МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
Катедра социална медицина

Д-Р МАЛИНКА ГЕОРГИЕВА ОВЧАРОВА – ГЪРДЕВА

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИТЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ В УСЛОВИЯТА НА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

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: „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията"

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:
Проф. д-р ВЕСЕЛИН БОРИСОВ ВАСИЛЕВ, дмн

СОФИЯ, 2013

С ъ д ъ р ж а н и е

Глава 1: Въведение ……7

Глава 2: Развитие на концепцията за здравните потребности

2.1. Контекст на оценката на потребностите ……..11

2.2. Потребности от здравни услуги и приоритизиране ……17

2.3. Здравни услуги и финансиране с публични средства в здравните системи, „ориентирани към потребностите“ ……...……...19

2.4. Принципи в процеса на приоритизиране ……..……...25

2.5. Цел и предмет на оценка на потребностите ……..……28

2.6. Скали и нива на оценка ……..…34

2.7. Кой оценява потребностите? ……..……35

2.8. Етични перспективи в концепцията за оценка на потребностите ……..36

Глава 3: Дефиниции на понятието „потребност“ и класификации за целите на общественото здраве ……..38

3.1. Класификация на Bradshaw ……...……40

3.2. Класификация, предложена от експертния комитет по здравна статистика към СЗО ……..41

3.3. Класификация на Kalimo ……...……42

Глава 4: Връзка между потребност, търсене и предлагане

4.1. Потребност ……..44

4.2. Търсене ……44

4.3. Предлагане ……..45

4.4. Потребност, търсене, предлагане ……..46

4.5. Оценка на потребностите и маркетинг ……47

Глава 5: Методи и подходи за оценка на потребностите

5.1. Епидемиологичен подход за оценка ……49

5.2. Епидемиологичен/разход-ефективност подход ……...53

5.3. Глобален подход за оценка ……54

5.4. Подходи за оценка в общността ……55

5.5. Сравнителен подход ……...……58

5.6. Корпоративен подход ……..……58

5.7. Подход за оценка в извънредни ситуации ……..……60

5.8. Икономически подход и приложение на клиничната и разход-ефективност в концепцията за оценка на потребностите ……..……..61
5.9. Сравнение и оценка на методите, подходите и инструментите ……69
Глава 6: Глобални потребности ……...74
Глава 7: Критики на концепцията за оценка на здравните потребностите 77
Глава 8: Мястото на оценката на потребностите в периода на реформи на здравеопазването в Р България след 2000 г………....79
8.1. Национална и регионални здравни карти – оценка на потребностите от материални и човешки ресурси ……82
8.2. Национални и регионални финансиращи здравноосигурителни органи – оценка потребностите на населението от здравни услуги ……84
8.3. Мястото на ОПЛ в разпределението на ресурсите за здравни услуги …..…86
8.4. Развитие на законодателството и акцентите при оценката на здравните потребности ……87
8.5. Вътрешна противоречивост на здравното законодателство свързано с оценката на потребностите и планирането на ресурсите ……..……88
Глава 9: Цел, задачи, материали и методи на проучването ……...90
9.1. Постановка на проучването ……...90
9.1.1 Цел и задачи ……..90
9.1.2. Материали и методи ……..…….....90
9.1.3. Инструментариум на проучването ……..……..…95
9.2. Анализ на резултатите от собствено проучване
9.2.1. Анализ на действащото здравно законодателство..……...98
9.2.2. Анализ на медико-статистическите данни за проучваните практики ……...……99
9.2.3. Анализ на резултати от собствено социологическо проучване на пациентите за потребностите от здравни услуги и посрещането им на ниво първична медицинска помощ ……117
Глава 10. Обобщение и обсъждане ……188
Глава 11. Изводи и препоръки ……189
Библиография …… 196
Приложения
Приложение 1 – Анкетна карта за самопопълване от пациентите сред първичните практики ……..214

Приложение 2 – Обобщени показатели и характеристики на променливите, описващи основните въпроси в проучването ……...223

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ:

БАПЗГ - Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи

БЗС - Български зъболекарски съюз

БЛС – Български лекарски съюз

ЗЗО – Закон за здравното осигуряване

ЗЛЗ – Закон за лечебните заведения

МДД – Медико-диагностични дейности

МЗ – Министерство на здравеопазването

МКБ – 10 – Международна класификация на болестите – 10-та ревизия

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НСОПЛ – Национално сдружение на общопрактикуващите лекари

НРД – Национален рамков договор

НСИ – Национален статистически институт

ОПЛ – Общопрактикуващ лекар

РЗИ – Регионална здравна инспекция

РЗОК – Районна здравноосигурителна каса

РК – Районна колегия

РС – Регулативен стандарт

РЦЗ – Регионален център по здравеопазване

СМД – Специализирани медицински дейности

Глава 1: ВЪВЕДЕНИЕ

През 2009 г. глобалната икономика изпада в рецесия, без прецедент в епохата след Втората световна война, а възстановяването според Международния валутен фонд (Световен икономически преглед, октомври, 2009) се очаква да бъде бавно [175]. Кризите поставят предизвикателства за здравните системи, но и възможност за реформи и промени. За системите на здравеопазването това означава ограничени бюджети и решения за подходите при разпределение на оскъдните налични ресурси. Един от тях е оценката на потребностите на населението от здравни услуги, който е начален етап на планиране и поставяне на приоритети между конкуриращи се потребности за ограничените ресурси. В доклада на регионалния офис за Европа на СЗО „Здраве във време на глобална икономическа криза“ (2009) се прави оценка на влиянието на финансовата и икономическа кризи върху здравните системи и здравето на популациите [151]. В него се посочва, че ефектите на кризите върху здравето и здравните системи ще варират съществено от страна на страна, според структурата на тяхната икономика, зависимостта от експорта и/или флуктуациите в тяхната валута, както и от политическите действия, предприети от техните правителства. В такъв контекст, решенията ще бъдат насочени към посрещане специфичните потребности на отделните страни. Ще бъде нужна обмяна на информация и опит между страните и координация на дейностите, но основен приоритет трябва да бъде подготовката и въвеждането на специфични за всяка страна програми. Докладът завършва с препоръки за антикризисен пакет от десет точки, две от които са насочени към здравните потребности и ресурсите за тяхното посрещане:

– подготовка за преразпределяне на ресурсите към основни за здравето и здравните системи приоритети. По-точно, преразпределяне на финансирането за подкрепа превенцията на комуникативните болести, включително имунизации и превенция на епидемични взривове;

– подготовка на всички ключови участници в системата за рационализиране и по-добро изпълнение с по-малко пари. По-точно, проучване на опциите и въвеждане на мерки за редуциране разходите за лекарства и медицински изделия. Организиране на „анти-прахоснически“ кампании за

промоция на всички форми на пестене (енергия, лекарства и др.) сред здравните работници. Рационализиране дейностите и организационните структури за избягване на дублиране. Претеглени икономии и координирани усилия.

Още от средата на 1960-те и след това ограниченията в медицината стават все по-ясни. Моралът се противопоставя срещу свободната експанзия на медицинските технологии. Бавният икономически растеж създава проблеми във финансирането. Разходите за здравеопазване нарастват по-бързо в сравнение с разходите в други сектори на икономиката и днес здравеопазването е един от най-големите сектори в развитите страни. Въпреки качеството и достъпността, ефективността на макро-ниво в здравния сектор става отговорност на правителствата. Засегнати са разпределението и предоставянето на здравна помощ. Разпределението води до несъответствие, при което предоставянето изостава далеч след нарастващото търсене. Напредъкът в медицината и демографските промени продължават да оказват натиск върху разходите. В същото време наличните ресурси в здравеопазването са ограничени. Много хора нямат достъп до адекватна здравна помощ, много правителства не са в състояние да осигурят всеобхватна помощ. Наблюдава се вариабилност в наличността и ползването на здравна помощ според географското разположение и мястото на предоставяне. Като движеща сила на промяната се оформя консуматорското общество. Очакванията на обществото водят до повишен интерес към качеството на услугите, които получават, от достъпа и справедливостта до уместността и ефективността. Тези фактори са водещи за реформата в здравните услуги в развитите и развиващите се страни.

В речта си пред Сената американския президент Джон Ф. Кенеди на 15 март 1963 г. развива идеята за Закон за защита на потребителите. Кенеди посочва „четирите основни права на потребителя": правото на безопасност, правото на информация, правото на избор, правото да бъдеш чут. Впоследствие са добавени още четири: правото да бъдат задоволени основните потребности; правото на обезщетение, правото на образование, правото на здравословна околна среда. Медицинският модел лекар – пациент търпи промяна в отговор на историческото предизвикателство в развитието на новите обществени

отношения, като отстъпва място на модела доставчик – потребител, в което и лекарят и пациентът търсят своето място, монолитността на отношенията е нарушена. Историческото разбиране за грижа и отговорност за пациента от страна на лекаря, основано на многостранна връзка е заменено от предоставянето на услуги (здравни) до степен на отчужденост и опосредствано от държава, осигурителен или застрахователен фонд.

Приемането на съществуване на „здравна услуга“ се характеризира с развитието на нови организационни връзки – ориентиране на здравните услуги към потребителя (пациента), оценка на потребностите и икономическите възможности за тяхното задоволяване.

В началото на 70 - те години на миналия век Bradshow[104] създава таксономия на потребностите в социалната сфера, във връзка с фиксираните бюджети за социални дейности и необходимостта от планирано насочване на ресурси за посрещане на потребностите след оценката им. Развива се програмното насочване на ресурси, както и полагането на принципите за разпределение на ограничените публични финансови ресурси към дейности в социалната сфера, вкл. и здравеопазването.

Оценката на здравните потребности винаги се разглежда в контекста на планирането, поставяне на приоритети и предоставянето на здравна помощ на популацията. Тя е тясно свързана с концепцията за потребността като „способност за полза“ за здравето.

В настоящия труд оценката на здравните потребности се дефинира като „оценка на популационната способност за полза от здравните услуги, поставяне на приоритети съобразно ефективността, включително разход-ефективност и финансиране в рамките на наличните ресурси“.

На ниво първична помощ, чрез финансирането и договарянето, общопрактикуващите лекари получават важна роля за стратегическо планиране и развитие на здравните услуги. Това дава отговор на очакванията и на пациентите и на политиците, решенията им отразяват местните и национални приоритети, съдействащи за ефективна и достатъчна медицинска помощ на основата на потребностите.

Предмет на настоящият труд е оценка потребностите на населението от здравни услуги в практики за първична извънболнична медицинска помощ, изготвяне на инструментариум за оценка на потребностите на техните популации и използването на тези оценки при определяне на приоритети за подобряване здравето на местното население.

ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

ГЛАВА 2:
РАЗВИТИЕ НА КОНЦЕПЦИЯТА ЗА ЗДРАВНИТЕ ПОТРЕБНОСТИ

2.1. Контекст на оценката на потребностите

Оценката на здравните потребности е процес при който финансирането на здравните услуги се основава на приоритети според потребностите на общността от услуги в рамките на наличните ресурси.

Още през 60-те години на миналия век и свързано с ограничаване разходите за здраве в западните страни се появяват публикации, в които се търсят отговори на въпросите: какви потребности ще бъдат оценявани, с какви методи, каква е рамката на здравните системи, в които ще бъдат оценявани; има ли връзка между оценка на потребностите и икономическите методи на оценка? Цитират се и съветски автори, изследват се техните модели и методики, търсят се схеми за тяхното приложение в процеса на предоставяне на здравни услуги.

Navaro V. [182] описва шест метода свързани с планирането на адекватно и уместно предоставяне на здравните услуги, основани на: заболеваемостта (потребности), смъртността, предоставянето, разпределението, резултатите на системно ниво и методи основани на структурата на системата:

- *методи, основани на заболеваемостта* – според структурата и нивото на заболеваемостта, при което се прилагат две стъпки при планирането на здравни услуги - проучване на разпространението и характера на т. нар. „потребности“ от медицинска помощ, детерминирани от заболеваемостта на избрана популация. Тази заболеваемост може да бъде „осъзната“ от индивидите или „дефинирана“ от експерти, здравни професионалисти. И втората стъпка, преобразуване на дефинираните от заболеваемостта потребности в здравни ресурси. Navaro V. посочва, че едни от най-детайлните публикации с разработки на този метод са на Попов К. от СССР, при което се постига идентифициране на т. нар. „айсберг на потребностите“, свързани със скритата заболеваемост. Поставя се акцент на две големи проучвания в бившия СССР, при които са сравнени и анализирани предоставянето и потребностите, оценени са

„свръхпотреблението“, „потребление под обичайното ниво“ и „липса на потребление“. Анализират се и недостатъците на този метод: 1) използването на този метод при планирането акцентира върху концепцията за потребността, отколкото на по-обективната концепция за търсенето. Фактът, че съществува потребност не означава, че тя ще се изрази като търсене на услуга. 2) адекватни данни за заболеваемостта са по-често оскъдни. 3) методът изисква консенсус на медицинските мнения коя е най-добрата медицинска помощ за всяко състояние

- *методи, основани на смъртността* – влиза в съображение поради това, че данните за смъртността са по-достъпни от тези за заболеваемостта. Недостатъците на метода са, че се използват константни величини, съотнесени спрямо смъртността, без да се вземат предвид демографските, технологични и социално-икономически промени

- *методи, основани на използването на ресурсите* – при тези методи се взима под внимание настоящето използване на ресурсите като индикатори за бъдещо използване, като се приема, че е една обективна количествена концепция за търсенето отнесено към субективното схващане за потребностите. В рамките на този подход могат да се разгледат две свързани концепции. Първата е за „адекватността на ресурсите“ – наличие на достатъчно лечебни заведения за посрещане на търсенето. Втората е за „предоставянето и координирането на ресурсите“ – географски и функционални взаимоотношения между ресурси и популация. В тази група са методите, основани на анализ на търсенето, сравнителните методи и пр.

- *методи, основани на разпространението* – концепцията за предоставянето и разпространението се отнася до географските и функционални взаимоотношения между ресурси и обслужвана популация. За изучаване на тези две характеристики се използват „ориентиран към здравните заведения подход“ (брой лекари, брой болници) и „ориентиран към популацията подход“, при който се анализира моделът на използване на болничните услуги от дефинирана популация.

- *методи, основани на резултатите на системно ниво* – при планиране на здравните услуги, основано на резултатите от здравната система, необходимите ресурси се определят спрямо търсените резултати като намаляване или контрол на смъртността, заболеваемостта, недееспособността и пр. Ефективността във взаимоотношението между вход и изход също може да бъде търсен резултат

- *методи, основани на структурата на системата* – основават се на познаването на вътрешните отношения между частите на системата и изискват познания не само за аспектите на системната статика – частите на системата и тяхната продуктивност като брой услуги, но и на системната динамика. Имайки предвид динамичните аспекти и познавайки популацията дефинирана според желаните демографски или епидемиологични характеристики или двете заедно, може да се говори за вероятността индивида да се придвижва от една част на системата към друга.

От 60-те години на миналия век и досега, когато е поставен императива за планиране на оскъдните публични средства, в западните страни се търсят подходи за планиране, като в редица от тях – най-вече англоговорящите страни, скандинавските страни и развитите здравни системи в Тихоокеанския басейн на Австралия и Нова Зеландия се насочват към оценка на потребностите от здравни услуги; други, в условията на квазипазар включват икономически модели за изучаване и управление на търсенето и предлагането. Здравните системи, насочени към потребностите изминават път от няколко десетилетия, като през този период концепцията за здравните потребности и тяхната оценка търпи развитие от простото използване на заболеваемостта до осъзнатото обвързване с ефективността на наличните здравни услуги и способността за полза от услугите на популационно ниво.

Някои форми на оценка на потребностите на населението от здравна помощ винаги са били прилагани при планиране на здравните услуги на населението [212]. През 1960-те години на миналия век се установява несъответствие между предоставянето на здравни услуги според социалния статус и неравностойни условия на живот. През 1970-те години са последвани от период на „рационално планиране“ – опит за систематично планиране на услугите, но без фокус върху потребностите, еднакво добре развито в западните здравни системи и системите на страните от Източния блок [211]. По-късно фокусът се измества върху пространствената несправедливост, т. е. относително слабото предоставяне на услуги в някои региони. Потребностите са били определяни и измервани по опосредстван начин, най-вече чрез демографските показатели.

Увеличаването на публичните услуги и разходи, което характеризира поствоенната ера, е подложено на преоценка. В отговор на това, в ранните 1990-те години започва вълна от реформи на здравните услуги - в Обединеното кралство, Холандия, Нова Зенландия, Австралия, Канада, Норвегия, Швеция и САЩ - при което централна роля заема оценката на здравните потребности. Неслучайно по-късно тези системи биват определени като „ориентирани към потребностите здравни системи“[91]. Налага се идентифициране на потребностите така че необходимите услуги да бъдат специфично и справедливо разпределени. Основна предпоставка за реформите са контролиране на разходите, при което всяка страна има различен философски и идеологически подход, започвайки от системата в Нова Зеландия с управляваната конкуренция и се стигне до Холандия с ориентиран към общността подход. Развити са много национални и интернационални модели, методи или рамки. Такива, които са фокусирани върху взимането на решения на ниво правителство (макро ниво), през ограниченото обсъждане на регионално ниво (мезо ниво) до ниво лекар-пациент (микро ниво).

Обширен поглед и анализ върху развитие на концепцията за потребностите от медицинска помощ в бившия СССР и страните от Източния блок прави С. Бачев [4], като посочва следните етапи при систематизиране концепцията за потребностите:

- Период на запознаване с проблема. Това е периода на земската медицина и земската медицинска статистика. Лекари-обществеици се насочват към проблема за разпространението на заболяванията и потребността от лекари за лечение на болните. Етапът може да се свърже със зараждане на системата на здравеопазване.

- Повишени изисквания към провежданите проучвания, породени от натрупване на емпирична информация. Те придобиват научен характер. Най-често това са комплексни проучвания, свързани със заболеваемостта и с потребностите от медицинска помощ. Те са репрезентативни за дадена страна или типологични. Изучаване здравното състояние на населението и потребностите от медицинска помощ се прави за един район или за населено място.

- Провежданите проучвания съдържат известни ограничения. Те дават достатъчна и надеждна информация за най-често срещаните заболявания и

потребностите от медицинска помощ по основните медицински специалности. След задоволяване на тези потребности системата на здравеопазването се насочва към разкриване потребностите от специализиран медицинска помощ. Това налага нов подход при проучването на явлението, а така също и при анализа на събраната и систематизирана информация. Те се правят в малък административно.териториален район с добре развита здравеопазна система, най-често за една медицинска специалност.

- Натрупването на значителна емпирична информация довежда до необходимостта от нейното систематизиране и теоретично обобщаване. Така естествен следващ етап е опитът за формализиране на наблюдаваните закономерности и връзката между болен-болест-здравна служба, с широко приложение на математико-статитическите методи и моделиране.

С. Бачев посочва, че в нашата страна потребностите на населението от медицинска помощ се изучават за нуждите на планово-управленческите органи. С тях се оценява съответствието на системата с потребностите на обслужваното население. Получените резултати са актуални към момента на проучването и за един разумен проспективен период, обикновено не по-дълъг от 10-15 години. През този период настъпва изменение в структурата и интензитета на заболяванията, интензивно развитие на медицината като наука и практика и концепцията за лечение на заболяванията. Когато здравната система е насочена към профилактиката и ранното откриване на редица подаващи се на преморбидна диагностика заболявания, това дава отражение и върху потребностите. А развитието на системата на здравеопазването с внедряване на нови лечебно-диагностични технологии оказва въздействие както върху потребностите, така и върху тяхното удовлетворяване.

До края на 80-те години на миналия век в нашата страна в основата на управлението на здравеопазването стои нормативното планиране, с което се прави опит за равномерно и справедливо осигуряване на населението с медицинска помощ.

Нормативите са компромис между обективните, научно доказани потребности на населението от медицинска помощ и реалните възможности на обществото, изразени в средства, материални блага, работна сила, техника и др. Нормативите са елемент на националните баланси. В своето изследване на проблема С. Бачев посочва, че нормирането на потребностите от медицинска

помощ датира от 1924 г., когато П. И. Куркин и Я. Гимельфарб предлагат нормативи за развитие на здравната мрежа в селските райони, като този начин на стандартизиране на потребностите спрямо обслужваното население е актуален до късните 90-те години на миналия век. Активна роля в процеса на определяне потребностите на населението от медицинска помощ играе „Института по организация на здравеопазването и история на медицината – Н. А. Семашко“ – Москва, през 60-те години, под ръководството на П. И. Кальо. Институтът „Семашко“ става световен център за изучаване на потребностите от медицинска помощ в условията на обществената система на здравеопазване, а освен него проучвания по въпросите за потребностите се провеждат и в други научноизследователски медицински институти в бившия СССР – В. И. Кант и колектив – Кишиневски медицински институт, В. И. Польченко – Киев и пр.

Резултатите от целенасочената дейност по изучаване на потребностите от медицинска помощ се явяват през 70-те години на миналия век. Тогава се оформя и окончателния вид на методиката, която се прилага в много проучвания през посочения период и в която водещо място заема издирването на скритата заболеваемост (скрити потребности) и неудовлетворените потребности на известни на здравната система случаи. В методиката широко се прилага и експертната оценка и комплексния медицински преглед. Този процес е безупречен в етапа на екстензивно развитие на здравната мрежа. Недостатъци на такъв тип проучвания: значителна продължителност на проучването – минимум 4 години; значителни ресурси – материални и човешки; експертизата върху здравното състояние се прави от експерти, изтъкнати специалисти по документация, с което се къса връзката болен-експерт, освен това те пречупват потребностите през собствената си специалност; изчислените потребности са за национално, осреднено за страната ниво и не са адекватни за по-ниските нива на здравната мрежа, където влияние върху потребностите имат социално-икономическите, историческите фактори, както и развитието на здравната мрежа и изграденото отношение на населението към нея. Анализирайки методиката на нормиране, авторите препоръчват нормативите да се адаптират към местните условия, но нито един от тях не създава и не предоставя методичен подход за това.

2.2. Потребности от здравни услуги и приоритизиране

Политическите решения за изработване и финансиране на услуги в основния/базов пакет са тясно свързани с първоначална оценка на потребностите, а приоритизацията на множество изявени потребности е последния етап от процеса на оценката им. Оценката на потребностите и приоритизирането се извършва 1) между наличните предлагани услуги; 2) на потенциално нови услуги.

В повечето страни правителствата и здравните власти проучват общественото мнение кои услуги трябва да се приоритизират и финансират с публични средства. Създават се координиращи органи, отговорни да предоставят анализи кои услуги да се договарят така че населението да има достъп до ефективни здравни дейности по справедлив начин. Приоритизирането се извършва съобразно оценените здравни потребности и включването им в планирането и договарянето на здравни услуги, свързано с националните или регионални годишни планове.

Wright and Walley [228] посочват, че най-тежката част от всяка оценка на потребностите е превеждане на резултатите в политики и практики, които ще доведат до полезна промяна. Една от причините за неуспех е липсата на интегриране на резултатите в планирането и договарянето. Това е посочено и от Jordan and Wright [159], които установяват, че „ ако резултатите от оценка на потребностите водят до промени в услугите, отговарящи на идентифицираните потребности, то би трябвало да се обърне достатъчно внимание на планирането и изпълнението“.

В проучване на влиянието на оценката на потребностите при планиране на здравните услуги в периода 1995-1999 г. в пет региона на Южна Австралия, Fuller et al. [139] установяват, че оценката на потребностите и процесът на регионално планиране имат малко влияние върху цялостното разпределение на ресурсите за здравни услуги във всеки от регионите. Те отбелязват освен това, че оценката на потребностите би била по-ефективна ако е фокусирана върху определен проблем. Заключават, че преориентацията на здравните услуги спрямо регионалните планове е бавен процес и само времето може да покаже дали оценката на потребностите би имала съществено влияние в дългосрочен план. Накрая авторите препоръчват маргиналния анализ като средство за

приоритизиране на услугите. В отговор на тези констатации, Департаментът по здравни услуги на Южна Австралия предприема планиране основано по-често на специфични проблемни области, отколкото детайлни подходи.

През 1992 г. в Шотландия е изготвена програма на оценка на потребностите (Scottish Needs Assessment Programme – SNAP) [203] като централен и координиран подход за подпомагане с необходимата информация при оценка на потребностите на национално ниво и в рамките на националната здравна служба в Шотландия. В проучване за определяне как се прилага оценката на потребностите за подобряване на здравето, Hanlon et al [148] отбелязва, че здравните власти са приложили три главни подхода при договаряне. Една трета използвали „техническия“ подход прилагащ формален цикъл на планиране, една четвърт използвали определена листа включваща „идентифицирани ясни приоритети“, а останалите - сродни проблеми, идентифицирани и заимствани от други региони. Авторите заключават, че шотландските здравни власти се стремят към ситуации при които оценката на потребностите да бъде водеща в планирането, но признават, че цените и обемите са доминиращи при договарянето.

В Обединеното кралство локусът на оценката на потребностите постепенно се е изместил от регионалните здравни власти към тръстовете за първична помощ (Primary Care Trust – PCTs), които са отговорни за договарянето на услугите за повече от 200 000 души. След началото на реформите през 1990-те тежестта по оценката на потребностите се измества от здравните власти към първичната помощ и става интегрална част от процеса при който първичната помощ е отговорна за изпълнението на локалните и национални приоритети (NHS Executive 2003, Wilkin, Gillam and Coleman) [223]. Използвани са насоките от по-ранните проучвания върху оценка на потребностите.

В САЩ литературата съдържа относително малко информация за приложението на оценката на потребностите, най-вече сред здравни организации и фондове, заинтересовани от оценка на здравните услуги. Оценката на потребностите има своето място, но поради пазарната чувствителност информацията по-често не достига официалните издания. Има доказателства за провеждани оценки на потребностите в общността при бедствени ситуации [88], изискващи бързи оценки, както и в двете обществено финансирани здравни програми – Medicare и Medicaid.

Нова Зеландия, Австралия и Обединеното кралство имат ясно изградена среда за планиране и поради това дейностите по оценка на потребностите в тези страни имат по-голяма доказателствена стойност.

При международни сравнения много рядко се среща оценка на потребностите която да е проведена за цялата популация в регион или географска област. Глобалната оценка на потребностите и приоритизация на всички услуги и потребности е рядкост поради трудности в провеждането й. Прегледът на литературата показва стотици примери на оценка по определени заболявания [85], локални услуги [87], планиране при бедствия [88] или дефинирана популация [95], но много малко примери за оценка сред големи популации. Така например, в Шотландия, Scotish Needs Assessment Project идентифицира 15 проекта [203], всички свързани с отделни здравни услуги, но не и глобални подходи. Ключът на всеки проект е целта на оценката на потребностите – да позволи решения в договарянето, които да имат за резултат подобрения здравен статус на популацията

2.3. Здравни услуги и финансиране с публични средства в здравните системи, „ориентирани към потребностите“

В ***Обединеното кралство*** са приложени множество подходи за оценка на потребностите на местно ниво – публични срещи, пощенско проучване с въпросници, Делфи техники, консултации с обществеността и общопрактикуващите лекари (GP) в малките райони и по места. Използвани са консенсусни конференции, консултации с обществени здравни комитети, проучване на пазара, бързо проучване и дискусии във фокус групи. Отчетена е ефективността на последните.

Отчита се значението на новият публичен мениджмънт, който предлага нов дневен ред за движение напред и ранните му прояви включват:

- нарастващо влияние на финансовия контрол
- строг, по-йерархически мениджмънт в планирана среда
- разрастване на одита, прозрачността, бенчмаркинга и протоколите
- дерегулация на работния пазар
- намаляване саморегулаторната сила на професиите
- поощряване на по-малко бюрократичен и по-предприемчив мениджмънт

- нови форми на корпоративно правителство с преминаване към модела на борда на директорите

Имайки предвид, че здравния сектор в Обединеното кралство е предимно публичен във финансирането и предоставянето на услуги, той е подходящ за посочените по-горе реформи. Въпреки, че е отделено повече внимание на структурни реформи, започнали през 1991 г., всяка от посочените по-горе теми е заложена и се изпълнява и до днес от Националната здравна служба. Структурната реформа е продукт на започналото още през 1988 г. от Маргарет Тачър съкращение на болнични легла и селективно затваряне на хирургични отделения, за което е обвинено недофинансирането от Националната здравна служба. Изследват се и се отхвърлят много опции преди фокусът да падне основно върху предоставянето на услуги. То е добре очертано от идеите на Alan Enthoven, а ключово послание става „парите трябва да следват пациентите“. Това освобождава идеята, че болниците трябва да получават финансиране според броя на лекуваните пациенти, а не както дотогава на база на предимно исторически модел на разпределение.

Въведена е конкуренция между болниците и с други доставчици, включително малкия частен сектор. Главните елементи са:

- разделянето на ролята на възложител и доставчик
- създаване на самоуправляващи се тръстове към здравната служба
- използване на договори за свързване на възложители и доставчици.

В Обединеното кралство няма национална инициатива за определяне на потребностите и поставяне на приоритети, подобно останалите развити страни, каквито са Холандия или Швеция. Реформите на Националната здравна служба (NHS), при което става разделяне на отговорността за закупуването от предоставянето на услуги (заедно с множество публикации за случаи на пациенти, на които е отказана здравна помощ), отделят голямо внимание на участието и активността във връзка с поставянето на приоритети. Регионалните здравни власти достигат до решения след консултации с ключови заинтересовани фигури в техните региони, каквито са местното население и GP-та. Освен това те предприемат епидемиологично насочена оценка на потребностите от здравни услуги за подпомагане взимането на решения. В малко на брой случаи това води до решение за изключване от финансиране на някои услуги, но повечето регионални здравни власти извършват само промени

по вътрешно прегрупиране на услугите в техните планове и променят приоритетите само спрямо някои спорни услуги, без да ги оставят нефинансирани. Един от ефектите по отделяне на отговорностите за закупуване от предоставяне на услуги е насърчаването на здравните власти да търсят модели за изразходване на средствата и адаптиране на толкова критикуваното отношение на генерираното от доставчиците търсене на услуги. Здравният департамент предприема множество инициативи насочени към разпространение на медицина, основана на доказателствата чрез собствени проучвания и програми за развитие. Това включва създаване на Център за рецензии, критики и разпространение, който публикува доклади върху ефективността на различни услуги, какъвто е Cochrane Centre. Главната цел е да се осигурят клинични решения основани на достиженията при проучвания. Здравните власти развиват използването на ръководства и клинични протоколи, въвеждат клиничния одит като средство за анализиране на професионалните практики и промоция на високи стандарти. На национално ниво, департаментът публикува годишни ръководства за планиране и приоритети и предоставя рамката в която здравните власти по региони се очаква да работят. Виждането на Британското правителство е, че поставянето на приоритети първоначално трябва да доведе до нарастваща ефективност преди която и да е услуга да бъде изключена за разглеждане от NHS. В практиката, някои услуги са били изключени или с ограничена наличност като резултат от финансов натиск. Правителството се въздържа от национален дебат за поставяне на приоритети или, както е в други страни, създаване на комитети за решаване бъдещо развитие.

В ***Холандия,*** рамката за дефиниране на основните здравни услуги, развита от холандския правителствен комитет за избора в здравната помощ се основава на осъзнатото нарастване на решението на обществото да бъдат потребители, готови да платят за здравна помощ; потребност от създаване на повече конкуренция в системата и потребност да се защити този, който е уязвим и слаб [230]. Включването на обществеността в определянето на приоритетите, основани на потребностите от здравни услуги, е обхванало дълъг период на публични консултации, последвани от публикуването на доклада на холандския комитет. Около 60 организации са били включени в дискусии за решенията в

здравния сектор. Консултациите са започнали през 1991 година и са приключили през 1995 г. Смята се, че публичните дискусии са засегнали проблемите на една трета от популацията. Следствие на това настъпва промяна в общественото мнение. Например, през 1990 г. 55% от популацията приема, че всички налични услуги трябва да бъдат достъпни, независимо от цената, докато през 1994 г. процентът пада на 44%. След публикацията първоначалната стратегия и използваните критерии (Холандската фуния) са били подложени на критика. Още преди публикуването на Холандския доклад, в политическите кръгове се е разпространявал „черен списък“ с услугите, които трябва да бъдат премахнати от основния пакет. Комитетът очертава рамката на услугите, които ще се финансират с публични средства включвайки четири филтъра: необходимост/потребност, ефективност, ефикасност, лична отговорност. Холандския комитет защитава позицията, че филтрирането на услугите трябва да бъде от гледна точка на общността, от професионална гледна точка и от гледна точка на личността, като доминираща е гледната точка на общността.

Холандската „фуния“ създава основен пакет чрез филтриране на услугите през четири нива. Първото сито пропуска услугите, смятани за необходими от общността, но премахва някои ненужни услуги. Второто сито отстранява услуги с непотвърдена ефективност или потвърдена неефективност. Третото филтрира извън услугите тези които са неефикасни или скъпи или имат ниска ефективност. Четвъртото сито филтрира навън услуги, които могат да бъдат оставени като отговорност на индивида. Услугите, които преминават през всички четири нива представляват основен пакет, който трябва да се осигурява и финансира от осигурителната система. Използвайки тази рамка Холандския комитет защитава позицията, че от базовия пакет, финансиран с публични средства трябва да отпаднат денталната грижа при възрастни, хомеопатичното лечение и ин-витро фертилизацията. Подчертава, че правителството трябва да осигури по законен път предоставянето на качествени здравни услуги на уязвимите групи като психически и физически недееспособните. Освен тези предложения, Холандският комитет настоява, че определянето на приоритети трябва да стане след оценка ефективността на здравните технологии и след изработване на ясни и категорични критерии за достъп до листата на чакащи за лечение и от листата на чакащи до постъпване в болница. Накрая, Холандският

комитет призовава здравните професионалисти да пристъпят към създаване на клинични ръководства при предоставяне на здравните услуги.

В ***Швеция*** към Парламента е създадена комисия за приоритетите, ръководена от обществен комитет и здравни професионалисти [199]. През януари, 1994 г. е проведено проучване на общественото мнение чрез въпросници, в което са били включени 1500 души. Постига се 75% честота на отговорите. Голяма част от отговорилите посочват, че медицинската помощ основно трябва да бъде оказвана на хора с тежки заболявания. Голяма част от тях също така са съгласни с препоръките на комисията, че на терминалните грижи трябва да бъде отдадено също толкова важно значение както при спешните грижи. Услугите, които би могло да бъдат съкратени включват козметични услуги, програми за отказване от тютюнопушене, ин-витро фертилизацията и някои неинформативни изследвания при раждането.

В **Германия** през 2006 г. правителството представя закон за всеобхватни реформа на здравната система, който влиза в сила през 2007 г. и цели да насърчава конкуренцията между здравните застрахователи и предоставянето на здравна помощ, нарастването на ефективността и подобряване на качеството чрез повече стимули за по-добра координация на помощта. Чрез този закон правителството цели да подобри баланса между потребността от реформа и изричния ангажимент да гарантира универсалния достъп до основна здравна помощ независимо от способността за плащане. Експертите по здравна политика са критикували правителството за твърде лесното отстъпване под натиска на заинтересованите групи, както и затова, че настоящите реформи не са основани на оценката на здравните потребности [168].

През 1989 г. ***щатът Орегон, САЩ***, предприема противоречив експеримент във финансирането на здравната помощ [190,193]. Щатът планира да включи неосигурени лица към програма на Medicaid, да плати за това разширяване чрез редуциране на пакета здравни услуги предлаган в системата на Medicaid - биха били покрити повече лица, но с по-малко услуги. „Планът Орегон“ предоставя важни уроци за стремежа на нацията да разшири здравното покритие в епохата на ограничените бюджети. Рамката, изработена от Комисията за здравни услуги в Орегон използва формула за ранкиране (подреждане) на здравните услуги и

създаване на основен (базов) пакет включвайки обществената полза чрез публично консултиране. Комисията е създадена през 1989 г. и приключва своята работа през 1991 г., за цялото време на своята работа членовете на комисията не получават хонорари за участие. Комисията опитва различни методи за поставяне на приоритети основани на потребностите, започвайки с подходи основани на икономически оценки. Стигнало се до аномалии в резултатите, поради което били изоставени и комисията се насочила към критически подход съчетан с публични консултации. В резултат били изработена листа от 700 състояния и подходящи лечения, като медицинските услуги били оценени според способността им да поддържат живота, да го възстановят до асимптомно ниво, да са разход-ефективни и да са в съгласие с обществения интерес.

Силата на процеса в Орегон и ключов елемент е включване съветите на планиращите, доставчиците и общността. Той поставя началото на оценяване на потенциалните резултати от здравните услуги и поставя под съмнение твърдението, че всички здравни услуги са достатъчно оправдани независимо от тяхната ефикасност и цена. Планът е критикуван, отчасти поради това, че търсенето на обществения консенсус се проваля от липса на представителство на прицелните и уязвими групи или такива с лош здравен статус, за които са необходими здравни услуги. Използването на индикатора „очаквани години живот в добро качество - QALY“ като фактор на ранкирането създава натиск на обществените предпочитания над индивидуалния интерес, старите и болни хора се оказват непревилегировани. Планът е приеман за разглеждане и въвеждане на федерално ниво последователно от администрациите на Джордж Буш – старши през 1991 г. и на Бил Клинтън през 1993 г. На 1 февруари, 1994 г., пет години след решението за неговото разработване, планът е приведен в действие.

В ***Канада*** рамката на услугите е разработена от работна група за основен и разширен пакет услуги [225]. Предназначена е да подпомогне систематичното планиране на основните здравни услуги. Ключът е гъвкавостта, потребителите могат да я адаптират спрямо техните обстоятелства и потребности. Рамката не гарантира резултати за всяка дадена здравна услуга, нито определя кои услуги трябва да се финансират или не. Предложената от работната група рамка включва три нива на взимане на решения: микро ниво, което се занимава с

индивидуалните решения за предоставените услуги на пациентите от лекарите и други доставчици; мезо-ниво, което включва здравните институции (вкл. и болниците), обществени групи и професионалния персонал и техните решения на ниво на общността и макро-ниво, което се занимава с процесите на системно ниво, напр. правителство, електорат като цяло. Проучвателните процеси на всяко ниво предоставят възможност за включване на всеки от трите елемента – пациенти, доставчици и финансираща институция. Най-важните съгласуващи величини при определяне на основните услуги са качеството на помощта, етиката и икономикса.

В ***Нова Зеландия*** през 1992 г. правителството създава Core Services committee, който трябва да препоръча услугите, които да бъдат включени в публично финансираната здравна система, след оценка на потребностите [215]. Комитетът решава, че не е приемливо да се изработва листа от услуги в Орегон стил. Вместо това той излиза със становище, че съществуващите услуги са тези, които трябва да се предоставят и започва процес на определяне на приоритети в специфични области на предоставяне на услугите. Това е осъществено чрез редица методи, включително консенсусни конференции, преглед на публикуваните проучвания и международни доказателства, експертни оценки на съществуващите практики, затворени работни групи, публични консултации. В повечето случаи целта е да се очертаят насоки за по-важните услуги, които да бъдат предложени на ресорния министър на здравеопазването. Мнението на комитетът е, че не трябва да бъдат изключвани всички категории здравни грижи понеже това би довело до дискриминация на тези, които биха имали полза от тези грижи. Една от целите на насоките е да се идентифицират прицелните групи, които в най-голяма степен биха имали полза от предоставените услуги.

2.4. Принципи в процеса на приоритизиране

След оценка на потребностите съществен етап при планиране на здравните услуги е приоритизирането им и включването им в годишните планове при договарянето или в програми, за които е налично финансиране. В страните, които прилагат моделите на планиране на здравните услуги исторически се е утвърдил подходът на социалната справедливост на достъпа до публично

финансирани здравни услуги, приоритизирани много по-често спрямо набор от морални принципи отколкото спрямо пазара или въз основа на икономически подходи. Това, съчетано с постоянните здравни реформи в отделните страни и свързано с колебанията между централизация и децентрализация, показва, че страните трябва да се справят с проблемите на централизирания контрол и желанието за морален коректив на необходимостта от достъп до публично финансираните здравни услуги. Приоритизирането основано на принципи при взимане на решения се основава на набор от ценности и принципи, които са важни за обществото и в рамките на които се вземат решения. Опити да се състави рамка на приоритизирането основано на принципи са правени в Швеция, Холандия, САЩ, Канада и Нова Зеландия [117]. Рамката на приоритизация трябва да предоставя „прецизен, ясно формулиран, етичен и прозрачен процес основан на съгласието върху набор от принципи, които да насочат към приоритети и разпределение на ресурсите“. При поставянето на приоритети и разпределение на публичните средства финансиращите органи следва да финансират услуги които:

1. предоставят полза (принцип на ефективността)
2. осигуряват справедлив достъп - предлагат достатъчно възможност за достъп на индивидите или групите, които имат сходни нива на потребности (принцип на справедливостта)
3. в съгласие са с потребностите и ценностите на общностите (принцип на приемливост)
4. имат най-добра разход-полза (принцип на ефикасността)

Съществуват различни начини за идентифициране на приоритетите и това често включва форми на ранкиране/подреждане. Могат да се използват различни критерии при ранкиране на приоритетите, като място на здравния проблем (като болестност и заболеваемост), неговата тежест в смисъл на смъртност, наличие на ефективни интервенции, приложимост на ниво първична помощ (или други нива според скалата на оценяване), нивото на груповите интереси, разходите и наличните ресурси.

Решението за определяне на здравни приоритети зависи до голяма степен от политическия контекст [199]. Така например политическият контекст в страните от Централна и Източна Европа прави определянето на приоритетите

необходима стъпка към осигуряването на ефективно използване на публични средства за здраве. Тъй като средните разходи на глава от населението в страните от Източна Европа са недостатъчни за пълното заплащане и покриване на здравната помощ така, както е било в предишната система и много разход-ефективни интервенции са пренебрегвани, недофинансирани или предоставяни при нисък стандарт, за подобряване на здравния статус тези интервенции трябва да бъдат с по-голям приоритет.

В процеса на приоритизиране и финансиране някои здравни услуги могат да бъдат изключени, съкратени или вътрешно прегрупирани.

Първоначалното изключване на услуги е фокусирано върху неоспорими и несъществени услуги като козметична хирургия и някои медицински изделия (например в Хърватия и Р Македония) или здравни санаториуми (например в РЧехия и Словакия). Продължаващите икономически ограничения или неприемливите разходи за ескалиращите здравни услуги в някои страни водят до решение за по-дълбоки съкращения на достъпните услуги. Р Македония например определя гарантиран основен пакет от услуги, отговарящ на наличните ресурси. В Грузия, държавния минимален пакет включва едва 10 – 15% от всички необходими здравни услуги.

Различните страни осъществяват по различен начин определянето на приоритетите. Прилага се стратегически подход, който включва действия на различни нива при взимане на решения. Някои от тези действия са на политическо ниво в смисъл на поставяне на приоритети за системата като цяло. Някои са на клинично ниво, осигурявайки лечение на пациентите в съответствие с приоритети основани на резултати от проучвания. Съществуват вариации в националните рамки при които се извършва определянето на приоритетите. Има ключова разлика между разпределяне на услугите чрез изключване или чрез указания. Орегон планът избира разпределянето чрез изключване. В Нова Зеландия Core Services Committee отказва изключването и вместо това се концентрира върху изготвяне на насоки за специфични услуги. Холандия намира начин да комбинира тези два подхода като изключва някои услуги от здравния пакет докато насочва приоритетите към развитието на насоки от здравните асоциации.

Ключовите решения по мястото на приоритетите трябва да се преразглеждат редовно имайки предвид динамичната природа на здравните системи и услуги. Решенията трябва да са съобразени с наличните ресурси, информация за здравните потребности на популациите, доказателства за разход и ефективност на наличните интервенции, предпочитанията на популацията, оценка на това кое е политически приемливо и разбира се ползите, които носят. Едно ясно послание от международния опит е това, че разпределението на здравната помощ не трябва да бъде отделяно от ползите.

От 2000-та година насам, в развитите страни потребностите от здравна помощ и интервенции за подобряване на здравето се идентифицират колективно от кръг от участници, основно здравни власти, групите за първична помощ и местните власти.

Оценката на здравните потребности е важна за правителства, здравни фондове, доставчици на здравни услуги и общността, така че потребността от здравни услуги трябва да се определи, предоставянето й да се съпостави с наличните ресурси и услугите да се внедрят и сведат до хората от общността.

2.5. Цели и предмет на оценка на потребностите

Оценката на потребностите представлява събиране на информация, отнасяща се до модела на заболяванията в една област и отнасянето й към съществуващите услуги с цел определяне на приоритети при предоставянето на услугите. Процесът трябва да вземе под внимание качеството на услугите и факторите, определящи тяхното ниво на предоставяне сред пациентите (ако не ги използват, кои са причините и пр.) [210,227].

Определянето на целите и предмета на оценка на потребностите е основна стъпка преди избора на подход за провеждане на самата оценка. Целта може да бъде оценяване индивидуална потребност или тази на популацията; преразпределяне оскъдните ресурси чрез подреждане по приоритети; или оценяване необходимостта от по-изчерпателно проучване, а в някои случаи просто изтъкване на проблема.

В проучване на 217 оценки на потребностите в 14 района на Лондон от здравните власти, Hensher and Fulop [152] установяват, че оценката на потребностите е подпомогнала директно процесът на взимане на решение и действия в две-трети от проучванията, но и че повече от 20% от проведените проучвания по оценка на потребностите не са имали влияние върху предоставянето на здравни услуги. В 14% на проведени оценки или не са поставяни цели, или поставените цели не са били ясни. В проучване в Нова Зеландия Coster [118] също установява, че оценките на потребностите от здравни услуги, извършването на които е заложено в здравното им законодателство или не са извършвани или не са оказали съществен овлияние в планирането и договаряне на здравни услуги.

Основополагаща цел на оценката на потребностите трябва да бъде справедливото предоставяне на здравна помощ. Ясното разясняване на целите на оценката на потребностите е необходимо за практическото разбиране как да се проведе оценката, каква подкрепа би била необходима и какви ползи се очакват. Част от разбирането е връзката между самата оценка, подреждането на приоритетите и интегрирането им в планирането и договарянето на локалните здравни услуги и очакването на ефективна промяна.

Когато обмислят оценка на здравните потребности здравните власти, най-вече регионалните, могат да използват следния списък предложен от Wright ed [228] :

- какъв е проблемът?
- какво е мястото и природата на проблема?
- какви са настоящите услуги?
- какъв е моделът на предлагането им?
- какво желаят пациентите?
- какви са най-подходящите и ефективни (клинични и като разход) решения?
- какви ресурси са необходими затова?
- какви са резултатите за измерване на промяната и критериите за успех?

Целите на оценката на потребностите трябва да позволят преди всичко промяна в предоставянето на здравните услуги, включително изоставяне на някои услуги и посрещане на нови идентифицирани потребности отколкото запазване на съществуващите такива. Целите трябва да бъдат ясно поставени, в противен случай съществува опасност оценката на потребностите да се превърне в повърхностно проучване и събиране на данни независимо от добрата му идея.

Цикълът на планиране трябва да започва с оценка на потребностите. Целите трябва да са дефинирани ясно и от практическо значение за възложителите или изпълнителите – било то общопрактикуващи лекари, болничен персонал, здравни власти, доброволческия сектор, медии, регионални власти – които да бъдат включени по подходящ начин. Доколкото една такава оценка може да изяви множество потребности, трябва да се използват критерии за приоритизирането им – например, важност на проблема като честота и тежест, доказателство за ефективност на интервенциите или възможност за промяна.

Оценката на потребностите може да се разглежда като съставена от специфично излагане и контекст на проблема, събрани данни (включително наличните услуги), анализ на данни (включително ефективност и разход-ефективност на услугите), поставяне на приоритети и се последва от внедряването на здравните услуги. Доколкото ресурсите са оскъдни, потребностите трябва да се ранкират така че ресурсите да се насочат от по-ниско към по-високо приоритетните потребности. Новите, потенциално ефективни услуги трябва да се оценят откъм разход-ефективност, но тяхното въвеждане зависи от възможността да се идентифицират и отстранят неефективните услуги.

Целта на оценка на потребностите включва:

1. Определяне услугите и другите дейности, които повлияват здравната помощ. Основните дейности включени в оценката на здравните потребности са:

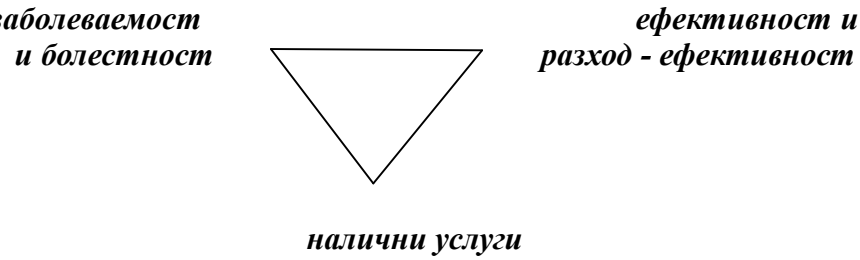
- оценка на заболеваемостта и болестността (колко се нуждаят от услуги/интервенции)

- ефективност и разход-ефективност на услугите (оказват ли някакво полза за промяна в състоянието)

- базовите услуги (промяна в предоставянето на съществуващите услуги, кои услуги трябва да се променят и установяване възможностите за освобождаване на ресурси за промяна)

Тези три компонента – заболеваемост и болестност, ефективност на здравните услуги и базовите услуги – формират основата на „триангулацията“ (вж. Фиг.1) спрямо която възложителите и планиращите могат да определят насоките на политиката, която желаят да следват. Те формират трите основни елемента на протокола, използван при оценка на потребностите:

Фиг. 1 Компоненти на оценка на потребностите



Източник: Stevens A, Raftery J and Mant J., 1994

2. Подобряване на пространственото разпределение на ресурсите. Предполага се**,** че ако една достатъчно голяма популация получава услуги, най-ефективното разгръщане на услугите ще бъде когато са достатъчно ресурсно осигурени. Това предположение работи добре на макро ниво, но отслабва когато скалата става по-малка – шансовете на малките области да имат равни потребности, намаляват. И тъй като ресурсите ще продължават да се разпределят между субнационални поделения, пространственото разпределение ще продължава да бъде важно.

3. Планирана ефективност (прецизно планиране на ресурсите към тези, които се нуждаят) често е централно действие за този, който оценява. Стриктното измерване на планираната ефективност е измерване дали или не, оценявайки потребностите, ресурсите се насочват правилно. В този смисъл, планираната ефективност има връзка с одита. Винаги е важно да се знае дали, идентифицирайки потребностите, този който получава услугата се нуждае от нея и този, който се нуждае, я получава.

4. Предоставяне перспектива на общопрактикуващите лекари за здравето на популацията и популационните здравни потребности.

5. Стимулиране включването на различни участници в процеса. Колкото повече участници са включени, толкова повече ще бъде взето под внимание установеното по време на проучванията.

Предметът на оценката на потребностите в здравеопазването може да бъде:

- потребност от материални ресурси в здравеопазването
- потребност от човешки ресурси
- потребност от здравни услуги
- потребност от финансови ресурси

2.6. Скали и нива на оценка на потребностите

Въпреки, че целта на оценката на потребностите остава същата на всички скали/нива, принципните скали и процеси варират според скалите на оценка и могат да се обобщят до следните (според населението и административното деление) [210]:

Интернационална оценка на потребностите

Оценка на потребностите на това ниво се извършва от Световната здравна организация, Европейския съюз или интернационално насочени агенции

Национална оценка на потребностите

Национална оценка на потребностите е необходима за области на законодателни промени. Това включва модифициране на здравните услуги – включително и елементи от дневния ред на общественото здраве като предпазните колани и законодателен контрол на тютюнопушенето. Също така се прилага към елементите на планирането, засягащо националната икономика – например много големи капиталови разходи, политически и медийно чувствителни области като тези касаещи нарастването разходите за лекарства. Оценката на национално ниво може да е насочена към преодоляване неприемливата географска вариация на здравната помощ. Националната оценка на потребностите е също така нивото за оценка на пространствената справедливост между големи субнационални региони.

Национални приоритети могат да бъдат онкологични и психични заболявания. Първичните практики могат да вземат решение да работят координирано с местните власти при оценка на потребностите, напр. онкологични услуги; приоритет може да бъде проучване потребностите на пациенти нуждаещи се от

палиативни грижи. Широко застъпени оплаквания на пациенти като стрес, артрит или диспепсия никога не се определят като национален приоритет и не се оценяват на национално ниво.

Регионална оценка на здравните потребностите

Регионалното планиране се е утвърдило във времето въпреки политиката на централизация и желанието за делегиране планирането към нивото на местните здравните власти. Има някои услуги, за които регионът очевидно е скала за активност. Това касае не само големи пространствени въпроси като флуоридизацията на водата, но също и медицински специалности, при които предоставянето на услуги и посрещането на потребностите трябва да бъде на скалата на популация от няколкостотин хиляди души. Също така тя е приложима скала за кооперирание между здравните и местните власти – особено в периоди на регионален спад в развитието. Пространствената справедливост, специфичното планиране на услуги и прицелната ефективност са съотносими към регионалното ниво.

Потребността от чернодробна трансплантация може да бъде оценена на това ниво, но при по-големи популации, с региони над 500 000 души. За нашата страна потребността от чернодробни трансплантации се оценява на национално ниво.

Оценка на потребностите от здравни/местни власти

Това е традиционното ниво на оценка на здравните потребности. Съществува голямо различие между традиционния дневен ред на здравните власти и местните власти: при първите традицията за техническо планиране – към ефективни и ефикасни услуги, а при вторите традицията за работа с местните политици. Между двете власти съществуват различия във виждането кои услуги да се предоставят, а синхронизирането на дневния ред касаещ принципното уточняване на услугите с търсена ефикасност, е много дълъг и трябва да е високо селективен.

Съществуването на първични индивидуални или групови практики води до нарастване важността на оценката на потребностите на това ниво. Подходящ е за по-често срещани състояния. Освен това, няма нужда всяка практика да

провежда оценка на потребностите, тъй като е малко вероятно да има различни потребности между практиките.

Оценка на потребностите в групи за първична помощ

В Обединеното кралство планирането на това ниво е сравнително ново. То включва елементи на планиране от скалата на здравните власти и скалата на индивидуалната първична практика. И на двете скали има възможност за определяне на услугите и индивидуален клиничен поглед, може да използва потенциално богатият регистър на събраните данни на ниво индивидуална практика.

Оценка на потребностите в индивидуална първична практиката

Ролята на оценяване потребностите на ниво първична практика е обещаваща поради поддържане на собствен регистър на случаите, като консуматор на вторична и третична помощ, както и поради чувствителността към перспективата на пациентите за услугите. Тези предимства са съчетани с трудности в оценката на потребностите на това ниво каквито са конфликта между оценката на потребностите и бизнес интересите на общопрактикуващия лекар и лекотата, с която той може да пренебрегне незабележимите пациенти. Оценката на потребностите на това ниво може да включи най-вече определяне на услугите за заболяванията с по-голяма болестност и услугите от пакета за първична помощ, като задълбочено се преразглежда търсената ефективност. Това ниво на оценка е важно когато практиката е относително голяма или е разположена в зона на специфични потребности.

2.7. Кой оценява потребностите?

Лекарите, социолозите, философите и икономистите имат различни виждания какво е потребност.

Трябва да се подчертае, че обичайните технически оценители на потребностите (епидемиолозите, здравните власти) нямат монопол над думата „оценка на потребностите“. Тези, които могат да се възприемат като оценители могат да бъдат:

- политици – национални и местни
- клиницисти – общи и специалисти
- пациенти, както и
- технократи

Различните перспективи на тези оценители ще повлияят характеристиките на оценката. На теория всички могат да предприемат валидни оценка на потребностите, но си струва да се провери всеки продукт спрямо определени критерии.

Въпроси, които могат да се поставят при отсъждането за оценката на потребностите:

1. Има ли ясен контекст при разпределение на оскъдните ресурси? Оценките на потребностите, които не успяват да приемат ограничението на ресурсите са често срещани, но са с ограничено значение за здравните администратори. Това може да бъде проблем при индивидуалната клинична оценка на потребностите, което да окаже силен натиск върху здравните бюджети и затруднява оказването на здравна помощ на пациенти с незащитени интереси. Някои популационни подходи не успяват да обяснят използваните ресурси. Такава трудност е например със специфичните за определена специалност документи и ръководства, препоръчващи нива на услуги в рамките на една специалност.

2. Дали оценката на потребностите е за място в приоритетите в контекста на множество от съревноваващи се потребности или става въпрос за защита на определена група или индивид? Това е тясно свързано с ресурсния контекст на въпроса. Документите, специфични за определена специалност, проучванията на клиентски групи, дори политическите директиви, които фокусират върху отделни групи по-често представляват защита на интереси, отколкото балансиран принос към мястото на приоритетите. Например, проучване за потребностите на отделно етническо малцинство е с ограничена полза за планиращите здравната помощ, освен ако не е в контекста на еквивалентни услуги на други групи. Политическите препоръки основани на лобиране биха довели до изопачаване използването на ресурси, в сравнение с политическите директиви основани на проучване.

3. Дали оценката на потребностите е с изследователска цел или е дефинитивна? Някои подходи към оценката на потребностите са изследователски, при което те осветляват неопределени, подценени или необхванати проблеми. Това е

особено вярно за проучванията върху стила на живота, които оценяват мястото на рисковите групи като злоупотребата с алкохол или тютюнопушенето при тинейджърите. Изследователските проучвания често са първи етап в процеса на по-специфични оценки на потребностите.

4. Определянето на най-важните потребности експертно ли е или е от други участници? Оценката на потребностите от технократи е преди всичко експертна, въпреки че опитът от Орегон показва, че подходът с други участници или само експерти може да бъде ограничен. Експертният подход се стреми да бъде колкото може по-обективен, въпреки че обективността бързо достига своя предел.

2.8. Етични перспективи в концепцията за оценка на потребностите

Може би най-фундаменталният принцип на медицинската етика е, че решенията в здравеопазването трябва да водят до най-голяма възможна полза за индивидуалния пациент, без други съображения освен повишаване на индивидуалното здраве и сигурност [197]. Както е изразено в принципното морално право основано от философа Имануел Кант, към личността не трябва да се отнасяме с други намерения освен единствено като осъществяване в него или в нея.

От тази перспектива не трябва да се отказва лечение на пациент за постигане на друга цел освен повишаване на личната полза, не трябва дори да спестяваме ресурси за пациент с големи потребности или пациент с потенциал да получи големи здравни ползи от тези ресурси. Задължението за пълно задоволяване интересите на всеки пациент е подсилено от факта, че пациентите не притежават технически умения напълно да оценят лечебните опции за тях и трябва да позволят на здравните професионалисти да бъдат техни еднолични представители. За здравните професионалисти, да постъпват по друг начин е не само нарушение на Кантовата етика, но и предателство към изконното доверие.

Като част от дебата за оскъдните ресурси в здравеопазните системи през последните 40 години започва прилагането на някои икономически методи при планирането на здравните услуги, като разход-ефективност. Перспективата на разход-ефективност на услугите произтича исторически от утилитаризма на Бентъм и Мил, философска традиция напълно различна от тази на Кант. В утилитаризма социалните решения са ръководени от целта за достигане на най-

добро здраве от по-голямо число граждани. Тъй като здравната система не може да посрещне потребностите и желанията на всеки индивидуално, нейна цел става максимизиране общата здравна полза за обществото в рамките на наличните ресурси. Тази цел неминуемо води до рестрикции на разходите за някои пациенти и лечения, тъй като повече здравни ползи могат да се получат от разходи за други лечения на други пациенти. Кантовият императив трябва да се модифицира, за да се приспособи към ограничените ресурси и потребностите на обществото като цяло.

ГЛАВА 3:
ДЕФИНИЦИИ НА ПОНЯТИЕТО „ПОТРЕБНОСТ“ И КЛАСИФИКАЦИИ ЗА ЦЕЛИТЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ

Потребността (подобно на здравето) не е абсолютна концепция. Определението на СЗО за здраве като „състояние на пълно физическо, психическо, психологическо и социално благополучие, а не само отсъствие на болест“ отразява различни аспекти на здравето [227]. Концепцията за потребностите също може да се представи от различни перспективи, представяйки вижданията на социолози, здравни икономисти, епидемиолози и лекари (за жалост малко).

Потребността се отнася до отсъствие на нещо – в случая в контекста на здравето. Всяка една перспектива може да бъде обобщена до следните две:

- потребности от здравни услуги – това са потребности, които могат да бъдат задоволени от здравната система (здравно обучение, превенция на болестите, диагностика, лечение, рехабилитация, терминални грижи). Повечето лекари разглеждат потребностите в смисъл на здравни услуги, които могат да предоставят. От друга страна пациентите имат различно виждане за това, кое може да ги направи по-здрави, например работата, автобусния маршрут и пр.

- здравни потребности – в това по-обобщаващо понятие се включват различните социални и тези от околната среда детерминанти на здравето, като социален статус, домакинство, образование, трудова заетост, хранене. Това по-широко определение позволява да се погледне отвъд медицинския модел, основан на здравните услуги, към разнородните фактори, повлияващи здравето.

Гаргов К. посочва, че здравните потребности включват потребностите от здраве и от определена дейност за неговото осигуряване [19].

Борисов В. [9] включва здравните потребности в петте социално–здравни явления, които са основни структурни елементи на общественото здраве – здравен статус на населението, здравните потребности, здравното съзнание, здравните дейности и здравните отношения. Различава два вида потребности [7,9] – **терминални** (потребности-цели) и **инструментални** (потребности-средства), които се определят от две групи фактори – **медицински** (ниво и структура на заболеваемостта, развитие на медицинските технологии и пр.) и **извънмедицински** (приоритети на националната и социална политика, здравна култура на хората, демографска ситуация и др.) фактори.

Борисов В. приема, че здравните потребности отразяват обективната нужда от здраве и субективното осъзнаване и желание (търсене) за удовлетворяване на тази нужда, поради което здравните потребности имат двойствен субективно-обективен характер.

Борисов В. обособява здравните потребности в две големи групи, съобразно вида здравно обслужване и според ориентацията им.

Съобразно вида здравно обслужване, чрез което се удовлетворяват, здравните потребности биват:

▪ диагностично- терапевтични

▪ профилактични

▪ потребности от санаторно-курортно обслужване

▪ потребности от медико-социална рехабилитация

▪ потребности от здравно възпитание

Според ориентацията си потребностите са:

▪ терминални потребности или потребности цели – насочени към постигане на определено ниво на здраве

▪ инструментални потребности или потребности – средства – насочени към средства и методи за удовлетворяване на терминалните потребности

Г. Грънчарова определя здравните потребности като динамичен фактор за развитие на здравната служба [31] и посочва, че осъзнатите здравни потребности принуждават индивида да се обърне за медицинска помощ към здравните заведения, известни са на здравните заведения и оказват влияние на тяхната дейност, а неосъзнатите формират поведението на индивида и до голяма степен обясняват значителния „клиничен айсберг“ (скрита заболеваемост).

Според Попов М. в широк смисъл здравни са всички потребности, чието задоволяване има значение за поддържане, възстановяване или укрепване на здравето, а в тесен - онези, чието задоволяване е непосредствено свързано със здравето и чието незадоволяване доказано ще предизвика близко или отдалечено във времето нарушение на здравето [57].

Оценката на потребностите от здравни услуги възниква в Обединеното кралство като систематичен метод за идентифициране на непосрещнатите потребности, в резултат на което се извършват промени за посрещането им. Тя балансира

клиничната, етичната и икономическата страна на потребностите, които са: какво трябва да се направи, какво може да се направи и доколко може да се направи според наличните ресурси.

Една от най-разпространените дефиниции на „потребност“, предпочитана и от здравни икономисти, е „способността на хората да извлекат полза от предоставената здравна помощ“ - с други думи, „потребността“ съществува само ако има „способност за полза от отделни здравни услуги“[211]. Потребността може да се приеме като съществуваща когато има ефективно лечение или е насочена към определена „здравна цел“.

За дефинирането на „оценка на здравните потребности“ значение има това дали приоритизирането се приема като част от процеса на оценка. В Обединеното кралство, Raftery and Stevens отнасят „оценката на здравните потребности до три основни момента от триангулацията на оценката на потребностите:

1. Болестност и заболеваемост (с данни от официалната статистика)
2. Ефективност и разход-ефективност (с данни от бюлетините за ефективността, Cochrane Centre)
3. Съществуващите налични услуги (индикатори за здравните услуги или други, използвани в осигурителните системи).

Приоритизирането е съществено в тази дефиниция, тъй като е свързано с разход-ефективността.

Coster [117] предлага следната адаптирана дефиниция за „оценка на здравните потребности“: „Оценка на здравните потребности се определя като оценка на популационната способност за полза от здравните услуги, приоритизирани според тяхната ефективност, включително разход-ефективност и финансирани в рамките на наличните ресурси“.

3.1. Класификация на Bradshaw

Най-често цитирана класификация на потребностите е тази на Bradshaw [104], разработена за социалната сфера, впоследствие пригодена за целите на общественото здраве. Bradshaw предлага таксономия на потребностите, категоризирани по следния начин (Bradshaw 1972):

▪ желани (почувствани) потребности – felt needs - (тези потребности, за които хората казват, че имат; индивидуалното усещане за вариациите от нормалното здраве)

▪ изразени потребности - expressed needs - (потребности изразени по някакъв начин, вокализирани потребности, напр. при посещение при лекар; индивидуално търсене на помощ за преодоляване на вариациите от нормалното здраве - търсене)

▪ нормативни потребности – normative needs - (дефинирани от експерти, професионалисти, напр. ваксинацията)

▪ сравнителни потребности – comparative needs - (сравняване на една група от хора с друга; потребностите на хората в едно място могат да бъдат подобни на потребностите на хора от друго място със сходни социо-демографски характеристики; сравнения между потребности според тежестта, мястото, обхвата на интервенциите, разхода)

Типологията на потребностите на Bradshaw представя дефиниции, които са от голямо практическо значение най-вече при изследователското проучване на здравни услуги, като тя не отразява концепцията за сдържане на разходите. Терминът желани потребности идентифицира потребностите артикулирани от потенциалните ползватели на здравни услуги. Тези потребности се изявяват в процеса на допитване на хората какви услуги биха желали. Изразените потребности могат да се приравнят към актуалното търсене. Ниската честота на превръщане на желаните потребности в изявени потребности може да се обясни със социо-културни фактори, които ограничават хората в изявяване на техните потребности. Нормативното виждане за потребностите, които са професионално идентифицирани все повече се определя като патерналистично и неуместно [213]

3.2. Класификация, предложена от експертния комитет по здравна статистика към СЗО през 1971 г.

По-изчистена класификация, но по-малко прилагана е класификацията, предложена от експертния комитет по здравна статистика към СЗО през 1971 г.[136]:

▪ доловени (възприети) потребности (perceive need): потребност от здравни услуги изпитани от индивидите и които той/тя са готови да потвърдят. При някои състояния те могат да надхвърлят професионално дефинираните потребности.

▪ професионално дефинирани потребности (professionally defined need): потребност от здравни услуги определена от здравни професионалисти от гледна точка на ползата, която би се получила чрез съвети, превантивни мерки, мениджмънт или специфична терапия. При някои състояния те могат да надхвърлят осъзнатите потребности.

▪ научно приети потребности (scientifically confirmed need): потребност, потвърдена при обективни измервания на биологични, антропометрични или психологични фактори, експертно мнение или утвърдени във времето знания. Обикновено се взимат под внимание съответствие с тези състояния, класифицирани спрямо Международната класификация на болестите.

3.3. Класификация на Kalimo

През 1976 г. Kalimo - холандски експерт по здравеопазни системи предлага свое виждане за концепцията за здравните потребности и по-специално потребност от здравни услуги [160, 166]. Той дефинира здравните потребности като различие между наблюдаваното и идеално ниво на здраве.

Според Kalimo „лошото здраве на индивида може концептуално да бъде прието като смущение в една или повече субсистеми – психобиологични, перцептивни или социални активности“. В заключение той различава три типа здравни потребности:

▪ медицинско дефинирани потребности – когато смущението се представя в психобиологичната субсистема въз основа на клинично доказателство

▪ осъзнати потребности – когато смущението се представя в перцептивната субсистема въз основа на осъзнато или субективно доказателство

▪ социално детерминирани потребности – когато смущението се представя в социалната активност въз основа на поведението или социално доказателство.

В настоящия труд се прилагат дефинициите и класификацията на Bradshaw и експертният съвет по статистика към СЗО, използвани в редица проучвания [23,227] и най-подходящи за изследователски цели.

ГЛАВА 4.
ВРЪЗКА МЕЖДУ ПОТРЕБНОСТ, ТЪРСЕНЕ И ПРЕДЛАГАНЕ

Като следствие от недостига на налични ресурси за посрещане на тези потребности, често се налага различаване между потребности, предлагане и търсене.

Приемането на потребността като способност за полза от здравната помощ може да се интерпретира от различни перспективи, включително на този който е лекуван и този, който лекува. Произтичащите интерпретации са оцветени според индивидуалните източници на информация. Както посочват Stevens and Raftery (1994) [211] професионалното разбиране за „полза“ може да се повлияе не само от „клиничните мрежи“, но и от „настоящия дневен ред на проучването“. Друг фактор повлияващ потребността е промените, в които съществуват здравните проблеми в определено време. Такива са инициативите сред обществото за здравна помощ сред различни групи пациенти, ролята на жените за наблюдението по време на бременността. Интерпретацията на потребностите зависи също така от културелните перспективи на здравето. В допълнение, различните технологични иновации също повлияват здравните потребности и възможната полза може да е резултат от тяхното въвеждане. Поради това интерпретацията на потребностите е контекстуална.

4.1. Потребност

Потребността от здравна помощ най-общо се дефинира като способност за полза. Ако трябва да се идентифицират здравните потребности, трябва да съществуват и ефективни налични интервенции за посрещане на тези потребности и подобряване на здравето. Няма да има полза от интервенции, които не са ефективни или няма необходимите ресурси.

4.2. Търсене

Търсенето може да се определи като това, което пациента желае, с други думи, здравната помощ, която хората търсят. Търсенето се основава на самооценени желания. Това е, което доставчиците най-често научават от хората. Поради това търсенето е неограничено. На ниво общопрактикуващият лекар в този смисъл функцията е да бъдат „пазачи“ в контролиране на търсенето (Wright J 1998)

[228]. Те определят как и къде да се предостави здравната помощ за техните пациенти. Опростенческото обяснение на търсенето контрастира с неговата комплексност и се повлиява от ефекта и на други фактори. Например, наличието на определени услуги може да повиши търсенето им. Обратното, неналичието на други услуги или затрудненият достъп може да има за резултат редуциране на търсенето. Такъв пример е листата на чакащи, която е насочена към намаляване ентусиазма от хирургични процедури в публичните болници и оттук поощряване на предлагането от частния сектор.

Фактори, които повлияват търсенето включват географско разположение, демография на пациентската популация, индивидуални характеристики на пациентите, характеристики на здравните услуги и доставчиците на здравни услуги, финансирането, както и политическото и медийно влияние. Търсенето може да е индуцирано от предлагането. Например, географските вариации в честотата на болничния прием се обяснява повече с предлагането на болнични легла отколкото с индикаторите за смъртност. Честотата на препращането от общопрактикуващите лекари към вторична помощ се дължи повече на характеристиките на лекарите и техните умения, отколкото на здравето на тяхната популация. Парадоксална и най-голямата отличителна черта на търсенето е неговата променлива природа. Начините, по които се посреща търсенето е индикация за характеристиките и факторите, които влияят върху предлагането.

4.3. Предлагане

Предлагането е предоставяне на здравна помощ. То зависи от интересите на здравните професионалисти, приоритетите на политиците и размера на наличните средства. Значение има оценката на предлагането на нови услуги и лечения преди тяхното широко въвеждане.

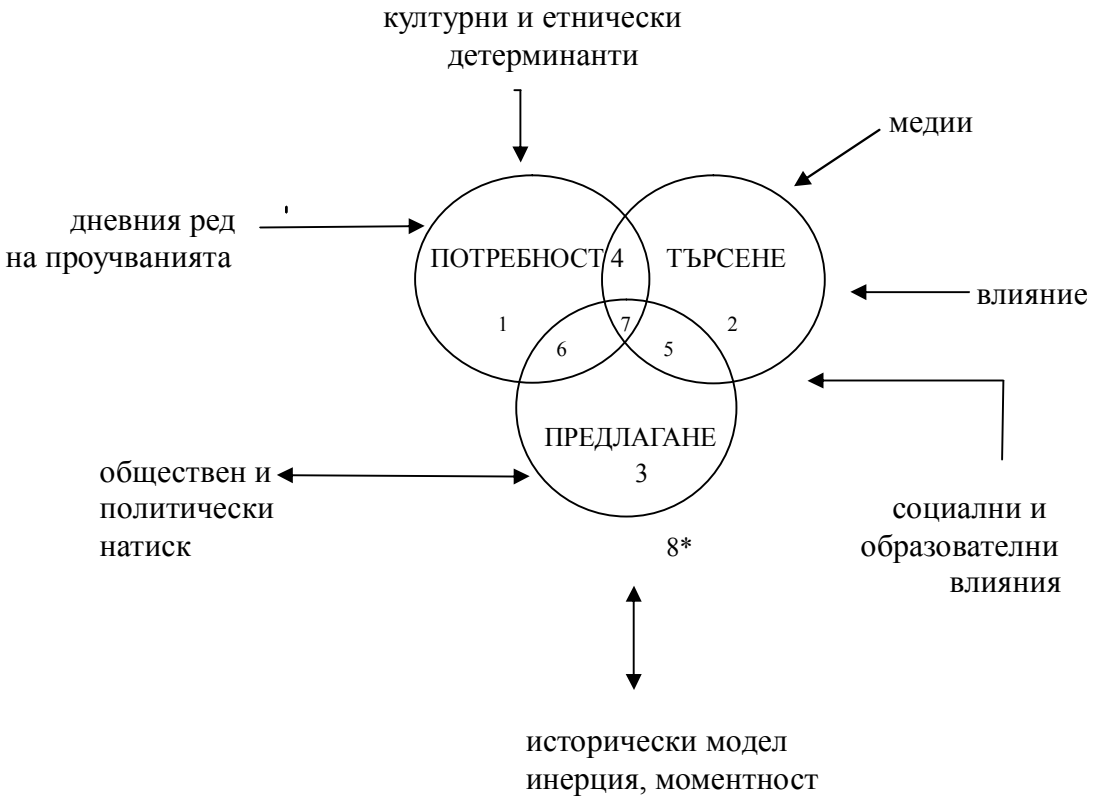
Според Buetov and Coster (2000) обикновено обществото приема, че хората действат според своите виждания за това от какво се нуждаят, а повечето лекари приемат потребностите в смисъл на здравни услуги, които могат да предложат (Wright et al 1998)[228] . Опора на тази перспектива за предлагането е дефиницията на потребността като „способност за полза“ за здравето, при което ползата зависи от ефективната интервенция и наличните ресурси. Предлагането, бидейки предоставяне на здравна помощ, зависи от такива фактори като

налични ресурси, политическа воля и участие, интереси и наличност на доставчици и здравни заведения. Самите дискусии по този въпрос са доказателство, че елементи на потребностите, търсенето и предлагането не могат да се разберат изолирано едно от друго. Отчитането на тяхното взаимодействие е задължително условие при оценка на здравните потребности.

4.4. Потребност, търсене, предлагане

Отношенията между потребност, търсене и предлагане са илюстрирани графично от Stevens and Raftery (1994) [211], като е показано начините, по които тези аспекти не само се преплитат, но и се разделят (Фиг. 2)

Фиг. 2. Взаимодействие между потребност, търсене и предлагане



Източник: Stevens and Raftery 1994
Забележка: Потребност = това, от което хората имат полза; Търсене = това, което търсят хората; Предлагане = това, което се предоставя
* = външно поле където потенциалните услуги не се търсят или предлагат или от които няма потребност

„Показани са осем полета на услуги, разделени на такива, за които има потребност, но няма търсене и предлагане; такива, за които има търсене, но няма предлагане; такива, за които има предлагане, но няма търсене и различни нива на припокриване“. Според Frankel [137] в здравеопазването са почти неизбежни осъзнатите несъответствия между предлагане и търсене и се определят оттях като разпределение (намаляване достъпа до здравна помощ). От тази гледна точка дебатът за разпределението е твърде далечен от научния дебат и е заобиколен в литература, която претендира да е „доминирано от „отстояване, политически анализ и етичен дебат“.

Въпреки че, в повечето случаи търсенето е по-голямо от предлагането, не е непременно несправедливо следствие, че специфични потребности от здравна помощ не могат да бъдат посрещнати. Frankel [137] обръща внимание на грешката на широко поддържаното предположение за „несправедливото смесване между предлагане и търсене“. Използвайки данните от Обединеното кралство свързани със състояния изискващи хирургични интервенции като смяна на тазобедрена става или лечение на катаракта, той отбелязва, че подобно виждане има малка или никаква епидемиологична поддръжка.

4.5. Оценка на потребностите и маркетинг

Икономическата наука също борави с понятията потребност, търсене и предлагане. Потребността е определена като усещане за недостатъчност у хората, а всяко производство е предназначено да задоволи определени човешки потребности [28]. Търсенето и предлагането са определени като отношение между различните възможни цени на едно благо и количеството от него, което купувачите/продавачите биха закупили/продали при равни други условия. Една от концепциите в съвременната икономическа наука е тази за ограничеността на стопанските ресурси и неограничеността на потребностите. Реализирането на икономическите понятия потребност, търсене и предлагане се извършва в пазарна среда с обмен на стоки и услуги между две независими страни – продавач и купувач. Мисията на маркетинга за установяване и удовлетворяване на потребностите се извършва в пазарна среда.

Реализирането на „потребността“ в домейна на общественото здраве се извършва в непазарна (квазипазарна) среда, каквато е здравеопазната система, с непазарно търсене и непазарно предлагане и зависими страни – лекар и пациент.

Проучването, установяването и удовлетворяване на потребностите се извършва чрез оценката на потребностите, която най-близо се доближава до социалната маркетингова концепция с акцент върху потребностите и интересите на обществото като цяло във връзка със законността и морала.

ГЛАВА 5.
МЕТОДИ И ПОДХОДИ ЗА ОЦЕНКА НА ПОТРЕБНОСТИТЕ

5.1. Епидемиологичен подход

Това е традиционен подход в общественото здраве за описване на потребности във връзка със специфични здравни проблеми, използвайки измерването на заболеваемост, болестност и други сурогати за влияние върху здравето, получени от проучвания в общността или на други нива. В рамките на тези проучвания се стига до начините по които се предоставят съществуващите услуги и до ефективността и разход-ефективност на интервенциите, предназначени да посрещнат описаните потребности (вж. Фиг. 1).

Няма смисъл да се прави оценка на бремето от „лошо“ здраве (с изключение за целите на поставяне на приоритети в бъдещо изследване) ако няма възможност за повлияването му. При епидемиологичния подход традиционно се е наложил „медицинският модел“ и виждането на лекарите за здравните потребности в тесния смисъл на появата на специфични болести и състояния свързани със здравето. Медицинските професионалисти са склонни да се фокусират върху този модел на здравна помощ, което игнорира по-широкообхватния подход за възприемане на здравето като „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липса на болест и недъгавост“ (СЗО, 1948 г.)

Епидемиологията се определя като „проучване разпространението и детерминантите на състоянията свързани със здравето или събитията в специфични популации и приложението на тези проучвания за контрол на здравните проблеми“ (Last, 1988). Описателната (дескриптивна) епидемиология (обратно на аналитичната епидемиология, която представлява проучване на детерминантите на здравно свързани състояния или събития) описва появата на болести в смисъл на индивиди, място и време.

Обичайната стартова точка на всяка епидемиологично основана оценка на потребностите е въпроса – какъв е случаят? Епидемиолозите отдават голямо значение на дефинициите на случая за задълбочена оценка на потребностите, необходими са прости дефиниции на случаите, които да включват валидни измерители на тежестта.

Случаите могат да бъдат с ясни характеристики, които ги отделят от тези, които не са случаи. Като примери могат да се посочат белезите на хипертония, астма

или диабет. В повечето случаи индивидите се разпределят като такива, които са близо до граничната линия между нормално или отклонение от нормалното. Необходимо е използването на наличните международно приети критерии.

Оценката на потребностите проведена на местно ниво (такава, която проучва популация по-малка от обхванатата от регионалните власти или техни еквиваленти) има преимуществото да изгради картина, която да се използва при планиране на местните услуги.

Източници на информация при провеждане на епидемиологични проучвания могат да бъдат:

за популацията: данните от преброяване на населението, които описват популацията по пол, възраст, етническа принадлежност или социално-икономически статус. Данните от преброяването на такива вариабилни като безработица или населеност могат да се използват като съставни на индикатори за благосъстояние и възможност за сравнение.

за смъртността: националните регистри на умиранията и случаите на умирания предоставят сравнителна информация за заболеваемостта (не винаги надеждна).

за заболеваемост и болестност: информация за заболеваемост може да бъде получена от съществуващи регистри за онкологични заболявания, диабет, инфекциозни заболявания в случай, че се поддържат от съответната здравна система. Данните от прескрипциите на лекарства могат да бъдат ценен сурогатен (заместващ) маркер на болестността.

за здравна помощ: данните от болничната активност предоставят информация за болничните приеми, диагнози, продължителност на престоя, осъществените операции, характеристики на пациентите. Възприетите индикатори за дейността на болниците могат да предоставят информация за сравнителни анализи на болниците и здравните власти.

Епидемиологичният анализ позволява да се дефинират базовите услуги. Оценката на потребностите е свързана с промяна и е важно да се знае какво трябва да се промени към по-добро. Услугите, които ще се разглеждат следва да бъдат разделени по подкатегории. Например, психичното здраве може да бъде разделено на възрастни, стари, деца, и пр. Здравната помощ за психично болни при възрастни след това може да бъде разделена на услуги за продължителен престой, кратък престой, дневен престой, лечение в общността и т.н. Всяко от тези разделения включва вариации от различни интервенции. Следва

решението, какво ще се измерва. Структурни фактори като леглова база, персонал и разходи е добра отправна точка. Измерването на процеса (напр. брой и видове болнични услуги, които се оказват на пациента по време на болничния престой) и изхода (напр. болничен леталитет) ще има малко значение ако не се вземе предвид и не са добре дефинирани болничните случаи и тежестта на заболяванията.

Епидемиологичният подход детайлно е описан от Stevens and Raftery (1997) [212]. Основни компоненти на този подход са: установяване и контекст на проблема, суб-категории, заболеваемост и болестност, налични услуги, ефективност и разход-ефективност на услугите, модел на помощ, приоритизация, резултати.

(1) установяване на контекста на проблема – в много примери на заболявания услугите не се предоставят само от едно дефинирано ниво на помощ, а от повече участници – например диабетът, който се наблюдава и в първичната и във вторичната помощ

(2) суб-категории – здравният проблем трябва да се раздели в суб-категории като първа стъпка в оценка на потребностите, за да се идентифицират скалите на проблема и обхвата на потребностите и необходимите услуги, напр. разликата между асимптомен HIV и напълно изявен AIDS

(3) болестност и заболеваемост – те формират основата на епидемиологичният подход за оценка на потребностите. Трябва да се има предвид, че болестността и заболеваемостта не са синоними на потребност (т.е. заболяване не е равно на потребност), а използването на услугите при заболяването може да варира. „Потребност“ от нещо изисква наличие на ефективно лечение. Болестността от затлъстяване говори малко за потребността от услуги за лечение. Освен това, болестността или заболеваемостта могат да изразят количествено непосрещнатите потребности където съществуващите услуги с позната ефективност не могат да се противопоставят на по-нататъшното развитие на познато заболяване. Последен стадий на бъбречно заболяване е пример за заболеваемост изразена потребност. Там където непосрещнатите потребности са съчетани с услуги с недоказана ефективност, стремежът към оценка на потребностите е с нисък приоритет.

(4) Налични услуги – макар настоящият тип и ниво на здравни услуги да не е непременно адекватен на потребностите, за сравнителния анализ е

необходимо критичен анализ на тези услуги. Трябва внимателно да се измери делът на компонентите на съществуващите услуги, подобно проучванията на разход-ефективност. Структурата, процесът и резултатите също са приложим измерител при описване на здравните услуги.

(5) Ефективност и разход-ефективност на здравните услуги – необходимо е познаване на ефикасността, ефективноста и разход-ефективност на услугите за постигане популационна полза чрез преструктуриране на здравните услуги. Ефикасността се отнася до ползата, която се получава когато проучваната интервенция въздейства в идеална среда, докато ефективността се отнася до интервенция, която се изпълнява в практиката. Познаването на ефикасността предоставя възможност за преструктуриране на услугите, а познаването на ефективността на популационна база дава възможност за по-нататъшни анализи. Когато ефективността не е позната, тя трябва внимателно да се установи. В анализа на ефикасността на услугите, силата на препоръката може да се категоризира според силата на доказателството поддържащо използването на процедурата. Епидемиологичните данни са стартова точка преди да се пристъпи към данните ефективноста, а след това и данните за разход-ефективност за идентифициране какъв процент от болестността е възможно да бъдат излекувани на приемлива цена.

(6) Модел на помощ – разработени са различни модели на помощ, основани на потребностите. Подходът оценява нивото на услуги, подходящи за различни интервенции (напр. превенция, лечение, рехабилитация на различни суб-категории от болестни групи, напр. популация с хора със средно тежки болести, хора с тежки болести). При коронарната сърдечна болест могат да се изградят два потенциални модела на помощ. Единият модел е ориентиран към превенцията, а другият към лечението и двата предполагат сходни нива на ресурси. Такива модели разкриват възможности за възложителите и насоки за промяна. В идеалния случай, имайки предвид неизвестните в системата за всяко заболяване трябва да се изберат няколко модела.

(7) Приоритизация – приоритизирането се извършва в рамките на отделни болестни категории, а не между заболявания. Като база за приоритизация се вземат ефективността и разход-ефективност.

(8) Резултати и цели – идентифициране на измерители на резултата, които могат да се използват в практиките за наблюдение на услугите, е начало на

процеса в развитието на инструменти, водещи към промяна. Измерването на резултатите може да бъде приемливо и приложимо ако се ограничи до специфични болести, напр. избягване обострянето на шизофренията, подобряване измерванията на белодробната функция при респираторни заболявания и подобряване ежедневната активност при хората с недееспособност

5.2. Епидемиологичен/разход-ефективност подход

Същността на оценката на потребностите е разбиране кое е ефективно и за кого. Критичните стъпки включват:

(1) ясно определяне на популационната група, чиито потребности трябва да бъдат оценявани (обичайно това е група, която споделя една и съща патология)

(2) идентифициране на субкатегориите в тази популация (или „групи със здравна полза) с потребности от специфични услуги. Индивидите със захарен диабет тип I (на лечение с инсулин) ще се различават от тези с тип II (на лечение с перорални препарати) захарен диабет. Зависимите и злоупотребяващи със субстанции ще се различават от интоксикираните злоупотребяващи, тези с ко-морбидитет, тези с хронични заболявания (риск от обостряне) и тези с риск от заболяване.

(3) определяне на болестността и заболеваемостта на субкатегориите. Колко са от всяка?

(4) определяне на наличните услуги (базовите услуги) – всички услуги в първичната, вторична и третична помощ

(5) идентифициране ефективността и разход-ефективност на интервенциите и свързаните услуги – същност на медицината основана на доказателства

(6) определяне модела на помощ, който определя относителните приоритети

Като общо правило, определянето на ефективностга на интервенцията трябва да бъде най-важната стъпка. Няма смисъл от интервенция от която ползата е малка. Едно от големите предизвикателства е задачата да се определи относителният приоритет на различни услуги и реципиенти. Трябва да се вземе под внимание разход-ефективността. Използването на цялостни разход-полза измерители може да бъде от помощ там, където матриците за решение правят вземането на решение по-ясно.

5.3. Глобален подход и глобални потребности

това е подход, при който се предполага, че здравните власти предприемат оценка на глобалните здравни потребности в техния регион. Някои наричат този подход локално-основана оценка на потребностите. В нашата страна такъв подход се прилага при изготвяне на национална и локални здравни карти. В Закона за лечебните заведения са определени здравните приоритети и оценяването на потребността от човешки и материални ресурси на регионално и национално ниво.

В други страни, където се прилага този подход (например Нова Зеландия) глобалната оценка на здравните потребности е задължение включено в здравната стратегия на страната, публикувана през 2001 г. Тя утвърждава 13 приоритетни цели за здравето на популацията. Поставя задача да се изработят ръководства за всяка приоритетна област, включително измерване на резултатите.

С тези измерители, свързани с 13-те приоритетни цели, се прилагат следните принципи при глобална оценка на потребностите:

- данните, които ще се събират трябва да съответстват на търсените здравни резултати, минимум
- етапът на анализ на потребностите трябва да включва анализ на несъответствието между настоящите резултати и търсените резултати на национално ниво.
- приоритизацията, като интегрална част от процеса на оценка на потребностите, ще използва рамката на официалните приоритети и също така ще вземе под внимание местните несъответствия сравнени с търсените национални здравни резултати.
- ще има възможност на локална гъвкавост, като се поддържа националната съгласуваност. А това може да се отрази на финансирането.

Глобалният подход се различава от епидемиологичният подход при оценка на потребностите в това, че е ориентиран повече към услугите отколкото към заболяванията, освен в използването на епидемиологични данни. Този подход води към идентификация на „празнини“ в услугите и несъответствия и може да идентифицира услуги, които са загубили своята ефективност или не могат да отговорят на настоящите изисквания по ред причини. Там където се установят

„празнини“ в услугите („анализ на несъответствието“), се предлага приоритизиране финансирането на нови услуги от финансиращия орган.

5.4. Подходи за оценка в общността (community – based approaches)

Фундаментално към подхода за оценка на потребностите в общността е приемане принципите на Световната здравна организация. Това изисква мултидисциплинарен подход към потребностите, повлияни от детерминантите на доброто здраве.

„Оценка на потребностите в общността“ се отнася специално до процеса на идентификация на потребностите на местната популация чрез консултации с обществеността. Пример за оценка в общността е „профилиране на общността“, което може да се използва от професионалистите включени в планирането и предоставяне на услуги, социални работници, социални организации и доброволчески групи. Разликата между епидемиологичния подход и подходът на оценка в общността е, че първият основно се фокусира върху заболяването, докато вторият е основан на общността и е по-често фокусиран върху услугите, отколкото върху заболяването, но прилага методите на епидемиологията.

В рамките на подхода на оценка в общността се използват множество подходи, напр. подход за оценка потребностите в първичната помощ, бързо проучване и др.

(1) Оценка на потребностите в първичната помощ

Подходът е добре разработен в Обединеното кралство, където със здравните реформи през 1991 г. се поставя началото на оценка на потребностите. По-късно през 1997 в следващият етап от реформата, когато се окрупняват практиките за първична помощ, се въвежда изискването за провеждане оценка на потребностите сред популацията в техните групи, прилагайки подходът основан на общността. Много автори са описали начините за оценка на потребностите в първичната помощ (Wilkinson and Murray 1998; Gillam and Murray 1998, Wright at al 1998; Scotish Needs Assessment Programme 1998, National health service Programe 2006). Много от тези публикации се отнасят към оценка на потребностите на ниво практики. Други се отнасят към по-големи популации.

Wilkinson and Murray (1998) [224] предлагат подход от пет стъпки за оценка на здравните потребности на ниво първична практика – индивидуална или групова. Този подход е приложим, със значение и занапред.

Стъпка 1: събиране на рутинна информация от практиката

Стъпка 2: събиране на данни от болници, доставчици на услуги в общността и годишното преброяване.

Използването на болнични услуги може да не е информативно за заболяванията в общността. С помощта на здравните администрации може да се получи информация и да се сравнят практиките. Болничните приеми може да не са информативни за потребностите, а за търсенето и предлагането.

Стъпка 3: обществено включване

Здравните професионалисти обикновено определят потребностите в смисъл на услуги, които могат да предоставят докато пациентите могат да имат различно виждане какво би ги направило по-здрави. Обществено включване може да се постигне чрез:

- интервю с пациентите
- неформални дискусии с доброволчески групи
- кутии за предложения
- процедури по жалбите
- здравни форуми
- фокус групи
- бързо проучване
- използване на мрежи от ключови източници на информация

Стъпка 4: предприемане на проучване

Проучването в общността може да бъде използвано за получаване на данни за истинското бреме на болестите, осъзнатите потребности от услуги, удовлетвореност и пр. Разработени са различни инструменти за генерични и болестно-специфични проучвания

Стъпка 5: събиране на информация от различните източници

Подходът на триангулацията е приложим при оценка на здравните потребности при която получената информация от различни източници и методи дава допълнителен поглед. Резултатите трябва да се анализират и представят в първичните практики. Като резултат от проведените оценки могат да се идентифицират нови инициативи, приоритети, а след това да се въведат в плановете на практиките за следващата година.

(2) Подход на бърза преценка

това е често използван подход за оценка на потребностите в общностите. Приложен е за първи път за оценка потребностите в малки и изолирани общности, градска среда, след бедствия [110]. Annet and Rifkin (1988) [87] са адаптирали метода в развитите страни като рамка за приложение в градски райони с ниски доходи на населението. Murray et al (1994)[179] са приложили методологията за проучване вижданията при здравното и социалното планиране, а Gillam [143] посочва неговото приложение за проучване мнението на общността в общата практика. Техниките на бързото проучване са различни и включват консултации в общността като интегрален компонент на методологията. Целта е да се предостави качествена и навременна информация и включва местните хора, води до резултати, които директно насочват към интервенциите.

Методите, които се използват за събиране на информация при бързото проучване включват интервюта с ключови информатори, задълбочени интервюта, групи за дискусии или фокус групи. Използват се полу-структурирани въпросници към ключовите информатори, които трябва да се тестват пилотно преди използването им за събиране на данни. Свободните въпросници включват въпроси към участниците за заболявания, потребности, здравни ресурси или приоритети на общността. Главното преимущество на тази техника е, че тя изявява нивото на общото осъзнаване на проблема. Проблемите или заболяванията се ранкират според различни критерии. Това дава информация как общността приоритизира един проблем спрямо друг. Методите на бързото проучване целят изявяването на перспективите на общността. Данните се събират от три основни източника: интервюта с кръг от местни информатори; съществуващи писмени записи върху общността и наблюдения. От събраната информация се изгражда информационна „пирамида“, която описва проблемите и приоритети. Установено е, че пощенското проучване може да предостави ценни данни за острите и хронични заболявания в общността и осъзнатите потребности за съществуващи и потенциални услуги за тези, които ги ползват и тези, които все още не ги ползват. Данните в практиката могат също да дадат информация за заболяванията, прескрипциите и дейностите по здравна промоция. Бързото проучване работи най-добре в малки хомогенни общности и методът не е подходящ без предварително

подразделяне на мястото според обществата, където ключовите информатори са запознати с местните проблеми. Тези методи могат да се фокусират върху потребностите на специфични групи в общността. В допълнение, информацията от бързото проучване може да се добави към данните, събрани от местната статистика, пощенското проучване и проучването в общата практика.

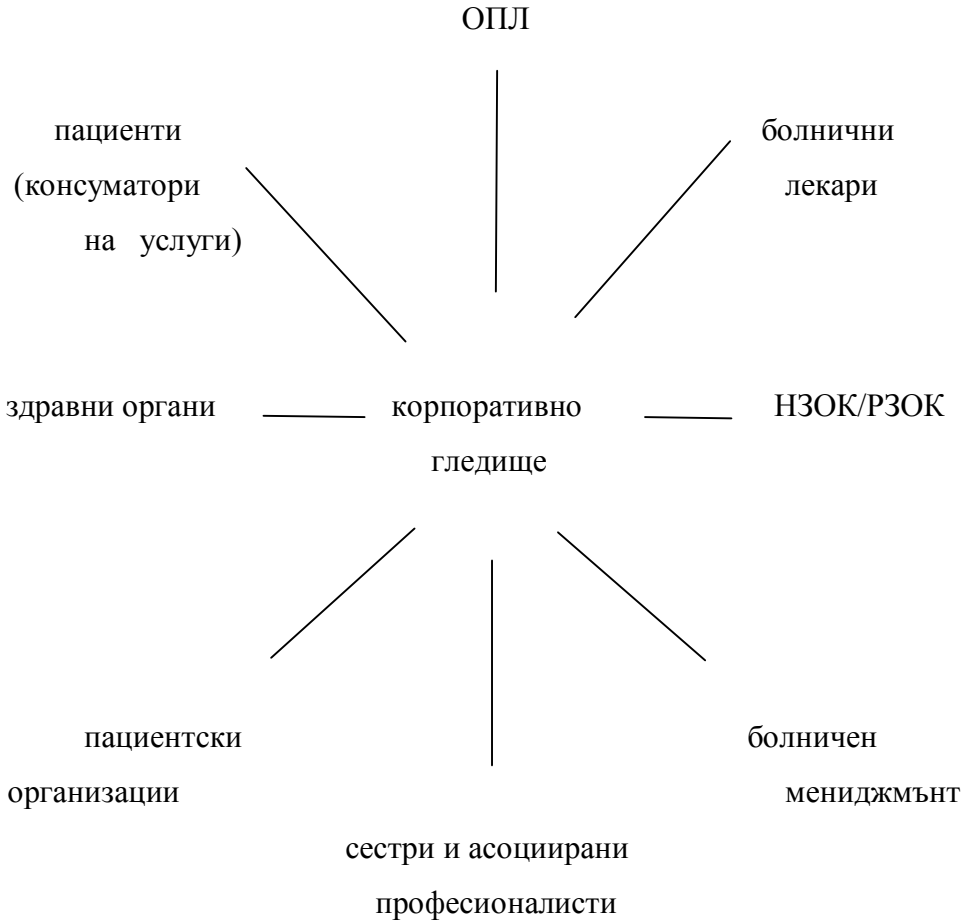
5.5. Сравнителен подход

„Сравнителният подход“ за оценка на потребностите съпоставя услугите, получени от една популация в определена област с тази, получени другаде. Ако нищо друго не е известно за оптимума услуги, които трябва да се предоставят, най-малкото има причина за проучване ако нивото на услуги се различава значително от това, предоставено другаде. Сравненията са се оказали много силен инструмент за проучване на здравните услуги. Например, потребността от нарастване на бъбречните диализи и нивата на трансплантации от 20 на 1 млн. през 1960-те до 80 на 1 млн. е показана от сравнения с европейските страни и впоследствие потвърдена епидемиологично. Могат да се изготвят пакети с индикатори за изпълнение в първичната и вторична помощ. Доколкото това изисква чувствителни интерпретации, сравнителния процес и индикаторите за изхода могат да помогнат за идентифициране на недостатъчност на предоставяните услуги.

5.6. Корпоративен подход

„Корпоративният подход“ включва систематично събиране на знания и виждания на тези, които предоставят здравните услуги и имат мнение за потребностите. Често ценна информация се получава от персонала на здравните власти, клиницисти, общопрактикуващи, както и от пациентите. Фигура 3 показва възможните източници на информация.

Фиг. 3 Корпоративни източници на информация



Адаптирано по Wright J., 1998

Тъй като този подход замъглява разликата между потребност и търсене, между научни и законни интереси, близкото и детайлно познаване на заинтересованите страни натрупано във времето, би могло в друго отношение да се пропусне. Корпоративния подход е важен, ако политиките са чувствителни към местните обстоятелства. Разкриването на местните виждания не е равнозначно на съгласие с тях. Те допускат чувствителност към обстоятелствата в общността, особено тези, основани на историческото предоставяне на здравна помощ. Непосрещнатите потребности на болни със сериозни психични заболявания, изписани от наскоро затворените отделения за дълъг престой или отсъствие на първична помощ за бездомни групи могат лесно да бъдат изявени при разговор с хората. Там където съображенията за разход – ефективност съвпадат, местният интерес може оправдано да приложи приоритети към отделни услуги. Местният

опит и включване ще направи всяка оценка на потребностите по-лесна за защита.

Включването на здравни професионалисти в оценката може да бъде предизвикателство. Традиционно индивидуалистичния подход на лекарите може да затрудни съгласуването с утилитарния подход на плановиците и техния фокус към популацията. Последните преоценяват ролята на лекарите и баланса на силата във взаимоотношенията лекар – пациент. Важно е да не се пренебрегва приноса и на другите здравни професионалисти. Напр. в първичната помощ ценна информация може да се предостави от сестринския персонал и фелдшерите, а също и от социалните работници. Дори там, където лекари и сестри имат популационен фокус, оценката на потребностите коства усилия.

5.7. Подход за оценка в извънредни ситуации

Бързите решения и действия са задължителни в случай на бедствия [228]. Незабавните, животоподдържащи потребности след всяко бедствие са подобни и в случай на постепенно начало, както е при суша, глад, или война, и при внезапно начало както са наводненията или земетресенията. Тези потребности включват: чиста вода и хигиена; адекватно разпределение на храната; подслон, включително дрехи и одеала; базова медицинска грижа. Информацията трябва да бъде получавана само от правителството или други агенции (вкл. и международни медии), но и от засегнатите общности. Тези общности ще имат способност да си помогнат и всеки отговор в случай на бедствие трябва да се гради на тази способност.

Включването на общността е съществено в оценка ефектите от бедствието и намирането на уязвимите групи (деца, възрастни, бременни). Необходимо е избягване на културални проблеми. Някои могат да се избягнат предварително (напр. изпращане на свинско месо към ислямските страни). Други изискват предварително проучване: например, програма за подпомагане на гладуваща общност, използваща основно бяла царевица, която има строги вярвания, че жълтата царевица, която се изпраща е негодна за ядене и носи проклятие.

Комисията по продоволствията към ООН е изготвила прост наръчник за оценка на потребностите, наречен „Ориентирано към хората планиране за подпомагане решенията в случай на потребност от храна“ (Какви храни да се изпращат? Как

трябва да се предоставят? Кой би трябвало да живее там? Какви са критичните медицински потребности? Какъв е културелния модел на здравна помощ? Как най-добре да се достигнат прицелните групи?). Това се постига чрез анализ на профила на групата, дейностите и използването на ресурсите.

Освен непосредственото посрещане на потребностите, трябва да се планира и бъдещето. Общността, която напълно зависи от донорска храна ще бъде уязвима, когато е изолирана, особено ако нормалното производство на храна е все още нарушено. Добрите системи за наблюдение са важни за проследяване на здравето и недохранването. Например, антропометричните изследвания на децата в местата за временно настаняване или отдалечени клиники, може да предостави ценни оценки на храненето. Наблюдението за инфекциозни болести като шарка може да бъде причина за навременни имунизации.

5.8. Икономически подход и приложение на клиничната и разход-ефективност в концепцията за оценка на потребностите

Оценката на здравните потребности не е икономически метод за оценка каквито са разход-ефективност, разход-полза, разход-полезност. Но, където е възможно, те стават неразделна част от методологията на оценката на потребностите, най-вече показателят разход-ефективност [117,227].

Икономическият анализ съдържат две основни черти:

– занимават се с ресурсите, вложени в дадена дейност и резултатите от нея, с разходите и резултатите от дейностите. Преценява се съотношението между цената и резултата, което позволява да се вземе решение.

– занимават се с избора. Отправна точка на икономическия анализ е оскъдността на ресурсите и произтичащата от това невъзможност да се произвежда всичко, от което се нуждаем, а това налага необходимостта от извършване на избор във всички области на човешката дейност. Икономическия анализ се опитва да идентифицира и да създаде разбираем набор от критерии, който може да бъде полезен при избора на една от конкуриращите се употреби на оскъдните ресурси [36].

Тези две характеристики на икономическия анализ позволяват да се дефинира икономическата оценка като сравнителен анализ на алтернативни варианти за действие от гледна точка на разходите и получените резултати. Основните

задачи на всяка икономическа оценка са: да се идентифицират, измерят, оценят и сравнят разходите и резултатите при разглежданите алтернативи. Тези задачи са характерни за всички видове икономическа оценка, в т.ч. и оценката на здравните услуги.

При икономическата оценка *разход-ефективност* се измерват резултатите от програмите или интервенциите с най-подходящите естествени ефекти или физически показатели като „спечелени години живот“ или „правилно диагностицирани случаи“. Не е правен опит да се остойностяват резултатите, като безусловно е прието, че съответния резултат е в известен смисъл с „дадена стойност“. В класическата си форма разход-ефективност анализът отчита една стойност на продукцията като спечелени години живот.

При икономическата оценка *разход-полезност* резултатите от програмите или интервенциите се уточняват по скали за здравно състояние или „тегла на полезност“. В случая здравното състояние, свързано с резултатите, са оценени в сравнение с други такива. Например човек може да оцени качеството на годините спечелен живот, не точно общия брой на годините. Тази оценка е по-широка форма на разход-ефективност, но е вариант на основния подход. Една от ключовите характеристики на този анализ е, че използва концепцията за QALY като мярка за здравния резултат. QALY може едновременно да улови спечеленото от намалената заболеваемост (качествените придобивки) и намалената смъртност(количествени придобивки) и да ги комбинира в единна мярка.

При икономическата оценка *разход-полза* се правят опити да се измерят резултатите от програмите и интервенциите в парично изражение, както и да се съизмерят с разходите. Това е най-обширната форма на анализ, където може да се установи дали изгодните резултати от програмата оправдават разходите.

Обикновено изследователите при анализа използват повече от една форма на икономическа оценка, тъй като не винаги са наясно в началото коя е най-подходящата форма за анализ, която да използват.

Критиките към икономическия метод за оценка са свързани с риска от автоматичното прехвърляне на резултатите от проучванията от една среда в друга. Отстоява се твърдението, че приложените данни при оценката трябва да съответстват на местните условия. При интерпретиране на резултатите от икономическите оценки следва да се прецени дали резултатите са приложими

спрямо собствената на интерпретиращия среда. Някои специфични данни категорично могат да бъдат прехвърлени. Например, клиничният резултат от прием на предписано лекарство от пациент вероятно е сходен в САЩ и Канада. Обаче същото може да не е вярно, ако се отнася за операция, извършена от различни хирурзи. Също така в някои случаи клиничните крайни показатели могат да бъдат напълно независими от системата от здравни грижи. Например, опитът EPIC върху нов медикамент в кардиологията (EPIC Investigators, 1994), при което са използвани комбинирани крайни показатели като смърт, нефатален инфаркт на миокарда, незапланувана хирургична реваскуларизация, незапланувано повторение на PTCA, незапланувано включване на интра-аортна балонна помпа за неповлияваща се исхемия и незапланувана имплантация на коронарен стент. Поради тези спорни въпроси приложимостта на резултатите от икономическите оценки от една страна в друга е била широко обсъждана и е проблем както в рамките на една страна, така и на различни държави. Особено в страни с ограничени ресурси за здравни технологии може да се наложи повторно интерпретиране в тяхната среда на резултатите от икономически оценки, извършени другаде.

Фактори, които могат да въздействат върху отношението разход-ефективност могат да бъдат:

– основни демографски показатели и показатели за епидемиологията на заболеваемостта

страните се различават по отношение възрастова структура на населението и разпространение на различни заболявания. Това може да въздейства на съотношението разход-ефективност на здравни програми или интервенции, особено отнасящи се за цялата популация. Различията във възрастовата структура между отделните страни може да водят до различни нива на разпространение и оттук до размера на общата икономическа тежест. Разход-ефективност на лечението също варира в зависимост от пациентските характеристи, които включват начин на живот, възраст и история на заболяването.

– наличието на ресурси в здравеопазването и вариране в клиничната практиката

държавите се различават и по отношение на схемите на лечение и възможностите на здравеопазните системи, що се отнася до достъпността на населението до здравни услуги. Друго различие, по-пряко свързано с лекарстволечението, е списъкът с лицензирани продукти и наличието на генерични лекарства. Практиката варира сред лекарите в един и същ географски район и степента на тази вариация влияе върху относителната разход-ефективност на терапиите.

– стимули за здравните професионалисти и институции

при някои системи на здравеопазване нивото на възнаграждение на здравните професионалисти и институции е до голяма степен независимо от нивото на предоставените услуги. Например, болниците получават глобален бюджет и лекарите- заплати. При други системи на лекарите се заплаща за единица предоставена услуга и болниците се реимбурсират на база брой лекувани случаи във всяка категория. Често лекарите работещи при система на заплащане за услуги сами генерират свръхтърсене на техните услуги, докато тези, на които се заплаща заплата или на пациент са склонни да ограничат търсенето

– относителни цени или разходи

абсолютните нива на цените варират между различните страни. От гледна точка на оценката на разход-ефективност е важно дали относителните цени на ресурсите в здравеопазването са различни.

Все още има малко примери и публикации за адаптиране на резултатите от една среда в друга при икономическите оценки.

Икономическият подход при оценка на потребностите, използвайки концепцията за оскъдност на ресурсите, възможния разход и маргиналния анализ, включва икономическата оценка и нейните най-практични деривати, програмното бюджетиране и маргиналния анализ.

Целта на оценката на потребностите е да подбере ресурсите спрямо потребностите така че възможно най-много потребности за бъдат посрещнати. Епидемиологичният подход разрешава този проблем от гледна точка на „потребностите“ в смисъл на тежест и случаи на болестта. За да се види как икономическия подход може да намери място в оценка на потребностите, последният може да се раздели на два важни етапа: установяване какво се

случва в популацията или група от пациенти(програмно бюджетиране) и оценяване възможностите за промяната така че ползите за пациентите, като здравен резултат, да се максимизират чрез наличните ресурси (маргинален анализ).

√ *програмно бюджетиране* – първият етап е там, където вече е бил приложен традиционният епидемиологичен подход при оценка на потребностите. Приносът на икономикса в този етап е чрез „програмното бюджетиране“. Отнася се за процеса на установяване по какъв начин здравните ресурси се използват от пациентските групи. Този подход се използва от някои здравни власти и е обикновен опит да се оценят настоящите разходи и дейности при заболяванията, здравната мрежа или локално. Съчетан с информация от оценката на потребностите и одита, това е важно за пресмятане и предоставяне на информация която може да изясни аномалиите или възможните опции за промяна. Най-често се прилага при недостатъчна информация как се предоставят услугите. Подобно на проучванията върху бремето на болестите, програмното бюджетиране не би могло само по себе си да се използва за определяне на приоритетите.

Прилагат се два модела на програмно бюджетиране - „макро“ и „микро“. **„Макро“** програмното бюджетиране прави опит да определи тоталните/общи разходи на здравните власти по заболявания, нива на предоставяне при реорганизиране на съществуващите средства и данни за активност. Използва се на ниво здравни власти. **„Микро“** програмното бюджетиране се опитва да оцени разходите (и активностите) в рамките на определена „програма“ на грижа, като майчино здравеопазване или детско здравеопазване. Съществуват различни начини за дефиниране на програмния бюджет. Разходите и дейностите може да се разпределят в субпрограми (напр. начин на предоставяне на дейностите от майчиното здравеопазване), ниво на предоставяне (например, първична или вторична помощ). Когато програмния бюджет е дефиниран по различни начини, съставя се таблица, която може да покаже пътя на пациентите от началната точка на контакт и дейностите и разходите идентифицирани на всеки етап.

Двата подхода (микро и макро) могат също така да се приложат на ниво обща практика, въпреки че има все още малко примери затова.

√ *маргинален анализ и икономическа оценка*

Вторият етап на оценката на потребностите е оценяване на опциите за промяна. Най-често икономическия подход се прилага в този етап. Много оценки на потребностите и свързаните решения се правят в рамките на фиксирани бюджети. Поради това всяко разширяване на услугата трябва да бъде неутрализирано чрез ограничаване или съкращаване на услугите другаде. В много официални икономически оценки опциите може да са по-ясни (например, две алтернативи в едно проучване). Икономическата рамка допринася за оценка на процеса чрез опит, който да покаже, че общия ефект е повишаване ползата от определения бюджет и че отказаните ползи от намаляване на услугите са минимални. На допускането, че предложенията за повече ресурси (инвестиции) са ефективни, е необходимо отговор на два въпроса:

- има ли други услуги, които се предоставят със същото ниво на ефективност, но с по-малко ресурси, така че освобождавайки ресурси да се насочат към някои инвестиции?
- ако отговорът е „не“, има ли услуги, които въпреки че са ефективни, са по-малко ефективни спрямо единица разход спрямо някои от предложените инвестиции?

В опита да се максимизират посрещнатите потребности при наличните ресурси, някои услуги, които са ефективни ще загубят ресурси спрямо други услуги, които са по-ефективни спрямо всеки изразходен лев. Така направено, всяка ефективност (посрещнати потребности) ще бъде максимизирана.

Икономическата рамка може да се приложи изчерпателно или прагматично. Изчерпателния подход се прилага когато икономическата оценка се провежда като част от клинични проучвания и оценката е финансирана по дългосрочни грантове. Включва измерване на ресурсите използвани във всеки клон на проучването и измерване на последствията (ползите за пациентите) в смисъл на измерване на клиничната ефективност, съхранените години живот, качеството на живот и очакваните години живот в добро здраве (QALY).

Прагматичното приложение на икономическата рамка приема, че е невъзможно всеки път да се провежда рандомизирано проучване и детайлна оценка на използваните ресурси при вземане на решение от възложителите в случай на разпространение или съкращаване на здравните услуги. Прагматичния подход използва информацията за разходите от съществуващите локални данни и прави „най-добрите“ предположения затова как да се използват ресурсите.

Прагматичният подход може да се осъществи преди да се предприеме промяна. Доказателство за промените в ползите за пациентите се получава чрез литературните обзори и приложението на медицина, основана на доказателствата. Ако няма доказателства, се пристъпва към експертна преценка. Дори когато има малко данни, използването на икономическите принципи за възможния разход и маргиналния анализ определят алтернативите по-ясно и само изброяването на очакваните промени в използването на ресурсите и ползите за пациентите може да изясни повечето от въпросите и улесни експертната преценка.

Когато се сравняват изчерпателната и прагматичната форми на икономическа оценка, последната може да бъде критикувана поради предположенията за лошо качество. В прагматичната форма локалните данни може да бъдат с лошо качество, което да затрудни категоричното заключение кое мнение да бъде наложено. Когато се проучва приложимостта на икономическата рамка, прагматичният подход не следва само да се сравнява с изчерпателния, но и с останалите икономически оценки. Прагматичният подход допринася за организиране на наличната информация по подходящ начин за вземане на решения и може да бъде по-добър отколкото да няма никаква информация.

Когато се обсъжда приложимостта на икономическата рамка следва да се вземе предвид, че независимо дали изчерпателен или прагматичен, не трябва да се изключва необходимостта от експертна преценка. Например ако рандомизираното проучване установи, че новата услуга води до по-големи ползи, но и до по-големи разходи, тогава се прави експертна преценка относно това дали свръх ползите си струват на свръх цена. Нито едната и нито другата форма на оценяване ще даде отговор да/не и е наивно да се обобщава. Икономическата рамка трябва да се използва по-често като помощно средство при взимане на решения отколкото като техен заместител.

Икономическата рамка приложима към оценката на потребностите може да хвърли светлина върху това какво се случва в интересуващата ни популация в смисъл на използване на ресурси („програмен бюджет“) и изучава промените в разхода и ползата („маргинален анализ“). Маргиналният анализ може да бъде под формата на обширна икономическа оценка основана на рандомизирани проучвания или програмен подход, широко прилаган от финансиращия орган и общопрактикуващите лекари в съответствие с доказателствата от литературата.

Въпреки че се предпочитат изчерпателните форми на икономическа оценка, не е възможно и често не е и уместно да се провеждат рандомизирани проучвания всеки път, когато финансиращите органи се нуждаят от решение. В тези случаи се предпочита преди всичко прагматичната форма на икономическа оценка.

Оценката на потребностите се нуждае от икономикса ако ползата за пациентите и популациите са към максимизиране от наличните ресурси. Всяко решение на финансиращата институция за отделяне на ресурси за посрещане на здравните потребности трябва да бъде предмет на някаква форма на икономически анализ. Решенията са в посока кои потребности трябва да бъдат посрещнати. Решението за насочване на ресурси в една област на потребности означава отказ от възможността за използване на тези ресурси за посрещане на други потребности. Това е известно като концепция за „възможния разход“, при което „разход“ се дефинира като нивото на полза пропусната от използваните ресурси по един начин в сравнение с друга също добра алтернатива.

За максимизиране на сумата от потребности, които могат да се посрещнат с ограничените ресурси е необходимо да се знае сумата на потребностите, които са посрещнати чрез специфични здравни интервенции (тяхната ефективност или „маргинално посрещнати потребности“) и сумата от използваните ресурси за посрещане на тези потребности (т.е. разхода). Така доказателството за разходите и ползите от здравната интервенция трябва да бъдат ключов аспект от всяка оценка на потребностите. Маргиналният анализ или анализ на промяната е важна част от икономическия подход. При въвеждане на нова здравна интервенция или съществуваща такава, която трябва да се договори или развие, маргиналният анализ дава отговор на въпроса какви промени се налагат в разходите (използваните ресурси) и в ползите (сумата от посрещнатите потребностите чрез интервенцията). Ако маргиналните ползи се определят като по-големи отколкото биха били при използване на ресурсите по друг начин, тогава интервенцията трябва да се предпочете. Такъв подход изисква сравняване на алтернативи в случаите, когато се приема че оценката на общите потребности или бремето на болестите не са приложими при взимане на решения относно това да се въведе, развие или договори дадена здравна интервенция.

В миналото икономистите са били справедливо критични спрямо подхода на бремето на болестите към оценката на потребностите. При оценка на

потребностите са измервали относително „потребностите“ според смъртността и заболеваемостта при различните болести. Ранкиране на бремето на болестите заключава че приоритет (а оттам и ресурси) следва да се даде на тези заболявания, които имат най-висока честота на смъртност и заболеваемост. Такъв подход игнорира относителната ефективност на интервенциите във всяка болестна област (маргинално посрещнати потребности) и относителните (възможни) разходи при посрещане на потребностите и не се стига до максимизиране на ползата за пациентите (възможно най-голямото снижение на потребностите) от наличните ресурси. Някои болести и състояния не причиняват висока смъртност или заболеваемост и според подхода за бремето на болестите не биха заели първите места при ранкирането. По този начин приоритетите предложени след ранкиране на състоянията според бремето на заболяванията е по-вероятно да бъдат различни от състоянията според ефективността и разхода на свързаните с тях интервенции.

В условията на медицината основана на доказателства, концепциите за клинична ефективност и здравна цел (маргинално посрещнати потребности) понастоящем са интегрална част от всяка оценка на потребностите, особено в контекста на възлагането и договарянето.

5.9. Сравнение и оценка на методите, подходите и инструментите

Здравните потребности привличат вниманието на политици, здравни икономисти и здравни професионалисти във време когато модерните здравни услуги се опитват да задоволят индивидуалните и популационните здравни потребности чрез оптимизиране на разпределението на ресурси. Здравните потребности могат да бъдат оценени чрез провеждане на различни по вид проучвания или инструменти, основани на интервюто. Ако здравните потребности трябва да бъдат удовлетворени в променящия се здравен дневен ред в развитите и развиващите се страни, необходимо е използването на валидни и приложими инструменти [90].

За оценка на здравните потребности се прилагат различни методи и както е посочил McEwen et al. “няма единствен и най-добър метод за оценка на здравните потребности – различните въпроси и проблеми изискват включването на различни методи и подходи от професионалистите“ [169]. Може да се постигне прецизност на резултатите ако се сравнят данните от един източник

спрямо данните от поне два други източника [178]. Прилагането на няколко метода – преди всичко съчетаването на качествени и количествени методи [178] за получаване на повече информационни данни – допринася за по-прецизна оценка на популационнния здравен статус отколкото ако се приложи само един метод [129].

Mohsen Asadi-Lari et David Gary [172] са провели проучване чрез събиране на данни относно инструментите за оценка на здравните потребности, като са използвани медицинските база-данни каквито са PUBMED, CINAHL, Ovid (MEDLINE), Zetoc, PsycINFO и EMBASE, с търсене на ключови думи като „оценка на здравните потребности“ и свързани с тях думи в заглавията и резюмето. Проучването е установило тридесет и един инструмента в петдесет и две публикации, които описват изготвянето на нови инструменти за „оценка на здравните потребности“ или прилагане на съществуващите преди това инструменти. Според метода на провеждане те различават четири главни групи инструменти:

– **интервю**

Качествените проучвания се провеждат обикновено при директни наблюдения, консенсуси, анализи на текстове или документи, проучвания на случаи и интервю. Интервюирането, широко използвана методология при качествени проучвания, може да помогне за определяне на величини, които се стремят да измерят количествените методи като въпросници за самостоятелно попълване. Освен това качествените методи описват понятийният език на популацията, което определено помага за по-доброто приложение на количествените методи. Лице в лице, телефонно интервю, дискусии във фокус групи или листи за попълване са най-често използвани при провеждане на проучване за оценка на здравните потребности; тези методи обикновено се последват от други количествени подходи като въпросници за самостоятелно попълване. Качественият подход е предназначен да улесни количествената методология по различен начин, въпреки че щателните количествени проучвания последвани от контент анализ могат да предоставят по-прецизна картина на непосрещнатите здравни потребности. Въпреки че интервюто има съществени преимущества в смисъл на директен контакт с пациентите (което помага да се избегнат неразбирането на въпросите и осигурява висока честота на отговорите), то изисква обучени интервюиращи, стандартни въпроси, прецизни преводи,

адекватно време и ресурси. Организирането на срещите може да представлява допълнителна трудност доколкото интервюираните често са пациенти с разностранни физически или психологически проблеми.

– **въпросници за самостоятелно попълване**

провеждането на проучване с въпросници за самостоятелно попълване е с ниска цена, въпросниците са удобни за разпространение и попълване в подходяща за пациента обстановка. Тяхната валидност и надеждност може да се измери. Ограниченията при този инструмент могат да доведат до неразбиране или някои здравни потребности да останат неидентифицирани [164]. За преодоляване на тези ограничения се предпочита стандартния подход на изпълнение с начално качествено (интервю, фокус групи и др.) последвано от пощенско проучване [92]. Други като Mesters et al. [171] прилагат едновременно двата подхода, което изглежда до известна степен безполезно. Пощенското проучване може да предостави ценни данни особено за хроничните заболявания в общността и осъзнатите потребности за съществуващите или потенциалните услуги. Разработени са болестно-специфични въпросници за самостоятелно попълване като the Northwick Park Dependency Score (NPDS) за оценка на потребностите в болница и неговия еквивалент за рехабилитация в общността използвани в много проучвания; Cancer Patient Needs Questionnaire (CPNQ) съдържащ петдесет и две променливи в пет точков оценъчен формат; the Needs evaluation Questionnaire изготвен с двадесет и три въпроса за провеждане оценка на потребностите при постъпили в болница онкологично болни пациенти; въпросници за болни със сърдечно-съдови заболявания и пр.

Качествените методи описват обхвата на популационните здравни потребности и се последват от контент анализ, позволяващи добре проведено количествено проучване [192]. Въпреки способността на качествените методи да откриват непосрещнатите потребности, липсата на генерализиране прави оспорими техните заключения. Поради това някои изследователи предпочитат провеждането на качествени и количествени проучвания по едно и също време или на различни етапи. Например, за оценка на потребностите от лекарства в първичната помощ е използвано триетапно проучване: полуструктурирано интервю с клиентите и доставчиците последвано от пощенско проучване и накрая открита среща за представяне констатациите и подреждане на услугите по приоритети.

– **кратка оценка в общността**

методът има за цел да достигне перспективите на общността за нейното здраве и социалните потребности за кратък период от време и да трансформира установеното в действия. Развитието на кратката оценка в общността пред 1980-те години е свързано с рамката на „Здраве за всички през 2000 година“ в отговор на консумиращата време, твърде структурирана и ригидна природа на традиционния епидемиологичен метод и проучването с въпросници. Подходът на кратката оценка в общността показват, че когато са проведени добре предоставят ценна, приложима и навременна информация за здравния статус, знанието, становището и поведението [228]. Основно данните се събират от интервюта с ключови фигури в общността, писмени записи и директно наблюдение. Ключовите фигури не се набират селективно и рандомизирано но „целенасочено“, което означава, че се търсят кръг от хора, които са в най-добра позиция относно разбиране на проблемите. Включването на съответните интервюиращи и обобщените здравни данни от първичната и вторична помощ може да обхване професионалното виждане [179]. Този метод предоставя специфичен поглед върху популационните потребности много повече отколкото епидемиологичните данни [180], особено що се касае за по-бедните райони [186], въпреки че притежават характерните ограничения на качествените методи.

Каквито и методи да се използват като подходи, за описването на действителните потребности на популацията, акцентът трябва да падне върху качествените техники на интервюирането и мнението в общността. В подхода в общността, оценителите поддържат и улесняват разбирането и действията много повече отколкото единствено записване на информация. Активното включване на хората в оценката на техните здравни потребности е подходящият подход за оценка в общността

– **кратка епидемиологична оценка**

този метод се основава на традиционното измерване на заболеваемостта и болестността и може да се използва за бърза оценка на потребностите след бедствия и в спешната медицина. В такива случаи бързата оценка на потребностите показва приоритети там където трябва да се насочат средства за удовлетворяване на непосредствените потребности на пострадалите. Много

често се използват модифицирани клъстер методи за провеждане на проучване при оценка на потребностите от храна, вода, санитарни материали, здравни потребности след разрушителни бедствия като това в Хаити, Папуа Нова Гвинея, урагана Катрин Флорида [94,110,120] и др.

Оценката на потребностите е измамливо сложна концепция, при което следва да се вземат под внимание широк кръг от проблеми. Поради това оценяването на тези потребности трябва да бъде колкото може по-всеобхватно; въпреки това за получаване на чувствителни резултати за рутинно приложение в клиничната практика е необходимо подбирането на валидни, кратки и надеждни инструменти или да се приложи някакво стандартно измерване. Съпоставянето на данните от оценка на здравните потребности с други валидни източници на информация като клинични данни, измерване на зависимо от здравето качество на живот или проучване на удовлетвореността е съществено за установяване валидността и съответствието на въпросниците.

ГЛАВА 6:
ГЛОБАЛНИ ПОТРЕБНОСТИ

При планиране на здравните услуги на национално или интернационално ниво се извършва оценка на глобалните потребности. При оценяване на глобалните потребности се търсят измерители, които да обобщят някои от най-честите колекции от статистически данни и да дадат представа за глобалното бреме на болестите. Такъв измерител е DALY- интегрален индикатор, който включва в себе си коефициентите за смъртност. По този начин оценките на различните заболявания най-често се основават на смъртността, която са причинили. Тази констатация има някои основания: умиранията са неизбежни събития и статистическите системи в много страни рутинно събират необходимата информация. В същото време има заболявания и състояния, които не са фатални, но са отговорни за големи загуби на живота в добро здраве, такива като хронични депресии или парализи в резултат на полиомиелит. Тези състояния са обичайни, могат да продължат дълго време и често водят до търсене на здравната система.

Глобалните потребности се представят от глобалното бреме на болестите, което включва болестността и смъртността. Болестността може да се разглежда и спрямо недееспособността, напр. от слепота, а смъртността може да се изрази в смисъла на загубени години живот. Потребността може да се изрази чрез съчетаното измерване каквото е „очаквани години живот в недееспособност“ или DALY (disability-adjusted life years) – представлява мярка, която отчита както загубените години живот поради преждевременна смърт, така и поради инвалидност. Използва се в анализите на СЗО, като най-добър измерител на тежестта на отделните класове и видове заболявания.

Пропорцията на недееспособността и загубените години живот варират от заболяване до заболяване, така например повече недееспособност има при лепра, но повече години загубен живот при туберкулоза. Когато се изчислява DALY навсякъде глобалното бреме на болестите се съставя приблизително от две-трети от годините загубен живот (смъртност) и една-трета от недееспособността (заболеваемостта).

В развитите страни DALY може да се използва за ранкиране на заболяванията по реда на степента на бремето на болестите. Съществуващите рангове могат да

се сравняват с прогнози за бъдещи периоди (Табл. 1). Това демонстрира скалата на демографския и епидемиологичния преход очакван до 2020 г., с най-голямо очаквано бреме на заболявания от депресии и пътни инциденти.

Табл. 1. Как ще се промени бремето на болестите в развиващия се свят [176] (Източник: Murray, WHO, 1996)

Случаи	Ранкиране 2020 г.	1990 г.
Депресии	1	4
Пътни инциденти	2	11
Исхемична болест на сърцето	3	8
Хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ)	4	12
Мозъчно-съдова болест	5	10
Туберкулоза	6	5
Респираторни инфекции на долните дихателни пътища	7	1
Военно-временни травми	8	16
Диарични заболявания	9	2
HIV	10	-

DALY би трябвало да се интерпретира с внимание поради предположенията, които се правят. Например, съчетанието от понижение и повишаване на възрастта означава, че детската смъртност има същото число на DALY като смъртта при младите възрастни. То се основава на непълни, интернационално налични данни, които може да съдържат неточности. Изчисляването на DALY се основава на специфични заболявания или специфични групи. Също така много заболявания имат множествен изход и интервенциите могат да редуцират бремето за повече от едно заболяване. Например, лечението на диабет ще редуцира риска от инсулт, коронарна сърдечна болест и бъбречна недостатъчност.

До момента DALY се калкулира глобално и по региони на СЗО. Правени са опити да се оцени националното бреме на болестите, както е в някои африкански страни; ограничението на данни прави тази задача трудна.

Въпреки тези ограничения DALY е единственият наличен индикатор който съчетава смъртност и болестност в прост индикатор за бреме на болестите [117]. Може да бъде използван за идентифициране на настоящите и бъдещи интернационални здравни потребности и планиране на есенциалните/базови национални здравни услуги.

ГЛАВА 7:

КРИТИКИ НА КОНЦЕПЦИЯТА ЗА ОЦЕНКА НА ЗДРАВНИТЕ ПОТРЕБНОСТИ

Критиките към „оценката на здравните потребности“ са насочени към използването й за основен подход при преразпределение на публичното финансиране на здравните услуги спрямо алтернативния икономически основан подход [181]. Публично финансираните здравни услуги се наричат така, тъй като обществото определя кои здравни услуги трябва да бъдат насочени към нуждаещите се от тях, а не към тези, които ги желаят и имат възможност да платят за тях. Критиците на концепцията смятат, че решенията за преразпределение на ресурсите, основани на оценка на потребностите, имат твърде интуитивно основание. Те приемат, че концепцията, като основа за взимане на решение, е заредена с концептуална и практическа слабост. Такива са например нерешените проблеми с дефинициите относно потребностите. Например, дали потребността е ниво на влияние на заболяването върху нечий живот (независимо от степента до която съществуващите услуги могат да модифицират това влияние)? Или степента до която това влияние може да бъде облекчено чрез лечението? (което е синоним със „способността за полза). Не са изяснени въпроси, касаещи измерването на потребностите. При положение, че оценката на потребностите е предназначена да улесни преразпределение на ресурси между услугите, необходими са някои измерители, които да позволят измерването им (дали ще се дефинира като влияние на болестта или като ефекти от лечението) по генеричен начин с по-широки сфери на приложение. Пример за такива генерични измерители са QALY, DALY.

Освен критиките към дефинициите и измерителите, критиците на концепцията смятат, че отсъстват каквито и да са логически правила и че не е ясно какво биха направили защитниците й с информацията за потребностите при разпределение на ресурсите. Например, биха ли се преразпределили ресурсите оценени спрямо потребностите. Дали оценката на потребностите би могла да се използва за изготвяне на ординално ранкиране (например, заболявания с най-големи потребности би трябвало да изискват повече ресурси сравнение със заболявания със следващи по големина потребности и т.н.). Няма правила по

които да се достигне до точката в която да се каже: „Достатъчни са разходите за най-главните потребности, да вървим към следващите“

Оценката на потребностите игнорира относителните разходи при посрещане на потребностите. Ако разходите не са приети за уместни при изготвяне на приоритетите, това би означавало, че, например, разпределението на ресурсите между две услуги не би се променило дори и ако разходите за едната са двойни и за другата са наполовина по-малки.

В заключение критиците посочват Mooney (1994, p. 39), според когото: „ Оценката на потребностите се основава на неправилна логика – неправилната логика на императива на „мястото на проблема“. Тази погрешна логика трябва да се изостави и изостави отново. Това е така широко разпространено в здравната помощ. Фактите, които разпространява не дават основание да се приеме, че във всички случаи е права“.

Критиците на концепцията за оценката на потребностите смятат, че икономическите подходи за разпределение на ресурсите имат по-ясен фокус върху ефектите, които ресурсите могат да имат върху преодоляването на лошото здраве и недееспособността и ползите получени от този ефект свързани с възможния разход за тези ресурси. Понятието „полза за пари“, което лежи в сърцевината на икономическия подход, често се определя като търсене на максимални здравни резултати от наличните ресурси, но може лесно да се адаптира за включване на ползи предназначени за други цели (като промяна на дистрибуцията на здравни резултати сред общността).

Гладилов Ст., разглеждайки категориите „търсене и предлагане“ и приложението им в условията на българското здравеопазване [29], прави извода, че „търсене“ и „предлагане“ на медицинска помощ, от икономическа и медицинска гледна точка са по-приложими, отколкото определяне на потребностите и осигуреността с медицинска помощ, широко прилагани в плановата икономика.

ГЛАВА 8:

МЯСТОТО НА ОЦЕНКА НА ПОТРЕБНОСТИТЕ В ПЕРИОДА НА РЕФОРМИ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В Р БЪЛГАРИЯ СЛЕД 2000 Г.

Реформата на здравната система означава постоянно развитие, усъвършенстване и адаптиране към здравните потребностите и развитие на обществото. Здравните потребности отразяват динамичните промени в здравето на нациите, към които здравната система трябва да се адаптира така че да не изпада в критични състояния и невъзможност да ги посрещне. Оценката на здравните потребности е систематичен метод за идентифициране на неудовлетворените здравни потребности на популацията и предприемане на действия за посрещането им.

Настоящите тенденции за реформи на здравните системи в развитите страни пораждат значително вълнение, политически и обществен дебат. Въпреки че дискусиите по свързаните с тях етични въпроси са чести, рядко са наситени с философски анализи върху реформите. Като резултат политиците смятат че е лесно да се заобиколят големите концептуални проблеми, които ако се разрешат биха позволили много по-ясно и ефективно планиране. Някои от тези проблеми могат да бъдат поставени под формата на въпроси към бъдещите реформатори:

1. Каква е „здравната система“ и каква е нейната същностна природа?
2. Какъв краен резултат се търси чрез здравните реформи? (Какво се отчита като успех?)
3. Ще отговори ли „системата“ на реформите по начин, който да доведе до желания резултат?

Въпреки разпространеното схващане, че трябва да бъдат реформирани, границата и структурата на „здравните системи“ не е нито ясна, нито сходна една с друга. За някои здравната система може напълно да се обясни като се приравни към болничните услуги и техните сателитни медицински системи; за други здравната система включва не само медицинските усилия, но и дейности като обществено здраве и здравна промоция; докато за някои здравната система включва всички системи предназначени да дадат възможност на хората да живеят здравословен живот. От една страна спектъра на здравните системи е

прост сбор от медицински процеси, от друга страна – откакто социалния свят започва да оказва значително влияние върху здравето - се разглежда като синоним на общата система за сигурност. Повечето от анализите дискутират реформите на здравните услуги, но много често с ограничено виждане и яснота за това къде започва и къде свършват здравните системи. Прякото дефиниране рамката на здравната система позволява отговор на въпроса какви потребности ще бъдат оценявани.

В резюме към отчета на Министъра на здравеопазването „Дейност на Министерство на здравеопазването през периода 2009 – 2012 г.“ е посочено, че *“Приоритетните насоки в дейността на Министерството на здравеопазването през периода 2009-2012 г. са развитие на модела на здравното осигуряване, преструктуриране и оптимизиране на болничния сектор, подобряване на организацията на медицинската помощ при спешни и неотложни състояния, определяне на статут на лечебните заведения, съобразен със здравно-демографските реалности и с потребностите от медицински услуги за съответния регион“*[33]. Това потвърждава, че здравната система в България продължава да бъде ориентирана към потребностите на населението, както е заложено в основополагащите документи на здравното ни законодателство.

Здравните реформи в България започнали през 1990-те [64] целят по-ефикасна здравна система, отзивчива на потребностите на пациентите чрез подобряване качеството на услугите и предоставянето на здравна помощ. След 2000 г. се осъществи радикална здравна реформа насочена към децентрализация на управлението, плурализъм в здравното обслужване и повишаване отговорността на обществото и на отделните хора за собственото им здраве. Реформата засегна структурата и финансирането на системата. Главно средство на реформата бе създаването на системата за задължително (социално и солидарно) здравно осигуряване, като се осъществи разделяне финансирането на здравните услуги от предоставянето им. С приемането на Закона за лечебните заведения (1999) се определи моделът на предоставяне на здравните услуги, а чрез Закона за здравното осигуряване (1998) начинът и рамката на финансиране чрез НЗОК на здравните услуги. Бившите поликлиники в общинските и областни градове предоставящи първична помощ на участъков принцип и специализирана помощ

бяха преобразувани и функцията им се пое от общопрактикуващи лекари и специалисти, в индивидуални или групови практики и диагностично-консултативни центрове, с частна или общинска форма на собственост. Със създаването на Националната здравноосигурителна каса и основен пакет се дефинират здравните услуги, финансирани с публичните средства на задължителното здравно осигуряване.

Изходен фактор за провеждане на здравната политика при възприетия социален модел на здравно осигуряване стават здравните потребности на населението и тяхната оценка, което бе заложено в основополагащите за здравната реформа закони. Това налага необходимостта от прилагане на обективни методи за оценка на здравните потребности на населението.

Със Закона за лечебните заведения е определено планирането на материалните и човешки ресурси в системата след оценка на потребностите и изготвяне на регионални и национална здравна карта. Чрез Закона за здравното осигуряване и подзаконовите нормативни актове е определен основен пакет от услуги, които се предоставят от изпълнителите и се финансират с публичните средства за задължителното здравно осигуряване след оценка на потребностите от здравни услуги на регионално ниво. Разпределението на възложените регулативни стандарти за здравни услуги от ОПЛ се осъществява според потребностите на осигурените лица в техните практики. С Наредба № 40/24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК (ДВ, бр. 112/23.12.2004 г.) се определя основният пакет услуги и нивата на предоставяне в първичната, специализирана извънболнична помощ и болнична медицинска помощ. Наредбата е приета много по-късно от старта на първото договаряне през 2000 г. До 2004 г. когато е приета наредбата и е формулиран основният пакет, услугите, които ще се финансират от публичния осигурителен фонд са били определяни при рамковото договаряне между НЗОК и съсловните организации в Националния рамков договор и неговите приложения.

От 2000 г. до сега, когато стартира радикалната реформа в българската здравеопазна система, българското здравно законодателство, заложило на оценяването на потребностите – от човешки и материални ресурси, от здравни услуги на различни нива - претърпя значително развитие и изменения, които бавно и неясно отделят системата от нейната първоначална свързаност и

приемственост с планирането, основано на потребностите преди 1990-те години на миналия век.

8.1. Национална и областни (регионални) здравни карти – оценка на потребностите на населението от човешки и материални ресурси в здравеопазването

Планирането и териториалното разпределение на лечебните заведения на територията на страната се извършва чрез Националната здравна карта и областните здравни карти, които са инструменти на националната здравна политика. Определящи при планирането са здравните потребности на населението от достъпна и своевременна медицинска помощ, географското и справедливо разпределение на материалните и човешки ресурси в системата, като по този начин държавата изпълнява своите функции да гарантира здравето на населението и в този смисъл здравната система се превръща в елемент от системата за националната сигурност.

„Чл. 29 (1) Лечебните заведения за болнична помощ, центровете за спешна медицинска помощ, центровете за трансфузионна хематология, центровете за психично здраве, центровете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове и домовете за медико-социални грижи, както и лекарите и лекарите по дентална медицина, необходими за извънболничната помощ в Република България, се планират и разпределят на териториален принцип въз основа на потребностите на населението от достъпна и своевременна медицинска помощ.

(2) Планирането и разпределението на лечебните заведения по ал. 1 се извършват чрез Национална здравна карта и областни здравни карти, посредством които се осъществява националната здравна политика.“ [38](Закон за лечебните заведения)

Областни здравни карти

Изработването на областните здравни карти се извършва след публично консултиране в комисии, определени от Министъра на здравеопазването, в което са включени областния управител, представители на РЗИ, представители на РЗОК, представител на РК на БЛС, РК на Българския зъболекарски съюз и регионалната колегия на Българската асоциация на професионалистите по

здравни грижи (БАПЗГ), представител на представителните организации за защита правата на пациентите и по един представител на общините в съответната област, на чиято територия има лечебно заведение за болнична помощ (чл. 29, ал. 3 от Закона за лечебните заведения). Областните здравни карти се създават след оценка на потребностите от спешна, първична и специализирана извънболнична и болнична помощ, а при изработването им, комисията е длъжна да се съобрази с достъпа до медицинско обслужване на населението, живеещо в труднодостъпните и отдалечени райони (чл. 29, ал. 6 и чл. 30, ал. 1)

Областните здравни карти съдържат:

- географските граници на здравните райони;
- вида, броя, дейността и разпределението на лечебните заведения по отделните нива на медицинското обслужване в областта, без тези по чл. 32, ал. 2, т. 2;
- необходимия минимален брой на лекарите и лекарите по дентална медицина в извънболничната помощ по специалности;
- минималния и максималния брой легла за активно лечение (терапевтични, хирургични, педиатрични, акушеро-гинекологични и легла за интензивно лечение) и за долекуване и продължително лечение;
- лечебните заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса задължително сключва ежегодно договори по смисъла на Закона за здравното осигуряване. (чл. 31, ал. 1)

Областните комисии предоставят на министъра на здравеопаването цялата първична информация, използвана при създаването на областните здравни карти, както и предложения за преструктуриране на лечебните заведения за болнична помощ (чл. 29, ал. 7).

Методиката за определяне на областните карти и нормативите в нея се предоставя от Министъра на здравеопазването, оценката на потребностите се извършва от администрацията на РЗИ, след което се внася за публично обсъждане от областната комисия в посочения формат. За изпълнението на методиката първичната информация за броя на лекарите, броя на болничните легла, наличната апаратура се събира от лечебните заведения на територията на областите. До момента изработването на регионалните здравни карти е по-скоро процес по инвентаризация на наличните ресурси от лекари, лечебни заведения по области и техническа обезпеченост, а не процедура с публична и ясна

методика за оценка на потребностите от материални и човешки ресурси, при която да се оценят реалните потребности и съответните ресурси за тяхното посрещане.

Национална здравна карта

Националната здравна карта се изработва от национална комисия, председателствана от министъра и съдържа:

- съдържанието на областните здравни карти след съгласуването и утвърждаването им от министъра на здравеопазването;
-. необходимия брой центрове за спешна медицинска помощ, центрове за трансфузионна хематология, лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ, лечебни заведения за лечение на онкологични заболявания, с изключение на комплексните онкологични центрове, лечебни заведения за лечение на инфекциозни болести, включително особено опасни инфекциозни болести и домове за медико-социални грижи, в които се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца;
- националните здравни приоритети;
-. лечебните заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса задължително сключва ежегодно договори по смисъла на Закона за здравното осигуряване за осигуряване на достъпна медицинска помощ;
- минималния и максималния брой легла за активно лечение (терапевтични, хирургични, педиатрични, акушеро-гинекологични и за интензивно лечение) и за долекуване и продължително лечение;
- списък на лечебните заведения за болнична помощ, които не подлежат на приватизация.(чл. 32, ал. 1 и ал. 2)

Цялостна актуализация на националната здравна карта се прави задължително на всеки три години, а частична – при необходимост (чл. 34, ал. 1 и ал. 2)

8.2. Национални и регионални финансиращи здравноосигурителни органи – оценка потребностите на населението от здравни услуги в условията на здравно осигуряване

Здравните услуги за предпазване от заболяване, извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение по повод заболяване; долекуване и

продължително лечение и медицинска рехабилитация, неотложна медицинска помощ, медицински грижи при бременност, раждане и майчинство; аборти по медицински показания и при бременност от изнасилване; медицински грижи при лечение в дома, предписване и отпускане на лекарства, медицински изделия и диетични храни; медицинска експертиза на работоспособността; транспортни услуги по медицински показания са определени в ЗЗО като **основен пакет**, гарантиран от бюджета на НЗОК, който се определя с наредба на министъра на здравеопазването (чл. 45, ал. 1 и ал. 2) [37].

Предмет на дейността на НЗОК е осъществяване на задължителното здравно осигуряване чрез управление и изразходване на публични средства за здравни услуги предоставени от изпълнители на медицинска помощ и включени в основния пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК (чл. 2 на ЗЗО). Годишното планиране на разходите за здравни услуги се осъществява чрез бюджета на НЗОК, който се приема със закон, а общата администрация в РЗОК изготвя проектобюджетите по места. Средствата на НЗОК се изразходват за заплащане на здравни услуги, договорени с НРД и в договорите с изпълнителите (чл. 24, т.2 на ЗЗО [37]).

За медицинска помощ разходите са по нива на предоставяне на здравните услуги според утвърдения чрез Наредбата на министъра на здравеопазването основен пакет [49].

От въвеждането на задължителното здравно осигуряване през 2000 до 2012 г. задължението по оценка на потребностите се възлагаше основно на регионалните здравноосигурителни каси, заложено в правилника за тяхното устройство и работа. В *Правилник за устройството и дейността на Националната здравноосигурителна каса*, в сила до м. юли, 2012 г. [62] една от основните дейности на РЗОК е да „оценява здравното състояние и анализира на здравните потребности на населението на територията на РЗОК, анализира и прогнозира състоянието на медицинското обслужване на населението на територията на РЗОК, осъществява обратна връзка с осигурените лица и извършва епидемиологични и демографски проучвания“ чл. 42, т.4. Този Правилник е отменен и считано от 13.07.2012 е в сила нов правилник в който дейностите по оценяване и анализиране на здравните потребности са отменени [63]. Единствената аналитична функция за РЗОК в новият Правилник е изработване на годишния проектобюджет и проследяване изпълнението му (чл.

42, т.1). Въпреки, че е било част от дейностите на местните поделения на НЗОК, текстът за оценяване и анализиране на здравните потребностите е бил фигуративен, без реално изпълнение в годините, най-вече поради липса на политическа воля и развитие на този раздел от законодателството с по-нататъшно изработване на методика за оценяване, а най-вече поради липса на яснота какви здравни потребности трябва да анализира. Предполага се, че следва да анализира потребности от здравни услуги, включени в основния пакет на задължителното здравно осигуряване – ниво на потребление на здравни услуги по региони, отпадане на някои услуги и включване за финансиране на други услуги, след оценка на ефективност и разход-ефективност, с което се постига постоянно моделиране на основния пакет от задължителното здравно осигуряване. Но най-вече ясно дефиниране на основния пакет, гарантиран от задължителното осигуряване според наличните ресурси, които винаги са оскъдни и предложения за услуги, които да излязат от основния пакет и да бъдат включени в пакетите от услуги на доброволното здравно осигуряване. Това на практика опорочи развитието на ЗЗО и здравноосигурителния модел в нашата страна.

8.3. Мястото на ОПЛ в разпределението на ресурсите за здравни услуги

В няколко от приетите рамкови договори беше посочено че общопрактикуващите лекари разполагат с регулативен стандарт и направления според потребностите на осигурените лица, като не е ясно следва ли те да оценяват потребностите сред осигурените лица в своите практики или това вече е осъществено от местните РЗОК чрез възложените регулативни стандарти:

- В заключителните разпоредби на НРД`2003 § 1, т. 5 потребностите от здравни услуги са обвързани с „обема“ на медицинската помощ, като количество на медицинските дейности/услуги, позволяващо задоволяване на здравните потребности на ЗЗОЛ в приетата финансова рамка“
- В НРД`2005 е посочено, че ОПЛ разполага с определен брой направления за консултации, изследвания съобразно регулативните стандарти и потребностите на осигурените лица – НРД`2005, чл. 119, ал. 4
- В НРД`2010 текстът е развит, като се посочва, че ОПЛ разполага с медицински направления за консултации и изследвания, съобразно потребностите на осигурените лица – НРД`2010, чл. 128, ал. 6. Същият текст се

повтаря и в НРД`2011 (чл. 128, ал. 8), а договарянето на обеми и цени на здравните услуги е изнесено от рамковото договаряне в друг нормативен документ на Министерски съвет „Постановление № № 304 на МС от 17.12.2010 г. за приемане на методики за остойностяване и заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване“

С НРД 2012 отпадна обвързването в назначаването на направленията за консултациите и изследвания с потребностите на осигурените лица. Вместо това, във въведения нормативен документ *Постановление № 366 на МС от 27.12.2011 г. за приемане на методики за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване* [59] беше потвърдено изискването за развитие на бизнес план на практиките за първична помощ, без да е ясно дали идеята ще претърпи развитие към оценка на потребностите на ниво първична практика, която да бъде включена в годишните планове за подобряване и разпределение на ресурсите, вкл. и възложените регулативни стандарти, които нормират потреблението на здравни услуги от основния пакет на задължителното здравно осигуряване.

В *Правила за реда за определяне на броя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностични дейности за назначаване от изпълнители на първична и специализирана медицинска помощ* [60], които се публикуват всяка година на сайта на НЗОК е посочено, че регулативния стандарт се разпределя според потребностите – на първо място чрез Правилата от НЗОК и РЗОК и на второ място от ОПЛ чрез балансиране между нормативни и изявени потребности в условията на **рестриктивен и небалансиран регулативен стандарт**. Тези Правила се изработват в централата на НЗОК, параметрите включени в тях очертават по-скоро моделът на търсене и предлагане, а не потребности от здравни услуги. Освен това правилата не отчитат местните и регионални особености, както и спецификите на ниво първична практика.

8.4. Развитие на законодателството и акцентите при оценка на здравните потребности

След отпадане на ангажиментите по анализиране и оценка на здравните потребности като функция на местните РЗОК, настоящето здравно

законодателство прехвърля задълженията по осъществяването им към Министерството на здравеопазването. В новият *Устройствен правилник на Министерство на здравеопазването* (ДВ, бр. 88 от 6.11.2009 г.) [77] е посочено, че една от дирекциите към Министерството „анализира здравните потребности на населението и разработва критерии и система за оценка на резултатите от медицинската дейност на лечебните заведения“ (чл. 29, т.9). Освен това, в същата дирекция се „събира и анализира информация за състоянието и тенденциите за развитие на здравната система и потребностите от човешки ресурси в областта на здравеопазването в Република България и за здравните системи в други държави (чл. 29, т. 32).

В Устройственият правилник на изпълнителната агенция „Медицински одит“ (ДВ, бр. 28 от 2010 г.) [76] е посочено, че една от Дирекциите участва в „събирането и анализирането на информация за състоянието и тенденциите за развитие на здравноосигурителната система, здравното състояние на населението, потребностите от кадрови ресурси в областта на здравеопазването и други въпроси, свързани с него“ (чл. 12, т. 17)

В създадения Национален център по обществено здраве и анализи и устройственият му правилник (ДВ, бр. 61 от 09.08.2011 г.) една от функциите, които изпълнява е да „събира и анализира данни за здравното състояние на населението с акцент върху лица с рисково поведение и риск от социална изолация“ (чл. 20, ал. 1, т. 6), да „участва в разработването на годишния доклад на министъра на здравеопазването за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия“(чл. 21, т. 9), но не е ясна връзката с процеса на оценяване на здравни потребности [78].

8.5. Вътрешна противоречивост на здравното законодателство свързано с оценката на потребностите и планирането на ресурсите

- планиране на услуги, за които липсва търсене – Пример: клинични пътеки, при които е заложена цена, но има 0-лев обем (потребност) (КП № 195 *Консервативно лечение с простагландинови/простациклинови деривати при съдова недостатъчност* в НРД 2012)

- планиране на здравни услуги, за които има потребност, но няма финансиране – Пример: хронични състояния и продължително лечение и наблюдение, които в

момента се лекуват в болници за активно лечение на легла за остри състояния, Хосписи

- планиране на потребност от човешки ресурси при недостиг на такива по региони – напр. в Ямболски регион – недостиг на онколози, алерголози, патоанатоми, съдебен медик, оценени в регионалната здравна карта като необходими за местното население.
- планиране на човешки ресурси, но без реално стимулиране дейността им в рамковите договори – пример: оценена потребност от специалисти по вътрешни болести, без спецалността да получава развитие в рамковото договаряне. Все още се отдава предимство на тесните специалности в рамките на вътрешните болести
- възможност за разкриване на звена и предлагане на здравни услуги, без да е предвидено финансиране и договаряне на дейността. Такъв е примерът с акушерските грижи, оказвани самостоятелно от акушерки, без надзора на лекар специалист. В ЗЛЗ е допуснато амбулаторно в медицинските центрове, в диагностично-консултативните центрове да бъдат разкривани звена, в които акушерки самостоятелно да оказват акушерски грижи (чл. 17а на ЗЛЗ). В същото време в основния пакет здравни услуги, които се финансират от НЗОК не е включен пакет от акушерски грижи, в ЗЗО не е предвидено договаряне за дейности при които специалистите по здравни грижи да бъдат самостоятелни изпълнители и да участват в договарянето по НРД.

.

ГЛАВА 9:

Ц Е Л, З А Д А Ч И, М А Т Е Р И А Л И И М Е Т О Д И НА ПРОУЧВАНЕТО

9. 1. ПОСТАНОВКА НА ПРОУЧВАНЕТО

9.1.1. Цел и задачи

Целта на настоящето проучване е оценка потребностите от здравни услуги на пациенти, посетили лекарски практики за първична медицинска помощ и оценяване съответствието им с възложения от НЗОК регулативен стандарт.

За постигане на посочените цели бяха формулирани **следните задачи:**

- да се проучи актуалното здравно законодателство върху потребностите, тяхната оценка и приложението в първичната медицинска практика
- да се проучи мнението на пациентите в областен център и в населените места на първичните практики, различно отдалечени от областния център, за потребностите от здравни услуги
- да се анализират данните на първичните практики за разпределените ресурси (регулативен стандарт) и съответствието им спрямо потребностите
- да се изгради модел за оценка на потребностите, който да се превърне в инструмент за планиране и управление на общата практика, използването на наличните ресурси (регулативния стандарт) спрямо потребностите на обслужваното население.

9.1.2. Материали и методи

Обект на проучването са потребности от здравни услуги в практики за първична медицинска помощ

Приложени са следните изследователски методи*:*

- исторически метод – преглед на развитието на концепцията за оценка на здравните потребности и актуалността й в съвременните и българската здравеопазни системи

- епидемиологичен метод - анализ на данни от различни източници за проучваните практики
- социологически метод - пряка индивидуална анкета при пациентите
- статистически метод – дескриптивна статистика, непараметрични методи
- документален метод – анализиране на законови и подзаконови нормативни актове

Търсени резултати: описание и сравнение на здравните потребности, установени при различните методи

Тип на проучването:

- срезово проучване – с индивидуални данни. Приложена е типологична извадка, набрани са 647 респонденти, пациенти на три лекарски практики в област Ямбол.
- документален анализ – медико-статистически (популационни) данни за проучваните практики

Времеви обхват на проучването:

- юни - август 2012 г. за срезовото проучване;
- 2009 - 2011 г. и първото полугодие на 2012 г. за документалния анализ

Териториален обхват на проучването: Република България

Методика на регистрация:

За срезовото проучване – пряка индивидуална анонимна анкета с анкетна карта на хартиен носител;

За документалния анализ – вторични данни, набрани чрез анализ на документи.

Методи за статистически анализ на първичните данни от анкетирането на пациентите

Обработката на получените при анкетирането данни е извършена чрез следните статистически методи на анализ: дескриптивна статистика, непараметрични методи (метод на Колмогоров-Смирнов за оценка на формата на разпределението).

За проверка на хипотези се използва критерият Хи-квадрат (‘Chi-square”) за оценка на връзка между две променливи. За ниво на значимост се приема p < 0,05 или 95% гаранционна вероятност.

При обработка на резултатите е използван пакета от приложни програми SPSS 13.

Място на проучването

Проучването се проведе сред пациенти от три практики за първична медицинска помощ:

Практика I – пациенти, посетили първични и специализирани практики на територията на бивша областна поликлиника в областен център.

Практика II – пациенти посетили практика, отдалечена на 20 км. от областен център и в населено място с разкрит филиал на Спешна медицинска помощ.

Практика III – разположена на 15 км. от общински център и на 35 км. от областен център, в пограничен район.

Извадка

За участие е приканван всеки пациент, посетил практиката, като анкетна карта е давана само на онези от тях, изразили готовност да участват. Типът на извадката е сред отзовалите се.

Избраната методика на проучване е приложението на подходът за оценка на потребностите от здравни услуги в първичната медицинска помощ, който включва комбиниране на количествени и качествени техники на оценка и оценка в общността. Това е неразработен за нашите условия подход и включва четири основни стъпки:

стъпка 1: събиране на данни за проучваните първични практики от регионалния финансиращ орган РЗОК, РЗИ, НСИ.

стъпка 2: събиране на рутинна за избраните за проучване практики информация чрез регистрите, които се водят в практиките и възможностите на приложния им софтуер.

стъпка 3: включване на общността – пряка индивидуална анкета с пациенти. Провеждане на проучване в популацията на практиките с въпросници за самопопълване (анкетна карта).

стъпка 4: събиране и обобщаване на информацията от различните източници. Идентифицират се неудовлетворени потребности от здравни услуги. При идентифициране на потребности извън домейна на здравната помощ, резултатите от проучването се предоставят и на други заинтересовани институции. Ако не се идентифицират неудовлетворени потребности резултатите се използват за изграждане модел на предоставяне на услуги в проучваната практика за целите на управлението и планирането

Съчетаването на различни количествени и качествени методи позволява оценяването на различни здравни потребности, проучването на предоставяне на здравните услуги в общността, първичната или вторичната помощ. Най-информативно е комбинирането на отделните методи.

За класифициране на здравните потребности в това проучване е приложена таксономията на Брадшоу за потребностите, която въпреки, че е предложена през 70-те години на миналия век, се прилага широко и днес в редица проучвания и е определена като най-подходяща за изследователски цели [104]. Използвайки тази класификация, най-добре може да се даде отговор на въпроса „какви потребности се оценяват – нормативни, неизявени, изявени, сравнителни или експертни“ и да се подпомогне изходната позиция на изследователя – който може да бъде здравна администрация, пациентски заинтересовани групи, политици, здравни професионалисти – лекари и медицински сестри.

Прилагайки таксономията на Брадшоу към здравните услуги, включени в основния пакет на задължителното здравно осигуряване в Р България и за целите на настоящото проучване се обособяват следните потребности от здравни услуги:

- ***нормативни*** – потребности от профилактични дейности, дейности по диспансеризация, дейности по медицинска експертиза на деца и трудово-лекарска експертиза при лица над 18 години, подробно представени в *Наредба № 40 от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК* [49]. Профилактичните дейности при деца, възрастни и „Майчино здравеопазване“ са задължителни за изпълнение на ОПЛ, което е определено в Националния рамков договор. От страна на задължително здравно осигурените, неявяването на годишен профилактичен преглед се санкционира по ЗЗО, но до момента не е ясен реда за прилагането на тази

санкция – кой санкционира и последствията от това. Дейностите по диспансеризация са нормативно определени в същата наредба, в която е посочено за кои заболявания се провежда диспансеризация, както и услугите, които задължително се извършват на осигурените лица, когато бъдат определени в съответната болестна група и изявят съгласие за участие в диспансерните програми. С НРД и приложенията към него се посочват кои болестни групи се заплащат от задължителното осигуряване и така влизат в основният пакет, който се заплаща от НЗОК, както и нивата на предоставяне на дейностите и услугите по диспансеризация – от ОПЛ или амбулаторни специалисти. Болестните групи, подлежащи на диспансеризация, които не влизат в основния пакет, получават здравни дейности и услуги, които се заплащат от общинските или Републиканския бюджет чрез МЗ, напр. диспансерно проследяване на туберкулозата. За удовлетворяване на нормативните потребности ОПЛ назначават определени здравни услуги, подробно посочени в Приложенията към НРД в обем и размер определен чрез възложените им регулативни стандарти. В момента проблем на системата за здравно осигуряване е по-малкият размер на РС за профилактични дейности, диспансеризация и експертиза от реалните потребности – броя на лицата, подлежащи на профилактика или включване в диспансерни програми. Нормативните здравни потребности влизат в разпределението на възложените от РЗОК регулативни стандарти като стандарт, назначаван за профилактика и диспансеризация. Дейностите по експертизата не са отделени в отделна група и се назначават от ОПЛ като дейности при остри състояния. Те са определени административно чрез Наредба № 39 на МЗ [48] и са включени в основния пакет здравни дейности на Наредба № 40 на МЗ, който е гарантиран за заплащане от НЗОК. Изпълнителите на медицинска помощ не могат пряко да влияят върху нормативните здравни потребности. Пряко влияние върху нормативните потребности може да има в процеса на договаряне в НРД и приложенията към него, където се определя броя на дейностите и разпределението им според нивата на предоставяне – между първична и специализирана извънболнична медицинска помощ. Активно отношение върху основния пакет в частта първична медицинска помощ и профилактика на възрастни над 18 години има НСОПЛ в рамките на БЛС в дебата за гарантираните здравни дейности, включени в профилактичния преглед на тази група лица, прераснал в

политическа дискусия относно мястото на цитонамазките в рамките на профилактичния преглед.

.- изявени потребности от здравни услуги – потребности от здравни услуги, включени в основния пакет, различни от нормативните – здравни проблеми при остри състояния, хронични състояния, които не подлежат на диспансеризация, но са обострени или са причина лицата да ги възприемат като състояния, за които е необходимо обръщане към здравната служба, а често са и експертно определени потребности. Изявените здравни потребности влизат в разпределението на възложените от РЗОК регулативни стандарти като брой дейности/услуги за изследвания или консултации със специалист за остри състояния или хронични заболявания, неподлежащи на диспансерно наблюдение.

- ***неизявени потребности от здравни услуги –*** информация за тях се получава чрез анкетиране на осигурените лица от пациентската листа на лекарските практики, което може да хвърли светлина върху неудовлетворени потребности от здравни услуги и евентуалните причини лицата да не се обръщат към здравната служба – финансови проблеми, ниска здравна култура, лошо администриране на лекарската практика като несъобразен работен график, недобра инфраструктура в населеното място или лекарската практика, които затруднява достъпа, липса на доверие, преценка за недобра подготовка и умения на медицинския персонал и пр.

9.1.3. Инструментариум на проучването

Анкетиране на пациентите

Изготвеният въпросник включва социално-здравни проблеми приложими към здравните потребности в следните области: **здравни проблеми** – остри заболявания и опит при остра симптоматика; хронични заболявания и някои състояния като хипертония, болки в гърба; **използване на медицинска помощ** – използване на здравни услуги амбулаторно, в болница или Спешен център през последните 12 месеца; специфични проблеми, които оказват влияние върху здравето и ползването на здравни услуги; осъзнати потребности за настоящи или потенциални услуги, настоящ **здравен статус**, **социално-демографски характеристики**. Голяма част от въпросите са създадени специално за целите на настоящата разработка и отговарят на спецификата на нивата на

предоставяне на здравните услуги в нашата страна. Въпросите свързани със здравния статус са адаптирани и подпомагат разбирането за здравните потребности **(вж. Приложение 1).**

Въпросникът съдържа 30, от които 23 от затворен тип, 4 полуотворени и 2 отворени въпроса. Формулираните въпроси са затворени, полуотворени и отворени.

За насоки при изготвяне на въпросника са използвани препоръки, дадени в практически ръководства за оценка на потребностите [227]. За модел на въпросник при проучване на потребностите са използвани въпросникът за проучване на пациентите в английската национална здравна служба (The GP patient survey) и генеричен въпросник при хронични заболявания на станфордския център за проучвания (Stanford Patient Education Research Center). При наличие на права за ползване като част от въпросника за проучване на здравния статус може да се включи генеричната кратка форма Short Form - SF 36, която се прилага при международни проучвания за оценка на здравния статус. Кратката форма на въпросника за проучване на здравния статус (съкратена форма на комплект от 149 въпроса, свързани със здравния статус) се прилага за оценяване на здравните резултати сред широка група от пациенти. Разработена и тествана на популационно ниво от 22 000 пациента като част от медицинско проучване за резултатите от лечението и предназначена да подпомогне разбирането как специфични компоненти на американската здравна система влияят върху резултатите от оказаната здравна помощ. Редица проучвания в Обединеното кралство [141,227] стигат до извода за приложимост на SF-36 въпросника като потенциален измерител на здравните резултати при пациентите в рамките на Националната здравна служба (NHS) - при постигане целите за по-висока ефективност и качеството на здравната помощ в националната здравна служба и нуждата от информация на системно ниво, която да позволи на възложители и изпълнители да оценят по възможно най-добрия начин връзката между медицинските интервенции и здравните резултати. Проучването се провежда веднъж годишно, а от 2011 г. два пъти годишно.

В началния етап на собственото проучване беше проведено интервю и пилотно проучване върху малка група от пациенти за прецизиране и достигане до окончателния вариант на анкетната карта. Бяха направени корекции във формулирането на някои въпроси, някои въпроси бяха премахнати, а при други бе разширен кръга от възможните отговори след проведеното интервю.

В проучването за участие е приканван всеки пациент на и над 18 годишна възраст, посетил практиката, като анкетна карта е давана само на онези от тях, изразили готовност да участват. Типът на извадката е сред отзовалите се. За периода на проучването са раздадени общо 1000 анкетни карти, от които са върнати попълнени 647 (честота на отговорилите 64,7%)

Провеждането на анкетирането е извършено от докторанта със съдействието на лекари и персонал към първичните и специализирани практики. За раздаването на анкетни карти на здравноосигурените лица беше включен персонала (лекари, медицински сестри, фелдшери, санитари) от съответните здравни заведения, като осигуряването на анонимност на отговорите се осъществи чрез специални кутии, в които участниците могат да поставят попълнените от тях анкети, без да се притесняват, че някой може да разбере как точно са отговаряли.

Събиране на данните за първичните практики

При събирането на медико-статистически данни за двете първични практики от Ямболския регион – *Практика II* и *Практика III* - беше подадена молба чрез администрациите на РЗОК и РЗИ, като се спази Законът за достъп до обществена информация. В РЗОК бяха използвани възможностите на информационната система, данни от отчети и заявки. РЗИ предостави официално заверени отчетни форми с годишните данни на практики за регистрираните заболявания за тригодишен период. За сравнение на анализираните данни бяха използвани годишните доклади на РЗИ за здравно-демографското състояние на населението в Ямболска област, както и справочната система на НСИ от преброяването на населението през 2011 г. на национално и регионално ниво и здраво-демографските анализи на национално и регионално ниво за 2011 г. Бяха анализирани възможностите на софтуерните продукти, използвани в първичните практики за изготвяне на медико-статистически профил на обслужваната популация при наличната база-данни.

9.2. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ СОБСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ

9.2.1. АНАЛИЗ НА ДЕЙСТВАЩОТО ЗДРАВНО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО, МЯСТОТО НА ПРАКТИКИТЕ ЗА ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, ВЪЗЛАГАНЕ НА УПРАВЛЕНИЕ НА ФИКСИРАНИ БЮДЖЕТИ – РЕГУЛАТИВНИ СТАНДАРТИ ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ ОТ ОСНОВНИЯ ПАКЕТ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

За да се балансира напрежението между недостатъчния стандарт за нормативни потребности (профилактика и диспансеризация) и изявени потребности (остри и други състояния различни от нормативно определените) в условията на постоянно ограничени ресурси (недостатъчен регулативен стандарт за удовлетворяване на всички потребности) в НРД е допуснато прехвърляне на регулативен стандарт от дейности, определени за профилактика и диспансеризация към дейности за остри състояния и обратно, според моментното търсене или ако ОПЛ е заложил предварително годишно изпълнение на възложения му регулативен стандарт [60]. Това поставя ОПЛ в ролята на разпределител на бюджетите за здравни услуги в задължителното осигуряване, а необходимостта от изготвянето на годишни планове, в които да се прогнозира изпълнението на годишните бюджети от регулативния стандарт става още по-наложително. Първите стъпки към вменяване на задължение за изготвяне на годишни планове са положени в „Постановление № 304 на МС от 17.12.2010 г. за приемане на методики за остойностяване и заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване“, през 2011 г. [58] По същество представлява бизнес план на амбулаторната лекарска практика, но към момента не е включен раздел за планиране на годишния регулативен стандарт по месеци или тримесечия след оценка на здравните потребности сред записаните осигурени лица.

До 2011 г. в случай на доказана медицинска необходимост ОПЛ може да отправи писмено искане към РЗОК, с което да се определи допълнителен брой/стойност на дейностите в регулация. Тази възможност е допусната в *Правила за реда за определяне наброя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностични дейности за назначаване от изпълнители на първична и специализирана медицинска помощ* [60]. Не е ясно

тази необходимост с какви потребности е свързана и по какъв начин ОПЛ може да докаже медицинската необходимост от допълнително назначаване на дейности за консултации и изследвания при нормативни или изявени потребности от здравни услуги. Не е ясно при спазване на какви принципи става отпускането на допълнително дейности при множество заявени потребности от повече ОПЛ на територията на една РЗОК.

В действащите през 2012 г. Правила „Директорът на РЗОК може да разпределя и преразпределя допълнителен брой на СМД и стойност на МДД на изпълнителите на ПИМП и СИМП, заявили необходимост с мотивирано искане преди изтичането на съответното тримесечие“ (чл. 9, ал. 1) [60]. Отново не става ясно как става разпределянето на допълнителен брой дейности при заявени конкуриращи се потребности от здравни услуги, включени в основния пакет.

9.2.2. АНАЛИЗ НА МЕДИКО-СТАТИТСТИЧЕСКИТЕ ДАННИ ЗА ОБСЛУЖВАНИТЕ ОТ ЛЕКАРСКИТЕ ПРАКТИКИ ПОПУЛАЦИИ

За *Практика II* и *Практика III* с писмена молба бяха изискани медико-статистически данни от РЗОК – гр. Ямбол и РЗИ - гр. Ямбол, като е спазен Законът за достъп до обществена информация. Анализирани са медико-статистически данни за периода 2009 - 2011 г. и първото полугодие на 2012 г.

Практика I условно е съставена от включени пациенти, посетили първични и специализирани практики на територията на ДКЦ – 1 – ЕООД (бивша областна поликлиника) за проучвания период, поради което е анализирана информацията от социологическото проучване, без възможност да се съпостави с медико-статистическите данни за конкретна представителна практика.

ПРАКТИКА II

В *Практика II* средногодишния брой записани лица през 2011 г. са били 2517, от които 264 (10,4 %) лица до 18 г. и 1893 лица са били над 18 г. възраст (Таблица 2)

Таблица 2 *Справка за средногодишен брой записани пациенти в практиката II -* ***2157 лица***

1	ЗЗОЛ на възраст от 0 до 18 години в т.ч.:	264
2	ЗЗОЛ на възраст от 18 до 65 години	1159
3	ЗЗОЛ на възраст над 65 години	734
	Общо по I (1+2+3)	2157

Източник: РЗОК – гр. Ямбол

През 2011 г регистрираните посещения в *Практика II* са били 10381 (вж. Таблица 3). От тях към специалист са били насочени 2103 лица, с процент на препращане – 20 %

Таблица 3 Справка за регистрираните посещения в амбулаторията, вкл. и домашни прегледи

	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Регистрирани посещения	10387	10297	10381
Профилактични прегледи при лица над 18 г.	1410	2462	1559
Профилактични прегледи при деца до 18 г.	761	388	263
Диспансерни прегледи			2108

Източник: РЗИ – гр. Ямбол

Средногодишният брой диспансеризирани през 2011 г. е бил 564 осигурени лица (30% от лицата над 18 години), при които са осъществени 2108 прегледи по диспансерни програми, средномесечно 157 диспансерни прегледа и средно по 4 диспансерни прегледа на осигурено лице за година. 20% от регистрираните посещения са били по диспансерни програми, 15% профилактични прегледи при лица над 18 г. и 3% профилактични прегледи при деца до 18 г. Нормативните потребности при диспансеризация и профилактика съставляват 38% от всички посещения през 2011 г. По-голяма част от посещенията (62%) са при остри състояния, събития, които са наложили обръщане към здравната

служба, при които се изявяват изразените или експертно определени потребности.

При анализ на отпуснатия от РЗОК регулативен стандарт за консултации и изследвания, след като са приложени *Правилата* за определянето им [61] се вижда, че за консултации е отпускан по-голям процент направления за остри състояния. За изследвания са отпускани по-голям процент направления за диспансеризирани лица и профилактични програми (вж. Таблица 4)

В същото време, при анализ на спецификациите на *Практика II*, отчетени в РЗОК, се вижда, че са назначени много по-голям процент спрямо определените от РЗОК консултации със специалисти по повод остро или обострено състояние, с изключение на летния период (III-то тримесечие), когато са назначени по-малко от отпуснатите направления. Назначените консултации при диспансеризирани лица са по-малко спрямо определените от РЗОК по Правилата. Много по-голям процент са изследванията при профилактика и диспансеризация спрямо определените от РЗОК, в съответствие с утвърдената методика. (вж. Таблица 4).

Подобна е констатацията за първото полугодие на 2012 г. при проследяване на отпуснатия от РЗОК регулативен стандарт и назначения в практиката (вж. Таблица 5)

*Таблица 4 Справка за отпуснатия от НЗОК регулативен стандарт за дейности и изследвания през 2011 г. в **Практика II** по Протоколи за назначаване на СМД и МДД от изпълнител на ПИМП и назначените дейности и изследвания от изпълнителя през 2011 г. по спецификации*

		Отпуснати I-во тримесечие на 2011	Назначени	II-ро тримесечие на 2011 г.	Назначения	III-то тримесечие на 2011 г.	Назначения	IV-то тримесечие на 2011 г.	Назначения
1	**Направления (в брой) бланка МЗ–НЗОК № 3 за:**	**458**	**457**	**487**	**537**	**477**	**505**	**507**	**604**
а	Брой Бл.МЗ-НЗОК №3 (за тип 1 и 2)	236 (51%)	333 (73%)	241 (49%)	309 (58%)	327 (68%)	313 (62%)	266 (52%)	350 (58%)
б	Брой бл.МЗ-НЗОК №3 (за тип 4)	222 (49%)	142 (31%)	226 (46%)	228 (42%)	150 (32%)	192 (38%)	241 (48%)	253 (42%)
2	**Стойност (в лв.) на издадени направления бланка МЗ–НЗОК № 4 за :**	**2266**	**1365,01**	**2620**	**1533,87**	**2701**	**1867,89**	**2760**	**2160,67**
а	Стойност на бл.МЗ-НЗОК №4 (за тип 1,2,6 и 8)	694 (31%)	718,30 (53%)	1017 (39%)	469,24 (31%)	1655 (61%)	541,93 (29%)	1089 (40%)	706,62 (33%)
б	Стойност на бл.МЗ-НЗОК №4 (за тип 4)	1572 (69%)	646,71 (47%)	1603 (61%)	1064,63 (69%)	1046 (39%)	1325,96 (71%)	1671 (61%)	1454,05 (67%)

Източник: РЗОК – гр. Ямбол

Таблица 5 Справка за отпуснатия от НЗОК регулативен стандарт за дейности и изследвания през първото полугодие на 2012 г. в ***Практика II*** *по Протоколи за назначаване на СМД и МДД от изпълнител на ПИМП и назначените дейности и изследвания от изпълнителя през 2011 г. по спецификации*

		I-во тримесечие на 2012	Назначени	II-ро тримесечие на 2012 г.	Назначени
1	**Отпуснати направления бланка МЗ–НЗОК № 3 за**	**451**	**488**	**460**	**525**
а	Брой Бл.МЗ-НЗОК №3 (за тип 1 и 2)	238 (49%)	357(73%)	243 (53%)	326 (62%)
б	Брой бл.МЗ-НЗОК №3 (за тип 4)	213 (44 %)	131 (27%)	217 (47%)	199 (38%)
2	**Стойност на издадени направления бланка МЗ–НЗОК № 4 за :**	2524	**2342,37**	**2671**	**1548,85**
а	Стойност на бл.МЗ-НЗОК №4 (за тип 1,2,6 и 8)	693 (27%)	820,72 (35%)	819 (31%)	565,38 (36%)
б	Стойност на бл.МЗ-НЗОК №4 (за тип 4)	1831 (73%)	1521,65 (65%)	1852 (69%)	983,47 (64%)

Източник: РЗОК – гр. Ямбол

Най-голям процент от диспансеризираните лица през 2011 г. са били с хипертонична болест (59%), стенокардия (14%), мозъчен инсулт (12%). Данните за броя диспансеризирани, които се подават към РЗИ се различават от тези, отчитани в РЗОК, но разликите не са съществени (вж. Таблица 6). По-достоверни са данните, включени в отчетите и спецификациите към РЗОК, тъй като са свързани със заплащане на всяко посещение и всяка дейност. Към РЗИ данните се включват в официалната статистика за заболяванията.

Таблица 6 Справка за диспансеризация на ЗЗОЛ по заболявания (МКБ – 10) за 2011 г. – към 31.12.2011 г.

Заболявания по МКБ - 10	Брой ЗЗОЛ (по данни на РЗОК)	Брой ЗЗОЛ (по данни на РЗИ) Формуляр „3“ - 365
I 11 - хипертонична болест	520 (59%)	517 (61%)
I 20 - стенокардия	124 (14%)	119 (14%)
I 69 - състояние след мозъчен инсулт	113 (12%)	109 (12%)
E 11 - захарен диабет II тип	94 (10%)	98 (11%)
I 80 - периферни съдови заболявания	14 (1,6%)	-
E 03 - хипотиреоидизъм	10 (1,1%)	-
общо	875	843

Източник: РЗОК – гр. Ямбол; РЗИ – гр. Ямбол

61% от диспансеризираните са били диспансеризирани за едно заболяване, 34% за две заболявания и 8 % за три и повече заболявания (вж. Таблица 7)

Таблица 7 Справка за броя на заболявания при диспансеризирани лица през 2011 г.

Диспансеризирани	Брой ЗЗОЛ
Диспансеризирани за едно заболяване	344
Диспансеризирани за две заболявания	191
Диспансеризирани за три и повече заболявания	47

Източник: РЗОК – гр. Ямбол

В РЗОК не бе възможно да се предостави информация за назначените лекарства в практиката и по видове диагнози по МКБ – 10, тъй като обработката на информацията за отпуснатите лекарства по лекари се извършва на централно ниво в НЗОК чрез интегрираната информационна система SIVECO. Информацията за отпуснатите лекарства по видове диагнози е сурогатен измерител на болестността в практиките и позволява съпоставяне с останалите показатели за заболеваемост, болестност, а ако те липсват остава единствен ценен измерител. Софтуерът в проучваните практики не дава възможност за такъв вид справки.

През 2012 г. и след промяната на НРД, позволяващ при някои заболявания пациентът да избере при кого да бъде диспансеризиран – ОПЛ или специалист – повече пациенти са избрали да бъдат диспансеризирани при ОПЛ, но процентното съотношение по видове заболявания остава същото – най-голям е делът на диспансеризираните с хипертонична болест – 59%, стенокардия - 13%, състояние след мозъчен инсулт – 12% и пр.. Прави впечатление че през 2012 г. не е съществена разликата в броя на лицата, които са предпочели да бъдат наблюдавани от ОПЛ след извършената промяна в правото на избор от пациента от кого да бъде наблюдаван – ОПЛ или специалиста (Таблица 8).

Таблица 8 Диспансеризирани през 2011 г. и първото полугодие на 2012 г- **611 ЗЗОЛ**

Заболявания по МКБ - 10	Брой ЗЗОЛ 2011	Брой ЗЗОЛ 2012
I 11 - хипертонична болест	520 (59%)	557 (59%)
I 20 - стенокардия	124 (14%)	128 (13%)
I 69 - състояние след мозъчен инсулт	113 (12%)	117 (12%)
E 11 - захарен диабет II тип	94 (10%)	101 (11%)
I 50 – сърдечна недостатъчност	-	18 (1,9%)
I 80 - периферни съдови заболявания	14 (1,6%)	14 (1,4%)
E 03 - хипотиреоидизъм	10 (1,1%)	11 (1,1%)
общо	875	950

Източник: РЗОК – гр. Ямбол

При проследяване на регистрираните в амбулаторията заболявания по обръщаемост за тригодишен период се вижда, че през 2011 г. най-голям е делът на болестите на органите на кръвообръщението – 32%, болестите на дихателната система – 10%, болести на ендокринната система – 8,3%, болести на костно-мускулната система и съединителната тъкан – 8,3%. От 2009 г. до 2011 г. намалява броят на регистрираните събития, което може да се обясни с тенденцията в първичните амбулаторни практики да се регистрират най-вече дейности, за които НЗОК заплаща – посещения, при които се издават направления, болнични листове или се изписват лекарства към НЗОК, както и с необходимостта посещенията да бъдат съобразени с официално обявените в РЗОК месечни графици (вж. Таблица 9).

Таблица 9 *Регистрирани заболявания в амбулаторията по вид на заболяването при лица над 18 години, Приложение № 8 към формуляр № 365*

Наименование на болестите по МКБ 10	**2009**	**2010**	**2011**
Всичко регистрирани заболявания	**2873**	**2522**	**2519**
Болести на органите на кръвообръщението	848	815	805
Болести на пикочо-половата система	203	188	207
Болести на дихателната система	342	247	249
Болести на ендокринната система	207	193	210
Болести на костно-мускулната система и съединителната тъкан	282	229	210
Болести на окото и придатъците му	117	104	110
Травми, отравяния и други външни причини	129	123	125
Болести на ухото	42	34	28
Болести на храносмилателната система	136	127	113
Болести на кожата и подкожната тъкан	93	83	63
Психични и поведенчески разстройства	82	67	55
Новообразувания	60	59	64
Болести на нервната система	234	168	156
Обърнали се към здравната служба по други поводи	1539	1461	1465

Източник: РЗИ – гр. Ямбол

ОБОБЩЕНИЕ Практика II:

1. През 2011 г. нормативните потребности при диспансеризация и профилактика съставляват 38% от всички посещения. По-голяма част от посещенията (62%) са при остри състояния, хронични изострени състояния неподлежащи на диспансерно наблюдение, събития свързани със здравето, които потикват лицата да се обърнат към здравната служба

2. Не се наблюдават съществени различия в процентът на лицата с хронични заболявания, както и по отделни групи заболявания в периода 2009 - 2011 г., което позволява на ОПЛ да прогнозира и планира годишното изпълнение на дейности по диспансеризация, включени в основния пакет;

3. Регистрираната болестност през 2011 г. в практиката показва най-висок процент боледуващи от сърдечно съдови-заболявания – 32%, последвани от болести на дихателната система – 10%, ендокринни болести и болести на опорно-двигателния тракт - 8,3%, болести на пикочо-половата система – 8,2% и др. Моделът на болестността не следва този за Ямболска област, при която след сърдечно-съдовите заболявания в структурата на болестността се нареждат болестите на пикочо-половата система.

4. Повъзрастовото разпределение на записаните пациенти в практиката позволява прогнозиране и планиране на дейностите по профилактика на деца до 18 г. възраст, както и профилактичните прегледи на лица над 18 г. възраст.

5. Наблюдава се преразпределяне на регулативния стандарт от ОПЛ сравнено с определения от РЗОК съгласно утвърдените *Правила* [61]. При назначаване на консултации, ОПЛ преразпределя стандарта към острите състояния (изявени потребности). При назначаване на изследвания, ОПЛ преразпределя стандарта към изследвания по профилактични програми и диспансеризация (нормативни потребности). Едно от възможните обяснения е стремеж към пълно изпълнение на профилактични програми и диспансеризацията, като се назначават всички договорени изследвания и така се избягва контролът и санкцията от страна на НЗОК. В същото време пациентите по-често се насочват за консултации при остри състояния без необходимите първоначални изследвания, за които се предполага, че ще бъдат назначени от специалиста. Това е пример за административна деформация чрез регулативния стандарт на функционални взаимоотношения между отделните нива от системата

6. Използваният в практиката приложен софтуер „Хипократ“ не дава възможност за изготвяне на справки, които да генерират обобщена медико-статистическа информация и да представят профила на практиката – брой записани пациенти и по възраст, обобщен брой прегледи за профилактика и диспансеризация, обобщен брой посещения по видове диагнози, предписвани лекарства по видове диагнози (което би стимулирало ОПЛ да регистрира и посещения за изписване на лекарства, които не се заплащат от НЗОК) и пр. Приложният софтуер е изграден изключително за регистриране на посещенията според изискванията на НЗОК, регистриране на дейностите и услугите и контроли, които следят изпълнението на договорите и предпазват от евентуални санкции от финансиращия орган.

ПРАКТИКА III

В Практика III средногодишния брой записани лица през 2011 г. са били 1980, от които 318 (16%) лица до 18 г. и 1662 лица са били над 18 г. възраст (вж. Таблица 10)

Таблица 10 Справка за средногодишен брой записани пациенти в практика III - 1980 лица

1	ЗЗОЛ на възраст от 0 до 18 години в т.ч.:	318
2	ЗЗОЛ на възраст от 18 до 65 години	968
3	ЗЗОЛ на възраст над 65 години	694
	Общо по I (1+2+3)	1980

Източник: РЗОК – гр. Ямбол

През 2011 г регистрираните посещения в *Практика III* са били 6123 (вж. Таблица № 11). От тях към специалист са били насочени 1325 лица, с процент на препращане – 21 %

Таблица 11 Справка за регистрираните посещения в амбулаторията, вкл. и домашни прегледи

	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Регистрирани посещения	6127	6201	6123
Профилактични прегледи при лица над 18 г.	260	912	773
Профилактични прегледи при деца до 18 г.	324	426	406
Диспансерни прегледи			695

Източник: РЗИ – гр. Ямбол

Средногодишният брой диспансеризирани през 2011 г. е бил 346 осигурени лица (21% от лицата над 18 години), при които са осъществени 695 прегледи по диспансерни програми, средномесечно 58 диспансерни прегледа и средно по 2 диспансерни прегледа на осигурено лице за година. 11% от регистрираните посещения са били по диспансерни програми, 13% профилактични прегледи при лица над 18 г. и 7% профилактични прегледи при деца до 18 г. Нормативните потребности при диспансеризация и профилактика съставляват 31% от всички посещения през 2011 г. По-голяма част от посещенията (69%) са при остри състояния, събития, които са наложили обръщане към здравната служба, при които се изявяват изразените и експертно определени потребности.

При анализ на отпуснатия от РЗОК регулативен стандарт за консултации и изследвания, след като са приложени Правилата за определянето им [61] се вижда, че през четирите тримесечия за проучваната година са отпускани по-голям процент направления за консултации за остри състояния, а направленията за изследвания по тримесечия са непропорционално разпределени между групата с нормативни потребности и тези с изявени потребности при остри състояния, като средно процентът е почти еднакъв (вж. Таблица 12)

В същото време, при анализ на спецификациите на Практика III, отчетени в РЗОК, се вижда, че са назначени много по-голям процент спрямо определените от РЗОК консултации със специалисти по повод остро или обострено състояние и по-голям процент изследвания за остри състояния спрямо определените от РЗОК, в съответствие с утвърдените правила (вж. Таблица 12). Прави впечатление, че назначените суми за изследвания като цяло число са много по-малки във всички тримесечия на 2011 г. спрямо отпуснатите от РЗОК, с изключение на IV-то тримесечие.

Подобна е констатацията за първото полугодие на 2012 г. при проследяване на отпуснатия от РЗОК регулативен стандарт и назначения в практиката (вж. Таблица13)

*Таблица 12 Справка за отпуснатия от НЗОК регулативен стандарт за дейности и изследвания през 2011 г. в **Практика III** по Протоколи за назначаване на СМД и МДД от изпълнител на ПИМП и назначените дейности и изследвания от изпълнителя през 2011 г. по спецификации*

		I-во тримесечие на 2011	Назначени	II-ро тримесечие на 2011 г.	Назначени	III-то тримесечие на 2011 г.	Назначени	IV-то тримесечие на 2011 г.	Назначени
1	**Направления (в бр.) бланка МЗ–НЗОК № 3 за**	**302**	**342**	**310**	**330**	**254**	**289**	**315**	**364**
а	**Брой Бл.МЗ-НЗОК №3 (за тип 1 и 2)**	204 (68%)	280 (82%)	209 (67%)	250 (76%)	208 (81%)	241 (83%)	223 (71%)	289 (79%)
б	**Брой бл.МЗ-НЗОК №3 (за тип 4)**	98 (32%)	62 (18%)	101 (33%)	80 (24%)	46 (19%)	48 (17%)	92 (29%)	75 (21%)
2	**Стойност (в лв.) на издадени направления бланка МЗ–НЗОК № 4 за :**	**1293**	**832,8**	**1586**	**942,4**	**1909**	**650,99**	**1058**	**1186,89**
а	**Стойност на бл.МЗ-НЗОК №4 (за тип 1,2,6 и 8)**	599 (46%)	511,36 (61%)	882 (56%)	530,03 (56%)	1587 (83%)	383,98 (59%)	414 (39%)	727,94 (61%)
б	**Стойност на бл.МЗ-НЗОК №4 (за тип 4)**	694 (54%)	321,44 (39%)	704 (44%)	412,37 (44%)	322 (17%)	267,01 (41%)	644 (61%)	458,95 (39%)

Източник: РЗОК – гр. Ямбол

Таблица 13 Справка за отпуснатия от НЗОК регулативен стандарт за дейности и изследвания през първото полугодие на 2012 г. в ***Практика III*** *по Протоколи за назначаване на СМД и МДД от изпълнител на ПИМП и назначените дейности и изследвания от изпълнителя през първото полугодие на 2012 г. по спецификации*

		I-во тримесечие на 2012	Назначени	II-ро тримесечие на 2012 г.	Назначени
1	**Направления (в бр.) бланка МЗ–НЗОК № 3 за**	**280**	**334**	**285**	**352**
а	Брой Бл.МЗ-НЗОК №3 (за тип 1 и 2)	199(71%)	259 (78%)	203 (71%)	224 (64%)
б	Брой бл.МЗ-НЗОК №3 (за тип 4)	81 (29%)	75 (22%)	82 (29%)	128 (36%)
2	**Стойност(в лв.) на издадени направления бланка МЗ–НЗОК № 4 за :**	**1260**	**1502,36**	**1393**	**1258,7**
а	Стойност на бл.МЗ-НЗОК №4 (за тип 1,2,6 и 8)	579 (46%)	725,69 (48%)	684 (49%)	338,57 (27%)
б	Стойност на бл.МЗ-НЗОК №4 (за тип 4)	681 (54%)	776,67 (52%)	709 (51%)	920,13 (73%)

Източник: РЗОК – гр. Ямбол

Най-голям процент от диспансеризираните лица през 2011 г. са били с хипертонична болест (62%), стенокардия (14%), състояние слез мозъчен инсулт (12%), захарен диабет (11%). Данните за броя диспансеризирани, които се подават към РЗИ се различават от тези, отчитани в РЗОК, като разликите са съществени (вж. Таблица 14) и вероятно се дължи на пропуски в системата на регистрация в първичната практика. По-достоверни са данните, включени в отчетите и спецификациите към РЗОК, тъй като са свързани със заплащане на всяко посещение и всяка дейност. Към РЗИ данните се включват в официалната статистика за заболяванията.

Таблица 14 Справка за диспансеризация на ЗЗОЛ по заболявания (МКБ – 10) за 2011 г. към 31.12.2011 г.

Заболявания по МКБ - 10	Брой ЗЗОЛ (по данни на РЗОК)	Брой ЗЗОЛ (по данни на РЗИ) Формуляр „3“ - 365
I 11 - хипертонична болест	320 (62%)	220 (69%)
I 20 - стенокардия	70 (14%)	23 (7%)
I 69 - състояние след мозъчен инсулт	62 (12%)	20 (6,2%)
E 11 - захарен диабет II тип	57 (11%)	56 (18%)
E 03 - хипотиреоидизъм	2 (0,4%)	
I 80 - периферни съдови заболявания	1	-
I25.2 – стар инфаркт на миокарда	1	-
общо	513	319

Източник: РЗОК – гр. Ямбол; РЗИ – гр. Ямбол

61% от диспансеризираните са били диспансеризирани за едно заболяване, 31% за две заболявания и 8 % за три и повече заболявания (вж. Таблица 15)

Таблица 15 Справка за броя на заболявания при диспансеризирани лица през 2011 г.

Диспансеризирани	Брой ЗЗОЛ
Диспансеризирани за едно заболяване	212
Диспансеризирани за две заболявания	108
Диспансеризирани за три и повече заболявания	28

Източник: РЗОК – гр. Ямбол

През 2012 г. и след промяната на НРД, позволяващ при някои заболявания пациентът да избере при кого да бъде диспансеризиран – ОПЛ или специалист – повече пациенти са избрали да бъдат диспансеризирани при ОПЛ, но процентното съотношение по видове заболявания остава същото – най-голям е делът на диспансеризираните с хипертонична болест – 74%, състояние след мозъчен инсулт – 11%, захарен диабет – 11% и пр.(вж. Таблица 16)

Таблица 16 Диспансеризирани през първото полугодие на 2012 г- **379 ЗЗОЛ**

Заболявания по МКБ - 10	Брой ЗЗОЛ 2011	Брой ЗЗОЛ 2012
I 11 - хипертонична болест	320 (62%)	434 (74%)
I 20 - стенокардия	70 (14%)	2
I 69 - състояние след мозъчен инсулт	62 (12%)	64(11%)
E 11 - захарен диабет II тип	57 (11%)	62 (11%)
I 50 – сърдечна недостатъчност	-	17 (3%)
I 80 - периферни съдови заболявания	1	1
E 03 - хипотиреоидизъм	-	2
общо	513	584

Източник: РЗОК – гр. Ямбол

При проследяване на регистрираните в амбулаторията заболявания по обръщаемост за тригодишен период се вижда, че през 2011 г. най-голям е делът на болестите на органите на кръвообръщението – 32%, болестите на пикочо-половата система – 11%, болести на ендокринната система – 11%, болести на дихателната система – 8 % и болести на нервната система – 8%. От 2009 г. до 2011 г. броят на регистрираните събития по обръщаемост не се изменя съществено, като в различните периоди се регистрират повече посещения по повод заболявания на пикочо-половите пътища или заболявания на дихателната система. (вж. Таблица 17).

Таблица 17 Регистрирани заболявания в амбулаторията по вид на заболяването при лица над 18 години

Приложение № 8 към формуляр № 365

Наименование на болестите по МКБ 10	**2009**	**2010**	**2011**
Всичко регистрирани	**1363**	**1092**	**1473**
Болести на органите на кръвообръщението	526	537	468
Болести на пикочо-половата система	170	78	169
Болести на дихателната система	156	86	120
Болести на ендокринната система	151	108	157
Болести на костно-мускулната система и съединителната тъкан	83	29	63
Болести на окото и придатъците му	-	82	90
Травми, отравяния и други външни причини	78	5	51
Болести на ухото	51	19	45
Болести на храносмилателната система	48	30	42
Болести на кожата и подкожната тъкан	45	19	49
Психични и поведенчески резстройства		38	43
Новообразувания	33	25	27
Болести на нервната система	-	26	119
Обърнали се към здравната служба по други поводи	583	1338	845

Източник: РЗИ – гр. Ямбол

ОБОБЩЕНИЕ Практика III:

1. Подобно на практика II, в Практика III през 2011 г. нормативните потребности при диспансеризация и профилактика съставляват 31% от всички посещения. По-голяма част от посещенията (69%) са при остри състояния, хронични изострени състояния неподлежащи на диспансерно наблюдение, събития свързани със здравето, които подтикват лицата да се обърнат към здравната служба.

2. Не се наблюдават съществени различия в процентът на лицата с хронични заболявания, както и по отделни групи заболявания в периода 2009 - 2011 г., което позволява на ОПЛ да прогнозира и планира годишното изпълнение на дейности по профилактика и диспансеризация, включени в основния пакет;

3. Повъзрастовото разпределение на записаните пациенти в практиката позволява прогнозиране и планиране на дейностите по профилактика на деца до 18 г. възраст, както и профилактичните прегледи на лица над 18 г. възраст.

4. В Практика III се наблюдава различие в регистрираните заболявания в периода 2009 – 2011 г. Най-голям е делът на болестите на органите на кръвообръщението – 32%, а на второ място – болестите на пикочо-половата система – 11,4%, последвани от болести на ендокринната система – 10,6%, дихателната система – 8,1% и пр. Моделът на регистриранта болестност е различен от този в Практика II, но е съпоставим с този на регионално ниво. Регистрирането на голям дял болести на пикочо-половата система изисква отделно проучване в анализираната практика, прогнозиране и планиране на услуги, с насоченост към тези изявени потребности. Необходимо е проследяване в следния ред:

- На ниво практика и начинът на регистриране на заболяванията

- Клинично проучване с специфични въпросници, които да изявят структурата на заболяванията в този клас – дали са следствие от усложнения при високия процент болести на органите на кръвообръщение и ендокринните заболявания

- Санитарно хигиенно проучване – за питейните води и съдържанието на почвите

5. В практиката се извършват по-малък брой диспансерни прегледи сравнено с Практика II, което е свързано със затруднения достъп на лицата до специализирани здравни услуги в общинския или областен център.

6. Наблюдава се преразпределяне на регулативния стандарт от ОПЛ сравнено с определения от РЗОК съгласно утвърдените Правила. В Практика III по-често се назначават консултации и изследвания за остри състояния и по-малко за диспансерни и профилактични програми, като една от основните причини е затруднения достъп на лицата до специализирани здравни услуги от вторично и третично ниво. Сумите за изследвания, отпускани от РЗОК са по-големи от реално назначените в практиката. Това също е пример за административна деформация чрез регулативния стандарт на функционални взаимоотношения между отделните нива от системата

7. Използваният в практиката приложен софтуер „Хипократ“ не дава възможност за изготвяне на справки, които да генерират обобщена медико-статистическа информация и да представят профила на практиката – брой записани пациенти и по възраст, обобщен брой прегледи за профилактика и диспансеризация, обобщен брой посещения по видове диагнози, предписвани лекарства по видове диагнози (което би стимулирало ОПЛ да регистрира и посещения за изписване на лекарства, които не се заплащат от НЗОК) и пр. Приложният софтуер е изграден изключително за регистриране на посещенията според изискванията на НЗОК, регистриране на дейностите и услугите и контроли, които следят изпълнението на договорите и предпазват от евентуални санкции от финансиращия орган.

9.2.3. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ СОБСТВЕНО СОЦИОЛОГИЧЕСКО ПРОУЧВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ ЗА ПОТРЕБНОСТИТЕ ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ПОСРЕЩАНЕТО ИМ НА НИВО ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Приложният софтуер в изследваните практики не позволи изготвянето на истински представителна извадка по данните от регистрите за записаните лица в първичните практики, което бе несъмнено предизвикателство. Осигуряването на представителност на национално ниво пък изисква многоброен екип и развита анкетьорска мрежа. Проучването чрез пощенска анкета, какъвто е класическият тип проучване на здравните потребности сред общността, би позволило

събиране на ценна и независима информация от населението, но затрудненията в този вид комуникация в нашата страна през последните години правят прилагането му необосновано

При ограничени ресурси се взе решение извадката да се проведе в една административна област на страната, която е „типична", средновзета като население и доходи (Фиг. 4). Типологичният подход се оказа добър при формиране на такъв тип извадки.

Проучването се проведе в три практики за първична медицинска помощ в Ямболски регион, които са от различен тип:

Практика I – условно определена от анкетираните пациенти, посетили практики за първична и специализирана медицинска помощ на територията на бивша областна поликлиника в областен център – гр. Ямбол, за проучвания период. Теоретично имат най-добър достъп до здравни услуги. За проучвания период са раздадени 370 карти, върнати с отговори - 342, честота на отговорилите – 92 %

Практика II – практиката обслужва населението на няколко населени места в община Тунджа, центърът на практиката е отдалечен на 20 км. от областния център и в населено място с разкрит филиал за Спешна медицинска помощ (достъпът до здравни услуги е по-затруднен). За проучвания период са раздадени 330 анкетни карти, върнати с отговори 178, върнати неотговорили – 3, честота на отговорилите – 54%.

Практика III – практиката обслужва населението на няколко населени места в община Елхово, центърът на практиката е отдалечен на 15 км. от общински център и на 35 км. от областен център, в пограничен район (най-труден достъп до здравни услуги). За проучвания период са раздадени 300 анкетни карти, върнати с отговори -127 анкетни карти, върнати неотговорили – 6 анкетни карти, често на отговорите – 42%.

По данни на НСИ (данните са от преброяване 2011) към 1 февруари 2011 г. населението на област Ямбол е 131 447 души. В градовете живеят 69.7%, а в селата 30.3 % от населението на областта. Налице е продължаващ процес на демографско остаряване, който се изразява в намаляване на абсолютния брой и относителния дял на населението под 15 години и увеличаване на дела на

населението на 65 и повече години. В област Ямбол живеят 1.8% от населението на страната, което я нарежда на 22-ро място сред останалите области. Населението е разпределено в 5 общини. Най-голям брой на населението е в община Ямбол, където живеят 74 132 души, или 56.4% от населението на областта. Следват общините Тунджа и Елхово – съответно 18.4 и 12.3% от населението на областта. Най-малобройно е населението на община Болярово – 3.2%.

Фиг. 4 Административна област Ямбол



Община	Административен център	Населени места – брой	Градове – брой	Села - брой	Население по общини
Болярово	гр. Болярово	20	1	19	4160
Елхово	гр. Елхово	22	1	21	16219
Стралджа	гр. Стралджа	22	1	21	12781
Тунджа	гр. Ямбол	44	-	44	24155
Ямбол	гр. Ямбол	1	1	-	74132
област	Гр. Ямбол				131447

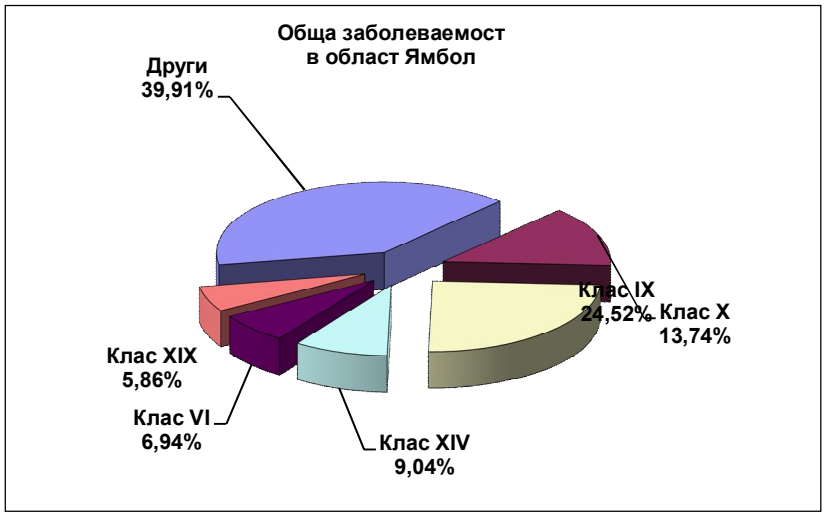
В областта всеки седми е висшист (14%), лицата завършили средно образование са 41.1%, а делът на лицата с начално или по-ниско образование е 18.3%. Общо за областта коефициентът на икономическа активност е 65.0% (по-голям е при мъжете), съизмерим със средния за страната за същия период - 66.0 %. Най-висок е в общините Ямбол – 69.1% и Елхово – 65.8%. Най-нисък е в община Тунджа – 52.9%. Коефициентът на безработица сред икономически активното население за областта е 19.8%, като най-висока е безработицата в общините Стралджа и Болярово. Общо за областта коефициентът на безработица е много по-висок от средния за страната, който за същия период е бил 11,2%.

В ***Годишен анализ на здравно-демографското състояние и здравната мрежа в Област Ямбол*** на РЗИ за 2011 г. се посочва, че при населението над 18 г. най-висока е болестността от болестите на органите на кръвообръщението (кл. IX по МКБ - 10), следвани от болестите на пикочо-половата система (кл. XIV) и от болестите на дихателната система (кл. X). По отношение на показателя - заболеваемост на първо място са болестите на органите на кръвообръщението, следвани от болестите на дихателната система (Фиг. 5).

При лицата до 18 г. – най-висока е болестността и заболеваемостта от болестите на дихателната система.

Т.е. в структурата на болестността определящи са болестите на органите на кръвообръщението и на второ място – болестите на пикочо-половата система, които би следвало да формират основните разходи за здравни услуги в областта. В структурата на заболеваемостта на първо място са болестите на органите на кръвообръщението, следвани от болестите на дихателната система.

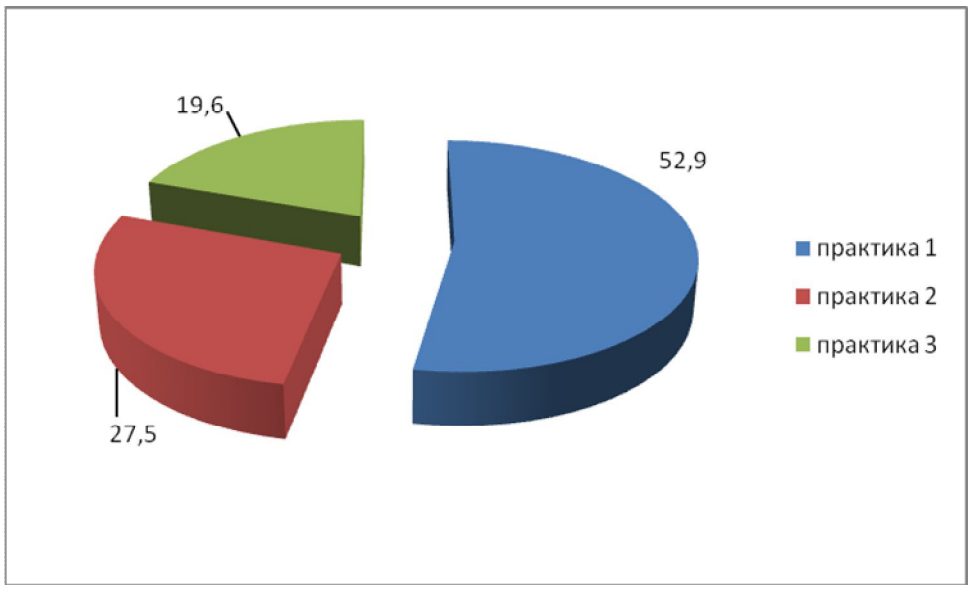
Липсва информация от националната статистика за показателите на национално ниво за болестността и заболеваемостта по класове болести, въз основа на която да се извърши сравнение на регионалните показатели.



Фиг. 5 Структура на заболеваемост на населението от област Ямбол през 2011 г. (източник РЗИ – гр. Ямбол)

Проучването е проведено в географски отдалечен от административния център на страната и слабо населен регион, със застаряващо население, динамични миграционни процеси и висок коефициент на безработицата.

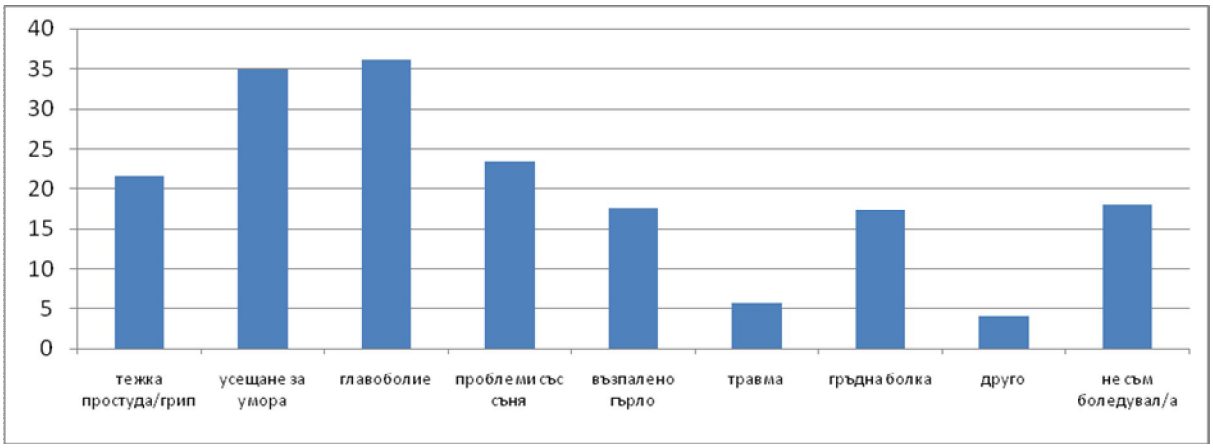
В анкетата са участвали 647 пациента, от които малко над половината (52,9%) посещават практика 1, всеки четвърти участник (27,5%) се лекува в практика 2, а всеки пети (19,6%) – в практика 3 (Фиг. 6).



Фиг. 6. Разпределение на участниците според здравната практика, в която са изследвани (относителен дял)

На въпроса какви остри заболявания са имали през последните 12 месеца, най-голям дял от респондентите (36,2%) са съобщили, че са имали главоболие, следвано от усещане за умора (34,9%), проблеми със съня (23,5%) и тежка простуда или грип (21,6%). По-рядко са споменавани възпалено гърло (17,6%), гръдна болка (17,3%), травма (5,7%) или нещо друго (4,2%). В отговора „друго" най-често са съобщавани заболявания, като пневмония, задух, дископатия, бъбречна криза и други. По-малко от една пета от анкетираните лица (18,1%) не са боледували от някакви остри заболявания през последната година (Фиг. 7). Сборът на процентите надхвърля 100, тъй като участниците са давали по повече от един отговор. Общо делът на лицата, боледували от някакво остро заболяване през последните 12 месеца, е 81,9%.

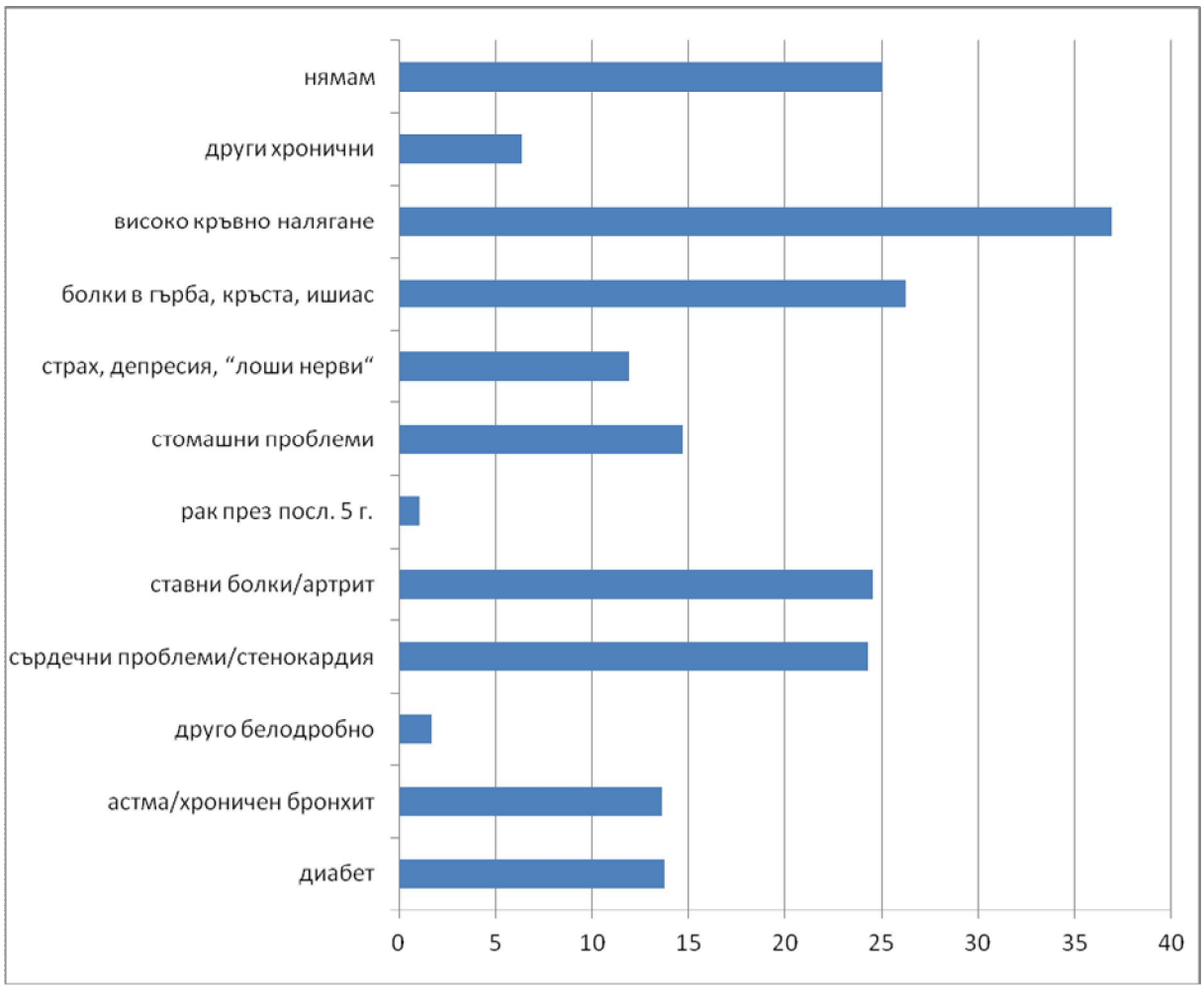
Информацията за острите състояния е важна, тъй като има отношение към регистрираната остра патология и е причина за обръщане към здравната служба в повече от случаите – за лечение или временна нетрудоспособност.



Фиг. 7. Разпределение на острите заболявания на респондентите за последните 12 месеца (относителен дял)

Участниците са помолени да посочат дали и от какво хронично заболяване страдат. Над една трета от участниците (36,9%) са съобщили, че имат високо кръвно налягане, всеки четвърти участник (26,3%) има болки в гърба, кръста, ишиас, също толкова респонденти (24,6%) имат ставни болки или артрит, отново всеки четвърти (24,3%) се оплаква от сърдечни проблеми или стенокардия. По-рядко се срещат хронични заболявания, свързани с храносмилателната система (стомашни проблеми) – сред 14,7%, диабет (13,8%),

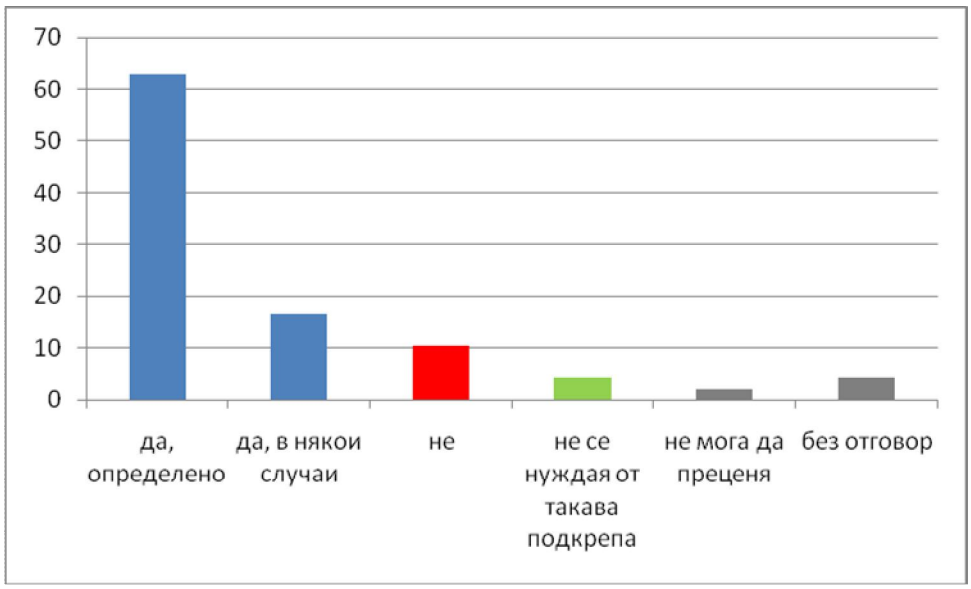
астма или хроничен бронхит (13,6%), както и страх, депресия или „лоши нерви” (11,9%). Други хронични заболявания са споменати от 6,3% от участниците (най-често са посочвани алергии, анемия, болест на Бехтерев, Хашимото, епилепсия, остеопороза и др.), 1,7% имат други белодробни заболявания, а 1,1% са имали онкологично заболяване през последните 5 години (периода на активно наблюдение). Едва една четвърт (25%) от анкетираните лица нямат никакви хронични заболявания (Фиг. 8). Сборът на процентите надхвърля 100, тъй като участниците са давали по повече от един отговор. Общо делът на лицата, страдащи от едно или повече хронични заболявания, е 75%.



Фиг. 8. Разпределение на хроничните заболявания на респондентите за последните 12 месеца (относителен дял)

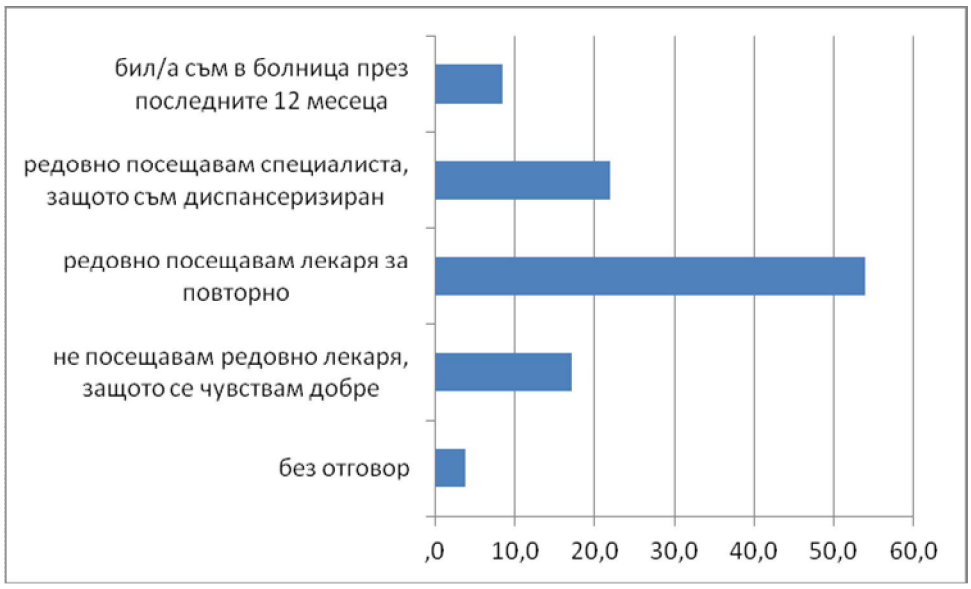
Само на лицата с хронично заболяване е зададен въпроса дали през последните 12 месеца са получавали достатъчно подкрепа от здравната или социалната

служба по отношение на заболяването им. Близо две трети от тях (62,9%) са отговорили строго положително на този въпрос, а 16,5% са дали уклончиво-позитивен отговор. Категорично не са били подкрепени от здравната/ социална служба един на всеки десет лица (10,3%), всеки двадесети (4,1%) е съобщил, че не се нуждае от такава подкрепа, 1,9% не могат да преценят, а 4,3% не са отговорили на този въпрос (Фиг. 9).



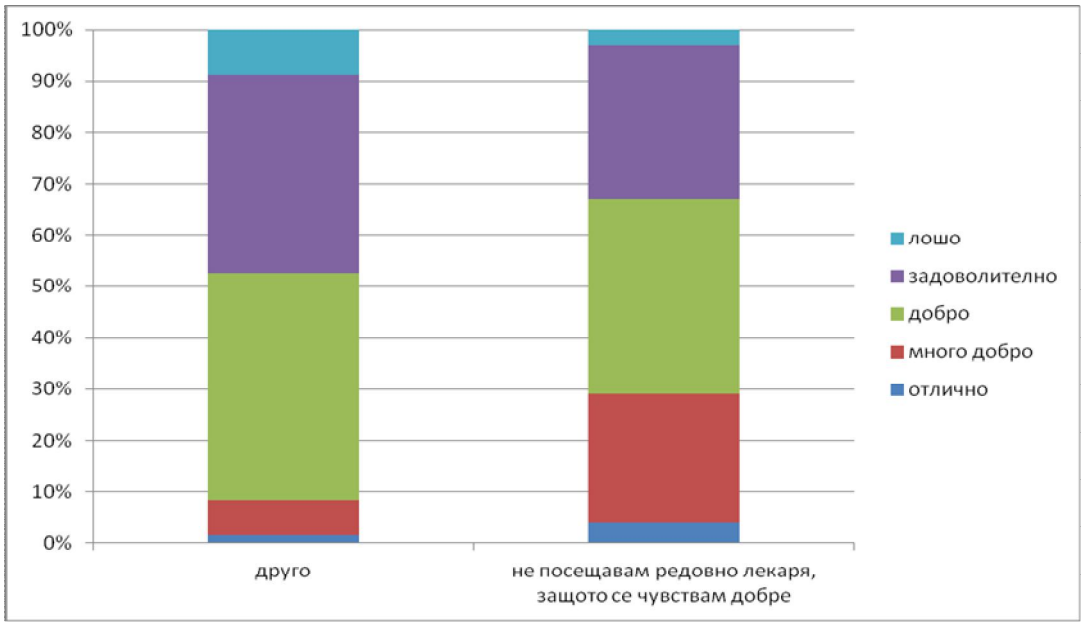
Фиг. 9. Разпределение на лицата с хроничните заболявания според това дали са получили подкрепа от здравната/социална служба през последните 12 месеца (относителен дял)

Още един въпрос е зададен само на лицата, страдащи от някакво хронично заболяване. Над половината от тях (54%) редовно са посещавали лекаря си за повторно изписване на рецепта или протокол за лекарства; всеки пети участник (21,9%) редовно е посещавал специалист, защото е диспансеризиран там; всеки шести (17,2%) не е посещавал редовно лекаря си, защото се чувства добре и не вижда смисъл от лечение на хроничното си заболяване; 8,5% са били в болница през последната година. Делът на неотговорилите е 3,8% (Фиг. 10). Сборът на процентите надхвърля 100, тъй като участниците са давали по повече от един отговор.



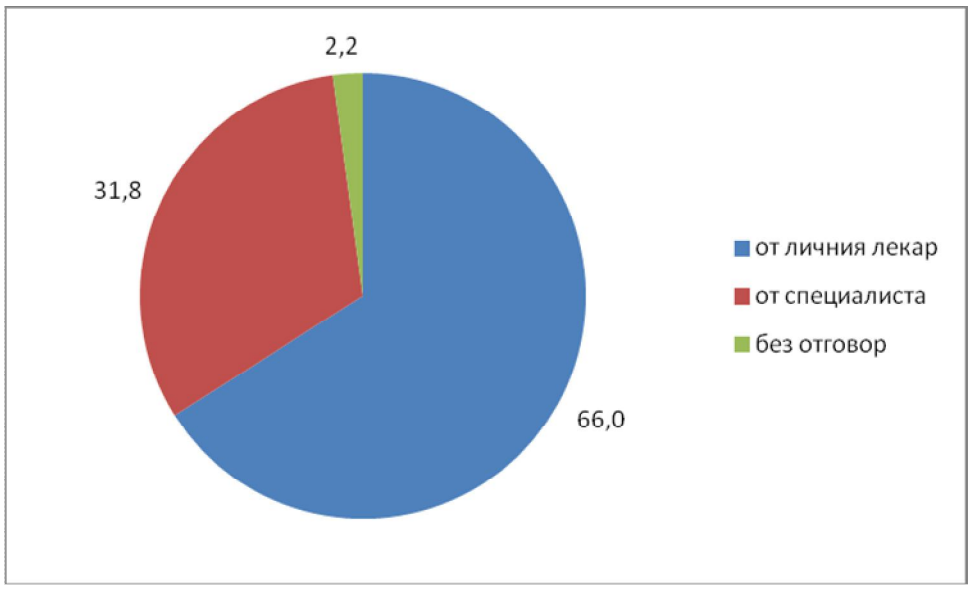
Фиг. 10. Разпределение на лицата с хроничните заболявания според това какво им се е случвало през последните 12 месеца (относителен дял)

При лицата с хронично заболяване, но непосещаващи редовно лекар (17,2%) се наблюдава статистически значима връзка между отговорите на този въпрос и самоопределеният здравен статус на лицата ($p<0.05$, Cramer's $V=0.264$). Лицата, които не посещават лекар, защото се чувстват добре, много по-често смятат, че здравето им е отлично и много добро, докато останалите по-често възприемат собственото си здраве като добро, задоволително и лошо (Фиг. 11).



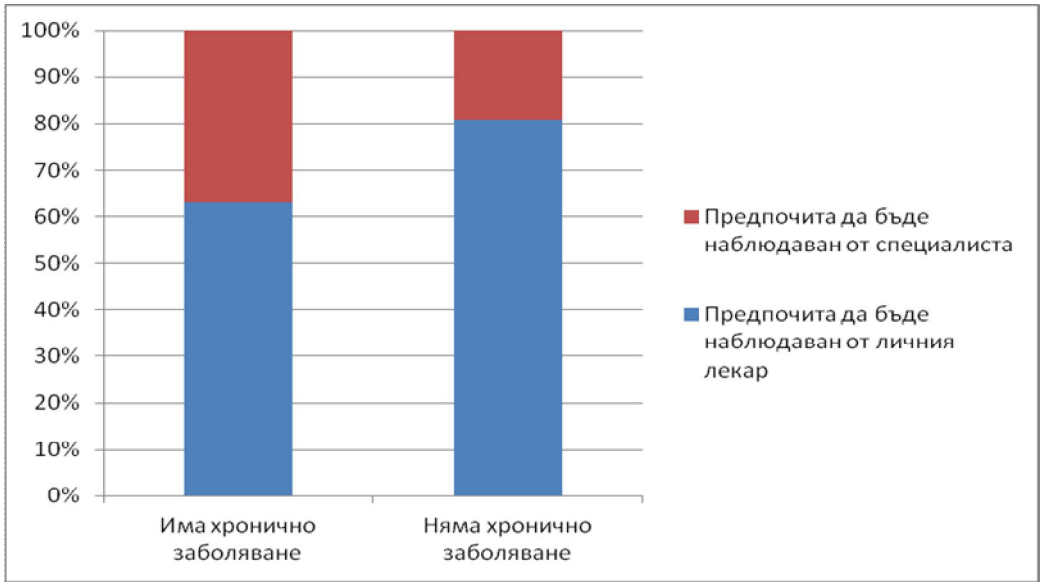
Фиг. 11 Връзка между лицата с хронично заболяване, които не посещават редовно лекар и самооценка на здравето

Всички респонденти са попитани от кого предпочитат да бъдат наблюдавани във връзка със заболяванията им. Двама от всеки трима участници (66%) са съобщили, че препрочитат това да прави личния им лекар; под една трета (31,8%) са изявили желание да ги наблюдава специалист, а 2,2% не са отговорили на този въпрос (Фиг. 12).



Фиг. 12. Разпределение на респондентите според това от какъв лекар предпочитат да бъдат наблюдавани (относителен дял)

Налице е връзка между променливите, оценяващи предпочитанията на респондентите от кого да бъдат наблюдавани и дали имат хронични заболявания, е изследвана чрез хи-квадрат анализ. Резултатите показват (Фиг. 13), че такава връзка съществува ($p<0.05$), но е сравнително слаба (Cramer's $V=0.162$). Лицата, които не страдат от хронично заболяване предпочитат да бъдат наблюдавани за своите състояния от ОПЛ – около 80%, докато при лицата с хронични заболявания само 66 % предпочитат да останат за наблюдение от ОПЛ.



Фиг. 13. Разпределение на респондентите според това от какъв лекар предпочитат да бъдат наблюдавани и дали имат хронично заболяване (относителен дял)

Сред страдащите от различни хронични заболявания, само лицата с астма, хроничен бронхит или друго белодробно заболяване, рак пред последните 5 г. и други, непосочени в анкетата хронични заболявания, преимуществено предпочитат да ги наблюдава специалист. При всички останали респонденти, със сърдечно-съдови, ендокринни, ставни заболявания преобладава мнението, че биха искали за развитието на тяхното заболяване да следи личния лекар (Фиг. 14).



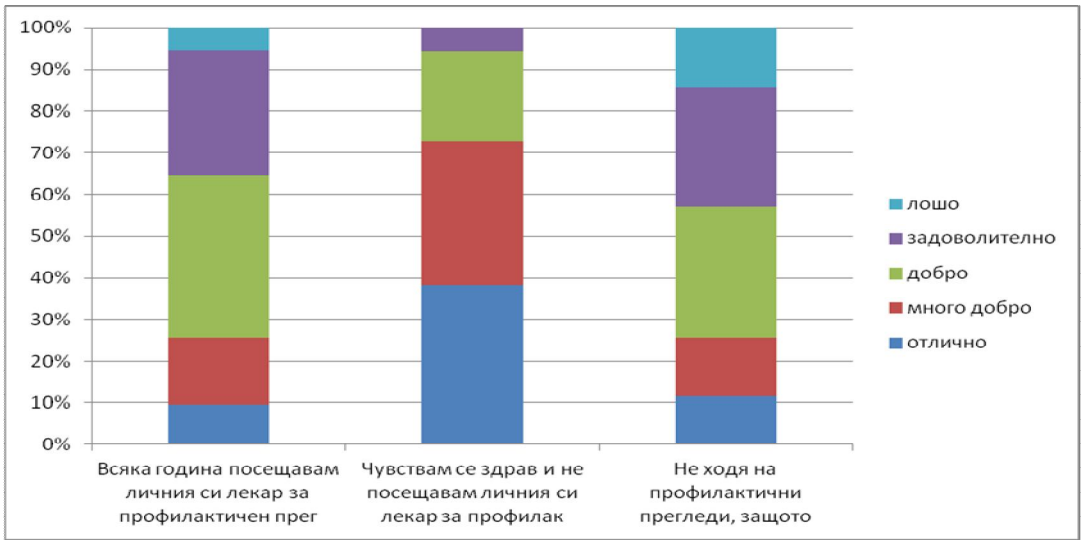
Фиг. 14. Разпределение на респондентите според това от какъв лекар предпочитат да бъдат наблюдавани и от какво хронично заболяване страдат (относителен дял)

Респондентите са попитани дали посещават редовно личните си лекари за профилактичен преглед. Много голяма част (82,8%) от тях са съобщили, че правят това редовно – всяка година. Един на всеки десет човека (8,7%) е съобщил, че се чувства здрав и поради това не изпитва потребност да посещава личния си лекар за профилактика. Всеки двадесети (5,4%) е посочил някаква друга причина, поради която не ходи на ежегодните профилактични прегледи (основно защото тези прегледи се дублират в службите за трудова медицина или пък респондентът няма достатъчно време, за да посети личния си лекар). Не са дали отговор на този въпрос 3,1% от участниците (Фиг. 15).



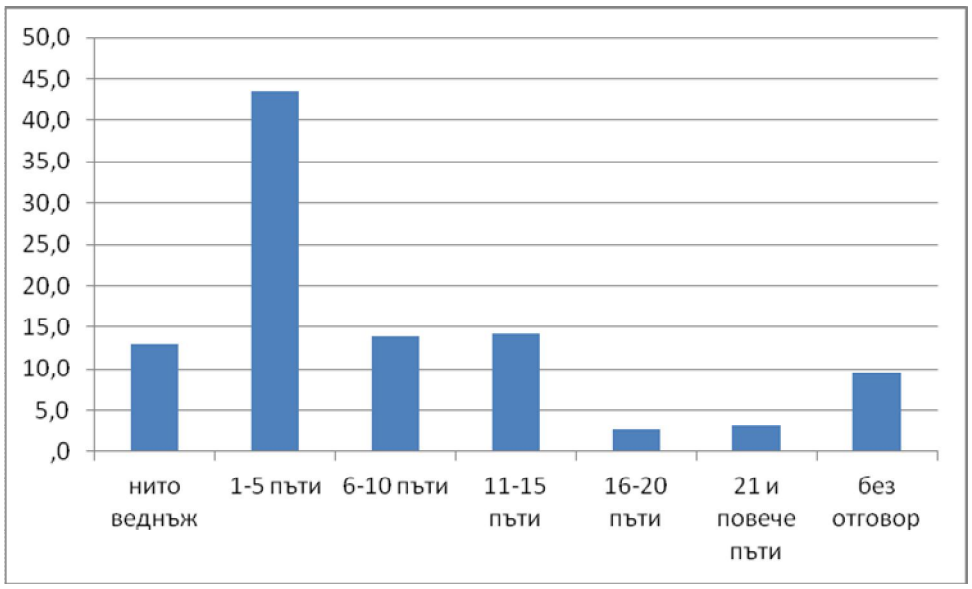
Фиг. 15. Разпределение на респондентите според това дали посещават личния си лекар за профилактичен преглед (относителен дял)

Отговорите на тези, които са посочили, че се чувстват здрави и поради това не изпитват потребност да посещават ОПЛ за профилактичен преглед (8,7%) кореспондират със самооценения здравен статус на участниците ($p<0.05$, Cramer's V=0.234): те по-често смятат, че здравето им е отлично и много добро в сравнение с останалите отговори (съответно 38 и 34%, в сравнение с между 9-11 и 14-16%) (Фиг. 16).



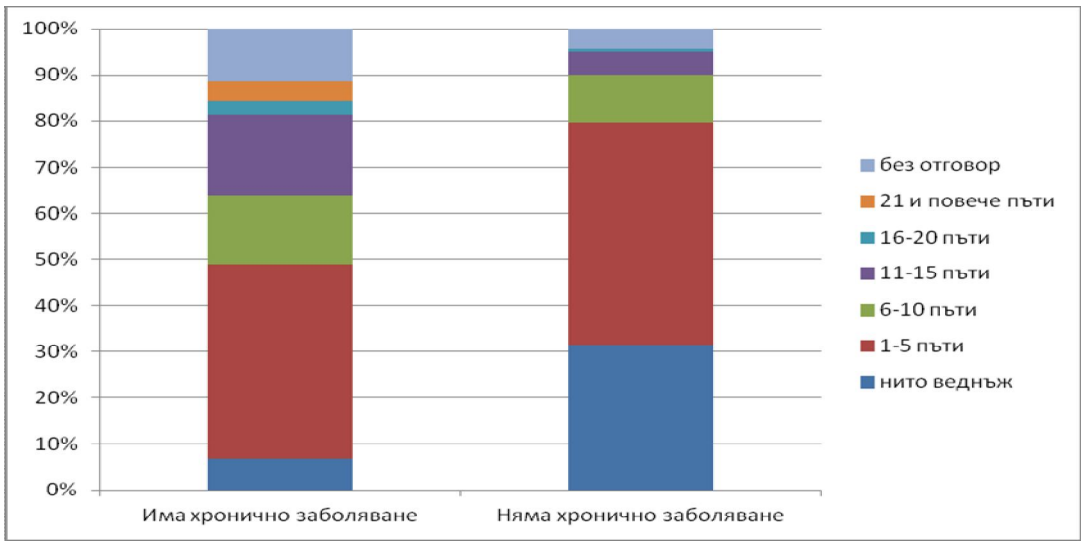
Фиг. 16 Връзка между отговорилите, че не изпитват потребност от посещения за профилактичен преглед и тяхното обективно здраве

На въпроса колко пъти през последните 12 месеца са посещавали лекар, 13% са отговорили 0 пъти, а всеки десети (9,6%) не е отговорил на този въпрос. Средният брой посещения е 7,18 (стандартната грешка на средната е 0,302), медианата е 5, а най-често участниците са споменавали 2 пъти. Броят посещения при лекар варира от 1 до 50. В рамките на интервала 1-5 пъти е най-голямата част от случаите (43,6%), следвани от 11-15 пъти (14,2%) и 6-10 пъти (13,9%). Значително по-нисък е делът на съобщилите за 16-20 посещения (2,6%), както и 21 или повече (3,1%) – Фиг. 17.



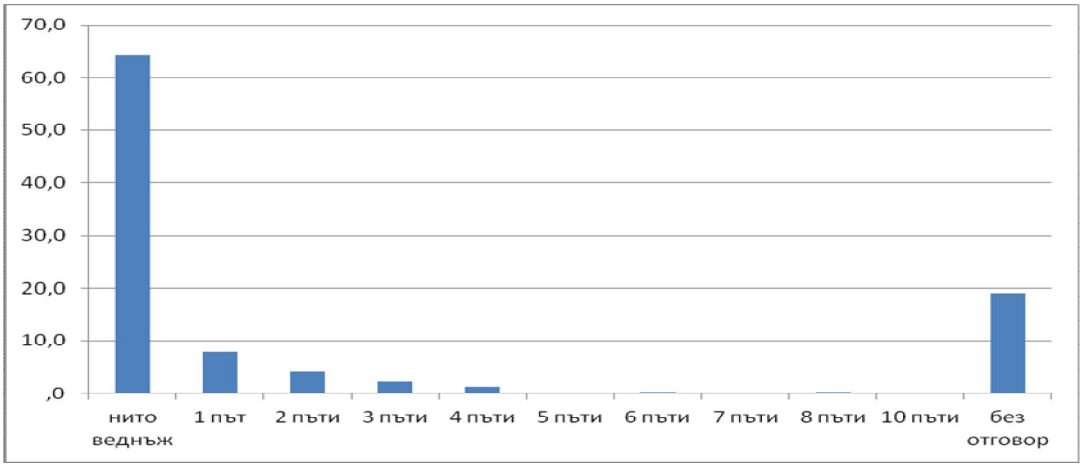
Фиг. 17. Разпределение на респондентите според броя посещения при личния лекар за последните 12 месеца (относителен дял)

Наличието на връзка между честотата на посещение на лекар и хронично заболяване на участниците е изследвана с хи-квадрат анализ, тъй като променливата, измерваща броя посещения, не е нормално разпределена ($p<0.05$). Резултатите показват (Фиг. 18), че тази връзка съществува ($p<0.05$), но тя е слаба сила (Cramer's V=0.371). Лицата без хронични заболявания имат превес при отговорите „нито веднъж" и „един път", докато страдащите от хронични болести са по-многобройни сред отговорилите, че са посетили личния си лекар 6 и повече пъти за последната година.



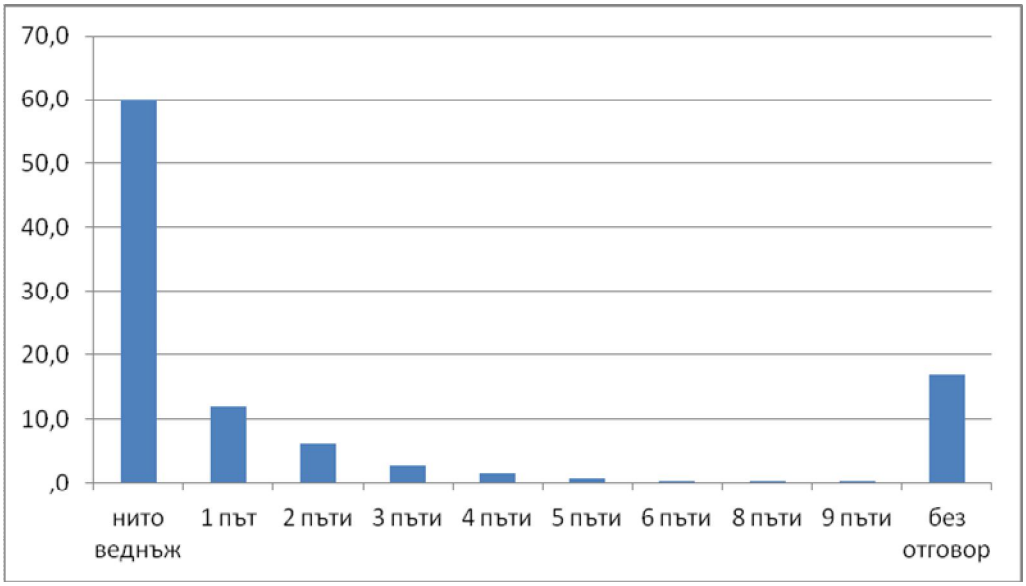
Фиг. 18. Връзка между според броя посещения при личния лекар за последните 12 месеца и наличието на хронично заболяване (относителен дял)

Около две трети от анкетираните лица (64,1%) са съобщили, че за последните 12 месеца не са били нито веднъж в спешно отделение, а делът на неотговорилите също е висок – 19,2%. Средният брой посещения в спешно отделение е 2,15 пъти (стандартната грешка на средната е 0,160), медианата е 2, а най-често участниците са споменавали 1 път. Броят посещения в спешно отделение варира от 1 до 10. По веднъж са били в спешно отделение най-голямата част от случаите (7,9%), следвани от 2 пъти (4,2%), 3 пъти (2,3%) и 4 пъти (1,2%). Значително по-нисък е делът на съобщилите за 6 и 8 пъти (по 0,3%) и 5, 7 и 10 посещения (по 0,2%) – Фиг. 19. Няма статистически значима връзка между броя посещения в спешната помощ и наличието на хронично заболяване ($p>0.05$).



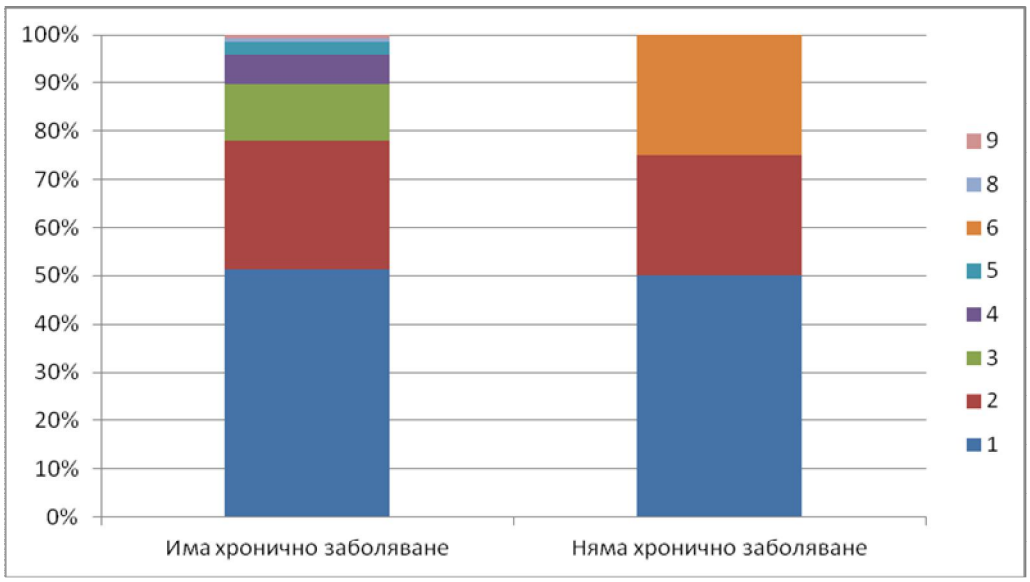
Фиг. 19. Разпределение на респондентите според броя посещения в спешно отделение за последните 12 месеца (относителен дял)

Над половината от анкетираните лица (60%) са съобщили, че за последните 12 месеца не са били нито веднъж в болница, а делът на неотговорилите също е висок – 16,8%. Средният брой посещения в болница е 1,91 пъти (стандартната грешка на средната е 0,109), медианата е 1, а най-често участниците са споменавали 1 път. Броят посещения в болница варира от 1 до 9. По веднъж са били в болница най-голямата част от случаите (11,9%), следвани от 2 пъти (6,2%), 3 пъти (2,6%) и 4 пъти (1,4%). Значително по-нисък е делът на съобщилите за 5 пъти (0,6%) и 5, 8 и 9 посещения (по 0,2%) – Фиг. 20.



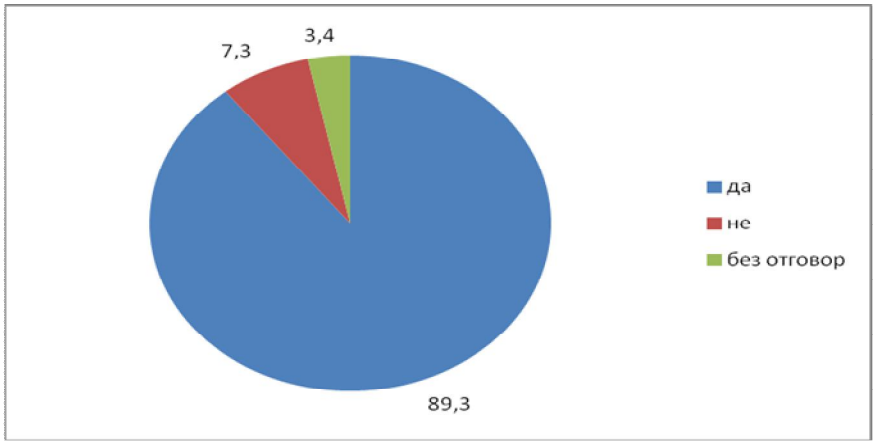
Фиг. 20. Разпределение на респондентите според броя посещения в болница за последните 12 месеца (относителен дял)

Установи се чрез хи-квадрат анализ, че съществува статистически значима връзка между броя посещения в болница и наличието на хронично заболяване ($p<0.05$) и тази връзка (Фиг. 21) е умерена по сила (Cramer's V=0.499). Влизането в болнично заведение по веднъж и два пъти е еднакво разпространено сред двете групи лица. Страдащите от хронични заболявания преобладават сред тези, които са били в болница 3 и повече пъти.



Фиг. 21. Връзка между броя посещения в болница и наличието на хронично заболяване

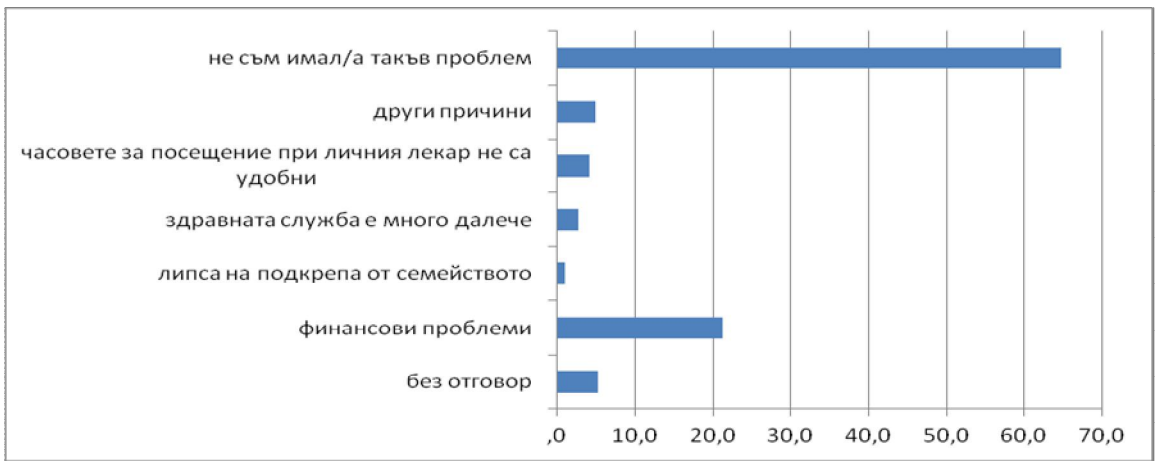
На участниците е зададен въпроса дали знаят как да се свържат с личния си лекар в часовете извън графика му и през почивните дни. Почти всички са отговорили утвърдително (89,3%), едва 7,3% не знаят как да намерят джипито си извън работното му време, а 3,4% не са отговорили на този въпрос (Фиг. 22).



Фиг. 22. Разпределение на респондентите според отговорите им на въпроса дали знаят как да се свържат с личния си лекар в часовете извън графика му и през почивните дни (относителен дял)

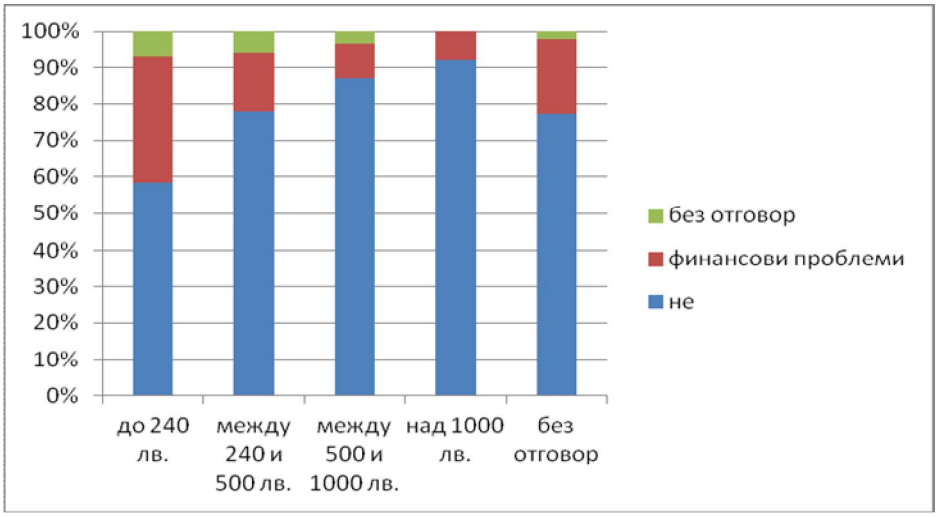
Сред тези, които незнаят как да се свържат с ОПЛ извън работното му време преобладават по-младите възрасти, а по равно са лицата, които имат остри и хронични заболявания, докато сред знаещите как да установят контакт преобладават лицата с остри и хронични заболявания. 45,3% от запитаните са търсили ОПЛ извън работното му време (лично за себе си), от тях почти половината (45,4%) са посетили личния си лекар между 1 и 5 пъти, приблизително същия дял (44%) са били в спешно отделение веднъж, а 52,3% - в болница също веднъж.

На респондентите беше зададен въпрос дали им се е случвало да имат здравословен проблем и да не потърсят лекарска помощ и защо. На мнозинството (64,8%) това не се е случвало през последната година. Най-често изтъкваната причина да не се отиде на лекар, е финансови проблеми. Тя е посочена от всеки пети участник (21,2%). Всеки двадесети (4,9%) е съобщил някаква друга причина (невъзможност за отсъствие от работа, нехайство към здравето, справяне със собствени сили и т.н.), 4,2% са се спрели на това, че часовете за посещение при личния лекар не са удобни, 2,8% са посочили, че здравната служба е много далече, а 1,1% не са намерили подкрепа в семейството, за да отидат на лекар (Фиг. 23). Делът на неотговорилите е 5,3%. Сборът на процентите надхвърля 100, тъй като участниците са давали по повече от един отговор.

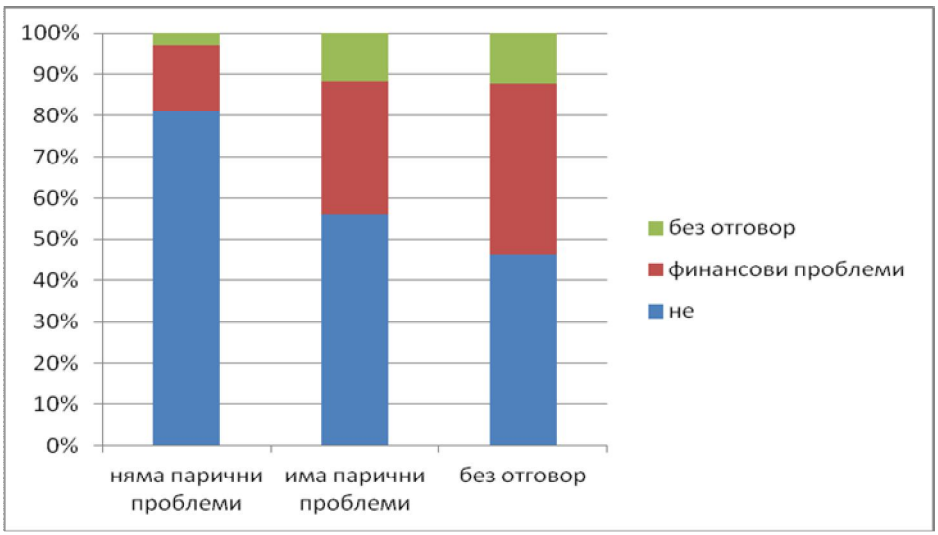


Фиг. 23. Разпределение на респондентите според споменатите от тях причини да не потърсят лекарска помощ (относителен дял)

С хи-квадрат анализ беше изследвана връзката между въпроса дали не са посетили лекар поради финансови проблеми и размера на нетния месечен доход на участниците. Тази връзка съществува и е статистически значима ($p<0.05$), но е слаба по сила (Cramer's V=0.194). със същия анализ е проверена и връзката между въпроса дали не са посетили лекар поради финансови проблеми и имат ли парични проблеми. Тази връзка също се доказа ($p<0.05$), но е слаба по сила (Cramer's V=0.205). Тези зависимости са показани на Фиг. 24 и 25.

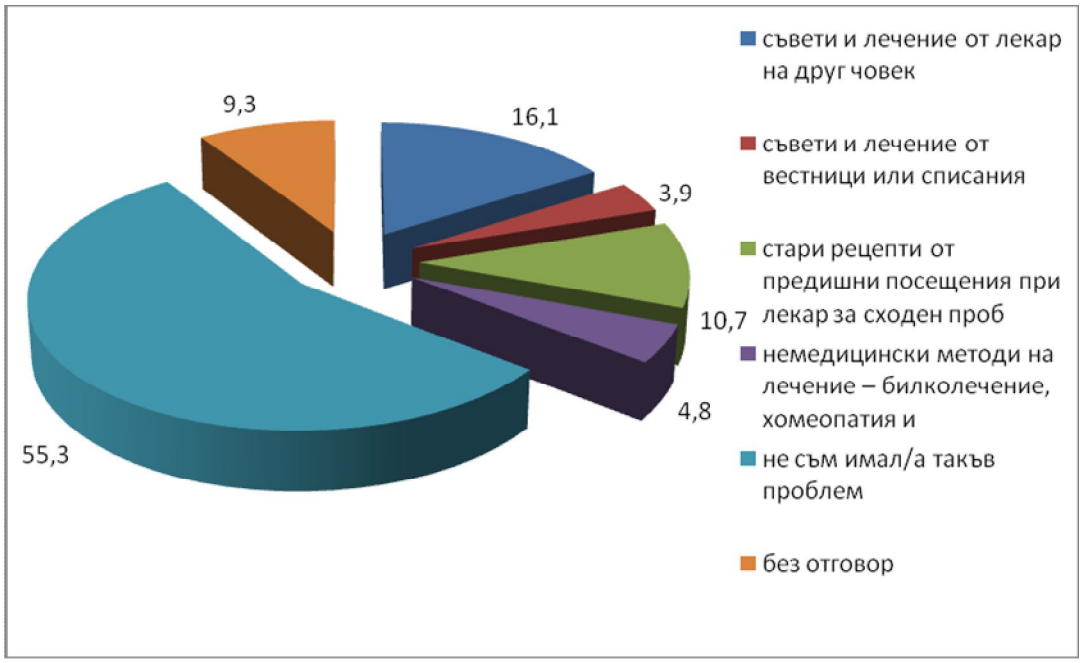


Фиг. 24. Връзка между въпроса дали не са посетили лекар поради финансови проблеми и размера на нетния месечен доход на респондентите



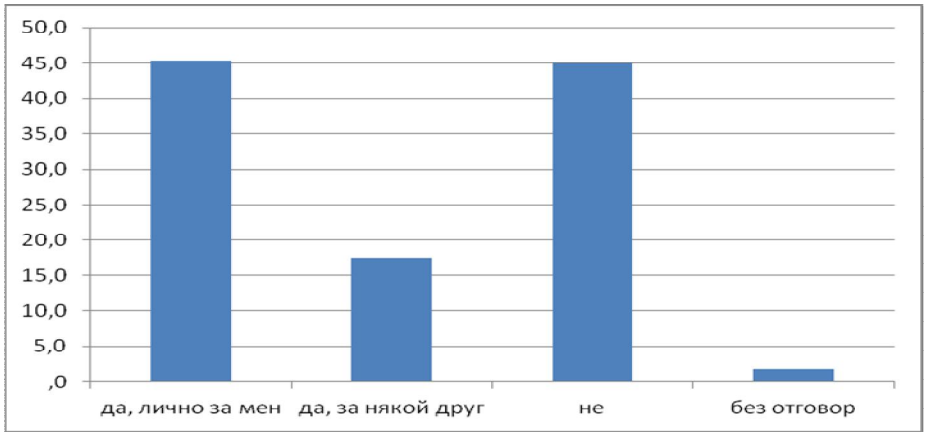
Фиг. 25. Връзка между въпроса дали не са посетили лекар поради финансови проблеми и наличието на парични проблеми

Анкетираните лица бяха попитани как са решавали здравословните си проблеми в случаите, когато (по някакви причини) не са търсили лекарска помощ. Над половината от тях (55,3%) не са имали такъв случай, т.е. при проблем са отивали на лекар. Най-често споменаваният начин за разрешаване на здравен проблем е посочен от 16,1% - търсене на съвети и лечение от лекар на друг човек; всеки десети (10,7%) пък е ползвал стари рецепти от предишни посещения при лекаря си за сходен проблем; всеки двадесети (4,8%) е търсил помощта на немедицински методи на лечение, като билколечение, хомеопатия, лекарства без рецепта, а 3,9% са се лекували чрез съвети от вестници и списания. На този въпрос не са отговорили 9,3% от участниците (Фиг. 26).



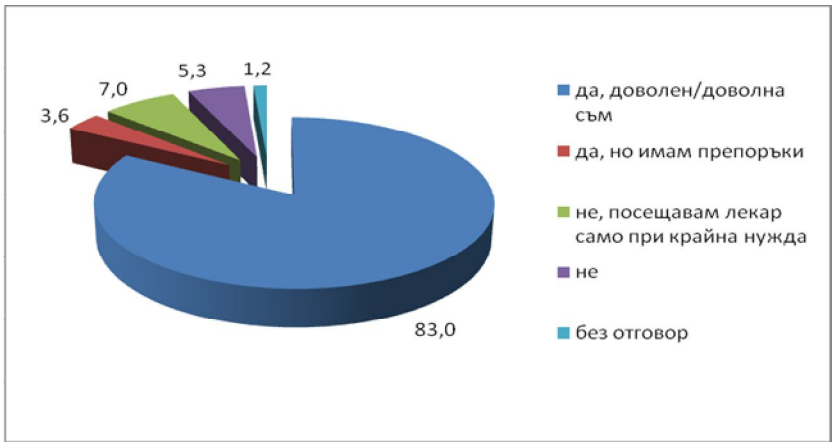
Фиг. 26. Разпределение на респондентите според споменатите от тях решения на здравословни проблеми, когато не са търсили лекарска помощ (относителен дял)

На въпроса дали през последните 12 месеца са търсили личния си лекар извън работното му време, близо половината от участниците (45%) отговарят с „не". За разлика от тях, на още толкова лица (45,3%) се е налагало да издирват ОПЛ си заради собствен здравословен проблем, а на 17,5% – заради проблем на друг човек (Фиг. 27).



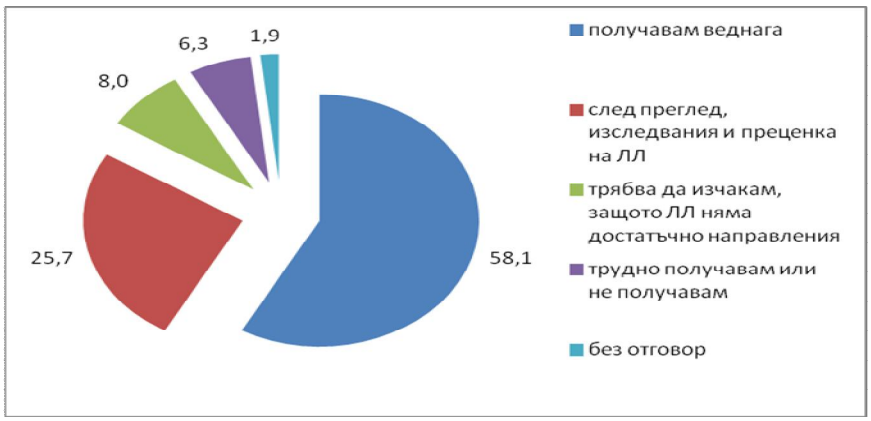
Фиг. 27. Разпределение на респондентите според това дали са търсили личния си лекар извън приемните му часове през последните 12 месеца (относителен дял)

На въпроса дали като цяло са доволни от оказаната медицинска помощ по време на посещение при лекар почти четири пети от анкетираните лица (83%) съобщават, че са доволни от оказаната медицинска помощ по време на посещение при лекар. Категорично недоволните са едва 5,3%, а лицата, които са доволни, но имат препоръки, са 3,6%. Анкетираните, които са посочили, че са недоволни и поради това посещават лекар само при крайна нужда, са 7%. Не са отговорили 1,2% (Фиг. 28).



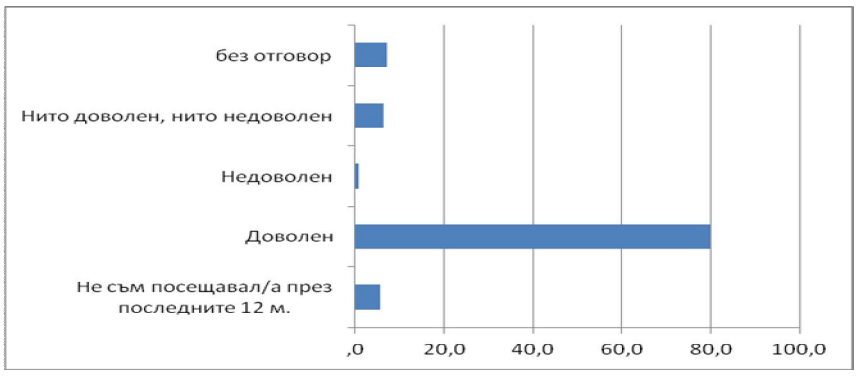
Фиг. 28. Разпределение на респондентите според това дали са доволни от оказаната медицинска помощ по време на посещение при лекар (относителен дял)

На въпроса дали и как получават ОПЛ направление за специалист над половината от анкетираните (58,1%) споделят, че ги получават веднага; всеки четвърти (25,7%) взима направление след преглед, изследвания и преценка на личния лекар, на 8% се налага да чакат, защото техният лекар няма достатъчно направления, а 6,3% получават направление трудно или изобщо не получават. Неотговорилите са 1,9% (Фиг. 29).



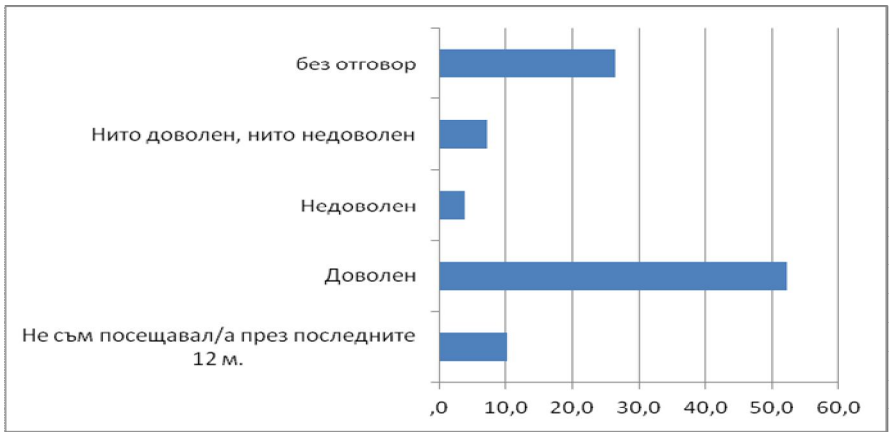
Фиг. 29. Разпределение на респондентите според какво се случва, когато имат нужда от направление за специалист (относителен дял)

Анкетираните лица бяха попитани до колко са доволни от оказаната им медицинска помощ от личния си лекар, специалиста, болницата и спешния център. Близо три четвърти (79,8%) са доволни от личния си лекар, недоволните са едва 0,8%, лицата с уклончив отговор са 6,5%, а 7,3% не са отговорили на въпроса. За последната година 5,7% не са посещавали своя личен лекар и поради това не могат да оценят работата му (Фиг. 30).



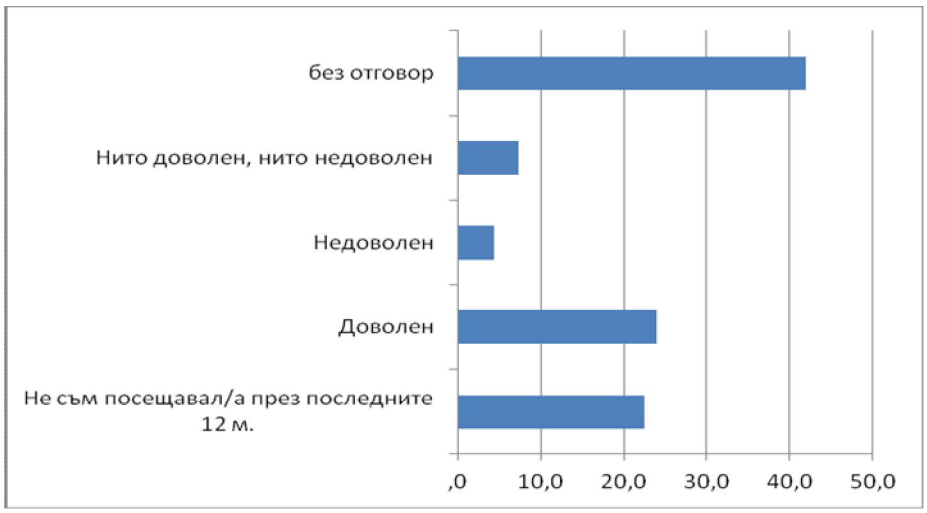
Фиг. 30. Разпределение на респондентите според дали са доволни от оказаната медицинска помощ от личния си лекар (относителен дял)

По отношение на специалиста, отново най-голям е делът на доволните респонденти (52,2%), недоволните са едва 3,9%, лицата с уклончив отговор са 7,3%, а 26,4% не са отговорили на въпроса. За последната година 10,2% не са посещавали специалист и поради това не могат да оценят работата му (Фиг. 31).



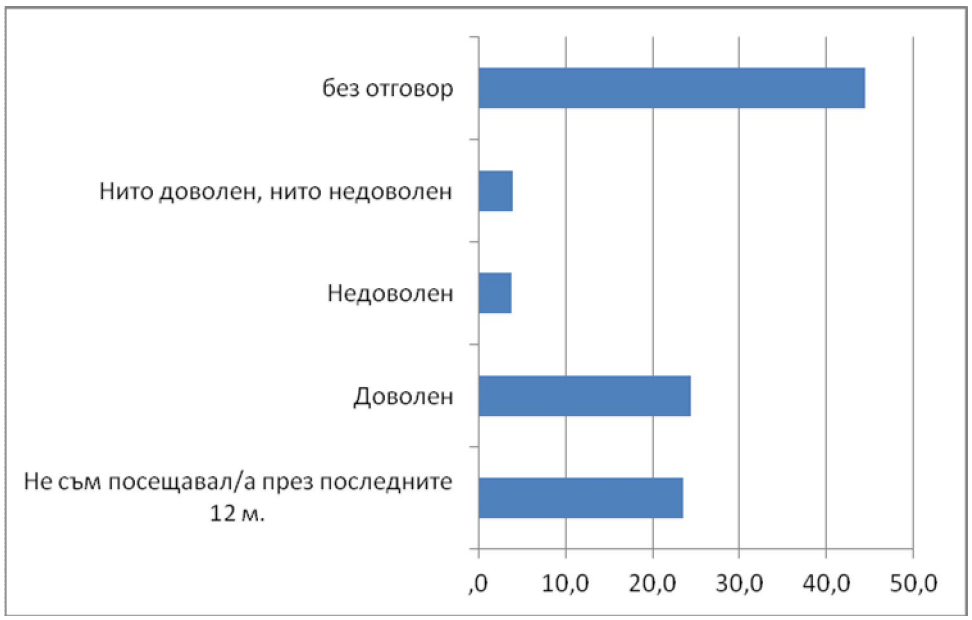
Фиг. 31. Разпределение на респондентите според дали са доволни от оказаната медицинска помощ от специалиста (относителен дял)

Делът на доволните от болницата анкетирани също е висок – 24%. Недоволните са едва 4,3%, а отговорилите уклончиво са 7,3%. Не са дали отговор 41,9%, а 22,6% не са били хоспитализирани през последната година (Фиг. 32).



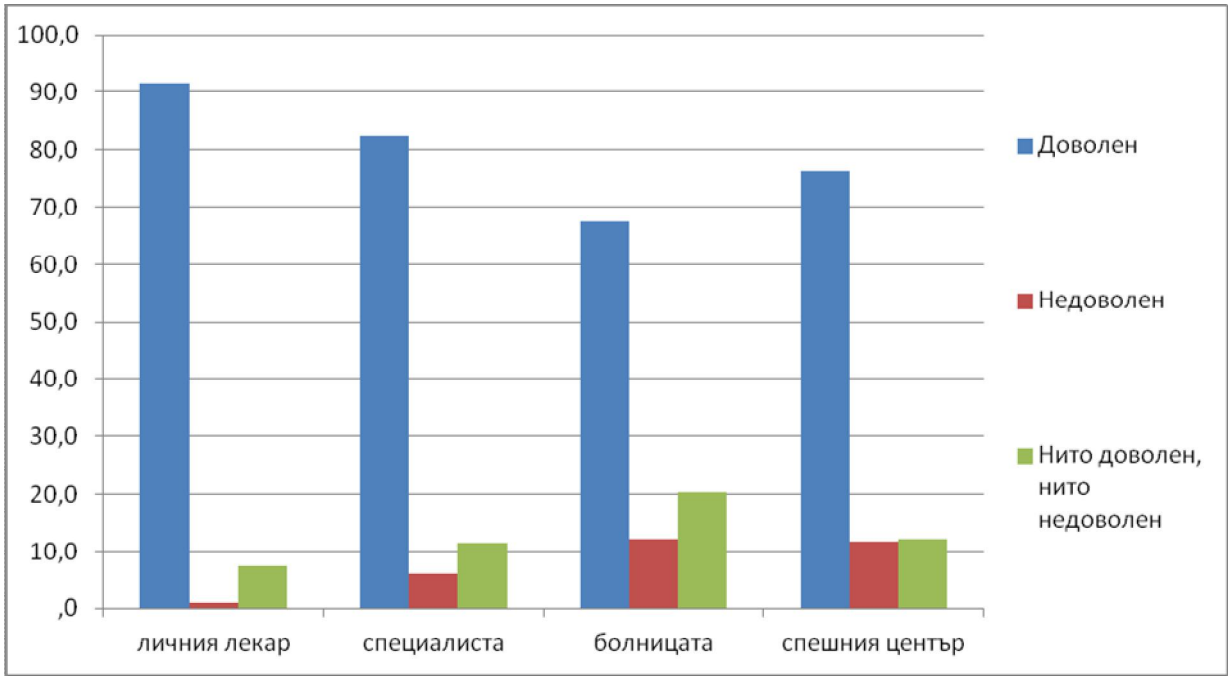
Фиг. 32. Разпределение на респондентите според дали са доволни от оказаната медицинска помощ в болницата (относителен дял)

Делът на доволните от спешния център също е висок – 24,4%. Недоволните са едва 3,7%, а несигурните в преценката си са 3,9%. Не са дали отговор на въпроса 44,5%, а 23,5% не са посещавали спешен център през последната година (Фиг. 33).



Фиг. 33. Разпределение на респондентите според дали са доволни от оказаната медицинска помощ в спешния център (относителен дял)

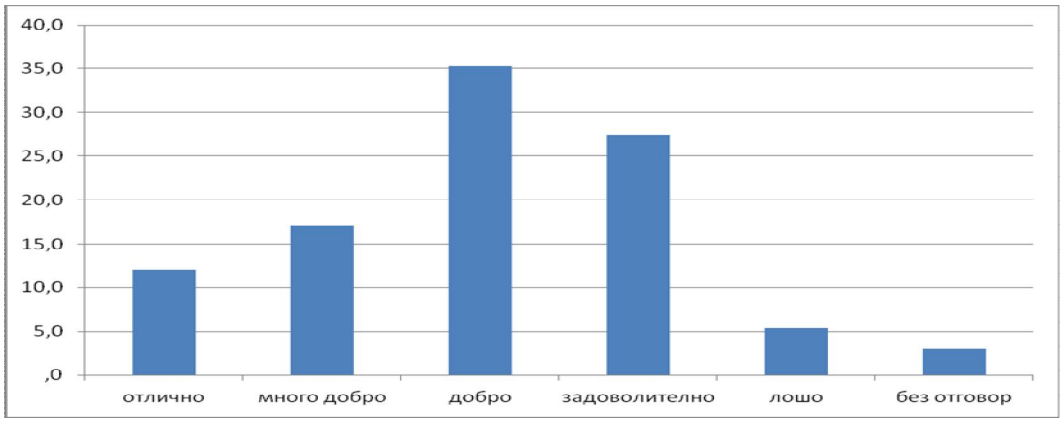
С цел да се сравни одобрението на четирите лекуващи институции, процентите са преизчислени, като са изключени неотговорилите и тези, които не са посещавали съответните лекари/ служби (Фиг. 34). Най-висок е делът на доволните от личните си лекари – 91,7%, което е нормално, като се има предвид, че това са лекарите, които най-често контактуват с пациентите и посрещат основна част от техните здравни потребности. На следващо място се нареждат специалистите (82,4%), следвани от спешния център (76,3%) и болницата (67,4%). За сметка на това най-висок е делът на недоволните от болницата (12,2%) и спешния център (11,6%), докато за специалистите е сравнително нисък (6,1%), а за личните лекари е нищожен (0,9%) – Фиг. 34.



Фиг. 34. Разпределение на респондентите според дали са доволни от оказаната медицинска помощ от личния лекар, специалиста, болницата и спешния център (относителен дял)

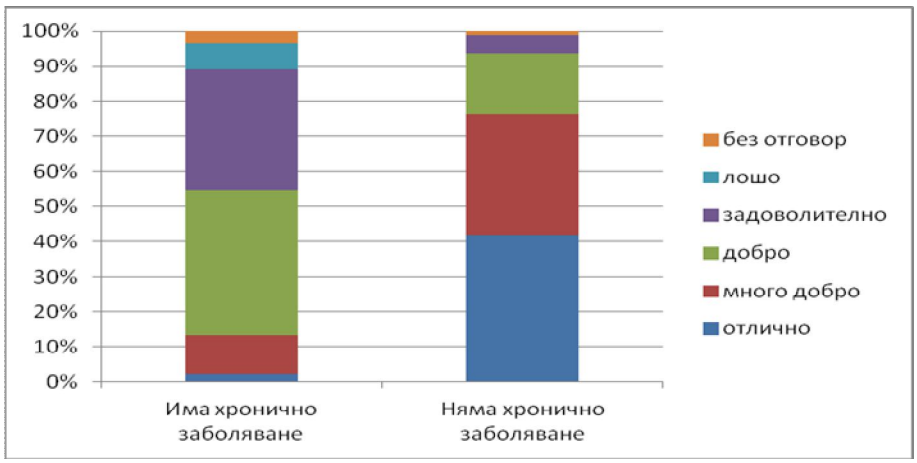
Здравословното състояние на участниците е оценено с един директен въпрос за самооценка, както и с поредица от обективни въпроси.

На въпроса как определят като цяло своето здраве **в**секи трети анкетиран (35,2%) определя здравето си като добро, всеки четвърти (27,4%) – като задоволително, а 17% смятат, че здравето им е много добро. Едва 12,1% смятат, че здравето им е отлично, а 5,4% – лошо. Не са дали отговор 2,9% (Фиг. 35).



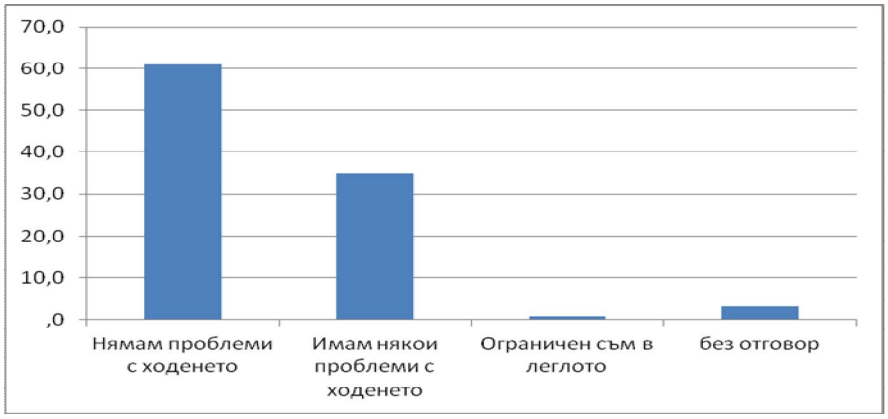
Фиг. 35. Разпределение на респондентите според това как определят собственото си здраве (относителен дял)

С хи-квадрат анализ беше доказано ($p<0.05$) съществуването на силна връзка (Cramer's V=0.650) между самооценката на здравето и наличието на някакво хронично заболяване. Лицата без хронични страдания са по-многобройни в двете най-високи оценки на здравето, докато останалите преобладават при самооценилите здравето си като добро, задоволително и лошо (фиг. 36).



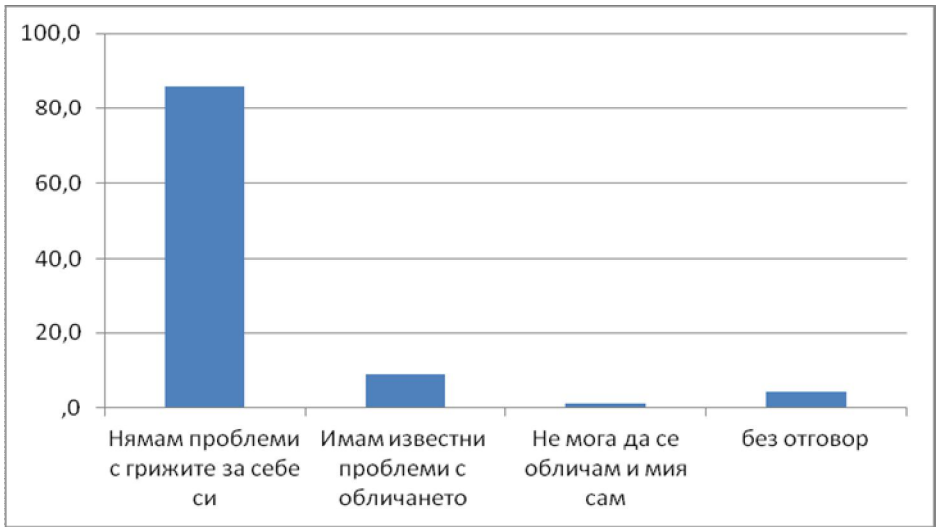
Фиг. 36. Връзка между самооценката на здравето и наличието на хронично заболяване (относителен дял)

На въпроса дали имат проблеми с подвижността, грижите за себе си, обичайните дейности, болка/дискомфорт, страх/депресия над половината участници (60,9%) съобщават, че нямат проблем с подвижността си, докато всеки трети (34,9%) изпитва известни затруднения при ходене. Едва 0,9% са ограничени в леглото. Не са отговорили 3,2% (Фиг. 37).



Фиг. 37. Разпределение на респондентите според тяхната подвижност (относителен дял)

Над четири пети от анкетираните лица (85,5%) нямат проблеми с грижите за себе си. Всеки десети участник (9%) е съобщил, че изпитва известни затруднения в това отношение, а 1,1% са в невъзможност да се обличат и мият сами. Не са отговорили 4,2% (Фиг. 38).



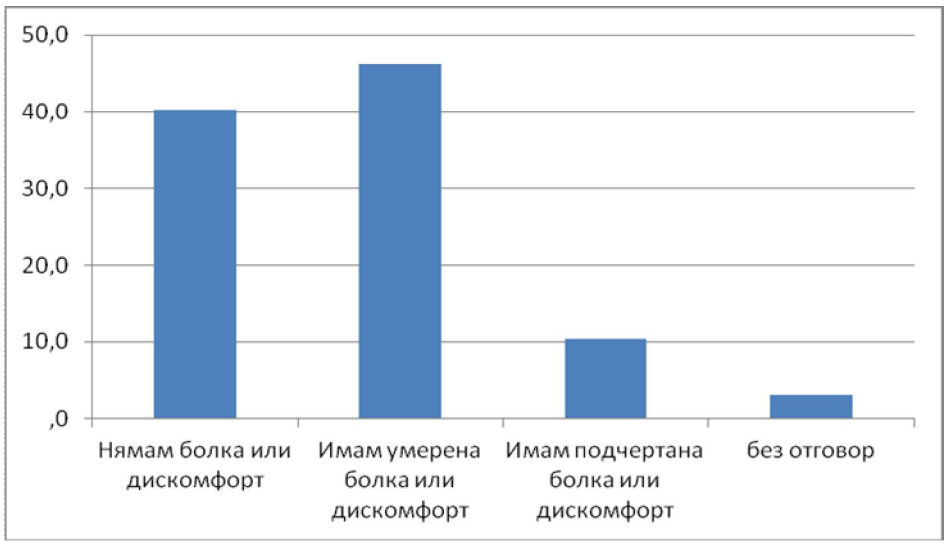
Фиг. 38. Разпределение на респондентите според това дали са в състояние да се грижат за себе си (относителен дял)

Около ¾ от лицата в извадката са съобщили, че нямат проблеми при извършване на обичайните си активности, но всеки пети (18,2%) изпитва известни затруднения, а 2,6% изобщо не са в състояние да изпълняват обичайните си действия. Не са дали отговор 4,6% (Фиг. 39).



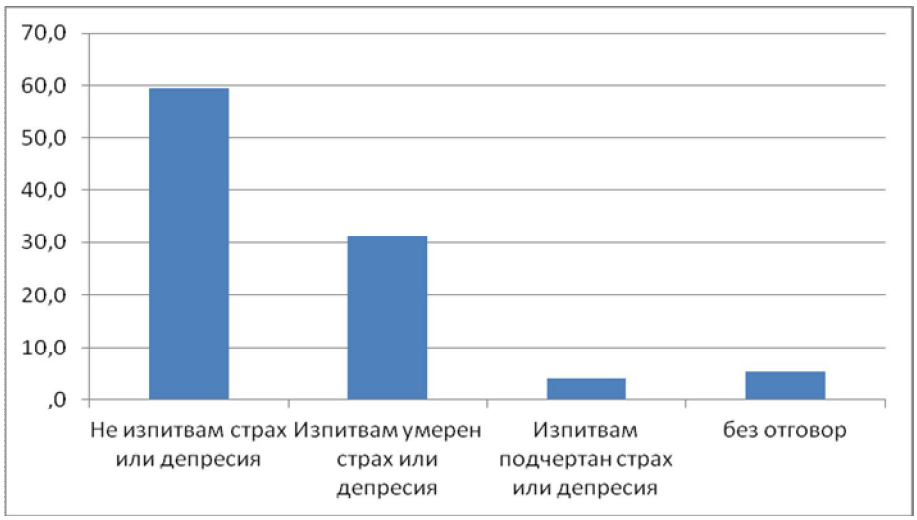
Фиг. 39. Разпределение на респондентите според това дали са в състояние да извършват обичайните си дейности (относителен дял)

Най-голям дял от участниците (46,2%) са съобщили, че изпитват умерена болка или дискомфорт, докато едва при 40,3% няма такива негативни явления. Всеки десети, обаче (10,4%), има подчертана болка или дискомфорт. Не са отговорили 3,1% (Фиг. 40).



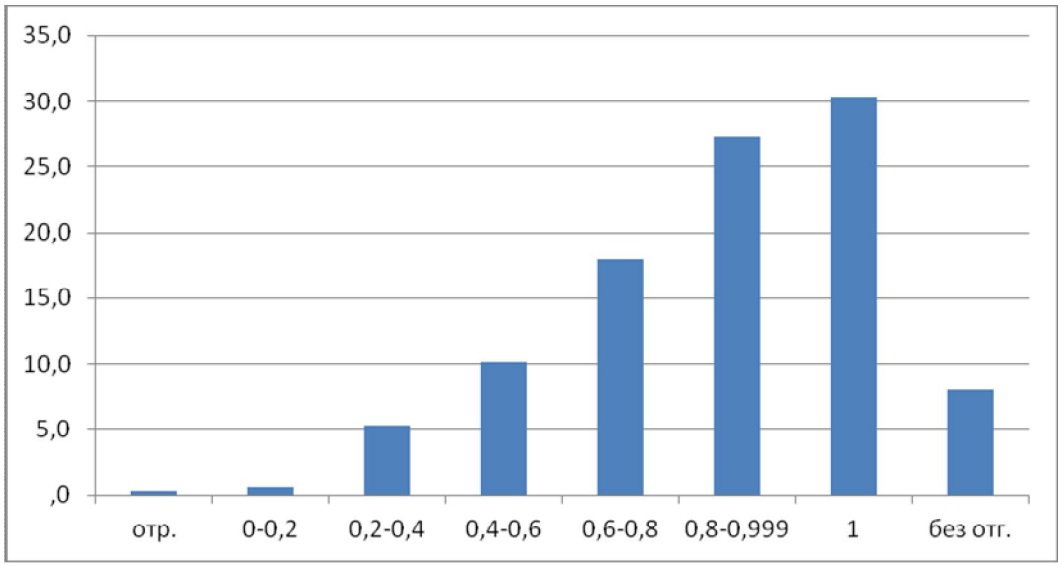
Фиг. 40. Разпределение на респондентите според това дали имат болка или дискомфорт (относителен дял)

Малко повече от половината от участниците твърдят, че не изпитват страх или депресия, за разлика от почти една трета (31,1%), които имат умерен страх или депресия. От подчертан страх/ депресия страда всеки двадесети участник (4,2%). Не са отговорили 5,4% (Фиг. 41).



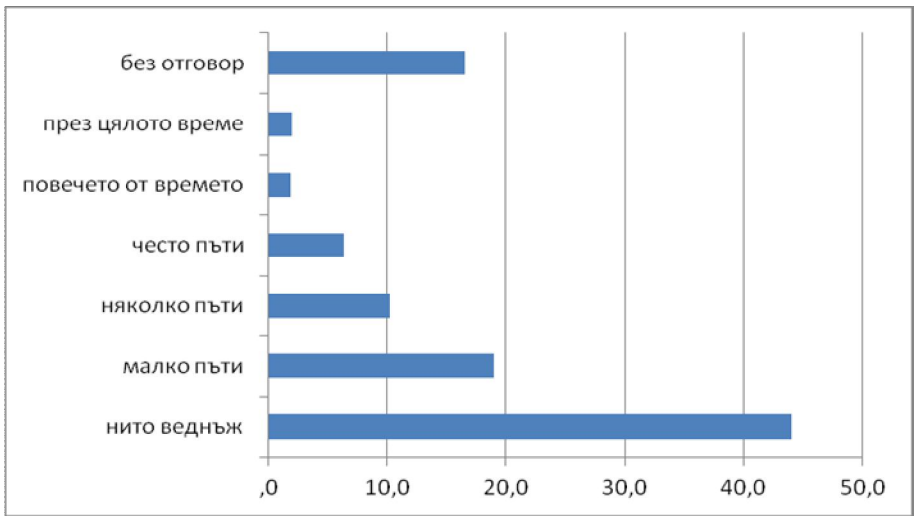
Фиг. 41. Разпределение на респондентите според това дали изпитват страх или депресия (относителен дял)

Изчисленият EuroQol индекс е със средна стойност 0,8 (стандартна грешка на средната 0,008), медиана 0,83 и най-често срещана стойност 1 (пълно здраве). Стойностите му варират в диапазона от -0,04 до 1. Лицата с отрицателни стойности на индекса са едва 0,3% (двама човека), а също нисък е дела на участниците с индекс между 0 и 0,2 (0,6%). Всеки двадесети участник (5,3%) е между 0,2 и 0,2; всеки десети (10,2%) – между 0,4 и 0,6; всеки шести (17,9%) е между 0,6 и 0,8, а всеки четвърти (27,4%) има стойности на индекса над 0,8, но под 1. Точно 1 (идеално здраве) е стойността на индекса на близо една трета (30,3%) – Фиг. 42.



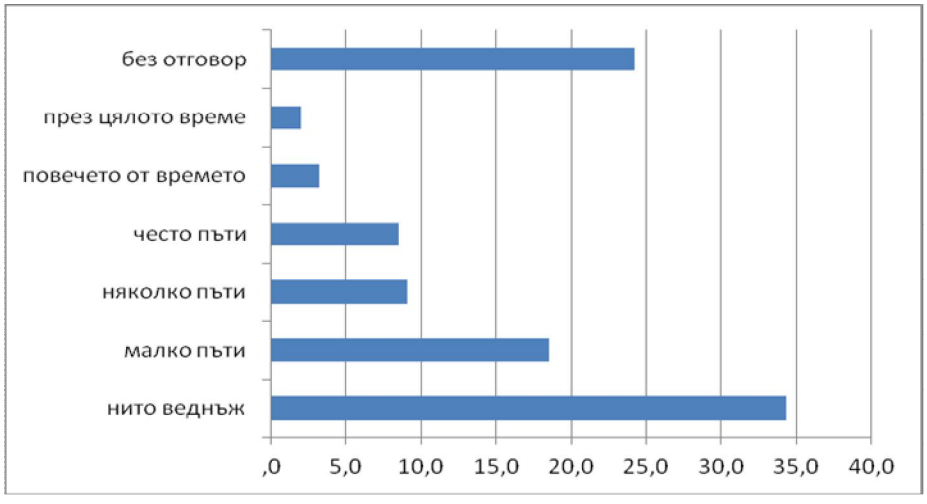
Фигура 42. Разпределение на респондентите според стойностите на техния EQ индекс (относителен дял)

На въпроса „Колко пъти последните две седмици сте били обезсърчени от Вашия здравен проблем?”, най-голям дял от анкетираните (44%) са отговорили с „нито веднъж”, а делът на неотговорилите също е значителен (16,5%), което вероятно означава, че те също не са били обезсърчени от здравословен проблем или не са имали такъв за изследвания период. Всеки пети участник (19%) е съобщил, че малко пъти е бил обезсърчени от здравния си проблем, а всеки десети (10,2%) – няколко пъти. На всеки двадесети (6,3%) това се е случвало често пъти, а при много малък дял от респондентите (съответно 1,9 и 2%) – повечето от времето и през цялото време за последните 2 седмици (Фиг. 43).



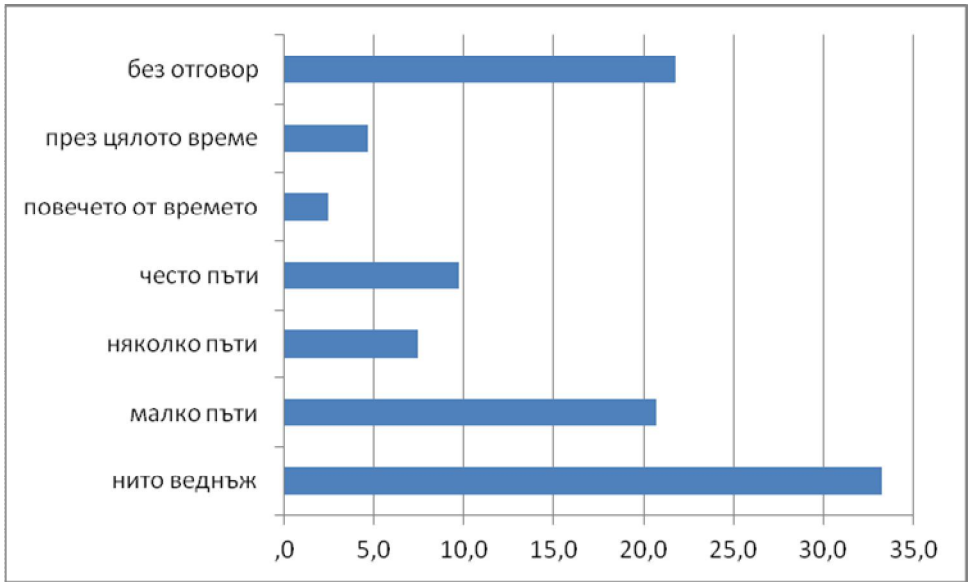
Фиг. 43. Разпределение на респондентите според това колко пъти през последните 2 седмици са били обезсърчени от здравния си проблем (относителен дял)

На въпроса „Колко пъти последните две седмици сте се страхували за Вашето бъдещо здраве?", една трета от анкетираните (34,3%) са отговорили с „нито веднъж", а делът на неотговорилите също е значителен (24,3%), което вероятно означава, че те също не са се страхували за здравето си за изследвания период. Всеки пети участник (18,5%) е съобщил, че малко пъти е имал страхове за здравето си, а всеки десети (9,1%) – няколко пъти. На 8,5 това се е случвало често пъти, а при много малък дял от респондентите (съответно 3,2 и 2%) – повечето от времето и през цялото време за последните 2 седмици (Фиг. 44).



Фиг. 44. Разпределение на респондентите според това колко пъти през последните 2 седмици са се страхували за бъдещото си здраве (относителен дял)

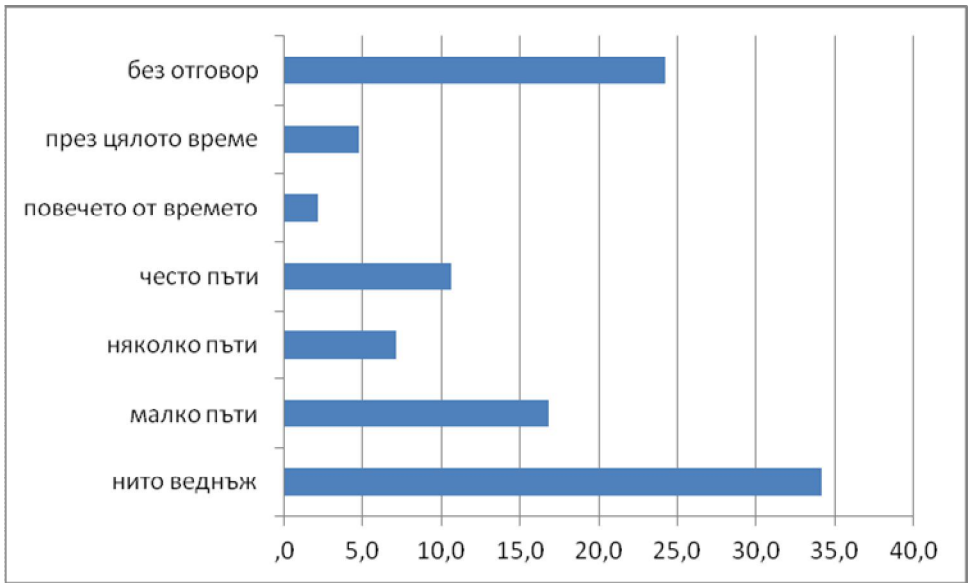
На въпроса „Колко пъти последните две седмици Вашето здраве е било причина за безпокойство във Вашия живот?”, всеки трети от анкетираните (33,2%) е отговорил с „нито веднъж”, а делът на неотговорилите също е значителен (21,8%), което вероятно означава, че при тях също здравето не е било причина за безпокойство за изследвания период. Всеки пети участник (20,7%) е съобщил, че малко пъти се е безпокоял за здравето си, а 7,4% – няколко пъти. На всеки десети (9,7%) това се е случвало често пъти, а при много малък дял от респондентите (съответно 2,5 и 4,6%) – повечето от времето и през цялото време за последните 2 седмици (Фиг. 45).



Фиг. 45. Разпределение на респондентите според това колко пъти през последните 2 седмици здравето им е било причина за безпокойство в живота им (относителен дял)

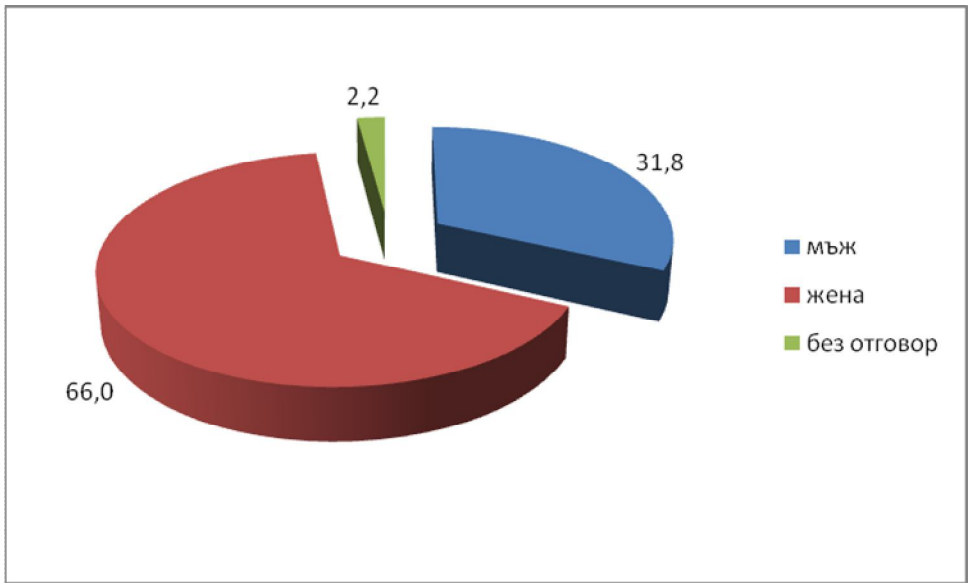
На въпроса „Колко пъти последните две седмици сте били разстроени от Вашия здравен проблем?”, всеки трети от анкетираните (34,2%) е отговорил с „нито веднъж”, а делът на неотговорилите също е значителен (24,3%), което вероятно означава, че те също не са били разтроени от здравен проблем за изследвания период. Всеки седми участник (16,8%) е съобщил, че малко пъти е бил разтроен от здравния си проблем, а 7,1% – няколко пъти. На всеки десети (10,7%) това се е случвало често пъти, а при много малък дял от респондентите (съответно 2,2 и

4,8%) – повечето от времето и през цялото време за последните 2 седмици (Фиг. 46).



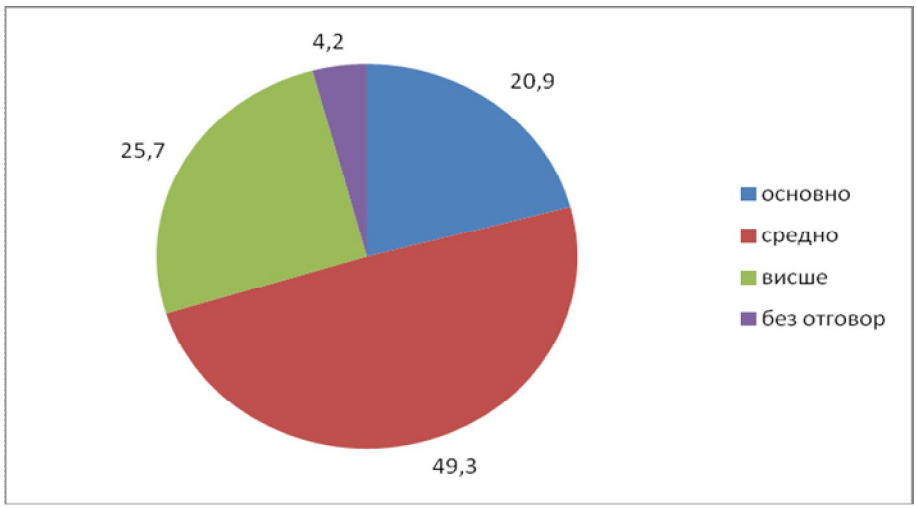
Фиг. 46. Разпределение на респондентите според това колко пъти през последните 2 седмици за били разтроени от техен здравен проблем (относителен дял)

Две трети (66%) от участващите в анкетата лица са жени, а мъжете са едва 31,8%. Не са отговорили на този въпрос 2,2% от участниците (Фиг. 47).



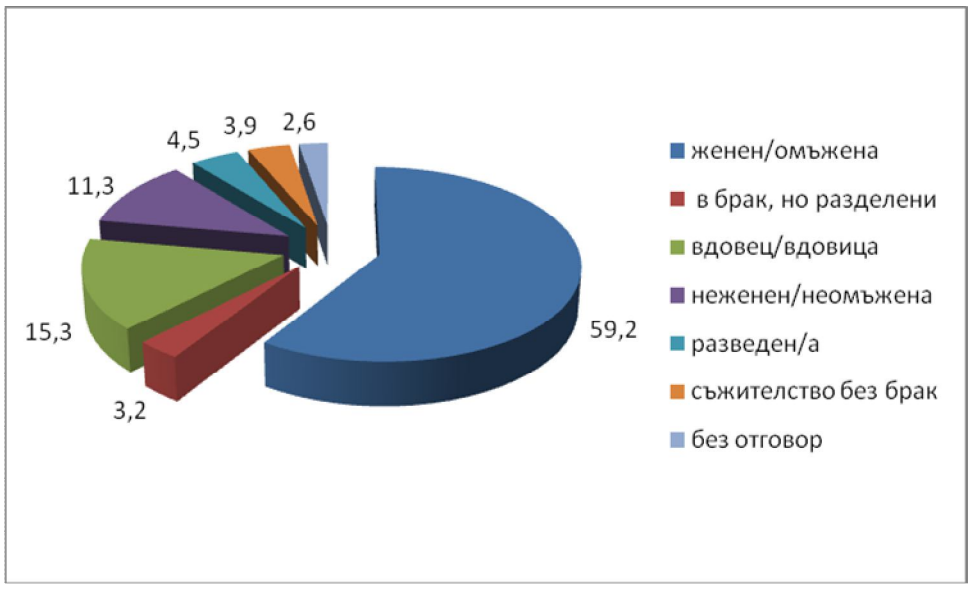
Фиг. 47. Разпределение на респондентите по пол (относителен дял)

Почти половината участници (49,3%) са завършили средно образование, всеки четвърти (25,7%) е висшист, всеки пети (20,9%) има едва основно образование, а 4,2% не са отговорили на този въпрос (Фиг. 48).



Фиг. 48. Разпределение на респондентите по степен на завършено образование (относителен дял)

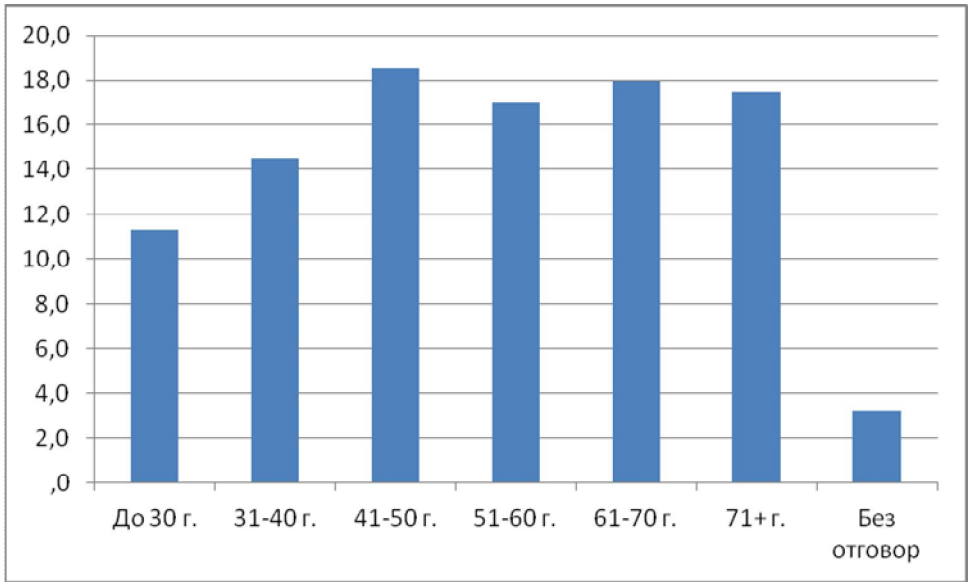
Над половината респонденти (59,2%) имат законен брак, всеки седми (15,3%) е вдовец/ вдовица, всеки десети (11,3%) няма брак, а 4,5% са разведени. В съвместно съжителство, но без официален брак, са 3,9% от анкетираните, а с брак, но разделени са 3,2%. Не са отговорили 2,6% (фиг. 49).



Фиг. 49. Разпределение на респондентите по семейно положение (относителен дял)

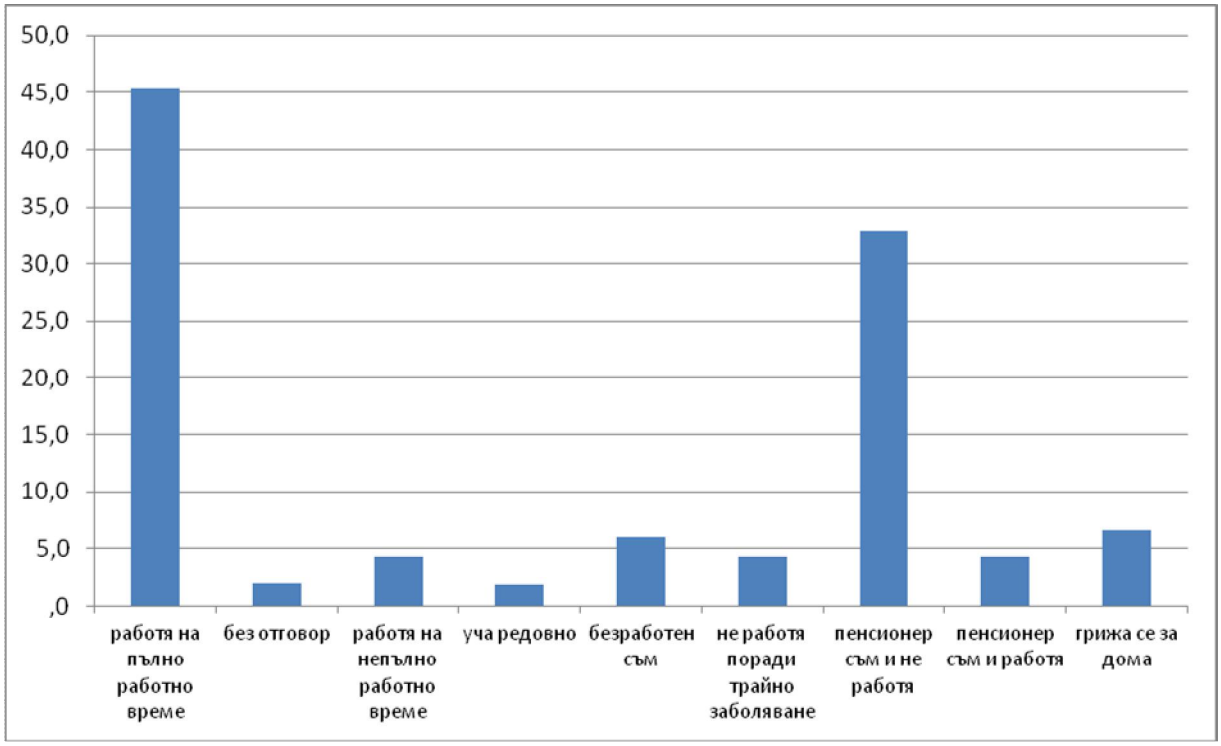
Средната възраст на респондентите е 52,86 г. (стандартната грешка на средната е 0,676), медианата е 52,5, а най-често участниците срещаната възраст е 48 г. Най-младият участник е на 18, а най-възрастният е 88 г.

В рамките на интервала 1-5 пъти е най-голямата част от случаите (43,6%), следвани от 11-15 пъти (14,2%) и 6-10 пъти (13,9%). Значително по-нисък е делът на съобщилите за 16-20 посещения (2,6%), както и 21 или повече (3,1%) – Фиг. 8. Делът на лицата до 30 години е най-малък, едва 11,3%, следвани от тези между 31 и 40 г. (14,5%). Останалите възрастови групи са почти по равно разпределени (между 17 и 18,5%). Лицата, които не са посочили своята възраст, са 3,2% (Фиг. 50).



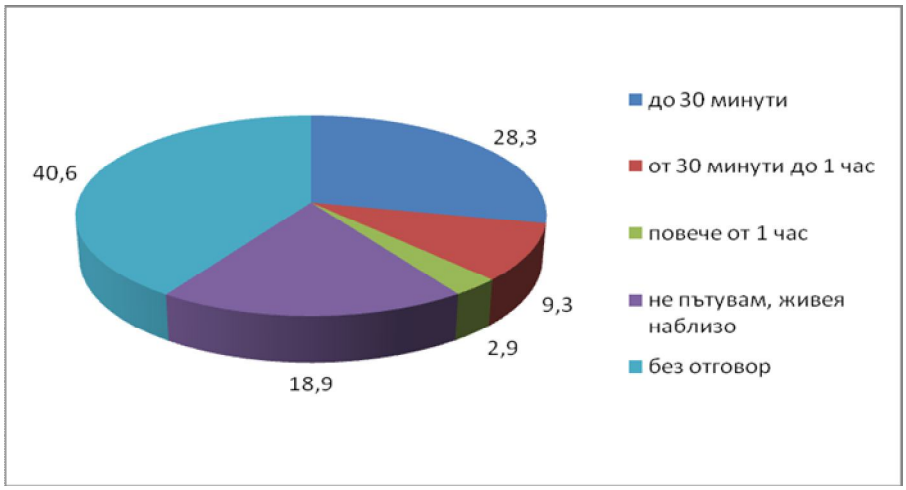
Фиг. 50. Разпределение на респондентите по възраст (относителен дял)

Най-голям дял от участниците (45,3%) работят на пълен работен ден, а всеки трети (32,9%) е пенсионер и не работи. Относително малък е делът на лицата, които се грижат за дома (6,6%), безработните (6%), работещите пенсионери, неработещите поради трайно заболяване и хората, които работят на непълно работно време (по 4,3%), както и учещите редовно (1,9%). Не са отговорили 2%. Сборът на процентите надхвърля 100, тъй като лицата са давали по повече от един отговор (Фиг. 51).



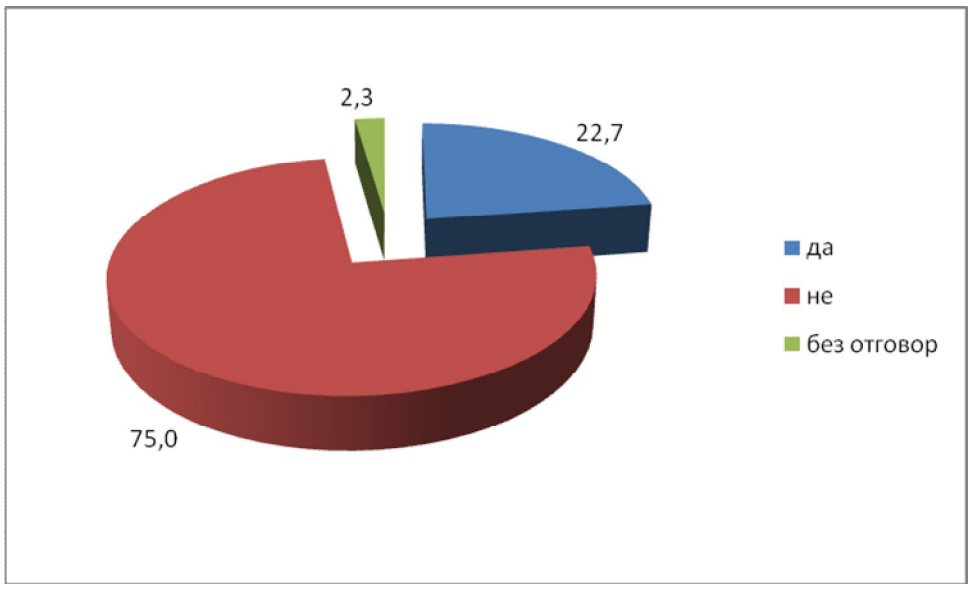
Фиг. 51. Разпределение на респондентите по това, което правят (относителен дял)

Всеки четвърти респондент (28,3%) е споделил, че пътува до 30 минути до работното си място, всеки пети (18,9%) не пътува, защото живее съвсем близо до работата си, един на всеки десет (9,3%) трябва да пропътува между 30 и 60 минути, а 2,9% - повече от час (Фиг. 52). Делът на неотговорилите е значителен (40,6%) и вероятно там са се натрупали лицата, които не ходят на работа в момента (домакини, безработни, пенсионери и учащи).



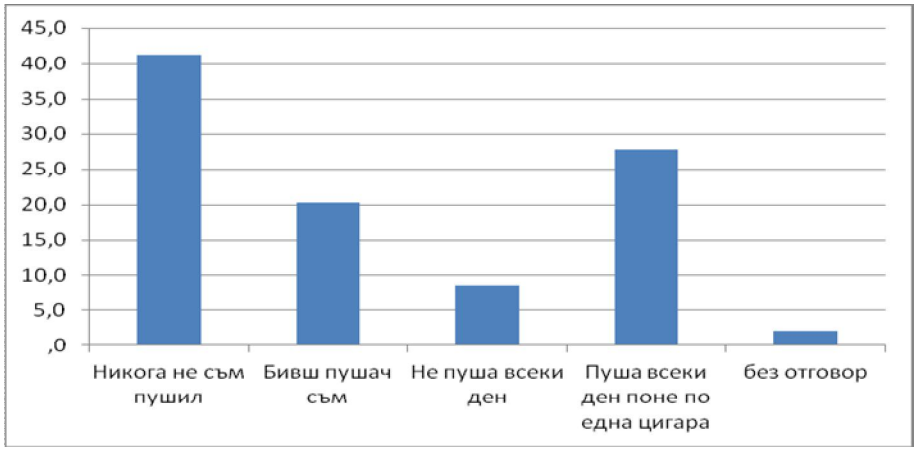
Фиг. 52. Разпределение на респондентите според това колко време пътуват до работното си място (относителен дял)

Мнозинството от респондентите (75%) не живеят с лица под 18 г., за разлика от всеки пети (22,7%), съобщил, че има непълнолетни в дома му. Не са отговорили 2,3% (фиг. 53).



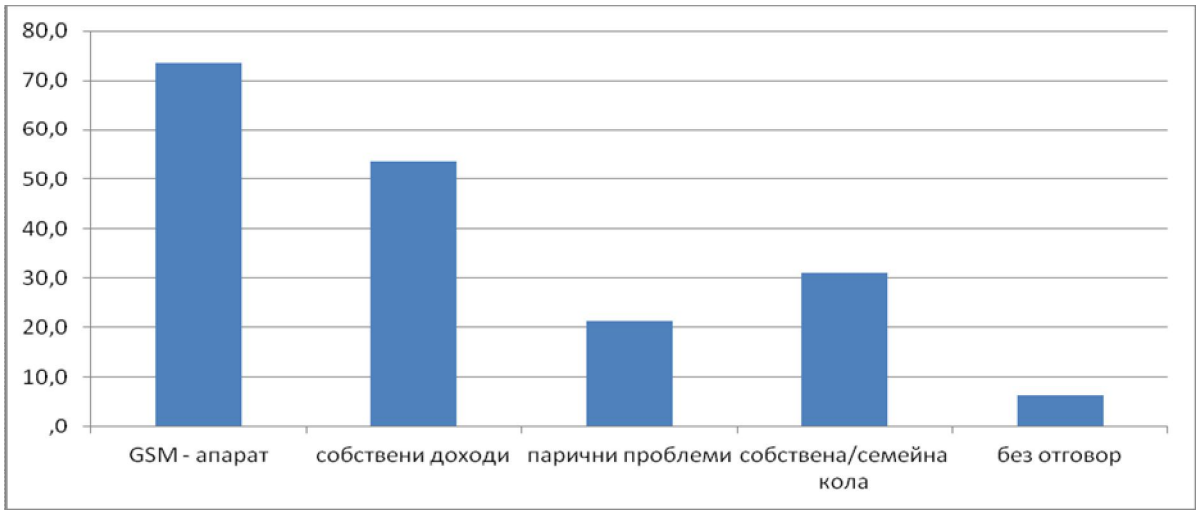
Фиг. 53. Разпределение на респондентите според това дали има лица под 18 г. в техния дом (относителен дял)

Малко под половината участници (41,3%) никога не са пушили, а всеки пети (20,2%) е бивш пушач. Епизодични пушачи са 8,7%, а лицата, които пушат всеки ден поне по една цигара са 27,8%. Два процента не са отговорили на този въпрос (Фиг. 54).



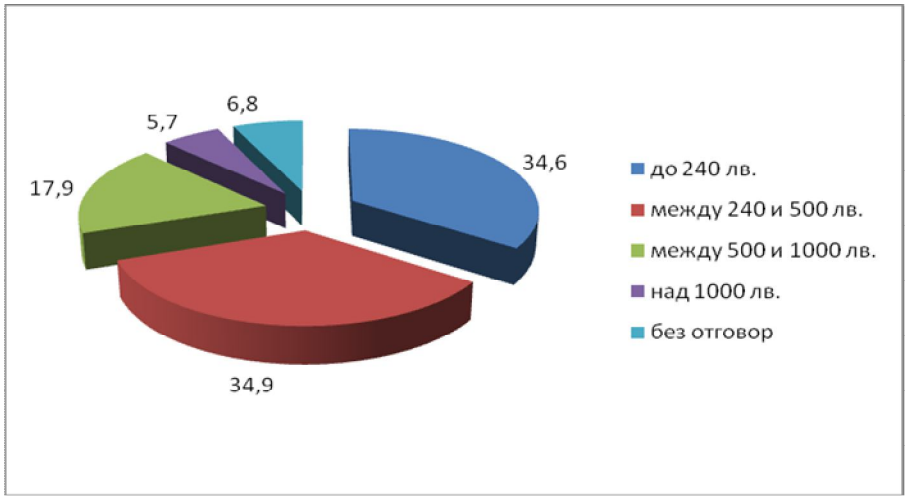
Фиг. 54. Разпределение на респондентите според това дали някога са пушили или пушат в момента (относителен дял)

Почти ¾ от участниците (73,6%) притежават мобилен телефон; над половината анкетирани (53,5%) имат собствени доходи, а всеки трети (31,1%) – личен/ семеен автомобил. Със съжаление трябва да се отбележи, че всеки пети респондент (21,2%) има парични проблеми. На този въпрос не са отговорили 6,3% от участниците. Сборът на процентите надхвърля 100, тъй като лицата са давали по повече от един отговор (Фиг. 55).



Фиг. 55. Разпределение на респондентите според това какво притежават (относителен дял)

По една трета от участниците (съответно 34,6 и 34,9%) имат доход до 240 и между 240 и 500 лв. на месец. Всеки шести участник (17,9%) може да се похвали с лични доходи между 500 и 1000 лв. на месец, а едва 5,7% са съобщили за суми над 1000 лв. Делът на неотговорилите е 6,8% (Фиг. 56).



Фиг. 56. Разпределение на респондентите според личния им нетен месечен доход (относителен дял)

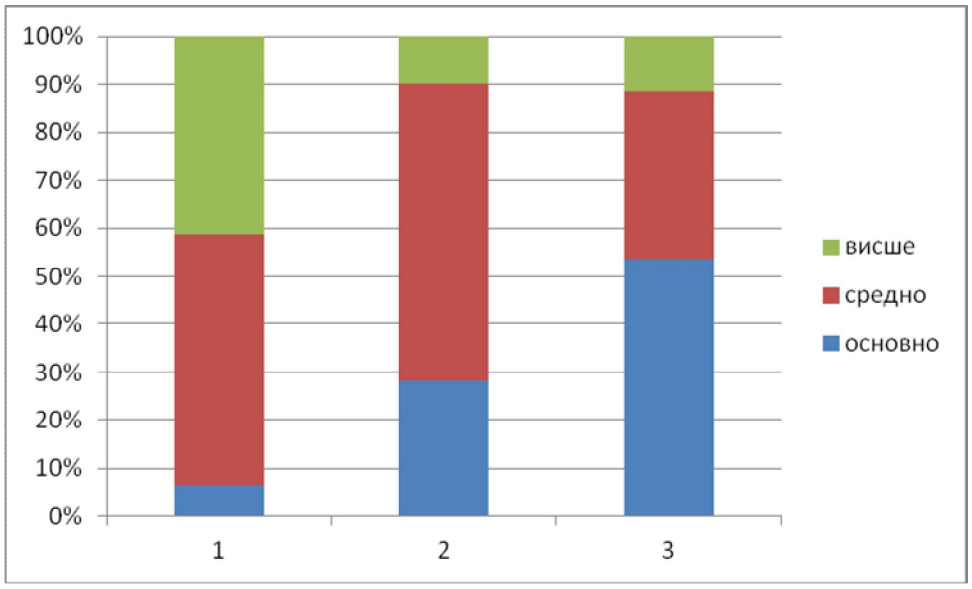
Обобщените показатели от едномерните разпределения са представени в Табл. 20 – 22 **(вж. Приложение 2).**

Характеристика на трите изследвани лекарски практики

Различията между трите практики са изследвани с хи-квадрат анализ (Табл. 23**, Приложение 2)**

Разпределението по пол не се различава съществено в трите лекарски практики ($p>0,05$).

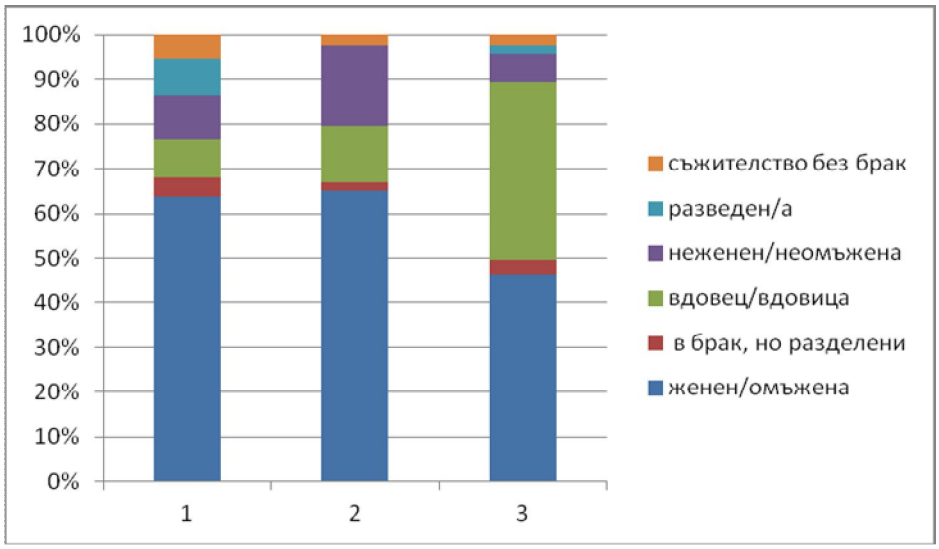
Наблюдават се статистически значими различия по ниво на завършено образование ($p<0,05$): в първата практика лицата с основно образование са незначителен дял, във втората нарастват, а в третата са най-много. За сметка на това лицата с висше образование са най-многобройни в първата практика, а делът им във втората и третата е приблизително еднакво нисък (Фиг. 57)



Фиг. 57. Разпределение на участниците по образование и лекарска практика (относителен дял)

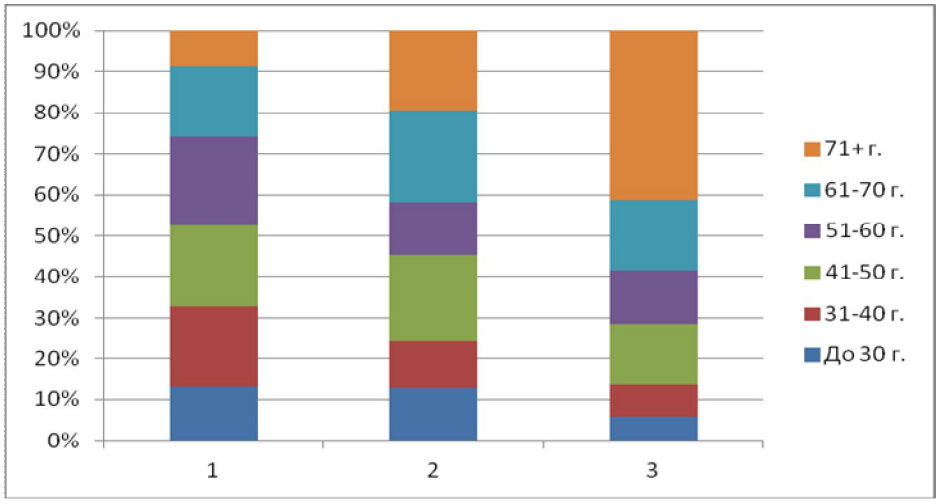
Семейното положение на респондентите също варира значително в трите изследвани практики ($p<0,05$): В първата и втората практика делът на женените

е по-висок в сравнение с третата, където пък са повече овдовелите лица (Фиг. 58).



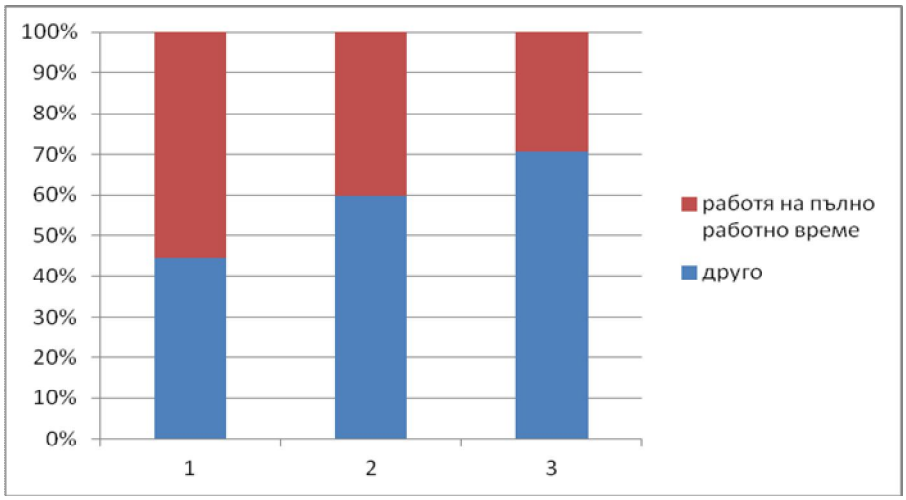
Фиг. 58. Разпределение на участниците по семейно положение и лекарска практика (относителен дял)

Участниците са различно разпределени по възраст в трите практики ($p<0.05$): Делът на най-възрастните в първата практика е незначителен, той нараства във втората и особено осезаемо в третата; за сметка на това по-млади лица се срещат по-рядко в третата практика (Фиг. 59).



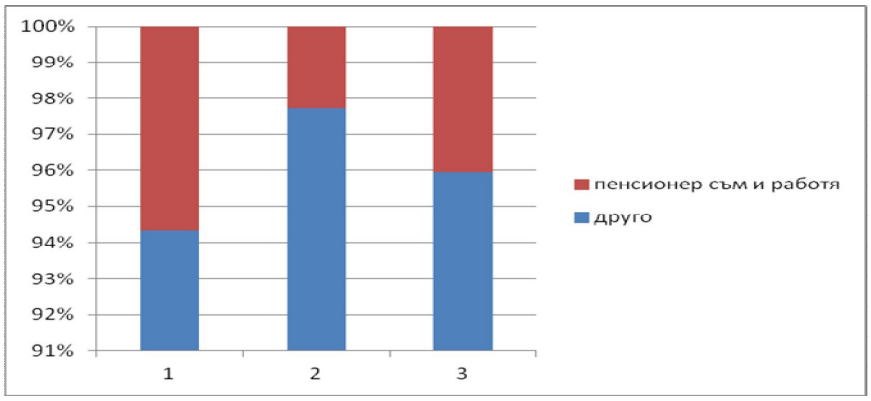
Фиг. 59. Разпределение на участниците по възраст и лекарска практика (относителен дял)

Относителният дял на работещите на пълно работно време застрашително намалява във втората практика и особено видно – в третата ($p<0.05$), в сравнение с първата (Фиг. 60).



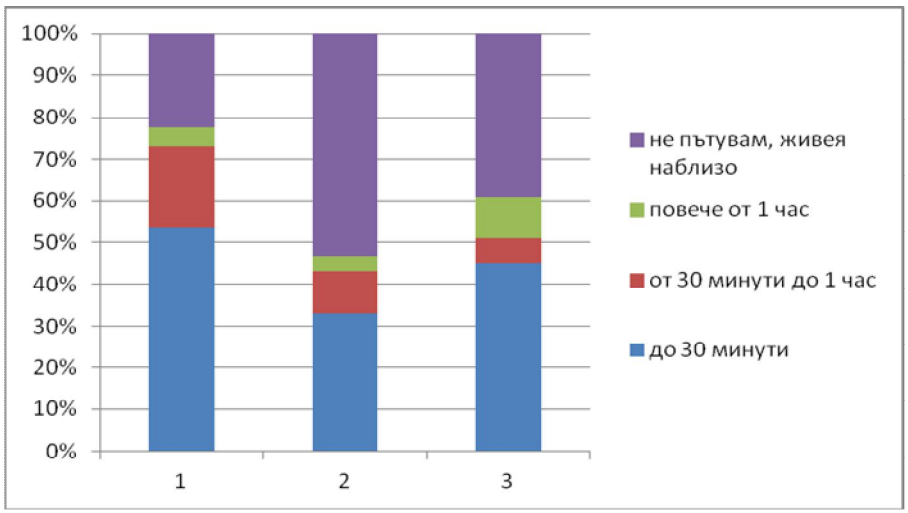
Фиг. 60. Разпределение на участниците по това дали работят на пълно работно време и лекарска практика (относителен дял)

Няма статистически значими различия между трите изследвани практики според това дали респондентите работят на непълно работно време, учат редовно, безработни са, не работят поради трайно заболяване, работещи пенсионери и лица, грижещи се за дома ($p>0,05$). За сметка на това има значими различия в дела на работещите пенсионери ($p<0.05$): Делът им е най-висок в първата практика и намалява в третата и особено видно – във втората. Това е свързано с районите, в които се намират лекарските практики – отдалечените от областния център не предлагат толкова много възможности за работа (Фиг. 61).



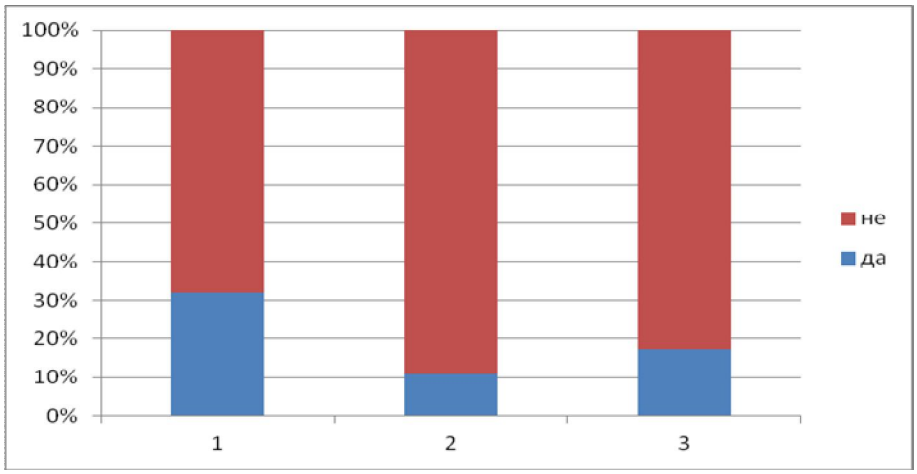
Фиг. 61. Разпределение на участниците по това дали са пенсионери и работят и лекарска практика (относителен дял)

Времето за пътуване до работното място също се различава в трите изследвани района ($p<0,05$): в областния център са най-малко лицата, които не пътуват, а живеят непосредствено до местоработата си; делът им нараства в третата практика и особено видно – във втората. За сметка на това пътуващите до 30 минути са над половината от живеещите в първата практика, а едва 1/3 от тези във втората (Фиг. 62).



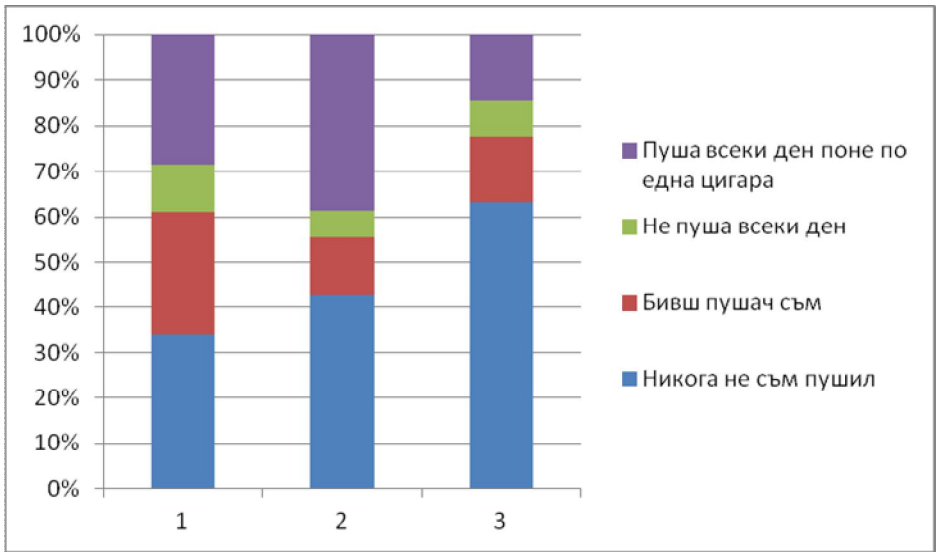
Фиг. 62. Разпределение на участниците по времето, за което достигат работното си място и лекарска практика (относителен дял)

Наличието на деца до 18 г. в дома на респондентите също не е еднородно в трите района ($p<0.05$): най-висок е делът на респондентите, отговорили утвърдително, в първата практика, следвани от третата и накрая – втората (Фиг. 63).



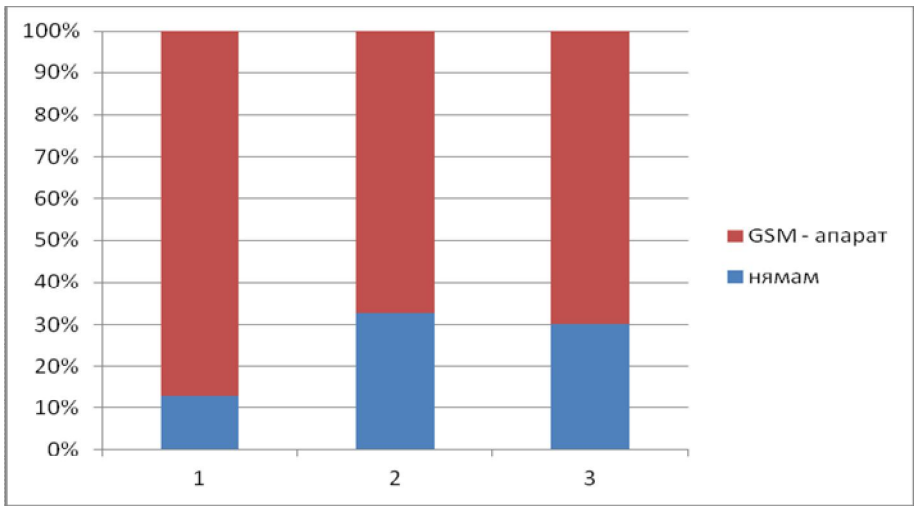
Фиг. 63. Разпределение на участниците по наличие на деца до 18 г. в дома им и лекарска практика (относителен дял)

Навиците за пушене също са различни за трите района ($p<0.05$): значително по-голям е делът на непушачите в третата практика, а намалява във втората и съответно – първата. Бившите пушачи пък, са най-масови в първата практика, а редовно пушещите – във втората (фиг. 64).



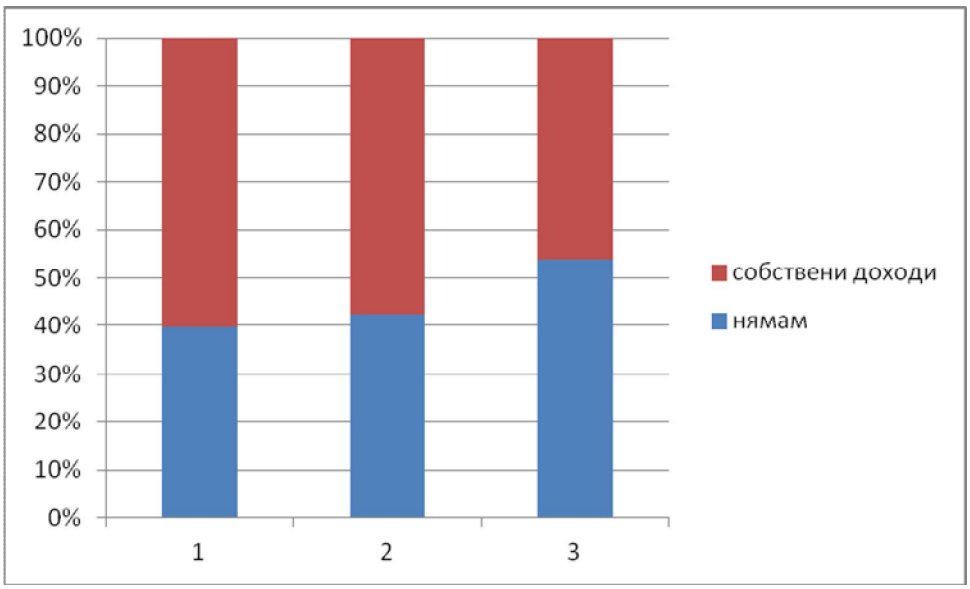
Фиг. 64. Разпределение на участниците по навици за пушене и лекарска практика (относителен дял)

Притежанието на мобилен телефон също е нееднородно ($p<0,05$): естествено собствениците на GSM са най-масови в областния център, а между втората и третата практики няма големи различия (Фиг. 65).

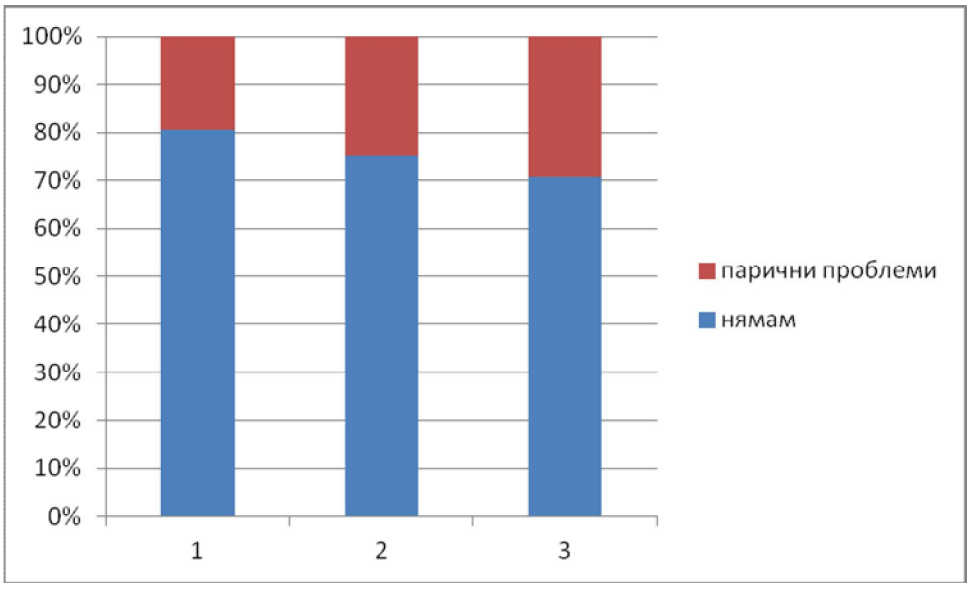


Фиг. 65. Разпределение на участниците по притежание на мобилен телефон и лекарска практика (относителен дял)

Наличието на собствени доходи също е различно в трите района ($p<0.05$): повече лица са съобщили за това в първата и втората практика, в сравнение с третата (Фиг. 66). За сметка на това паричните проблеми са по-разпространени в третата практика и по-слабо застъпени в първата и втората (Фиг. 67).

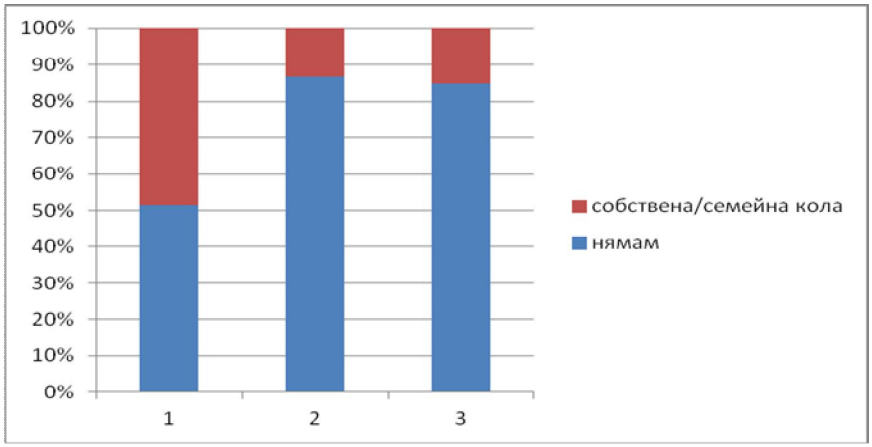


Фиг. 66. Разпределение на участниците по притежание на собствени доходи и лекарска практика (относителен дял)

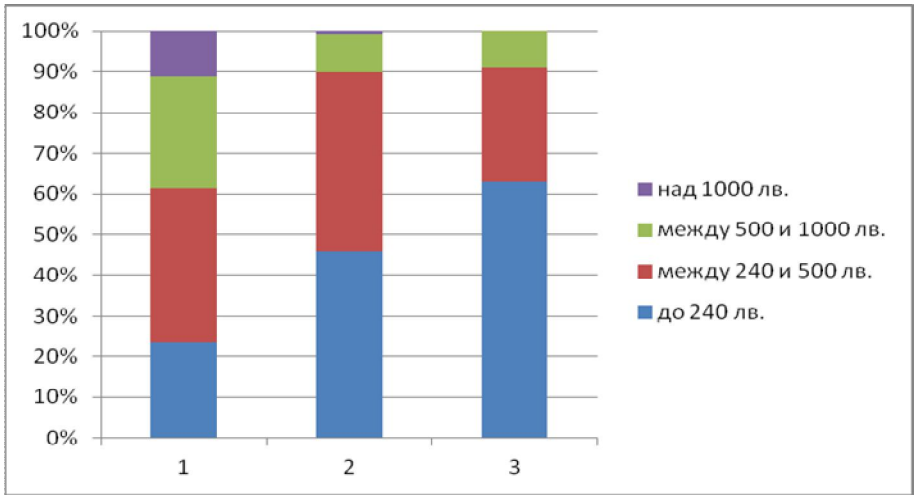


Фиг. 67. Разпределение на участниците по наличие на парични проблеми и лекарска практика (относителен дял)

Разликите между трите района са особено видни в разпределението на въпроса, касаещ притежанието на личен/ семеен автомобил ($p<0.05$): над половината от респондентите от областния център имат кола, докато това важи за много по-нисък дял от лицата, посещаващи втората и третата лекарски практики (Фиг. 68). Това се потвърждава и от въпроса за доходите на участниците: делът на лицата, които получават до 240 лв. на месец е най-нисък в първата практика, нараства във втората и особено видно – в третата. Затова пък тези, които имат над 1000 лв. месечно са незначителен дял във втората и третата практика, за разлика от първата (Фиг. 69).



Фиг. 68. Разпределение на участниците по това дали имат автомобил и лекарска практика (относителен дял)



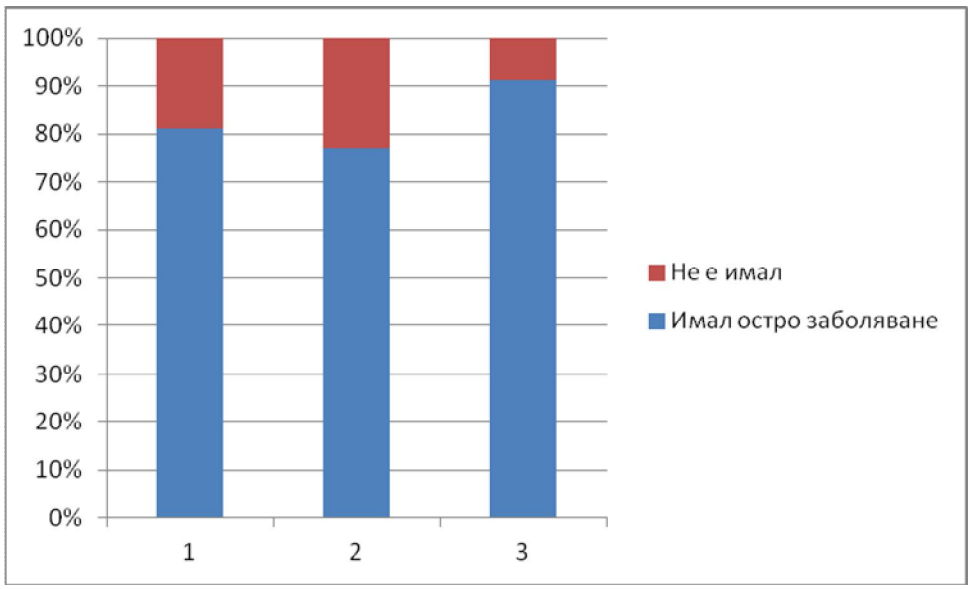
Фиг. 69. Разпределение на участниците по доход и лекарска практика (относителен дял)

Изследване на различията в отговорите на респондентите според лекарската практика, която посещават

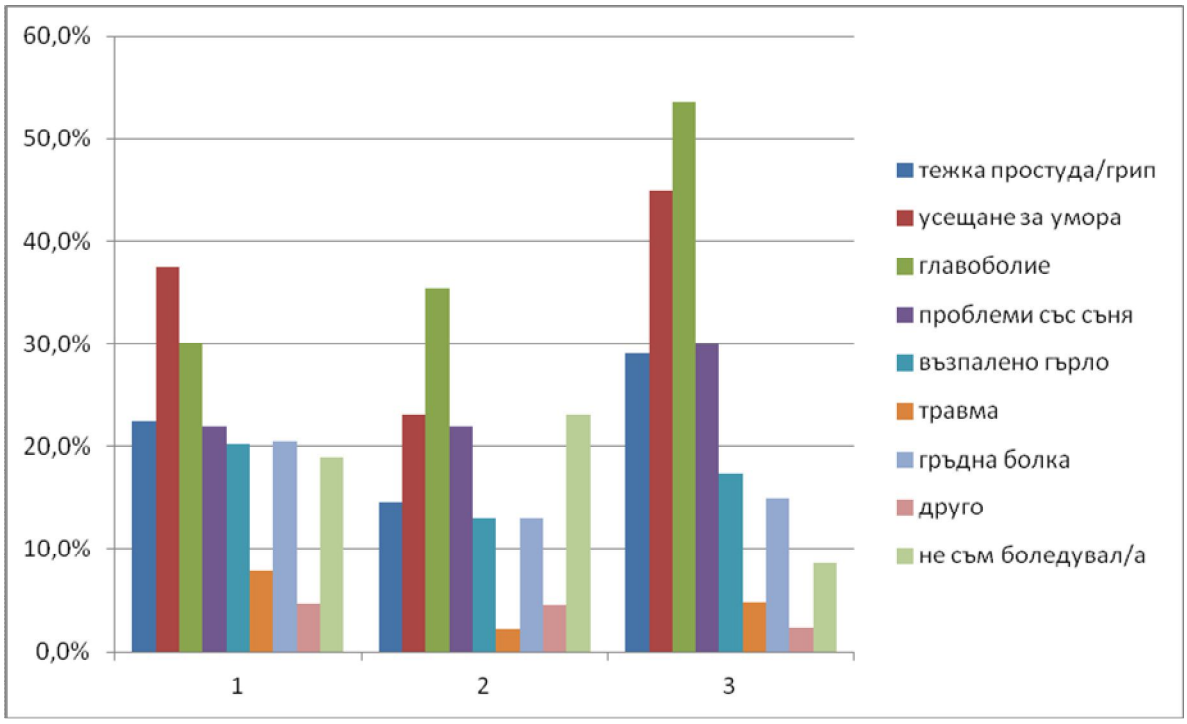
Разликите са изследвани с хи-квадрат анализ. Количествените променливи са тествани за нормалност на разпределението с непараметричния тест на Колмогоров-Смирнов, който доказа, че те не следват закона за нормално разпределение. Резултатите са представени в Табл. 24 **(Приложение 2).**

На статистически значимите връзки (sig<0.05) е изчислен коефициент на Крамер, оценяващ силата на връзката. Той е в диапазона 0,1-0,3, което означава много слаба връзка. Една от слабостите на този тип статистически анализ е именно подценяването на силата на връзката при малки извадки и, съответно, надценяването им с увеличаване обема на извадката.

Наличието на остро заболяване през последните 12 месеца е слабо, но статистически значимо свързано с практиката (Фиг. 70). Лицата, посещаващи практика 3 по-често са страдали от остри заболявания, в сравнение с останалите (фиг. 71).

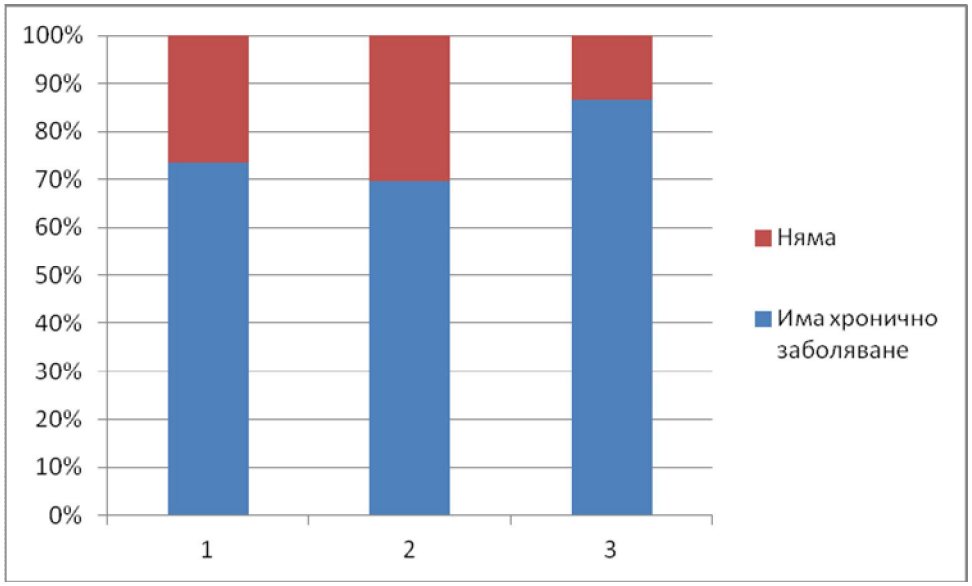


Фиг. 70. Връзка между прекарано остро заболяване през последните 12 месеца и практика

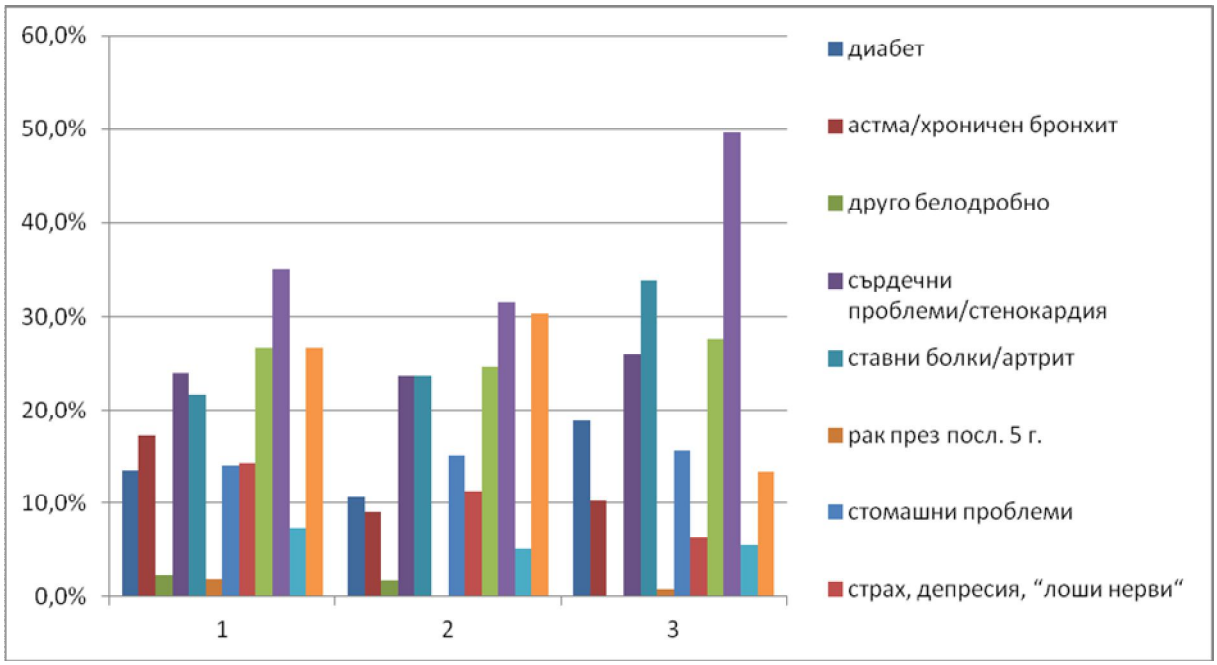


Фиг. 71. Връзка между прекараните остри заболявания през последните 12 месеца и практика

Наличието на хронично страдание също се различава сред посещаващите три практики. Връзката е слаба, но статистически значима (фиг. 73). Делът на лицата без хронични заболявания е най-нисък в третата практика (фиг. 72).

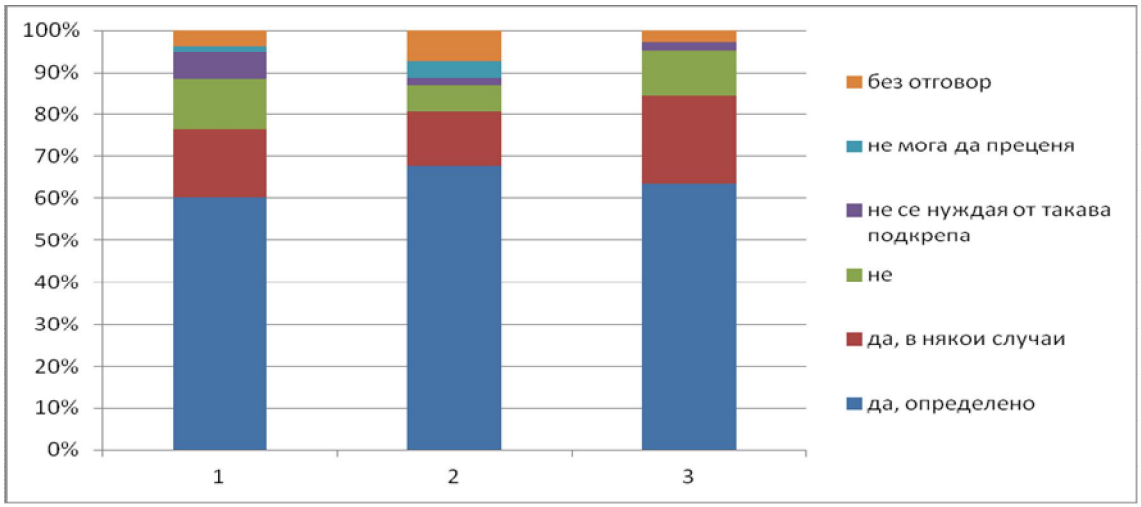


Фиг. 72. Връзка между наличие на хронично заболяване и практика



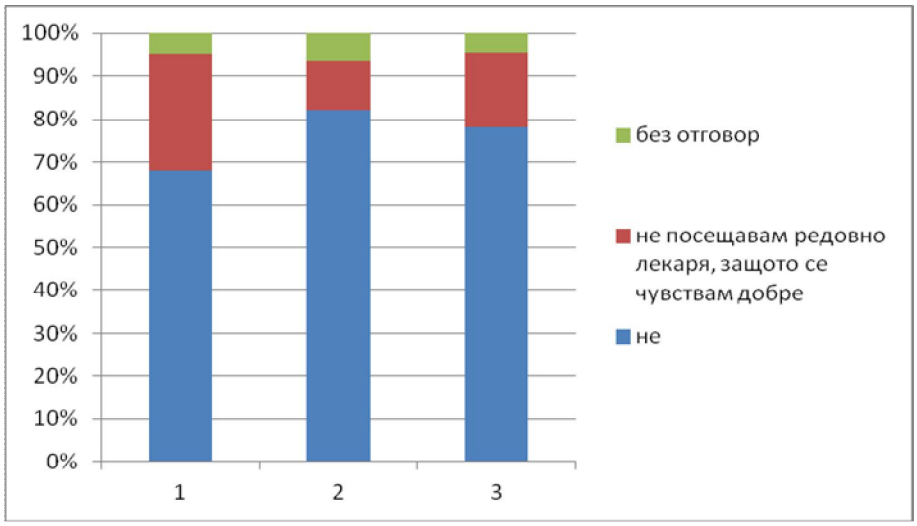
Фиг. 73. Връзка между хроничните заболявания на участниците и практика

Има статистически значима, но слаба връзка между променливата, отразяваща дали лицата с хронични заболявания получават достатъчно подкрепа от здравната или социална служба и посещаваната лекарска практика (Фиг. 74). лицата, посещаващи практика 2 по-често са получили напълно тази подкрепа, докато тези в практика 3 са по-многобройни в отговора „в някои случаи", а лекуващите се в практика 1 най-често са споделяли, че не се нуждаят от такава подкрепа.



Фиг. 74. Връзка между хроничните заболявания и подкрепа от здравната служба

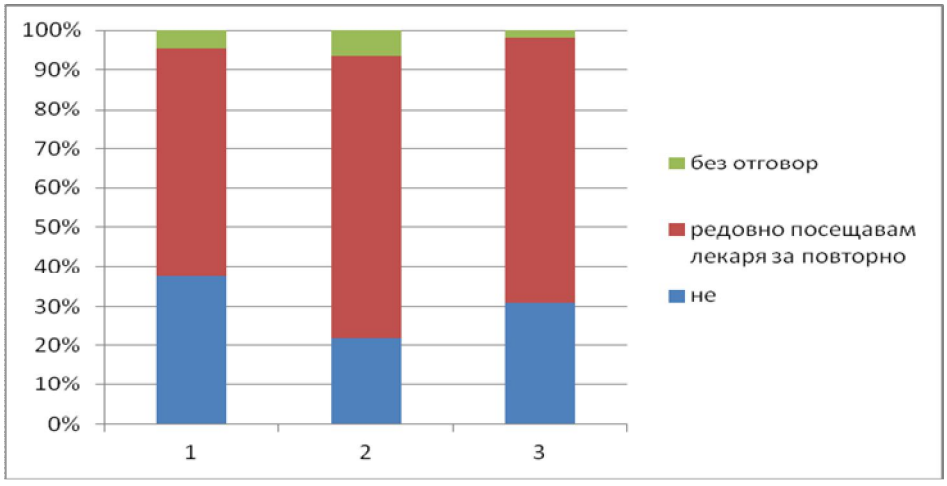
В първата практика е най-висок делът на лицата, които не посещават редовно лекар заради хроничното си заболяване, защото се чувстват добре, а най-нисък – във втората (Фиг. 75).



Фиг. 75. Връзка между хроничните заболявания на участниците и посещение при ОПЛ

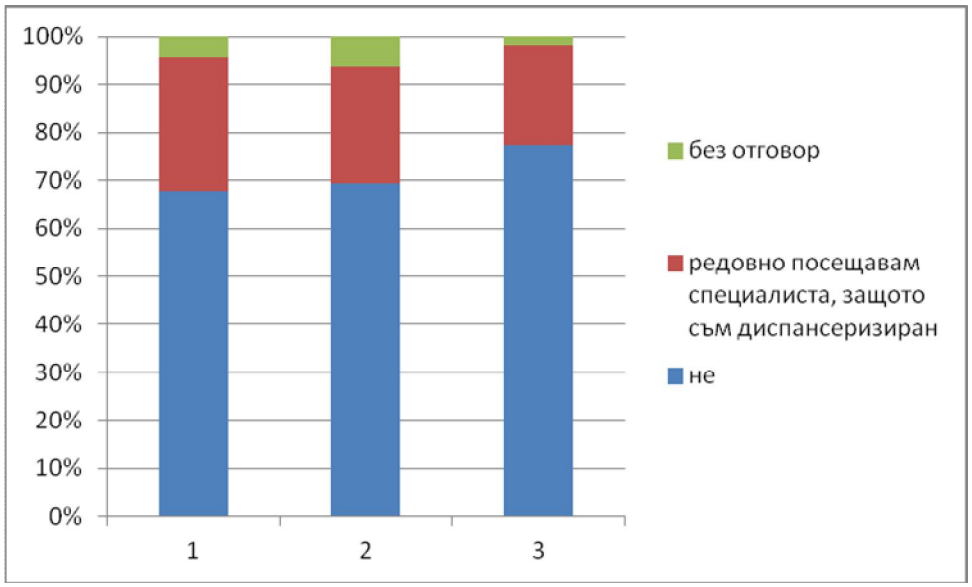
Връзка между непосещаване на лекаря поради субективно усещане за добро здраве и практика

Най-редовни в повторните посещения при лекаря са лекуващите се в първата практика, докато те са сравнително по-малко в третата и особено в първата (Фиг. 76).



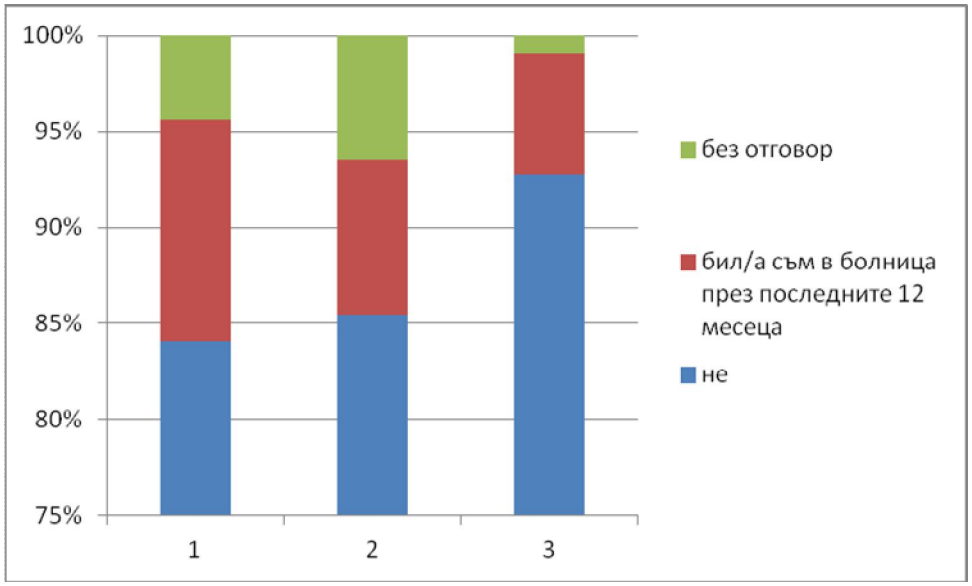
Фиг. 76. Връзка между повторно посещение на лекаря и практика

Редовно посещаващите специалист са малко повече в първата практика (вероятно поради по-улесненият достъп до специализирана помощ), но разликите не са статистически значими (Фиг. 77).



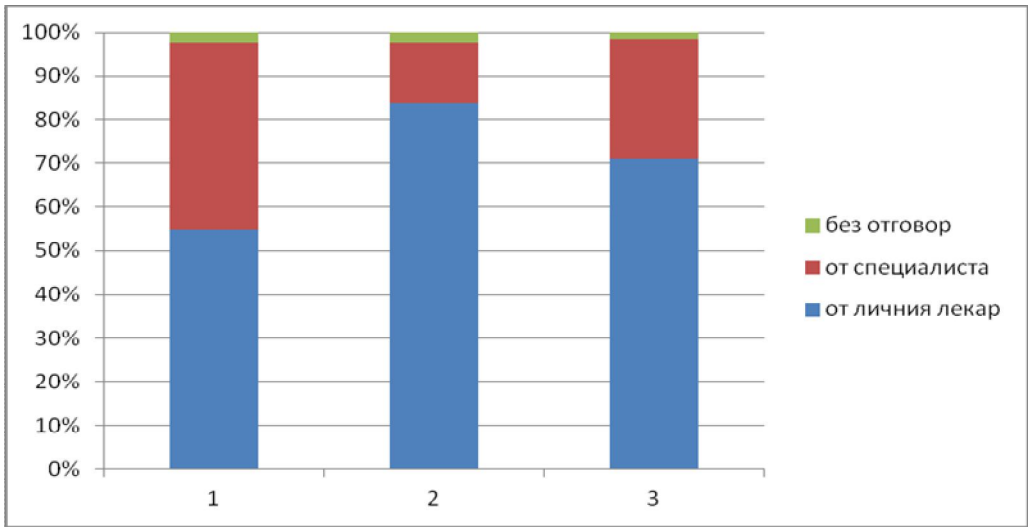
Фиг. 77. Връзка между посещение при специалиста и практика

Делът на лицата, които са били в болница през последната година заради хроничното си заболяване, е малко по-висок в първата практика, но разликите не са статистически значими (Фиг. 78).



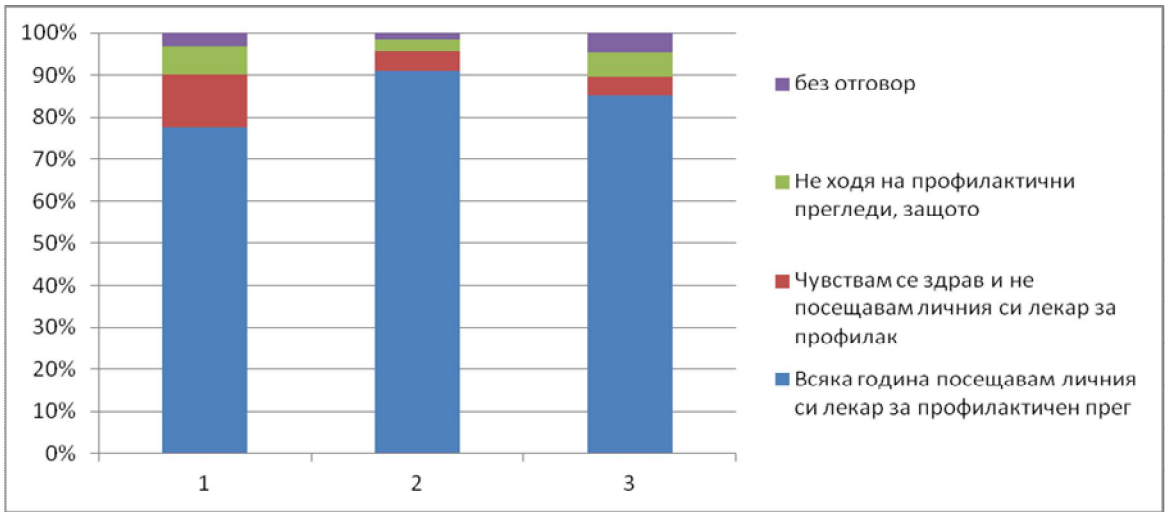
Фиг. 78. Връзка между посещение в болница и практика

Съществува слаба, но статистически значима връзка между предпочитаният от пациентите лекар, който да наблюдава техните заболявания и практиката, която посещават. Личният лекар е по-предпочитан сред лекуващите се във втората практика, докато специалиста – в първата (Фиг. 79).



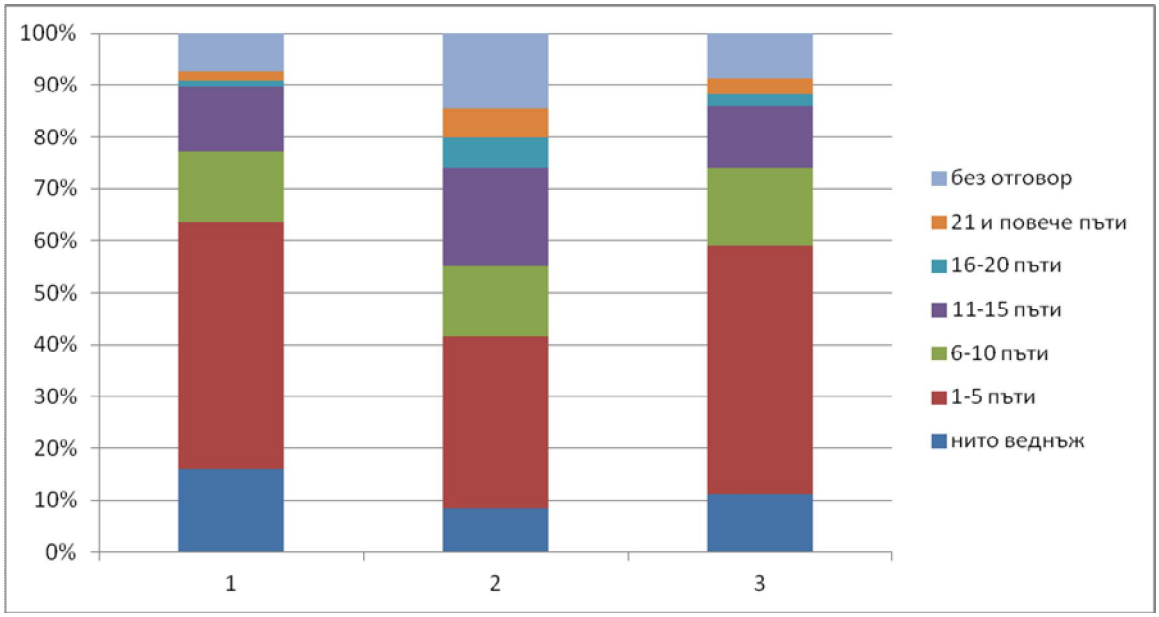
Фиг. 79. Връзка между предпочитан лекар и практика

Доказана е слаба, но статистически значима връзка между практика и променливата, отразяваща дали пациентите посещават редовно личните си лекари за профилактичен преглед. Най-редовни в профилактиката са лекуващите се във втората практика, докато делът на тези, които се чувстват здрави и поради това пропускат тези прегледи, е най-висок в първата практика (Фиг. 80).



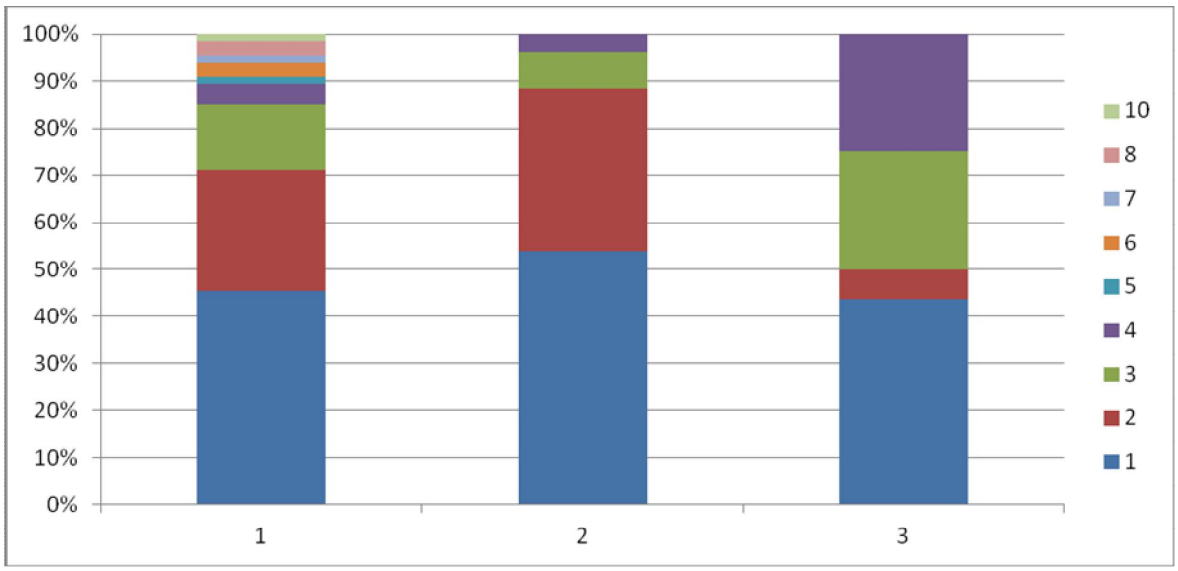
Фиг. 80. Връзка между профилактични прегледи и практика

Съществува слаба, но статистически значима връзка между броя посещения при лекар за последните 12 месеца и практиката, която пациентите посещават. Най-голям е делът на непосетилите нито веднъж лекар в първата практика, докато във втората са повече съобщилите за 11-15 посещения (Фиг. 81).



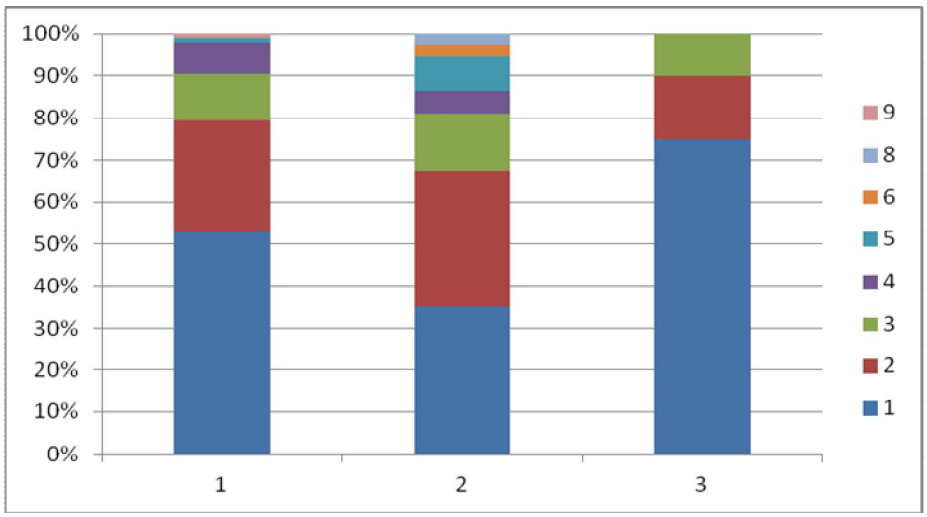
Фиг. 81. Връзка между броя на посещенията при лекар за последната година и практика

Участниците от трите практики се различават в отговорите на въпроса колко посещения в спешен център имат за последната година, но разликите не са статистически значими (Фиг. 82).



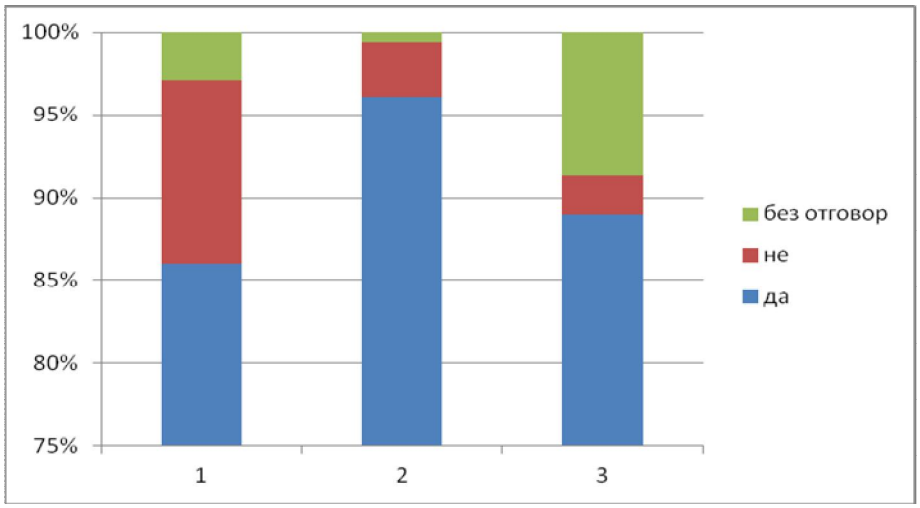
Фиг. 82. Връзка между броя на посещенията в спешен център и практика

Участниците от трите практики се различават в отговорите на въпроса колко посещения в болница имат за последната година, но разликите не са статистически значими (Фиг. 83).



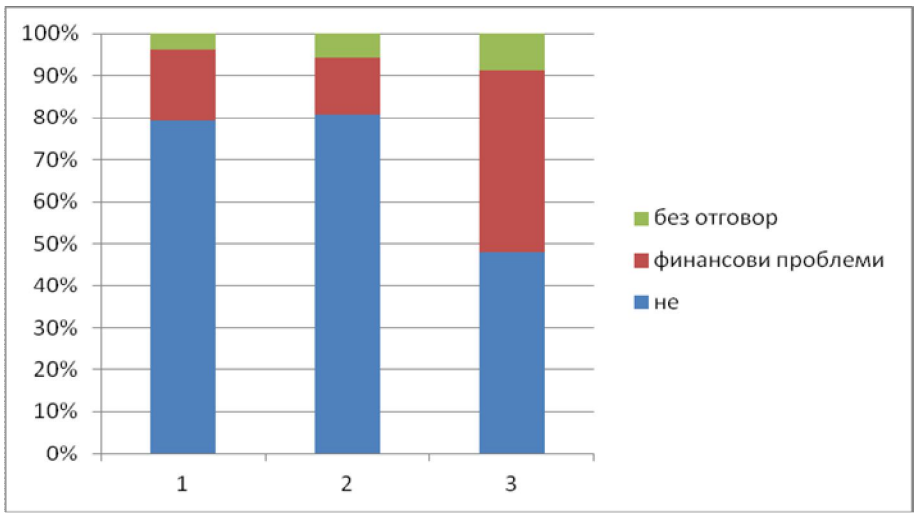
Фиг. 83. Връзка между броя на посещенията в болница и практика

Съществува статистически значима връзка между променливата, отразяваща дали респондентите знаят как да се свържат с личния си лекар извън графика му и практиката. По-информирани за това са живеещите във втората практика (Фиг. 84).



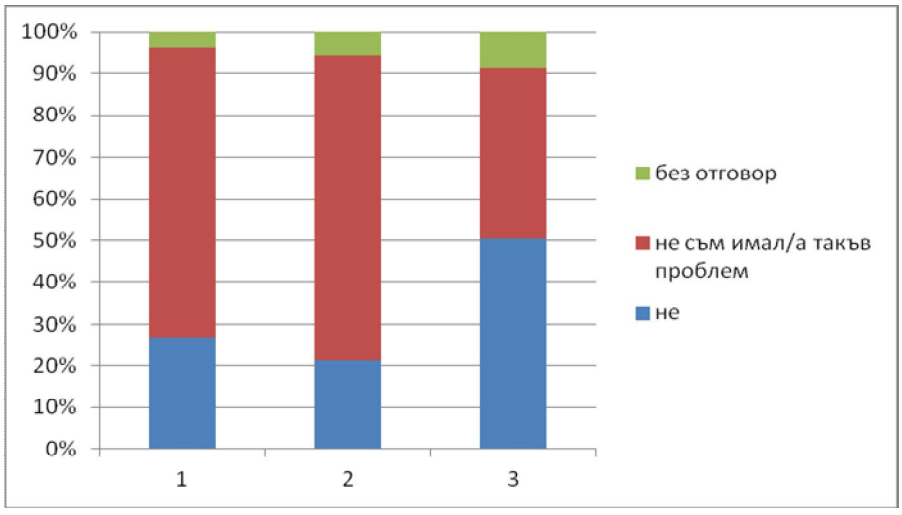
Фиг. 84. Връзка между практика и въпроса, свързан с това дали участниците знаят как да се свържат с личния си лекар извън графика му

Непосещаването на лекар поради финансови проблеми значително се различава в трите изследвани практика: най-голям е делът на лицата, съобщили това в третата практика. Трите района не се различават съществено по дела на отговорилите, че не са потърсили лекар поради липса на подкрепа от семейството, отдалеченост на здравната служба, неудобни часове за посещение при личния лекар или други причини (Фиг. 85).



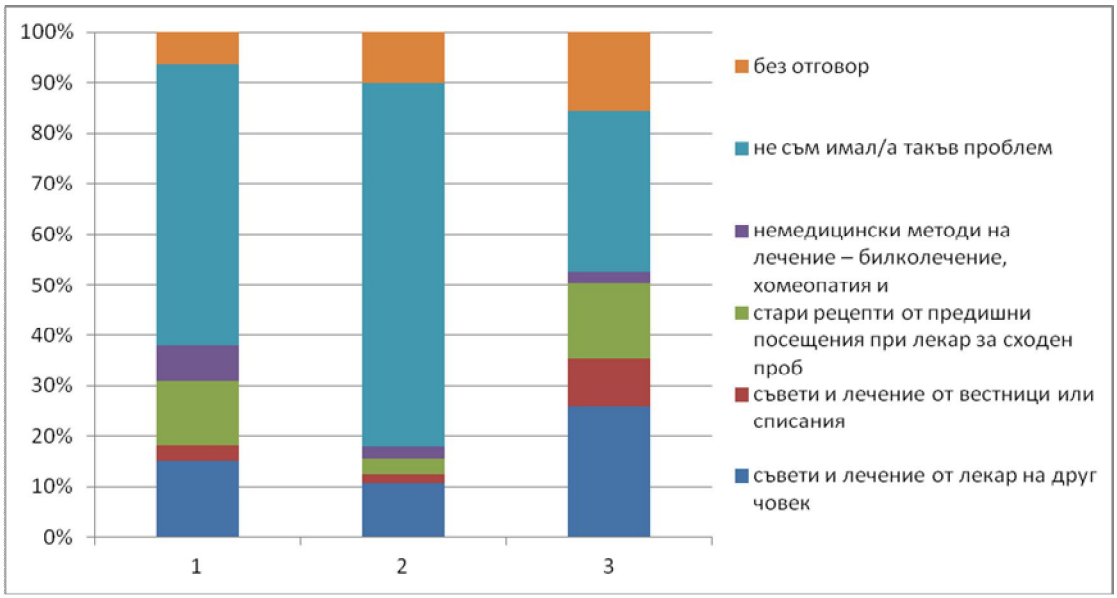
Фиг. 85. Връзка между отговора за наличие на финансови проблеми и въпроса за непосещаване на здравната служба

Лицата, които не са имали проблем, свързан с нетърсене на лекарска помощ при нужда, са най-многобройни във втората и първата практика, докато делът им в третата е най-малък (Фиг. 86).



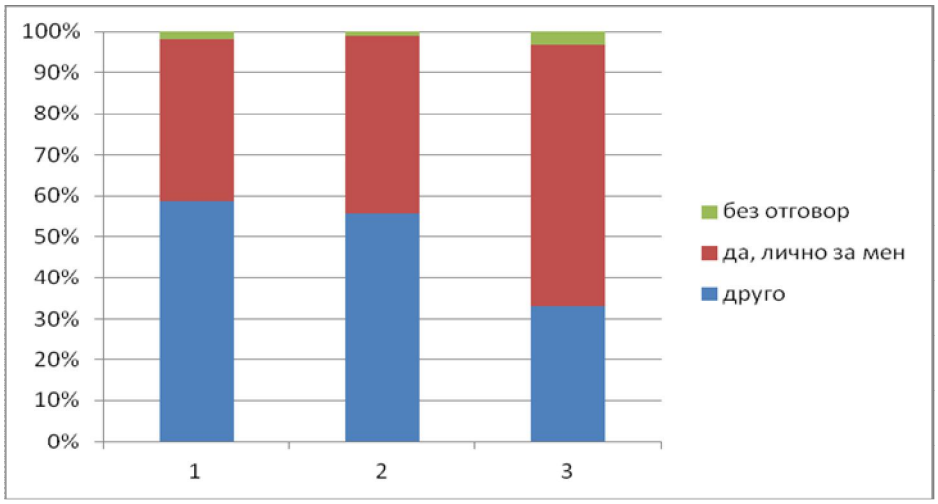
Фиг. 86. Връзка между здравен проблем и търсене на лекарска помощ

Вместо лекар, са търсили съвети и лечение от чужд лекар най-често в третата практика, докато във втората е най-висок делът на лицата, които не са имали такъв проблем. Стари рецепти по-често са използвали пациенти от третата и първата практика (Фиг. 87).

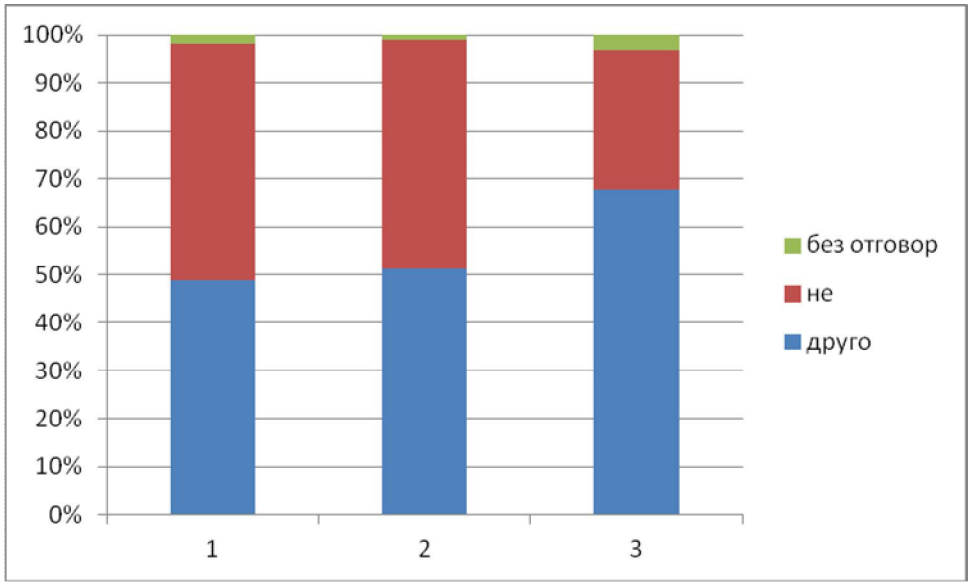


Фиг. 87. Връзка между здравен проблем и решаването му без обръщане към здравната служба

Живеещите в третата практика по-често са търсили личния си лекар извън приемните му часове при проблем за тях самите, докато участниците от първата и втората преобладават в отговора, че не са го търсили (Фиг. 88).

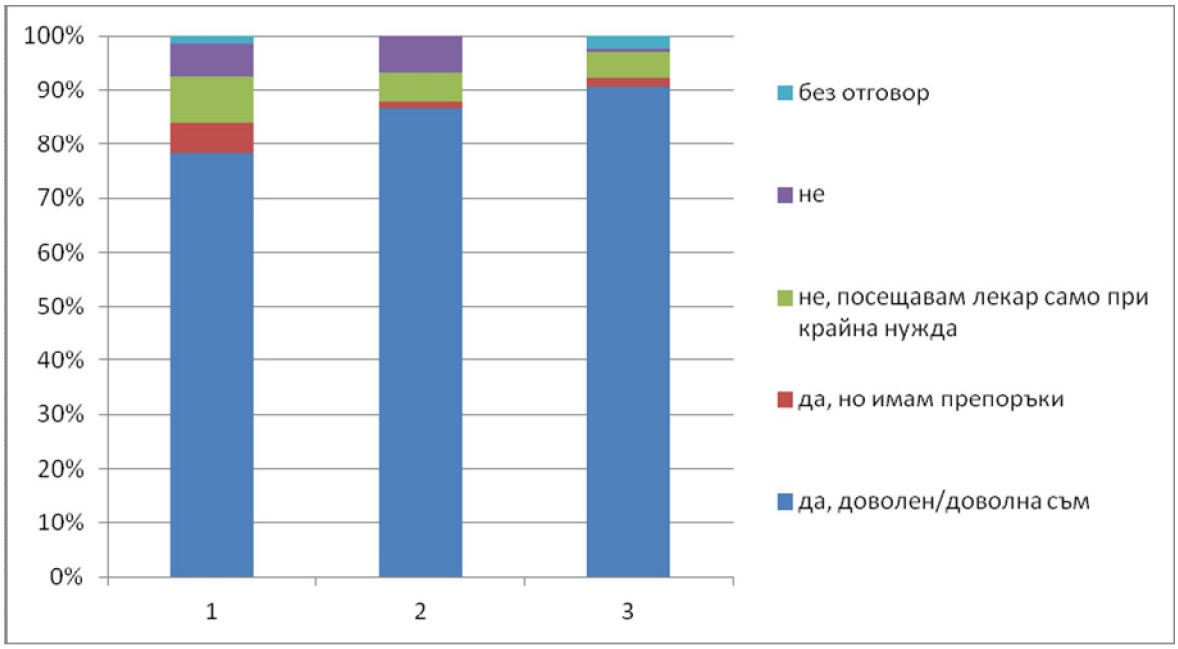


Фиг. 88. Връзка между практика и обръщане към ОПЛ извън приемните му часове при личен проблем



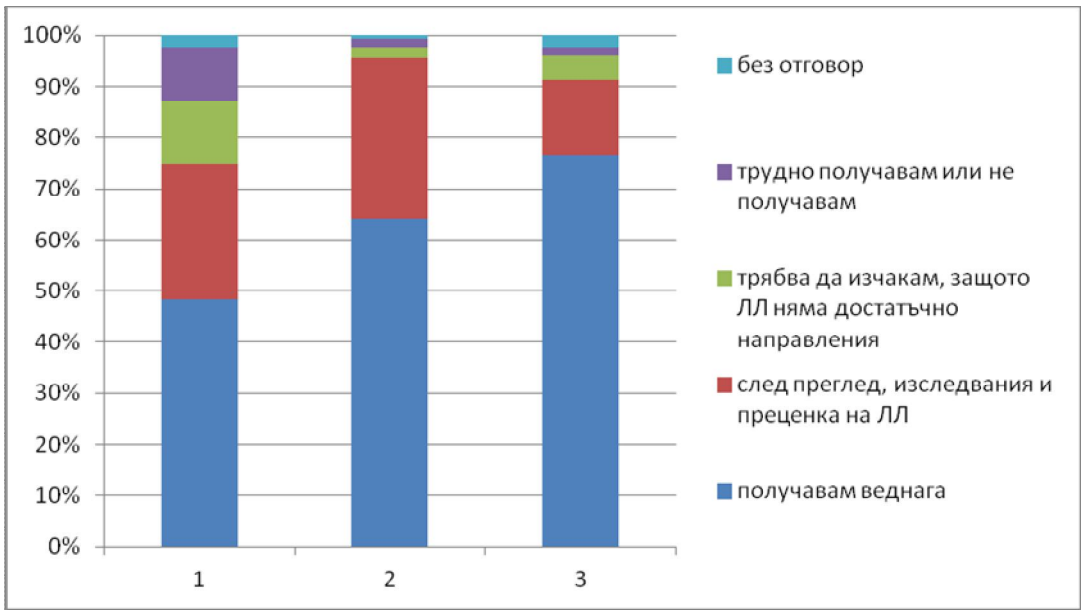
Фиг. 89. Връзка между практика и обръщане към ОПЛ извън работния му график

Най-висок е делът на доволните от оказаната им медицинска помощ лица, лекуващи се в третата практика (Фиг. 90).



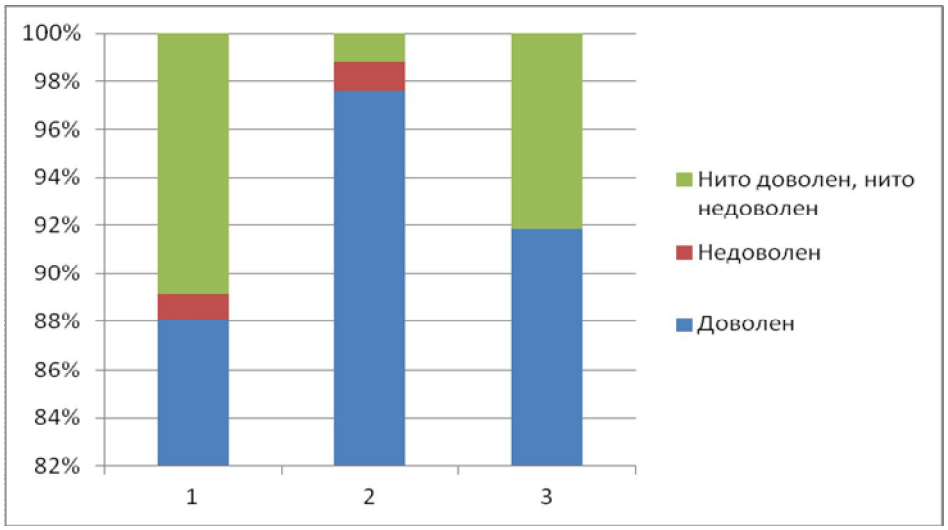
Фиг. 90. Връзка между практика и удовлетворение от оказаната медицинска помощ в здравната служба

Вероятно високият дял на доволни пациенти се дължи и на лицата, които веднага получават направление и сравнително ниският процент на тези, които трудно получават или въобще не получават талон за специалист (Фиг. 91).



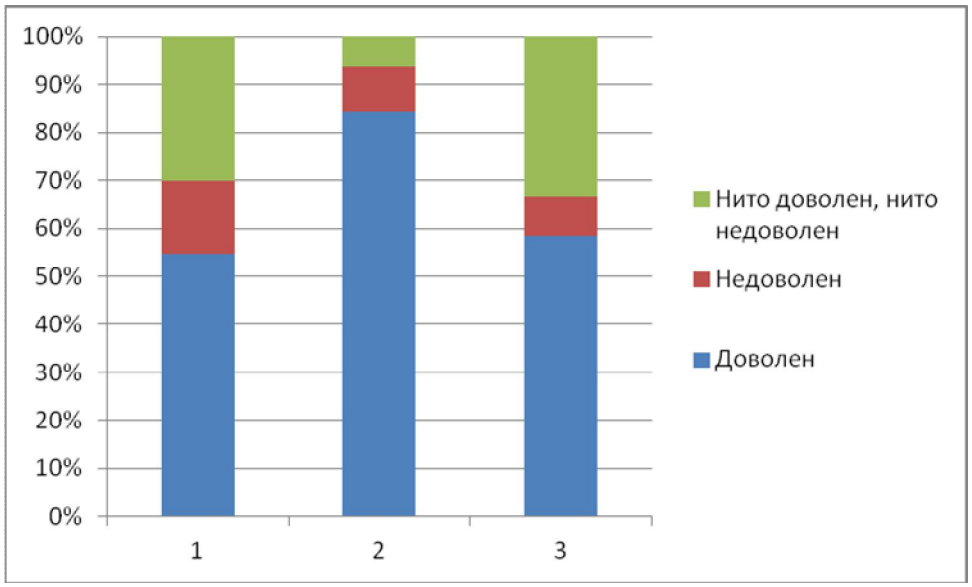
Фиг. 91. Връзка между удовлетворение от оказаната медицинска помощ и получаване на направление за специалист

Конкретно от личния си лекар, обаче, най-многобройни са доволните пациенти от втората практика, следвани от третата и първата. Делът на лицата без определено мнение е най-висок в първата практика. Няма разлика в трите практики по това дали пациентите са доволни от посетените специалисти (Фиг. 92).



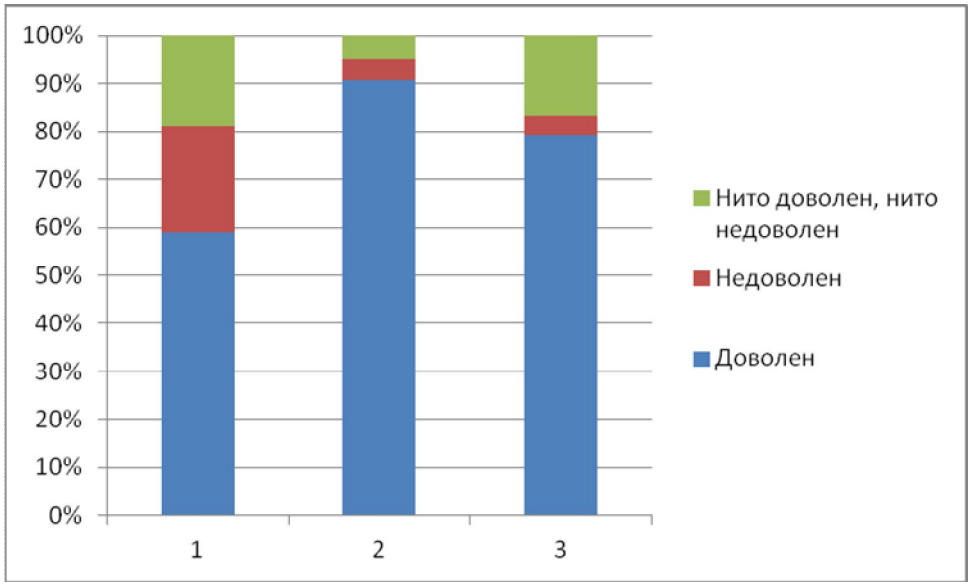
Фиг. 92. Връзка между практика и удовлетворение от ОПЛ

Доволните от болницата също са най-много във втората практика, докато в първата и третата практика техният дял е почти равен. както и доволните от спешния център (Фиг. 93).



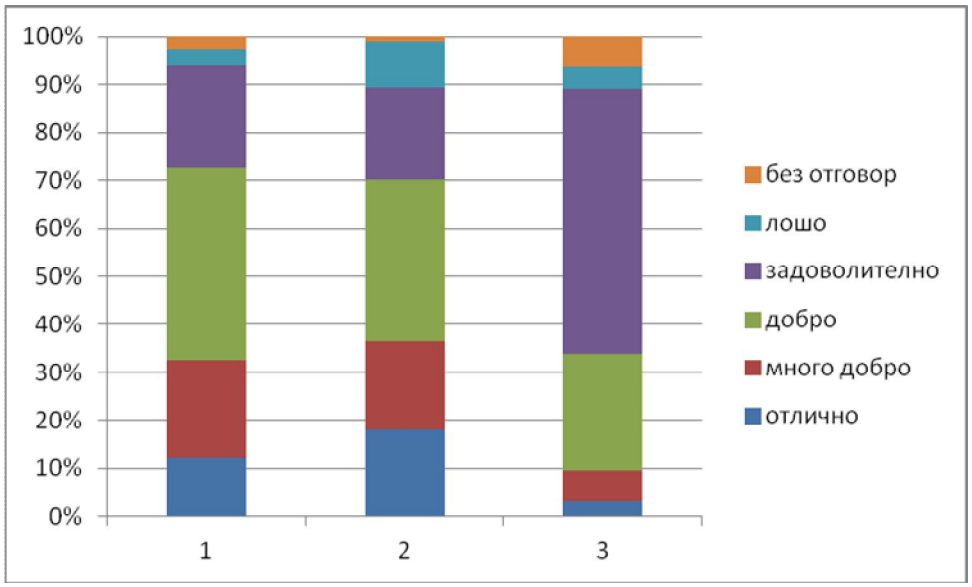
Фиг. 93. Връзка между практика и удовлетворение от болница

Доволните от спешния център са най-много във втората практика, следвани от третата и първата. В първата практика пък са най-масови лицата, категорично недоволни от оказаната медицинска помощ там (Фиг. 94).



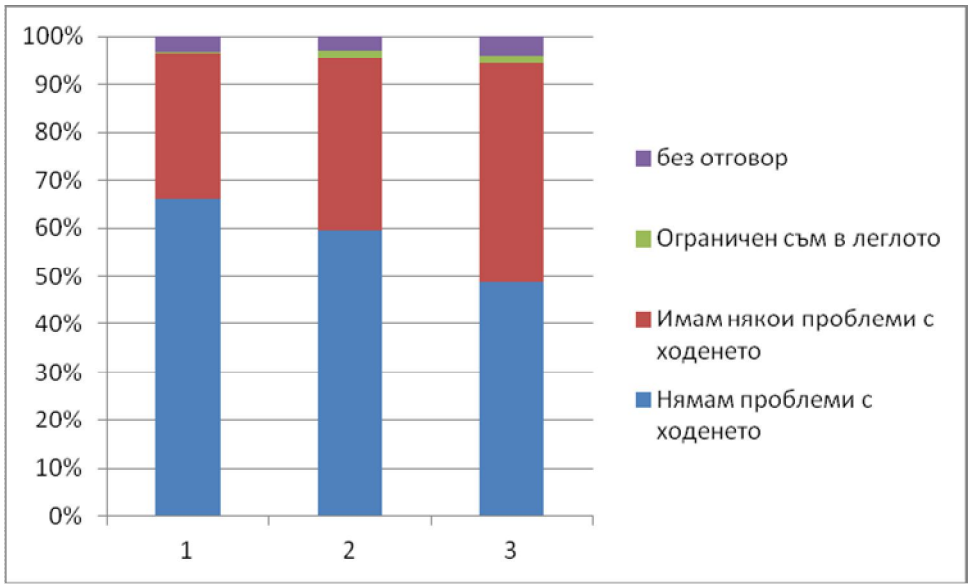
Фиг. 94. Връзка между практика и удовлетворение от Спешния център

Лицата от трите практики се различават съществено по самооценка на здравето си. С отлично и много добро здраве по-често се срещат лица от първата и втората практика, докато със задоволително – в третата (Фиг. 95).

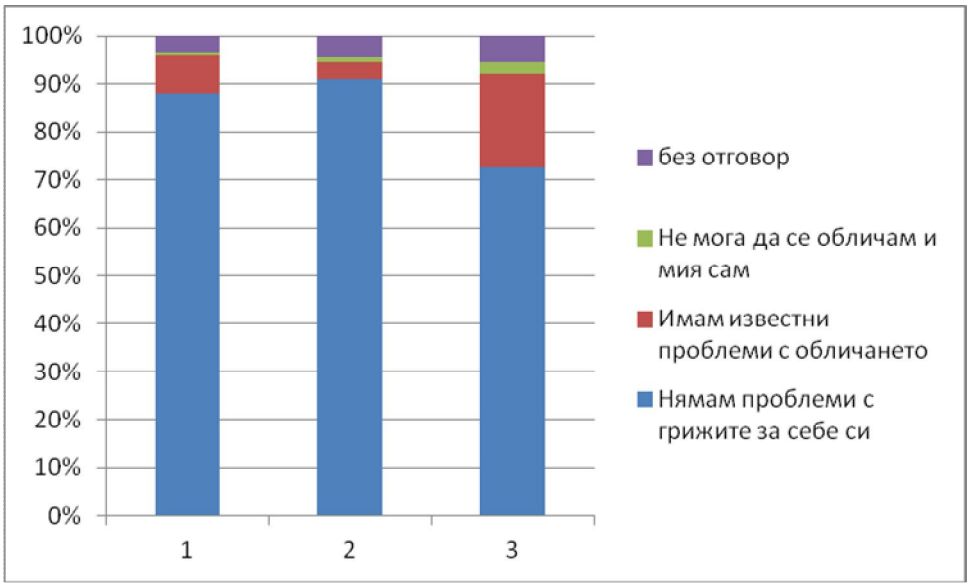


Фиг. 95. Връзка между практика и самооценка на здравето

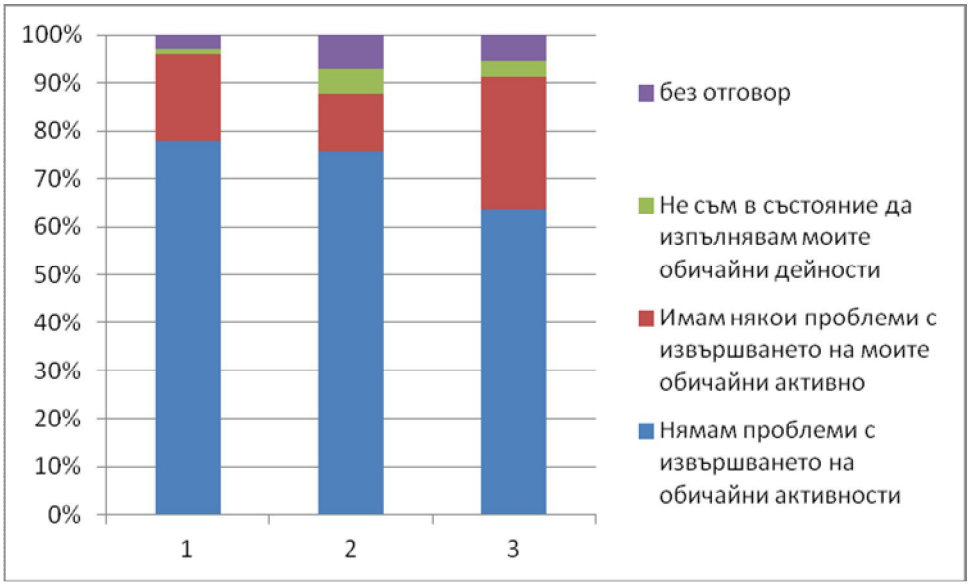
Обективните показатели за здравето показват сходна картина: по-голям дял от посещаващите третата практика имат проблеми с ходенето; с обличането; с обичайните дейности; изпитват болка или дискомфорт. Живеещите в района на третата практика, заедно с тези от първата, са по-многобройни сред лицата със страх или депресия (Фиг. 96 - 100).



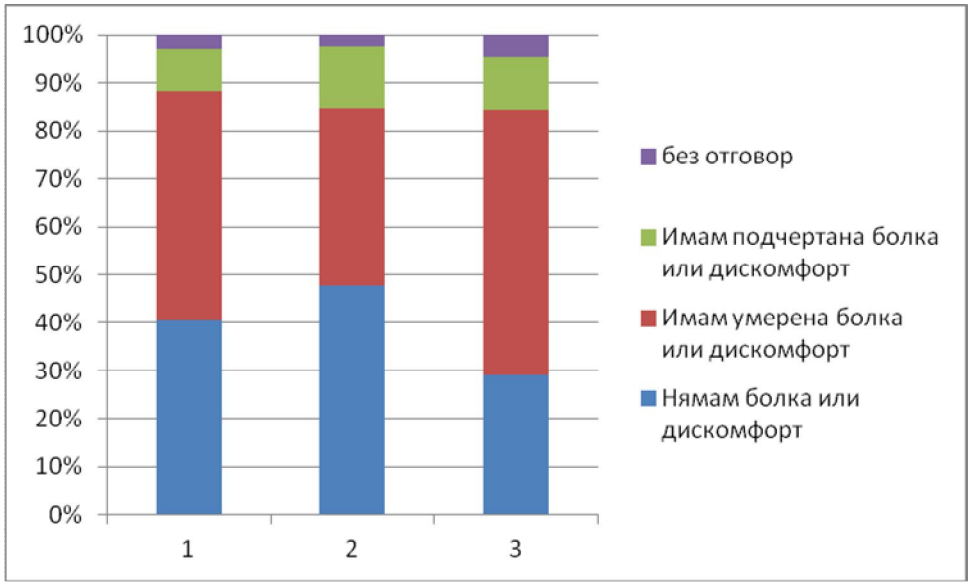
Фиг. 96. Връзка между практика и обективни показатели за здравето



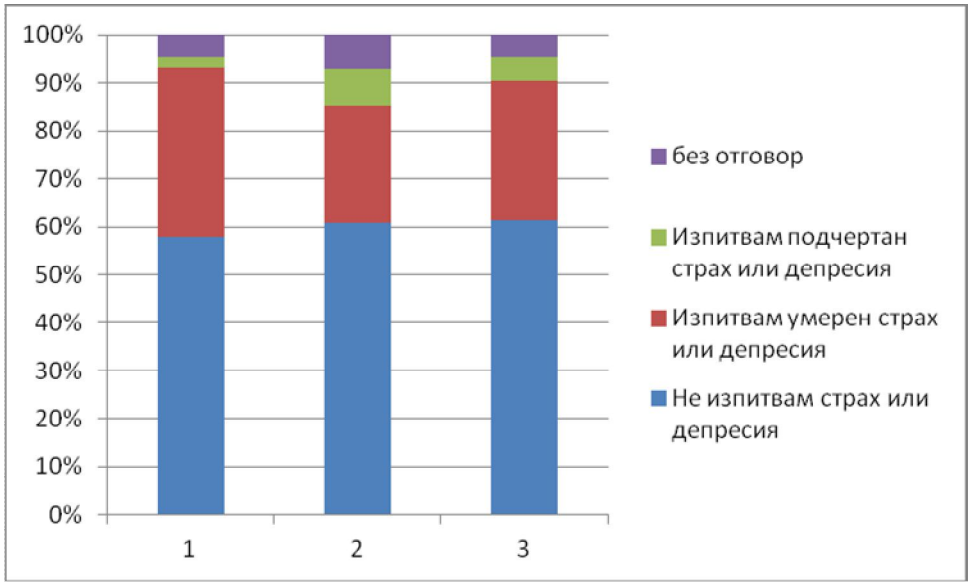
Фиг. 97. Връзка между практика и обективни показатели за здравето



Фиг. 98. Връзка между практика и обективни показатели за здравето

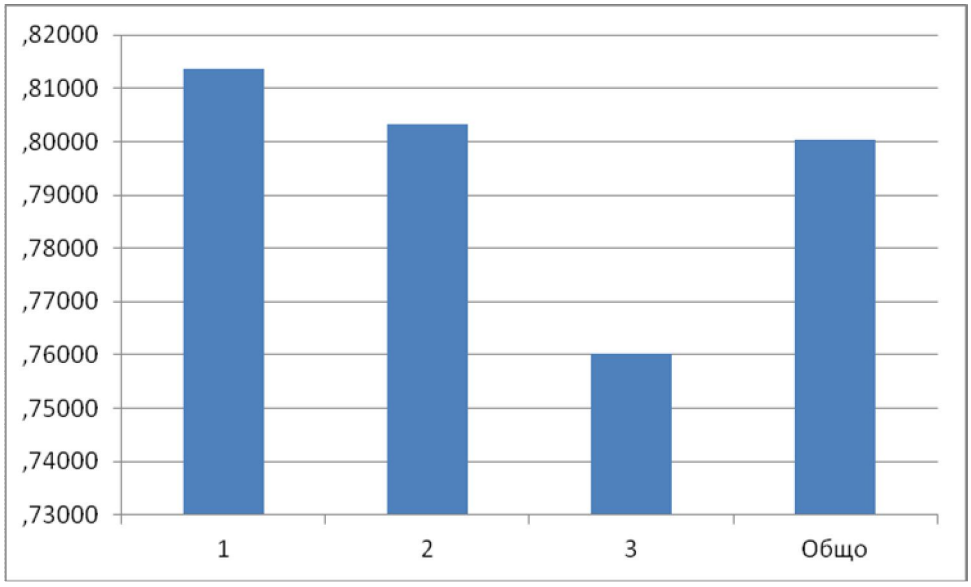


Фиг. 99. Връзка между практика и обективни показатели за здравето



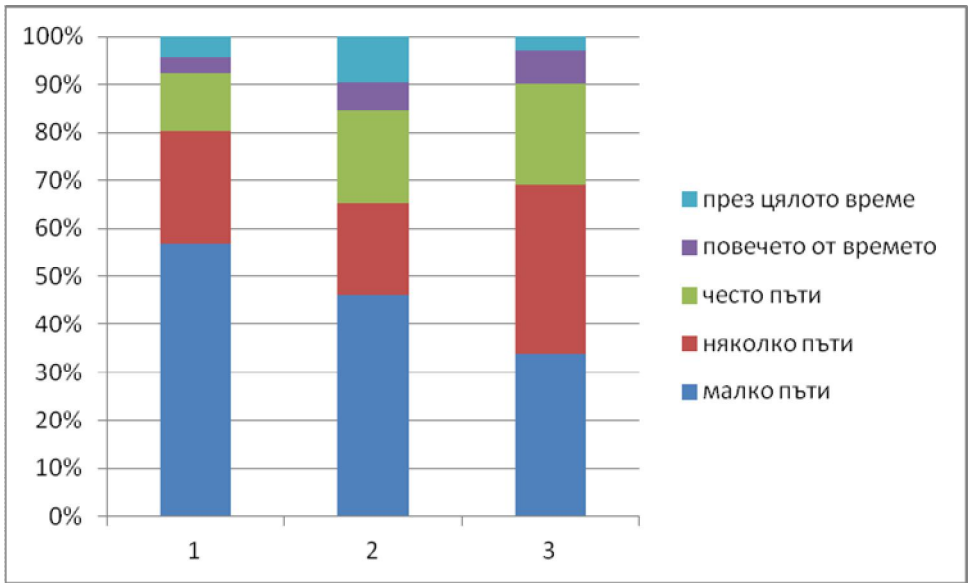
Фиг. 100. Връзка между практика и обективни показатели за здравето

Обективното здраве е неравномерно разпределено сред трите практика ($p<0.05$). Най-нисък среден индекс се наблюдава в третата практика, докато втората е близка до общата средна за извадката, а в първата е над средния (Фиг. 101).

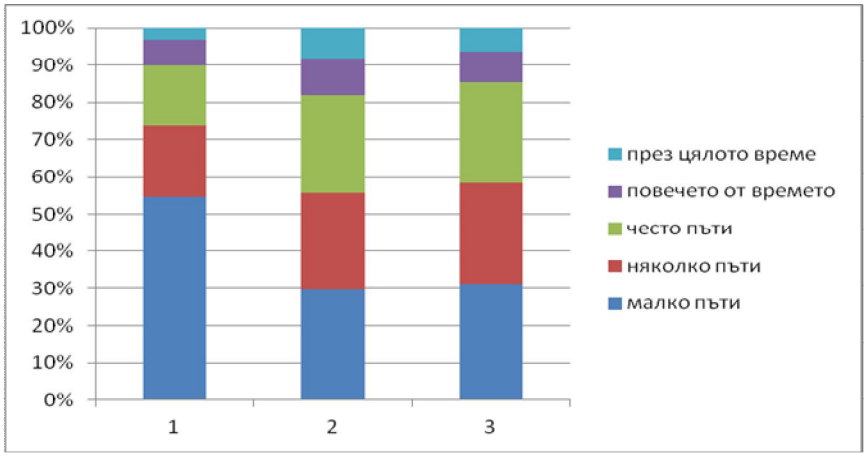


Фиг. 101. Връзка между практика и обективното здраве по EuroQuol

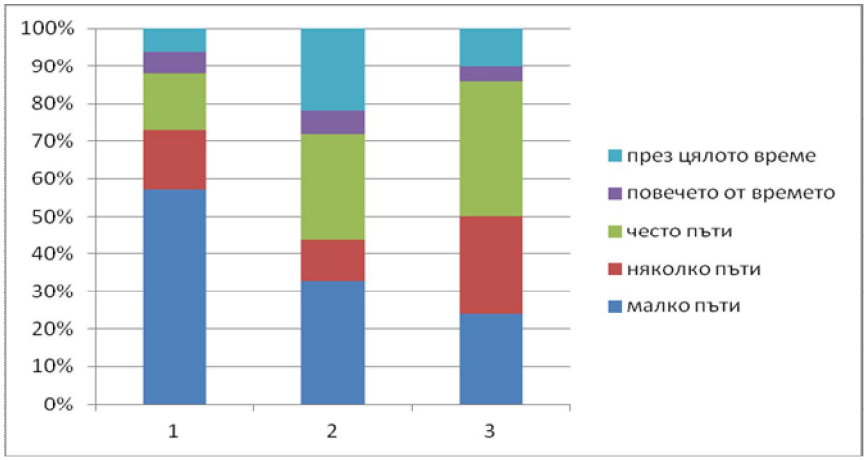
Лекуващите се в третата практика пациенти по-често са били обезсърчени от здравните си проблеми; по-често, заедно с лицата от втората практика, са се страхували за бъдещото си здраве; по-често здравето е било причина за безпокойство в живота им; по-често са били разстроени от здравния си проблем (Фиг. 102 - 105).



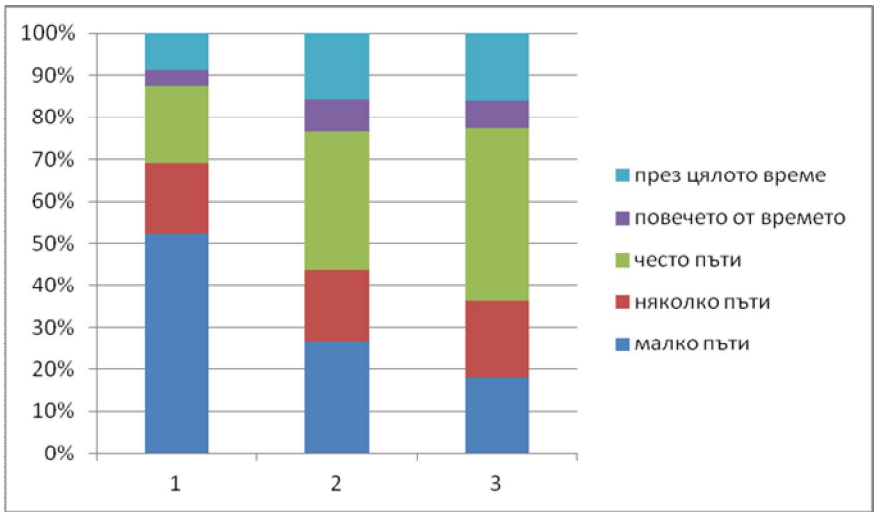
Фиг. 102. Връзка между практика и обезсърчение от здравен проблем



Фиг. 103. Връзка между практика и страх за бъдещото здраве



Фиг. 104. Връзка между практика и здравето като причина за безпокойство



Фиг. 105. Връзка между практика и разстроеност от здравния проблем

Връзка на пола с основните въпроси в проучването са представени в Табл. 25 **(вж. Приложение 2)**

Таблици 18 и 19 представят сравнение на болестността от някои специфични състояния, оценени с различните методи – от данните в практиката и анкетното проучване. И за двете практики – Практика II и Практика III – се вижда ,че болестността установена в анкетното проучване е по-висока от регистрираната в практиката.

Таблица 18 Сравнение на болестността от някои състояния с различните методи на оценка в **Практика II** (данните са в %)

	Анкетно проучване	Данни от практиката чрез РЗИ
Хипертония	33	21
Стенокардия и др. сърдечни проблеми	22	5
Диабет	11	7
Белодробни заболявания	11	9
Болки в гърба или ишиас	19	3
Ставни болки или артрит	24	8
Стомашни проблеми	15	5
Страх, депресия, „лоши нерви“	11	2
Повторни рецепти	50	-
Собствена кола	12	-
Собствен GSM	62	-

Таблица 19 Сравнение на болестността от някои състояния с различните методи на оценка **в Практика III** (данните са в %)

	Анкетно проучване	Данни от практиката чрез РЗИ
Хипертония	50	19
Стенокардия и др. сърдечни проблеми	27	9
Диабет	19	8
Белодробни заболявания	11	8
Болки в кръста и ишиас	27	6
Ставни болки или артрит	34	4
Стомашни проблеми	16	3
Страх, депресия, „лоши нерви“	6	3
Повторни рецепти	58	
Собствена кола	13	
Собствен GSM	58	

Анкетното проучване дава по-детайлна информация за острите и хронични заболявания и осъзнати потребности за потенциални здравни услуги. Данните от анкетното проучване могат да се съотнесат към същата или различна популация за сравнение във времето или между различни региони. При анкетното проучване се идентифицират личните потребности на членовете на общността.

На отворения въпрос 30, където запитаните могат да отговорят в свободен текст от какви здравни дейности имат потребност и не са получили при посещение при лекар, някои от отговорилите по практики са дали следните отговори:

Практика I – 24 % от участвалите в анкетирането са дали отговори на въпроса дали има здравни дейности, от които са имали потребност, но не са получили

- при ОПЛ

„прегледи само с предварително записан час“

„профилактичният преглед да бъде с предварително определени дата и час, препоръчани от личния лекар в писмо изпратено 10 дни преди това“

“ да има по-голямо доверие на моите оплаквания и да ме изпраща периодично на прегледи на вътрешните органи (ехография), които търпят увреждания от дългогодишните заболявания - диабет, високо кръвно и др.“

„голямото чакане при личния лекар“

„направление за мамограф“

„цялостна консултация, изследвания, насоки за специалисти“

„да не се опитва да ме лекува, когато не е в неговата специалност“

„когато съм искала направления все няма. Даже януари минавах на ТЕЛК и си платих всички изследвания за ТЕЛК Бургас белодробно и в ТЕЛК Ямбол“

„по-обстоен преглед, по-задълбочен“

„винаги получавам внимание от личния си лекар повече от 10 години“

„от направления“

„повече разяснения. Възможност за консултация със специалист при специфичен проблем“

„редовно измерване на кръвното налягане, по-често в годината изследвания, на тримесечие да получаваме талони за специалисти“

„да нямат лимит за талони“

„да не бъдат толкова ограничени в правото си да консултират със специалист и правят необходимите изследвания“

„недостиг на направления за специалисти“

„повече време за прегледи и насоки за лечението“

„профилактични съвети“

„посещение с час“

„подобряване условията на труд“

„нуждая се от талон направление за съдов хирург - диабетичка съм с увредени крака“

„дългото чакане пред кабинета“

„да се изслушва пациента, защото има разлика между хуманен и ветеринарен лекар. Да бъда изслушван по-задълбочено с цел правилно поставяне на диагнозата и правилно насочване към съответния специалист“

- при специалист

„потребност от психотерапевт“

„прегледа да е с предварително запазени дата и час, още при личния лекар по време на издаване на талона“

„да настояват за повече безплатни тест-ленти за глюкомерите, защото 150 бр. са крайно недостатъчни за заболелите от диабет. На първо време поне цената да се намали от 45-50 лв. на 20-25 лв.“

„голямо разтакаване при ендокринолога. Не съм доволна от ендокринолога, щом ти дадат направление за него едва ли не трябва да си просиш изследванията, все казва, че няма лимит“

„нуждая се от ортопедични здравни дейности“

„консултация, касаеща конкретните заболявания, насоки свързани с лечението“

„при ендокринолога, при когото съм диспансеризирана се нуждая от по-задълбочен и обстоен преглед“

„повече внимание отделено на пациента“

„задълбочен преглед, подробно обяснение. При нужда допълнителни изследвания и насочване към други специалисти“

„имам нужда от онколог“

„да имат предвид и другите заболявания, които болният има“

„по-добра апаратура“

„по-лесен достъп“

„посещение с час“

„специалиста ми обръща голямо внимание когато го посещавам“

„осигуряване на необходимата техника“

„повече внимание от специалиста, проследяване на състоянието на болния след назначеното лечение“

„за съжаление, когато имам проблем търся специалист в друг град“

„сам да достигне до диагнозата за моментното състояние, а не да потвърждава диагноза, до която се е добрал без нужните изследвания, т.е. думите на пациента“

- в болница

„липсва връзката лекар-пациент, лечението по "документи" е масова практика“

„Да се преустрои здравното обслужване чрез т.нар. болнични пътеки. Влезе ли българин в болница, да бъдат лекувани всичките му заболявания.“

„като здравно обслужване съм доволна, но помощния персонал е под всякаква критика“

„ремонтирани сгради със собствен санитарен възел и телевизор“

„повече разяснения при лекуването“

„от нужното внимание“

„по-добро отношение“

„добри хигиенни и битови условия“

„всеки да може да се лекува, не само по клинични пътеки“

„в сравнение с други болници в Ямбол няма добро оборудване и отношение към пациентите“

„повече апаратура“

„повече персонал, повече нова апаратура, за по-точна диагностика“

„хигиена, битови условия, хранителен режим“

„битовите условия, храна, медикаменти и др.“

„страдам от диабетна полиневропатия и трябва два пъти в годината да посещавам болница, но това се случва с голяма трудност и дните за лечение са само три“

„уважение към хората, чистота“

„болничното ни лечение е много далеч от представата ми за добро такова. Искрено се надявам да нямам нужда от болнично лечение“

„да не се заплаща преливането на кръв, а да се отпуска от здравната каса“

„лекуват с цел да вземат парите за пътеката. Рядко лекарите имат за цел да открият първопричината за моментното състояние. Не рядко се изписват

пациентите със заключение "подобрено състояние", което не отговаря на истината, просто пътеката е изтекла и трябва да се вземат парите“

Практика II - 22 % от участвалите в анкетирането са дали отговори на въпроса дали има здравни дейности, от които са имали потребност, но не са получили

- при ОПЛ

„от евтини лекарства“

„много са мудни“

“ всичко, което е необходимо за моето лечение съм получавала“

„да се намали времето за чакане на ред за изписване на лекарства всеки месец“

„лекарствата са скъпи, нямам пари“

- при специалист

„изслушване, анализ на отклоненията в организма на болните, съвети по отношение причините и хранене, според признаците, освен лекарствата“

„да обръща внимание“

„добре би било специалиста да търси да открие причината за моите здравословни проблеми и да предприеме подходящо лечение, а не да ми се съобщи“

„да се промени отношението на специалистите към пациентите“

„по-голям контакт с болния, повече пояснение по отношение на заболяването му“

„не се спазва предварително определения час за посещение, чака се повече от два часа“

„много е труден достъпа до специалиста, особено за хората от селата, чака се по цял ден, за да влезеш при него за преглед“

„труден е достъпа до тях, особено за хората от селата“

- в болница

„по-голям контакт с пациента и обяснение на заболяването му и лечението му. По-добро отношение от персонала“

„обстановката е отвратителна, апаратурата остаряла, не могат да правят всички процедури. Трябва да се обърне внимание на сестрите и санитарите - много са груби и невъзпитани, все за нещо са ядосани и ругаят без причина“

„бавни, много бавни, може да умреш особено в спешното. Съветвам ги да се оправят по-навреме“

„не се обръща достатъно внимание на болните, не са учтиви, отнася се за ямболската хирургия“

„по-дълго време да оставам в болницата, а не за една операция на сърцето, за слагане на 4-5 байпаса и те изписват на третия ден“

„ямболската държавна болница, то не е болница, а касапница, това го пиша лично за хирургията“

Практика III – 17% от участвалите в анкетирането са дали отговори на въпроса дали има здравни дейности, от които са имали потребност, но не са получили

- при ОПЛ

„аз винаги мога да отида при личния лекар, но не го посещавам защото не мога да си го позволя. От 6 години имам автоимунно заболяване (лупус еритематодес), като ми се обрива цялото лице, чувствам се зле, лечението е скъпо за мен. Самотна майка съм с три деца и получавам 200 лв.“

„загриженост за състоянието ми“

„нямам проблеми, получавам всичко“

„получавам 145 лв. пенсия. Здравните услуги са добри, но парите не стигат за лекарства“

„да идва на село“

„да идва по-често на село“

„винаги съм получавала нужната медицинска помощ от личния лекар“

„всички необходими здравни дейности получавам чрез своя личен лекар“

„медицинска апаратура при личния лекар и повече работни часове за личния лекар при пациентите по договор, а не само часовете от седмицата“

„винаги намирам нашия доктор и без пари ме преглежда“

- при специалист

„изслушване, анализ на отклоненията в организма на болните, съвети по отношение причините и хранене, според признаците, освен лекарствата“

„да обръща внимание“

- в болница

„доволен съм от всички полагани грижи“

ОБСЪЖДАНЕ на резултатите от собственото проучване в общността на първичните практики:

1. Анкетното проучване изисква време, усилия и ресурси. В някои случаи то може да се провали поради липса на някой от тези фактори.

2. Най-много отзовали се в проучването са пациенти в Практика I – 52,9%, на второ място – в Практика II – 27,5% и най-малко пациенти в Практика III – 19,6% от всички анкетирани.

3. 80% от анкетираните са посочили, че през последните 12 месеца са имали някакво остро заболяване, 70 % са посочили хронично заболяване, подлежащо на диспансерно наблюдение. Лицата посещавали практика III по-често са страдали от остри заболявания сравнено с Практика I и Практика II. Делът на лицата без хронично заболяване е най-нисък в Практика III.

4. Само 17,2 % от посочилите хронично заболяване са преценили, че се чувстват добре и не посещават редовно лекар. Те много по-често смятат, че здравето им е отлично или много добро

5. 8.7% са посочили, че се чувстват здрави и поради това не изпитват потребност да посещават ОПЛ за профилактичен преглед. Те по-често смятат, че здравето им е отлично и много добро. Най-активни в посещения при лекар е градското население от Практика I. За наблюдение на състоянието личният лекар е по-предпочитан сред отговорилите в Практика II, а за наблюдение от специалистите в Практика I. Делът на тези, които се чувстват здрави и поради това пропускат годишният профилактичен преглед е най-висок в Практика I. Някои от посочените причини, поради които пропускат годишният профилактичен преглед са, че вече са били на такъв преглед от службата по трудова медицина, липса на време, часовете за посещение не са удобни или просто нехайство за собственото здраве

6. През последните 12 месеца 13% от отговорилите не са посещавали лекар, а средния брой посещения на тези които са посетили е 7. Налице е връзка между честотата на посещения и наличие на хронично заболяване, както и връзка между броя на постъпили в болница и наличие на хронично заболяване.

Страдащите от хронично заболяване преобладават сред тези, които са били в болница 3 и повече пъти

7. Само 7,3 от отговорилите не знаят как да се свържат с ОПЛ. Сред тях преобладават по-младите възрасти. 45,3% от запитаните са търсили ОПЛ извън работното му време лично за себе си. Почти половината са го намерили, приблизително същия дял не са го намерили и са се обърнали към спешния център, а почти половината са се озовали в блоница. По-информирани как да се свържат с личния си лекар в часовете извън графика са отговорилите в Практика II

8. Като основна причина да не се обърнат към здравната служба отговорилите са посочили финансови проблеми – 21,2% и са самоопределили здравето си като задоволително; 4,2% са посочили, че часовете за посещение не са удобни, най-вече при работещите на пълен работен ден и пенсионерите и по-малко сред възрастите до 40 г. Сред посочилите финансови проблеми, най-голяма е групата с месечни доходи до 240 лв, които не им позволяват да поемат разходи за посещение при лекар (потребителска такса, такса за изследвания, доплащане за лекарства, транспортни разходи). Най-голям е делът на лицата от Практика III, които не се обръщат към здравната служба поради финансови проблеми. Според отговорилите най-голям е делът на възрастните над 70 години в Практика III. В същата практика е най-малък делът на работещите, а също така в нея са по-разпространени паричните проблеми

9. При наличие на здравен проблем 55,3% са търсили лекарска помощ. 16% са посочили, че прилагат съвети на лекуващите лекари дадени на техен близък, познат или съсед. 10% са ползвали стари рецепти от предишни посещения при лекар за сходен проблем. Само 4,8% от отговорилите са приложили билколечение или хомеопатия, а 3,9% са се доверили на съвети за лечение от вестници и списания. Най-често в Практика III отговорилите са търсили съвети и лечение извън здравната служба.

10. Много голям процент от анкетираните са отговорили, че като цяло са доволни от оказаната медицинска помощ при посещение при лекар – 83%. От недоволните 7% посещават лекар само при крайна нужда. Най-висок е делът на доволните от оказаната медицинска помощ при посещение при лекар в Практика III. Вероятно високият дял доволни пациенти се дължи и на лицата,

които веднага получават направление за специалист или изследвания, който в Практика III е най-голям.

11. Само 8% от отговорилите не са получили направление за специалист или изследвания при заявената потребност и се е наложило да чакат за такова, а 6,3% са получили трудно или изобщо не са получили направление.

12. Най-висок е делът на доволните от личния лекар – 91,7%, последвани от специалистите в извънболничната помощ – 82,4%, спешния център – 76,3% и болницата – 67,4%. Най-висок е делът на недоволните от болницата – 12,2% и спешния център – 11,6%. В Практика I най-масово лицата са категорично недоволни от оказаната им медицинска помощ в Спешния център

13. Само 12,1% оценяват здравето си като отлично, а 5,4% като лошо, 35,2% го определят като добро и 27,4% като задоволително. В Практика I по-често отговорилите определят здравето си като задоволително, отлично и много добро по-често от лицата в Практика I и II. Обективните показатели за здравето показват, че по-голям дял от лицата в Практика III имат проблеми с ходенето, обличането, обичайните ежедневни дейности и изпитват страх или депресия. Посещаващите Практика III по-често са били обезсърчени от здравния си проблем, страхували са се за бъдещото си здраве, здарвето е било причина за безпокойство в техния живот или са били разстроени от здравен проблем.

14. В Практика I най-често отговорилите на отворения въпрос са споделили, че причина за неудовлетворяване на техни потребности от здравни услуги е дългото чакане пред кабинетите на ОПЛ и специалисти; други са определили недостатъчната информация за тяхното състояние, назначеното лечение и профилактични дейности. Еднакво и в трите практики е посочено лошото отношение на болничния персонал и недобрата инфраструктура като причина за необръщане към болнично лечение.

ГЛАВА 10:
ОБОБЩЕНИЕ

10.1. Целта на настоящето проучване е оценка здравните потребности и идентифициране на неудовлетворени/непосрещнати потребности от здравни услуги. След изпълнението на определените задачи за постигане на целта беше установена висока болестност от остри и хронични заболявания, най-вече с анкетния метод, които са потенциални ползватели на здравни услуги. В същото време се установи, че ОПЛ не разполагат с необходимия ресурс чрез рестриктивния регулативен стандарт да посрещнат тези потребности.

10.2. Използваният подход за оценка на здравните потребности в общността показва, че при оценката не е уместно прилагането само на един метод и че оценки на потребностите само чрез един метод трябва да бъдат възприемани с особено внимание. ОПЛ следва да работи заедно със здравните власти и специалистите по обществено здраве, за да може правилно да оцени здравните събития сред обслужваната популация и да участва активно в посрещането на потребностите от здравни услуги.

10.3. Оценката на потребностите от ОПЛ може да доведе до допълнително натоварване в работния процес, но ще позволи планирането на ефективни, ефикасни и основани на доказателствата здравни услуги.

10.4. При изпълнение на поставените задачи и извършените обобщения бяха установени следните проблемни области, които са основание за следните по-важни изводи:

ГЛАВА 11:

ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

ИЗВОДИ

11.1. Оценката на потребностите продължава да бъде метод на избор при изучаване здравните събития сред населението и е приложим на национално и регионално ниво чрез оценка на необходимите ресурси и планиране на здравните услуги; на национално ниво чрез проучване потребността от здравни услуги и моделиране на основния пакет на задължителното здравно осигуряване и на ниво първична практика, като удобен, практичен и гъвкав инструмент при планиране дейностите от основния пакет на здравното осигуряване

11.2. Анализът на приложението в българското законодателство, касаещо здравните потребности показва, че изготвянето на регионални и национална здравна карта е по-скоро процес на инвентаризация на наличните материални и човешки ресурси, отколкото инструмент за управление географското и справедливо разпределението на тези ресурси и създаване на механизми за гъвкаво финансиране с публични средства според реалните здравни потребности

11.3. В задължителното здравно осигуряване не е извършвана оценка на потребностите от здравни услуги, каквато е била законовата уредба до 2012 г. , а разпределението на ресурсите в задължителното здравно осигуряване е следвало пазарния (квазипазарния) модел на предлагането и търсенето. Тъй като не е била изработена методика за прилагането на законовото изискване за оценка на потребностите от местните РЗОК, такава не е извършвана и оценката на потребностите не е оказала никакво влияние в процеса на изработване на годишните бюджети и договарянето с изпълнителите на извънболнична медицинска помощ.

11.4. В задължителното здравно осигуряване не е ясно определена рамката на здравните услуги в основния пакет, за който действително съществува финансов ресурс чрез осигурителните вноски. Оценката на здравните потребности може да бъде отправен момент при дефинирането на основния пакет, последван от приоритизиране с широко обществено обсъждане. Услугите, които не попаднат в основния пакет да бъдат изведени в пакетите на доброволното здравно осигуряване, при което ще има действително развитие на здравноосгурителния модел в Р България

11.5. От 2009 г. е извършено законово прехвърляне на отговорностите по извършване на оценка на потребностите към МЗ

11.6. Периодичното анализиране на здравно-демографския профил на обслужваната популация е от съществено значение при планиране и предоставяне на здравни услуги от основния пакет на задължителното здравно осигуряване. Информацията за здравно-демографския профил предоставя ценна информация както на финансиращия орган (РЗОК), така и на местните здравни власти (РЗИ) за отклонения в параметрите на здравето и потребяваните здравни услуги

11.7. Периодичното анализиране на медико-статистическите данни и оценка на потребностите следва да залегне в годишния бизнес-план на практиката

11.8. Участвалите в анкетирането лица са изявили висок процент остри или хронични заболявания спрямо регистрираните в проучваните практики.

11.9. Много малко лица са дали отговори на отворения въпрос „*опишете в свободен текст от какви здравни дейности се нуждаете, които досега не сте получили*“, което показва, че още при старта на здравната реформа от края на 1990-те те не са информирани за смяна на модела на финансиране на здравните услуги и за промяна в модела на предоставяне на услугите. Налице е пренасяне на очакванията, че услугите получавани при предходния модел на системата, ще получат и в сегашния. Не са запознати със съществуването на основен пакет от услуги, които се заплащат с техните осигурителни вноски, финансовите ограничения за посрещане на всички възможни потребности и оттам желание за по-активно участие при изявяване на потребностите им с оглед постигане и поддържане на по-добро здраве.

11.10. За масовите социално-значими заболявания каквито са сърдечно-съдовите и ендокринните отговорилите предпочитат да бъдат наблюдавани от личния лекар, което съвпада с направените промени в НРД 2012 г. тези заболявания да могат да бъдат наблюдавани от ОПЛ или съответния специалист според предпочитанието на осигуреното лице. В същото време, анализа на данните от първичните лекарски практики показва, че все още малко на брой лица действително са направили избор към ОПЛ за диспансерно наблюдение. Следва да се отчете фактора медицинска и клинична подготовка на ОПЛ доколко адекватно и компетентно може да посрещне този вид потребности. При хроничните болести на дихателната система и по-редките заболявания

отговорилите предпочитат да бъдат наблюдавани от съответните специалисти, което отговаря на нормативно определените нива на предоставяне на тези услуги.

11.11. При проведеното проучване се установи, че 8 % не са получили веднага направление за изследване или консултация със специалист и се е наложило да чакат, а други 6,3 % са получили трудно или изобщо не са получили направление

11.12. Като условие за удовлетворяване на здравните потребности, достъпа до здравната служба в някои от случаите е бил затруднен: 7,8% не знаят как да се свържат с ОПЛ, при 21,2% достъпа до лекар е бил затруднен поради финансови причини, 4,2% достъпа е бил затруднен поради неудобни часове за посещение. Неполучилите направление или трудно получилите също са имали затруднен достъп до специалисти, с което не са били удовлетворени техни потребности при заявяване на потребността от здравна помощ

11.13. При една част от анкетираните здравните потребности не са били удовлетворени поради дългото чакане пред кабинетите на ОПЛ и специалисти

11.14. Анализът на приложния софтуер в първичните практики показва, че той не дава възможност за генериране на медико-статистическа информация за здравно-демографския профил на обслужваната практика, която да подпомогне изпълнителите, но и възложителите при планиране на здравните услуги

ПРЕПОРЪКИ

Към Регионална здравна инспекция – гр. Ямбол

Да се проучи високата болестност в региона от болести на пикочо-половата система, която се установява както от годишните доклади на РЗИ, така и в данните от проучваните практики. Проучването да започне от регистрацията на данни на ниво първична практика, заболеваемост и болестност и премине в медико-санитарно проучване на околната среда и влиянието и върху местното население със съответните предписания.

Към Министерство на здравеопазването

1. Прехвърлянето на задължението по оценка на потребностите от НЗОК към МЗ да продължи в изготвяне на методика или правила, по които да се извършва, които да бъдат публично достъпни, да се прави анализ на плануването и

изпълнението на оценяването на потребностите, приоритетни области на оценка. Да се инициира движение за оценка на потребностите от здравни услуги, които да влязат в рамката на основния пакет на задължителното здравно осигуряване (Наредба № 40 на МЗ)

2. В *Постановление № 366 на МС от 27.12.2011 г. за приемане на методики за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване* в изискването за изготвянето на доклади, които да се ползват да подобряване разпределение на ресурсите, както и поддържане на вътрешни информационни системи за наблюдение и управление, да бъде вписано и периодично анализиране на медико-статистическите данни за обслужваните пациенти с оценка на потребностите от здравни услуги и изготвяне на план за годишно им разпределение

3. Постигане на политически консенсус за мястото на националната здравна карта като инструмент за посрещане на реалните здравни потребности на населението, след обективната им оценка чрез достъпна, публично позната методика и нормативи, съобразени с националните и регионални особености. Националната здравна карта като елемент на националната сигурност на държавата в изпълнение на конституционното задължение да осигурява достъпна и справедлива медицинска помощ следва да се превърне в основополагащ инструмент при определяне и насочване на финансовите ресурси на публичното задължително здравно осигуряване.

Към НЗОК и БЛС (респ. НСОПЛ)

1. В НРД да бъде регламентирано ОПЛ/респ. специалистите планират посещенията в работния график с изключение на спешните случаи. При издаване на направление за консултации по възможност ОПЛ координира часовете за посещение със специалиста

2. Въвеждане на нормативно изискване за сформиране листа на чакащи за здравни услуги от основния пакет при планиране и разпределение на регулативния стандарт, с ясни критерии за включване в листата

3. В Постановление на МС, НРД и приложенията към него да бъде поставено изискването към ОПЛ приложният софтуер да има възможност да генерира информация, която очертава здравно-демографския профил на обслужваната

практика по предварително зададени показатели, които задължително да бъдат заложени от разработчиците на медицински софтуер

ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД:

1. Направен е опит за исторически преглед на концепцията за здравните потребности и тяхната оценка в страните от бившите Източен и Западен блок, както и съвременните тенденции в здравеопазните системи на развитите страни, етичните страни и проблеми и критиките към концепцията

2. Анализирано е здравното законодателство в нашата страна по отношение оценяването на здравните потребности сред населението и приложението му при изготвяне на национална здравна карта и основния пакет от здравни услуги на задължителното здравно осигуряване

3. Осъществено е проучване на потребностите от здравни услуги в практики за първична медицинска помощ, при което е приложен модел за оценка в общността на първичната практика, който може да се използва в годишното планиране на здравните услуги в първичните практики

4. Направен е анализ на разпределението на регулативните стандарти на ниво практика и според потребностите на обслужваното население. До момента няма проучване върху това как ОПЛ разпределя възложените им регулативни стандарти, каква е връзката и отклонението спрямо административно определените стандарти чрез *Правилата* и по какъв начин се удовлетворяват потребностите на осигурените лица на ниво практика.

5. Представен е Модел за генериране на медико-статистическа информация от приложния софтуер в първичната практика, който да дава информация за здравно-демографския профил на обслужваната популация:

Модел за генериране на медико-статистическа информация от приложния софтуер с параметри, които да предоставят информация за здравно-демографския профил на обслужваната популация

▪ възрастово-полов профил с 5-стъпково разпределение по възрасти, мъже и жени

▪ предписване на лекарства

- честота на повторните предписвания
- предписване на лекарства по групи заболявания

▪ болестност от някои специфични хронични заболявания, напр. ХОББ, астма, епилепсия, психози, болести на щитовидната жлеза, диабет, хипертония, болести на органите на кръвообръщението

▪ данни за плащания от пациенти

- процент на пациентите освободени от потребителска такса

▪ данни за здравна промоция и предпазване на заболявания

- пушене, консумация на алкохол, злоупотреба с лекарства, BMI
- ниво на имунизационно покритие (напр. 2- и 5- годишните)
- покритие с цитонамазки

▪ контакти с ОПЛ

- честота на прегледите/1000 регистрирани пациенти за година
- честота на домашните посещения/1000
- честота на визитите извън работното време/1000
- телефонни консултации/1000

▪ контакти с медицинската сестра (медицински специалист) в практиката

- честота на контактите с медицински специалист/1000

▪ познаване на местните здравни потребности:

- медицински специалист: профила на практиката, честота на новородените, използване на други агенции и социалния сектор, честота на посещения по домовете

▪ умирания – причини, място, предотвратими фактори

▪ отписани и новозаписани пациенти

▪ други източници – кутия за впечатления и др.

▪ назначени изследвания/1000 пациента годишно, отделно за клинична лаборатория, микробиология, рентгеново изследване и др.

- **препращане към специалист и по видове специалности/1000**
- **честота на прием в спешно отделение/1000**
- **честота на болничен прием/1000**

Библиография

1. Александрова Ек. Сравнителен анализ на здравноосигурителните системи в България и Германия. В: Здравна политика и мениджмънт, 2011, том 11, № 4, 10-20

2. Атанасова-Пийтърсе Д. Нормативна уредба на гражданското участие в здравеопазването на местно ниво в България. Социална медицина, 2001, 4, 8-11

3. Балкански П., Георгиев Н., Младенова С. Образователни потребности на професионалистите по здравни грижи. Здравна политика и мениджмънт, 2008, том 8, № 6, 54-60

4. Бачев С. Методически подходи за изучаване предявените от населението потребности от стационарна медицинска помощ, Автореферат, 1989

5. Бийгълхол Р., Бонита Р., Келстрьом Т. Основи на епидемиологията. СЗО, 1993

6. Бончева М., Начев Ч. Потребности от клинично-лабораторни изследвания в общата медицинска практика, Социална медицина, 2005, 3, 38-40

7. Борисов В. Здравен мениджмънт. Азбука на здравния мениджмънт. Том 1, Филвест, София, 2004

8. Борисов В. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. Филвест, София, 2003

9. Борисов В. Синтетична социална медицина (учебен компендиум). София, 1999

10. Борисов В., Петрова Зл. Управление на приоритети – управление чрез приоритети. Медицински мениджмънт и здравна политика, XXXI, 2000 (1), 3-9

11. Бранков Бр. Ролята на критериите, нормите и нормативите за определяне на потребностите от здравна помощ в периода на преход, Социална медицина, 6, 1998, № 4, 22-24

12. Василев В. Анализ на основния принцип, по който се договаря и сключва Националния рамков договор, Социална медицина, 2003, 3, 37-39

13. Велкова А., Балахакова М., Грънчарова Г. Медико-социални потребности на самотните стари хора, живеещи в селата, Социална медицина, 2, 1994, № 1, 27-29

14. Воденичаров Ц., Борисов В. Доброволното здравно осигуряване: стратегия на избора“, „АРСО“, София, 1999

15. Воденичаров Ц., Борисов В., Гладилов Ст., Чамов К., Кръшков Д. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2005, № 2, 5-14

16. Воденичаров Ц., Гладилов С., Чамов К., Кръшков Д. Социално-либерален модел за развитието на българското здравеопазване, Социална медицина, 2005, 1/2, 4-6

17. Воденичаров Ц., Кръшков Д. Насоки за усъвършенстване модела на здравното осигуряване в България. Здравна политика и мениджмънт, 2009, том 9, извънреден брой, 9-16

18. Воденичаров Ц., Янакаиева А., Сиджимова Д., Димитров Т. Потребност от услугата „Медицински патронаж в домашни условия“. Здравна политика и мениджмънт, 2011, том 11, № 4, 21-27

19. Гаргов К. и кол. Социална хигиена, МФ, 1982

20. Генев С. Нови подходи за ефективен мениджмънт на ресурсите в първичната извънболнична помощ – индивидуален бюджет на общопрактикуващия лекар, Социална медицина, 2007, 1, 39-42

21. Генев С. Управление и разпределение на финансовите ресурси за задължително здравноосигурени лица в извънболничната медицинска помощ в България за периода 2000 – 2006. Здравен мениджмънт, 2007, том 7, № 1, 76-84

22. Ганова-Йоловска М. Здравните системи в някои европейски страни. Социална медицина, 2010 2/3, 37-40

23. Георгиева Л. Следхоспитализационни здравни потребности на лицата над 65-годишна възраст – концептуални и оперативни аспекти, Социална медицина, 16, 2008, № 1-2, 79-81

24. Георгиева Л. Финансова уязвимост на възрастните хора в контекста на посрещане на здравните потребности, Здравна политика и мениджмънт, 9, 2009, № 5, 10-15

25. Георгиева Л., Попова С. Потребности от първична медицинска помощ на възрастните хора след активно стационарно лечение, Здравна политика и мениджмънт, 8, 2008, № 5, 87-93

26. Георгиева Л. Участие на медицинските сестри в посрещане на здравните потребности на възрастните хора след активно стационарно лечение, Здравни грижи, 7, 2009, № 1, 28-31

27. Георгиева Л., Тончева С. Потребности от персонални грижи на възрастните хора след активно стационарно лечение, Здравни грижи, 7, 2009, № 2, 5-11

28. Гладилов С, Делчева Е. Икономика на здравеопазването, Princeps, София, 2000 г.

29. Гладилов Ст., Велева Н. Търсене и предлагане в здравеопазването. Основни понятия и приложението им в условията на българското здравеопазване, 5, Здравен мениджмънт, 2005, № 1, 32-36

30. Горенски П. Устойчиво развитие и обществено здраве, ГорексПрес, 2010

31. Грънчарова Г., Велкова А., Александрова С. Социална медицина. Издателски център ВМИ – Плевен, 2002

32. Давидов Б., Коларова Р., Бедрозова А. Стандарти в планирането на здравната система. Необходимост, същност, опита за разработване. Социална медицина, 2003, 1, 8-11

33. „Дейност на Министерство на здравеопазването юли 2009 – юли 2012“, http://www.mh.government.bg/News.aspx?pageid=401&newsid=3613

34. Делчева Е. Здравни индикатори в международни класации на конкурентоспособността. Социална медицина, 2010, 2/3, 80-81

35. Делчева Е. Управление на здравното осигуряване, изд. УНСС „Стопанство“, 2006

36. Драмънд М., О`Брайън Б., Стодарт Г., Торънс Дж.. Методи за икономическа оценка на здравни програми. „Медицина и физкултура“, 2007

37. Закон за здравното осигуряване, ДВ, бр. 70/1998

38. Закон за лечебните заведения, ДВ, бр. 62/1999

39. Златанова Т. Анализ на приходите и разходите на практика за първична извънболнична медицинска помощ. Здравна политика и мениджмънт, 2008, том 8, № 5, 22-24

40. Златанова Т. Оценка на потребностите като елемент на контролирания пазар на здравни услуги в първичната медицинска помощ, Автореферат, 2004

41. „Здравна икономика“ – сборник. Колектив, 2001, издателство „Stovi“, Пловдив

42. Камбурова М., Велкова А., Георгиева С. Националната здравна карта на България – инструмент на реформата в болничната помощ. Здравна политика и мениджмънт, 2011, том 11, № 3, 70-72

43. Кирилов К. Възникване и развитие на маркетинга. Здравен мениджмънт, 2006, том 6, № 1, 19-23

44. Кръстева Н. Социална медицина с въведение в здравния мениджмънт в управление на здравните грижи, Пловдив, 2002 г.

45. Кундуржиев Т., Бедрозова А. Потребност от болнично лечение при болните на възраст над 60 години. Социална медицина, 2006, 4, 38-40

46. Маркова Ст., Пеева К. Потребности от непрекъснато обучение на парамедицинските здравни специалисти, свързани с работните ситуации в отделението, Социална медицина, 8, 2000, № 2, 13-15

47. Наредба № 3 от 05.02.2007 г. за здравните изисквания към детските градини

48. Наредба № 39 от 16.11.2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, ДВ, бр. 106/2004

49. Наредба № 40 от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, ДВ, бр. 112/2004

50. Национален рамков договор, 2003, ДВ. бр. 29/2003

51. Национален рамков договор, 2005, ДВ, бр. 45/2005

52. Национален рамков договор, 2010, ДВ, бр.102/2009

53. Национален рамков договор, 2011, ДВ, бр. 3/2011

54. Национален рамков договор, 2012, ДВ, бр. 3/2012

55. Околийски М. Потребности и нагласи, свързани с психичната болест в условията на реформа, Бюлетин на българската психиатрична асоциация, 12, 2004, № 1, 18-22

56. Петкова Ек. Осигуреност на населението в Южен централен планов регион на България с ехографски изследвания. Здравен мениджмънт, 2005, том 6, № 6, 48-50

57. Попов М. Социална медицина. Свищов, Акад. Изд. „Ценов“, 2003

58. Постановление № 304 на МС от 17.12.2010 г. за приемане на обемите, цените и методиките за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване, ДВ, бр.101/2010

59. Постановление № 366 на МС от 27.12.2011 г. за приемане на методики за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване, ДВ, бр. 105/2011

60. Правила за реда за определяне на броя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностичните дейности за назначаване от изпълнители на първична и специализирана медицинска помощ, решение № РД-НС-04-8/31.01.2011г. на НЗОК

61. Правила за реда за определяне на броя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностичните дейности за назначаване от изпълнители на първична и специализирана медицинска помощ, решение № РД-НС-04-5/31.01.2012 г. на Надзорния съвет на НЗОК

62. Правилник за устройството и дейността на Националната здравноосигурителна каса, ДВ. бр.27/2010

63. Правилник за устройството и дейността на Националната здравноосигурителна каса, ДВ, бр. 53/2012

64. „Преглед и стратегия за националното здравеопазване“, документ на МИЗЗО, 2004, http://www.zdrave.net/MIZZO/Services/HealthPolicy/Default.aspx

65. Рохова М., Димова А., Томов Д. Маркетинг в здравеопазването: възникване и развитие на научните концепции. Социална медицина, 2008, 3, 33-37

66. Рохова М. Маркетинговият подход – необходимата посока в управлението на лечебните заведения, Социална медицина, 2005, 4, 25-28

67. Спасов Л. Оскъдни ресурси за трансплантационни процедури при нарастващи потребности от трансплантация на органи, Здравен мениджмънт, 7, 2007, № 2, 26-29

68. Спиридонов С., Иванов Л., Попова К. Организация и потребности на болничния персонал, Здравна политика и мениджмънт, 11, 2011, № 1, 16-21

69. Стойкова М., Михайлова В. Потребност от обучение на населението и денталните лекари за превенция и ранно откриване на рак в устната кухина. Здравен мениджмънт, 2007, том 7, № 6, 68-72

70. Стамболова И., Чанева Г. Хронометражна методика за определяне на потребностите от сестрински персонал, Сестринско дело, 34, 2002, № 2, 7-10

71. Станчева-Попконстантинова В. Нагласи и потребности при семейства с умствено изостанали деца, Педиатрия, 42, 2002, № 3, 41-44

72. Стоев Т., Христов Ж. Неудовлетворените потребности на възрастните хора – фактор на стрес и стрессвързана заболеваемост, Здравна икономика и мениджмънт, 5, 2005, № 2, 28-33

73. Тодорова Д. Структурен анализ и динамика на пакетите извънболнична медицинска помощ при задължителното здравно осигуряване. Здравен мениджмънт, 2003, том 3, № 3, 26-30

74. Тончева С. Потребност от допълнително обучение на медицинската сестра за работа в първичната медицинска помощ. Здравен мениджмънт, 2003, том 3, № 2, 37-40

75. Транова В, Мартинова Ф., Минева Д., Шурлиева Е., Димчева П. Потребности от кръв и кръвни биопродукти при различна степен на термични поражения при производствени аварии и други бедствени ситуации, Клинична и трансфузионна хематология, 35, 1999, № 1, 74-76

76. Устройствен правилник на изпълнителната агенция „Медицински одит“, ДВ, бр. 28/ 2010

77. Устройствен правилник на Министерство на здравеопазването, ДВ, бр. 88/2009

78. Устройствен правилник на националния център по обществено здраве и анализи, ДВ, бр. 61/2011

79. Чамов К., Кехайов А. Технология на избор на приоритети в здравеопазването. Здравен мениджмънт, 2006, том 6, № 6, 51-55

80. Ahari SS, Habibzadeh S, Yousefi M, Amani F, Abdi R. Community based needs assessment in an urban area: a participatory action research project. BMC Public Health. 2012 Mar 7;12:161

81. Agnew A, Manktelow R, Taylor B, Jones L. Bereavement needs assessment in specialist palliative care: a review of the literature. Palliat Med. 2010 Jan;24(1):46-59

82. Agren S, Frisman GH, Berg S, Svedjeholm R, Strömberg A. Addressing spouses' unique needs after cardiac surgery when recovery is complicated by heart failure. Heart Lung. 2009 Jul-Aug;38(4):284-91

83. Alam M, Olson JM, Asgari MM. Needs assessment for cosmetic dermatologic surgery. Dermatol Clin. 2012 Jan;30(1):177-87

84. Al-Jauissy MS. Health care needs of Jordanian caregivers of patients with cancer receiving chemotherapy on an outpatient basis. East Mediterr Health J. 2010 Oct;16(10):1091-7

85. Al-Jauissy MS, Al-Hassan M, Akhu-Zaheya L. Healthcare needs of noninstitutionalized Jordanian cancer patients: an exploratory descriptive study. Cancer Nurs. 2009 Jul-Aug;32(4):291-8

86. Anderst J, Dowd MD. Comparative needs in child abuse education and resources: perceptions from three medical specialties. Med Educ Online. 2010 Jul 20;15. doi: 10

87. Annet H., Rifkin S. Improving Urban Health. Geneva: World Health Organization, 1988

88. Anonymous (2002) Community needs assessment of lower Manhattan residents following the World Trade Center attacks - Manhattan, New York City, 2001. Atlanta: Center for Disease Control.

89. Asgari MM, Olson JM, Alam M. Needs assessment for Mohs micrographic surgery. Dermatol Clin. 2012 Jan;30(1):167-75

90. Assadi-Lari M., Gray D. Health needs assessment tools: Progress and potential. Inernational Journal of Technology Assessment in Health care. 21:3 (2005), 288-297

91. Assadi-Lari M., Packham Ch., Gray D. Need for redefining needs, Health and Quality of Life Outcomes, 2003, 1:34

92. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Unmet health needs in patient with coronary heart disease: Implication and potential for improvement in caring services. Health Qual Life Outcomes. 2003; 1:26

93. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Is quality of life measurement likely to be a proxy for health needs assessment in patients with coronary artery disease? Health Qual Life Outcomes. 2003 Oct 4;1:50

94. Asari Y, Koido Y, Nakamura K, Yamamoto Y, Ohta M. Analysis of medical needs on day 7 after the tsunami disaster in Papua New Guinea. Prehosp Disaster Med. 2000 Apr-Jun;15(2):9-13

95. Baggett TP, O'Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: a national study. Am J Public Health. 2010 Jul;100(7):1326-33

96. Bansal PK, Marathe S, Shere PM, Phadke MA. Needs assessment as a strategic planning tool. Med Educ. 2010 May;44(5):515

97. Barker C, Green A. Opening the debate on DALYs. Health policy and Planning, 1996, 11: 179-83

98. Benveniste, G. (1989) Mastering the Politics of Planning: Crafting Credible Plans and Policies that Make a Difference. San Francisco: Jossey-Bass.

99. Bilton M. Community health needs assessment. Trustee. 2011 Oct;64(9):21-4

100. Bilton M. Assessing health needs: it's good strategy. Health Prog. 2012 Sep-Oct; 93(5):78-9

101. Bobadilla J-L, Cowley P, Musgrove P, Saxenian H. Design, content and financing of an essential national package of health services. Bull World Health Org., 1994

102. Bodenheimer T., M.D. The Oregon Health Plan – Lessons for the Nation. Health Policy Report. The New England Journal of Medicine, 1997. Vol. 337, Number 9. p 651-655

103. Bopp M, Fallon EA, Bolton DJ, Kaczynski AT, Lukwago S, Brooks A. Conducting a Hispanic Health Needs Assessment in rural Kansas: building the foundation for community action. Eval Program Plann. 2012 Nov;35(4):453-60

104. Bradshaw J. A taxonomy of social need. Problems and progress in medical care: essays on current research Volume 7th series. Edited by: Mclachlan G. Oxford, Nuffield Provincial Hospital Trust; 1972.

105. Burton CR, Payne S, Addington-Hall J, Jones A. The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. Age Ageing. 2010 Sep;39(5):554-9

106. Busque MA, Légaré J. [Unmet needs for home services among Canadian seniors] Can J Aging. 2012 Sep;31(3):271-8

107. Carey ML, Clinton-McHarg T, Sanson-Fisher RW, Shakeshaft A. Development of cancer needs questionnaire for parents and carers of adolescents and young adults with cancer. Support Care Cancer. 2012 May;20(5):991-1010

108. Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. J Clin Oncol. 2012 Apr 10;30(11):1160-77

109. Celedová L, Cevela R. [New proposal of the medical criteria for assessing the stage dependency care regarding the need of the care benefit]. Cas Lek Cesk. 2011;150(10):550-3

110. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hurricane Ike rapid needs assessment - Houston, Texas, September 2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009 Oct 2;58(38):1066-71

111. Chan T, Cohen A, de Lusignan S. Using routine data to conduct small area health needs assessment through observing trends in demographics, recording of common mental health problems (CMHPs) and sickness certificates: longitudinal analysis of a northern and London locality. Inform Prim Care. 2010;18(4):273-82

112. Chernesky RH, Gutheil IA. Rethinking needs assessment in planning services for older adults. J Gerontol Soc Work. 2008;51(1-2):109-25

113. Choi M, Choi R, Bae YR, Lee SM. Clinical decision support systems for patient safety: a focus group needs assessment with Korean ICU nurses. Comput Inform Nurs. 2011 Nov;29(11):671-8

114. Chow TW, Pio FJ, Rockwood K. An international needs assessment of caregivers for frontotemporal dementia. Can J Neurol Sci. 2011 Sep;38(5):753-7

115. Clarkson P, Abendstern M, Sutcliffe C, Hughes J, Challis D. Reliability of needs assessments in the community care of older people: impact of the single assessment process in England. J Public Health (Oxf). 2009 Dec;31(4):521-9

116. Cordts GA, Grant MS, Brandt LE, Mears SC. A qualitative and quantitative needs assessment of pain management for hospitalized orthopedic patients. Orthopedics. 2011 Aug 8;34(8):e368-73

117. Coster G. Health Needs Assessment for New Zealand. Background and literature review. Published in December 2000 by Ministry of Health, New Zealand

118. Coster G, Mays N, Scott C, Cumming J. The impact of health needs assessment and prioritisation on District Health Board planning in New Zealand. Int J Health Plann Manage. 2009 Oct-Dec;24(4):276-89

119. Danoff-Burg S, Friedberg F. Unmet needs of patients with systemic lupus erythematosus. Behav Med. 2009 Spring;35(1):5-13

120. Dabrera G, Anyaegbu E, Addiman S, Keeling D, Ashton C, Whala S, Dunne A, Figueroa J, Lovitt C, Basnett I, Balasegaram S. Is preparedness for CBRN incidents important to general practitioners in East London? J Bus Contin Emer Plan. 2012 Summer;6(1):47-54

121. Dar OA, Khan MS, Murray V. Conducting rapid health needs assessments in the cluster era: experience from the Pakistan flood. Prehosp Disaster Med. 2011 Jun;26(3):212-6

122. David CL, Williamson K, Tilsley DW. A small scale, qualitative focus group to investigate the psychosocial support needs of teenage young adult cancer patients undergoing radiotherapy in Wales. Eur J Oncol Nurs. 2012 Sep;16(4):375-9

123. Dawson AL, Dellavalle RP, Elston DM. Infectious skin diseases: a review and needs assessment. Dermatol Clin. 2012 Jan;30(1):141-51

124. Desalvo F, Verlicchi F, Tomasini I. An estimate of future transfusion needs in the province of Ravenna made on the basis of Italian national statistics and past consumption. Blood Transfus. 2011 Oct;9(4):413-8

125. De Santo NG, Gesualdo L, Procaccini DA, Bellinghieri G, Perna A, Savica V, Santoro D, Cirillo M. [Health care based on patients' needs]. G Ital Nefrol. 2008 Nov-Dec;25(6):629-31

126. Dünser MW, Bataar O, Tsenddorj G, Lundeg G, Jochberger S, Jakob S; Helfen Berührt Study Team. Intensive care medicine in Mongolia's 3 largest cities: outlining the needs. J Crit Care. 2009 Sep;24(3):469

127. Editorial. Putting the Horse First: The Practical Value of Philosophical Analysis. Health care analysis Vol.1:1-3(1993)

128. Efstathiou N, Coll AM, Ameen J, Daly W. Do Greek healthcare users and healthcare providers share cancer care priorities? Analysing the results from two Delphi studies. Eur J Cancer Care (Engl). 2011 Mar;20(2):179-86

129. Erickson P, Kendall EA, Anderson JP, Kaplan RM. Using composite health status measure to assess the nation`s health. Med Care. 1989; 27(Suppl):S66-S76

130. Eshah NF. Jordanian acute coronary syndrome patients' learning needs: Implications for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs. Nurs Health Sci. 2011 Sep;13(3):238-45

131. Etizioni, A. (1967) 'Mixed scanning: a third approach to decision-making', Public Administration Review, 27: 385-92

132. Ferguson, B. and Ryder, S. (1991) Future role of the District Health Authority: assessing needs for services and setting priorities. York:: CHE Discussion Paper 87.

133. Fitzgerald CE, Townsend RP. Assessing the continuing education needs and preferences of rural nurses. J Contin Educ Nurs. 2012 Sep;43(9):420-7

134. Fletcher, P.C. and Hirdes, J.P. (2001) 'Assessing the health and functional status of older women with breast cancer using the minimum data set-home care (MDS-HC)', Canadian Journal of Public Health, 92: 457-9.

135. Fossey E, Harvey C, Mokhtari MR, Meadows GN. Self-rated assessment of needs for mental health care: a qualitative analysis. Community Ment Health J. 2012 Aug;48(4):407-19

136. Fourteenth Report of WHO Expert Committee on Health statistics, WHO Technical Report Series 472, pp 21-22, WHO, 1971

137. Frankel S. Health needs, health-care requirements and the myth of infinite demand. Lancet, 337:1588-90, 1991

138. Friedman DJ, Parrish RG. Is community health assessment worthwhile? J Public Health Manag Pract. 2009 Jan-Feb;15(1):3-9

139. Fuller, J., Bentley, M. and Shotton, D. (2001) 'Use of community health needs assessment for regional planning in country South Australia', Australian Journal of Rural Health, 9: 12-7.

140. Ganguly S. Palliative care: an unmet need in the Indian scenario. J Indian Med Assoc. 2012 Jan;110(1):8-9

141. Garrant A, Ruta D, Abdalla M, Buckingham J, Russel I. The SF 36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? BMJ 1993, 306:1440-4

142. Georgieva L, Salchev P, Dimitrova R, Dimova A, Avdeeva O. Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition, 2007; 9(1): 1–156.

143. Gillam SJ., Murray SA. Needs Assessment in General Practice. London: The Royal College og General Practitioners, 1996

144. Goeman DP, Jenkins CR, Crane MA, Bosnic-Anticevich SZ, Douglass JA. Unmet needs of older people with asthma: cross-sectional survey. J Asthma. 2011 Nov;48(9):865-75

145. Golla H, Galushko M, Pfaff H, Voltz R. Unmet needs of severely affected multiple sclerosis patients: the health professionals' view. Palliat Med. 2012 Mar;26(2):139-51

146. Graham CL, Ivey SL, Neuhauser L. From hospital to home: assessing the transitional care needs of vulnerable seniors. Gerontologist. 2009 Feb;49(1):23-33

147. Gupta N, Castillo-Laborde C, Landry MD. Health-related rehabilitation services: assessing the global supply of and need for human resources. BMC Health Serv Res. 2011 Oct 17;11:276

148. Hanlon, P., Murie, J., McEwen, J., Moir, D. and Russell, E. (1998) 'A study to determine how health needs assessment is being used to improve health', Public Health, 112: 343-6.

149. Hanrahan, M.C. (2002) 'Identifying the needs of Innu and Inuit patients in urban health settings in Newfoundland and Labrador', Canadian Journal of Public Health, 93: 149-52.

150. Häyrinen K, Saranto K. Patients' needs assessment documentation in multidisciplinary electronic health records. Stud Health Technol Inform. 2010;160(Pt 1):269-73

151. „Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region. WHO. Regional Committee for Europa. Fifty-ninth session. Copenhagen, 14-17 September, 2009

152. Hensher M., Fulop N. The influence of health needs assessment on health care decision-making in London health autorities. J Health Serv Res Policy 4: 90-95, 1999

153. Hill, M. (1997) The Policy Process in the Modern State. 3rd Edn. Hertfordshire: Prentice Hall Harvester Wheatsheaf.

154. Hodge DR, Horvath VE. Spiritual needs in health care settings: a qualitative meta-synthesis of clients' perspectives. Soc Work. 2011 Oct;56(4):306-16

155. Horsch A, Hapfelmeier A, Elter M. Needs assessment for next generation computer-aided mammography reference image databases and evaluation studies. Int J Comput Assist Radiol Surg. 2011 Nov;6(6):749-67

156. Houtjes W, Van Meijel B, Deeg DJ, Beekman AT. Late-life depression: systematic assessment of care needs as a basis for treatment. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2012 Apr;19(3):274-80

157. Howes F, Hansen E, Nelson M. Management of hypertension in general practice--a qualitative needs assessment of Australian GPs. Aust Fam Physician. 2012 May;41(5):317-23

158. Huff L, McLaughlin L, Gamble R, Dellavalle RP. Introduction: US dermatologic health care needs assessment. Dermatol Clin. 2012 Jan;30(1):1-3

159. Jordan, J. and Wright, J. (1997) 'Making sense of health needs assessment', British Journal of General Practice, 48: 695-6.

160. Kalimo E. Health service needs. V: Holland WW, Ipsen J, Kostrzewski J (editors). Measurement of levels of health. Copenhagen& World Health Organization, Regional Office for Europa, International Epidemiological Association, 1979. p. 64-72.

161. Knobf MT, Ferrucci LM, Cartmel B, Jones BA, Stevens D, Smith M, Salner A, Mowad L. Needs assessment of cancer survivors in Connecticut. J Cancer Surviv. 2012 Mar;6(1):1-10

162. Korteweg HA, van Bokhoven I, Yzermans CJ, Grievink L. Rapid Health and Needs assessments after disasters: a systematic review. BMC Public Health. 2010 Jun 1;10:295

163. Lam WW, Au AH, Wong JH, Lehmann C, Koch U, Fielding R, Mehnert A. Unmet supportive care needs: a cross-cultural comparison between Hong Kong Chinese and German Caucasian women with breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2011 Nov;130(2):531-41

164. Lefebvre J, Cyr M, Lesage A, et al. Unmet needs in the community: Can existing services meet them? Acta Psychiatr Scand. 2000; 102:65-70

165. Lie I, Bunch EH, Smeby NA, Arnesen H, Hamilton G. Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. Eur J Cardiovasc Nurs. 2012 Mar;11(1):14-24

166. Lijana Zaletel-Kragelj, Ivan Erzen, Marjan Premik “Health needs concept – some perspectives and dimensions from the public health point of view”

167. Lindblom, C. (1980) The Policy-Making Process. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

168. Lisac. M. “Health care reform in Germany: Not the big bang”. HealthPolicyMonitor. http://hpm.org/

169. McEven J, Russell EM, Stewart S. Needs assessment in Scotland. Collaboration in public health. Public Health. 1995; 109:179-185

170. McIntyre NJ, Fluck R, McIntyre C, Taal M. Treatment needs and diagnosis awareness in primary care patients with chronic kidney disease. Br J Gen Pract. 2012 Apr;62(597):e227-32

171. Mesters I, Pieterse M, Meertens R. Pediatric asthma, a qualitative and quantitative approach to needs assessment. Patient Educ Couns. 1991; 17:23-34

172. Mohsen Asadi-Lari, David Gray. Health needs assessment tools: Progress and potential. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 21:3 (2005), 288-297

173. Morrison V, Henderson BJ, Zinovieff F, Davies G, Cartmell R, Hall A, Gollins S. Common, important, and unmet needs of cancer outpatients. Eur J Oncol Nurs. 2012 Apr;16(2):115-23

174. Morrison-McKell TJ, Wehrli G. A needs assessment and instrument comparison for a therapeutic apheresis medicine service. J Clin Apher. 2012;27(3):146-52

175. Moynihan R., Blum K., Busse R., Schlette S. (eds.). Health Policy Developments 13. Focus on Health Policy in Times of Crisis, Competition and Regulation, Evaluation in Health Care. Gutershol, 2009

176. Munir F, Kalawsky K, Lawrence C, Yarker J, Haslam C, Ahmed S. Cognitive intervention for breast cancer patients undergoing adjuvant chemotherapy: a needs analysis. Cancer Nurs. 2011 Sep-Oct;34(5):385-92

177. Murray C. Investing in health research development. Geneva: WHO, 1996

178. Murray SA, Graham I.J. Practice based health needs assessment: Use of four methods in a small neighbourhood. BMJ. 1995; 310:1443-1448

179. Murrey SA. Experiences with “rapid appraisal” in primary care: Involving the public in assessing health needs, orientating staff, and educating medical students. BMJ. 1999; 318:440-444

180. Murrey SA, Tapson J, Turnbull I., et al. Listening to local voices: Adapting rapid appraisal to assess health and social needs in general practice. BMJ. 1994; 308:698-700

181. Nancy Devlin and Paul Hansen. Allocating Vote: Health - “Needs assessment” and an Economics – Based Approach”. Treasury working paper 00/4

182. Navarro V. M.D., D.M.S.A., Dr.P.H. Planning for the Distribution of Personal Health Services. Public Health reports, Vol. 84, № 7, Juli 1969, 573-581

183. O'Brien R, Rose P, Campbell C, Weller D, Neal RD, Wilkinson C, McIntosh H, Watson E; Prostate Cancer Follow-up Group. "I wish I'd told them": a qualitative study examining the unmet psychosexual needs of prostate cancer patients during follow-up after treatment. Patient Educ Couns. 2011 Aug;84(2):200-7

184. O'Kelly CM, Cullen W, O'Kelly SM, O'Kelly FD, Bury G. A primary care-based health needs assessment in inner city Dublin. Ir J Med Sci. 2010 Sep;179(3):399-403

185. Oliveira MA, Silva TM. Health needs assessment: a requirement for qualifying health care. Rev Bras Enferm. 2012 Apr;65(2):203

186. Ong BN, Humphris G, Annett H, Rifkin S. Rapid appraisal in an urban setting and, an example from the developed world. Soc Sci Med. 1991; 32:909-915

187. Oppedal K, Nesvåg S, Pedersen B, Skjøtskift S, Aarstad AK, Ullaland S, Pedersen KL, Vevatne K, Tønnesen H. Health and the need for health promotion in hospital patients. Eur J Public Health. 2011 Dec;21(6):744-9

188. Orrell M, Hancock GA, Liyanage KC, Woods B, Challis D, Hoe J. The needs of people with dementia in care homes: the perspectives of users, staff and family caregivers. Int Psychogeriatr. 2008 Oct;20(5):941-51

189. Parston, G. (1980) Planners, Politics and Health Services. London: Croom Helm.

190. Perry Philip A., MSJ and Hotze T. Oregon`s Experiment with Prioritizing Public Health Care Services. American Medical Association Journal of Ethics, April 2011, Vol. 13, Number 4:241-247

191. Pieh-Holder KL, Callahan C, Young P. Qualitative needs assessment: healthcare experiences of underserved populations in Montgomery County, Virginia, USA. Rural Remote Health. 2012 Jul;12(3):1816

192. Pope C, Mays N, Qualitative methods in health research. In: Pope C, Mays N, eds. Qualitative research in health care. 2nd ed. London: BMJ Books; 2000

193. Prioritization of Health Services: a Report to the Governor and Legislature, Oregon Health Services Commission, Portland, Ore, 1991

194. Raspe H. [Are there differences in the assessment of medical and non-medical interventions?]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2009;103(5):253-60

195. Rauch A, Baumberger M, Moise FG, von Elm E, Reinhardt JD. Rehabilitation needs assessment in persons with spinal cord injury following the 2010

earthquake in Haiti: a pilot study using an ICF-based tool. J Rehabil Med. 2011 Nov;43(11):969-75

196. Resch KL. [Requirements and needs--health between solidarity and commerce]. Forsch Komplementmed. 2009 Apr;16(2):72-4

197. Robert A. Rosenheck, M.D. Principles for Priority Setting in Mental Health Services and Their Implications for the Least Well Off

198. Rottmann N, Helmes AW, Vogel BA. Patients' needs and experiences at breast cancer diagnosis: how perceived threat influences the physician-patient interaction. J Psychosoc Oncol. 2010 Mar;28(2):157-72

199. Saltman R., Figueras S. European Health Care Reform – Analisys of Current Strategies, Copenhagen, WHO, 1997

200. Schmid R, Eschen A, Rüegger-Frey B, Martin M. Instruments for comprehensive needs assessment in individuals with cognitive complaints, mild cognitive impairment or dementia: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry. 2012 Apr;27(4):329-41

201. Schofield P, Gough K, Ugalde A, Dolling L, Aranda S, Sanson-Fisher R. Validation of the needs assessment for advanced lung cancer patients (NA-ALCP). Psychooncology. 2012 Apr;21(4):451-5

202. Scott V. Making needs visible. Community Pract. 2010 Mar;83(3):36-7

203. Scottish Needs Assessment Programme (1998) Needs assessment in primary care: A rough guide. Glasgow: Scottish Needs Assessment Programme.

204. Shahhosseini Z, Simbar M, Ramezankhani A, Majd HA. An inventory for assessment of the health needs of Iranian female adolescents. East Mediterr Health J. 2012 Aug;18(8):850-6

205. Shim EJ, Lee KS, Park JH, Park JH. Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT): the development and validation. Support Care Cancer. 2011 Dec;19(12):1957-68

206. Shin DW, Park JH, Shim EJ, Park JH, Choi JY, Kim SG, Park EC. The development of a comprehensive needs assessment tool for cancer-caregivers in patient-caregiver dyads. Psychooncology. 2011 Dec;20(12):1342-52

207. Sigurdardottir SH, Sundstrom G, Malmberg B, Bravell ME. Needs and care of older people living at home in Iceland. Scand J Public Health. 2012 Feb;40(1):1-9

208. Simon, H.A. (1957) Administrative Behaviour. 2nd edn. New York: Macmillan

209. Stevens A., Gillam S. Needs assessment: from theory to practice. BMJ. 1998; 316: 1448-52

210. Stevence A., Raftery J., Jonathan Mant. An Introduction to HCNA. The epidemilogical approach to health care needs assessment. httr&//hcna.radcliffe-oxford.com/introduction.htm

211. Stevens, A. and Raftery, J. (Eds.) (1994) Health care needs assessment: the epidemiologically based needs assessment reviews. Oxford: Radcliffe Medical Press

212. Stevens, A. and Raftery, J. (Eds.) (1997) Health care needs assessment: the epidemiologically based reviews. Oxford: Radcliffe Medical Press

213. Stirling et al. Measuring dementia carers` unmet need for services – an exploratory mixed method study. BMC Health services Reacherch 2010, 10:122

214. Stone GS, Henderson AK, Davis SI, Lewin M, Shimizu I, Krishnamurthy R, Bisgard K, Lee R, Jumaan A, Marziale E, Bryant M, Williams C, Mason K, Sirois M, Hori M, Chapman J, Bowman DJ. Lessons from the 2006 Louisiana health and population survey. Disasters. 2012 Apr;36(2):270-90

215. Toni Ashton From evolution to Revolution: Restructuring the New Zealand Health System. Health care analysis Vol. 1:57-62(1993)

216. Toward, J.I. and Ostwald, S.K. (2002) 'Exploring mental health service needs for the elderly: results of a modified Delphi study', Community Mental Health Journal, 38: 141-9.

217. Van Hoof TJ. CME Planning Series: article one of five, conducting a needs assessment. Conn Med. 2008 Sep;72(8):477-80

218. Vitola JV, Shaw LJ, Allam AH, Orellana P, Peix A, Ellmann A, Allman KC, Lee BN, Siritara C, Keng FY, Sambuceti G, Kiess MC, Giubbini R, Bouyoucef SE, He ZX, Thomas GS, Mut F, Dondi M. Assessing the need for nuclear cardiology and other advanced cardiac imaging modalities in the developing world. J Nucl Cardiol. 2009 Nov-Dec;16(6):956-61

219. Waller A, Girgis A, Johnson C, Lecathelinais C, Sibbritt D, Forstner D, Liauw W, Currow DC. Improving outcomes for people with progressive cancer: interrupted time series trial of a needs assessment intervention. J Pain Symptom Manage. 2012 Mar;43(3):569-81

220. Welti F. [Legal questions concerning needs assessment for participation benefits]. Rehabilitation (Stuttg). 2011 Feb;50(1):7-10

221. White KJ, Roydhouse JK, D'Abrew NK, Katris P, O'Connor M, Emery L. Unmet psychological and practical needs of patients with cancer in rural and remote areas of Western Australia. Rural Remote Health. 2011;11(3)

222. WHO. Guidelines for rapid appraisal to assess community health needs. Geneva: World Health Organization; 1992

223. Wilkin, D., Gillam, S. and Coleman, A. (2001) The National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts 2000/2001: Modernising the NHS? Manchester: National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester.

224. Wilkinson J., Murray S. Assessment in primary care: practical issues and possible approaches. BMJ. 1998; 316: 1524-8

225. Wilson R. MD. CCFP; Margo S. Rowan, PhD; Jennifer Henderson, BsocSc. Core and comprehensive health care services: 1. Introduction to the Canadian medical Association`s decision-making framework; CAN MED ASSOC J, APR. 1, 1995; 152 (7)

226. Woo K, Rowe VL, Weaver FA, Sullivan ME. The results of a needs assessment to guide a vascular surgery skills simulation curriculum. Ann Vasc Surg. 2012 Feb;26(2)

227. Wright J. "Health needs assessment in practice", BMJ Books 1998

228. Wright J, Walley J. Assessing health needs in developing countries. BMJ. 1998; 316:1819-1823

229. Yu M, Chair SY, Chan CW, Li X, Choi KC. Perceived learning needs of patients with heart failure in China: a cross-sectional questionnaire survey. Contemp Nurse. 2012 Apr;41(1):70-7

230. Zwart H. Rationing in the Netherlands: the liberal and the communitarian perspective. Health Care Anal J Health Philo Policy 1993; 1: 53-56

ПРИЛОЖЕНИЯ:

Приложение 1. Анкетна карта за самопопълване, използвана при социологическото проучване сред първичните практики

Анкетна карта

Уважаеми Господине/Госпожо,

Във връзка с провеждане на проучване, свързано с потребностите от здравни услуги, които се предоставят от Вашия личен лекар, от специалисти или в болница, моля отговорете на въпросите по-долу, запълвайки едно или повече от квадратчетата за всеки въпрос със знака X или V.

Анкетата е напълно анонимна, а участието Ви в нея ще допринесе за изясняване на потребности, които до момента не сте смятали за съществени, не сте потърсили помощ за тях или не е имало възможност да потърсите помощ поради финансови или други проблеми.

1. Моля, посочете по-долу какви остри заболявания сте имали през последните 12 месеца (може да отбележите повече от един отговор) ?

□ тежка простуда или грип

□ усещане за умора

□ главоболие

□ проблеми със съня

□ възпалено гърло

□ травма

□ гръдна болка

□ друго .....

□ не съм боледувал/а

2. Моля, посочете по-долу какво хронично заболяване имате (може да отбележите повече от един отговор)

□ диабет

□ астма или хроничен бронхит

□ друго белодробно заболяване (запишете) .....

□ сърдечни проблеми или стенокардия

□ ставни болки или артрит

□ рак през последните 5 години

□ стомашни проблеми

□ страх, депресия или „лоши нерви“

□ болки в гърба, кръста или ишиас

□ високо кръвно налягане

□ други хронично протичащи състояния (запишете).....

□ нямам хронично заболяване (***моля, преминете на въпрос №5***)

3. През последните 12 месеца получавали ли сте достатъчно подкрепа от здравната или социалната служба за Вашето хронично заболяване/заболявания?

□ да, определено

□ да, в някои случаи

□ не

□ не се нуждая от такава подкрепа

□ не знам/ не мога да определя

4. За моето хронично заболяване: (моля, посочете вярното за Вас, като може и повече от един отговор)

□ не посещавам редовно лекаря, защото се чувствам добре и не виждам смисъл от лечението

□ редовно посещавам лекаря за повторно изписване на рецепта или протокол за лекарства

□ редовно посещавам специалиста, защото съм диспансеризиран при него и така го изисква здравната каса

□ бил/а съм в болница през последните 12 месеца

5. От кого предпочитате да бъдете наблюдаван/а за Вашите заболявания ?

□ от личния лекар

□ от специалиста

6. Посочете вярното за Вас:

□ Всяка година посещавам личния си лекар за профилактичен преглед

□ Чувствам се здрав и не изпитвам потребност да посетя личния си лекар за профилактичен преглед

□ Не ходя на профилактични прегледи, защото (моля, посочете причините в свободен текст) .....

Медицинска помощ

7. През последните 12 месеца колко пъти сте посещавали лекар? (без визитите в болница или спешно отделение): ..... пъти

8. През последните 12 месеца колко пъти сте били в спешно отделение?

..... пъти

9. През последните 12 месеца колко пъти сте били в болница за една нощ или повече? ..... пъти

10. Знаете ли как да се свържете с Вашия личен лекар в часовете извън графика му и през почивните дни?

□ да

□ не

11. През последните 12 месеца съм имал/а проблем свързан със здравето, но не съм потърсил/а лекарска помощ поради (може и повече от един отговор):

□ финансови проблеми

□ липса на подкрепа от семейството или други лица

□ здравната служба е много далече

□ часовете за посещение при личния лекар не са удобни

□ други причини (моля запишете) .....

□ не съм имал/а такъв проблем

12. През последните 12 месеца съм имал/а проблем свързан със здравето, но не съм търсил/а лекарска помощ, а:

□ съвети и лечение, дадени от лекар на мой/моя съсед/ка, приятели, близки, колеги

□ съвети и лечение от вестници или списания

□ стари рецепти от предишни посещения при лекар за сходен проблем

□ немедицински методи на лечение – билколечение, хомеопатия и др. (моля запишете) .....

□ не съм имал/а такъв проблем

13. През последните 12 месеца опитвали ли сте се да звъните на Вашия личен лекар извън приемните часове (може повече от един отговор)?

□ да, лично за мен

□ да, за някой друг

□ не

14. Като цяло доволни ли сте от оказаната медицинска помощ по време на посещение при лекар?

□ да, доволен/доволна съм

□ да, но имам препоръки (опишете в свободен текст в края на анкетната карта)

□ не, посещавам лекар само при крайна нужда

□ не

15. Когато имам нужда от направление за специалист:

□ получавам от личния си лекар веднага, когато го поискам

□ личният лекар извършва преглед, назначава изследвания и след това преценява дали да ме насочи към специалист

□ трябва да изчакам, защото личния лекар няма достатъчно направления и чака да му бъдат отпуснати от здравната каса

□ трудно получавам или не получавам направление

16. До колко сте доволен/доволна от оказаната медицинска помощ от (моля оградете по едно число на всеки ред):

	Доволен	Недоволен	Нито доволен, нито недоволен	Не съм посещавал/а през последните 12 месеца
личния лекар	1	2	3	0
специалиста	1	2	3	0
болницата	1	2	3	0
спешния център	1	2	3	0

Състояние на Вашето здраве днес

17. Като цяло как определяте Вашето здраве (отбележете само един отговор):

□ отлично

□ много добро

□ добро

□ задоволително

□ лошо

18. Моля, за всяка една група по-долу посочете твърдението, което най-добре описва състоянието на Вашето здраве днес:

Подвижност

□ Нямам проблеми с ходенето

□ Имам някои проблеми с ходенето

□ Ограничен съм в леглото

Грижи за себе си

□ Нямам проблеми с грижите за себе си

□ Имам известни проблеми с обличането

□ Не мога да се обличам и мия сам

Обичайни активности (работа, учение, домашни дейности, дейности в семейството, дейности в свободното време)

□ Нямам проблеми с извършването на обичайни активности

□ Имам някои проблеми с извършването на моите обичайни активности

□ Не съм в състояние да изпълнявам моите обичайни дейности

Болка/дискомфорт

□ Нямам болка или дискомфорт

□ Имам умерена болка или дискомфорт

□ Имам подчертана болка или дискомфорт

Страх/депресия

□ Не изпитвам страх или депресия

□ Изпитвам умерен страх или депресия

□ Изпитвам подчертан страх или депресия

19. Колко пъти през последните две седмици (моля оградете по едно число на всеки ред):

	нито веднъж	малко пъти	няколко пъти	често пъти	повечето от времето	през цялото време
Сте били обезсърчени от Вашия здравен проблем?	0	1	2	3	4	5
Сте се страхували за Вашето бъдещо здраве?	0	1	2	3	4	5
Вашето здраве причина ли е за безпокойство във Вашия живот?	0	1	2	3	4	5
Разстроен ли сте от Вашия здравен проблем?	0	1	2	3	4	5

Няколко въпроса за Вас

20. Вашият пол:

□ мъж □ жена

21. Най-високата степен на завършено образование

□ основно □ средно □ висше

22. Вашето семейно положение в момента (отбележете само един отговор)

□ женен/омъжена □ в брак, но разделени □ вдовец/вдовица

□ неженен/неомъжена □ разведен/а □ съжителство без брак

23. На колко години сте?

..... (моля запишете)

24. Кое от следните описва това, което правите (може и повече от един отговор)

□ работя на пълно работно време

□ работя на непълно работно време

□ уча редовно

□ безработен съм

□ не работя поради трайно заболяване

□ пенсионер съм и не работя

□ пенсионер съм и работя

□ грижа се за дома

25. Като цяло колко време пътувате до работното си място (от врата до врата)

□ до 30 минути

□ от 30 минути до 1 час

□ повече от 1 час

□ не пътувам, живея близо до работното ми място

26. Имате ли деца под 18 години във Вашия дом?

□ Да

□ Не

27. Кое от следното най-добре описва Вашите навици за пушене на цигари?

□ Никога не съм пушил

□ Бивш пушач съм

□ Не пуша всеки ден

□ Пуша всеки ден поне по една цигара

28. Кое за Вас е вярно, че притежавате (може и повече от едно):

□ GSM - апарат

□ собствени доходи

□ парични проблеми

□ собствена/семейна кола

29. Какъв е размера на Вашия нетен доход за един месец („чиста” сума, без данъци) общо от всички източници (пенсия, заплата, рента, наем и т.н.)?

□ до 240 лв.

□ между 240 и 500 лв.

□ между 500 и 1000 лв.

□ над 1000 лв.

30. Моля, опишете в свободен текст от какви здравни дейности се нуждаете, които досега не сте получили, при посещение:

□ при личния лекар

.....

.....

.....

.....

.....

□ при специалиста

.....

.....

.....

.....

.....

□ в болницата

.....

.....

.....

.....

Благодарим Ви за отделеното време!

Моля върнете анкетната карта при личния си лекар в специално поставените за целта кутии, анонимността на участието Ви е гарантирана!

Приложение 2 – Обобщени показатели и характеристики на променливите, описващи основните въпроси в проучването

Табл. 18. Обобщаващи характеристики на променливите, описващи основните въпроси в проучването

Име на променливата	Въпрос	Относителен дял/ средна аритметична с 95% доверителен интервал
q3	През посл. 12 м. получавали ли сте достатъчно подкрепа от здравната или социалната служба за Вашето хронично заболяване	
	да, определено	62,9
	да, в някои случаи	16,5
	не	10,3
	не се нуждая от такава подкрепа	4,1
	не мога да преценя	1,9
q4_1	За моето хронично заболяване	
	не посещавам редовно лекаря, защото се чувствам добре	17,2
	редовно посещавам лекаря за повторно	54,0
	редовно посещавам специалиста, защото съм диспансеризиран	21,9
	бил/а съм в болница през последните 12 месеца	8,5
q5	От кого предпочитате да бъдете наблюдаван/а за Вашите заболявания	
	от личния лекар	66,0
	от специалиста	31,8
q6	Посочете вярното за Вас	
	Всяка година посещавам личния си лекар за профил. преглед	82,8
	Чувствам се здрав и не посещавам личния си лекар за профил.	8,7
	Не ходя на профилактични прегледи, защото	5,4
q7	През последните 12 месеца колко пъти сте посещавали лекар	12,14 (9,99-14,29)
q8	През последните 12 месеца колко пъти сте били в спешно отделение	2,55 (2,07-3,04)
q9	През последните 12 месеца колко пъти сте били в болница за една нощ или повече	2,05 (1,68-2,41)
q10	Знаете ли как да се свържете с Вашия личен лекар в часовете извън графика му и през почивните дни	
	да	89,3
	не	7,3
q11	През последните 12 месеца съм имал/а проблем свързан със здравето, но не съм потърсил/а лекарска помощ поради	
	финансови проблеми	21,2
	липса на подкрепа от семейството	1,1
	здравната служба е много далече	2,8
	часовете за посещение при личния лекар не са удобни	4,2
	други причини	4,9
	не съм имал/а такъв проблем	64,8

q12	През последните 12 месеца съм имал/а проблем свързан със здравето, но не съм търсил/а лекарска помощ, а	
	съвети и лечение от лекар на друг човек	16,1
	съвети и лечение от вестници или списания	3,9
	стари рецепти от предишни посещения при лекар за сходен проблем	10,7
	немедицински методи на лечение – билколечение, хомеопатия и	4,8
	не съм имал/а такъв проблем	55,3
q13_1	През последните 12 месеца опитвали ли сте се да звъните на Вашия личен лекар извън приемните часове	
	да, лично за мен	45,3
	да, за някой друг	17,5
	не	45,0
q14	Като цяло доволни ли сте от оказаната медицинска помощ по време на посещение при лекар	
	да, доволен/доволна съм	83,0
	да, но имам препоръки	3,6
	не, посещавам лекар само при крайна нужда	7,0
	не	5,3
q15	Когато имам нужда от направление за специалист	
	получавам веднага	58,1
	след преглед, изследвания и преценка на ЛЛ	25,7
	трябва да изчакам, защото ЛЛ няма достатъчно направления	8,0
	трудно получавам или не получавам	6,3
q16_gp	До колко сте доволен/доволна от оказаната медицинска помощ от личния лекар	
	Не съм посещавал/а през последните 12 м.	5,7
	Доволен	79,8
	Недоволен	,8
	Нито доволен, нито недоволен	6,5
q16_spec	До колко сте доволен/доволна от оказаната медицинска помощ от специалиста	
	Не съм посещавал/а през последните 12 м.	10,2
	Доволен	52,2
	Недоволен	3,9
	Нито доволен, нито недоволен	7,3
q16_hosp	До колко сте доволен/доволна от оказаната медицинска помощ от болницата	
	Не съм посещавал/а през последните 12 м.	22,6
	Доволен	24,0
	Недоволен	4,3
	Нито доволен, нито недоволен	7,3
q16_er	До колко сте доволен/доволна от оказаната медицинска помощ от спешния център	
	Не съм посещавал/а през последните 12 м.	23,5
	Доволен	24,4
	Недоволен	3,7
	Нито доволен, нито недоволен	3,9

Табл. 19. Обобщаващи характеристики на променливите, описващи здравословното състояние на респондентите

Име на променливата	Въпрос	Относителен дял/ средна аритметична с 95% доверителен интервал
q1	какви остри заболявания сте имали през последните 12 месеца	
	тежка простуда/грип	12,08
	усещане за умора	19,50
	главоболие	20,19
	проблеми със съня	13,11
	възпалено гърло	9,84
	травма	3,19
	гръдна болка	9,66
	друго	2,33
	не съм боледувал/а	10,09
q2_1	Какво хронично заболяване имате	
	диабет	6,87
	астма/хроничен бронхит	6,80
	друго белодробно	0,85
	сърдечни проблеми/стенокардия	12,12
	ставни болки/артрит	12,28
	рак през посл. 5 г.	0,54
	стомашни проблеми	7,34
	страх, депресия, “лоши нерви“	5,95
	болки в гърба, кръста, ишиас	13,13
	високо кръвно налягане	18,46
	други хронични	3,17
	нямам	12,51
q17	Като цяло как определяте Вашето здраве	
	отлично	12,1
	много добро	17,0
	добро	35,2
	задоволително	27,4
	лошо	5,4
q18_mobility	Подвижност	
	Нямам проблеми с ходенето	60,9
	Имам някои проблеми с ходенето	34,9
	Ограничен съм в леглото	,9
q18_selfcare	Грижи за себе си	
	Нямам проблеми с грижите за себе си	85,8
	Имам известни проблеми с обличането	9,0
	Не мога да се обличам и мия сам	1,1

q18_reg_act	Обичайни активности	
	Нямам проблеми с извършването на обичайни активности	74,5
	Имам някои проблеми с извършването на моите обичайни активно	18,2
	Не съм в състояние да изпълнявам моите обичайни дейности	2,6
q18_pain	Болка/дискомфорт	
	Нямам болка или дискомфорт	40,3
	Имам умерена болка или дискомфорт	46,2
	Имам подчертана болка или дискомфорт	10,4
q18_fear	Страх/депресия	
	Не изпитвам страх или депресия	59,4
	Изпитвам умерен страх или депресия	31,1
	Изпитвам подчертан страх или депресия	4,2
EQ_Index	Индекс на здравето	0,8 (0,784-0,817)
q19_1	Колко пъти през последните две седмици сте били обезсърчени от Вашия здравен проблем?	
	нито веднъж	44,0
	малко пъти	19,0
	няколко пъти	10,2
	често пъти	6,3
	повечето от времето	1,9
	през цялото време	2,0
q19_2	Колко пъти през последните две седмици сте се страхували за Вашето бъдещо здраве?	
	нито веднъж	34,3
	малко пъти	18,5
	няколко пъти	9,1
	често пъти	8,5
	повечето от времето	3,2
	през цялото време	2,0
q19_3	Колко пъти през последните две седмици Вашето здраве е било причина за безпокойство във Вашия живот?	
	нито веднъж	33,2
	малко пъти	20,7
	няколко пъти	7,4
	често пъти	9,7
	повечето от времето	2,5
	през цялото време	4,6
q19_4	Колко пъти през последните две седмици сте били разстроен от Вашия здравен проблем?	
	нито веднъж	34,2
	малко пъти	16,8
	няколко пъти	7,1
	често пъти	10,7
	повечето от времето	2,2
	през цялото време	4,8

Табл. 20. Обобщаващи характеристики на променливите, описващи демографските характеристики на респондентите

Име на променливата	Въпрос	Относителен дял/ средна аритметична с 95% доверителен интервал
nn	Практика	
	1	52,9
	2	27,5
	3	19,6
q20	Вашият пол	
	мъж	31,8
	жена	66,0
q21	образование	
	основно	20,9
	средно	49,3
	висше	25,7
q22	семейно положение	
	женен/омъжена	59,2
	в брак, но разделени	3,2
	вдовец/вдовица	15,3
	неженен/неомъжена	11,3
	разведен/а	
	съжителство без брак	
q23	Възраст	52,86 (51,54-54,19)
q24	Кое от следните описва това, което правите	
	работя на пълно работно време	45,3
	без отговор	2,0
	работя на непълно работно време	4,3
	уча редовно	1,9
	безработен съм	6,0
	не работя поради трайно заболяване	4,3
	пенсионер съм и не работя	32,9
	пенсионер съм и работя	4,3
	грижа се за дома	6,6
q25	Като цяло колко време пътувате до работното си място	
	до 30 минути	28,3
	от 30 минути до 1 час	9,3
	повече от 1 час	2,9
	не пътувам, живея наблизо	18,9
q26	Имате ли деца под 18 години във Вашия дом	
	да	22,7

	не	75,0
q27	Кое от следното най-добре описва Вашите навици за пушене на цигари	
	Никога не съм пушил	41,3
	Бивш пушач съм	20,2
	Не пуша всеки ден	8,7
	Пуша всеки ден поне по една цигара	27,8
q28_1	Кое за Вас е вярно, че притежавате	
	GSM - апарат	73,6
	собствени доходи	53,5
	парични проблеми	21,2
	собствена/семейна кола	31,1
q29	Какъв е размера на Вашия нетен доход за един месец	
	до 240 лв.	34,6
	между 240 и 500 лв.	34,9
	между 500 и 1000 лв.	17,9
	над 1000 лв.	5,7

Табл. 21. Връзка между демографските въпроси и практика

Име на променливата	Въпрос	Хи-квадрат анализ	
		p	Cramer's V
q20	Вашият пол	0,340	
q21	Образование	0,000	0,353
q22	Семейно положение	0,000	0,275
q23_rec	Възраст	0,000	0,249
q24_1	Кое от следните описва това, което правите - работя на пълно работно време	0,000	0,152
q24_2	Кое от следните описва това, което правите - работя на непълно работно време	0,542	
q24_3	Кое от следните описва това, което правите - уча редовно	0,594	
q24_4	Кое от следните описва това, което правите - безработен съм	0,554	
q24_5	Кое от следните описва това, което правите - не работя поради трайно заболяване	0,146	
q24_6	Кое от следните описва това, което правите - пенсионер съм и не работя	0,000	0,207
q24_7	Кое от следните описва това, което правите - пенсионер съм и работя	0,312	
q24_8	Кое от следните описва това, което правите - грижа се за дома	0,165	
q25	Като цяло колко време пътувате до работното си място	0,000	0,251
q26	Имате ли деца под 18 години във Вашия дом	0,000	0,164
q27	Кое от следното най-добре описва Вашите навици за пушене на цигари	0,000	0,206
q28_1	Кое за Вас е вярно, че притежавате GSM - апарат	0,000	0,223
q28_2	Кое за Вас е вярно, че притежавате собствени доходи	0,000	0,174
q28_3	Кое за Вас е вярно, че притежавате парични проблеми	0,000	0,171
q28_4	Кое за Вас е вярно, че притежавате собствена/семейна кола	0,000	0,294
q29	Какъв е размера на Вашия нетен доход за един месец	0,000	0,292

Табл. 22. Резултати от проведения хи-квадрат анализ, изследващ връзката между отговорите на респондентите и лекарската практика, която посещават

Име на променливата	Въпрос	Хи-квадрат анализ	
		p	Cramer's V
q1	Имали ли сте остри заболявания през последните 12 месеца	0,005	0,129
q2	Имате ли хронично заболяване	0,002	0,138
q3	През посл. 12 м. получавали ли сте достатъчно подкрепа от здравната или социалната служба за Вашето хронично заболяване	0,024	0,146
q4_1	За моето хронично заболяване	0,008	0,120
q4_2	За моето хронично заболяване	0,017	0,111
q4_3	За моето хронично заболяване	0,243	
q4_4	За моето хронично заболяване	0,106	
q5	От кого предпочитате да бъдете наблюдаван/а за Вашите заболявания	0,000	0,190
q6	Посочете вярното за Вас	0,004	0,122
q7_rec	През последните 12 месеца колко пъти сте посещавали лекар	0,000	0,170
q8	През последните 12 месеца колко пъти сте били в спешно отделение	0,323	
q9	През последните 12 месеца колко пъти сте били в болница за една нощ или повече	0,142	
q10	Знаете ли как да се свържете с Вашия личен лекар в часовете извън графика му и през почивните дни	0,000	0,155
q11_1	През последните 12 месеца съм имал/а проблем свързан със здравето, но не съм потърсил/а лекарска помощ поради	0,000	0,207
q11_2	През последните 12 месеца съм имал/а проблем свързан със здравето, но не съм потърсил/а лекарска помощ поради	0,257	
q11_3	През последните 12 месеца съм имал/а проблем свързан със здравето, но не съм потърсил/а лекарска помощ поради	0,201	
q11_4	През последните 12 месеца съм имал/а проблем свързан със здравето, но не съм потърсил/а лекарска помощ поради	0,052	
q11_5	През последните 12 месеца съм имал/а проблем свързан със здравето, но не съм потърсил/а лекарска помощ поради	0,110	
q11_6	През последните 12 месеца съм имал/а проблем свързан със здравето, но не съм потърсил/а лекарска помощ поради	0,000	0,179
q12	През последните 12 месеца съм имал/а проблем свързан със здравето, но не съм търсил/а лекарска помощ, а	0,000	0,241
q13_1	През последните 12 месеца опитвали ли сте се да звъните на Вашия личен лекар извън приемните часове	0,000	0,142
q13_2	През последните 12 месеца опитвали ли сте се да звъните на Вашия личен лекар извън приемните часове	0,126	
q13_3	През последните 12 месеца опитвали ли сте се да звъните на Вашия личен лекар извън приемните часове	0,002	0,115
q14	Като цяло доволни ли сте от оказаната медицинска помощ по време на посещение при лекар	0,004	0,132
q15	Когато имам нужда от направление за специалист	0,000	0,218
q16_gp	До колко сте доволен/доволна от оказаната медицинска помощ от личния лекар	0,004	0,117
q16_spec	До колко сте доволен/доволна от оказаната медицинска помощ от специалиста	0,151	
q16_hosp	До колко сте доволен/доволна от оказаната медицинска помощ от болницата	0,000	0,235
q16_er	До колко сте доволен/доволна от оказаната медицинска помощ от спешния център	0,000	0,261

q17	Като цяло как определяте Вашето здраве	0,000	0,265
q18_mobility	Подвижност	0,026	0,105
q18_selfcare	Грижи за себе си	0,000	0,152
q18_reg_act	Обичайни активности	0,000	0,138
q18_pain	Болка/дискомфорт	0,017	0,109
q18_fear	Страх/депресия	0,041	0,101
q19_1	Колко пъти през последните две седмици сте били обезсърчени от Вашия здравен проблем?	0,042	0,177
q19_2	Колко пъти през последните две седмици сте се страхували за Вашето бъдещо здраве?	0,032	0,177
q19_3	Колко пъти през последните две седмици Вашето здраве причина ли е за безпокойство във Вашия живот?	0,000	0,253
q19_4	Колко пъти през последните две седмици Разстроен ли сте от Вашия здравен проблем?	0,001	0,223

Таблица № 23

Име на променливата	Въпрос	Хи-квадрат анализ	
		p	Cramer's V
1_4		0,033	0,103
2_1		0,002	0,140
2_10		0,019	0,111
7		0,001	0,158
10		0,001	0,119
11_1		0,001	0,117
11_2		0,0001	0,130
11_3		0,0001	0,127
11_4		0,001	0,123
11_5		0,001	0,170
11_6		0,002	0,115
12		0,001	0,152
13_1		0,0001	0,210
13_2		0,0001	0,219
13_3		0,0001	0,212
14		0,0001	0,199
15		0,0001	0,140
17		0,0001	0,304
18_mobility		0.0001	0.285
18_selfcare		0.0001	0.282
18_reg_act		0.0001	0.266
18_pain		0.0001	0.299
18_fear		0.0001	0.238