нормативно чрез Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване и Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. Достъпът е основан на принципа на свободен избор от пациента на лечебно заведение за първична, специализирана и болнична помощ на територията на цялата страна, а от друга страна, е регулиран в частта за СИМП, чрез направления – за консултация или изследвания.

НЗОК разполага с утвърден от закона и фиксиран бюджет и липсват средства за плащания, ако лекарите отчетат повече прегледи. При изчерпан брой направления всяко едно от здравноосигурените лица може да бъде

лишено от възможността да бъде прегледано и да получи необходимата му медицинска помощ за сметка на бюджета, спрямо който е редовен платец. Законът за здравното осигуряване гарантира свободен достъп до медицинска помощ на осигурените, а правото на избор на пациента не бива да се ограничава в географски или административен аспект.

Основният проблем в системата за СИМП е свързан с продължаващата доминация на болничната помощ като място за решаване на по-голямата част от здравните проблеми на населението. Липсата на подходящи стимули за развитие на амбулаторните дейности в рамките на лечебните заведения за извънболнична помощ и агресивната политика на болничния сектор за реализиране на голям брой хоспитализации в голяма степен обезличава специализираната извънболнична помощ и я лишава от стимули за развитие.

Подобно на ПИМП, и в СИМП е налице тенденция за преобладаване на индивидуалните и групови специализирани практики, за сметка на по-големите лечебни заведения – медицински и диагностично-консултативни центрове. Това, както и липсата на подходяща култура и въведени изисквания за осигуряване на комплексен подход при лечението на болните през последните години често води до диагностични затруднения и слабости и т.н. феномен на „футболизиране“ на пациентите от един специалист на друг, без решаване на цялостния здравен проблем. Част от проблема и липсата на комуникация и субординация с ОПЛ преди и след осъществяване на съответните консултативни прегледи.

За това допринася и лошото управление през последните 30 години на големите лечебни заведения за СИМП – общински диагностично-консултативни центрове и медицински центрове, наследници на бившите поликлинични здравни заведения. В тези структури местните власти не реализират инвестиции в задържане на кадрите, обновяване на апаратурата и

сградния фонд, поради което те вече не са в състояние да предоставят качествена и комплексна медицинска помощ. Това има особено негативен ефект в по- малките градове, в които няма разкрито лечебно заведение за болнична помощ и съответния медицински център или ДКЦ е единствения достъп до медико-диагностични изследвания – клинико-лабораторни, микробиологични, образни и др.

На фона на все по-нарастващите разходи за здравеопазване в цял свят, здравните системи са изправени пред предизвикателството да намерят отговор на въпросите „Как?“ и „По какъв начин?“ да постигнат ефективно изразходване на оскъдните финансови ресурси в сферата на здравеопазването, и в частност на нивото на специализираната извънболнична медицинска помощ за осигуряване на по-добро здраве на нацията. Тази ефективност зависи преди всичко от ясното разпределяне на бюджета, финансиращ дейността на изпълнителите на медицинска помощ и от умелото изразходване (оползотворяване) на предоставените средства, т.е. от доброто управлението на публичните средства.

Всичко това определя актуалността на настоящата тема на дисертационната разработка.

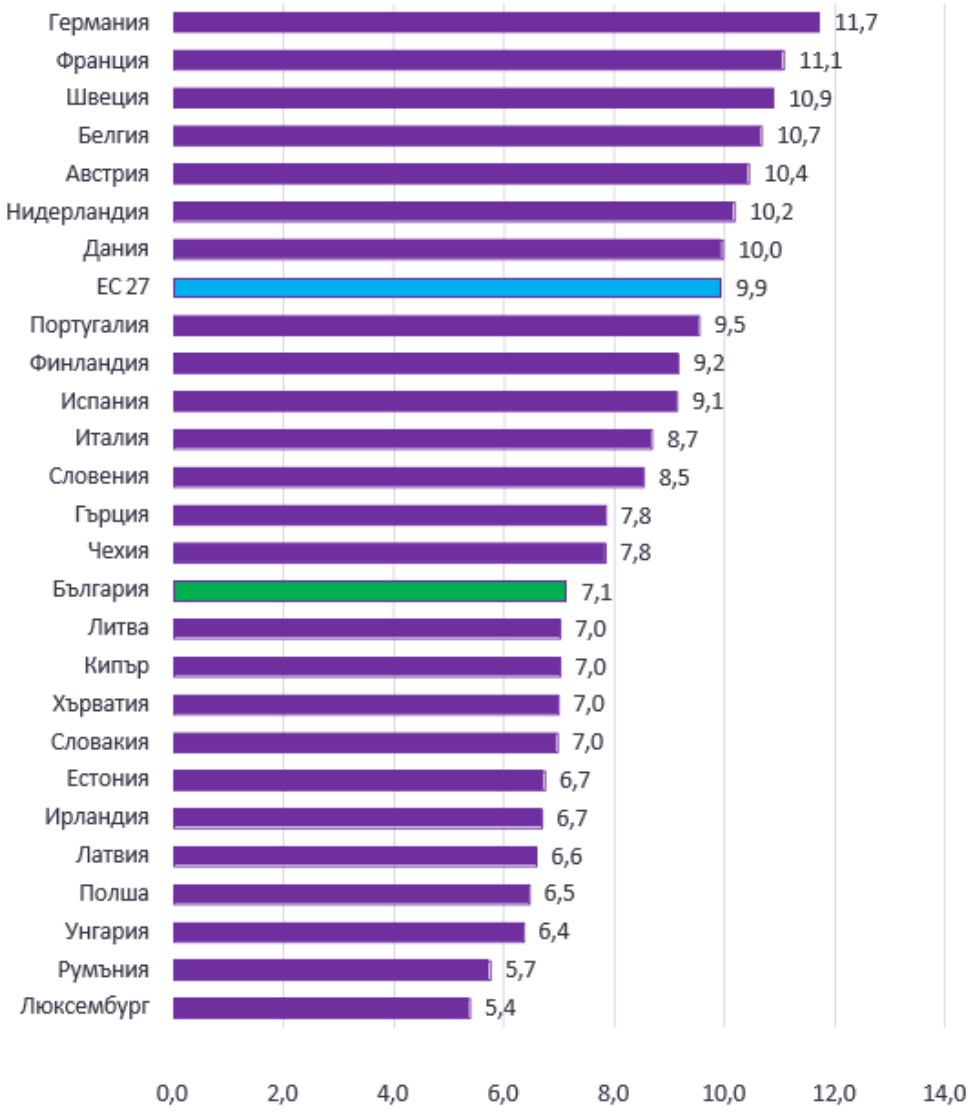
ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. ФИНАНСИРАНЕ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

Финансирането на здравните услуги в България е смесено - чрез държавата в лицето на Министерството на здравеопазването, чрез осигурителната институция – Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), чиито приходи се формират от осигурителните вноски за здраве на работещите и конкретно от пациента – под формата на преки плащания за лекарства, доплащания за здравни услуги и за допълнително здравно осигуряване. Въпреки това поради големия дял на финансирането, покрито от бюджета на НЗОК, можем да считаме, че у нас моделът е основно здравноосигурителен без наличие на конкуренция на осигурителния пазар.

Общите разходи за здравеопазване в България (публични и частни) са 7,1% от БВП през 2019 г. или около 8,6 млрд. лв. в сравнение със средните за страните от Европейския съюз - 9,9% от БВП и са типични за страна със здравноосигурителен модел на финансиране на сектора. Като цяло държави с данъчно финансиране на здравеопазването имат по-ниски разходи в сравнение със страни с осигурителен модел и такива със застрахователен модел (ОИСР, Европейска комисия, "Състояние на здравето в ЕС: България Здравен профил на страната 2021", декември 2021 г.). Очакванията са, че през следващите години ще се наблюдава повишаване на номиналния размер на разходите и относително стабилизиране на дела им в БВП в България на равнище около 4,9-5% от БВП (https://ime.bg/var//test-folder/Healthcare_Models_Final_IME.pdf).

Фигура 1. Общи разходи за здравеопазване в ЕС за 2019 г.*, дял от БВП



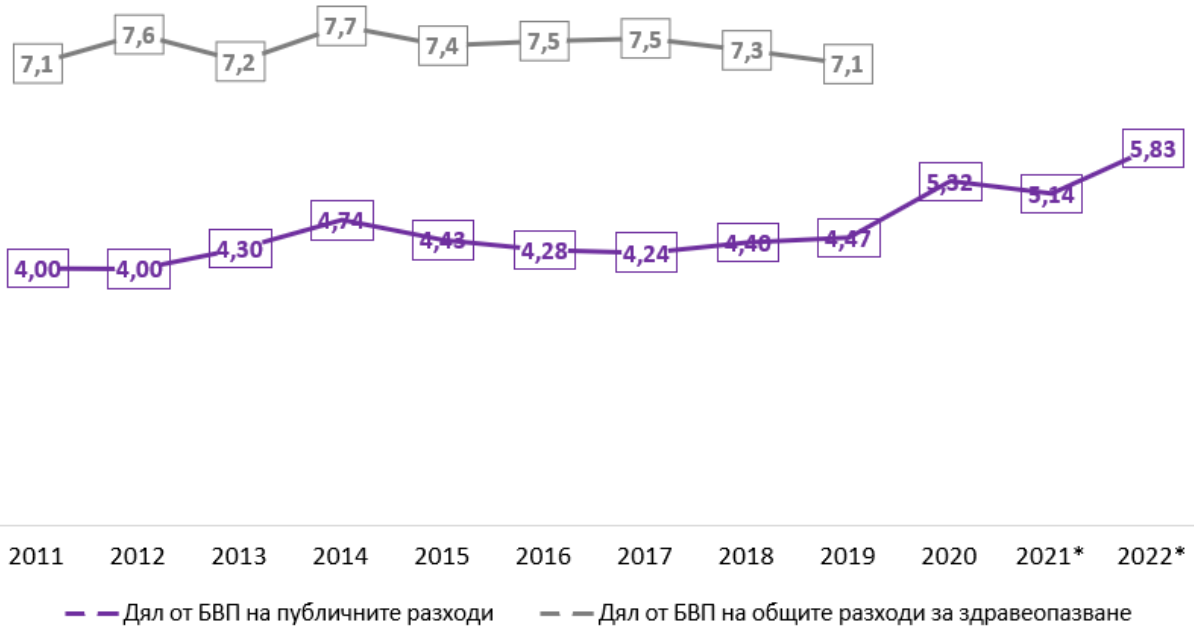
Бележка: *Данните за 2019 г. са последните налични в Евростат данни за общите здравни разходи чрез системата на здравните сметки, по която информацията постъпва с около 2 години забавяне.

Източник: https://ime.bg/var/images/Report-Patients-29_April-2022_final-1.pdf

В рамките на общите разходи за здравеопазване голям дял представляват публичните разходи – у нас те достигат до малко над 5,3% от БВП за 2020 г. В предходните години този дял варира около 4,0-4,5% от БВП средно, но

пандемията от Covid-19 води до значително нарастване на публичните разходи в сектора – с близо 1 млрд. лева само за една година (2020 г.). В бюджетните прогнози се вижда и сериозен ръст за 2022 г., когато се очаква разходите да достигнат до 5,8% от БВП или номинално до 8,3 милиарда лева.

Фигура 2. Общи и публични разходи за здравеопазване, 2011-2020 г., дял от БВП



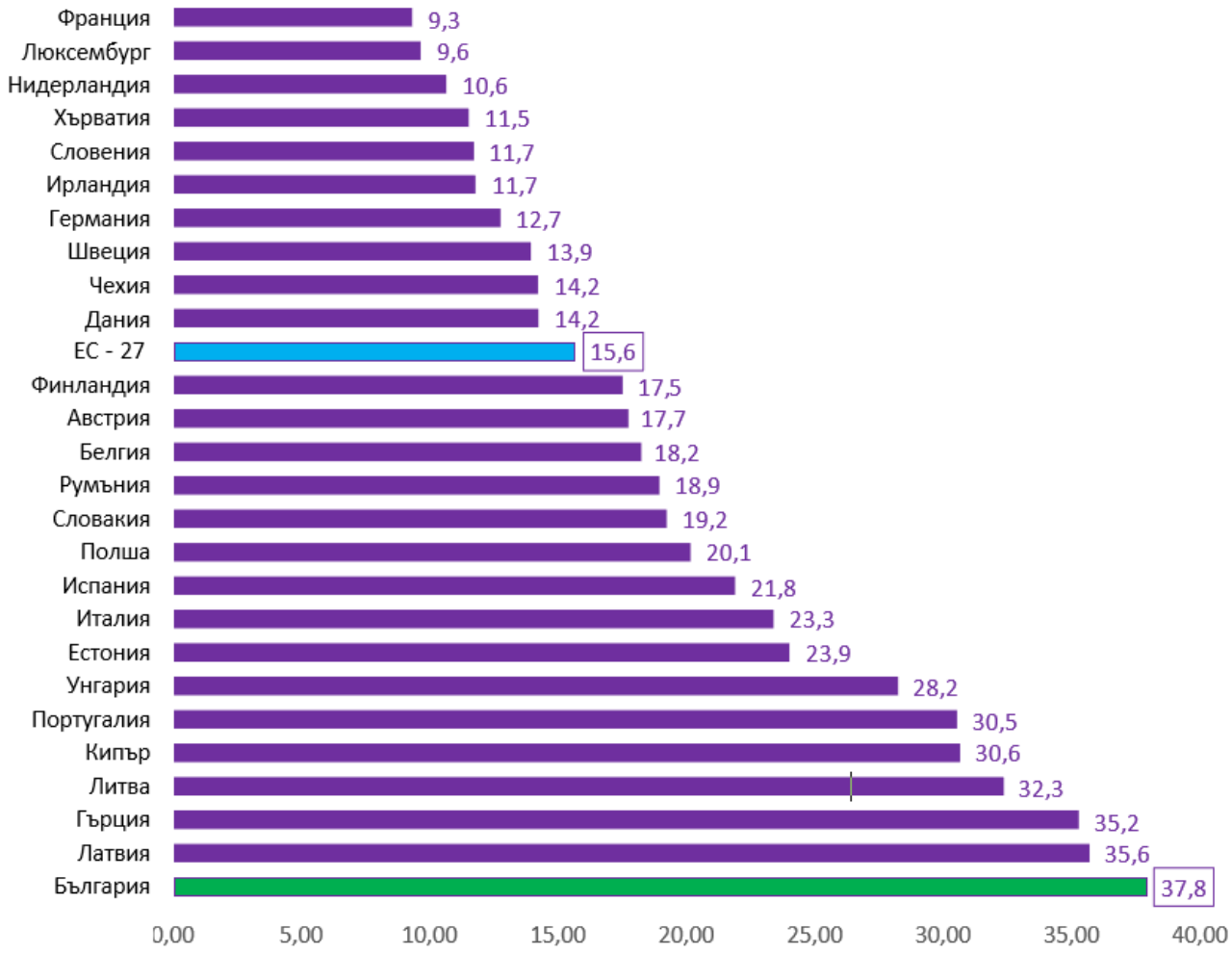
Бележка: Данните за 2021 и 2022 г. са прогнозни. Данните за общите разходи са от Евростат, а на публичните разходи – от отчетите на консолидираната фискална програма.

Източник: https://ime.bg/var/images/Report-Patients-29_April-2022_final-1.pdf

Структурата на разходите в България, се различава от тази на повечето страни в ЕС като основната разлика идва от големия размер и дял на частните разходи за здравеопазване, по-специално тези, които пациентът плаща „от джоба“. Докато средно за ЕС този дял е 15,6% от общите разходи, в България той е 37,8% и страната ни е на водещо място в ЕС по този показател. Данните

показват, че основните разходи от джоба са тези за лекарства и лекарствени продукти, свободно търгувани в аптечната мрежа (State of Health in the EU Bulgaria · Country Health Profile 2021). Значителни по размер са и разходите за частни здравни услуги.

Фигура 3. Дял на разходите „от джоба“ на пациентите в общите разходи за здравеопазване, % от общите разходи, 2019 г.



Източник: https://ime.bg/var/images/Report-Patients-29_April-2022_final-1.pdf

НЗОК е основен платец на здравни услуги в България – тя разпределя

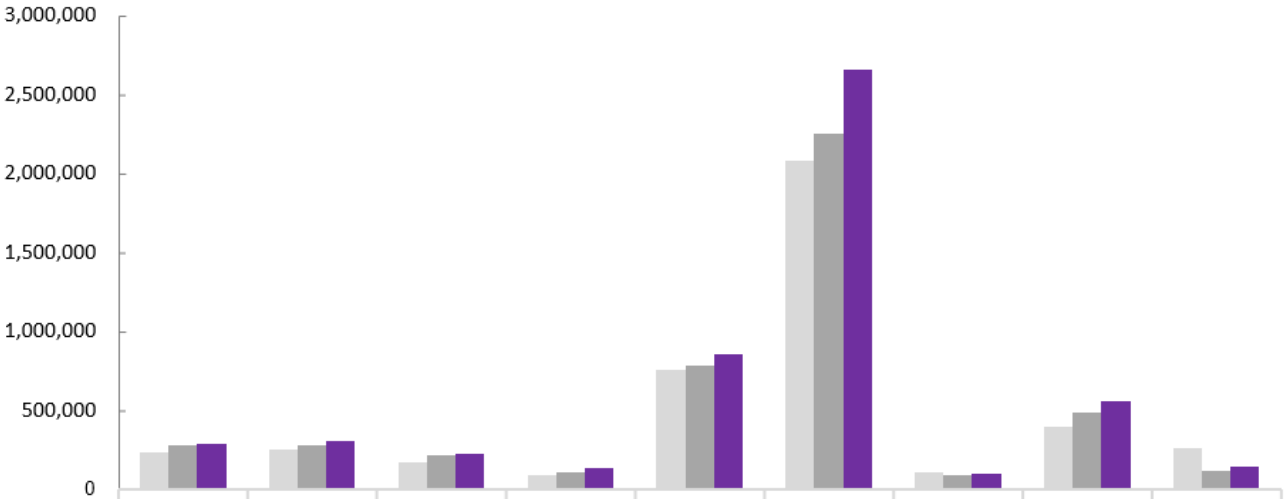
между 70 и 80% от общия публичен ресурс за здравеопазване. Касата заплаща следните дейности:

- здравноосигурителни плащания за първична извънболнична медицинска помощ;
- здравноосигурителни плащания за специализирана извънболнична медицинска помощ;
- здравноосигурителни плащания за дентална помощ;
- здравноосигурителни плащания за медико-диагностична дейност;
- здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната;
- здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги;
- здравноосигурителни плащания за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ;
- здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ;
- други здравноосигурителни плащания.

Общите разходи на НЗОК за здравеопазване нарастват стабилно след 2019 г., като през 2021 г. се наблюдава рязък скок от 14,5% за годината или около 660 млн. лв. Той се дължи на рязкото увеличаване на разходите за болнична помощ, които нарастват с 18% между двете години, основно

поради специфични разходи, извършени през 2021 г. във връзка с извънредната епидемична обстановка от централния бюджет през бюджета на НЗОК за болниците в размер на близо 200 млн. лв. На фигурата по-долу е представено разпределението на разходите на НЗОК по здравноосигурителни дейности за 2019-2021 г.

Фигура 4. Разпределение на разходите за здравноосигурителни плащания в бюджета на НЗОК за 2019-2021 г., хил. лв.



	ПИМП	СИМП	Дентална помощ	Медико-диагностични дейности	Лекарствени продукти	Болнична помощ	Медицински изделия в БП	Лекарствени продукти в БП	Други
2019	226,437	250,223	164,573	89,724	748,261	2,075,561	105,657	395,864	259,401
2020	277,630	278,000	210,979	108,493	779,025	2,251,460	89,450	480,828	109,879
2021	283,222	306,511	222,847	134,038	852,966	2,655,713	98,817	550,849	137,669

Източник: НЗОК, ЗДОИ, https://ime.bg/var/images/Report-Patients-29_April-2022_final-1.pdf

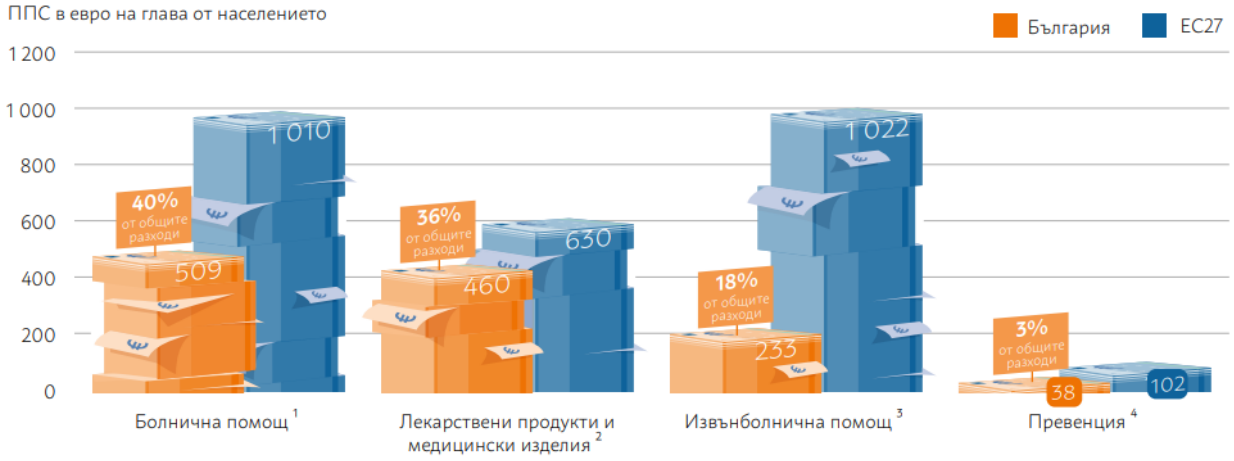
Разходите за болнична помощ са с най-голям дял през всяка година – за 2021 г. те достигат над 2,5 млрд. лева и над 50% от общите разходи в бюджета на НЗОК. На второ място като размер са лекарствените продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за

домашно лечение, следвани от лекарствените продукти за лечение в болничната помощ. Лекарствените продукти бележат по-значителен ръст през последната година, докато разходите за болнична помощ бележат постоянен ръст. Разходите за извънболнична помощ (първична и специализирана) са относително малки като дял. Те нарастват незначително през 2021 г. - с около 6 млн. лева за ПИМП и 28 млн. за СИМП. При медицинските изделия в болничната помощ се наблюдава задържане, а в разходите, класифицирани като „Други“ - спад.

С големия брой хоспитализации за лечение на състояния, които биха могли да се лекуват ефективно в условията на извънболничната помощ (включително сърдечна недостатъчност, астма и диабет), здравната система в България продължава да бъде твърде много ориентирана към болничната помощ (https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_bulgaria_bulgarian.pdf). Въпреки че през 2019 г. в България разходите за болнична помощ на глава от населението възлизат на 509 евро - около половината от средната стойност за ЕС от 1010 евро (фигура 5) - те представляват 40 % от всички разходи за здравеопазване в държавата в сравнение със средно 29,1 % разходи за болнична помощ в ЕС като цяло. Тези данни отразяват както концентрацията на разходите за болнична помощ в България, така и значително по-малкия бюджет за здравеопазване в сравнение с бюджета на повечето други държави от ЕС. Лекарствата са друго доминиращо перо в разходите за здравеопазване: въпреки че в абсолютно изражение разходите на глава от населението са с над 25 % по-ниски от съответните разходи в ЕС като цяло, на лекарствата се пада най-големият дял от разходите сред държавите от ЕС - 36,1 %, което е два пъти повече от средното за целия ЕС. Въпреки че от 2010 г. насам разходите за

извънболнична помощ са се увеличили значително (от 3,7 % от всички разходи за здравеопазване на 18,3 %), през 2019 г. са възлизали едва на 233 евро на глава от населението. От друга страна, за здравна профилактика се отделят 3 % от общите разходи за здравеопазване в България, което е близо до равнището в ЕС като цяло (2,9 %). Разходите за извънболнична помощ в България са само една четвърт от съответните разходи в ЕС като цяло (фигура 5).

Фигура 5. Сравнително представяне на разходите в България и ЕС



Забележка: Разходите за администрацията на здравната система не са включени.1. Включени са лечението и рехабилитацията в болнични и други условия; 2. Включен е само аптечният пазар; 3. Включени са домашните грижи и допълнителните услуги (напр. транспортирането на пациентите); 4. Включени са само разходите за организирани програми за превенция. Средната стойност за ЕС е претеглена.
Източници: статистическите данни на ОИСР за здравеопазването за 2021 г., базата данни на Eurostat (данните се отнасят за 2019 г.).

Източник: https://health.ec.europa.eu/system/files/202201/2021_chp_bulgaria_bulgarian.pdf

2. КАРТИРАНЕ, УСЛОВИЯ И РЕД ЗА ОКАЗВАНЕ НА СИМП

Съгласно приетата методология в Националната карта на дългосрочните нужди от здравни услуги (https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1592)

необходимият минимален брой лекари-специалисти по специалности се осъществява на базата на броя на населението в областта (Н) и определени национални показатели за осигуреност с лекари специалисти по специалности на 100 000 души население (С1) по формулата:

Необходим минимален брой лекари-специалисти по специалност = Н х С1/100 000. Специалистите по определени тясно профилирани медицински специалности като Клинична имунология, Клинична токсикология, Медицинска паразитология, Гръдна хирургия, Неврохирургия, Съдова хирургия, Ангиология, Детска гастроентерология, Детска ендокринология и болести на обмяната, Детска кардиология, Детска клинична хематология и онкология, Детска неврология, Детска нефрология, Детска пневмология и фтизиатрия, Детска психиатрия, Детска ревматология, Детска хирургия се планират на база потребности на населението само на регионално ниво при капацитет, съобразен с броя на населението на целия регион.

Разпределението на броя на лекарите по клинични специалности на база на потребностите на населението в съответната област се съобразява с обективните данни за реализираните потребности от специализирана извънболнична помощ на база годишна заболеваемост по обращаемост по съответната специалност – средноаритметична стойност от годишен брой прегледи по специалности за последните 3 статистически години.

Разпределението на броя на лекарите по специалностите, свързани с осъществяване на медико-диагностични изследвания, се определя на областно ниво, съобразно обема на извършената медико-диагностична дейност през последните 3 години и местните потребности и особености.

Получените резултати на областно ниво подлежат на аналитична корекция с оглед тенденциите в развитието на здравно-демографските

процеси, медико-статистическите данни на областно ниво, състоянието на здравната система, местните специфики (заболеваемост, болестност, демографска характеристика) и други, като в случаите когато предлаганият брой надвишава определения в областната здравна карта необходим минимален брой, се посочват конкретните мотиви за необходимостта от съответния брой медицински специалисти в случаите.

Структури за специализирана извънболнична медицинска помощ се планират във всички населените места от 1 до 4 ниво:

В градовете от 1-во ниво (столицата София) и **2-ро ниво** - големи градове, центрове с национално значение за територията на районите – Пловдив, Варна, Бургас, Русе, Плевен, Стара Загора се планира капацитет за здравни услуги по всички клинични и медико- диагностични специалности. Те играят роля на регионални центрове за СИМП, които осигуряват пълен спектър от консултации и изследвания, в т.ч. високоспециализирани, скрининг, като и максимален обем амбулаторни процедури. Препоръчва се поддържане във всеки град на едно или повече големи лечебни заведения - ДКЦ или МЦ, осигуряващи „под един покрив“ максимално голям обем амбулаторни услуги в условията на комплексност. При липса на друг капацитет, подходящи условия за това могат да се осигурят на базата на Диагностично-консултативните блокове и ДКЦ на големите университетски лечебни заведения за болнична помощ.

Особено внимание следва да се обърне на услугите в обхвата на специализираната извънболнична помощ за деца, като се търси възможност за развитие на „детски центрове“, предоставящи комплексни амбулаторни грижи и подходяща среда за малките пациенти.

В населените места от 3-то ниво - областни центрове (Видин, Монтана, Враца, Ловеч, Габрово, Велико Търново, Търговище, Разград, Шумен, Силистра, Добрич, Сливен, Ямбол, Хасков, Кърджали, Смолян, Пазарджик, Перник, Кюстендил, Благоевград) се планира капацитет за здравни услуги по основните клинични и медико-диагностични специалности. Те играят роля на областни центрове за СИМП, които осигуряват оптимален консултации и изследвания в амбулаторни условия и координират грижата между ОПЛ и специалистите от регионалното ниво. И тук се препоръчва обединяване на практиките на отделните специалисти в рамките на МЦ или ДКЦ.

В населените места от 3 ниво, които не са областни центрове (Свищов, Горна Оряховица, Казанлък, Димитровград, Асеновград, Карлово, Дупница, Петрич), **от 4-то ниво, които показват известни възможности при подходящо бъдещо развитие и евентуално стимулиране да преминат в 3-то ниво и имат население над 15 000 души** (Сандански, Гоце Делчев, Ботевград, Самоков, Троян, Севлиево, Панагюрище, Чирпан Нова Загора, Айтос, Карнобат, Свиленград, Харманли, Велинград, Пещера, Лом), както и други малки градове с микрорегионално значение за територията на групи общини, се подкрепят всички възможности за съхранение и развитие на капацитета за предоставяне на СИМП и амбулаторни услуги. Силно се препоръчва поддържането на лечебни заведения тип МЦ и ДКЦ с възможности за извършване на медико-диагностични изследвания, в т.ч. образна диагностика, които осъществяват дейност в близка комуникация с общопрактикуващите лекари. Особено внимание и подкрепа заслужава този процес в населените места, в които има все още функциониращи болници за активно лечение с намаляващ капацитет и дейност. Такива малки и неефективни болници за активно лечение е целесъобразно да бъдат

преустроени в МЦ/ДКЦ с легла за наблюдение и лечение до 48 часа и в структури за дългосрочни грижи, които да осигуряват цяла гама от социални и медицински грижи: амбулаторни услуги, включително мобилни и телемедицински грижи, физиотерапия, услуги за дневни грижи и в известна степен грижи за отдих и палиативни грижи, предоставяни както на място, така и в домашна среда.

В останалите населени места – от 5 ниво и некласифицирани не се планира, но не се ограничава и се подкрепя разкриването на амбулатории за специализирана медицинска помощ, особено по специалности като педиатрия, вътрешни болести, акушерство и гинекология, нервни болести и др.

Аналитичният преглед на данните за осигуреността на специализираната извънболнична помощ с медицински специалисти и обръщаемостта на населението към тази помощ показват, че в страната няма значим проблем с осигуряването на достъп на населението до планова СИМП. Броят на работещите лекари-специалисти, голяма част от които са лекари, работещи и в лечебни заведения за болнична помощ, е достатъчен да покрие нуждите, така че да не се формират листа на чакащи, за разлика от други здравни системи. Налице е известна неравнопоставеност на достъпа на населението в някои по-малки градове и области на страната до определени специалисти, но това се компенсира с наличие на достатъчен капацитет в областния или регионалния център.

Основният проблем в системата за СИМП е свързан с продължаващата доминация на болничната помощ като място за решаване на по-голямата част от здравните проблеми на населението. Липсата на подходящи стимули за развитие на амбулаторните дейности в рамките на лечебните заведения за извънболнична помощ и агресивната политика на болничния сектор за

реализиране на голям брой хоспитализации в голяма степен обезличава специализираната извънболнична помощ и я лишава от стимули за развитие.

Подобно на ПИМП, и в СИМП е налице тенденция за преобладаване на индивидуалните и групови специализирани практики, за сметка на по-големите лечебни заведения – медицински и диагностично-консултативни центрове. Това, както и липсата на подходяща култура и въведени изисквания за осигуряване на комплексен подход при лечението на болните през последните години често води до диагностични затруднения и слабости и т.н. феномен на „футболизиране“ на пациентите от един специалист на друг, без решаване на цялостния здравен проблем. Част от проблема и липсата на комуникация и субординация с ОПЛ преди и след осъществяване на съответните консултативни прегледи.

За това допринася и лошото управление през последните 30 години на големите лечебни заведения за СИМП – общински диагностично-консултативни центрове и медицински центрове, наследници на бившите поликлинични здравни заведения. В тези структури местните власти не реализират инвестиции в задържане на кадрите, обновяване на апаратурата и сградния фонд, поради което те вече не са в състояние да предоставят качествена и комплексна медицинска помощ. Това има особено негативен ефект в по-малките градове, в които няма разкрито лечебно заведение за болнична помощ и съответния медицински център или ДКЦ е единствения достъп до медико-диагностични изследвания – клинико-лабораторни, микробиологични, образни и др.

Съществуващите проблеми в СИМП изискват интервенции, насочени към:

- ✓ подобряване на организацията и координацията на дейностите между ПИМП, СИМП и БП в контекста на комплексното лечение на болните;
- ✓ подкрепа за извънболничната помощ за създаване на ковид зони и осигуряване на по-добър достъп до СИМП на пациенти с ковид и други инфекциозни заболявания;
- ✓ подкрепа за поддържане на публичните структури за СИМП, особено в населените места без разкрити лечебни заведения за болнична помощ;
- ✓ развитие на амбулаторни дейности и услуги, в т.ч. телемедицински, които да подкрепят реформата в болничната помощ;
- ✓ създаване на условия за непрекъснато повишаване на компетентността на работещите в СИМП;
- ✓ стимулиране на разкриването на нови практики за СИМП в по-малките и отдалечени населени места;

Интервенциите трябва да бъдат реализирани основно с национално финансиране със средства от националния бюджет, бюджета на НЗОК, общински бюджети, Програма REACT и др.

Условията и реда за оказване на СИМП са регламентирани в Раздел III на НРД. Специализирана извънболнична медицинска помощ се оказва на ЗОЛ, на които е издадено „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) от лекар, работещ в лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ, и „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) от лекар за СИМП, сключил договор с НЗОК, или от ОПЛ в случаите по чл. 144, ал. 9 и 10. (**Чл. 147**)

Специалистът осъществява своята част от дейността и връща информацията на ОПЛ с указания за продължаване на лечението чрез пациента, т.е. дава на пациента амбулаторен лист с описание на извършените от него дейности и назначената терапия. В много случай пациентът не предава обратната информация от СИМП към своя ОПЛ и се прекъсва връзката между двете нива на оказване на медицинска помощ, което води до непълноценно обслужване на пациента. С други думи единствената връзка между специалиста и ОПЛ е желанието и отговорността на пациента да предаде обратната информация. Това би могло да се избегне с въвеждането на единната информационна система в сферата на здравеопазването. (Янев Г., 2020)

С въвеждането на НЗИС от 2022г. се оптимизира връзката между ОПЛ и специалистите в извънболничната помощ по отношение на информацията за оказаната помощ, изследвания и лечение на пациента.

Специалистът отразява оказаната медицинска помощ в „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1).

Медицинското направление издадено от ОПЛ за консултация или провеждане на съвместно лечение е валидно до 30 календарни дни от издаването му. Срокът за извършване на вторични прегледи от изпълнител на СИМП е до 30 календарни дни от датата на извършване на първичния преглед. Медицинското направление за медико-диагностични дейности (бл. МЗ-НЗОК № 4) и медицинско направление за високоспециализирани дейности (бл. МЗ-НЗОК № 3А) е валидно също до 30 календарни дни от издаването му. Високоспециализирана дейност се извършва от специалиста и на основание медицинското направление за консултация или провеждане на съвместно лечение (бл. МЗ-НЗОК № 3) след преценка на необходимостта от ВСМД от този специалист. В този случай специалистът, извършил ВСМД, попълва

медицинското направление за високоспециализирани дейности (бл. МЗ-НЗОК № 3А), като посочва само датата на издаване на направлението, полага подпис и личен печат, а за извършената дейност с интерпретация на резултатите от нея попълва амбулаторен лист.

Здравноосигуреното лице може да избере лечебно заведение за СИМП, сключило договор с НЗОК. Специалистът определя ден и час за консултация.

Лекарите от лечебните заведения за СИМП обявяват в амбулаторията на място, достъпно за ЗОЛ, своя седмичен график, който включва часовете за амбулаторен прием и за домашни посещения, както и телефон за връзка, а лекарите със специалност „Педиатрия“ и „Акушерство и гинекология“ посочват в графика и часове за промотивна и профилактична дейност по програми. Лекарите със специалност „Вътрешни болести“, „Гастроентерология“, „Урология“, „Ендокринология и болести на обмяната“, „Кардиология“, „Хирургия“ и „Акушерство и гинекология“ посочват в графика по ал. 1 и часове за профилактична дейност на ЗОЛ с рискови фактори за развитие на заболявания.

Всяко лечебно заведение поддържа и съхранява листа на чакащите и уведомява пациентите си за първата следваща свободна дата за амбулаторен прием.

Лекар специалист от лечебно заведение за СИМП оказва помощ в дома на ЗОЛ, в случай че:

- ✓ е повикан за консултация от ОПЛ, който е преценил, че състоянието на пациента не позволява да посети кабинета на специалиста, като в този случай попълва „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1);

- ✓ за лекувано от него лице се налага повторно посещение в дома на пациента, като в този случай попълва „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1).

Специалистът може да назначи консултация в дома с друг специалист. Специалистът осъществява и регистрира консултации в дома на пациента или в амбулаторията на ПИМП при поискване от ОПЛ, като го отбелязва в амбулаторния лист и посочва номера на направлението, деня и часа на извършването на консултацията. Лечебно-консултативна помощ в амбулатория на ПИМП при поискване от ОПЛ се осъществява, като за това специалистът е длъжен в срок до 3 календарни дни да уведоми РЗОК писмено или по електронна поща с електронен подпис.

В случаите на временно отсъствие на лекар специалист от лечебни заведения за СИМП той може да бъде заместен от лекар със същата специалност. Лицата, определени за заместници, трябва да имат придобита съответна специалност; квалификации (когато ще изпълняват и ВСМД/ВСМДИ), а в случаите, в които работят в лечебно заведение за болнична помощ по чл. 9 от ЗЛЗ или в лечебно заведение по чл. 10 от ЗЛЗ, да отговарят на изискванията на чл. 62 от ЗЗО и чл. 81 от ЗЛЗ. При възникнала необходимост от заместване лечебното заведение уведомява РЗОК писмено или по електронна поща, подписано с електронен подпис на представляващия лечебното заведение, в срок до 5 работни дни от началото на заместването. В РЗОК се представят и документите, удостоверяващи тези обстоятелства.

Заместникът попълва всички амбулаторни листове за извършена дейност с личните си данни (УИН и трите имена) и УИН на заместваният специалист. Всички отчетни документи заместникът подписва и подпечатва с

личния си печат за срока на заместване, като вписва и регистрационния номер на лечебното заведение, в което е заместник.

Изпълнителят на СИМП извършва дейности от пакетите при първични и вторични посещения на ЗОЛ. Специалистът преценява броя на необходимите вторични прегледи за всеки пациент съобразно неговото състояние.

Специалистът е длъжен да насочва за хоспитализация ЗОЛ, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ при наличие на индикации за хоспитализация. В тези случаи към направлението за хоспитализация специалистът прилага амбулаторния лист от извършения преглед на пациента с посочени данни от анамнезата и обективното състояние на пациента, предприетите диагностични и терапевтични дейности, в т. ч. и обективните обстоятелства, мотивиращи становището, че лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ. Специалистът вписва в амбулаторния лист от прегледа на пациента и издаването на направлението за хоспитализация и диагнозата, с която пациентът се насочва за диагностика и лечение в болнични условия. Направление за хоспитализация се издава и в случаите на отказ на пациента, документиран писмено срещу подпис или друг инициализиращ знак на пациента и подпис на лекаря в амбулаторния лист, съгласно чл. 21, ал. 3 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. По един екземпляр от направлението за хоспитализация и от амбулаторния лист за прегледа на пациента се съхраняват в изпращащия го специалист. В случаите на хоспитализация (планов прием) на ЗОЛ по КП/АПр, при които не са извършени определени медико-диагностични изследвания и/или консултативни прегледи на това ЗОЛ преди датата на хоспитализация, а

приемащото лечебно заведение за болнична помощ ги изисква, лекарят от лечебно заведение за СИМП не е длъжен да издава медицински направления за извършването им.

Необходимостта от рехабилитационни мероприятия за ЗОЛ се установява от специалиста и/или ОПЛ, като лечението се извършва по предписан от лекаря – специалист по „Физикална и рехабилитационна медицина“, физиотерапевтичен курс на лечение. За физиотерапевтичен курс на лечение на определено заболяване се приема комплексно лечение, включващо първоначален преглед на лекаря – специалист по „Физикална и рехабилитационна медицина“, с оценка на обективното състояние на пациента с назначени видове и общ брой процедури до 20 в курс от група 1 и/или 2, или 3 по преценка на лекаря специалист, промените на лечението, както и заключителен преглед с оценка на резултатите от проведеното лечение и отразени вид и брой на проведените процедури.

Във физиотерапевтичен курс на лечение се включват следните групи процедури:

1. група 1 – процедури с физикални фактори от апаратната терапия;

2. група 2 – процедури с кинезитерапевтични техники;

3. група 3 – процедури с физикални фактори от апаратната терапия и кинезитерапевтични техники.

Процедурите от група 1 и/или 2, или 3 от съответните групи, включени в курс на лечение по физиотерапия и рехабилитация, се отразяват непосредствено при провеждането им във Физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89) за физикална терапия и рехабилитация. Физиопроцедурната карта се съхранява в лечебното заведение.

Прегледите се отразяват в „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1).

Специалистът води необходимата документация съгласно глава седемнадесета, раздел IX от НРД.

Лечебното заведение за СИМП изисква консултация или провеждане на съвместно лечение със специалист от същото или друго лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, в следните случаи:

- ✓ при необходимост от консултация или провеждане на съвместно лечение със специалист от същата или от друга специалност (бл. МЗ-НЗОК № 3);
- ✓ при необходимост от извършване на ВСМД с „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А);
- ✓ при необходимост от извършване на МДИ и/или ВСМДИ с „Медицинско направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4).

Лечебното заведение за СИМП разполага с медицински направления за консултация или за провеждане на съвместно лечение, медицински направления за високоспециализирани дейности и направления за медико-диагностични изследвания.

Изпълнителите на СИМП, оказали медицинска помощ на ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права без направление от ОПЛ, имат право да издават направления за оказване на специализирана медицинска помощ от други специалисти (бл. МЗ-НЗОК № 3), за високоспециализирани медицински дейности (бл. МЗ-НЗОК № 3А), за медико-диагностични дейности (бл. МЗ-НЗОК № 4).

Издаваните от изпълнителите на СИМП направления по ал. 3 са в рамките на определените им брой назначавани СМД и стойност на

назначаваните МДД, но не повече от 10 на сто от общия им брой. В случай на хоспитализиране на ЗОЛ и когато това е удостоверено с подписа му в амбулаторния лист, лекар от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК за оказване на СИМП, не следва да назначава и извършва за периода на хоспитализацията консултативни прегледи и изследвания, необходими за:

1. профилактични и диспансерни прегледи по реда на Наредба № 8 от 2016 г. и наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО и приложения № 13, приложения № 8 и № 13, и № 14;

2. основното заболяване, за което е хоспитализирано лицето;

3. придружаващи заболявания по време на стационарното лечение.

Специалистът предоставя на ОПЛ чрез пациента необходимите документи за всяко консултирано от него лице в случаите, когато му е назначено скъпоструващо лечение съгласно правилата за извършване на експертизи и дейност на комисията по чл. 78 ЗЗО.

Специалистът извършва дейност и издава следните документи:

1. медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение;

2. медицинско направление за високоспециализирани дейности;

3. направление за медико-диагностична дейност;

4. направление за хоспитализация/КПр/АПр;

5. болничен лист за временна неработоспособност;

6. съобщения за смърт;

7. рецепти (бланка МЗ-НЗОК);

8. протоколи по приложение № 2;

9. бързи известия за инфекциозно заболяване и за задължително съобщаване за злокачествено образувание;

10. талон за медицинска експертиза;

11. карта за профилактика на бременността – от специалист по „Акушерство и гинекология“;

12. картон за физиотерапевтични процедури – Физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89) – от специалист по „Физикална и рехабилитационна медицина“;

13. медицинско направление за КДН.

Видът и честотата на дейностите по диспансеризация са посочени в приложение № 13 и в съответствие с наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО и Наредба № 8 от 2016 г.

Лекарите от лечебните заведения за СИМП провеждат диспансеризация на ЗОЛ при спазване на реда по чл. 4, ал. 1 и 6 на Наредба № 8 от 2016 г. Едно ЗОЛ не може да бъде диспансеризирано за едно и също заболяване в повече от едно лечебно заведение и/или от повече от един лекар за един и същ период от време. В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ до 18 г. е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други – при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от лекар – специалист от СИМП, съгласно приложение № 8 и приложение № 13.

В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 г. е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други – при лекар

специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от ОПЛ съгласно приложение № 8 и приложение № 13. Изключение се допуска за пациентите с инсулинозависим захарен диабет, неинсулинозависим захарен диабет на инсулинолечение и пациенти, претърпели сърдечни интервенции и/или операции до края на първата година след интервенцията/операцията, при които диспансерното наблюдение се осъществява от лекар – специалист от СИМП.

В случаите когато ЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение за всички заболявания изцяло от ОПЛ, е препоръчително извършването на два консултативни прегледа от съответния лекар – специалист от СИМП, за съответната календарна година по преценка на ОПЛ, но не по-малко от един, като в тези случаи ОПЛ насочва пациента за консултативен преглед.

В случаите по когато ЗОЛ е заявило писмен отказ в амбулаторния лист от извършване на консултативен преглед при лекар специалист, ОПЛ има право да не назначи консултация.

В случаите, в които при прегледа от лекаря специалист на база издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 13 или приложения № 8 и № 13, ЗОЛ подлежат на диспансеризация, като диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

В случаите, в които за отделните заболявания е определена различна честота на диспансерните прегледи/медицинските дейности за периода на наблюдение (за календарна година), за обща честота на диспансерните

прегледи/медицинските дейности се приема най-високата предвидена честота за което и да е от заболяванията на ЗОЛ, диспансеризирани от съответния лекар.

Когато за отделните заболявания са посочени едни и същи медико-диагностични и консултативни дейности, за общ брой/честота на тези медико-диагностични и консултативни дейности се приема най-високият предвиден брой/честота за което и да е от заболяванията в рамките на периода на диспансерно наблюдение (за календарна година).

При първоначална диспансеризация за дадено заболяване общият брой прегледи, изследвания и консултации за пациента за съответната календарна година се определя пропорционално на оставащите месеци до края на годината. При уведомяване на ЗОЛ за правото му на следващ диспансерен преглед и последващото неявяване на ЗОЛ диспансеризиращият лекар не носи отговорност.

Специалистите по „Педиатрия“ и „Акушерство и гинекология“ в лечебните заведения за СИМП изпълняват съответно: програма „Детско здравеопазване“ и програма „Майчино здравеопазване“ съгласно приложения № 1, 2 и 6 на Наредба № 8 и приложение № 14 „Дейности на лекаря специалист по „Педиатрия“ по програма „Детско здравеопазване“, на лекаря специалист по „Акушерство и гинекология“ по програма „Майчино здравеопазване“ и на лекаря специалист по профилактика на ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване.

Лекарите със специалност „Вътрешни болести“, „Гастроентерология“, „Урология“, „Ендокринология и болести на обмяната“, „Кардиология“, „Хирургия“ и „Акушерство и гинекология“ извършват профилактика на ЗОЛ над 18 години съгласно приложение № 14.

В случаите, в които при прегледа от лекаря специалист се установи, че се касае за заболявания (състояния), включени в приложение № 14, ЗОЛ подлежат на профилактика, като диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

Профилактиката и диспансеризацията на ЗОЛ се извършват в съответствие с медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика и включват необходимите медицински дейности на лекаря специалист при осъществяването на профилактичния/диспансерния преглед, както и извършване на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации. При поискване от пациента специалистът му предоставя екземпляр от медицинската документация за всеки извършен преглед.

Високоспециализираните медицински дейности и ВСМДИ се назначават само от изпълнители на СИМП. След издаване на направление за хоспитализация/КПр/АПр специалистът не назначава допълнително прегледи и изследвания по искане на лечебното заведение за болнична помощ. След изписване на ЗОЛ от лечебно заведение за БП контролните прегледи, включени в КП, не се отнасят до:

1. профилактични прегледи на ЗОЛ;

2. прегледи на ЗОЛ от ОПЛ или лекар – специалист от СИМП, за предписване на лекарства;

3. преглед по повод диспансерно наблюдение на ЗОЛ;

4. прегледи при назначаване и извършване на процедури от пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“;

5. прегледи по повод извършване на дейности по медицинска експертиза.

За оказаната СИМП потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО не се заплаща от категориите лица по чл. 37, ал. 4 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 11 „Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО“.

Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ оказват СИМП в консултативните си кабинети и отделенията си без легла при спазване на описаните по-горе условия и ред.

3. СИСТЕМА НА РЕГУЛАЦИЯ НА ФИНАНСОВИТЕ РЕСУРСИ В СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

След въвеждането на институцията общопрактикуващ лекар достъпът до специалистите от извънболничната помощ се осъществява след получено направление за специалист. НЗОК заплаща оказаната помощ от изпълнител на специализирана медицинска помощ на задължително здравноосигурено лице, насочено с направление от изпълнител на първична и/или СИМП, сключил договор с НЗОК.

Използваната регулация на достъпа е същевременно и основният финансов регулиращ механизъм при въведената в България затворена система на здравеопазване. Най-често в политиката за сдържане на осигурителните разходи в света и Европа се прилагат по-затворени системи за заплащане на изпълнителите на медицински услуги. От друга страна, се разширява политиката на поделяне на разходите между осигурените лица, изразяваща се в по-голямото участие на гражданите и пациентите в плащанията и потребителските такси в момента на консумацията.

В България достъпът до специализирана помощ е регламентиран нормативно чрез Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване и Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. Достъпът е основан на принципа на свободен избор от пациента на лечебно заведение за първична, специализирана и болнична помощ на територията на цялата страна, а от друга страна, е регулиран в частта за СИМП, чрез направления – за консултация или изследвания.

НЗОК разполага с утвърден от закона и фиксиран бюджет и липсват средства за плащания, ако лекарите отчетат повече прегледи. При изчерпан брой направления всяко едно от здравноосигурените лица може да бъде лишено от възможността да бъде прегледано и да получи необходимата му медицинска помощ за сметка на бюджета, спрямо който е редовен платец. Законът за здравното осигуряване гарантира свободен достъп до медицинска помощ на осигурените, а правото на избор на пациента не бива да се ограничава в географски или административен аспект.

Пациентите постоянно се оплакват, че направленията не стигат. От друга страна, те много често искат да бъдат прегледани от специалист, без да има обективни причини за това, и не предоставят възможност на личните си лекари да преценят дали съществува обективна нужда от такъв преглед.

4. КРИТЕРИИ ЗА КАЧЕСТВО И ДОСТЪПНОСТ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Изпълнителите на СИМП оказват договорените медицински дейности съгласно критериите за качество и достъпност на медицинската помощ, които

са критерии за качество и достъпност на процеса и критерии за качество и достъпност на резултата.

Критериите за качество и достъпност на процеса са:

1. изпълнение на профилактични прегледи на ЗОЛ с рискови фактори за развитие на заболяване в случай на насочване от ОПЛ и достигнали до лекар – специалист в СИМП;

2. изпълнение на изискванията на програма „Майчино здравеопазване“; степен на обхващане – не по-малко от 85 %;

3. изпълнение на програма „Детско здравеопазване“ за проследяване на здравословното състояние на лица на възраст от 0 до 18 години; степен на обхващане – не по-малко от 85 %;

4. срочност на извършване на първия преглед на новородено – до 24 часа след изписване от лечебното заведение при осъществен избор на родителите/законните настойници на лекар на детето; при липса на избран лекар до 24-тия час след изписването първият преглед се извършва до 24 часа след избора;

5. минимална продължителност на профилактичен преглед, включително и извършването на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации – 10 минути;

6. минимална продължителност на диспансерен преглед, включително и извършването на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации – 10 минути;

7. минимална продължителност на първичен преглед на дете по повод остро състояние – 15 минути.

Критериите за качество и достъпност на медицинската помощ са свързани с нормативно определената и технически изправната апаратура,

както и с осъществяване на профилактичната и лечебна дейност съгласно утвърдените медицински стандарти и правила за добра медицинска практика.

Критерии за качество на резултата

Включват резултатите–стандартите за междинните и крайните ефекти върху здравословното състояние и удовлетвореност на пациентите и от дейността в СИМП. Такива критерии са:

1. изпълнение на диспансерно наблюдение на пациенти със захарен диабет тип 2 на инсулиново лечение (за целия период на диспансерно наблюдение (за календарна година):

1.1. компенсирано състояние на гликемията в над 50 % от периода на наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсиран, като процент от целия период на диспансерно наблюдение: а) за добър контрол се считат стойности до 7,0 % на HbA1c (или до 8,0 % за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения, множество съпътстващи заболявания), измерени при диспансерни прегледи или по друг повод; б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат стойности над 7,0 % на HbA1c (или над 8,0 % за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения на захарен диабет, множество съпътстващи заболявания), измерени при прегледи по повод диспансерно наблюдение или по друг повод;

1.2. компенсирано състояние на съпътстващата при захарен диабет артериална хипертония в над 50 % от периода на диспансерно наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсиран, като процент от целия период на наблюдение: а) за добър контрол се считат измерените

стойности на систолното налягане под 140 mm/Hg и диастолно под 85 mm/Hg;
б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат измерените стойности на систолното налягане над 140 mm/Hg и диастолно над 85 mm/Hg;

1.3. компенсирано състояние на съпътстващото захарен диабет сърдечносъдово заболяване в периода на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l за пациенти с ИБС и респ. под 2,6 mmol/l за останалите;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат нива на LDL холестерол над 1,8 mmol/l за пациенти с ИБС и респ. над 2,6 mmol/l за останалите;

2. изпълнение на диспансерно наблюдение на пациенти със сърдечносъдови заболявания (за целия период на диспансерно наблюдение (за календарна година):

2.1. компенсирано състояние на артериалното налягане в над 50 % от периода на наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсиран, като процент от целия период на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат измерените стойности на систолното налягане под 145 mm/Hg и диастолно под 90 mm/Hg;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат измерените стойности на систолното налягане над 145 mm/Hg и диастолно над 90 mm/Hg;

2.2. компенсирано състояние на съпътстващата АХ дислипидемия в периода на наблюдение:

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l, респ. под 2,6 mmol/l, под 3 mmol/l за пациентите с много

висок, висок, умерен и нисък риск от развитие на друго сърдечносъдово заболяване;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат нива на LDL холестерол над 1,8 mmol/l, респ. над 2,6 mmol/l, над 3 mmol/l за пациентите с много висок, висок, умерен и нисък риск от развитие на друго сърдечносъдово заболяване.

Стойностите за HbA1c, LDL холестерол и артериално налягане, посочени в критериите за качество и достъпност, са прицелни и са насочени към мониториране и проследяване на здравословното състояние на диспансеризирани пациенти за сърдечносъдови заболявания и/или захарен диабет и резултатите от проведеното лечение. В тези случаи е необходимо да се предприемат мерки, включващи: препоръки за начин на живот, двигателна активност, хигиенодиетичен режим, преустановяване на вредни навици от пациента, промяна в терапията и/или назначаване на консултация със специалист и др., и не са основание за налагане на санкция.

5. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ДОСТЪПА ДО СИМП У НАС И ПО СВЕТА И ЕФЕКТИВНОСТ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ

Британската Национална здравна служба (NHS) често се цитира като епитом на данъчно базираната здравна система. NHS е работодател на над 1.4 млн. души – лекари, медицински сестри, здравни работници и администрация. Почти целият разход на NHS се покрива от данъци, делът на доплащанията и застраховките е малък (под 2% от общите разходи). Често английската система е обект на критика заради **дългите списъци с чакащи за неспешни интервенции**, неравенствата в здравните резултати, остарялата

инфраструктура и усещането, че здравните технологии, използвани от NHS, изостават в сравнение с частните сектор и други държави.

Дания

Всички датски граждани автоматично получават достъп до здравна грижа, която се финансира чрез данък върху облагаемия доход. Данъкът почти автоматично се разпределя към регионите и общините под формата на субсидия, коригирана за следните фактори: възрастовото разпределение, брой на деца в семейство с един родител, брой лица, живеещи в домакинство под наем, равнище на безработица, брой необразовани лица, брой лица от страни извън ЕС, брой лица, живеещи в бедни райони и дял на възрастните хора, живеещи сами. Достъпът до общопрактикуващи лекари (ОПЛ) е безплатен за датските граждани. Достъпът до болнична грижа изисква направление от ОПЛ. По отношение на болничната грижа регионите решават механизма на финансирането, като най-често се използва комбинация от заплащане за услуги и диагностично-свързани групи (ДСГ). В момента няма обвързване между финансирането и здравните резултати, макар че всички 5 региона експериментират с такива схеми. В случай на лоши резултати от регионите се изисква да предприемат мерки.

В Швеция списъците с чакащи имат максимални законови ограничения – до 7 дни за преглед при ОПЛ и до 90 дни – за преглед при специалист.

Съществуват няколко класации на здравните системи в света, които могат да се използват за преценка на тяхното качество в сравнителен план. Някои от тях се правят регулярно, а други са инцидентни. Те имат разнообразни методологии, отнасят се за различни периоди и включват различен набор от държави. От тях може да се придобие обща представа за мястото на здравната система на България в сравнение със системите на други

държави. В повечето случаи изборът на модел не е водещ при представянето на здравната система – в класациите по-долу може да се види, че различните модели на финансиране на здравната система имат представители както в горната, така и в долната част на класациите за качество и ефективност. Въпреки това обаче са налице общи тенденции и промените във финансовия модел се отразяват на индикаторите, включени в класациите.

В таблицата по-долу са представени ранговете на държавите в по-сериозните класации на здравните системи, като след това сме представили кратко описание за всяка поотделно.

Таблица 1. Класации за оценка на здравните системи по света

	СЗО		Лансет		Блумберг		EHCI 2017
1	Франция	1	Исландия	1	Хонг Конг	1	Холандия
2	Италия	2	Норвегия	2	Сингапур	2	Швейцария
3	Сан Марино	3	Холандия	3	Испания	3	Дания
4	Андора	4	Люксембург	4	Италия	4	Норвегия
5	Малта	5	Австралия	5	Южна Корея	5	Люксембург
6	Сингапур	6	Финландия	6	Израел	6	Финландия
7	Испания	7	Швейцария	7	Япония	7	Германия
8	Оман	8	Швеция	8	Австралия	8	Белгия
9	Австрия	9	Италия	9	Тайван	9	Исландия
10	Япония	10	Андора	10	ОАЕ	10	Франция
	...		...		...		...
17	Холандия	18	Германия	12	Швейцария	12	Швеция
18	Великобритания	20	Франция	16	Франция	15	Великобритания
23	Швеция	22	Сингапур	22	Швеция	18	Испания
25	Германия	23	Великобритания	28	Холандия	20	Италия
37	САЩ	29	САЩ	35	Великобритания	27	Албания
	...		...	45	Германия		...

102	България		51	България			...		33	България	
	...			...		54	САЩ			...	
191	Сиера Леоне		195	Централна афр. република		56	България		35	Кипър	

40WHO "Measuring overall health system performance for 191 countries" http://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf

41 https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2930994-2

42https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top

43 https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf

Обща оценка на Световната здравна организация на резултатите на здравните системи от 2000 г.

Тази оценка на общото представяне на здравните системи включва 191 държави (членките на СЗО) по отношение на постигане на определен кръг от здравни ефекти от здравната система: подобряване на здравето на населението, отговаряне на системата към очакванията на пациента, солидарност при финансирането и защита от финансов риск. България е на 102-ро място. В класацията прави впечатление, че страните със здравноосигурителни и с данъчни модели заемат по равно високите места. Сингапур е на завидното 6-то място.

Индекс за достъп и качествено здравеопазване (Лансет) 2016 г.

Класацията на „Индекс за достъп и качествено здравеопазване", публикувана в списание Лансет класира 195 държави на база на 32 заболявания, при адекватното лечение на които не би трябвало да настъпи смърт, например ваксинопредотвратими заболявания, инфекциозни болести, майчино и детско здраве и др. България е на 51-во място. Интересното на тази класация е, че тя не взема предвид разходите на системите, а единствено резултатите от лечението.

Класация на Блумбърг за най-ефикасна здравна система 2018 г. Блумбърг оценява 56 здравни системи на база на два индикатора:

продължителност на живота и разходи за здравеопазване на глава от населението. Тази относително проста методология дава възможност да се сравняват страните в зависимост от ефикасността на здравеопазването им. Включени са държави със средна продължителност на живота поне 70 г., БВП на глава от населението поне 5000 долара и население от поне 5 млн. Най-ефикасните здравни системи според тази класация са тези на Хонг Конг и Сингапур. България е на последното 56-то място.

Европейски потребителски здравен индекс 2017 г.

Европейският здравен потребителски индекс оценява здравните системи на европейските страни по множество и най-разнообразни показатели, свързани както със здравни индикатори, така и с индикатори за управлението и финансирането на здравните системи, а също и със защита на правата на пациента и превенцията. В доклада се посочва, че корелацията между изразходваните средства и здравните резултати е видна, но тя не съществува по отношение на разходите от една страна и достъпа/времето за изчакване, от друга. България заема едно от последните места (33-то), най-вече поради липса на достатъчно добри здравни резултати, както и резултати по отношение на обхват и достъп до здравни услуги.

В заключение може да се каже, че като цяло осигурителните модели показват добри резултати и класиране. В почти всички представени класации мястото на България е ниско, като слабото представяне се свързва повече с ниско качество на здравните услуги и слаби здравни резултати, отколкото с модела на финансиране на здравната система.

На база на прегледа на най-добрите практики от ЕС и света може да се направи заключението, че качеството на здравните услуги и удовлетвореността от тях са правопропорционално свързани с наличието на

конкуренция в сектора и възможността здравноосигуреното лице (ЗОЛ) да избере своето застрахователно дружество и доставчик на медицински стоки и услуги. С други думи, реформирането на здравната система в България следва да има за цел въвеждане на конкуренция.

ГЛАВА II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. ЦЕЛ

Целта на дисертационната разработка е на базата на задълбочено проучване и анализ на нормативни и отчетни документи и мнението на пациентите да се оцени управлението на финансовите ресурси в СИМП и да се посочат проблемите и възможностите за тяхното отстраняване.

2. ЗАДАЧИ

За постигане на целта са изпълнени следните научни задачи:

1. Представяне на ролята на специализираната извънболнична медицинска помощ в системата на здравеопазване в Р. България.
2. Анализ на картирането, условията и реда за оказване на СИМП.
3. Проучване и анализ на осигуреността в СИМП в България за периода 2010-2021г.
4. Сравнителен анализ на достъпа до СИПМ у нас и по света и оценка на ефективността на здравните системи
5. Анкетно проучване на пациентите (потребители на здравни услуги) за удовлетвореността от оказаната им медицинска помощ в следните направления:
   - осигуреност с лекари специалисти в извънболничната помощ;
   - достъпа до практиките на специалистите в извънболничната медицинска помощ;
   - финансовите аспекти при ползване на СИМП;
6. Обосноваване на препоръки за подобряване на мениджмънта на

ресурсите и в частност финансовите в СИМП.

3. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

В зависимост от така поставените научни задачи се конкретизират обекта на наблюдение, единиците и признаците им.

ОБЕКТ на настоящото проучване е специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП) по отношение на ресурсната осигуреност и в частност финансовите ресурси.

Проучването е комплексно. Конкретните научни задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със специфичността на разработката.

Единият от компонентите включва проучване и анализ на осигуреността в СИМП в България за периода 2010-2021г.

Вторият компонент включва анкетно проучване сред пациентите потребители на специализирана извънболнична медицинска помощ на територията на страната, като се спазваха принципите на доброволност и анонимност.

За целта се разработи анкетна карта (Приложение №1) съдържаща 32 въпроса – структурирани, полуструктурирани и отворени, с възможност за свободни отговори.

Анкетата има за цел да изследва и анализира мнението на респондентите относно специализираната извънболнична медицинска помощ в следните направления:

- направленията за лекар специалист от ОПЛ;
- оценката на времето и причините на чакане за преглед при лекар специалист;

- оценка на начините за достъп до лекар специалист;
- нагласата за платен преглед при специалист.

Подборът на анкетираните пациенти е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Интервалът на доверителност при ниво на значимост P(t)= 0.05 дава информация за оценка точността на анализираните показатели.

Логическа единица на наблюдението са анкетираните пациенти.

Техническа единица на наблюдението са практиките за специализирана извънболнична медицинска помощ.

Време и място на наблюдението

Анкетното проучване сред респондентите е проведено от 18.04.2023 г. до 31.07.2023 година чрез използване на онлайн платформата Google Forms. Анкетирани са 509 пациенти от цялата страна.

Документи на проучването

Използвани са емпирични данни от:

- ✓ нормативни документи на НЗОК, МЗ и др;
- ✓ отчетни документи за дейността на НЗОК;
- ✓ доклади, анализи, стратегии и др.

Основните документи, които се използват за набирането на първичната информация е анкетната карта за пациентите – ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

Методи на проучването

За събиране на необходимата информация са използвани следните методи в дисертационния труд:

- **документален метод** – проучени са различни нормативни документи, отчетни документи от НЗОК, доклади, анализи и стратегии;
- **социологически метод** - анкетно проучване проведено чрез използване на онлайн платформата Google Forms. С помощта на специални настройки в платформата Google Forms, на анкетираните лица е обезпечена анонимност, както и възможност да изпращат в реално време своите отговори: анкетират се пациенти от цялата страна;

Методи за обработка на информацията:

Статистически методи. В разработката са използвани широк кръг от описателни и аналитични статистически методи:

1. Дескриптивен анализ - в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване;
2. Вариационен анализ - за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване;
3. Графичен анализ - за визуализация на получените резултати;
4. Алтернативен анализ - за сравняване на относителни дялове;
5. Анализ на динамични редове - трайна тенденция;
6. Икономически анализ.

Посочените методи при провеждане на проучването взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната информация е използвана комплексна методика. Показателите са

оценявани при ниво на значимост $\alpha=0.05$.

Количествените анализи са правени със статистически пакет приложни програми – SPSS 17.0. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на MICROSOFT OFFICE.

ГЛАВА III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1.1. АНАЛИЗ НА ОСИГУРЕНОСТТА, ДЕЙНОСТТА И ФИНАНСИРАНЕТО ПО ЛИНИЯ НА НЗОК В СИМП В БЪЛГАРИЯ ЗА ПЕРИОДА 2011 – 2021 Г.

Въпреки че не се наблюдава недостиг на лекари, съставът на човешките ресурси в здравната система е небалансиран. Налице е липса на достатъчно на брой общопрактикуващи лекари (ОПЛ) и на медицински сестри, което допълнително ерозира първичната помощ в страната. Наблюдават се значителни регионални неравновесия, както и недостатъчна осигуреност и свободни работни места за някои лекарски специалности. Освен това заетите в здравеопазването бързо застаряват, а емиграцията сред младите кадри не намалява.

В края на 2021 г. броят на лекарите, работещи в здравните заведения в страната на основен трудов договор е 29 604 души, което е с 4,4% повече в сравнение с 2011 година. От тях в заведенията за извънболнична помощ работят 10 255 лекари и 7 082 лекари по дентална медицина, включително всички лекари /6 731/, които работят в индивидуални или групови практики по договор с НЗОК и лекари по дентална медицина /6 585/, които работят в групови или индивидуални практики по договор с НЗОК. Броят на лекарите, работещи на основен трудов договор в Медицинските центрове е 1 830, а тези в Диагностично-консултативните центрове е 1 296, към края на 2021. В структурата на лекарите по специалности към края на 2021 г. най-голям дял е на общопрактикуващите лекари 3 945 или 13,3% от всички лекари в страната, следвани от специалистите по кардиология - 6,2%, акушерство и гинекология

– 5,9%, хирургия – 5,2%, нервни болести – 4,9%. Осигуреността на населението с лекари по области варира от 23,4 до 67, 3 на 10 000 души ,като най-висока е в областите , в чиито центрове има Медицински университети или Университетски болници. Най-висока осигуреност с лекари на 10 000 души население има Плевен – 67,3 на 10 000 души, следван от София /54,5/, Пловдив /52,3/, Варна/50,7/. Най-ниска осигуреност на населението с лекари на 10 000 души население бележи Кърджали /23,4/ . Осигуреността с общопрактикуващи лекари в страната е 5,8 на 10 000 души население в края на 2021 година. Намалява броят на медицинските специалисти по здравни грижи. В края на 2021 г. техният брой е 44 451, от тях медицински сестри 28 816 и акушерки 3 264. Най-изразено намаление се отчита при медицинските сестри, като броят им спрямо 2011 година е спаднал с 8,8%. Броят на лекарите по дентална медицина бележи ръст през 2021 г. спрямо 2011 г.с 11,8%. /Таблица 2/.

Таблица 2. Медицински персонал, брой и промяна

	2011	2016	2021	2011 – 2021 изменение
Лекари	**28 348**	**29 318**	**29 604**	**4.4%**
Общопрактикуващи лекари	**4 677**	**4 344**	**3 945**	**-15.7%**
Лекари-специалисти	**23 671**	**24 974**	**25 659**	**8.4%**
Лекари по дентална медицина	**6 710**	**7 366**	**7 499**	**11.8%**
Медицински сестри	**31 609**	**30 976**	**28 816**	**-8.8%**
Лекари, работещи в болниците	**15 264**	**16 778**	**17 179**	**12.5%**
Дял от общия брой лекари	**53.8%**	**57.2%**	**58.0%**	**7.8%**
Медицински сестри, работещи в болниците	**20 651**	**20 107**	**18 352**	**-11.1%**
Дял от всички медицински сестри	**65.3%**	**64.9%**	**63.7%**	**-2.5%**

Източник: Eurostat 2022

България следва общата тенденция на нарастване на осигуреността с

лекари на определен брой население в Европа. Броят на лекарите на 10 000 души население устойчиво расте от 38.7 през 2011г. на 43.3 в края на 2021 г. Броят на лекарите в извънболничната помощ на 10 000 души население нарастват от 14.5 през 2011 г. на 15.0 през 2021 г. (Таблица 3). Подобно на други европейски страни увеличението се дължи както на абсолютното увеличение на броя на лекарите, така и на намаляване на населението.

Таблица 3. Медицински персонал на 10 000 души от населението, 2011-2021 г.

	(брой)			*(брой)*		
	Брой лекари			***Лекари на 10000 души население***		
	2011	**2016**	**2021**	**2011**	**2016**	**2021**
Общо	**28348**	**29318**	**29604**	**38.7**	**41.3**	**43.3**
Вътрешни болести	1489	1065	948	2.0	1.5	1.4
Кардиолози	1354	1636	1843	1.8	2.3	2.7
Педиатри	1668	1738	1408	2.3	2.4	2.1
Хирурзи	1627	1606	1538	2.2	2.3	2.2
Акушергинеколози	1659	1751	1756	2.3	2.5	2.6
Офталмолози	904	952	1019	1.2	1.3	1.5
Невролози	1450	1463	1437	2.0	2.1	2.1
Кожни и венерически болести	483	485	447	0.7	0.7	0.7
Общопрактикуващи лекари	4677	4344	3945	6.4	6.1	5.8
Лекари в заведенията за болнична помощ	15264	16778	17179	20.8	23.6	25.1
Лекари в заведенията за извънболнична помощ	10589	10621	10255	14.5	15.0	15.0

Източник: Eurostat 2022.

В сравнение с останалите страни от ЕС, България демонстрира сравнително висока осигуреност заедно с Австрия (5.04), Португалия (4.42), Литва (4.30), Швеция (4.12) и Германия (4.11). От гледна точка на относителния дял на лекарите, България стои по-добре от средните стойности

за ЕС13 (2.8), ЕС28 (3.5) и ЕС15 (3.7), както и пред страни като Полша (2.3), Румъния (2.4), Хърватия (3.13) и Унгария (3.3).

Макар че много страни членки на ЕС изпитват небалансиран дял на ОПЛ към лекарите-специалисти, в България този дял е изключително нисък. Нещо повече, броят на първите намалява с 15.7% между 2011 г. и 2021 г., докато този на лекарите-специалисти расте с 8.4%. Делът на ОПЛ в общия брой лекари непрекъснато намалява от 16.5% през 2011 г. на 13.3% през 2021 г. Част от причините за това са административната натовареност, недостатъчното заплащане и признание, липсата на интерес сред младите лекари и проблемите с обучението и придобиването на специалност по обща медицина (Валентинова, Недкова-Миланова 2018).

Специализирана извънболнична медицинска помощ се осигурява от специализирани практики, центрове за диагностика и лечение и лаборатории. Подобна помощ предоставят също центровете за психично здраве, комплексните онкологични центрове, центровете за кожно-венерически заболявания и тези за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания. Лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ могат да бъдат регистрирани като:

- ✓ индивидуални или групови практики за специализирана медицинска помощ по определени медицински специалности;
- ✓ медицински и медико-дентални центрове с минимум трима лекари и/или зъболекари с различни медицински специалности;
- ✓ диагностично-консултативни центрове с минимум 10 лекари с различни медицински специалности и собствени диагностични звена – клинична лаборатория и образна диагностика;

- ✓ самостоятелни медицински лаборатории, които могат да бъдат два вида: (1) медико-диагностични лаборатории, извършващи лабораторни тестове и анализи или образна диагностика; и (2) медико-технически лаборатории, изработващи специални медицински изделия (напр. зъботехнически лаборатории).

Към медицинските, медико-денталните и диагностично-консултативните центрове могат да се разкриват звена, в които лекарски асистенти, медицински сестри или акушерки самостоятелно оказват здравни грижи.

Диагностично-консултативните центрове често са собственост на общините и са под контрола на съответните общински съвети. Останалите видове лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ са предимно частна собственост. Всички, независимо от собствеността си, са регистрирани по Търговския закон като търговски дружества. Пациентите в България имат право на свободен избор на специалист на територията на цялата страна.

Подобно на първичната медицинска помощ, и при специализираната преобладават индивидуалните практики, но техният брой намалява с 8,4 % през 2021г. спрямо 2011г. За разлика от тях, броят на медицинските центрове, медико-денталните центрове и самостоятелните медико-диагностични лаборатории нараства значително (Таблица 3). Много от специалистите работят едновременно в извънболнични лечебни заведения и в болници. По-голямата част от специалистите в извънболничната помощ работят по договор с НЗОК.

Основният пакет специализирани здравни услуги, покриван по линия на задължителното здравно осигуряване, включва първични и вторични

прегледи, профилактични прегледи, диспансерно наблюдение, рехабилитация, високоспециализирани медицински дейности и експертиза за временна неработоспособност, ако състоянието на пациента изисква по-дълъг отпуск по болест.

Най-многобройни сред специалистите са хирурзите, педиатрите, акушер-гинеколозите, кардиолозите и невролозите (НСИ 2021). Наблюдава се недостиг на лекари със специалност по клинична токсикология, паразитология, инфекциозни заболявания и алергология. Според доклада на НЦОЗА капацитетът на специализираната извънболнична помощ не е достатъчно развит, което създава неравенства в достъпа на населението особено в отдалечените райони (НЦОЗА 2017). Разпределението на специалистите показва значими регионални вариации и дисбаланси между областите. Осигуреността на населението с лекари по области варира от 23,4 до 67, 3 на 10 000 души, като най-висока е в областите, в чиито центрове има Медицински университети или Университетски болници. Най-висока осигуреност с лекари на 10 000 души население има Плевен – 67,3 на 10 000 души, следван от София /54,5/, Пловдив /52,3/, Варна/50,7/. Най-ниска осигуреност на населението с лекари на 10 000 души население бележи Кърджали /23,4/ (НСИ-2022).

Таблица 4. Лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, 2011 – 2021 г.

ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ	2011	2016	2021	2011 – 2021
ОПЛ[а]	4677	4344	3945	-15.7%
Индивидуални практики за специализирана медицинска помощ[б]	2858	2949	2619	-8.4%
Групови практики за специализирана медицинска помощ[б]	146	139	107	-26.7%
Медицински центрове[в]	559	702	766	37.0%
Медико-дентални центрове[в]	35	50	53	51.4%
Диагностично-консултативни центрове[в]	121	112	111	-8.3%
Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории[в]	1006	1115	1147	14.0%

Източници: а - НСИ 2022; б - НЦОЗА 2012, 2017, 2022; в - НСИ 2022.

АНАЛИЗ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИТЕ ПЛАЩАНИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В УСЛОВИЯТА НА КОВИД-19 И ПОСТ КОВИД /2019-2021/

Приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. средства са в размер на 264 700 хил. лв. През годината с решения на НС на НЗОК средствата бяха увеличени общо с 14 170 хил. лв., в т.ч.:

- ✓ по реда на чл.15, ал.1, т.7, чл.26, ал.2 от ЗЗО и чл.116 от ЗПФ (със средства от резерва на НЗОК) – увеличение с 20 833,1 хил. лв.;
- ✓ по реда на чл.115 от ЗПФ (вътрешно-компенсирани промени) – намаление с 6663,1 хил. лв.

В резултат на промените годишният план на здравноосигурителни

плащания за СИМП за 2020 г. възлиза на 278 870 хил. лв. (в т.ч. 1 037,9 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2020 г. за СИМП са изплатени 277 999,6 хил. лв. (в т.ч. 1 037,9 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 6,1% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2019 г. плащания се отчита ръст с 27 776,7 хил. лв. или с 11,1%.

От общите плащания за СИМП през 2020 г.:

- ✓ 11 973,7 хил. лв. представляват авансово заплащане на изпълнителите на СИМП по сключените договори с РЗОК за извършена дейност през м. декември 2020 г., съгласно „Условия и ред в изпълнение на чл.13 от НРД за медицинските дейности за 2020 – 2022 г. определени съвместно между НЗОК и БЛС“.
- ✓ 31 244 хил. лв. са в изпълнение на Методиката, съгласно чл.201а от НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г.

Стойността на дейността на изпълнителите на СИМП от подлежащия на заплащане през 2020 г. период (м. декември 2019 г. – м. ноември 2020 г.) съгласно НРД, възлиза на 241 003,5 хил. лв., като 6 210,7 хил. лв. от нея е заплатена на изпълнителите на СИМП авансово през 2019 г., а 10,9 хил. лв. са отложени за заплащане в следващ период.

Спрямо стойността на заплатената през 2019 г. дейност СИМП за периода м.декември 2018 г. – м.ноември 2019 г. се **отчита общо намаление с 3 004,9 хил. лв. или с 1,2%, което се дължи на общо намаление на обема на отчетената дейност в следствие на ограниченията, въведени по времето на извънредното положение**, съответно на извънредната епидемична обстановка – през 2020 г. са отчетени общо 18 417,5 хил. специализирани дейности, което е с 2 631 хил. бр. дейности или с 12,5% по-малко спрямо 2019

г. По направления на дейността, намалението е както следва:

- ✓ специализирани прегледи (първични и вторични) по повод остри състояния – отчетени общо 8 972,3 хил. прегледа, което е с 1 221,2 хил. прегледа или с 12% по-малко от 2019 г.;
- ✓ специализирани прегледи по повод диспансерно наблюдение – отчетени общо 653 хил. прегледа, което е със 131,8 хил. прегледа или с 16,8% по-малко от 2019 г.;
- ✓ специализирани профилактични прегледи – отчетени общо 348,4 хил. прегледа, което е с 46,9 хил. дейности или с 11,9% по-малко от 2019 г.
- ✓ експертизна дейност – отчетени общо 994,1 хил. прегледа, което е с 68,7 хил. прегледа или с 6,5% по-малко от 2019 г.; високо-специализирани дейности (ВСД) – отчетени общо 722,2 хил. ВСД, което е с 63,8 хил. ВСД или с 8,1% по-малко от 2019 г.; физиотерапевтични дейности (прегледи и процедури) – отчетени общо 6 727,4 хил. физиотерапевтични дейности, което е с 1 098,5 хил. дейности или с 14% помалко от 2019 г.

Като една от мерките за компенсиране на последиците от пандемичната обстановка, към договореното с НРД увеличение от 01.01.2020 г. на цените на дейностите в СИМП, (средно с 10,6%), от 01.08.2020 г. беше договорено допълнително увеличение на цените средно с 4,4%. Въпреки увеличението на цените на дейностите през 2020 г., като следствие от общото намаление на дейността през 2020 г., ръстът от 27 776,7 хил. лв. на здравноосигурителните плащания за СИМП през 2020 г. спрямо 2019 г. се дължи единствено на плащанията по реда на Методиката в размер на 31 244 хил. лв.

Въпреки очертаната тенденция на общ спад на медицинските дейности, резултатът от прилагането на финансовите стимули за 2020 г. е отчетен **ръст**

на здравноосигурителните плащания по бюджета на НЗОК за СИМП спрямо 2019 г. с 11,1% (22 776,6 хил. лв.) (Таблица 5).

Таблица 5. Структура на извършените здравноосигурителни плащания за СИМП за 2019 г. и 2020 г.

Показатели (хил. лв.)	**Заплатени дейности към 31.12.2019 г.**		**Заплатени дейности към 31.12.2020 г.**		**Изменение**	
	Стойност	Дял (%)	Стойност	Дял (%)	Стойност	%
ЗОП *за СИМП*, в т.ч.:	250 222,9	100%	277 999,5	100,0%	27 776,6	11,1%
-За дейности в СИМП	244 008,4	97,5%	241 003,5	86,7%	-3 004,9	-1,2%
- Суми по Методиката	0	0,0%	31 244,0	11,2%	31 244,0	
- Плащания за др. периоди	6 214,5	2,5%	5 752,0	2,1%	-462,5	-7,4%

Видно от данните в таблица 5, положително влияние върху общия ръст на разходите за СИМП оказват само **изплатените по Методиката 31 244 хил. лв.** От тях 29 654 хил. лв. са за заплащане на отчетена дейност до 85% от базисната стойност за периода м.03-11.2020 г., а 1 590 хил. лв. са за допълнително заплащане от 30 000 лв. на месец за изпълнител на СИМП-МЦ, разполагащ с образна диагностика и лаборатория или ДКЦ, сформирало екип/и за преглед и изследвания на пациенти със съмнения за COVID-19 за периода м.11-12.2020г.

Прилагането на финансови стимули за изпълнителите на медицинска помощ в условията на извънредно положение е успешен подход за обезпечаване на дейността на СИМП, предвид наблюдаваната през 2020 г. обща тенденция. Реализираните финансови стимули за СИМП, са не само

механизъм за финансово подпомагане на тяхната дейност, но и предпоставка за повишаване на мотивацията за работа и начин за отдаване на заслуженото им признание в борбата с COVID-19.

Таблица 6. Цени, брой отчетени и заплатени дейности за 2020 -2021 в СИМП

Номенклатура	Цени след м.01. 2019г.	Цени след м.01. 2020г.	Цени след м.08. 2020г.	Отчетени и заплатени дейности през 2020г.	Отчетени и заплатени дейности през 2021г.	Ръст 2021г. спрямо 2020г.	
	лева	лева	лева	брой	брой	разлика в брой	разлика в %
Общо за СИМП:				**18 417 469**	**19 449 828**	**1 032 359**	**5.61**
Първични посещения				**6 290 171**	**6 616 795**	**326 624**	**5.19**
Първични прегледи по повод остри заболявания и с хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	22,00	23,50	24,50	5 310 478	5 602 512	292 034	**5,50**
Първични прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист по „Педиатрия“ и/или с придобита профилна специалност по „Детски болести“, насочен от ОПЛ по повод остри състояния	22,00	23,50	24,50	767 262	788 917	21 655	**2,82**
Първични прегледи при специалисти („Хирургия“, „Ортопедия и травматология“), изпълняващи процедури	22,00	23,50	24,50	139 973	122 420	-17 553	-12.54

Първични профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване"	21,50	23,00	24,00	39 297	39 218	-79	-0.2
Първични специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ	21,00	23,00	24,00	33 161	29 675	-3 486	-10.51
Преглед на ЗОЛ с потвърден COVID					34 053		
Вторични посещения				**2 754 544**	**3 147 086**	**392 542**	**14.25**
Вторични прегледи по повод остри заболявания и с хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	9,50	11,00	12,00	2 085 608	2 490 266	404 658	**19,40**
Вторични прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист „Педиатрия“ и/или с придобита профилна специалност по „Детски болести“, насочен от ОПЛ по повод остри състояния	9,50	11,00	12,00	541 263	545 813	4 550	**0,84**
Вторични прегледи при специалисти („Хирургия“, „Ортопедия и травматология“), изпълняващи процедури	9,50	11,00	12,00	127 673	111 007	-16 666	-13.05
Профилактични прегледи на ЗОЛ до 18 г. от лекар- специалист с придобита специалност по „Педиатрия“	**13,00**	**13,00**	**14,00**	**42 163**	**45 959**	3 796	**9,00**
Вторични профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“	**13,00**	**13,00**	**14,00**	**266 762**	**284 140**	17 378	6.51

Профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. с рискови фактори за развитие на заболяване	**12,00**	**12,00**	**13,00**	**148**	**94**	-54	-36.49
Специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно или повече заболяване	**12,50**	**12,50**	**13,50**	**604 747**	**540 748**	-63 999	-10.58
Комплексно диспансерно/амбулаторно/ наблюдение на лица с психични и кожно- венерически заболявания	**14,00**	**15,00**	**16,00**	**15 154**	**15 039**	-115	-0.76
Медицинска експертиза	**7,00**	**10,00**	**10,00**	**994 143**	**1 085 611**	**91 468**	**9.2**
Високоспециализирани дейности				**722 232**	**730 166**	**7 934**	**1.1**
Диагностична и терапевтична пункция на стави	17,44	17,44	17,44	21 423	22 383	960	4.48
Ехокардиография	22,79	22,79	22,79	490 846	505 504	14 658	2.99
Доплерова сонография; доплерова сонография на периферни съдове; доплерова сонография на съдовете на щитовидната жлеза	17,66	17,66	17,66	39 041	37 668	-1 373	-3.52
Електроенцефалография (ЕЕГ)	16,05	16,05	16,05	29 870	26 544	-3 326	-11.13
Електромиография (ЕМГ)	16,05	16,05	16,05	32 642	32 158	-484	-1.48

Физиотерапия и рехабилитация				**6 727 405**	**6 984 190**	**256 785**	**3.82**
Първоначален специализиран преглед по пакет физиотерапия и рехабилитация	9,00	10,00	11,00	306 492	318 514	12 022	3.92
Процедури по група 1 по пакет физиотерапия и рехабилитация	2,00	3,00	3,00	2 912 840	3 079 708	166 868	5.73
Процедури по група 2 по пакет физиотерапия и рехабилитация	2,00	3,00	3,00	117 849	130 058	12 209	10.36
Процедури по група 3 по пакет физиотерапия и рехабилитация	2,00	3,00	3,00	3 084 645	3 139 257	54 612	1.77
Заключителен преглед по пакет физиотерапия и рехабилитация	7,00	7,00	8,00	305 579	316 653	11 074	3.62

Видно от таблица 6 е, че общо отчетените и заплатени дейности в специализираната извънболнична медицинска помощ през 2021 г. са 19 449 828 дейности, през 2020 г. са 18 417 469 , което представлява ръст от 5,61% през 2021 г. спрямо отчетените дейности през 2020 г.

Броят на първичните и вторични консултативни прегледи по повод остри и хронични заболявания през 2021 г., подлежащи на заплащане от Бюджета на НЗОК за 2021 г. както и обращаемостта към тези дейности бележи ръст спрямо нивото от 2020 г. При първичните консултативни прегледи през 2021 г. наблюдаваме ръст от 5,5% спрямо 2020 г., а при вторичните консултативни прегледи през 2021 г. имаме ръст от 19,4% спрямо 2020 г.

При първичните прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист по „Педиатрия“ и/или с придобита профилна специалност по „Детски болести“,

насочен от ОПЛ по повод остри състояния“ през 2021 г. наблюдаваме лек ръст от 2,82% в сравнение с 2020 г. (21 655 отчетени и заплатени прегледа повече). Отчетени общо са 6 524 541 първични консултативни прегледи, от тях 816 976 прегледа са отчетени от лекари специалисти с придобита специалност по „Педиатрия“ и профилни (детски) специалности, като през 2020г. от общо отчетените 6 217 713 първични консултативни прегледи, 799 570 прегледа са отчетени от лекари специалисти с придобита специалност по „Педиатрия“ и профилни (детски) специалности. Средно за страната се отчитат 0,80 първични консултативни прегледи на 1 ЗОЛ, а през 2020 г. този показател е бил 0,73. През 2021/2020 г., средно за страната са отчетени по 0,36/0,28 вторични консултативни прегледа на 1 ЗОЛ. Съотношението първични консултативни към вторични консултативни прегледи е 0,45/0,39.

Средният брой отчетени първични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 години при специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ за страната е 0,68 прегледа, а през 2020 г. този показател е 0,60 прегледа. Вторичните прегледи през отчетния период на 1 ЗОЛ от 0 до 18 години при лекар специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ средно за страната са 0,47прегледа през 2021 г., а през 2020 г. този показател е 0,42 прегледа. Следва да се има предвид, че насочването към педиатър при остри заболявания и състояния при деца е извън определените брой специализирани медицински дейности на изпълнителите на ПИМП (дейност извън регулация). Съотношението между първични и вторични прегледи по повод остри състояния на ЗОЛ от 0-18г. при специалист по педиатрия и профилни специалности средно за страната е 0,69, т.е. не надвишава допустимото съотношение 1:1. Това означава, че на 30% от преминалите деца на първичен преглед не са им извършвани и съответно отчитани вторични прегледи. **През 2021 г. продължава да действа**

правилото, че насочването към педиатър и/или лекар с придобита профилна специалност по „Детски болести“ при остри заболявания и състояния при деца е извън определените брой специализирани медицински дейности на изпълнителите на ПИМП (дейност извън регулация).

Програма **„Детско здравеопазване“**, осъществявана от лекар специалист по „Педиатрия“: Общо отчетените профилактични дейности на ЗОЛ до 18 г. възраст през 2021 г. е 45 870 прегледа, а през 202 0г. са отчетени 42 163 прегледа. Наблюдаваме ръст от 8% през 2021 г. на отчетените прегледи по този показател спрямо 2020 г. Средната стойност на показателя за страната „Брой профилактични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 г. по програма „Детско здравеопазване“ в СИМП през 2021г. е 0,038 прегледа, през 2020 г. е 0,035 прегледа.

Програма **„Майчино здравеопазване“**, осъществявана от лекар-специалист по акушерство и гинекология на бременни с нормална бременност и рискова бременност: През 2021 г. по програма „Майчино здравеопазване“ за наблюдение на бременни жени с нормална и рискова бременност от лекар-специалист по акушерство и гинекология са отчетени общо 322 319 профилактични прегледа на 60 151 бременни (39026 първични и 283 293 вторични). За 2020г. са отчетени общо 303 883 профилактични прегледа на 72 766 бременни (39 305 първични и 264 578 вторични). Средната стойност на показателя за страната през 2021г. е 5,36 прегледа на една бременна жена включена в програмата, за 2020 г. стойността на показателя е 4,18 прегледа. **Налага се изводът, че в по-голямата част от страната, бременните жени избират да бъдат наблюдавани от специалисти по „Акушерство и гинекология“ и само в някои региони, където е затруднен достъпа до**

специализирана медицинска помощ, наблюдението се извършва от ОПЛ.

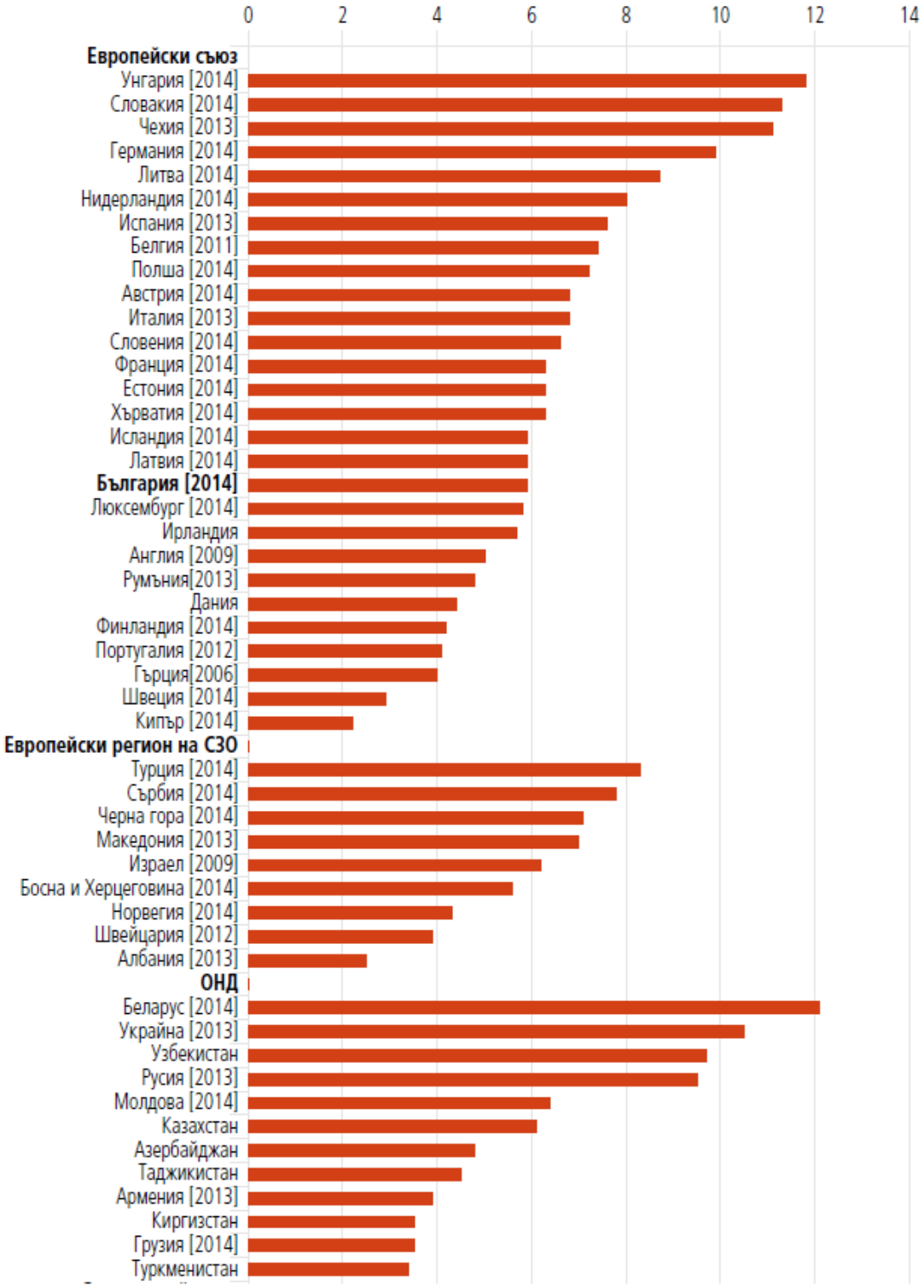
Физикална и рехабилитационна медицина: На 10 000 ЗОЛ средно за страната през 2021 г. са отчетени по 9172 физиотерапевтични процедури от пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“, което представлява ръст от 11% спрямо 2020 г.(8148). През 2021 г. и 2020 г., броят на специализираните първоначални прегледи по пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“ средно за страната на 10 000 ЗОЛ е равен на броя на заключителните прегледи. През 2021 г. отчетените първоначални и заключителни прегледи по физиотерапия и рехабилитация отбелязват ръст от близо 11,2% спрямо 2020 г. От 01.04.2017 г., са в сила индикации за хоспитализация по физиотерапевтични клинични пътеки за рехабилитация на заболявания на централната нервна система, периферната нервна система и на опорно-двигателния апарат, съгласно които ЗОЛ се хоспитализира, когато не е налице достатъчен терапевтичен ефект от проведената физиотерапия и рехабилитация в извънболничната помощ.

Общо отчетените специализирани диспансерни прегледи (първични/вторични) през 2021 г. са 575 958 бр.(спад със 10,7 % спрямо 2020г.). През 2020 г. отчетените специализирани диспансерни прегледи (първични/вторични) са 637 608 бр. Общо отчетените диспансерни прегледи в рамките на алгоритъма по диспансерно наблюдение през 2021 г. средно за страната са 1,07 прегледа на едно диспансеризирано ЗОЛ в СИМП. За 2020г. стойността на този показател е 1,15 прегледа. За периода 01.01.2021 г.-31.12.2021 г., класовете болести по МКБ 10, с най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ от лекар специалист са „Болести на дихателната система“ – 197 463 диспансеризирани ЗОЛ, „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ с 113 731

диспансеризирани ЗОЛ. За периода 01.01.2020 г.-31.12.2020 г., класовете болести по МКБ 10, с най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ от лекар специалист са „Болести на дихателната система“ – 204 571 диспансеризирани ЗОЛ и „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ с 116 615 диспансеризирани ЗОЛ. Общо отчетените диспансерни прегледи в рамките на алгоритъма по диспансерно наблюдение през 2021 г. средно за страната са 1,07 прегледа на едно диспансеризирано ЗОЛ в СИМП. За 2020 г. стойността на този показател е 1,11 прегледа. **Този спад може да се обясни с въведените противоепидемични мерки и съответно по малката посещаемост.**

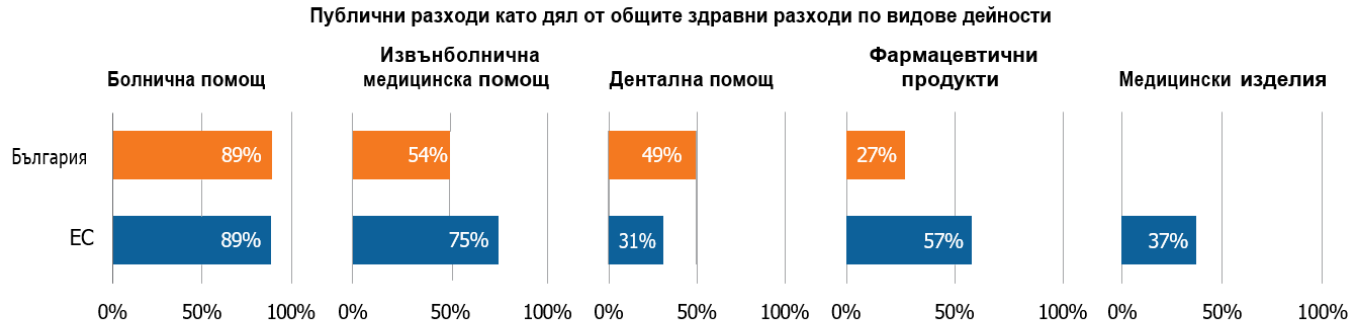
На фигура 6 е представен средният брой на посещенията в извънболничната помощ в Европейския регион на СЗО за 2014 г. Със среден брой от 5,9 посещения за 2014 г. България е под средното равнище за ЕС13 (7,54 през 2014 г.) и за ЕС28 – 7,03 на човек от населението (WHO Europe 2017). Тези данни обхващат първичната и специализираната извънболнична помощ. Освен това средният брой прегледи на лекар е едва 1 480 през 2014 г., което е сред най-ниските стойности в ЕС (OECD/EU 2016).

Фигура 6. Среден брой посещения в извънболничната помощ на човек от населението в Европейския регион на СЗО 2014 г.



Публичното финансиране на извънболничната медицинска помощ и на лекарствените продукти е значително под средните стойности за ЕС както е видно от фигура 7.

Фигура 7. Сравнително представяне на публично финансиране на извънболничната медицинска помощ и лекарствени продукти



Забележка: Извънболничните медицински услуги се отнасят главно до услугите, предоставяни от общопрактикуващи лекари и от специалисти в извънболничния сектор. Лекарствените продукти включват лекарства, отпускани по лекарско предписание и без лекарско предписание, както и нетрайни медицински продукти. Медицинските изделия се отнасят до продукти за подобряване на зрението, слухови апарати, инвалидни колички и други изделия.
Източник: статистическите данни на ОИСР за здравеопазването за 2021 г. (данните се отнасят за 2019 г. или за най-близката година).

Източник: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_bulgaria_bulgarian.pdf

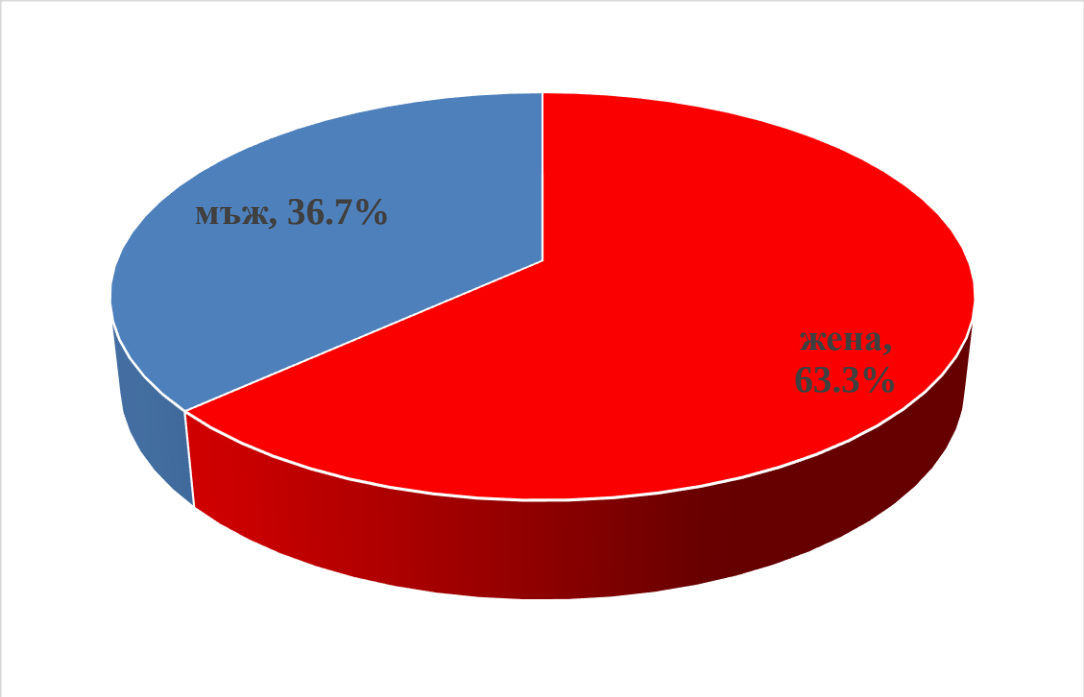
1.2. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ПАЦИЕНТИТЕ

Демографска характеристика и социален статус на анкетираните лица

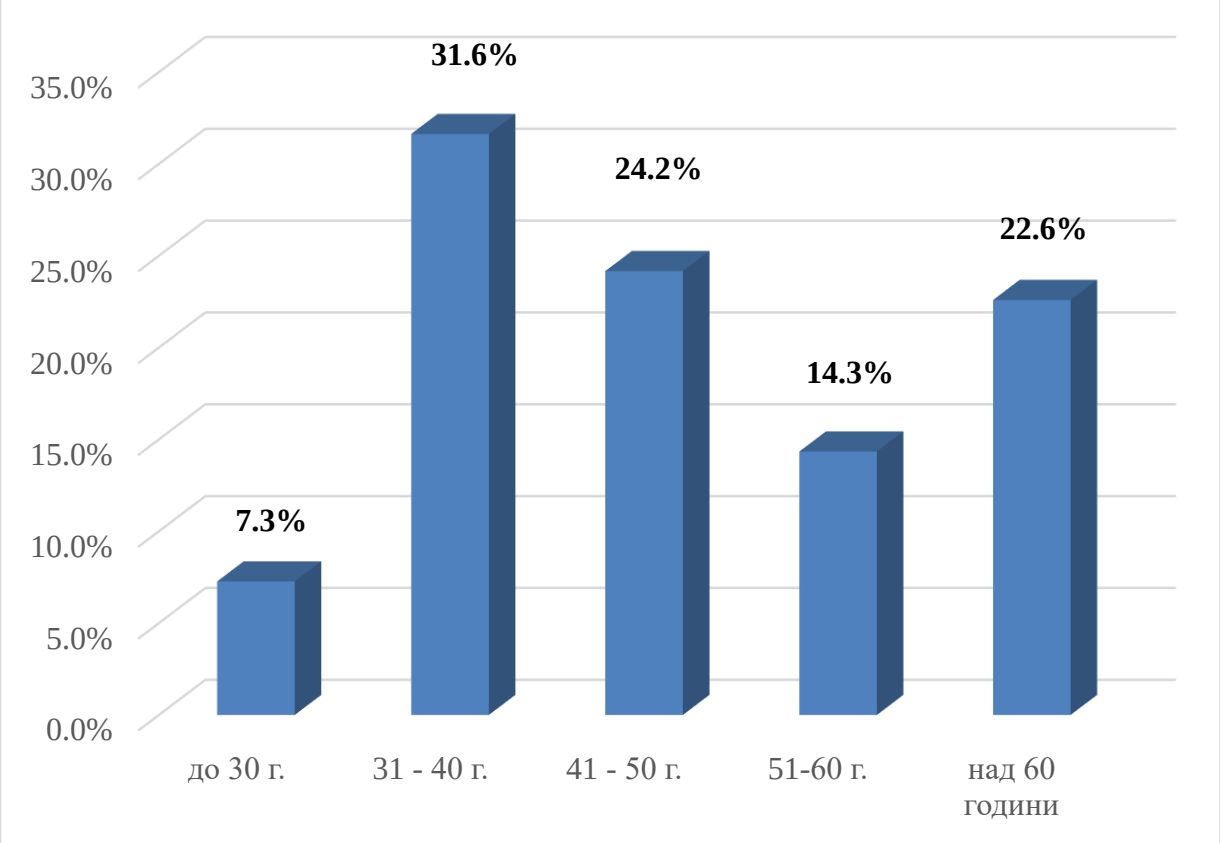
В периода на проучването са анкетирани 509 пациента от цялата страна, от които 63,3% (n= 32) жени и 36,7% (n=187) мъже (Фигура 8).

Възрастовата структура на респондентите е представена на фигура 9. Проучването на възрастовата характеристика на участниците е направено за нуждите на изследването и с цел да съпоставяме възрастта с други проучвани от нас показатели.

Фигура 8. Разпределение на анкетираните по пол



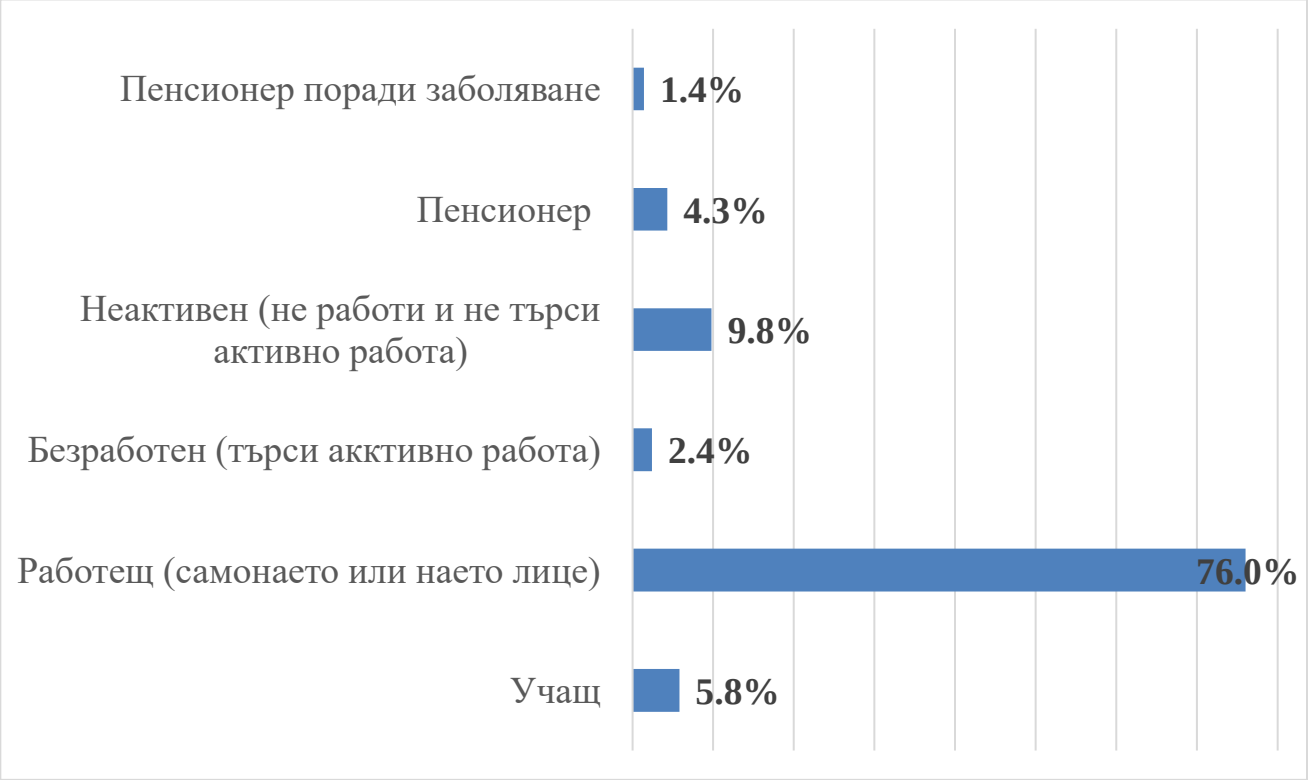
Фигура 9. Възрастова структура на анкетираните пациенти



Най-голям дял от участниците в проучването попадат във възрастовия диапазон 31-40 г. – 31,6 %, следвани от възрастовите групи 41-50 г. – 24,2% и над 60 годишна възраст – 22,6%. Най-малобройна в нашето проучване е групата на пациентите до 30 годишна възраст – 7,3 %.

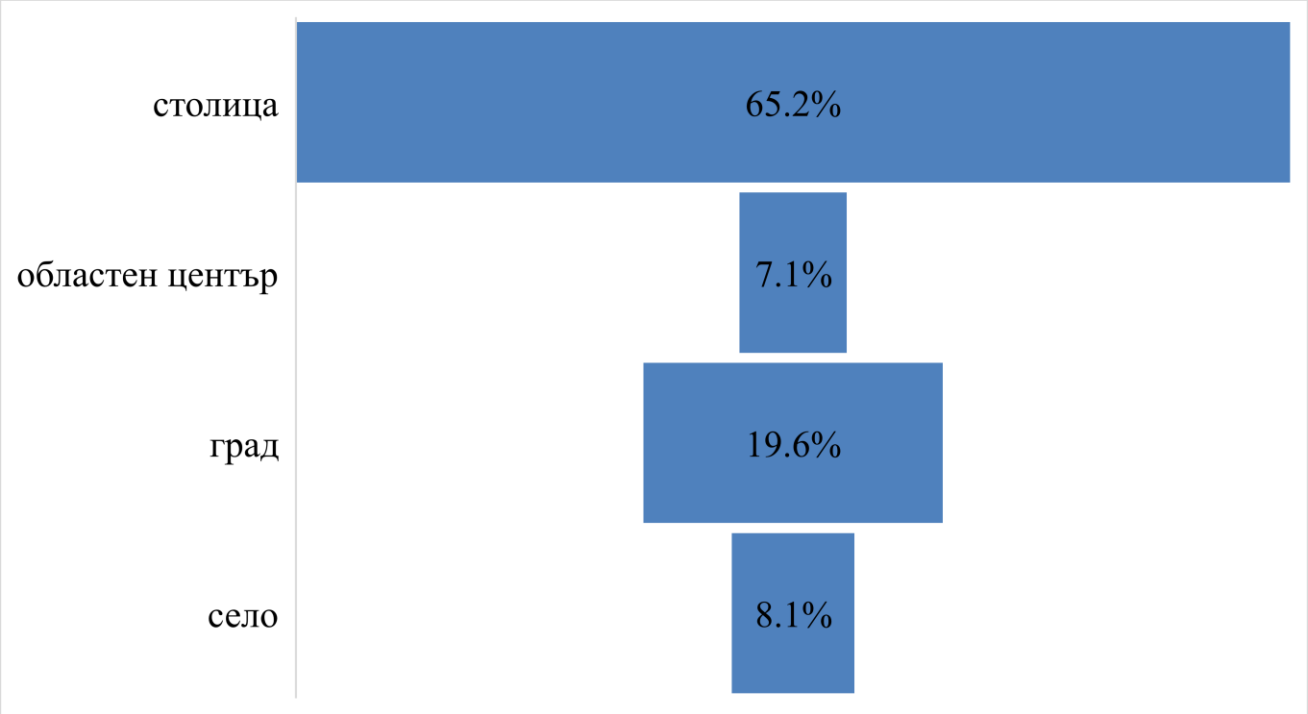
Проучването на социалния статус на респондентите показва, че повече от ¾ (76 %) са работещи лица, следвани от групата на неактивните – 9,8 %, учащите (5,8%) и пенсионерите - 5,7 %. (Фигура 10).

Фигура 10. Разпределение на анкетираните лица според социалният им статус



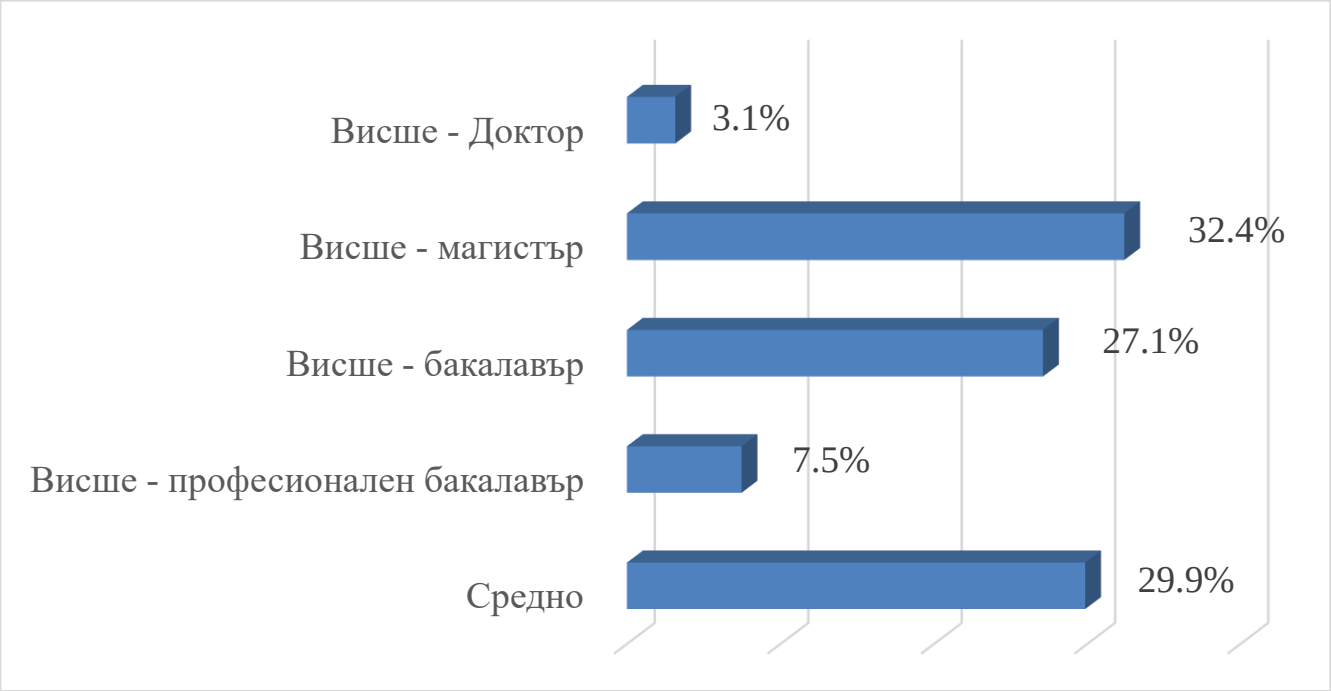
По-голямата част от респондентите – 65,2 % живеят в столицата, 26,7% в градове и 8,1 % са жители на селата (Фигура 11).

Фигура 11. Разпределение на анкетираните лица според местоживеенето



С помощта на анкетата проучихме какво е образователното ниво на анкетираните лица. Резултатите показват, че 70,1 % от респондентите са с висше образование, като 3,1% са с ОКС „доктор”. Лицата със средно образование са 29,9 % (Фигура 12). Тази характеристика на образователното ниво дава основание да се очаква адекватно разбиране на зададените въпроси и даването на отговори с висока степен на достоверност.

Фигура 12. Образование на анкетираните лица

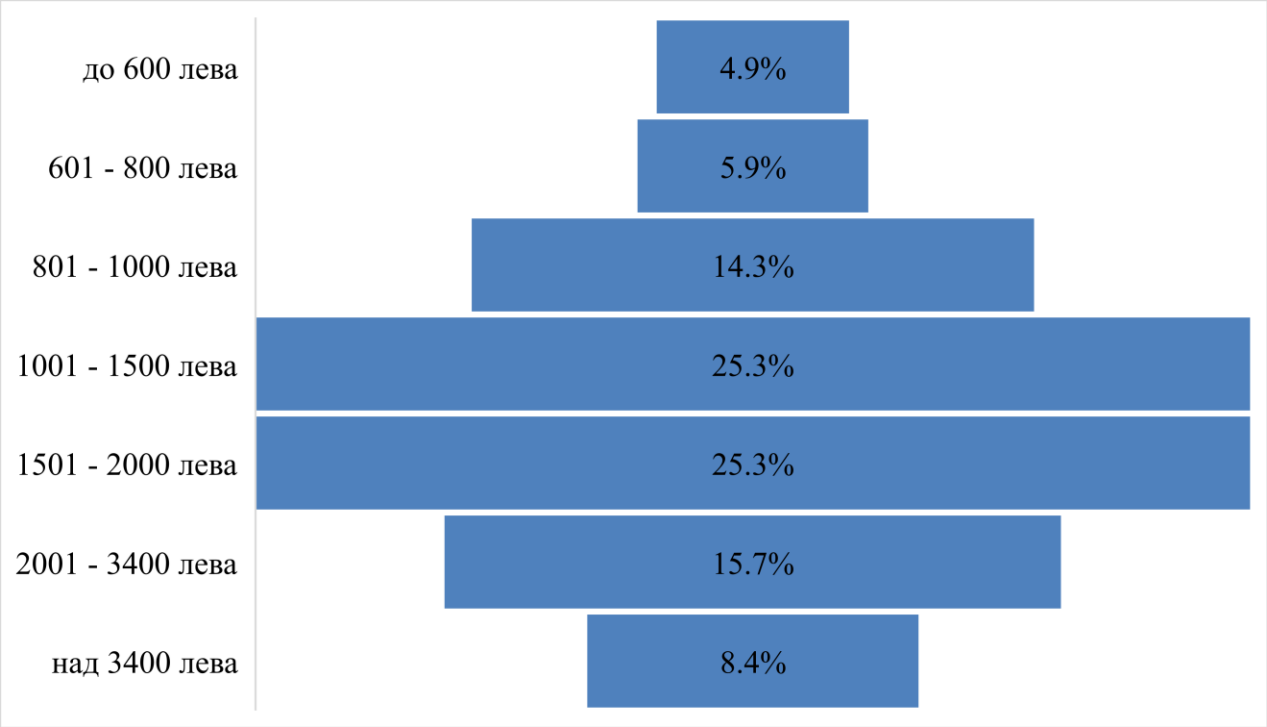


Размерът на доходите е друг от проучваните в общата част на анкетната карта показатели. Тук участниците в проучването бяха разделени в следните групи в зависимост от месечния им доход:

- ✓ до 600 лева
- ✓ 601 - 800 лева
- ✓ 801 - 1000 лева
- ✓ 1001 - 1500 лева
- ✓ 1501 - 2000 лева
- ✓ 2001 - 3400 лева
- ✓ над 3400 лева.

Установихме, че най-голяма част от респондентите попадат в групата с доходи между 1001 и 1500 лв. и 1501 – 2000 лв. – по 25,3 % и в двете групи, следвани от тези с доход между 2001- 3400 лв. – 15,7 %, а на трето място са пациентите с доход между 801 и 1000 лв. – 14,3 %. Обезпокояващ е факта, че 10,8 % от анкетираните са с доход до 800 лв. (Фигура 13). Размерът на месечните доходи оказва влияние върху способността на хората да задоволяват своите потребности и от там върху качеството на живот. Пациентите с ниски доходи не могат да си позволят здравни услуги извън пакета на НЗОК, платени услуги, скъпоструващо лечение, което влошава здравословното им състояние и влияе непряко върху качеството на оказаните им здравни услуги.

Фигура 13. Месечен доход на анкетираните лица



Достъп до специалист в специализираната извънболнична медицинска помощ

Основен компонент в оценките на системите за обществено здраве е достъпа на пациентите до медицинска помощ. Достъпът е сложно и многофакторно понятие, за което няма единно и универсално определение. Според СЗО достъпът до медицинска помощ се определя като: ”продължително във времето, организирано предоставяне на медицинска помощ, която географски, финансово, културно и функционално е лесно достъпна за цялото общество, по своя обем и количество удовлетворява и е адекватна на потребностите на хората и се извършва посредством методи и практики приемливи за тях” (https://www.who.int). Най-общо под достъп до здравни услуги се разбира своевременното получаване на медицинска помощ от хората, които имат нужда и без сериозни ограничения, съобразно потребностите на индивидите независимо от техните финансови възможности. Понятието достъп се свързва с редица други понятия и характеристики на здравната система, като:

- ✓ Право на здраве и достъп до здравни услуги;
- ✓ Достъп и качество на медицинската помощ;
- ✓ Справедливост;
- ✓ Равнопоставеност;
- ✓ Ефективност и ефикастност.

Според законодателството в България достъпът до медицинска помощ е „право на всеки гражданин да получи медицинска помощ” при условия и ред, уредени в Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване.

Правото на достъпна медицинска помощ се осъществява при прилагане на следните принципи (ЗЗ, ЗЗО):

- своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ;
- равнопоставеност при оказване на медицинската помощ с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година;
- сътрудничество, последователност и координираност на дейностите между лечебните заведения;
- зачитане правата на пациента.

Условията и редът за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ се определят с наредба на Министерския съвет. Здравноосигурените лица в Република България имат право да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), който им осигурява достъпно лечение в съответствие със стадия, развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване (https://lex.bg/laws/ldoc/2135527794/).

За да проучим и анализираме някои аспекти от достъпа на респондентите до лекар специалист в извънболничната медицинска помощ зададохме поредица от въпроси.

След въвеждането на институцията общопрактикуващ лекар достъпът до специалистите от извънболничната помощ се осъществява след получено направление за специалист. НЗОК заплаща оказаната помощ от изпълнител на специализирана медицинска помощ на задължително здравноосигурено лице, насочено с направление от изпълнител на първична и/или СИМП, сключил договор с НЗОК.

Използваната регулация на достъпа е същевременно и основният финансов регулиращ механизъм при въведената в България затворена система на здравеопазване. Най-често в политиката за сдържане на осигурителните разходи в света и Европа се прилагат по-затворени системи за заплащане на изпълнителите на медицински услуги. От друга страна, се разширява политиката на поделяне на разходите между осигурените лица, изразяваща се в по-голямото участие на гражданите и пациентите в плащанията и потребителските такси в момента на консумацията (Янев Г., 2000).

В България достъпът до специализирана помощ е регламентиран нормативно чрез Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване и Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. Достъпът е основан на принципа на свободен избор от пациента на лечебно заведение за първична, специализирана и болнична помощ на територията на цялата страна, а от друга страна, е регулиран в частта за СИМП, чрез направления – за консултация или изследвания.

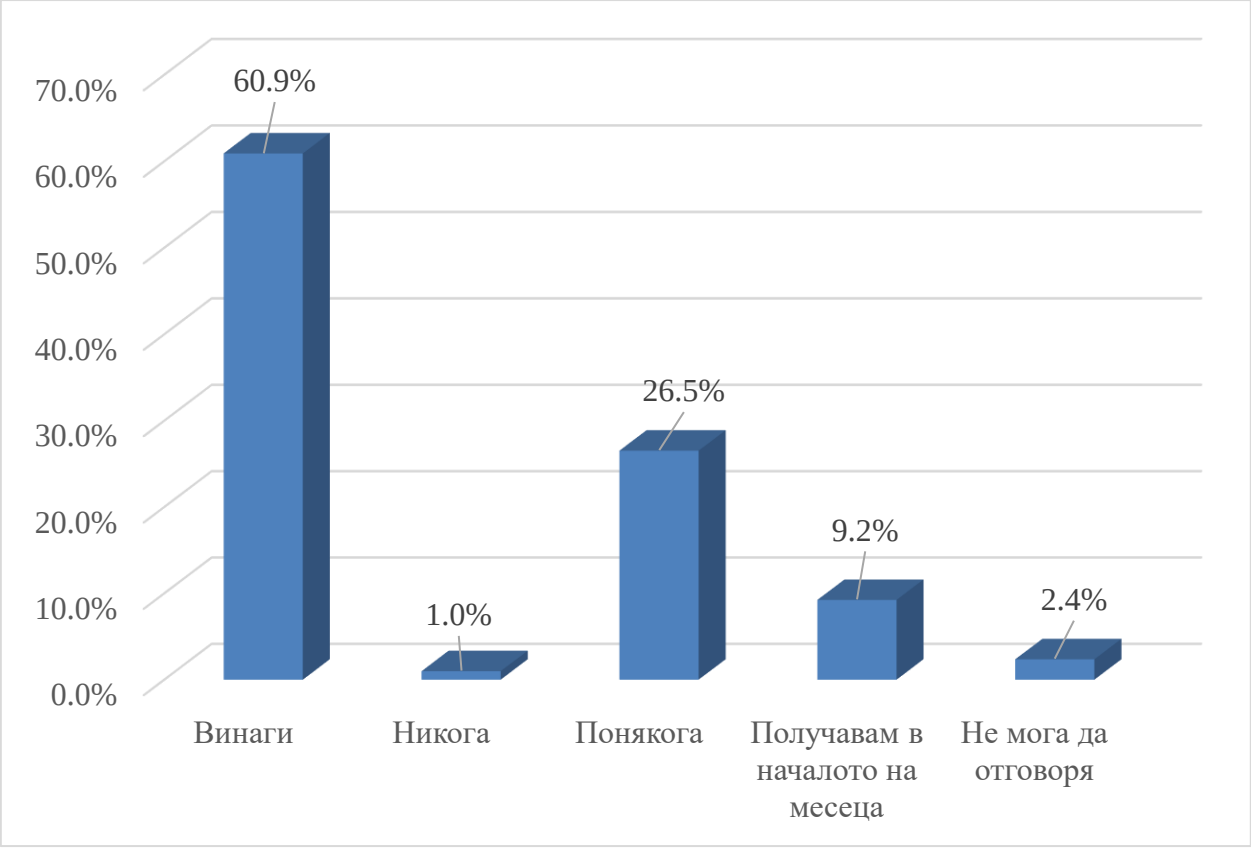
НЗОК разполага с утвърден от закона и фиксиран бюджет и липсват средства за плащания, ако лекарите отчетат повече прегледи. При изчерпан брой направления всяко едно от здравноосигурените лица може да бъде лишено от възможността да бъде прегледано и да получи необходимата му медицинска помощ за сметка на бюджета, спрямо който е редовен платец. Законът за здравното осигуряване гарантира свободен достъп до медицинска помощ на осигурените, а правото на избор на пациента не бива да се ограничава в географски или административен аспект.

Пациентите постоянно се оплакват, че направленията не стигат. От друга страна, те много често искат да бъдат прегледани от специалист, без

да има обективни причини за това, и не предоставят възможност на личните си лекари да преценят дали съществува обективна нужда от такъв преглед.

В тази връзка попитахме анкетираните получават ли направление за преглед при специалист от ОПЛ при желание от тяхна страна. Резултатите са представени на фигура 14.

Фигура 14. Получавате ли направление за преглед при специалистот ОПЛ при желание от ваша страна

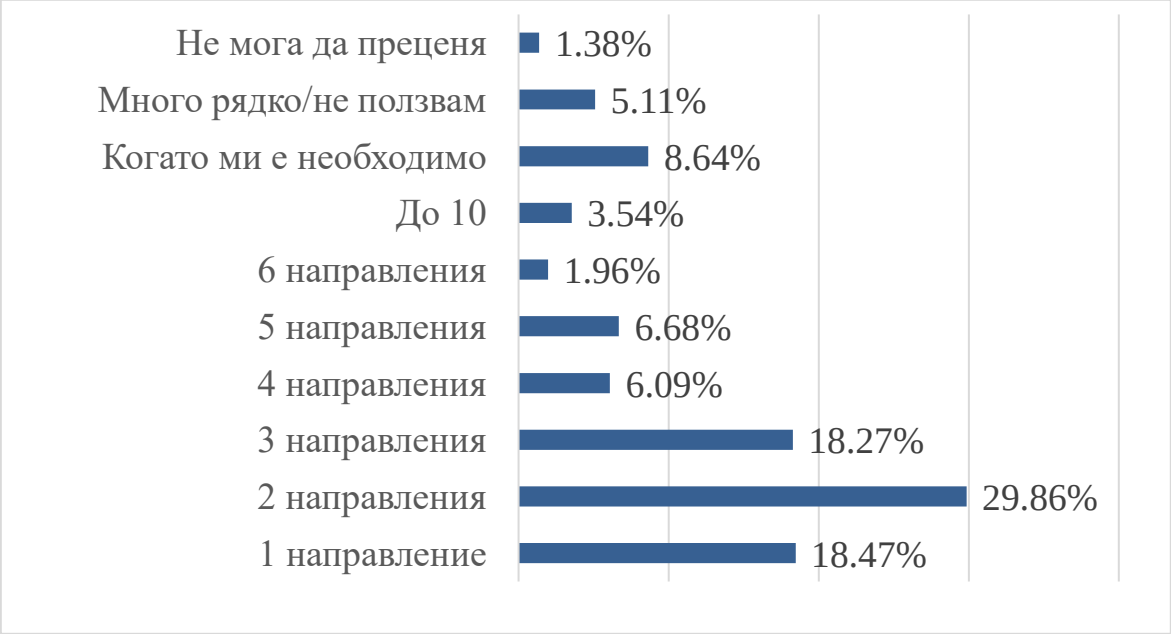


Повече от половината от респондентите (60,9 %) не срещат проблеми с получаване на направление за консултация с лекар и винаги получават направление от ОПЛ, а 9,2% - получават направление за специалист в началото на календарния месец. Този резултат е закономерен, тъй като

личните лекари имат лимит на направленията за консултация с лекар – специалист и надвишаването му води до съответните санкции. Почти една четвърт (26,5 %) получават понякога направление за специалист, докато само 1 % дават отрицателен отговор. Не могат да дадат конкретен отговор само 2,4 % от респондентите.

Попитахме респондентите колко направления за лекар специалист получават от ОПЛ за една година (Фигура 15). Резултатите показват, че най-голяма част от анкетираните получават 2 направления годишно от ОПЛ (29, 86%), последвани от тези, които са отговорили че получават по едно направление за специалист годишно (18,47%) и три направления – 18,27%. Близо ¼ (18,27%) казват, че получават между 4 и 10 направления за специалист годишно от ОПЛ, а 8,64% получават когато им е необходимо. Само 5,11% дават отговор, че много рядко или не ползват направления за специалист от ОПЛ.

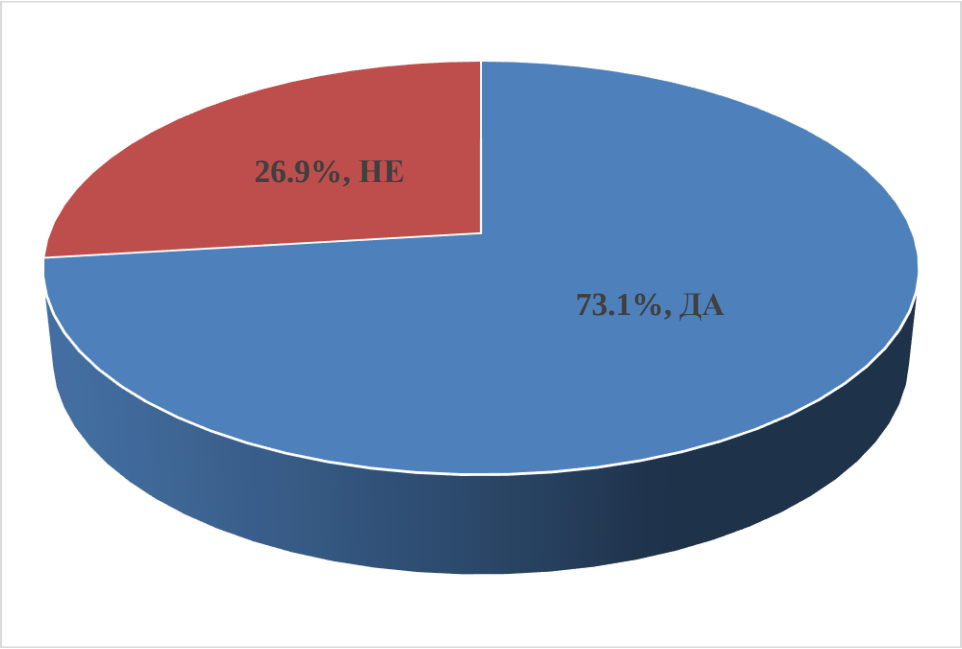
Фигура 15. Брой направления за специалист получени от ОПЛ за една година



За да установим дали пациентите са информирани относно наличието на лимити за направления за специалист и времеви рамки за тяхното ползване зададохме няколко въпроса.

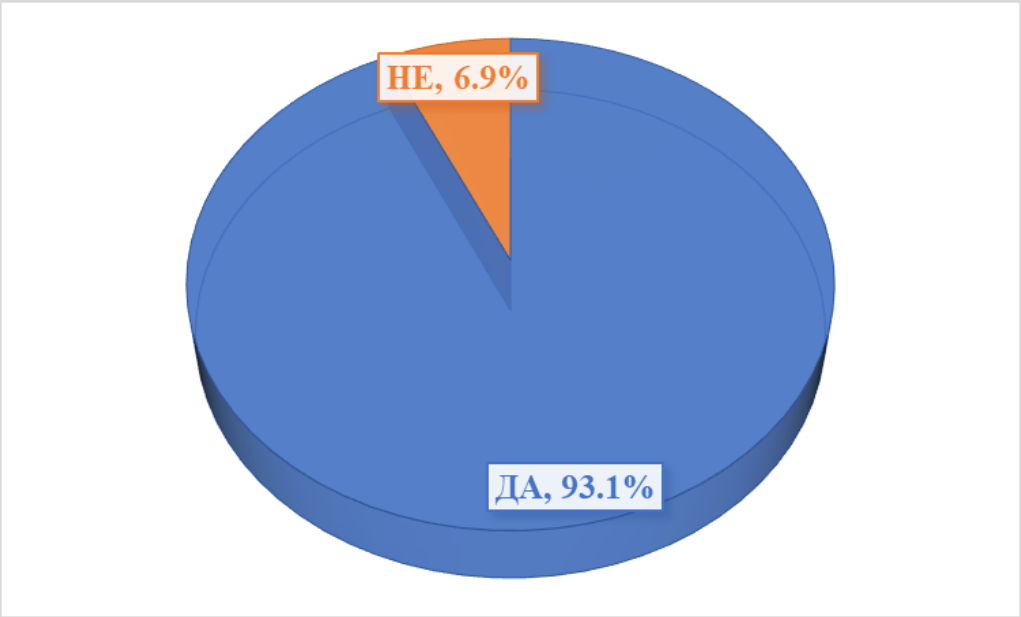
На въпроса „Знаете ли, че има лимит за направления за специалист?“. Положителен отговор дават 73,1% от анкетираните, докато над ¼ (26,9%) не знаят за наличието на този вид регулация (Фигура 16).

Фигура 16. Информираност на анкетираните на наличието на лимит за направления за специалист



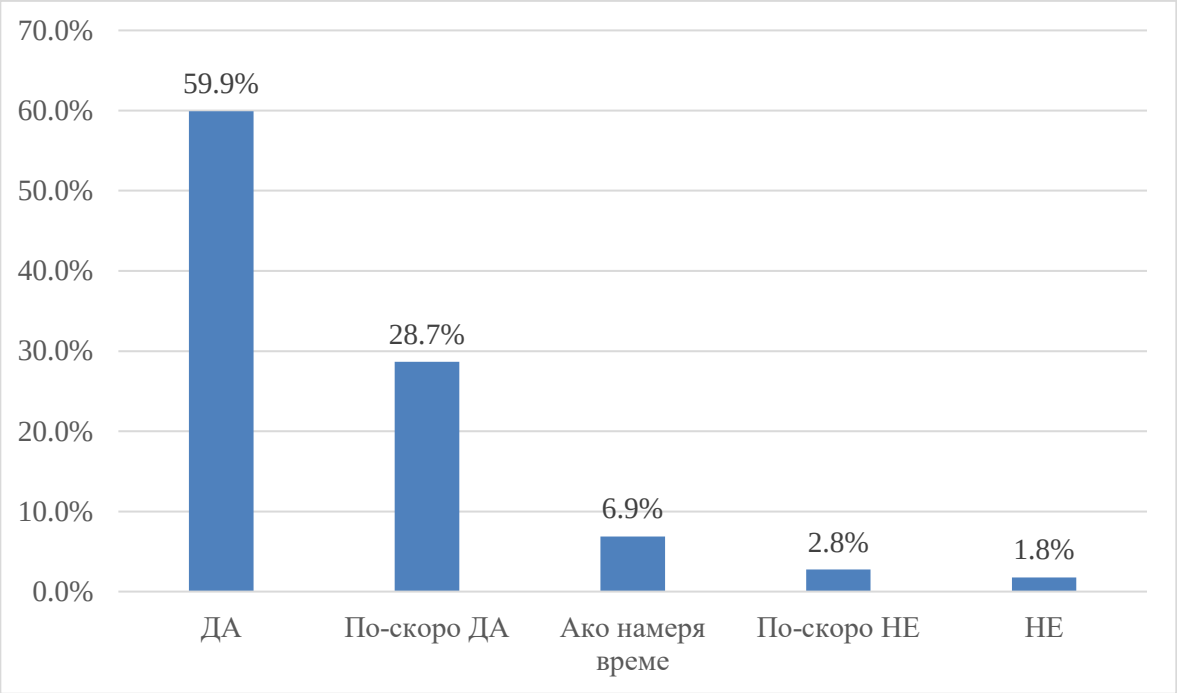
Следващия въпрос е свързан с това дали пациентите знаят, че трябва да използват полученото направление за специалист в рамките на 30 дни от издаването му. Само 6,9 % отговарят отрицателно, докато 93,1% са наясно със сроковете за ползване на направленията за специалист издадени от ОПЛ (Фигура 17).

Фигура 17. Информираност на анкетираните за сроковете за ползване на направлението за специалист /до 30 дни след издаването му/



Попитахме участниците в анкетното проучване дали винаги използват направлението за специалист, което са получили от ОПЛ. Целта на този въпрос е да изясни отговорността на пациентите и ефективността при използването на ограничените ресурси от НЗОК. Резултатите (Фигура 18) показват, че 88,6% от респондентите използват направлението за специалист, докато 6,9 % отговарят, че ползват направлението ако намерят време, а отрицателен отговор дават 4,6 %. Т.е. 11,5 % от всички анкетирани не подхождат отговорно спрямо ефективността при използването на ограничения ресурс по линия на НЗОК.

Фигура 18. Винаги ли използване направлението за специалист получено от ОПЛ



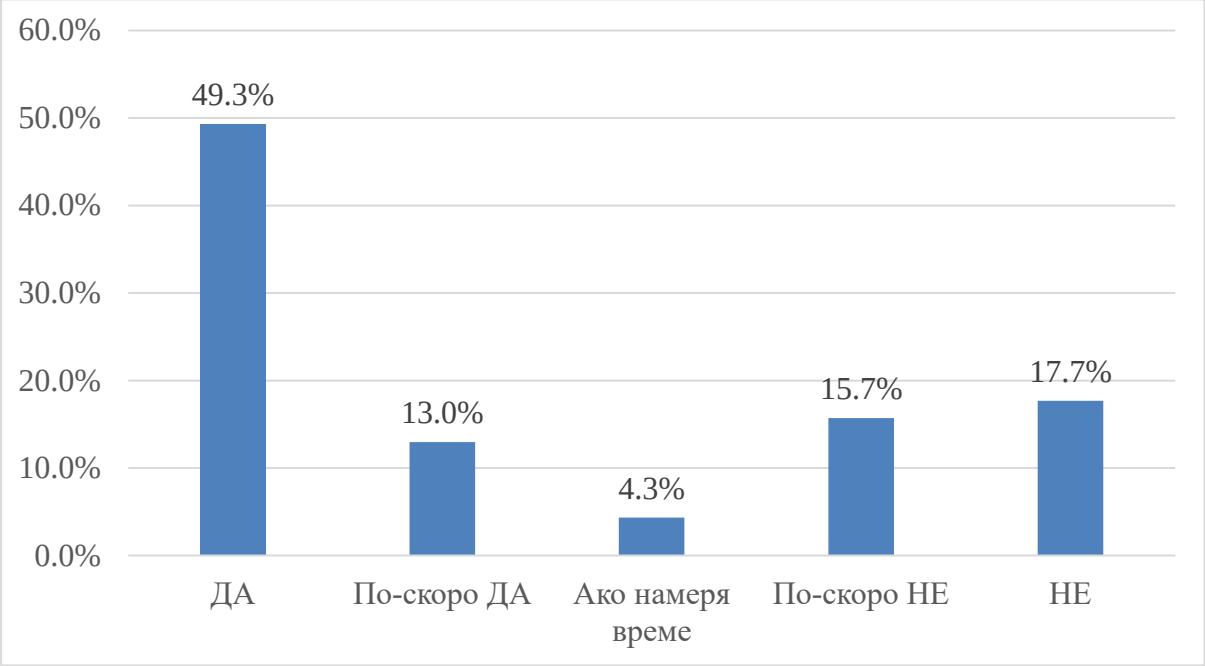
Потърсихме зависимостта на използването на направлението за специалист получено от ОПЛ и местоживеенето на анкетираните (Таблица7). Резултатите показват, че в най-голям процент – 68.1% от анкетираните от столицата винаги използват получените направления за специалист от ОПЛ / отговарят с твърдо „да“/. Най-вероятната причина за това е наличието на повече лекари специалисти и възможността за по-бърз достъп по линия на НЗОК.

Таблица 7. Зависимост на използването на направлението за специалист и местоживеенето

Населено място	град		областен център		село		столица	
	бр.	**в %**	**бр.**	**в %**	**бр.**	**в %**	**бр.**	**в %**
Да	47	47.0%	11	30.6%	21	51.2%	226	68.1%
По-скоро да	33	33.0%	16	44.4%	18	43.9%	79	23.8%
Не	1	1.0%	0	0.0%	1	2.4%	7	2.1%
По-скоро не	4	4.0%	0	0.0%	1	2.4%	9	2.7%
Ако намеря време	15	15.0%	9	25.0%	0	0.0%	11	3.3%

Попитахме анкетираните дали уведомяват личния си лекар ако не са използвали направлението за специалист с цел проверка на отговорността на пациентите. Получените резултати показват, че 62,3% уведомяват личния си лекар когато не са използвали полученото направление за специалист, докато над 1/3 (33,4 %) не го уведомяват, а 4,3 % съобщават, че уведомяват ОПЛ ако намерят време (Фигура 19). Тези резултати показват, че е необходимо да се работи в посока на повишаване на информираността на пациентите относно наличието на лимит и ограничеността на ресурсите по линия на задължителното здравно осигуряване с цел повишаване на ефективността при използването на този ресурс.

Фигура 19. Уведомявате ли личния си лекар ако не сте използвали полученото от вас направление за специалист?



Над половината от анкетираните живеещи в селата /56.1%/, 46% от живеещите в градовете и 44.5% от живеещите в областните центрове не уведомяват своя личен лекар ако не са използвали направлението за специалист в рамките на 30 дни от получаването му (Таблица 8). Само ¼ от анкетираните от столицата също не уведомяват своя личен лекар ако не са използвали направлението за специалист в рамките на 30 дни от получаването му. Причината за тези резултати трябва да търсим от една страна в пациента – за непознаването на правилата за ползване на направленията, а от друга страна в ОПЛ – за не уведомяване на пациента за наличието на срокове за ползване на направленията за специалист. Като имаме предвид факта, че тази система на регулация и срокове функционира вече повече от 20 години без да се е променила по отношение на правилата за издаване и сроковете за валидност на направленията за специалист може да направим извода за липсата на

отговорност на пациентите при изразходването на ограничените ресурси от НЗОК на нивото на извънболничната помощ. Необходимо е да се организират информационни кампании или брошури с цел повишаване на информираността на пациента по отношение на неговите задължения.

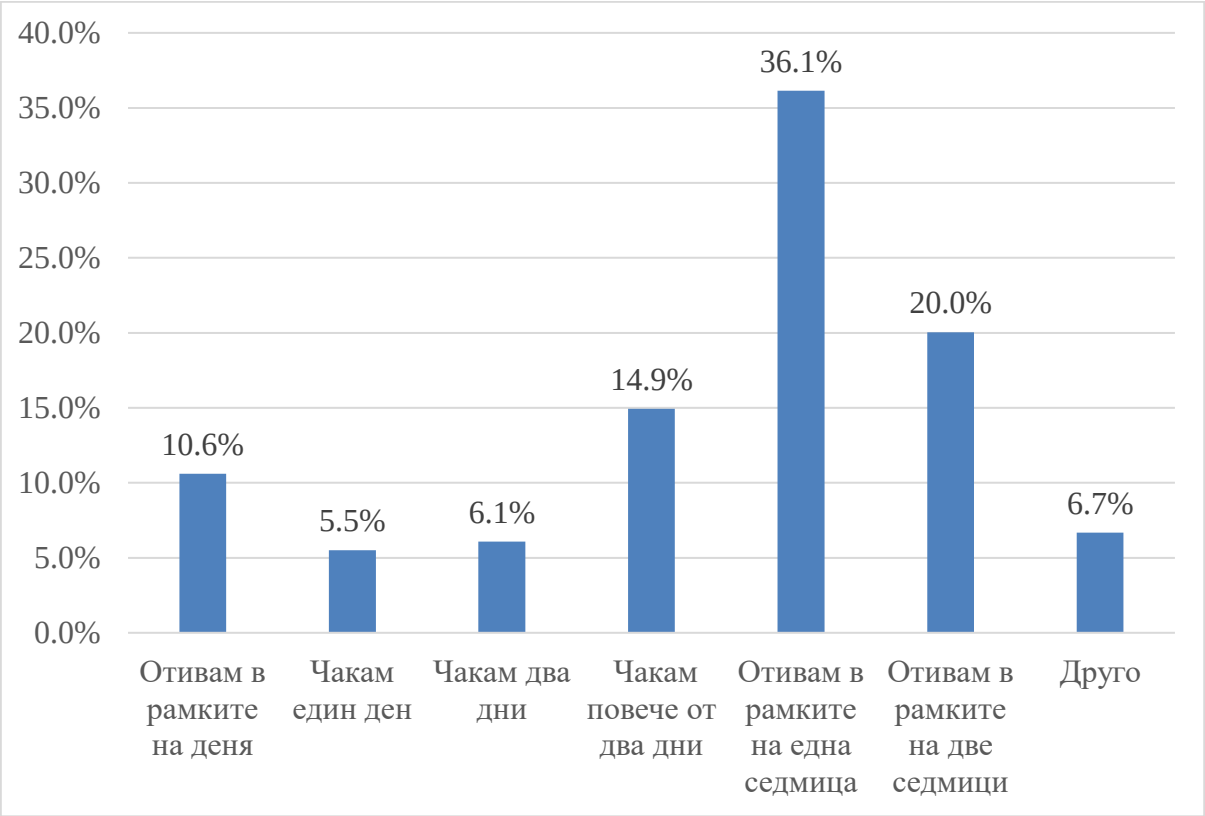
Таблица 8 . Зависимост на уведомяването от пациента на личния си лекар ако не е използвано направлението за специалист и местоживеенето

Населено място	**град**		**областен център**		**село**		**столица**	
	бр.	**в %**	**бр.**	**в %**	**бр.**	**в %**	**бр.**	**в %**
Да	36	36.0%	12	33.3%	13	31.7%	190	57.2%
По-скоро да	12	12.0%	7	19.4%	4	9.8%	43	13.0%
Не	25	25.0%	6	16.7%	14	34.1%	45	13.6%
По-скоро не	21	21.0%	10	27.8%	9	22.0%	40	12.0%
Ако намеря време	6	6.0%	1	2.8%	1	2.4%	14	4.2%

Попитани „Колко време чакате за преглед при специалист след вземане на направление от личния лекар?“ най-голяма част от анкетираните пациенти – 36,1 % отиват на преглед при специалист в рамките на една седмица, а 1/5 (20%) в рамките на две седмици след получаване на направлението за

специалист. 10,6 % отговарят, че отиват при специалиста в рамките на деня, в който са взели направление от личния си лекар, един ден чакат 5,5 % преди да отидат на преглед, а 6,1 % чакат два дни (Фигура 20). Тези резултати показват лесния достъп на пациентите до специалист в извънболничната медицинска помощ.

Фигура 20. Колко време чакате за преглед при специалист след вземане на направление от личния лекар?



Потърсихме зависимостта между времето за чакане за преглед при специалист след получаване на направление от ОПЛ и местоживеенето (Таблица 9). Резултатите показват, че най-голям относителен дял от анкерираните от столицата /39,5%/, селата /39%/ и градовете /27%/, които

отиват на преглед при специалист в рамките на 1 седмица след получаване на направление от ОПЛ. В областните центрове най-голям е процентът на отговорилите, че чакат повече от 2 дни /36,1%/ за преглед при специалист след получено напавление от личния лекар. Тук може да направим извода, че местоживеенето не е фактор определящ времето за чакане за преглед при специалист след получено направление от ОПЛ. Най-вероятно причината за чакането се дължи на факта, че повечето специалисти работят по линия на НЗОК /т.е. с направления от ОПЛ/ само в определени дни и часове от седмицата, което води и до получените резултати.

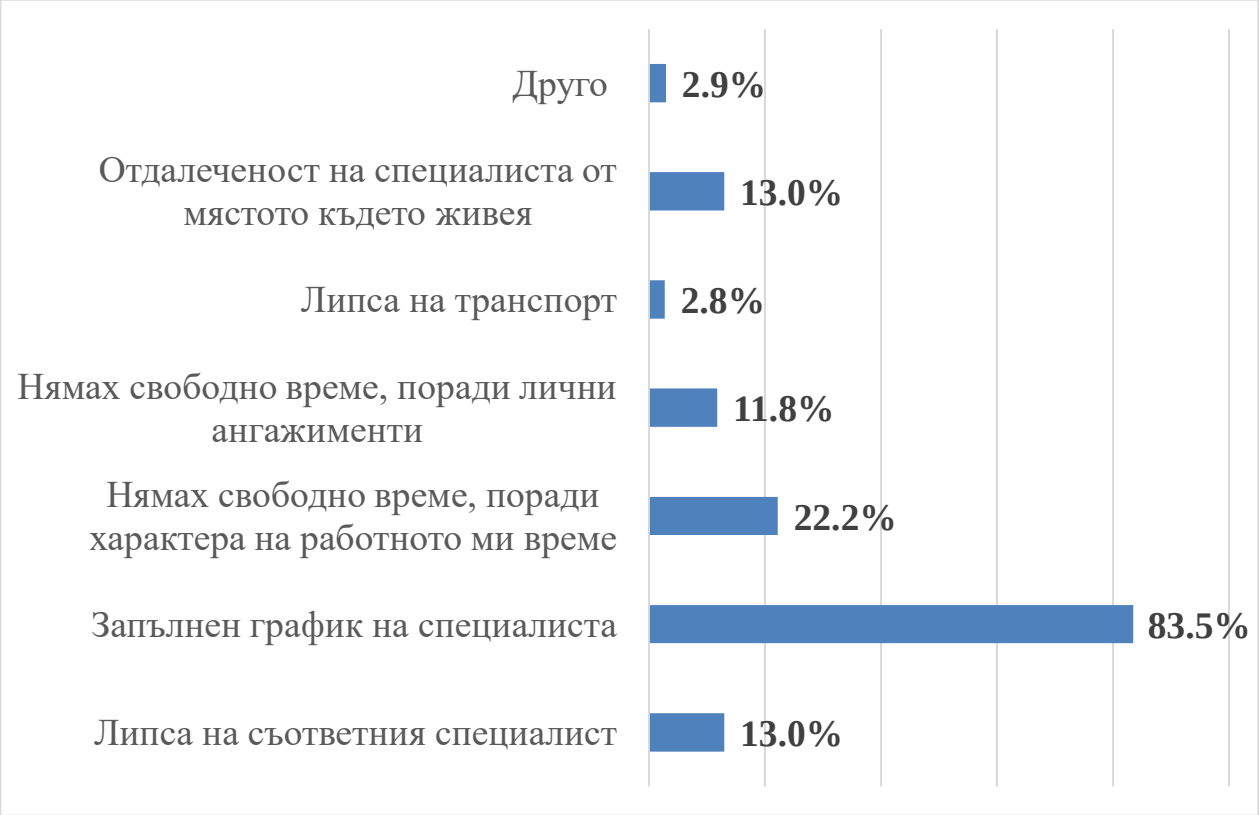
Таблица 9. Зависимост на чакането за преглед при специалист след вземане на направление от личния лекар от местоживеетето

Населено място	град		областен център		село		столица	
	бр.	**в %**	**бр.**	**в %**	**бр.**	**в %**	**бр.**	**в %**
В рамките на деня	16	16.0%	2	5.6%	4	9.8%	32	9.6%
Чакам 1 ден	13	13.0%	2	5.6%	3	7.3%	10	3.0%
Чакам 2 дни	14	14.0%	5	13.9%	3	7.3%	9	2.7%
Чакам повече от 2 дни	23	23.0%	13	36.1%	5	12.2%	35	10.5%
В рамките на 1 седмица	27	27.0%	10	27.8%	16	39.0%	131	39.5%
В рамките на 2 седмици	6	6.0%	3	8.3%	8	19.5%	85	25.6%
Друго	1	1.0%	1	2.8%	2	4.9%	30	9.0%

Потърсихме причината за чакането за преглед при специалист със следващият въпрос от нашето проучване (Фигура 21). Резултатите показват, че най-честата причина е запълнен график на специалиста - при 83,5 % от отговорилите. На второ място като причина респондентите посочват липсата на свободно време, поради характера на работното им време – 22,2%, последвано от липсата на съответния специалист и отдалечеността на специалиста от мястото където живеят – по 13%. Поради лични ангажименти

11,8 % са отговорили, че не използват направлението за специалист. Общият процент на отговорите надвишава 100%, тъй като анкетираните имаха правото да посочат повече от един отговор. Изводът, който можем да направим от отговорите на този въпрос, е че се наблюдава затрудняване на достъпа до специалист в извънболничната медицинска помощ поради намаляващия брой специалисти работещи в СИМП и характера на работното им време.

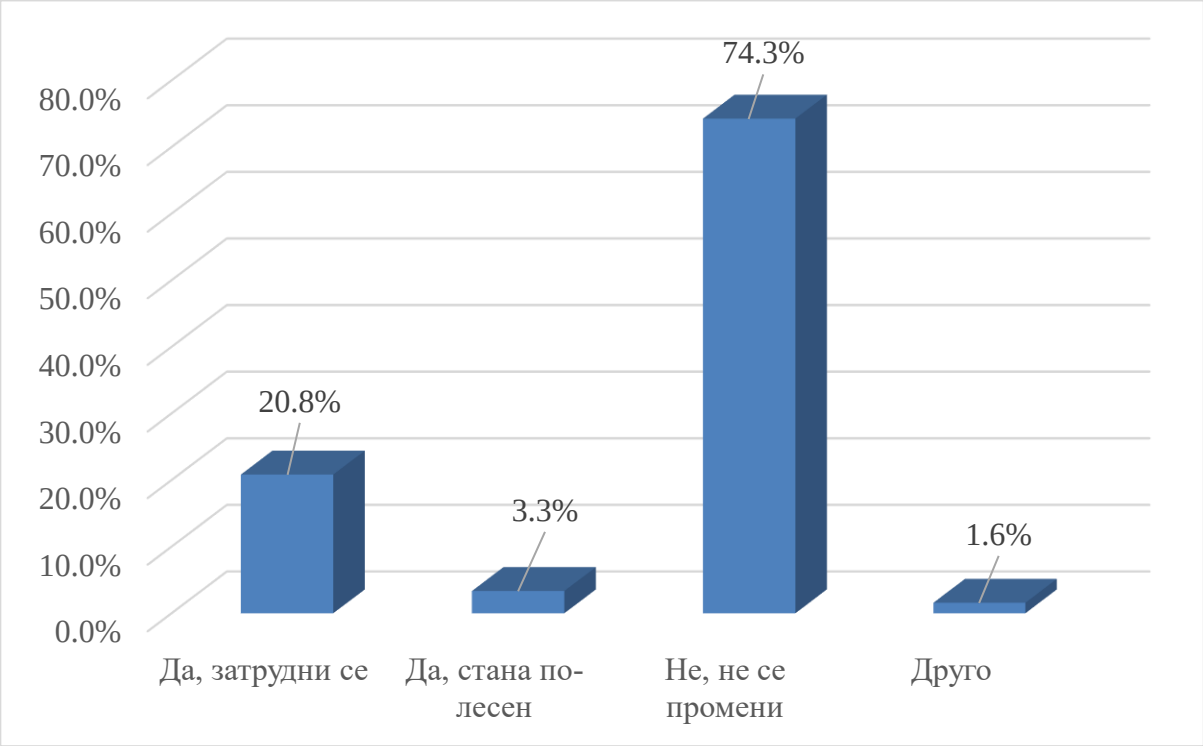
Фигура 21. Причини за чакане за преглед при специалист



На въпроса „Промени ли се достъпът Ви до специалист от извънболничната помощ след пандемията от COVID 19?“ само при 1/5 (20.8%) респондентите достъпа се е затруднил, докато при 74,3% няма промяна в достъпа (Фигура 22). При 3,3% достъпа до специалист е станал по-лесен след

пандемията от COVID 19. Резултатите показват, че пандемията от COVID 19 не е причина за промяна в достъпа до специалист от извънболничната медицинска помощ. По-скоро проблемът с кадрите в здравеопазването е системен и е необходимо да се мисли за цялостна промяна в здравната система.

Фигура 22. Промени ли се достъпът Ви до специалист от извънболничната помощ след пандемията от COVID 19?



Докато при 76.5% от анкетираните живеещи в столицата, 75% от живеещите в областните центрове и същият относителен дял на живеещите в градовете достъпа до специалист от извънболничната медицинска помощ не се е променил след пандемията от COVID 19 (Таблица 10), то при 41,5% от тези които живеят в селата отговарят, че достъпа се е затруднил. Може като цяло да се направи извода, че пандемията от COVID 19 не е повлияла достъпа

на пациентите до специалисти от извънболничната медицинска помощ.

Таблица 10. Зависимост на промяната на достъпа до специалист от извънболничната помощ след пандемията от COVID 19 от местоживеенето

Населено място	**град**		**областен център**		**село**		**столица**	
Промяна в достъпа	**бр.**	**в %**	**бр.**	**в %**	**бр.**	**в %**	**бр.**	**в %**
Да, затрудни се	25	25.0%	7	19.4%	17	41.5%	57	17.2%
Да, стана по-лесен	0	0.0%	1	2.8%	1	2.4%	15	4.5%
Не, не се е променил	75	75.0%	27	75.0%	22	53.7%	254	76.5%
Друго	0	0.0%	1	2.8%	1	2.4%	6	1.8%

Попитахме анкетираните по какъв друг начин осъществяват преглед при специалист от извънболничната медицинска помощ освен с направление от ОПЛ (Таблица 11). Резултатите показват, че платеният преглед е най-често срещаният начин за осъществяване на преглед при специалист от СИМП (78%). Над ¼ (25.7%) посочват, че имат здравна застраховка (Доброволно здравно осигуряване) и по тази линия осъществяват преглед при специалисти от извънболничната помощ освен с направление от ОПЛ. Само 2,6 %

отговарят, че осъществяват преглед чрез служба по трудова медицина (Таблица 11). Сборът на процентите е повече от 100% тъй като анкетираните имаха възможност да посочат повече от един отговор.

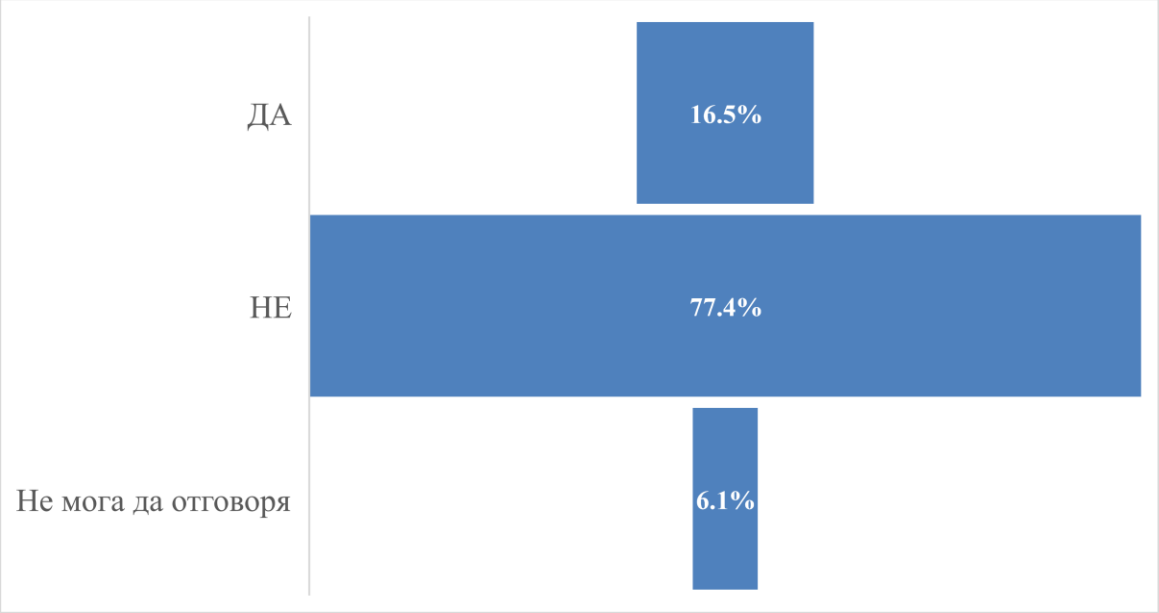
Таблица 11. Начини за преглед при специалист от извънболничната медицинска помощ освен с направление от ОПЛ

отговори	брой	%
Имам здравна застраховка (Доброволно здравно осигуряване)	131	25.7%
Платен преглед	397	78.0%
Чрез служба по трудова медицина	13	2.6%
Друго	12	2.4%

С цел да установим дали имат ограничаване в достъпа до специалист и лечение при пациентите и причините за това зададохме няколко въпроса.

На въпроса „През последната година случвало ли Ви се е да нямате възможност да получите лекарска консултация и лечение от специалист, от които сте се нуждаели?“ 16,5% дават положителен отговор, а 6,1 % не могат да отговорят. При 77,4% от анкетираните не се е случвало да нямат възможност за лекарска консултация и лечение от специалист когато са имали нужда от същото (Фигура 23).

Фигура 23. „През последната година случвало ли Ви се е да нямате възможност да получите лекарска консултация и лечение от специалист, от които сте се нуждаели?“



Потърсихме причините за липсата на възможност за получаване на лекарска консултация и лечение от специалист при положително отговорилите пациенти (Таблица 12). Близо половината (48.8 %) посочват като причина да не получат необходимата им консултация от специалист и лечение е дългата листа от чакащи, последвано от липсата на пари – 22,6%, а на трето място с 19 % са отговорите – липса на необходимия специалист в мястото, където живея и липсата на свободно време, поради характера на работното време. Сборът на процентите е повече от 100% тъй като анкетираните имаха възможност да посочат повече от един отговор. Резултатите от отговорите на този въпрос отново ни насочват към задаващия се проблем в системата на здравеопазването – намаляващия брой на лекарите специалисти в

извънболничната медицинска помощ.

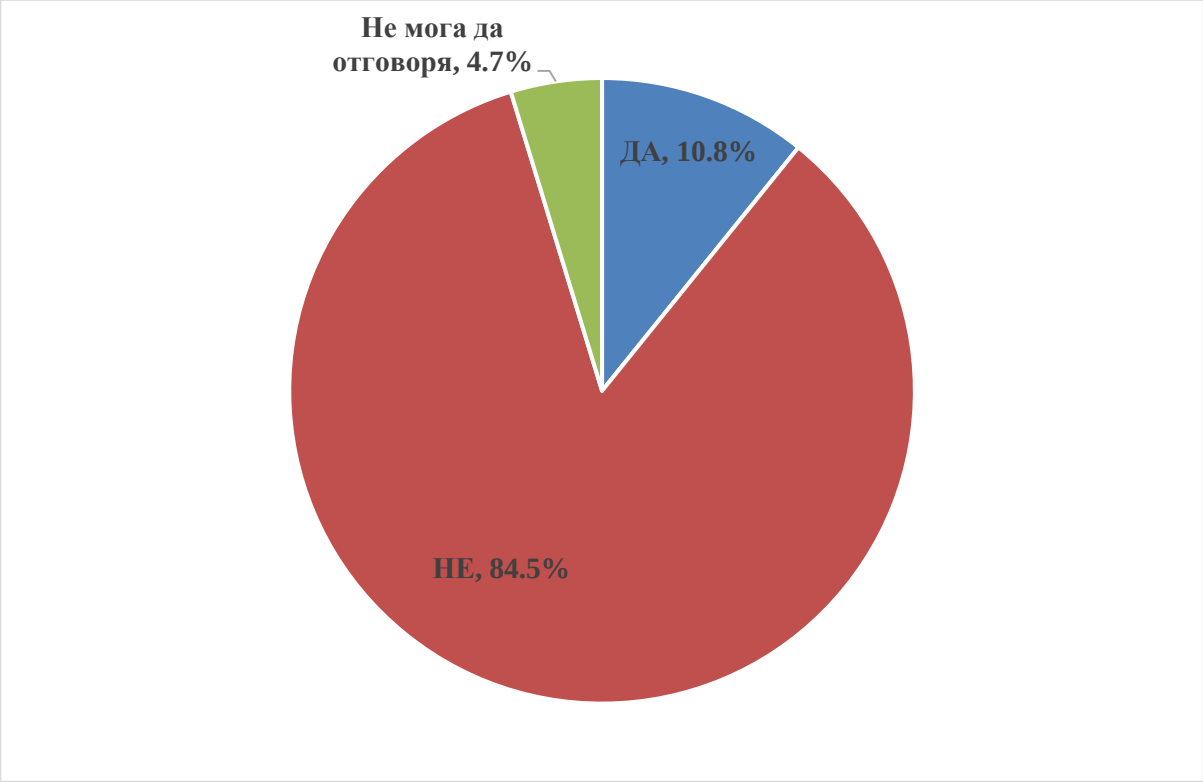
Таблица 12. Причини да не получат необходимата консултация или лечение от специалист

Отговори	брой	%
Нямах пари	19	22.6%
Нямах свободно време, поради характера на работното ми време	16	19.0%
Нямах свободно време, поради други ангажименти	6	7.1%
Поради липса на необходимия специалист в мястото, където живея или в близост	16	19.0%
Поради наличие на дълга листа на чакащи	41	48.8%
Не получих направление	11	13.1%
Изчакване дали проблемът няма да се подобри	12	14.3%
Не познавам добър лекар специалист	12	14.3%
Страх от лекари/изследвания	4	4.8%

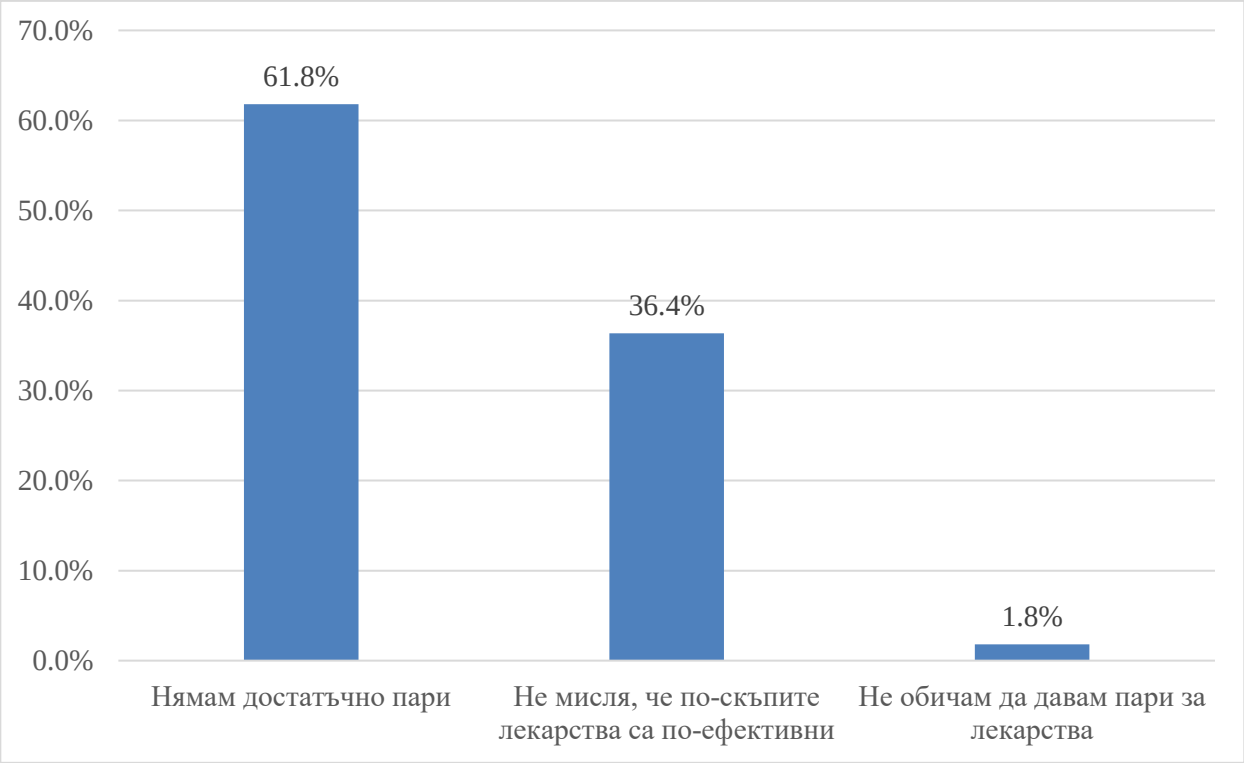
На въпроса „През последната година случвало ли се е да помолите лекар специалист да Ви предпише по-евтини лекарства?“ само 10,8% от

анкетираните дават положителен отговор (Фигура 24). Като основната причина да поискат по-евтини лекарства анкетираните посочват липсата на достатъчно пари – 61,8% от отговорилите положително, а 36,4 % не мислят, че скъпите лекарства са по-ефективни (Фигура 25).

Фигура 24. През последната година случвало ли се е да помолите лекар специалист да Ви предпише по-евтини лекарства?



Фигура 25. Причини да поискат по-евтини лекарства според анкетираните



Необходимостта от изучаване на удовлетвореността на пациентите от специализираната извънболнична медицинска помощ, особено след пандемия от Ковид 19 непрекъснато нараства и е свързана с нуждата от подобряване на качеството и ефективността на тази медицинска помощ.

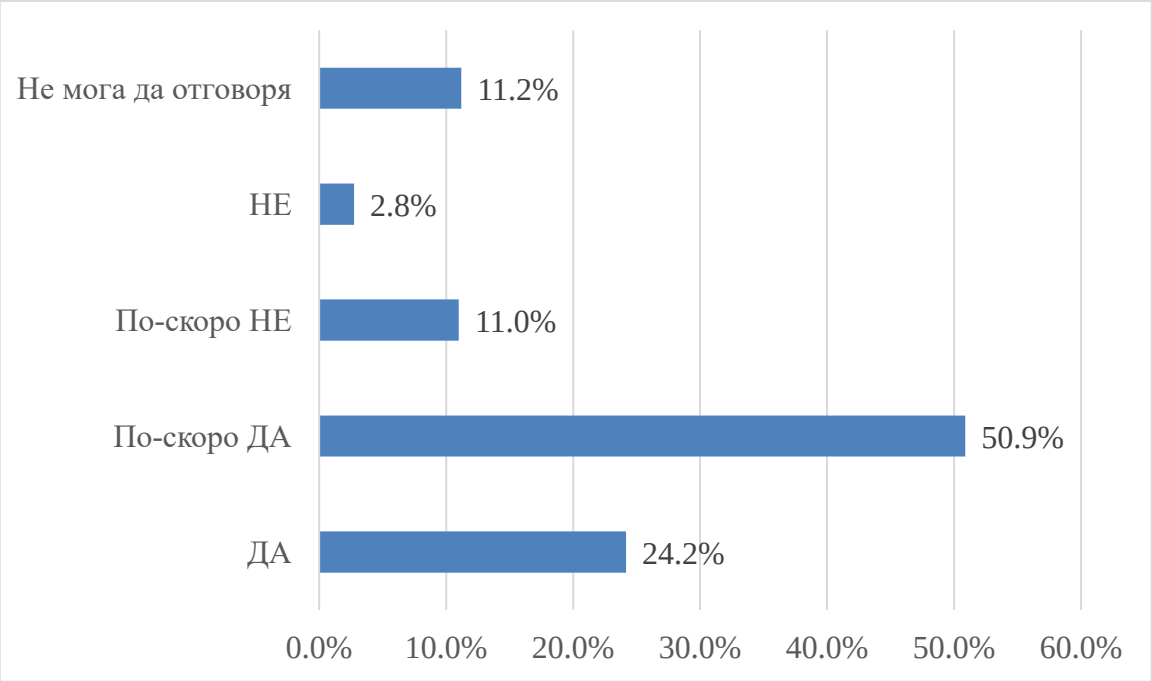
Според Закона за здравно осигуряване „Удовлетвореност на пациента от медицинските дейности, свързани с оказаната медицинска помощ е постигане на съвпадение между очакванията на пациента, неговите потребности и реално оказаната му медицинска помощ и е индикатор за оценка на качеството на медицинската помощ, основаващ се на проучване на нагласите и мнението на пациента“ (ЗЗО).

В Наредбата за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от Националната здравноосигурителна каса, оценката за удовлетвореността на пациентите обхваща следните основни компоненти:

- ✓ медицинска документация, данни за състоянието и лечението на пациента;
- ✓ качество на оказаната медицинска помощ;
- ✓ дейности, свързани с лечението;
- ✓ допълнителни плащания от пациента.

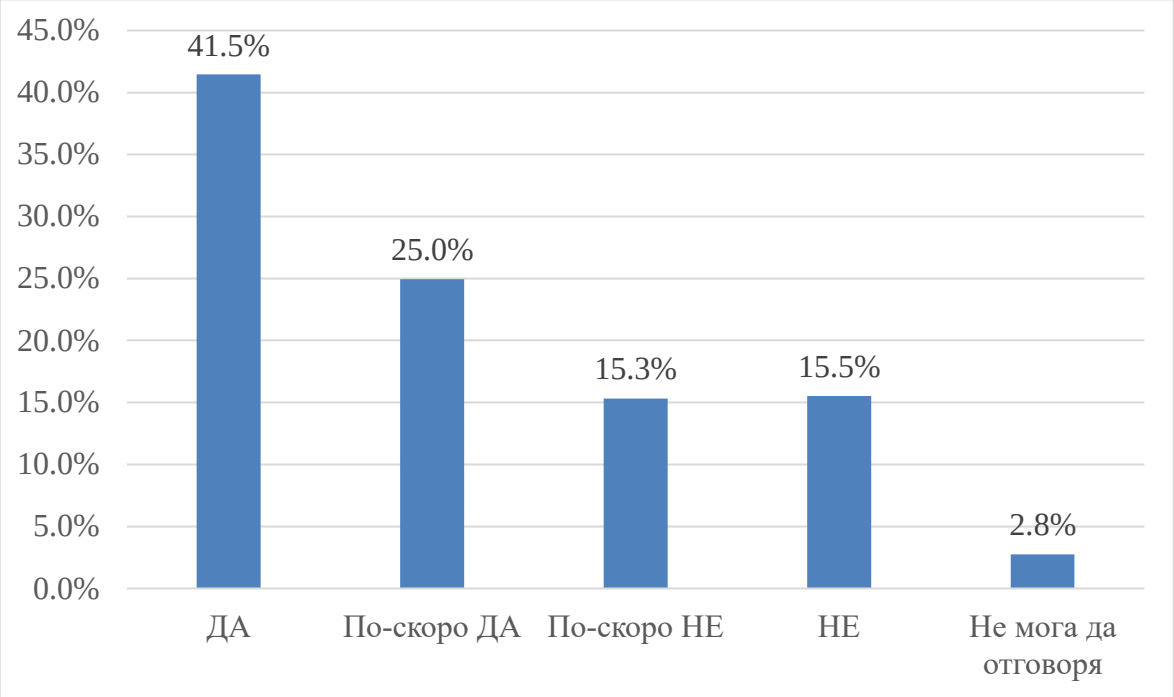
За да проучим и анализираме удовлетвореността на респондентите от специалист в специализираната извънболнична медицинска помощ са зададени част от въпросите в анкетната карта. Като елемент на удовлетвореността на пациента е усещането, че проблемът, с който е отишъл при лекар е решен. Затова попитахме респондентите „След посещението Ви при лекар специалист считате ли, че здравословния проблем, заради който сте го посетили, е решен?“ (Фигура 26). Според близо ¼ (24.2%) проблемът е решен. Половината (50,9 %) от респондентите считат, че по-скоро проблемът е решен, докато при 13,8 % проблемът не е решен, а 11,2 % не могат да отговорят.

Фигура 26. След посещението Ви при лекар специалист считате ли, че здравословния проблем, заради който сте го посетили, е решен?



На въпроса „Има ли случаи, в които лекарят специалист Ви пренасочва към друг специалист?“ (Фигура 27) положително отговарят 66,5 % от респондентите, 30,8 % дават отрицателен отговор и само 2,8 % не могат да отговорят. Тези резултати косвено говорят за отговорността на лекарите специалисти при решаването на здравословните проблеми на пациентите. Големият процент на отговорилите, че специалистите ги препращат към други показва стремежа към цялостно обслужване и получаване на необходимата здравна услуга от пациентите.

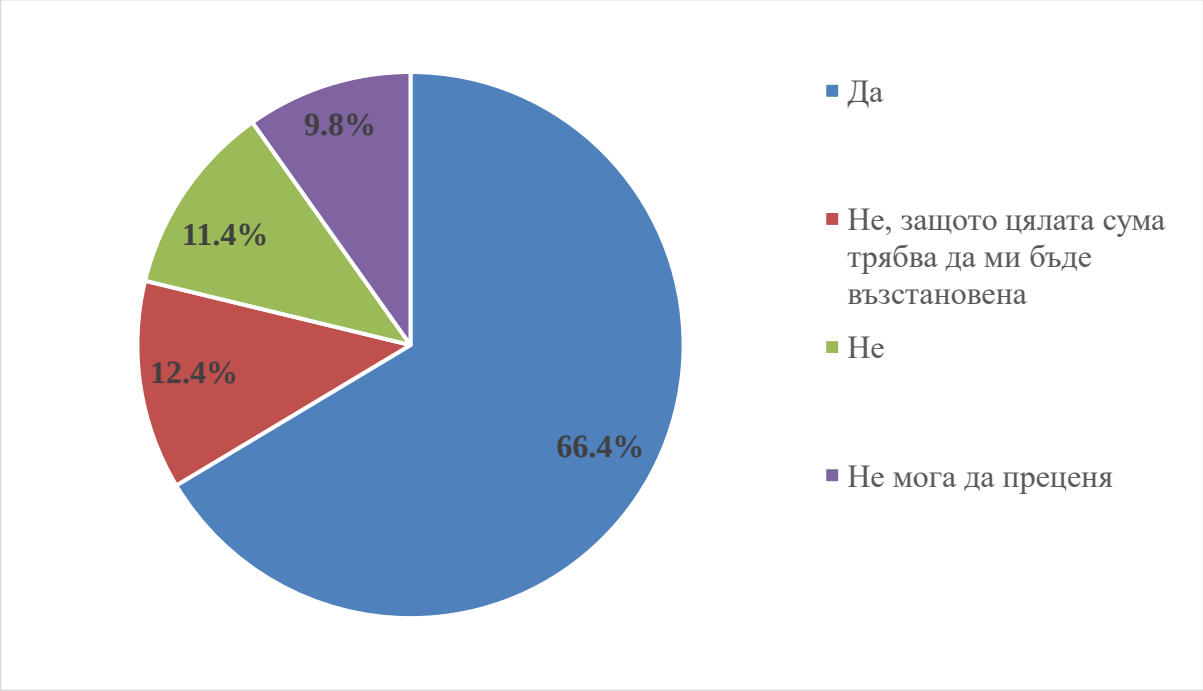
Фигура 27. „Има ли случаи, в които лекарят специалист Ви пренасочва към друг специалист?“



С цел анализ и оценка на нагласата на респондентите към платените прегледи при специалисти от извънболничната помощ зададохме поредица от въпроси.

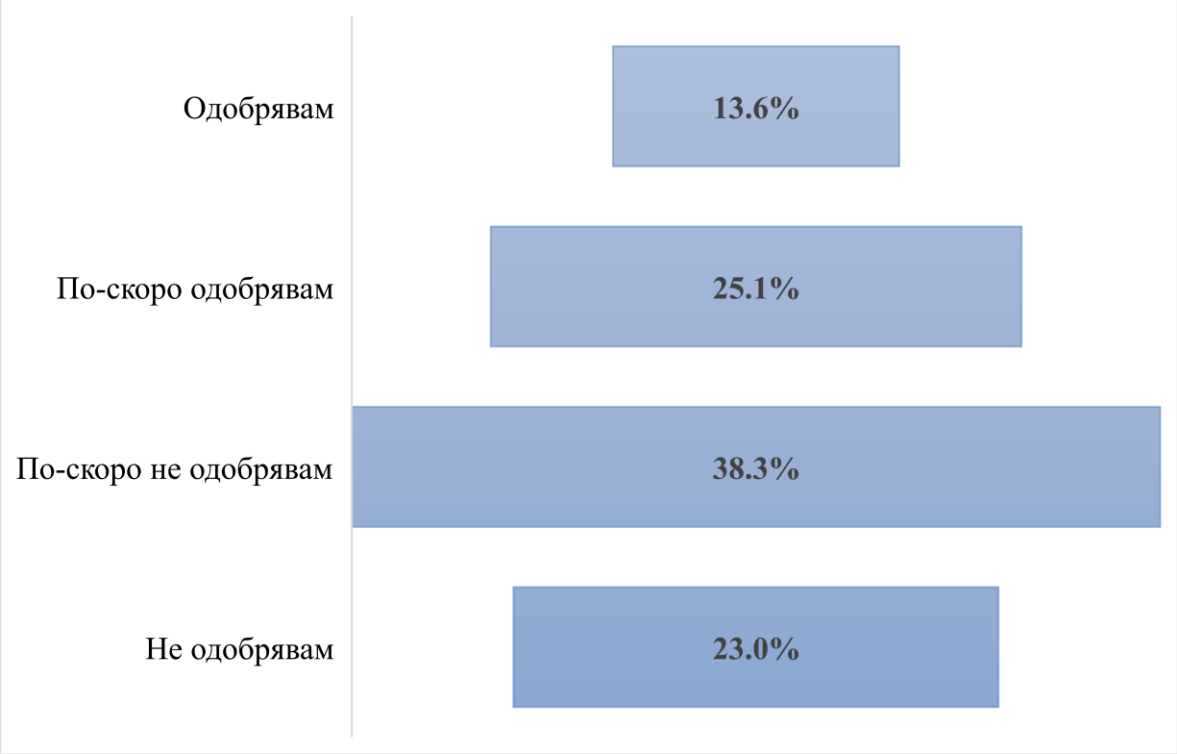
На въпроса „Съгласни ли сте да отидете на платен преглед при специалист, при условие, че 90% от сумата се възстановява незабавно?“ 66,4 % от анкетираните дават положителен отговор (Фигура 28). Според 12.4 % от респондентите цялата сума трябва да бъде възстановена, а 11.4 % не са съгласни да осъществят платен преглед при тези условия. Немалка част – 9,8% не могат да дадат отговор.

Фигура 28. Съгласни ли сте да отидете на платен преглед при специалист, при условие, че 90% от сумата се възстановява незабавно?



С цел изясняване на нагласата на респондентите към изцяло платените прегледи при специалист зададохме въпроса „Как бихте определили нагласата си към изцяло платените прегледи при лекар специалист?“ (Фигура 29). Резултатите показват, че преобладават отрицателните отговори – не одобряват изцяло платените прегледи при лекар специалист 23 % от анкетираните, по-скоро не одобряват – 38,3 %. Само 13,6 % твърдо одобряват платените прегледи при специалист, а ¼ (25.1 %) по-скоро ги одобряват.

Фигура 29. Нагласа на анкетираните към изцяло платените прегледи при лекар специалист



Потърсихме зависимостта на одобрението или неодобрението към изцяло платените прегледи при специалист от анкетираните и местоживеенето (Таблица 13). Във всички населени места преобладава неодобрението към изцяло платените прегледи при специалист като в най-висок процент от респонденти живеещи в селата (78%), последвани от живеещите в областни центрове (72,2%) и градовете (63%). Съответно в най-голяма степен се наблюдава одобрение към изцяло платените прегледи при специалист от анкетираните живеещи в столицата (42,5%).

Таблица 13. Зависимост на нагласата на анкетираните към изцяло платени прегледи при специалист с местоживеене

Населено място	град		областен център		село		столица	
	бр.	**в %**	**бр.**	**в %**	**бр.**	**в %**	**бр.**	**в %**
Одобрявам	10	10.0%	4	11.1%	3	7.3%	52	15.7%
По-скоро одобрявам	27	27.0%	6	16.7%	6	14.6%	89	26.8%
По-скоро не одобрявам	35	35.0%	14	38.9%	19	46.3%	127	38.3%
Не одобрявам	28	28.0%	12	33.3%	13	31.7%	64	19.3%

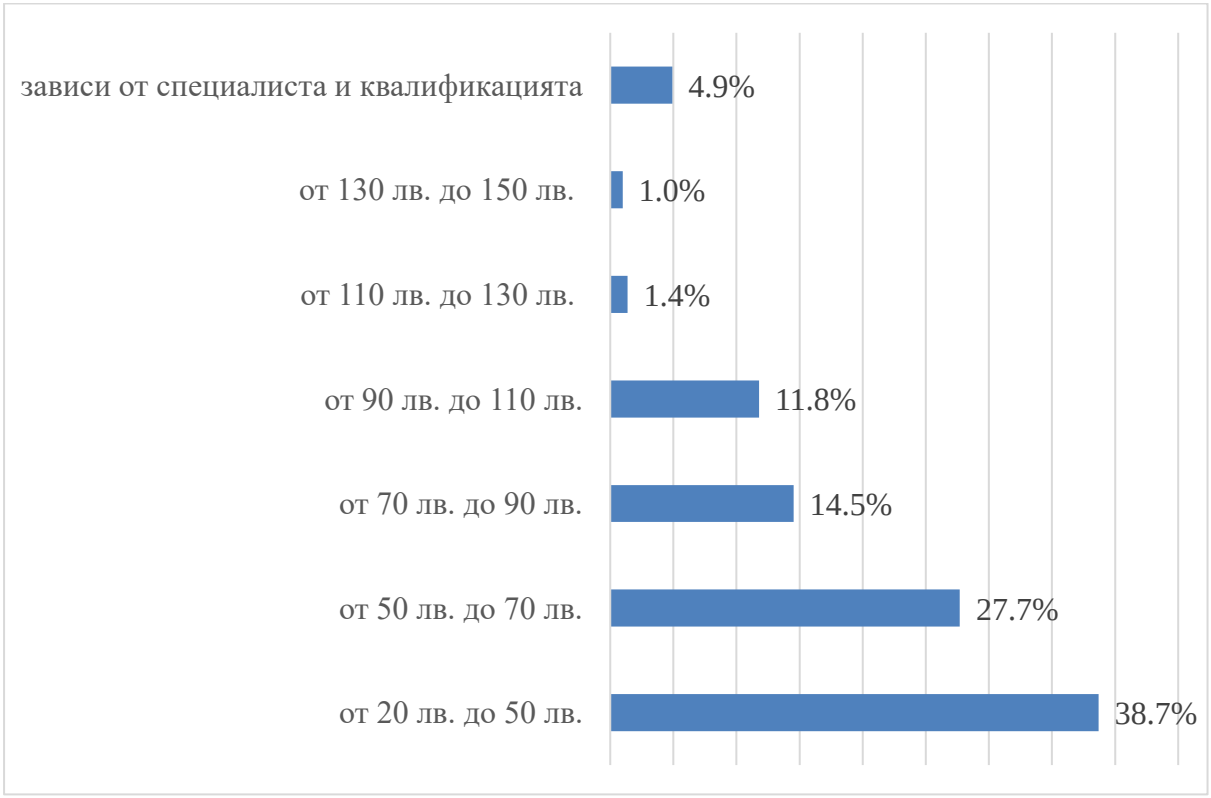
По отношение на зависимостта между доходите на анкетираните и нагласата към изцяло платените прегледи при специалист резултатите са представени в таблица 14. Докато респондентите с доход между 1501 – 2000 лв. по-скоро одобряват изцяло платените прегледи при специалист, то тези с доход между 1001 – 150 лв. по-скоро не го одобряват.

Таблица 14. Зависимост на нагласата на анкетираните към изцяло платени прегледи при специалист с техните доходи

Доходи	Одобрявам		По-скоро одобрявам		По-скоро не одобрявам		Не одобрявам	
	бр.	**в %**	**бр.**	**в %**	**бр.**	**в %**	**бр.**	**в %**
до 600 лв.	2	2.9%	5	3.9%	11	5.6%	7	6.0%
601 - 800 лв.	1	1.4%	6	4.7%	13	6.7%	10	8.5%
801 - 1000 лв.	4	5.8%	8	6.3%	37	19.0%	24	20.5%
1001 - 1500 лв.	16	23.2%	27	21.1%	60	**30.8%**	26	22.2%
1501 - 2000 лв.	20	29.0%	42	**32.8%**	37	19.0%	30	25.6%
2001 - 3400 лв.	11	15.9%	26	20.3%	29	14.9%	14	12.0%
над 3400 лв.	15	21.7%	14	10.9%	8	4.1%	6	5.1%

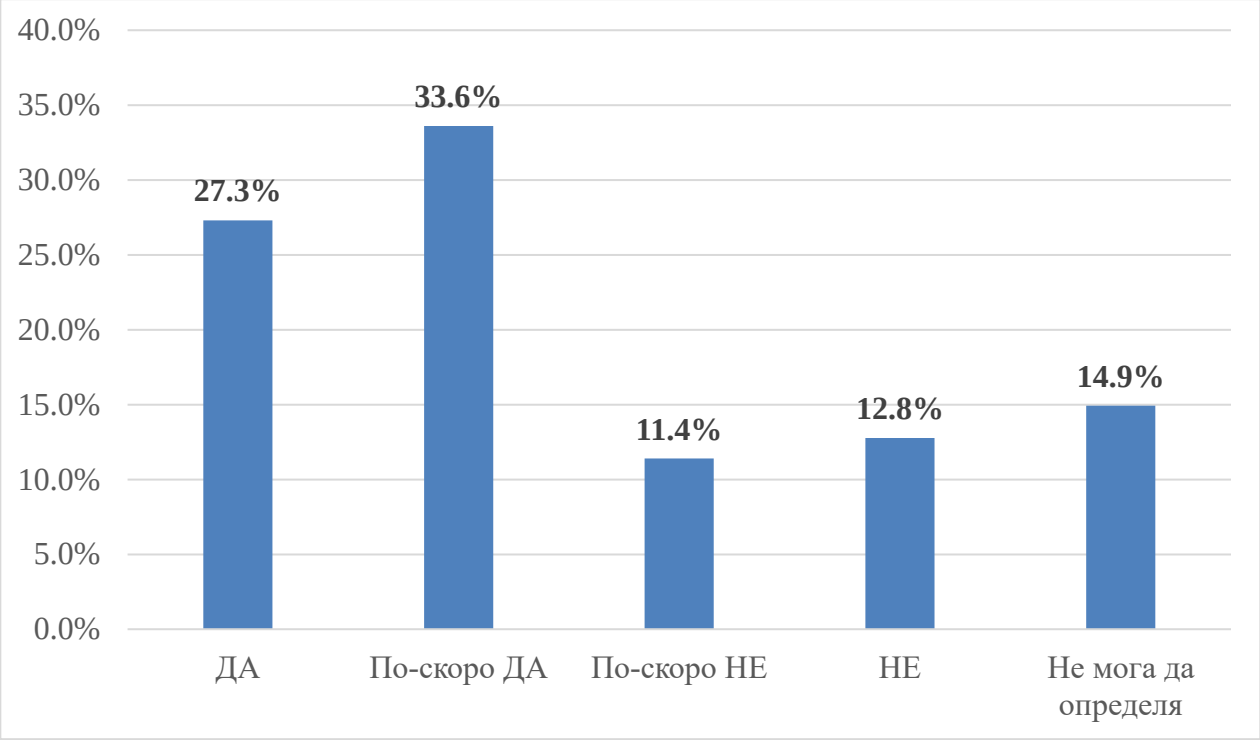
Попитахме анкетираните, каква според тях трябва да бъде цената на преглед при специалист (Фигура 30). Според 38,9 % от респондентите цената за преглед при специалист трябва да бъде между 20 и 50 лв., 27,7% са на мнение, че цената трябва да бъде между 50 и 70 лв., а 11,8 % - между 90 и 110 лв. Само 4,9 % отговарят, че цената трябва да зависи от квалификацията на специалиста. Отговорите на този въпрос показват непознаването от страна на пациентите за реалната стойност на медицинската услуга. Това най-вероятно се дължи на действащата система на здравеопазване и слабите информационни кампании в тази посока.

Фигура 30. Мнение на анкетираните за цената на преглед при лекар специалист



Попитахме респондентите дали според тях има предимства платения преглед при лекар специалист пред този осъществен с направление от ОПЛ (Фигура 31). Според 60,9 % от анкетираните платеният преглед при лекар специалист има предимства пред този осъществен с направление от ОПЛ, докато близо ¼ (24.2 %) са на мнение, че няма такова предимство. 14,9 % не могат да определят дали съществува предимство на платения преглед при специалист.

Фигура 31. Мнение на анкетираните относно наличието на предимства на платения преглед при лекар специалист пред този осъществен с направление от ОПЛ



Попитахме положително отговорилите да посочат кои според тях са предимствата на платеният преглед при лекар специалист пред този осъществен с направление от ОПЛ (Таблица 15). На първо място като причина респондентите поставят факта, че платения преглед се извършва с по-качествена апаратура и в по-добри условия (39.7 %), последван от това, че платения преглед се осъществява по-бързо (39.5 %). Според 14,9 % платения преглед се извършва от по-квалифициран специалист, 13.9 % посочват, че е по-достъпен. Сборът от процентите е повече от 100% поради възможността за повече от един отговор.

Таблица 15. Предимства на платеният преглед при лекар специалист пред този осъществен с направление от ОПЛ според анкетираните

Предимства	брой	%
Платения преглед се извършва от по-квалифициран специалист	76	14.9%
Платения преглед се осъществява по-бързо	201	39.5%
Платения преглед се извършва с по-качествена апаратура и в по-добри условия	202	39.7%
Платения преглед е по-достъпен	71	13.9%
Друго	11	2.2%

На въпроса „В кои случаи сте склонни да заплатите изцяло прегледа при лекар специалист?“ 68,4 % посочват като причина спешен и неотложен случай (Таблица 16). Над половината от анкетираните – 51,1 % биха заплатили преглед при лекар специалист при нужда от второ мнение относно вече поставена диагноза. Около 1/3 (32.4%) предпочитат да посетят точно определен специалист, който им е препоръчан и не работи с направления и само 3,3 % не могат да определят. Сборът от процентите надхвърля 100% тъй като анкетираните имат възможност да посочат повече от един отговор.

Таблица 16. Мнение на анкетираните кога са склонни да заплатят преглед при лекар специалист

отговори	брой	%
При спешен и неотложен случай	348	68.4%
При нужда от второ мнение относно вече поставена диагноза	260	51.1%
Предпочитам да посетя точно определен специалист, който ми е препоръчан и който не преглежда с направление	165	32.4%
Не мога да определя	17	3.3%

ИЗВОДИ

От представените данни, направените анализи и оценки можем да формулираме следните изводи:

1. Разходите за извънболнична помощ (първична и специализирана) са относително малки като дял от бюджета на НЗОК. Те нарастват незначително през 2021 г. - с около 6 млн. лева за ПИМП и 28 млн. за СИМП.
2. Наблюдават се значителни регионални диспропорции, недостатъчна осигуреност и свободни работни места за някои лекарски специалности, което оказва влияние върху дейността на СИМП.
3. Прилагането на финансови стимули за изпълнителите на медицинска помощ в условията на извънредно положение е успешен подход за обезпечаване на дейността на СИМП, предвид наблюдаваната през 2020 г. обща тенденция.
4. Реализираните финансови стимули за СИМП, са не само механизъм за финансово подпомагане на тяхната дейност, но и предпоставка за повишаване на мотивацията за работа и начин за отдаване на заслуженото им признание в борбата с COVID-19.
5. Платеният преглед е най-често срещаният начин за осъществяване на преглед при специалист от СИМП (78%) извън здравното осигуряване, последван от здравна застраховка (Доброволно здравно осигуряване) - 25.7%.
6. Основна причина за липсата на възможност за получаване на лекарска консултация и лечение от специалист при положително отговорилите пациенти (16.5%) е дългата листа от чакащи (48.8 %), последвано от

липсата на пари – 22,6% и липса на необходимия специалист в мястото, където живея и липсата на свободно време, поради характера на работното време (19 %).

7. Не одобряват в различна степен изцяло платените прегледи при лекар специалист 51,3% % от анкетираните и само 13,6 % твърдо одобряват платените прегледи при специалист.
8. Непознаването от страна на пациентите за реалната стойност на медицинската услуга показват резултатите от въпроса каква трябва да е цената на преглед при специалист (според 38,9 % от респондентите цената за преглед при специалист трябва да бъде между 20 и 50 лв., 27,7% са на мнение, че цената трябва да бъде между 50 и 70 лв., а 11,8 % - между 90 и 110 лв.).
9. Според 60,9 % от анкетираните платеният преглед при лекар специалист има предимства пред този осъществен с направление от ОПЛ.
10. Най-голям относителен дял от анкетираните посочват, че платения преглед се извършва с по-качествена апаратура и в по-добри условия (39.7 %), последван от това, че се осъществява по-бързо (39.5 %), а според 14,9 % платения преглед се извършва от по-квалифициран специалист.
11. Попитани кога са склони да заплатят преглед при лекар специалист 68,4 % от анкетираните посочват като причина спешен и неотложен случай, 51,1 % при нужда от второ мнение относно вече поставена диагноза и 1/3 (32.4%) предпочитат да посетят точно определен специалист, който им е препоръчан и не работи с направления.

ПРЕПОРЪКИ

От представените анализи за осигуреността, дейността и финансирането в СИМП и проведеното анкетно проучване на потребители на СИМП можем да формулираме следните препоръки към отговорните институции:

Към Министерство на здравеопазването

Реформирането на здравната система в България следва да има за цел въвеждане на конкуренция - тъй като качеството на здравните услуги и удовлетвореността от тях са правопропорционално свързани с наличието на конкуренция в сектора и възможността здравноосигуреното лице (ЗОЛ) да избере своето застрахователно дружество и доставчик на медицински стоки и услуги.

Към НЗОК:

1. При лимитирането на направленията за специалист да се отчитат следните фактори: възрастовата структура на пациентската листа при ОПЛ, наличието на хронични заболявания и техния брои на един пациент, нормативно определената възможност/ограничение за диспансеризация на пациентите при ОПЛ или специалист.
2. Ефективно проследяване използваемостта на направленията (за специалисти в извънболничната медицинска помощ и изследвания), с цел отчитане при ОПЛ единствено на използваните направления, т. е. тези, за които НЗОК е заплатила.

3. Финансово стимулиране за развитието на практиките на лекарите специалисти в СИМП чрез разработване и въвеждане в практиката на методика за оценка на дейността им.
4. Допълнителни стимули (под формата на финансови средства, безплатни курсове за повишаване на квалификацията и др.) за лекарите специалисти работещи в малки, отдалечени и труднодостъпни населени места.
5. Оптимизиране на връзката ОПЛ – лекар-специалист – болнична помощ с оглед проследяване състоянието на пациента, чрез въвеждане на електронното здравеопазване и единна информационна система в здравеопазването.

Към БЛС и медицинските университети:

1. Организиране на различни форми за продължаващо медицинско обучение и СДО за лекарите във връзка с повишаване на знанията им относно ролята на комуникацията в диагностично-лечебния процес.
2. Организиране на информационни кампании сред населението за повишаване на здравната култура на населението по отношение на пътя на пациента в системата на здравеопазването, неговите права и задължения.

Към местната власт (общините)

С цел привличане на специалисти в малките населени места да се разработи методика, включваща финансови и материални стимули, както и такива за професионално развитие на младите специалисти работещи малките населени места поне 5 години след придобиване на специализацията.

ПРИНОСИ

В дисертационната разработка могат да бъдат отбелявани следните приноси, които имат научен и практико-приложен характер:

1. Извършен е анализ и оценка на разпределението на разходите за здравноосигурителни плащания в бюджета на НЗОК за 2019-2021 г.
2. За първи път у нас е извършен анализ на осигуреността, дейността и финансирането по линия на НЗОК в СИМП в България за периода 2011 - 2021г. като е установено наличие на териториални диспропорции, водещи до затруднен достъп до специалисти.
3. Анализирана е системата на регулация на финансовите ресурси в специализираната извънболнична медицинска помощ и за изведени съществуващите проблеми.
4. На базата на анкетно проучване на пациенти за първи път е направен анализ и оценка на СИМП относно: осигуреност с лекари специалисти в извънболничната помощ: достъпа до практиките на специалистите в извънболничната медицинска помощ; използваемостта на направленията и финансовите аспекти при ползване на СИМП.
5. Анализирана е нагласата на пациентите към изцяло платените прегледи при лекари специалисти от СИМП, наличието на предимства при този вид преглед и условията, при които пациентите са съгласни да платят.
6. Формулирани за конкретни препоръки към отговорните институции с цел усъвършенстване на съществуващата осигуреност, достъпност и финансиране на СИМП и по ефективно мениджмънт на ограничените ресурси в здравеопазването.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бакърджиева Г., Т. Златанова, М. Лазарова. Първи стъпки в подкрепа на общественото здраве в България, чрез използването на финансовите ресурси на Европейския съюз, Общественото здравеопазване в условия на криза. Годишник на Факултета по обществено здраве, Медицински университет – София 2015, изд. „Наука и общество“ с. 227-242
2. Борисов В., Ц. Воденичаров, Процеси на интеграция и диференциация в съвременното обществено здравеопазване, Ново обществено здравеопазване, С., 1998, т.1, с.35-38.
3. Борисов, Б., Ц.Воденичаров, Реалности на здравната реформа. Изд. „Филвест”, © 2000
4. Борисова Б., Мениджмънт на времето в здравеопазването, 2019г. Горекс прес –120с., ISBN 978-954-616-296-0
5. Великов Ст., Р. Златанова-Великова, Т. Златанова, Семантичен подход при анализ на дейностите в доболничната медицинска помощ, НАУЧНИ ТРУДОВЕ ТОМ V, ЮБИЛЕЙНА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ „НАУКАТА И БРАЗОВАНИЕТО – ТРАДИЦИИ И БЪДЕЩЕ”, 2 - 3 октомври, 2014, Кърджали, с. 356-359
6. Воденичаров Ц., В. Борисов, Феноменът общественото здраве в променящия се свят, Горекс Прес, 2017, с. 384
7. Воденичаров Ц. и кол., Здраве на населението в света, изд. ИК „ГорексПрес”, С., 2015,с. 398
8. Воденичарова А., Информационни и комуникационни технологии в осигурителните дружества, Информационни и комуникационни

технологии в здравеопазването, изд. „ГорексПрес”, С., 2015, стр. 102 – 111

9. Георгиева Л. Бедност и здравни неравенства. Варненски медицински форум, 2015; т.4, прил.3:272-276.
10. Георгиева Л., И. Мирчева, В. Михайлова-Алакиди, Д. Солодухина. Достъп на възрастното селско население до здравни услуги – между правото на избор и липсата на алтернатива. В: Европейските етични стандарти и българската медицина. София: БАН, 2014; 373-379.
11. Георгиева Л., С. Попова. Потребности от първична медицинска помощ на възрастните хора след активно стационарно лечение. Здравна политика и мениджмънт, 2008; 5:87-93.
12. Георгиева Л. Финансовата уязвимост на възрастните хора в контекста на посрещане на здравните потребности. Здравна политика и мениджмънт, 2009; 5:10-15.
13. Димитрова, Р. (2018). Разходи за здравеопазване и качество на здравните услуги в България. Управление и устойчиво развитие, 2018.
14. Джугларска М., Т. Златанова, Н. Попов, Цв. Петрова-Готова, Р. Янева, Д. Щерева-Тзуни, Е. Насева, М. Лазарова, Мнението на общопрактикуващите лекари относно допълнителното финансиране за работа в условията на обявена епидемична обстановка– Медицински преглед, 2023, 59(2) изд. Централна медицинска библиотека, с. 49-55 ISSN: 1312-2193.
15. Дъбева, Т., Г. Рафаилова и др. Сертифициране на качеството на семейното хотелиерство, Наука и икономика, Варна, 2013, с. 7
16. Закон за здравето, Обн. ДВ бр. 70от 10.08.204г, в сила от

01.01.2005г, изм. и доп. ДВ. бр.110 от 29 Декември 2020г., доп. ДВ. бр.21 от 12 Март 2021г., https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135489147.

17. Закон за здравното осигуряване, Обн. ДВ бр. 70 от 19.06.1998 г.,.... изм. и доп., бр. 67 от 28.07.2020 г., бр. 103 от 4.12.2020 г., в сила от 1.01.2021 г., бр. 21 от 12.03.2021 г., в сила от 12.03.2021 г., https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134412800.
18. Златанова Т., Специализираната извънболнична медицинска помощ в България – състояние и перспективи, Scripta Scientifica Medica, v. 43 (4), 2011, Medical University Prof. Dr. Paraskev Stoyanov, Varna, Bulgaria, p. 302-303 /10 години Факултет „Обществено здравеопазване" Научна конференция на тема „Към здравеопазване, базирано на знания и научни резултати" 7-8 октомври 2011Варна/
19. Златанова-Великова Р., Т. Златанова, Парадоксите в българското здравеопазване – задължителните профилактични прегледи на лица над 18 години, Обща медицина, С. , бр.2, 2010, с.27-32
20. Златанова-Великова Р., Т. Златанова и др. Качеството в първичната извънболнична медицинска помощ в България, регламентирано в нормативните документи, http:/ /www.sustz.com/journal/VolumeIII/Number7/ Papers/RalitsaZlatanova-Velikova.pdf, 01.12.2016
21. Златанова Т., Икономическо и социално развитие в държавите от ЕСвследствие на пандемията от Ковид – 19, Четиридесет и шеста научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2021, 24 юни 2021, Гражданска идея в действие, изд. ТЕМПО, София 2021, с. 94-99, ISSN online 2738-8174, ISSN print 1313 – 9134
22. Златанова Т., Н. Михайлов, Н. Попов, А. Кехайов, Публични

ресурси в борбата с Ковид-19, Четиридесет и шеста научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2021, 24 юни 2021, Гражданска идея в действие, изд. ТЕМПО, София 2021, с. 84-87, ISSN online 2738-8174, ISSN print 1313 – 9134

23. Златанова Т., Цв. Стоянова, Я. Събев, А. Кехайов. Деформации в българското здравеопазване, СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ЧЕТВЪРТА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ „МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН ПОДХОД В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“ 19 ноември 2020 г., изд. Медицински Университет София, Централна медицинска библиотека, 2021, ISBN 978-619-7491-32-6, с. 27-26
24. Златанова Т., Цв. Стоянова, Я. Събев, А. Кехайов. Деформации в българското здравеопазване, СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ЧЕТВЪРТА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ „МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН ПОДХОД В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“ 19 ноември 2020 г., изд. Медицински Университет София, Централна медицинска библиотека, 2021, ISBN 978-619-7491-32-6, с. 27-26
25. Златанова, Т., Оценка на потребностите като елемент на контролирания пазар на здравни услуги в първичната медицинска помощ”, Дисертационен труд, С., 2004
26. Златанова, Т., Ц. Петрова-Готова, Г. Комитов, С. Генев Р. Златанова- Великова, Проблемът с направленията за специалист от гледна точка на пациентите, Здравен мениджмънт, № 4, 2008
27. Златанова Т., Цв. Петрова –Готова, Решени и нерешени стратегически проблеми на финансирането на здравеопазването,

Медицински меридиани, 2014, №1, ISSN 131401090, с.3-7

28. Златанова Т., Р. Златанова-Великова, Цв. Петрова – Готова, Р. Янева, Кр. Маркова, В. Гончев, Анализ на достъпа до първичната извънболнична медицинска помощ, Сборник статии "Европейските етични стандарти и българската медицина", Издател БЛС, С., 2014, с. 99-111
29. Златанова Т., Ц. Петрова-Готова, Икономически анализ в здравеопазването, публикувано в Методологични подходи за икономическа оценка на здравни програми, изд. ГорексПрес, София, 2015, с.18-26.
30. Златанова Т., Ц. Петрова-Готова, Инструменти на финансовия мениджмънт в здравеопазването, публикувано в Методологични подходи за икономическа оценка на здравни програми, изд. ГорексПрес, София, 2015, с. 27-36.
31. Златанова Т., Ц. Петрова-Готова, Анализ на капацитета на институциите в здравеопазването, публикувано в Методологични подходи за икономическа оценка на здравни програми, изд. ГорексПрес, София, 2015, с.87-96.
32. Златанова-Великова Р., Т. Златанова, А. Воденичарова, Б. Борисова, Ст. Великов, Стратегическата роля на общопрактикуващия лекар във връзката първична – специализирана извънболнична помощ, Общественото здравеопазване в условията на криза Годишник на ФОЗ, МУ, София, 2015, Изд. “Наука и общество”, ISBN 987-619-7000-03-0, с. 110-125
33. Златанова Т., Цв. Петрова – Готова, Н. Попов, Д. Щерева-Тзуни, Р.

Янева, Въведение в икономическите знания, Второ преработено и допълнено издание, ГорексПрес, София, 2022, с. 190, ISBN 978-954-616-322-6

34. Златанова Т., Цв. Петрова – Готова, Н. Попов, Д. Щерева-Тзуни, Р. Янева, Икономика на здравеопазването, ГорексПрес, София, 2017, с. 264
35. Златанова, Т., Г. Янев. Анализ на осигуреността и дейността на специализирана извънболнична медицинска помощ, Научни трудове, том VII, Национална научна конференция с международно участие „Наука и Общество 2019“, 2-3 октомври 2019, Кърджали, изд. „РКР Принт“ ООД, с.186 – 190
36. Златанова Т., Т. Черкезов, Насоки за нова визия на българското здравеопазване, в-к. Капитал. “Здраве” специално приложение, изд. „Икономедиа“ АД, регистрирано в СГС под N 11665/2004, май 2019 г., с. 74-75
37. Златанова Т., В. Златков, Н. Попов, Р. Златанова-Великова, Оценка финансовой устойчивости системы здоровья в Болгарии - анализ показателей, Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты: X Междунар. науч.-практ. интернет-конф. / отв. ред. С.Т. Кохан. – Чита, 2019. ISBN 978-5-9293-1883-2, с. 107-113.
38. Златанова Т., Н. Попов, Доходите - причина за здравни неравенства в условията на COVID19, ЧОВЕК, ОБЩЕСТВО, МЕДИЦИНА Юбилейна научна конференция, Сборник доклади, Кърджали, 2022, с. 140-146, ISBN 978-954-652-037-1

39. Златанова Т., Цв. Стоянова, А. Сергеева, Н. Попов, Анализ на здравноосигурителните плащания в специализирана извънболнична медицинска помощ в условията на КОВИД-19 СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ПЕТА ЮБИЛЕЙНА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ „СЪВРЕМЕННИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“ - 26 ноември 2021 г., гр. Враца, изд. Медицински Университет София, Централна медицинска библиотека, 2022, с. 30-32, ISBN 978-619-7491-49-4
40. Комитов, Г., Стр. Генев, Осигуряване на достъпа за задължително здравноосигурени лица в първичната и специализираната медицинска помощ в аспектите на управление на практиките и ресурсната осигуреност в извън-болничната помощ в страната за периода 2000-2006 година, Здравен мениджмънт, № 6, 2006.
41. Лазаров, И., Мениджмънт на качеството, Софтрейд, София, 2000, с. 78
42. Министерство на здравеопазването на Република България. Национална здравна стратегия (2014-2020). София, 2013.
43. Министерство на здравеопазването на Република България. Проект на Национална здравна стратегия (2021-2030). София, 2021.
44. Михайлов Н., Н. Попов, Т. Златанова, Мениджмънт на публичните финанси в здравеопазването, Управление и образование, Университет “Проф. д-р Асен Златаров”, Бургас ТОМ 18 (6) 2022, ISSN 13126121, с. 147-150.
45. НАРЕДБА № 10 ОТ 2 ДЕКЕМВРИ 2015 Г. ЗА ПРОУЧВАНЕ НА УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ОТ МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ, ЗАКУПУВАНИ ОТ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА, , Обн. ДВ.

бр.97 от 11 Декември 2015г., отм. ДВ. бр.18 от 24 Февруари 2017г. https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134412800

46. НАРЕДБА ЗА ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ ПРАВОТО НА ДОСТЪП ДО МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, в сила от 02.06.2006 г., приета с ПМС № 119 от 22.05.2006 г., Обн. ДВ. бр.45 от 2 Юни 2006г.,… изм. и доп. ДВ. бр.107 от 18 Декември 2020г., https://lex.bg/laws/ldoc/2135527794/.
47. Николов Н., Н. Щерева, Н. Попов, Т. Златанова, Самооценка на здравето преди и в края на пандемията от Covid-19, ПЕТДЕСЕТА НАУЧНО-ТЕХНОЛОГИЧНА СЕСИЯ КОНТАКТ 2023, 30 юни 2023 София, ISSN online 2738-8174 ISSN print 1313-9134, с.121-128.
48. Пантелеев С., Т. Златанова, Д. Пенчев, Оценка на ефективността на здравната система в България, Четиридесет и осма научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2022, 24 юни 2022, Гражданска идея в действие, изд. ТЕМПО, София 2022, с. 25-29, ISSN online 2738-8174, ISSN print 1313 – 913.
49. Пенков М., Измерването и анализът на резултатите – основна квалитологична технология на ISO 9001:2008 за подобряване качеството на болничните услуги– Българско списание по обществено здраве, 2017, бр. 4, 33-39.
50. Пенков М., Управление на качеството на здравните услуги с мениджърския инструментариум на European foundation for quality management-exceiience model и системите за болнична акредитация. Инициативи за съгласуваност между системите за управление на качеството на здравните услуги в европа.” - Социална Медицина,2016, бр. 1, 34-39.

51. Пенков М., Управление на качеството на здравните услуги с мениджърския инструментариум на ISO 9001:2008 и цикъла на Deming”. - Социална Медицина, 2016, бр. 2, 28-31.
52. Петрова - Готова Цв., Нагласа на пациентите към потребителската такса, доклад, Втората Юбилейна международна конференция “Здравеопазването - между социалната справедливост и икономическата ефективност”, Варна 26-28 май 2008
53. Петрова Зл., Генев Стр., Димитров Гр., Калоров Р., Управление на договорния процес в условията на задължителното здравно осигуряване в България, издателство Ес принт ООД, 2017 г., с. 28-29
54. Петрова-Готова Цв., Подходи за оптимизиране на финансирането на първичната извънболнична медицинска помощ у нас, Дисертация, С., 2009
55. Петрова-Готова, Цв., Първичната извънболнична медицинска помощ през погледа на пациентите, Доклади, Юбилейна научна конференция „Дни на общественото здраве”, Плевен, 5 – 7 октомври, 2006, с. 192-197, ISBN 978-954-756-069-7.
56. Петрова-Готова Ц., Янева Р., Златанова Т., Лазарова М., Спиридонов С., Воденичаров В. АНАЛИЗ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БОЛГАРИИ // PEM: Psychology. Educology. Medicine. – 2016. – № 3; URL: pem.esrae.ru/13-146 (дата обращения: 06.02.2017).
57. Попов М., А. Димова, Качеството на първичната медицинска помощ: отражение в съзнанието на пациента, Социална медицина, 2001, 1, с. 26-29
58. Попов Н., С. Великов, Т. Златанова, Р. Златанова-Великова, А.

Воденичарова, Д. Йовчев, Е. Насева. Информационни и комуникационни технологии в здравеопазването, Информационни технологии в общата медицинска практика, 2015, ГорексПрес, София, с. 119-129

59. Семова Б., Д. Василева, Р. Златанова-Великова, А. Кехайов, Качество на здравните услуги в извънболничната медицинска помощ в България, регламентирано в Националния рамков договор, СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ЧЕТВЪРТА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ: „МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН ПОДХОД В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“, ВРАЦА, 2020, ISBN 978-619-7491-32-6, с. 31-35.
60. Станимирова, М., Управление на качеството, Наука и икономика, Варна, 2015, с. 12-14
61. Стоянова Цв., Б. Семова, Т. Златанова, Анализ на дейността в специализирана извънболнична медицинска помощ в условията на КОВИД-19, СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ПЕТА ЮБИЛЕЙНА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ „СЪВРЕМЕННИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“ - 26 ноември 2021 г., гр. Враца, изд. Медицински Университет София, Централна медицинска библиотека, 2022, с. 22-26, ISBN 978-619-7491-49-4
62. Финансиране и управление на здравеопазването. Министерство на финансите, с. 18. (https://www.minfin.bg/document/2891:1, (дата на достъп 2018-02-15) с. 18
63. Чобанянева, И., А. Димова, Управление на качеството в здравеопазването, ИК “СТЕНО”, Варна, 2004, с. 9-10
64. Янев Г., Организационни и икономически аспекти на

специализираната извънболнична медицинска помощ, дисертационен труд, 2020, с. 122

65. Янев Г., Роля на специализираната извънболнична медицинска помощ в България, Четиредесет и четвърта научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2019, 25 октомври 2019, Интердисциплинната идея в действие, изд. ТЕМПО, София 2019, с. 146-150
66. Янинска, М. Лекари на изчезване: Малките населени места остават без здравна грижа, Нова телевизия, 24.02.2021 (https://nova.bg/news/view/2021/02/24/316929/)
67. Янева Р. Социални приоритети и пазар в здравеопазването, сп. Медицински меридиани, изд. на Център за устойчиво развитие, 2020, бр. 2, ISSN 1314-1090, с. 16-20
68. Янева Р., Хр. Шимеров. Публични разходи и директни плащания за лекарствени продукти като дял от общите разходи за здравеопазване в България, Акад. сп. Управление и образование, Унив. „Проф.д-р Асен Златаров“, Бургас, том 19 (6) 2023, ISSN 13126121, с.116-125
69. Björnberg, Anne (2018) “Euro Health Consumer Index 2017 Report”, Health Consumer Powerhouse
70. Busse, Reinhard, Miriam Blümel (2014) “Germany: health system review”, Health Systems in Transition, Vol. 16 No.2, European observatory on health systems and policies
71. Cangiano, Marco; Curristine, Teresa; and Lazare, Michele (eds.), “Public Financial Management and Its Emerging Architecture”, IMF, 2013.
72. Chevreul, Karine, Karen Berg Brigham, Isabelle Durand-Zaleski,

Cristina Hernández-Quevedo (2015) “France: Health system review”, Health Systems in Transition, Vol. 17 No. 3, European observatory on health systems and policies

73. Clements, Benedict; Gupta, Sanjeev; and Shang, Baoping. “Bill of Health”. Finance and Development, IMF, December 2014
74. Coady, David; Francese, Maura; and Shang, ‘Baoping.”The Efficiency Imperative”, Finance and Development, IMF, December 2014
75. Credes (2009) HOSPITAL MASTER PLAN AND SPECIFIC REGIONAL IMPLEMENTATION PLANS. “Decision-making and changes in the regulations and their impact on the activities and stability of NHIF”, NHIF, November, 2014
76. Department for professional employees (2016) “The US health care system: an international perspective”, Fact sheet 2016
77. Dimova A, et al., An innovative approach to participatory health policy development in Bulgaria: The conception and first achievements of the Partnership for Health. Health Policy (2017). (https://doi.org/10.1016/j.healthpol, accessed 2 November 2017).
78. Dimova A, Rohova M, Recent reform initiatives stopped by the Supreme Constitutional and Administrative courts in 2015 and 2016. 18/04/2017 Policy Update, HSPM. (http://www.hspm.org/countries/bulgaria22042013/countrypage.aspx, accessed 23 January 2018).
79. Donabedian A. Guide to Medical Care Administration – Washington: American Public Health Association, 1969.
80. Donabedian, A.: An Exploration of Structure, Process, and Outcome as proaches to Quality Assessment, in: Selbmann, H.-K.; bberla, K.:

Quality Assessment of medical Care, Beitrflgezur GesundheitsukonomieBd. 15,Gerlingen. 1982, S. 69-92.

81. Euro Health Consumer Index 2017 Report. Health Consumer Powerhouse Ltd., 2018. pp. 19. https://healthpowerhouse.com/files/EHCI-2017/EHCI- 2017-report.pdf
82. Euro Health Consumer Index 2017 Report. Health Consumer Powerhouse Ltd., 2018. pp. 19. https://healthpowerhouse.com/files/EHCI-2017/EHCI- 2017-report.pdf
83. Euro Health Consumer Index 2017.
84. https://healthpowerhouse.com/publications/euro-healthconsumer-index- 2017
85. European Commission (2016). Joint report on health care and long-term care systems and financial sustainability. Volume 2 Country documents. Institutional paper (https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/ip037_vol2_en.pdf, accessed 10 January 2018).
86. European Commission (2017a), Special Eurobarometer 470 – October 2017 “Corruption”. Report. http://ec.europa.eu/commfrontoffice/ publicopinion/index. cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments /SPECIAL/surveyKy/2176, accessed 11 January 2018).
87. European Commission (2017b). Country Report Bulgaria 2017, Brussels. (https:// ec.europa.eu/info/files/2017-european-semester-country-report- bulgaria_en, accessed 21 July 2017).
88. European Commission (2017c). ECHI – European Core Health Indicators. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_ en.htm, accessed 4

August 2017).

89. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (2017). The pharmaceutical industry in figures. Key data 2017. (https://www.efpia.eu/ media/219735/efpia-pharmafigures2017_statisticbroch_v04-final.pdf, accessed 10 December 2017).
90. Eurostat. Ability to make ends meet by level of activity limitation, sex and age. Last update: 16-05-2022.
91. (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do)
92. Eurostat European Commission: Eurostat Methodologies and Working Papers Demographic outlook, National reports on the demographic developments in 2010. (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/).
93. Eurostat European Comission: Tables, Graphs and Maps (TGM). (http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1 &pc ode=tps00028&language=en)
94. European Foundation for Quality Management (http://www.efqm.org)
95. European Foundation for Quality Management. EFQM – Excellence Model. Public and Voluntary Sector Version 2003
96. Eurostat (2014). Taxation Trends in the European Union. Data for the EU Member States, Iceland and Norway. Taxation and Customs Union. Office of the European Union: Luxembourg.
97. Eurostat (2018). Eurostat database. Luxembourg, European Commission. (http:// ec.europa.eu/eurostat/data/database, accessed 19 February 2018).
98. Golinowska, Stanislawa, et.al., “Health Expenditure Scenarios in the New Member States”. December 2007

99. Grigoli, Francesco and Kapsoli, Javier. “Waste Not, Want Not: The Efficiency of Health Expenditure in Emerging and Developing Economies”, IMF, 2013
100. Health Consumer Powerhouse (2013). Euro Health Consumer Index 2013. Retrieved from http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci- 2013-report.pdf
101. Health Information and Quality Authority (2016), “International Review: National Patient Experience Survey”
102. Health Insurance Act; Publication – State Gazette No. 70/19.06.1998; Last Amendment – SG No. 18/ 04.03.2014
103. Health Policy Consensus Group (2002) “Options for Healthcare Funding”, Civitas, достъпен тук: www.civitas.org.uk/pdf/hpcgSystems.pdf
104. Heller 2006. „The Prospects of creating 'Fiscal Space' for the health sector,” Health Policy and Planning, Vol. 21, No.2 (January)
105. http://ehma.org/health-services-management-research/
106. https://www.nhif.bg/page/2035, Годишен отчет за дейността на НЗОК през 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019
107. https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1592
108. IMF (2014) “Bulgaria: Selected Issues Paper”, Country Report No. 14/24. Retrieved from http://ec.europa.eu/economy_finance/ eu/forecasts/2014_autumn/bg_en.pdf
109. Kroneman, Madelon, Wienke Boerma, Michael van den Berg, Peter Groenewegen, Judith de Jong, Ewout van Ginneken (2016) “Netherlands: Health system review”, Health Systems in Transition,

Vol. 18 No.2, European observatory on health systems and policies

110. Mossialos, Elias, Ana Djordjevic, Robin Osborn, Dana Sarnak (2017) “International Profiles of Health Care Systems”, The Commonwealth Fund
111. OECD (2017), “Health at a Glance 2017: OECD Indicators”, OECD Publishing, Paris
112. OECD, Eurostat and World Health Organization (2021) “A System of Health Accounts 2021: Revised edition”, OECD Publishing, Paris
113. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). Bulgaria: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. (http://dx.doi. org/10.1787/9789264283305-en, accessed 29 January 2018).
114. Scrivens E. Accreditation: what can we learn from the Angophon Model? Health policy 1995.
115. Shaw C. External Assessment of Health Service Standards CASPE Research Canadish Square. London 1999.
116. Shin Y. C. Hospital Accreditation – a universal perspective World Hospital Health Service 1995.
117. Smith, O. & Nguyen, S.N. (2013). Getting Better : Improving Health System Outcomes in Europe and Central Asia. Washington, DC: World Bank. Retrieved from https://openknowledge.worldbank.org/handle/ 10986/13832
118. Stoyanova Ts. PATIENT ATTITUDES TO PAID SPECIALIST VISITS, Sciences of Europe (Praha, Czech Republic), No 126 (2023), pp. 27-30, ISSN 3162-2364

119. Streveler, D., Health Management Information Systems: Linking Purchasers and Providers, in Langenbrunner, J. et al, Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals, World Bank Press, 2009
120. Tandon, A., and C. Cashin. 2010. “Assessing Public Expenditure on Health from a Fiscal Space Perspective.” World Bank, Washington, DC.
121. Tandon, Ajay, Christopher JL Murray, Jeremy A Lauer, David B Evans (2000) “Measuring overall health system performance for 191 countries”, GPE Discussion Paper Series: No. 30, EIP/GPE/EQC, World Health Organization
122. Tandon, Ajay; Fleisher, Lisa; Li, Rong; and Yap, Wei Aun. Reprioritizing Government Spending on Health: Pushing an Elephant Up the Stairs?, World bank, 2014
123. The Lancet (2018), “Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016”, 391: 2236–71
124. Trendafilova A.T., Traykovska-Dimitrova A., Dimitrov T.K. DOMAIN-TARGET ORIENTATION ON TRAINING COMMUNICATION SKILLS FOR HEALTH PROFESSIONALS Международный медицинский научный журнал № 1 (13), 2017, 53-55
125. WHO Regional Office for Europe (2017). European Health for All database (HFA- DB).WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (http://data.euro.who.int/ hfadb/, accessed 13 August 2017).
126. WHO Regional Office for Europe (2018). European Health for All database (HFA- DB).WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

(http://www.euro.who.int/ hfadb, accessed 6 February 2018).

127. World Health Organization. Disability.(https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1)
128. World Health Organization. Global Health Workforce Statistics database (http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/)
129. World Health Organization. Health situation and trend assessment. Elderlypopulation, 2020 (http://origin.searo.who.int/entity/health_situation_trends /data/chi/elderly- population/en/)
130. World Health Organization. Imbalances in rural primary care, 2018. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346351/WHO-HIS-SDS-2018.58-eng.pdf?sequence=1)
131. World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000.
132. WHO, https://www.who.int/.
133. www.aspher.org
134. www.government.bg
135. www.mh.government.bg
136. www.nhif.bg
137. www.nsoplb.com
138. Yaneva R., Ts.Petrova-Gotova, B. Borisova, A.Vodenicharova, Direct payment of households for healthcare, Journal of International Scientific Publications; Economy & Business, ISSN 1314-7242, Volume 9, 2015, pp. 659-666, Published at: http://www.scientific-publications.net/get/1000012/1440160766461738.pdf

139. Zlatanova – Velikova R., St. Velikov, Al. Vodenicharova, THE ELECTRONIC TEST IN CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION, International Journal on New Trends in Education and Their Implications, January 2015 Volume: 6 Issue: 1 Article: 17 ISSN 1309-6249, Publish at www.ijonte.org, pp. 131-137
140. Zlatanova T., Analysis of financing Primary Health Care in Bulgaria, Journal of International Scientific Publication: Economy & Business, Volume 4, Part 4, 2010, ISSN 1313-2555, Publish at http:/www.science.journals.eu, pp. 201-217
141. Zlatanova T., R. Zlatanova – Velikova, Al. Vodenicharova, CONTINUING MEDICAL EDUCATION IN BULGARIA - ORGANIZATION AND ATTITUDES, International Journal on New Trends in Education and Their Implications, January 2015 Volume: 6Issue: 1 Article: 15 ISSN 1309-6249, Publish at www.ijonte.org, pp. 112-119
142. Zlatanova-Velikova, R., Zlatanova, T., Laleva, D., General problems of access to primary medical care in bulgaria, Science & technologies, II:1, 174-178, 2012
143. Zlatanova-Velikova R., D. Vasileva, B. Semova, ACCESS TO OUTPATIENT CARE DURING THE COVID 19 PANDEMIC, Trakia Journal of Sciences, Vol. 19, Suppl. 2, pp 78-83, 2021
144. Zlatanova-Velikova R., B. Semova, D. Vasileva, THE SATISFACTION OF PATIENTS FROM OUTPATIENT MEDICAL CARE DURING THE COVID 19 PANDEMIC, Int J Med Rev Case Rep. ISSN: 2534-9821, 2022; 6(9): 15-18
145. Zlatanova T., N. Popov, E. Encheva-Stoykova, HEALTH INEQUALITIES

IN THE CONDITIONS OF COVID 19, Trakia Journal of Sciences, Vol. 19, Suppl. 2, 2021, ISSN 1313-3551 (online), pp 84-87

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. АНКЕТНА КАРТА ЗА ПАЦИЕНТИ

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми госпожо/Уважаеми господине,
Настоящата анкета се прави с научно-изследователска цел. Вашето участие ще помогне за разкриване на основните проблеми на нивото на специализираната извънболнична медицинска помощ у нас и формулиране на насоки за оптимизирането й.
Участието Ви в анкетата е напълно анонимно и конфиденциалността Ви е гарантирана.
Моля Ви, да отговорите на зададените въпроси като подчертаете, оградите ли впишете избрания от Вас отговор:

1. Пол
а) мъж
б) жена

2. Възраст
а) под 30
б) 31-40
в) 41-50
г) 51-60
д) над 60

3. Местоживеене
а) Столица
б) Областен център
в) Град
г) Село

4. Моля посочете Вашия социален статус
а) Учащ
б) Работещ (самонаето или наето лице)

в) Безработен (търси активно работа)
г) Неактивен (не работи и не търси активно работа)
д) Пенсионер
е) Пенсионер поради заболяване

5. Вашето образование:
а) Начално
б) Основно
в) Средно
г) Висше – професионален бакалавър
д) Висше – бакалавър
е) Висше – магистър
ж) Висше – доктор

6. Какъв е Вашият доход?
а) под 250 лв.
б) 250-363 лв.
в) 364-600 лв.
г) 601-800 лв.
д) 801-1000 лв.
е) 1001-1500 лв.
ж) 1501-2000 лв.
з) 2001 - 3400 лв.
и) над 3400 лв.

7. В кой сектор работите?
а) Индустрия (с изкл. на строителството)
б) Строителството
в) Търговия, транспорт и ресторантьорство
д) Далекосъобщения
е) Операции с недвижими имоти
ж) Култура, спорт, развлечения
з) Здравеопазване
и) Образование

й) Друго .....

8. Имате ли хронични заболявания?
а) Да
б) Не

9. При желание от Ваша страна получавате ли направление за преглед от специалист от общопрактикуващия Ви лекар?
а) Винаги
б) Никога
в) Понякога
г) Получавам в началото на месеца
д) Не мога да отговоря

10. Колко направления за специалист получавате от Общопрактивущия лекар годишно?
.....

11. Знаете ли, че има лимит за направления за специалист?
а) Да
б) Не

12. Знаете ли, че трябва да ползвате направлението в рамките на 30 дни от издаването му?
а) Да
б) Не

13. Винаги ли използвате направлението за специалист?
а) Да
б) По-скоро да
в) Ако намеря време
г) По-скоро не
д) Не

14. Уведомявате ли личния си лекар ако не сте използвали полученото от Вас направление за специалист?
а) Да
б) По-скоро да
в) Ако намеря време
г) По-скоро не
д) Не

15. Колко време чакате за преглед при специалист след вземане на направление от личния лекар?
а) Отивам в рамките на деня
б) Чакам един ден
в) Чакам два дни
г) Чакам повече от два дни
д) Отивам в рамките на една седмица
е) Отивам в рамките на две седмици
ж) Друго - .....

16. Каква е причината за чакането за преглед при специалист?
а) Липса на съответния специалист
б) Запълнен график на специалиста
в) Нямах свободно време, поради характера на работното ми време
г) Нямах свободно време, поради лични ангажименти
д) Липса на транспорт
е) Отдалеченост на специалиста от мястото където живея
ж) Друго - .....

17. Каква е причината за посещението Ви при специалист?
а) Остро заболяване
б) Обострено хронично заболяване
в) Промяна в терапията при хронично заболяване
г) Диспансерен преглед

д) Друго - .....

18. Промени ли се достъпът Ви при специалист от извънболничната помощ след пандемията от COVID 19?
а) Да, затрудни се
б) Да, стана по-лесен
в) Не, не се промени
г) Друго - .....

19. Колко пъти сте ползвали услугите на специалист от извънболничната помощ през последната година?
.....

20. По какъв друг начин осъществявате преглед при специалист в извънболничната помощ освен с направление от ОПЛ?
а) Имам здравна застраховка (Доброволно здравно осигуряване)
б) Платен преглед
в) Чрез служба по трудова медицина
г) Друго-.....

21. Съгласни ли сте да отидете на платен преглед при специалист, при условие, че 90% от сумата се възстановява незабавно?
а) Да
б) Не, защото цялата сума трябва да ми бъде възстановена
в) Не
г) Не мога да преценя
д) Друго-.....

22. Каква според Вас трябва да бъде цената на преглед при специалист:
а) от 20 лв. до 50 лв.
б) от 50 лв. до 70 лв.
в) от 70 лв. до 90 лв.
г) от 90 лв. до 110 лв.
д) от 110 лв. до 130 лв.

е) от 130 лв. до 150 лв.

23. През последната година случвало ли Ви се е да нямате възможност да получите лекарска консултация и лечение от специалист, от които сте се нуждаели?
а) Да
б) Не
в) Не мога да отговоря

24. Какви бяха причините да не получите необходимата Ви консултация или лечение от специалист?
а) Нямах пари
б) Нямах свободно време, поради характера на работното ми време
в) Нямах свободно време, поради други ангажименти
г) Поради липса на необходимия специалист в мястото, където живея или в близост
д) Поради наличие на дълга листа на чакащи
е) Не получих направление
ж) Изчакване дали проблемът няма да се подобри
з) Не познавам добър лекар специалист
и) Страх от лекари/изследвания
й) Друго-.....

25. През последната година случвало ли се е да помолите лекар специалист да Ви предпише по-евтини лекарства?
а) Да
б) Не
в) Не мога да отговоря

26. Какви са причините да поискате по-евтини лекарства?
а) Нямам достатъчно пари
б) Не мисля, че по-скъпите лекарства са по-ефективни
в) Не обичам да давам пари за лекарства

г) Друго- .....

27. След посещението Ви при лекар специалист считате ли, че здравословния проблем, заради който сте го посетили, е решен?
а) Да
б) По-скоро да
в) По-скоро не
г) Не
д) Не мога да определя

28. Има ли случаи, в които лекарят специалист Ви пренасочва към друг специалист?
а) Да
б) По-скоро да
в) По-скоро не
г) Не
д) Не мога да определя

29. Как бихте определили нагласата си към изцяло платените прегледи при лекар специалист?
а) Одобрявам платен преглед
б) По-скоро одобрявам
в) По-скоро не одобрявам
г) Не одобрявам

30. Според Вас платения преглед има ли предимства пред този, осъществен с направление от ОПЛ?
а) Да
б) По-скоро да
в) По-скоро не
г) Не
д) Не мога да определя

31. Ако сте отговорили положително на горния въпрос, моля да огрaдите (може и повече от един) отговора, който определяте като предимство:
а) Платения преглед се извършва от по-квалифициран специалист
б) Платения преглед се осъществява по-бързо
в) Платения преглед се извършва с по-качествена апаратура и в по-добри условия
г) Платения преглед е по-достъпен

32. В кои случаи сте склонни да заплатите изцяло прегледа при лекар специалист?
а) При спешен и неотложен случай
б) При нужда от второ мнение относно вече поставена диагноза
в)Предпочитам да посетя точно определен специалист, който ми е препоръчан и който не преглежда с направление
г) Не мога да определя

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в извънболничната медицинска помощ

Ниво	Област	Населено място	ПИМП ИП/ГП	СИМП ИП/ГП	СИМП МЦ/ДКЦ	ПИДП ИП/ГП	СИДП
1-во	София град	София	√	√	√ РН	√	√ РН
2-ро	Бургас	Бургас	√	√	√ РН	√	√ РН
	Варна	Варна	√	√	√ РН	√	√ РН
	Плевен	Плевен	√	√	√ РН	√	√ РН
	Пловдив	Пловдив	√	√	√ РН	√	√ РН
	Русе	Русе	√	√	√ РН	√	√ РН
	Стара Загора	Стара Загора	√	√	√ РН	√	√ РН
3-то	Благоевград	Благоевград	√	√	√ ОН	√	√ ОН
		Петрич	√	√	√	√	
	Велико Търново	Велико Търново	√	√	√ ОН	√	√ ОН
		Горна Оряховица	√	√	√	√	
		Свищов	√	√	√	√	
	Видин	Видин	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Враца	Враца	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Габрово	Габрово	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Добрич	Добрич	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Кърджали	Кърджали	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Кюстендил	Дупница	√	√	√	√	
		Кюстендил	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Ловеч	Ловеч	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Монтана	Монтана	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Пазарджик	Пазарджик	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Перник	Перник	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Пловдив	Асеновград	√	√	√	√	
		Карлово	√	√	√	√	
	Разград	Разград	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Силистра	Силистра	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Сливен	Сливен	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Смолян	Смолян	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Стара Загора	Казанлък	√	√	√	√	
	Търговище	Търговище	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Хасково	Димитровград	√	√	√	√	
		Хасково	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Шумен	Шумен	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Ямбол	Ямбол	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Благоевград	Банско	√	√	√	√	
		Гоце Делчев	√	√	√	√	
		Разлог	√	√	√	√	
		Сандански	√	√	√	√	
	Бургас	Айтос	√	√	√	√	
		Карнобат	√	√	√	√	
		Малко Търново	√	√	√	√	
		Несебър	√	√	√	√	
		Поморие	√	√	√	√	
		Созопол	√	√	√	√	
		Средец	√	√	√	√	
		Царево	√	√	√	√	

4-то	Варна	Девня	√	√	√	√	
		Провадия	√	√	√	√	
	Велико Търново	Елена	√	√	√	√	
		Павликени	√	√	√	√	
		Лясковец	√	√	√	√	
	Видин	Белоградчик	√	√	√	√	
		Кула	√	√	√	√	
	Враца	Бяла Слатина	√	√	√	√	
		Козлодуй	√	√	√	√	
		Мездра	√	√	√	√	
		Оряхово	√	√	√	√	
	Габрово	Дряново	√	√	√	√	
		Севлиево	√	√	√	√	
		Трявна	√	√	√	√	
	Добрич	Балчик	√	√	√	√	
		Генерал Тошево	√	√	√	√	
		Каварна	√	√	√	√	
		Тервел	√	√	√	√	
	Кърджали	Ардино	√	√	√	√	
		Крумовград	√	√	√	√	
		Момчилград	√	√	√	√	
	Ловеч	Луковит	√	√	√	√	
		Тетевен	√	√	√	√	
		Троян	√	√	√	√	
	Монтана	Берковица	√	√	√	√	
		Лом	√	√	√	√	
	Пазарджик	Велинград	√	√	√	√	
		Панагюрище	√	√	√	√	
		Пещера	√	√	√	√	
		Ракитово	√	√	√	√	
		Септември	√	√	√	√	
	Перник	Брезник	√	√	√	√	
		Радомир	√	√	√	√	
		Трън	√	√	√	√	
	Плевен	Белене	√	√	√	√	
		Кнежа	√	√	√	√	
		Левски	√	√	√	√	
		Никопол	√	√	√	√	
		Червен бряг	√	√	√	√	
	Пловдив	Първомай	√	√	√	√	
		Раковски	√	√	√	√	
		Стамболийски	√	√	√	√	
		Хисаря	√	√	√	√	
		Сопот	√	√	√	√	
	Разград	Исперих	√	√	√	√	
		Кубрат	√	√	√	√	
	Русе	Бяла	√	√	√	√	
	Силистра	Дулово	√	√	√	√	
		Тутракан	√	√	√	√	
	Сливен	Котел	√	√	√	√	
		Нова Загора	√	√	√	√	
		Твърдица	√	√	√	√	
		Чепеларе	√	√	√	√	

	Смолян	Девин	√	√	√	√	
		Златоград	√	√	√	√	
		Мадан	√	√	√	√	
	София област	Ботевград	√	√	√	√	
		Елин Пелин	√	√	√	√	
		Етрополе	√	√	√	√	
		Ихтиман	√	√	√	√	
		Костенец	√	√	√	√	
		Костинброд	√	√	√	√	
		Пирдоп	√	√	√	√	
		Самоков	√	√	√	√	
		Своге	√	√	√	√	
		Сливница	√	√	√	√	
		Златица	√	√	√	√	
	Стара Загора	Гълъбово	√	√	√	√	
		Раднево	√	√	√	√	
		Чирпан	√	√	√	√	
	Търговище	Омуртаг	√	√	√	√	
		Попово	√	√	√	√	
	Хасково	Ивайловград	√	√	√	√	
		Свиленград	√	√	√	√	
		Тополовград	√	√	√	√	
		Харманли	√	√	√	√	
	Шумен	Велики Преслав	√	√	√	√	
		Нови пазар	√	√	√	√	
	Ямбол	Елхово	√	√	√	√	
5-то ниво	Благоевград	Сатовча	√			√	
		Белица	√			√	
		Симитли	√			√	
		Гърмен	√			√	
		Якоруда	√			√	
		Хаджидимово	√			√	
		Струмяни	√			√	
		Кресна	√			√	
	Бургас	Руен	√			√	
		Сунгурларе	√			√	
	Варна	Аксаково	√			√	
		Белослав	√			√	
		Бяла	√			√	
		Вълчи дол	√			√	
		Аврен	√			√	
		Долни чифлик	√			√	
		Ветрино	√			√	
		Дългопол	√			√	
		Суворово	√			√	
	Велико Търново	Полски Тръмбеш	√			√	
		Стражица	√			√	
		Сухиндол	√			√	
	Видин	Брегово	√			√	
		Бойница	√			√	
		Димово	√			√	
		Грамада	√			√	
		Ново село	√			√	

		Макреш	√			√	
		Ружинци	√			√	
		Чупрене	√			√	
	Враца	Криводол	√			√	
		Роман	√			√	
		Борован	√			√	
		Мизия	√			√	
	Добрич	Шабла	√			√	
		Добрич-селска	√			√	
	Кърджали	Джебел	√			√	
		Кирково	√			√	
		Черноочене	√			√	
	Кюстендил	Бобов дол	√			√	
		Рила	√			√	
		Кочериново	√			√	
		Сапарева баня	√			√	
		Невестино	√			√	
		Трекляно	√			√	
	Ловеч	Летница	√			√	
		Угърчин	√			√	
		Ябланица	√			√	
	Монтана	Вълчедръм	√			√	
		Вършец	√			√	
		Чипровци	√			√	
		Бойчиновци	√			√	
		Георги Дамяново	√			√	
		Медковец	√			√	
		Якимово	√			√	
	Пазарджик	Батак	√			√	
		Белово	√			√	
		Лесичово	√			√	
		Брацигово	√			√	
		Стрелча	√			√	
	Перник	Земен	√			√	
		Ковачевци	√			√	
	Плевен	Гулянци	√			√	
		Долна Митрополия	√			√	
		Искър	√			√	
		Долни Дъбник	√			√	
		Пордим	√			√	
	Пловдив	Брезово	√			√	
		Калояново	√			√	
		Перущица	√			√	
		Родопи	√			√	
		Садово	√			√	
		Куклен	√			√	
		Лъки	√			√	
		Кричим	√			√	
		Съединение	√			√	
	Разград	Лозница	√			√	
		Завет	√			√	
		Самуил	√			√	
		Цар Калоян	√			√	

	Русе	Ветово	√			√	
		Две могили	√			√	
		Ценово	√			√	
		Сливо поле	√			√	
		Борово	√			√	
		Иваново	√			√	
	Силистра	Главиница	√			√	
		Ситово	√			√	
		Кайнарджа	√			√	
		Алфатар	√			√	
	Смолян	Баните	√			√	
		Доспат	√			√	
		Неделино	√			√	
		Рудозем	√			√	
	София	Банкя	√			√	
		Нови Искър	√			√	
		Годеч	√			√	
		Марица	√			√	
		Драгоман	√			√	
		Антон	√			√	
		Божурище	√			√	
		Горна малина	√			√	
		Долна баня	√			√	
		Копривщица	√			√	
		Мирково	√			√	
		Челопеч	√			√	
		Чавдар	√			√	
		Правец	√			√	
	Стара Загора	Братя Даскалови	√			√	
		Гурково	√			√	
		Мъглиж	√			√	
		Николаево	√			√	
		Павел баня	√			√	
	Търговище	Антоново	√			√	
		Опака	√			√	
	Хасково	Любимец	√			√	
		Маджарово	√			√	
		Минерални бани	√			√	
		Стамболово	√			√	
		Лясковец	√			√	
		Симеоновград	√			√	
	Шумен	Венец	√			√	
		Върбица	√			√	
		Каолиново	√			√	
		Хитрино	√			√	
		Смядово	√			√	
		Каспичан	√			√	
	Ямбол	Болярово	√			√	
		Стралджа	√			√	
		Тунджа	√			√	

Източник: https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=159