МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
КАТЕДРА „МЕДИЦИНСКА ЕТИКА И ПРАВО”

КОНСТАНТИН ГЕОРГИЕВ КАЧУЛЕВ

Влиянието на някои от приетите на макро ниво решения в здравната сфера върху индивида като пациент

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд
за присъждане на образователна
и научната степен „Доктор”
Област на висше образование: 7. Здравеопазване и спорт; Професионално направление: 7.4. Общество здраве; Научната специалност: Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията

Научни ръководители:
Проф. Людмила Чакърова, дп
Проф. Магдалена Александрова, дм

Рецензенти:
Проф. Людмила Чакърова, дп
Доц. Д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

София, 2018 г.

Дисертационният труд е написан на **203 страници** и включва **66 оригинални фигури** и **55 таблици**. Използвани са **176 литературни източника**, от които **49 на латиница**. Във връзка с дисертационния труд са публикувани **4 статии.**

Номерацията на фигурите в автореферата се отличава от тази в дисертационния труд.

Дисертационният труд е разгледан, одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра "Медицинска етика и право" на Факултета по обществено здраве при Медицински университет – София, проведен на 24.04.2018 г.

Научно жури:

1. Проф. Людмила Найденова Чакърова, дм
2. Проф. Магдалена Банчева Александрова, дм
3. Доц. д-р Катя Петрова Попова-Юрукова, дм
4. Проф. Христина Танчева Милчева, дп
5. Доц. Д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

Резервни членове:

1. Доц. д-р Наталия Михайлова Щерева-Николова, дм
2. Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 17.10.2018 г. от 14:00 ч., в зала № 7 на Факултета по обществено здраве при Медицински университет – София (ул. Бяло море №8, 1527 София).

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на Факултета по обществено здраве, УМБАЛ "Царица Йоанна – ИСУЛ" ЕАД, ул. Бяло море" № 8, и са публикувани на интернет страницата на Медицински университет - София.

Съдържание

СЪКРАЩЕНИЯ **2**

ВЪВЕДЕНИЕ **3**

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНИЯТА **7**

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕТО. АНАЛИЗ И ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ **14**

1. ПАЦИЕНТИ 14
2. МАГИСТЪР-ФАРМАЦЕВТИ 26
3. ЕКСПЕРИМЕНТ НА ТЕРЕН 45
4. СЪПОСТАВЯНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ПРИ ДВЕТЕ ПАРАЛЕЛНИ ПРОУЧВАНИЯ 52

ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ **62**

ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД **71**

ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД И УЧАСТИЯ В НАУЧНИ ПРОЯВИ **73**

СЪКРАЩЕНИЯ

БОВЛ – Българска организация за верификация на лекарствата

БФС – Български фармацевтичен съюз

ЕС – Европейски съюз

ЕУ – Електронно управление

ЗГ – Здравни грижи

ЗИД – Закон за изменение и допълнение

ЗКНВП – Закон за контрол на наркотичните вещества и прекурсорите

ЗЛПХМ – Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина

ЗОЛ – Здравноосигурено лице

ИАЛ – Изпълнителна агенция по лекарствата

КИД – Код на икономическата дейност

КТС – Кумулативен трудов стаж

ЛП – Лекарствен продукт (лекарствени продукти)

ЛС – Лекарствени средство (лекарствени средства)

МЗ – Министерство на здравеопазването

МКБ – Международна класификация на болестите

МФ – Магистър-фармацевт

НАК – Национална аптечна карта

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НКПД – Национална класификация на професиите и длъжностите

НЛП – Национална лекарствена политика

НСИ – Национален статистически институт

ПЛС – Позитивен лекарствен списък

ПО – Продължаващо обучение (на БФС)

СЗО – Световна здравна организация

СО – Социално осигуряване

ХОББ – Хронична обструктивна белодробна болест

ATC – Anatomical Therapeutic Chemical (Classification System)

GDPR – General Data Protection Regulation

OTC – Over-the-counter (Medicinal products given without prescription)

ВЪВЕДЕНИЕ

Този научен труд изследва решения, взети на политическо ниво, тяхната предиспозиция и обществена значимост, както и влиянието им върху отделните индивиди като пациенти. Информацията, получена по време на изследването, е групирана в две категории – субективната преценка на отделните граждани (било то настоящи пациенти с определени заболявания и оплаквания, или хора в добро здраве с или без предишна история на заболеваемост и/или лекарствена употреба) от една страна, и експертната оценка на магистър-фармацевта, работещ в аптека, от друга. Прави се съпоставка на усещането на пациента за справедливост при някои решения и експертизата на квалифицирания магистър-фармацевт в политически изолирана среда, тоест след елиминиране на пристрастията към едни или други решения, взимани по време на управление на различните политически партии. Целта на изследването е анализиране на конкретната ситуация от страна на магистър-фармацевта, пренебрегвайки чисто партийното влияние на различните политики върху субективното му мнение. Когато се търси отношението на експерта към конкретния проблем, вниманието на интервюирания е насочено към самия ефект на изследваното решение, а не към значимостта му като политика в сектора на здравеопазването в даден исторически момент. Преди анализа на експертното мнение е направена оценка на мнението на гражданите по конкретните проблеми и тяхното мнение е сравнено с това на експертите.

Разглежданите проблеми са в обсега на лекарствената политика като част от сектор фармация към област здравеопазване в социалната сфера на обществения живот, които обхващат темите:

- Национална аптечна карта и достъпът до лекарства; /НАЦИОНАЛНА ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА/
- Електронната рецепта като част от електронното правителство и електронното здравеопазване. Верификация на лекарствата и предотвратяване достъпа на фалшивите лекарства до българския аптечен пазар; /ЕЛЕКТРОННО УПРАВЛЕНИЕ/
- НЗОК и политиките на доплащане от страна на пациента, времето за обслужване на пациентите и въвеждането на пръстовия автентификатор като средство за идентифициране на ползвателите на публични средства от НЗОК; /СОЦИАЛНО И ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ/
- Ценообразуване и разходи в аптеката и влиянието им върху съгласието на пациента за терапия; /РАЗХОДИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО/
- Концепцията за „Фармацевтични грижи“; /ЗДРАВНИ ГРИЖИ/.

В скоби са дадени темите на макро ниво към които спадат съответните проблеми.

Направен е литературен преглед на здравеопазването в България и Европа. Това дава база, за да може отделните индивиди да се „позиционират“ като пациенти в конкретната действителност. Наред с това е направен преглед на лекарствената политика и конкретни раздели от нея.

Интересно е, че в много от европейските държави няма дефинитивно определение на понятието „пациент“ или поне не е включено в нормативната база. Според Съвременния тълковен речник на българския език (Буров Ст.), пациент е **болен, който се лекува при лекар**. По-широко определение дава Collins English Dictionary, 7 ed. (Anderson S.) според, който **пациент е човек, който получава медицински грижи**. Френският речник Le Dictionnaire de Notre Temps (Gatard) дава по-детайлно определение – **пациент е човек, който е подложен на хирургическа операция или на медицинско лечение**.

В тази връзка е направен анализ на всеки от разглежданите проблеми в областта на лекарствената политика като систематиката на отделните проблеми е спазена в посока от по-всеобхватното към специфичното. Изследва се дали дадено политическо решение повлиява на получените грижи , като оценката е направена по методиката описана в следващия раздел.

По дефиниция лекарствата са сложна система, която болшинството от хора слабо познават и не могат сами да преценят кога, как и в какво количество следва да приемат. Това още повече се подсилва от фармацевтичния пазар, който произвежда своите стоки в среда с изключително силна конкуренция и при система, която благоприятства нарастването на лекарствената номенклатура, а същевременно и безконтролната лекарствена употреба. Тук е много важно пациентът да получи правилните медицински грижи в аптеката или т.нар. фармацевтична грижа, която обхваща процеса по здравословна и лекарствена консултация, анализ на конкретния медицински проблем и лекарствосвързаните такива и отпускане на правилното лекарство в необходимата доза. Според СЗО здравните услуги, фармацевтичните грижи, рационалната лекарствена употреба и ефективното управление на лекарствоснабдителния процес са ключовите компоненти на една достъпна, сигурна, равноправна система за здравни грижи, която осигурява ефективни, безопасни и качествени лекарства.

В триъгълника пациент – лекар – фармацевт, аптеката и фармацевтът са последното звено на вектора лекар – пациент – лекарство/фармацевт и първото на вектора лекарство/фармацевт – пациент – излекуване. Ключовият момент е правилната лекарствена консултация и/или предотвратяването на скрито лекарствено взаимодействие посредством оказване на фармацевтична грижа.

Опитите за либерализиране на пазара все повече стесняват възможностите за прилагане на концепцията за фармацевтични грижи, което реално измества фокуса на самата грижа като такава. В последните, повече от 20 години след приемането на първия за нашата история Закон за

лекарствените средства и аптеките в хуманната медицина на 18.04.1995 г., понятието отпускане на лекарство все по-често е заменяно от "продажба на лекарство" или "търговия на дребно с лекарствени продукти". Това измества вниманието на грижата от страна на медицинския специалист – магистър-фармацевт към търговията, а така двата вектора посочени горе преминават в един със съмнителен краен резултат.

Именно затова, устойчивост в терапията и грижите за болния е възможна единствено, чрез непрекъсваемост на триъгълника пациент – лекар – фармацевт. Компетенциите на фармацевта са нужни, за да може тази крехка медико-екологична система да бъде здрава и функционална. Той е експертът по лекарствата и отговорен за лекарствената терапия.

Знанията и уменията на фармацевтът, тук са използвани за анализ и оценка на ефектите на решенията на макро ниво, които влияят върху пациента в сферата на фармацията, като част от здравеопазването. Този научен труд е важен и актуален именно поради многокомпонентния анализ и широкоъгълния оценъчен апарат използван за разбирането на ефектите от политическите решения влияещи върху отделния човек в ролята му на пациент.

Понякога е трудноопенимо глобалното влияние на едно конкретно решение върху само един индивид. Политическата сфера и произлезлите от нея продукти обикновено са мащабни и/или глобални, като те дори може да не засегнат голяма част от населението. Но интегрирани в нормативни документи могат да окажат доста прецизно влияние върху отделния субект на правната норма. Важна тук е методичната експертност на специалистите занимаващи се ежедневно с проблематиката на материята. Така, постигнатите резултати при интерпретацията на политическите решения посредством прилагането на законодателството видяна през призмата на опита ще внесат истинност и устойчивост на анализа.

Основание за надеждност на компетенциите на магистър-фармацевтите в България дава Закона за признаване на професионални квалификации, според който магистър-фармацевтите след завършване на образованието си трябва да имат достатъчни познания за:

а) лекарствените продукти и веществата, използвани за производството на лекарства;

б) фармацевтичните технологии и физичния, химичния, биологичния и микробиологичния контрол на лекарствата;

в) метаболизма и въздействието на лекарствените продукти и действието на токсичните вещества, както и употребата на лекарствените продукти;

г) оценяване на научната информация за лекарствените продукти и способност за предоставяне на подходяща информация въз основа на тези познания;

д) законовите и другите изисквания, свързани с фармацевтичната практика.

Правото да се упражнява професията на „магистър- фармацевт” включва най-малко осъществяването на следните дейности: изготвяне на лекарствени продукти по фармакопейна и магистрална рецептура; производство и контрол на лекарствени продукти; контрол на лекарствата в лаборатория за контрол над лекарствените продукти; складиране, съхраняване и разпространение на лекарствените продукти в търговската мрежа; снабдяване, подготовка, изпитване, складиране, дистрибуция и предоставяне на безопасни и ефикасни лекарствени продукти с необходимото качество в аптеките; подготовка, изпитване, складиране и предоставяне на безопасни и ефикасни лекарствени продукти с необходимото качество в лечебни заведения за болнична помощ; предоставяне на информация и консултации относно лекарствените продукти, включително относно правилната им употреба; събиране и докладване за нежеланите реакции на лекарствените продукти на компетентните органи; подкрепа за пациентите по отношение на лечението им, съобразена с личните потребности; участие в местни или национални програми в областта на общественото здравеопазване.

Обучението на студентите във всички фармацевтични факултети е само в редовна форма. Без изключения, тя е организирана с изискуемата продължителност на обучението от не по-малко от 5 (пет) учебни години. Всички факултети организират и провеждането на задължителния 6-месечен преддипломен стаж в аптека или болнична аптека. Обучението по фармация навсякъде включва теоретична и практическа подготовка.

Обучението по фармация в българските факултети отговаря на всички актуални изисквания на ЕС и е съпоставимо с водещите световни университети. Между различните 5 фармацевтични факултета в страната има минимални различия. Новите предизвикателства пред работната сила, наличието на мобилност, промените във фармацевтичната практика и иновациите, включително тенденциите към дигитализация на обществото като цяло, изискват регулярна актуализация и подобряване на учебните планове, както добра колаборация между отделните факултети по фармация в България. Част от това се компенсира впоследствие чрез продължаващото обучение на магистър-фармацевтите организирано от БФС и чрез учене през целия живот.

Проучването в този дисертационен труд е направено изключително сред магистър-фармацевти учили, завършили и практикуващи в България. Познанията, които са заложени като задължителни в учебните програми, опитът в аптечната сфера, както и познаването на обстановката в сектор здравеопазване и фармация от страна на магистър-фармацевтите дава увереност за качеството на крайните резултати.

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНИЯТА

ЦЕЛ

Целта на този дисертационен труд е да определи влиянието върху индивида като пациент на някои решения в областта на фармацията на макро ниво. Първо, през призмата на експертната оценка на магистър-фармацевта работещ в аптека. Второ, чрез субективната оценка на самите ползвателите на здравни услуги и лекарствени продукти регулирани с тези решения. Трето, чрез допълнителен сравнителен анализ между двете.

ЗАДАЧИ

Като задачи на работа се формулират следните:

1. Изследване на литературните и законодателни източници и дефиниране на решенията на макро ниво, които ще се разглеждат. Анализ на едно от решенията на НЗОК за целесъобразност.
2. Конструиране на анкети за две паралелни проучвания:
    - ✓ Проучване на оценката на пациентите ползватели на аптечни услуги и лекарствени продукти за влиянието на решения на макро ниво.
    - ✓ Проучване на експертната оценка на магистър-фармацевтите работещи в аптека за влиянието на решения на макро ниво върху работата им с пациенти.
3. Да се направи допълнително проучване сред фармацевти за влиянието на решения, внедряването, на които предпоставя повишаване разходите на аптеките.
4. Анализ на проучванията. Съпоставяне на резултатите при двете паралелни проучвания. Извеждане на изводи.

МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

ОБЕКТ И ПРЕДМЕТ НА ИЗСЛЕДВАНЕ

Обект на изследването са решения на макро ниво в здравната сфера, въведени чрез законодателство и решения, които не са внедрени законодателно, но се прилагат във фармацевтичната практика. Търси се съпоставка на:

1) експертното мнение на магистър-фармацевтите относно влиянието на дадено решение върху работата в аптеката и последващото влияние върху пациентите, както и директното влияние, чрез императивното приложение на тези решения, чрез норми в законодателството;

и

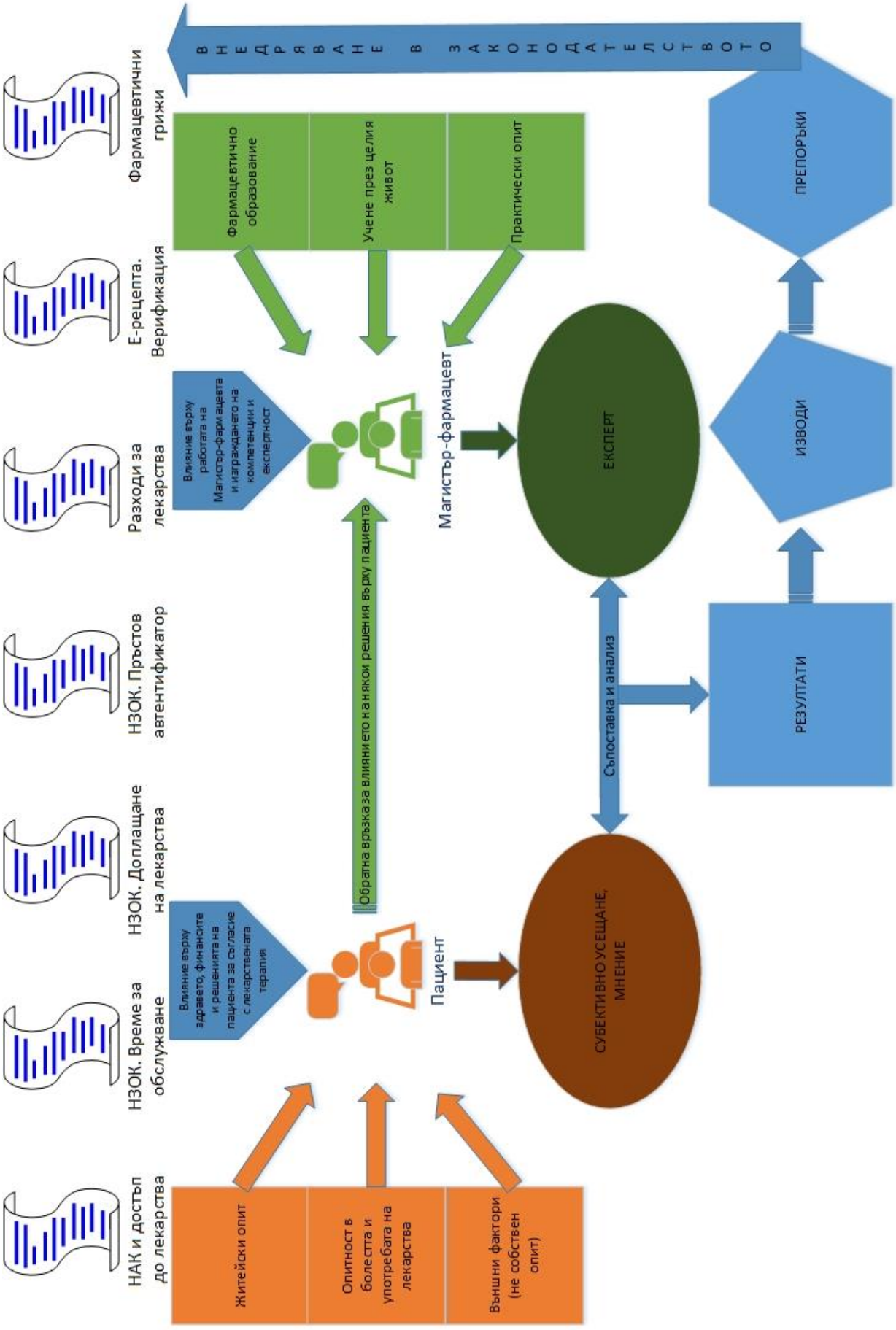
2) субективното мнение на пациентите, за които не може да се твърди наличие на компетентност във сферата на фармация.

В помощ на оценката е направен анализ на някои решения на микро ниво, които са част от тези на макро ниво.

Предмета на изследването са от една страна, субективното усещане и мнението на пациентите по въпроси свързани с решения в здравната сфера на макро ниво, както и мнението на експертите – магистър-фармацевти по същите въпроси. От друга страна са политиките и решенията взети във сфера на обществения живот здравеопазване и в частност сектор фармация.

Предложенията модел е срезово проучване сред пациенти и магистър-фармацевти. Допълнително е направено сравнително проучване на свързани двойки въпроси.

Фигура 1 Модел на изследването



ХИПОТЕЗИ

1. Предполага се, че пациентите не са удовлетворени от внедрените в аптечната практиката решения на макро ниво, в областите:

   А. Национална аптечна карта и достъпът до лекарства; /НАЦИОНАЛНА ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА/ – НЛП

   Б. Електронната рецепта като част от електронното правителство и електронното здравеопазване. Верификация на лекарствата и предотвратяване достъпа на фалшивите лекарства до българския аптечен пазар; /ЕЛЕКТРОННО УПРАВЛЕНИЕ/ – ЕУ

   В. НЗОК и политиките на доплащане от страна на пациента, времето за обслужване на пациентите и въвеждането на пръстовия автентификатор като средство за идентифициране на ползвателите на публични средства от НЗОК; /СОЦИАЛНО И ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ/ – СО

   Г. Ценообразуване и разходи в аптеката и влиянието им върху съгласието за терапия на пациента; /РАЗХОДИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО/ – РЗ

   Д. Концепцията за „Фармацевтични грижи“; /ЗДРАВНИ ГРИЖИ/ – ЗГ.

2. Предполага се, че пациентите имат различно мнение от експертите магистър-фармацевти при свързаните двойки въпроси.
3. Предполага се, че допълнителните разходи няма да повлияят цените на медикаментите и съгласието за терапия на пациентите.
4. Предполага се, че някои от внедрените политики не са целесъобразни.

ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИ ВЪПРОСИ

Прилагането на конструирания метод за изследване на влиянието на взети решения на макро ниво в здравеопазването поставя следните въпроси:

1. Пациентите имат ли опит с решенията разглеждани в проучването?
2. Пациентите имат ли формирано мнение по зададените въпроси в анкетите?
3. Магистър-фармацевтите имат ли достатъчна експертност и опитност в лекарствената политика на сектор фармация от сферата на здравеопазването?
4. Магистър-фармацевтите имат ли формирано становище по зададените въпроси в анкетите?
5. Корелират ли отговорите на пациентите със становището на магистър-фармацевтите при свързаните двойки въпроси?

Допълнителни въпроси, на които е направен опит да се намери отговор.

- До колко допълнителните или вече направени разходи влияят върху комплайънса на пациента?
- Има ли нецелесъобразни политики от изследваните, приложени към аптеките?
- Какви са необходимите промени, свързани със законодателството и политиките за удовлетворяване на очакванията на пациентите?
- Какви са възможностите за подобрение на компетенциите на магистър-фармацевтът в областите засегнати от проучването?
- В кои области магистър-фармацевтът може да подобри своята дейност самостоятелно, за да отговори на изискванията на пациента?

ДИЗАЙН НА ПРОУЧВАНИЯТА

Анкетиране на пациенти

От Октомври 2016 до Януари 2017 г. беше проведено срезово проучване на пациенти посредством анкетиране (там където беше възможно анкетирането се провеждаше с обучени анкетьори). Съдържанието на анкетата е приложено в приложенията.

За определяне на броя изследвани лица е използван on line калкулатор за изчисляване на броя единици в представителната извадка. При население 7 153 784 души към 31.12.2015 г.[1], и заложен доверителен интервал 4 при надеждност на оценката 95 % полученият резултат е 600. За целите на предотвратяване на риска от анулиране на някои от анкетите, броят на анкетираните беше увеличен с 2 %. От събраните 612 анкети, 3 се дублираха напълно[2] и бяха изключени от анализа. Така, анализа се проведе с **609 анкети,** при доверителен интервал от 3.97.

Качествен критерий за подбора на респондентите в изследването е да отговарят на определението за пациент или да е ползвал лекарствени средства с или без рецепта закупени от аптека.

Въпросник:

Състои се от шест групи въпроси:

1. Социодемографски данни – 5 въпроса
2. Въпроси от област НЛП – 1 въпроса
3. Въпроси от област ЕУ – 2 въпроса
4. Въпроси от област СО – 6 въпроса
5. Въпроси от област РЗ – 4 въпроса

[1] Национален статистически институт (http://www.nsi.bg/)
[2] Попълнени по невнимание повторно и преброени в края на проучването

6. Въпроси от област ЗГ – 6 въпроса.

Анкетиране на магистър-фармацевти

Проведено е срезово проучване като е използван скоростен метод на събиране на данни.

Изследването се провежда в рамките на 15 дни на територията на цялата страна, което цели отразяване мнението на експертите в кратък интервал от време, което да изключи влиянието на времето върху това мнение. Това гарантира понижен риск от субективизиране на мнението и по-точна оценка на поставения въпрос. Така флуктуациите при различните мнения се свеждат до минимум и може да избегнем поляризиране на мненията в следствие от промяна на политическо решение, отмяна на действието му или вземане на допълнително решение, което изменя първото. За целта е използвана помощта на един от дистрибуторите на лекарства в България, който посредством 5-те си бази на територията на цялата страна успява да събере таргетирания брой анкети на магистър-фармацевти. Подобен ефект може да се постигне, чрез използване на on line анкети със срок на събиране на информацията, който в случая не се проведе поради избор на първия подметод. Мотивите за неизбиране на втория подметод са липсата на достъп до интернет на някои от аптеките, които се целеше да бъдат включени сред анкетираните.

За определяне на броя изследвани лица е използван on line калкулатор за изчисляване на броя единици в представителната извадка. При популация от 6100 магистър-фармацевта към 11.2016 г., и заложен доверителен интервал 5 при надеждност на оценката 95 % полученият резултат е 361. Броят на анкетираните не можеше да се предвиди с точност поради невъзможността за контрол върху процеса. Затова бяха изпратени 1100 анкети, като се целеше връщане поне на 1/3 (361-367). От върнатите 442 анкети, 24 се дублираха напълно (сравнени отговори и почерк, а също и районът, от който бяха получени)) и бяха изключени от анализа. Така, анализа се проведе с **418 анкети,** а доверителният интервал сведен до 4.63.

Въпросник:

Състои се от седем групи въпроси:

1. Социодемографски данни – 2 въпроса
2. Оценка на опитността – 5 въпроса
3. Въпроси от област НЛП – 8 въпроса
4. Въпроси от област ЕУ – 3 въпроса
5. Въпроси от област СО – 7 въпроса
6. Въпроси от област РЗ – 5 въпроса
7. Въпроси от област ЗГ – 4 въпроса.

Експеримент на терен[3]

Проведен е в 72 аптеки като са анкетирани 138 магистър-фармацевти на територията на две области в страната – Благоевград и Пазарджик.

МЕТОДИ

1. Социологически методи:
   - Количествен метод на проучване на мнението и нагласите на пациентите и становището на магистър-фармацевтите посредством стандартизирани въпросници – анкети.
   - Качествен метод за изучаване на документи (Контент анализ)
   - Вторичен анализ на данни при подготовката на въпросниците
   - Експеримент на терен
2. Аналитико-синтетичен метод за структуриране и обобщаване на информацията, прилагайки конструирания модел за изследване.
3. Статистически методи:
   - Описателна статистика: едномерни и двумерни разпределения, за качествените променливи: абсолютни и относителни честоти; подходящи графични изображения;
   - Аналитична статистика: метод Хи-квадрат за определяне на различия между качествени променливи.

Данните от проучването са организирани и обработени чрез специално програмиран софтуерен пач към програмата за таблици и статистика Ексел на Майкрософт. При провеждане на статистическите анализи за критично ниво на значимост е прието $P<0.05$.

[3] **Error! Reference source not found.**

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕТО. АНАЛИЗ И ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

1. ПАЦИЕНТИ

1.1. Социодемографски данни

1.1.1. Разпределението на участниците в изследването по пол и образование дава следните резултати:

Таблица 1 Пациенти Пол/Образование

Пол	Брой	Начално образование	Средно образование	Висше образование	По-високо образование
жени	359	32	227	98	0
мъже	250	32	187	29	0
Обща сума	**609**	**64**	**414**	**127**	**0**

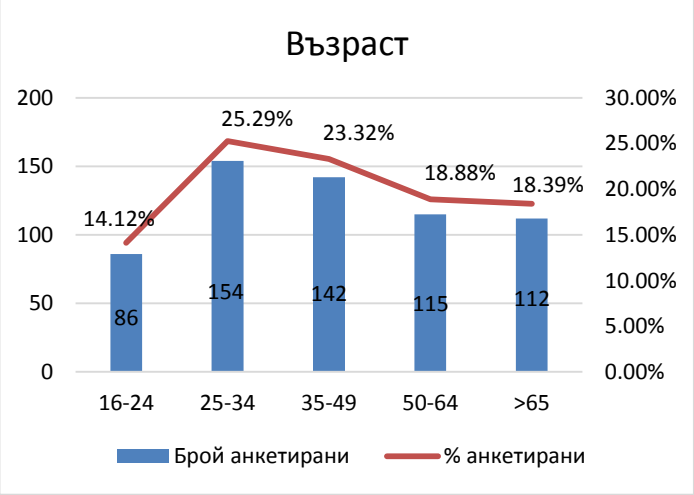
Разпределението на мъже:жени е приблизително 40:60 (41.05 %:58.95 %) (250:359). Най-голям дял по критерия образование са тези със средно образование (414) следвани от висше (127) и начално/основно[4] (64). Не са били анкетирани хора с по-висока образователна степен.

1.1.2. Разпределението на участниците по възрастова група е както следва:

Таблица 2 Пациенти възрастова група

Възрастова група	Брой анкетирани
16-24	86
25-34	154
35-49	142
50-64	115
>65	112
Обща сума	**609**

Фигура 2 Пациенти възрастови групи/процентно съотношение



Респондентите са разпределени в 5 възрастови групи и резултатите са както следва: I. 16-24 (86; 14.12 %) – ученици и студенти; II. 25-34 (154; 25.29 %) – начало на професионалната кариера; III. 35-49 (142; 23.32 %) – активна работоспособна възраст; IV. 50-64 (115, 18.88 %) – зряла възраст; V. >65 (112, 18.39) – пенсионна възраст.

[4] След завършване на пилотното проучване от 28 анкетирани се установи, че в анкетата липсва критерия „Основно образование“. Анкетьорите бяха пробучени да отразяват наличието само на основно, но не и по-високо образование към критерия „Основно образование“

1.1.3. Разпределение на респондентите по местожителство (по области/страни)

Таблица 3 Пациенти по местожителство

Местожителство по област	Брой анкетирани
1. Саудитска Арабия	1
2.Великобритания	2
Благоевград	275
Варна	8
Велико Търново	4
Видин	11
Враца	4
Габрово	6
Монтана	8
Плевен	12
Русе	1
Силистра	1
София	135
София-област	17
Стара Загора	63
Търговище	9
Хасково	22
Шумен	16
Ямбол	14
Обща сума	**609**

Проучването е направено на територията на цялата страна, като местожителството на респондентите е разпределено диспропорционално на големината на областите и е както следва:

Област Благоевград 45 %; Област София-град 22 %; Област Стара Загора 10 %; Област Хасково 4 %; София област и област Шумен по 3 %; Област Ямбол, Област Плевен, Област Видин по 2 %; Област Търговище, Област Монтана, Област Варна, Област Габрово, Област Враца, Област Велико Търново по 1 %; и с по-малко от 1 % са Област Силистра, Област Русе, Великобритания и Саудитска Арабия.

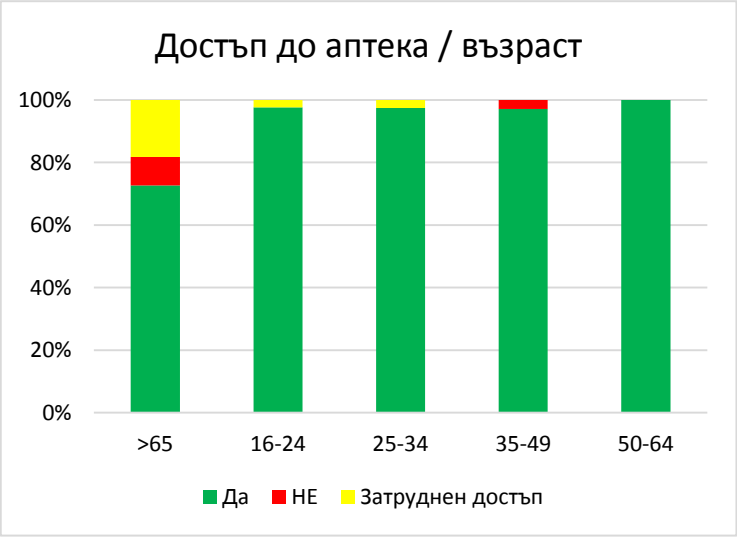
1.2. Въпроси от област НЛП

1.2.1. Имате ли достъп до аптека?

Отговорили 609: ДА – 563 (94 %); НЕ – 14 (2 %); ЗАТРУДНЕН ДОСТЪП – 26 (4 %).

От получените резултати може да направим изводът, че 94 % от населението има достъп до аптека без значение от това с какъв асортимент от предлагани продукти работи.

Фигура 3 Пациенти „Достъп до аптека/възраст“



При един по задълбочен анализ на резултатите по възрастови групи наблюдаваме силна диспропорция от общия резултат:

От показаните резултати може да заключим, че 27.3 % от възрастните хора над 65 години нямат или имат затруднен достъп до аптека. Без достъп до аптека са 9.1 % от респондентите, като всички те са на възраст над 76 години (76-87). От тях

5-ма са в села, 2-ма в областен град (Шумен) и 3-ма в столицата. От една страна това може да се дължи на напредналата възраст, но от друга, се наблюдава тенденция в селата и отдалечените места достъпът да е ограничен.

1.3. Въпроси от област ЕУ

1.3.1. Смятате ли за по-сигурно съхранението върху електронен носител на вашите лични данни и данни за заболявания Ви?

Фигура 4 Пациенти Съхранените на данни върху ел.носител



Отговорили 603: ДА – 434 (71 %); НЕ – 50 (8 %); Не мога да преценя – 119 (20 %); Не отговорили – 6.

Най-уверени са респондентите във възрастовите групи 25-34 (128) и 35-49 (118). Най-несигурни са тези на възраст над 65 години (53), които не могат да преценят сигурността на предложения метод за съхранените на лични данни. Най-голям % „против“ са хората на възраст 16-24, които боравят по-лесно с електронна информация, имат по-широк достъп до нея и осъзнават рисковете от нарушаване на конфиденциалността.

1.3.2. Одобрявате ли въвеждането на електронно досие и електронна рецепта?

Отговорили 603: ДА – 436 (72 %); НЕ – 34 (6 %); Не съм запознат – 40 (6 %); Не мога да преценя – 93 (15 %); Не отговорили – 6.

Фигура 5 Пациенти Е-досие и Е-рецепта



Резултатите са идентични както при предишния въпрос, но тук отговорът „Не мога да преценя“ е детайлизиран и е добавен възможен отговор „Не съм запознат/а“. Решението за това беше в резултат от оценка на причинно-следствената връзка на познаване на електронната информация по същност, но непознаване на конкретни политики свързани с нея. Предполага се, че в съвременното технологично общество е известно понятието съхранените на информация/данни върху електронен носител. Не така обаче стои въпросът с разбирането на водени политики в областта на електронното управление. Затова беше предложен и вариантът с „Не съм запознат“, когато респондентите разбираха същността на съхранението на данни върху електронен носител, но не бяха запознати с предложените и/или внедрени политики в областта на електронното здравеопазване и концепцията за електронна рецепта.

1.4. Въпроси от област СО

1.4.1. Използвате ли лекарства, които напълно или частично са реимбурсирани от НЗОК?



Фигура 6 Пациенти Употреба на лекарства по НЗОК

Отговорили 597: ДА – 76 (13 %), НЕ – 519 (87 %), Понякога – 2 (<1 %), Не отговорили – 12.

Ползвателите на услугите заплатени от НЗОК са разпределени правопропорционално на възрастта: 56 от 76 (при >65) – 74 %; 18 от 76 (при 50-64) – 24 %; и 2 от 76 (при 35-49) – 2 %. Получените данни значително се приближава до реалните – при население от 7 153 784[5] души и болни преминали през НЗОК 1 568 561[6].

1.4.2. Какви лекарства по НЗОК закупувате от аптеката редовно?

Отговорилите 76 респондента на в.1.4.1., че използват напълно или частично заплатени лекарства от НЗОК, на в.1.4.2. отговарят с конкретни наименования на лекарства. Направен е втори запис в базата данни, като съответните лекарства са транспонирани в генерични медикаменти по отговарящия им АТС-код[7].

Таблица 4 Пациенти Използвани лекарства по АТС код

Възрастови групи	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V
>65	4	6	88	0	24	2	0	0	0	20	0	8	14	0
35-49	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50-64	10	2	26	0	0	0	0	2	0	6	0	2	0	0
Обща сума	**16**	**8**	**114**	**0**	**24**	**2**	**0**	**2**	**0**	**26**	**0**	**10**	**14**	**0**

Фигура 7 Пациенти Консумация на медикаменти по НЗОК



Осредната стойност на консумация на лекарства напълно или частично платени от НЗОК е 2.84 лекарства/пациент.

[5] Виж раздел ДИЗАЙН НА ПРОУЧВАНИЯТА
[6] Виж **Error! Reference source not found.**
[7] АТС-код. Анатомо-терапевтичен код. Използван е АТС/DDD индекса на СЗО. https://www.whocc.no/atc_ddd_index/

В група A, 10 пациенти употребяват 16 лекарства. На пациент се предписват 1 или 2 медикамента, като средната аритметична стойност е 1.60 лекарства/пациент, а медианата 2 лекарства/пациент.

В група B, 8 пациенти употребяват 8 лекарства или 1 лекарство/пациент.

В група C, 52 пациента употребяват 114 лекарства. На пациент се предписват от 1 до 5 медикамента, като средната аритметична стойност е 2.19 лекарства/пациент, а медианата 2 лекарства/пациент.

В група G, 12 пациента употребяват 24 медикамента. На пациент се предписват от 1 до 3 медикамента, като средната аритметична стойност е 2 лекарства/пациент, а медианата 2 лекарства/пациент.

В група H, 2 пациента употребяват 2 медикамента или 1 лекарство/пациент.

В група L, 2 пациента употребяват 2 медикамента или 1 лекарство/пациент.

В група N, 20 пациента употребяват 26 лекарства На пациент се предписват 1 или 2 медикамента, като средната аритметична стойност е 1.30 лекарства/пациент, а медианата 1 лекарство/пациент.

В група R, 10 пациенти употребяват 10 лекарства или 1 лекарство/пациент.

В група S, 8 пациента употребяват 14 лекарства На пациент се предписват 1 или 2 медикамента, като средната аритметична стойност е 1.75 лекарства/пациент, а медианата 2 лекарства/пациент.

В изследваната популация няма пациент с назначени лекарства от група D, J, M, P и V.

При детайлен анализ може да бъдат открити зависимостите при полипрагмазийните пациенти. В получената извадка има 4 пациента, които използват по 7 медикамента, и при четиримата комбинацията обхваща медикаменти от групите B, C и N; 4 пациента с по 5 медикамента в различни комбинации – двойни C и N, и тройни B, C и N; 12 пациента с по 4 медикамента поотделно (група C) или в комбинации – тройни C, G и R, двойни C и H, A и C, G и R. 12 пациенти с по 3 медикамента поотделно (група C) или в комбинация двойни – C и G, C и N, G и R; 32 пациента с по 2 медикамента поотделно (група A, или G, или S) или в двойна комбинация – B и C, C и N; 20 пациента с по 1 медикамент от групи A, C, L, N, R и S.

1.4.3. Колко време ви отнема от влизането в аптеката до отпускането на лекарствата по НЗОК?

Отговорили 368 респондента, като средноаритметичната стойност на продължителност е 7.57 минути. Най краткото време е 1 минута, а най-дългото 30 минути. 136 от респондентите дават отговор между 5 и 10 минути.

Възрастова група	Брой отговорили	%
16-24	28	8
25-34	90	24
35-49	92	25
50-64	71	19
>65	87	24
Обща сума	**368**	**100**

Таблица 5 Пациенти Време за чакане/Отговорили

Време за чакане (мин)	Отговори
5	8
7.5	20
10	16
12.5	6
15	8
20	2
30	14
Обща сума	**74**

Таблица 6 Пациенти Време за чакане/ Лекувани по НЗОК

Само за респондентите, които са отговорили положително на въпроса дали употребяват лекарства по НЗОК е направен отделен анализ, който показва следното: Отговорили 76, като 2-ма не са дали отговор на въпрос 1.4.3. Другите се разпределят според вида отговор:

От тук следва, че средноаритметично един пациент е чакал 13.58 минути. При въведения норматив[8] от 6 минути на рецепта това означава, че всеки пациент чака средно по 2.26 други пациенти да бъдат обслужени.

1.4.4. Одобрявате ли въвеждането на пръстов отпечатък като средство за идентифицирането на пациентите в аптеката?

Отговорили 603: ДА – 59 (10 %), НЕ – 460 (76 %), Не мога да преценя – 84 (14 %).

Тенденцията в анализа на отговорите на този въпрос е, че пациентите не одобряват въвеждането на пръстовия автентификатор като средство за идентифициране на пациентите в аптеката. Това до някъде може да се дължи на опита, който пациентите придобиха с въведения автентификатор в лечебните заведения, няколко месеца преди стартиране на настоящото изследване.

В следващата таблица е синтезирана информацията от изследването на отговорите на 1.4.4. по възраст на респондентите и по тяхното образователно ниво.

Таблица 7 Пациенти Пръстов автентификатор/Възраст/Образование

Образование	Възраст	ДА	НЕ	Не мога да преценя
Висше	**>65**	0	6	0
	16-24	0	2	0
	25-34	**11**	**33**	**8**
	35-49	6	29	6
	50-64	0	22	2
Средно	**>65**	0	38	2
	16-24	**26**	44	14
	25-34	6	**84**	8
	35-49	8	75	14
	50-64	0	73	**18**
Начално/основно	**>65**	**2**	**46**	**12**
	35-49	0	4	0
Не отговорили	**>65**	0	4	0
	Обща сума	**59**	**460**	**84**

Най-много отговори "Да" на хора с Висше образование са получени от хората на възраст 25-34; хората със Средно образование на възраст 16-24; и хората с Начално/основно на възраст над 65

[8] Раздел **Error! Reference source not found.**

години. Най много отговори "Не" на хора с Висше образование са получени от хората на възраст 25-34 години; хората със Средно образование на същата възраст; хората с Начално/основно образование на възраст над 65 години. Най-много отговори на хората, които не могат да преценят са както следва: с Висше образование на възраст 25-34; със Средно образование – 50-64; със Начално/основно – над 65 години. Респондентите, които не са дали информация за своето образователно ниво, отговарят с "Не" на въпроса.

1.4.5. Мислите ли, че е етично събирането на биометрични данни в аптеката при изпълнението на всяка една рецепта?

Отговорили 593: с Да – 41 (7 %); Не – 270 (45 %); Не мога да преценя – 282 (48 %).

Наблюдава се несигурност в категоричните отговори, като тук влияние може да имат както индивидуалното разбиране за етика в медицината, така и липсата на информираност по въпроса.

1.4.6. Справедливо ли доплащате лекарствата по НЗОК в аптеката, ако ползвате такива?

Възможните отговори са:

А. Несправедливо – евтини са; Б. Справедливо, заплащам толкова колкото трябва; В. Справедливо, според консумацията на лекарства, но нечестно спрямо доходите ми; Г. Несправедливо – скъпи са; Д. Ако има допълнителна такса мога да го понеса; Е. НЗОК трябва да заплаща изцяло лекарствата, за които има издадена рецепта; Ж. Не мога да преценя

Отговорили са 501 респондента[9]:

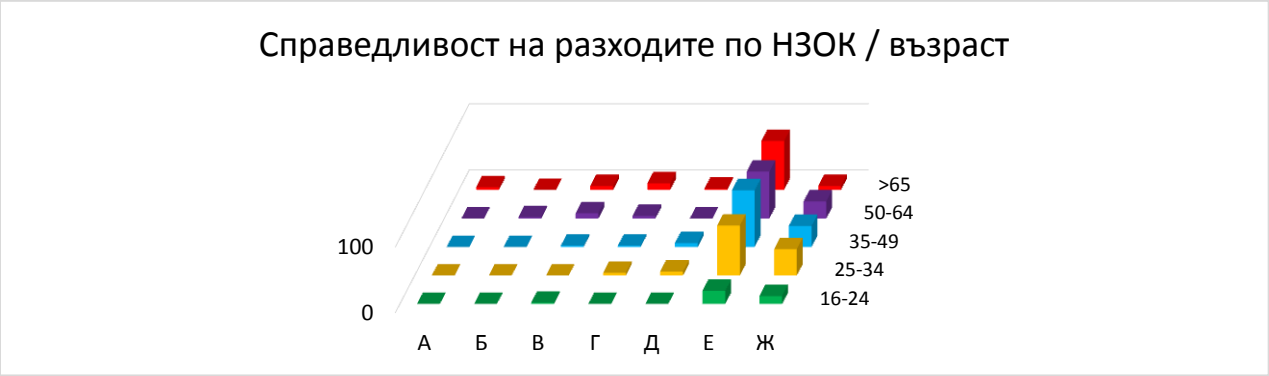
Таблица 8 Пациенти Справедливост на разходите по НЗОК

Възраст	Несправедливо – евтини са	Справедливо, заплащам толкова колкото трябва	Справедливо, според консумацията на лекарства, но нечестно спрямо доходите ми	Несправедливо – скъпи са	Ако има допълнителна такса мога да го понеса	НЗОК трябва да заплаща изцяло лекарствата, за които има издадена рецепта	Не мога да преценя
>65	4	0	6	10	2	74	6
16-24	0	0	2	0	0	20	12
25-34	0	0	0	4	6	76	40
35-49	0	0	2	2	6	86	32
50-64	0	2	8	4	0	71	26
Обща сума	**4**	**2**	**18**	**20**	**14**	**327**	**116**

А. Несправедливо – евтини са – 4 (1 %); Б. Справедливо, заплащам толкова колкото трябва – 2 (0 %); В. Справедливо, според консумацията на лекарства, но нечестно спрямо доходите ми – 18 (4 %); Г. Несправедливо – скъпи са – 20 (4 %); Д. Ако има допълнителна такса мога да го понеса – 14 (3 %); Е. НЗОК трябва да заплаща изцяло лекарствата, за които има издадена рецепта – 327 (65 %); Ж. Не мога да преценя – 116 (23 %).

Фигура 8 Пациенти Справедливост на разходите по НЗОК/възраст

[9] Там където анкетираните не са отговорили, че ползват услугите на НЗОК е отбелязано, че пациентите имат досег с дейностите по НЗОК, защото често взимат лекарства за свои близки и роднини.



1.5. Въпроси от област РЗ

1.5.1. Какви други лекарства различни от тези по НЗОК закупувате редовно от аптеката?

От 609 са отговорили 208.

В отговорите има 104 отговора. Даден е броят на съобщаванията:

От ОТС продуктите преобладават аналгетичните и антипиретични, хомеопатия и инхибитори на протонната помпа, а от прескрипционните – антибиотици и медикаменти за хипертония.

1.5.2. Мислите ли, че здравната вноска трябва да се повиши, за да може Вие да получите по-добра фармацевтична услуга и грижи?

Отговорили 605: ДА – 152 (25 %); НЕ –403 (67 %); Не мога да преценя – 50 (8 %).

1.5.3. Мислите, ли че ако цените на лекарствата по лекарско предписание се фиксират и са еднакви на всякъде, това ще ви осигури по-добро лечение и по-добър достъп до аптечна услуга?

Отговорили 607: – ДА 541 (89 %), НЕ – 30 (5 %), Не мога да преценя – 36 (6 %)

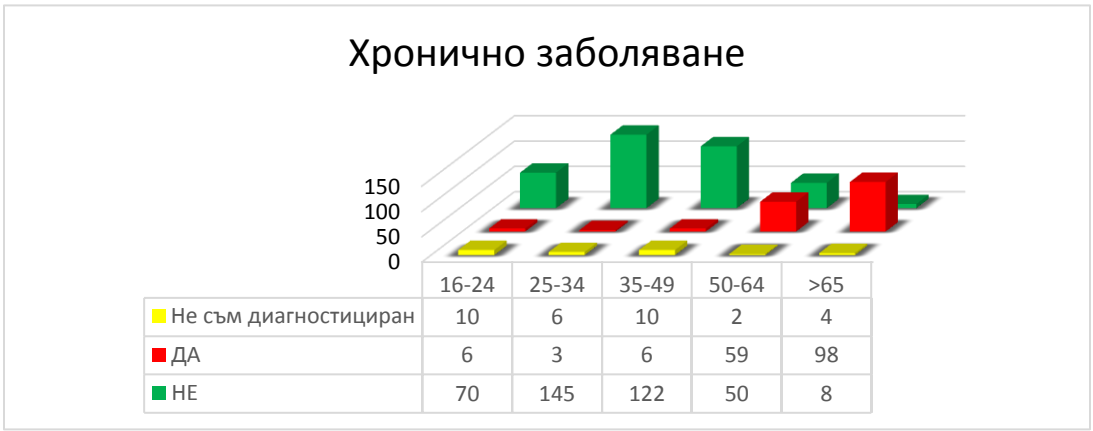
1.5.4. Според Вас конкуренцията, по отношение на цените в аптечния сектор, полезна ли е за по-доброто Ви лекуване?

Отговорили 607: – ДА 68 (11 %); НЕ – 465 (77 %); Не мога да преценя – 74 (12 %).

1.6. Въпроси от област ЗГ

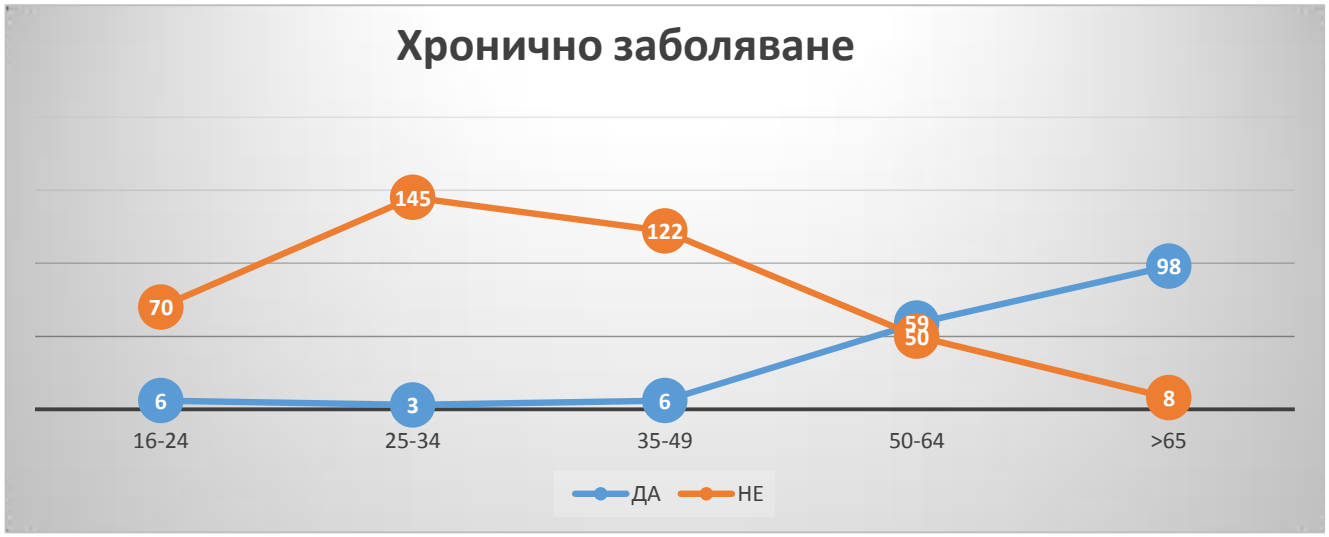
1.6.1. „Имате ли хронично заболяване?“

Отговорили 599: Да – 172 (29 %); Не – 395(66 %); Не съм диагностициран – 32(5 %).

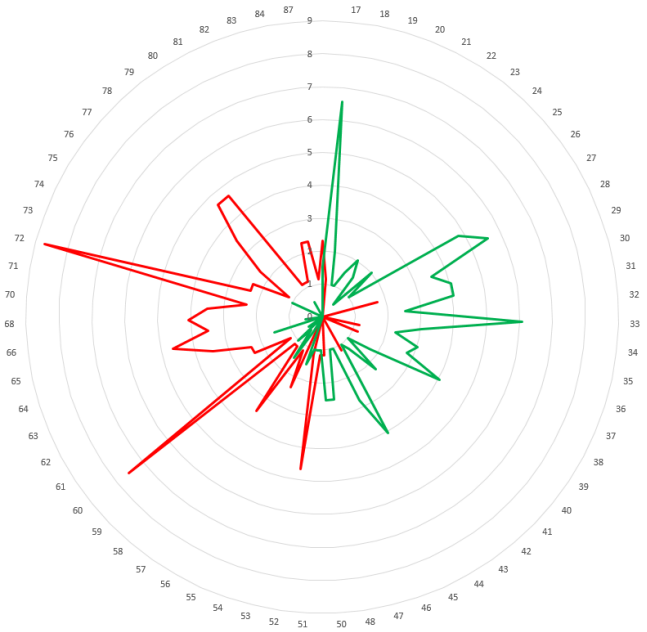


Фигура 9 Пациенти Хронично заболяване

Фигура 10 Пациенти Хронично заболяване ДА/НЕ по възрастова категория



Теглото на хроничните заболявания съотнесено към един член на популацията обръща своята стойност във възрастовата група 50-64. В по-детайлната диаграма тип „часовник“ този момент настъпва във възраст 50 години, където зелената линия съответства на отговори НЕ, а червената на отговори ДА.



Фигура 11 Пациенти Хронично заболяване ДА/НЕ по възраст – тип „часовник“

1.6.2. Ако имате (хронично заболяване), какво е то и кога за първи път беше диагностицирано?

Отговорили 180, от които 10 без отговор или с отговори – „Не“, „Не помня“, „От 20 г.“, „Преди 5г.“. 242 броя заболявания са докладвани, като докладите с 4 заболявания са 4; тези с 3 заболявания са 10; тези с 2 – 40, а тези с 1 заболяване – 116. Съобщените заболявания са както следва:

Най-много докладвани хронични заболявания има по МКВ I10 и I11. Следвани от I61, E11, M17 и N40.

В периода на провеждане на настоящото изследване, Надзорния съвет на НЗОК реши да въведе 100 % реимбурсиране на лекарствата по I.10 (през 2017 г.).

1.6.3. Претърпели ли сте някакви хирургични интервенции?

Отговорили 589: – ДА 92 (16 %); НЕ – 467 (79 %); Не помня – по-скоро не – 26 (4 %); Не помня – по-скоро да – 4 (1 %)

1.6.4. Каква хирургична интервенция сте претърпели и кога?

Таблица 9 Пациенти Хирургична интервенция

Интервенция	Брой отговори
Апендектомия	25
Цезарово сечение x1	12
Операция на очите	7
Фрактура подбедрица	6
Фрактура ръка	6
Цезарово сечение x2	4
Отстраняване на жлъчния мехур	4
Операция на простатата	3
Операция на щитовидната жлеза	2
Пневмоторакс	2
Хистеректомия утери	2
Смяна колянна става x2	2
Стендиране x3	2
Пластична операция след изгаряне	2
Операция на карпален канал	2
Операция на пръстените	2
Операция на перфорирана язва и перитонит	2
Мастит с операция	2
Ампутация на крак	2
Извънматочна бременност	2
Операция на ингвинална херния	2
Спешно зашиване на порезна рана	2
Гинекологична	2

Отговорили 90, като 4 от тях отговарят с "Не". Останалите отговори, са дадени таблично. Отговорите са повече от броя на отговорилите, защото са давали по повече от един отговор.

1.6.5. Когато сте в аптеката, магистър-фармацевтът отделя ли Ви време за консултация по проблем, който сте споделили?

Таблица 10 Пациенти Време за консултация в аптека

Възрастова група	Да, 1-3 минути	Да, 3-6 минути	Да, 6-10 минути	Да, повече от 10 минути	Не. Случва се рядко да имам достъп до консултация	Не. Никога не съм бил консултиран от магистър-фармацевт в аптека	Не мога да преценя
16-24	32	34	8	0	12	0	0
25-34	46	76	20	0	6	6	0
35-49	20	71	27	8	2	4	8
50-64	12	44	37	0	4	14	4
>65	4	30	30	6	14	18	6
Обща сума	**114**	**255**	**122**	**14**	**38**	**42**	**18**

Отговорили 603: Да, 1-3 минути – 114 (19 %); Да, 3-6 минути – 255 (42 %); Да, 6-10 минути – 122 (20 %); Да, повече от 10 минути – 14 (3 %); Не. Случва се рядко да имам достъп до консултация – 38 (6 %); Не. Никога не съм бил консултиран от магистър-фармацевт в аптека – 42 (7 %); Не мога да преценя – 18 (3 %).

В 84 % от посещенията в аптека магистър-фармацевтът успява да отдели време за консултация на пациенти, по проблеми, които те са споделили, но едва в 2.77 % от случаите отделеното време за консултация е повече от 10 минути. Необходимо е допълнително проучване за структурата на интервютата, които провеждат фармацевтите със своите пациенти, и реалната възможност за отделяне на по-голямо внимание върху отделния пациент; също каква е реалната натовареност на аптеките и обезпечеността им с квалифицирани кадри.

В крос-анализ на двата въпроса за консултацията в аптеката и наличието на хронично заболяване се получиха следните резултати:

Таблица 11 Пациенти Крос-анализ Консултация в аптеката/Хрон.заболяване

	Възрастова група	Да, 1-3 минути	Да, 3-6 минути	Да, 6-10 минути	Да, повече от 10 минути	Не. Случва се рядко да имам достъп до консултация	Не. Никога не съм бил консултиран от магистър-фармацевт в аптека	Не мога да преценя
Хрон.заболяване – НЕ	16-24	24	32	4	0	10	0	0
	25-34	42	71	20	0	6	6	0
	35-49	10	67	23	8	2	4	8
	50-64	4	24	14	0	2	4	2
	>65	0	2	0	0	0	2	2
Хрон.заболяване – ДА	16-24	0	2	2	0	2	0	0
	25-34	0	3	0	0	0	0	0
	35-49	2	2	0	0	0	0	0
	50-64	8	18	23	0	2	8	2
	>65	4	28	28	6	14	14	2
Хрон.заболяване – Не диагностициран и неотговорил	16-24	8	0	2	0	0	0	0
	25-34	4	2	0	0	0	0	0
	35-49	8	2	4	0	0	0	0
	50-64	0	2	0	0	0	2	0
	>65	0	0	2	0	0	2	2
	Обща сума	114	255	122	14	38	42	18

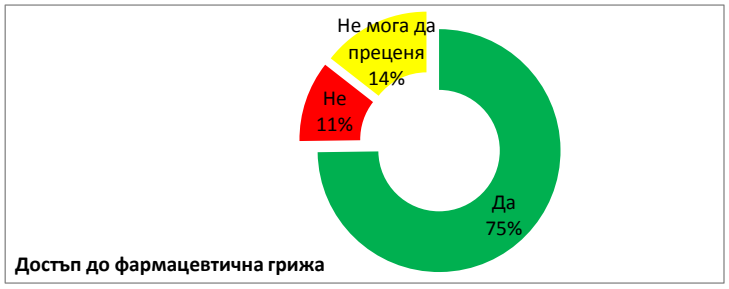
Пациентите, във възрастовата група 25-34, които не са докладвали хронично заболяване, са дали най-много отговори на въпроса за времето за консултация и се консултират в аптеката от магистър-фармацевт от 3 до 6 минути. Пациентите с рапортували хронични заболявания и на възраст над 65 години отговарят еднакво, че магистър-фармацевтът в аптеката ги консултира между 3 и 6 минути или между 6 и 10 минути. Отговорите са очаквани предвид наличието на хронични заболявания у по-възрастните и липсата на такива у по-младите. А интензитета на отговорите в различните категории (1-3 мин), (3-6 мин), 6-10 мин) е също очакван, предвид повечето информация и по-голямата комплексност на проблемите на хронично болните.

1.6.6. Имате ли достъп до фармацевтична грижа от магистър-фармацевт?

Отговорили 595, а 14 не са дали отговор: Да – 445 (75 %); Не – 64 (11 %); Не мога да преценя – 86 (14 %).

Таблица 12 Пациенти Достъп до фармацевтична грижа

Възрастова група	Да	Не	Не мога да преценя
16-24	58	22	28
25-34	62	2	20
35-49	118	16	16
50-64	116	12	12
>65	91	12	10
Обща сума	**445**	**64**	**86**



Фигура 12 Пациенти Достъп до фармацевтична грижа в %

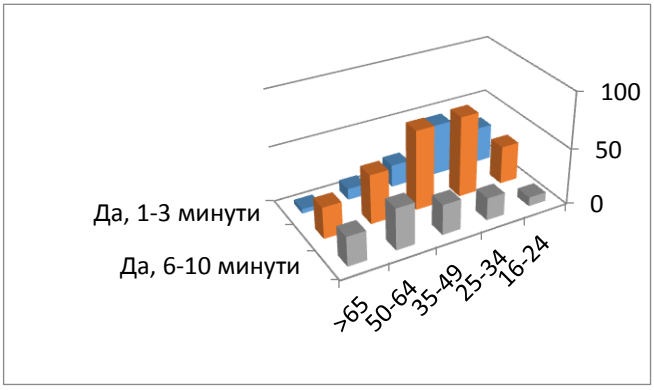
Респондентите отговорили положително на въпроса са 75 %, като те оценяват работата на магистър-фармацевтите в аптеката като грижа. Малко по-различна е концепцията за фармацевтични грижи от рутинната работа на магистър-фармацевтите в аптеката, но вниманието, с което фармацевтите отговарят на проблемите на пациентите е добро начало за поетапното въвеждане на концепцията в практиката.

Крос-анализ на въпроси 1.2.1. и 1.6.5. показва следните резултати:

Таблица 13 Пациенти Достъп до аптека/Време за консултация в аптека

	Възрастова група	Да, 1-3 минути	Да, 3-6 минути	Да, 6-10 минути	Да, повече от 10 минути	Не. Случва се рядко да имам достъп до консултация	Не. Никога не съм бил консултиран от магистър-фармацевт в аптека	Не мога да преценя
Достъп до аптека – ДА	16-24	32	34	8	0	10	0	0
	25-34	46	72	20	0	6	6	0
	35-49	20	71	27	6	0	4	8
	50-64	10	44	37	0	4	12	4
	>65	4	28	26	4	6	8	4
Достъп до аптека – НЕ	35-49	0	0	0	2	0	0	0
	>65	0	0	0	2	2	6	0
Достъп до аптека – Затруднен достъп	16-24	0	0	0	0	2	0	0
	25-34	0	4	0	0	0	0	0
	>65	0	2	2	0	6	4	2
Достъп до аптека – Неотговорили	35-49	0	0	0	0	2	0	0
	50-64	2	0	0	0	0	2	0
	>65	0	0	2	0	0	0	0
	Обща сума	**114**	**255**	**122**	**14**	**38**	**42**	**18**

Зоната с най-много отговори (479 от 603 – 79.43 %) има при пациентите, които имат достъп до аптека и фармацевтът отделя 1-3 минути, 3-6 минути или 6-10 минути за консултация. Диаграма с отговорите е представен на следващата фигура:



Фигура 13 Пациенти Достъп до аптека – ДА / Време за консултация 1-3, 3-6 и 6-10 минути

Крос-анализ на въпроси 1.6.5. и 1.6.6. показва следните резултати:

Таблица 14 Пациенти Достъп до фарм.грижа/ Време за консултация

	Възрастова група	Да, 1-3 минути	Да, 3-6 минути	Да, 6-10 минути	Да, повече от 10 минути	Не. Случва се рядко да имам достъп до консултация	Не. Никога не съм бил консултиран от магистър-фармацевт в аптека	Не мога да преценя
Достъп до ф.грижи – ДА	16-24	20	32	4	0	6	0	0
	25-34	30	70	14	0	2	2	0
	35-49	16	71	25	2	0	0	2
	50-64	8	40	35	0	2	4	0
	>65	2	26	18	2	0	6	2
Достъп до ф.грижи – НЕ	16-24	2	0	0	0	0	0	0
	25-34	8	2	0	0	4	2	0
	35-49	2	0	0	2	2	4	0
	50-64	4	4	0	0	0	8	0
	>65	0	0	0	2	10	6	0
Достъп до ф.грижи – Не мога да преценя	16-24	10	0	4	0	6	0	0
	25-34	6	4	4	0	0	2	0
	35-49	0	0	2	4	0	0	6
	50-64	0	0	2	0	2	2	4
	>65	2	4	10	0	4	6	2
Достъп до ф.грижи – Неотговорили	16-24	0	2	0	0	0	0	0
	25-34	2	0	2	0	0	0	0
	35-49	2	0	0	0	0	0	0
	>65	0	0	2	2	0	0	2
	Обща сума	**114**	**255**	**122**	**14**	**38**	**42**	**18**

Зоната с най-много отговори (411 от 603 – 68.16 %) има при пациентите, които имат достъп до фармацевтична грижа в аптека и фармацевтът отделя 1-3 минути, 3-6 минути или 6-10 минути за консултация. Диаграма с отговорите е представен на следващата фигура, която е много подобна на диаграмата Пациенти Достъп до аптека – ДА / Време за консултация 1-3, 3-6 и 6-10 минути:

Крос-анализ на достъпа до аптека и достъпа до фармацевтична грижа показва следните резултата:

Таблица 15 Пациенти Достъп до аптека/ Достъп до фарм.грижа

Достъп до фарм.грижи / Достъп до аптека	ДА	НЕ	Не мога да преценя	Не отговорили	Обща сума
ДА	441	42	70	10	**563**
НЕ	2	10	0	2	**14**
Затруднен достъп	2	8	16	0	**26**
Не отговорили	0	4	0	2	**6**
Обща сума	**445**	**64**	**86**	**14**	**Анкетирани: 609**

72.41 % (441 от 609) от анкетираните имат достъп до аптека и достъп до фармацевтична грижа. 11.5 % от анкетираните, които имат достъп до аптека не могат да преценят дали имат достъп до фармацевтични грижи. Това са хора, които използват аптечни услуги и имат контакт с магистър-фармацевт, но е нужно малко повече, за да оценят това, като грижа.

2. МАГИСТЪР-ФАРМАЦЕВТИ

2.1. Социодемографски данни

2.1.1. Разпределение по възраст

Таблица 16 Магистър-фармацевти Възраст

Възрастова група	Брой
22-30	35
31-40	74
41-50	80
51-65	150
>65	79
Обща сума	**418**

Възрастова група (брой/процент):

I. 22-30 (35 / 8 %);
II. 31-30 (74 / 18 %);
III. 41-50 (80 / 19 %);
IV. 51-65 (150 / 36 %);
V. >65 (79 / 19 %).

Най-малката възраст е 24 години, а най-голямата 78.

Магистър-фармацевтите във възрастовата група IV са приблизително два пъти повече от II, III и V и 4 пъти повече от група I.

2.1.2. Година на завършване на специалността фармация, степен магистър

От анкетираните магистър-фармацевти най-много има от завършилите своето висше образование по фармация през 1980 г.

2.2. Оценка на опитността

2.2.1. Вашият общ трудов стаж като фармацевт

Таблица 17 Магистър-фармацевти Общ трудов стаж кумулативен по възрастови групи

Възрастови групи	Общ стаж като фармацевт (години)
22-30	119
31-40	722
41-50	1385
51-65	5269
>65	3513
Обща сума	**11008**

В двете таблицата са

представени общия трудов стаж на анкетираните магистър-фармацевти.

Кумулативният трудов стаж (КТС) е стажа, който цялата изследвана популация от магистър-фармацевтите е натрупала по време на целия трудов живот на всеки един индивид, без значение от дейността, която са изпълнявали. Той акумулира цялата опитност на изследваната група и е предпоставка, за това как експертите подхождат към специфичните проблеми (изпитани и нови) по време на своята опитност в професията.

2.2.2. Вашият общ трудов стаж а аптека

Таблица 18 Магистър-фармацевти Общ трудов стаж в аптека кумулативен по възрастови групи

Възрастови групи	Общ стаж в аптека (години)
22-30	**174**
31-40	**723.5**
41-50	**1558**
51-65	**4931**
>65	**3207**
Обща сума	**10593.5**

Кумулативният стаж е очаквано по-малък. От това следва, че опитността на магистър-фармацевтите в аптека (интервюирани в аптеките) е по-малка отколкото общия стаж на интервюираните.

2.2.3. Вашият опит в работата с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК)

Данните са представени в следващата таблица.

Таблица 19 Магистър-фармацевти Опит в работата с НЗОК

Възрастови групи	Опит с НЗОК (месеци)	Опит с НЗОК (години)
22-30	1904	158.67
31-40	5366	447.17
41-50	10504	875.33
51-65	22078	1839.83
>65	8619	718.25
Обща сума	**48471**	**4039.25**

2.2.4. От колко време е открита аптеката, в която работите – Оперативна възраст на аптеката.

Кумулативни данните са представени в следващата таблица. Най-малката възраст е един (1) месец, а най-голямата – 600 месеца.

Таблица 20 Магистър-фармацевти Оперативна възраст на аптеката

Възрастови групи	Оперативна възраст на аптеката (месеци)	Оперативна възраст на аптеката (години)
22-30	4151	345.92
31-40	10134	844.50
41-50	13409	1117.42
51-65	23378	1948.17
>65	14780	1231.67
Обща сума	**65852**	**5487.67**

2.2.5. Посещавате ли редовно модулите от продължаващото обучение на магистър-фармацевтите организирани от Комисията по Качество към Българския фармацевтичен съюз?

В раздела „Минимални изисквания“ на „Правилата за провеждане на продължаващото обучение на магистър-фармацевтите в България“[10] всеки магистър-фармацевт в рамките на една календарна година трябва да премине форми на продължаващо обучение, чиято сборна оценка на научното съдържание е не по-малко от 30 (тридесет) кредитни точки. Правилата дават дефиниция на Продължаващото обучение като „Комплексна образователна програма целяща да обнови и разшири придобитите знания и компетенции в хода на придобиване на образователно-квалификационната степен „магистър“ в професионално направление „фармация“ и/или да предостави възможност за придобиване на нови знания, умения и способности свързани с фармацевтичната практика и индивидуалното развитие на фармацевта. Темите и формите, могат да варират. Съгласно Закона за здравето, съсловната организация на магистър-фармацевтите организира, координира, провежда и контролира продължаващото обучение на магистър-фармацевтите. Програмите се разделят в три основни групи[11] – „Обществено значими заболявания“, „Нормални физиологични състояния“ и „Фармацевтична практика“.

Отговорили 418: Да, редовно – 94 (22 %); Да, но рядко – 154 (37 %); В миналото съм посещавал, но не и в последната година –124 (30 %); По-скоро не 46 (11 %); Не, никога 0 (0 %).

Таблица 21 Магистър-фармацевти ПО

Възрастови групи	Да, редовно	Да, но рядко	В миналото съм посещавал, но не и в последната година	По-скоро не	Не, никога
22-30	10	10	6	7	0
31-40	13	26	13	17	0
41-50	21	42	8	9	0
51-65	30	61	50	13	0
>65	20	15	47	0	0
Обща сума	**94**	**154**	**124**	**46**	**0**

59 % от респондентите заявяват, че в последната година[12] са посещавали форми на ПО на БФС. Това съответства приблизително на данните на Комисията по качество към БФС, която съобщава, че за периода 2013-2016 г. 3281[13] (от 6236[14]) магистър-фармацевти са участвали в различните форми на продължаващо обучение, което е около 53 % от всички членове.

2.3. Въпроси от област НЛП

2.3.1. Като част от електронната рецепта одобрявате ли възможността за генерично изписване от страна на лекарите?

Отговорили 382: Да – 257 (67 %); Не – 86 (23 %); Не мога да преценя – 39 (10 %).

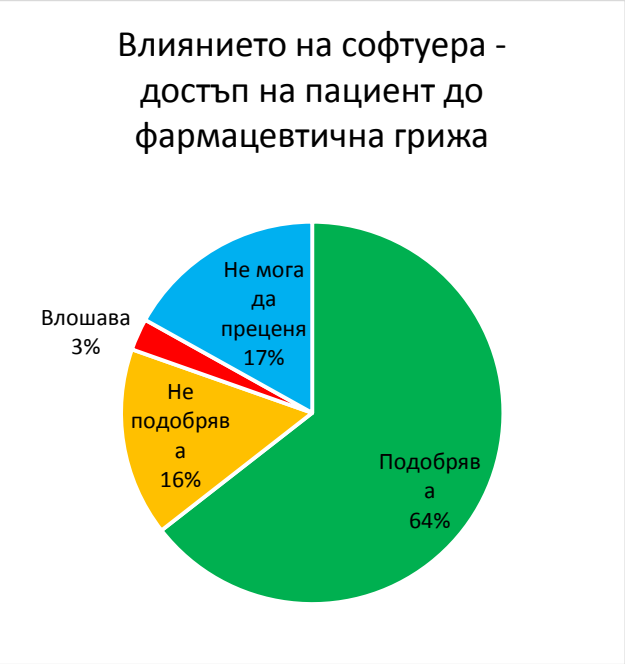
[10] Моят принос е добавен в първоначалния вариант на Правилата, който е одобрен с Протокол 72/20.12.2014 от редовно разширено заседание на УС на БФС част от, чийто състав бях и аз
[11] **Error! Reference source not found.**
[12] 2016г.
[13] (Балкански Ст.)
[14] Към 01.09.2016 г. – от Отчет на Управителния съвет на БФС – мандат юли 2013 г. – септември 2016г. При 5400 към юли 2013г.

2/3 от анкетираните магистър-фармацевти одобряват възможността за генерично изписване от страна на лекарите като част от електронната рецепта. От тях 52 % (133) са на възраст над 50 години с КТС=4920 или 51 % от общия КТС (9738) на отговорилите анкетирани (КТС на неотговорилите е 1270). Общия КТС на отговорилите ДА е 66 %, което също така доказва равномерното разпределение на магистър-фармацевтите по възраст и стаж.

2.3.2. Мислите ли, че осигуряването на аптеката със софтуер и техническо оборудване подобрява достъпа на пациента до фармацевтична грижа ?

Отговорили 408: Подобрява – 263 (64 %); Не подобрява – 65 (16 %); Влошава – 11 (3 %); Не мога да преценя – 69 (17 %).

Фигура 14 Магистър-фармацевти Влиянието на софтуер – достъп на пациент до фарм.грижа %



Неоспорими са плюсовете на наличието на аптечен софтуер при приложението на концепцията „Фармацевтични грижи“. Интерес представлява частта отговорили, че се влошава достъпът до фармацевтична грижа. Това са 11 магистър-фармацевти над 50 годишна възраст, като 9 от групата 51-65 нямат софтуер извън този необходим за работа с НЗОК, но 6 от тях одобряват въвеждането на електронно досие и електронна рецепта, като част от електронното здравеопазване.

2.3.3. Одобрявате ли концепцията за национална аптечна карта

Отговорили 387: Да – 189 (49 %); Не – 19 (5 %); Не съм запознат/а – 179 (46 %).

Таблица 22 Магистър-фармацевти НАК

Възрастови групи	Да	Не	Не съм запознат/а
22-30	14	0	17
31-40	30	3	39
41-50	48	4	19
51-65	70	10	60
>65	27	2	44
Обща сума	**189**	**19**	**179**

49 % от анкетираните одобряват концепцията за национална аптечна карта, която макар и предвидена само в един проект на ЗИД на ЗЛПХМ свидетелства, за това, че голяма част от магистър-фармацевтите са се запознали с концепцията и я одобряват.

2.3.4. Мислите ли, че трябва да има мораториум от една или няколко години върху отварянето на нови аптеки

Отговорили 404: Да – 213 (53 %); Не – 62 (15 %); Не мога да преценя – 129 (32 %).

Таблица 23 Магистър-фармацевти Мораториум върху откриване на аптеки

Възрастови групи	Да	Не	Не мога да преценя
22-30	8	0	27
31-40	31	11	28
41-50	42	11	23
51-65	93	16	35
>65	39	24	16
Обща сума	**213**	**62**	**129**

53 % от анкетираните са на мнение, че е необходимо да има мораториум върху откриването на аптеки. Това е белег за усещането за презастроеност с аптеки особено в големите населени места.

2.3.5. Кой според Вас е определящият фактор, за да може повече аптеки да се открият в малки населени места?

Отговорили 410. Някои от респондентите са давали по повече от едни отговор като броят на отговорите е 683: Отговорилите с един отговор са 226, с по два отговора 120, с по три отговора 39 и с по четири отговора 25. Отговорите са както следва: Трябва да има финансово стимулиране от държавата/общината – 228 (33 %); Трябва конкуренцията да се ограничи при наличие на вече разкрита аптека – 92 (14 %); След като държавата плаща по-голямата част за обучението на студента, трябва да се върне разпределението за работа по градове и села след завършване на университет – 127 (19 %); Уеднаквяване на цените на лекарствата по лекарско предписание във всички аптеки – 185 (27 %); Трябва да завършват повече студенти – 15 (2 %); Не мога да преценя – 36 (5 %).

Таблица 24 Магистър-фармацевти Фактори за откриване на аптеки

Възрастови групи	Трябва да има финансово стимулиране от държавата / общината	Трябва конкуренцията да се ограничи при наличие на вече разкрита аптека	След като държавата плаща по-голямата част за обучението на студента, трябва да се върне разпределението за работа по градове и села след завършване на университет	Уеднаквяване на цените на лекарствата по лекарско предписание във всички аптеки	Трябва да завършват повече студенти	Не мога да преценя
22-30	10	6	4	4	3	4
31-40	42	14	7	15	8	13
41-50	47	13	27	33	0	0
51-65	74	30	63	96	4	15
>65	55	29	26	37	0	4
Обща сума	**228**	**92**	**127**	**185**	**15**	**36**
%	**33**	**14**	**19**	**27**	**2**	**5**
КТС	**6320**	**2913**	**3939**	**6014**	**239**	**810**
%	**31**	**14**	**20**	**30**	**1**	**4**

Резултатите се изменят когато отнасянето е към КТС (виж таблицата отгоре).

2.3.6. Откриването на повече аптеки в малките населени места според Вас ще повиши ли достъпът на населението до лекарства?

Отговорили 418, като броят на отговорите е 437: Да, достъпът ще се повиши – 218 (50 %); Някои лекарства ще станат по-достъпни, но не всички 110 (25 %); Почти няма да повлияе на

достъпа на лекарства – 42 (10 %); Не, достъпът ще се запази на сегашното ниво – 26 (6 %); Не, достъпът може и да се влоши – 17 (4 %); Не мога да преценя – 24 (5 %).

Таблица 25 Магистър-фармацевти Откриване на аптеки в малки населени места – достъп

Възрастови групи	Да, достъпът ще се повиши	Някои лекарства ще станат по-достъпни, но не всички	Почти няма да повлияе на достъпа на лекарства	Не, достъпът ще се запази на сегашното ниво	Не, достъпът може и да се влоши	Не мога да преценя
22-30	**11**	**8**	**10**	**2**	**0**	**4**
31-40	**42**	**21**	**4**	**10**	**0**	**2**
41-50	**35**	**29**	**7**	**6**	**6**	**0**
51-65	**80**	**29**	**10**	**8**	**9**	**14**
>65	**50**	**23**	**11**	**0**	**2**	**4**
Обща сума	**218**	**110**	**42**	**26**	**17**	**24**
%	**50**	**25**	**10**	**6**	**4**	**5**
КТС	**6184**	**2766**	**1062**	**432**	**510**	**628**
%	**53**	**24**	**9**	**4**	**4**	**6**

75 % (77 % по КТС) от всички отговори са положителни относно достъпът, като 2/3 от тях са за пълен достъп, а 1/3 от положително отговорилите са на мнение, че само някои лекарства ще станат по-достъпни. Интересно е становището на 4 % от репсондентите, които отговарят, че достъпът може и да се влоши, защото при чиста форма на пазарно регулиране и навлизане на веригите от аптеки, безпринципното отваряне на аптеки от една верига, която работи с ограничена номенклатура, би ограничило достъпът до определени лекарства. Тези опасения биха се премахнали, ако политическият инструмент Национална аптечна карта подходи внимателно и с достатъчна експертиза предвиждаща рисковете.

2.3.7. Откриването на повече аптеки в малките населени места според Вас ще подобрили качеството на живот на пациентите в тези населени места?

Таблица 26 Магистър-фармацевти Качество на живот на пациентите в малки населени места при нова аптека

Отговорили 418: Да, значително ще го подобри – 176 (42 %); Да, но ще го подобри в малка степен 143 (34 %); Не, няма да може да го подобри в значителна степен – 42 (10 %); Не, няма да се промени – 35 (9 %); Не, напротив – ще го влоши – 0 (0 %); Не мога да преценя – 22(5 %).

Възрастови групи	Да, значително ще го подобри	Да, но ще го подобри в малка степен	Не, няма да може да го подобри в значителна степен	Не, няма да се промени	Не, напротив – ще го влоши	Не мога да преценя
22-30	14	8	7	4	0	2
31-40	28	29	11	4	0	2
41-50	29	25	8	13	0	5
51-65	64	68	6	3	0	9
>65	41	13	10	11	0	4
Обща сума	**176**	**143**	**42**	**35**	**0**	**22**
%	**42**	**34**	**10**	**9**	**0**	**5**
КТС	**5010**	**3630**	**766**	**954**	**0**	**648**
%	**45**	**33**	**7**	**9**	**0**	**6**

76 % (78 % по КТС) отговарят, че качеството на живот на хората в малките населени места ще се повиши в значителна или по-малка степен в следствие от откриване на аптека в такова населено място. Нито един от анкетираните магистър-фармацевти не вярва, че новооткрита аптека в малко населено място би влошила качеството на живот.

Крос-анализ на въпроси 2.3.5., 2.3.6. и 2.3.7 дава следните резултати:

Таблица 27 Магистър-фармацевти Крос-анализ на въпроси 2.3.5., 2.3.6. и 2.3.7

Фактор за откриване на аптеки	Качество на живот на пациента	Достъп на населението до лекарства при повече аптеки						Обща сума
		Да, достъпът ще се повиши	Някои лекарства ще станат по-достъпни, но не всички	Почти няма да повлияе на достъпа на лекарства	Не, достъпът ще се запази на сегашното ниво	Не, достъпът може и да се влоши	Не мога да преценя	
Трябва да има финансово стимулиране от държавата/общината	Да, значително ще го подобри	88	10	2	0	0	6	106
	Да, но ще го подобри в малка степен	26	24	0	10	0	4	64
	Не, няма да може да го подобри в значителна степен	6	4	0	4	6	4	24
	Не, няма да се промени	0	21	0	0	0	0	21
	Не, напротив – ще го влоши	0	0	0	0	0	0	0
	Не мога да преценя	0	2	5	2	2	2	13
Трябва конкуренцията да се ограничи при наличие на вече разкрита аптека	Да, значително ще го подобри	40	0	0	0	0	0	40
	Да, но ще го подобри в малка степен	22	4	8	4	0	0	38
	Не, няма да може да го подобри в значителна степен	0	2	0	4	6	2	14
	Не, няма да се промени	0	0	0	0	0	0	0
	Не, напротив – ще го влоши	0	0	0	0	0	0	0
	Не мога да преценя	0	0	0	0	0	0	0
След като държавата плаща по-голямата част за обучението на студента, трябва да се върне разпределението за работа по градове и села след завършване на университет	Да, значително ще го подобри	44	4	0	0	0	4	52
	Да, но ще го подобри в малка степен	16	5	4	0	0	4	29
	Не, няма да може да го подобри в значителна степен	3	0	8	4	0	0	15
	Не, няма да се промени	4	13	6	4	0	0	27
	Не, напротив – ще го влоши	0	0	0	0	0	0	0
	Не мога да преценя	0	0	0	0	4	0	4
Уеднаквяване на цените на лекарствата по лекарско предписание във всички аптеки	Да, значително ще го подобри	72	13	2	0	0	4	91
	Да, но ще го подобри в малка степен	32	20	7	4	0	8	71
	Не, няма да може да го подобри в значителна степен	3	2	0	0	6	0	11
	Не, няма да се промени	0	0	3	4	0	0	7
	Не, напротив – ще го влоши	0	0	0	0	0	0	0
	Не мога да преценя	0	0	5	0	0	0	5
Трябва да завършват повече студенти	Да, значително ще го подобри	4	0	0	0	0	0	4
	Да, но ще го подобри в малка степен	4	0	0	4	0	0	8
	Не, няма да може да го подобри в значителна степен	3	0	0	0	0	0	3
	Не, няма да се промени	0	0	0	0	0	0	0
	Не, напротив – ще го влоши	0	0	0	0	0	0	0
	Не мога да преценя	0	0	0	0	0	0	0
Не мога да преценя	Да, значително ще го подобри	4	4	0	0	0	0	8
	Да, но ще го подобри в малка степен	5	0	0	6	0	4	15
	Не, няма да може да го подобри в значителна степен	0	0	4	0	0	2	6
	Не, няма да се промени	0	0	0	0	0	0	0
	Не, напротив – ще го влоши	0	0	0	0	0	0	0
	Не мога да преценя	0	0	0	0	5	2	7

Така предложената таблица е редуцирана като от отговорите са премахнати: от категорията "Фактор за откриване на аптеки" – "Не мога да преценя"; от категорията "Качество на живот на пациента" – " Не, напротив – ще го влоши" и "Не мога да преценя"; и от категорията "Достъп на населението до лекарства при повече аптеки" – "Не мога да преценя". В анализа остават само значимите отговори.

От 1 до 4 са дадени отговорите за Фактор 1, 5-8 за Фактор 2, 9-12 за Фактор 3, 13-16 за Фактор 4 и 17-20 за Фактор 5. Те са групирани по съответната категория "Качество на живот на пациента". На ординатата е представен "Достъпът на населението до лекарства при повече аптеки".

От направения анализ може да заключим, че **най-голям дял (48.39 %) от магистър-фармацевтите са на мнение, че достъпът на населението до всички или някои лекарства ще се повиши в малка или значителна степен при откриване на по-голям брой аптеки в малките населени места, но с финансовото стимулиране от страна на държавата и/или общината, при уеднаквяване на цените на лекарствата по лекарско предписание във всички аптеки, като това значително ще подобри качеството на живот на пациента**. Повишаване на достъпът и подобряване качеството на живот на пациентите биха се подобрили и при спазване на следните фактори за откриване на аптека (**22.92 %** от отговорите): **ограничаване на конкуренцията при наличие на вече разкрита аптека и връщане на разпределението за работа, с основание, че държавата финансира обучението на студента**. Последното е все по-трудно приложимо предвид либерализирания пазар и въведения принцип за частна инициатива.

2.3.8. "Одобрявате ли концепцията за националната лекарствена политика на Р. България по отношение на възможността за генерично заместване на лекарства в аптеката?"

Отговори 575 (давани повече от 1 отговор): Да, това ще подобри статута на фармацевта в обществото – 215 (37 %); Да, по този начин няма да се презареждаме с лекарства – 119 (21 %); Да, това ще повиши комплайънса на пациента с изписаната терапия – 43 (8 %); Да, поради друга причина 19 (3 %); Не, това ще изкриви пазара, защото определение вериги ще започна производство на собствени марки лекарства с цел дънпинговане на цените – 74 (13 %); Не, това би влошило достъпът на пациента до качествена терапия – 43 (7 %); Не, това би намалило инвестирането в иновативни лекарства и би спряло напредъка на науката – 22 (4 %); Не, поради друг причина – 4 (1 %); Не мога да преценя – 36 (6 %).

Таблица 28 Магистър-фармацевти Генерично заместване

Възрастови групи	Да, това ще подобри статута на фармацевта в обществото	Да, по този начин няма да се презареждаме с лекарства	Да, това ще повиши комплайънса на пациента с изписаната терапия	Да, поради друга причина	Не, това ще изкриви пазара, защото определение вериги ще започна производство на собствени марки лекарства с цел дънпинговане на цените	Не, това би влошило достъпът на пациента до качествена терапия	Не, това би намалило инвестирането в иновативни лекарства и би спряло напредъка на науката	Не, поради друг причина	Не мога да преценя
22-30	22	12	0	0	5	0	0	0	2
31-40	25	27	19	9	16	10	5	0	8
41-50	53	24	4	2	7	4	0	4	5
51-65	84	43	13	0	28	14	8	0	5
>65	31	13	7	8	18	15	9	0	16
Обща сума	215	119	43	19	74	43	22	4	36
%	37	21	8	3	13	7	4	1	6

Повече от половината положителни отговори на въпроса са, че генеричното заместване ще подобри статута на фармацевта в обществото. Това се постига, чрез демонстриране знанията на специалиста в областта на технологията на лекарството, неговата фармакологична и токсикологична характеристика, а същото така и способността му да анализира съответната ситуация взимайки под внимание множествената лекарствена употреба.

Фигура 15 Магистър-фармацевти Генерично заместване – Отговори ДА



Една трета от отговорите са, че чрез генеричното заместване аптеките няма да се презареждат с лекарства, което би освободило ресурс за превенция и промоция на здравето. Благодарение своя опит магистър-фармацевтът може да прецени, посредством обратната връзка със своите пациенти, кои продукти на пазара имат по-добър или специфичен ефект. Чисто лабораторно[15] се доказват различните биофармацевтични характеристики на различните продукти. При направен експеримент за определяне разпадането на таблетки съдържащи 150 мг ranitidine в 0.1 M HCl се установява, че таблетка от първия производител се дезинтегрира за 13 минути (пикова концентрация на ранитидин в кръвта е определена на 20-тата минута), докато таблетка на втория производител е напълно дезинтегрирана на 38 минута, като при нея никога не се достига концентрация в кръвта като на първия продукт, но за сметка на това концентрацията е по-стабилна за по-дълъг период. Двата продукта са генерични и взаимнозаменяеми. Затова е важно правилното разбиране на природата на лекарството като цяло и детайлното познаване характеристиките на наличните продукти на пазара. Това знание притежават магистър-фармацевтите.

11 % от положителните отговори, твърдят че компайънсът на пациента ще се повиши, като това е най-вече свързано с предоставянето на по-евтини решения за терапията на пациентите при сходни резултати.

Половината от негативните отговори са свързани с опасенията на магистър-фармацевтите от изкривяване на пазара, защото определени вериги от аптеки биха започнали производство на

[15] Упражнение по биофармация – Определяне времето за разпад на таблетки съдържащи ranitidine на Ранитидин Унифарма и Zantac (2005).

собствени марки лекарства (с или без собствен производител), които да предлагат като заместващи продукти.

Фигура 16 Магистър-фармацевти Генерично заместване – Отговори НЕ



При сравнително големия процент на бедно население особено в малките населени места, дори и една единствена партида с влошено качество с орязани разходи с цел икономии би застрашила здравето на голяма популация от хора до справянето с проблема.

Около 1/3 от негативните отговори са, че генеричното заместване би влошило достъпа на пациента до качествена терапия. Което не изключва като първопричина и горното твърдение, при което би се постигнало поетапното елиминиране на вече утвърдени и с добро качество производители. Ограничаването с подобен подход на част от номенклатурата на производители, вече утвърдени на пазара на лекарства, би ги накарало да преосмислят икономическата целесъобразност на маркетирането на някои линии от своята номенклатура, а в последствие и на цялата си номенклатура. Подобен проблем се наблюдава и при ценообразуването и включването на лекарствата в Позитивния лекарствен списък, където България се реферира към най-ниската цена от кошница с цените в референтните държави (17 на брой)[16]. При снижаване на цената под определен минимум, производителят се изтегля от пазара, което лишава пациентите от съответния лекарствен продукт, а оттук и от качествена терапия. При така развилата се ситуация, друг по-малък производител може да навлезе на българския пазар с генеричен продукт, който не се

[16] Съгласно Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина държавата регулира пределните цени на лекарствените продукти, отпускани по лекарско предписание и цените на лекарствените продукти, включвани в Позитивния лекарствен списък и заплащани с публични средства в съответствие с най-ниските референтни цени в държави членки на ЕС.
С Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти са определени 17 страни, към които България се реферира:
Основни държави: Румъния; Франция; Латвия; Гърция; Словакия; Литва; Португалия; Италия; Словения и Испания.
Допълнителни държави: Белгия; Чехия; Полша; Унгария; Дания; Финландия; Естония. (Към 01.01.2017г.)

предлага в референтните държави, при което цената на продукта не подлежи на реферирane[17]. Така се определя по-висока цена, която влияе на комплайънса на пациента и влошава терапията му.

15 % от негативните отговори сочат, че въвеждането на генеричното заместване би намалило инвестирането в иновативни продукти и би спряло напредъка на науката. Това е така, защото сериите с лекарства с изтекли патенти на иновативните компании биха декапитализирали самите компании, което или ще спре развитието на научно-развойната дейност на компанията или ще повиши цената на лекарствата, които са все още под патент. За общество и пазар като българския това е много рисково, защото в първия случай пациента се лишава от все по-нови ефективни, ефикасни и безопасни лекарства, а във втори случай той ще има възможност да ги ползва, но вече на много по-висока цена. Финансирането на научно-развойната дейност на иновативните компании от лекарства с отпаднала патентна защита е важно за провеждането на редицата клинични изпитвания на новите молекули, като България тук се възползва пряко от това, като на територията на страната се провеждат редица такива проучвания и пациентите имат достъп до най-иновативната терапия с относително премерен риск. Последните цифри показват, че около 200 са новите проучвания, които започват всяка година у нас, а общият брой активни проучвания за 2016 е бил около 550 (И. Георгиев), като общите инвестиции под формата на лекарства са за над 150 млн. долара за 2014 г. или над 300 млн. долара в които влизат лекарства, данъци, заплати.

2.4. Въпроси от област ЕУ

2.4.1. Одобрявате ли въвеждането на електронно досие и електронна рецепта като част от електронното здравеопазване?

Таблица 29 Магистър-фармацевти Електронно досие и електронна рецепта

Възрастови групи	Да	Не
22-30	32	3
31-40	64	6
41-50	64	12
51-65	107	14
>65	55	12
Обща сума	**322**	**47**
%	**87**	**13**
КТС общ	**8184**	**1023**
%	**89**	**11**
КТС аптека	**7931.5**	**1364**
%	**85**	**15**
КТС НЗОК (месеци)	**41105**	**4162**
%	**91**	**9**

Отговорили 369: Да – 322 (87 %); Не – 47 (13 %).

В следващата таблица са дадени резултатите по КТС общ, в аптека и при работа с НЗОК. Магистър-фармацевтите, които имат опит в работата с НЗОК разбират в пълнота преимуществата на работа с електронни системи и възможността определен клъстер информация, каквото се явява пациентското досие, да бъда събрана в единен масив от данни.

[17] Случаят с Ривотрил (2015г) даван при епилепсия и off-label при тревожни състояния. При понижаване на цената до 2.81лв. (Clonazepam 2мг) Roche решава да изтегли от разпространени продуктът в България, при което тази пазарна ниша се заема от Клонарекс (2мг) на цена от 14.90лв. на Рекс Фармасютикулс ЕООД, България, произвеждано по възлагателно производство от Remedica Ltd., Кипър.

2.4.2. Според Вас, въвеждането на електронната рецепта би ли улеснила работата Ви в аптеката?

Отговорили 395: Да – 234 (59 %); Не – 30 (8 %); Би влошило работата ми – 20 (5 %); Не мога да преценя – 111 (28 %).

Опасенията при 5 % от респондентите се отдават на иновативността на едно такова изискване, стрес от грешки и страх от несправяне. Разпределението на работещи с договор с НЗОК и без договор с НЗОК е 12/8.

Сравнително голям процент (28 %) остава на отговорилите с "Не мога да преценя", което може да отдадем на липсата на законодателно изискване за изписване и отпускане по електронна рецепта, частична опитност в работата с НЗОК, липса на гласност по темата в съсловието на магистър-фармацевтите.

2.4.3. Колко според Вас ще струва на аптеката, в която работите интегрирането на системата за верификация на фалшиви лекарства, която се очаква да влезе в сила след 2019г.? …….лева

Отговорилите са 123: Сумата от всички отговори е 185 827 лева. Средноаритметичната стойност е **1510.79 лв**. Медианата е 1000 лв. като всички цифри посочени от магистър-фармацевтите са във основа на техни проучвания. Най-високата посочена цена е 7500 лв., а най-ниската 50 лв.

2.5. Въпроси от област СО

2.5.1. Аптеката, в която работите е: (може повече от 1 отговор)

От открит тип – 252

Билкова аптека – 32

Болнична аптека – 5

Частна – единична аптека – 309

Частна – малка местна верига – 83

Част от голяма верига – 8

Денонощна – 8

Работи с рецепти по ЗКНВП (извън договор с НЗОК) – 130

Работи с НЗОК като отпуска на здравноосигурените лица (ЗОЛ) лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ), включени в приложение №1 на Позитивния лекарствен списък (ПЛС), за домашно лечение на територията на страната, заплащани напълно или частично от НЗОК по реда на Наредба № 10. – 336 (35 без посочена специфична дейност)

Изпълнява и някои от следните дейности по НЗОК: (оградете с кръгче)

а/ Лекарства за лечение на редки болести (по протокол IA) – 177

б/ Основна група лекарства по протокол IA (без тези за поддържащо лечение на трансплантирани пациенти и за редки болести) – 159

в/ Лекарства за поддържаща хормонална терапия на болни от злокачествени заболявания (по протокол IC) – 230

г/ Основна група лекарства по протокол IC (без тези за поддържаща хормонална терапия на болни от злокачествени заболявания и инсулини) – 221

д/ Лекарствени продукти-инсулини (по протокол I C) – 266

е/ Лекарства за поддържащо лечение на трансплантирани пациенти (по протокол IC) (Чл.1, ал. 2, т.2.4.3. от договора) – 145

ж/ Медицински изделия – тест-ленти – 189

з/ Медицински изделия – превръзки за булозна епидермолиза – 103

и/ Лекарства, съдържащи наркотични и упойващи вещества по НЗОК – 139

й/ Диетични храни за специални медицински цели – 160

к/ Медицински изделия за стомирани болни – 175

л/ Лекарства, предписвани по протокол I B – 230

м/ отпускане на лекарствени продукти, предназначени за лечение на военноинвалидите и военнопострадалите – 25

н/ отпускане на лекарствени продукти, предназначени за лечение на ветераните от войните – 36

От възможните 14 дейности по НЗОК, само 4 аптеки са посочили всички. 8 аптеки са посочили 13 дейности, като 3 от тях не отпускат основна група лекарства по протокол IC (без тези за поддържаща хормонална терапия на болни от злокачествени заболявания и инсулини) (г), а 5 не отпускат лекарства, съдържащи наркотични и упойващи вещества по НЗОК[18]. Други 8 аптеки са посочили 12 вида дейности, като при всички липсват дейностите по отпускане на лекарства съдържащи наркотични и упойващи вещества по НЗОК и дейности по отпускане на лекарствени продукти, предназначени за лечение на военноинвалидите и военнопострадалите. Аптеките изпълняващи 11 вида дейности са 30 на брой, като нито една от тях не изпълнява дейности по отпускане на лекарствени продукти, предназначени за лечение на военноинвалидите и военнопострадалите и отпускане на лекарствени продукти, предназначени за лечение на ветераните от войните; и не изпълняват една от двете дейности по отпускане на лекарства съдържащи наркотични и упойващи вещества по НЗОК (26) или не отпускат медицински изделия за стомирани болни (4). При останалите аптеки липсващите дейности са най-разнообразни – с по

[18] Изисква наличие на лицензия издавана по реда на Закона за контрол на наркотичните вещества и прекурсорите

10 дейности са 52 аптеки, с по 9 дейности са 34 аптеки, с по 8 дейности са 51 аптеки, с по 7 дейности са 6 аптеки, с по 6 дейности са 14 аптеки, с по 5 дейности са 15 аптеки, с по 4 дейности са 24 аптеки, с по 3 дейности са 33 аптеки, с по 2 дейности са 17 аптеки и с по 1 съобщена дейност са 5 аптеки (4, от които с дейности по отпускане на лекарства съдържащи наркотични и упойващи вещества по НЗОК).

Не се очаква резултатите да съответстват на реалните предоставени от НЗОК[19], защото има предоставени данни от магистър-фармацевти работещи в една аптека, което би изкривило статистиката, но въпреки това, съотношенията са запазени.

2.5.2. Колко време реално ви отнема обработването на една рецепта по НЗОК – ……мин/1 рецепта

Отговорите варират от 1 минута до 10 минути. Най-често повтарящата се стойност е 5 минути. Медианата е 3 минути. Средноаритметичното на всички респонденти е 3.19 минути. Когато се изключат неотговорилите (101), средноаритметичното е 4.20 минути.

Така за обработката на една **рецепта** магистър-фармацевтите отделят **4.2 минути**. Това съответства на заложените стандарти от 6 минути, въведени чрез типовия договор между аптеките и НЗОК. Така за консултация на пациентът се отделят 1.8 минути.

2.5.3. Колко време ви отнема работата с протоколи по НЗОК – ……..мин/1 протокол?

Отговорите варират от 1 минута до 13 минути. Най-често повтарящата се стойност е 5 минути. Медианата е 5 минути. Средноаритметичното на всички респонденти е 3.60 минути. Когато се изключат неотговорилите (134), средноаритметичното е 5.30 минути.

Така за обработката на един **протокол с рецепта** магистър-фармацевтите отделят **5.3 минути**. Това съответства на заложените стандарти от 9 минути, въведени чрез типовия договор между аптеките и НЗОК. Така за консултация на пациентът се отделят 3.7 минути.

2.5.4. Одобрявате ли въвеждането на пръстов отпечатък като средство за идентифициране на пациентите в аптеката?

Отговорили 409: Да – 18 (4 %); Не изцяло – 39 (10 %); Не – 328 (80 %); Не мога да преценя – 24 (6 %).

Таблица 30 Магистър-фармацевти Въвеждане на пръстов отпечатък

Възрастови групи	Да	Не изцяло	Не	Не мога да преценя
22-30	0	9	14	6
31-40	0	14	60	0
41-50	12	0	66	0
51-65	6	10	134	4
>65	0	6	54	14
Обща сума	**18**	**39**	**328**	**24**
%	**4**	**10**	**80**	**6**

[19] **Error! Reference source not found.**



Фигура 17 Магистър-фармацевти Въвеждане на пръстов отпечатък %

80 % от магистър-фармацевтите не одобряват въвеждането на пръстовия отпечатък като средство за идентифициране на пациентите в аптеката.

2.5.5. Етично ли е според Вас събирането на биометрични данни (като пръстов отпечатък) в аптеката?

Отговорили 412: Да – 12 (3 %); Не изцяло – 44 (11 %); Не – 324 (78 %); Не мога да преценя – 32 (8 %).

Таблица 31 Магистър-фармацевти Етично ли е събирането на биометрични данни

Възрастови групи	Да	Не изцяло	Не	Не мога да преценя
22-30	0	8	21	6
31-40	0	9	57	8
41-50	6	5	63	0
51-65	6	10	130	4
>65	0	12	53	14
Обща сума	12	44	324	32
%	3	11	78	8

Фигура 18 Магистър-фармацевти Етично ли е събирането на биометрични данни %



Тук резултатите са идентични като при предходния въпрос. 78 % от респондентите са на мнение, че не е етично събирането на биометрични данни (като пръстов отпечатък) в аптеката.

2.5.6. Морално ли е от гледна точка на фармацевтичната професия предоставянето на такива биометрични данни на правителствени организации?

Отговорили 407: Да – 16 (4 %); Не изцяло – 34 (8 %); Не – 311 (77 %); Не мога да преценя – 46 (11 %).

Фигура 19 Магистър-фармацевти Морално ли е предоставянето на биометрични данни %



Възрастови групи	Да	Не изцяло	Не	Не мога да преценя
22-30	0	8	17	10
31-40	0	12	48	12
41-50	6	2	72	0
51-65	10	8	118	8
>65	0	4	56	16
Обща сума	16	34	311	46
%	4	8	77	11

Таблица 32 Магистър-фармацевти Морално ли е предоставянето на биометрични данни

77 % от магистър-фармацевтите са на мнение, че не е морално биометрични данни да се предоставят на правителствени организации и структури.

2.5.7. Справедливо ли доплащат за лекарства пациентите във вашата аптека?

Таблица 33 Магистър-фармацевти Справедливост при доплащане на лекарствата

Възрастови групи	Несправедливо, трябва да плащат повече	Справедливо, заплащат толкова колкото трябва	Справедливо, според консумацията на лекарства, но нечестно спрямо доходите им	Несправедливо, трябва да доплащат по-малко	Несправедливо, трябва да има нова система на доплащане с включена по-висока такса за обработка на рецепта	Несправедливо – НЗОК трябва да заплаща изцяло лекарствата, за които има издадена рецепта
22-30	0	4	18	0	10	3
31-40	0	10	30	16	24	4
41-50	6	2	31	19	14	8
51-65	4	17	40	23	84	15
>65	0	4	23	8	34	6
Обща сума	**10**	**37**	**142**	**66**	**166**	**36**
%	2	8	31	15	36	8

Отговорите са 457, което е повече от броя на респондентите, защото са давали повече от един верен отговор: Несправедливо, трябва да плащат повече – 10 (2 %); Справедливо, заплащат толкова колкото трябва – 37 (8 %); Справедливо, според консумацията на лекарства, но нечестно спрямо доходите им – 142 (31 %); Несправедливо, трябва да доплащат по-малко – 66 (15 %); Несправедливо, трябва да има нова система на доплащане с включена по-висока такса за обработка на рецепта – 166 (36 %); Несправедливо – НЗОК трябва да заплаща изцяло лекарствата, за които има издадена рецепта 36 (8 %).

Фигура 20 Магистър-фармацевти Справедливост при доплащане на лекарствата %



Двете основни линии в мнението на експертите е, че пациентите доплащат справедливо, според консумацията на лекарства, но нечестно спрямо своите доходи, и че пациентите доплащат несправедливо, да се разбира малко, защото магистър-фармацевтите считат, че трябва да има нова система за

доплащане с включена по-висока такса за отпускане на медикаментите и обработка на рецептите, независимо дали това е реимбурсирано от здравния фонд или се доплаща директно от пациентите. Тези отговори съставляват 2/3 от всички отговори дадени от респондентите.

2.6. Въпроси от област РЗ

2.6.1. Какви разходи приблизително са направени за програмно-техническото обслужване на аптеката, в която работите:

1/ Техника, включително компютри, бар-код четци, карто-четци, касови апарати, принтери/скенери/копирни машини и/или други: …….лв./общо

Отговорили 290 респондента. Общата сума на отговорилите е 1 090 900 лв. Най-ниската стойност е 290 лв., а най-високата 20 000 лв. **Средноаритметично стойността в тази категория е 3 761.72 лв.**

2/ Техника, необходима за правилното съхранение на лекарствата, включително хладилници, климатични системи, отоплителни уреди, огнеупорни шкафове и шкафове със секретно заключване и/или други: …….лв./общо

Отговорили 298 респондента. Общата сума на отговорилите е 980 850 лв. Най-ниската стойност е 200 лв., а най-високата 10 000 лв. **Средноаритметично стойността в тази категория е 3 291.44 лв.**

3/ Софтуер, включително аптечен софтуер, операционен софтуер, други програми и апликации, разходи за сайт, ако аптеката има електронен сайт и/или магазин и/или други: …….лв./общо

Отговорили 249 респондента. Общата сума на отговорилите е 358 044 лв. Най-ниската стойност е 200 лв., а най-високата 6 000 лв. **Средноаритметично стойността в тази категория е 1 437.93 лв.**

2.6.2. Колко от разходите в (т.14 – предишния въпрос) определяте като неизбежни и вменени от закон или наредба – …….лв./общо

Отговорили 234 респондента. Общата сума на отговорилите е 1 290 810 лв. Най-ниската стойност е 200 лв., а най-високата 20 000 лв. **Средноаритметично стойността в тази категория е 5 516.28 лв.**

2.6.3. Определяте ли като справедливи тези разходи?

Напълно справедливи – 97 (28 %); Справедливи до някъде – 214 (62 %); Несправедливи – 35 (10 %)

Таблица 34 Магистър-фармацевти

Справедливост на разходите за аптека

Възрастови групи	Напълно справедливи	Справедливи до някъде	Несправедливи
22-30	21	8	4
31-40	15	36	6
41-50	24	40	4
51-65	14	86	15
>65	23	44	6
Обща сума	**97**	**214**	**35**
%	**28**	**62**	**10**

Броят на отговорилите е 346. 90 % от респондентите са на

мнение, че разходите, които са направени в аптеките, в които работят са справедливи, като 97 посочват, че те са напълно справедливи, а 214, че те са справедливи до някъде. С това, магистър-фармацевтите показват, че са наясно с работата в аптека и осъзнават необходимостта, за да може помещенията и оборудването да бъдат във вид, който позволява безпрепятственото изпълнение на задълженията им при осъществяването на дейностите по заложени в ЗЛПХМ чл.219, а именно: съхраняване, приготвяне, опаковане, контролиране, даване на консултации, отпускане по лекарско и без лекарско предписание на разрешени за употреба в Република България лекарствени продукти, на медицински изделия, на диетични храни за специални медицински цели и храни за кърмачета и преходни храни, както и хранителни добавки, козметични и санитарно-хигиенни средства.

2.6.4. Мислите ли, че тези разходи ще окажат влияние върху цената за крайния потребител?

Отговорили 370. Да, ще повишат цената – 34 (9 %); Отчасти – цената ще се компенсира от друго – 39 (11 %); Всичко остава за сметка на аптеката и няма да повишат цената – 297 (80 %).

Възрастови групи	Да, ще повишат цената	Отчасти – цената ще се компенсира от друго	Всичко остава за сметка на аптеката и няма да повишат цената
22-30	2	7	24
31-40	10	5	47
41-50	3	10	67
51-65	15	7	106
>65	4	10	53
Обща сума	**34**	**39**	**297**
%	**9**	**11**	**80**
КТС аптека	**816**	**1043**	**7504**
%	**9**	**11**	**80**

Таблица 35 Магистър-фармацевти Влияние на разходите в аптека върху крайния потребител

Фигура 21 Магистър-фармацевти Влияние на разходите в аптека върху крайния потребител %



Резултатите след анализиране на отговорите на този въпрос показват, че магистър-фармацевтите в аптеката по-скоро предвиждат тези разходи в първоначалната инвестиция за аптеката и възвръщаемостта им е заложена в общата норма на печалба, без да се предвижда увеличаване на цените на лекарствата след всеки нов регламент заложен в законодателството.

2.6.5. **Мислите ли, че таксата за обработка на рецепта, трябва да се повиши, за да може Вие да оказвате по-добра фармацевтична грижа на своите пациенти?** Отговорили 392. Да – 277 (71 %); Не – 58 (15 %); Не мога да преценя – 57 (14 %).

Възрастови групи	Да	Не	Не мога да преценя
22-30	**22**	**3**	**10**
31-40	**45**	**27**	**0**
41-50	**59**	**4**	**11**
51-65	**99**	**19**	**14**
>65	**52**	**5**	**22**
Обща сума	**277**	**58**	**57**
%	**71**	**15**	**14**
КТС аптека	**7080**	**1195.5**	**1664**
%	**71**	**12**	**17**

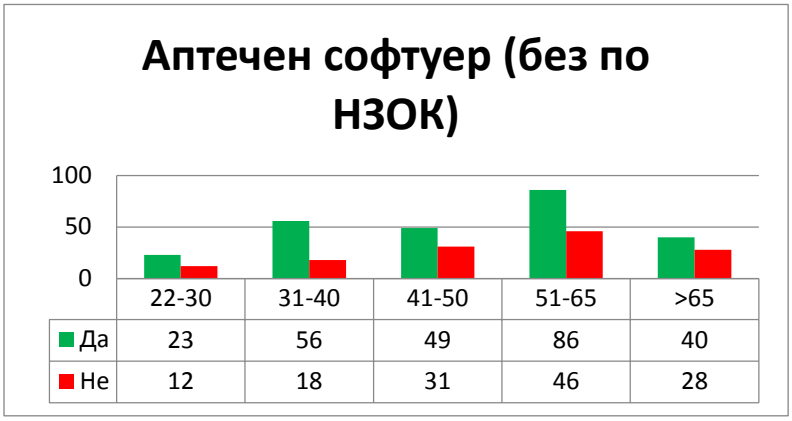
Таблица 36 Магистър-фармацевти Трябва ли да се повиши такса рецепта, за по-добра грижа

2.7. Въпроси от област ЗГ

2.7.1. Аптеката, в която работите обезпечена ли е с аптечен софтуер за работа извън рецептите по НЗОК

Отговорили 389: Да – 254 (65 %); Не – 135 (35 %).

Таблица 37 Магистър-фармацевти Аптечен софтуер (без по НЗОК)



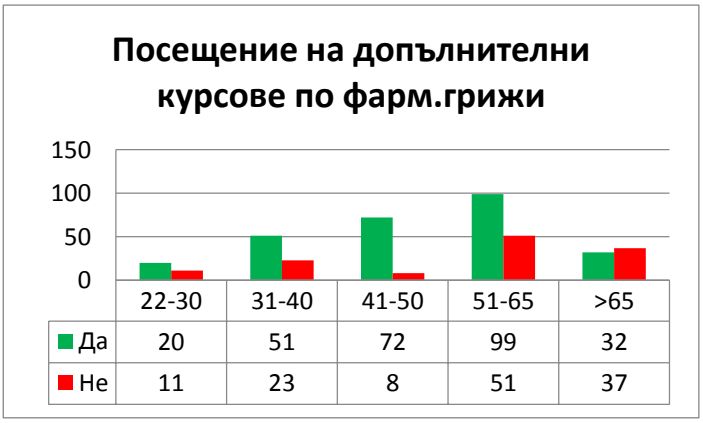
Отговорите на респондентите се разделят 2/3 Да и 1/3 Не. Този факт е обезпокоителен за много политики, които се опитват да се въведат в сектор фармация в обществения живот, а именно – електронно досие и електронна рецепта, верификация на лекарствата, концепцията за фармацевтични грижи, които изискват богата база данни с възможните лекарствени взаимодействие, информация за пациентите, заболеваемост и др. Въпрос на воля и усилия от страна на изпълнителната власт е да опита различни механизми за стимулиране на малките и отдалечени аптеки, които нямат финансова възможност за такова оборудване и дигитална обезпеченост. Различни са възможностите за финансиране от Европейските фондове и други кохезионни фондове включително и от националния бюджет.

2.7.2. По колко време, освен времето необходимо за обработка на рецептата, може да отделите на един пациент оказвайки фармацевтична грижа – …….мин.

Отговорили 355. Средноаритметичния отговор е 8.32 минути. Най-малката стойност 1 минута, а най-високата 30 минути. Медианата е 7.5 минути, или между 5 и 10 минути, а модата 5 минути. Тези стойности на времената са крайно недостатъчни, при осъществяване на фармацевтични грижи при спазване на всички правила на концепцията, включително събиране на данни, оценка на информацията, формулиране на план, въвеждане на плана в действие, и наблюдение на плана и изменението му спрямо нуждите на пациента с цел положителен резултат.

2.7.3. Посещавате ли допълнителни обучителни курсове по фармацевтични грижи за пациента?

Таблица 38 Магистър-фармацевти Посещение на допълнителни курсове по фарм.грижи



Отговорили 404. Да – 274 (68 %); Не – 130 (32 %).

На фона на липсата на интегрирана в законодателството концепция за "Фармацевтични грижи", това е един сравнително висок процент на подготовка на магистър-фармацевтите. Това е гаранция за възможността бързо и безпроблемно да се въведе концепцията, като Българския фармацевтичен съюз е готов с програмите за обучение като част от продължаващото обучение на магистър-фармацевтите. Нужна е политическа воля, която да вложи концепцията в законодателството.

2.7.4. Изпращат ли лекари при Вас своите пациенти за фармацевтична консултация и грижа?

Отговорили 414. Да, често – 104 (25 %); Да, но рядко – 111 (27 %); Не, няма такава практика, а само единични случаи – 140 (34 %); Не, никога – 59 (14 %).

Таблица 39 Магистър-фармацевти Изпращат ли лекарите пациентите при магистър-фармацевтите за консултация

Възрастови групи	Да, често	Да, но рядко	Не, няма такава практика, а само единични случаи	Не, никога
22-30	15	12	6	2
31-40	24	24	17	7
41-50	13	20	22	21
51-65	34	31	69	20
>65	18	24	26	9
Обща сума	**104**	**111**	**140**	**59**
%	**25**	**27**	**34**	**14**

Над половината магистър-фармацевти споделят, че лекарите изпращат своите пациенти в аптеките при магистър-фармацевтите за фармацевтична консултация и грижа, което е една добра тенденция. Около 1/3 от респондентите споделят, че това се случва твърде рядко и са само единични случаи, а 14 % споделят, че никога не са консултирали пациенти изпратени в аптеката от лекар.

3. ЕКСПЕРИМЕНТ НА ТЕРЕН

Експеримента проследява проблема поставен в глава 1. По отношение на системата за верификация на лекарствата.

ЦЕЛИ НА ЕКСПЕРИМЕНТА

Целите на настоящото проучване са: да се определи готовността на аптеките за въвеждане на системата по верификация на лекарствата; да се определят необходимите средства за покриване на разходите в следствие на необходимостта от въвеждане на софтуерна и хардуерна обезпеченост на аптеките за изпълнение на Регламента; да се определят необходимите средства за разходите в следствие от наемане по трудово правоотношение на нови служители в аптеките; да се изследва влиянието от въвеждането на Регламента върху индивидите като пациенти.

МЕТОДИ И МАТЕРИАЛИ

Извършено е анкетно проучване сред 72 аптеки на територията на две области – Благоевград и Пазарджик. Анкетирани са 138 магистър-фармацевти. По време на анкетирането в аптеките е

проведен експеримент за установяване на времето за извършване на изискуемите операции по спазване на делегирания регламент и изискванията на БОВЛ.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ

Респондентите дават следните отговори на анкетата:

1. **Запознати ли сте с дейността на Българската организация за верификация на лекарствата?**

Отговори 138: Да – 0 (0 %); До някъде 27 (19.57 %); Не -111 (80.43 %).

2. **Запознати ли сте с Делегиран регламент (ЕС) 2016/161 на Европейската комисия за допълване на Директива 2001/83/ЕО на Европейския парламент и на Съвета чрез установяване на подробни правила за показателите за безопасност, поставени върху опаковката на лекарствените продукти за хуманна употреба?**

Отговорили 138: Да – 7 (5.07 %); До някъде 41 (29.71 %); Не 90 (65.22 %).

3. **Виждали ли сте фалшиво лекарство?**

Отговорили 131: Да – 1 (0.76 %); Не – 130 (99.24 %).

Все още магистър-фармацевтите не са запознати напълно с текстовете на нормативните документи и регламентите, които ще бъдат внедрени, както и със дейността на нарочно създадената организация в България.

Освен това, бързото и внезапно отстраняване на проблемите посочени в глава 1., т. 3, раздел Системата за верификация на лекарствата, би струвало около 3514.29 лева за хардуер и 857.82 лева за софтуер[20] на всеки един обект от тези 15 % от всички аптеки. При 3849 аптеки[21] в страната, към ноември 2017 г., това прави инвестиция от **2 524 237.71** лева. Техническото обезпечение с бар-код четци за останалите 3272 аптеки при около 9 000 работни места[22], включително на гише и в складово помещение, и минимална цена на четец от 150 лева[23], възлиза на инвестиция от приблизително **1 350 000** лева. Така наречения софтуерен пач, обхващаш верификацията и електронната рецепта, се очаква да изиска[24] около 200 лева инвестиция или допълнително **769 800** лева за 3849 аптеки.

Разходът на време за извършване на изискуемите операции по спазване на делегирания регламент и изискванията на БОВЛ би се увеличил както следва за:

I. Приемно-складови операции

II. Операции по отпускане и верифициране

[20] По данни от пилотно проучване за влиянието на решенията на макро ниво в здравната сфера върху индивида като пациент обхващащо над 250 аптеки от цялата страна (собствено проучване).
[21] По данни на Българския фармацевтичен съюз (БФС), http://mapteka.bg/pharmacies.html#cat=allGrajdanski&nzok=-1
[22] Данни на Асоциацията на собствениците на аптеки
[23] Презентация на Изп.дир. на БОВЛ от 13.20.2017 на събитие на Българската асоциация за лекарствена информация. Макар на заседание на КЗ към НС от 14.09.2017, същия да дава информация за цена от 100 до 200 евро
[24] Средно за четирите най-големи доставчици на аптечен софтуер. Предвидено е увеличение и на месечния абонамент към началото на 2018г. (с около 2/3 от досегашния)

III. Операции по замяна и връщане на продукта

IV. Операции по установяване на фалшиви лекарства и връщане на дистрибутор

Във всички показани операции е използвана нормата на време като сбор от подготвително-заключителното време (Тпз), основното време (Тос), спомагателното време (Тсп), времето за обслужване (Тобс), времето за почивка и естествени нужди (Тпе) и режимни прекъсвания (технически, технологични, организационни) (Трп)[25]. Взети са осреднените стойности на времето необходимо за извършване на отделните операции и закръглените стойности на дейностите изискващи повече от 60 секунди работа.

I. При приемно-складовите операции:

Тпз – Идентифициране на опаковката в кашона – 5 сек.

Тос – Маркиране/входиране на индивидуалната опаковка в компютърната система 3 сек.

Тсп – отбелязване във фактурата – 2 сек.

Тобс – съхранение преди разпределение – 2 сек. (доп.време, различно от нормалния процес)

Трп – 1 сек. на опаковка.

Сбора на времето необходимо за една опаковка – 13 сек. При 180 000 000 опаковки Rx продукти (по лекарско предписание) на година[26], това увеличава времето до 650 000 часа/година. Един работник престира труд средногодишно по 173 часа за 11 месеца (при 20 дни платен годишен отпуск според Кодекса на труда) или 1903 часа/година. Така за нуждите на приемно-складовите операции без време Тпе са нужни 341.57 нови служители или 666.36 лева на служител по Код на икономическа дейност (КИД) 47.73 и група по Национален код на професиите и длъжностите (НКПД) 2262, което прави 2 731 303.02 лева/година.

Тпе – увеличено време за почивка при допълнително добавените дейности, които увеличават наличието на монотонна работа, принудителна работна поза и темп на работа при нормални условия на труд. Установеното увеличение е в размер на 35 минути, което е напълно съпоставимо с данните предоставени от Шопов Д, 2013 (от 45 минути до 80 минути на ден)[27], предвид статистически малкия брой изследвани лица (138), а дори представлява подобрено време в сравнение с този заложен стандарт. Процесът по верификация в приемно-складовите операции ще обхване около 3000 служители в аптеките (около 1/3 от работните позиции), което би увеличило времето за почивка до 1750 часа/ден, или нужда от още 220 нови служители, които при 666.36 лева на служител по КИД 47.73 и група по НКПД 2262, биха генерирали разход от 1 759 190.40 лева/година. Времето е общо за всички операции, защото засяга цялостното представяне на

[25] Шопов Д, Евгениев Г, Каменов Д, Атанасова М и Близнаков Й. "Как да управляваме човешките ресурси в предприятието", ИК „Труд и право“, С., 2013

[26] Презентация на Изп.дир. на БОВЛ от 13.20.2017 на събитие на Българската асоциация за лекарствена информация и заседание на КЗ към НС от 14.09.2017

[27] Шопов Д, Евгениев Г, Каменов Д, Атанасова М и Близнаков Й. "Как да управляваме човешките ресурси в предприятието", ИК „Труд и право“, С., 2013

служителя без да отчита отделните дейности, които са предпоставка за смяна типа на режима на работа.

II. При операциите по отпускане и верифициране

Тпз – няма допълнително време.

Тос – Маркиране/изход на индивидуалната опаковка от компютърната система 3 сек.

Тсп – изчакване отговор от системата – 3 сек.

Тобс – работа със системата за приключване на отпускането – 2 сек. (доп.време, различно от нормалния процес)

Трп – 1 сек. на опаковка.

Сбора на времето необходимо за една опаковка – 9 сек. При 180 000 000 опаковки на година това увеличава времето до 450 000 часа на година. Така за нуждите на операциите по отпускане и верифициране без време Тпе са нужни 236.47 нови служители или 666.36 лева на служител по КИД 47.73 и група по НКПД 2262, което прави 1 890 889.79 лева/година.

III. Сериозен проблем представляват операциите по замяна и връщане на продукта, който може да бъде върнат в системата не по-късно от десетия ден от отпускането му[28]. Проблем е също и отпускането на блистери (първична опаковка на лекарството) защото в Р. България е разрешено изписването на по-малки дози от тези опаковани във вторична опаковка[29]. Около 5 %[30] от отпусканите лекарства са подложени на връщане в аптеката поради различни причини, някои от които са, че пациента открива, че няма възможност да заплати лекарството преди да го получи от магистър-фармацевта в аптеката, след отписването на лекарството от системата се сеща, че има такава опаковка вкъщи или след като отнесе лекарството у дома установява, че има от същото и решава да върне току що закупената опаковка от същото лекарство.

Нормата на време за тези операции се определя от следните времена:

Тпз – Идентифициране на опаковката по рецепта и операцията по отпускане – 60 сек.

Тос – Сторниране на опаковката в компютърната система – 120 сек.

Тсп – Счетоводно сторниране – 300 сек.

Тобс – Връзка с търговеца на едро и опаковане за връщане – 420 сек. (доп.време, различно от нормалния процес)

Трп – 60 сек. на опаковка.

Сбора на времето необходимо за една опаковка – 960 сек. При 180 000 000 опаковки на година и норма от 5 % върнати опаковки това увеличава времето до 2 400 000 часа на година. Така

[28] БОВЛ
[29] Наредба № 4 от 4 март 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти
[30] Реални стойности на върнатите продукти по време на експеримента

за нуждите на операциите по замяна и връщане на продукта без време Тпе са нужни 1261.17 нови служители или 666.36 лева на служител по КИД 47.73 и група по НКПД 2262, което прави **10 084 718.89 лева/година.**

IV. По данни на EUIPO[31] количеството на фалшивите лекарства достига 4.4 % или 7 920 000 опаковки. Поради незадължителността на дистрибуторите да верифицират опаковки, тежестта на връщането на фалшивите лекарства ще падне върху аптеките, като в процеса на верифициране на тези опаковки ще е нужно да се инвестира допълнително време:

Тпз – Връщане на отговор от системата за фалшиво лекарство. Повторно маркиране на индивидуалната опаковка от компютърната система – 3 сек (така наречената двойна проверка).

Тос – Разясняване на пациента за невъзможността за отпускане на опаковката – 300 сек.

Тсп – Счетоводно сторниране – 300 сек.

Тобс – Връзка с търговеца на едро и опаковане за връщане – 420 сек. (доп.време, различно от нормалния процес)

Трп – 1 сек. на опаковка.

Сбора на времето необходимо за една опаковка – 1024 сек. При 7 920 000 фалшиви опаковки на година това увеличава времето до 2 400 000 часа на година. Така за нуждите на операциите по установяване на фалшиви лекарства и връщане на дистрибутор без време Тпе са нужни 1261.17 нови служители или 666.36 лева на служител по КИД 47.73 и група по НКПД 2262, което прави **10 084 718.89** лева/година.

Неясна е информацията относно разпределението на финансите във връзка с внедряването на системата – кой какъв дял ще поеме от разходите. Очаква се аптеките да заплащат за верификационни трансфери на данни по 0.01 лева на опаковка към БОВЛ (ако се регламентират някакви) или това е **1 800 000** лева/година.

При тези обстоятелства се създава административна и финансова тежест за аптеките, както и допълнителни разходи за наемане по трудово правоотношение на нови служители и закупуване на технически средства в размер на **32 994 858.70** лева. За 2 млрд. лева пазар, това прави между 1800 лева и 5600 лева разход за аптеки с месечен оборот между 10 000 и 30 000 лева, което е масовият случай в малките и отдалечени райони. Като такива се класифицират и анкетираните, в които беше проведено това изследване.

Това е сигурна гаранция за ликвидирането на тези обекти и трайното обезлюдяване на тези райони. А оттук и влошаване на демографската структура на българското население. Имайки

[31] Офиса за интелектуална собственост на ЕС

предвид, че към 31.12.2014 г. демографската структура на страната е като след война[32], прогнозираното ѝ влошаване само потвърждава нуждата от спешни мерки по така предложените дейности в борбата с фалшивите лекарства. В този случай не се знае кое би „убило“ пациента – фалшивото лекарство или липсата на медицинския специалист в лицето на магистър-фармацевта и като цяло липсата на лекарства/аптека. Освен това, системата за верификация на лекарствата планувана за въвеждане в България касае легалния канал на разпространение на лекарства, което изключва окончателното стопиране на разпространението на фалшиви лекарства през нелегалните канали включително интернет. Тук, отново се разчита на високия морал на медицинските специалисти в аптеките – магистър-фармацевтите, като нравствената обществена норма за поведението на фармацевта изразява възгледите на точно тази социална група – фармацевтите за справедливост, достойнство и дълг, базиран на себеотрицанието транспонирано от отрицателните финансови резултати при работата с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК)[33]. Доказателство за това е и установеното количество на откритите и иззети фалшиви лекарства на територията на страната – нула опаковки открити фалшиви лекарства, а само едно иззето и то влязло по незаконен начин в аптечната мрежа, но с химичен състав съответстващ на декларирания на опаковката[34]. В съобщение от 16.10.2013 г. в бюлетин до гражданите, Изпълнителна агенция по лекарствата (ИАЛ) съобщава, че не са открити фалшифицирани лекарствени продукти в аптечната мрежа и няма данни такива да са постъпвали на българския пазар. Така, по официални данни на ИАЛ[35], в България няма установени продажби на фалшиви лекарства (от определения списък по директивата) в официален канал[36]. Освен това дистрибуторите на лекарства изпълняват стриктно вменените им задължения и работят директно с производителите, а не чрез посредници, което гарантира автентичността на лекарствата на българския пазар[37].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ НА ЕКСПЕРИМЕНТА

С оглед на изложеното, може да направим извод, че здравният сектор в страната не е подготвен за предстоящото внедряване на системата за верифициране на лекарствата, и липсата на готовност и организация ще затрудни своевременното и качествено обслужване на пациентите в аптеките. Една такава промяна, би създала хаос в лекарствоснабдяването, което ще се отрази негативно и върху грижата за пациента.

За да може един проект да дава положителни резултати, е необходимо промените да се извършват в контекста на съществуващите реални обстоятелства и възможности. При 1)

[32] Национален център по обществено здраве и анализи
[33] “Анализ на мярката за въвеждане на 100% реимбурсация от НЗОК на лекарствата за есенциална хипертония по МКВ I.10” – Clinica.bg, 08.12.2016
[34] Заседание на КЗ към НС от 14.09.2017
[35] www.bda.bg
[36] На 01.02.2011г. в Предупреждение до гражданите, ИАЛ съобщава за фалшив продукт с търговско наименование Magicream, съдържащ необявени на опаковката активни вещества Clobetasol proprionate и Ketoconazole, влизащи в състава на лекарствени продукти, които подлежат на разрешаване за употреба и се отпускат по лекарско предписание. Продуктът е класифициран като I-ва степен на риска за здравето на населението.
[37] Наредба № 39 от 13 септември 2007 г. за принципите и изискванията за добрата дистрибуторска практика

установени нула фалшиви лекарства на територията страната, 2) крехката инфраструктура на аптечния сектор, предвид разпределението на малки, нерентабилни аптеки в малки и/или слабо населени места, 3) влошената демографска структура и среден доход на глава от населението около минималната работна заплата (за двете области обект на изследването)[38], всеки допълнителен разход за обезпечаване на лекарствоснабдяването на населението извън големите градове като София, Пловдив, Варна, Бургас, Русе, крие рискове от финансово обременяване на пациентите, предвид финансовата логика – допълнителните разходи да бъдат включени в цената на стоката/услугата (обикновено ограничението на надценките на Rx продуктите в търговията с лекарства се компенсира с увеличаване на цените на лекарствата без лекарско предписание, което води до отлагане на превантивни и профилактични мерки). Това, в крайна сметка, резултира в последваща неудовлетвореност и отказ от терапия при пациентите.

При извършването на такива промени е необходимо да се направи цялостен и всеобхватен анализ, и проучване за резултатите от осъществяването им, защото не всички аптеки са разположени в големите градове и разполагат с постоянен интернет достъп. Редно е да се помисли и за аптеките в малките населени места, до които не достига постоянна и непрекъсваема интернет връзка или въобще няма такава. В крайна сметка, най-ощетени отново ще бъдат пациентите, които за пореден път ще изпитат върху себе си сериозните последици от липсата на адекватни и кореспондиращи със действителността промени в системата на здравеопазването.

[38] По данни на Министерство на труда и социалната политика

4. СЪПОСТАВЯНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ПРИ ДВЕТЕ ПАРАЛЕЛНИ ПРОУЧВАНИЯ

ДОСТЪП ДО АПТЕКА

На въпрос 1.2.1.„Имате ли достъп до аптека“ пациентите отговарят, че 94 % от населението има достъп до аптека без значение от това с какъв асортимент от предлагани продукти работи. 27.3 % от възрастните хора над 65 години обаче нямат или имат затруднен достъп до аптека. Без достъп до аптека са 9,1 % от респондентите, като всички те са на възраст над 76 години (76-87). От тях 5-ма са в села, 2-ма в областен град и 3-ма в столицата.

На въпроса 2.3.6. „Откриването на повече аптеки в малките населени места според Вас ще повиши ли достъпът на населението до лекарства?“ 75 % от всички отговори са положителни относно достъпът, като 2/3 от тях са повишаване на пълния достъп, а 1/3 от положително отговорилите са на мнение, че само някои лекарства ще станат по-достъпни.

Така, 75 % от магистър-фармацевтите са на мнение, че откриването на аптеки в малките населени места, ще увеличи достъпът до лекарства на населението, като тук се включват и тези 4.55 % от възрастните хора над 65 години, които живеят на село, са най-уязвими и, които консумират над 74 % от ресурсите на НЗОК[39]**.**

ВРЕМЕ ЗА КОНСУЛТАЦИЯ В АПТЕКАТА

При анализ на въпрос 1.6.5."Когато сте в аптеката, магистър- фармацевтът отделя ли Ви време за консултация по проблем, който сте споделили?" отговорите показват, следното разпределение Да, 1-3 минути – 114 (19 %); Да, 3-6 минути – 255 (42 %); Да, 6-10 минути – 122 (20 %); Да, повече от 10 минути – 14 (3 %); Не. Случва се рядко да имам достъп до консултация – 38 (6 %); Не. Никога не съм бил консултиран от магистър-фармацевт в аптека – 42 (7 %); Не мога да преценя – 18 (3 %). Първите 4 отговора са дадени от 505 респондента и изчислено, като средно аритметично време може да изчислим като 5.05 минути. Модата тук е 3-6 минути, или средноаритметично 4.5 минути.

Въпросът зададен на магистър-фармацевтите 2.7.2 "По колко време, освен времето необходимо за обработка на рецептата, може да отделите на един пациент оказвайки фармацевтична грижа – …….мин." средноаритметична стойност от 8.32 минути. Най-малката стойност 1 минута, а най-високата 30 минути. Медианата е 7.5 минути, или между 5 и 10 минути, а модата 5 минути.

Така модите при отговорите на пациентите и магистър-фармацевтите съвпадат, като може да направим извода, че **средното и най-често време за консултация в аптеката е 5 минути.**

[39] според въпрос 1.4.1**Използвате ли лекарства, които напълно или частично са реимбурсирани от НЗОК?**

ВРЕМЕ НЕОБХОДИМО ЗА ОТПУСКАНЕ НА ЛЕКАРСТВА ПО НЗОК

Въпрос 1.4.3. „Колко време ви отнема от влизането в аптеката до отпускането на лекарствата по НЗОК?“ дава следната информация: средноаритметичната стойност на продължителност на чакане е 7.57 минути, като реалното изчислено време за чакане на един пациент за отпускане на лекарства по НЗОК е **13.58 минути.**

Това е съпоставено с отговорите на въпросите 2.5.2. "Колко време реално ви отнема обработването на една рецепта по НЗОК – ……мин/1 рецепта", при който средноаритметичната стойност е 4.20 минути и 2.5.3. "Колко време ви отнема работата с протоколи по НЗОК – ……..мин/1 протокол?", със средноаритметична стойност 5.30 минути. Така, **всеки пациент изчаква по 3.23 други пациенти с рецепти да бъдат обслужени (без да им се отдели време за фармацевтична консултация) или 2.56 пациенти с протоколи да бъдат обслужени без да бъдат консултирани.**

Аптеките, които работят с НЗОК са 2198[40], а пациентите на НЗОК 1 568 561[41]. Хипотетично приемаме, че средноаритметично, това прави по 713.63 пациенти на аптека или при стандартно работно време от 22 работни дни, това е 32.44 пациента на ден, 4.054 пациента на час (8 часа работно време) или иначе казано, за един пациент по НЗОК, при минимално работно време от 8 часа от понеделник до петък, магистър-фармацевтите могат да отделят по 25 минути на пациент, като го консултират по въпросите свързани с лекарствената терапията.

От направения анализ следва, че при възможност за продължителна и изчерпателна консултация с приложение на концепцията „Фармацевтични грижи“, пациентите въобще не са обгрижвани по този начин, а напротив – налага се да отделят от своето време в чакане. Това от една страна се дължи на диспропорционалното разпределение на пациентите в аптеките, което е следствие от лекарствената политика. А от друга страна на диспропорцията в разпределението на пациентите в различните часове на денонощието.

СЪХРАНЕНИЕ НА ДАННИ ВЪРХУ ЕЛЕКТРОНЕН НОСИТЕЛ И ВНЕДРЯВАНЕ НА ЕЛАКТРОННА РЕЦЕПТА И ЕЛЕКТРОННО ДОСИЕ

Според отговорите на въпрос 1.3.1. 71 % от пациентите считат, че е по-сигурно личните данни и данните за заболяванията им да се съхраняват върху електронен носител.

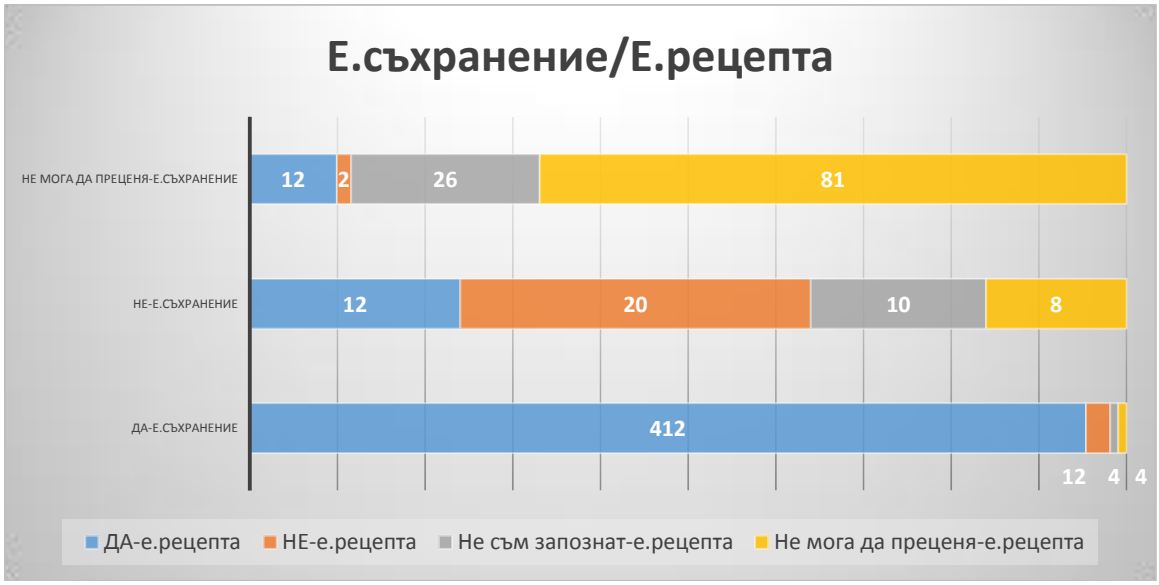
Информацията е сравнена с отговорите на въпроса 2.4.2 "Според Вас, въвеждането на електронната рецепта би ли улеснила работата Ви в аптеката?", където е обърнато внимание не толкова на сигурността, колкото на следствието при евентуално въвеждане на мярката, при който с Да отговарят 59 %, с Не – 8 %, с Би влошило работата ми – 5 %, и с Не мога да преценя – 28 %.

[40] **Error! Reference source not found.**
[41] **Error! Reference source not found.**

Така, **71 % от пациентите смятат съхранението на данни върху електронен носител за по-сигурно, като същевременно, това би улеснила работата в аптека според 59 % от експертите.**

На въпроса"Одобрявате ли въвеждането на електронно досие и електронна рецепта?" 72 % от пациентите са съгласни, а от магистър-фармацевтите 87 %.

Фигура 22 Пациенти Е.съхранение/Е.рецепта



Интерпретация на респондентите-пациенти на два въпроса (в.1.3.1. и на в.1.3.2.) с отчетени два отговора е представено на диаграмата. (Уточнение: Не отговорилите на в.1.3.1. и на в.1.3.2. съвпадат). Отговорите с ДА на въпроса за електронното съхранение на данни и с ДА на въпроса за е-досие и е-рецепта са 412 от 603 (68.3 %). Може да направим извода, че **това са хора, които смятат за по-сигурно съхранението върху електронен носител на личните им данни и данните за заболявания им, и одобряват това да се случи посредством въвеждането на електронно досие и електронна рецепта**. Отговорилите с НЕ на двата въпроса са 20 от 603 (3.7 %). Те се намират в другата крайност – **не мислят, че съхранените на каквито и да е лични данни на електронен носител е по-сигурно, и категорично се противопоставят на въвеждането на електронно досие и електронна рецепта**. От тях 10 са във възрастовата група 16-24, 8 във групата 25-34, 2 в групата 50-64. Това са хора в активна възраст. Резултатите също така потвърждават констатацията, че **младите, технически грамотни хора, имат по-широк достъп до електронна информация, включително здравна, и осъзнават рисковете от нарушаване на конфиденциалността при нейното разпространение.** Сравнително голям е делът на хора, които не могат да преценят рисковете и ползите от предложените политики. Общо 107 (17.7 % от 603) са хората, които не могат да преценят дали е по-сигурно личните им данни да се съхраняват на електронен носители и той да бъде е-досие и е-рецепта, като 26 от тях не са запознати с политиките за е-досие и е-рецепта. Тези респонденти представляват около 1/5 от

анкетираната популация. Това е основание, да се твърди, че **институциите, които са отговорни за въвеждането на тези политики, трябва да бъдат по-активни в информирането на ползвателите на здравните услуги.**

ВЪВЕЖДАНЕ НА ПРЪСТОВ АВТЕНТИФИКАТОР В АПТЕКАТА

На пациентите и магистър-фармацевтите беше зададен един и същ въпрос: 76 % от пациентите не са съгласни, и само 10 % са съгласни. При магистър-фармацевтите резултатите са подобни – 80 % не са съгласни, 10 % са отговорили "Не, изцяло", и само 4 % са дали своето положително становище за тази мярка.

Резултатите са категорични за отхвърляне на мярката, като двете групи имат своите специфични убеждения и доводи за това.

ЕТИКА И МОРАЛ ПРИ СЪБИРАНЕ НА БИОМЕТРИЧНИ ДАННИ В АПТЕКАТА

На въпрос 1.4.5. "Мислите ли, че е етично събирането на биометрични данни в аптеката при изпълнението на всяка една рецепта?" пациентите отговарят както следва: с ДА –7 %; НЕ – 45 %; Не мога да преценя – 48 %; докато магистър-фармацевтите отговарят по следния начин: Да –3 %; Не изцяло – 11 %; Не – 78 %; Не мога да преценя – 8 %.

Експертите са категорични (78 %) в оценката на етичните аспекти на събирането на биометрични данни, като отговарят отрицателно. Това е свързано с разбирането на професионалната етика на магистър-фармацевта и оценката на риска от злоупотреба с такива данни.

ОСИГУРЯВАНЕ НА СРЕДСТВА ЗА ФАРМАЦЕВТИЧНА ГРИЖА И НАГЛАСИТЕ НА ПАЦИЕНТА ДА ЗАПЛАЩА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ

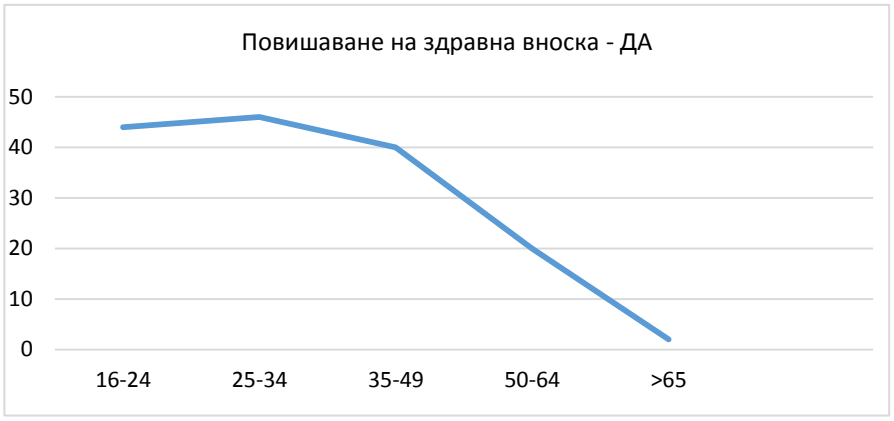
На въпроса 1.5.2. "Мислите ли, че здравната вноска трябва да се повиши, за да може Вие да получите по-добра фармацевтична услуга и грижи?" пациентите отговарят с ДА – 25 %; НЕ – 67 %; и Не мога да преценя – 8 %.

1/4 от респондентите са на мнение, че здравноосигурителната системата по отношение на фармацевтичните услуги и грижи е недофинансирана, и че това може да се коригира чрез увеличаване на здравноосигурителната вноска. От отговорите е видно, че по-склонни да плащат повече са младите хора, в зората на своята професионална кариера. С увеличаване на възрастта и заболеваемостта пациентите все по-често се сблъскват със слабостите на системата по здравеопазване и в частност нейния осигурителен характер[42]. Налага се сами да дофинансират своето лечение и поради тази причина, ентусиазмът им да заплащат повече чрез

[42] Социалното или общественото осигуряване е грижата от страна на общността към нейните членове, докато застраховането се свързва с предвидливостта на отделния индивид и е личен избор.

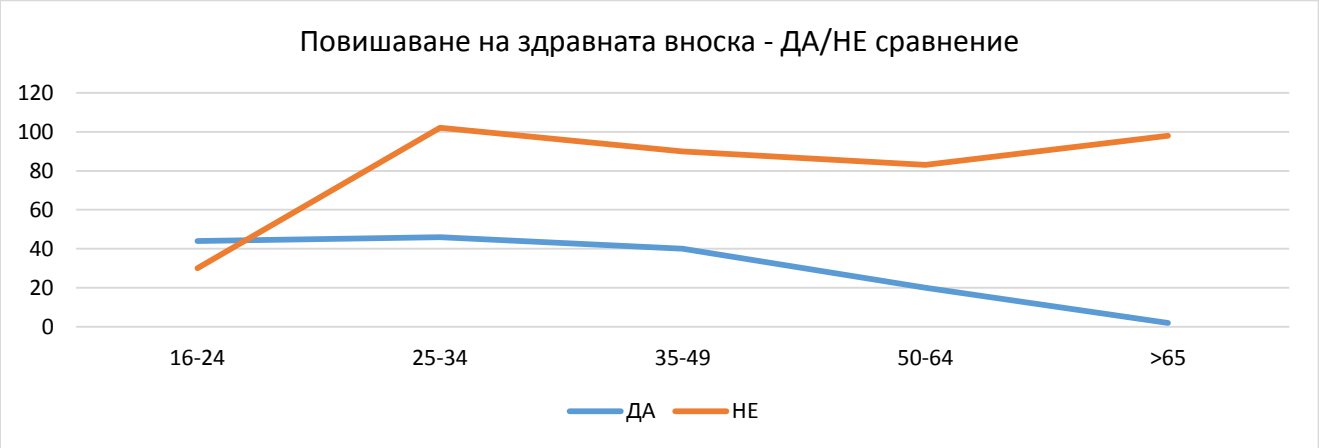
здравноосигурителните вноски, които биха играли ролята на застрахователна премия при индивидуалното застраховане, спада. Все по-интересно за тях става доброволното здравно застраховане. Във Фигура 23 се вижда, че хората, които реално не внасят в системата, но с най-голяма опитност в нея и най-големи консуматори (над 65 години), категорично се противопоставят на допълнителната здравна вноска. Това до някъде може да се дължи и на понижените им доходи в следствие от пенсиониране.

Фигура 23 Пациенти Здравна вноска „ДА“



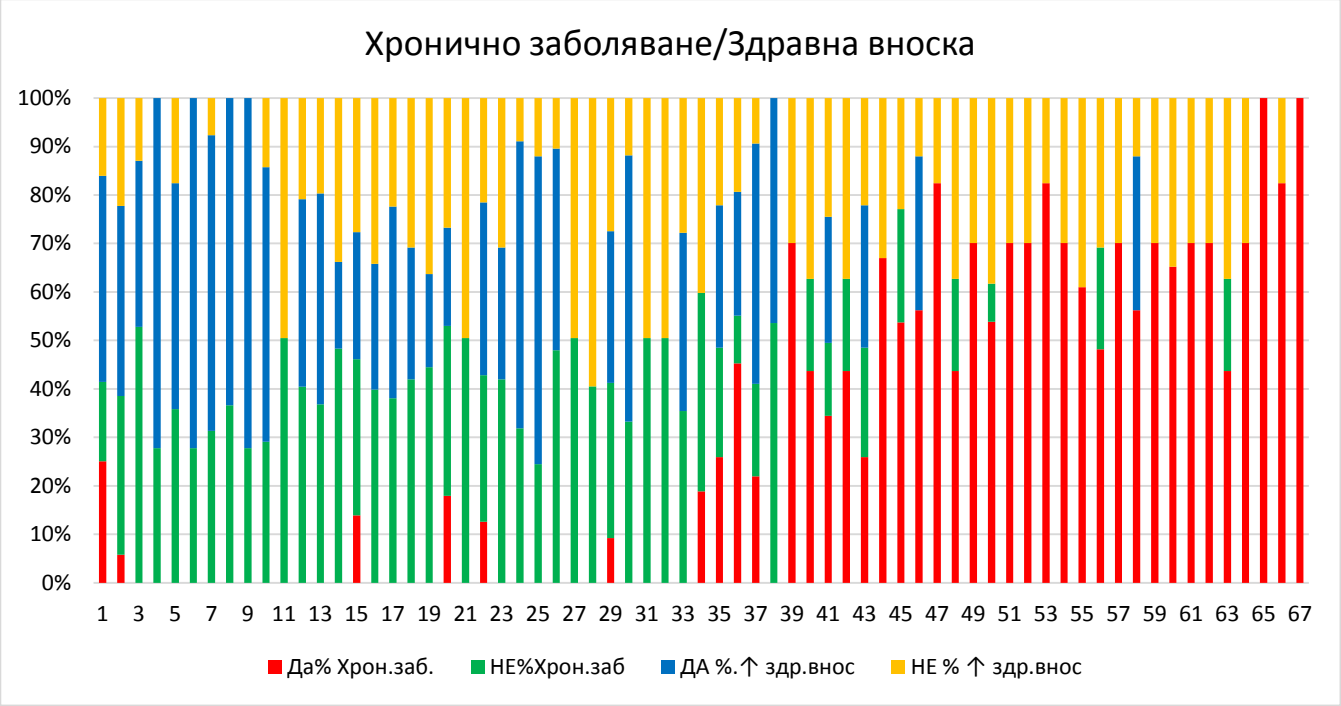
1/3 от респондентите са против повишаване на здравноосигурителната вноска. Кривата на графиката на отговорите „НЕ“ е обратно пропорционална на графиката от Фигура 23. Най-сериозен пик се забелязва в отговорите на възрастовата група 25-34. Това са хората, които по-принцип имат най-малко желание да заплащат и да допринасят в социалното осигуряване поради дългия срок на реализиране на възвръщането в следствие заболеваемост (хронична и старческа) и пенсиониране. Комбинираната графика на отговори „ДА“ и отговори „НЕ“ е дадена на Фигура 24

Фигура 24 Пациенти Здравна вноска ДА/НЕ



На **Error! Reference source not found.** ясно се вижда тенденцията разгледана по-горе, а именно – в по-ранна възраст пациентите са по-склонни здравната вноска да бъде повишена, като в замяна се очаква по-добра фармацевтична услуга и грижи.

Интересна корелация се наблюдава при крос-анализа на друга двойка въпроси – Наличието на хронично заболяване/Повишаване на здравната вноска с цел подобряване на фармацевтичните услуги.



Фигура 25 Пациенти Хронично заболяване/Здравна вноска

С увеличаване на процента на хронично болните и възрастта, намалява желанието за заплащане и допринасяне в системата на здравеопазване чрез увеличаване на здравноосигурителната вноска.

Като частно от здравноосигурителната вноска и косвено следствие при правилно провеждана лекарствена политика е предвидена таксата за обработка на рецепта, като този въпрос зададен към магистър-фармацевтите е свързан именно с тази такса: 2.6.5. "Мислите ли, че таксата за обработка на рецепта, трябва да се повиши, за да може Вие да оказвате по-добра фармацевтична грижа на своите пациенти?" отговорите са както следва: Да – 71 %; Не – 15 %; Не мога да преценя – 14 %.

Оказването на фармацевтични грижи изисква време и експертен потенциал. За всичко това, колкото по-тесен е един експерт, каквито са магистър-фармацевтите, толкова повече се изисква скъпоплатено обучение и допълнителни квалификационни курсове, за което освен пари, магистър-фармацевтите харчат и от свободното си време. Това неминуемо изисква набавяне на средства за това финансиране, като източникът му с право се посочва, че е пациентът, за който магистър-фармацевтите основно надграждат своите компетенции. Също така и времето отделено за допълнителната консултация в аптеката би следвало да бъде компенсирано от този пациент. Имайки предвид сложната икономическа обстановка, магистър-фармацевтите посочват, че един от възможните механизми за това финансиране е повишаване на таксата за обработка на рецепта. На такова мнение са 71 % от отговорилите магистър-фармацевти.

ДОПЛАЩАНЕ ПО НЗОК. СПРАВЕДЛИВОСТ НА РАЗХОДИТЕ

На въпроса 1.4.6. „Справедливо ли доплащате лекарствата по НЗОК в аптеката, ако ползвате такива?“ пациентите категорично (65 %) отговарят, че НЗОК трябва да заплаща изцяло лекарствата, за които има издадена рецепта.

Същият въпрос зададен като 2.5.7. „Справедливо ли доплащат за лекарства пациентите във вашата аптека?“ получава няколко различни отговора: Справедливо, според консумацията на лекарства, но нечестно спрямо доходите им – 31 %; Несправедливо, трябва да доплащат по-малко – 15 %; Несправедливо, трябва да има нова система на доплащане с включена по-висока такса за обработка на рецепта – 36 %; Несправедливо – НЗОК трябва да заплаща изцяло лекарствата, за които има издадена рецепта – 8 %.

Магистър-фармацевтите в своите отговори отчитат сложността в материята за заплащане на разходите за лекарства и самото финансиране на този процес. Тук обаче се наблюдава и тенденция за демонстриране на неудовлетвореност от заплащането на труда на самия магистър-фармацевт, който в над 1/3 от случаите отговаря, че е необходимо повишаване стойността на таксата за обработка на рецепта.

Мнението на пациента и магистър-фармацевта съвпада и като цяло противостои на общата тенденция българинът да заплаща най-много за своята лекарствена терапия в Европейския съюз[43].

ЦЕНИ НА ЛЕКАРСТВАТА

На въпрос 1.5.3. „Мислите, ли че ако цените на лекарствата по лекарско предписание се фиксират и са еднакви на всякъде, това ще ви осигури по-добро лечение и по-добър достъп до аптечна услуга?“пациентите отговарят с ДА 89 %, НЕ 5 %, Не мога да преценя 6 %.

Данните за мнението на пациентите за фиксиране и уеднаквяване на цените на лекарствата в аптеките, което би довело до по-добро лечение и по-добър достъп до аптечна услуга, е красноречиво. Само двама анкетирани не са отговорили на въпроса (0.33 %), което е в подкрепа на това, че пациентите са все по-ангажирани към проблема „Аптечен туризъм“[44].

Решаването на този проблем е многопластово, което ще доведе до много положителни ефекти. На първо място това ще успокои пациентите дали не са направили грешна покупка и дали са ощетили собствения и семейния бюджет като не са купили лекарството от аптека с по-ниски цени. За пациента няма да има значение от коя аптека ще го купи и така ще се увеличи усещането за подобрен достъп при същите условия – той просто ще отиде до най-близката аптека, която му е била винаги на близо. Ще спести разходи на пациента за транспорт и ще му спести време. Като накрая той ще бъде удовлетворен.

[43] IMS 2015 г.
[44] Търсене от аптека на аптека на по-ниска цена.

Приемаме, че пациентите са равномерно разпределени в цялото население[45] на страната и, че пропорцията пациенти на НЗОК/непациенти 13/87 е спазена както и според това изследване, така и в действителност според данните на населението от НСИ и данните за пациентите от НЗОК. Използваме получените данни от 1.4.3. – 13.58 минути за изчакване и данните от хипотетичното равномерно разпределение на пациентите. Във втория случай според броя на аптеките и пациентите възможността за обслужване на пациентите е от 25 минути на пациент и тя е напълно достатъчна, за да се изпълни регламентът от 6 минути за обслужване на рецепта по НЗОК[46]. Така разликата от 13.58 до 6 минути е 7.58, което може да определим като изгубено време на пациент. Което за един месец при 1 568 561 пациента е 198 161.5 часа. Според данни на 1.4.1. 56 от 76 (при >65) – 74 %; 18 от 76 (при 50-64) – 24 %; и 2 от 76 (при 35-49) – 2 %, са ползватели на лекарства заплащани от НЗОК, но не тези са ползвателите на аптечни услуги. Пак според 1.4.1. само 24 % би следвало да са в пенсионна възраст и да не допринасят положително за икономиката, а други 8 % учат /средно или висше образование/ също с отрицателен баланс. Така приемаме, че 68 % от ползвателите на аптечни услуги, в работоспособна възраст обслужват 68 % от пациентите според НЗОК или това прави 1 066 621 купувачи в аптеките, които умножено по 7.58 минути прави 134 749.79 часа загуба за икономиката. За година това прави 1 616 997.48 часа. Средната продължителност на работния месец е 173 часа или 9 346.8 работни човекомесеца. Средната работна заплата[47] за страната през април 2017 г. е 1060 лв./месец (брутно възнаграждение) или 1248.68 лева с разходите на работодател. **Така загубите възлизат на 11 671 162.22 лева.**

От направения и в т.1.4.3. анализ може да заключим, че ако цената е единствения определящ фактор за избор на една аптека пред друга, то промяната на това, би освободила финансов ресурс в размер на малко над 11.5 млн. лв.

Освен това на въпрос 1.5.4. "Според Вас конкуренцията, по отношение на цените в аптечния сектор, полезна ли е за по-доброто Ви лекуване?" пациентите отговарят с ДА 11 %; НЕ 77 %; Не мога да преценя 12 %.

Резултатите от това допитване категорично показват, че пациентите посещавайки здравно заведение с цел грижа за своето или за здравето на своите близки е лишено от пазарна логика. Това също се влияе и от разходите за здраве и лекарства, които се правят с неохота, защото те не са породени от желание, а са по принуда с цел оздравяване/оцеляване.

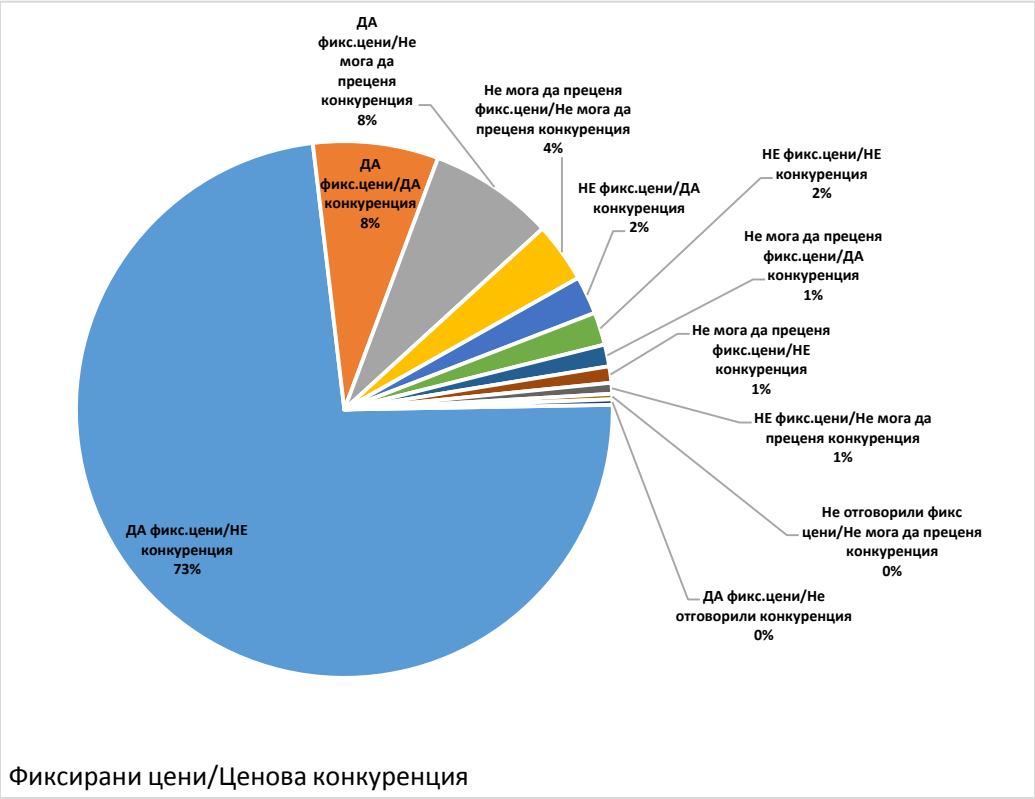
Крос-анализ на последните два въпроса показва следното:

[45] Без да отчитаме диспропорцията град-село на фона на застаряващо население.
[46] Не е правено допитване до фармацевтите колко от работното им време преминава без работа с пациенти поради това, че не са влезли в аптеката. Така приемаме, че пациентите са равномерно разпределени през целия ден.
[47] www.nsi.bg

Фигура 26 Пациенти Крос-анализ фиксирани цени/ценова конкуренция



На Фигура 26 категорично се вижда мнението на респондентите. Отговорилите, че фиксирането на цените в аптеките е по-добро за тяхното здраве, също така подкрепят тезата, че конкуренцията, по отношение на цените в аптечния сектор, не е полезна за по-доброто им лекуване. Това се вижда и на следващата фигура, като отговорите "Не отговорили фикс.цени/ ДА конкуренция"; "Не отговорили фикс.цени/ НЕ конкуренция"; "НЕ фикс.цени/ Не отговорили конкуренция"; "Не мога да преценя фикс.цени/ Не отговорили конкуренция"; "Не отговорили фикс.цени/ Не отговорили конкуренция" са премахнати поради нулева стойност.



Фигура 27 Пациенти Крос-анализ фиксирани цени/ценова конкуренция (пита, %)

73 % от анкетираните отговарят, че при фиксиране на цените на лекарствата по

лекарско предписание и уеднаквяването им на всякъде, ще им осигури по-добро лечение и по-добър достъп до аптечна услуга, като едновременно споделят, че конкуренцията, по отношение на цените в аптечния сектор, не е полезна за по-доброто им лекуване.

Магистър-фармацевтите отговарят на въпрос 2.3.5. „Кой според Вас е определящият фактор, за да може повече аптеки да се открият в малки населени места?“ по следния начин: Трябва да има финансово стимулиране от държавата/общината – 33 %; Трябва конкуренцията да се ограничи при наличие на вече разкрита аптека – 14 %; След като държавата плаща по-голямата част за обучението на студента, трябва да се върне разпределението за работа по градове и села след завършване на университет – 19 %; Уеднаквяване на цените на лекарствата по лекарско предписание във всички аптеки – 27 %; Трябва да завършват повече студенти – 2 %; Не мога да преценя – 5 %.

Фигура 28 Магистър-фармацевти Фактори за откриване на аптеки %



“Трябва да има финансово стимулиране от държавата/общината” и „Уеднаквяване на цените на лекарствата по лекарско предписание във всички аптеки” оформят 60 % от отговорите. Което е и в подкрепа на изводите за фиксиране на цените наблюдаван при анкетиране на пациентите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

Проучването обхвана периода от средата на 2015 г. до началото на 2018 г. Този период се характеризира със значително динамично развитие на разглежданите проблеми, което може да повлияе на някои от тенденциите наблюдавани в отговорите на фармацевтите и пациентите. Пример за това е наближаващият момент на началото на действие на Делегиран регламент (ЕС) 2016/161 на Европейската комисия на 09.02.2019 г., което задължава фармацевтите собственици, управители и редови такива да се запознаят с материята в по-големи детайли.

Освен динамичните промени, може да направим извод, че съществуват и трайни тенденции или оформящи се такива, които изискват вниманието на законотворците. Назрява все повече нуждата от нов обществен договор в здравеопазването по темите, които повлияват както директно, така и косвено здравето на населението.

ИЗВОДИ

От направеното проучване може да направим следните изводи:

I. <u>По отношение на опитността на магистър-фармацевтите</u>

- Опитността на магистър-фармацевтите в изследването като цялост е представена с индикатора "Кумулативен трудов стаж", който доставя информация за експертността на магистър-фармацевтите. Тя беше оценена като значителна за изследваната популация.
- Повече от половината магистър-фармацевти заявяват, че в последната година са посещавали форми на ПО на БФС, което гарантира актуалност на тяхната експертност.

II. <u>По отношение на достъпът до лекарства като част от НЛП, НАК и генеричната замяна</u>

- Откриването на аптеки в малките населени места, ще увеличи достъпът до лекарства на населението, като тук се включват и основните консуматори на лекарствени продукти заплащани напълно или частично от НЗОК.
- Според малка част от репсондентите, достъпът може и да се влоши, защото при чиста форма на пазарно регулиране и навлизане на веригите от аптеки, безпринципното отваряне на аптеки от една верига, която работи с ограничена номенклатура, би ограничило достъпът до определени лекарства. Тези опасения биха се премахнали, ако политическият инструмент "Национална аптечна карта" подходи внимателно и с достатъчна експертиза предвиждаща рисковете.

❖ Освен достъпът, качеството на живот на хората в малките населени места ще се повиши в значителна или по-малка степен в следствие от откриване на аптека в такова населено място.

❖ Най-голям дял от магистър-фармацевтите са на мнение, че достъпът на населението до всички или някои лекарства ще се повиши в малка или значителна степен при откриване на по-голям брой аптеки в малките населени места, но с финансовото стимулиране от страна на държавата и/или общината, при уеднаквяване на цените на лекарствата по лекарско предписание във всички аптеки, като това значително ще подобри качеството на живот на пациента.

❖ По отношение на генеричното изписване болшинството анкетирани магистър-фармацевти одобряват възможността за генерично изписване от страна на лекарите като част от електронната рецепта, което е позволено и към този момент, но реално се прави в много малка степен.

❖ Неоспорими са плюсовете на наличието на аптечен софтуер при приложението на концепцията „Фармацевтични грижи“.

❖ Половината от анкетираните одобряват концепцията за национална аптечна карта, която макар и предвидена само в един проект на ЗИД на ЗЛПХМ свидетелства, за това, че голяма част от магистър-фармацевтите са се запознали с концепцията и я одобряват. Не познаването на концепцията, може да се дължи или на незаинтересованост или на липса на информация и/или пропуски в общественото обсъждане на проекта на ЗИД съдържащ елементи от концепцията.

❖ Повече от половината магистър-фармацевти са на мнение, че е необходимо да има мораториум върху откриването на аптеки. Това е белег за усещането за презастроеност с аптеки особено в големите населени места.

❖ Болшинството пациенти считат, че при фиксиране на цените на лекарствата по лекарско предписание и уеднаквяването им на всякъде, ще им осигури по-добро лечение и по-добър достъп до аптечна услуга, като едновременно споделят, че конкуренцията, по отношение на цените в аптечния сектор, не е полезна за по-доброто им лекуване.

❖ Относно разходите необходими за оборудване на аптеката, магистър-фармацевтите по-скоро предвиждат тези разходи в първоначалната инвестиция за аптеката и възвръщаемостта им е заложена в общата норма на печалба, без да се предвижда увеличаване на цените на лекарствата след всеки нов регламент заложен в законодателството. Именно тук е ролята на законодателя, да предвиди това и да заложи такива норми на печалба и положителни финансови потоци към аптеката, така че всеки нов регламент спокойно да бъде абсорбиран без значителни сътресения в ценообразуването и разходите, които заплащат пациентите.

III. По отношение на електронното досие и електронната рецепта като част от ЕУ

❖ Пациентите смятат за по-сигурно съхранението върху електронен носител на лични им данни и данните за заболявания им, и одобряват това да се случи посредством въвеждането на електронно досие и електронна рецепта. Но младите, технически грамотни хора, които имат по-широк достъп до електронна информация, включително здравна, и осъзнават рисковете от нарушаване на конфиденциалността при нейното разпространение, са на мнение, че съхранението на каквито и да е лични данни на електронен носител не е по-сигурно, и категорично се противопоставят на въвеждането на електронно досие и електронна рецепта. Опит да реши този проблем прави новият Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 година относно защитата на физическите лица във връзка с обработването на лични данни и относно свободното движение на такива данни и за отмяна на Директива 95/46/ЕО (Общ регламент относно защитата на данните) или така наречения GDPR (General Data Protection Regulation).

❖ Сравнително голям е делът на хора, които не могат да преценят рисковете и ползите от предложените политики в областта на електронното досие и електронната рецепта, затова е необходимо институциите, които са отговорни за въвеждането на тези политики, да бъдат по-активни в информирането на ползвателите на здравните услуги.

❖ Като цяло пациентите имат доверие в електронното досие и електронната рецепта, като въвеждането им в практиката би улеснила работата в аптека според експертите.

IV. По отношение на консултацията и фармацевтичните грижи

❖ В значителна част от посещенията в аптека магистър-фармацевтът успява да отдели време за консултация на пациенти по проблеми, които те са споделили, но едва в много малък процент от случаите отделеното време за консултация е повече от 10 минути.

❖ Пациентите, във възрастовата група 25-34, които не са докладвали хронично заболяване, се консултират в аптеката от магистър-фармацевт от 3 до 6 минути. Не така стои въпросът с консултацията на пациентите с хронични заболявания и полипрагмазийната употреба. Тяхната нужда от време за консултация нараства значително с увеличаване броя на заболяванията и броя на приеманите медикаменти.

❖ Изчислено е, че средното и най-често време за консултация в аптеката е 5 минути, което е достатъчно за пациентите в по-млада възраст и недостатъчно за възрастните пациенти.

❖ Освен това, всеки пациент изчаква да бъде обслужен в аптеката, което генерира загуби за икономиката. Ако цената е единствения определящ фактор за избор на една аптека пред друга, то промяната на това, би освободила значителен финансов ресурс.

❖ По отношение на достъпът до фармацевтична грижа болшинството от пациентите отговарят положително, като те оценяват работата на магистър-фармацевтите в аптеката като грижа. Малко по-различна е концепцията за фармацевтични грижи от рутинната работа на магистър-фармацевтите в аптеката, но вниманието, с което фармацевтите отговарят на проблемите на пациентите е добро начало за поетапното въвеждане на концепцията в практиката.

❖ От направения анализ в изложението следва, че при възможност за продължителна и изчерпателна консултация с приложение на концепцията „Фармацевтични грижи“, пациентите въобще не са обгрижвани по този начин, а напротив – налага се да отделят от своето време в чакане. Това от една страна се дължи на диспропорционалното разпределение на пациентите в аптеките, което е следствие от лекарствената политика, в която се включва и цената на лекарствените продукти. А от друга страна на диспропорцията в разпределението на пациентите в различните часове на денонощието.

❖ При крос-анализ на достъпа до фармацевтична грижа и времето за консултация в аптека повече от половината от пациентите имат достъп до фармацевтична грижа в аптека и фармацевтът отделя между 1 и 10 минути за консултация.

V. <u>По отношение на въвеждане на пръстовия автентификатор</u>

❖ Резултатите са категорични за отхвърляне на мярката, като двете групи имат своите специфични убеждения и доводи за това.

❖ Мнозинството от магистър-фармацевтите изказват своята отрицателна оценка по отношение на етичните аспекти на събирането на биометрични данни, което е свързано с разбирането на професионалната етика на магистър-фармацевта и оценката на риска от злоупотреба с такива данни. Според тях не е етично събирането на биометрични данни, като в същото време не е морално предоставянето на тези данни на правителствени и други институции, което обезсмисля и самото му въвеждане в нормативен акт. Това мнение индиректно се подкрепя и от новия GDPR.

❖ Също така пациентите не одобряват въвеждането на пръстовия автентификатор като средство за идентифициране на пациентите в аптеката. Това до някъде може да се дължи на опита, който пациентите придобиха с въведения автентификатор в лечебните заведения, няколко месеца преди стартиране на настоящото изследване.

VI. <u>По отношение на разходите за лекарства и социалното осигуряване</u>

❖ Липсва възможност на съсловната организация на магистър-фармацевтите за пряко договаряне на параметрите на Националния рамков договор. Не е ясна и ролята на пациентските организации в управлението на НЗОК.

❖ Магистър-фармацевтите в своите отговори отчитат сложността в материята за заплащане на разходите за лекарства и самото финансиране на този процес. Тук обаче се наблюдава и тенденция за демонстриране на неудовлетвореност от заплащането на труда на самия магистър-фармацевт, който заявява, че е необходимо повишаване стойността на таксата за обработка на рецепта.

❖ Мнението на пациента и магистър-фармацевта по отношение на справедливостта на заплащане от пациента на лекарствените средства съвпада и като цяло противостои на общата тенденция българинът да заплаща най-много за своята лекарствена терапия в Европейския съюз. Те искат тази тенденция да спре и моделът на финансиране на системата да се измени.

❖ Много сериозно е засегнат принципът на справедливостта при финансиране на системата, като се наблюдава засилване чувството на несправедливост и нечестност при разходването на публичните средства. Въпреки, че бюджетиращият парите за здравеопазване е все по-затруднен предвид новите и все по-скъпи терапии навлизащи в практиката, се задава въпросът, дали недофинансирането в здравеопазването е морално от гледна точка на приоритетите на личността, а именно просперитет чрез удовлетвореност от творческата креативност по време на трудовия живот, постижим единствено в едно относително крепко здраве и ограничени периоди на нетрудоспособност.

❖ Пациентите посещават здравните заведения с цел грижа за своето или за здравето на своите близки, което е лишено от пазарна логика. Също така разходите за здраве и лекарства се правят с неохота, защото те не са породени от желание, а са по принуда с цел оздравяване/оцеляване.

❖ Най-много докладвани хронични заболявания има по МКБ I10 и I11. Следвани от I61, E11, M17 и N40. И въпреки, че в периода на провеждане на настоящото изследване, Надзорния съвет на НЗОК реши да въведе 100 % реимбурсиране на лекарствата по I.10 (през 2017 г.), не беше постигнат положителен терапевтичен ефект в тази група пациенти, защото мерките на МЗ посредством НЗОК за въвеждане на 100 % реимбурсация на лекарствата за есенциална хипертония не решават здравословния проблем на болния, а напротив създават допълнителни социални. Това не дава устойчивост на започнатите реформи, което единствено генерира загуби на фонда и неефективност при постигане на крайния резултат. Това отново връща таргета на поведението на тези пациенти към петте основни типа поведение предложени от СЗО, а именно диета,

ограничаване употребата на алкохол, физическа активност, спиране на тютюнопушенето и управление на стреса.

❖ Една част от респондентите магистър-фармацевти са на мнение, че здравноосигурителната системата по отношение на фармацевтичните услуги и грижи е недофинансирана, което може да се коригира чрез увеличаване на здравноосигурителната вноска.

❖ Въпреки това, пациентите са против повишаване на здравноосигурителната вноска като мярката е подкрепена от пациентите предимно във възрастовата група 25-34. Тези са пациенти и граждани, които по-принцип имат най-малко желание да заплащат и да допринасят в социалното осигуряване поради дългия срок на реализиране на възвръщането в следствие заболеваемост (хронична и старческа) и пенсиониране, но тук тенденцията е обърната.

❖ По отношение на склонността за плащане – в по-ранна възраст пациентите са по-склонни здравната вноска да бъде повишена, въпреки липсата им на желание за това, като в замяна се очаква по-добра фармацевтична услуга и грижи, и то не само по отношение на хроничните заболявания, а и по отношение на други не до там комплицирани състояния, като бременност, остри инфекциозни заболявания като грип и настинка, контузии и хранене при спорт и диета.

❖ С увеличаване на процента на хронично болните и възрастта им, намалява желанието за заплащане и допринасяне в системата на здравеопазване чрез увеличаване на здравноосигурителната вноска. Това се дължи по-скоро на умората от участието в тази система и непрекъснато увеличаващите се разходи за терапия при намаляващи доходи, в следствие от повишаващия се жизнен стандарт. Също така при по-възрастните перспективата за дълъг живот очевидно намалява, което се случва и паралелно на намаляване на качеството на годините оставащ живот. Все пак, това може да се оцени като морално, ако тенденцията по отношение на склонността за финансиране на здравето е запазена при по-младите, които са основните финансиращи системата. То е и честно на фона на рязкото понижаване на доходите при преминаване в пенсионна възраст.

❖ Като частно от здравноосигурителната вноска и косвено следствие при правилно провеждана лекарствена политика е предвидена таксата за обработка на рецепта, като този въпрос зададен към магистър-фармацевтите е свързан именно с тази такса. Тук отговорите са категорични в полза на увеличаване на тази вноска без да се отчита кой ще заплаща това – дали пациентът, осигурителния фонд или застраховател.

❖ Оказването на фармацевтични грижи изисква време и експертен потенциал. За всичко това, колкото по-тесен е един експерт, каквито са магистър-фармацевтите, толкова повече се изисква скъпоплатено обучение и допълнителни квалификационни курсове, за което освен пари, магистър-фармацевтите харчат и от свободното си време. Това неминуемо изисква набавяне на

средства за това финансиране, като източникът му с право се посочва, че е пациентът, за който магистър-фармацевтите основно надграждат своите компетенции. Също така и времето отделено за допълнителната консултация в аптеката би следвало да бъде компенсирано от този пациент. Имайки предвид сложната икономическа обстановка, магистър-фармацевтите посочват, че един от възможните механизми за това финансиране е повишаване на таксата за обработка на рецепта.

ПРЕПОРЪКИ

<u>Към Комисия по здравеопазване на Народното събрание</u>

1. Необходимо е да се улесни откриването на аптеки в малките населени места, което ще увеличи достъпът до лекарства на населението, включително и възрастните хора над 65 години, които живеят на село и са най-уязвими по отношение на здравето. Това ще помогне за по-доброто лекуване на пациентите
2. Въвеждането на мораториум на откриването на аптеки в населени места с вече открити обекти и фиксирането на цените по лекарско предписание с последващо намаляване на ДДС на лекарствата е жизнено важно за увеличаване на достъпът до лекарства и по-доброто лекуване на българските пациенти. Цените на лекарствата по лекарско предписание трябва да бъдат фиксирани и уеднаквени, като се ограничи силно конкуренцията на база цени в сегмента на лекарствата по лекарско предписание.
3. Да заложи такива норми на печалба и положителни финансови потоци към аптеката, така че всеки нов регламент спокойно да бъде абсорбиран без значителни сътресения в ценообразуването и разходите, които заплащат пациентите
4. Стимулиране на генеричното предписване сред лекарите и въвеждането на генеричната замяна в аптеките, след ограничаването на вертикалната и хоризонтална интеграция във аптечния бранш.
5. Да се въведе институтът на персоналното право на магистър-фармацевта с обвързаност за материално съдържание и реални правомощия.
6. Необходимо е внедряване на концепцията "Фармацевтични грижи" в законодателството. Конкретни предложения са предоставени в този дисертационен труд.
7. Необходимо е БФС да стане договорен партньор по Националния рамков договор.

<u>Към Министерство на здравеопазването</u>

1. Пациентите и магистър-фармацевтите считат, че не е етично събирането на биометрични данни в аптеката, като не са съгласни с въвеждането на пръстовия автентификатор в доболничната помощ, включително в аптеката. Необходимо е създаването на нов метод за идентифициране на пациентите в аптеките, който може да включва чип-карта или друг вид оторизационен метод използван и за пренасяне на електронната рецепта.

2. Важно е започването на дискусия по отношение на морално-етичните аспекти на боравенето с биометрични данни при извършване на административни дейности каквито са оформянето на рецептурната документацията при извършването на фармацевтичната услуга – отпускане на лекарствен продукт по лекарско предписание. Това е още по-необходимо в светлината на влизащия в сила GDPR и приложените изменените на Закона за защита на личните данни..

3. Препоръчително е незабавното въвеждане на електронното досие на пациента и електронната рецепта, като е необходимо да се предприемат мерки по обезпечаване на аптеките с необходимото оборудване и софтуер, който освен за работа по отпускане на медикаменти ще бъде използван и при внедряване на концепцията за "Фармацевтични грижи".

4. Добре би било по-голям финансов ресурс да бъде насочен към по-младите членове на обществото с цел превенция и промоция на здравето, което да намали в бъдеще броя на хроничните заболявания и броя на заболелите.

5. Трябва добре да се обмисли възможността за увеличаване на здравноосигурителната вноска било чрез задължително или доброволно здравно осигуряване.

6. Необходимо е отложено въвеждане на системата за верификация на лекарствата с цел адаптиране на търговците на дребно към необходимостта от увеличаване на разходите им и предприемането на техническо-организационни мерки в аптеките.

Към Националната здравноосигурителна каса

1. Необходимо е по-рационалното използване на бюджета за здраве, при което е препоръчително да се увеличи таксата за обработка на рецепта, като един от начините е от такса за техническа услуга, тя да премине към медицинските услуги, за които не е дължим ДДС.

2. Трябва да се преосмисли моделът на реимбурсация на 100 % на медикаментите отпускани в аптека и реимбурсирани от НЗОК. Така се разпилява финансов ресурс и не подобрява комплайънса на пациента. Добре би било пациентът да заплаща някаква част, която да го ангажира със собствената терапия.

3. Да се осигурят по-широки правомощия на пациентските организации в контрола на НЗОК.

Към фармацевтичните факултети на медицинските университети в България

1. Концепцията "Фармацевтични грижи" е все по-нужна за по-доброто лекуване на българския пациент, което освен подобряване качеството и дължината на живота оказва благотворно влияние и върху бюджета за здраве като спестява значителни средства. Необходимо е по-задълбоченото обучение на студентите по-фармация.

2. Необходимо е допълнително проучване за структурата на интервютата, които провеждат фармацевтите със своите пациенти по отношение на фармацевтичните грижи, и реалната

възможност за отделяне на по-голямо внимание върху отделния пациент; също каква е реалната натовареност на аптеките и обезпечеността им с квалифицирани кадри.

Към Български фармацевтичен съюз

1. Необходимо е разширяване на продължаващото обучение по "Фармацевтични грижи", което да бъде с практическа насоченост.
2. Необходимо е в продължаващото обучение на БФС да се заложат модули на обучение по така наречените технически умения за работа с компютър и различните софтуери.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение трябва ясно да се заяви необходимостта от холистичен подход при осъществяване на нормотворческите начинания за урегулиране на обществените отношения в сферата на здравеопазването, като целта е постигането на устойчиво здравеопазване с балансиране интересите на всички участници в него.

Въпреки това, основен приоритет на здравеопазването остава здравето, животът и просперитета на пациента, чиято болестност не е избрана от него самия.

Трябва да се запази динамиката на взаимодействие между заинтересованите страни на макро ниво, като тук се има предвид, законотворeца, изпълнителят на политики, професионално-съсловните организации на медицинските специалисти и специалистите по здравни грижи, и не на последно място пациентите с тяхното институционално представителство в лицето на пациентските организации.

Здравеопазването на пациента е една обществена медико-екологична система, чието равновесие се дължи на добре премерените рискове и предварително планuваните дейности. Запазването на екологичния принцип на системата посредством динамиката на взаимоотношенията е гаранция за успех при перманентно ограничения ресурс.

ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Приноси с научно-теоретичен характер

- Направен е мултидисциплинарен структурен анализ на националния контекст по отношение на различните решение в здравната сфера на макро ниво.
- Направен е аналитичен обзор на актуалната чуждестранна и българска литература за законодателството в областта на разглежданите решение на макро ниво.
- Разработен е индикатор "Кумулативен трудов стаж". Представлява стажа в години, който цялата изследвана популация от магистър-фармацевтите е натрупала по време на целия трудов живот на всеки един индивид, без значение от дейността, която са изпълнявали, като акумулира в себе си цялата опитност на изследваната група и е предпоставка, за това как експертите подхождат към специфичните проблеми. Използва се за общ трудов стаж, стаж в аптека и стаж в работата с НЗОК.
- Засегнат е принципът на справедливостта при финансиране на системата за лекарствоснабдяване и на реимбурсиране от страна на НЗОК.

Приноси с научно-приложен характер

- Отправени са конкретни законодателни промени по отношение на въвеждането на концепцията "Фармацевтични грижи" във ЗЛПХМ.
- Предложени са решения въз основа на теоретични постановки за въвеждане на електронно управление, електронно досие и електронна рецепта.
- Поставено е началото на дискусия по отношение на морално-етичните аспекти на боравене с биометрични данни при извършване на административната дейност по оформянето на рецептурната документацията.

Приноси с практически характер

- Очертани са основните идеи, които респондират на мнението на пациентите и магистър-фармацевтите и които биха имали голямо одобрение, при евентуалното им приложение.
- Определени са разходите при въвеждането на нова система по верификация на лекарствата, както и косвените разходи за обществото от чакането в аптека.

Приноси с методичен характер

- Приложен е иновативен скоростен метод за събиране на данни от експертите, на територията на цялата страна, с цел да се избегне поляризиране на мненията в следствие от промяна на политическо решение при по-големи периоди от време и да се достигне до магистър-фармацевти, които не използват съвременните електронни средства за комуникация.
- Създадена е напълно нова методика за сравнение на експертното мнение на магистър-фармацевтите относно влиянието на дадено решение върху работата в аптеката и последващото влияние върху пациентите, както и директното влияние, чрез императивното приложение на тези решения, чрез норми в законодателството, от една страна, и субективното мнение на пациентите, за които не може да се твърди наличие на компетентност във сферата на фармацията, но които са ползватели на услуги и стоки от аптеките, от друга.
- Направени са крос-анализи на повече от един въпроси, които дават по-мащабна картина на мненията на респондентите.

Приноси с потвърдителен характер

- Пациентите не са удовлетворени от внедрените в аптечната практиката решения на макро ниво, в областите национална лекарствена политика, електронно управление, социално осигуряване, разходи в здравеопазването и здравни грижи.
- Някои от внедрените политики като реимбурсиране на 100 % на медикаменти за лечение на заболявания с МКБ I.10 и системата за верификация на лекарствата не са целесъобразни.

ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД И УЧАСТИЯ В НАУЧНИ ПРОЯВИ

Публикации

1. Качулев К., „Част ли е националната лекарствена политика от общата здравна политика на страната?“, Право, политика, администрация; том 1, бр.3, 2014
2. Kachulev K, “Retrospective Overview of the Requirements for Aggregate Reports in Pharmacovigilance”, SMU Medical Journal, vol.1, no.2, 2014
3. К.Качулев – "Анализ на мярката на 100% възстановяване от НЗОК на лекарствата за есенциална хипертония, изброени в МКБ I.10" – Специализирано издание, клиника.бг, 12.2016
4. К. Качулев, А. Любенова, Т. Симова, П. Минева – "Въвеждането на Делегиран регламент (ЕС) 2016/161 на Европейската комисия в българското законодателство, последствията върху фармацевтичния сектор и влиянието върху пациента" – Право, политика, администрация; том 4, бр.4, 2017

Участия в научни прояви

1. "Requirements for PSURs in accordance with Vol.9A of The Rules Governing Medicinal Products for Human Use and EMA's position" Scientific brainstorming, 04.07.2013, Sofia
2. "Bulgarian pharmaceutical union, drug supply system in Bulgaria and challenges in front the pharmacists"; 29th Expert and Educational Meeting of Serbian Pharmacists in Belgrade, March 01, 2014
3. "The essential changes in the new PBRER format of the PSUR", Scientific brainstorming, 20.05.2015, Sofia
4. "The Essentials of People Management", Scientific brainstorming, 20.05.2015, Sofia
5. Кръгла маса: "Аптеката и фармацевтът в системата за електронно здравеопазване. Проблеми и перспективи", София, 06.06.2015
6. Кръгла маса: "Нормативно регулиране във фармацията – новости и промени", Албена, 19.09.2015
7. Семинар: "ЗЛПХМ 17.11.2017. Обществено обсъждане", Боженци, 27.11.2015
8. Summit: "Pharmacovigilance in Bulgaria. Current situation, staff competence and opportunities" София, Интерпред, 29.02.2016

9. Отворени врати за пациенти и граждани. Фармацевтични консултации. Фармацевтични дни през май – "Знания за здравето: фармацевтът като ваш съветник". Благоевград, 27-28.05.2017
10. Семинар БАЛИ: "Споразумение за дейности по лекарствена безопасност и планове за управление на процесите по лекарствена безопасност. Регулаторни изисквания за докладване и актуализиран доклад за безопасност по време на проучването" София, Хотел Форум, 24.11.2017