

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Катедра по социална медицина

Д-Р МАЛИНКА ГЕОРГИЕВА ОВЧАРОВА – ГЪРДЕВА

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

АВТОРЕФЕРАТ

на 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

Дисертационният труд съдържа 230 страници. Онагледен е с 25 таблици, 105 фигури и 2 приложения. В библиографията са включени 230 литературни източника от които 79 на кирилица и 151 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден, одобрен и насочен за защита от разширен катедрен съвет на катедрата по „Социална медицина” на Факултета по обществено здраве при Медицински университет – София.

Публичната защита ще се проведе на 27.06.2013 г. от 11:00 часа в зала № 7 на Факултета по обществено здраве на МУ – София (гр. София, ул. Бяло море № 8) на основание Заповед № РК36-956 / 29.04.2013 г. на Ректора на МУ – София, пред научно жури в състав:

Председател:

Проф. Д-р Маргарета Николова Мутафова, д.м.

Членове:

1. Доц. Д-р Тихомира Златанова Златанова, д.м.
2. Проф. Д-р Веселин Борисов Василев, д.м.н.
3. Проф. Д-р Миладин Александров Апостолов, д.м.н.
4. Проф. Д-р Анжелика Спасова Велкова, д.м.н.

Резервни членове:

1. Доц. Д-р Васил Писев Костов, д.м.
2. Доц. д-р Юлияна Крумова Маринова, д.м.

Материалите по защитата са на разположение във Факултета по обществено здраве, МУ – София и са публикувани на интернет страницата на МУ – София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

Съдържание

1. Въведение.....	6
2. Цел, задачи, материали и методи на дисертационния труд.....	9
3. Анализ и обсъждане на резултатите	
<i>3.1. Анализ на действащото здравно законодателство, мястото на практиките за първична медицинска помощ, възлагане на управление на фиксирани бюджети – регулативни стандарти при предоставяне на здравни услуги от основния пакет на задължителното здравно осигуряване.....</i>	<i>14</i>
<i>3.2. Анализ на медико-статистическите данни за обслужваните от лекарските практики популации.....</i>	<i>15</i>
<i>3.3. Анализ на резултатите от собственото социологическо проучване на пациенти за потребностите от здравни услуги и посещането им на ниво първична медицинска помощ.....</i>	<i>25</i>
<i>3.4. Обсъждане на резултатите.....</i>	<i>48</i>
4. Изводи.....	52
5. Предложения.....	54
6. Приноси на дисертационния труд.....	56
7. Публикации свързани с дисертационния труд.....	59

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

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Някои форми на оценка на потребностите на населението от здравна помощ винаги са били прилагани при планиране на здравните услуги. 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. 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 Зеландия, 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“. Налага се идентифициране на потребностите така че необходимите услуги да бъдат специфично и справедливо разпределени.

Обширен поглед и анализ върху развитие на концепцията за потребностите от медицинска помощ в бившия СССР и страните от Източния блок прави Бачев С., който посочва, че до края на 80-те години на миналия век в нашата страна в основата на управлението на здравеопазването стои нормативното планиране, което е 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. Изработват се методики на нормиране, които обаче не са адаптирани към местните условия, не се предоставя и методичен подход за това.

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

Борисов В. 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 – **терминални** (потребности-цели) и **инструментални** (потребности-средства), които се определят от две групи

фактори – **медицински** (ниво и структура на заболяемостта, 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.

Грънчарова Г. определя здравните потребности като динамичен фактор за развитие на здравната служба 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 заболяемост).

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.

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. една от основните дейности на РЗОК 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 е отменена. Анализването на потребностите 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, би позволило 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.

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*, 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. Правилата не отчитат местните и регионални особености, както и спецификите на ниво първична практика.

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“. Може да се постигне прецизност на резултатите ако се сравнят данните от един източник спрямо данните от поне два други източника. Прилагането на няколко метода – преди всичко съчетаването на качествени и количествени методи за получаване на повече информационни данни – допринася за по-прецизна оценка на популационните здравни потребности отколкото ако се приложи само един метод.

2. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Целта на проучване в дисертационния труд е оценка потребностите от здравни услуги на пациенти, посетили лекарски практики за първична медицинска помощ и 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.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Обект на проучванията

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

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 проучванията

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

Приложени са следните изследователски методи:

- исторически метод – преглед на развитието на концепцията за оценка на здравните потребности и актуалността ѝ 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

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 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

За класифициране на здравните потребности в това проучване е приложена таксономията на Bradshaw за потребностите, предложена през 70-те години на миналия век, широко прилагана и днес в редица проучвания, определена като най-подходяща за изследователски цели. Прилагайки таксономията на Bradshaw към здравните услуги, включени в основния пакет на задължителното здравно осигуряване в Р България и за целите на проучването в дисертационния труд 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. Нормативните здравни потребности влизат в разпределението на възложените от РЗОК регулативни стандарти като стандарт, назначаван за профилактика и диспансеризация. За целите на трудово-лекарската експертиза при лица над 18 години няма отделно разпределение.

.- **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.

Използван инструментариум

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.

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 спазва 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 анализирания 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 здравно-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.

Методи за статистически анализ на данните от проучването

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.

3. АНАЛИЗ И ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

3.1. Анализ на действащото здравно законодателство, мястото на практиките за първична медицинска помощ, възлагане на управление на фиксирани бюджети – регулативни стандарти при предоставяне на здравни 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. 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. 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.

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. В нормативните документи не са разяснени понятието „медицинска необходимост“ и принципите, въз основа на които става отпускането на допълнително дейности при множество заявени потребности от повече ОПЛ на територията на една РЗОК.

Директорът на РЗОК може да разпределя и преразпределя допълнителен брой на СМД и стойност на МДД на изпълнителите на ПИМП, но не става ясно как става разпределянето на допълнителен брой дейности при заявени конкуриращи се потребности от здравни услуги, включени в основния пакет.

3.2. Анализ на медико-статистическите данни за обслужваните от лекарските практики популации

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 - заболяемост на първо място са болестите на органите на кръвообръщението, следвани от болестите на дихателната система.

При лицата до 18 г. – най-висока е болестността и заболяемостта 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 заболяемостта 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 заболяемостта по класове болести, въз основа на която да се извърши сравнение на регионалните показатели.

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 1)

Таблица 1. *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 2). От тях към специалист са били насочени 2103 лица, с процент на препращане – 20 %

Таблица 2. *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 се вижда, че за консултации е отпускан по-голям процент направления за остри състояния. За изследвания са отпуснати по-голям процент направления за диспансеризирани лица и профилактични програми (вж. Таблица 3)

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 3).

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

Таблица 3 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

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 дялът 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 4).

Таблица 4. 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 - хипотиреозидизъм	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 дялът 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 5).

Таблица 5. 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

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 6)

Таблица 6. *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

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 извяват изразените и експертно определени потребности.

При анализ на отпускания от РЗОК регулативен стандарт за консултации и изследвания, след като са приложени Правилата за определянето им 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 извяени потребности при остри състояния, като средно процентът е почти еднакъв (вж. Таблица 7)

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 7). Прави впечатление, че назначените суми за изследвания като цяло число са 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.

Таблица 7. 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

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 дялът на диспансеризираните с хипертонична болест – 74%, състояние след мозъчен инсулт – 11%, захарен диабет – 11% и пр.(вж. Таблица 8)

Таблица 8 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 - хипотиреозидизъм	-	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 дялът 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 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	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 разстройства		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

3.3. Анализ на резултатите от собственото социологическо проучване на пациенти за потребностите от здравни услуги и посрещането им на ниво първична медицинска помощ

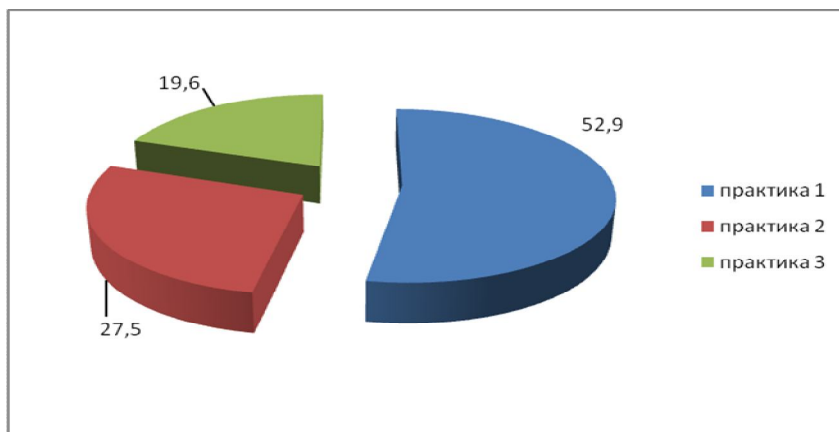
Проучването се проведе в три практики за първична медицинска помощ в Ямболски регион, които са от различен тип:

Практика I – условно определена от анкетиранияте 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%.

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. 1).

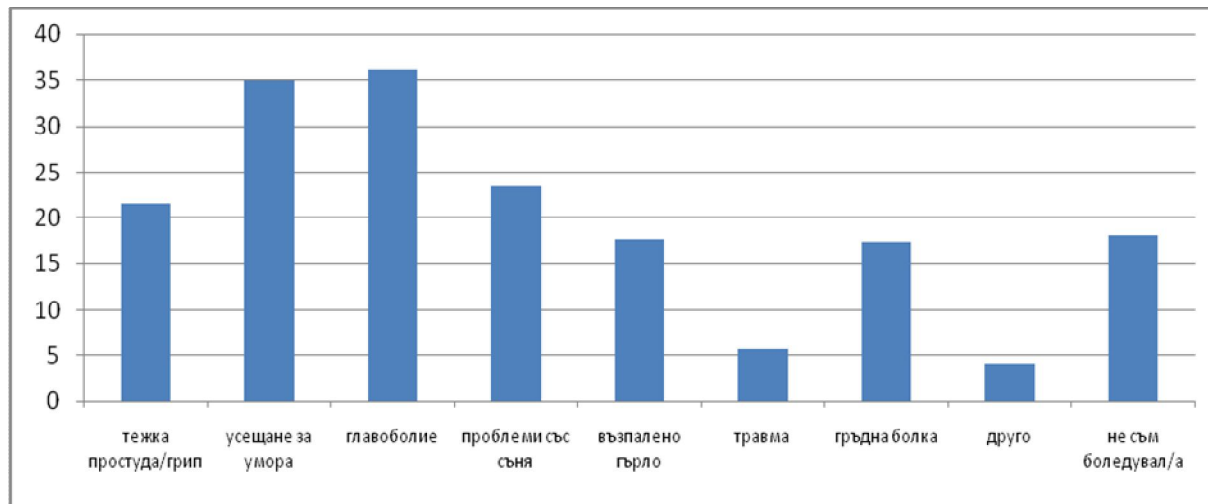


Фиг. 1. Разпределение на участниците според здравната практика, в която са изследвани (относителен дял)

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 никакви остри заболявания

през последната година (Фиг. 2). 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%.

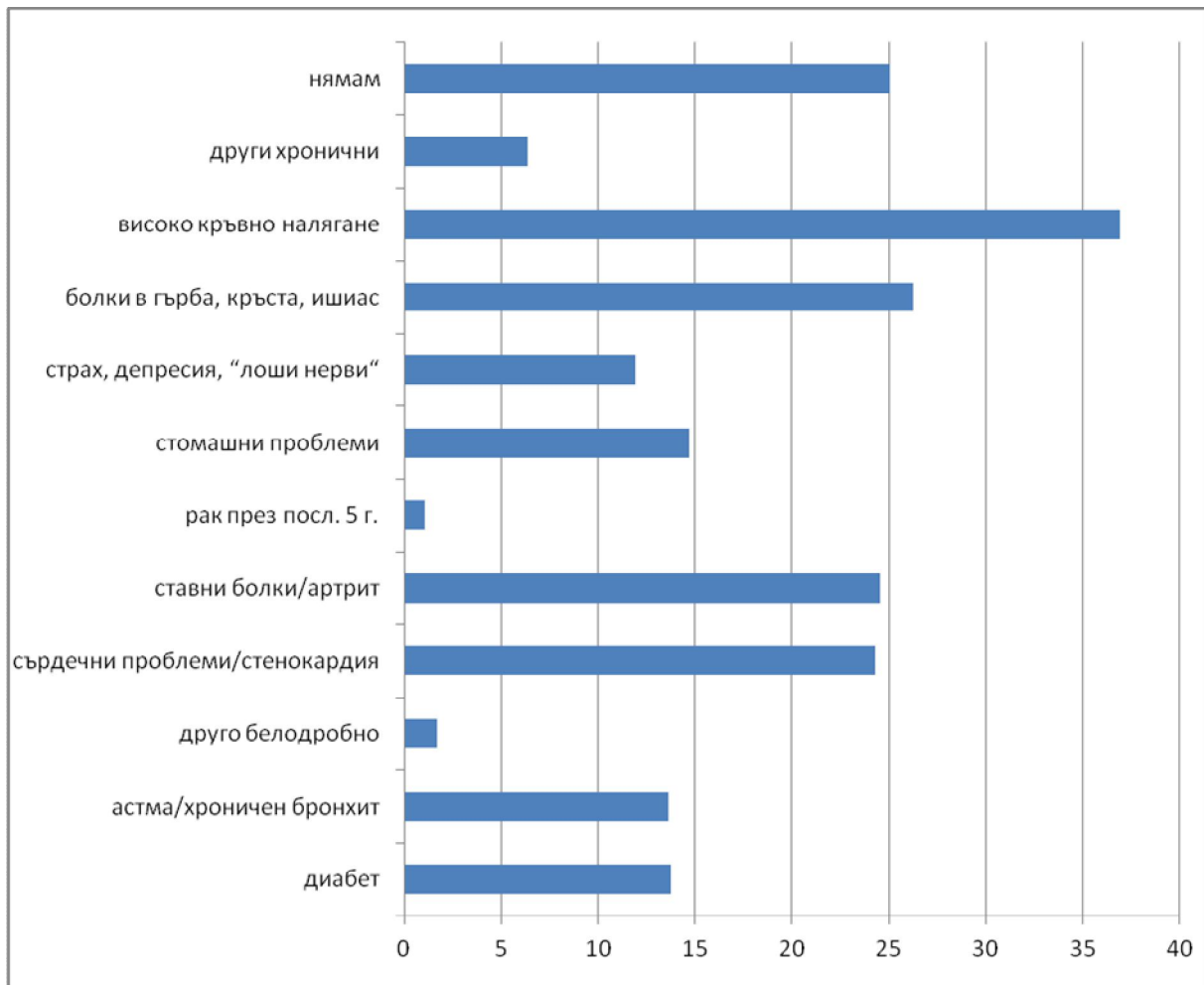
Информацията за острите състояния е важна, тъй като има отношение към регистрираната остра патология и е причина за обръщане към здравната служба в повече от случаите – за лечение или временна нетрудоспособност.



Фиг. 2. Разпределение на острите заболявания на респондентите за последните 12 месеца (относителен дял)

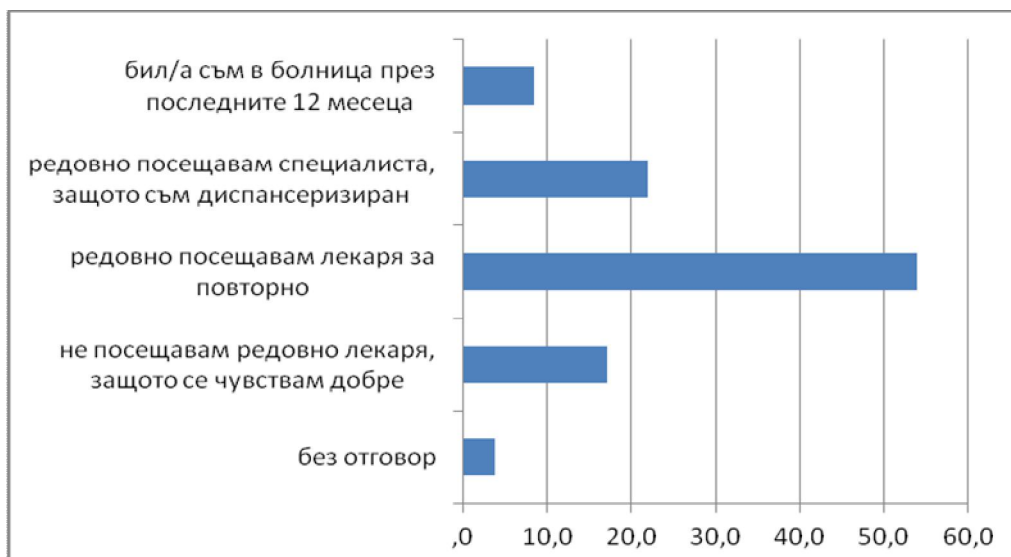
Участниците са помолени да посочат дали и от какво хронично заболяване страдат. Над една трета от участниците (36,9%) са съобщили, че имат високо кръвно налягане, всеки четвърти участник (26,3%) има болки в гърба, кръста, ишиас, също толкова респонденти (24,6%) имат ставни болки или артрит, отново всеки 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. 3). 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%.



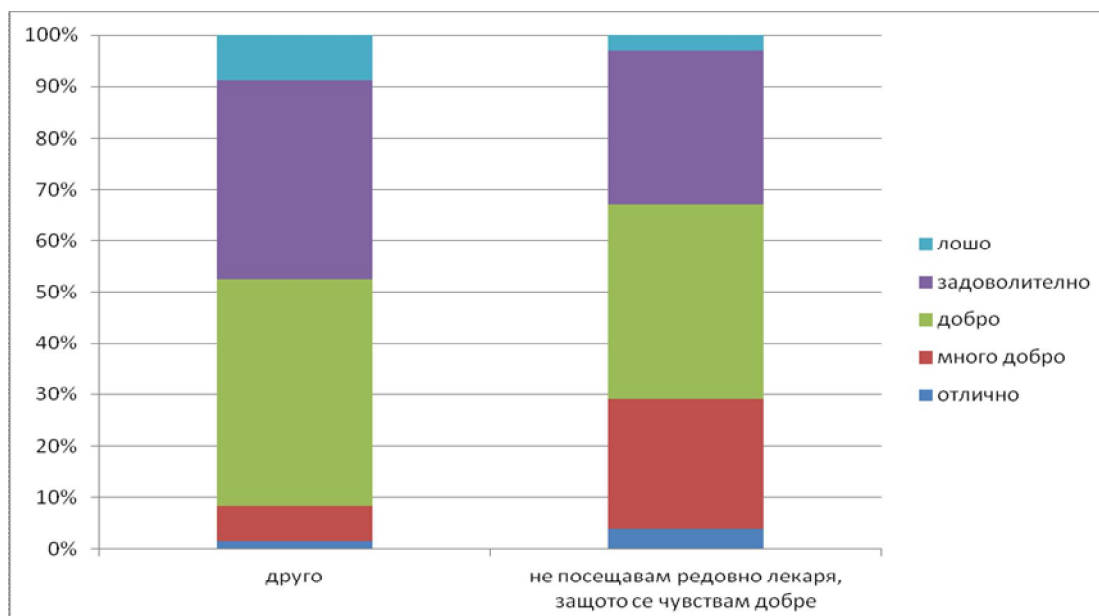
Фиг. 3. Разпределение на хроничните заболявания на респондентите за последните 12 месеца (относителен дял)

Само на лицата, страдащи от някакво хронично заболяване е зададен въпрос, свързан с посещение при лекар. 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. 4). Сборът на процентите надхвърля 100, тъй като участниците са давали по повече от един отговор.



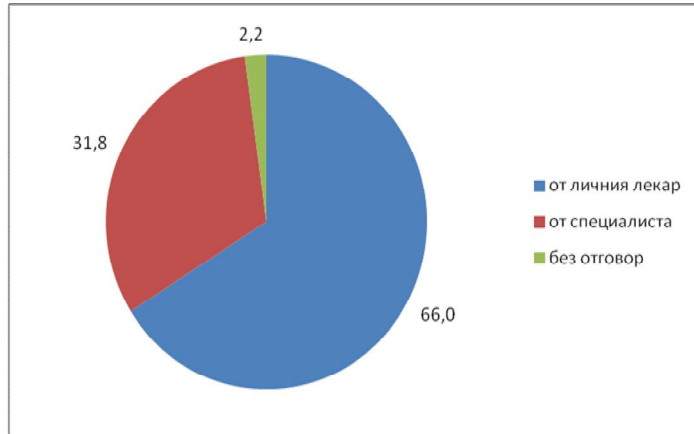
Фиг. 4. Разпределение на лицата с хроничните заболявания според това какво им се е случвало през последните 12 месеца (относителен дял)

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. 5).



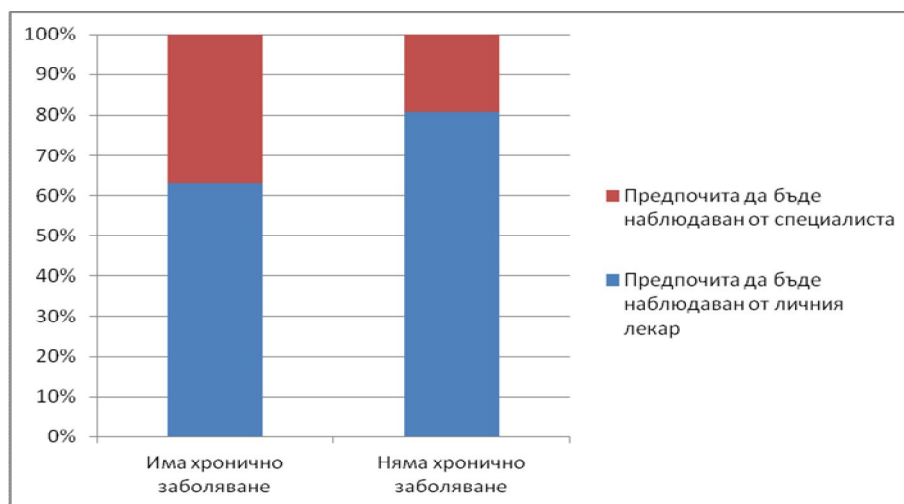
Фиг. 5. Връзка между лицата с хронично заболяване, които не посещават редовно лекар и самооценка на здравето

Всички респонденти са попитани от кого предпочитат да бъдат наблюдавани във връзка със заболяванията им. Двама от всеки трима участници (66%) са съобщили, че препорочат 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. 6).



Фиг. 6. 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. 7), 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.



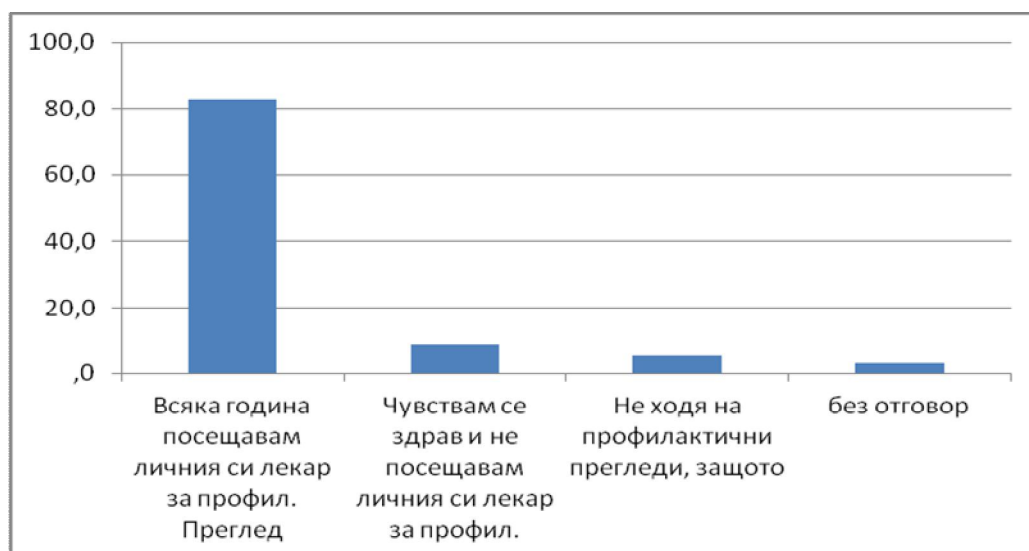
Фиг. 7. Разпределение на респондентите според това от какъв лекар предпочитат да бъдат наблюдавани и дали имат хронично заболяване (относителен дял)

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. 8).



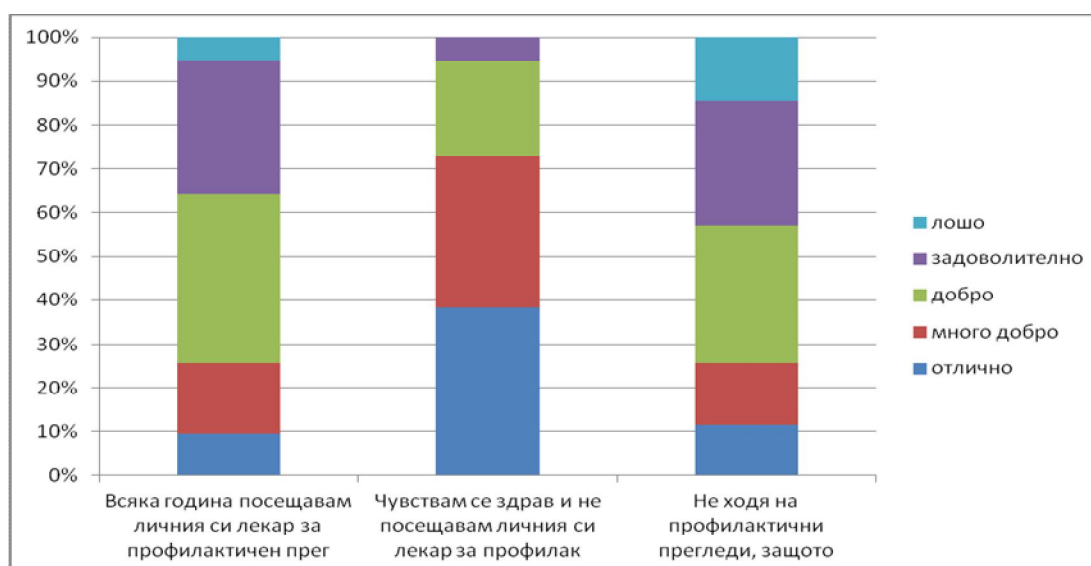
Фиг. 8. Разпределение на респондентите според това от какъв лекар предпочитат да бъдат наблюдавани и от какво хронично заболяване страдат (относителен дял)

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 необходимост 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. 9).



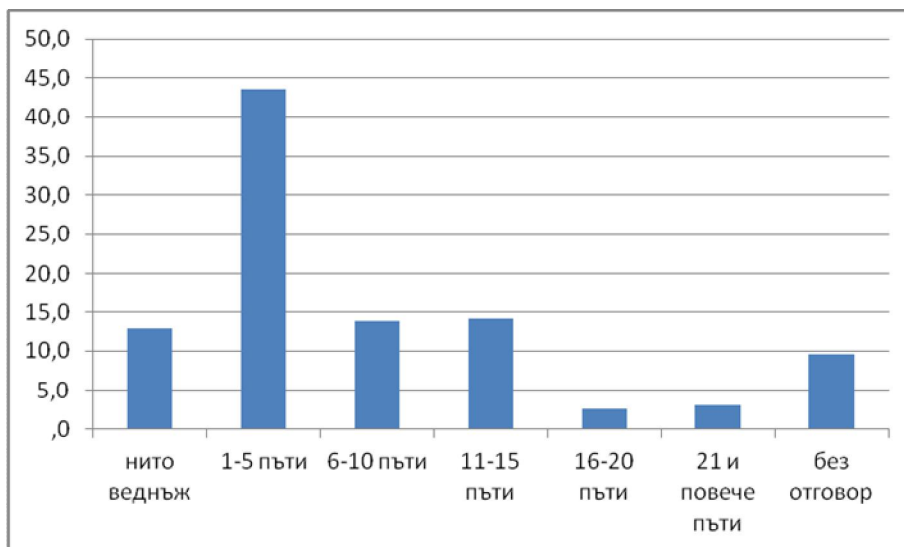
Фиг. 9. Разпределение на респондентите според това дали посещават личния си лекар за профилактичен преглед (относителен дял)

Отговорите на тези, които са посочили, че се чувстват здрави и поради това не изпитват необходимост 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. 10).



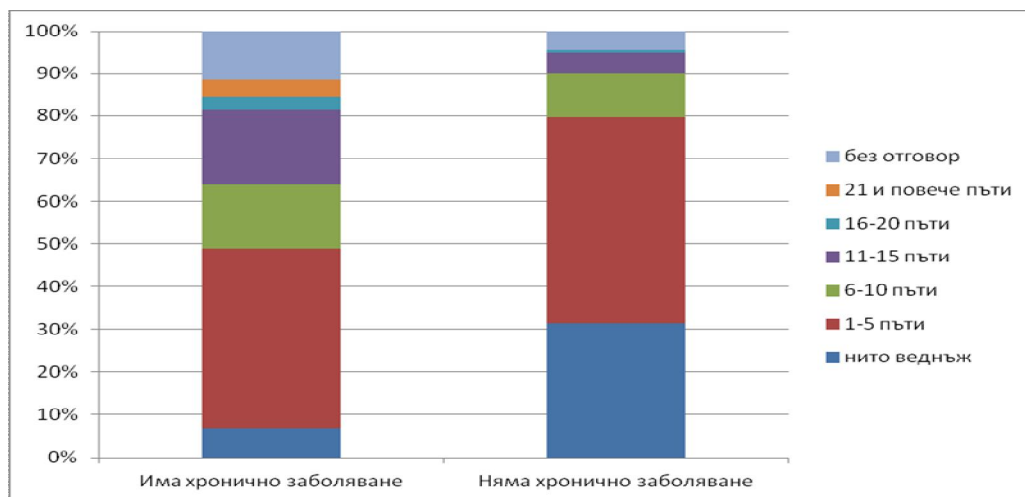
Фиг. 10 Връзка между отговорилите, че не изпитват необходимост от посещения за профилактичен преглед и тяхното обективно здраве

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 дялът на съобщилите за 16-20 посещения (2,6%), както и 21 или повече (3,1%) – Фиг. 11.



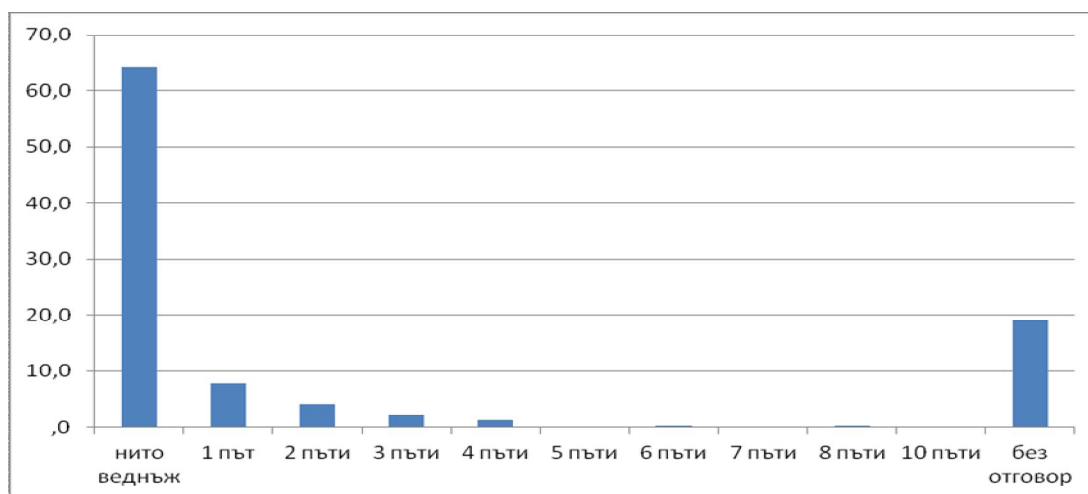
Фиг. 11. Разпределение на респондентите според броя посещения при личния лекар за последните 12 месеца (относителен дял)

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. 12), 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 „ниतो 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.



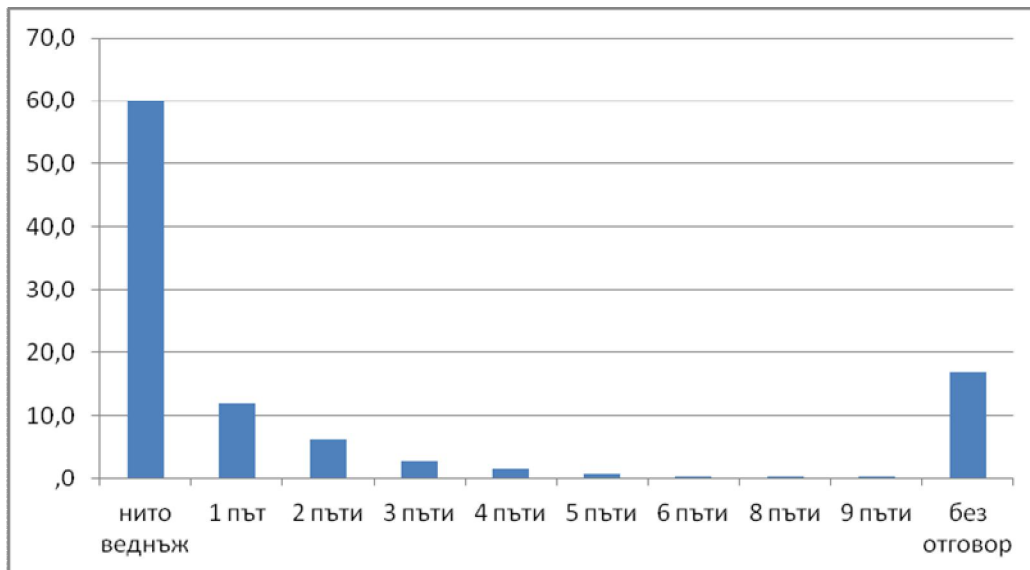
Фиг. 12. Връзка между според броя посещения при личния лекар за последните 12 месеца и наличието на хронично заболяване (относителен дял)

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. 13. Няма статистически значима връзка между броя посещения в спешната помощ и наличието на хронично заболяване ($p > 0.05$).



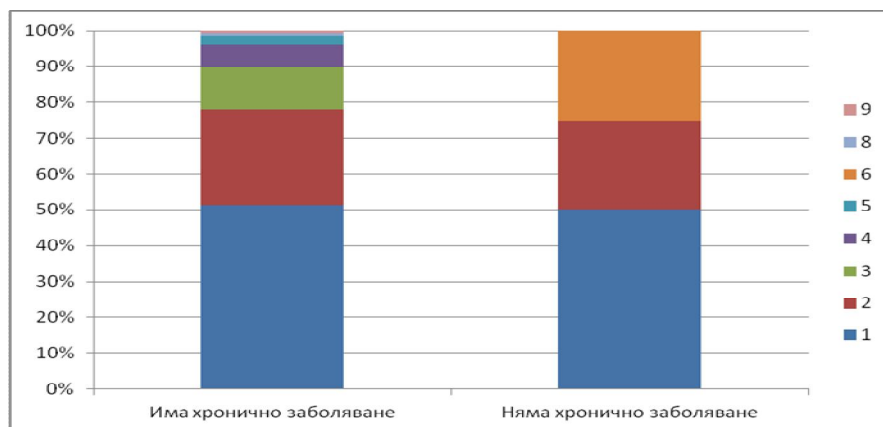
Фиг. 13. Разпределение на респондентите според броя посещения в спешно отделение за последните 12 месеца (относителен дял)

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. 14.



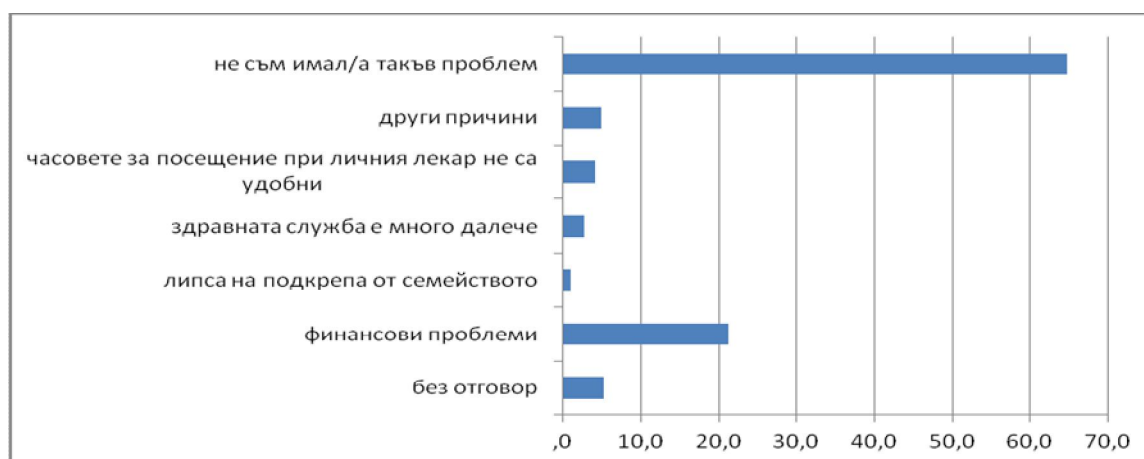
Фиг. 14. Разпределение на респондентите според броя посещения в болница за последните 12 месеца (относителен дял)

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. 15) 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.



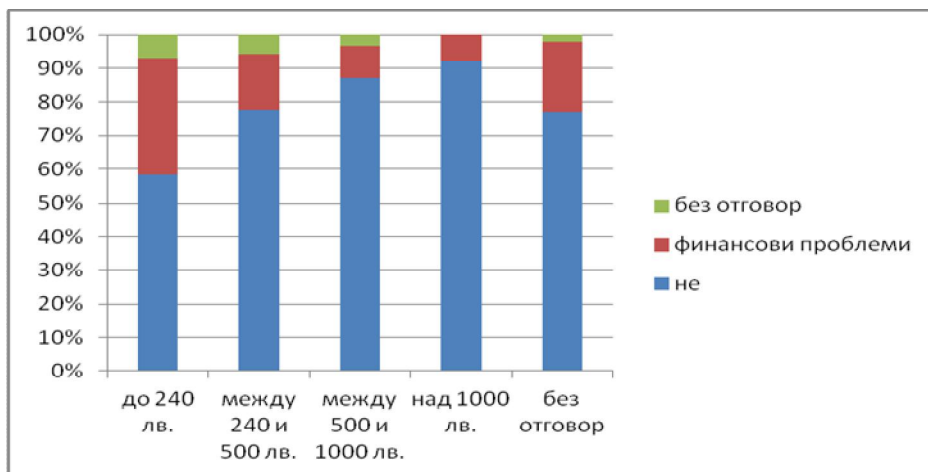
Фиг. 15. Връзка между броя посещения в болница и наличието на хронично заболяване

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. 16). Делът на неотговорилите е 5,3%. Сборът на процентите надхвърля 100, тъй като участниците са давали по повече от един отговор.

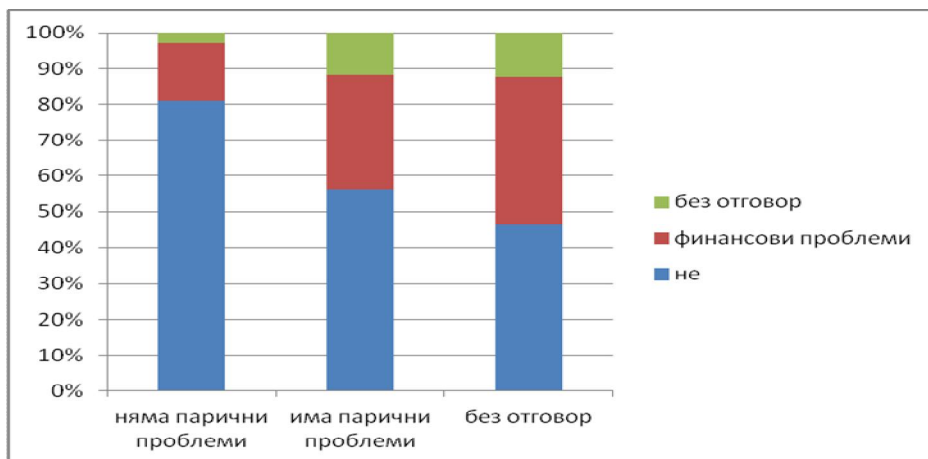


Фиг. 16. Разпределение на респондентите според споменатите от тях причини да не потърсят лекарска помощ (относителен дял)

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 доказва ($p < 0.05$), но е слаба по сила (Cramer's $V = 0.205$). Тези зависимости са показани на Фиг. 17 и 18.

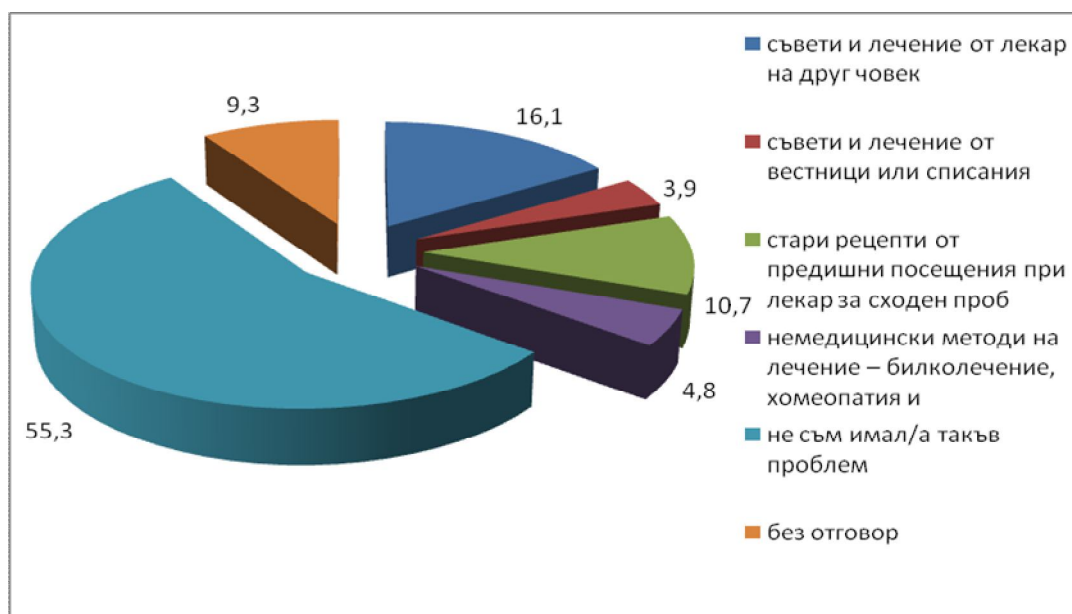


Фиг. 17. Връзка между въпроса дали не са посетили лекар поради финансови проблеми и размера на нетния месечен доход на респондентите



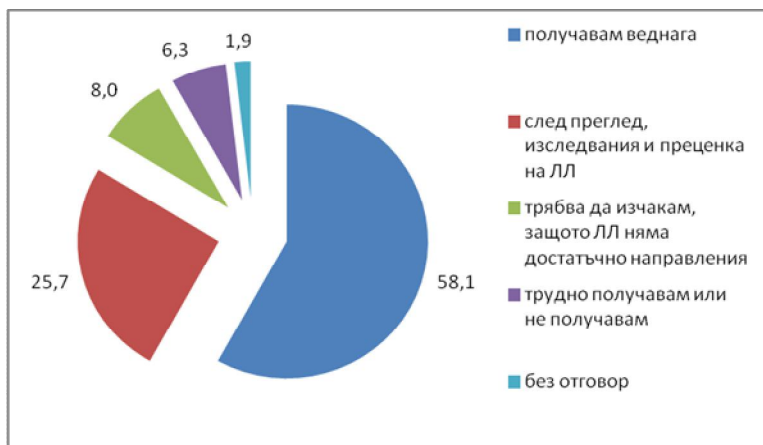
Фиг. 18. Връзка между въпроса дали не са посетили лекар поради финансови проблеми и наличието на парични проблеми

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. 19).



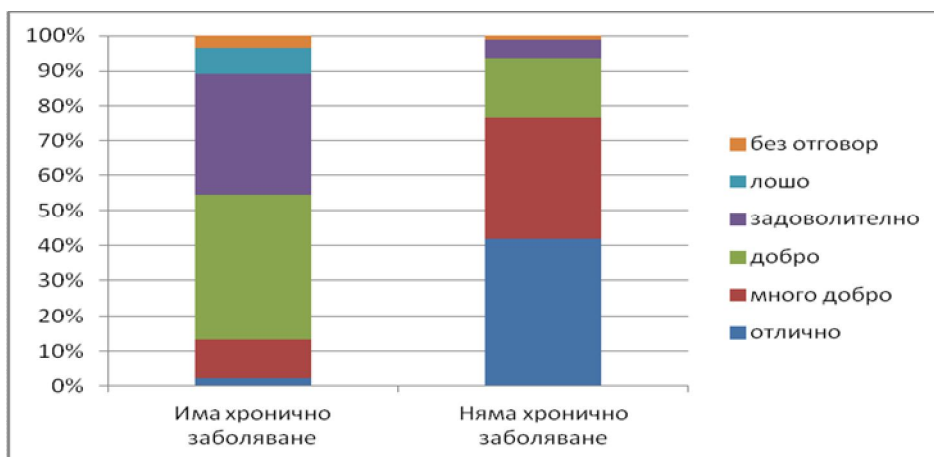
Фиг. 19. Разпределение на респондентите според споменатите от тях решения на здравословни проблеми, когато не са търсили лекарска помощ (относителен дял)

На въпроса дали и как получават от ОПЛ направление за специалист над половината от анкетираните (58,1%) споделят, че ги получават веднага; всеки четвърти (25,7%) взема 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. 20).



Фиг. 20. Разпределение на респондентите според какво се случва, когато имат нужда от направление за специалист (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 самооценките здравето си като добро, задоволително и лошо (фиг. 21).



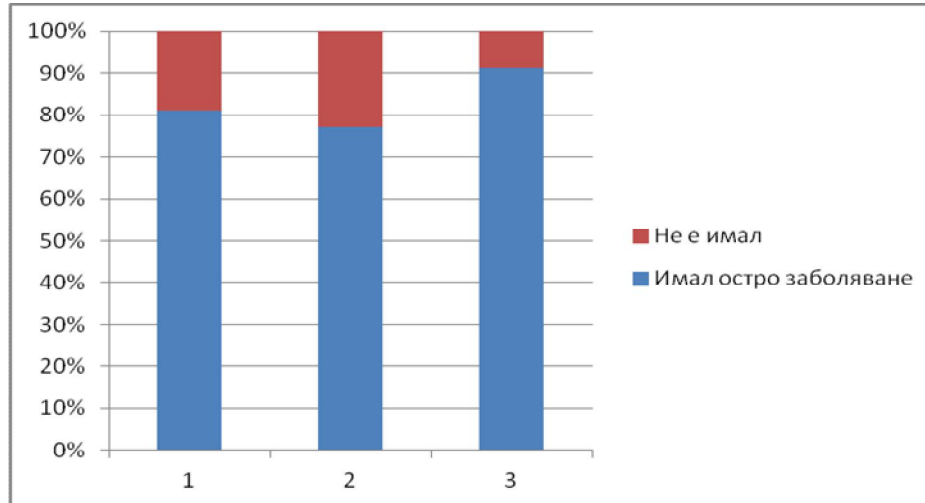
Фиг. 21. Връзка между самооценката на здравето и наличието на хронично заболяване (относителен дял)

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

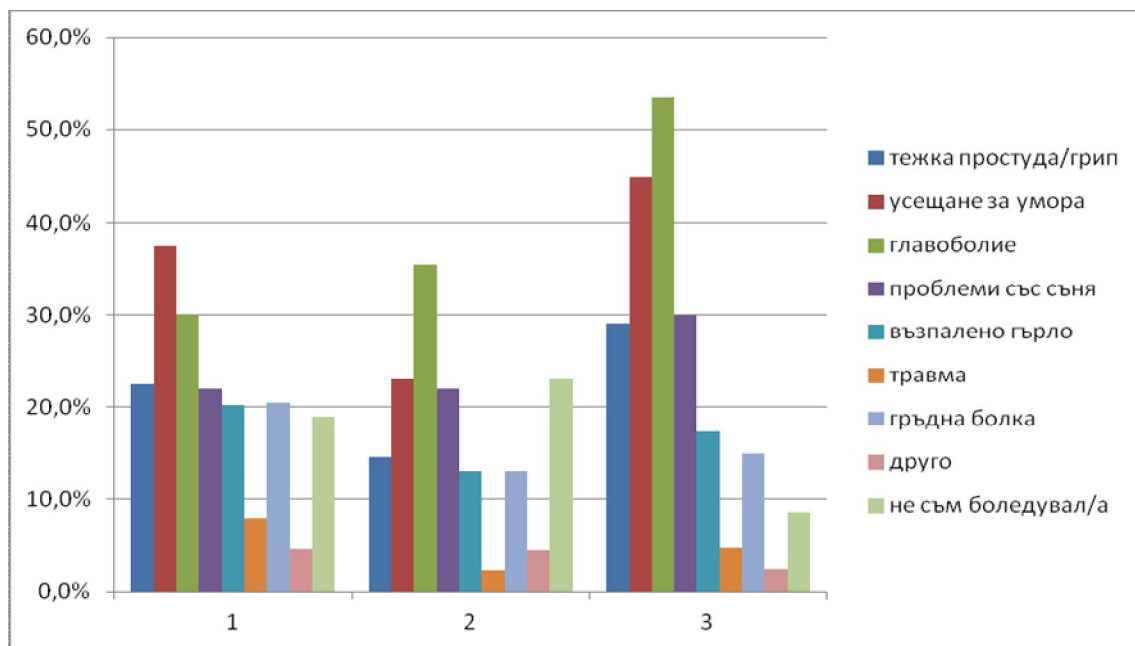
Разликите са изследвани с хи-квадрат анализ. Количествените променливи са тествани за нормалност на разпределението с непараметричния тест на Колмогоров-Смирнов, който доказва, че те не следват закона за нормално разпределение.

На статистически значимите връзки ($\text{sig} < 0.05$) 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. 22). Лицата, посещаващи практика 3 по-често са страдали от остри заболявания, в сравнение с останалите (фиг. 23).

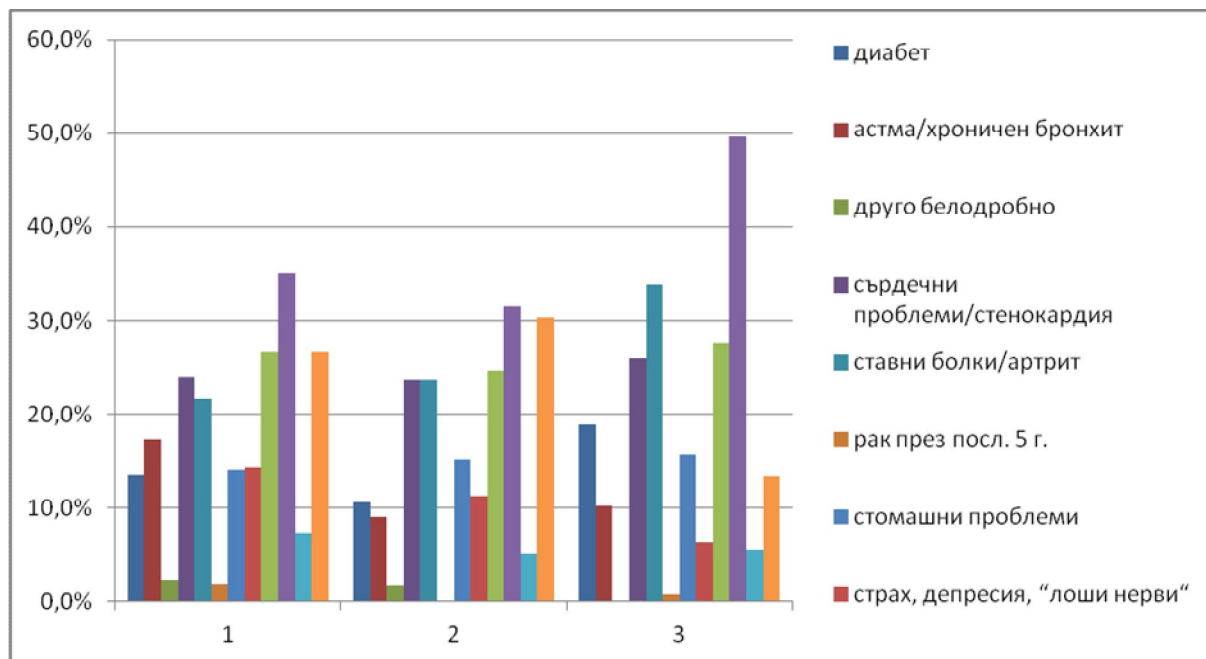


Фиг. 22. Връзка между прекарано остро заболяване през последните 12 месеца и практика



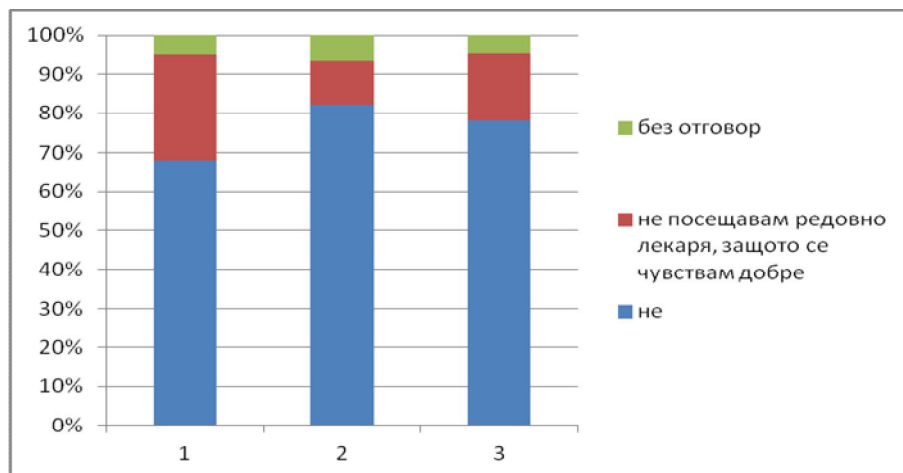
Фиг. 23. Връзка между прекараните остри заболявания през последните 12 месеца и практика

Наличието на хронично страдание също се различава сред посещаващите три практики. Връзката е слаба, но статистически значима. Делът на лицата без хронични заболявания е най-нисък в третата практика (фиг. 24).



Фиг. 24. Връзка между хроничните заболявания на участниците и практика

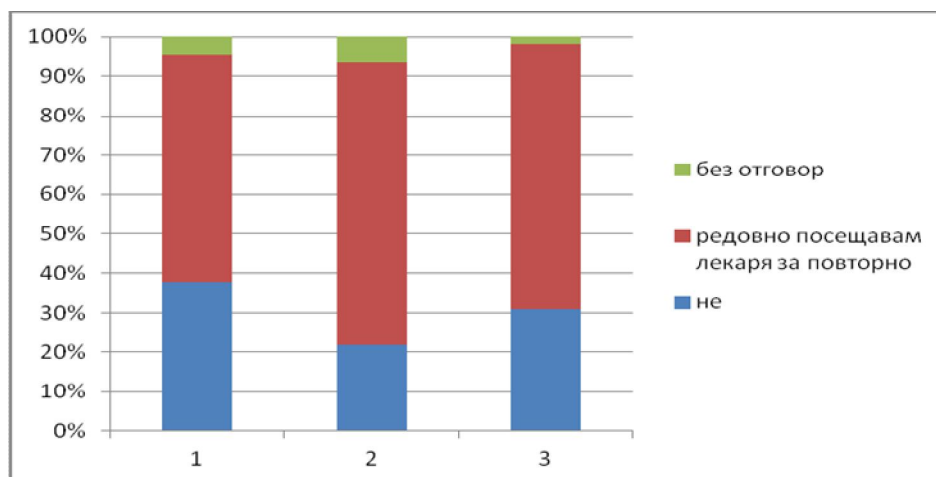
В първата практика е най-висок дялът на лицата, които не посещават редовно лекар заради хроничното си заболяване, защото се чувстват добре, а най-нисък – във втората (Фиг. 25).



Фиг. 25. Връзка между хроничните заболявания на участниците и посещение при ОПЛ

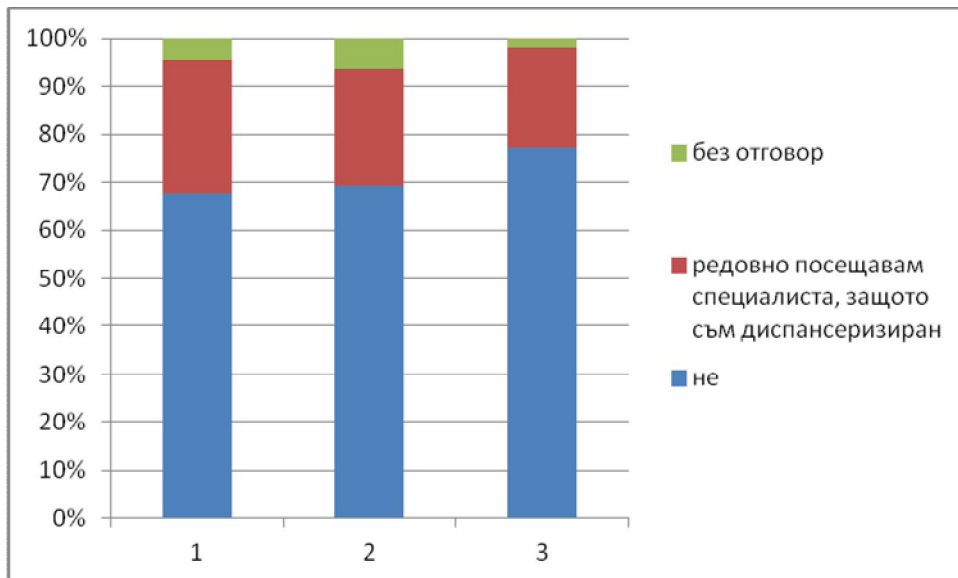
Връзка между непосещаване на лекаря поради субективно усещане за добро здраве и практика

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. 26).



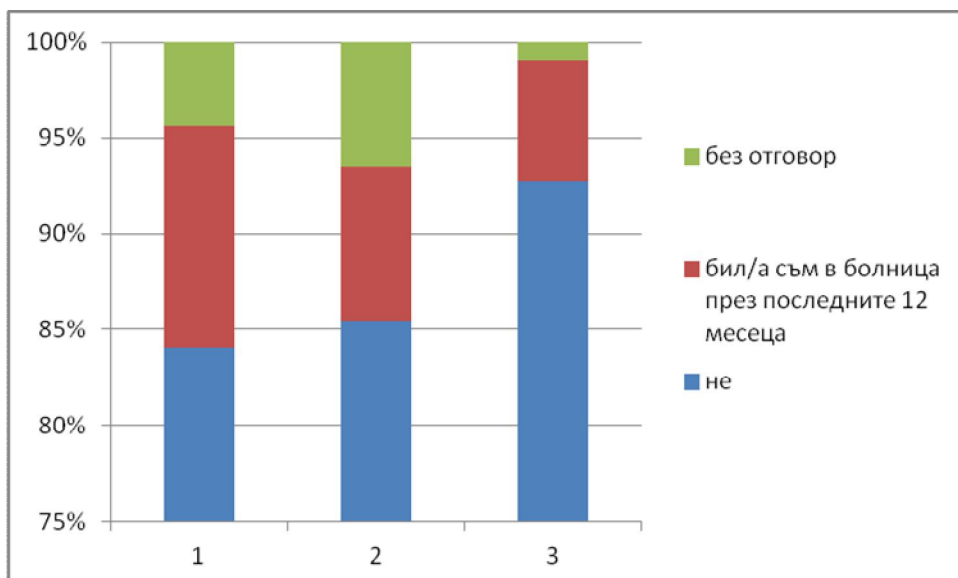
Фиг. 26. Връзка между повторно посещение на лекаря и практика

Редовно посещаващите специалист са малко повече в първата практика (вероятно поради по-улесненият достъп до специализирана помощ), но разликите не са статистически значими (Фиг. 27).



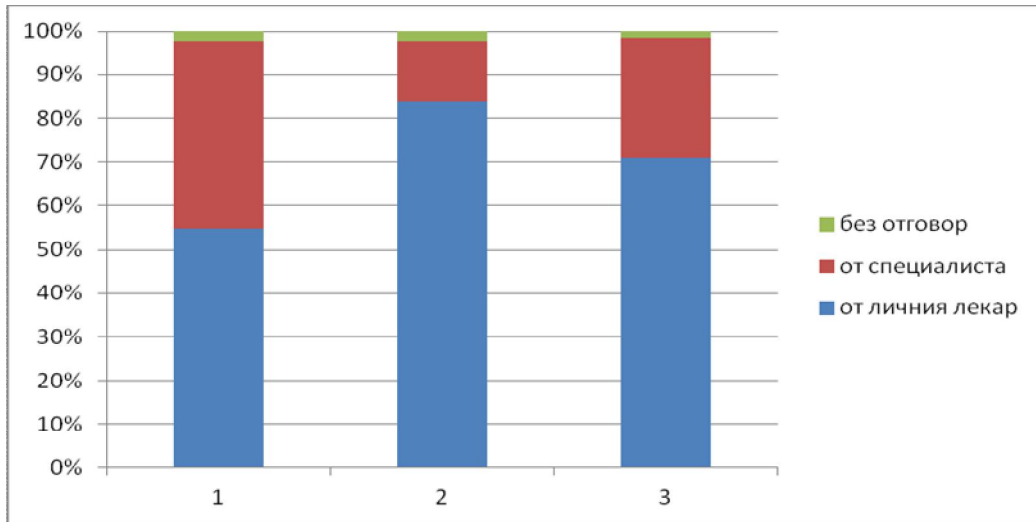
Фиг. 27. Връзка между посещение при специалиста и практика

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. 28).



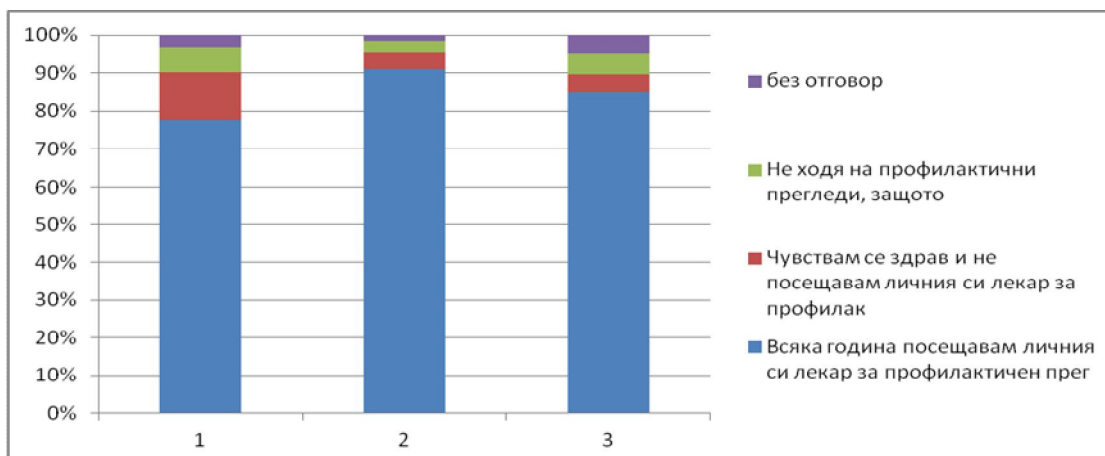
Фиг. 28. Връзка между посещение в болница и практика

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 специалистът – в първата (Фиг. 29).



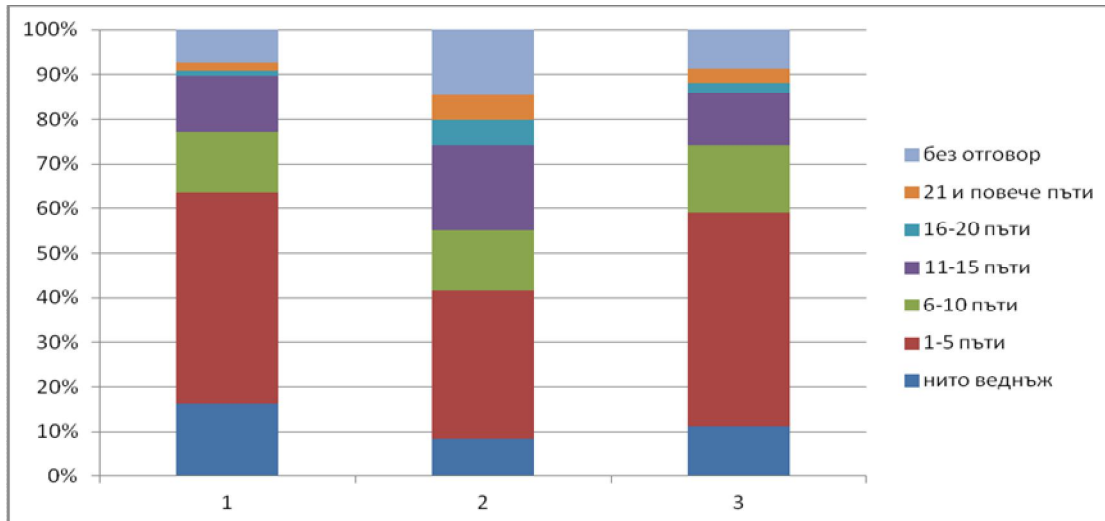
Фиг. 29. Връзка между предпочитан лекар и практика

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. 30).



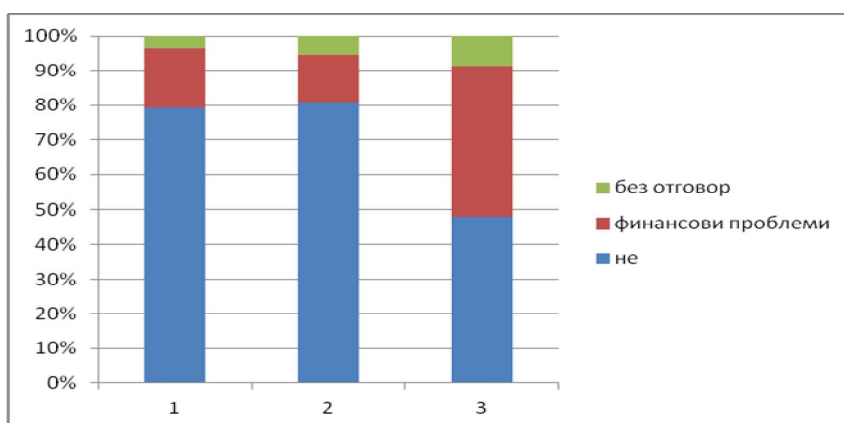
Фиг. 30. Връзка между профилактични прегледи и практика

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 съобщите за 11-15 посещения (Фиг. 31).



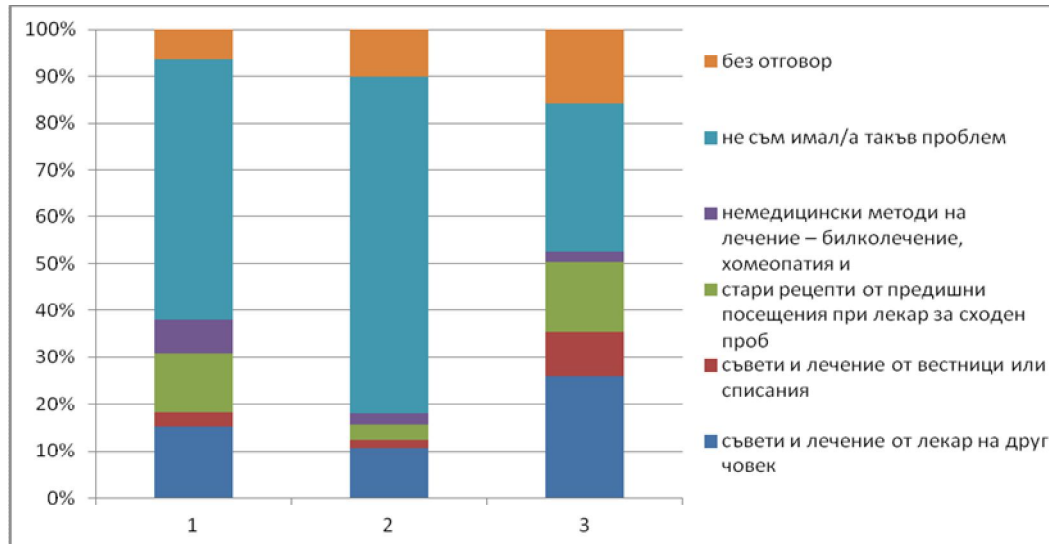
Фиг. 31. Връзка между броя на посещенията при лекар за последната година и практика

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. 32).



Фиг. 32. Връзка между отговора за наличие на финансови проблеми и въпроса за непосещаване на здравната служба

Вместо лекар, са търсили съвети и лечение от чужд лекар най-често в третата практика, докато във втората е най-висок дялът на лицата, които не са имали такъв проблем. Стари рецепти по-често са използвали пациенти от третата и първата практика (Фиг. 33).



Фиг. 33. Връзка между здравен проблем и решаването му без обръщане към здравната служба

Анкетното проучване дава по-детайлна информация за острите и хронични заболявания и осъзнати потребности за потенциални здравни услуги. Получените данни 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.

Таблицы 10 и 11 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 10. 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 11. 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	

3.4. Обсъждане на резултатите

3.4.1. Обсъждане на резултатите в практика II и практика III:

1. Нормативните потребности при диспансеризация и профилактика съставляват 38% от всички посещения през 2011 г. в **практика II**, а в **практика III** – 31%. По-голяма част от посещенията (над 60% и за двете практики) са при остри състояния, хронични изострени състояния неподлежащи на диспансерно наблюдение, събития свързани със здравето, които подтикваат 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 практиките 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 II** моделът на болестността 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% и не следва моделът на болестността за Ямболска област. В **Практика III** най-голям е дялът 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 регистрираната болестност е съпоставим с този на регионално ниво.

5. В **практика III** 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 II** консултациите са насочени към остри състояния, а изследванията към профилактични програми и диспансеризация. 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 за практиката

са по-големи от реално назначените в практиката. Това е пример за административна деформация чрез регулативния стандарт на функционални взаимоотношения между отделните нива от системата

7. Използваният в практиките 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, както и за изготвяне на някои от годишните статистически отчети, изисквани от НСИ.

3.4.2. Обсъждане на резултатите 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 анкетираните.
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 необходимост 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 болница. 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 дялът 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 дялът 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 дялът 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, здравето 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.

4. ИЗВОДИ

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
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
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 законното 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.
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 здравноосигурителния модел в Р България
5. От 2009 г. е извършено законово прехвърляне на отговорностите по извършване на оценка на потребностите към МЗ

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
7. Периодичното анализиране на медико-статистическите данни и оценка на потребностите следва да залегне в годишния бизнес-план на практиката
8. Участвалите в анкетирането лица са изявили висок процент остри или хронични заболявания спрямо регистрираните в проучваните практики.
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 изясняване на потребностите им с оглед постигане и поддържане на по-добро здраве.
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. 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

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

13. При една част от анкетираните здравните потребности не са били удовлетворени поради дългото чакане пред кабинетите на ОПЛ и специалисти

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

5. ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Към Регионална здравна инспекция – гр. Ямбол

Регистрирането на голям дял болести на пикочо-половата система изисква отделно проучване на ниво област и ниво практики, 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 със 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

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 планирането 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 един балансиран основен пакет на задължителното здравно осигуряване (Наредба № 40 на МЗ), съответстващ на наличните ресурси.

2. В *Постановление № 366 на МС от 27.12.2011 г. за приемане на методики за устойчивостяване 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 разпределението 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 годишното 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 сформирание 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 заложи от разработчиците на медицински софтуер

6. ПРИНОСИ

Научно-теоретични приноси:

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 на приложение в здравеопазните системи на развитите страни, етичните страни и проблеми и критиките към концепцията

2. Анализирани са 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.

Научно-приложни приноси:

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 в първичната практика, който да дава 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, ВМІ
- 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**

7. ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Гърдева М.** Потребности от медицинска помощ – концепции и практически подходи за оценка. Медицински меридиани, бр. 1, 2013, 17-22
2. Насева Е., **Гърдева М.** Методологичен подход за провеждане на медико-социално проучване сред пациентите. Обща медицина, бр. 1, 2013, 11-13
3. **Гърдева М.** Потребности от здравни услуги и тяхната оценка в българското законодателство. Медицински меридиани, бр. 2, 2013, 11-15
4. **Гърдева М.,** Насева Е. Оценка на потребностите от здравни услуги в практики за първична помощ и разпределение на регулативните стандарти, бр. 2, 2013, 24-31