

Медицински Университет София
Факултет по Обществено здраве

Катедра «Трудова медицина»

Проучване на връзките между
Общопрактикуващите лекари и
Службите по трудова медицина

асистент д-р Милена Табанска - Петкова

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

Научен Ръководител:

Проф. Д-р Невена Цачева, ДМН

НАУЧНО ЖУРИ:
Проф. Д-р Невена Цачева, ДМН
Проф. Д-р Каролина Любомирова, ДМ
Проф. Д-р Добрин Чаръкчиев, ДМН
Проф. Д-р Евгения Динчева, ДМН
Проф. Д-р Ада Байнова, ДМН

София, 2015

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение	5
Глава първа: Литературен обзор	8
1.1. Нормативна пирамида за ЗЗБУТ – възможности и характеристики	8
1.2. Нормативна база за ЗЗБУТ – задължения и отговорности на ОПЛ	13
1.2.1 Нормативни изисквания към ОПЛ	13
1.2.2. Профилактичната дейност в нормативната база на ОПЛ и СТМ	17
1.3.ОПЛ – анализи за дейността и проблеми за решаване	20
1.3.1.Проучвания, свързани с взаимодействието на ОПЛ и СТМ	20
1.3.2. Здравословни и безопасни условия на труд на ОПЛ	28
1.4.Проучвания на заболяемостта на работещото население	30
1.4.1.Извънболнична помощ и трудовомедицинско обслужване на работещото население	39
1.5.СТМ – решени и нерешени проблеми	40
Глава втора: Постановка и методика	48
2.1.Цел, задачи, работна хипотеза	48
2.2.Време, обект, обем, единици на проучването	49
2.3.Източници на информация	51
2.4.Методи на проучването	54
Глава трета: Резултати и обсъждане	57
3.1. Проучване на официална медикостатистическа информация от Столична Регионална Здравна Инспекция, подадена от представителна част от ОПЛ за гр. София, поотделно за детско население до 17 г. и над 18 г. възраст, за периода 2009 – 2011 г.	57
3.2. Проучване на официална информация за пациентската листа за гр. София от НЗОК и СЗОК по отношение на диагностично-лечбната и профилактичната дейност за периода на наблюдение 2009-2011 г.	65
3.3. Провеждане на анкетно проучване сред представителна част на ОПЛ от гр. София, за изясняване на длъжностната характеристика (задължения, функции, знания и умения)	71

3.4.	Анкетно проучване сред представителна част на ОПЛ - гр. София, с характеристика на обслужваното работещо население и регистрираната заболяемост	79
3.5.	Експертно проучване с оценка и обобщена характеристика на трудовомедицинското обслужване от СТМ. Официален Регистър на СТМ.	88
3.6.	Идентифициране на водещите проблеми и приоритетите в създаването на системна връзка между ОПЛ и СТМ с оглед промоция на професионалното здраве и профилактика на професионалните болести, трудовите злополуки други здравни проблеми при работещите.	93
3.7.	Определяне на възможни решения и препоръки за осъществяване на връзките между ОПЛ и СТМ. Създаване на интегрален модел за наблюдение на професионалното здраве.	105
	Изводи	109
	Препоръки	113
	Литература	115
	Приложения	128

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ:

АХ – артериална хипертония
ГППМП - Групови практики за първична медицинска помощ
ГПСМП - Групови практики за специализирана медицинска помощ
ДКЦ - Диагностично – консултативен център
ДС – дихателна система
ЕЗИД – електронно здравно интегрално досие
ЕИО – Европейска икономическа общност
ЕК – Европейска комисия
ЕР – експертно решение
ЕС – Европейски Съюз/Съвет
ЗБУТ – здравословни и безопасни условия на труд
ЗВН – заболяемост с временна нетрудоспособност
ЗД - захарен диабет
ЗЗБУТ – Закон за здравословните и безопасни условия на труд
ИБС – исхемична болест на сърцето
ИППМП - Индивидуални практики за първична медицинска помощ
ИПСМП - Индивидуални практики за специализирана медицинска помощ
КС- коронарен синдром
ЛАК – лична амбулаторна карта
ЛКК – Лекарска консултативна комисия
МЗ – Министерство на здравеопазването
МКБ – Международна класификация на болестите
МДЦ - Медико – дентални центрове
МОТ – Международна организация на труда
МСЗ – мускулно-скелетни заболявания
МСБ – мозъчно-съдова болест
МСС – мускулно-скелетни смущения
МСУ – мускулно-скелетни увреждания
МТСП – Министерство на труда и социалната политика

МУ-София – Медицински Университет - София
МЦ - Медицински центрове
НЕЛК – Национална експертна лекарска комисия
НЗОК – Национална здравноосигурителна каса
НОИ – национален осигурителен институт
НРД – Национален рамков договор
НСИ – Национален статистически институт
ОДА – опорно-двигателен апарат
ОИГДП – остри инфекции на горните дихателни пътища
ОКГДП – остър катар на горни дихателни пътища
ОКС – образователно-квалификационна степен
ОМ – Обща медицина
ОМИ – остър инфаркт на миокарда
ОПЛ – Общопрактикуващи лекари
ПБ – професионална болест
РЗИ – Районна здравна инспекция
РКМЕ – Регионална картотека на медицинска експертиза
РЦЗ – Районен център по здравеопазване
СДО – следдипломно обучение
СЗО – Световна здравна организация
СИМП – специализирана извънболнична медицинска помощ
СРЗИ – Софийска районна здравна инспекция
ССС – сърдечно-съдова система
СТМ – Служби по Трудова Медицина
ТЕЛК – Териоториална експертна лекарска комисия
ТЗ – трудова злополука
ТМ – Трудова Медицина
ФОЗ – Факултет по Обществено Здраве
ХОББ – хронична обструктивна белодробна болест

Въведение

Здравето е най-ценното, с което човекът, а и всяко живо същество разполага. И това се отнася за всички времена и общества, независимо какъв е установеният или господстващ икономически и социален, справедлив или не порядък. „Бич божи“ – така са наричали някои болести и това е известен факт, ето защо за медицината и лекарите винаги е имало и ще има огромно поле за развитие и дейност, на практика всеки член на обществото е потенциален пациент. Въпреки че медицината винаги е използвала достиженията на всички останали науки, точно както и те нейните, възстановяването на увреденото здраве в редица случаи остава нерешен въпрос, което насочва вниманието на цялата общественост към възможностите за тяхната превенция. В добре устроената държава трябва да бъде осигурена ефикасна профилактика и здравна култура, каквато следва да се осигури още от най-ранна училищна възраст с един добър минимум здравни познания, спортни навици и лична отговорност за здравето. Докато здравето е най-важното и голямо богатство за човека, то здравето трудоспособно население е основното богатство, с което икономиката разполага. Опазването, укрепването и подобряването на здравето на работещите е политика на всички развити общества и основополагащ принцип на стратегическите рамки за развитие на Европейския съюз, страните – членки на който имат сходни негативни демографски характеристики и съхранението на трудовата сила е императивна необходимост. Тази задача е първостепенна в здравеопазването и медицината следва да отговори адекватно на това предизвикателство, развивайки профилактичните направления и осигурявайки интегритет, и сътрудничество между тях. По пътя към постигане на тази цел са налице редица пречки, обусловени от чисто материални фактори.

Медицината е интегрална наука - най-благородната, тя е и същевременно изкуство, защото нейният предмет е здравето на човека и обществото, независимо от пазарните условия, и така е било през вековете. Ако тя беше само едното, дори тогава не би могла да бъде пазарно явление. Медицината не може да се превърне в придатък на пазарното стопанство, не тя, а то има нужда от нея - и тези които владеят капиталите, и тези които работят за тях, и безработните, и децата и възрастните хора. Когато са здрави те се нуждаят от профилактика, когато са болни от адекватно и своевременно лечение[4,12,14]. Време е медицината да получи заслужения статус – интелектуален, обществен, икономически, следва от държавата да дойде първият знак, че съсловието е ценено, това е предмет на здравната политика. При пазарната икономика, конкуренцията е движеща сила на прогреса, но не и в медицината, характерното за нея е, че е хуманна, без да звучи елементарно, да уважаваме своята професия, означава да уважаваме своите колеги, да си спомним какво означава добра медицинска практика, въпреки изключително трудните условия, в които е поставено съсловието като цяло[11,23].

Всяка страна и всеки бизнесмен, който иска да има успешен бизнес трябва да има преди всичко здрава бизнес – среда и здраво население, а това предполага добра медицина и съответната профилактика. Всичко това е предмет не на икономиката, а на здравната политика и всяка страна има нужда от съответната добре разработена и осигурена такава, която да осигури достъп до всички достижения на съвременното познание, както

за лекарите, така и за пациентите, тогава може да се говори за адекватна и развита здравна политика. Но това предполага да има добре разработени пътища за контакт между всички звена на здравната система[1,7,9]. Трудовата Медицина, поради положението което заема, може да се превърне в обединяващо и структуриращо звено в областта на медицината, особено що се касае до работещите. Без да бъде надценявано нейното значение, трябва да се признае, че тя свързва всички медицински звена и стопански структури помежду им, като нейната основна мисия и дейност е превантивна, целта е опазване здравето и работоспособността на трудещите се, чрез осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд, превенция на трудовите злополуки и професионалните заболявания, създаване на висока здравна култура у работещите, работодателите и всички елементи, заети в тази сфера, гарантиращи наличието на адекватна работна сила в идните години. Поради неблагоприятните демографски явления, характерни за страната ни през последните десетилетия, а именно: застаряване на работоспособното население, значителен емигрантски поток, особено от млади и работоспособни хора, сред които е налице и високо ниво на безработица, тенденция за нарастване на временната и трайна нетрудоспособност, при нарастващи инвестиции в здравеопазването и въпреки ограничените ресурси, с които държавата разполага, се налага усилията да се пренасочат към ранна диагностика и най – вече акцента да падне върху профилактиката на болестите и промоцията на здраве, за съхраняване на физическия и умствен капацитет на работещите[7,12,13,15,33-38,62,84,85,93,99,100,102,111,114,165,166]. Адекватното и целесъобразно изпълнение на подобна стратегия, би гарантирала най – дълготраен и същевременно постижим ефект върху здравето на работната сила и се превръща във въпрос от национално значение, с европейски измерения[5,6]. Необходими са адекватни профилактични програми, за да се съхрани работоспособността на нацията, като всички участници в здравеопазния процес трябва да работят в синхрон и тесен контакт помежду си. В системата на здравеопазване, поради нормативни, правни и икономически причини, съществува фрагментираност, което налага спешни мерки за формиране на нови връзки и структури на консолидация, за да бъде опазено здравето и работоспособността на населението. Водещо място в това заемат Службите по Трудова Медицина (СТМ) и Общопрактикуващите лекари (ОПЛ) като ключови участници в профилактичните дейности, касаещи населението[30]. Понастоящем връзките между СТМ и ОПЛ, определени нормативно, са минимални, те се нуждаят от изменение, което да е законово базирано, за да се избегнат установените проблеми, носещи рискове за здравето на работещите и лимитиращи възможностите за ефективна превенция на заболяванията и травматизма, за предотвратяване на преждевременното и ненужно излизане от пазара на труда на хиляди хора, поради относително изгубена работоспособност, за да се осигури професионална реализация на хората с хронични заболявания, с което ще се намали финансовото бреме на държавата и работодателите.

За да има превантивна медицина е необходима колаборация между общопрактикуващите лекари като главни изпълнители и Службите по Трудова медицина, като организатор на съвместни профилактични дейности, съобразени с конкретните условия на труд на работещите. На СТМ се пада ролята и отговорността за

налагането им, поради съчетаването на задълбочени знания както в областта на медицината, трудовата медицина, така и на правни, и икономически познания, и умения. Трудовата медицина е интеграла, който може да дефинира функциите на всеки участник в системата на здравеопазването и по този начин да възстанови интегралния характер на медицината, при което ще се оптимизира лечебно-диагностичния процес и в резултат разходите за здраве ще спрат своя галопиращ ход[62].

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

Глава първа: Литературен обзор

1.1. *Нормативна пирамида за ЗЗБУТ – възможности и характеристики*

Връзките между СТМ и ОПЛ са основани на общата им цел и дейност – опазване и укрепване здравето на населението, като СТМ са ангажирани конкретно със здравето на работещите при конкретни условия на труд, докато ОПЛ обхващат пациенти от различни възрастови групи, вкл. и работещи с разнообразни професии[40,41,62]. Създаването и развитието на СТМ и практики по Обща медицина, като част от новата политика на страната в областта на здравеопазването, е продиктувано и в унисон с европейските ценности и законодателство[62,52,53,109,137,165,166]. С приемането на Закона за здравословни и безопасни условия на труд през 1997 г., се поставят основите на хармонизирането на българското с европейското законодателство и практика и се транспонира Директива 98/391 на ЕИО от 1989 г., а СТМ са необходимия действащ инструмент за практическата му реализация[62]. По подобен начин и здравната реформа от 1998 г., определя ключовата позиция в системата на здравеопазването на новосъздадената група специалисти по Обща Медицина – Общопрактикуващите лекари. България, като член на Европейския Съюз, разработва нормативни актове, стратегии и политики в съответствие със стратегическите такива на общността[3,5,7,15,25,36,137]. Централно място в тях е отредено на здравословните и безопасни условия на труд, постановени с Глобалната Стратегия на СЗО за професионално здраве за всички, с Лисабонската стратегия, с Европейската стратегия за здраве и безопасност и Глобалната стратегия на Международната организация на труда[62,102,149,165,166]. Правото на здраве, здравословни и безопасни условия на труд, на здравеопазване и на достъпна медицинска помощ са конституционно гарантирани и представляват основен приоритет за българската държава, участваща непосредствено във финансирането, организацията и регулацията им[62]. Неин медиатор е здравеопазването с всичките си участници. С Конституцията на България, се гарантира правото на всички работници и служителите на здравословни и безопасни условия на труд, на минимално трудово възнаграждение, на почивка и отпуск. Тя защитава правото на здравно осигуряване, гарантиращо достъпна медицинска помощ, безплатно ползване на медицинско обслужване при определени, законово установени, условия, като лечебните мерки имат доброволен характер. Здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и по ред, определени със закон. Държавата закриля здравето на гражданите и насърчава развитието на спорта и туризма, осъществява контрол върху всички здравни заведения, свързаните с медицината, производства и търговията в тази сфера. В този върховен акт се определят правата на осигурените за общо заболяване и майчинство, инвалидност, поради общо заболяване, старост и смърт, трудова злополука и професионална болест за: парични обезщетения, помощи, пенсии и обезщетения за безработица, както и начините за обезщетяване при временна неработоспособност и трудоустрояване. В КСО се разглеждат начините на съобщаване, разследване и обезщетяване на трудовите злополуки и професионалните болести, дефинира се

трудова злополука като всяко внезапно увреждане на здравето станало през време и във връзка, или по повод на извършваната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието, когато е причинило временна неработоспособност, трайно намалена работоспособност или смърт, както и злополуката, станала с осигурен по време на обичайния път при отиване или при връщане от работното място до: мястото на живеене с постоянен характер, мястото, където осигуреният обикновено се храни през работния ден или където получава възнаграждение[32,50,51,62].

Професионалната болест е определена като заболяване, което е настъпило изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес върху организма и е включено в Списъка на професионалните болести, издаден от Министерския съвет по предложение на министъра на здравеопазването, като за такава може да се признае и заболяване, невключено в Списъка на професионалните болести, когато се установи, че то е причинено основно и пряко от обичайната трудова дейност на осигурения, и е причинило трайно намалена работоспособност или смърт на осигурения[51,60,62]. Към професионалната болест се отнасят и нейното усложнение, и късните ѝ последици.

Конституцията определя мероприятия за подобряване условията на труд и предотвратяване на трудовите злополуки и професионалните болести, финансирани от Фонд "Трудова злополука и професионална болест".

Определят се парични обезщетения за редица физиологични и патологични състояния, водещи до временна или трайна неработоспособност, условията за изследване, диагностика, лечение, рехабилитация, трудоустрояване, безработица и пенсиите, които са за: осигурителен стаж и възраст; инвалидност поради трудова злополука или професионална болест; инвалидност поради общо заболяване. Редица поднормативни актове имат отношение към тези въпроси [62].

С Кодекса на труда и Кодекса за социално осигуряване се уреждат обществените отношения, свързани с държавното обществено осигуряване при общо заболяване, трудова злополука, професионална болест, майчинство, безработица, старост и смърт и допълнителното социално осигуряване, както и условията на трудовите отношения между работника или служителя и работодателя, вкл. осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд, спазването на работно време и почивка, без значение от вида на трудовото правоотношение.

Кодексът за задължително обществено осигуряване до 2012 урежда задължителното обществено осигуряване, което включва държавното обществено осигуряване при общо заболяване, трудова злополука, професионална болест, майчинство, безработица, старост и смърт, както и допълнителното задължително пенсионно осигуряване.

След това Кодексът за социално осигуряване, урежда също обществените отношения, свързани с държавното обществено осигуряване при общо заболяване, трудова злополука, професионална болест, майчинство, безработица, старост и смърт и допълнителното социално осигуряване - задължително пенсионно осигуряване при старост и смърт; от 2006 г. допълнителното доброволно пенсионно осигуряване във фондове за допълнително доброволно пенсионно осигуряване при старост, инвалидност и смърт или във фондове за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми при старост; допълнителното доброволно осигуряване за безработица и/или професионална квалификация. Лицата, които

подлежат на държавно обществено осигуряване, се осигуряват във: фонд "Общо заболяване и майчинство", фонд "Пенсии", фонд "Трудова злополука и професионална болест" и във фонд "Безработица", при спазване принципите на: задължителност и всеобщност на осигуряването; солидарност на осигурените лица; равнопоставеност на осигурените лица; социален диалог при управлението на осигурителната система; фондова организация на осигурителните средства. В Закона за здравето се дефинира съгласно определението на СЗО „здравето като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или физически дефект” и опазването му е определено като национален приоритет. За запазването му се прилагат принципите на равнопоставеност, достъпност до качествена здравна помощ, дава се предимство на определени групи от населението /деца, бременни, майки на деца до една година и лица с физически увреждания и психически разстройства/. Осигурено е държавно участие при финансиране на дейности, насочени към опазване здравето на гражданите. Същият документ определя здравните заведения като структури на националната система за здравеопазване, в които медицински и немедицински специалисти осъществяват дейности по опазване и укрепване здравето на гражданите. Промоцията на здраве и интегрираната профилактика на болестите се определят като водещо направление и приоритет на държавните органи и институции, осъществими чрез системно извършване на профилактични прегледи и диспансеризация на лицата с повишен здравен риск и заболявания.

Законът за здравословни и безопасни условия на труд урежда правата и задълженията на държавата, работодателите, работещите, представителите на работещите по безопасност и здраве при работа, за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд. С този закон се въвеждат общи принципи за превенция и мерки за стимулиране подобренията в насока безопасност и здраве на работещите. Като основните мерки са насочени към ограничаване на професионалните рискове, свързани с трудовия травматизъм и професионалната заболяемост и включват информирание, консултации и обучение. Именно този закон определя конкретните задължения на работодателя за осигуряване здравословни и безопасни условия на труд на работещите, като прилага необходимите мерки за оценка и управление на риска, средствата и организацията за реализацията им. Основните принципи са: избягване на рисковете; оценка на рисковете, които не могат да бъдат избегнати; ограничаване на рисковете при източника на възникването им; приспособяване на работата към работещия, особено по отношение на проектирането на работните места, избора на работното оборудване, на работните и производствените методи, с цел облекчаване или премахване на монотонната работа, работата с наложен ритъм, както и за намаляване на въздействието им върху здравето на работещия; привеждане в съответствие с техническия прогрес; замяна на опасното с безопасно или по-малко опасно; обозначаване на съществуващи опасности и източници на вредни за здравето и безопасността фактори; прилагане на последователна цялостна политика за превенция, обхващаща технологията, организацията на работа, условията на труд, социалните взаимоотношения и въздействието на елементите на работната среда и трудовия процес; използване на колективните средства за защита с предимство пред личните предпазни средства; даване на съответни инструкции на работещите.

Работните места трябва да отговарят на минимални изисквания за осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд, които се определят с наредба на министъра на труда и социалната политика и министъра на здравеопазването. ЗЗБУТ дефинира Здравословни и безопасни условия на труд като такива, които не водят до професионални заболявания и злополуки при работа и създават предпоставка за пълно физическо, психическо и социално благополучие на работещите лица. Съществено е и определението за работещ - всяко лице, което е наето от работодател, както и лице, което работи за себе си, включително обучаващите се или стажантите - за времето на обучение, стаж и практика. Вредните фактори за здравето и безопасността биват: физически (в това число механични, акустични, електрически, оптически, лъчеви, йонизиращи, вибрационни и др.), химически, биологически, психологически, организационни и други въздействия, които влияят негативно или заплашват здравето и безопасността на работещите[20,21]. Професионалният риск е вероятността от възникване на неблагоприятни последици за здравето и безопасността на работещите лица при конкретно въздействие на вредни фактори при работа и степента на последиците. Здравният риск е вероятността от възникване на неблагоприятни изменения в здравословното състояние при конкретно въздействие на вредни за здравето фактори и степента на тези изменения. Изяснени са понятията за лично предпазно средство и средство за колективна защита. Основополагащи са Минималните изисквания за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труда[62], които са най-малките допустими изисквания за опазване на здравето на работещите и осигуряването на тяхната безопасност при работа. Работодателят може да реализира по-високи изисквания, с което да осъществи по-добро ниво на предпазване на работещите, но не и по-ниски от минималните изисквания. Негов основен и задължителен консултант по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд е СТМ, съгласно Наредба 3 от 2008 за условията и реда за осъществяване дейността на Службите по Трудова медицина. С този нормативен акт, дейността на СТМ се ограничава до консултативна[40].

Стартирането на Здравна реформа през 1998 г. довежда до значителни изменения в системата на здравеопазването. Приема се Закона за здравното осигуряване, с което в страната се въвежда задължително трипартитно здравно осигуряване, в което участват работодатели, държава и индивид[18]. През 1999 г. се създава Националната здравноосигурителна каса, чиято функция е да управлява средствата събрани в резултат на приетия ЗЗО. Въвежда се нов ключов елемент в здравеопазватата система – личния лекар, чиято функция е да служи като филтър между първичната и специализираната медицинска помощ като профилактичната дейност е негов приоритет[8,5,15]. Направените промени са в унисон с изискванията на Европейския Съюз. През 2000 г. се сключва Първия Национален Рамков договор, между НЗОК и съсловните организации[8].

Нормативно базираните взаимоотношения между ОПЛ и СТМ са изключително лимитирани и се заключават в:

- предоставяне на резултати от периодичните прегледи по месторабота от СТМ на

ОПЛ при установени отклонения в здравословното състояние на работещия, които се нуждаят от диагностично уточняване или лечение

- Службата по трудова медицина издава персонално заключение за физическата пригодност за работа на основание предоставена карта за предварителен медицински преглед за работа, съгласно Наредба 3 от 25.01.2008 г. за условията и реда за осъществяване дейността на Службите по Трудова медицина; ОПЛ, които са регистрирани по Търговския Закон, когато се явяват работодатели, са задължени да сключат договор със СТМ за трудово-медицинско обслужване[2,16,61]; СТМ търсят информация за здравословното състояние на здравно-осигурени лица от ОПЛ при заболяване; ОПЛ са участници в експертната на работоспособността ОПЛ представят пациентите на ЛКК и ТЕЛК; СТМ нямат участие в експертната на работоспособността; СТМ участват в реализирането на програми за промоция на здравето на работещите на работното място, отстраняване на рисковите фактори обусловени от начина на живот, опазване и укрепване на работоспособността и преодоляване на стреса при работа, ОПЛ изпълняват също профилактични програми, съгласно НРД[27,28,41]; работещите в СТМ лица са здравно-осигурени и са направили своя избор на ОПЛ, т.е. те са също обект на дейността на ОПЛ. Представени чрез нормативната пирамида, основополагаща за описание и дефиниране на връзките между институции, създадена и приложена за първи път от Проф. Д-р Невена Цачева, Ръководител на Първата Катедра по „Трудова медицина“ в България, схематично връзките ОПЛ – СТМ са опосредствани от множество нормативни документи, най-съществените са показани на схема 1.

Въз основа на горепосочените връзки, възможности за промяна в модела на комуникация между СТМ и ОПЛ при съответни законодателни промени, съобразени и с двете страни, перспективите за развитие на сътрудничество между СТМ и ОПЛ, са значителни и с голямо социално-икономическо значение.

	<i>СТМ</i>	<i>ОПЛ</i>
<i>цел</i>	здраве на работещите	здраве на населението
<i>дейности</i>	превантивна	превантивна диагностична лечебна диспансеризация експертиза на работоспособността
<i>финансиране</i>	работодатели	НЗОК, пациенти
<i>регистрация</i>	по Търговския закон	по Търговския закон



Схема 1 **Нормативна пирамида, свързваща ОПЛ и СТМ**

1.2. Нормативна база за ЗЗБУТ – задължения и отговорности на ОПЛ

1.2.1 Нормативни изисквания към ОПЛ

Съществуващите преди реформата структури като Поликлиники и участъкови лекари директно, без адекватна подготовка се трансформират в качествено нови юридически и търговски структури[23-25], макар и със сходни по отношение на лечебния процес функции, с пренос на множество нерешени проблеми. Ликвидира се спешната помощ, като тежестта се пренася върху напълно неподготвените за това общопрактикуващи лекари[8]. През 2000 г. се приема Първия Национален Рамков договор, между НЗОК и съсловните организации. Близко 5 години по – късно се приемат Медицинските стандарти[8], с които се дефинират необходимите качествени изисквания и обем на извършваната дейност, както и условията за практикуването ѝ. С Наредба № 41 от 21.12.2005 г. се утвърждават „Медицински стандарти по обща медицинска практика”,

"обща медицина" се обособява като самостоятелна медицинска специалност, а с "обща медицинска практика" се описва специфична медико-социална дейност и вид лечебно заведение (синоним на практика за първична медицинска помощ). Определени са изискванията за качество, обхват и условия на работата на общопрактикуващия лекар [15,23-25]. Наложени са стандарти към структурата на материалната база, устройството и персонала на общата медицинска практика. Дефинирани са клинични и неклинични дейности, включително необходимите консултации, изследвания, превантивни дейности, скрининг и диспансеризация, като за някои се предлагат и критерии за оценка на резултатността им, с цел въвеждане на акредитационна процедура. При създаване на стандартите се използва утвърденият в науката тристепенен модел за описание, измерване и оценяване на качеството на медицинската помощ. Той включва три елемента: стандарт, критерий, индикатор (показател). Въвеждат се 5 групи стандарти, представляващи по същество кратко и обобщено описание на достатъчна полезност на медицинската помощ. Оценката за изпълнението на всеки стандарт става въз основа на критерии, които се оценяват с помощта на индикатори, някои от които са с ключово значение. Качество на общата медицинска практика се приема, че е постигнато, само когато са постигнати всичките 5 групи стандарти: условия и удобства в практиката, изисквания към квалификацията и броя на персонала, достъпност и наличност на медицинско обслужване, съдържание на медицинските записи за всички дейности и пациенти, спазване на правата на пациентите. Те подлежат на периодично преоценяване и развитие, за да гарантират, че практиките по обща медицина са в състояние да осигуряват първоначална, продължителна, цялостна и координирана медицинска помощ за всички индивиди, семейства и общности, при биомедицинско, психологическо, социално и природно разбиране за здравето, съгласно постиженията на доказателствено-базираната медицина. Всички лекари в практиката е необходимо да са с призната специалност по обща медицина или са в процес на придобиване на такава, да участват в програми за продължаващо медицинско обучение, част от които организирани от БЛС. Медицинският персонал също трябва да е подходящо обучен, да участва в продължаващо обучение и курсове, вкл. извън практиката. Извън случаите на спешна и неотложна медицинска помощ, пациентите трябва да получат консултация до 2 работни дни, времето на прегледа е минимум 10 мин., като диагностиката и лечението са базирани на най-добрата и доказана клинична и превантивна практика.

Актуализираният стандарт по Обща Медицина включва и основни критерии, касаещи специализацията и квалификацията на ОПЛ, гаранция за постигане на високо качество на оказваната първична медицинска помощ, като ОМ е клинична специалност с преобладаваща терапевтична насоченост, а „Общопрактикуващия лекар е специалист по ОМ, осъществяващ първична медицинска помощ (ПМП) [8,23-25]. Прилагайки в дейността си притежаваните от него основни компетентости, посочени в настоящия стандарт по ОМ, той осигурява качествена, ефективна и ефикасна "първоначална, продължителна, цялостна и координирана медицинска помощ за всички индивиди, семейства и общности, при биомедицинско, психологическо, социално и природно разбиране за здравето", съответстваща на съвременното ниво на доказателствено-

базираната медицина.“

ОПЛ са специалисти, притежаващи теоретични познания и практически умения от различни области на медицината като: вътрешни болести (кардиология, пневмология, гастроентерология, ендокринология, нефрология, хематология и ревматология), детски болести, обща хирургия, урология и ортопедия и травматология, акушерство, гинекология и семейно планиране, нервни болести, психиатрия и психология, ушно-носно-гърлени болести, очни болести, кожни и венерически болести, инфекциозни болести и епидемиология, физикална и рехабилитационна медицина и курортология, спешна медицина и токсикология[67,90,168,170]. Спецификата в работата на ОПЛ, спрямо другите специалности, практикувани в извънболничната медицинска помощ са свързани с това, че те са филтър към другите специалисти в системата на здравеопазването, т.е. те осъществяват първия контакт с пациента с най-различни здравни, остри и хронични проблеми, грижите за когото следва да координират, адекватно на състоянието му, отчитайки психологичните му характеристики и социалния му статус, от значение при решаване на проблемите му, изграждайки дългосрочни отношения основани на разбиране, доверие и подкрепа. Промоцията на здраве и благосъстоянието е съществена част от работата на ОПЛ[8,23-25,102,111]. За изпълнението на своята практическа дейност, лекарят-специалист по ОМ прилага своите професионални умения в 3 основни направления: клинични задачи, комуникация с пациентите и управление на практиката. ОПЛ придобиват правото да практикуват като „специалисти по ОМ" след завършване на специализацията според действащото в страна законодателство и успешно полагане на изпит пред държавна изпитна комисия, определена от министъра на Здравеопазването на РБългария.

Съгласно европейските стандарти, ОПЛ трябва да притежават 6 основни вида компетентности: управление на първичната медицинска помощ, насоченост към индивида при предоставяне на грижи, прилагане на специфични умения за решаване на проблеми в първичната медицинска помощ, използване на всеобхватен подход в практическата си дейност, ориентираност към общността, използване на холистичен подход към пациента. Понастоящем има четири категории лекари, които работят в общата медицинска практика: лекари с придобита специалност по ОМ, лекари с друга специалност с терапевтична насоченост (терапевти и педиатри), лекари с друга специалност извън горепосочените, лекари без специалност. Обща медицина се практикува само от лекари с придобита специалност по обща медицина, според новия стандарт. Съгласно Закона за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения, от 6.06.2014 г., практикуването на професията е допустимо при зачисляване за специализация[8]. Поради наличието на организационни проблеми в квалификацията на ОПЛ, се удължава и срока придобиване на специалност, както и се дава възможност на всички ОПЛ, които досега не са се зачислили за специализация да направят това в рамките на 1 г. от влизането в сила на промените в Наредба 15 за придобиване на специалност ОМ от ОПЛ от 15.08.2014 г.[170]. Практическият стаж в лицензирана практика по обща медицина може да започне веднага, а не след теоретичните модули.

Придобиването на специалност по ОМ е задължителен критерий за изпълнение на стандартите и основно изискване за положителна акредитационна оценка за общата

практика, и за лицензирането ѝ като „обучителна“ за студенти и специализанти по специалността „обща медицина“. Липсата на придобита специалност по ОМ от лекаря, работещ в амбулатория за ПМП е показател за по-ниско качество на предоставените здравни грижи, обективен критерий за по-ниско заплащане при сключване на договор за работа с НЗОК, доброволни здравноосигурителни и други финансиращи здравеопазването институции, както и за по-ниска акредитационна оценка.

Лечебните заведения за извънболнична първична медицинска помощ, могат да бъдат индивидуални или групови практики (амбулатории) за първична медицинска помощ (ПМП) [8]. Днес изискванията към ОПЛ са сравнително ясно дефинирани, докато в зората на здравната реформа изискванията към тях са многобройни, някои невъзможни за изпълнение, напр. 24 ч. медицинска помощ на обслужваните пациенти за еднолични практики в провинцията. Санкциите от страна на проверяващите личните лекари структури и ограничените правомощия на ОПЛ, въпреки силния финансов стимул порождават недоволство, както у пациентите, така и у лекарите. Днес тези негативни тенденции са още по – силно изразени, цялото общество, включително лекарите са застаряващи, голяма част от новозавършилите медици емигрират, което оформя картината на предстоящ дефицит от медицински кадри – медицински сестри и лекари. Всичко това насочва вниманието към профилактиката и опазването здравето на населението, към съхраняване на физическия и умствен капацитет на работещите, което да гарантира здраве на работната сила, дори и в напреднала възраст. Една част от профилактичните дейности, изразяващи се в периодични профилактични прегледи на ОПЛ и СТМ се припокриват в частта за заболявания, като например: сърдечно-съдовите, дислипидемите и захарния диабет. ОПЛ обаче имат задължението да лекуват своите пациенти, с установени нарушения, а СТМ имат само превантивни функции към здравето на работниците и служителите с уведомление към ОПЛ за лечение и консултации[40,41,62].

Профилактичните прегледи, осъществявани от ОПЛ днес са силно лимитирани и слабо платени, като при активно работещите тези прегледи вече се провеждат веднъж на 5 г. Акцентът пада върху лабораторни изследвания, насочени към разкриване на сърдечно – съдови заболявания, захарен диабет и ранна диагностика на някои видове неоплазии, липсват изградени комплекси за превенция на етиопатогенетичните фактори, водещи до гореспоменатите заболявания и на онези с най - висок процент на инвалидизация, а именно заболяванията на опорно – двигателния апарат, неврологичните и психичните. Така ограничен лекарят е възпрепятстван да практикува качествено професията си, лишен е от възможност за индивидуален подход към пациентите си и степента на неудовлетвореност нараства. Профилактичните дейности на общопрактикуващите лекари, отнасящи се до имунопрофилактика, програма ”Детско здравеопазване”, профилактичните прегледи на ЗЗОЛ над 18 г., формиране на рискови групи при ЗЗОЛ над 18 г. и Програма ”Майчино здравеопазване” подробно се описват в Приложение 13 от Националния Рамков Договор 2012 г. и Постановление № 366 на МС от 27.12.2011 г. за приемане на методики за остойносттаване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване. Приложение 11 представя

основния пакет дейности за първична извънболнична медицинска помощ за сключване на договор с НЗОК[40,41].

1.2.2. Профилактичната дейност в нормативната база на ОПЛ и СТМ

Профилактиката е система от комплексни мерки (държавни, обществени, медицински и др.), които имат за цел да предпазят и укрепят здравето на човека и осигурят висока трудоспособност и дълголетие. В Трудовата медицина това са също така и всички стъпки и мерки, които се предприемат или планират във всички етапи на работата на предприятието, за предпазване или намаляване на професионалните рискове при работещите. Промоцията на здраве и профилактиката на заболявания се явява най-перспективната област от медицината. За постигане на стратегическата цел на здравеопазването - запазване здравето и работоспособността на населението, при минимизиране на разходите, вниманието на специалистите се насочва именно към профилактичните програми и промоцията на здраве, при които с малки инвестиции се постига предотвратяване развитието на хронични заболявания, чието лечение и рехабилитация е скъпоструващо и продължително, и осигуряват дълготрайна работоспособност на трудещите се, което е отразено в "Стратегията за здраве и безопасност 2012"[62,167,169,171]. Ключовата роля в това направление по отношение на работещата част от населението се пада на връзките между Общопрактикуващите лекари, осъществяващи профилактичните програми в системата на Националната Здравно - Осигурителна Каса(НЗОК) и Службите по трудова медицина, консултиращи работодателите относно здравословните и безопасни условия на труд, при всеки конкретен работещ. Създаването на интегрален модел на взаимодействие между СТМ и ОПЛ, с цел редуция на разходите от обезщетяване при временна и трайна неработоспособност е обект на задълбочени изследвания. Обективната законодателна и финансова рамка, предразсъдъците и липсващите положителни модели, ограничават колаборацията на СТМ и ОПЛ до предоставяне на резултати от профилактични прегледи и изследвания (често идентични с тези полагащи се по НЗОК) от СТМ на ОПЛ. Последните разполагат с подробна здравна информация за пациента, обаче условията им на труд и рисковете за здравето в работната среда са неизвестни, докато СТМ са запознати в детайли с тях. Стартиралата през 1998 г. здравна реформа в България въведе европейския модел на здравеопазване, при който ключова роля заема Общопрактикуващия лекар, осъществяващ първичната медицинска помощ и лимитиращ нецелесъобразното ползване на скъпо-струващата специализирана медицинска помощ. Целта на всяка реформа в системата на здравеопазването е да се редуцират разходите за здраве и същевременно да се осигури едно добро ниво на здравните услуги, тази не прави изключение. В последните години обаче се изявиха редица проблеми, някои от които са закономерно следствие от задължителната регистрация на всички лекари и здравни заведения по Търговския закон, с което медицината се свежда от изкуство до проста търговска дейност, със съответните последици от това, а именно: възходяща негативна тенденция в заболеваемостта и съотношението разходи/ здравни ефекти, неудовлетвореност на

пациенти и лекари от системата на здравеопазване, дефицит на медицински кадри и значителен емигрантски поток от здравни кадри, отказ на специалистите за договаряне с НЗОК[2,17]. При негативните демографски показатели за стараната ни, това рефлектира върху наличието на работоспособно население, без което нито една икономика не би могла да съществува. Това трябва да насочи усилията на здравеопазването в посока на промоция на здраве, в развитие на адекватни профилактични програми, за да се съхрани трудовия потенциал на населението, дори и в зряла възраст. Най –същественят проблем при реалното опазване здравето на населението се оказва фрагментираността на здравеопазната система. Всички участници в здравеопазния процес би трябвало да работят в синхрон и тесен контакт, което не е възможно в условията на свободна конкуренция, характерна за търговските предприятия, и което води до значителен ръст на разходите в системата на здравеопазването, защото единствената цел на всеки мениджър е печалбата. Това обяснява различията в позициите на СТМ и ОПЛ и отсъствие на диалог, или наличие на еднопосочна неефективна връзка помежду им, при която активната роля се пада на Трудовата медицина. В ръцете на ОПЛ е и отговорността за профилактичната дейност сред населението, вкл. и за работещите – този най-голям капитал на държавата. Необходимостта от познания относно спецификата на работните условия и процес на всеки отделен човек при изработване на модел за профилактика, налага изграждането на интегрален модел на взаимодействие между Службите по Трудова медицина и всички елементи на здравеопазната система, и най – вече с личните лекари. Регламентът за организиране на този контакт, особено с общопрактикуващите лекари, трябва да е законово установен и следва да е основно задължение на Службите по Трудова медицина, екипите на които единствени съчетават медицински, икономически и правни познания.

Профилактичните прегледи и диспансеризацията, които са сред основните дейности на ОПЛ се разглеждат в НАРЕДБА № 39 ОТ 16 НОЕМВРИ 2004 г.[41] С тази наредба се определят условията, редът и финансирането за извършване на профилактичните прегледи и диспансеризацията, както и списъкът на заболяванията, при които тя се извършва. Профилактичните прегледи и изследвания са насочени към ранно откриване на заболявания и се извършват от лекар в лечебни заведения за извънболнична медицинска и дентална помощ, както и от Комплексни онкологични "центрове", "Центрове за психично здраве" и "Центрове за кожно-венерически заболявания".

ОПЛ съхранява медицинската документация за всички извършени профилактични прегледи и изследвания на пациентите, включително извършени и от други лечебни заведения, три години след навършване на 18-годишна възраст - за децата, а при бременните - три години след прекратяване на бременността. Лицата с установени отклонения в здравословното състояние се насочват за оказване на специализирана медицинска или дентална помощ с медицинско направление, издадено от лекаря или лекаря по дентална медицина, който е установил отклонението.

Основния пакет от здравни дейности на ОПЛ, гарантиран от бюджета на НЗОК се описва в НАРЕДБА № 40 от 24.11.2004 г. , ключови са промоцията на здраве и профилактичните прегледи[8], съгласно Наредбата за профилактичните прегледи и диспансеризацията, профилактиката на заболявания – по семейни програми и групи с

повишен за здравето риск, определени въз основа оценка на риска от сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, злокачествени заболявания, както и дейности по медицинска експертиза на работоспособността, насочване за медицинска експертиза към Лекарска консултативна комисия (ЛКК), подготвяне на документи за представяне пред ТЕЛК[26].

Качеството на медицинската помощ се основава на медицински стандарти, утвърдени в други нормативни актове - Закона за лечебните заведения, съгласно който лекарите са приравнени до търговци. Правилата за добра медицинска практика, приети и утвърдени според Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина.

С този закон се утвърждава правото на всеки български гражданин на достъпна медицинска помощ, като се спазват принципите за своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ; равнопоставеност при оказване на медицинската помощ с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година. Указва се, че е необходимо сътрудничество, последователност и координираност на дейностите между лечебните заведения и зачитане правата на пациента. В Раздела за медицинска експертиза се установява подхода за действие при временна неработоспособност, за установяване на вида и степента на увреждане на деца до 16-годишна възраст и на лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 от Кодекса за социално осигуряване, и за установяване степента на трайно намалена работоспособност на лица в трудоспособна възраст, както и за потвърждаване на професионална болест. Тук се включва експертизата на временната неработоспособност, експертизата на вида и степента на увреждане и експертиза на трайно намалената работоспособност, като експертизата на временната неработоспособност се извършва от лекуващия лекар, лекарски консултативни комисии (ЛКК), териториални експертни лекарски комисии (ТЕЛК) и от НЕЛК. Разгледани са правата на всички с репродуктивни проблеми. Коментират се наказанията при неявяване на задължителен профилактичен медицински преглед, изследване или имунизация - глоба от 50 до 100 лв., а при повторно неявяване - от 100 до 200 лв. Обема дейности на амбулаториите за първична или специализирана извънболнична помощ са отразени в Закона за лечебните заведения. Те са свързани с диагностициране, лечение, консултация на болни, както и с експертиза на временната нетрудоспособност, здравната промоция и профилактика, профилактични прегледи, диспансеризация, имунизации и др.

Съгласно Наредба № 3 от 25.01.2008 г. за условията и реда за осъществяване дейността на Службите по трудова медицина, те консултират и подпомагат работодателя за прилагане на превантивните подходи за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд и за въвеждане на принципа за постоянно за постоянното подобряване на управлението на дейностите по здраве и безопасност[40]. СТМ подпомагат работодателя при организирането на предварителни и периодични медицински прегледи на работещите, извършвани съобразно с Наредба № 3 за задължителните предварителни и периодични медицински прегледи на работниците. СТМ издават заключение за пригодност на лицата, постъпващи за първи път на работа, на базата на

издаденото най-често от ОПЛ медицинско удостоверение за започване на работа. По този начин се цели опазване здравето на работещите, като се съобразява здравословното им състояние с условията труд на бъдещото работно място. Когато документално предоставената информация е реална, тогава целите на нормативните документи са изпълнени. Профилактичната дейност на СТМ при задължителните периодични медицински прегледи на работниците има за цел диагностициране на ранните форми на заболяванията и разкриване на рисковите фактори за възникването на масово разпространените и на социалнозначимите болести, значителна част от профилактичните дейности по месторабота припокриват заложените профилактични изследвания по НЗОК на здравно-осигурените лица. Качеството на осъществяваните профилактични прегледи от ОПЛ и по месторабота не са подложени на оценка, няма изисквания към лабораториите, извършващи назначените изследвания, както и към квалификацията на консултантите. Всичко това налага създаването на ясен регламент, гарантиращ качество и сравнимост на профилактичната дейност, което на следващ етап ще позволи избягване на разходите за идентични дейности в практиките на ОПЛ и СТМ, като е въпрос за усилен консултации на високо равнище, изясняването на финансирането и обмена на резултатите.

1.3. ОПЛ – анализи за дейността и проблеми за решаване

1.3.1. Проучвания, свързани с взаимодействието на ОПЛ и СТМ

Фрагментираността в системата на здравеопазване и неблагоприятния баланс между вложени инвестиции в тази сфера и получените резултати води редица изследователи до необходимостта от изграждане на действени връзки между отделните специалности. Връзките между Общопрактикуващите лекари(ОПЛ) и Службите по Трудова медицина(СТМ) са предмет на много проучвания от момента, в който те стават основополагащи елементи в здравеопазната система. Този интерес е породен от значимите потенциални благоприятни социално-икономически ефекти, които биха се реализирали при оптимизиране на взаимоотношенията помежду им, които понастоящем се заключават в едностранно предоставяне на информация от проведените профилактични прегледи от СТМ на ОПЛ, както и в търсене, отново от страна на СТМ на причините за временна неработоспособност, възможности за ранно връщане на работа, при продължаваща рехабилитация в облекчени условия на труд. Причините за тези неефективни връзки са липсата на мотивация, трудовомедицински познания и разбиране на проблемите, свързани с работните условия и процеси от страна на ОПЛ и минимизираните правомощия на СТМ, които ОПЛ считат, че са проводници на волята на финансиращите ги работодатели. Социално-икономическите последици от тази лоша комуникация са както за отделната личност, така и за обществото като цяло: нарастване на преждевременно пенсионираните хора в работоспособна възраст, излишно удължено време за рехабилитация след заболяване с временна неработоспособност, без конкретно съобразяване с работната среда, обриване на нищета и социална изолация на трудоспособни, макар и за специфични условия на труд, индивиди. Набелязаните мерки

за справяне с нарушеното взаимодействие в системата ОПЛ – СТМ са допълнителна квалификация на ОПЛ по трудова медицина, продължаващо обучение на СТМ, изграждане на модели на взаимодействие, на гайдлайни за ранно връщане на работа на пациенти след временна неработоспособност, промяна в експертната на работоспособността, в която и СТМ да имат участие.

Въпреки кратката история на взаимоотношенията между ОПЛ и СТМ у нас, спрямо други европейски страни, очертаващите се проблеми са сходни, както и причините за изучаване на тяхната колаборация[69-72,73,74,76,77,80-82,92,94,96,103,105,110,112,117,126,133,135,141,142,163]. Причините за този интерес са от една страна много слабите връзки помежду им, поради отсъствието на мотивация от страна на ОПЛ за развитието на такава, а от друга значителните икономически и социални благоприятни ефекти, които биха се реализирали при тяхното оптимизиране[69,71,143]. Възловите проблеми, които се разглеждат в контекста на тези отношения са преждевременното пенсиониране на хора в активна възраст, ненужно дългата заболяемост с временна неработоспособност, препоръчвана или предписвана от ОПЛ, поради липсата им на специфични трудовомедицински познания относно работните условия на пациента, закъсняващата рехабилитация, и съответно връщане на работа[68,74,75,77,78,80,86,88,104,110,116,118,119,120,123,124,133,135,136,139,147,150,151,163], обуславящи неблагоприятни финансови и психологически последици както за отделната личност, така и за работодателите и обществото.

Нарушен е интегритета на връзката между ОПЛ и СТМ още със самото създаване на действащата понастоящем и у нас система на здравеопазване[2,8]. Проблемите възникват още с въвеждането ѝ и се коренят в наличието на ролеви конфликт между ОПЛ и СТМ, както и в различните им задължения, отговорности и правомощия. Една от проблемните области е експертната на трудоспособността. В по-голямата част от страните, както и в България, експертната на работоспособността е в ръцете на ОПЛ, които нямат представа за спецификата на работното място на своите пациенти, докато СТМ са изключени от този процес, въпреки че именно те могат да предлагат конкретни решения за конкретно работно място и да съдействат когато е необходимо за облекчени условия на труд[26]. Съществуват и изключения като Холандия[76,79,80], в която всички трудещи се са трудовомедицински обслужени и експертната на работоспособността е функция на трудовата медицина и ОПЛ, и където въпреки всичко съществува неразбиране между СТМ и ОПЛ, които считат че СТМ са твърде комерсиализирани[76,119], финансово зависими от работодателите и им липсва професионална автономност. Широко разпространеното мнение, че СТМ защитават единствено интересите на работодателя в ущърб на работника, с опитите си да върнат максимално бързо работещия на работното място, битувашо сред ОПЛ, както и липсата на трудовомедицински познания в рамките на специализацията им, отсъстващата информация за работата и условията на труд на пациента, довеждат до ненужно дълга временна неработоспособност, определяна от ОПЛ[70-72,80,121-123,142-145,148,160,161,], и до убеждението на пациента, че е трайно неработоспособен, с преждеременно пенсиониране на хора в активна възраст, със съответните последици за обществото, работодателя, семейството и отделната личност. СТМ се явяват активна

страна в търсенето на причините и решенията на горепосочените проблеми[70-72,160]. В повечето проучвания се посочва, че при наличието на гъвкавост и активна комуникация на ОПЛ със СТМ, които са наясно с възможностите за адаптиране условията на труд в конкретното работно място и се явяват организиращ и балансиращ фактор за работника, множеството проблеми могат да намерят своето решение. Определянето на продължителността на временната трудоспособност затруднява ОПЛ както у нас, така и в други страни и налага допълнително обучение[26], ОПЛ са склонни да изпълнят желанията на пациентите си, без да се интересуват от спецификата на работата [8,22,55] им и възможността за изпълнението ѝ, въпреки нарушеното в определена степен здравословно състояние. ОПЛ често не осъзнават влиянието, което имат върху решенията на пациента относно връщането му на работа и дали това би увредило здравето му. Често липсата на време, лошата организация и недостатъчното внимание на ОПЛ към пациента, водят до погрешно взети решения касаещи съдбата им. Паричните обезщетения, изплащани при определяне на трайна неработоспособност, често се оказват недостатъчни за осигуряване на социалния минимум и обричат тези хора на допълнителни страдания, поради погрешно взети решения. Възможно е изпращането на писма с оценка на риска на работното място на пациентите да помогнат на ОПЛ да вземе решение да издаде бележка за връщане на работа, като в УК е налице т.н. fit note, с препоръчителен характер, в която се упоменава необходимостта от специфична адаптация на работното място, намаляване на работното време в случай, че такива са необходими[66,88,89,95,91].

В УК и в други страни е постигнато споразумение между различни представители на ТМ, работодатели, институции относно пътищата за развитие на връзките ОПЛ-СТМ. Налице е желание за колаборация и от двете страни, защото всички оценяват необходимостта от такава[70-72,76].

Опитите за функциониращ модел не постигат желаните ефекти[88,120-124], защото касаят само ранното връщане на пациента на работа, без да е налице реален диалог между ОПЛ и СТМ. Необходимо е допълнително квалифициране на ОПЛ по Трудова медицина промени в нормативната уредба, гъвкавост в мениджмънта на компаниите, което изисква значителни усилия от всички участници в системата на здравеопазването, за да се съхрани здравето и работоспособността на застаряващата работна сила. Всеки работодател може и трябва да бъде убеден, че промоцията на здраве е най-евтиният способ за съхраняване работоспособността на трудещите, за развитие на екипност и обществено-икономически просперитет.

Изграждането на ефективен модел на взаимодействие между ОПЛ и СТМ е ключ към истинска грижа за здравето на работещите, а съхраняването на работоспособността им – необходимост, в светлината на настоящата демографска ситуация в световен мащаб.

В редица страни, дефицита на кадри по ТМ, води до развитие на нови специалности, осигуряващи по-близко до оптималното покритие на работещите със СТМ. Такива страни са Франция и Англия, в част от случаите французите признават, че опитите за взаимодействие между ОПЛ и СТМ не се съпровождат от намаляване на заболяемостта, в други се правят обратните заключения, особено по отношение на LBP[145]. Всички отчитат необходимостта от допълнителна квалификация на ОПЛ.

Редица конкретни проучвания в тази насока налагат промени в програмите за обучение на ОПЛ, въвеждане на принципите на учене през целия живот както за тях, така и за специалистите по Трудова медицина[159].

Продължаващото обучение прави по-уверени трудовите медици във всекидневната им практика[155,156].

При положение, че в Съединените щати 39% от пациентите свързват здравословните си проблеми с работата, Трудовата медицина следва да е съществена част от обучението на ОПЛ[98].

Подобно е положението и в Англия, 1,3 млн. работещи свързват здравните си проблеми с работата, повечето с мускулно-скелетните заболявания и психичните здравни проблеми[153].

Известно е, че професионалната астма е най-честото професионално заболяване на дихателната система, въпреки всичко документираните случаи са значително по-малко от реалния брой, защото при голяма част от случаите не се установява връзката с работната среда[64,115]. Най-често заболяването се манифестира в първите години от започване на работа. От първостепенна важност е да се получи подробна информация за работата и работната среда[62,152,157,158]. Ранната диагноза, в по-голяма степен от скрининга за потенциален риск преди започване на работа, който е неинформативен и с недостатъчна предиктивна стойност, има значение за опазване здравето на работещите, чрез адекватно и навременно лечение и извеждане от работната среда. Бъдещата професионална реализация на засегнатите зависи от адекватното поведение на първичната здравна помощ и най-вече на ОПЛ. Изработени са ръководства за диагностициране и поведение, предназначени за ОПЛ, при установяване на диагнозата и определяне на професионалния характер на заболяването. Подобно ръководство при наличие на low back pain е публикувано през 2001 г. от British Occupational Health Research Foundation. Причина за въвеждането в практиката на такива ръководства са разходите за обезщетения, които в Англия възлизат на над 100 билиона всяка година, което превишава 10 пъти разходите за предписване на лекарства. Малко ОПЛ използват гайдлайна за сертифициране на заболявания, свързани с труда, ОПЛ считат, че мнението на пациента относно продължителността на отсъствието по болест има еднаква тежест с тяхното. В заключение авторът предлага въвеждане на компютъризирана система за сертификация и удостоверяване на заболяване с временна нетрудоспособност[115,116].

В изследването се установява ролята на мнението и проактивността, или по-точно отсъствието на такава за забавяне връщането на работа на пациенти с LBP след отпуск по болест, като относителната тежест на този фактор е 25%. Причините за консултация между ОПЛ и СТМ при пациенти в отпуска по болест също са определени както следва в низходящ ред, като относителен дял на отговорилите: да се информират за диагнозата (61%), за лечението (59%), за прогнозата за оздравяване (51%), за обсъждане гледната точка на пациента (38%), за да се уточни политиката относно пациента (37%), информация за функционалния капацитет (35%), прогноза за работоспособността на пациента (33%), за да се ускори лечението и диагнозата (22%), за търсене на информация относно психо-социалните функции на пациента (12%)[66].

Очертават се характеристиките на ОПЛ във Франция, подчертава се, че те се сблъскват с най-различни здравни проблеми, и остри и хронични, налага се да решават трудни проблеми, особено в отдалечени от населени места практики. Основните заболявания в практиката на ОПЛ

са болестите на органите на кръвообращението, ОИГДП, психичните заболявания, 2/3 от здравословните проблеми са в категорията на симптомите и синдромите, като само в 5% от тези случаи се развива заболяване[113].

В Швеция е осъществен сравнителен анализ на диагнозите, по които се издават болнични и на тези, които се констатираат при преглед като цяло. Установява се, че и в двата случая водещите класове заболявания са V и XIII, т.е. психичните и мускулно-скелетните заболявания[78].

Значителен брой проучвания се стремят да изяснят необходимостта от допълнителна квалификация на сравнително новата група специалисти в системата на българското здравеопазване, а именно тази на ОПЛ[1,8,10,25]. Обект на изследване са и степента на удовлетвореност на пациентите от техните ОПЛ, доверието, с което се ползват, като по този начин се определят нуждите от обучение и се идентифицират проблемните области, както и възможните решения. Изводите са възка с необходимостта от допълнителна квалификация на ОПЛ, както и по-гъвкавите форми на взаимодействие с по-тесни специалисти, за да се постигне по-бърз и адекватен ефект от провеждането на лечението. Не на последно място става ясно, че за нивото на удовлетвореност на пациентите е от особена важност умението за общуване на лекаря, времето, което отделя за разговор и обяснение на пациента, което поставя на челно място уменията за комуникация като необходимост и част от лечението.

В Англия осигуреността на работещите със специализирано обслужване от специалисти по Трудова медицина е ограничена и концентрирана в някои индустриални области. Установени са различия в регистрираната професионална заболеваемост от Общопрактикуващите лекари и специалистите по Трудова медицина. Най-голям дял от диагностицираните, свързани с труда, заболявания и при двете групи специалисти са мускулно-скелетните и психическите. Налице е тенденция трудовите медици да докладват по-малко заболявания при жените. Най-често засегнатите работещи са от сферата на здравеопазването и социалните грижи. Установява се, че трудовите медици по-адекватно свързват здравословните проблеми с условията на труд, обаче поради ограничения достъп до тази група специалисти в някои области (така напр. земеделските работници много рядко могат да се обърнат към специалисти по трудова медицина), е необходимо добре обучени по Трудова медицина общопрактикуващи лекари, достъп до които има всеки трудещ се в страната, да запълнят този дефицит в опазване здравето на работещите, още повече като се има предвид, че за 5 годишен период над 90% от пациентите посещават поне веднъж своя ОПЛ[104,105].

От друга страна в проучване публикувано през 1996 г., от английския изследовател Г. Паркър се установява статистически значимо различие в перцепцията на ОПЛ и СТМ относно честотата на комуникацията помежду им, като СТМ считат че е висока, за разлика от ОПЛ. Потърсено е и мнението на двете групи специалисти за ролята в скрининга и промоцията на здраве, като определено място заема търсенето на отклонения в слуха и скрининга за захарен диабет, не се възприема като удачно въвличането на СТМ в имунизиранието и в скрининга за карцином на маточната шийка. Определено се възприема, че обучението на пациентите относно здравословното хранене, физическата активност, мениджмънта на стреса и борбата с тютюнопушенето може да бъде част от ангажиментите и на двете групи специалисти[135].

The Health and Occupation Reporting (THOR) network е мрежа за докладване на здравословни проблеми и връзка с работата. Мрежата за събиране на информация за здравословното състояние и свързаните с работата заболявания набавя информация от

терапевти – общопрактикуващи лекари, трудови медици и клинични специалисти. THOR-GP е сравнен с Occupational Physicians Reporting Activity (OPRA), система за докладване на професионалната заболяемост. OPRA и THOR-GP имат функцията на наблюдатели. OPRA е създадена през 1996 г., THOR-GP през 2005 г., като подаваната информация е от общопрактикуващи лекари, преминали курс на обучение по Трудова медицина. Резултатите са сравнявани с LFS – Labour Force Survey – 2006-2007 г.

Най-много психични заболявания са установени в следните сектори: здравни и социални грижи, образование, публична администрация и отбрана – по-често се докладват от Трудовата медицина, в сравнение с общопрактикуващите лекари.

Най-много мускулно-скелетни заболявания се докладват в сектор строителство и продажби[66,68].

Мускулно-скелетните заболявания са най-честата група заболявания, свързани с работата – 53%, психичните са на втора позиция с 31% от докладваните случаи. Диагнозата е от значение за продължаване отсъствието поболест, като 81% от установените психични заболявания водят до отпуск по болест, докато за МСЗ този процент е 50%. Работещите в публичния сектор по-често ползват отпуск по болест, в сравнение с тези в частния. Икономическите области с най-много регистрирани психични заболявания се свързват и с най-висока честота на отсъствията по болест. Самостоятелно заетите лица са с най-ниска ЗВН[104].

Мнението на ОПЛ в Англия също е проучено. ОПЛ обслужват пациенти с различни професии, въпреки липсата на квалификация по ТМ. В резултат на това, връзка между работа и заболяване се прави много рядко от ОПЛ. Ограничения контакт между терапевти със специалност Трудова медицина и Общопрактикуващите лекари води до липса на разбиране за ролята на Трудовата медицина. Тези два фактора, когато се съчетаят, могат да доведат до субоптимално третиране на пациентите. Това може да се преодолее чрез по-добро пре- и пост- дипломно обучение и повече професионални контакти[144]. Редките контакти се заключават в тъсене на информация за клиничното състояние на даден пациент от непознат, работещ за работодателя на пациента. Често не е ясно защо е направено това запитване. Възможно е отговора, който бъде даден да доведе до загуба на работа от страна на пациента. При положение, че ОПЛ нямат специализирани познания по Трудова медицина и често липсва информация за работните условия и изискванията към съответната позиция, вземането на решение относно годността на пациента да се върне на работа е затруднено. Право на пациента е да види какъв отговор се връща, обаче много малко от тях се възползват от тази възможност. Конфиденциалността в отношенията лекар-пациент е свещена. Изграждането на доверие е в течение на години, възможно е този дългогодишен труд да се разруши с един непредпазлив коментар. Трудовите медици следва да действат съобразно интересите на пациента и трябва да са независим и обективен съветник на индивида и организацията, което създава усещането, че първостепенни са задълженията към работодателя. За да се изясни ролята на Трудовата медицина за ОПЛ, следва още в периода на следване да се получават познания по Трудова медицина като модули в рамките на обучението. Професионално обучение по Трудова медицина на ОПЛ е друга възможност. Изграждането на връзка между академичното обучение по Трудова

медицина, обща медицина и техните съсловни организации би трябвало да е приоритет и несъмнено би имало благоприятен резултат.

Изследването на насочва вниманието към възможните пътища за коопериране между ОПЛ и СТМ, в което могат да са полезни ОПЛ, работещи и в двете сфери, като спомогнат за сформирани на положителни взаимоотношения, утвърждаване на превенцията в практиките на ОПЛ и изясняване на ролята и мястото на ТМ[126].

В част от случаите връзката между оплакванията на пациента и работната среда няма да могат да се установят поради липсата на трудовомедицински познания. ОПЛ са наясно с професионалната загуба на слух, имат представа за вибрационна болест и нейните клинични явления, както и ще са наясно че дългото стоене пред компютъра може да доведе до болки и схващане в шийната област и горната част на гърба – RSI синдром. Всички ОПЛ имат по няколко пациента дневно с МСЗ, за които обаче връзка с работната среда е малко вероятно да се направи, а дори това да стане, не е ясно с кого да се обсъди. Често се срещат пациенти със симптоми на умора и физическо неразположение, както и с депресивни състояние, които могат да се свържат със стрес. Понякога може да се подозира синдром на болната сграда, обаче ОПЛ не е в състояние да докаже диагнозата. Въпреки, че ОПЛ са наясно с някои професионални заболявания, в съвременния свят потенциално токсичните вещества се увеличават лавинообразно, като част от тях са напълно неизвестни, което буди страх в условията на отсъстваща връзка с Трудовата медицина. Много от работещите пациенти биха могли да продължат работа, ако личният им лекар е известен за наличните облекчения, физиотерапевтични процедури, които се предлагат на работното място, предоставени от работодателя. В този случай не би се изчаквало пълното оздравяване на пациента, такава информация обаче липсва. От друга страна ОПЛ поставят под въпрос квалификацията на трудовите медици на базата на получаваните от тях данни от профилактични прегледи и превантивни програми. Идеалният вариант би бил да има идентифицируем и квалифициран лекар Трудова медицина на работното място и установени консултантски взаимоотношения ОПЛ – ТМ[119]. Въпреки това в проучване, проведено сред ОПЛ в УК – Корнуъл, относно навика на ОПЛ за отразяване на професията на пациента и доколко тази информация е съществена според тях. Две трети от анкетираните ОПЛ считат, че информацията за професията на пациентите им е важна. По-малко от 8% от анкетираните са провели обучение по Трудова медицина. От изследваните записи за 300 работещи пациента в практика, само при 35 от тях е отразена професията, като за 50 е посочена връзка на заболяването с работната среда. Всички тези резултати пораждаат съмнения относно информативността на въведената през 2010 г. в УК fit-note[141]. Съмнения относно ефекта от обучението на ОПЛ по Трудова медицина пораждаат и други проучвания. Изследвания в рамките на ЕС установяват, че ОПЛ срещат затруднения при определяне необходимостта и продължителността на временната нетрудоспособност на своите пациенти и при определяне годността им за определено работно място. Причините за това са липса на време, правни аспекти, недостатъчна ангажираност с тази дейност и не на последно място недостатъчното обучение на ОПЛ. Изследванията показват, че ОПЛ са склонни да изпълнят желанията на пациентите си, без да се интересуват от спецификата на

работата им и доколко тя не би могла да бъде изпълнявана, въпреки нарушеното им здравословно състояние. Донякъде, ОПЛ не считат това за изцяло тяхно задължение. Въпреки това, поради социо-икономическите последици на неработоспособността както за пациента, така и за работодателя и обществото налагат преоценка на тази практика и по-подробна дискусия с пациентите, за изясняване на предимствата и последствията от по-продължителното отсъствие от работа, при настоящето ниво на безработица. Това проучване е основа за стартиралата двугодишна програма за обучение на ОПЛ през 2009 г. в Обединеното Кралство. Включените ОПЛ се обучават в течение на 3 часа относно добрите практики при експертизата на работоспособността[146].

В други проучвания се оценяват именно обучението, което получават ОПЛ в рамките на тяхната специализация. Здравната реформа от 2000 г. определя необходимостта от адекватно обучение по специалността „Обща медицина“[8,23-25]. Въпреки неудачите, свързани със стартирането на реформата и липсата на прием в някои от последващите години, тази специалност се налага като една от водещите и най-атрактивните. При обучението по тази специалност, освен чисто медицинските проблеми, се застъпват и такива като здравната промоция и превенция и комуникативни умения, психологически аспекти при конкретни ситуации и експертизата на временната нетрудоспособност. Специализацията е с продължителност от 3 години и се провежда в обособени модули, по: 1. Основи на Общата медицина; 2. Вътрешни болести; 3. Детски болести; 4. Хирургия, урология, ортопедия и травматология; 5. Акушерство, Гинекология и семейно планиране; 6. Нервни болести; 7. Психиатрия и психология; 8. УНГ; 9. Очни болести; 10. Кожни и венерически болести; 11. Инфекциозни болести и епидемиология; 12. Физикална и рехабилитационна медицина и курортология; 13. Спешна медицина; Общата продължителност на обучението, включващо теоретични и практически занятия е 62 седмици. Модулният принцип позволява индивидуално планиране от всеки лекар на степента на натовареност и броя модули за всяка отделна година, като системата е достатъчно гъвкава за да удовлетвори, работещите лекари. Първият модул, с продължителност 4 седмици са застъпени основни знания по специалността, спецификациите, нормативните документи, с които се работи, получават се знания за здравното законодателство, профилактичните и превантивни дейности, включени в специалността. Крайната цел на обучението е да се придобие специфична съвкупност от знания, умения и стил на поведение, която създава възможности за извършване на качествена, ефективна и ефикасна дейност в първичната медицинска помощ. Налага се необходимостта от допълване знанията на ОПЛ относно нормативната уредба и експертизата на трудоспособността. Експертизата на трудоспособността е една от най-проблематичните области на медицината, с икономически, социални и обществени последици. Това е област, в която често се срещат конфликтни мнения. ОПЛ са специалистите, които имат ангажимента да представят пациентите от своята листа пред ТЕЛК, когато се прави оценка на процента загубена работоспособност поради професионална болест или трудова злополука, се налагат консултации със специалисти по Трудова медицина. Изясняването на конкретните обстоятелства по отношение на факторите на работния процес, работната среда и оценката на риска на всяко конкретно работно място противопоставят мненията на работодателите, представлявани от СТМ и

работниците, представени от ОПЛ. С въвеждането на Кодекса за социално осигуряване през 2000 г. драстично се увеличават молбите за освидетелстване от ТЕЛК, с пик през 2004 г. като причините за това са до голяма степен икономически. Пенсиите за инвалидност често надвишават тези за прослужено време, няма възрастово ограничение за определянето на такава, т.е. експертиза се прави и на лица в биологически неактивна възраст. Голям проблем е, че експертизата не отчита спецификата на работното място, а степента на намалена работоспособност се прави спрямо здравия човек. Редица помощи и данъчни облекчения са допълнителен стимул за установяване на процент трайно намалена работоспособност. Начинът на изчислението ѝ е друг сериозен проблем. Всички горепосочени проблеми са свързани с дейността на ОПЛ пряко, поради необходимостта, всички изискуеми изследвания и консултации при представяне пред ТЕЛК да бъдат организирани и заплатени: или от НЗОК, чрез личните лекари, при което последните изразходват значителна част от месечния си лимит направления, за вече неведнъж уточнявани проблеми, или отново от НЗОК за хоспитализации, отново със същата цел[62]. Често се стига до конфликти с пациентите, защото се налага самите пациенти да заплатят всичко необходимо за ТЕЛК, поради недостиг на медицински направления. В системата на НЗОК обаче не е заделен допълнителен лимит направления за предствяване пред ТЕЛК. Нарастването броя на явяващите се на ТЕЛК води до многократно нарастване на разходите за тази дейност. Анализът на проблемите, свързани с експертизата на трудоспособността, отчетени от ТЕЛК и НЕЛК налагат такива, вкл. в нормативната база, която регулира тази дейност, регламентиране на финансирането на експертните структури, както и на задълженията на НЗОК по отношение на изследванията и консултациите, с допълнителен бюджет.

1.3.2. Здравословни и безопасни условия на труд на ОПЛ

Медицинският труд е предимно умствен и е свързан с високо ниво на нервно-психическо и нервно-емоционално напрежение, поради отговорността, която лекарите носят за живота и здравето на пациентите, поради необходимостта от поставянето на бърза и точна диагноза и предприемането на адекватни по вид, обем и време действия. Сменният режим на труд, работата с хора – пациенти и колеги, налагат изисквания за устойчивост на психиката и повишено внимание. Стресът във всекидневието на лекаря е значителен и води до психо-соматични оплаквания от най-различен характер[65,140]. Лекарят се нуждае от непрекъсната и продължаваща квалификация, за да е в крак със съвременните достижения на науката и практиката. Същевременно административните изисквания и тежест са значителни, те са свързани и с финансови и юридически последици, поради което налагат особено внимание и отнемат значителна част от времето, и то не само от работното, а и от това отредено за почивка и необходима, задължителна квалификация и актуализация на знанията. Трудът на ОПЛ включва не само диагностично-лечебни, но и мениджърски дейности, поради регистрацията му по Търговския закон. Неговото време е ангажирано и с организационни, счетоводни, финансово-отчетни дейности, които не са маловажни, защото при налични отклонения

от предписанията, той бива санкциониран, като за изрядността на дейността му следят множество институции.

Трудовият процес на ОПЛ е неразривно свързана с воденето на документация и работата с компютър, като голяма част от работния ден преминава в принудителна седяща поза, макар и най-често при спазени ергономични изисквания към работното оборудване. Това безспорно натоварва зрителния анализатор и оплакванията от главоболие, влошаване на зрението, офталмия и др. са чести. Преглеждайки пациентите си лекарят обичайно е в правостоящо положение, като се налага привеждане до нивото на пациента. Тези физиологични фактори определят статично натоварване на мускулно-скелетната система, с оплаквания от болки, схващания, засягащи паравертебралната мускулатура, ранни дегенеративни промени на гръбначните прешлени в шийната и торакална област, low-back-pain, проблеми с циркулацията на кръвта, долните крайници и разширени вени.

В практиката си днес, ОПЛ осъществява първия контакт със заболели хора, с най-различна етиология на здравните проблеми, когато се касае за инфекциозни заболявания, съответно и риска за неговото здраве е много високо, особено в случаите на епидемична обстановка с причинители на въздушно-капкови инфекции. Когато извършва манипулации, свързани с риск от контакт с телесни течности, ОПЛ е подложен на риск от заразяване с кръвно-трансмисивни заболявания.

Прекият телесен контакт предполага риск от кожни и паразитарни инфекции.

Предписанията относно използването на миесици и дезинфекциращи препарати, дори когато се спазват, са свързани с риск от дразнене на кожата и развитие на дерматити, екземи и др. Спазването на правилата за безопасност при работа е задължителен елемент от всекидневната дейност на ОПЛ за опазване на здравето му.

Съгласно нормативните изисквания всеки ОПЛ трябва да има самостоятелен кабинет в рамките на работното си време, който да отговаря на санитарно-хигиенните норми, определени със заповед на министъра на здравеопазването. Необходимо е да са създадени условия и удобства за оказване на обща медицинска помощ на пациентите, съобразени с изискванията за охрана на труда и безопасност на персонала. Стандартите от I-ва група определят необходимата материална база и устройството за адекватното функциониране на практиката, като те са съобразени с изискванията за безопасност и ергономия на труда. Съгласно ЗЗБУТ се провежда обучение на персонала относно здравословните и безопасните условия на труд, а така също и за рисковете от инфекции, работа с психично болни и др., и това се документира, наложени са специални изисквания за унищожаването на биологични отпадъци. Всяка практика се обслужва от СТМ като ЕТ или ООД, което поставя СТМ в неблагоприятна позиция в очите на ОПЛ, които ги разглеждат като финансово бреме, т.е като задължителни работодатели на СТМ, а не като партньори и консултанти.

Практиките за първична медицинска помощ си сътрудничат и с други лечебни заведения и обществени организации от областта на здравните и социалните грижи, за осигуряване по-добри здравни грижи на пациентите. ОПЛ следва да са запознати и да предоставят информация на пациентите си относно предлагането на разнообразни социални и допълнителни здравни услуги и съответните процедури за сътрудничество.

Документацията, изпращана до други изпълнители на медицинска помощ следва да съдържа достатъчно информация, за да гарантира на пациентите получаването на оптимални грижи.

Ангажимента със здравната промоция и профилактика на заболяванията е също определена като неизменна част от дейността на практиките за първична медицинска помощ и се изразява в участие или сътрудничество в изпълнението на обществени програми за здравна промоция и профилактика, чрез насърчаване на пациентите за участие в тези от тях, които личния лекар смята за подходящи – за ограничаване на тютюнопушенето, на консумацията на алкохол и в такива за здравна профилактика – различни скринингови програми за ранно откриване на заболявания. Практиката диспансеризира болните с хронични заболявания в съответствие с Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията. Строги са изискванията към воденето на медицинските записи и досиета за извършените диагностични дейности, лечението и неговите резултати, развитието на заболяванията и здравните проблеми и оценката на здравословното състояние на пациентите, както и за проведените профилактични прегледи[167-170].

Днес, организацията на почти всеки всеки кабинет и практика на ОПЛ е съобразен с най-съвременните достижения на трудовата медицина като изисквания за ергономия, безопасност и режим на труд, въпреки това обаче са налице и множество проблеми, резултат от неразбирането и недооценяването от страна на ОПЛ на важността на превантивните подходи, наложени нормативно и реализирани с помощта на СТМ, отнесени към дейностите на ОПЛ. Финансирането на тези дейности поставя ОПЛ в ролята на мениджър и работодател, компетенции които не са застъпени в курса на обучение по медицина и бегло разгледани в рамките на специализацията. Необходимо е създаването на нов мироглед на ОПЛ по отношение на превенцията, защото тя е бъдещето на медицината, т.е. позицията на wellness консултанти следва да се възприеме напълно сериозно и отговорно, а ролята на СТМ и взаимовръзките между ОПЛ и СТМ следва да са на друго ниво, взаимопомощ, обучение, споделяне на добри практики, това са само част от нещата, които следва да променят статуквото, в името на общата цел на цялата система на здравеопазване – здрава и работоспособна нация, като съществена част от нея се явява и медицинското съсловие.

1.4. Проучвания на заболяемостта на работещото население

През последните години редица проучвания показват възходяща тенденция в амбулаторната заболяемост на населението. Установените показатели на заболяемостта по обращаемост за страната нараства, при това главно за възрастното население. Редица фактори оказват влияние върху негативните промени на здравния статус като водещи са променящите се социално-икономически условия, здравният мениджмънт и настоящата организация на амбулаторната и болничната медицинска помощ, и ефективността на профилактичните програми. Във връзка с променените показатели на здравето и демографското състояние при работещите и промените в нормативната база по трудова медицина се оказва от една страна, че отсъстват връзки

между извънболничната медицинска помощ и профилактичната система на трудовата медицина, и от друга данните за здравето на работещите, изразени чрез обобщаващите характеристики на временната нетрудоспособност показват възходяща неблагоприятна тенденция в редица икономически дейности. Пример е проследената в официалната статистика динамика на основните показатели на заболяемостта с временна нетрудоспособност в периода 2000-2010 г. – табл. 1, 2. Динамиката в развитието на основните показатели на най – масовата заболяемост сред работещите, тази с временна нетрудоспособност за работната сила в страната е възходяща и с неблагоприятна прогноза. Правят впечатление за периода 2000-2010 високите показатели, както на честотата на случаите, така и на трудозагубите, което има и сериозно икономическо измерение и нанася големи икономически, социални и медицински щети на обществото. Средногодишно за 11-годишния период честотата на случаите от 104.1 и честотата на дните с временна нетрудоспособност от 1038.66 на 100 осигурени работещи в страната се намират във високата ориентировъчно-нормативна група на Баткис - Лекарев – табл. 2, като водещи са тези основни показатели при наетите жени в страната съответно 108.2 честота на случаите и 1097.4 честота на трудозагубите за проучения период (табл.2) [62].

Данните от Доклад за здравето на нацията през 21 в. относно заболяемостта на населението разкриват липсваща съществена динамика по отношение честотата и структурата на заболяемостта на населението [36]. Данните за 2001 и 2002 г. са получени чрез екстраполация, което поражда неточности. На 5 класа болести се дължат около 72-75% от всички регистрирани случаи на заболявания в страната: болестите на дихателната ситема, болестите на нервната система и сетивните органи, болестите на органите на кръвообращението, травмите и отравянията и болестите на кожата и подкожната тъкан. Значително нарастват болестите на органите на кръвообращението, по-слабо е нарастването на новообразованията и травмите и отравянията, при останалите групи е налице стабилизация или леко намаление на броя на болелите. Нарстват и болестите на ендокринните жлези (III клас) и пикочо-половата система (X) по МКБ – 9 (приложение 3). Артериалната хипертония е най-честото сърдечно – съдово заболяване, което обхваща над 30 % от населението в световен мащаб, като за нашата страна този процент е за активното население на страната на възраст между 25-65 г. 40,1% - повече от 1/3 от населението на страната. Този процент нараства чувствително с възрастта, като превалят мъжете в групата на активната възраст. Хипертоничната болест се диагностицира често случайно, при профилактични прегледи, по повод на главоболие, световъртеж, шум в ушите, или се манифестира с хипертонична криза. Поради тези причини общопрактикуващите лекари често са първите, които диагностицират, лекуват и проследяват хода на това хронично заболяване, лечението на което е съществено за предотвратяване на усложненията, които причинява: развитие на исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест, сърдечна недостатъчност и периферна съдова недостатъчност, причини за преждевременно пенсиониране по болест, намалена работоспособност, чести и продължителни отпуски по болест. Адекватния контрол на артериалната хипертония води до съществено намаляване на тежките органни поражения и представлява основна цел в превенцията на социално-

значимите заболявания. Амбулаторната заболеваемост от хипертонична болест, в частност от есенциална хипертония има голямо значение за оценка ефективността на въведените здравни програми за тяхното ранно разкриване, превенция и лечение, основна роля за което е отредена на ОПЛ.

През 2000 г. се реализира промяна в първичната регистрационна документация и начина на отчитане на регистрираната заболеваемост по обръщаемост, практически не се публикуват данни за нея, въпреки че месечните отчети към НЗОК на ОПЛ и Специализираната извънболнична помощ са адекватен източник на такава информация. Анализи и публикувани данни относно заболеваемостта в този период са направени за отделни нозологични единици, с което се затруднява оценката на динамиката най-вече на социално-значимите заболявания през тези години. Понастоящем официалната статистика проследява заразните, психичните, предаваните по полов път, злокачествените, водещите до временна и трайна неработоспособност заболявания, туберкулозата и хоспитализираната заболеваемост[47-49]. Една значителна част от ОПЛ не внася задължителните, съгласно Закона за статистиката, годишни отчети към РЗИ. Причините са най-вече в тяхната документална претовареност. През 2012 г. официалното мнение на ОПЛ, изразено чрез Национално Сдружение на ОПЛ в България е, че тази дейност трябва да отпадне като се автоматизира и обобщава от подадените електронни отчети към НЗОК. В писмо от 25.01.2013 г. до Министъра на здравеопазването са дадени конкретни предложения по този въпрос[46].

Анализ на амбулаторната заболеваемост в гр. София през 2012 г. по обобщени данни от отчетна форма №365, Приложения 5 и 6 по класове и нозологични единици, от СРЗИ, показва честота на заболяванията на 1000 жители[54]. Честотата на регистрираните заболявания през 2012 г. е 2189,21‰, при 2160‰ за 2011 г. Увеличение на стойностите спрямо предходната година има при децата от 0-17 г. – от 1928,8‰ през 2011 г. на 2170‰ през следващата година. При децата в периода 2010-2012 се установява плавно нарастване на заболеваемостта, също както и на общата за населението. Абсолютният брой, относителният дял и честота на новообразуванията и за двете наблюдавани възрастови групи се увеличават. Темпът на растеж е различен при децата и възрастните, като това дава отражение и в общия показател: за лицата над 18г. от 70,6‰ на 79,3‰, а при децата – от 11,23‰ на 13,91‰. Увеличен е дела на злокачествените новообразувания от всички регистрирани новообразувания (общ, при деца и възрастни) – 39,6%, 5,45% и 40,67%(през 2011 г. са били 38,4%, 5,36% и 39,36%). Болестите на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм са увеличени спрямо 2011 г. както общо за София, така и за отделните възрастови групи – от 17,7‰ на 18,9‰. Значително е нарастването на показателя при децата от 9,6‰ на 13,7‰, докато при възрастните е незначително от 19,2‰ на 19,8‰. Желязо-недоимъчните анемии заемат повече от половината болести на кръвта и кръвотворните органи – 53,8% при 46,5% през 2011 г. Абсолютният брой и честота на тези анемии са по-високи спрямо предходната година: общо за София – от 8,2‰ на 10‰, при лицата

над 18 г. възраст – от 8,7‰ на 10,3‰ и при децата – от 5,6‰ на 9,4‰. Динамиката при апластичните анемии спрямо 2011 са минимални, от 0,1 до 0,6 пункта. 90% от желязо-недоимъчните анемии са свързани с храненето. Абсолютният брой, честота и относителните дялове на регистрираните болести на дихателната система са по-ниски, спрямо предходната година: общо за София 320‰ и 14,8% на 300,3‰ и 13,7%, за децата от 864,8‰ и 44,8% на 825,4‰ и 36%, а за лицата над 18 г. – от 226,0‰ и 10,3% на 207,6‰ и 9,6%. При децата честотата е 4,2 пъти по-висока спрямо същата при възрастните, което е характерно за тази възрастова група. Острите инфекции на горните дихателни пътища, заедно с острия бронхит и бронхиолит представляват 76,2% от болестите на дихателната система при децата (при 70,6% през 2011 г.) и 59,2% при възрастните (при 54% през 2011 г.). При пневмониите има незначително намаляване на относителните дялове (общия и при децата) в рамките до 0,2%, докато при възрастните няма промяна. При случаите с вазомоторен и алергичен ринит има увеличение на всички показатели и в двете възрастови групи до 2,2 пункта – от 25,7‰ на 27,5‰ при децата и от 8,8‰ на 9,2‰ при възрастните. При децата показателите на тези две заболявания са повече от 3 пъти по-високи спрямо същите при възрастните. При хроничния бронхит няма съществени промени в показателите за София и при възрастните, като разликата е от 0,1 пункт. При децата ръстът в честотата също е под 0,5‰ – от 4,3‰ на 4,7‰. През настоящата година при децата този показател е 1,6 пъти по-нисък спрямо възрастните (при 7 пъти разлика през 2010 г.). Честотата на астмата общо за София, при децата и възрастните е увеличена съответно от 11,4‰ на 14,3‰ от 38,2‰ на 46,2‰ и от 6,8‰ на 8,7‰. Аналогична е ситуацията и по отношение на относителния дял на астмата в рамките на болестите на дихателната система. При децата промените в показателите са по-големи в сравнение с възрастните. Запазва се съотношението между честотите на астмата при двете възрасти – над 5 пъти повече при децата през последната година.

Абсолютният брой, честотата и относителният дял на регистрираните болести на кожата и подкожната тъкан за София и за двете възрастови групи са увеличени. Нарастването е общо за София от 98,1‰ на 108,2‰, при децата – от 136,5‰ на 146,7‰ и при лицата над 18 г. – от 91,4‰ на 100,8‰. Нарастването на относителните дялове е незначително – до 0,50%. Дерматитът и екземата заемат 53,7% при децата и 44,9% при възрастните от болестите на кожата (през 2011 г. са били съответно 44% и 40%). Абсолютният брой, честотата и относителният дял на тези заболявания спрямо предходните две години са увеличени, като при децата това е по-изразено и се очертава като тенденция (приложение 4).

При определяне на водещите причини за заболяемост и смърт в България, определящи възловите терапевтични проблеми пред ОПЛ и медицината като цяло, както и нейната ефективност, в частност в гр. София, по данни на Националния Статистически Институт, водещи са групите по МКБ -10 на: сърдечно-съдовите

заболявания и мозъчно-съдовите заболявания, обединени в клас IX под наименованието „Болести на органите на кръвообращението“; „Новообразувания“ – клас II по МКБ; „Болести на дихателната система“ – клас X по МКБ – 10[44,164]. Те се явяват социално-значими заболявания, определящи негативните демографски показатели за страната. Изяснихме водещите причини по пол за смърт в гр. София за периода 2009 – 2011 г. (приложение 22,23). Болестите на органите на кръвообращението са 3-4 пъти по-честа причина за фатален край, спрямо злокачествените новообразувания и 12-14 пъти спрямо болестите на дихателната система. Веднага прави впечатление, че е налице известна тенденция за намаляване на болестите на органите на кръвообращението, довели до фатален изход, особено при мъжете, като най-съществена е редуцията по отношение исхемичната болест на сърцето при сравнение между 2009 и 2011 г. Мозъчносъдовите болести с летален край са със сходни стойности за 2009 и 2011 г. за жените и със сигнификантно намаление при мъжете, като такова се наблюдава и при двете групи през 2010 г. На второ място като причина за летален изход след клас IX – Болести на органите на кръвообращението се нареждат Новообразуванията – клас II, според МКБ – 10 /ш. 011/C00-D48 и по-конкретно злокачествените новообразувания – ш. 012, C00-C97, които се увеличават като общ брой, отчетени от извънболничните здравни заведения. Болести на дихателната система, клас X – МКБ – 10/ш. 119/ J00-J99 са третата причина за смъртност за населението на гр. София и за страната в по-общ смисъл.

Във връзка с участието на ОПЛ в трудоустрояването и експертизата на работоспособността, и в сравнителен план по отношение на анкетните данни, беше разгледана и заболяемостта с трайна нетрабоспособност.

По отношение на трайната неработоспособност за населението над 16 г., общия брой на инвалидизираните лица, преосвидетелствани и освидетелствани се променя през наблюдавания период от 176947 през 2001, покачва се значително в следващите години до максималния брой от 241671 през 2004 и плавно намалява достигайки до 181518 през 2011 г., като 40554 са с над 90% загуба на работоспособност, което съставлява $\frac{1}{4}$ от всички регистрирани. За столицата честотата на инвалидизация на 1000 души население се движи в средните нива, с изключение на 2004 г. когато достига стойност от 30,4 и отстъпва по този показател за страната единствено на гр. Силистра, която е с 42 на 1000 инвалидизирани лица. Основните причини за първична пожизнена инвалидизация за 2011 г. са болестите около, болестите на органите на кръвообращението, болестите на костно-мускулната система, травмите, болестите на нервната система, новообразуванията[33-38]. От казаното до тук, може да се заключи, че средно всеки общопрактикуващ лекар обслужва над 42 пациенти с група инвалидност и че около 10 от тях са с над 90% загубена работоспособност, с всички произтичащи от това последствия. Някои групи заболявания осигуряват защита на работещите при съкращения и уволнения, според чл. 333, ал. 1 от Кодекса на труда. Това се следните групи болести, съгласно Наредба 5 от 20.02.1987 г.: ИБС (исхемична болест на сърцето), активна форма на туберкулоза, онкологично заболяване, професионално заболяване,

психично заболяване, захарна болест. Последната промяна в нормативния документ разшири този списък. В тези случаи, също както и при служители с ТЕЛК/ НЕЛК, за провеждане на съответната структурна реформа е необходимо оценка на състоянието на работещия от ТЕЛК, давано в седемдневен срок след представяне на всички изискуеми документи. След това цялата документация и отговора на ТЕЛК се изпращат в Инспекцията по труда и след нейното решение, може да се предприеме желаната промяна в числения състав на предприятието. В случай, че такава информация е укрита, то работодателят е свободен да предприеме каквото желае. При анализиране на тенденциите в експертизата на работоспособността следва да се вземат под внимание тези фактори, които не винаги са отражение на обективната реалност, а са резултат от целенасочено търсене на социална защита, чрез верифициране на здравословен проблем.

За заболяемостта на населението като цяло може да се съди по хоспитализираната заболяемост, която се проследява статистически и се отчита ежегодно от всички болнични заведения. Хоспитализираната заболяемост за лицата от 18-64 г. е най-висока през 2009 г. от наблюдавания период и най-ниска през 2010 г. Водещи причини за хоспитализацията на лицата в трудоспособна възраст са Бременност, раждане и послеродов период, следвани от Болести на органите на кръвообращението, за всички проследени години, на трето място се нареждат Болести на пикочо-половата система[47-49]. Отчита се тенденция за намаляване на хоспитализациите по повод сърдечно-съдови заболявания, вероятно резултат от съвременното лечение, новите класове медикаменти и профилактичните програми (приложение 21).

В проучване на демографските тенденции в гр. София, датиращо от предходното десетилетие, разгледани за сравнение, се установяват следните данни за населението от гр. София, което съставлява 1/6 от цялата популация на България. Относителният дял на всеки клас болести като причина за смърт в периода 1989-199 г. ги поставя в следната последователност: 1. Болести на органите на кръвообращението; 2. Новообразувания; 3. Симптоми, признаци и недобре определени заболявания; 4. Злополуки, травми и отравяния; 5. Болести на дихателната система; 6. Болести на храносмилателната система; 7. Болести на ендокринните жлези; 8. Болести на пикочо-половата система; 9. Инфекциозни болести; 10. Болести на нервната система; 11. Вродени аномалии; 12. Някои причини за перинатални заболявания; 13. Болести на кръвта и кръвотворните органи; 14. Психични смущения и разстройства; 15. Болести на костно-мускулната система; 16. Болести на кожата и подкожната тъкан; 17. Усложнения на бременността.

Отчетени са негативни тенденции, особено влошени в периода 1997 -1998 г.: по отношение общата заболяемост при децата, туберкулозата, новообразуванията, ендокринните заболявания, вкл. на щитовидната жлеза и захарния диабет, болестите на кръвта и кръвотворните органи, психичните заболявания. Много бърза е динамиката на болестите на кръвообращението, особено на хипертоничната болест, с пик на острия миокарден инфаркт през 1997 г. и на мозъчно-съдовата болест през 1998 г.

Хипертоничната болест през периода 1997-1998 г. нараства значително, както при възрастните, така и при децата. Сравнена със заболяемостта на цялото население, тази на гр. София има паралелен ход, като по правило е по-ниска. Очертават се зони с най-ниска и най-висока заболяемост, като те са различни за детското и възрастното население. При децата в кварталите „Красно село”, „Лозенец”, „Слатина”, „Младост”, „Красна поляна” тя е най-ниска, а в „Искър”, „Възраждане”, „Илинден”, „Нови Искър”, „Връбница”, „Сердика”, „Оборище”, „Изгрев” е най-висока. При възрастните териториалното разпределение на заболяемостта е следното: най-ниска в общините: „Студентска”, „Красна поляна”, „Красно село”, „Изгрев”, „Оборище”, „Лозенец”, „Слатина”, „Подуяне”, „Младост”, най-висока в „Сердика”, „Възраждане”, „Средец”, „Нови Искър”, „Връбница”. Водеща е заболяемостта от болести на дихателната система както сред децата, така и сред възрастните, с изключително високи стойности. Налице е нарастване на заболяемостта от астма при децата, с особено стръмен ход в периода 1996-1997 г. В заключение от това проучване се налага необходимостта от изграждане на здравна стратегия за подобряване здравословното състояние на живеещите в столицата[58]. По отношение на детската заболяемост на територията на гр. София в периода 1990-1999 г. са налице следните данни за средните стойности на заболяемостта за 10-годишния период по МКБ -9: водещата патология е на дихателната система – 1774,8 на 1000, следвана от болестите на нервната система и сетивните органи – 205,8 на 1000, болестите на кожата и подкожната тъкан – 150 на 1000, инфекциозните болести и паразитози – 125,3 на 1000, травмите и отравянията – 92,8 на 1000, болестите на храносмилателната система – 65,10 на 1000, симптоми, признаци и недобре определени състояния – 39,30 на 1000, болести на пикочо-половата система – 27,60 на 1000, болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан – 14,10 на 1000, психични разстройства – 8,7 на 1000, болести на органите на кръвообращението – 8,50 на 1000, болести на ендокринните жлези, храненето, на обмяната и разстройствата на имунитета – 6,20 на 1000, новообразувания – 2,00 на 1000, вродени аномалии – 1,00 на 1000, болести на кръвта и кръвотворните органи – 0,90 на 1000, усложнения на бременността, раждането и следродовия период – 0,10 на 1000. Заключението на този анализ е, че са налице неблагоприятни тенденции в здравната характеристика на детското население на гр. София[59].

В редица документи се подчертава липсата на данни за амбулаторната заболяемост в периода след 2000 г.[36-38] По отношение на някои нозологични единици такава информация се получава индиректно в хода на други проучвания. Съществено е за амбулаторната заболяемост да се има предвид започналата през месец април на 2009 г. и продължаваща епидемия от морбили. 2009 г. е маркирана и от грипната пандемия, причинена от нов грипен вирус А(Н1N1), която се отразява с рязко увеличената заболяемост от ОКГДП в страната като цяло. През същата година е налице и грипна епидемия, особено чувствително повишаваща заболяемостта през месец ноември.

Заболяемостта от активна туберкулоза в последните години бележи тенденция към намаляване.

Нивото на отразени официално трудови злополуки е сред най-главните показатели за дейностите по здраве и безопасност на работното място. Общият брой на ТЗ за 2009 г. по Териоториални подразделения на НОИ е най-висок в София – град. С влизането в сила на Наредба 3 от 2008г. за СТМ, въпреки че промоцията на здраве и безопасност на работното място е най-ефективния метод за опазване здравето на работещите, регистрираните служби се редуцират с около 50%. Тяхното разпределение за страната е адекватно на обслужваното население, като в Югозападен район е дори удвоен. Тревожни са данните за нарастване на трудозагубите вследствие на психични заболявания, като е изчислено, че лечението на депресията е значително по-рентабилно от загубата на работоспособност, за целия ЕС икономическите разходи за тази група заболявания се изчисляват на 3-4% от брутния вътрешен продукт на страна като Австрия. Тези данни насочват вниманието на всички специалисти към проблемите, свързани със стреса на работното място, необходимостта от спазване на режимите на работа и отчитане ранните маркери на преумора[35].

Четири национални проучвания на НЦООЗ за храненето и хранителния статус на населението в България са тревожни, тяхната цел е идентифициране и контрол на рисковите за ССЗ фактори. Хроничните неинфекциозни заболявания са значим и нерешен проблем. В структурата на факторите на риска за смъртност, поведенческите фактори – нездравословно хранене, тютюнопушене, намалена физическа активност, злоупотреба с алкохол и др. заемат водеща роля[45].

По данни от Европейско здравно интервю – 2008 г. е установено, че 22,6% от анкетираните са декларирали, че са хипертоници, като 19,7% са мъже, а 25,3% жени. Диабетици са 4,2%, 3,4% от мъжете и 5,0% от жените, с наднормено тегло са били 39,1%, 46,3% мъже, 32,7% жени. От рисковите фактори значение имат тютюнопушенето – 29,2% са били пушачите, 40,4% от мъжете и 18,9% от жените. Изненадващи са и данните за физическата активност, докладвана от 52,2%, 60,5 от мъжете и 44,7% от жените декларирали силно или умерено физическо натоварване поне 30 мин. дневно. Самооценката на здравето показва, че максимален брой от участниците определят здравното си състояние като добро или много добро в петстепенна скала. Профилактичните дейности, показват, че контролното измерване на артериалното налягане е практика на 80,7% от анкетираните лица, както и измерването на гликемията – 54% и изследване на холестерола – 45,1%. Профилактични мамографии са осъществили 29,7% от запитаните жени и цитонамазка – 50,3%[42].

Изследване на здравното състояние на населението в България от м. март на 2001 г. обхваща представителна извадка от 10000 лица и сравнява резултатите от проучване проведено през 1996 г. сред 17523 лица. Констатира се влошаване на здравното състояние за четири годишния период, като мъжете с влошено здраве през 2001 г. са 35,9% от анкетираните, при 27,85 през 1996 г. При жените субективна оценка за влошено здраве дават 44,4%, спрямо 38,8 през 1996 г. Делът на децата и младите хора с влошено здраве се удвоява. 55,5% от лицата над 15 г. възраст определят здравното си състояние като добро и много добро. Болестността от хронични заболявания намалява,

обаче нивото остава високо. Относителният дял на хипертониците остава висок – 21,3%, засяга 18,3% от мъжете и 24,4% от жените, а при вземане в предвид на скритата заболяемост от 3,1%, то става ясно че всяко четвърто лице е с повишени стойности на артериалното налягане. Най-засегнати са лицата във възрастовата група 45-64 г. – 44,2%. По отношение на миокардния инфаркт мъжете са два пъти по-засегнати от жените, като 2,3% от анкетираните мъже са прекарвали ОМИ, докато при жените този процент е 1,2%. Отново най-засегнати са 45-64 годишните – 41,6% от декларираните коронарен инцидент. Засегнати от мозъчен инсулт са 2,7% от запитаните през 2001 г., спрямо 2,0% през 1996 г., което показва известно незначително нарастване, една трета от засегнатите са във възрастовата група 45-64 г, от анкетираните мъже това са 3,1%, а от жените – 2,2%. Състояния на продължително безпокойство и депресия се наблюдават при 10,1% от анкетираните жени и при 6,2% от мъжете, най-засегнатите групи са 45-64 г. – 40,7% и 25-44 г. – 26,6%. През месеца, предхождащ интервюто от 2001 г., 30,2% от анкетираните лица са се обърнали към личен лекар. Относителният дял на хората с физически ограничения нараства от 17,7% през 1996 г. на 20,0% през 2001 г. Засегнатите жени са 22,9%, а мъжете – 17,2%. Лицата във възрастовата група 25-44 г. са в 58,5% пушачи. Делът на мъжете с наднормено тегло е намалял от 38,5% през 1996 г. на 32% през 2001 г., като за гранична стойност е приет ВМИ 27 кг/м². При жените също е налице намаление от 39,5% на 30% през 2001 г. Най-голям е броят на засегнатите от наднормено тегло лица във възрастовата група 45-64 г – 41%, а най-малък при 18-24 г. – 8%. Относителният дял на хората с ниска физическа активност нараства от 34,6% през 1996 г. на 40,1% през 2001 г., като по-засегнати са мъжете. Само на 15% от анкетираните през 1996 г. е била предложена някаква форма на здравна профилактика, през 2001 г. на 16%. Най-често прилаганите мерки са: ваксинация против тетанус, контрол на телесното тегло, ваксинация против грип, други ваксинации, измерване на вътреочното налягане. На една трета от населението на възраст над 7 г. никога не е било измервано артериалното налягане. Само 12% от жените са провели профилактичен преглед на гърди през последните 2 години, 35% са преминали на гинекологичен преглед, при 27% някога е правена цитонамазка, а при 14% е направена мамография[45].

По отношение на състоянието на детското здраве данните не са изчерпателни, имат ориентировъчен характер и дават информация за моментната болестност при учениците. През 2009 г. профилактичен преглед е проведен на 189916 деца – 90,9%, от общо 208850 деца в доучилищна възраст, посещаващи детско заведение и 578442 ученици – 82,5% от общо 700830 ученика, с 1,9% повече от 2008 г. Затлъстяването и болестите на окото са водещи, при благоприятна низходяща тенденция, спрямо предходната 2008 г., което се отдава на промяна в нормативната уредба за здравословно хранене. Нивата на очните заболявания са стационарни. Данните са от профилактичните прегледи на учениците от първи, седми и десети клас. За диспансеризация са 3 543(1,9%) деца от посещаващите детско заведение и 15 749

(2,8%) от учениците, основните етиологични причини са болести на дихателната система с алергична етиология, епилепсия, намалено зрение и слепота и с инсулинозависим диабет[169].

1.4.1. Извънболнична помощ и трудовомедицинско обслужване на работещото население

Извънболничната медицинска помощ се осъществява от лечебни заведения за първична помощ – индивидуални и групови практики за медицинска и стоматологична помощ и лечебни заведения за специализирана помощ – индивидуални и групови практики за специализирана медицинска и стоматологична помощ, медицински център, стоматологичен център, медико-стоматологичен център, диагностично-консултативен център, самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории. По данни от Годишен отчет за здравето на нацията през 21 в., общия брой на ОПЛ нараства от 5146 през 2000 г., със среден брой на обслужваното население – 1395 на 5330 през 2003 г., със среден брой на обслужваното население – 1472[36]. Нивото на регистрация на населението при ОПЛ нараства и през 2003 г. е 97,39%, спрямо статистическия брой на населението на страната. Запазена е тенденцията за концентрация на практиките в големите населени места и отсъствие на обслужване в неблагоприятни райони. Средният брой регистрирани лица на 1 ОПЛ в района на Столична здравноосигурителна каса е под 1300 и е най-нисък за страната. Променя се дела на финансиране на база брой регистрирани здравноосигурени лица и през 2002 г. 40% от общите плащания са за дейност. Според данни на НСИ, ОПЛ в София – град в края на 2013 г. са 855, на един лекар без значение от специалността се падат 209 човека.

Основни приоритети на политиката в областта на здравеопазването са дейностите в извънболничната медицинска помощ. Отдава се предимство на лечебните дейности в сравнение с дейностите по здравна промоция и превенция на болестите, като е налице недостатъчна координация между първичната, специализираната извънболнична помощ, спешната и болничната помощ[30].

По данни на Европейско здравно интервю – 2008 г., 59,4% от анкетираните са се консултирали с ОПЛ преди по-малко от 12 месеца, а никога – 3,4%. Това насочва вниманието към изключително важното място на ОПЛ при реализиране на профилактичните програми, както и дефинира неговата лимитираност от наличието или липсата на проактивност от страна на пациента. Все пак, факта, че от интервюираните 45,1% са изследвали холестерола, 54% кръвната си захар, показва, че макар и бавно, здравната култура и отговорност за личното здраве на отделния индивид нарастват, и все повече превантивната медицина ще става водеща в практиката особено на работещите в извънболничната помощ медицина[42].

Финансирането на дейностите в здравеопазването е до голяма степен определящо за обема на реализираните дейности, като това особено силно важи за профилактичните програми, заложи като основни в практиката на ОПЛ. Сравнявайки финансирането

на болничната и извънболничната медицинска помощ се установява, че бюджета, предвиждан за извънболничната помощ е между 5,67 и 7,21 пъти по-малък от този за болничната помощ, като има тенденция за сигнификантно нарастване в последните години, породено от анализа на разходите от предходната година и показва, че ролята на ОПЛ и СИМП на филтър към болничното лечение, което е по-скъпо, не е ефективна[33-38]. Въпреки че и за двата вида дейности нараства финансирането, абсолютните стойности за болничната помощ са много по-големи от тези за извънболничната помощ. На практика, поради финансовите лимити в извънболничната помощ, често необходими изследвания и консултации не могат да се реализират по друг начин, освен чрез хоспитализация на пациента и доуточняването му в болнични условия. Това вместо да лимитира разходите в здравеопазването има точно обратен ефект – води до нарастването им. Наложително е преоценка на политиката за финансиране на болничната и извънболничната медицинска помощ, управленческа и държавническа гъвкавост, воля и далновидност за уточняване на тези проблеми и намирането на адекватни решения, чрез диалог между всички участници и ползвателите на медицински услуги. Дори и въвеждането на тестови практики в това направление, могат да са изключително полезни за оценка на финансовата рентабилност на планирани в широк мащаб промени.

1.5. СТМ – решени и нерешени проблеми

Условията и реда за осъществяване на дейността на службите по трудова медицина са регламентирани с Наредба № 3 от 25.01.2008 година за условията и реда за осъществяване на дейността на службите по трудова медицина (обн. ДВ, бр. 14 от 2008г.). С нея се уточняват основните дейности на службите по трудова медицина, които са регламентирани със ЗЗБУТ. Промяната в дейностите на СТМ, отменената Наредба № 14 от 1998 г. за службите по трудова медицина са съществени и това е отчетено и в Годишните доклади за здравето на нацията, като е подчертано, че е намалена медицинската същност на дейността им, което обуславя формално изпълнение на ЗЗБУТ[40,62].

Наблюдението и анализът на здравното състояние трябва да обхваща: консултиране и подпомагане на работодателя при организирането на предварителни медицински прегледи и изследвания за преценка на пригодността на работещите при постъпване на работа, при периодични медицински прегледи и изследвания за ранното откриване на изменения в организма в резултат от въздействия на работната среда и трудовия процес, като СТМ въз основа на оценката на риска и конкретните условия на труд, трябва да предложи на работодателя, списък на професиите и длъжностите, при които работещите подлежат на задължителни периодични медицински прегледи и изследвания; вида на медицинските специалисти, извършващи прегледите и необходимите изследвания; честотата на провеждане на периодичните медицински прегледи и изследвания. Друг аспект от дейността на СТМ е предоставяне на информация на медицинските

специалисти, извършващи периодичните медицински прегледи, по отношение на идентифицираните опасности и установения риск за здравето и безопасността на работещите, както и уведомяване на избрания общопрактикуващ лекар за заболяване или отклонения във физиологичните показатели на работещия, които се нуждаят от диагностично уточняване или лечение. СТМ изготвя заключение за пригодността на работещия да изпълнява даден вид работа и анализ на здравното състояние на работещите и връзката му с условията на труд във всяко от обслужваните предприятия. В резултат от това Службите по трудова медицина участват в извършването на оценката на риска за здравето и безопасността на работещите съгласно изискванията на нормативните актове за осигуряване на здраве и безопасност при работа и в съответствие с оценката на риска могат да разработват и предлагат мерки за предотвратяване, отстраняване или намаляване на установения риск. СТМ трябва да разработват препоръки за работодателя за преустройството на работното място, организацията на труда и трудовото натоварване на работещи, които се нуждаят от специална закрила. СТМ имат и дейности, свързани с обучение на работещи и длъжностни лица по правилата за опазване на здравето и безопасността при работа [88,94,128,129,138]. Като резултат на въведените промени се отчита намаляване на регистрираните трудови злополуки за десетгодишен период, същевременно все още са налице сериозни трудови злополуки, недостатъчно се менажират условията на труд, дори и в достъпната финансова рамка, силно лимитирана в условията на световна икономическа криза, като са налице чисто организационни пропуски, коти лесно и без особени инвестиции могат да доведат до реални резултати. Промоцията на здраве на работното място не е залегнала в нормативната база, поради което рядко се обсъжда, въпреки че и работодателите, и работещите биха имали ползи от въвеждането ѝ на широка основа на работното място, съобразявайки се със спецификата на всяка трудова дейност и конкретно работно място. Основен фактор за ефективността на мерките по здраве и безопасност на трудещите се пада на СТМ. Нормативните промени по отношение на тяхната дейност променя в известна степен целите им и начина на постигането им, поради сериозната комерсиализация на труда им.

С въведената нормативна промяна през 2008 г. се отчита 50% намаление на общия брой на СТМ. През 2008 г. регистрираните СТМ са 411, а специалистите със специалност „Трудова медицина“ – 197. Специалистите с 2 СТМ – са 28,9%, с 3 – 14,2%, с 4 – 8,6%, с 5 – 3,5%, с 6- 1%, със 7 – 1%, 42,6% са с една СТМ. Този факт поражда съмнения относно качеството на предоставяните услуги. Към 28.07.2011 регистрираните СТМ нарастват и са 470, а специалистите – 212. На един лекар се падат средно 12545 обслужвани лица [34,35,37]. Това поражда въпроси относно обучението по Трудова медицина и програмите за специализация поради което се осъществи сравнителен анализ на програмите за обучение по Трудова Медицина в различни страни и у нас. Развитието на Трудовата Медицина в Европа, на програмите за обучение по тази специалност и на броя на учебните заведения, в които се предлага такава, е в унисон с Глобалната стратегия на Световната Здравна Организация (СЗО) за професионално

здраве за всички. В България е налице Регистър на Службите по Трудова Медицина, позволяващ определяне на упражняващите тази професия. Специализацията по Трудова Медицина в България е законно призната и нормативно уредена, като четиригодишната програма съответства напълно на европейските, но не е призната от официалните Европейски организации. В сравнителни европейски проучвания информацията за обучението по тази специалност в България, или липсва, или е непълна. Налага се необходимостта от активно взаимодействие с ключови университети и организации по Трудова Медицина в Европа, и популяризиране на България, за постигане на целите на Глобалната европейска стратегия и реализиране на съществуващите европейски програми в България.

Възникнала в резултат на необходимостта за защита здравето и живота на работещите от вредности, свързани с работата им, Трудовата Медицина се явява едно от най-големите завоевания на човечеството. Здравето на трудоспособното население е определящо за икономическия просперитет на страната, поради което е приоритет в здравната политика по света и в България[62,97,100,106-109,114,154,162,165,166]. Развитието на Трудовата Медицина в Европа като медицина, базирана на доказателства[31], на програмите за обучение по тази специалност и на броя на учебните заведения, в които се предлага такава е в унисон с Глобалната стратегия на Световната Здравна Организация (СЗО) за професионално здраве за всички[165,166]. Наличието на обективни демографски и произтичащи от тях нормативни различия, както и на изградени структури, организации и традиции в тази област, обуславят значителни различия в продължителността на обучение, съотношението между теоретични и практически занимания, изисквания към базисното образование за започване на специализация по Трудова Медицина, както и перспективи за реализация на завършилите своето обучение в различните европейски страни. Развитието на науката, технологиите и техниката довежда до възникването на множество нови професии, с нови рискове за здравето и безопасността на работещите. Това налага разширено, по-продължително обучение по Трудова Медицина, съчетаващо теоретични познания от много области, практически умения за оценка на работната среда и процес, за оценка на риска, екологични, мениджърски, маркетингови, икономически и правни познания, за да могат завършилите и придобили специалност да работят успешно за основната цел на Трудовата Медицина – опазване здравето на работещите, при осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд. Специализацията в Европа и у нас е подчинена на тези изисквания, съществуват обаче съществени разлики в продължителността на обучение, образователното ниво за започване на такава специализация, възможностите за реализация, организацията и продължителността на практическите занятия и програмите в Европа. В сравнителните проучвания, направени от СЗО, Европейската мрежа от ерготерапевти във висшето образование(ENOTHE), Европейския съюз на медицинските специалисти, Съветът на ерготерапевти за европейските страни (COTEC) , информация за статуса на България или липсва или е непълна, което може да се обясни с липсата на информация на английски език, на

което следва да се обърне специално внимание[83,87,93,152,100,131]. У нас специализацията по Трудова Медицина е законно призната и нормативно уредена[39,62], продължителността е четиригодишна, с програма съответстваща на европейските такива и изискваща базово образование със задължителен характер – магистър по специалността «Медицина». Програмата е налична в сайта на Медицински Университет – София. Създадени са и бакалавърски и магистърски програми за немедици. В България е налице Регистър на Службите по Трудова Медицина, позволяващ точно определяне на упражняващите тази професия, като данните за специалистите със специалност по Трудова медицина са за над 200 професионалиста, между които са разпределени близо 500 СТМ. Според проучване на СОТЕС, в България има 39 лекари със специалност, разпределени на 100000 души население – 0,5, има 1 непризната програма и нито една призната от Световната Федерация на Трудовите медици – WFOT, като България е единствената страна без утвърден Етичен Кодекс. Контактите водят към Министерството на Труда и социалната политика, Министерството на Младежта и Спорта, Министерството на образованието и Науката. Глобалната Стратегия на СЗО за професионално здраве за всички подчертава необходимостта от създаване на инфраструктура, кадри, интердисциплинарни и междуинституционални връзки, както и такива с неправителствени организации, така че всеки един работещ да има достъп до Трудова Медицина. Повишеното търсене на специалисти по Трудова Медицина довежда до алтернативни, по-съкратени форми на обучение, като има практикуващи Трудова Медицина лекари, преминали съкратено обучение (варира от 3 дни до 2 години), без специалност и такива със специалност. В някои страни като Австрия, Финландия, Германия, Гърция, Италия, Холандия, Португалия, за практикуване на Трудова Медицина е задължителна тази форма на обучение. Продължаващото обучение и акредитация с полагане на изпит или разработка на дисертация, както е във Франция, Италия, Обединено Кралство Англия и част от бившите социалистически страни са друга форма на специализация. Основен проблем за въвеждането на единни критерии и програми е финансирането на това обучение. Специалността Трудова Медицина е призната нормативно почти навсякъде, изключение прави Исландия. Само в половината от страните бакалавърската степен е призната. Разработени са препоръки, с цел по-нататъшното унифициране критериите за магистърска степен на обучение. С 47,4% нарастват от 2006 г. практикуващите Трудова Медицина, като 73700 са всички. Най-много са институтите по Трудова Медицина в Германия, следвани от Обединеното Кралство, като това са и страните с най-голям брой специалисти. В Германия те са около 34000, а за Обединеното Кралство – 30964. Разпределени на 100000 души население се оказва, че Дания, Исландия и Белгия са с най-добро покритие. В проучване на СОТЕС от 2013 г. най-голям относителен дял специалисти по ТМ имат: Швеция - 100/100000, следвана от Исландия и Белгия, и едва тогава Дания с 50/100000. Новозавършилите са 10-12% от всички. В Испания, Малта и Холандия темпа на растеж на тези специалисти е най-висок. В Холандия поради промени в законодателството е налице обективна необходимост от такъв ръст, докато за

Испания това формира безработни специалисти. Огромно е разнообразието на образователните системи по трудова медицина в Европа. Продължителността на обучение варира от 3-6 години за повечето страни и с изключение на Германия това е висше образование. Друго проучване е със сходни резултати, най-къс е срока на обучение в Унгария – 1 г., в останалите страни варира от 2 до 4 г. Практическите занятия са 1800 часа за Ирландия, 1700 за Германия, 1600 за Чехия и Холандия. Един от съществените проблеми в образователната система е недостига на лектори. Необходимото ниво за преподаване варира значимо за различните страни от бакалавър до доктор. Известни са 368 програми по Трудова Медицина в Европа, а 276 от тях са одобрени от Световната Федерация на Трудовите медици – WFOT, най-голям е броя им в Германия – 139, следвана от Обединено Кралство Англия – 62, Франция – 17, Белгия – 15. Във връзка с новите опасности за здравето е необходимо и специализация в областта на психичното здраве и уменията за създаване на добър психоклимат на работното място, с което да се повиши мотивацията на работещите. Направеното проучване показва необходимостта от активност на всички нива за промоция на България сред международните организации по Трудова Медицина, като страна, със съответстващи на европейските изисквания програми за обучение по специалността, достоен и желан партньор на страните – членки на ЕС в реализацията на всички стратегически проекти. Необходимо е създаване на между- институционални връзки и предоставяне на достъпна информация на английски, което е потенциална възможност за привличане на студенти и сътрудници от други страни. В условията на икономическа криза, да се отстоява правото на здравословни и безопасни условия на труд е определящо за запазване работоспособността на населението и реализиране на икономически растеж.

Анализирайки горните данни и нормативната промяна във функциите на СТМ от 2008 г., с която напълно се премахва медицинската същност на изпълняваните от тях дейности и се определя само ролята им на консултанти на работодателите, при което финансирането на дейността им е единствено обезпечено от работодателите, се очертават множество решени и нерешени проблеми през СТМ и обществото като цяло, както и насоки за разрешаването им. Финансирането на дейности по опазване и укрепване на здравето на работещите следва да се разглежда не като икономическа загуба, а като надеждна инвестиция.

В заключение се очертават следните решени и нерешени проблеми :

Решени проблеми:

- Създаване на академичните основи на Трудовата Медицина, чрез първата Катедра“Трудова Медицина“
- Официални регистри на трудовите злополуки и професионалните заболявания.

- Утвърдена и развиваща се нормативна уредба, дефинираща задълженията и изискванията към СТМ, както и условията за тяхното функциониране.
- Наличие на официален регистър на СТМ, обновяван и наличен в сайта на Министерство на труда и социалната политика.
- СДО по Трудова медицина е хармонизирано с европейските критерии и се признава в рамките на ЕС, без приравнителни изпити.
- Умения за водене на документацията, задължителна по ЗБУТ.
- Адекватна оценка на риска на работното място.
- Въвеждане на цикъл на управление на риска в обслужваните предприятия, въпреки финансовите ограничения.
- Създаване на магистърска и бакалавърска програма по „Трудова медицина и работоспособност“, чрез която се запълва адекватно една ниша в комуникацията между СТМ и ОПЛ, както и с другите терапевтични структури в системата на здравеопазването.
- Използване на европейски финансиращи програми за реализиране на по-високи стандарти по ЗБУТ.
- Повишаване на здравната култура и изграждане на мениджърски подход по обезпечаване на ЗБУТ, чрез преподаване на Трудова медицина в програмата на специалности като ОЗЗМ, Здравни грижи и др.

Нерешени проблеми:

- Лимитирани в дейността си и зависими напълно от работодателите, което нарушава качеството на предлаганите услуги и води до формалното им изпълнение.
- В условията на икономическа криза е трудно да се изискват и постигат по-високи стандарти за безопасност при работа.
- Профилактичните изследвания припокриват тези на ОПЛ, като няма обмен, сравнимост и стандартизация на провежданите изследвания, което би редуцирало разходите за пропокриващи се дейности и би разширило възможностите за профилактични изследвания и консултации, и биха се избегнали неадекватни преценки, поставящи здравето и живота на трудещите се в риск.

- Няма продължаващо обучение, което води да загуба на медицинска квалификация.
- Липса на връзки между структурите, заети с опазване здравето на трудещите се.
- Липса на достатъчна популярност в обществото и сред медицинските кадри за ролята на Трудовата медицина и значението на нейната дейност.
- Недостатъчност на специалисти по Трудова медицина на всички нива, каквито са необходими и биха изиграли положителна роля при програми за заетост, според Глобален план за защита здравето на работещите на СЗО - 2007-2017, според който достъп и обслужване от квалифицирани СТМ следва да се осигури на всички работещи, вкл. тези в сивата икономика, мигриращите работещи, земеделци в отдалечени селища и др. групи в неравностойно положение.
- Все още не са акредитирани бакалавърската и магистърска степен по „Трудова медицина и работоспособност“.
- Броят на регистрираните СТМ е по-голям от този на магистрите по Трудова медицина, което поставя под съмнение качеството на предлаганите услуги, както и поставя въпроса за възможно опорочаване на тръжни процедури за работодатели с голям брой работещи.
- Няма достатъчна активност по европейски проекти, освен единични случаи, а средства за ЗБУТ са налични и на разположение на работодателите.
- Не са достатъчно интензивни връзките с работодатели и техните съсловни организации, както и със синдикатите, работнически съсловни организации, чрез които могат да се решат на широка основа някои съществени проблеми, свързани с планирането и развитието на човешките ресурси, екологията и планирането на работни места, създаването на стратегии за висшето и специализирано образование.
- Липса на препоръки за справяне с най-важните рискове на работното място и съответно с най-честите оплаквания и заболявания, свързани с него – мускулно-скелетните и психичните.
- Липса на конгломерирани данни от всички икономически сектори, въз основа на които да се определят нови физиологични режими на труд и почивка, с определяне на политика по заетостта като следствие.
- Наредба № 3 за задължителните предварителни и периодични прегледи е остаряла и следва да се актуализира.
- СТМ нямат достъп до здравната информация на работещи, необходима за определяне на пригодността за работа на пациентите.

- Отсъстват връзки между СТМ, ОПЛ и другите лечебни заведения, липсата на комуникация е предпоставка за нарастващите разходи в здравеопазването, на увеличаващия се дял на преждевременно напускащи пазара на труда работоспособни хора, поради определяне на трайна нетрудоспособност.
- СТМ са изключени от експертизата на работоспособността, напълно неоснователно, тяхната роля на медиатори между работодатели и работещи е ключова при настоящите демографските прогнози за страната ни.
- Липсват изградени международни мрежи за комуникация по възловите проблеми на Трудовата медицина.
- Да се анализират реалните потребности от специалисти по Трудова медицина, да се регламентират броя на СТМ, в които е допустимо да участва един специалист, на базата на обслужваните работещи.
- Актуализация на Наредба 3 за СТМ, с разширяване на правомощията им, при дефинирани условия, с цел реализиране с минимални средства на максимално ниво на защита здравето на работещите, съобразно с най-съвременните достижения на Трудовата медицина.

Глава втора: Постановка и методика

2.1.Цел, задачи, работна хипотеза

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

Подцели:

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

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

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

Задачи

1. Аналитичен преглед на достъпната българска и чуждоезична литература, с оглед идентифициране на проблемите и възможните решения за връзките между ОПЛ и СТМ.
2. Проучване на официална медикостатистическа информация от Столична Регионална Здравна Инспекция, подадена от представителна част от ОПЛ за гр. София, поотделно за детско население до 17 г. и над 18 г. възраст, за периода 2009 – 2011 г.

3. Проучване на официална информация за пациентската листа за гр. София от НЗОК и СЗОК по отношение на диагностично-лечебната и профилактичната дейност за периода 2009-2011 г.
4. Провеждане на анкетно проучване сред представителна част на ОПЛ от гр. София, за изясняване на длъжностната характеристика (задължения, функции, знания и умения).
5. Анкетно проучване сред представителна част на ОПЛ - гр. София, с характеристика на обслужваното работещо население и регистрираната заболяемост
6. Експертно проучване с оценка и обобщена характеристика на трудовомедицинското обслужване от СТМ. Официален Регистър на СТМ.
7. Идентифициране на водещите проблеми и приоритетите в създаването на системна връзка между ОПЛ и СТМ с оглед промоция на професионалното здраве и профилактика на професионалните болести, трудовите злополуки други здравни проблеми при работещите.
8. Определяне на възможни решения и препоръки за осъществяване на връзките между ОПЛ и СТМ. Създаване на интегрален модел за наблюдение на професионалното здраве.

Работна хипотеза:

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

Предмет:

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

трудоспособната част от нея, генерираща и определяща основната част от brutния вътрешен продукт.

1.2. Време, обект, обем, единици на проучването

Време и място на проучването:

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

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

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

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

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

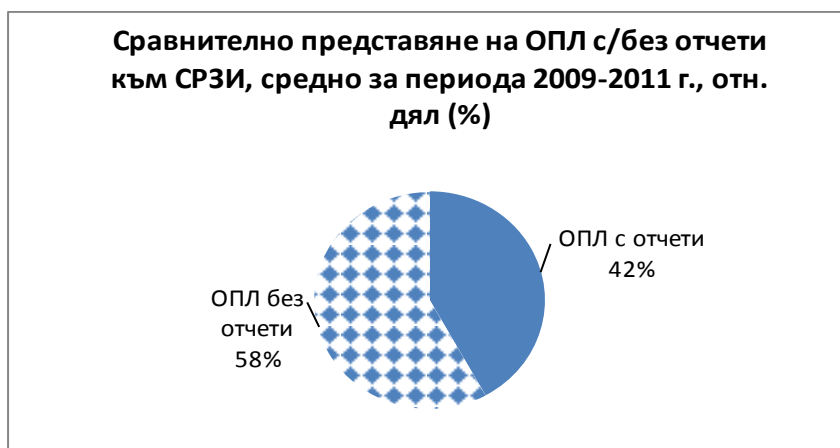
По отношение на официалната информация от СРЗИ източниците на информация са представени в табл:

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

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

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

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



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

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

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

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

Обем на анкетното проучване:

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

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

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

Броят обслужвано население от ОПЛ в гр. София е средно за трите разглеждани години 1051012[43].

2.3.Източници на информация

- Анкетни карти – собствено създадени въпросници, съгласно целта и задачите на дисертационния труд за изучаване на връзката „ОПЛ - СТМ“;

- Анкетна карта СТМ: съдържа осемнадесет въпроса беше изпратена на електронната поща на СТМ от Регистъра на Службите по трудова медицина, подали валиден e-mail адрес. Другите бяха потърсени по телефона и след съгласие за участие получаваха също писмо с прикачена анкетна карта по установения при разговора адрес. Получените анкетни карти са 77.
- Обобщени отчети за регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването за население над 18 г.от СРЗИ (Индивидуалните отчети на работещите в: извънболничната помощ на: Диагностично – консултативни центрове (ДКЦ), Медицински центрове (МЦ), Групови практики за първична медицинска помощ (ГППМП), Групови практики за специализирана медицинска помощ (ГПСМП), Медико – дентални центрове (МДЦ), Индивидуални практики за специализирана медицинска помощ (ИПСМП), Индивидуални практики за първична медицинска помощ (ИППМП).
- Обобщени отчети за регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването за детско население до 17 г. от СРЗИ
- Резултати от обобщена информация на НЗОК
- Проведени интервюта със специалисти по Трудова медицина
- Директно наблюдение на обекта: Информация от заболеваемостта на градското население – заболеваемост (Обобщена таблица за страната за същинска временна нетрудоспособност оценката- табл. 3 и официални данни - табл. 2)

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

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

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

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

2.4.Методи на проучването

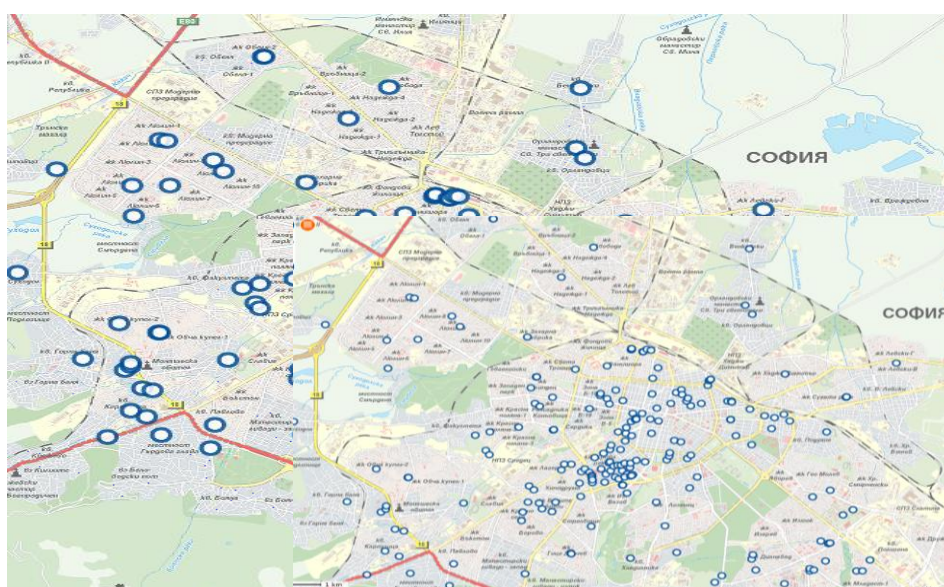
За събиране на първична здравна информация

- Социологически метод – индивидуална пряка и пощенска анкета, анкетиране на ОПЛ, със собствено създаден въпросник за субективната оценка по длъжностната характеристика и обслужването на пациентите, с 22 отворени въпроса, разпределени в 3 групи за получаване на достатъчна информация. Първата група въпроси е насочена за изясняване на длъжностната характеристика (задължения, функции, знания и умения). Втората група обединява субективните впечатления на специалистите за здравните проблеми на работещите пациенти и третата група - прави опит за идентифициране на проблемите в здравето, свързани с труда и конкретните работни условия (приложение 1).
- он-лайн базирана и пряка анкета на СТМ, със собствено създадена анкета от 18 въпроса, относно връзките им с ОПЛ, заболяемостта на обслужваните работещи, възможностите за влияние върху работодателите за постигане облекчени условия на труд на работещи със здравословни проблеми и осигуряване на условия за спорт от тях, за модела на взаимодействие между СТМ и ОПЛ, и областите на колаборация (приложение 2).
- Документален метод – официална здравна информация по документи от СРЗИ, НЗОК/СЗОК /Приложения № 5 и 6 към формуляр №365 и № 365Б за 2009-2011 г./; допълнени до 2013 г. за общата заболяемост и болестност на гр. София;
- Документален метод, на база официални документи от нормативната уредба, свързана със създаване на практики по обща медицина и профилактичните дейности по НЗОК;
- Данни от годишните профилактични прегледи, които осъществяват СТМ

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

- алтернативен анализ – интензивни и структурни показатели,
- вариационен анализ – средни величини и сравнения,
- непараметричен анализ – методът х- квадрат за субективните категорийни данни от анкетите[29],

- коэффициент на Пирсон за измерване на силата на линейна връзка между две променливи,
- достоверност на резултатите по точния коэффициент на Фишър при урoвен на значимост по-малък от 0,05,
- графичен и табличен анализ – за сортиране и обработка на данните в комплексни таблици - кръгови, линейни и стълбцови диаграми и
- картограма с нанесени обектите на проучването от гр. София (картограма 1)



Картограма 1 Картограма с нанесени обектите на проучването от гр. София

За анализ и оценка на данните, фактите и резултатите

- епидемиологични методи – описателна и аналитична епидемиология, групиране и сортиране в обобщаващи таблици за всички заболявания и отделно за новооткритите;
- анализ, с определяне на средните нива за наблюдавания период по основни класове болести;
- статистически анализ на показателите по обрaщаемост на цялото население на гр. София;

- системно-исторически подход – преглед на научната литература със систематизация в развитието и напредъка на нормативната база за дейността на ОПЛ и отделно за дейностите по ЗЗБУТ
- сравнителен анализ за изчерпателна статистическа характеристика на показателите на заболяемостта по обращаемост;
- експертен анализ на съществуващите практики чрез „нормативна пирамида”
/Н.ЦАЧЕВА,2014/ за профилактични прегледи, осъществявани от РЗОК/НЗОК;
- експертен анализ за дефиниране на модел за сътрудничество между ОПЛ и СТМ.

Глава трета: Резултати и обсъждане

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

3.1А Медикостатистическа информация от Столична Регионална Здравна Инспекция, подадена от представителна част от ОПЛ за гр. София, за лица над 18 г. възраст, за периода 2009 – 2011 г.[56].

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

Изпълнението на тази задача е да проучим и получим по конкретни данни за официално регистрираните заболявания на възрастното население (над 18 г.) за град София. Съгласно Закона за статистиката, чл.6, ал.3 от ЗЛЗ, Наредба № 10 на МЗ от 5 Юни 2000 г., всички лекари е необходимо да предоставят в РЗИ статистическа

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

На първо място се нареждат заболяванията на органите на кръвообращението, следвани от тези на дихателната система и пикочо-половата система. Водещите новооткрити заболявания са: болестите на дихателната система, на органите на кръвообращението и на пикочо-половата система (фиг.2,3, приложения 5-8, 24-27).

С 32,97% нарастват заболяванията на окото, което е обяснимо с масовата работа с видеодисплей в столицата. Много тревожен е факта, че също с толкова – 32,87% се увеличават болестите на костно – мускулната система, водещи до тежки здравни, социални и икономически последици за отделната личност и обществото (чести и продължителни отпуски по болест, трудоустрояване и преждевременно пенсиониране по болест). Подобни са и последиците от 25% - то нарастване на ендокринните заболявания(приложения 5-8, 24-27).

Таблица 4 Водещи основни групи заболявания за 42% от населението (общ брой)

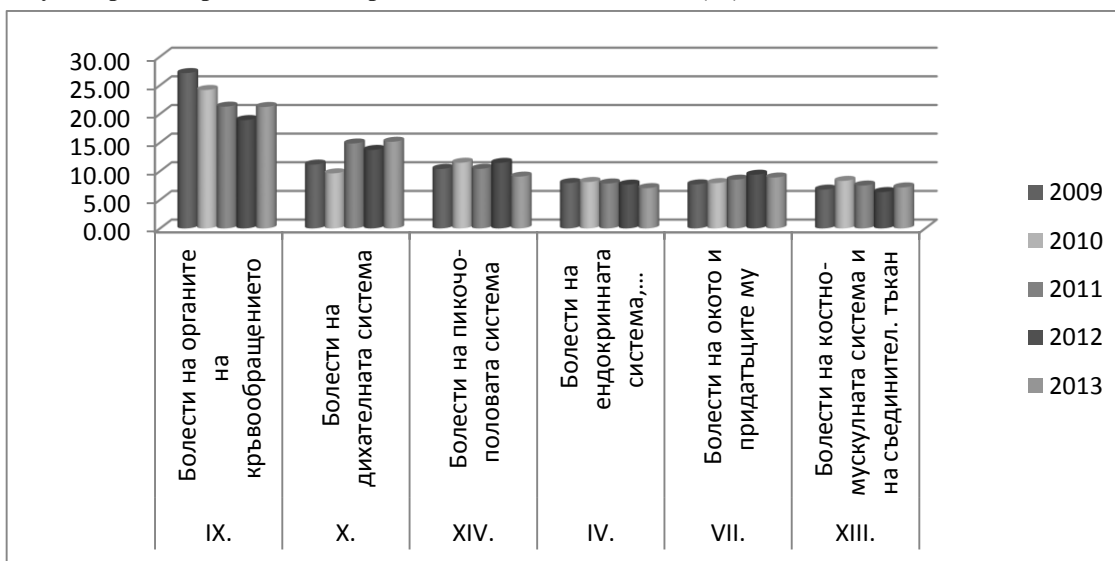
Клас по МКБ	Класове болести	Общо заболявания – 42% население			
		2009	2010	2011	Средно за трите години
IX.	Болести на органите на кръвообращението	641278	542742	567585	583868,33
X.	Болести на дихателната система	263501	215914	415529	298314,66
XIV.	Болести на пикочо-половата система	245626	257494	291602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

Таблица 5 Сравнителна таблица 42% / 100% на заболеваемостта при лица над 18 г. в гр. София по данни на СРЗИ

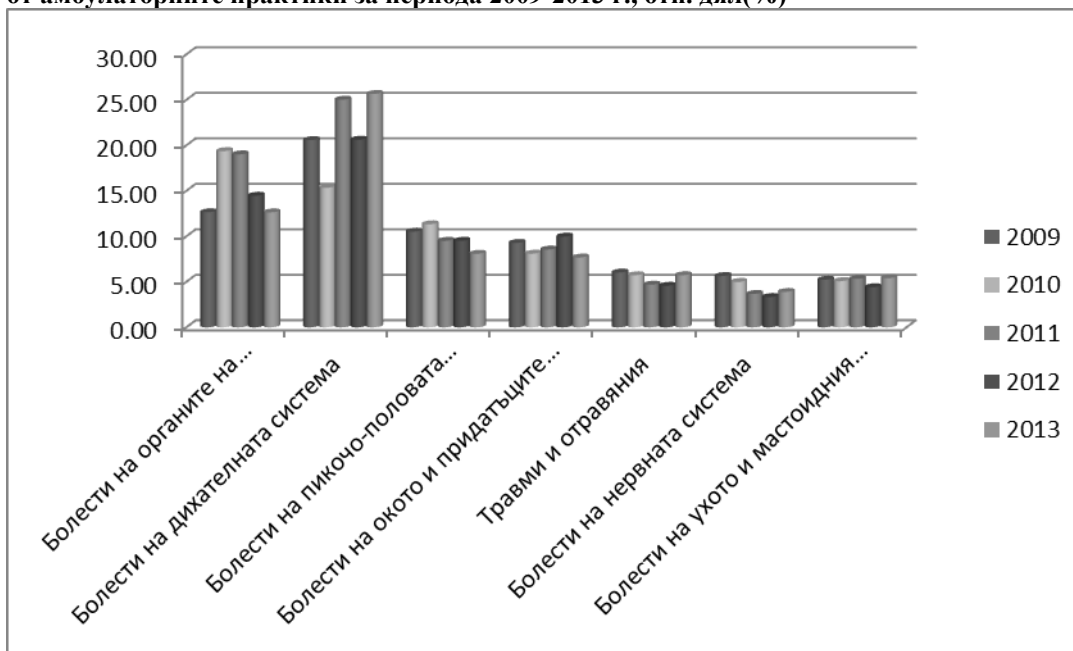
Клас по МКБ	Класове болести	Сравнителна таблица 42% / 100%			
		Средно за трите години за 42% население Общ брой заболявания	Средно за трите години за 100% население Общ брой заболявания	Средно за трите години за 42% новооткрити заболявания	Средно за трите години за 100% новооткрити заболявания
IX.	Болести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

Установи се намаляване на болестността от болести на органите на кръвообращението и на пикочо-половата система, и нарастване на болестите на дихателната система. По отношение на заболеваемостта след четиригодишен период на нарастване на новооткритите заболели от болести на органите на кръвообращението, през 2013 е налице спадане до нивата от 2009 г. Заболяваемостта от болести на дихателната система варира и е с най-ниски стойности през 2010 г., а с най-високи през 2013 г.

фиг. 2 Динамика на водещите класове болестност на населението на гр. София по данни от СРЗИ от амбулаторните практики за периода 2009-2013 г., отн. дял(%)



фиг. 3 Динамика на водещите класове заболяемост на населението на гр. София по данни от СРЗИ от амбулаторните практики за периода 2009-2013 г., отн. дял(%)



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

Преди всичко, според нас е необходимо да се изработи здравна карта на столицата с изчерпателност на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения, включително университетски, общински и частни, здравните потребности и тяхната удовлетвореност, още повече поради резултатите от анализа, свързан с получения общ брой новооткрити заболявания, достигаш през 2011 г. - 2620891,2 случая, при среден за наблюдавания период 2237765,40 новооткрити заболявания за населението на столицата (табл. 6,7).

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

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

Таблица 7 Общо заболявания – трите главни групи за 100% от населението 2009-2011 г.

Клас по МКБ	Класове болести	Общо заболявания – 100%			
		2009	2010	2011	Средно за трите години
IV.	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	395574,31	495333,76	527880	472929,4
VII.	Болести на окото и придатъците му	383980,43	483403,84	572649,6	480011,3
IX.	Болести на органите на кръвообращението	1353522,38	1476258,24	1362204	1397328
X.	Болести на дихателната система	556162,07	587286,08	997269,6	713572,6
XIII.	Болести на костно-мускулната система и на съединител. тъкан	338109,37	507168,48	503692,8	449656,9
XIV.	Болести на пикочо-половата система	518433,95	700383,68	699844,8	639554,1
	Общо	4988658,23	6107534,24	6722721,6	5939638,02

Необходимо е изграждането на превантивни програми за посочените групи заболявания, особено при работещите, за опазване на най – ценния капитал на държавата – работната сила. Лидерската позиция за организирането им е на Трудовата медицина, колаборацията с общопрактикуващите лекари е необходима за осъществяването на всички тези дейности, за проследяване на ефективността и обратна връзка между всички участници в тези процеси.

3.1.В Медикостатистическа информация от Столична Регионална Здравна Инспекция, подадена от представителна част от ОПЛ за гр. София, за детско население до 17 г. за периода 2009 – 2011 г[57].

В България детския труд е нормативно много стриктно регламентиран, с оглед опазване работоспособността на бъдещата трудова сила на страната, както и за работещите деца над 15 години. Във връзка с нормативна промяна, касаеща детския труд[63], беше изследвана детската заболеваемост на базата на отчетна форма на СРЗИ, Приложение № 5 към формуляр №365 и № 365Б, Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването за детското население до 17 г. през 2009, 2010 и 2011 г.

Здравето е базисно условие за развитието на децата, за тяхното изграждане като успешни личности, професионалисти, необходими на нацията и икономиката, заветна цел на родителите. Редица заболявания, водят своето начало от детството. Изграждането на профилактични програми за основните заболявания в детската възраст ще рефлектира в подобро здравословно състояние на възрастното население, в изградени навици за здравословно хранене и спорт. Установи се незначителна динамика в нивото на заболеваемост в разглеждания период, като новооткритите заболявания са около ½ и повече от общо регистрираните в съответните години (фиг.4-6, приложения 9-13, 28-31). Водещите заболявания в нозологичната структура и на новооткритите, и на общия брой регистрирани случаи са: болестите на дихателната система (острите инфекции на горните дихателни пътища, остър бронхит и бронхиолит), следвани от болестите на окото и придатъците му, в съответствие с други проучвания[127,132]. На трето място при общите заболявания се нареждат болестите на кожата и подкожната тъкан, а при новооткритите - това са някои инфекциозни и паразитни болести (фиг.4-5,

приложения 9-13, 28-31). Тревожна е тенденцията за нарастване на болестите на костно-мускулната система и на болестите на окото.

фиг. 4 Средно общо регистрирани заболявания по класове в амбулаторните практики на гр. София за деца на възраст 0 – 17 г. за периода 2009-2011 г. за 42% население



фиг. 5 Средно новооткрити регистрирани заболявания по класове в амбулаторните практики на гр. София за деца на възраст 0 – 17 г. за периода 2009-2011 г. за 42% население



Болестите на костно-мускулната система и на нервната система имат крайно лимитиращ ефект по отношение кариерното развитие на боледуващите, и представляват сериозна тежест за техните семейства и обществото като цяло. Средно за трите наблюдавани години за 42% от населението, костно-мускулните заболявания са 9260,67, като нарастват през последната година (фиг.4-5, приложения 9-13, 28-31). Подобни са данните за заболяванията на нервната система: средно - 9209,33 случая (фиг.4-5, приложения 9-13, 28-31), с най-голяма тежест при които е епилепсията, създаваща допълнителни ограничения при кариерната реализация на тези деца, защото използваните за лечение медикаменти са със сериозни странични ефекти по отношение на когнитивните функции и времето на реакция. Като се има предвид нарастването на вродените аномалии, основната тежест при които се пада на вродените аномалии на костно – мускулната система (приложение 13), средно за периода - 5550,33, става ясно колко необходими са своевременна диагностика, включително и пренаталната, лечението и рехабилитацията на засегнатите. Необходимо е да добавим случаите с детска церебрална парализа – средно 1666 случая (приложение 13), към лимитиращите физическия капацитет болести, като ефективното им лечение многократно се затруднява поради възрастта на пациентите. При наличието на относително съхранен интелект, разкриването на перспективи за реализацията на болните е ключово за мотивацията им през всичките етапи, които се налага да изминат, не само болните деца, но и родителите им, и всички здравни работници, и които обикновено продължават години. Ограниченията в двигателната активност налагат индивидуализиран подход при насочването на тези деца към определена професия, несвързана с активен

двигателен режим, което обаче задълбочава адинамията и е необходимо специално внимание за спазване на рехабилитационен план. Травмите, в зависимост от тежестта и локализацията, също водят до ограничена двигателна активност и са със съществен обем - средно: 11402 случая (фиг.4-5, приложения 9-13, 28-31).

Силно ограничаващ ефект върху физическия капацитет оказват и болестите на органите на кръвообращението - 3073,67 случая, на тежките болести на пикочната система - 9490,67 (фиг.4-5, приложения 9-13, 28-31).

Слепотата – средно 1990,33, определя специални педагогически нужди и изградени вече действащи звена за обучение и професионално ориентиране (приложение 13).

Хронични заболявания като бронхиалната астма - средно 7461,33 случая годишно, захарния диабет тип 1 – средно 1214,33, дерматитите и екземите – средно - 8932,33, затлъстяването - 2190,667, хроничните гастрити, които екзацербират и се изявяват в условията на стрес, налагат създаване на програми за справяне с тези състояния (табл. , приложение 9-13, 28-31). Доказателство за ефективността на програмите за контрол на определени заболявания са данните за редукция на случаите с бронхиална астма, резултат от взаимодействието на различни организации, на всички нива за превенция и лечение на това заболяване[19].

Редица данни сочат negliжиране на някои здравни проблеми на подрастващите и недостиг на знания на ОПЛ за тяхното третиране в тази възраст, особено тревожна е тази ситуация по отношение на затлъстяването. При застаряващи нации, каквато е българската, рационалното използване на наличния ресурс от хора е определящо за стабилността на икономиката. Редица фактори както екологични, така и технологични обуславят повишената заболяемост на населението от определени групи заболявания, налагащи изграждането на действени програми, приложими от най-ранна възраст[33-38]. Началото на познанията за справяне с хроничния стрес и адинамията, следва да се полагат още в детските градини; в училище където програмата обикновено е претоварена, също е наложително да се помисли за преустройство на учебните часове и всекидневно, за кратко да се отделя време за себеизграждане, самоконтрол и релаксация, с което ще се постигне впоследствие по-добра успеваемост, по-добра концентрация и усвояване на преподавания материал, редукция в епизодите на екзацербация на стрес – свързаните заболявания. Закалителните процедури, летните и зимните спортове, всички онези дейности и подходи, които са доказали ефективността си на практика, следва да бъдат достъпни за децата, за да се изгради здрава и работоспособна нация.

фиг. 6 Сравнително представяне на болестност и заболяемост на детското население 0-17 г. на гр. София за периода 2009-2011 г. по данни на СРЗИ, %



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

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

През разглеждания период нараства общо броя на лицата, направили избор на ОПЛ, като кривата за жените на възраст 18-65 г. е най-стръмна, докато при мъжете от същата възрастова група има известно намаление, резултат от демографските характеристики на обществото (табл. 8, приложение 18). При жените в работоспособна възраст расте броя на регистрираните при ОПЛ, което може да се свърже и с различията в социалните функции на жените и мъжете. При населението в трудоспособна възраст се наблюдава лек спад през 2011 г. в избора на ОПЛ, като той е за сметка на мъжкия пол. Като цяло нивото на избор на ОПЛ е високо, хората в трудоспособна възраст съставляват средно 80,52% от регистрираните в практиките на ОПЛ възрастни.

Таблица 8Избор на личен лекар на лица над 18г. . в София – град, по данни на СЗОК

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

По програмата „Детско здравеопазване“ са налице възрастови различия в имунизацията и диспансеризацията, съобразно имунизационния календар и високо ниво на изпълнение на тази програма, като динамиката е отражение на демографските характеристики през съответните години и е Най-голям е броят на прегледаните деца в училищна възраст (7-18 г.) и в предучилищна (2-7г.). Най-голям е броят на прегледите при децата до 1г. възраст. Тези наблюдения съответстват на интензивния контрол върху развитието и растежа през първата година от живота им, на необходимостта от спазване на имунизационния календар, проследяване на нервно-психическото и физическо развитие, консултации във връзка с изграждането на адекватен дневен и хранителен режим на бебетата. Броят имунизации отнесен към броят на прегледите през тази първа година, показва че 2/3 от посещенията са във връзка с имунизация, а на едно бебе се падат средно над четири имунизации за година, съответно на имунизационния календар, което разкрива доброто познаване и ангажимента на ОПЛ по тази програма (табл. 9, приложение 17).

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

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

ОПЛ осъществяват дейностите по профилактика на безплодието, предаваните по полов път болести и СПИН, злокачествени заболявания на репродуктивната система и

съхраняват медицинската документация за извършените от тях профилактични прегледи и изследвания три години, а при бременните - три години след прекратяване на бременността. По програма „Майчино здравеопазване“ е налице тенденция за намаляване на наблюдаваните от ОПЛ лица, което е във връзка с традициите за наблюдение на бременността от акушер-гинеколог в страната ни (табл. 10).

Таблица 10 Наблюдение по програма „Майчино здравеопазване“ водено от ОПЛ за РЗОК София град

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

От съществено значение за нашето проучване са данните за диспансерното наблюдение на лица над 18 г. Наблюдава се нарастване на диспансеризираните лица, както и на броя диагнози, по които се наблюдават, което е благоприятен признак за нарастващо доверие на пациентите към ОПЛ и повишена активност за разкриване и наблюдение на хроничната заболяемост сред населението. В разглеждания период е налице нарастване на населението на София-град, както и на диспансеризираните лица, обаче през 2010 г. броя на наблюдаваните мъже е значително по-нисък от 2009 г., като още по-значима е разликата спрямо 2011 г. При жените от друга страна, 2010 г. е годината с най-голям брой диспансеризирани при ОПЛ, като тогава съотношението им с диспансеризираните мъже достига 2,22, докато през другите две години е средно 1,5. На табл. 11 и фиг. 7, приложение 14 може да се види динамиката в броя на диспансеризираните лица и диагнозите, по които са наблюдавани.

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

Таблица 11 Диспансерно наблюдение от ОПЛ в София – град на лица над 18 г. по пол и диагнози, СЗОК

фиг. 7 Диспансерно наблюдение от ОПЛ в София – град на лица над 18 г. по пол и диагнози, СЗОК

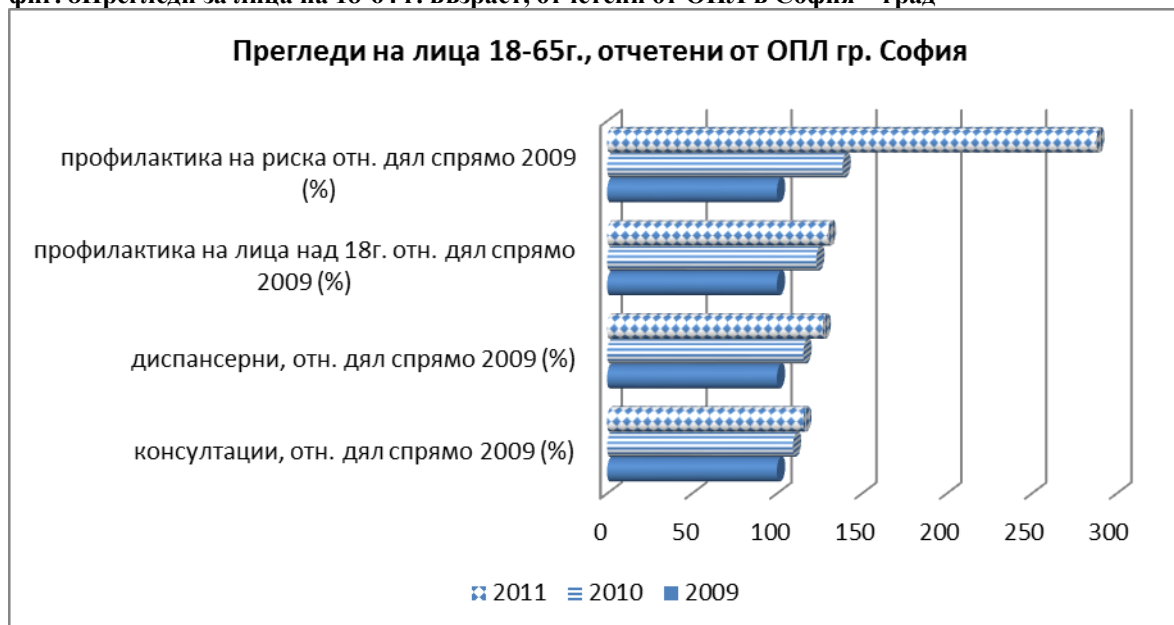


Налице са резултатите от действащите профилактични програми, активното търсене на водещите социално – значими заболявания се отразява на по-високия брой диспансеризирани лица, през 2011 г., спрямо 2009 г. Така през 2011 г. ¼ от консултираните пациенти биват диспансеризирани, което е отражение на влошеното здравно състояние на населението (табл. 12, фиг. 7, 8). Повече от 1/3 от прегледите, извършвани от ОПЛ са на пенсионери (приложение 19, 20). Увеличават се в разглежданите години консултациите, диспансеризираните, както и преминалите профилактичен преглед лица над 18 г. и такива с установен риск, за които динамиката е най-съществена, защото почти се утрайват.

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

Таблица 12 Прегледи за лица на 18-64 г. възраст, отчетени от ОПЛ в София – град

фиг. 8Прегледи за лица на 18-64 г. възраст, отчетени от ОПЛ в София – град



Интерес представляват водещите причини за диспансерно наблюдение, които са отново Болестите на органите на кръвообращението – Хипертонична болест на сърцето, Есенциална хипертония, Стенокардия и Последници от мозъчно-съдова болест, на второ място се нарежда Неинсулинозависимия диабет, според съвременната класификация тип 2 (приложение 14). Тези са и основните заболявания, залегнали в профилактичните програми, изпълнявани от личните лекари. В редица проучвания са налице данни за растящия брой засегнати лица и то в активна възраст от АХ и ЗД [101].

Установява се, че:

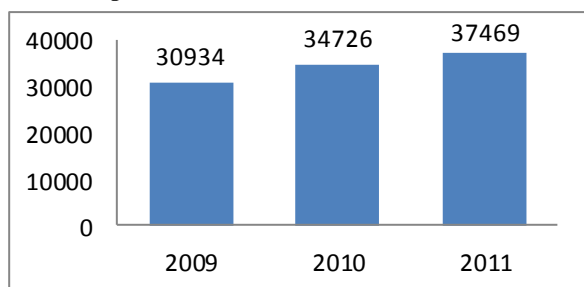
- Над 85,23% от диспансеризираниите пациенти са с болести на органите на кръвообращението, като водещи са Хипертонична болест на сърцето, Есенциална хипертония, Стенокардия и Последници от мозъчно-съдова болест
- За период от 3 години общо тези заболявания нарастват с 22,27% (табл. 13 и фиг. 10, приложение 14), подобно на наблюдаваното в Англия и Уелс[146].
- На второ място по причина за диспансеризация се нареждат болестите на ендокринната система – 14,6%, с водеща позиция на ЗД тип 2, с неговите усложнения.
- За период от 3 години тази група болни нараства с 21,13 % (табл. 13 и фиг. 9, приложение 14). В проучване имащо за цел да изясни честота на лекуваните от ОПЛ диабетици в Англия и Уелс става ясно, че техния брой за четири години нараства с 18%, което е подобно на наблюдаваното у нас[130].

Таблица 13 Диспансерно наблюдение от ОПЛ в гр. София на лица над 18 г., за 2009-2011 г. брой, п и % за клас IV и IX по МКБ-10

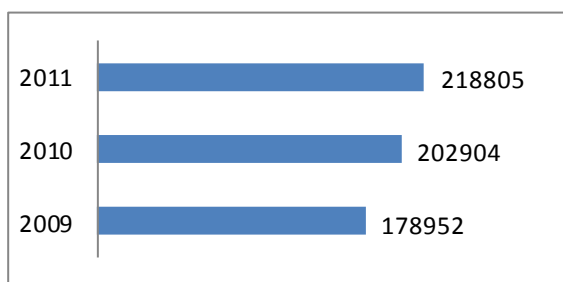
диспансерно наблюдение от ОПЛ в гр. София на лица над 18 г.				
дипансерна група	година	2009	2010	2011
IX. Болести на органите на кръвообращението	Общо	178952	202904	218805
	% спрямо 2009 г.	100%	113,38%	122,27%
IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата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

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

фиг. 9 Диспансерно наблюдение от ОПЛ в София – град на лица над 18 г. по Болести на Ендокринната система



фиг. 10 Диспансерно наблюдение от ОПЛ в София – град на лица над 18 г. по Болести на органите на кръвообращението



Тези данни разкриват обективно влошеното здравословно състояние на населението на София-град и негативните перспективи по отношение на структурата на обществото, с нарастваща тежест на лицата с трайно намалена работоспособност, обусловена от инвалидизиращи заболявания, което налага стриктен контрол на състоянието на всеки пациент с хронично незаразно заболяване за лимитиране на усложненията, водещи причини за смъртност сред населението (приложения 22, 23). Ролята на ОПЛ в диспансерното наблюдение на тези пациенти е ключова за недопускане и ранно лечение на последиците от хроничните незаразни заболявания.

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

Въведената през 2000 г. здравна реформа прехвърли отговорността за здравето на работещите основно върху личните лекари, без да бъде дефинирана адекватно и нормативно уредена профилактичната дейност по опазване здравето на трудещите. За да се разкрият съвременните проблеми и тенденции в здравното състояние на работещите, анализирахме 473 анкетни карти от ОПЛ в столицата.

Анкетата съдържа 22 отворени въпроса, с което имахме за цел да получим максимално много информация, относно връзките на ОПЛ с профилактиката и трудовата медицина, както и субективните впечатления на специалистите, стоящи най-близо до пациента, които първи могат да отчетат здравните му проблеми и да маркират онези от тях, които са свързани с труда и конкретните работни условия. Групирахме въпросите в две подгрупи с цел да изясняване на характеристиките на ОПЛ практиките, спецификата в задълженията, функциите, както и да очертаят проблемни области в техните знания и умения (приложение 1).

Сертифицирането на здраве при започване на работа най-често се осъществява от ОПЛ, издаващ удостоверение за започване на работа, въз основа на което СТМ дава заключение за пригодността на лицето да изпълнява определена работа. Поради това беше потърсена информация относно съществуващите практики сред ОПЛ при изготвяне на удостоверение за започване на работа. Средномесечният брой медицински удостоверения за започване на работа варира в широки граници – от 0,42 на месец до 60, средно 7,25, като при някои практики се случва с месеци да не се налага изготвянето на такъв документ, докато при други това е всекидневно, според 467 отговорили на този въпрос (табл. 14, приложение 15). Както споделят някои от ОПЛ – „ започват работа, след няколко месеца биват съкратени и когато отново намерят такава, цикъла се повтаря”, това определя в някои практики големия брой на издавани удостоверения. Когато ОПЛ издава удостоверение на пациент от своята листа, обикновено той е запознат с проблемите му, въпреки че съществена част от информацията може и да липсва, напр. поради установяването ѝ преди реформата. Когато обаче ОПЛ сертифицира непознат за него човек, това е свързано с риск да бъде подведен, редица отклонения в здравето не могат да бъдат установени с физикален преглед, ако такъв изобщо бъде извършен.

При положение, че пациентите са наясно с работата, която ще извършват, неадекватното сертифициране на здраве, поради неточна информация към ОПЛ е тяхна отговорност, обаче само 33% от анкетираните лекари считат, че самите пациенти са наясно с естеството на работата, която им предстои да извършват при изготвяне на медицинско удостоверение за започване на работа. Това налага по-различен подход за да се осигури нужната информация за вземане на решение, дали едно лице е пригодно за изпълнението на дадена трудова дейност, при това, както лекарят, така и пациентът следва да са запознати с изискванията за работното място. Наложително е да се създаде действащо електронно

здравно досие на всеки пациент, в което да е налична както подробна и добре структурирана здравна информация, така и данни за професионалния път, вредностите и изискванията, характеризиращи заеманата от него длъжност (табл. 16, фиг. 12, приложение 15).

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

Таблица 14 Дескриптивна статистика на параметричните величини, анкета ОПЛ, % работещи, брой работещи пациенти с ТЕЛК/НЕЛК, брой удостоверения за започване на работа средномесечно, средномесечен болнични листове (въпроси 1,2,5 и 22)

Понастоящем в годишния профилактичен преглед, заложен в дейностите, заплащани от НЗОК и задължителен за здравноосигурените пациенти, професионалната анамнеза, включваща информация за специфичните рискови фактори на работната среда липсва. Така установихме, че пълното отсъствие на връзка между трудовата медицина и личния лекар е законово установено, логично голяма част от ОПЛ посочват необходимостта от държавнически решения и законодателни промени за осигуряване по-добро здраве на работещите пациенти, наред с по-високото възнаграждение, повече почивка, профилактика и подобряване условията на труд (табл. 15, фиг. 11, приложение 15).

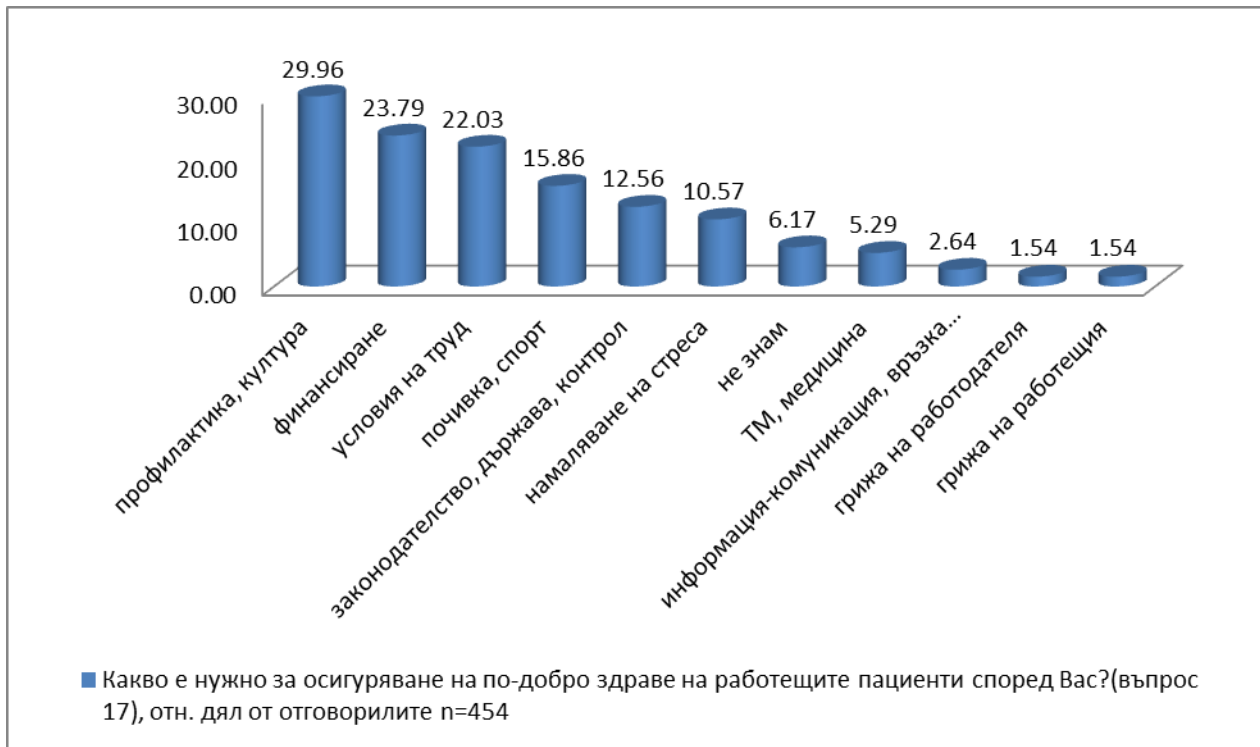
Таблица 15 Въпрос 17 Какво е нужно за осигуряване на по-добро здраве на работещите пациенти според Вас?

Какво е нужно за осигуряване на по-добро здраве на работещите пациенти според Вас?(въпрос 17), отн. дял от отговорилите n=454		
отговорили n - 454	брой n	отн. дял от отговорилите n=454
не знам	28	6.17
финансиране	108	23.79
профилактика, култура	136	29.96
законодателство, държава, контрол	57	12.56
условия на труд	100	22.03
почивка, спорт	72	15.86
грижа на работодателя	7	1.54
ТМ, медицина	24	5.29
намаляване на стреса	48	10.57
грижа на работещия	7	1.54
информация-комуникация, връзка ТМ-ОПЛ	12	2.64

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

Таблица 16 Обобщени резултати от анкетата сред ОПЛ (брой получени и обработени анкети - 473)

фиг. 11 Въпрос 17 Какво е нужно за осигуряване на по-добро здраве на работещите пациенти според Вас?

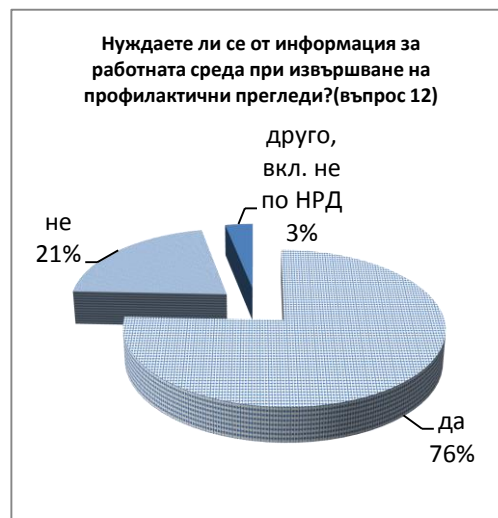


76% от анкетираните лични лекари споделят, че е редно да имат повече информация за работните условия и вредности, въпреки че законната рамка не го изисква, т. е. те са наистина ангажирани със здравното благополучие на пациентите си и трудовомедицински познания биха издигнали на ново равнище тяхната лечебна и превантивна практика (табл. 16, фиг. 13, приложение 15).

фиг. 12 Въпрос № 10 Според вас пациентите предоставят ли данни за бъдещата си работа при издаване на медицинско удостоверение и те самите наясно ли са с трудовите условия?(въпрос 10)

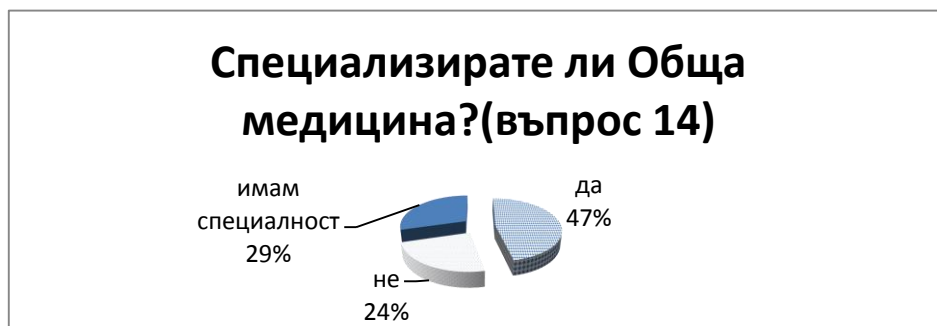


фиг. 13 Нуждаете ли се от информация за работната среда при извършване на профилактични прегледи?(въпрос 12)



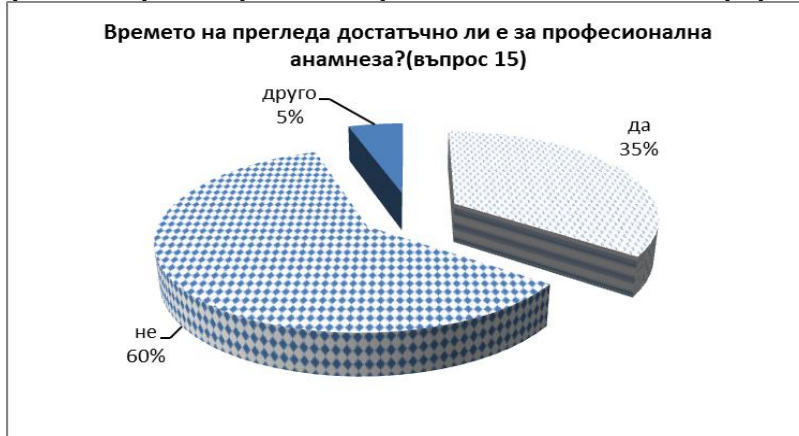
Такива знания биха могли да се получават в рамките на специализацията им по „Обща медицина”, както и в системата на СДО на вече придобилите тази специалност (табл. 16, фиг. 14, приложение 15). Много ценни биха били кратки курсове на високо ниво, с акцент върху законодателството и в частност върху ЗЗБУТ, защото наред с лечебно-диагностичната дейност, ОПЛ, регистрирани по Търговския закон, следва да имат знанията и уменията на здравен мениджър, каквито са на практика. По време на анкетирането стана ясно, че е наличен организационен проблем с така наречените пилотни практики по Обща медицина, днес, значителна част от ОПЛ, които са дали отговор «да» на въпроса дали специализират, вече са със завършена специализация, защото през 2014 г. бяха извършени нормативни промени, решаващи наболелите въпроси за недостатъчното места за специализиращи и за стажовете в пилотни практики. Днес разпределението на специализиращи, на тези със специалност и на тези, които не са включени в този процес, е в полза на ОПЛ – специалисти по Обща медицина, практически неспециализиращи почти няма, т.е. около 2/3 от ОПЛ са със специалност, другите специализират, което насочва към курсове за следдипломна квалификация по ЗБУТ.

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



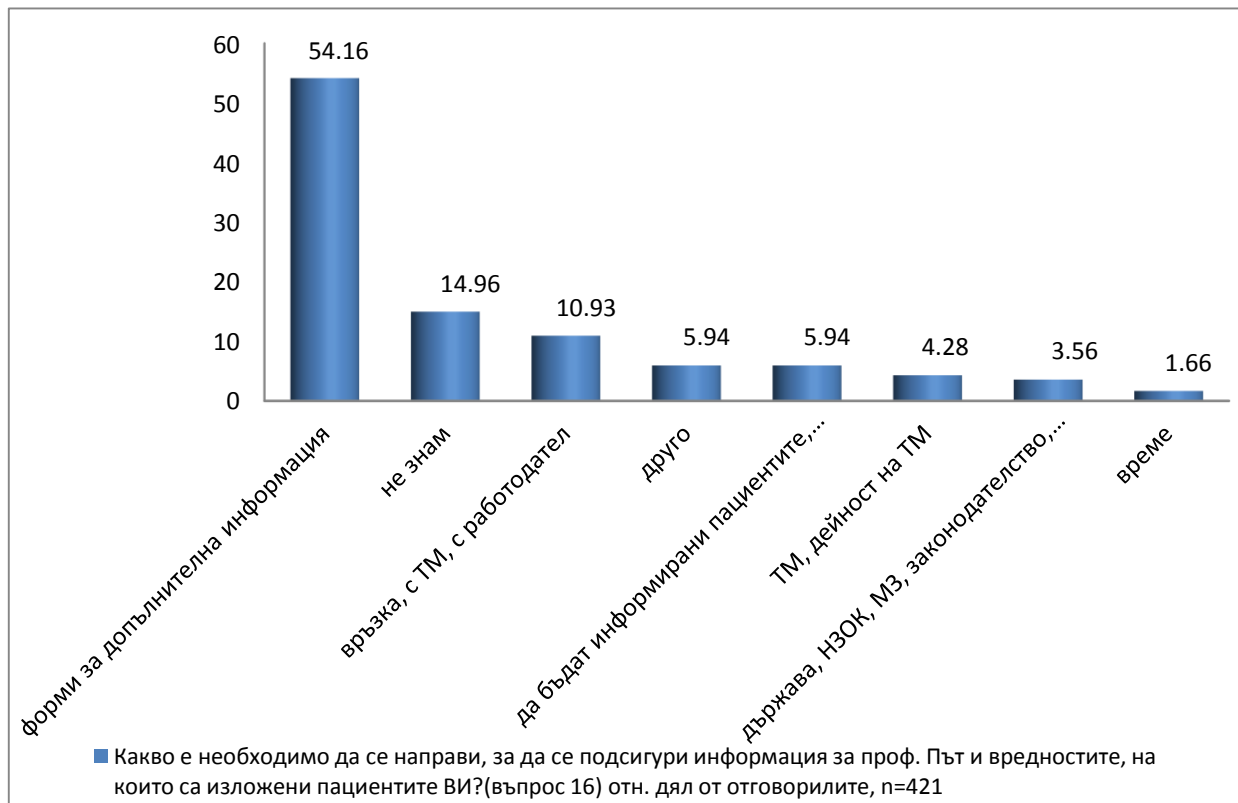
Времето за преглед е ограничено от документалната претовареност на ОПЛ, което рефлектира върху качеството на лечебно-диагностичната и профилактичната дейност. Установи се, че от 472 отговорили на 15 въпрос, само при 165(34,96%) от анкетираните, времето на прегледа е достатъчно за професионална анамнеза на пациентите, докато при 283(59,95%) не е, останалите 24(5,08%) са дали различен от „да“ и „не“ отговор, като заявяват че времето понякога им стига, като зависимост има от това дали прегледа е в началото на тримесечието, когато са много натоварени, поради все още налични направления за консултации с тесен специалист или е извършен в последния месец от тримесечието, когато ОПЛ е значително по-малко търсен, поради изчерпаните вече направления[28]. Значение има и денят от седмицата, смяната на ОПЛ –сутрешна или следобедна – по правило по-интензивната (фиг. 15, табл. 16, приложение 15). Въвеждането на панел относно професионалния път, вредности и болести като част от анамнезата в електронната форма на НЗОК би подпомогнала значително ОПЛ, а данните частично могат да бъдат поставени от ТМ или за всяка длъжност би могло да има база данни, която автоматично да се прикачва, да подлежи на промяна и да е информативна по отношение на гъвкавост в условията на труд, наложителна при възникване на здравословни проблеми.

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



Предложенията от ОПЛ, за това по какъв начин да се предоставя информация за професионалния път и вредностите, на които са изложени пациентите се свеждат до няколко варианта: обмен на допълнителна специфична информация (анкети, листовки, информация чрез електронни карти, ЛАК, досиета, обходни листове и др.), като което и да бъде избрано е необходим подписа на трите заинтересовани страни – работещ, работодател-СТМ и ОПЛ; връзки с ТМ, работодатели; други считат, че пациентите трябва да са информирани и това не е тяхна дейност; значителен брой от ОПЛ не знаят какво би следвало да се промени, което още веднъж подчертава необходимостта от придобиване на трудово-медицински познания от тях (фиг. 16, табл. 17, приложение 15).

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



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

Таблица 17 Какво е необходимо да се направи, за да се подsigури информация за проф. Път и вредностите, на които са изложени пациентите ВИ?(въпрос 16)

За да се превърне една връзка от чисто формална, в ефективна, основана на взаимно сътрудничество в името на една обща цел са необходими диалог и гъвкавост, при уважение между лекарите от всяка специалност. По отношение на връзката ОПЛ – СТМ са налице допълнителни ограничаващи фактори. Почти всяка GP – практика се обслужва от СТМ, поради това, че ОПЛ се явява работодател и съгласно Търговския закон е задължен да подsigури работещите в неговата фирма медицинска сестра, помощник-лекари и т.н. с обслужване от СТМ. Логично, част от личните лекари отговарят с „да” на връзките между тях и трудовата медицина, визирайки обаче не трудовомедицинските дейности по месторабота на техните пациенти, поради което при анализа бяха включени в трета категория отговори, която може да се причисли към негативните по отношение на пациентите (фиг. 17, табл. 16, приложение 15). Малка част от ОПЛ получават информация от профилактичните прегледи, като тя има ориентиран характер, според мнението на ОПЛ (фиг. 18, табл. 16, приложение 15).

фиг. 17 Въпрос 18 Имате ли връзка със СТМ (служба трудова медицина), участвали ли сте в работата ѝ, и под каква форма?



фиг. 18 Въпрос 19 СТМ склонни ли са да колаборират с вас и да обменят информация и доколко тя е обективно точна?



В условията на икономическа криза, здравето на пациента остава на заден план, физическото му оцеляване, запазването на работното място са на първо място за отделния индивид, поради което дори малкото от ОПЛ, които са запознати с реда на действие при съмнение за възникнала професионална болест, не са склонни да попълнят „Бързо известие за съмнение за професионална болест”, с което почти сигурно ще предизвикат уволнение на пациента, който им е доверил живота си и чийто защитник е ОПЛ, още повече че личният лекар е финансово зависим от броя регистрирани, т.е. доволни от дейността му пациенти. Алгоритъмът за признаване на професионална болест и/или трудова злополука включва на следващ етап информирание на работодателя и неговото съдействие за проучване условията на труд, което в редица случаи предизвиква негативни реакции[20,60,62]. От своя страна ОПЛ препоръчват планова смяна на работното място, назначават терапия, консултират със специалист или предлагат трудоустрояване, при случаи на съмнения за професионални увреждания и злополуки, много от ОПЛ биха искали да могат да насочат пациентите към Клиника по професионални болести (фиг. 19, табл. 18, приложение 15).

Ако имате пациенти със здравен проблем, за който предполагате връзка с работната среда и трябва да дадете оценка на пригодността на работещия за продължаване на същата работа, какво ще направите(въпрос 20):		
отговорили n -468	брой n	отн. Дял от n=468 (%)
ще попълните "Бързо известие за съмнение за професионална болест"	60	12.82
ще дадете съвет за смяна на работата	306	65.38
ще назначите подходяща терапия	293	62.61
друго, напр. проф. преглед?	180	38.46

Таблица 18 Въпрос 20 Ако имате пациенти със здравен проблем, за който предполагате връзка с работната среда и трябва да дадете оценка на пригодността на работещия за продължаване на същата работа, какво ще направите: 1. ще попълните „Бързо известие за съмнение за професионална болест” 2. ще дадете съвет за смяна на работата 3. ще назначите подходяща терапия 4. друго напр проф. преглед?

фиг. 19 Въпрос 20 Ако имате пациенти със здравен проблем, за който предполагате връзка с работната среда и трябва да дадете оценка на пригодността на работещия за продължаване на същата работа, какво ще направите:



ОПЛ са внимателни с пациентите си, те балансират между проверяващите ги институции и удовлетвореността на пациента, доказателство са много малкото положителни отговори на въпрос 21 – 5,82% относно срещи с НОИ за изясняване здравното състояние на пациент (табл. 16, приложение 15).

Като цяло липсва връзка между изградените и действени в миналото профилактични звена и ОПЛ, и следва този пропуск максимално бързо да се корегира, като отговорността за това се пада на трудовата медицина, би трябвало да се прояви активност на законодателно ниво, на нивото на Рамков договор между договорните партньори –ОПЛ и НЗОК, за да се възроди превантивната медицина като цяло, започвайки от дейността на общопрактикуващия лекар.

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

Отсъствието на връзки между стълбовете на профилактичната медицина у нас – ОПЛ и СТМ, насочва към търсене на показатели за влошено здравословно състояние на трудовата сила на страната. Направихме анализ на заболяемостта според субективното мнение на ОПЛ.

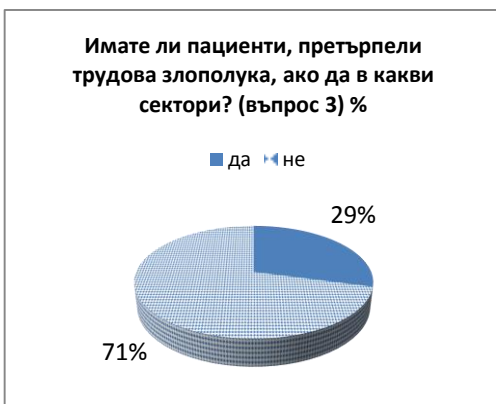
Първо изяснихме каква част от практиката на лекаря съставляват тези в работоспособна възраст. Този въпрос се оказа труден за ОПЛ, защото въпреки че имат разпределението на регистрираните в практиката си пациенти и че получават справка от НЗОК, значителна част от хората в работоспособна възраст не работят, тук се включват студенти, безработни, заети в сивата икономика. В анкетирания практики работещите пациенти са средно 52,51% от цялата листа, между 10% и 95% сред 471 практики на отговорилите ОПЛ (табл.

14, приложение 15). Тези данни обикновено се изчисляват на базата на възрастните регистрирани в практиката, и след като се извадят децата и пенсионерите, тяхната реална стойност обаче е много динамичен показател, с ориентиран характер.

Проучването на заболяемостта с трайна неработоспособност, като обективен израз на променено здравно състояние, показва, че е голям броя на пациентите с ЕР на ТЕЛК/НЕЛК – средно 54,02, като най-малко са 0, най-много 350(табл. 14, приложение 15) . След уточняващи въпроси с лекарите изяснихме, че някои от лекарите представят общия брой на пациенти с такива експертизи, включително и пенсионерите. Необходимо е да бъдат обхванати само работещите на възраст от 18-65 г., за което обаче в голямата част от ОПЛ практиките информация липсва, като често това е поради освидетелстване преди реформата или поради лични мотиви от страна на пациента. Прави впечатление от разговорите с ОПЛ, че причините за освидетелстване от органите на експертизата, са социално-икономически – съкращения в предприятията, за социално подпомагане – социални помощи, както и сериозни нарушения на здравето в резултат, и на условията на труд. Липсата на информация относно ЕР на ТЕЛК/НЕЛК прави непълна здравната информация за пациента, въз основа на която се вземат решения за пригодност за работа, при издаване удостоверение за започване на работа, за заболявания с различен характер и тяхната връзка с труда и работното място. Необходимо е създаване на база – данни на тази информация за пациента и нормативно определени възможности за достъп до съответната информация за различните специалисти.

На групата въпроси за производствения травматизъм от 466 практики, в 330 считат, че нямат пациенти, претърпели трудова злополука. За останалите структура се определя от заети 46- строителство, с 52 засегнати, металургия-3, с 20 броя, транспорт-10, брой-7, производство 10, брой-5, администрация-3, хранително-вкусова-3, мед.сестри-2, брой-3, 2-адвокати, с 3 броя, автосервиз-3, лекар – 2, промишленост -2, брой 2, химическа промишленост, работа с режещи инструменти, електротехник, полицаи, дървообработване, дограма – по 2 – ма, Кремиковци, секретарка, инспектор в гр. транспорт, ел. ток, печатар, автомивка, КЦМ - по веднъж. Липсата на данни за ТЗ при ОПЛ е лесно обяснима с отсъствието на изискване за наличието на подобна информация при ОПЛ, както и поради честата практика подобни случаи да се определят като «битов травматизъм» (фиг. 20, табл. 16, приложение 15).

фиг. 20 Въпрос 3 Имате ли пациенти, претърпели трудова злополука, ако да в какви сектори?



фиг. 21 Въпрос четири Имате ли пациенти с признати професионални заболявания, ако да в какви сектори?

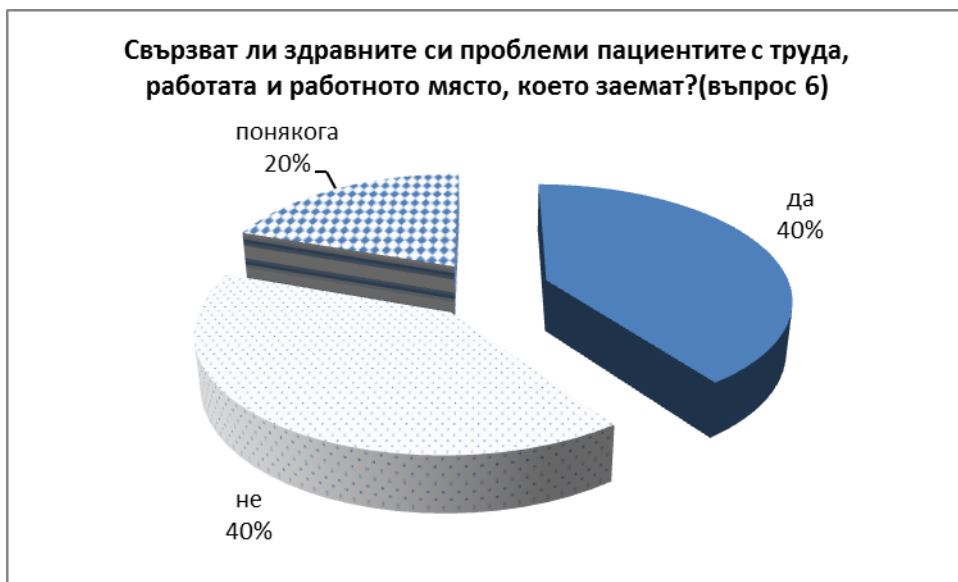


Нозологичната структура по отношение на професионалните заболявания е следната: водещи са пулмологичните заболявания[64], следвани от увреждания, резултат от вибрации, миотендиноза, миотендинит, каналис карпалис синдром също са налични в някои практики, както и др. Като професии – миньорите са водещи - следвани от строителите и шофьорите. В 387 практики, считат че нямат пациенти с ПЗ или им липсва такава информация, тя не е и изискуема по НРД. Общият брой на разкритите пациенти с признати професионални заболявания е 98, разпределени в 81 практики(фиг. 21, табл. 16, приложение 15).

Професионалното становище на анкетираните лекари е, че имат пациенти с непризнати професионални заболявания, особено сред заетите в строителството. Предположенията им за това явление е отново страха от уволнение в момент на икономическа криза. Структурно, водещите професионални заболявания в практиките на ОПЛ, съответстват на водещата профпатология в официалната статистика, в която обаче на първо място са заболяванията на мускулно-скелетната система, второто се заема от белодробните болести.

От друга страна пациентите не винаги свързват здравословните си проблеми с работата, т.е. тази връзка често се пропуска. На въпрос №6, дали свързват пациентите здравните си проблеми, с труда, работата и работното място, което заемат, мненията се разделят на две почти равни части, като значим брой от отговорилите са на мнение, че това зависи от конкретните условия (фиг. 22, табл. 16, приложение 15).

фиг. 22 Въпрос 6 Свързват ли здравните си проблеми пациентите с труда, работата и работното си място, което заемат?

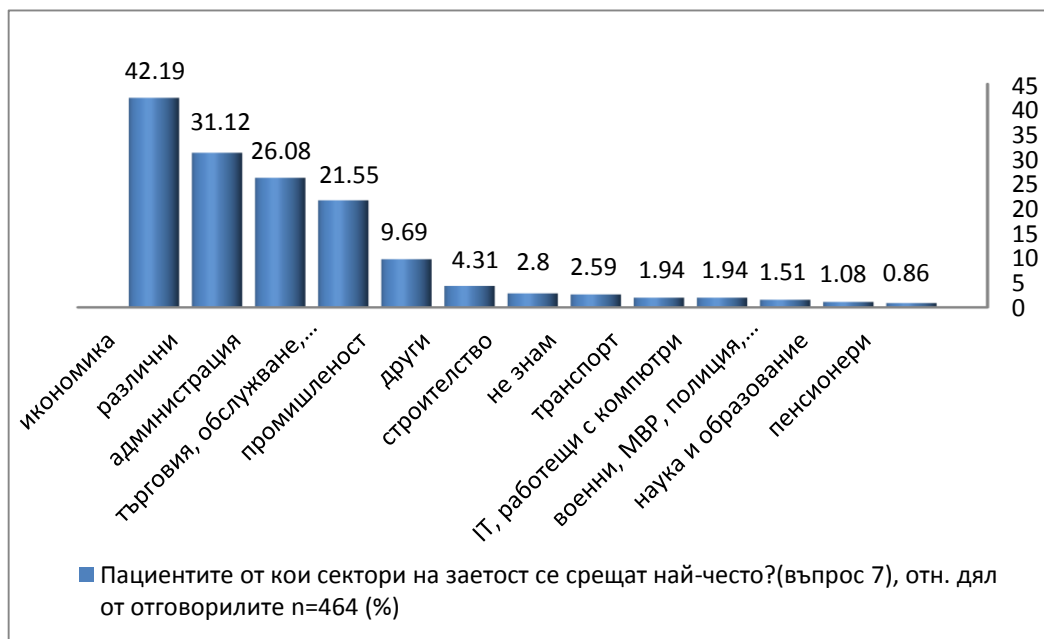


Структурата на пациентите в практиката на ОПЛ е разнообразна, обаче има и конкретни отговори на въпроса относно от кой сектор на заетост са основно регистрираните.

Най-честите отговори на личните лекари са: 149 -различни; 121 - администрация; работници, производство, промишленост – 45; икономисти-27; строителство – 13, не знам -12, наука, образование и учители -5; компютърни специалисти – 9 (фиг. 23,

приложение 15). Що се касае за превалиране на определени категории пациенти, които да са по-често консултирани от ОПЛ, 175 от ОПЛ отговарят, че пациентите са различни като професия и сектор на заетост, 107 – администрация, 54-търговия, услуги и обслужване, 26-промишленост, производство, 21-наука, образование, 14-икономика, а 35 посочват, че това са пенсионерите, като пропускат, че въпроса касае само работещите (фиг. 24, приложение 15). Намерените данни са в съответствие с променената структура на заетостта, с преобладаване на заетите в непроизводствения сектор, особено подчертано в София-град.

фиг. 23 Въпрос 7 Пациентите от кои сектори на заетост се срещат най – често?



фиг. 24 Въпрос 8 Най-често посещаващите Ви пациенти, ако има такава тенденция от кой сектор са?



Най-честите здравни проблеми при работещите според анкетираните ОПЛ са болестите на органите на кръвообращението, най-вече артериалната хипертония, следвани от болестите на дихателната система, най-вече ОКГДП, болестите на костно-мускулната

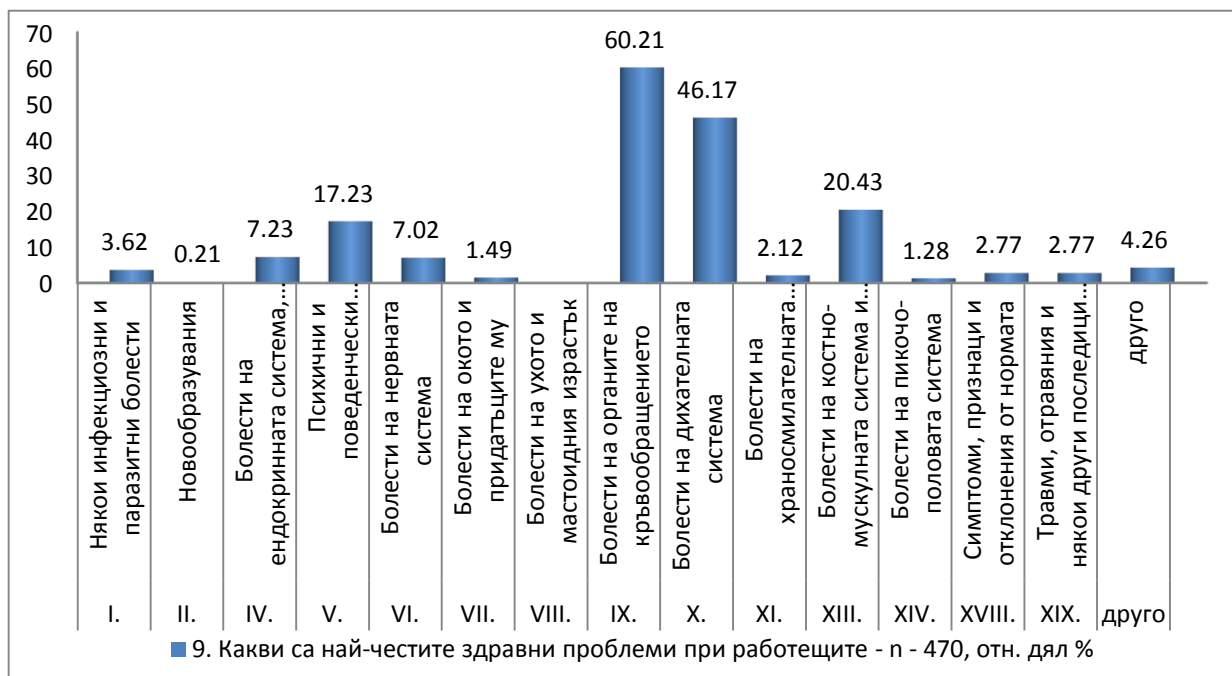
система (опорно-двигателния апарат) и психичните заболявания (фиг. 25, табл. 19, приложение 15).

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

Таблица 19 Сравнително представяне на най-честите, най-сериозните и свързаните от пациентите с работата заболявания, по МКБ-10, относителен дял от отговорилите п(%)

Вниманието на здравните специалисти към диагностиката, лечението и най-вече превенцията на болестите на органите на кръвообращението е основателно, поради хроничното им протичане, усложненията и необходимостта от лечение за цял живот, водещи до влошено качество на живот и силно ограничаване на работоспособността, за разлика от дихателните заболявания, заемащи второ място, които преминават често без усложнения за няколко дни. Костно-мускулните заболявания, които са крайно инвалидизиращи в някои от случаите и са една от водещите причини не само за временна, но и за трайна нетрудоспособност също са всекидневен проблем. Това означава, че хората все по-рядко търсят помощ във връзка с ОИГДП, самолечат се най-често, посещението при ОПЛ в тази връзка е за издаване на болничен лист за временна нетрудоспособност. Сериозните заболявания стават приоритетни в практиката на ОПЛ, т.е. налице е редуция в потока на пациенти към тях, особено в извън грипния сезон, а търсещите тяхната помощ са рискови пациенти. Психичните оплаквания и заболявания, стресът стават все по-чест проблем в практиката на ОПЛ, това се потвърждава и в други проучвания, така например в анализ на регистрираната заболеваемост в амбулаторните практики в Англия и Уелс става ясно, че коронарната болест на сърцето и депресивните състояния и тревожността са със сходна честота при мъжете, а при жените първите са $\frac{1}{4}$ от вторите, като нарастването за 2 г. от 1994-1996 г. е с 19%. Хипертонията и коронарната болест съставляват $\frac{2}{3}$ от лекуваните в практиките на ОПЛ заболявания. Известна е връзката между психичните и сърдечно-съдовите проблеми, като адекватното третиране на първите ще доведе до овладяване и на вторите [125,134].

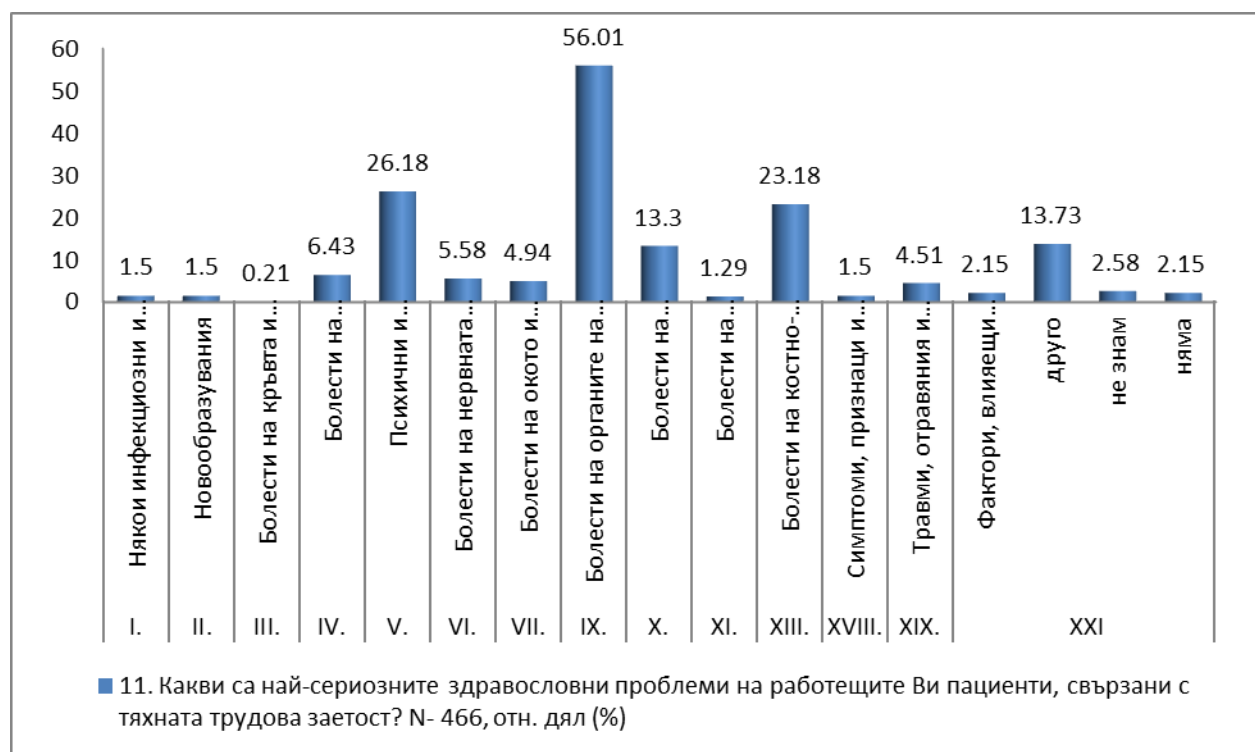
фиг. 25 Въпрос № 9 Какви са най-честите здравни проблеми при работещите? отн. дял (%)



На въпроса за най-сериозните здравословни проблеми на работещите пациенти, свързани с тяхната трудова заетост, субективното мнение на ОПЛ е, че като водещ

проблем се очертава АХ, следвана от психичните, костно-мускулните заболявания и тези на дихателната система (фиг. 26, табл. 19, приложение 15). Анализ на лекуваната в амбулаторните практики на ОПЛ в Англия и Уелс артериална хипертония показва нарастване от 21% за четири години от 1994-1998 г. 25% от това нарастване се пада на възрастните, а 75% на хората в активна възраст. Жените са по-засегнати от АХ със 17% спрямо мъжете[146].

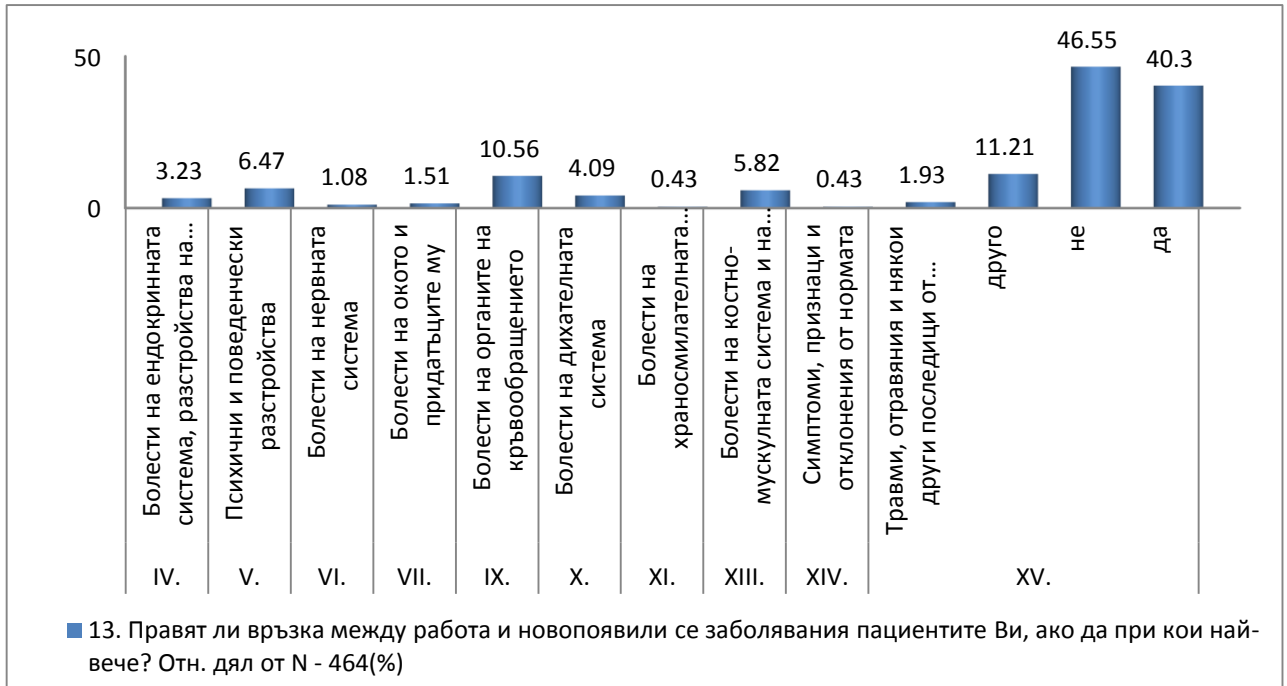
фиг. 26 Въпрос № 11 Какви са най-сериозните здравословни проблеми на работещите Ви пациенти, свързани с тяхната трудова заетост? (%)



Що се отнася до намирането на причинно-следствена връзка от пациентите между работа и новопоявили се заболявания, структурата се запазва и ССЗ се последват от психичните и заболяванията на костно-мускулната система, т.е. стресът на работното място, както и пренапрежението са основни проблеми със сериозни последствия за здравето(фиг. 27, табл. 19, приложение 15). Търсенето на начини за тяхното управление ще намали чувствително временната нетрудоспособност и ще повиши мотивацията и качеството на живот на работещите. Лекарите препоръчват често спокойствие и комфортна обстановка, както и други релаксиращи и окуражаващи работещия и пациента профилактични мерки. Единици определят връзка между влошено здравословно състояние и някои специфични условия на труд като: вредна среда, бои, лепила, претоварване, тежък труд, нощен труд, климатизация. Други определят връзка между длъжността и здравословния проблем, като например: касиери, интелектуалци, шофьори, охранители, общи работници,банкови чиновници, при младите, обслужване, частен сектор, производство, контакти, административен, ИТ. Работа на компютър се

свързва с влошен здравословен статус в пет от анкетиранияте, също колкото и тежкия труд. Запращеността се приема за фактор от четирима, а от по двама – професията на шивачките, учителите, принудителната поза.

фиг. 27 Въпрос 13 Правят ли връзка между работа и новопоявили се заболявания пациентите Ви, ако да при кои най-вече? (%)



Заболеваемостта с временна неработоспособност, оценена чрез средномесечният брой на издаваните болнични от 469 респондъри в анкетата със средно 28,83 броя, максимум 340; минимум 1,5 на месец, показва значителна разлика в бройката в зависимост от сезона и епидемичната обстановка (табл. 14, приложение 15). В грипна обстановка и при някои практики, особено с предимно педиатрична насоченост, броя на издадените болнични е двойно по-голям отколкото в извънепидемична ситуация. Независимо от това прави впечатление, че издадените болнични листове за заболяване и злополука са малко.

Всички тези резултати показват значителни промени в заболеваемостта на населението и отлив от извънболничната медицинска помощ, с голям дял на скритата заболеваемост от ОИГДП, които се лекуват без намесата на лекар, преобладаване на сериозната заболеваемост в практиката на ОПЛ, при отчитане връзката между психичното здраве и болестите на органите на кръвообращението, следва да се предприемат мерки за намаляване на стреса и осигуряване на ментално здраве, което е функция на социално-икономически фактори и трудно се контролира при негативни тенденции в икономиката. Въпреки това е задължителна грижата за здравето, с акцент върху промоцията на здраве и превенцията на заболяванията, като се отдаде необходимото на здравословния начин на живот, хранене и системни занимания със спорт. Комуникацията на риска от психични проблеми на работното място и отговорност за

здравето на всички нива, чрез постигане на спокойна работна среда и диалог, също е от значение. Наложително е изработването на конкретни гайдлайни за превенция на свързаните с труда най-чести заболявания, за осигуряване на психично здраве и спорт, функция на Трудовата медицина, като сътрудничеството с ОПЛ би гарантирала въвеждането в практиката на превантивни програми, оптимизирала контрола на професионалните рискове и гарантирала положителни резултати като следствие. Необходимо е професионалните болести, трудовите злополуки и ЕР на ТЕЛК/НЕЛК да са част от информационната система на НЗОК.

ЗАВИСИМОСТИ:

Потърсихме статистически зависимости между отговорите на някои въпроси от анкетата (табл. 20), като се установи силно изразена връзка между положителните отговори на въпрос 12 и 15 – необходимост от информация за работната среда и време за професионална анамнеза – $\chi^2 - p = 0,003$ (табл.21). Това дефинитивно разделя ОПЛ според тяхната натовареност и организационни умения, на такива които намират време за задълбочена анамнеза и на други, за които това е проблем.

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

Таблица 20 Статистически зависимости анкета ОПЛ

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

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

Таблица 21 Крос-табл. 12/15 Въпрос, зависимост достатъчност на време за преглед/нужда от информация за работната среда

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

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

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

Здравето на трудовата сила заема приоритетно място в държавната здравна политика и общественото здравеопазване. Превантивните подходи за запазване и укрепване здравето на работоспособното население са базисни в здравната стратегия на Европа и България, защото те са най-достъпни и същевременно най-ефективни. Въведената в българското законодателство Рамкова директива 89/391/ЕИО чрез Закона за здравословни и безопасни условия на труд, утвърждава задълженията на работодателите по отношение обезпечаването на здравословни и безопасни условия на труд на работещите. В осъществяване на тази дейност те са подпомагани и консултирани от Службите по Трудова медицина явяващи се експертни организации, с ограничени правомощия в тази област, защото осъществяват дейността си чрез работодателите и в съответствие с техните възможности и потребности[61,62]. Обемът на трудово-медицинското обслужване на работещите има различни измерения, от базисните – законово-изискуемите, до същинската грижа за здравето и благоденствието на работещите, изразено в активна промоция на здраве. Факторите, определящи тези различия са предимно икономически, но също така и кадрови, и образователни - задълбочените познания, продължаващата квалификация, комуникативните умения дават отражение върху постигнатото от Службите по Трудова медицина. Социално-

икономическите проблеми в обществото, отлива от медицинската професия и значителния емигрантски поток очертават кадрови дефицит в редица области от медицината, вкл. и в Трудовата медицина. За да изясним състоянието на Трудовата медицина по отношение на обезпечеността със специалисти в областта на здравословните и безопасни условия на труд в България направихме анализ на официалния Регистър на Службите по Трудова медицина на Министерство на здравеопазването[39,62], създаден и поддържан съгласно чл. 25г, ал.6 от Закона за здравословни и безопасни условия на труд. Минималният състав на всяка Служба по Трудова медицина включва лекар със специалност „Трудова медицина“, инженер, с тригодишен стаж в областта на безопасността на труда и технически изпълнител, с образование не по-ниско от средно, като имената им, както и това на самата СТМ, с нейната адресна регистрация са задължителна информация, фигурираща в Регистъра на Службите по Трудова медицина. Съществено е, че лицата в състава на СТМ подписват декларация за неразгласяване на данните, предоставени им от работодателя на обслужваното предприятие[40]. При сравнително разглеждане на данните от 2008 г. се намери следното: налице е нарастване броя на СТМ спрямо 2008 г. с 84, както и на специалистите по трудова медицина – с 37, спрямо 2008 г. Специалистите с 2 СТМ – са намалели, с 3 и 4 са нараснали, с 5 са редуцирани, с 6 са без промяна и със 7 са нараснали двойно[37], (фиг. 28, табл. 23).

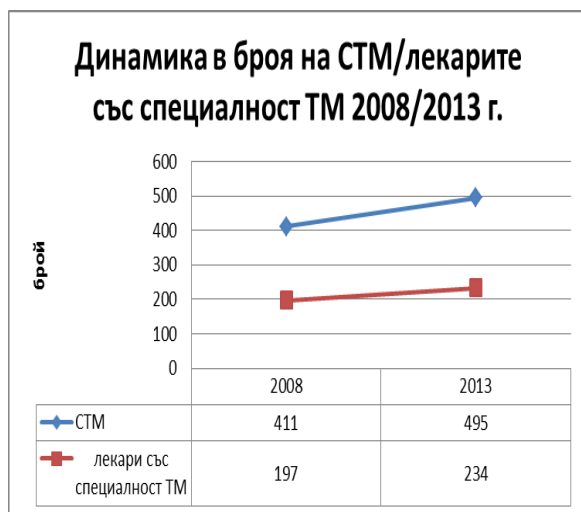
При извършения анализ на Регистъра на СТМ беше установено, че Службите по Трудова медицина, фигуриращи в него са на брой 571, само 224 от тях са предоставили свой e-mail, като 76 от СТМ са със заличена регистрация, а 495 са действащи СТМ, разпределени между 234 лекари, специалисти по трудова медицина.

Съотношението на броя регистрирани СТМ и броя на специалистите по Трудова медицина е представено на (фиг. 29).

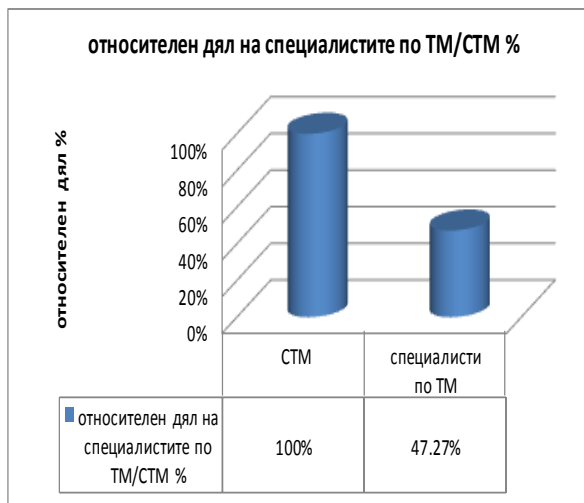
сравнително представяне СТМ/специалисти по ТМ	2013г.		2008г.		разлика 2013-2008	% нарастване 2013/2008
	брой	относителен дял на специалистите по ТМ/СТМ %	брой	относителен дял на специалистите по ТМ/СТМ %		
СТМ	495	100%	411	100%	84	20.44%
специалисти по ТМ	234	47.27%	197	47.93%	37	18.78%

Таблица 23 Съотношението на броя регистрирани СТМ и броя на специалистите по Трудова медицина 2008/2013

фиг. 28 Динамика на броя СТМ/лекарите със специалност ТМ 2008/2013 г.



фиг. 29 Съотношението на регистрирани СТМ и на лекарите, специалисти по Трудова медицина %

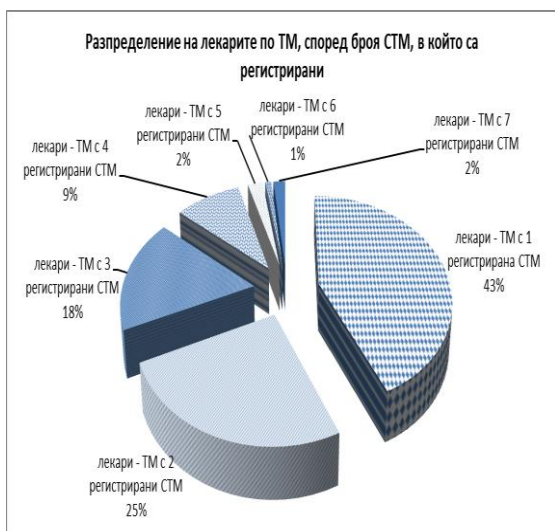


Това означава, че средно 2,1 СТМ се падат на един лекар, специалист по ТМ, като най-голям брой СТМ, в които е регистриран един лекар – ТМ е 7, четирима са тези специалисти в целия Регистър. Най-голям брой от лекарите участват само в една СТМ – 101, с две СТМ са 59 от лекарите, 41 са с три СТМ, с четири са 22, с пет са 5, с шест са двама лекари, точното разпределение по брой е показано на табл. 24 и фиг. 30.

Table 1 Разпределение на лекарите - специалисти по ТМ и инженерите, с 3-годишен опит в областта на ЗБУТ, участващи в задължителния състав на СТМ според броя СТМ, в които са регистрирани.

специалист, регистриран в N брой СТМ	брой лекари - ТМ, регистрирани в съответния брой СТМ, n	2013 г. отн. дял %	2008 г. брой лекари ТМ	2008 г. отн. дял %	брой инженери, регистрирани в N - СТМ, брой - n	отн. дял %
специалист, регистриран в 1 СТМ	101	43.16	84	42.60	350	85.37
специалист, регистриран в 2 СТМ	59	25.21	57	28.90	49	11.95
специалист, регистриран в 3 СТМ	41	17.52	28	14.20	5	1.22
специалист, регистриран в 4 СТМ	22	9.4	17	8.60	6	1.46
специалист, регистриран в 5 СТМ	5	2.15	7	3.50	0	0
специалист, регистриран в 6 СТМ	2	0.85	2	1	0	0
специалист, регистриран в 7 СТМ	4	1.71	2	1	0	0
Общо специалисти	234	100	197	100	410	100

фиг. 30 Разпределение на лекарите - специалисти по ТМ, според броя СТМ, в които са регистрирани (в %).



фиг. 31 Разпределението на инженерите, според броя СТМ, в които са регистрирани.



Установи се, че инженерите, влизащи в състава на СТМ са 410, като при тях също има такива, с регистрация в няколко СТМ, максимално в четири – при шестима от инженерите, 350 са с по една регистрация, 49 с по две, а петима с по три СТМ. В някои от СТМ е налице и още един инженер, защото такъв е третият в СТМ – техническия изпълнител, при това общият брой на всички инженери е 469 (инженери+технически изпълнители), като 8 СТМ, разпределени между 7 втори лица са изключени от анализа поради липсата на уточняващото съкращение“инж.“ пред името им. В случай, че се касае само за технически, а не за фактологичен пропуск, то тогава вторите лица-инженери биха били 417, а общо инженерите в Регистъра ще са 476. Разпределението на инженерите, според броя СТМ, в които са регистрирани е показано в табл. 24 и на фиг. 31.

При проучване на третите лица в СТМ – техническите изпълнители се установи, че техният общ брой е 471, 59 от тях са инженери, 40 лекари и 372 - технически изпълнители без специалност. В 43 от СТМ – третото лице е лекар, в 62 инженер, а в останалите 390 – технически изпълнител без горните специалности. Разпределението, според специалността на техническите изпълнители е показано в табл. 26.

Table 2 Разпределение, според специалността и броя на СТМ, в които са регистрирани техническите изпълнители – трети лица от СТМ

брой СТМ, в които регистрирани техническите лица	брой технически лица, регистрирани в N - СТМ, общо	отн. дял %	инженери - трето, техническо лице, регистрирани в N СТМ	отн. дял %	лекари - технически лица, регистрирани в N СТМ	отн. дял %	технически лица, регистрирани в N - СТМ, с неуточнена над средно образование квалификация	отн. дял %
1 СТМ	448	95.12	56	94.92	37	92.5	355	95.43
2 СТМ	22	4.67	3	5.08	3	7.5	16	4.3
3 СТМ	1	0.21	0	0	0	0	1	0.27
технически лица общо	471	100	59	100	40	100	372	100

Проучихме каква част от техническите изпълнители фигурират в повече от една СТМ, намери се, че макар и в по-малка степен и при тях е налице регистрация в повече от 1 СТМ, един е в три СТМ, 22 в по две, а огромният брой – 448 в една. Тези данни са дадени в табличен вид в табл. 26. По-конкретно при инженерите, трети лица в СТМ, трима са регистрирани в 2 СТМ, а 56 само в една. При лекарите – трети лица в СТМ, също трима са регистрирани в две СТМ, а 37 в една (табл. 26). От техническите изпълнители без уточнена квалификация, 16 са в две СТМ, 1 в три, а останалите 355 – в една (табл. 26).

Ясно проличава необходимостта от продължаващо обучение на установените от нас 372 технически изпълнители в областта на Трудовата медицина и експертизата на работоспособността. Според нас изключително удачна възможност е тяхното обучение в бакалавърска и/или магистърска степен по Трудова медицина и работоспособност във Факултета по Обществено здраве(ФОЗ) на Медицински Университет - София. Образователно-квалификационната степен (ОКС) „магистър” предоставя възможности за задочно обучение, с минимален времеви ресурс във ФОЗ и дистанционно обучение от работните места. При ОКС „бакалавър” се използва модулната система на обучение, която също в значителна степен облекчава обучаващите се[62,159].

Идентифицираха се значителен брой специалисти, работещи в повече от една Служба по Трудова медицина, като най-често това явление се наблюдава при лекарите, специалисти по ТМ, в по-малка степен при инженерите и техническите изпълнители. Причините за това явление са различни и не могат да се обяснят само на базата на данните от Регистъра, където липсва информация за размера на СТМ и броя на обслужваните лица, поради което се налагат допълнителни задълбочени проучвания и експертен анализ. В някои случаи става въпрос за пререгистрация, поради някаква причина (224 от СТМ са претърпели някаква промяна – в минималния състав, променено е седалището на фирмата и др.), като тя не е отразена конкретно, в други за

реален дефицит на специалисти, който следва да бъде запълнен с добре подготвени лекари, специалисти по Трудова медицина, инженери, с необходимата квалификация, бакалаври и магистри по „Трудова медицина и работоспособност”, адекватно подготвени за организационните и техническите предизвикателства, с които ще се сблъскват във всекидневната си практика. За да могат специалистите, в състава на СТМ да изпълнят своята мисия по осигуряване на здраве и безопасност при работа, да спомогат за подобряване на здравословното състояние на работещите и по този начин да осигурят просперитет на страната са необходими също така познаване, признание и уважение към превантивната медицина, част от която се явява Трудовата медицина от страна на цялото общество, държавата и работодателите, както и разширяване на техните правомощия и адекватно заплащане на високоспециализирания им труд.

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

За да изясним гледната точка на СТМ и съществуващите взаимовръзки между тях и ОПЛ в настоящия момент, осъществихме он-лайн и пряко анкетно проучване сред СТМ от Регистъра на СТМ на МЗ чрез анкета съдържаща 18 въпроса (приложение 16). Получените 77 анкети бяха анализирани, при което се установи, че една СТМ обслужва най-малко 270, най-много 17000 и средно 2897,15 здравноосигурени работещи лица (табл. 24, приложение 16).

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

Таблица 24 Дескриптивна статистика на първи въпрос: Брой обслужвани работещи?

Почти всички – 72(94,7%) от анкетиранияте предоставят информация под формата на уведомление, съгласно Наредба 3/2008 от проведени профилактични прегледи по месторабота на ОПЛ на работещите, 4 (5,3%) не са предоставяли такава, една от фирмите не е дала отговор (фиг. 32, табл. 25, приложение 16).

фиг. 32 Въпрос №3, предоставяне на уведомление от проведени профилактични прегледи на ОПЛ

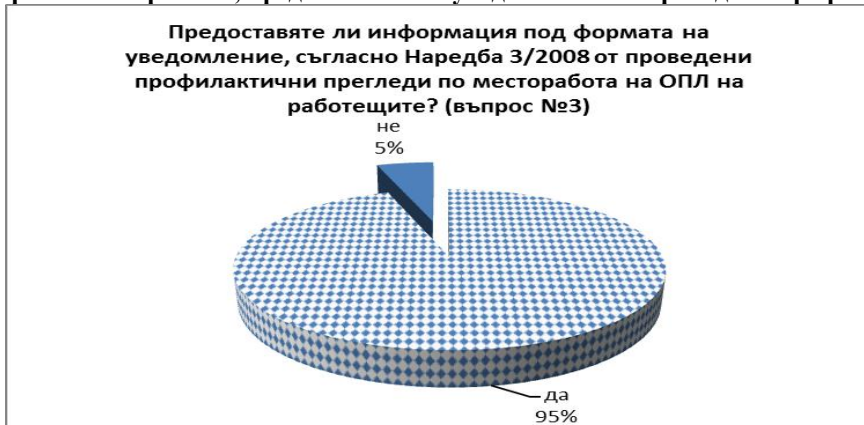


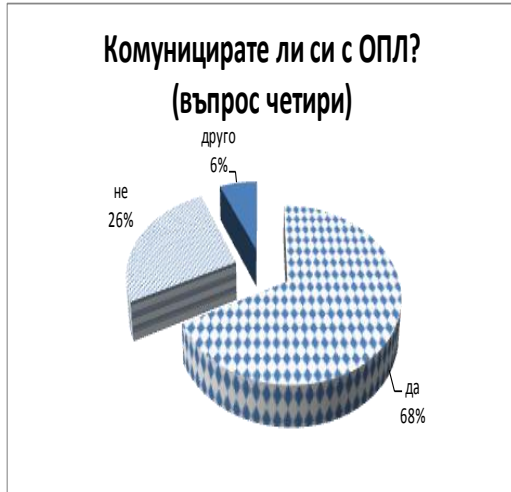
Таблица 25 Дескриптивен анализ на Въпроси № 3, 4, 5, 7, 10, 11, 13, 16, 17, анкета СТМ, п и %

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

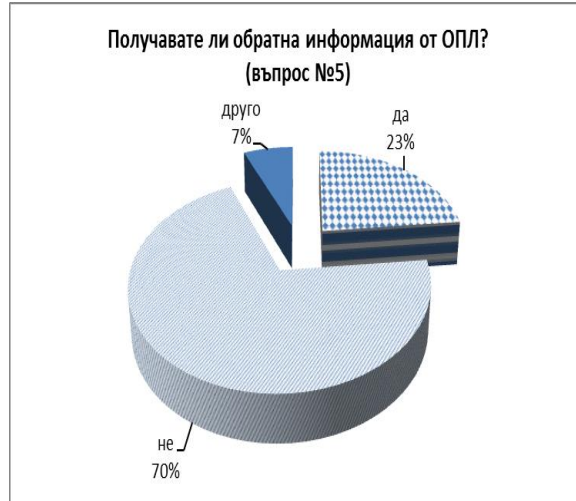
На въпроса дали е налична комуникация с ОПЛ, 52(67,5%) от СТМ дават положителен отговор, 20(26%) отрицателен и 5(6,5%) са на особено мнение (фиг. 33, табл. 25, приложение 16).

Обратна информация от ОПЛ към СТМ е получавана от 18(23,4%) СТМ, 54(70,1%) имат негативен опит в това отношение, а 5(6,5%) поясняват, че това се случва, ако е изрично поискана информацията от СТМ, или много рядко, на 3 г. веднъж (фиг. 34, табл. 25, приложение 16).

фиг. 33 Въпрос четири Комуницирате ли си с ОПЛ?



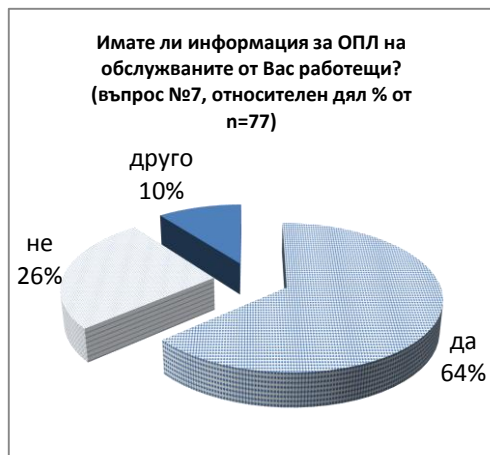
фиг. 34 Въпрос № 5 Получавате ли обратна информация от ОПЛ?



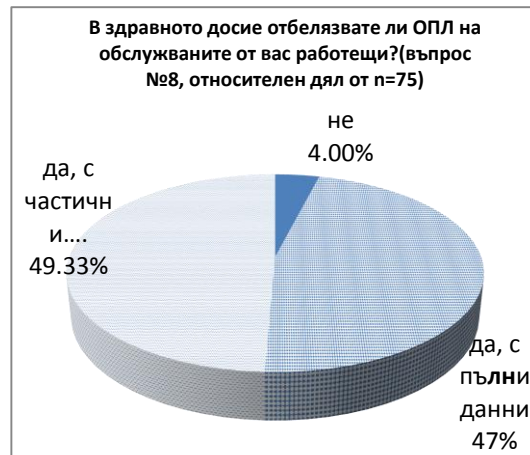
На въпроса дали се е налагало насочено търсене на информация относно здравословното състояние на пациент от ОПЛ при казуси и съответно дали е била получена, се оказва, че 26(33,77%) от СТМ не са имали такъв случай, 19(24,68%) са търсили информация и не са я получили, на 30(38,96%) е била предоставена, 2(2,6%) са нееднозначни в отговорите си(приложение 16).

По-голямата част от СТМ – 49(63,6%) имат информация за ОПЛ на обслужваните пациенти, 20(26,0%) не разполагат с такава, а 8(10,4%) са дали отговор, различен от „да“ и „не“ (фиг. 35, табл. 25, приложение 16)

фиг. 35 Въпрос № 7 Имате ли информация за ОПЛ на обслужваните от Вас работещи?



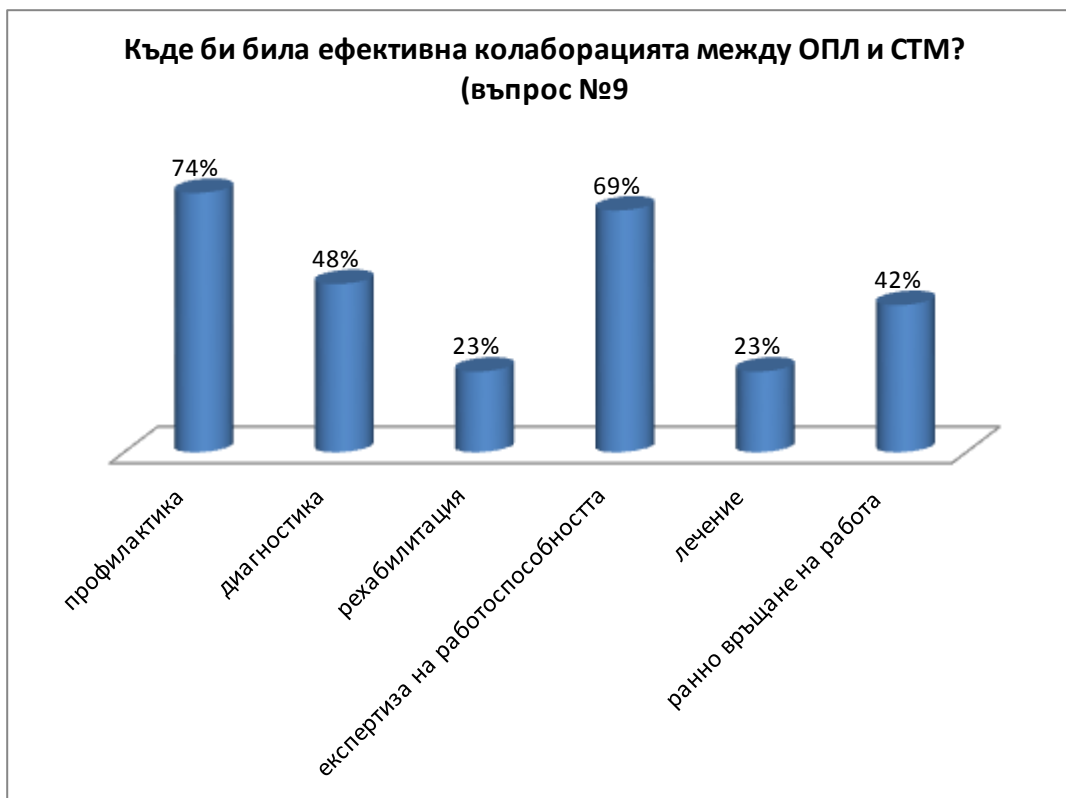
фиг. 36 Въпрос № 8 В здравното досие отбелязвате ли ОПЛ на работещия и как?



От друга страна на въпроса как и дали се отбелязва ОПЛ на работещия в здравното досие, 35(47%) от СТМ споделят, че се въвеждат пълни данни, 37(49,33%) – частични данни, често без телефон, на базата на предоставените от пациента данни, само 3(4%) СТМ не отбелязват никаква информация за ОПЛ, а 2 СТМ не дават отговор на този въпрос (фиг. 36, табл. 25, приложение 16).

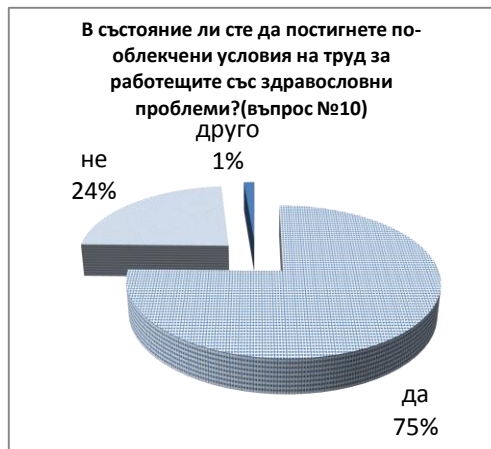
При изясняване на възгледите на СТМ относно областите, в които колаборацията между ОПЛ и СТМ би била полезна, най-голям брой от СТМ считат, че профилактиката(57 СТМ – 74,03%) и експертизата на работоспособността(53 - 68,83%) са най-перспективните от изброените, следвани от диагностиката (37 - 48,05%), ранното връщане на работа(32 - 41,56%) и на по-заден план остават рехабилитацията(18 -23,38%) и лечението(18 - 23,38%)(приложение 16, фиг. 37).

фиг. 37 Въпрос № 9 Къде би била ефективна колаборацията между ОПЛ и СТМ (относителен дял % от броя отговорили n)?



Интересен факт е, че 58(75,32%) от СТМ споделят, че могат да постигнат по-облекчени условия на труд за работещи със здравословни проблеми, 18(23,38%) не са в състояние да въздействат, а 1(1,3%) СТМ е с особено мнение (приложение 16, фиг. 38).

фиг. 38 Въпрос № 10 В състояние ли сте да постигнете по-облекчени условия на труд за работещи, със здравословни проблеми?



фиг. 39 Въпрос № 11 Бихте ли участвали в експертизата на трудоспособността и с каква продължителна следдипломна квалификация?



Поради факта, че СТМ понастоящем са изключени от експертизата на работоспособността, а тяхното участие в редица случаи може да предотврати излишното удължаване на временната нетрудоспособност на работещи пациенти, за които могат да се намерят алтернативи, при нарушено здравословно състояние за продължаване на работа, без това да е в техен ущърб, поставихме и въпрос относно желанието на СТМ за участие в този процес и необходимостта от продължителността на една допълнителна квалификация в това направление. Повечето СТМ биха участвали в експертизата на трудоспособността – 42 (54,54%), 31 (40,3%) не биха се включили(приложение 16, фиг. 39).

Относно срока на допълнителна квалификация е налице значителна вариация в отговорите, от 5 дни до 5 години. По четири СТМ дават отговор 1 месец и 1 година, две по 6 месеца и 5 години. Друго предложение е след 10 годишен стаж да може без допълнителна квалификация да се участва в експертизата на работоспособността, като част от анкетираните считат, че това участие следва да е постоянно и да включва всекидневната работа на ОПЛ.

По отношение на заболяванията, които генерират най-чести отсъствия от работа, се установи сигнификантно водещото значение на заболяванията от клас X по МКБ – 10, следвани от клас IX и клас XIII, разпределението е дадено в приложение 16, табл. 26, фиг. 40.

По отношение на заболяванията, които генерират най-продължителни отсъствия от работа, се установи сигнификантно водещото значение на заболяванията от клас II, IX, XIX, XIII по МКБ – 10, разпределението е дадено в приложение 16, табл. 26, фиг. 41.

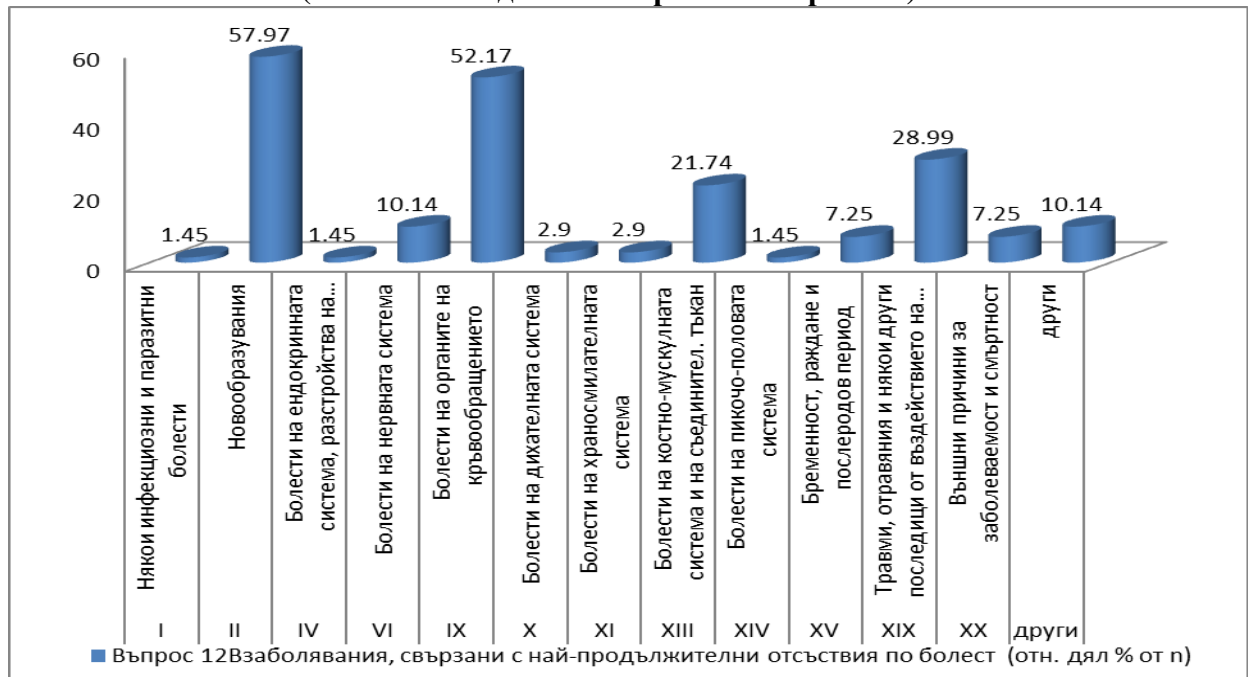
клас по МКБ -10	Класове болести	Въпрос 12А - заболявания, свързани с най-чести отсъствия по болест - n=74	Въпрос 12А (отн. дял % от n)	Въпрос 12В - заболявания, свързани с най-продължителни и отсъствия по болест - n=69	Въпрос 12В (отн. дял % от n)	Въпрос № 15 - най-сериозни заболявания, свързани с работата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

Таблица 26 Сравнителна таблица на заболяванията, които генерират най-чести, най-продължителни отсъствия от работа, както и субективно приеманите за най-сериозни от СТМ, n и %

фиг. 40 Въпрос № 12А Кои са заболяванията, генериращи най-чести отсъствия по болест (относителен дял % от броя отговорили n)?



фиг. 41 Въпрос № 12Б Кои са заболяванията, генериращи най-продължителни отсъствия по болест (относителен дял % от броя отговорили n)?



Най-сериозните здравни проблеми на работещите, свързани с работата им, според СТМ са заболяванията на костно-мускулната система и съединителната тъкан – 32(50.79%), болести на органите на кръвообращението – 28(31.75%) и на нервната система – 20 (31.75%), разпределението е представено на фиг. 58 (табл. 26, фиг. 42).

фиг. 42 Въпрос №15 Кои са най-сериозните здравни проблеми на работещите, свързани с работата им във Вашата практика по МКБ – 10(относителен дял % от броя отговорили n)?

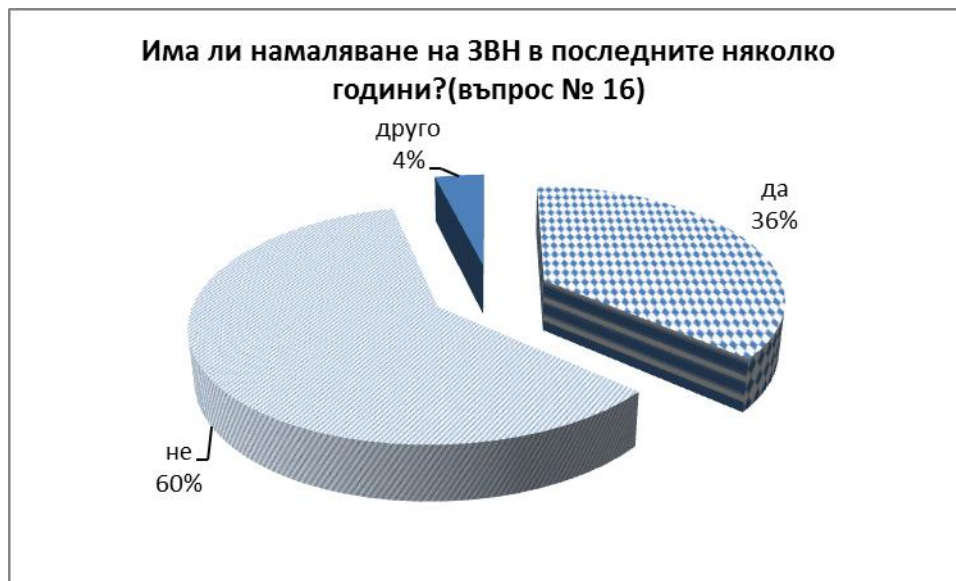


I. Някои инфекциозни и паразитни болести; II. Новообразувания; III. Болести на кръвта и кръвотворните органи; IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата; V. Психични и поведенчески разстройства; VI. Болести на нервната система; VII. Болести на окото и придатъците му; VIII. Болести на ухото и мастоидния израстък; IX. Болести на органите на кръвообращението; X. Болести на дихателната система; XI. Болести на храносмилателната система; XII. Болести на кожата и подкожната тъкан; XIII. Болести на костно-мускулната система и на съединител. Тъкан; XIV. Болести на пикочо-половата система; XV. Бременност, раждане и послеродов период; XVI. Някои състояния, възникващи през перинаталния период; XVII. Вродени аномалии (пороци на развитието); XVIII. Симптоми, признаци и отклонения от нормата; XIX. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини; XX. Външни причини за заболяемост и смъртност; XXI. Фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби;

На въпроса дали се е случвало някой друг специалист да верифицира професионално заболяване, 30(39,0%) отговарят негативно, а 47(61,0) от СТМ утвърдително (приложение 16).

Най-често професионално заболяване диагностицират в болничната помощ – 32 (41,56%), по-рядко в извънболничната – 12 (15,58%), от ОПЛ – 8(10,39%), а от друго звено в системата на здравеопазването, най-често от Клиника по професионални болести – 9 (11,69) (приложение 16).

При анкетирането на ОПЛ, предшествашо това на СТМ, беше получена информация, че често дори и болни, хората продължават работа, поради социално-икономически причини, това ни накара да потърсим информация от СТМ относно наличието или отсъствието на редуция в ЗВН през последните няколко години. Повечето споделят, че няма промяна, 46(59,7%) от отговорилите, 28(36,4%) считат, че е налице такава тенденция, друга част – 3 (3,9%) уточняват, че болнични ползват не само болните, а болните не винаги ползват болнични, както и че е трудно да се направи оценка поради динамиката в броя на работещите и множеството недействителни такива (приложение 16, фиг. 43).



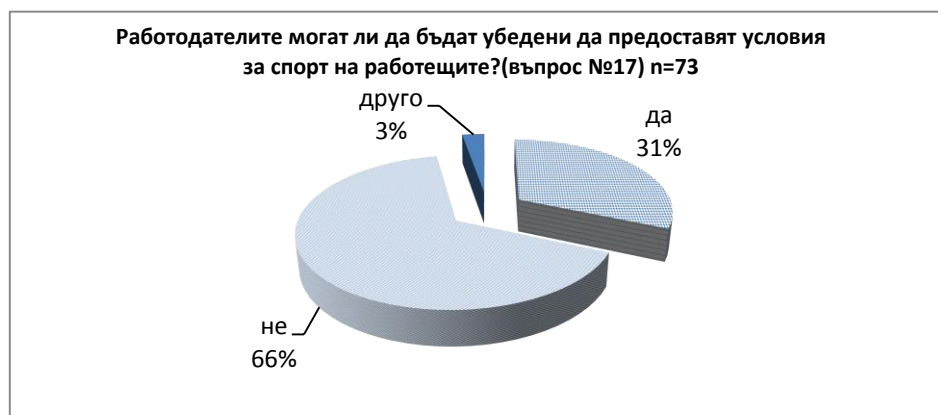
фиг. 43 Въпрос № 16 Има ли намаляване на ЗВН в последните няколко години?

Превенцията на заболяванията е приоритет на цялата Европейска политика за здраве и безопасност при работа, както и за намаляване на хроничните незаразни заболявания. България като част от ЕС също определя своята здравна политика, съгласно Европейските Директиви и подпомага работодателите в реализирането на превантивни програми, укрепващи здравето на трудещите се. Потърсихме мнението на СТМ относно готовността на работодателите да осигуряват условия за спорт на работещите в техните предприятия. Негативен отговор на този въпрос дават 48(65,8%) от анкетираните, 23(31,5%) положителен, 2(2,7%) дават различен от „да“ и „не“ отговор, някои конкретизират, че това е организирано в извънработно време, други, че поради естеството на работа и дългото пътуване – 2 часа дневно и икономическата ситуация това не е възможно. Друг от специалистите дава следния отговор: „Нека зададем въпроса по друг начин: „Могат ли работещите да бъдат убедени да спортуват“, който насочва към личната отговорност за здравето на всеки един от трудещите се. Някои от работодателите са достатъчно отговорни и предоставянето на условия за спорт е практика. Последният осемнадесети въпрос от анкетното проучване, относно модела на взаимодействие СТМ - ОПЛ, е разгледан като основна част от следващата точка (приложение 16, фиг. 44).

В резултат на анкетирането на СТМ става ясно, че е налице значителна дисоциация между различните СТМ по отношение на обслужваните лица, което налага диференциран анализ по този критерий, по брой заети трудови медици във фирма, по региони, обслужвани предприятия, случаи с ТЗ и ПБ, брой на осигурените лица с ТЕЛК/НЕЛК, процентна загуба на трудоспособност на тези лица, трудоустроени – по брой и диагноза. Налице е силно конкурентна среда, като при разговорите стана ясно, че минималните цени за обслужвано лице достигат до дъмпингови нива. Работещите в тази сложна икономическа среда и напълно зависими финансово от работодателите и техните икономически показатели СТМ се налага да балансират между законовите изисквания за гарантиране на здраве и безопасност на работещите и ограничените ресурси на работодателите. Наложително е прилагането на единна методика за оценка на риска за сравнимост на данните[62]. Годишните профилактични прегледи могат само да установят отклонения в здравословното състояние на работещите, изясняването и лечението им обаче не е тяхна

задача, а е необходимо да се осъществи от лечебно-диагностичните звена в системата на здравеопазване, на първо място ОПЛ. Това до голяма степен, както и припокриването на пакетите профилактични изследвания по НЗОК и по месторабота ги обезмисля. Заболеваемостта, която генерира най-чести отсъствия от работа е тази на дихателната система, следвана от клас IX и XIII, най-продължителните са онкологичните, IX и травмите, като от болестите на органите на кръвообращението тук спадат коронарната болест, при която като последицие е налице трайно намаление на работоспособността, като преценката е трудна и не винаги възможна, което налага внимателан преценка на ползите за пациента и възможните рискове, които могат да касаят много други хора. По отношение на онкологичните често връщането на работа е под въпрос, а когато това стане се налат често допълнителни изследвания и отпуск по болест поради терапевтични процедури. Травмите, често налагат продължително възстановяване, точно тук обаче диалога с ОПЛ може да предостави възможности на пациентите за гъвкави трудови условия, ранно връщане на работа, при удовлетворяващи работещия и работодателя условия, особено при някои професии, при които работата може да бъде изнесена в дома на пациента. От голямо значение е разглеждането на най-сериозната заболеваемост, която според СТМ се свързва със следните три класа заболявания XIII, IX, VI. Костно-мускулните увреждания са често явление в практиката на Трудовата медицина като професионална патология. Те се възстановяват трудно и някои от тях рецидивират често, налице е и връзка с психическия статус на засегнатите. Това налага активна комуникация за изясняване етиологията на проблема и за намиране на ефективни решения, като понякога те са съвсем лесни за осъществяване. Голямата им честота и заболеваемостта, която генерират насочват към превантивни програми, към включване на лесни и кратки спортни комплекси, осъществими в рамките на работното време, което изисква воля и здравна култура, както от работодателите, така и от самите работещи, защото здравето е и лична отговорност на първо място. Големия дял на положителни отговори относно възможностите за осигуряване на облекчени условия на труд, които СТМ могат да постигнат при необходимост, показва неизползван понастоящем голям капацитет, който може да бъде оползотворен при добро сътрудничество на всички звена в системата на здравеопазване.

фиг. 44 Въпрос № 17 Работодателите могат ли да бъдат убедени да осигурят условия за спорт на работещите?



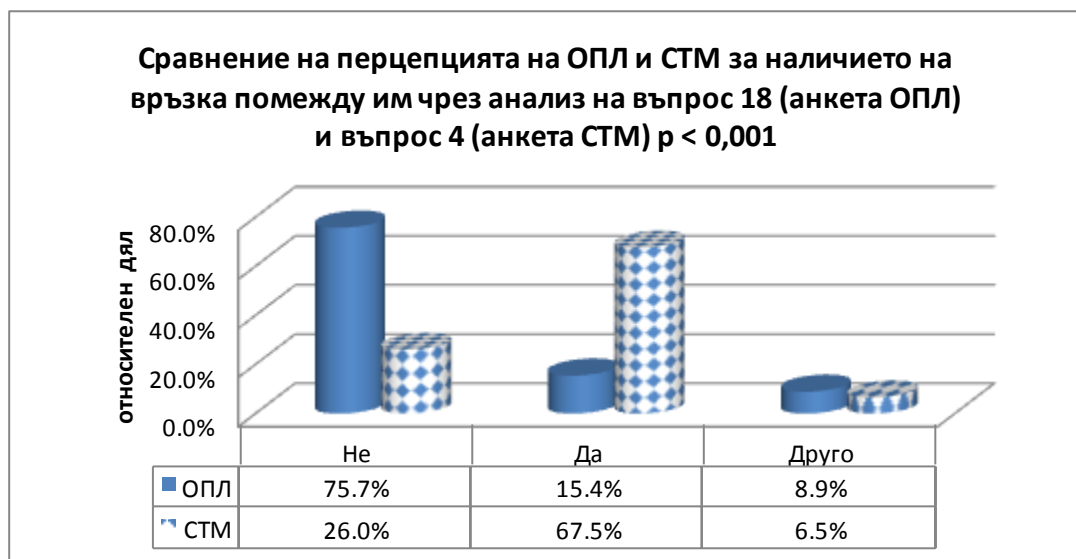
ЗАВИСИМОСТИ:

Поради значителните разлики в мнението на ОПЛ и СТМ относно наличието на комуникация помежду им, беше направен статистически анализ посредством Хи-квадрат тест (Chi-square). Установи се значима статистическа разлика в перцепцията на СТМ и ОПЛ относно връзката между тях (табл. 27, фиг.45).

Таблица 27 Сравнително разглеждане перцепцията на ОПЛ/СТМ за наличието на връзка помежду им, отговори на 18 въпрос, анкета ОПЛ и четвърти въпрос, анкета СТМ

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

фиг. 45 Сравнително разглеждане перцепцията на ОПЛ/СТМ за наличието на връзка помежду им, отговори на 18 въпрос, анкета ОПЛ и четвърти въпрос, анкета СТМ



Бяха потърсени зависимости между броя на обслужваните работещи (въпрос №2) и възможностите за осигуряване на по-облекчени условия на труд на работещи със здравни проблеми (въпрос №10), възможността за влияние върху работодателите за предоставяне на условия за спорт (въпрос №17), както и за субективното впечатление относно намаляването на ЗВН(въпрос № 16), потърси се и връзка между комуникацията с ОПЛ (въпрос № 4), предоставянето на информация на ОПЛ при установени отклонения в здравословното състояние при профилактичните прегледи (въпрос №3) и наличието на информация за ОПЛ на работещите (въпрос № 7) (табл.28).

Таблица 28 Изследване на зависимост между броя на обслужваните работещи и въпроси 3,4, 7, 10, 16 и 17, анкета СТМ

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

Потърси се зависимост между отговорите на следните въпроси чрез Хи-квадрат тест (Chi-square) и Фишър Екзакт Тест (Fisher's Exact Test) (табл. 29):

Таблица 29 Изследване на зависимости чрез Хи-квадрат тест (Chi-square) и Фишър Екзакт Тест (Fisher's Exact Test):

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

Между отговорите на горепосочените в таблицата въпроси не се намери статистически значима връзка. Такава се установи между 16-5, 16-3, 4-7, 4-5 въпроси, което потвърждава, че връзката между ОПЛ и СТМ, допринася за намаляване на ЗВН и комуникацията между двете групи специалисти предполага благоприятни социално-икономически резултати, когато е налична, в противен случай носи негативни последици (табл. 30-33).

Таблица 30 Зависимост между въпрос 16 и 5, намаляване на ЗВН и получаването на обратна информация от ОПЛ при поискване

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

Таблица 31 Зависимост между въпрос 3 и 16, предоставяне на уведомление и намаляване на ЗВН

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

Таблица 32 Зависимост между въпрос четири и 7, информация за ОПЛ и комуникация с него

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

Таблица 33 Зависимост между въпрос четири и 5, комуникация с ОПЛ и получаване на обратна информация

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

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

През последните няколко години връзките между Общопрактикуващите лекари(ОПЛ) и Службите по Трудова медицина(СТМ) са изключително минимизирани, което води да проблеми в сферата на експертизата на работоспособността, от която СТМ са изключени, а в която ОПЛ нямат достатъчно познания за да я извършват правилно спрямо условията на труд на пациентите си, които не познават, основно поради липсата на време за професионална анамнеза, установено от проведена анкета, както и на трудовомедицински познания. Това довежда до отсъствие на ефективна промоция на здраве и нарастващ обществено-икономически товар за обществото от изплащаните обезщетения за временна и трайна неработоспособност. Необходими са нормативни промени, даващи повече правомощия на СТМ, изграждането на действен, удовлетворяващ всички win-win модел на комуникация между ОПЛ – СТМ, допълнителна квалификация на ОПЛ по въпросите на Трудовата медицина, за да бъдат ограничени социално-икономическите последици от нарушения интегритет в профилактичния дял на медицината. Наложително е интензифициране на взаимоотношенията ОПЛ-СТМ, за адекватност спрямо конкретните работни условия на експертизата на работоспособността при заболяемост с временна нетрудоспособност и при трайна такава[62], защото понастоящем в тези решения участват само ОПЛ, които са недостатъчно запознати с естеството на работа на своите пациенти, изискванията за нея и възможните варианти за адаптиране на работното място, съобразно здравното състояние на работещия. Това насочва към необходимост от придобиване на

допълнителни знания по Трудова Медицина от страна на ОПЛ, понастоящем подценяващи нейната роля. Така може да се създаде ефективен, нормативно определен, win-win модел на комуникация между двете групи специалисти, при който и двете страни да работят съвместно за намиране на истински удовлетворяващи решения, съхраняващи здравето и работоспособността на населението и осигуряващи оптимално оползотворяване на наличната работна сила, в условията на негативни демографски и икономически тенденции за страната ни. Необходимо е връзката между Общопрактикуващите лекари(ОПЛ) и Службите по Трудова Медицина(СТМ) да се развие и интензифицира, с акцент върху активната профилактика и промоция на здраве, въпреки настоящите еднопосочни, от СТМ към ОПЛ, лимитирани и непродуктивни взаимоотношения. В анкетата сред СТМ от Регистъра на СТМ, 18-десетият въпрос касаеше въпроса за модел на сътрудничество между СТМ и ОПЛ. Очертаха се няколко важни предпоставки за изграждане на действаща взаимовръзка между тях. Основите за адекватна колаборация изискват създаване на условия за ползване на обща електронна база данни относно здравния статус на всички хора, чрез действащо Електронно Здравно Интегрално Досие, със съответните нива на достъп и всеки в здравната система да допълва това досие. ОПЛ ще го пише основно. СТМ трябва да бъдат включени в електронната здравна система, да въведат данни за работното място и условията на труд на всеки работещ, да имат възможност за получаване на медицинска информация за всеки работещ, или да се създаде нормативен документ, определящ възможността за обмяна на конкретна задължителна информация при поискване от двете страни – СТМ и ОПЛ. Регистър на СТМ и ОПЛ да е наличен и достъпен, с пълни данни, позволяващи включително он-лайн комуникация. Здравните досиета, които СТМ изготвят и поддържат за всяко лице, да кореспондират с тези на общопрактикуващите лекари. Моделът за взаимодействие не трябва да стои на добра воля, а да бъде регламентиран чрез подходяща и добре изработена връзка между СТМ от една страна и ОПЛ, специалисти(ЛКК) и ТЕЛК. Необходими за нормативни промени, на Наредбата за експертиза на работоспособността от 1998 г., които да включват и СТМ като активна страна в този процес, а производствените характеристики и здравните досиета, създавани и поддържани от СТМ да имат стойност пред НОИ, ТЕЛК, ЛКК. Да се установи нормативно подпомагане на ОПЛ, ЛКК, ТЕЛК в експертизата на работоспособността от СТМ, както и чрез промяна в Наредба 3 от 2008 г. за СТМ, с повече правомощия за СТМ. Особено важна е връзката между СТМ и ОПЛ при експертизата на работоспособността на често и дълго боледуващите лица за подпомагане решенията на ЛКК и ТЕЛК, с уточняване на трудоспособността за дадената длъжност от страна на ЛКК и ТЕЛК след продължителна ЗВН на работник по инициатива на ОПЛ. Да има съдействие от страна на ОПЛ за представяне на ЛКК определяща трудоспособността или нуждата от трудоустрояване при наличие на определени заболявания. Колаборацията следва да започне от постъпване на работа на съответното лице, с предварителен преглед – адекватен за бъдещата работа, за което ОПЛ следва да познават противопоказанията за работа на длъжността, съгласно приложение 4 към чл. 5, ал. 2 от Наредба №3 за предварителните и периодични медицински прегледи. Медицинското за започване на работа да бъде подписано от ОПЛ (по-точно от личния лекар), включително с електронен подпис и изпращане по електронна поща. Уместно е данните от последния проведен годишен профилактичен преглед по пакета от дейности на НЗОК да са достъпни за СТМ, както и дали лицето е включено в групи с повишен за здравето риск по смисъла на

изброените по договора с НЗОК. СТМ да насочва към ОПЛ всеки работник с нужда за определена консултация към специалист с оглед да подпомогне преценката за пригодността за заеманата длъжност. Този процес на комуникация е много важен и се налага да бъде много по-активен, защото дефинира връзката между правата на здравноосигуреното лице, задълженията на ОПЛ и задълженията на Работодателя чрез СТМ. Необходимо е обаче и ОПЛ да има предвидени механизми за осъществяване на тези консултации, които да не засягат неговите финансови интереси, както и да бъдат регламентирани ясно и точно критериите за извършваните медицински периодични прегледи - сега има дублиране между прегледа от ОПЛ и прегледите, които извършва работодателя, зачитането на профилактичните прегледи на ОПЛ от Инспекция по труда ще редуцира разходите в системата на здравеопазването. Това изисква промяна и в Наредба № 3 за задължителните предварителни и периодични медицински прегледи на работниците. СТМ трябва да извършва скринингови изследвания, а не лечебно-диагностична дейност. За мотивиране на СТМ за закупуване на медицинска апаратура за скрининг е необходимо средствата да бъдат смятани за нормативно признати разходи. Необходима е допълнителна подготовка на ОПЛ по Трудова медицина и професионални болести, както и продължаваща следдипломна квалификация на специалистите по Трудова медицина по актуални теми. Желателно е всеки да познава в общи линии работата и задълженията на другия. При установени отклонения от профилактичните прегледи СТМ да получават обратна информация от ОПЛ на уточнените случаи след уведомяване от СТМ по електронен път. Желателно за има официална форма –образец. Съществуват и други мнения на специалисти от Служби по трудова медицина, които защитават тезата, че сегашната нормативна рамка е адекватна и добре регламентира отношенията между СТМ и ОПЛ, като спазването ѝ е достатъчно за качество на извършваната дейност по опазване здравето на работещите. Единствено липсата на вменено задължение за обратен отговор от ОПЛ при открити отклонения в здравословното състояние при периодичните профилактични медицински прегледи се маркира като малък недостатък, а от друга страна става ясно, че голяма част - над 90% от СТМ не си изпълняват задълженията по отношение воденето на здравните досиета и обмена на информация по различни причини, което се установява при поискването им от други СТМ и може да се обясни и със силно конкурентните взаимоотношения сред СТМ. По отношение на работещите, взаимовръзката между СТМ и ОПЛ е ключов елемент в опазване и подобряване на здравето им, в осигуряване на адекватни на възможностите им работни места, при което да е налице най-пълна удовлетвореност от извършваната работа и оползотворяване на техните потенциални възможности. За осъществяването на тази стратегическа цел е необходимо изграждане на единна електронно-базирана система за наблюдение здравословното състояние на работещите/пациенти, с нива на достъп за специалистите, с изчерпателна информация относно условията на труд, изискванията, проведените изследвания, резултатите, провеждано лечение, социално-значими и други заболявания. Всеки участник в системата на здравеопазването следва да обогатява данните, съобразно спецификата на областта в която работи. Контактът между СТМ и ОПЛ, следва да започне още от издаване на удостоверение за започване на работа, след обстоен преглед и задълбочена анамнеза, с преглед на придружаващи и минали заболявания, с отчитане резултатите от последния профилактичен преглед, при запазване на регламентирана конфиденциалност, с отчитане на спецификата на работното място. За да се осъществи

адекватност на връзката е необходимо ОПЛ да получат допълнителни познания по трудова медицина, превенцията като съществен елемент от здравеопазването следва да заеме много по-голямо място в дейностите на всички медицински специалисти. Връзките между ОПЛ и СТМ следва да са много по-интензивни, отново електронно базирани, особено при дълго и често – боледуващите, където комуникацията помежду им, може да намери приемливи решения, удовлетворяващи пациент/работещ, работодател, общество. Специалистите по Трудова медицина, които са наясно с условията на труд и изискванията на всяка трудова дейност, лекари, положили Хипократовата клетва, с широки познания в областта на правото, икономиката и медицината, могат да вземат независимо и безпристрастно решение относно пригодността на всяко лице за извършване на определен вид труд, да предложат възможности за адаптация на работното място или трудоустрояване (приложение 16, табл. 34, фиг. 46)[61].

Таблица 34 Насоки за създаване на win-win модел на сътрудничество между ОПЛ/СТМ

насоки за win-win модел на сътрудничество между ОПЛ/СТМ	брой п	отн. дял (%) от броя отговорили n=56
законодателни промени	18	32.14
ЕЗИД	14	25
обмен на информация	12	21.43
обучение	9	16.07
участие в ЕР и на СТМ	7	12.5
адекватен предварителен медицински преглед	5	8.93
други	5	8.93
без промяна в модела	5	8.93
сътрудничество при трудоустрояване	4	7.14
общо	79	141.07

фиг. 46 Насоки за създаване на win-win модел на сътрудничество между ОПЛ/СТМ



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

5. **Наложително и създаване на тематични здравни карти по регионален принцип за ОПЛ и СТМ, с отчитане на тяхната дейност, вкл. заболяемост, ПБ, ТЗ, брой пациенти с ТЕЛК/НЕЛК. Следва да се изработи здравна карта на столицата, с изчерпателност на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения, включително университетски, общински и частни, здравните потребности и тяхната удовлетвореност.**
6. Анализът на официалния регистър на СТМ към МЗ показва съотношение на лекарите със специалност Трудова медицина към броя регистрирани СТМ от 47,21%, т.е. повече от два пъти по-малко са специалистите, което насочва към кадрови дефицит в сферата на ЗБУТ, потвърден и от съотношението инженери/СТМ, което е 85,37%. Необходимо е развитие на образователно-квалификационните степени – бакалавър и магистър по Трудова медицина и работоспособност към ФОЗ, МУ- София, чрез акредитирането им и насочването им и към Общопрактикуващите лекари;
7. **Анкетното проучване сред ОПЛ показва липсата на изисквания в рамките на НРД за професионална анамнеза, дефицита и нормативно липсващата базаданни за пациентите с ТЕЛК/НЕЛК, претърпелите ТЗ и тези с ПБ; дефицит в познанията на ОПЛ относно действията при съмнение за професионално заболяване, което налага включването на обучение по Трудова медицина в програмата за специализация по Обща медицина, както в продължаващото задължително следдипломно обучение. При 75% от ОПЛ връзка със СТМ отсъства. Установи се, че за 60% от ОПЛ времето на прегледа не е достатъчно и за професионална анамнеза, въпреки че 75% от тях считат, че тя е необходима. Пациентите правят връзка между работа и Болестите на органите на кръвообращението, Психични и поведенчески разстройства и болестите на костно-мускулната система. Намери се силно изразена връзка между наличието на време за професионална анамнеза и необходимостта от информация за работната среда ($p = 0,003$). Поради значителните разлики в мнението на ОПЛ и СТМ относно наличието на комуникация помежду им, беше направен статистически анализ посредством Хи-квадрат тест (Chi-square). Установи се значима статистическа разлика в перцепцията на СТМ и ОПЛ относно връзката между тях, 75,7% от ОПЛ и 26% от СТМ считат че такава отсъства ($p < 0,001$).**

8. Анкетното проучване сред СТМ установи голяма разлика между отделните СТМ по отношение броя на обслужваните лица, както и че 94,7% изпълняват задълженията си за изпращане на уведомление до ОПЛ при установени отклонения в здравословното състояние на работещите, съгласно Наредба 3/2008 за Службите по Трудова медицина. Въпреки това само 23,4% получават обратно информация, и то при поискване. Значителен брой от специалистите могат да осигурят облекчени условия на труд на работещи със здравословни проблеми – 75,32%, обаче 65,8% не са в състояние да убедят работодателя да подsigури условия за спорт на трудещите се.
9. 59,7% от СТМ считат, че не се наблюдава намаляване на ЗВН в последните години. Най-чести отсъствия по болест се генерират от болестите на дихателната система, болестите на органите на кръвообращението и на мускулно-скелетната система; най-сериозната заболяемост от гледна точка на СТМ са болестите на мускулно-скелетната система, следвани от болестите на органите на кръвообращението и на нервната система; най-продължителната заболяемост се генерира от Новообразуванията, болестите на органите на кръвообращението, травмите и мускулно-скелетните увреждания. **Насоките за сътрудничество между ОПЛ и СТМ, според СТМ са профилактиката, експертизата на работоспособността и диагностиката. Установената статистически значима връзка между намаляването на ЗВН и предоставянето на информация под формата на уведомление, съгласно Нар. 3/2008 от проведени профилактични прегледи по месторабота на ОПЛ (p - 0,023), както и между намаляването на ЗВН и получаването на обратна информация от ОПЛ при поискване (p - 0,042), потвърждават потенциалните положителни социално-икономически резултати от подобряване връзката между СТМ и ОПЛ. Необходимостта от създаване на партньорски взаимоотношения, гаранция за истинска действена връзка и сътрудничество се потвърждава от статистически значимата връзка между отсъствието на комуникация между СТМ и ОПЛ, и неполучаването на обратна информация при поискване от ОПЛ (p<0,001).**
10. Във връзка с изпълнението на последната задача, а именно определяне на възможни решения и препоръки за осъществяване на връзките между ОПЛ и СТМ и създаване на интегрален модел за наблюдение на професионалното здраве, се дефинира: **win-**

win модел на сътрудничество, електронно-базиран, започващ от първия работен ден на работещия/пациента, с издаване на удостоверение за започване на работа, съобразен с изискванията на работното място, с индивидуален подход за опазване и укрепване на здравето, съобразен с миналите заболявания, фамилната анамнеза, професионалните рискове и новопоявилите се оплаквания.

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

ПРЕПОРЪКИ:

КЪМ МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

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

КЪМ МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА

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

развитието на човешките ресурси, екологията и планирането на работни места, създаването на стратегии за висшето и специализирано образование.

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

КЪМ МИНИСТЕРСТВО НА ОБРАЗОВАНИЕТО И НАУКАТА

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

КЪМ НЗОК:

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

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балканска П, Здравни екипи и комуникации, Интердисциплинарна идея в действие, ТЕМПО, София, 2011, 49-52
2. Борисов В, Здравната реформа като социално-етичен и управленски абсурд , Здравна политика и мениджмънт, ISSN 1313-4981, Специален брой, посветен на „Деветата национална конференция по етика с международно участие“, 2013, т. 13, Специален брой, 15-22
3. Борисов В, Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров, Ново обществено здравеопазване, София, 1998
4. Борисов В, Ново обществено здравеопазване, Акваграфикс ООД, Програма ФАР, Проект „Обучение по обществено здравеопазване“, 1998, 237-241
5. Борисов В, Ц. Воденичаров, Реалности на здравната реформа, С, 2000
6. Борисов В., Новата епоха на медицината – здравен антропомениджмънт, Иновации в общественото здравеопазване., реалности и предизвикателства, Център за устойчиво развитие, издателство Наука и общество, София, 2012, 13-26
7. Борисова Б., Извънболнична медицинска помощ, функции, организация, програми, София, 2014, 132-135
8. Борисова Б., Оценка на дейността на ОПЛ чрез мнението на пациентите, дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“ по Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията, София, 2013, 5-45
9. Борисова Б., Причини за пропуски в дейността на ОПЛ според мнението на пациентите, Здравна политика и мениджмънт, 2013, 1, 28-30
10. Борисова Б., Р. Златанова, Мнението на пациента като критерий за оценка на ОПЛ, Иновации в общественото здравеопазване, реалности и предизвикателства, Център за устойчиво развитие, издателство Наука и общество, София, 2012, 112-122
11. Воденичаров Ц, Неизказаното за здравната реформа. Нека дебатът да започне, Здравна политика и мениджмънт, ISSN 1313-4981, Специален брой, посветен на „Деветата национална конференция по етика с международно участие“, 2013, т. 13, Специален брой, 9-13
12. Воденичаров Ц., 10-те принципа на медика и мениджъра, С, Симелпринт, 2010, 81-95
13. Воденичаров Ц., В. Борисов, Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков, Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване, С, Здр. мениджмънт, 2005, 2, 5-14

14. Воденичаров Ц., Иновативността като аксиоматична същност на здравния мениджмънт, Иновации в общественото здравеопазване., реалности и предизвикателства, Център за устойчиво развитие, издателство Наука и общество, София, 2012, 7-12
15. Воденичаров Ц., Ново обществено здравеопазване, Акваграфикс ООД, Програма ФАР, Проект „Обучение по обществено здравеопазване”, 1998, 263
16. Воденичаров Ц., С. Попова, Социална медицина, София, 2010, 166-177
17. Воденичаров Ц., Седемте разлики между медика и мениджъра, С, 2003, 75
18. Гладилев Ст., Е. Делчева, Икономика на здравеопазването, 2009, Принципс Маринови АД, 324-330
19. Гладилова А., Анализ и оценка на съществуващите програми за превенция и контрол на бронхиалната астма, „Здравна политика и мениджмънт”, т 2, 2012, 2, 56-60 ;
20. Динкова К, Н. Цачева, К. Любомирова, С. Евстатиева, М. Табанска-Петкова, Трудова медицина и обществено здраве II част, Заболявания при работещите, свързани с работната среда и трудовия процес – характеристика, клинична картина, диагностика, професионална експертиза, София, 2014, Симолини -94, ISSN 978-954-9493-91-7, 6-11
21. Евстатиева С, Въведение в ергономията. Физични фактори на работната среда. Прах, София, 2012, 20-27
22. Златанова Т, Комуникационните умения на общопрактикуващите лекари в България през погледа на пациентите, Здравна политика и мениджмънт, 2011, т 11, 3, 32-36
23. Златанова Т, Ц. Петрова-Готова, Ръководство по финансов мениджмънт в здравеопазването, Горекс Прес, 2013, 11-14
24. Златанова Т., Организационни проблеми в дейността на общопрактикуващите лекари, дисертация, С, 2005
25. Златанова Т., Р. Златанова-Великова, Първичната извънболнична помощ – проблеми и перспективи, 2008, издателство «Дидакта консулт», 25-80
26. Златанова-Великова Р, Т. Златанова, Е. Караславова, Виновни ли са Общопрактикуващите лекари за затрудненията, свързани с явяване на Териториална експертна лекарска комисия, Здравен мениджмънт, С, 2008, 8, 3, 89-92
27. Златанова-Великова, Р., Т. Златанова. Парадоксите в българското здравеопазване – задължителните профилактични прегледи на лица над 18 години, Обща медицина, 2010, 2, 27-32

28. Златанова, Ц Петрова-Готова, Г Комитов, С Генов, Р Златанова-Великова, Проблемът с направленията за специалист от гледна точка на пациентите, Здравна политика и мениджмънт, С, 2008, 8, 4, 9-14
29. Кундуржиев Т, М Янчева-Стойчева, Цачева Н, К Любомирова и сътр., Трудова медицина и обществено здраве, III част, Статистика в трудовата медицина, Непараметрични методи за проверка на хипотези при сравняване на две независими извадки, ISBN 978-954-9493-92-4, София, 2015, 67-71
30. Любомирова К., Н. Цачева, Ж. Павлова, Измерване на икономическия ефект от дейността на службите по трудова медицина, Здравна политика и мениджмънт, 2011, 1, 61-64
31. Любомирова К., Трудова медицина, базирана на доказателства, Здравна политика и мениджмънт, 2012, 1, 31-34
32. Любомирова К., М Янчева, Л Христова, Н Цачева, Здравни проблеми, свързани с труда сред работещото население в България, Здравна политика и мениджмънт, 2014, 1, 40-43
33. МЗ, Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на националната здравна стратегия за 2010 година
34. МЗ, Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на националната здравна стратегия за 2011 година
35. МЗ, Годишен доклад на Министъра на здравеопазването, Състояние на здравето на гражданите през 2009 г. и изпълнение на Националната здравна стратегия, София, 2010 г.
36. МЗ, Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век (2004)
37. МЗ, Доклад за здравето на нацията през 2008 г.
38. МЗ, Доклад за състоянието на здравето на гражданите – първостепенна инвестиция в бъдещето на нацията (2005-2007)
39. МЗ, Регистър на Службите по Трудова медицина, съгласно чл. 25г, ал.6 от Закона за здравословни и безопасни условия на труд, 6.2013 г.
40. Наредба № 3 от 25.01.2008 г. за условията и реда за осъществяване дейността на Службите по трудова медицина, Обн. ДВ. бр.14 от 12 Февруари 2008г.
41. Наредба № 39 от 16.11.2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 106 от 3.12.2004 г., в сила от 1.01.2005 г.);
42. Национален Статистически Институт, Европейско здравно интервю, 2008

43. Национален Статистически Институт, Население и демографски показатели/ Население по градове и пол www.nsi.bg, (accessed - 21.10.2013), http://www.nsi.bg/ORPDOCS/Pop_6.1.4_Pop_DR.xls
44. Национален Статистически Институт, Население и демографски показатели/ Смъртност по пол http://www.nsi.bg/ORPDOCS/Zdr_6.1.4_Umr.xls
45. Национален Статистически Институт, Основни резултати от изследването на здравното състояние на населението в България през месец март 2001 година и някои сравнения с данни от предходни изследвания, <http://www.nsi.bg/Census/ZdrSst2001.htm>, последен достъп от 31.03.2015
46. Национално Сдружение на ОПЛ в България, писмо от 25.01.2013 г. до Министъра на здравеопазването относно промяна в отчетността към РЗИ, www.nsoplb.org
47. НЦОЗА, Бюлетин 12, Хоспитализирана заболяемост в Република България за периода 2000-2011 г. ISSN 1313-6704, София, 2012, 7, 27-29, 43-45
48. НЦОЗА, Бюлетин 11, Хоспитализирана заболяемост в Република България за периода 2000-2010 г. ISSN 1313-6704, София, 2011, 7, 31-33, 47-49
49. НЦЗИ, Бюлетин 10, Хоспитализирана заболяемост в Република България за периода 2000-2009 г., ISSN 1313-6704, София, 2010, 7, 31-33, 47-49
50. Проданова Я, Преглед на трудовия травматизъм в България, Интердисциплинарна гражданска академия. НТС по машиностроене. Общество на триболозите в България. Тридесет и втора научно-технологична сесия, Контакт, ТЕМТО, 2013, 120-124
51. Проданова Я, А Янакиева, С Евстатиева, Н Цачева, К Любомирова, Професионални заболявания, Интердисциплинарна гражданска академия. НТС по машиностроене. Общество на триболозите в България. Тридесет и втора научно-технологична сесия, Контакт, ТЕМТО, 125-129
52. Проданова Я, С Евстатиева, Ц. Воденичаров.”Подобряване на общественото здраве чрез програми за управление на здравния риск при работата си, Здравна политика и мениджмънт, том 12, 2012, Номер 2, 5-9
53. Проданова. Я., Ц. Воденичаров, К. Любомирова, С. Евстатиева, Н. Цачева, Роля на трудово-медицинското обслужване за подобряване на общественото здраве, Здравна политика и мениджмънт, том 12, 2012, Номер 1, 14-17
54. Столична Районна Здравна Инспекция, Анализ на качеството на атмосферния въздух и здравния статус на населението в град София през 2012 г., 7-12

55. Стамболова И, Ст. Стамболов, Актуални проблеми в мениджмънта на общата практика (по мнение на ОПЛ), Медицински меридиани, 2010, 2, 39-44
56. Столична Районна Здравна Инспекция , Приложение № 5 към формуляр №365 и № 365Б, Регистрирани заболявания в амулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на деца от 0 до 17 годишна възраст през 2009, 2010 и 2011
57. Столична Районна Здравна Инспекция , Приложение № 6 към формуляр №365 и № 365Б, Регистрирани заболявания в амулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на лица на възраст над 18 години през 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 г.
58. Чучкова М., Пл. Димитров, Д. Филипов, С. Симеонова Проблеми и тенденции в здравните и демографските процеси на територията на град София, Социална медицина, 2003/4, 8-10;
59. Чучкова М., Пл. Димитров, Д. Филипов, С. Симеонова, Детска заболеваемост на територията на град София, Социална медицина, 2003/4, 8-10;
60. Цачева Н, К Любомирова, Трудова медицина и обществено здраве, III част, Статистика в трудовата медицина, Национален регистър на Професионалната заболеваемост 2000-2008, ISBN 978-954-9493-92-4, София, 2015, 152-181
61. Цачева Н, К Любомирова, Р. Николова, Я. Проданова, С. Евстатиева, М. Табанска, И. Митева, М. Янчева, Т. Кундурджиев, Етични и правни аспекти в дейностите по Трудова медицина, Здравна политика и мениджмънт, ISSN 1313-4981, Специален брой, посветен на „Деветата национална конференция по етика с международно участие“, 2013, т. 13, Специален брой, 26-30
62. Цачева Н., Трудовата медицина в Република България: теория, методология, практика, дисертационен труд за присъждане на научна степен „ доктор на науките“, София, 2014, 5-170
63. Цачева Н., К. Любомирова, Р. Николова, Я. Проданова, С. Евстатиева, И. Митева, М. Табанска, Трудова медицина, Терминологичен речник, София, 2013, 64
64. Цачева Н, К Любомирова, Трудова медицина и обществено здраве, I част, Професионални увреждания от прах, физични и биологични фактори в работната среда, ISBN 978-954-9493-92-4, София, 2014, 17-22
65. Цоневски Д., Нервнофизиологична и психофизиологична характеристика на медицинския труд, 94-106

66. Anema J.R, A. M van der Giezen, P. C. Buijs, W. van Mechelen, Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: a cohort study on low back pain patients sick listed for 3-4 months, *Occup Environ Med*, 2002, 59(11), 729-733
67. Alien J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies, *Br J Gen Pract*, 2002, 52, 526-527
68. Anema JR, Jettinghoff K, Houtman I, Schoemaker CG, Buijs PC, Van den Bl., Medical care employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner, *J Occup Rehabil*, 2006, 16:41-52
69. Australian and New Zealand Consensus Statements on the Health Benefits of Work. Australian Faculty of Occupational and Environmental Medicine, <http://www.racp.edu.au/page/afoem-health-benefits-of-work>
70. Beach J, D Walt, General practitioners and occupational health professionals, *BMJ*, 2003, 327, 302-303
71. Beaumont D., Rehabilitation and retention in the workplace - the interaction between general practitioners and occupational health professionals: a consensus statement , *Occupational Medicine*, 2003, 53, 254-255
72. Beaumont D.G., The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: A Delphi study, *Occupational Medicine*, 2003, 53(4), 249-253, <http://occmmed.oxfordjournals.org/> 8.03.2013
73. Benavides, F.G., Benach, J., Mira, M., Sáez, M., Barceló, A., Occupational categories and sickness absence certified as attributable to common diseases, *Europ J Public Health*, 2003, 13, 51-55
74. Bishop PB, Wing PC. Compliance with clinical practice guidelines in family physicians managing worker's compensation board patients with acute lower back pain. *Spine J* 2003; 3:442-50.
75. Boden LI., M Galizzi, Economic consequences of workplace injuries and illnesses: Lost earnings and benefit adequacy, *Am J Ind Med*, 1999, 36, 487-503
76. Buijs, P, Van Amstel, R., Van Dijk, F., Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation, *Occup Envir Med*, 1999, 56(10), 709-713, <http://oem.bmj.com/content/56/10/709.full.pdf>, 7.03.2013
77. Canadian Medical Association. The physician's role in helping patients return to work after an illness or injury. CMA policy summary. *Canadian Medical Association Journal* 1997;156:680A-C

78. Carlsson L, R Morgell, L-E Strender, B Arrelö v, Nilsson, Burden of morbidity in a patient perspective – the case of sick-leave certified patients in primary care, BMC Public Health, 2009, 9, 157
79. Coggon D, Occupational medicine at a turning point, Occupational and Environmental Medicine, 2005, 62, 281-283
80. Cohen DA, M Aylward, S Rollnick, Inside the fitness for work consultation: a qualitative study, Occup Med (Lond) (2009) 59 (5):347-352.
81. de Bono AM., Communication between an occupational physician and other medical practitioners — an audit, Occup Med, 1997, 47, 349-356
82. Department for Work and Pensions, Research Report №733, General Practitioners attitudes towards patients' health and work'
83. Education: Facts and figures relating to occupational therapy in Europe, http://www.enothe.eu/index.php?page=about/facts_and_figures - достъп от 19.06.13
84. EU Occupational Safety and Health (OSH) Strategic Framework 2014-2020
85. EU, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on an EU Strategic Framework on Health and Safety at Work 2014-2020, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0332>
86. EU, Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects, 94-110
87. European Union of medical Specialists UEMS Occupational Medicine <http://www.uems-occupationalmedicine.org/node/74> – достъп от 29.04.13
88. Faber E, S.M.A. Bierma-Zeinstra, A. Burdorf, A.P. Nauta. C.T. J. Hulshof, P.M. Overzier, H.S. Miedema, B.W. Koes, In a controlled trial training general practitioners and occupational physicians to collaborate did not influence sickleave of patients with low back pain, Journal of Clinical Epidemiology, 2005, 58, 75-82
89. Finish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs, Good Occupational Health Practice, 6-38
90. Ford FM, Ford J, Dowrick C., Welfare to work: the role of general practice, Br J Gen Pract. 2000,50(455):497-500
91. Frank AO, Sawney P. Vocational rehabilitation. Journal of the Royal Society of Medicine, 2003;96(11):522-524
92. Friesen MN, Yassi A, Cooper J., Return-to-work: The importance of human interactions and organizational structures, Work, 2001, 17, 11-22

93. Global Strategy on Occupational Health for all, Recommendation of the Second Meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health, 11-14 October 1994, Beijing, China http://www.who.int/occupational_health/en/oehstrategy.pdf -- достъп от 20.06.13
94. Goldstein G, R Helmer, M Fingerhut, Mobilizing to protect workers' health: the WHO Global strategy on Occupational health and safety, Afr Newslett on Occup Health and Safety, 2001, 11, 56-60
95. Gov UK, Department for Work and Pensions, Statement of Fitness for Work
96. Grime P, Evaluation of an occupational health service for general practitioners and their staff in a primary care trust, Occup Med (Lond), 2005, 55, 494-497
97. Hamalainen PH, Saarela KL, Takala J. Global estimates of fatal work-related diseases by region and disease group, 2002. Int J Occup Environ Health. 2011;17(1):49-56.
98. Harber P, Mullin M, Merz B, Tarazi M, Frequency of occupational health concerns in general clinics, J Occup Environ Me, 2001, 43, 939-945
99. Health 2020, A European policy framework and strategy for the 21st century
100. Health and safety at work in Europe, 2010, European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-31-09-290/EN/KS-31-09-290-EN.PDF - достъп от 29.04.13
101. Health and Social Care Information Centre, Health survey for England 2013 – Trend Tables, <http://www.hscic.gov.uk/searchcatalogue?productid=16572&q=title%3a%22Health+Survey+for+England%22&sort=Relevance&size=10&page=1#top> – last accessed 31.03.2015
102. Health, Safety and Wellbeing, Strategic plan 2011-2015
103. Heymans, M.W., De Vet, H.C.W., Knol, D.L., Bongers, P.M., Koes, B.W., Mechelen, W.V., Worker's belief and expectations affect return to work over 12 months, J Occup Rehabil, 16, 685-695
104. Hussey L., S. Turner, K Thorley, R Mc Namee, R Agius, Work-related sickness absence as reported by UK general practitioners, Occup Med, 2012, 62, 105-111
105. Hussey L., S. Turner, K. Thorley, R. McNamee, R. Agius, Comparison of work-related ill health reporting by occupational physicians and general practitioners, Occup Med, 2010, 60:294-300
106. ILO, Global estimates of occupational accidents and work-related diseases, page 2, ILO report for the XX World Congress on Safety and Health at Work: A Vision for Sustainable Prevention: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_301214.pdf, 36

107. ILO, Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems, ILO-OSH 2001,
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_107727.pdf
108. ILO, LEGOSH, www.ilo.org/legosh
109. ILO, Recommendation 161 on Occupational Health Services
110. Kant Ij, NWH Jansen, LGPM van Amelsvoort, R van Leusden, A.Berkouwer, Structured Early Consultation with the Occupational Physician Reduces Sickness Absence Among Office Workers at High Risk for Long-Term Sickness Absence: a Randomized Controlled Trial, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2008,18,79-86
111. Katz D, Ather Ali, Preventative Medicine, Integrative Medicine and Health of the Public,
<http://www.iom.edu/~media/Files/Activity%20Files/Quality/IntegrativeMed/Preventive%20Medicine%20Integrative%20Medicine%20and%20the%20Health%20of%20the%20Public.pdf>
112. Kennedy I, Williams S, Reynolds A, Cockcroft A, Solomon J, Farrow S. GPs' compliance with health and safety legislation and their occupational health needs in one London health authority. *The British Journal of General Practice*, 2002,52, 741-742
113. La Société Française de Médecine Générale (SFMG), un réseau épidémiologique en accès libre sur Internet : l'Observatoire de la Société Française de Médecine Generale prend une nouvelle dimension, pdf
114. Labour and Employment Ministerial Declaration, G20, September 2014, Melbourne (Australia): <https://g20.org/wp-content/uploads/2014/12/2014%20LEMM%20Declaration.pdf>
115. Levy Mark L, Paul Nickolson, Occupational asthma case finding: a role for primary care, *British Journal of General Practice*, October 2004, 731-733
116. Linaker C, Harris EC, Cooper C, Coggon D, Palmer KT, The burden of sickness absence from musculoskeletal causes in Great Britain, *Occup Med*, 2011, 61, 458-464
117. Marriot J, A. Mable, A review of International Literature on Primary Health Care
118. Michie, S., Williams, S., Reducing work related psychological ill health and sickness absence: A systematic literature review, *Occup Enc Med*, 2003, 60, 3-9
119. Morgan D. R., The general practitioners' view, *Occup. Med.*, 1999, 49, 6, 403-405
120. Mortelmans AK, P Donceel, D Lahaye, S Bulterys. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve

patient work resumption? A controlled intervention study, *Occupational and Environmental Medicine*, 2006, 63, 495-502

121. Mortelmans, A.K., Donceel, P., Lahaye, D., The satisfaction of the employee on sick leave with the occupational physician. Results of a cross sectional study, 2003, *Arch Pub Health*, 61, 271-281
122. Mortelmans, A.K., Donceel, P., Lahaye, D., Bulterys, S., An analysis of the communication during an enhanced and structured information exchange between social insurance physicians and occupational physicians in disability management in Belgium, *Disabil Rehabil*, 2007, 29, 1011-1020
123. Mortelmans, A.K., P Donceel, D Lahaye, The role of the curative physician in disability management. A literature review, *Arch Public Health*, 2008, 66, 196-212
124. Mortelmans, K., Donceel, P., Lahaye, D., Disability management through positive intervention in stakeholders' information asymetry. A pilot study, *Occup Med*, 2006, 56, 129-136
125. Moser K, Azeem Majeed, ONS, Prevalence of treated chronic diseases in general practice in England and Wales –trends over time and variations by the ONS area classification, Pdf, <http://www.ons.gov.uk/ons/search/index.html?pageSize=50&newquery=National+Morbidity+Survey+from+General+Practice> – last accessed 31.03.2015
126. Moßhammer D, I Natanzon, I Manske, P Grutschkowski, M Rieger, Cooperation between General Practitioners and Occupational Health Physicians in Germany: how can it be optimized? A qualitative study, *Int Arch Occup Environ Health*, 2014, v87, 2, 137-146
127. Nabli Ajmi Thouraya, Amor Hatem, Bougmiza Iheb, Gataa Ridha, Mtiraoui Ali, « La morbidité diagnostiquée chez les enfants en médecine générale dans la région de Sousse (Tunisie) », *Santé Publique*, 2010, 22, 201-211
128. National Occupational Safety and Health Profile of Finland, 41-46, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/policy/wcms_179869.pdf
129. Nelson DI, Concha-Barrientos M, Driscoll T et al. The global burden of selected occupational diseases and injury risks: Methodology and summary. *Am J Ind Med*. 2005 Dec;48(6):400-18.
130. Newnham Angela, Ryan Ronan, Kamlesh Khunti, Azeem Majeed, Prevalenc of diagnosed diabetes mellitus in general practice in England and Wales, 1994 to 1998, Pdf
131. Occupational Medicine in Europe: Scope and Competencies WHO European Centre for Environment and Health, Bilthoven, http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheuroccmedicine.pdf - достъп от 29.04.13

132. Otters H, Van der Wouden J. Dutch general practitioners' referral of children to specialitis: a comparison between 1987 and 2001. *Br J Gen Pract* 2004;54(508):848-52
133. Parker G, General practitioners and occupational health services, *British Journal of General Practice*, 1996, 46(406), 303-305,
<http://occmed.oxfordjournals.org/content/59/5/347.full> - 8.03.2013
134. Parker G, Holmes S, Manicavasagar V, Depression in general practice attenders. "Caseness" natural history and predictors of outcome. *J. Affect Disord*, 186, 10, 27-35
135. Parker, G., Attitudes of General Practitioners to Occupational Health Services, 1991, *J Soc Occup Med*, 41, 34-36
136. Pransky G(1), Katz JN, K Benjamin, J Himmelstein Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners, *Disabil Rehabil*, 2002, 24, 867-874
137. Promotional Framework for Occupational Safety and Health Convention, 2006
138. Rantanen J. New Epidemics in Occupational Health; Proceedings of the International Symposium (FIOH, WHO) Helsinki 1994. Finnish Institute of Occupational Health 1994.
139. Räsänen, K., Notkola, V., Husman, K., Perceived work conditions and work-related symptoms among employed Finns, *Social Sci Med*, 1997, 45, 1099-1110
140. Report - Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (OSH)
141. Richards-Taylor, J. Keay, K Thorley, Do GPs record the occupation of their patients?, *Occup Med*, 2013, 63, 138-140
142. Roope Richard, Gordon Parker, Susan Turner, General practitioners use of sickness certificates, *Occup Med*, 2009, 59, 580-585
143. Rossignol M. Working disability due to occupational back pain: three-year follow-up of 2300 compensated workers in Quebec. *J Occup Med*, 1988;30:502-5.
144. Royal College of General Practitioners. Health and work in general practice
145. Rozenberg S, Allaert FA, Savarieau B, Perahia M, Valat JP, Compliance among general practitioners in France with recommendations not to prescribe bed rest for acute low back pain, *Joint Bone Spine*, 2004, 71, 1, 56-59
146. Ryan Ronan, Azeem Majeed, ONS, Prevalence of treated hypertension in general practice in England and Wales, 1994 to 1998, Pdf
147. Sawney P, Challenor J, Poor communication between health professionals is a barrier to rehabilitation, *Occup Med (London)*, 2003, 53, 4, 246-248

148. Scheel IB, KB Hagen, AD Oxman, Active sick leave for patients with back pain: all the players onside, but still no action, *Spine (Phila Pa 1976)*, 2002,15,27, 654-659
149. Simopoulos AP (ed): *Nutrition and Fitness: Mental Health, Aging, and the Implementation of a Healthy Diet and Physical Activity Lifestyle*. World Rev Nutr Diet. Basel, Karger, 2005, 95, 162-166
150. Smith Nal, *Occupational Medicine and the General Practitioner*, *Occup Med*, 2005, 55, 77-78
151. Stern, A.F., Madan, I., Optimal communication from occupational physicians to GPs: A cross-sectional survey, *British Journal of General Practice*, 2012, 62(605), 834-839
152. Summary of the occupational therapy profession in Europe 2013, <http://www.cotec-europe.org/userfiles/file/SummaryOfOTprofesion2013.pdf>, Produced by the COTEC Executives on behalf of COTEC www.cotec-europe.org 19.06.13
153. Sweeney K, *The Health and Safety Executive Statistics 2009/2010*
154. *The Lisbon Strategy 2000-2010, An analysis and evaluation of the methods used and results achieved*, 2010
155. Thorley K, Hussey L, Agius R, *Health, Work and the General Practitioner*, *Occup Med*, 2008, 58, 233-235
156. Thorley K, S Turner, L Hussey, R Agius, Continuing professional development in occupational medicine for general practitioners, *Occup Med*, 2009, 59, 342-346
157. Tzacheva N, K Lyubomirova, M Stoycheva, Systematic approach to health and safety at work – the national register of professional morbidity in Bulgaria, *Archives of public health*, 2012, v4, 1, 56-64
158. Tzacheva N, M Yancheva, K Dinkova, Workplace environment and allergies in Bulgaria, *Archives, Balcan medical union*, v42, 2007, 2, 71-74
159. Tzacheva N., V. Borisov, Necessity and approaches for University education in Occupational Health, *Aspects of Public health and health Care Policies in Greece and Bulgaria*, Papazissis publishers, Athens, 2009, 87-94.
160. Van Weel, C., Orbon, K, Van Der Gulden, J., Buijs, P., Folgering, H, Thoonen, B., Schermer, T., *Occupational health and general practice: From opportunities lost to opportunities capitalized?*, 2006, *Medicina del Lavoro*, 97(2), 288-294
161. Vingård, E., K Alexanderson, A Norlund, Chapter 9, Consequences of being on sick leave, *Scand J Public Health*, 2004, Suppl 63, 207-215
162. Vodenicharov V., *Ethical principles guiding innovation in Occupational Medicine* *Praemedicus*, 2013, 29, 49-51

163. Walters D, An International Comparison of Occupational Disease and Injury Compensation Schemes, 2007, 12-36
164. WHO, Noncommunicable diseases country profiles 2011, Bulgaria, 42
165. WHO, Workers' health: global plan of action 2007-2017
166. WSSD, Plan of Implementation: strengthening WHO programme on occupational health and linking it to public health
167. www.mlsp.government.bg
168. www.mu-sofia.bg
169. <http://www.mh.government.bg>
170. <http://www.nsoplb.org/>
171. <https://osha.europa.eu/>

АНКЕТА

Уважаеми колеги, с научна цел Ви моля да отговорите на поставените въпроси. Анкетата е анонимна!

1. Каква част от пациентите Ви са работещи ?/в % /.....
2. Колко са пациентите Ви с ТЕЛК/НЕЛК?/бр./.....
3. Имате ли пациенти, претърпели трудова злополука, ако да в какви сектори?.....
4. Имате ли пациенти с признати професионални заболявания, ако да в какви сектори?.....
5. Колко удостоверения за започване на работа приблизително издавате месечно? ..
6. Свързват ли здравните си проблеми пациентите с труда, работата и работното си място, което заемат?.....
7. Пациентите от кои сектори на заетост се срещат най – често?.....
8. Най-често посещаващите Ви пациенти, ако има такава тенденция от кой сектор са?.....
9. Какви са най-честите здравни проблеми при работещите.....
10. Според Вас пациентите предоставят ли данни за бъдещата си работа при издаване на медицинско удостоверение и те самите наясно ли са с трудовите условия?.....
11. Какви са най-сериозните здравословни проблеми на работещите Ви пациенти, свързани с тяхната трудова заетост?.....
12. Нуждаете ли се от информация за работната среда при извършване на профилактични прегледи?.....
13. Правят ли връзка между работа и новопоявили се заболявания пациентите Ви, ако да при кои най-вече?
14. Специализирате ли Обща Медицина?
15. Времето на прегледа достатъчно ли е за професионална анамнеза?.....
16. Какво е необходимо да се направи, за да се подsigури информация за проф. път и вредностите, на които са изложени пациентите Ви?.....
17. Какво е нужно за осигуряване на по-добро здраве на работещите пациенти според Вас?.....
18. Имате ли връзка със СТМ /служба трудова медицина/, участвали ли сте в работата ѝ, и под каква форма?.....
19. СТМ склонни ли са да колаборират с Вас и да обменят информация и доколко тя е обективно точна.
20. Ако имате пациенти със здравен проблем, за който предполагате връзка с работната среда и трябва да дадете оценка на пригодността на работещия за продължаване на същата работа, какво ще направите:
 - ще попълните „Бързо известие за съмнение за професионална болест”
 - ще дадете съвет за смяна на работата
 - ще назначите подходяща терапия
 - друго напр проф. преглед?.....
21. Имате ли по някакъв повод срещи с НОИ – за изясняване здравето на Ваш пациент, претърпял трудова злополука или проф. Болест?
22. Средномесечен брой болнични листове?.....

Приложение 2 Анкета СТМ

Уважаеми колеги, Катедрата по Трудова Медицина към Факултета по Обществено Здраве, Медицински Университет – София, моли и се надява на Вашето активно участие в настоящата анкета, която има за цел да потърси мнението Ви за състоянието и перспективите на взаимовръзките между Службите по Трудова Медицина и Общопрактикуващите лекари.

За бъдещето е важно да споделите вашата визия и модел за оптимизирането им, съгласно принципите на добрата трудовомедицинска практика.

Благодаря Ви!

А Н К Е Т А

1. Име и местоположение на СТМ.....
2. Брой обслужвани работещи?
3. Предоставяте ли информация под формата на уведомление, съгл. Нар 3/2008 от проведени профилактични прегледи по месторабота на общопрактикуващите лекари/ОПЛ/ на работещите?
 да не
4. Комуницирате ли си с ОПЛ?
 да не
5. Получавате ли обратна информация от ОПЛ?
 да не
6. Налагало ли се е да искате допълнителна информация за здравословното състояние на пациент от ОПЛ при казуси, ако да – получавали ли сте я?
 не да - не съм я получавал да – получавал съм я
7. Имате ли информация за ОПЛ на обслужваните от Вас работещи?
 да не
8. В здравното досие отбелязвате ли ОПЛ на работещия и как?
 не да - с пълни данни да – с
9. Къде би била ефективна колаборацията между ОПЛ и СТМ?
 профилактиката експертизата на работоспособността
 диагностика лечение
 рехабилитация ранното връщане на работа
10. В състояние ли сте да постигнете по-облекчени условия на труд за работещи, със здравословни проблеми?
 да не
11. Бихте ли участвали в експертизата на трудоспособността и с каква продължителна следдипломна квалификация?
 не да - със срок до
12. Кои са заболяванията, генериращи най-продължителни и кои най-чести отсъствия по болест?
 най – чести.....
 най-продължителни.....
13. Случвало ли ви се е да не сте първите които верифицират ПБ?
 не да
14. Ако да, то кой ги е диагностицирал?
 специалист в извънболничната помощ
 специалист в болничната помощ
 ОПЛ
 друг.....
15. Кои са най-сериозните здравни проблеми на работещите, свързани с работата им във Вашата практика по МКБ - 10?
16. Има ли намаляване на ЗВН в последните няколко години?
 да не
17. Работодателите могат ли да бъдат убедени да осигурят условия за спорт на работещите? да
 не
18. Нашият модел за взаимодействие между ОПЛ и СТМ?.....

Приложение 3 Регистрирани заболявания %, по избрани класове болести за периода 1993-2002 г. в здравните заведения от общ тип по данни от НЦЗ, 2004 в Доклад за здравето на нацията в началото на 21в., стр. 18

Регистрирани заболявания %, по избрани класове болести за периода 1993-2002 г. в здравните заведения от общ тип										
класове болести	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
общо	1334,6	1289,7	1293,3	1367,1	1339,2	1313,7	1371,1	1334,9	1369,5	1366,4
инфекциозни болести и паразитози	51,6	47,8	46,4	53,2	45,5	43,5	98,0	46,8	45,4	57,5
новообразувания	7,8	8,2	8,4	9,2	9,4	9,7	9,7	9,8	10,1	10,8
болести на ендокринните жлези, на храненето, обмяната и разстройства на имунитета	17,3	19,9	18,6	21,2	22,1	22,9	23,9	24,0	23,9	26,8
психични разстройства	45,2	43,9	42,3	43,1	40,3	41,4	38,8	41,9	43,2	40,4
болести на нервната система и сетивните органи	167,7	168,0	165,4	167,1	158,4	158,5	157,1	160,3	165,1	159,0
болести на органите на кръвообращението	98,1	94,1	95,7	106,9	110,8	128,9	132,7	132,2	134,4	145,8
болести на дихателната система	557,4	517,7	528,0	562,6	564,2	512,6	518,5	517,3	534,3	514,9
болести на храносмилателната система	63,5	63,9	64,2	66,1	68,2	69,0	66,4	70,1	72,0	72,6
болести на пикочо-половата система	72,5	74,9	75,4	78,3	80,9	82,2	79,1	83,1	85,7	87,9
болести на кожата и подкожната тъкан	93,4	94,4	87,9	91,2	86,5	81,6	85,4	83,9	85,1	81,4
болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	49,7	47,4	48,3	50,6	46,2	46,2	44,8	46,4	48,2	46,1
травми и отравяния	95,1	96,0	97,3	101,2	89,7	97,2	97,1	98,3	101,3	101,2

Приложение 4 Амбулаторната заболеваемост в гр. София през 2011, 2012 г. по обобщени данни от учетна форма №365, Приложения 5 и 6 по класове и нозологични единици за някои от тях, СРЗИ

Клас МК Б-10	Класове болести	2011			2012		
		възрастни	деца	общо	възрастни	деца	общо
	всичко забол.	2160‰			2189,21‰		
II.	Новообразувания от тях злокачествени	39,36%	5,36%	38,4%	40,67%	5,45%	39,6%
III.	Болести на кръвта и кръвотворните органи	19,2‰	9,6‰	17,7‰	19,8‰	13,7‰	18,9‰
X.	Болести на дихателната система	226,0‰ и 10,3%	864,8‰ и 44,8%	320‰ и 14,8%	207,6‰ и 9,6%	825,4‰ и 36%	300,3‰ и 13,7%
XII.	Болести на кожата и подкожната тъкан	91,4‰	136,5‰	98,1‰	100,8‰	146,7‰	108,2‰
	ОИГДП	54%	70,6%		59,2%	76,2%	

Приложение 5 Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на лица на възраст над 18 г. в периода 2009-2011 г., Приложение №6 към формуляр №365 и №365Б, Общо заболявания - първични данни

Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на лица на възраст над 18 г. в периода 2009-2011 г., Приложение №6 към формуляр №365 и №365Б, Общо заболявания - първични данни					
Клас по МКБ	Класове болести	Общо заболявания - първични данни			
		2009	2010	2011	средно за трите години
I.	Някои инфекциозни и паразитни болести	28807	28400	61627	39611,33
II.	Новообразувания	66207	75570	79974	73917
III.	Болести на кръвта и кръвотворните органи	19396	17051	22956	19801
IV.	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	187417	182108	219950	196491,66
V.	Психични и поведенчески разстройства	51908	45429	51116	49484,33
VI.	Болести на нервната система	142561	131665	132481	135569
VII.	Болести на окото и придатъците му	181924	177722	238604	199416,66
VIII.	Болести на ухото и мастоидния израстък	78418	76741	104192	86450,33
IX.	Болести на органите на кръвообращението	641278	542742	567585	583868,33
X.	Болести на дихателната система	263501	215914	415529	298314,66
XI.	Болести на храносмилателната система	108892	103195	121218	111101,66
XII.	Болести на кожата и подкожната тъкан	77164	90717	127151	98344
XIII.	Болести на костно-мускулната система и на съединител. тъкан	160191	186459	209872	185507,33
XIV.	Болести на пикочо-половата система	245626	257494	291602	264907,33
XV.	Бременност, раждане и послеродов период	9222	7041	8317	8193,33
XVII.	Вродени аномалии (пороци на развитието)	1472	1875	7875	3740,66
XVIII.	Симптоми, признаци и отклонения от нормата	31178	27729	49469	36125,33
XIX.	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	69131	77565	90900	79198,66
	ОБЩО	2364293	2245417	2801134	2470281,3
XX	Външни причини за заболяемост и смъртност	69131	77565	90900	79198,66
XXI	Фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби	286142	283539	436849	335510

Приложение 6 Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на лица на възраст над 18 г. в периода 2009-2011 г., Приложение №6 към формуляр №365 и №365Б, Новооткрити заболявания - първични данни

Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на лица на възраст над 18 г. в периода 2009-2011 г., Приложение №6 към формуляр №365 и №365Б, Новооткрити заболявания - първични данни					
Клас по МКБ	Класове болести	Новооткрити заболявания - първични данни			
		2009	2010	2011	средно за трите години
I.	Някои инфекциозни и паразитни болести	18353	17324	35140	23605,66
II.	Новообразувания	28766	31356	26826	28982,66
III.	Болести на кръвта и кръвотворните органи	7309	6013	6116	6479,33
IV.	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	29706	31944	39140	33596,66
V.	Психични и поведенчески разстройства	14761	12996	13760	13839
VI.	Болести на нервната система	45592	43782	40062	43145,33
VII.	Болести на окото и придатъците му	75018	71056	93415	79829,66
VIII.	Болести на ухото и мастоидния израстък	42301	44546	58185	48344
IX.	Болести на органите на кръвообращението	102286	169897	207604	159929
X.	Болести на дихателната система	166352	134515	273210	191359
XI.	Болести на храносмилателната система	37664	36048	41016	38242,66
XII.	Болести на кожата и подкожната тъкан	33754	40005	52252	42003,66
XIII.	Болести на костно-мускулната система и на съединител. тъкан	46035	64930	68225	59730
XIV.	Болести на пикочо-половата система	84992	99340	103801	96044,33
XV.	Бременност, раждане и послеродов период	5580	3313	4619	4504
XVII.	Вродени аномалии (пороци на развитието)	282	353	2815	1150
XVIII.	Симптоми, признаци и отклонения от нормата	20985	19791	30587	23787,66
XIX.	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	48703	50217	51236	50052
	ОБЩО	808439	877426	1092038	925967.6667
XX	Външни причини за заболяемост и смъртност				
XXI	Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби	69647	59156	96597	

Приложение 7 Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на лица на възраст над 18 г. в периода 2009-2011 г., Приложение №6 към формуляр №365 и №365Б, Общо заболявания - за 100% от населението

Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на лица на възраст над 18 г. в периода 2009-2011 г., Приложение №6 към формуляр №365 и №365Б, Общо заболявания - за 100% от населението					
Клас по МКБ	Класове болести	2009	2010	2011	Средно за трите години
I.	Някои инфекциозни и паразитни болести	607845	77248	147905	277665.8
II.	Новообразувания	139697	205550	191938	179061.6
III.	Болести на кръвта и кръвотворните органи	40925.6	46378.7	55094.4	47466.23
IV.	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	395450	495334	527880	472887.9
V.	Психични и поведенчески разстройства	109526	123567	122678	118590.4
VI.	Болести на нервната система	300804	358129	317954	325629
VII.	Болести на окото и придатъците му	383860	483404	572650	479971
VIII.	Болести на ухото и мастоидния израстък	165462	208736	250061	208086.1
IX.	Болести на органите на кръвообращението	1353097	1476258	1362204	1397186
X.	Болести на дихателната система	555987	587286	997270	713514.3
XI.	Болести на храносмилателната система	229762	280690	290923	267125.2
XII.	Болести на кожата и подкожната тъкан	162816	246750	305162	238242.9
XIII.	Болести на костно-мускулната система и на съединител. тъкан	338003	507168	503693	449621.4
XIV.	Болести на пикочо-половата система	518271	700384	699845	639499.8
XV.	Бременност, раждане и послеродов период	19458.4	19151.5	19960.8	19523.58
XVII.	Вродени аномалии (пороци на развитието)	3105.92	5100	18900	9035.307
XVIII.	Симптоми, признаци и отклонения от нормата	65785.6	75422.9	118726	86644.69
XIX.	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	145866	210977	218160	191667.7
	ОБЩО	4988658	6107534	6722722	5939638
XX	Външни причини за заболяемост и смъртност	145866	210977	218160	191667.7
XXI	Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби	603760	771226	1048438	807807.8

Приложение 8 Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на лица на възраст над 18 г. в периода 2009-2011 г., Приложение №6 към формуляр №365 и №365Б, Новооткрити заболявания - за 100% от населението

Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на лица на възраст над 18 г. в периода 2009-2011 г., Приложение №6 към формуляр №365 и №365Б, Новооткрити заболявания - за 100% от населението					
Клас по МКБ	Класове болести	2009	2010	2011	Средно за трите години
I.	Някои инфекциозни и паразитни болести	38724.8	47121.28	84336	56727.37
II.	Новообразувания	60696.3	85288.32	64382.4	70122.33
III.	Болести на кръвта и кръвотворните органи	15422	16355.36	14678.4	15485.25
IV.	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	62679.7	86887.68	93936	81167.78
V.	Психични и поведенчески разстройства	31145.7	35349.12	33024	33172.94
VI.	Болести на нервната система	96199.1	119087.04	96148.8	103811.7
VII.	Болести на окото и придатъците му	158288	193272.32	224196	191918.8
VIII.	Болести на ухото и мастоидния израстък	89255.1	121165.12	139644	116688.1
IX.	Болести на органите на кръвообращението	215823	462119.84	498249.6	392064.3
X.	Болести на дихателната система	351003	365880.8	655704	457529.2
XI.	Болести на храносмилателната система	79471	98050.56	98438.4	91986.67
XII.	Болести на кожата и подкожната тъкан	71220.9	108813.6	125404.8	101813.1
XIII.	Болести на костно-мускулната система и на съединител. тъкан	97133.9	176609.6	163740	145827.8
XIV.	Болести на пикочо-половата система	179333	270204.8	249122.4	232886.8
XV.	Бременност, раждане и послеродов период	11773.8	9011.36	11085.6	10623.59
XVII.	Вродени аномалии (пороци на развитието)	595.02	960.16	6756	2770.393
XVIII.	Симптоми, признаци и отклонения от нормата	44278.4	53831.52	73408.8	57172.89
XIX.	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	102763	136590.24	122966.4	120773.3
	ОБЩО	1705806	2386598.7	2620891.2	2237765
XX	Външни причини за заболяемост и смъртност	0	0	0	0
XXI	Фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби	146955	160904.32	231832.8	179897.4

Приложение 9 Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на деца от 0 до 17 годишна възраст в периода 2009-2011 г., Приложение №5 към формуляр №365 и №365Б, Общо заболявания - първични данни

Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на деца от 0 до 17 годишна възраст в периода 2009-2011 г., Приложение №5 към формуляр №365 и №365Б, Общо заболявания - първични данни					
Клас по МКБ	Класове болести	Общо заболявания - първични данни			
		2009	2010	2011	средно за трите години
I.	Някои инфекциозни и паразитни болести	17012	18700	22889	19533.667
II.	Новообразувания	1047	1714	2152	1637.6667
III.	Болести на кръвта и кръвотворните органи	8112	1449	1806	3789
IV.	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	9529	7113	6987	7876.3333
V.	Психични и поведенчески разстройства	3210	2683	3057	2983.3333
VI.	Болести на нервната система	12179	7313	8136	9209.3333
VII.	Болести на окото и придатъците му	26473	33396	38875	32914.667
VIII.	Болести на ухото и мастоидния израстък	21792	18243	21620	20551.667
IX.	Болести на органите на кръвообращението	2870	3976	2375	3073.6667
X.	Болести на дихателната система	173832	150532	165751	163371.67
XI.	Болести на храносмилателната система	9912	10744	10037	10231
XII.	Болести на кожата и подкожната тъкан	19660	21114	26161	22311.667
XIII.	Болести на костно-мускулната система и на съединител. тъкан	8855	8316	10611	9260.6667
XIV.	Болести на пикочо-половата система	16815	14981	15296	15697.333
XV.	Бременност, раждане и послеродов период	276	248	201	241.66667
XVI.	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	3228	3291	716	2411.6667
XVII.	Вродени аномалии (пороци на развитието)	4875	5544	6232	5550.3333
XVIII.	Симптоми, признаци и отклонения от нормата	15813	14585	15972	15456.667
XIX.	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	14116	9348	10742	11402
	ОБЩО	369606	333290	369650	357515.33
XX	Външни причини за заболяемост и смъртност	14465	9348	10742	11518.333
XXI	Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби	104822	86654	106400	99292

Приложение 10 Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на деца от 0 до 17 годишна възраст в периода 2009-2011 г., Приложение №5 към формуляр №365 и №365Б, Новооткрити заболявания - първични данни

Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на деца от 0 до 17 годишна възраст в периода 2009-2011 г., Приложение №5 към формуляр №365 и №365Б, Новооткрити заболявания - първични данни					
Клас по МКБ	Класове болести	Новооткрити заболявания - първични данни			
		2009	2010	2011	средно за трите години
I.	Някои инфекциозни и паразитни болести	13735	14108	15415	14419.33333
II.	Новообразувания	534	646	863	681
III.	Болести на кръвта и кръвотворните органи	1147	855	825	942.3333333
IV.	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	1734	1613	1362	1569.666667
V.	Психични и поведенчески разстройства	1056	917	1282	1085
VI.	Болести на нервната система	2543	2198	2113	2284.666667
VII.	Болести на окото и придатъците му	15486	14478	18663	16209
VIII.	Болести на ухото и мастоидния израстък	15490	11580	13009	13359.66667
IX.	Болести на органите на кръвообращението	1789	2237	1029	1685
X.	Болести на дихателната система	122764	102213	117838	114271.6667
XI.	Болести на храносмилателната система	4383	4303	4903	4529.666667
XII.	Болести на кожата и подкожната тъкан	15989	12119	11916	13341.33333
XIII.	Болести на костно-мускулната система и на съединител. тъкан	3894	3805	3823	3840.666667
XIV.	Болести на пикочо-половата система	8260	6326	6410	6998.666667
XV.	Бременност, раждане и послеродов период	73	64	39	58.66666667
XVI.	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	112	134	175	140.3333333
XVII.	Вродени аномалии (пороци на развитието)	2406	2397	2468	2423.666667
XVIII.	Симптоми, признаци и отклонения от нормата	11977	9119	10217	10437.66667
XIX.	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	11278	6646	6145	8023
	ОБЩО	232650	195758	218499	215635.6667
XXI.	Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби	40915	25965	30140	32340

Приложение 11 Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на деца от 0 до 17 годишна възраст в периода 2009-2011 г., Приложение №5 към формуляр №365 и №365Б, Общо заболявания - за 100% от населението

Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на деца от 0 до 17 годишна възраст в периода 2009-2011 г., Приложение №5 към формуляр №365 и №365Б, Общо заболявания - за 100% от населението					
Клас по МКБ	Класове болести	Общо заболявания - за 100% от населението			Средно за трите години
		2009	2010	2011	
I.	Някои инфекциозни и паразитни болести	35895.32	50864	54933.6	47230.97333
II.	Новообразувания	2209.17	4662.08	5164.8	4012.016667
III.	Болести на кръвта и кръвотворните органи	17116.32	3941.28	4334.4	8464
IV.	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	20106.19	19347.36	16768.8	18740.78333
V.	Психични и поведенчески разстройства	6773.1	7297.76	7336.8	7135.886667
VI.	Болести на нервната система	25697.69	19891.36	19526.4	21705.15
VII.	Болести на окото и придатъците му	55858.03	90837.12	93300	79998.38333
VIII.	Болести на ухото и мастоидния изростък	45981.12	49620.96	51888	49163.36
IX.	Болести на органите на кръвообращението	6055.7	10814.72	5700	7523.473333
X.	Болести на дихателната система	366785.5	409447.04	397802.4	391344.9867
XI.	Болести на храносмилателната система	20914.32	29223.68	24088.8	24742.26667
XII.	Болести на кожата и подкожната тъкан	41482.6	57430.08	62786.4	53899.69333
XIII.	Болести на костно-мускулната система и на съединител. тъкан	18684.05	22619.52	25466.4	22256.65667
XIV.	Болести на пикочо-половата система	35479.65	40748.32	36710.4	37646.12333
XV.	Бременност, раждане и послеродов период	582.36	674.56	482.4	579.7733333
XVI.	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	6811.08	8951.52	1718.4	5827
XVII.	Вродени аномалии (пороци на развитието)	10286.25	15079.68	14956.8	13440.91
XVIII.	Симптоми, признаци и отклонения от нормата	33365.43	39671.2	38332.8	37123.14333
XIX.	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	29784.76	25426.56	25780.8	26997.37333
	ОБЩО	779868.7	906548.8	887160	857859.1533
XX	Външни причини за заболяемост и смъртност	30521.15	25426.56	25780.8	27242.83667
XXI	Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби	221174.4	235698.88	255360	237411.1

Приложение 12 Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на деца от 0 до 17 годишна възраст в периода 2009-2011 г., Приложение №5 към формуляр №365 и №365Б, Новооткрити заболявания - за 100% от населението

Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на деца от 0 до 17 годишна възраст в периода 2009-2011 г., Приложение №5 към формуляр №365 и №365Б, Новооткрити заболявания - за 100% от населението					
Клас по МКБ	Класове болести	Новооткрити заболявания			Средно за трите години
		2009	2010	2011	
I.	Някои инфекциозни и паразитни болести	28980.85	38373.76	36996	34783.5
II.	Новообразувания	1126.74	1757.12	2071.2	1651.69
III.	Болести на кръвта и кръвотворните органи	2420.17	2325.6	1980	2241.92
IV.	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	3658.74	4387.36	3268.8	3771.63
V.	Психични и поведенчески разстройства	2228.16	2494.24	3076.8	2599.73
VI.	Болести на нервната система	5365.73	5978.56	5071.2	5471.83
VII.	Болести на окото и придатъците му	32675.46	39380.16	44791.2	38948.9
VIII.	Болести на ухото и мастоидния израстък	32683.9	31497.6	31221.6	31801
IX.	Болести на органите на кръвообращението	3774.79	6084.64	2469.6	4109.68
X.	Болести на дихателната система	259032	278019.4	282811.2	273288
XI.	Болести на храносмилателната система	9248.13	11704.16	11767.2	10906.5
XII.	Болести на кожата и подкожната тъкан	33736.79	32963.68	28598.4	31766.3
XIII.	Болести на костно-мускулната система и на съединител. тъкан	8216.34	10349.6	9175.2	9247.05
XIV.	Болести на пикочо-половата система	17428.6	17206.72	15384	16673.1
XV.	Бременност, раждане и послеродов период	154.03	174.08	93.6	140.57
XVI.	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	236.32	364.48	420	340.267
XVII.	Вродени аномалии (пороци на развитието)	5076.66	6519.84	5923.2	5839.9
XVIII.	Симптоми, признаци и отклонения от нормата	25271.47	24803.68	24520.8	24865.3
XIX.	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	23796.58	18077.12	14748	18873.9
	ОБЩО	490891.5	532461.8	524397.6	515917
XXI	Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби	86330.65	70624.8	72336	76430.5

Приложение 13 Първични данни за общата заболяемост на детското население на София-град за периода 2009-2011,

приложение 5, формуляр 365 и 365Б

първични данни за общата заболяемост, приложение 5, формуляр 365 и 365Б								
година	ИЗЗД	bronхиална астма	затлъстяване	дерматити и екземи	епилепсия	вродени аномалии на КМС	ДЦП	слепота
2009	2176	6592	2133	6480	4338	2775	2320	1410
2010	600	8474	2103	8747	2376	2735	1598	3113
2011	867	7318	2336	11570	3260	3009	1080	1448

диагноза - МКВ-10	2009			2010			2011		
	общо	мъже	жени	общо	мъже	жени	общо	мъже	жени
A 01.0	83	37	46						
A 01.1	81	31	50						
A 01.3	1	0	1	1	0	1			
A 01.4	3	2	1						
A 06.1	1	0	1						
A 07.1	1	1	0	2	1	1			
B 55.1	2	1	1						
B 58	1	0	1	3	0	3	4	2	2
B 65.0	2	0	2	1	0	1	1	0	1
B 65.1	1	1	0	1	1	0			
B 67.0	11	6	5	11	3	8	9	4	5
B 67.1	1	1	0	2	1	1	2	1	1
B 67.5	2	2	0	1	0	1	1	1	0
B 75	12	7	5	7	3	4	7	5	2
D 50.0	177	37	140	84	15	69	68	15	53
D 50.9	242	44	198	82	19	63	95	22	73
E 03.0	136	10	126	191	14	177	228	17	211
E 03.1	38	5	33	51	3	48	54	5	49
E 03.4	50	4	46	68	3	65	73	8	65
E 03.8	2147	132	2015	3154	154	3000	3906	277	3629
E11.2N08.3	46	21	25	51	17	34	55	27	28
E11.3H28.0	65	22	43	72	23	49	70	26	44
E11.3H36.0	332	134	198	322	100	222	306	126	180
E11.4G59.0	168	65	103	157	48	109	137	54	83
E11.4G63.2	3066	1359	177	3238	1110	2128	3301	1488	1813
E11.4G73.0	92	49	43	95	37	58	92	47	45
E11.4G99.0	45	18	27	40	13	27	40	16	24
E11.5I79.2	145	62	83	132	34	98	128	56	72
E11.6M14.2	24	7	17	20	4	16	20	6	14
E11.6M14.6	25	15	10	24	11	13	24	14	10
E11.9	24555	10871	13684	27111	9314	17797	29035	13065	15970
I10	45776	18200	27576	49337	15519	33818	51942	21326	30616
I11	92514	35677	56837	101315	30479	70836	107437	42763	64674
I20	24829	9905	14924	32543	9932	22611	37286	15081	22205
I25.2	553	377	176	601	316	285	609	421	188
I69	13219	4874	8345	16846	4806	12040	19177	7177	12000
I80.0	2061	722	1339	2262	595	1667	2354	804	1550

Приложение 14 Диспансерно наблюдение от ОПЛ в София – град на лица над 18 г. по пол и нозологични единици

Приложение 15 Обобщени резултати от анкетата сред ОПЛ (брой получени и обработени анкети - 473)				
№	Въпроси - анкета ОПЛ	брой отговори ли - п	описание	
1	Каква част от пациентите Ви са работещи ?/в %	471	средно - 52,51%	най-малко - 10 най-много - 95
2	Колко са пациентите Ви с ТЕЛК/НЕЛК?/бр./	447	средно - 54,26	най-малко - 0 най-много - 350 друг отговор от число, вкл. не знам - 28
3	Имате ли пациенти, претърпели трудова злополука, ако да в какви сектори?	466	да- 136(29,18%)	не - 330 (71%)
4	Имате ли пациенти с признати професионални заболявания, ако да в какви сектори?	473	да- 81 (17,12%)	не -387 (81,82%) не знам - 5(1,06%)
5	Колко удостоверения за започване на работа приблизително издавате месечно?	467	най-малко - 0,42	най-много - 60 средно 7,25
6	Свързват ли здравните си проблеми пациентите с труда, работата и работното си място, което заета?	469	да- 188 (40,09%)	не -189 (40,03%) понякога, не всички – 92(19,62%)
7	Пациентите от кои сектори на заетост се срещат най – често?	464	не знам – 12(2,59%), администрация – 121(26,08%), различни – 149(31,12%), строителство – 13(2,8%), наука и образование – 5(1,08%), пенсионери – 4(0,86%), транспорт – 9(1,94%), ИТ, работещи с компютри - 9(1,94%), икономика – 27(42,19%), военни, МВР, полиция, охрана – 7(1,51%), производство, промишленост, работници – 45(9,69%), търговия, обслужване, услуги – 100 (21,55%), други - 20(4,31%)	
8	Най-често посещаващите Ви пациенти, ако има такава тенденция от кой сектор са?	453	не знам – 12(2,65%), администрация – 107(23,62%), различни – 175(38,63%), строителство – 11(2,49%), наука и образование – 21(4,64%), деца – 8(1,77%), пенсионери – 35(7,73%), транспорт – 6(1,32%), ИТ, работещи с комп. – 8(1,77%) икономика – 14(3,09%), пром – 26(5,74%), търговия, обслужване, услуги – 54(11,92%), други – 29(6,4%)	
9	Какви са най-честите здравни проблеми при работещите	470	I-17(3,62) II – 1(0,21%) IV -34(7,23%) V- 81(17,23%) VI-33(7,02%) VII- 7(1,49%) IX-283(60,21%) X-217(46,17%) XI-10(2,12%) XIII-96 (20,43%) XIV-6 (1,28%) XVIII-13(2,77%) XIX-13(2,77%), друго-20(4,26%)	
10	Според Вас пациентите предоставят ли данни за бъдещата си работа при издаване на медицинско удостоверение и те самите наясно ли са с трудовите условия?	473	да- 157(33,19%)	не – 239 (50,53%) друго - 77 (16,28%)
11	Какви са най-сериозните здравословни проблеми на работещите Ви пациенти, свързани с тяхната трудова заетост?	466	I – 7(1,5%) II-7(1,5%) III-1(0,21) IV -30 (6,43%) V- 122 (26,18%) VI-26 (5,58%) VII- 23(4,94%) IX-261(56,01%) X-62(13,3%) XI-6(1,29%) XIII-108 (23,18%) XVIII-7(1,5%) XIX-21 (4,51%), XXI – 10 (2,15%), няма - 10(2,15%), друго – 64(13,73%), не знам – 12(2,58%)	
12	Нуждаете ли се от информация за работната среда при извършване на профилактични прегледи?	472	да – 357(75,64%)	не- 100 (21,19) друго-15(3,18)
13	Правят ли връзка между работа и новопоявили се заболявания пациентите Ви, ако да при кои най-вече?	464	да – 187(40,3%); не – 216(46,05%); друго – 52(11,21%); IV -15(3,23%) V- 30(6,47%) VI-5(1,08%) VII- 7(1,51%) IX-49 (10,56%) X-17(4,09%) XI-2(0,43%) XIII-27(5,82%) XVIII-2(0,43%) XIX-9(1,93%)	
14	Специализирате ли Обща Медицина?	471	да-220(46,71%)	не-112 (23,78%) имам специалност – 139 (29,51%)
15	Времето на прегледа достатъчно ли е за професионална анамнеза?	472	да-165	не-283 друго- 24
16	Какво е необходимо да се направи, за да се подсигури информация за проф. път и вредностите, на които са изложени пациентите Ви?	421	не знам – 63(14,96%), време – 7(1,66%), друго – 25(5,94%), ангажимент на институции и организации – 15(3,56%), пациентите да са информирани – 25(5,94%), дейност на ТМ – 18(4,28%), връзка с ТМ, работодател-46(10,93%) форми за допълнителна информация – 228(54,16%)	
17	Какво е нужно за осигуряване на по-добро здраве на работещите пациенти според Вас?	454	не знам – 28(6,17%), финансиране – 108(23,79%), профилактика, култура – 136(29,96%), законодателство, държава, контрол – 57(12,56%), условия на труд – 100(22,03%), почивка, спорт – 72(15,86%), грижа на работодателя – 7(1,54%), ТМ – 24(5,29%), намаляване на стреса – 48(10,57%), грижа на работещия – 7(1,54%), информация, комуникация, връзка ТМ-ОПЛ – 12(2,64%)	
18	Имате ли връзка със СТМ /служба трудова медицина/, участвали ли сте в работата ѝ, и под каква форма?	470	да- 75(15,96%)	не – 353(75,11%) друго (имам договор) – 42,89(8,94%)
19	СТМ склонни ли са да колаборират с Вас и да обменят информация и доколко тя е обективно точна?	454	да- 109 (24,01%)	не - 274 (60,35%) друго – 37(8,15%) не знам – 34(7,49%)
20	Ако имате пациенти със здравен проблем, за който предполагате връзка с работната среда и трябва да дадете оценка на пригодността на работещия за продължаване на същата работа, какво ще направите: 1. ще попълните „Бързо известие за съмнение за професионална болест“2. ще дадете съвет за смяна на работата 3. ще назначите подходяща терапия 4. друго напр проф. преглед?	468	1 - 60 (12,82%)	2 - 306 (38,46%) 3 - 293 (62,61%) 4 – 180 (65,38%)
21	Имате ли по някакъв повод срещи с НОИ – за изясняване здравето на Ваш пациент, претърпял трудова злополука или проф. Болест?	473		да- 26 (5,5%) не – 447(94,5%)
22	Средномесечен брой болнични листове?	469	средно - 28,83	максимум 340 минимум 1,5

Приложение 16 Обобщени резултати от анкетата сред СТМ (брой получени и обработени анкети - 77)			
	Въпроси - анкета СТМ	брой отговорили - п	описание
1	1. Име и местоположение на СТМ	77	*- списък
2	2. Брой обслужвани работещи?	68	средно -2897,15 най-малко - 270 най-много - 17000
3	3. Предоставяте ли информация под формата на уведомление, съгл. Нар 3/2008 от проведени профилактични прегледи по месторабота на общопрактикуващите лекари/ОПЛ/ на работещите?	76	да – 72(94,7%) не – 4(5,3%)
4	4. Комуниирате ли си с ОПЛ?	77	да-52(67,5) не-20(26%) друго – 5(6,5%)
5	5. Получавате ли обратна информация от ОПЛ?	77	да-18(23,4%) не-54(70,1%) друго – 5(6,5%)
6	6. Налагало ли се е да искате допълнителна информация за здравословното състояние на пациент от ОПЛ при казуси, ако да – получавали ли сте я?	77	да, не съм я получавал -19(24,68%) да, получавал съм я - 30(38,96%) не-26(33,77%) друго – 2(2,6%)
7	7. Имате ли информация за ОПЛ на обслужваните от Вас работещи?	77	да-49(63,6%) не-20(26,0) друго – 8(10,4%)
8	8. В здравното досие отбелязвате ли ОПЛ на работещия и как?	75	да, с пълни данни -35(47%) да, с..... - 37(49,33%) не-3(4%)
9	9. Къде би била ефективна колаборацията между ОПЛ и СТМ?	77	профилактика -57(74,03%) диагностика - 37(48,05%) експертиза на работоспособността -53(68,83%) лечение - 18(23,38%) ранно връщане на работа -32(41,56%)
10	10. В състояние ли сте да постигнете по-облекчени условия на труд за работещи, със здравословни проблеми?	77	да-58(75,32%) не-18 (23,38%) друго – 1(1,3%)
11	11. Бихте ли участвали в експертизата на трудоспособността и с каква продължителна следдипломна квалификация?	73	да-42(54,5%) не-31(40,3%)
12	12. Кои са заболяванията, генериращи най-продължителни и кои най-чести отсъствия по болест?	74-най-чести 69 - най-продължителни	най-чести - I -5(6.76%) II-1(1,35%) VI-5(6.76%) IX-11(14.86%) X-68(91.89%) XI-4(5.41%) XII-1(1,35%) XIII-9(12.16%) XV-1(1,35%) XIX-3(4.05%) най-продължителни - I -1(1.45%) II- 40(57.97%)IV - 1(1.45%) VI-7(10.14%) IX-36(52.17%) X- 2(2.9%) XI-2(2.9%) XIII-15(21.74%) XIV-1(1.45%) XV-5(7.25%) XIX-20(28.99%) XX - 5(7.25%) О,други-7(10.14%)
13	13. Случвало ли ви се е да не сте първите които верифицират ПБ?	77	да-47(61,0%) не – 30(39,0%)
14	14. Ако да, то кой ги е диагностицирал?	47	извънболнична помощ-12(20%) болнична помощ -32(52,46%) ОПЛ -8(13,11%) друг – 9(14,75%)
15	15. Кои са най-сериозните здравни проблеми на работещите, свързани с работата им във Вашата практика по МКБ - 10?	63	II-7(11.11%) IV -6(9.52%) V- 8(12.7%) VI-20(31.75%) VII- 6(9.52%)VIII-6(9.52%) IX-28(31.75%) X-9(14.29%) XI-2(3.17%) XIII-32(50.79%) XIV-2(3.17%) XV-1(1.59%) XVIII-1(1.59%) XIX-3(4.76%), други-3(4.76%)
16	16. Има ли намаляване на ЗВН в последните няколко години?	77	да-28(36,4%) не-46(59,7%) друго – 3(3,9%)
17	17. Работодателите могат ли да бъдат убедени да осигурят условия за спорт на работещите? <input type="checkbox"/>	73	да-23(31,5%) не-48(65,8%) друго – 2(2,7%)
18	18. Нашият модел за взаимодействие между ОПЛ и СТМ?	56	законодателни промени – 18 (32,14)%, ЕЗИД – 14(25,2%), обмен на информация 12(21.43%), адекватен предварителен медицински преглед 5(8,93%), сътрудничество при трудоустройство 4(7,14%), участие в ЕР и на СТМ 7(12,5%), обучение 9(16,07%), други 5(8,93%), без промяна в модела 5(5,93%)

Приложение 17 Наблюдение по програма "Детско здравеопазване" водено от ОПЛ за РЗОК София град

година	2009			2010			2011		
възраст	бр. Прегледи	бр. Лица	бр. Имунизации	бр. Прегледи	бр. Лица	бр. Имунизации	бр. Прегледи	бр. Лица	бр. Имунизации
0 до 1 г.	130150	23859	95155	135902	24698	97456	129843	23545	96895
1 до 2 г.	41176	20060	30560	43504	21608	28590	44468	21908	31076
2 до 7 г.	85354	53289	16699	90983	57064	17498	95748	60064	16909
7 до 18 г.	95768	94718	48849	96759	95172	53545	96053	94619	52863

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

Избор на личен лекар на лица над 18 г. в София – град									
година	общо	мъже	жени	общо 18-65 г.	мъже 18-65 г.	жени 18-65 г.	общо над 65 г.	мъже над 65 г.	жени над 65 г.
2009	1045203	481713	563490	844480	402838	441642	200723	78875	121848
2010	1051901	483461	568440	848734	403772	444962	293167	7969	123478
2011	1055931	481829	574102	847576	400247	447329	208355	81582	126773

Приложение 19 Прегледи за лица над 18 г. възраст, отчетени от ОПЛ в София – град, СЗОК

вид преглед	2009			2010			2011		
	мъже	жени	общо	мъже	жени	общо	мъже	жени	общо
консултация	779344	1215885	1995229	859457	1324850	2184307	892208	1355855	2248063
диспансерни	118393	188043	306436	140016	214647	354663	156156	232354	388510
профилактика за лица над 18 г.	100169	151584	251753	126955	184906	311861	133009	190326	323335
профилактика на риска	303	1050	1353	466	1602	2068	1706	3000	4706

Приложение 20 Прегледи за лица над 18 г. възраст, отчетени от ОПЛ в София – град, от тях над 65 г. възраст

вид преглед	2009			2010			2011		
	мъже	жени	общо	мъже	жени	общо	мъже	жени	общо
консултация	309240	483691	792931	342158	526174	868332	341347	518407	859754
диспансерни	59018	109641	168659	69898	125517	195415	77023	136676	213699
профилактика за лица над 18 г.	24230	40019	64249	31212	49655	80867	30635	48922	79557
профилактика на риска	53	185	238	156	366	522	510	985	1495

МКБ-10	Клас	2009		2010		2011	
		Всичко брой	18-64 г. брой	Всичко брой	18-64 г. брой	Всичко брой	18-64 г. брой
IX.	Болести на органите на кръвообращението	293331	129218	284538	122093	291832	121500
X.	Болести на дихателната система	246528	82355	235266	70849	222276	70116
XI.	Болести на храносмилателната система	158733	89808	154049	85442	167585	93386
XV.	Бременност, раждане и послеродов период	153465	143521	140247	132070	134157	126223
XIV.	Болести на пикочо-половата система	135490	92723	131761	88430	138735	90201
II.	Новообразувания	118680	73292	118884	71244	131281	79282
XIX.	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	104083	56292	99371	53942	100905	55709
	други класове						
V.	Психични и поведенчески разстройства	51859	44598	51881	44153	52080	44521
XIII.	Болести на костно-мускулната система и на съединител. тъкан	70749	49079	63395	44237	82368	56048

Приложение 21 Хоспитализирана заболеваемост по водещи класове болести 2009-2011 г. [27-29]

Приложение 22 Мъже Водещите причини за заболяемост и смърт в гр. София по пол, по данни на НСИ

заболявания	2009 г.	2010 г.	2011 г.
ОБЩО	1301,1	1 254,1	1 228,3
Клас II Новообразувания (C00-D48)	222,9	208,8	225,6
Злокачествени новообразувания (C00-C97)	222,4	208,5	225,6
Клас IX Болести на органите на кръвообращението (I00-I99)	800,3	770,9	725,2
Исхемична болест на сърцето (I20-I25)	200,1	134,1	149,9
Други болести на сърцето (I30-I33, I39-I52)	322,9	415,6	332,3
Мозъчносъдови болести (I60-I69)	149,4	132,6	132,7
Клас X Болести на дихателната система (J00-J99)	69,6	62,0	63,4

Приложение 23 Жени Водещите причини за заболяемост и смърт в гр. София по пол, по данни на НСИ

заболявания	2009 г.	2010 г.	2011 г.
ОБЩО	1123,1	1 120,6	1 121,6
Клас II Новообразувания (C00-D48)	183,1	176,6	181,9
Злокачествени новообразувания (C00-C97)	183,1	176,5	181,8
Клас IX Болести на органите на кръвообращението (I00-I99)	769,4	759,2	752,0
Исхемична болест на сърцето (I20-I25)	168,9	113,1	119,0
Други болести на сърцето (I30-I33, I39-I52)	312,6	401,3	347,3
Мозъчносъдови болести (I60-I69)	155,3	142,9	156,1
Клас X Болести на дихателната система (J00-J99)	41,4	43,3	44,2

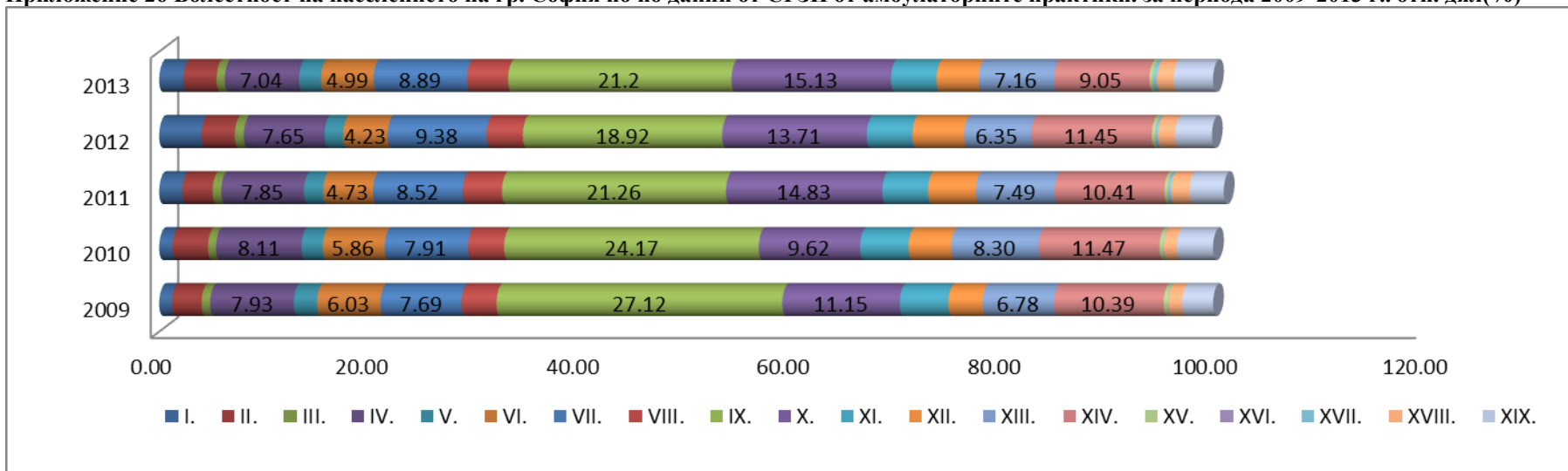
Приложение 24 Болестност на населението на гр. София по по данни от СРЗИ от амбулаторните практики. за периода 2009-2013 г., на 1000 души население и отн. дял(%)

№	2009		2010		2011		2012		2013	
	Болестност на населението на гр. София по по данни от СРЗИ от амбулаторните практики. за периода 2009-2013 г., на 1000 души население и отн. Дял(%)									
	на 1000 души от населението	относителен дял	на 1000 души от населението	относителен дял	на 1000 души от населението	относителен дял	на 1000 души от населението	относителен дял	на 1000 души от населението	относителен дял
	2240.01	100,00	2115.98	100,00	2168,75	100,00	2189,21	100,00	1946,80	100,00
I.	27.29	1.22	26.76	1.26	47,71	2,20	87,75	4,00	44,68	2,30
II.	62.73	2.80	71.21	3.37	61,92	2,86	69,45	3,17	61,06	3,14
III.	18.38	0.82	16.07	0.76	17,77	0,82	18,86	0,86	15,24	0,78
IV.	177.57	7.93	171.61	8.11	170,29	7,85	167,60	7,65	137,17	7,04
V.	49.18	2.20	42.81	2.02	39,58	1,82	38,76	1,77	40,50	2,08
VI.	135.07	6.03	124.08	5.86	102,57	4,73	92,72	4,23	97,18	4,99
VII.	172.36	7.69	167.48	7.91	184,74	8,52	205,41	9,38	173,08	8,89
VIII.	74.30	3.32	72.32	3.42	80,67	3,72	75,52	3,44	75,59	3,88
IX.	607.57	27.12	511.46	24.17	439,45	21,26	414,17	18,92	412,69	21,20
X.	249.65	11.15	203.47	9.62	321,72	14,83	300,34	13,71	294,49	15,13
XI.	103.17	4.61	97.25	4.60	93,85	4,33	94,93	4,33	84,09	4,32
XII.	73.11	3.26	85.49	4.04	98,45	4,54	108,19	4,92	77,85	4,00
XIII.	151.77	6.78	175.71	8.30	162,49	7,49	139,12	6,35	139,49	7,16
XIV.	232.71	10.39	242.65	11.47	225,77	10,41	250,66	11,45	176,14	9,05
XV.	8.74	0.39	6.64	0.31	27,19	0,30	27,53	0,32	0,02	0,34
XVI.					0,55	0,03	0,70	0,03	6,98	0,02
XVII.	1.39	0.06	1.78	0.08	6,10	0,28	5,66	0,25	7,01	0,36
XVIII.	29.54	1.32	26.13	1.23	38,30	1,77	35,84	1,63	30,75	1,58
XIX.	65.50	2.92	73.09	3.45	70,38	3,25	76,40	3,48	72,79	3,74

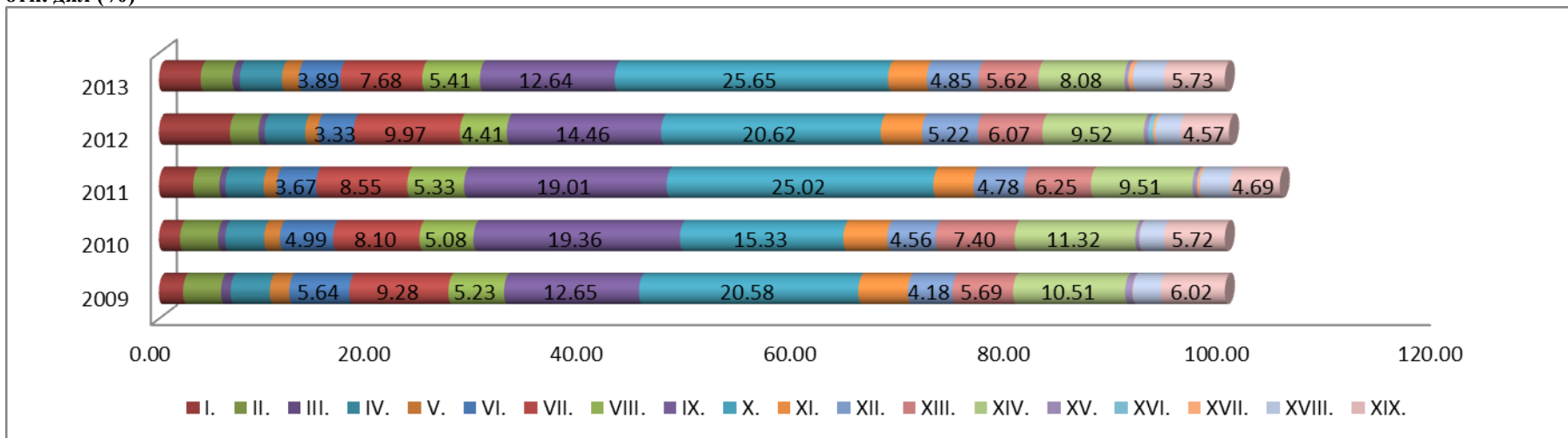
Приложение 25 Заболеваемост на населението на гр. София по по данни от СРЗИ от амбулаторните практики. за периода 2009-2013 г., на 1000 души население и отн. дял(%)

№	2009		2010		2011		2012		2013	
	Заболеваемост на населението на гр. София по по данни от СРЗИ от амбулаторните практики. за периода 2009-2013 г., на 1000 души население и отн. Дял(%)									
	на 1000 души от населението	относителен дял	на 1000 души от населението	относителен дял	на 1000 души от населението	относителен дял	на 1000 души от населението	относителен дял	на 1000 души от населението	относителен дял
	765.94	100,00	826.85	100,00	845,50	100,00	896,31	100,00	743,37	100,00
I.	17.39	2.27	16.33	1.97	24,96	3,22	59,70	6,66	29,05	3,91
II.	27.25	3.56	29.55	3.57	20,77	2,46	24,00	2,68	22,30	3,00
III.	6.92	0.90	5.67	0.69	4,74	0,56	5,24	0,58	5,02	0,68
IV.	28.14	3.67	30.10	3.64	30,30	3,58	34,12	3,81	29,34	3,95
V.	13.99	1.83	12.25	1.48	10,65	1,26	10,83	1,21	11,80	1,60
VI.	43.20	5.64	41.26	4.99	31,02	3,67	29,87	3,33	28,92	3,89
VII.	71.07	9.28	66.96	8.10	72,33	8,55	89,39	9,97	57,13	7,68
VIII.	40.08	5.23	41.98	5.08	45,04	5,33	39,52	4,41	40,19	5,41
IX.	96.91	12.65	160.10	19.36	160,74	19,01	129,61	14,46	93,99	12,64
X.	157.61	20.58	126.76	15.33	211,53	25,02	184,48	20,62	190,68	25,65
XI.	35.68	4.66	33.97	4.11	31,76	3,76	34,58	3,86	26,98	3,63
XII.	31.98	4.18	37.70	4.56	40,46	4,78	46,83	5,22	36,06	4,85
XIII.	43.62	5.69	61.19	7.40	52,82	6,25	54,45	6,07	41,81	5,62
XIV.	80.52	10.51	93.61	11.32	80,37	9,51	85,37	9,52	60,11	8,08
XV.	5.29	0.69	3.12	0.38	15,10	0,42	4,02	0,42	0,01	0,34
XVI.					0,14	0,02	0,19	0,45	2,68	0,02
XVII.	0.27	0.03	0.33	0.04	2,18	0,26	2,05	0,23	3,28	0,44
XVIII.	19.88	2.60	18.65	2.26	23,68	2,80	20,82	2,32	21,40	2,88
XIX.	46.14	6.02	47.32	5.72	39,67	4,69	40,94	4,57	42,62	5,73

Приложение 26 Болестност на населението на гр. София по по данни от СРЗИ от амбулаторните практики, за периода 2009-2013 г., отн. дял(%)



Приложение 27 Заболеваемост на населението на гр. София по данни от СРЗИ от амбулаторните практики за периода 2009-2013 г., по данни от . отн. дял (%)



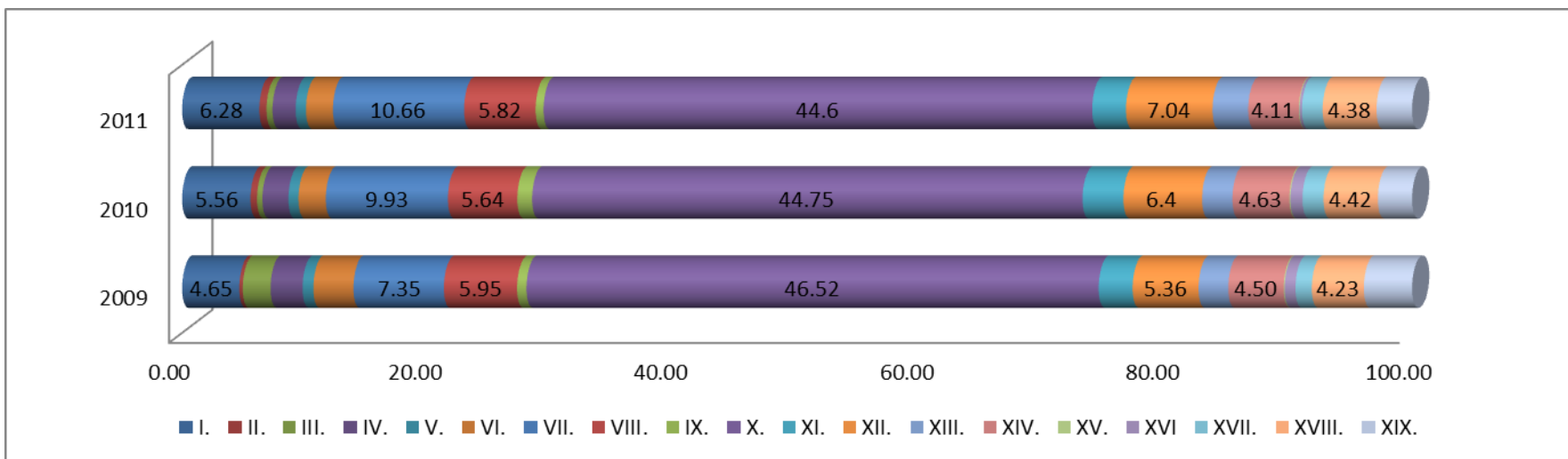
Приложение 28 Болестност на населението на гр. София от 0-17 г., по по данни от СРЗИ от амбулаторните практики. за периода 2009-2013 г., на 1000 души население и отн. дял(%)

Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на деца от 0 до 17 годишна възраст в периода 2009-2011 г., Приложение №5 към формуляр №365 и №365Б, Общо заболявания - първични данни, на 1000 души и отн. дял (%), за клас I-XIX									
Клас по МКБ	болестност								
	2009			2010			2011		
	регистрирани заболявания	на 1000 души от населението	относителен дял, %	регистрирани заболявания	на 1000 души от населението	относителен дял, %	регистрирани заболявания	на 1000 души от населението	относителен дял, %
I.	17012	87.55	4.65	18700	94.31	5.56	22889	119.97	6.28
II.	1047	5.28	0.28	1714	8.98	0.53	2152	11.07	0.58
III.	8112	42.52	2.26	1449	7.45	0.44	1806	9.47	0.49
IV.	9529	49.00	2.60	7113	35.87	2.11	6987	35.93	1.88
V.	3210	16.52	0.88	2683	14.06	0.82	3057	16.02	0.84
VI.	12179	61.43	3.26	7313	37.61	2.22	8136	41.84	2.19
VII.	26473	138.76	7.35	33396	168.43	9.93	38875	203.77	10.66
VIII.	21792	112.07	5.95	18243	95.62	5.64	21620	111.18	5.82
IX.	2870	14.77	0.77	3976	20.45	1.21	2375	12.45	0.65
X.	173832	876.73	46.52	150532	759.21	44.75	165751	852.38	44.60
XI.	9912	51.95	2.76	10744	56.32	3.32	10037	52.61	2.75
XII.	19660	101.10	5.36	21114	108.58	6.40	26161	134.53	7.04
XIII.	8855	45.57	2.42	8316	41.94	2.47	10611	55.62	2.90
XIV.	16815	84.81	4.50	14981	78.52	4.63	15296	78.66	4.11
XV.	276	1.45	0.08	248	1.28	0.08	201	1.05	0.06
XVI.	3228	16.60	0.88	3291	16.60	0.98	716	3.75	0.20
XVII.	4875	25.09	1.33	5544	29.06	1.71	6232	32.05	1.68
XVIII.	15813	79.75	4.23	14585	75.00	4.42	15972	83.72	4.38
XIX.	14116	73.99	3.92	9348	47.15	2.78	10742	55.24	2.89
	369606	1884.93	100.00	333290	1746.96	100.00	369650	1937.54	100.00

№	Регистрирани заболявания в амбулаториите на лечебните заведения по вид на заболяването на деца от 0 до 17 годишна възраст в периода 2009-2011 г., Приложение №5 към формуляр №365 и №365Б, Новооткрити заболявания - първични данни, на 1000 души население и отн. дял (%) за I-XIX клас								
Клас по МКБ	заболеваемост								
	2009			2010			2011		
	новооткрити заболявания	на 1000 души от населението	относителен дял, %	новооткрити заболявания	на 1000 души от населението	относителен дял, %	новооткрити заболявания	на 1000 души от населението	относителен дял, %
I.	13735	70.68	5.85	14108.00	71.15	7.21	15415.00	80.80	7.06
II.	534	2.75	0.23	646.00	3.39	0.34	863.00	4.44	0.39
III.	1147	5.90	0.49	855.00	4.40	0.45	825.00	4.32	0.38
IV.	1734	8.92	0.74	1613.00	8.14	0.82	1362.00	7.14	0.62
V.	1056	5.43	0.45	917.00	4.62	0.47	1282.00	6.72	0.59
VI.	2543	13.09	1.08	2198.00	11.09	1.12	2113.00	11.08	0.97
VII.	15486	79.69	6.60	14478.00	73.02	7.39	18663.00	97.82	8.54
VIII.	15490	79.72	6.60	11580.00	58.40	5.92	13009.00	68.19	5.95
IX.	1789	9.21	0.76	2237.00	11.28	1.14	1029.00	5.39	0.47
X.	122764	631.78	52.32	102213.00	515.51	52.20	117838.00	617.65	53.94
XI.	4383	22.56	1.87	4303.00	21.70	2.20	4903.00	25.70	2.24
XII.	15989	82.28	6.81	12119.00	61.12	6.19	11916.00	62.46	5.45
XIII.	3894	20.04	1.66	3805.00	19.19	1.95	3823.00	20.04	1.75
XIV.	8260	42.51	3.52	6326.00	31.91	3.23	6410.00	33.60	2.93
XV.	73	0.38	0.03	64.00	0.32	0.03	39.00	0.20	0.02
XVI.	112	0.58	0.05	134.00	0.68	0.08	175.00	0.92	0.08
XVII.	2406	12.38	1.03	2397.00	12.09	1.22	2468.00	12.94	1.13
XVIII.	11977	61.64	5.10	9119.00	45.99	4.66	10217.00	53.55	4.68
XIX.	11278	58.04	4.81	6646.00	33.52	3.39	6145.00	32.21	2.81
	232650	1197.28	100.00	195758.00	987.31	100.01	218499.00	1145.27	100

Приложение 29 Заболеваемост на населението на гр. София от 0-17 г., по данни от СРЗИ от амбулаторните практики. за периода 2009-2013 г., на 1000 души население и отн. дял(%)

Приложение 30 Болестност на населението на възраст от 0-17 г., гр. София по по данни от СРЗИ от амбулаторните практики. за периода 2009-2013 г.. отн. дял(%)



Приложение 31 Заболеваемост на населението на възраст от 0-17 г., гр. София по данни от СРЗИ от амбулаторните практики за периода 2009-2013 г.. по данни от . отн. дял (%)

