

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА
КАТЕДРА ПО ОБЩЕСТВЕНО ДЕНТАЛНО ЗДРАВЕ

Д-р Красимир Цветанов Цоков

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА
В ПАЗАРНИ УСЛОВИЯ

Дисертационен труд за придобиване на
образователна и научна степен „Доктор”

Научна специалност: Обществено дентално здраве

Научен ръководител: Проф. Д-р Л. Катрова, д.м.

София – 2014 г.

Д-р Красимир Цветанов Цоков

***ОРГАНИЗАЦИЯ НА ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА
В ПАЗАРНИ УСЛОВИЯ***

Дисертационен труд за придобиване на
образователна и научна степен „Доктор”

Научна специалност: Обществено дентално здраве

Научен ръководител: Проф. Д-р Л. Катрова, д.м.

София – 2014 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

Списък на съкращенията, използвани в текста	6
ВЪВЕДЕНИЕ	7
ГЛАВА ПЪРВА: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	10
I. Основни теории и концепции от икономическата наука и тяхното влияние върху системите на здравеопазване.....	10
1. Пазарна и планова икономика, основни принципи и характеристики.....	10
2. Икономически отражения върху системата на здравеопазване	14
3. Финансиране на здравеопазването	18
4. Специфика на пазарните отношения в здравеопазването	22
II. Развитие на денталната помощ и денталните практики в ЕС.....	24
1. Дентална помощ и дентални практики в Европа	24
1.1. Образование и специализация	24
1.2. Системи за финансиране	26
1.3. ЛДМ и помощен персонал	27
2. Дентална помощ и дентални практики в България.....	28
2.1. Историческо развитие (етапи)	28
2.2. Образование и специализация	29
2.3. ЛДМ и помощен персонал	33
III. Фактори, обуславящи здравната реформа в България.....	34
1. Организация на здравеопазването в България.....	34
1.1. Законодателна основа на здравната реформа	34
1.2. Здравни заведения и режими на регистрация	36
2. Характеристика на населението в България към септември 2011 г.....	39
2.1. Социално-демографска характеристика.....	39

2.2. Социално-икономическа характеристика на регионите	42
2.3. Актуални данни за дентална заболяемост.....	43
3. Брой и териториално разпределение на ЛДМ в България към 2011 г.....	45
4. Използваемост на денталните практики	47
IV. Технологично и ресурсно развитие на денталната практика	52
1. Оборудване на денталните практики	52
ГЛАВА ВТОРА: ЦЕЛ И ЗАДАЧИ.....	57
I. Цел	57
II. Задачи.....	57
ГЛАВА ТРЕТА: МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ.....	58
I. Модел на проучването	58
1. Пилотно проучване.....	58
2. Същинско проучване	59
3. Обект на изследването	59
4. Предмет на изследването	59
II. Материал	59
1. Генерална съвкупност	59
2. Извадка	60
3. Единици на наблюдение.....	60
4. Признаци на наблюдение и статистически променливи	61
III. Хипотези	62
IV. Методи	63
1. Социологически метод	63
2. Анализ на документи	63
3. Статистически методи	63
4. Библиографски метод	64
ГЛАВА ЧЕТВЪРТА: АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ.....	65
I. По задача 1: Динамика на социо-професионалния статус на лекарите по дентална медицина	65

1. Дентална демография.....	65
2. Квалификация и специализация на ЛДМ.....	71
2.1. Университетско образование.....	71
2.2. Следдипломна квалификация.....	74
3. Начин на практикуване на ЛДМ.....	82
II. По задача 2: Дефиниране на понятието „дентална практика“ . Разкриване на факторите обуславящи развитието на денталната практика.....	86
1. Дентална практика.....	86
2. Фактори, обуславящи развитието на денталната практика.....	88
2.1. Собственост на денталните практики.....	88
2.2. Оборудване на денталните практики.....	95
2.3. Развитие на денталния екип и работа с помощен персонал ...	103
III. По задача 3: Формулиране тенденциите в развитието на пазара на дентални услуги.....	108
1. Използваемост.....	108
2. Основен пакет за дентална помощ по НРД.....	110
3. Участие на населението при заплащане на дентални услуги	123
Доплащания в рамките на пакета по НЗОК	123
Директни плащания извън пакета по НЗОК	123
ДИСКУСИЯ.....	126
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	133
ИЗВОДИ	135
ПРИЛОЖЕНИЯ	136
Приложение 1: Анкетна карта.....	136
Приложение 2: Структура на генералната съвкупност.....	144
Приложение 3: Структура на извадката, 2011 г.	145
Приложение 4: Териториално разпределение на населението 2001-2011 г.	146
Приложение 5: Средна възраст на населението по области към 01.02.2011 г. .	147
Приложение 6: Възпроизводство на ЛДМ (приети, завършили)	148

Приложение 7: Дентални специалности в страните от ЕС (01.01.2009 г.)	149
Приложение 8: Законодателна регулация	150
Приложение 9: Таблици	151
Приложение 10: Фигури.....	152
Приложение 11: Икономически райони в България.....	154
БИБЛИОГРАФИЯ.....	155
Благодарности.....	165

Списък на съкращенията, използвани в текста:

АПДП	Амбулатория за първична дентална помощ
АСДП	Амбулатория за специализирана дентална помощ
БВП	Брутен вътрешен продукт
БЗС	Български зъболекарски съюз
БЛС	Български лекарски съюз
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ДЦ	Дентален център
ЛДМ	Лекар по дентална медицина
МВР	Министерство на вътрешните работи
МДЛ	Медико-диагностична лаборатория
МДЦ	Медико-дентален център
МНЗ	Министерство на народното здраве
МТЛ	Медико-техническа лаборатория
НСИ	Национален статистически институт
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НЗС	Национална здравна система
НОМС	Научна организационно-методична секция
РБ	Република България
НРД	Национален рамков договор
НЦЗИ	Национален център за здравна информация
ОДСл	Обществени дентални служби
ООН	Организация на обединените нации
РЗИ	Регионална здравна инспекция
СЛПЗ	Селско лечебно профилактично заведение
СМОСЗ	Социална медицина и обществено стоматологично здраве
СЗОО	Социално здравни осигурителни организации
CECDO	Council of European Chief of Dental Officers
DMF	Decay, Missing, Filling (Кариес, екстрахиран зъб, obturation)
NHS	National health service (Национална здравна система)

ВЪВЕДЕНИЕ

В периода на преход от централизирана планова икономика към пазарни стопански отношения организацията на денталната практика в България се променя значително под влияние на основните тенденции на цялостното социално-икономическо развитие на локално¹, регионално² и глобално³ равнище (42).

В резултат на променената социална действителност в системата на здравеопазване се въвеждат нови принципи и концепции на финансиране, производство и предоставяне на медицински и дентални грижи за населението, променя се социо-професионалният статус на практикуващите лекари и лекарите по дентална медицина (42).

В хода на реформите, през последните няколко десетилетия, собствеността върху здравните заведения и производството на здравни грижи преминава през редица етапи: от сто процента държавна собственост, през смесена (публично-държавна, публично-частна) до почти сто процента частна собственост. Променящата се законодателна рамка в реорганизацията на собствеността е насочена към установяване на равнопоставеност на частната и държавната собственост (16, 17, 26, 42, 73).

Лекарите по дентална медицина, с въвеждане на пазарните механизми, се изправят пред съществени предизвикателства: конкуренция, свободен избор, пазарно ценообразуване. От друга страна, след 1990 г., либерализацията на законодателството им позволява практически неограничена стопанска инициатива. Лекарите и лекарите по дентална медицина имат възможност да се впишат в новата икономическа среда, като регистрират собствени практики. Социалният статус на лекарите по дентална

¹На територията на Република България.

²На територията на ЕС и Европейското икономическо пространство.

³На територията на целия свят.

медицина се променя от статус на нает служител в статус на частнопрактикуващ на обща или специализирана дентална практика (41).

Професионалната група на ЛДМ се трансформира от обект на управление от страна на държавата в партньор на държавата (41). Успоредно със съществуващата инфраструктура от здравни заведения в резултат от инициативата на частнопрактикуващите лекари и лекари по дентална медицина само за десетина години (1991-2000 г.) се изгражда паралелна мрежа от лекарски и дентални практики, а по-късно и от болници (35, 39).

Самите дентални практики получават своето юридическо и икономическо определение като: здравно заведение от амбулаторен тип (ЗЛЗ)⁴ и като микропредприятие (ТЗ, ЗК, ЗЗД)⁵.

Променената социално-икономическа среда и новите възможности за реализация на професионална дейност пораждат и по-високи изисквания както към подготовката на лекарите по дентална медицина, така и към техните практики. Професионалното развитие на лекаря по дентална медицина се измерва с постигнатото ниво на специализация и поддържане на квалификацията (42). Технологичното усъвършенстване на практиката се основава на модерното оборудване и адекватната организация на материалните и човешки ресурси (34).

Факторите, обуславящи тези промени, в рамките на цялостната европейска и национална социална и в частност, здравна реформа, представляват основен теоретичен и практически интерес за оценка на тенденциите, темповете на развитие на функционалната⁶ дентална здравна служба и постигането на достъп до дентални грижи на населението.

⁴ЗЛЗ – Закон за лечебните заведения

⁵ТЗ – Търговски закон; ЗК – Закона за кооперациите; ЗЗД – Закон за задълженията и договорите

⁶От ЗЛЗ, Чл. 2. (1) Лечебни заведения по смисъла на този закон са организационно обособени структури на функционален принцип, в които лекари или лекари по дентална медицина самостоятелно или с помощта на други медицински и немедицински специалисти осъществяват всички или някои от следните дейности...

В контекста на социално-икономическите промени в България в периода на преход, процесите на професионализация на лекарите по дентална медицина и промените в системата на здравеопазване са сравнително добре изучени (33, 36, 37, 40, 41).

По отношение на развитието на денталните практики липсват достатъчно данни, които да обяснят сложните и многоаспектни връзки между факторите от социално-икономическата среда и промените в професионалните и технологическите характеристики на дейността на лекарите по дентална медицина. Затова се насочихме към изучаване на състоянието и тенденциите в развитието на денталните практики.

Изследването на темата за организацията на денталната практика в пазарни условия е необходимо и актуално и поради изискванията, произтичащи от Европейската интеграция на България и глобализацията на пазарите на стоки и услуги.

Изследването беше планирано и проведено в отговор на бързо протичащите промени в технологията на лечение, профилактика и професионална реализация на лекарите по дентална медицина.

Надяваме се, че резултатите ще бъдат полезни както за отделния дентален лекар, при разкриване и усъвършенстване на практиката, така и за институциите и експертите, вземащи решения за подобряване на използваемостта на денталната здравна служба и пазарна ефективност.

ГЛАВА ПЪРВА: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Прегледът на достъпната литература по темата ни позволи да дефинираме основните характеристики на изследваното от нас явление. Да сравним параметрите към настоящия момент и да разсъждаваме върху очакваните тенденции за бъдещото развитие на денталната практика в България.

I. Основни теории и концепции от икономическата наука и тяхното влияние върху системите на здравеопазване

1. Пазарна и планова икономика, основни принципи и характеристики

Настъпилите в последните няколко десетилетия промени в политическото управление на България и свързаните с това реорганизации в икономиката⁷ поставят денталната практика в нови условия. Съществуващото преди началото на реформите⁸ (1945-1989 г.) държавно управление беше обусловено от плановото икономическо развитие, а днес всеки участник в пазара определя и планира своето развитие. Ако в предишния период държавата е решавала в каква насока да се развиват отраслите на икономиката и социалният сектор, включително и здравеопазването, то днес икономическите субекти са тези, които вземат решения за собственото си развитие. При новите условия денталното обслужване на населението се подчинява на нови пазарни принципи на организация, производство и механизми на пазарна реализация. За да се разбере същността на медицинската помощ (денталната помощ) като стопанска

⁷ **Икономиката** е съвкупността от всички икономически субекти и обекти в държавата, областта, района или региона

⁸ **Реформа** — преобразование, промяна на определени обществени отношения и процеси към по-добра форма или благоприятно състояние. Реформата обикновено е свързана с отстраняване на грешки, неправди и злоупотреби, но без промяна на основите на системата. Реформата се стреми да подобри определена система на обществени отношения

дейност, в тези условия, е необходимо да бъдат представени основните характеристики на пазарната икономика като наука и социална парадигма.⁹

Пазарната икономика е достижение на човешката цивилизация. Тя многократно е дискутирана, отричана и поставяна под съмнение, особено в сферата на социално-културните дейности¹⁰ (12, 66, 67, 90).

Производството и реализирането на денталните грижи е част от икономиката на здравеопазването, част от отрасловата микроикономика на страната (12, 51, 52).

Исторически, развитието на икономическите взаимоотношения започва като „натурална размяна“, последвана от „стоково-паричното стопанство“. Първите доказателства са от древен Египет и Вавилон (XVIII в. пр. Хр.), Индия и Китай (VI-VII в. пр. Хр.). Едни от икономически най-развитите държави (Италия, Англия) развиват меркантилизма¹¹ (XV-XVI в.). **Икономиката като наука има два основни раздела – микроикономика и макроикономика** (12, 22, 23).

Икономическите школи се развиват, като най-напред меркантилистите отчитат нуждите от поддържане на положителен платежен баланс. След тях физиократите Фр. Кене и А. Тюрго разглеждат труда като основен източник на богатството.

В Англия основите на класическата икономическа школа поставят Смит, Пети, Рикардо (16, 17, 23). С право за неин основател се приема Адам Смит¹², (1723-1790 г.). В неговия фундаментален за икономическата наука труд „Богатството на народите“ (1776 г.) (65, 72, 78, 122, 130, 131, 51) той прави опит да отговори на въпроса „Как свободната пазарна система може да

⁹ **Парадигма** – ключов модел, образец или метод (за постигане на определен вид цели). Често тя е най-характерното или основно свойство на една теория или направление на науката; „модел“ или „пример“ (Български тълковен речник.)

¹⁰ **Пазарът** е обмен на стоки и услуги между две независими страни – продавач и купувач, а цената е пазарната оценка на полезността на стоките и услугите, изразена в паричен еквивалент

¹¹ Икономическа школа, “mercantile” – ит. – търговски, носещ печалба от търговия.

¹² Smith, A. The Wealth of Nations. An Enquiry into the nature and causes, W. Strahan and T. Cadell, Lond, vol. 1 on 1776. Smith, Adam. The Theory of Moral Sentiments. Cambridge University Press, 2002, [1759].

допринесе за оптималното разпределение на ресурсите?“. Отделя внимание и на основния според него механизъм на пазарната система – механизма на конкуренцията¹³. Разглежда и функцията на пазара за производството на стоки в количество и вид, който се търси от обществото (16, 17). За първи път се използва понятието, известно днес като „човешки капитал“¹⁴ (58, 74).

По-късно К. Маркс (1818-1883 г.)¹⁵ слага началото на **марксистката икономика** с характерните за нея черти (разглежда основните фази на общественото възпроизводство, производство, разпределение, размяна и потребление и дава своя принос за развитието на теорията на стойността, доразвита и подкрепена от Фр. Енгелс, Пол Баран, Морис Доб, Роналд Мик (XX в.) (16, 17). Базирайки се на основателите на първите икономически течения, К. Маркс разглежда работника с труда му като добавена стойност, увеличаваща всеобщото богатство.

През втората половина на XIX в. се формира „**Неокласическата икономическа теория**“, школа, често обозначавана като „Икономикс“. Джарини Орио и Патрик М. Лидке посочват като последователи на тази школа Карл Менгер¹⁶; Уилям Джевънс¹⁷; Алфред Маршал¹⁸, а Леон Валрас и Вилфредо Парето основават математическа школа.

Световната икономическа криза 1929-1933 поражда необходимостта от нови тълкувания на пазарната икономика, при които се обособява Кейнсианската школа (основател Дж. М. Кейнс, 1936 г.), водеща до 70-те

¹³ **Конкуренция** – съревнование по зададени параметри и критерии, което някои печелят, а други губят. Всеки, който продава или купува, се съобразява с цените предлагани от другите.

¹⁴ **Човешкият капитал** – в съвременната икономическа теория под човешки капитал се разбира капиталът под формата на умствените способности, придобити чрез образование и опит в работата, които увеличават производителността на човека (Икономическа Енциклопедия, С., 2005, с. 910; Новая Экономическая Энциклопедия, М., ИНФРА-М, 2005, с. 188).

¹⁵ Основни трудове на К. Маркс са: Karl Marx, A Contribution to the Critique of Political Economy, contained in the Collected Works of Karl Marx and Frederick Engels: Volume 29, pp. 257, pp. 269 through 417; K. Marx, Das Kapital: Kritik der politischen Ökonomieq Hamburg, 1867;

¹⁶ Menger Carl, Grundsätze der Volkswirtschaftslehre („Принципи на икономиката“), 1871; Menger Carl, The origins of money, 2009 by the Ludwig von Mises Institute and published under the Creative Commons Attribution License 3.0. pp. 55.

¹⁷ Jevons, William Stanley The Theory of Political Economy, 1871 London: Macmillan and Co.

¹⁸ Marshal A. The economics of industry, London, 1879, Cambridge university press, The New York Public Library, 159, 256, pp. 306.

години на миналия век¹⁹ (16, 23, 91). Според Кейнс централно място заемат осъзнатите дейности на хората, а не стихийните обективни пазарни сили. В основата на „ефективното търсене стоят потреблението и инвестициите“²⁰.

Променящите се икономически условия довеждат до развитието на неокейнсианството и служат като основа на монетаризма и монетаристичната школа (1956 г.), с представители Милтън Фридмън²¹ и Ана Шварц. Монетаристите за разлика от кейнсианската доктрина поставят парите и тяхното движение в центъра на стопанския механизъм (3, 15, 16, 17, 91).

Според монетаристите цените имат три неделими функции – информационна, стимулираща и разпределителна. Опитът да се пренебрегне една от тях води до негативно влияние върху другите. Монетаристичните²² концепции са възприети и широко прилагани в САЩ от 1968 г. и в Англия от 1976 г. Те са залегнали в подходите на МВФ и Световната банка, което пряко засяга и България (2, 3).

През втората половина на ХХ век се разграничават три типа икономически системи, които следват три основни модела на организация на стопанската дейност:

- Свободно, пазарно стопанство (либерален модел);
- Централизирано, планово стопанство;
- Смесено стопанство.²³

Моделът на свободно стопанство се характеризира с приемане на свободно пазарно регулиране на стопанските процеси, като се очаква пазарните сили и взаимоотношения да определят стопанската политика, като

¹⁹ Кейнс се обявява против идеалите за свободна конкуренция и ненамеса на държавата в икономическите процеси. В резултат на това през 1946 г. се основават Международният валутен фонд (МВФ) и Международната банка за реконструкция и развитие (МБРР).

²⁰ Кейнс твърди още, че пазарната система не притежава свойството да се самоконтролира, така че да не спира растежа си. Следователно може и се достига до момент на спиране на икономическия растеж.

²¹ Friedman M. A theory of the Consumption Function (1957), National Bureau of Economic Research) Paperback – August 17, 2008.

²² Монетаристичен подход – неокласическа концепция, при която всички икономически явления се разглеждат през призмата на процесите, протичащи в сферата на парично-кредитното обращение.

²³ Терминът стопанство се припокрива с термина икономика.

се изключва намесата от страна на държавата. Моделът на свободното пазарно стопанство се налага в епохата на ранния капитализъм. Популярен е до средата на XX век. В края на 20-и век вече няма нито една страна, която да се отличава с напълно свободно пазарно стопанство.

При централизирания модел държавните органи имат компетенциите за координация.

В смесения модел компетенциите се разпределят между свободния пазар и държавната намеса, при водеща роля на пазарните отношения.

Най-често срещаната разновидност на смесен модел на управление в Европа е **социално ориентираната пазарна икономика**, основана на методологията на неолибералната Фрайбургска школа (66, 67).

2. Икономически отражения върху системата на здравеопазване

Икономиката на здравеопазването изучава приложението на общата икономическа теория към проблемите и явленията, свързани със здравето и здравеопазването. СЗО я определя като „субдисциплина на икономиката (икономикс) и изучава приложението на общата икономическа теория към явленията и проблемите, свързани със здравето и здравеопазването“. Като обособен отрасъл на икономическата наука тя води началото си от 1965 г. (Херберт Кларман – „Икономикс на здравето“²⁴) (24). В светлината на изложеното здравеопазването като важен отрасъл на икономиката също носи белезите на държавното управление и икономическата система. Доказана е взаимната им зависимост. От една страна, здравеопазването оказва стимулиращо въздействие върху икономиката на дадена страна с оглед възпроизводството на най-ценния ресурс за икономиката – „човека и неговата работна сила.“ От друга страна, икономическият модел в

²⁴ За България първите литературни източници с основна тема за икономиката на здравеопазването са на Е. Делчева от 1994 г. – „Икономикс на здравето“; „Технологии в здравеопазването“ на Е. Делчева и М. Попов; статии в „Икономическа информация в здравеопазването“ на Б. Давидов, Х. Грива, П. Амуджев, Н. Гешева; в списание „Социална Медицина“ на Б. Байкушев, Б. Давидов, П. Калчев, Л. Георгиева, Ст. Гладилов, Е. Делчева.

съответната страна е важен фактор за развитието на здравеопазването. Това е система, която придобива, разпределя, изразходва и възпроизвежда ресурси: трудови, материални, финансови, информационни, организационни и др. (50, 51, 52).

Връзката между здраве и икономика се разглежда още през 60-те години на миналия век. Тя е двупосочна и многостранна. Редица автори споделят, че нарастването на националното богатство на една страна е основен фактор и предпоставка за подобро здравеопазване. Началната теория за човешкия капитал принадлежи на Becker, 1964 г. (127). Според него иновациите в образованието и здравето повишават производителността, което мотивира индивидите да инвестират. Тази теория се доразвива от Denison (1985 г.). Допълвайки тези виждания, Grossman (1972 г.) посочва разликата между здравето като потребителски продукт и здравето като средство за производство (11).

Повече здрави хора осигуряват по-голямо производство, което осигурява повече средства за по-добро здравеопазване.

Т. Веков разглежда икономиката на здравеопазването в два аспекта: широк – действие на икономическите закони върху системата на здравеопазването, и тесен – организация на здравеопазването. В организацията на здравеопазването се включват: подготовката на кадри, планирането, финансирането на здравеопазването и организацията на труда, материално-техническата база, пазара на здравната помощ, здравното осигуряване (11, 46).

В годините на преход (1989-2000 г.) в страните от Източна Европа, включително и у нас, се внедряват различни икономически механизми в системата на здравеопазването. Тези страни се преориентират към въвеждане на здравното осигуряване след необходимите реформи.

В своя доклад „Health Care Finance in Europe“, В. Majnoni d'Intignano през 1992 г. прави опит за типизиране на икономическите системи в

здравеопазването в 4 основни типа: система тип „Семашко”, система Бевъридж, система Бисмарк, система Кенеди²⁵ (109).

П. Лулански през 1997 г., разглеждайки тези икономически системи, говори за „стопанство на социалното благополучие“²⁶ (50, 51).

Според М. Попов (1997), Л. Катрова (2011) системите на здравеопазване могат да бъдат групирани по следните критерии: относителна роля на държавата в организирането и контрола на системата, собственост на здравните заведения, източници на финансиране, пазар на здравни грижи, автономия на професията. По тези критерии тя разделя системите на здравеопазване на: централизиран модел (държавен монополизъм), децентрализиран модел (либерален плурализъм), (ограничен етатизъм)²⁷.

В зависимост от източниците на финансиране, организацията на пазара на услугите и регулацията (публични държавни, частни посредници) се разграничават три основни системи на финансиране на здравеопазването. Система, базирана на здравното застраховане – „пазарен модел” (доброволен в САЩ, Сингапур и задължителен в Швейцария). Система, базирана на здравното осигуряване – „Осигурителен, договорен модел” („Бисмарк” и „френски” модел). И третият вид система е бюджетно финансираната – „публично интегриран модел” (държавно организиран децентрализиран „плуралистичен” модел „Бевъридж” и държавно организиран централизиран модел „Семашко”). Тенденцията е към тяхното сближаване. В „чистия“ си вид нито един от моделите не може да бъде припознат с изключение на моделите в страни като Куба, Северна Корея и в известна степен Китай²⁸.

²⁵ САЩ – доброволно (незадължително) здравно застраховане, Швейцария – задължително здравно застраховане

²⁶ „Сопанство на социалното благополучие“, Лулански П. , Основи на икономиката и анализа на социално-културните дейности, Унив. Изд. „Сопанство“, 1997 – смесено стопанство, но с развит частен сектор и с целево финансиране и подпомагане от държавата на социално-културните дейности.

²⁷ По Катрова Л. Обществено дентално здраве. Дентална професия, дентална практика. София, 2011; 316

²⁸ Източник: Катрова Л. Обществено дентално здраве. Дентална професия, дентална практика. София, 2011; 316

Икономическата наука не предлага адекватни решения и готови модели за уникалния преход от централно планово стопанство към смесена икономика. **Степента на намеса на държавата** в пазарите на здравеопазването се приема за критерий, разграничаващ свободен и регулиран пазар. **Преобладаващата форма на собственост** пък е критерий, за разграничаването на либерален, обществен (квази) и регулиран пазар (1).

Пазарът на здравни услуги има специфични икономически характеристики. В доклад „Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции.“ София, 2010, министерство на финансите посочва като такива:

- висока степен на диференциация и хетерогенност на здравния продукт, която прави трудно стандартизирането и управлението му;
- пазарът на здравни услуги е монополистично конкурентен и не съдържа обективни механизми за уравнивяване позициите на отделните участници в него и обективна тенденция на маркетизация на здравните системи;
- налага се държавата да прилага силни регулации, които не винаги са адекватни на сложната природа на пазара на здравни услуги.

Всичко това дава основание да се говори за квазипазар²⁹ в здравеопазването (53).

Според Т. Веков по-важните инструменти на здравната икономика, чрез които се постигат основни цели на здравеопазването, са следните:

- Измерване на здравния статус и здравните тенденции;
- Измерване на ефективността на здравеопазването и стойността за пациентите;
- Определяне на търсенето и предлагането на медицински грижи;

²⁹ Квазипазар – „пазар”, където се провежда договаряне на медицинските дейности на обществените здравни заведения с финансиращия ги орган. В България се въведе такава форма подобно на Великобритания.

- Управление на финансовите ресурси;
- Остойносттаването на лечението на заболяванията и възможности за финансово осигуряване на здравните заведения;
- Планиране на работната сила в здравеопазването;
- Материално-техническо и лекарствоснабдяване;
- Регионално и териториално разпределение на здравните ресурси (11).

В новите условия в България лекарят по дентална медицина е консултант и едновременно с това изпълнител на медицинската помощ и самофинансиращ се от тези дейности. Следователно той действа едновременно в полза на пациента и в свой личен икономически интерес. Свързвайки тези две неща в едно неделимо цяло, се очаква лекарят да се стреми към качествена медицинска услуга и към непрекъснато нарастване на своя авторитет. Неговият статус на член на регулирана професия включва свободната инициатива при реализиране на пазарния продукт и самозадължение за непрекъснато усъвършенстване и спазване принципите и правилата, залегнали в Кодекса по професионална етика (11).

3. Финансиране на здравеопазването

Източници на ресурси са здравноосигурителните вноски, домакинските бюджети, доходи от фирми и организации. Финансирането е обществено и частно в зависимост от собствеността върху ресурса. Преходът в България е от централизиран тип „Семашко“ в договорен модел на социално здравно осигуряване. Този модел се доближава най-много до тип Бисмарк.

Моделът на социалното здравно осигуряване се базира на **принципите на солидарност, независими публични фондове, регулиран достъп до здравни грижи, универсално покритие**. При него всеки член на обществото е задължен да участва на солидарен принцип. Участието се изразява в редовни вноски за здраве, пропорционални на дохода на гражданите, без това да е обвързано с обема на потенциалното потребление на здравни грижи при

нужда. Парите от здравните вноски се управляват от независими публични или частни организации. В динамика събирането на здравните вноски еволюира. Ако първоначално съотношението на вноските от работодател и работник е 40:60%, в периода на преход преминава към съотношение 50:50%, за да се достигне днес съотношение 60:40%.³⁰ Близостта с германския модел на здравно осигуряване предполага разходването на средствата да е за извършена дейност. Парите в системата „вървят пред пациента“, осъществява се „предплащане на услугите“ (Л. Катрова, Обществено дентално здраве).

Според различни автори към финансирането на здравеопазването можем да включим: обучение, квалификация, специализация и управление; проектиране, изграждане, експлоатация, поддръжка и обновяване на материалната база; финансиране и ефективно използване на финансовите средства (11, 16, 17, 53).

Става ясно, че във всички страни с развито пазарно стопанство основните начини на финансиране на здравеопазването се допълват с директно заплащане от пациентите. Директното заплащане от консуматорите на всички здравни разходи е 19,6% за развитите страни, 15,4% за ЕС (61, 62, 89, 124).

Здравните заведения (болници, здравни центрове, лекарски практики, дентални практики) като част от здравеопазването се нуждаят от системи за финансиране, за да поддържат нормално функциониране и за да осигуряват достъп (16). Поради спецификата на дейността си денталните практики принадлежат към системата на заплащане на вид услуга (fee-for-service), която е най-често срещаната при заплащане на частни здравни заведения, лекарски практики. Приходите са директно от пациента или от здравноосигурителния фонд по цени за всеки отделен вид извършена услуга (11, 16).

³⁰ Здравноосигурителната вноска се определя със закона за НЗОК, за 2014 г. тя е 8% и се разпределя: 3,2% за сметка на осигуреното лице и 4,8% за сметка на осигуряващия. Здравноосигурителната вноска на самоосигуряващите се лица е изцяло за тяхна сметка и е в размер 8 на сто за 2014 г.

М. Попов определя три основни причини за провеждане на здравната реформа: влошено и влошаващо се здравно и социално-икономическо състояние на населението; доказана неефективност на съществуващата система на здравеопазването; несъответствие на здравеопазването с общите тенденции на развитието на страната ни към установяване на демокрация, пазарна икономика и приобщаване към европейските стандарти и ценности (61, 62).

Според Е. Делчева бюджетното финансиране на здравните заведения от общественения сектор страда от „недостатъчно и неритмично финансиране, несправедливо разпределение на финансовите средства между регионите“; необвързаност на общия бюджет с обективните критерии за различните потребности; липса на стимули за по-висока продуктивност и качество на медицинското обслужване; мултиплициране на всички дефекти или облаги на финансирането от минали периоди; поддържане на неефективни и с ниска използваемост здравни структури (16, 17, 21).

Някои от изложените недостатъци на прехода важат с особена сила за денталната помощ, която изцяло е в частния сектор (24).

Следваща стъпка в реформата за финансиране на здравеопазването в България се осъществява с въвеждане през 1999 г. на системата за договаряне на бюджетите с финансиращия орган (МЗ). Така постепенно се постига обвързване на финансирането с реално извършена дейност. Натрупва се опит за договаряне на средства със здравноосигурителните каси. Премахва се от административно директивен модел на изготвяне на трудовото възнаграждение към договарянето му (индивидуално, колективно) (16, 17).

„Здравното осигуряване е възникнало с основна цел намаляване на финансовия риск и неосигуреността на хората при възникване на непредвидени заболявания и загуба на трудоспособност. “ За първи път е въведено като система от Бисмарк през 1883 г. в Германия. Чрез специфична вноска, каквато е здравноосигурителната, се кумулират финансови ресурси

чрез съучастие на работника, работодателя и държавата. Той съчетава пазарните принципи на разходване на средства и солидарния принцип на общественото здравеопазване (20).

Здравноосигурителният принцип не е нов за България. Първият здравноосигурителен закон в България – "Закон за работническите осигуровки относно рисковете болест и злополука" – е приет през 1918 г. През 1924 г. Народното събрание гласува "Закон за обществените осигуровки", който въвежда задължително осигуряване на всички работници и служещи в държавни и частни предприятия и организации за рисковете злополука, болест, майчинство, инвалидност и старост. Медицинската помощ се оказва за сметка на Фонд за обществени осигуровки, в който 2/3 от приходите се набират от работодателите и държавата и 1/3 – от работещите хора (20).

Въвеждането на здравноосигурителната система за финансиране на медицинските услуги е единствената възможна според експертите при икономическата стагнация и обедняването на населението поради солидарния принцип. Оказването на медицинска помощ на осигурените лица се осъществява от изпълнителите на здравна помощ, които са в договорни отношения с фондовете (16, 17, 118).

В България като най-приемлив беше избран моделът на задължителното здравно осигуряване чрез един монополен фонд³¹ – Национална здравноосигурителна каса (НЗОК), който кумулира финансови средства и покрива разходите в публичните и частните здравни заведения. Съществува и система за доброволно здравно осигуряване, но поради липса на нормативно определен пакет от здравни услуги, които да бъдат покривани от тях на застрахователен принцип, на практика то не работи (11, 44, 48, 64).

³¹ Фондовете могат да бъдат доброволни и задължителни, избираеми и монополни.

Независимо от формата на собственост на здравните заведения осигурените лица имат право да ползват услугите на медицинските професионалисти, лекари по дентална медицина, които работят в тях (20).

След въвеждане на принципите на пазарната икономика в здравеопазването, проведените реформи³² и настъпилите промени, през 2005 г., А. Щерев очертава някои от проблемите на модела: монопол на НЗОК; колективното договаряне с касата – БЛС и БЗС; повишаване неудовлетвореността от качеството на услугите, предоставяни в рамките на задължителното здравно осигуряване, особено сред хората с по-високи доходи; конфликт между осигурените лица и изпълнителите на медицинска помощ; недостатъчен финансов ресурс в публичния сектор на здравеопазването – 4,3% от БВП (за страните от ЕС публичните ресурси възлизат на над 8% от БВП) (73, 100).

4. Специфика на пазарните отношения в здравеопазването

Особеностите на здравеопазването като система предполагат, че дори и при най-висока степен на либерализация на пазара на здравни услуги по същество имаме ”регулиран пазар”. Под “пазар” в здравеопазването се разбира предимно регулиран пазар.³³ Регулирането е сложен и многоаспектен процес. Може да бъде предимно икономическо, административно, косвено, пряко, държавно. Разрешителният режим за разкриване на болнични здравни заведения е вид пряко административно регулиране от държавата с цел да се защитят пациентите от случайни некоректни участници на пазара. Здравното осигуряване също има регулативни функции чрез договаряне на „разумни“ пакети на покрити здравни дейности, обществените или частни осигурителни

³² Реформа – от лат. *reformo* – преобразование, промяна на определени обществени отношения и процеси към по-добра форма или благоприятно състояние. Реформата се стреми да подобри определена система на обществени отношения, революцията – да я премахне изцяло и да я замени с нова различна система. (<http://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0>, 10. 12. 2013 г., 10.45 ч)

³³ Регулиран пазар – въздействие на държавата или на делегиран от нея орган върху предлагането, търсенето и цените на здравните услуги и стоки чрез определени изисквания, норми, критерии, ограничители и др.

организации и някои обществени и частни здравни заведения. Съсловно регулиране – представлявани от съсловната организация, регулиране от пациентски организации, саморегулиране (16, 17).

Пазарът в здравеопазването е част от икономическата система на националното стопанство. Срещат се различни видове пазари:

- пазар на здравни услуги³⁴
- пазар на частни застраховки³⁵
- пазар на потребителски блага³⁶
- пазар на медицинска техника³⁷ (16, 17).

Либералният икономически модел в България възниква при прехода от тоталитаризъм към демокрация, подкрепен от международни финансови институции, и се изразява в процеси на децентрализация и приватизация. Очаква се приватизацията да играе роля на „най-мошен инструмент за нарастването на ефективността на икономиките и тяхната конкурентна способност.” Постигането на макроикономическата стабилност след 1997 г. обаче не довежда до по-високи доходи и жизнен стандарт, което се отразява и на пазара на услуги. Това състояние на икономиката има за резултат неефективност, която от своя страна предизвиква свиване на търсенето при бързо и неконтролирано предлагане (20).

Пазарните условия, в които работят денталните практики в България, се трансформират, в съответствие с прехода³⁸ от планово базирана към пазарна икономика. Самостоятелното развитие и самоопределяне на страната

³⁴ търсене и предлагане на частни медицински услуги (пазара на денталните услуги е почти 100% частен)

³⁵ според вида на продуктите (все повече пациенти търсят начини да усвоят средства за дентална помощ от направените им застраховки от работодателя или те сами се застраховат в частни фондове);

³⁶ според вида на крайния консуматор.

³⁷ той се приема за пазар на стоки с производствено предназначение (инвестиционен пазар).

³⁸ **Преход** – 1944-1945 г. – към „народна демокрация“; 1945-1947 г. – към реален социализъм и планова икономика, чрез национализация, която засяга „...чуждестранни предприятия, и ликвидира основна част от западните инвестиции в България...; национализирани са банките на 26. 12. 1947 г., до 1948 г. е ликвидиран частния сектор и във вътрешната и във външната политика.“; от 1989 – към демокрация и пазарна икономика.

ни съобразно географското и положение се оказва невъзможно (32). В условията на плановата икономика (1944-1989 г.), Р. България е част от подобрен съветски модел на организация на денталната мрежа. Характерно за това здравеопазване са неговата плановост, безплатност и общодостъпност (68).

Постигането на развита пазарна икономика у нас се подпомага и гарантира и от членството ни в ЕС. Преходът³⁹ към пазарна икономика според различните източници завършва през: 1994 г., 1999 г., 2002 г. Е. Калинова, И. Баева посочват за край на прехода 2007 г.⁴⁰ (32).

II. Развитие на денталната помощ и денталните практики в ЕС

1. Дентална помощ и дентални практики в Европа

1.1. Образование и специализация

Образованието по дентална медицина е съществена част от организацията на денталната помощ в конкретните страни. Проучване на Eeva Widstrom et al., публикувано през 1999 г., съобщава за 141 дентални училища на територията на ЕС. Големи са вариациите в приема на студенти: Германия – 2130 (за население 81 млн.); Великобритания и Франция – 802 и 800 (население при бл. 58 млн. за всяка страна); Гърция и Белгия – 487 души при население 10 млн.; Нидерландия – 210 (17 млн. население). Характерно за Испания и Португалия е, че практикуващите ЛДМ се допълват от завършили в Централна и Южна Америка (137).

В повечето страни обучението е 5 години. Във Франция е 6, докато в Австрия до влизането и в ЕС е 8 години (6 години обща медицина и 3 г.

³⁹ Преходът от планова към пазарна икономика, започнал през 80-те години на XX век, е труден и мъчителен. Този преход е съпроводен с реформи, свързани с либерализация на икономиката и постепенно навлизане на пазарните принципи. Чл. 19 от новоприетата конституция гласи: „Икономиката на България се основава на свободна стопанска инициатива”. (И. Б.)

⁴⁰ „Съвпадението на целите на прехода с условията за присъединяването ни към ЕС всъщност означава, че приемането на България за член на ЕС бележи и истинския край на прехода, то показва, че и отвън оценяват България като действаща демокрация и пазарна икономика.“ (И. Б.)

дентално обучение), след 1997 г. е 6 години. В Словения до приемането ѝ в ЕС обучението е било 6 години обща медицина и 3 години специализация по дентална медицина и допълнително по три години за ортодонтия и ЛЧХ. След приемането ѝ в ЕС е 6 години (84). Опит на университета във Виена по дентална медицина споделя Mallinger Rudolf – обучението е 6-годишно на три етапа: 3 години основно медицинско обучение, 1 година дентално обучение и 72 седмици практика по дентална медицина (110).

По данни на CECDO, представени от Катрова, през 2000 г. на територията на ЕС има 165 факултета и 10 160 студенти. През 2008 г. те са 196 факултета и 14 401 студенти. Увеличението се дължи на новия прием на страни членки, както и на разкриване на нови публични и частни училища.

Основна цел на образованието по дентална медицина в денталните училища на територията на ЕС е да се постигне съвместимост и сравнимост в техните програми, така че студентите да могат да се обучават в различните факултети, придобивайки сравними дипломи, знания и умения.

По данни на финландския екип на Eeva Widstrom et al. на територията на ЕС и ЕИО към 1999 г. съществуват следните специалности: орална хирургия, ортодонтия, пародонтология, протетика, ендодонтия, обществено дентално здраве, детска дентална медицина, орална медицина, орална патология, кариеология, орална радиология, бактериология и оклузални смущения (оклузодонтия). Различен е и броят на специалистите от 0% – Белгия, до 11.3% – Исландия, и срокът за обучението им както по различните специалности, така и в отделните страни – от три до пет и повече години. Белгия и Португалия декларират официално, че нямат официално призната специалност, докато в Ирландия, Исландия и Швеция – всяка декларира по 8 признати специалности. Германия официално декларира 2730 ортодонти, Исландия – 10 ортодонти (137).

В Словакия сертифицирани след 01.05.2006 г. са ортодонтия, лицево-челюстна хирургия, детска стоматология. Диференцира се обучението по

медицина и стоматология (84). В същото време е установено наличие на много специалисти и малко общопрактикуващи. В Беларус например само 5% са общопрактикуващи и 95% – специалисти (108).

Понастоящем ЕС разпознава само две специалности в областта на денталната медицина – орална хирургия и ортодонтия. Някои от страните нямат официално признат документ, с който да признават специалностите. Други от страните в ЕС имат официално признати специалности по различните направления (вж. приложение 7).

1.2. Системи за финансиране

Един от основните фактори, влияещи върху използваемостта на денталните грижи, е тяхното финансиране. Стремещт за подобряване на достъпа до дентална помощ в страните от ЕС, определя и различните системи за осигуряване на финансов ресурс, разгледани от Л. Катрова в Обществено дентално здраве. Дентална професия, дентална практика. София, 2011. Разграничават се: Северен (Скандинавски) модел, модел Бисмарк, модел Бевъридж, Смесен, Южноевропейски и Източноевропейски модел.

Характерно за Северния модел⁴¹ е силна публична мрежа с финансиране от бюджета на страната и местни данъци. Безплатен достъп за групата до 18-годишна възраст и някои други групи. Частният сектор получава и доплащане от държавата. Голям брой ЛДМ работят на заплата.

Модел Бисмарк⁴² се характеризира с трипартитно публично здравно осигуряване, финансирано от работодателя, работещия и държавата, слаба регулация на държавата, частично или цялостно реимбурсиране на средствата, заплатени от пациентите.

⁴¹ Дания, Норвегия, Финландия, Швеция

⁴² Австрия, Белгия, Холандия, Франция, Германия, Люксембург

Смесен модел. За Исландия са характерни елементи на Скандинавския модел и стесняване на публичния сектор. В Ирландия моделът наподобява на Германския с разрастване на публичния сектор.

При Южноевропейския модел⁴³ денталните услуги се предлагат в частният сектор без участие на държавата. Предлага се ограничен пакет за безплатно лечение на лица до 18 години.

В Източноевропейския модел⁴⁴ финансиращата ситема се трансформира от напълно публично до почти 100% частно. Силно ограничен е пакетът за здравноосигурителни дейности. Моделът е по подобие на Германския (137).

1.3. ЛДМ и помощен персонал

По данни на Eeva Widstrom et al. помощният персонал в европейските страни се разделя и обучава като орални хигиенисти, терапевти, дентални асистенти, дентални техници (зъботехници). За ЕС и ЕИО към 1999 се докладва за наличие на 1200 орални хигиенисти и терапевти. Над 30% от тях са в Обединеното кралство и Германия. Относително голям брой са в Швеция, Финландия и Холандия, почти 1 орален хигиенист на 6 зъболекари. В Обединеното кралство клиничният помощен персонал е известен като терапевти – 366 през 1994 г., работещи в публичния сектор на денталното здравеопазване. В страни като Финландия, Нидерландия (Холандия), Дания, Португалия съществуват подготвени дентуристи. В Белгия почти не се използва помощен персонал (137). Въпреки че работата с хигиенисти увеличава капацитета на денталната практика, малко ЛДМ са склонни да наемат хигиенисти на работа (75). От финансова гледна точка е от значение и мястото на зъботехниците като основни помощници на ЛДМ в областта на протетиката и ортодонтията. При плановата икономика зъботехническите длъжности също бяха щатни длъжности и получаваха възнаграждение от държавата (заплата) независимо от количеството и качеството на своята продукция. В новите условия тяхното възнаграждение зависи ежедневно от това колко ЛДМ са ги приели като зъбни протезисти и им предоставят

⁴³ Кипър, Гърция, Италия, Малта, Португалия, Испания

⁴⁴ България, Чехия, Словакия, Литва, Латвия, Естония, Унгария, Полша, Румъния, Словения

определена работа. Отношението зъботехници/ЛДМ е най-високо в Германия и Италия и по-ниско в Норвегия (137). Според Abelsen зъболекарите споделят, че около 40% от времето си са предоставили на денталните хигиенисти и са ги упълномощили за дейности като: прегледи, скрининги и други помощни процедури (75, 92, 128).

2. Дентална помощ и дентални практики в България

2.1. Историческо развитие (етапи)

Като взема предвид фактите относно образованието, броя и наситеността на страната с дентални кадри и променящите се социално икономически условия, Катрова (в „Обществено дентално здраве. Дентална професия, дентална практика. София, 2011“) посочва **шест етапа** в развитието на професията и предлага следната периодизация.

Първият етап е от 1878 (Разкриване на първата зъболекарска практика) до 1905 г. (Основане на първото одонтологично дружество). В този период в България работят 27 дипломирани зъболекари. По данни на д-р Ив. Боснев, д-р Г. Цалов и проф. д-р М. Вутов в този период се установява на работа в България и първият българин зъболекар, д-р М. Елмазов (1894 г.), завършил образованието си извън границите на страната (9, 13).

Вторият етап е от 1905 до 1944 г. и се характеризира със значително нарастване на броя на практикуващите зъболекари.

Данни за нарастващия брой ЛДМ публикува и Къдънков⁴⁵ в статията си „Дипломирани зъболекари в България от 1905 г. до 1914 г.“, публикувана в сп. Стоматология (61, 3, 201-203, 1979 г.)⁴⁶ (49).

Третият етап, който продължава от 1944 до 1974 г. се характеризира с екстензивно изграждане на здравната служба, развитие на държавния сектор успоредно с установяващата се планова икономика, производство на

⁴⁵ Д-р Доно Къдънков (стоматолог и историк) в статия в сборника „Страници из историята на медицината у нас“ от 1966 г. – не бе открит нито един екземпляр от нея, дори в ЦМБ. Данните са по Ив. Боснев (46)

⁴⁶ Подобни сведения дава и Ив. Боснев в „История на зъболекарството в България“.

собствени кадри в двата факултета в София и Пловдив. Така ЛДМ нарастват от 2422 през 1955 г., до 2258 през 1958 г. и 3485 през 1973 г.

Таблица 1
Брой стоматолози в България 1955-1973 г.

Години	1955	1957	1958	1961	1964	1967	1970	1973
ЛДМ	2422	2441	2258	2511	2877	3018	3111	3485

(по данни, публикувани от проф. д-р М. Вутов, д-р И. Боснев)

Четвъртият етап е от 1974 до 1991 г. През този период се установява здравната система „Семашко“ – централизирано държавно финансиране и профилактика, организиране на „Профсъюза на здравните работници“ и следдипломното образование. Броят на ЛДМ продължава плавно да расте⁴⁷ и достига 6109 през 1990 г. (7, 13).

Петият етап, който е от 1991 до 2000 г., се характеризира с провеждане на радикални реформи в организацията на здравеопазването, обучението, следдипломното образование, с възстановяване на частната практика, която беше забранена през 1974 г.

След 2000 г. се навлиза в шестия етап, който се характеризира с хармонизация на организацията на професията с изискванията на ЕС. Разкрива се трети факултет по дентална медицина във Варна. ЛДМ увеличават своя брой, като през 2000 г. те са 6778, през 2003 – 6046, през 2004 – 6491, през 2005 г. – 6493, през 2009 г. – 8233, и през 2011 г. – 8242 ЛДМ).

Данните от периодизацията показват непрекъснато нарастване на броя на ЛДМ.

2.2. Образование и специализация

Университетско образование по дентална медицина

⁴⁷ 3782 ЛДМ през 1976 г., 4257 през 1979 г., до 5201 през 1982 г., 5745-1985 г., 5953 ЛДМ в 1988 г.

Началото на денталното образование в България се поставя с указ № 32 от 24 юни 1942 г. на Н. В. цар Борис III, с който се основава Зъболекарски отдел към Медицинския факултет на Софийския университет. От 1951 г. отделът прераства във Факултет по стоматология, от 2008 г. във Факултет по дентална медицина. През 1943 г. се разкрива първата катедра – по Оперативно зъболечение с лицево-челюстна ортопедия, 1946 г. Катедра по консервиращо зъболечение, която от 1950 е Катедра Терапевтична стоматология⁴⁸ (30).

През 1970 г. с решение на Министерски съвет на Народна Република България (№ 230/24. 09. 1970) към ВМИ – Пловдив, се разкрива специалност „Стоматология“⁴⁹. Последователно се оформят, разкриват и узаконяват отделните катедри – по ортопедична стоматология и ортодонтия (1970 г.), по Терапевтична и детска стоматология (1971 г.), по хирургична стоматология и лицево-челюстна хирургия (1972 г.). С решение на МС № 14/14.04.1974 г., се узаконява нов факултет по стоматология, в Пловдив. С укрепването и нарастването на броя на преподавателските кадри през 2001 г., от катедрата по терапевтична стоматология се обособяват две нови катедри – по Оперативно зъболечение и ендодонтия и по Пародонтология и ЗОЛ. Същата година Катедрата по хирургична стоматология и лицево-челюстна хирургия се обособява в две нови катедри – по орална хирургия и по ЛЧХ. През 2006 г. с решение на Академичния съвет на Медицински университет, се създава катедра Образна диагностика, дентална алергология и физиотерапия⁵⁰.

Първите кадри със специалност денталната медицина от Факултета в Пловдив са през 1975/76 г. – 74 дипломирани ЛДМ, 1976/77 – 108; 1977/78 – 230; 1978/79 – 192 (14).

⁴⁸ <http://fdm.mu-sofia.bg/?q=node/153>, 06.04.2014

⁴⁹ <http://meduniversity-plovdiv.bg/bg/fakulteti-katedri/dentalna/katedri>, 07.04.2014

⁵⁰ <http://meduniversity-plovdiv.bg/bg/fakulteti-katedri/dentalna/katedri>, 07.04.2014

През учебната 2006-2007 г. в структурата на Медицински университет Варна, с Решение на Народното събрание от 15.III.2006 г. се обособи нов Факултет по дентална медицина и започна обучението на първите студенти. Първите дипломирани ЛДМ са през 2011 г. (53-ма). Във Факултета по дентална медицина се обучават 429 студенти⁵¹.

С укрепването на ФДМ в столицата и разкриването на новите факултети в Пловдив и Варна обучението по дентална медицина стана достъпно с оглед териториалното разделяне на страната. Факултетите приемат студенти от цяла България, но наблюденията показват, че в тези в Пловдив и Варна преобладават студенти от съседните области. Това неофициално разделение на приема е продиктувано единствено и с цел намаляване на разходите по издръжка и обучение на един студент. Нещо повече, според запознати със спецификата на населението в тези райони голяма част от завършващите разкриват частни кабинети под една или друга форма в тези райони.

Специализация и непрекъснато усъвършенстване на ЛДМ

Първият 15-дневен курс за квалификация на зъболекарите от обществените лечебни заведения е проведен през 1949 г. Тази форма на краткотрайна специализация по-късно се сменя с продължителна специализация, завършваща с полагане на изпит и издаване на съответния документ. До 1952 г. специализациите се осъществяват по утвърдена програма от Стоматологичен факултет при Медицинска академия – София, а след това се създава и специален Институт за усъвършенстване и специализация на лекарите (ИСУЛ). От 1962 г. до 1969 г. специалност получават 1050 зъболекари. МНЗ отделя особено внимание на следдипломната квалификация и със свое решение узаконява съответните специалности. Зачислените специалисти се обучават безплатно във ФДМ и

⁵¹ <http://students.mu-varna.bg/index.php/za-nas/istorya-fakti>, 08.04.2014

ИСУЛ, като се използват определени бази към областните градове. Към 31.12.1984 г. от общо 4787 щатни стоматологични длъжности, 2010 длъжности (42%) се заемат от стоматолози с призната специалност (13). Следдипломната квалификация в условията на плановата икономика беше продиктувана единствено от решението на МНЗ съобразено с териториалното разпределение на населението и нуждите от квалифицирана дентална помощ. В условията на прехода и навлизането на законите на пазарната икономика, плановостта в обучението на специалисти претърпя определени промени. В определените бази специализантите постъпват след конкурс, като броят на местата значително се ограничи. Свързаните с това разходи (такса за обучение, напускане на частния кабинет, битови разходи) намали желаещите да специализират. Получи се недостиг на дентални кадри с призната тясна специалност.

Към 1996 г. в условията на установяващи се пазарни условия има благоприятно разпределение на специалистите, но не се знае колко от тях работят вече като поливалентни и специалисти⁵² (34). През 1997 г. се запазва тенденцията лекарите по дентална медицина да работят като поливалентни специалисти независимо от притежаваната специалност (33, 34, 40, 87, 123). За 20 години (1989-2009 г.) едва 371 лекари по дентална медицина са придобили специалност, което представлява по-малко от 1/3 възпроизводство на специалистите (43). По данни на ФДМ – София, получилите специалност за 2008 г. са 11 ЛДМ; 2009 г. – 10; 2010 г. – 11; 2011 г. – 7; 2012 – 15.

У нас признати специалности по дентална медицина към момента са: Обща дентална медицина – със срок на обучение 3 години; Детска дентална медицина – 3 години; Оперативно зъболечение и ендодонтия – 3 години; Протетична дентална медицина – 3 години; Социална медицина и общест-

⁵² Към 1996 г. данните за денталните лекари с призната специалност са: Обща стоматология – 1507 ЛДМ; Детска стоматология – 499 ЛДМ; Терапевтична стоматология – 313; Протетична стоматология – 243; Хирургична стоматология – 164; Лицево-челюстна хирургия – 24, Без специалност – 1981 ЛДМ.

вено дентално здраве – 3 години; Дентална клинична алергология – 3 години; Дентална образна диагностика – 3 години; Дентална имплантология – 3 години; Пародонтология и ЗОЛ – 3 години; Ортодонтия – 3 години; Орална хирургия – 3 години; Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия – 4 години⁵³.

По-детайлното разпределение на специалностите у нас ние възприемаме за по-правилно.

2.3. ЛДМ и помощен персонал

Помощният персонал в денталната практика е важен елемент от нейната организация както при плановата, така и при пазарната икономика. Работата с помощен персонал повишава производителността на труда, спомага за поддържане на доброто здраве на денталния екип за по-дълго време.

В България няма специално обучен помощен персонал за работа в дентален кабинет. Използват се предимно дипломирани медицински сестри общ профил (44). За много кратко време към Медицинския институт за среден медицински персонал в Пловдив се обучават малък брой медицински сестри „зъболекарски профил“.

Данни по въпроса за наличието и използването на дентален помощен персонал у нас, изключвайки някои ръководства за зъботехници, няма. Съществува един справочник за работата на медицинската сестра в денталните кабинети, излязъл през 1985 г. под редакцията на Ст. Иванов (27). Всеки дентален лекар, използващ помощен персонал, обучава сестрата в собствената си практика. И въпреки предимствата от работата с помощен персонал, данните показват, че след увеличаване на дела на работещите с

⁵³ Наредба №34 от 29. 12. 2006 г. чл. 1, ал. 1, ДВ. бр. 89 от 2007, бр. 12 от 2010, бр. 72 от 2010, бр. 58 от 2011, в сила от 29.07.2011, изм. бр. 50 от 2012 г. и доп. бр. 24 от 2013 г.

помощен персонал през периода 1996-2000 г., следва застой за периода 2000-2008 г., и рязко намаляване за 2008 и 2009 г. (37).

В България към 1992 г. има три медицински техникума за подготовка на зъботехнически кадри – в София, Пловдив, Варна. Към 1950 г. в България са регистрирани 30 зъботехнически лаборатории и около 250 зъботехници. Първото училище с двегодишно обучение е от 1950 г. и първият випуск се състои от 53 души (1953 г.). До 1995 г. у нас със средно или полувисше образование, работещи или приключили трудовата си дейност са 3200 зъботехници (30).

III. Фактори, обуславящи здравната реформа в България

1. Организация на здравеопазването в България

1.1. Законодателна основа на здравната реформа

Началото на организацията на денталната практика в смисъл узаконяване на дейността на лекарите по дентална медицина в България се поставя с „Правилника за берберите по практикуването на зъбоваденето“, издаден от Висшия медицински съвет през 1888 г. През 1909 г. се назначават зъболекари в първокласните държавни болници, дивизионните болници, поголемите градски лечебници, полковите лечебници и в училищата (7).

С промяната на общественно-политическия строй в Р. България са дефинирани „...за първи път дългът на държавата и обществото за опазване, укрепване и възстановяване на здравето и трудоспособността на народа и правото на здраве“ правата на гражданите в Конституцията на НРБ от 1947 г.

Пазарната икономика, както и здравеопазването в тези условия, се нуждае от определена законова база и от определена институционална структура, за да функционира нормално – от Конституцията като основен закон за страната до поднормативните актове на МС и органите му (73).

„Здравната политика представлява система от дългосрочни законодателни и правителствени решения за опазване здравето на нацията

чрез подобряване на здравеопазването. Израз на националната здравна политика е „Националната здравна стратегия. “, приета от МС през април 1991 г.

„...Здравната реформа... започва със законодателни промени през 1998 г. и приемането на Закона за здравното осигуряване (ЗЗО/ДВ, бр. 70), Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ/2000 г.), Закона за аптеките и лекарствата в хуманната медицина (ЗАЛХМ). “(12) Участник в процесите на създаване и промяна на основните закони, регламентиращи здравеопазването, е и медицинското съсловие (вкл. лекарите по дентална медицина) и неговото представителство (73). „Здравната реформа е не само административен акт, тя е и социално-културен процес, в който мнението и отношението на хората играе първостепенно роля“ (6). Тя се нуждае от динамична и перманентна оценка с оглед нейното най-ефективно управление (5). От самото начало на реформата, най-силно влияние върху цялото общество, включително изпълнителите на медицинската помощ оказват два фактора – НРД и Бюджетът на касата (47).

От 1990 до 1997 г. здравната реформа в България основно се характеризира с първите опити за децентрализация на системата. Възстанови се дейността на съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (Нар. № 5/1991; ДВ бр. 37/1991). Осъществиха се първите стъпки за промяна начина на финансиране на системата на здравеопазване (в началото се разглеждат два варианта по модела Бисмарк, по модела Бевъридж). С горепосочената Наредба № 5 се регламентира частната стоматологична помощ. Същата година се приема и правилникът за ценообразуване на стоматологичните дейности, извършвани от стоматолози на частна практика и частни здравни заведения. През този период с помощта на СЗО се изготвя и национална здравна стратегия. През 1996 се правят изменения и допълнения в ЗНЗ, изработен през 1973 г. и влязъл в сила от

01.01.1974 г. До 2005 г. се правят над 30 изменения на закона. Измененията от 1997 например въвеждат платените услуги в обществените заведения (73).

През 1998-2001 г. започва процесът на хармонизация на законодателството на Р. България във всички области, включително здравеопазването. Радикалните промени бяха подsigурени с приемането на основните закони: 1997 г. – Закон за здравословните и безопасни условия на труд (ЗЗБУТ); 1998 г. – Наредба 22 за условията и реда на заплащане на медицинските услуги по избор на пациентите; Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (ЗСОЛЛДМ); Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (ЗКНВП) (73).

През 1999 г. се приема Законът за лекарствата и аптеките в хуманната медицина (ЗЛАХМ), променен през 2000 г., когато започна да функционира Национална здравноосигурителна каса в съответствие с приетия ЗЗО и ЗЛЗ. През 2001 г. се подписва първият Национален рамков договор, а през 2005 г. – Законът за здравето, който заменя Закона за народното здраве, действащ от 1975 до 2004 г. (20, 73).

1.2. Здравни заведения и режими на регистрация

Денталната практика е лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ. По ЗЛЗ (Чл. 8) тя може да бъде амбулатория за първична медицинска помощ (индивидуална практика, групова практика); амбулатория за специализирана медицинска помощ (индивидуална практика, групова практика), медицински център, стоматологичен център и медико-стоматологичен център, диагностично-консултативен център (ЗЛЗ). По търговския закон може да се регистрира като ЕТ, ООД, ЕООД (ТЗ).

Прегледът на официалните данни за лечебните заведения показва, че броят на АПДП-индивидуални практики през периода 2000-2007 г. се увеличава, а след това (от 2007 г. до 2009 г.) започва да намалява.

Непрекъснато нараства броят на АПДП-групови практики (2000-2009 г.). При специализираните практики намалява броят както на индивидуалните, така и на груповите. Денталните центрове регистрират спад, сравнително постоянен остава броят на медико-денталните центрове (56).

С преминаването към пазарни отношения в здравеопазването протича и процес на промяна на собствеността на базата, на материално-техническото оборудване и на денталната практика. Променят се режимите на регистрация и формите на функциониране. Собственикът, който е вече и предприемач, поема финансовия риск, като влага своя капитал в стопанска дейност и се стреми да го увеличи (16, 17).

Смяната на собствеността върху лечебните заведения и превръщането им в пълноправни пазарни субекти създава възможности за получаване на собствени приходи от медицинска дейност. Това се осъществява по различен начин: отдаване под наем на кабинети на частнопрактикуващи медицински специалисти, медицински кооперации или търговски дружества с единствен предмет на дейност медицинско обслужване, както и извършване на приватизационни сделки. Целта е да се задвижат възможните икономически лостове на конкуренцията, частното предприемачество и частната собственост, които ще доведат до по-добро обслужване на осигурените граждани и до по-успешно управление на ресурсите на лечебните заведения (20).

Формите на частна медицинска/дентална практика според степента на разделение и коопериране на труда са:

Индивидуална практика – самостоятелно практикуващ медицински специалист, със/без медицинска сестра или помощник.

Групова практика – група частнопрактикуващи медици, лекари по дентална медицина, със сродни и допълващи се медицински профили, споделящи професионалния риск, но запазващи икономическа самостоятелност.

Институционална форма – структура във вид на здравно заведение (болница, клиника, ДКЦ, ДЦ, МДЦ, МТЛ, МДЛ и др.).

Налага се да се направи разлика между частнопрактикуващ и свободнопрактикуващ лекар по дентална медицина. Частнопрактикуващият е собственик и на вещественния капитал. Той е инвеститор и предприемач. Свободнопрактикуващият не е инвестирал средства в апаратура и дълготрайни активи, работи на хонорар при друг собственик на кабинет или здравно заведение или под наем (16, 17, 59).

Частният сектор се формира по два начина – чрез частна инициатива и чрез приватизация. В първия случай ролята на правителството е да създаде рамки и правила за пазарно функциониране на частните здравни услуги, а във втория – правителството създава правилата за приватизация, проектира и организира целия процес и осъществява самата реализация и контрол на последиците от нея. До 1997 г. в България частният сектор е само на база частна инициатива. Упражняването на частна медицинска/дентална практика в България се регламентира със Закона за народното здраве (1991 г.) и последвалите го промени и подзаконовни нормативни актове. Според този закон и промените в него условията за разкриване на частна медицинска/дентална практика се либерализираха. Що се отнася до разкриването на дентални кабинети процедурите са тромави, усложнени и затрудняващи ЛДМ. Право имат и новозавършили лекари и лекари по дентална медицина без стаж в здравно заведение. Индивидуалната и Груповата практика се разкриват при регистрационен режим. Регистрацията е в съсловната организация, данъчната служба, регионалните поделения на РЗИ⁵⁴ (26, 25).

⁵⁴ Частно здравно болнично заведение се разкрива чрез разрешителен режим след открита административна процедура за издаване на разрешение от министъра на здравеопазването след становище на Висшия медицински съвет.

Децентрализацията и либерализацията на системата на здравна помощ, и в частност на денталната помощ в България след 1991 г., насити с „политически задачи“ професионалната дейност на лекарите и лекарите по дентална медицина. ЛДМ започнаха да участват в процесите на формиране и реализиране на здравната политика, директно или чрез техните професионални организации⁵⁵. Според начина си на регистриране те се разделят на две основни групи „Регистри“ и „Сдружения“⁵⁶. Тези организации имат за задача създаване и водене на професионални регистри с правила за достъп до професионална дейност и кодекс за професионално поведение с механизми за поддържане на професионален стандарт. Наличието на „Регистър“ в една страна предполага задължително членство в него като гаранция за допускане до свободна практика. Това задължително членство не изключва и друго, в професионални организации с доброволно членство⁵⁷. В страните, в които липсват организации от първия тип, функциите се поемат от доброволните сдружения⁵⁸ (50). С въвеждането на свободното движение на хора, стоки, капитали и информация, ЛДМ е поставен в условия сам да избира мястото на своето обучение, усъвършенстване и практика (33, 36).

2. Характеристика на населението в България към септември 2011 г.

2.1. Социално-демографска характеристика

Влошаването на демографската ситуация в Р. България в годините на преход към пазарна икономика се засилва. Намалява раждаемостта; повишава се смъртността; отрицателен естествен прираст; наблюдава се

⁵⁵ Те се създават приблизително успоредно със създаването на Националните здравни системи. Професионалните организации гарантират интересите на обществото при осъществяване на здравните дейности, опазват либералния статут на медицинските професии. БЛС, БЗС

⁵⁶ В едни страни тези два типа организации съществуват паралелно, докато в други – организация от един тип или една организация, притежаваща характеристиките и на двата типа.

⁵⁷ Те имат за задача да защитават основните права и потребности на своите членове: синдикални, образователни, дисциплинарни, научни и културни.

⁵⁸ Подобна е ситуацията в нашата страна при приемането на Закона за професионалните организации.

интензифициран емиграционен поток. Тенденцията е към депопулация и застаряване на населението (11, 53, 55).

По данни на НСИ за периода 1990-2004 г. населението на България е намаляло с 908 220 души. В това число не се включва емигрантската вълна от края на 1989 – началото на 1990 г. Само за по-малко от 2 години са емигрирали над 800 хил. души, предимно млади хора в трудоспособна възраст. Според някои изследователи (Даскалова и кол., 2005 г.) до 2020 г. се очаква още 700 хиляди души да напуснат страната. Очертава се тенденция към застаряване на населението, в резултат намалява дялът на населението в трудоспособна и под трудоспособна възраст. Тенденцията към застаряване е по-силно изразена при жените поради по-високата продължителност на живота при тях, както и по-високата преждевременна смъртност при мъжете. Поради ниската раждаемост и засилената емиграция на млади хора във фертилна възраст в края на 2004 г. броят на населението до 15 години намалява до 1 073 000 и представлява едва 13.8% от населението. Възрастното население (над 65 години) е 1 330 000 души, което отговаря на 17.1% от населението в страната. В селата ръстът на населението над 60 години е близо два пъти по-голям в сравнение с градовете (съответно 32,5% и 18,4%). Броят на младежите под 29 години намалява с повече от 840 000 души. Според някои статистически прогнози от близо 1 100 000 души под 29-годишна възраст днес, след 20 години те ще бъдат два пъти по-малко. В резултат се повишава средната възраст на населението. Към 2003 г., тя е 40.8 години (39.1 години в градовете и 44.9 години в селата), докато средната продължителност на предстоящия живот общо за населението в страната през 2003 г. е 72.07 години (68.68 години за мъжете и 75.59 години за жените) (20, 55).

По данни на НЦЗИ и НСИ към 31.12.2000 г. населението наброява 8 149 468 души, докато към 31.12.2009 г. възлиза на 7 563 710 (56). По данните на НСИ и резултатите от последното преброяване (2011 г.) населението

е 7 364 570 души (55). Незначително е увеличен броят на мъжете в по-младите възрастови групи, но превесът на жените като цяло се запазва (56). Става видно, че тенденцията за намаляване на населението на страната нараства с всеки следващ период – 2000-2009 г. с 585 758, а до 2011 г. – със 199 140 души.

Прогнозите на ООН са за сериозно намаление на населението в голяма част от развитите страни, като при някои то ще бъде над 20 %. Особено тревожни са тези прогнози за България, Украйна, Грузия, където се очаква намаление на населението с повече от 40% (64).

Въпреки че доходът на глава от населението в България е най-нисък сред страните от ЕС (\$11,180 за 2007 г.), международните институции го определят като среден доход (135). При сравняване на Финландия и Великобритания, съответно с доход на глава от населението \$ 34,350 и \$33,800 (133, 140), техните граждани имат средна продължителност на живот 78 години⁵⁹. В същото време същите източници публикуват за България данни за продължителност на живота 73 години.

Едновременно с това данните на ЕС са, че тенденцията за ниския прираст на населението в България през 2015 г. ще достигне нива от -25%, а според данни на Световната здравна организация очакваната средна продължителност на живота за мъжете е 60,8 години, а за жените 65,2 години за 2000 г. (20).

Представената социално-демографска характеристика налага преразпределение на практикуващите дентални лекари, насочването им към населени места с по-голям брой и по-платежоспособни жители; избягване на разкриването на кабинети в обезлюдени разпръснати населени места. Промените във възрастовата структура на населението не може да не се отрази върху съдържанието на денталната помощ продиктувана от нуждите на отделните възрастови групи.

⁵⁹ По данни на Central Intelligence Agency. Rank Order. Life Expectancy at Birth in 2006. In: The 2008 World Factbook. Accessed (2009 April 17)

2.2. Социално-икономическа характеристика на регионите

Страната ни административно е разделена на 28 области със средна гъстота на населението – 66 души/кв. км.



Фиг. 1. Административно деление на Р. България и гъстота на населението на кв. км. по области

Източник: Области в Р. България. Карта на България, достъпен на http://www.worldmap-finder.com/Map_Search.php?ID=/En/Europe/Bulgaria&PG=3 (05.11.2013).

Институтът за политическа икономика в партньорство с Microstat Analytics правят групиране на областите и в зависимост от техните специфични особености определят през 2012 г. 9 типа специфични групи от области с подобни регионални профили – клъстери⁶⁰ (69).

На базата на свои анализи ЕВРОСТАТ разделя България на 6 големи области, обединяващи по няколко области от административното деление на страната – Северозападен, Северен централен, Североизточен, Югоизточен, Югозападен, Южен Централен (115, 116).

Определените 9 типа регионални профили имат свои специфични социално-икономически характеристики. А. Цветков характеризира

⁶⁰ Клъстер – специфична група от области, чиито регионални профили са сходни

социално-икономическото състояние в България към 2011 г. чрез съответните групи от области с подобни профили (прил. 11).



Фиг. 2. Разпределение на областите по клъстери

Категоризацията е базирана на следните икономически показатели: БВП на региона, инфлация, инфраструктура, транспорт, степен на развитие на образование и здравеопазване, безработица (чиито нива са променливи за страната като цяло и по региони (28, 54).

Тези показатели, изразяващи се в социално-икономическото състояние на областите в страната, оказват съществено въздействие върху развитието и реализацията на денталната помощ и денталната заболяемост.

2.3. Актуални данни за дентална заболяемост

Потребностите на населението от дентална помощ са основен фактор за търсенето на дентални грижи. Най-разпространените дентални заболявания са кариесът с усложненията му и пародонтопатиите. Денталният статус ще

определи и нуждите на пациентите от лечение. След първоначално проведени проучвания през 1989-90, Кр. Янева посочва Ер = 93,42% за цялото население; DMFT = 14,35 (над 20-годишните); DMFT = 9,39 (35-44-годишни); DMFT = 12,92 (65-70-годишни). През 1996 Йолов установява DMFT=24,25 (над 60-годишните). През 2013 г. Б. Бонев публикува данни за Ер = 98,29% (при над 20-годишните) (4).

Особено важна е профилактиката и недопускането на развитието на тези заболявания у подрастващите. Стремехът е за намаляване на средните стойности на DMFT в прицелните групи.

В периода 1981-1992 г. зъбният кариес при 12-годишните намалява, като най-ниското ниво е регистрирано през 1992 г. По данни на Куклева и Кондева⁶¹, публикувани от Грозданова, се наблюдава тенденция за повишаване на DMFT и Ер в периода 1992-1997 г. (19).

Отново по данни, публикувани от Грозданова⁶², с увеличаване на възрастта процентът на свободните от кариес намалява, а процентът на изследваните с високи стойности на DMFT се увеличава – тази зависимост е установена през 1992 година (19).

Според данни от епидемиологично⁶³ проучване за установяване състоянието на оралния статус на деца в три възрастови групи (за региона на София-град и областта) през 2011 г.:

- средната стойност на DMFT при 12-годишните е 5,97;
- относителният дял на децата без кариес е съответно за 5-6-годишните – 9,58%; 12-годишните – 12,08% и за 18-годишните – 4,17% .

Пародонталният статус изследват Т. Джемилева и кол.:

⁶¹ Куклева, М., В. Кондева. Сравнително изследване на появата и проявлението на зъбния кариес при 12-годишни деца от гр. Пловдив. *Folia Medica*, XXXXI, 2, 1999, 44-47.

⁶² Куклева, М., В. Кондева. Сравнително изследване на поларизацията на зъбния кариес при 7, 12 и 14-годишни деца от гр. Пловдив. България *Folia Medica*, XLI, 3, 1999, 65-70.

⁶³ Министерство на здравеопазването на Република България. Национално епидемиологично проучване за установяване състоянието на оралния статус на деца в три възрастови групи. София, 2011.

Година	Възраст	Здрави секстанти (%)	С кървене (%)	Със зъбен камък (%)	Джоб 4-5 мм (%)	Джоб над 6 мм (%)
1988-1989 г.	20-29-годишни	28,83	23,67	39,14	7,33	1,00
	35-44-годишни	19,00	10,5	46,33	12,66	1,67

При над 65-годишните 86,33% от секстантите са извън функция, само 5% от възрастовата група 20-44 години имат здрав пародонт и 95% от хората имат нужда от подобряване на оралната хигиена (4).

У нас през 2012 г. е проведено епидемиологично проучване сред 1000 деца от София и Русе на възраст от 6 до 15 години. Децата са разпределени в 10 възрастови групи. Данните от това проучване са публикувани от М. Пенева. Сред шестгодишните засегнати от кариозен процес на временните зъби са 88% и 56% на постоянните. Засегнатите деца с кариес на временното съзъбие нарастват до 7-ата година и достигат 96%. На осмата година се наблюдава намаляване до 84%, което най-вероятно може да се обясни с физиологичната смяна на голяма част от кариозните временни зъби.

3. Брой и териториално разпределение на ЛДМ в България към 2011 г.

Успоредно с нарастването на броя на ЛДМ, поради рязката урбанизация на населението, неравномерността на разпределение на денталните практики в страната е силно проявена. Разпределението на ЛДМ по пол и региони за 2011 г. е представено в приложение 2.

Лекарите по дентална медицина са неравномерно разпределени по територията на страната. Нараства техният брой в центрове като Варна (от 381 през 2000 до 426 през 2009 г.), Пловдив (от 785 ЛДМ през 2000 до 936 ЛДМ през 2009 г.), София (от 1543 ЛДМ през 2008 до 2400 през 2011) (56). Промените във възрастовия състав на ЛДМ за страната като цяло и за София

са противоположни (95, 96). Разпределението по пол отговаря на статистическите съотношения и в другите страни⁶⁴ (82, 137).

Освен това качеството на денталните услуги и с това характеристиката на денталния статус зависят не само от социално-икономическата среда, но и от това какъв брой население се полага на един ЛДМ. В различните страни това съотношение е различно. В Дания, Финландия, Гърция, Исландия и Швеция съотношението е 1:1000, в Испания и Португалия е 1:2700 – 3500 (137). Колкото по-висок е броят на ЛДМ спрямо броя на населението, толкова по-голяма е вероятността за достъпна качествена лечебна помощ. В България през 1956 г. на един ЛДМ се падат 2971 пациенти (включват се ЛДМ от държавния и частния сектор⁶⁵) (13); 1980 – 1834 пациенти на един дентален лекар; 1990 г. – 1419; 1995 – 1530; през 1996 г. на един ЛДМ се падат 1803 пациенти (29). Данните на НЦЗИ за 2000 г. посочват 1202 пациенти на един ЛДМ; 2001 г. – 1217 пациенти; 2002 г. – 1277 пациенти; 2003 г. – 1205 пациенти; 2004 г. – 1196 пациенти; 2005 г. – 1189 пациенти; 2006 г. – 1179 пациенти; 2007 г. – 1188; 2008 г. – 1210; 2009 г. – 1165 пациенти (56).

Интерес представляват и обобщаващите данни на Windstrom at al. за състоянието на денталната помощ в Европа. Те посочват, че от живеещите 375 000 000 души в Европа 78% живеят в петте големи държави – 22% – Германия, 16% – Британското Кралство, 15% – Франция, 15% – Италия, 10% Испания за същия период на същата територия са 226 000 души. Средният брой пациенти на един зъболекар е 1659, различно за различните страни. Правейки групиране на страните по този показател, те обособяват три големи

⁶⁴ Жените зъболекари варират от 67% във Финландия до 18% в Холандия (173). Процентът на жените стоматолози в Гърция между 1992 и 2007 г. е 45.4 и 46.8% (15, 166). През 1996/1997 г. 73% от зъболекарите в страната са жени и над 50% от новооткритите практики в България за периода 1991-1996 г. са на жени лекари по дентална медицина (133, 135). Жените зъболекари в България са съответно 65,27%, 64,18%, 64,09%, 64,33% за 2008, 2009, 2010, 2011 г. от общия брой на активно практикуващите (8).

⁶⁵ За сравнение през същата година в Англия те са 3232, в Италия – 5087, Франция – 3195, Турция – 24 666, Югославия – 12863.

групи. В 9 страни, каквито са Германия и Франция, 1 ЛДМ обслужва приблизително 1500 пациенти, в 6 страни, където са включени Великобритания, Холандия, Италия, съотношението пациенти на 1 ЛДМ е приблизително 1501-2660. Най-голям брой население на един ЛДМ е посочен в Испания и Португалия – над 2661 пациенти (75, 137).

Нашата страна при население за 2011 г. 7 364 570 души (по данни на НСИ) и 8242 частнопрактикуващи ЛДМ (по данни на БЗС), принадлежи към групата на Германия и Франция със средно 984 пациенти на един ЛДМ (фиг. 3).



Фиг. 3. Брой пациенти на един ЛДМ по региони (Р. България/2011 г.)

Забележка: Средно за страната 984 пациенти на един ЛДМ

4. Използваемост на денталните практики

Изложените от нас особености по организацията на здравеопазването, по демографското състояние на населението, квалификацията на ЛДМ влияят косвено върху използваемостта на денталната помощ.

Призивът „Да се осигури достъп до системата и свободен избор на пациентите. Да се улесни достъпът до дентални грижи, да се развие превенцията, да се предложи по-добра грижа за пациентите с недъзи“, може да се осъществи ефикасно само в условията на пазарна икономика (Alain Moutarde, 112).

Kuthy et al. посочват доходите, социалния статус, болестното състояние, застраховките, расовите и културни приоритети и особености на населението като фактори, влияещи върху използваемостта на денталната помощ (105).

Значението на социално-икономическото състояние за денталния статус се потвърждава от Samargo et al.⁶⁶, и след изследване в Рио Гранде де Соул – Бразилия, сред възрастни хора (81, 82).

Gehshan и Snyder разглеждат „ролята на публичната политика и решенията на политиките за подобряване на достъпа до и използваемостта на дентална помощ“ (89).

Използваемостта на денталната помощ за една и съща страна в отделни периоди и отделни региони се променя под влияние на посочените по-горе фактори. За сравнение привеждаме данни на различни страни. В Бразилия например за периода 1968-2000 г. се установява спад в използваемостта на денталната помощ сред 15-19-годишните и стабилизиране на нейното търсене сред 35-44-годишните. За Швеция обаче направените изследвания за периода 1986-2002 г. показват рязък спад на използваемост на денталната помощ не само при млади, но и при възрастни пациенти. Различията в използваемостта на денталната помощ в отделните страни потвърждават вариабилността в съответствие със социално-икономическия статус и денталната култура на населението. Данните, публикувани за 2003 г., са че средно около 60 процента от европейците са посетили зъболекар през предходните дванадесет месеца. През 2007 г. европейците посещават денталните кабинети различно, докато в Италия – 51,3%; Испания – 41,7%; Португалия – 35,5%; Гърция – 48,6%, в някои страни посещаемостта в

⁶⁶ Те правят извода: „Докато социално-икономическият статус отразява възможността за закупуване на услугите, образованието отразява информираността, разбирането, че за да се предотвратят оралните заболявания, са важни рутинните посещения, необходимостта от тях ще расте“.

денталните кабинети нараства: Германия – 73,3%; Холандия – 81%; Люксембург – 79,7% (88, 102, 103, 106).

Според De Rouen et al. след проведено проучване през 2009 г., навлизането на новите технологии и материали в практиката и увеличаващите се критерии за качество на живот повишават използваемостта на денталната служба⁶⁷ (85).

Подобряването на достъпа до денталната помощ и съответно използваемостта ѝ изисква поддържане на високо ниво и стандарти на денталната практика в условията на развита пазарна икономика. Това налага непрекъснатото подобряване, поддържане и реконструкция на практиките при запазване на потока от пациенти и персонала. Понякога това изисква и допълнителни разходи за консултации и съвети със специалисти извън медицинската област (счетоводители, адвокати) (94, 113, 136). Спазването на съответното трудово законодателство, поддържането на стандартите за добра дентална практика, непрекъснатото самоусъвършенстване на ЛДМ и повишаването на клиничната компетентност, навлизането на застраховането в денталната практика ще повишат производителността и ще намалят рисковете за практиката и работещите в нея (77, 83, 125, 134). Други автори считат, че достъпът ще се улесни с увеличаване на капацитета за предлагане на повече услуги на хората с ограничени възможности, така че и пациентът, и лекарят да са удовлетворени от своите очаквания (80, 135).

За периода 1990-2000 г. в реална пазарна среда у нас потребяването на здравната помощ е вече функция от предлагането и платежоспособното търсене (43).

Затрудненият достъп до здравеопазване и дентално здравеопазване е и в резултат от ограничените доходи на населението, особено характерно за

⁶⁷ Проучване на АДА (American Dental Association) има за резултат факта, че пациенти с доходи над 20 000 долара годишно при DMF = 2,6 посещават дентален лекар 2,4 пъти по често, в сравнение с пациентите с двойно повече кариеси, но с двойно по-ниски годишни доходи

най-бедните слоеве. Към това вследствие на реформите се добавят и диспропорциите в разпределението на здравните заведения. Най-засегнати са жителите на малките населени места и селата. В тези райони няма зъболекар, липсва редовен транспорт в съчетание с високите цени на услугата, лоша пътна инфраструктура, липсва специализиран транспорт за инвалиди, забавяне или неплащане с месеци на заплатите на работниците. Все фактори, ограничаващи достъпа на населението до дентални и медицински услуги (20).

Според проучване от 1999 г., около $\frac{1}{4}$ (22%) от населението на България, без значение размера на доходите, не е посещавало зъболекар. Доскорошните нагласи за безплатно лечение, непрекъснато снижаваният се в годините на преход жизнен стандарт и доходи и недостатъчно отделеното внимание на здравната просвета и възпитание са в основата на ограничените възможности за търсене на дентална помощ. Търсенето се ограничава в най-голяма степен в пакета дейности, покриван от НЗОК и от социално-здравните програми. Първият договор с НЗОК е от 2000 г., като заплащането е на база време за извършване на конкретни манипулации. От следващата година договорите са на база брой извършени манипулации. Следващите договори са от 2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 и 2014 г. (39, 57).

Сравнявайки данни за посещенията при зъболекар, Гладков посочва, че в България за 2010 г. 45% от пациентите са посетили зъболекар, докато в страните на ЕС (за същата година) процентът варира от 71% до 88% (18).

За твърде голям процент (65%) посещението на зъболекар е свързано с болката като основен мотив. Влошеното социално-икономическо състояние на пациентите и може би недостатъчната подготвеност за реагиране в новите условия свива търсенето на денталните услуги. Пациентът не познава и/или не използва цялата гама дентални услуги. 22% от хората, независимо от дохода, пола и образованието си, никога не са ходили на зъболекар, 31,3%

посещават предимно по спешност дентален кабинет, само 4% посещават зъболекаря си за профилактичен преглед (43).

До 1989 г. новозавършилите студенти подлежат на разпределение в съответните общински и държавни здравни заведения. Голям брой от тях заемат длъжности към т. нар. участъкови здравни служби, обхващащи определен район за обслужване, други постъпват в окръжните стоматологични центрове. Не малък брой са назначавани към откритите в по-големите заводи и предприятия зъболекарски кабинети (7, 13). Специални длъжности има във всички по-големи училища, където работят училищни зъболекари. Профилактиката и лечението на децата е основно задължение и на работещите извън училищните кабинети. По специален график, те са задължени да работят в мобилни кабинети в съответните училища (68). МНЗ води статистика за нуждите от дентална помощ и възможността за разкриване на нови служби, като предоставя на институтите списък с незаетите места. Така денталните лекари попълват щатните бройки за цялата страна. Нуждите от дентална помощ диктуват и изграждането на нови здравни звена. Непрекъснато нараства броят на новооткритите и осъвременени дентални здравни заведения. Така нуждата от подобрена дентална лечебна практика води до разкриването на модерни за времето си окръжни поликлиники във всички окръжни градове: София от 01.06.1962 г.; Бургас, Враца, Пловдив, Хасково – 1950; Благоевград, В. Търново, Варна, Плевен, Русе, Шумен; Стара Загора – 1951 г.; Смолян – 1961 г., Габрово, Сливен, Добрич – 1962 г.; Ямбол – 1963 г.; Кюстендил, Ловеч – 1964 г.; Михайловград, Пазарджик, Перник, Търговище – 1965 г. След 1975 г. стоматологични поликлиники са открити в Асеновград, Димитровград, Казанлък, Ст. Димитров, Лом, Свищов. С това се откриват повече места за новозавършили зъболекари с право на практикуване и без специалност, както и с отделните специалности (13, 31).

В условията на пазарна икономика приемът на студенти вече се съобразява не само с териториалните нужди от ЛДМ, но и с възможностите от икономическа гледна точка за разкриване на кабинети. Новозавършилите специалисти са освободени от задължението да постъпят на работа там, където държавните планови органи са прецизирали нуждата. След дипломирането те са напълно свободни да избират мястото и формата на практикуване на частни начала. Повечето от тях постъпват във функциониращи под различна форма лечебни звена, като получават процентно възнаграждение за положения труд. Друга част наемат кабинети или се опитват да изградят собствени. Всичко това е подчинено на твърдите закони на пазарната икономика и свързаните с това възможности за оборудване, утвърждаване и проспериране на дейността им, без да получават заплата от държавата. Постепенно нараства броят на ЛДМ, практикуващи в частния сектор (34, 35).

С утвърждаването и разширяването на частния сектор разпределението на денталните лекари зависи от пазарните механизми за осигуряване на приходите и печалбата на практиките. По-големите икономически притегателни центрове се населяват с по-голям брой хора и следователно нуждите от дентална помощ растат, съответно и приходите за ЛДМ.

IV. Технологично и ресурсно развитие на денталната практика

1. Оборудване на денталните практики

Качеството на извършваната дентална помощ зависи не само от способността (знания и умения) на зъболекаря, а в голяма степен и от съвременното оборудване на кабинета и използваните материали (13).

Пред ЛДМ се поставят нови изисквания – наред с непрекъснатото усъвършенстване и лечебни технологии те трябва да са запознати с пазара на дентална апаратура и медикаменти, да се съобразяват с тяхната цена и променят остойността на манипулациите в хода на цялостното лечение.

Либерализирането на пазара в България след 1989 г. формира свободен пазар на материално производствени фактори за здравеопазването. Той се стимулира от създаването на частния сектор след 1991 г. Нарастването на зависимостта на здравния пазар от вносни медицински технологии, заедно с многократно намалелите социални разходи доведе до намаляване на разходите за придобиване на нови медицински/дентални технологии (22).

Оборудването на денталните практики трябва да отговаря на най-новите изисквания на съвременната ергономия с цел съхраняване на здравето на денталния екип, подобряване на производителността на труда особено в условията на пазарно-стопански взаимоотношения. Неговото обновяване и подобряване са част от световния технически прогрес през всяка епоха (68). Наблюдава се постепенно подновяване на машинния парк за сметка на вносно оборудване (37, 98).

Все по-голям брой лекари по дентална медицина активно използват социалните мрежи (оборудват практиките с компютри) (82). Ефективното използване на информационните технологии е важен показател за стандартите за добра дентална практика. Счита се, че по този начин ще се подобрява комуникацията лекар-пациент, лекар-лекар (62).

Разглеждайки въпроса за оборудването на кабинетите и ролята на работещия в тях зъболекар, при преди съществуващата планова икономика и сега навлязлата пазарна икономика, ясно проличават различията между заинтересоваността, възможностите и начина на финансиране.

Сложната и скъпа апаратура, с която се оборудват денталните кабинети, при плановата икономика се заплаща от държавата. Кабинетите са държавна или общинска собственост, в която по договорни начала работят придобилите право ЛДМ. Наред с това и всички останали консумативи и допълнителни разходи за ток, отопление и водоснабдяване са държавна грижа. ЛДМ всъщност се явява наето от държавата лице, което да работи при тези условия срещу съответното заплащане. Колкото по-добре са оборудвани

кабинетите, колкото повече знания е добил работещият в тях, толкова и качеството на лечението е по-високо. При тези условия инициативата за все по-ново и модерно оборудване от страна на ЛДМ среща пречки от финансово ограниченото държавно снабдяване. Явява се противоречие между онова, което желае да оборудва ЛДМ, и онова, което може да осигури държавата.

При поставянето на денталната дейност изцяло в частния сектор в новоустановените условия модернизацията на оборудването и ползваните консумативи зависят от финансовите възможности на ЛДМ. Така, че между желанията и възможностите съществува финансова връзка, зависеща единствено от онова, с което разполага самият зъболекар. Всичките разходи, които не са малко, особено при първоначалното разкриване на кабинета, са за собствена сметка.

Съществуването и развитието на денталната практика зависи основно от печалбата т. е. от приходите и разходите (89).

Приходите за ЛДМ в България са от НЗОК, други допълнителни фондове и директните плащания от пациентите. Разходите са в различни направления, при организацията на практиката – по узаконяване на практиката, оборудване на кабинета, за материали, консумативи, осигуровки, наем, заплати.

ЛДМ е поставен в условия да е не само лечител, но е и длъжен да познава новите изисквания в областта на финансирането (41).

За добрата съвременна дентална практика според Seema Sharma „бизнес проникателността е толкова важна, колкото и клиничният опит”. Според нея денталната практика има две цели: да достави фантастично обслужване на пациентите и да генерира доход за хората, които работят в нея. За собственика на практиката има и допълнителна цел: да се инвестира в устойчивото развитие на бизнеса, който може да бъде продаден в някакъв момент в бъдеще. Съвременната дентална практика има нужда от:

- Увеличаване на капацитета и производството си по всяко време, за да поддържа и повишава доходите;

- Намаляване на възможните загуби и поддържане и увеличаване на печалбата;
- Денталният лекар като ръководител на екипа да има активен подход за непрекъснато обучение и повишаване на квалификацията си и тази на персонала (128, 129).

* * *

От изложеното дотук става ясно, че всички поставени въпроси търпят развитие вследствие на нуждите на лекарите, лекарите по дентална медицина, пациентите и системата на здравеопазването като цяло. Частично решени са въпросите, свързани с публичното финансиране на денталните услуги, с използваемостта на денталната помощ, разпределението на ЛДМ, което се диктува от пазара, и работата с помощния персонал. Решени са въпросите, свързани със законодателната рамка и режимите на регистрация на денталните практики в отделните държави, както и въпросите, свързани с образованието на денталните кадри. У нас нерешен остава въпросът за следдипломната квалификация.

От данните в литературния обзор ясно проличава, че денталната практика в социална планова икономика е поставена в различни условия от тези на пазарната икономика. Независимо от условията целта е да се осигурява качествено и достъпно зъболечение. Плановостта с нейните положителни и отрицателни страни ограничава инициативата на ЛДМ чрез онова, което държавата поставя като изискване.

В новите условия денталният лекар е автономен, без да е изключен от настъпващите социално-икономически промени. Чрез своя труд той осигурява приходи, които са нужни за субсидиране на цялостната дейност – усъвършенстване, модернизация, мениджмънт, заплати и осигуровки на помощен персонал. Това не означава, че не съществуват закони

разпоредби, които регулират в определени норми цялата тази дейност, но те са винаги в насока повишаване инициативността на частнопрактикуващия.

Към всичко това трябва да прибавим и промените в системата за обучаване и специализация на дентални кадри, настъпилите демографски промени, промените в бита и отношението на населението към собственото им здраве, продиктувани от условията на пазарна икономика.

Посочените различия и новите условия на реализация на денталната помощ подчертават актуалността на настоящия дисертационен труд.

ГЛАВА ВТОРА: ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

I. Цел

Целта на дисертационния труд е да се установят тенденциите в организацията и управлението на денталната практика в България под влиянието на фактори от социално-икономическата среда в периода на преход от централизирана планова икономика към либерален модел.

II. Задачи

Във връзка с така поставената цел бяха формулирани следните **задачи**:

1. Да се изучи динамиката на социо-професионалния статус на лекарите по дентална медицина в България, с присъщите му характеристики:
 - 1.1. Дентална демография;
 - 1.2. Квалификация и специализация на ЛДМ;
 - 1.3. Начин на практикуване.
2. Да бъде дефинирано понятието „дентална практика” и да се разкрият факторите, обуславящи развитието на денталната практика:
 - 2.1. Собственост на денталните практики;
 - 2.2. Оборудване;
 - 2.3. Дентален екип.
3. Да се формулират тенденциите в развитието на пазара на дентални услуги:
 - 3.1. Използваемост;
 - 3.2. Основен пакет за дентална помощ по НЗОК;
 - 3.3. Участие на населението при заплащане на дентални услуги
 - Доплащания в рамките на пакета по НЗОК
 - Директни плащания извън пакета.

ГЛАВА ТРЕТА: МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

I. Модел на проучването

Дисертационният труд се основава на кроссекционно изследване.

Наблюдението е проведено под формата на пряка анонимна анкета към 2011-2013 г. Включена е представителна извадка от регистрираните към 28-те областни регионални колегии на БЗС лекари по дентална медицина.

Същинското проучване е предшествано от пилотно. Данните са събрани, както следва: за пилотното проучване в периода септември – декември 2011 г.; за същинското – в периода януари 2012 – септември 2013 г.

За целта е адаптирана анкетна карта, приложена в дисертационния труд, и последвало лонгитудинално изследване⁶⁸ (Катрова, 1997, 2001, 2004, 2008). Анкетната карта съдържа 32 затворени⁶⁹, 6 отворени⁷⁰ и 22 полузатворени⁷¹ въпроса.

1. Пилотно проучване

Пилотното проучване беше проведено в периода септември-декември 2011 г. с цел апробиране на анкетната карта. Бяха анкетирани 175 ЛДМ, регистрирани към РК на БЗС, работещи на територията на областите Кърджали, Шумен, София-град, Габрово, Кюстендил и по електронната поща посредством сайта на Д-р Цветанов⁷². Резултатите бяха обработени и публикувани (42, 70, 71, 99).

След анализ на регистрационната документация, анкетната карта претърпя някои изменения: отпадна въпрос № 55⁷³ поради липса на внимание от страна на ЛДМ и множество празни полета в анкетната карта при този

⁶⁸ Продължително изследване на живота на определен индивид или общност в продължение на дълъг период от време (Катрова Л. Компендиум, Обществено дентално здраве. Дентална професия, дентална практика, София, 2010, 212).

⁶⁹ В. 3. „Къде започнахте работа като дентален лекар?“ 1, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 25, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 57

⁷⁰ В. 9. „От коя година е тази апаратура?“ 2, 4, 7, 23, 60

⁷¹ В. 28. „Как се промени отношението на пациентите Ви с утвърждаване на пазарния модел на общуване?“ 5, 6, 8, 10, 11, 16, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 30, 37, 39, 41, 42, 52, 53, 58, 59

⁷² Сайт на д-р Красимир Цветанов, достъпен на www.tsvetanov.org

⁷³ „Как реагират пациентите при предложеното им информирано съгласие за подпис?“

въпрос; бяха добавени два нови въпроса: № № 52⁷⁴ и 53⁷⁵. Някои от въпросите (в. в. 8⁷⁶, 9⁷⁷, 20⁷⁸, 26⁷⁹) бяха редактирани без съществени изменения с цел улесняване на анкетираните за еднозначно разбиране на въпросите и даване на точни отговори, както и улесняване на въвеждащия отговорите в програмата за обработка на данните. Отговорите на включените в пилота въпроси, които отпадат, не са обект на анализ.

2. Същинско проучване

Същинското проучване е проведено в периода януари 2012-септември 2013 г. и заедно с включените в пилотното изследване обхваща територията на цялата страна.

3. Обект на изследването

Обект на изследването е процесът на промяна в организацията на денталните практики под влияние на факторите на пазара на дентални услуги и на новите социални отношения.

4. Предмет на изследването

Предмет на изследването е формирането на денталните практики в България към месец септември 2011 г.

II. Материал

1. Генерална съвкупност

Генералната съвкупност, от която беше формирана представителната извадка за пилота и същинското проучване, включва всички ЛДМ в България, регистрирани в районните колегии на БЗС към 31.12.2011 г. По официални данни броят им към тази дата възлиза на 8242 души (прил. 2).

⁷⁴ „През коя година сключихте договор с НЗОК за първи път?”

⁷⁵ „Имате ли прекъсване на договора с НЗОК?”

⁷⁶ „С каква марка и колко дентални юнита работите сега?”

⁷⁷ „От коя година е тази апаратура?”

⁷⁸ „Каква дентална специалност притежавате?”

⁷⁹ „От какво най-силно зависи активното Ви участие в курсове за усъвършенстване?”

2. Извадка

Извадката, определена на базата на генералната съвкупност, включва минимум 1350 души. За достоверност на резултатите достатъчният брой участници е 70% от 1350 (945 души). Обемът на извадката за спазване на достоверност е изчислен по формулата:

$$n = \frac{\frac{P[1-P]}{A^2} + \frac{P[1-P]}{N}}{R} = \frac{\frac{50[1-50]}{3^2} + \frac{50[1-50]}{8242}}{70} = 1350$$

Където: n – обем на извадката;

P – Вариабилността на резултатите (50%);

A – Случайна грешка (3%);

Z – Доверителен множител (1.96 при ниво на доверие 95%);

R – Ниво на отзовалите се респонденти (70%).

Реалният брой на извадката, с която проведехме изследването, е 1900 души. От раздадени 1900 анкетни карти, пропорционално във всички области на страната, на присъстващите на следдипломните семинари на РК на БЗС се отзоваха 1331 (включително 175 души от пилота), което съставлява 16,15% от общия брой ЛДМ, при 95% доверителен интервал (15,40% ÷ 17,00%), с ниво на респондентност 70,10%.

3. Единици на наблюдение

Логическа единица на наблюдение е всеки дентален лекар, работещ в системата на денталната помощ, регистриран в съответната районна колегия на БЗС към 31.12.2011 г. в качеството на титуляр или член на екипа на съответната дентална практика.

Техническа единица на наблюдение е отделната дентална практика, на територията на която се осъществява дентална помощ.

4. Признаци на наблюдение и статистически променливи

Признаците на наблюдение, характеризиращи денталната практика и лекарите по дентална медицина, съдържателно се групират според няколко основни индикатора.

Индикатори за изследване на динамиката на социо-професионалния статус чрез дентална демография, квалификация, начин на практикуване.

Развитието на денталната практика – чрез собствеността на оборудването, развитие на екипа, броя специалисти и усъвършенстване на предлаганите дентални грижи.

Развитие на пазара – чрез различни форми на финансиране.

4.1. Признаци, свързани с динамиката на социо-професионалния статус на лекарите по дентална медицина:

– Признаци, характеризиращи денталната демография, които включват независимите променливи “възраст”, “пол”, “семеино положение”, “деца” (въпроси № № 43, 44, 45, 46 от анкетната карта);

– Признаци, характеризиращи нивото на квалификация и специализация на ЛДМ, които включват независимите променливи “място и година на завършване”, “притежание на дентална специалност” и зависимите променливи “оценки и очаквания” (въпроси № № 1, 2, 5, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 34, 35, 36, 39 от анкетната карта).

– Признаци, характеризиращи начина на практикуване на ЛДМ: “самостоятелно”, “собственици”, “наети”, “под наем”, “предимно поливалентни”, “предимно специализирани” (въпроси № № 30, 31 от анкетната карта).

4.2. Признаци, свързани с развитието на денталната практика:

– Признаци, от първи род, характеризиращи собствеността на денталната практика, са: място на стартиране на професионалната дейност, разположение на кабинета, неговата площ, броя работни места, които

ползвате, и желанието за промяна на работното място (въпроси № № 3, 6, 7, 32, 42 от анкетната карта).

– Признаци от втори род, свързани със състоянието на оборудването “марката и годината на производство на юнита”, “набор от апарати (стари и новозакупени)”, “лаборатории” (въпроси № № 8, 9, 10, 54 от анкетната карта).

– Признаци от втори род, характеризиращи работата в екип и развитието му, и работата с помощен персонал “консултация със специалисти”, препращане за лечение към специалист”, “работата с помощен персонал” (квалифициран, неквалифициран), “допълнително обучение на помощния персонал” (въпроси № № 11, 12, 13, 17, 18 от анкетната карта).

4.3. Признаци, свързани с тенденциите в развитието на пазара на дентални услуги:

Взаимоотношенията на ЛДМ с пациентите и с НЗОК, доплащането “заплащане” и “ доплащане” на дентални услуги (въпроси № № 29, 51, 52, 53 от анкетната карта).

III. Хипотези

Основна хипотеза: Организацията и развитието на денталните практики в пазарни условия се обуславят както от *капацитета* за предлагане на дентални грижи, така и от *търсенето* на дентална помощ.

Помощни хипотези:

Капацитетът на практиките се обуславя както от наличието на материални **ресурси**, така и от **свободата за вземане на решения**.

Вземането на решения за разкриване, развитие и реализация от своя страна е в зависимост от собствеността на практиката и нивото на квалификацията, наличието на обучен екип, физическата дееспособност на денталния лекар.

IV. Методи

За целите на проучването беше събрана първична информация чрез използването на социологически метод – анкетно проучване.

Анализът на вторични данни беше извършен с документален метод: анализ на литературни източници, метаанализ⁸⁰.

Данните бяха въведени и обработени със специализирания статистически софтуер SPSS 16. 0 за Windows.

Групиrowката на резултатите е извършена в съответствие с независимите променливи “разпределение по територия”, “пол”, “възрастови групи”, “трудова стаж”, “собственост на практиките”, “сключени договори с НЗОК”, “специалност”, “начин на практикуване”, “с помощен персонал”. Зависими променливи: „оборудване“, „апаратура“, „начин на практикуване“, „форма на трудово правни взаимоотношения с други ЛДМ“, „допълнително обучение на помощния персонал“. Интерпретират се едно-, дву- и многофакторни разпределения на честотите при зависимите променливи.

1. Социологически метод

Като инструмент за събиране на първични данни беше използвана анкетна карта.

Проучването се проведе при спазване на анонимност. Попълването на анкетната карта беше извършено директно от анкетираните.

2. Анализ на документи

Част от необходимата информация беше събрана чрез анализ на официални документи и литературни източници.

3. Статистически методи

Използвани са следните статистически методи:

⁸⁰ Метаанализ – количествен метод за комбиниране на данни от независими проучвания със сходен дизайн, обединени в единна измерителна скала. При него първичната информация от проучванията отново се обработва и анализира с биостатистически методи: стратификация, стандартизация, контрол върху грешките. При рандомизираните изследвания метаанализите извличат емпирични резултати.

3.1. Дескриптивна статистика

Честотни таблици, представящи абсолютни честоти (брой на единиците в отделно взета група) и относителни честоти (брой на единиците в отделно взета група, отнесен към общия брой единици в съвкупността).

Средна аритметична за оценка на централната тенденция.

Стандартно отклонение за оценка на разсейването.

Стандартна грешка на средната аритметична.

Графично представяне на резултатите чрез стълбовидни диаграми за представяне на средни стойности от абсолютни и относителни честоти; хистограми – за представяне на абсолютните честоти под формата на интервали с еднаква ширина

3.2. Тестове за изследване на зависимости между описателни данни.

Хи-квадрат на Пирсън за проверка на хипотези за връзка между категорийни променливи;

Точен тест на Фишер. Когато в над 20% от клетките има очаквани честоти под 5, тогава не е коректно използването на хи квадрат теста и се използва Фишер.

4. Библиографски метод

Източниците са цитирани по International Committee of Medical Journal Editors (93). Използвани са официални документи на МС, НС, БЗС, НЦЗИ, публикувани статии, монографии, резюмета.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА: АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

От раздадени 1900 анкетни карти 1331 бяха надлежно попълнени (респондентност 70,10%). На тази база са обработени и представени резултатите. При някои групи въпроси има несъответствия между броя на отговорите и броя на картите, тъй като не всички анкетирани са отговорили на всички поставени въпроси, докато други са дали повече от един отговор.

I. По задача 1: Динамика на социо-професионалния статус на лекарите по дентална медицина

1. Дентална демография

Изследването е извършено в районните колегии на Българския зъболекарски съюз във всичките 28 области на страната. Броят на активно упражняващите дейност в отделните области е представен на таблица 2.

От 8242 ЛДМ в България, са анкетирани 1331 (пилотно плюс същинско проучване), които представляват 16,15%, процент, който дава основание да се прецизират по нататък данните като достоверни.

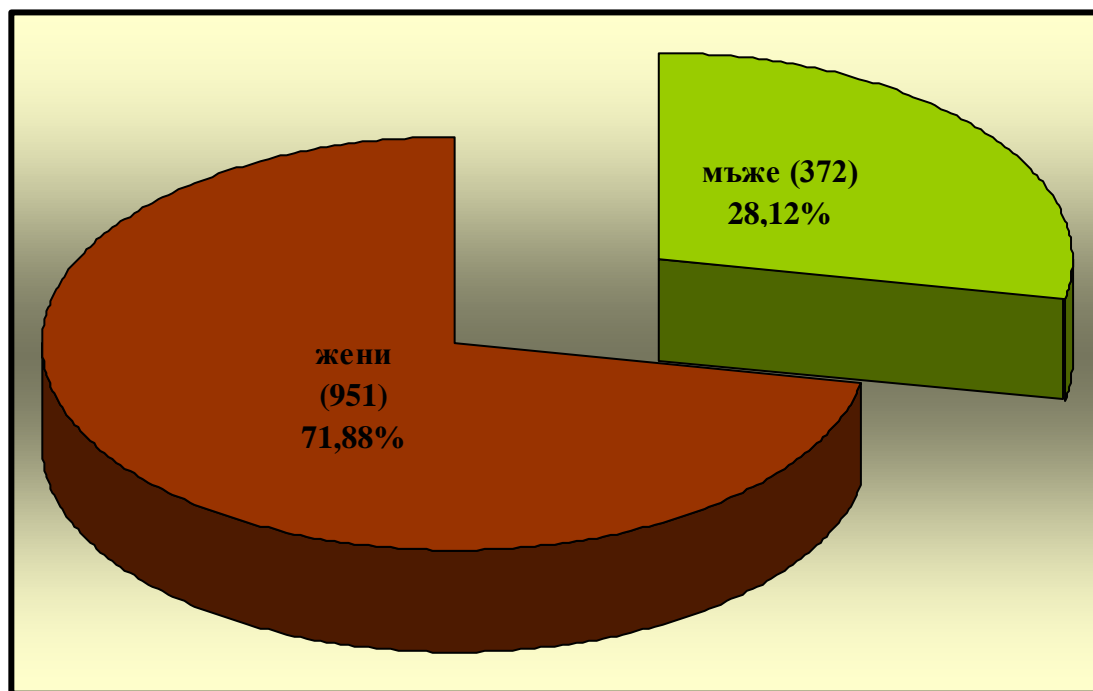
От таблицата се вижда, че значително преобладава броят на зъболекарите в големите градове като София, Пловдив, Варна, Бургас, което не противоречи на логиката. Като от общия брой извадим броя на ЛДМ в тези градове, в останалите области броят на действително практикуващите ЛДМ е 3747. Или за всички останали области, като изключим посочените четири, остават по-малко от половината зъболекари. Съпоставимостта на данните за броя на зъболекарите през 2011 г. с тези от предходните три години показва, че броят на зъболекарите до 2010 г. последователно нараства (2008 г. – 7858; 2009 г. – 8233; 2010 г. – 8400). За 2011 г. техният брой намалява на 8242, най-вероятно поради засиленият емиграционен процес.

Таблица. 2.

Разпределение на ЛДМ в зависимост от броя на анкетираните и броя на ЛДМ по Районни колегии на БЗС (2011 г.)

РК на БЗС	Брой анкетирани ЛДМ	Брой ЛДМ според регистрите на РК на БЗС за 2011 г.	Процентно отношение
1	2	3	4
1. Благоевград	20	297	6,73 %
2. Бургас	66	383	17,23 %
3. Варна	40	486	8,23 %
4. В. Търново	54	209	25,84 %
5. Видин	85	109	77,98 %
6. Враца	31	132	23,48 %
7. Габрово	28	125	22,40 %
8. Добрич	38	132	28,79 %
9. Кърджали	38	137	27,74 %
10. Кюстендил	61	158	38,61 %
11. Ловеч	2	119	1,68 %
12. Монтана	11	103	10,68 %
13. Пазарджик	44	263	16,73 %
14. Перник	31	137	22,63 %
15. Плевен	65	184	35,33 %
16. Пловдив	113	1226	9,22 %
17. Разград	25	71	35,21 %
18. Русе	55	198	27,78 %
19. Силистра	24	74	32,43%
20. Сливен	41	153	26,80 %
21. Смолян	45	125	36,00 %
22. София-град	225	2400	9,38 %
23. София-област	41	150	27,33 %
24. Стара Загора	45	344	13,08 %
25. Търговище	5	68	7,35 %
26. Хасково	22	239	9,21 %
27. Шумен	45	115	39,13 %
28. Ямбол	31	105	29,52 %
Общо	1331	8242	16,15 %

Макар и да намалява броят, на жените-ЛДМ, в последователните години относителният им дял се запазва все още висок. Потвърждава го и нашето изследване - 71,88% от отговорилите на този въпрос са жени и 28,12% мъже, 8 от анкетираните не са отговорили на въпроса (фиг. 4).

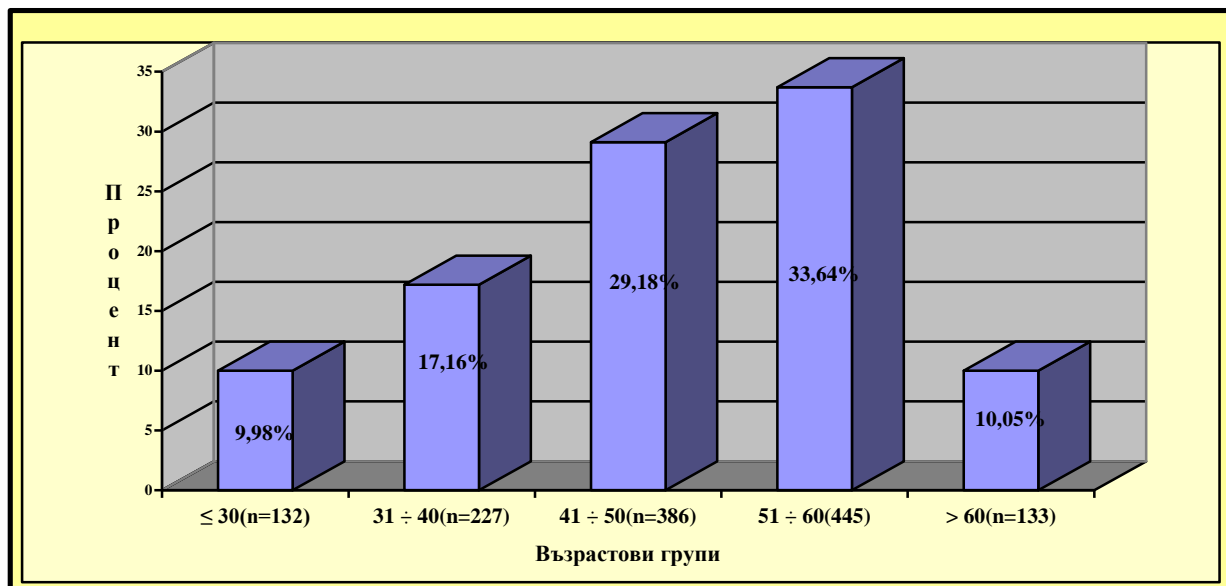


Фиг. 4. Разпределение на ЛДМ по пол

Разпределението по възрастови групи е съобразено с това, което използват от Евростат и Евробарометър, а у нас Л. Катрова: I възрастова група: до 30 години (≤ 30), II в. гр. : от 31 до 40, III в. гр. от 41 до 50, IV в. гр.: от 51 до 60 и V в. гр.: над (> 60). Броят на ЛДМ в нашето изследване, проведено през 2011 г. от I в. гр. е 132, от II в. гр. е 227, от III в. гр. – 386, от IV е 445 и от V е 133, който адекватно е онагледен на фиг. 5. Осем души не са отговорили на въпроса за възрастта.

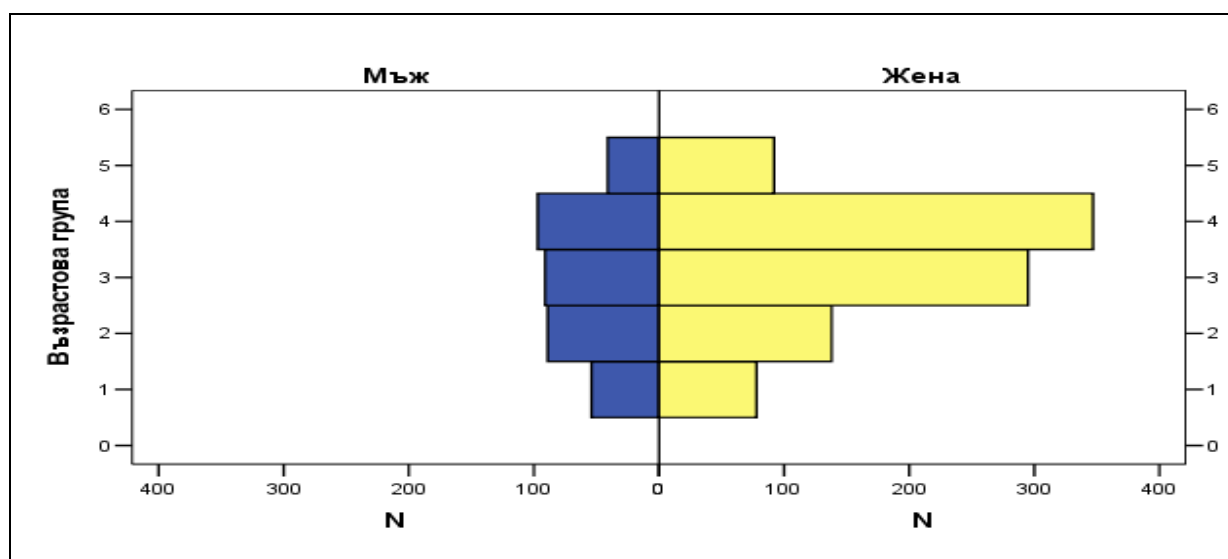
Най-голям брой от тях са на възраст между 41 и 60 години ($386 + 445 = 831$). Интересен е фактът, че при нарастващ брой на факултетите по дентална медицина в страната от един на три, броят на младите зъболекари е несъответстващо малък (132 ЛДМ до 30 години, 227 ЛДМ от възрастовата

група 31-40 години). Възрастните над 60 години запазват средно ниво в рамките на 133 ЛДМ (10,05%).



Фиг. 5. Разпределение, на лекарите по дентална медицина, по възраст

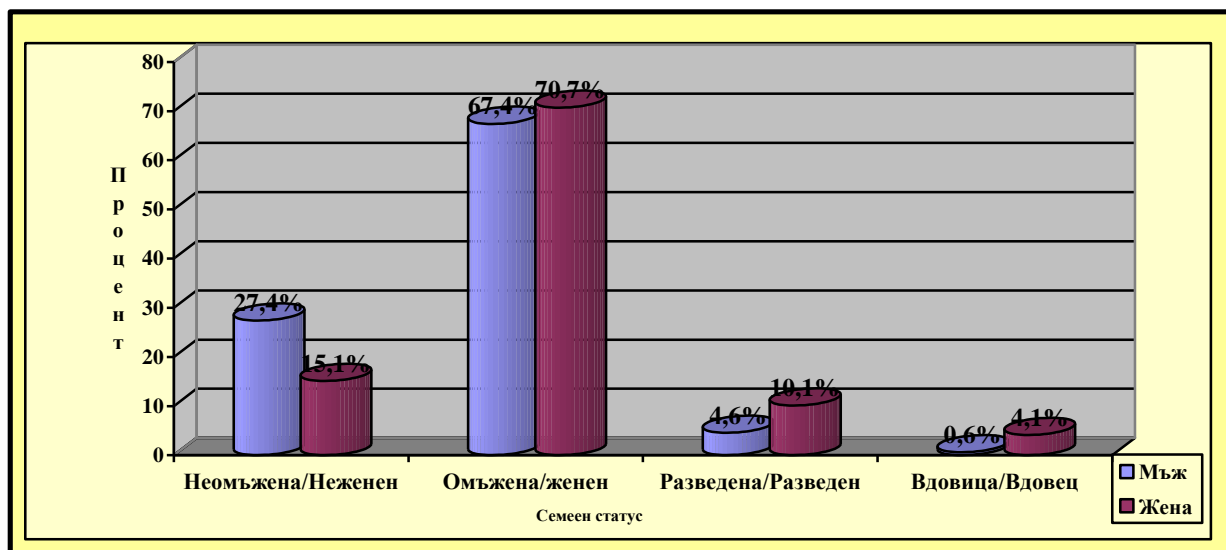
Броят на жените лекари по дентална медицина е по-голям от този на мъжете в почти всички възrastови групи, независимо от тенденцията за дефеминизация на професията (фиг. 6).



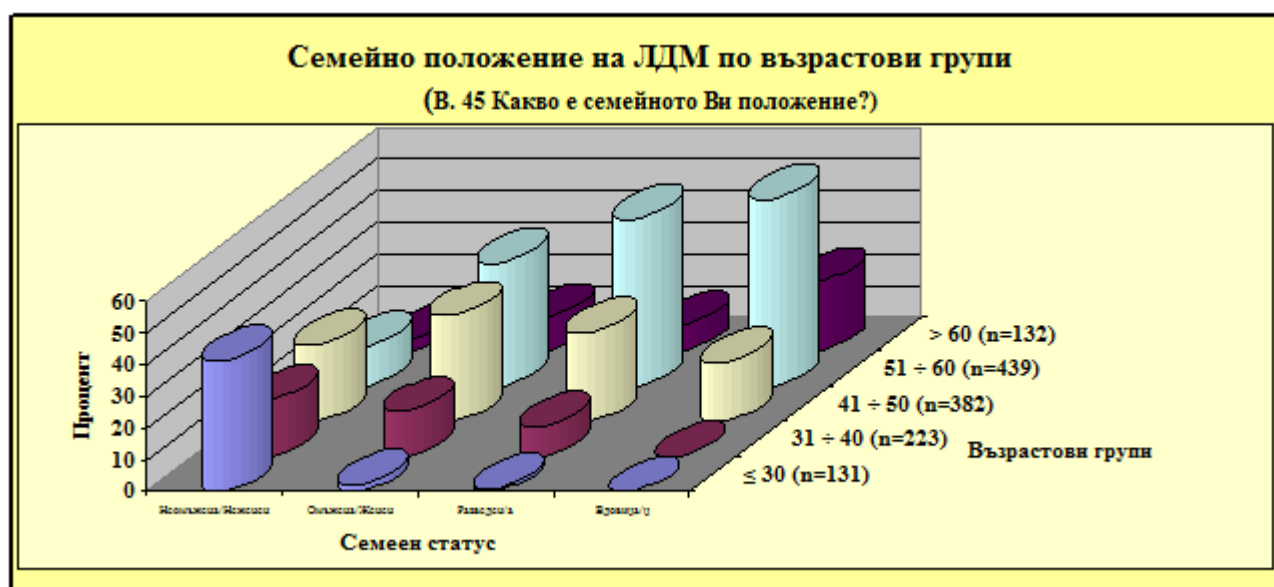
Фиг. 6. Разпределение по пол и възраст

Семейното положение на включените в изследването дентални лекари е различно и е отразено на фигури 7 и 8.

Що се отнася до семейния статус, 1307 от анкетиранияте са дали отговор на въпроса и 16 – не. Осем души не са посочили възрастовата група, към която принадлежат.



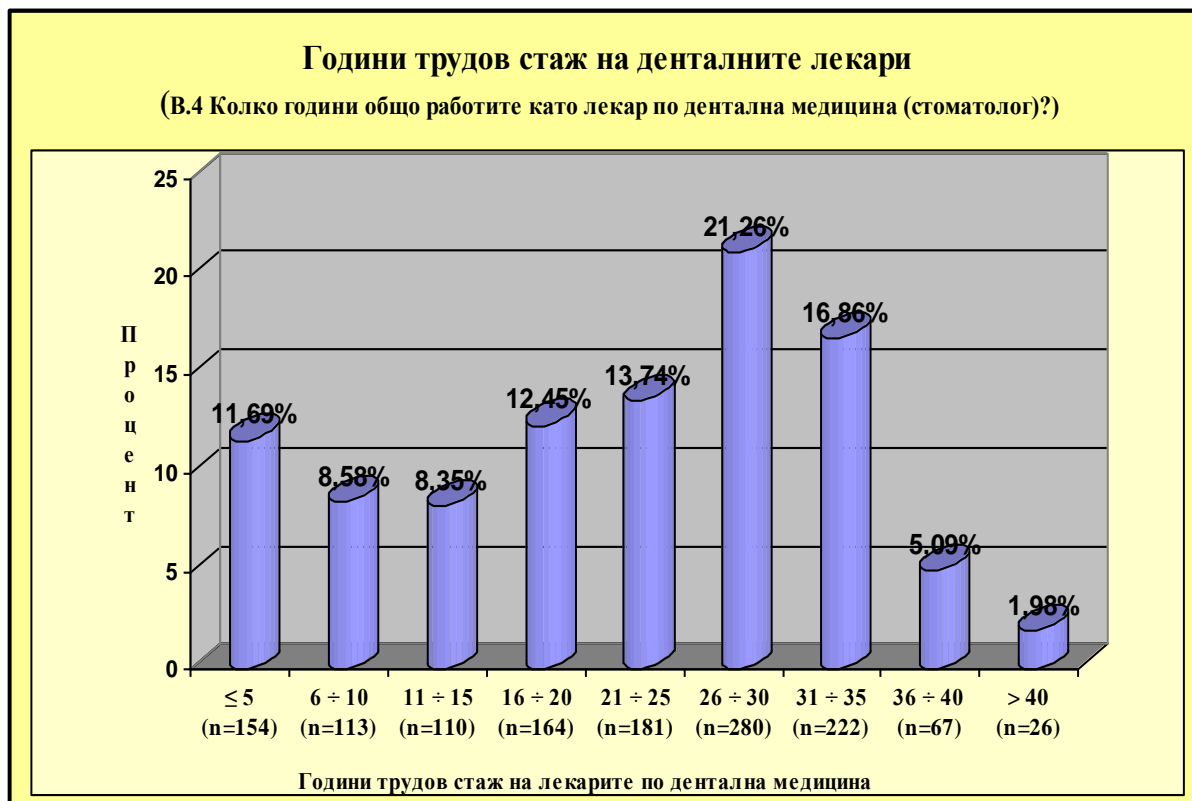
Фиг. 7. Семеен статус на ЛДМ, взели участие в проучването



Фиг. 8. Семеен статус ЛДМ, взели участие в проучването по възрастови групи

В проучването са обхванати представители на отделните възрастови групи с различна продължителност на трудовия стаж (фиг. 9). Относителният

дял на тези с 26-30-годишен стаж е най-висок, следван от тези с 31-35 години продължителност на работа (21,26% и 16,86%). Средно по 12% са с трудов стаж под 5 години, 16-20 и 21-25 години. Най-малък е дялът на ЛДМ с трудов стаж 36-40 и над 40 години (5,09% и 1,98%).

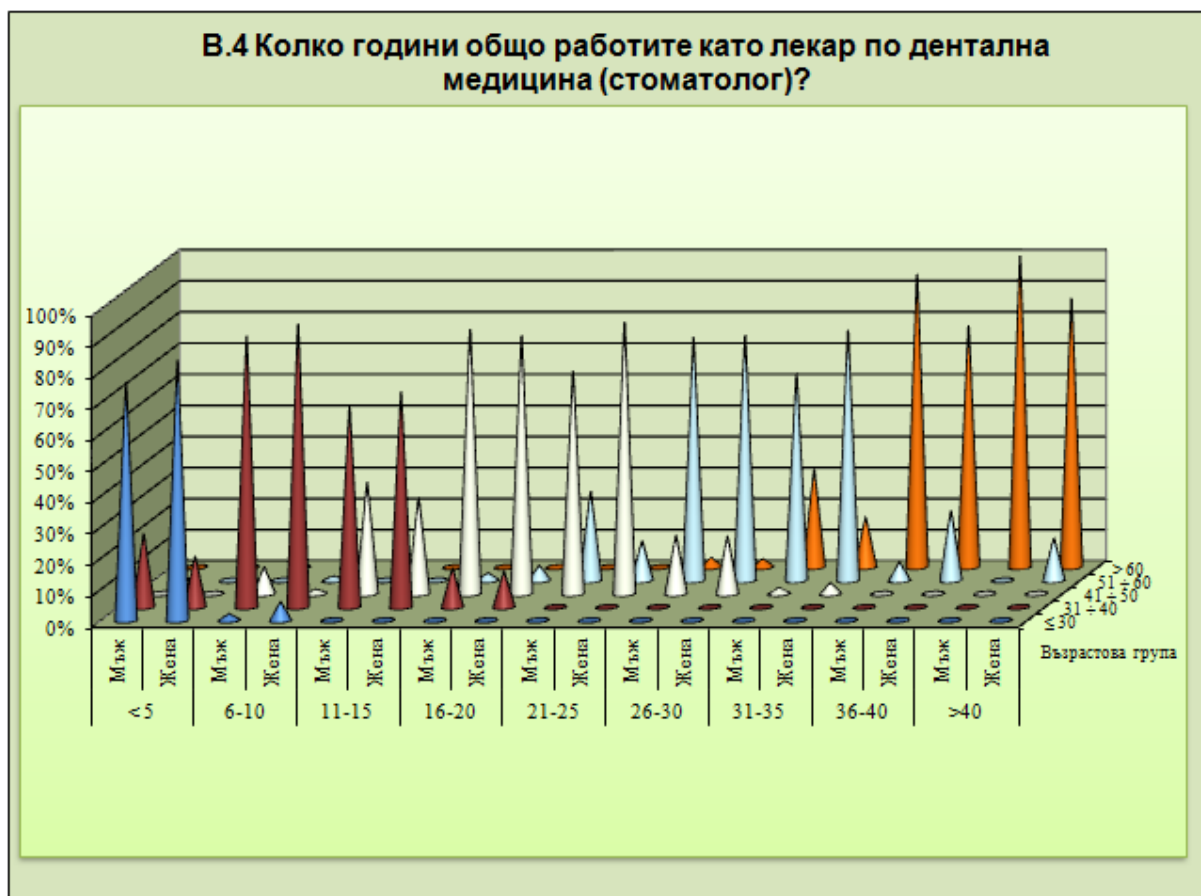


Фиг. 9. Разпределение на ЛДМ по години трудов стаж

Забележка: 1317 са отговорилите на този въпрос и 14 ЛДМ не са дали отговор.

Логично, продължителността на стажа нараства, макар и неравномерно, с възрастта на практикуващия зъболекар. С продължителност на стажа от 26 до 30 и от 31 до 35 години са най-голям брой ЛДМ (21,26% и 16,86%). Средно по 12% са с трудов стаж под 5 години, 16-20 и 21-25 години. Най-малък е дялът на ЛДМ с трудов стаж 36-40 и над 40 години (5,09% и 1,98%). (фиг. 10⁸¹).

⁸¹ Отговорите на въпрос 4 от анкетната карта: „Колко години общо работите като лекар по дентална медицина (стоматолог)?“ е интерпретиран по различни показатели във фигури 6 и 7. По подобен начин са разгледани въпросите до края.

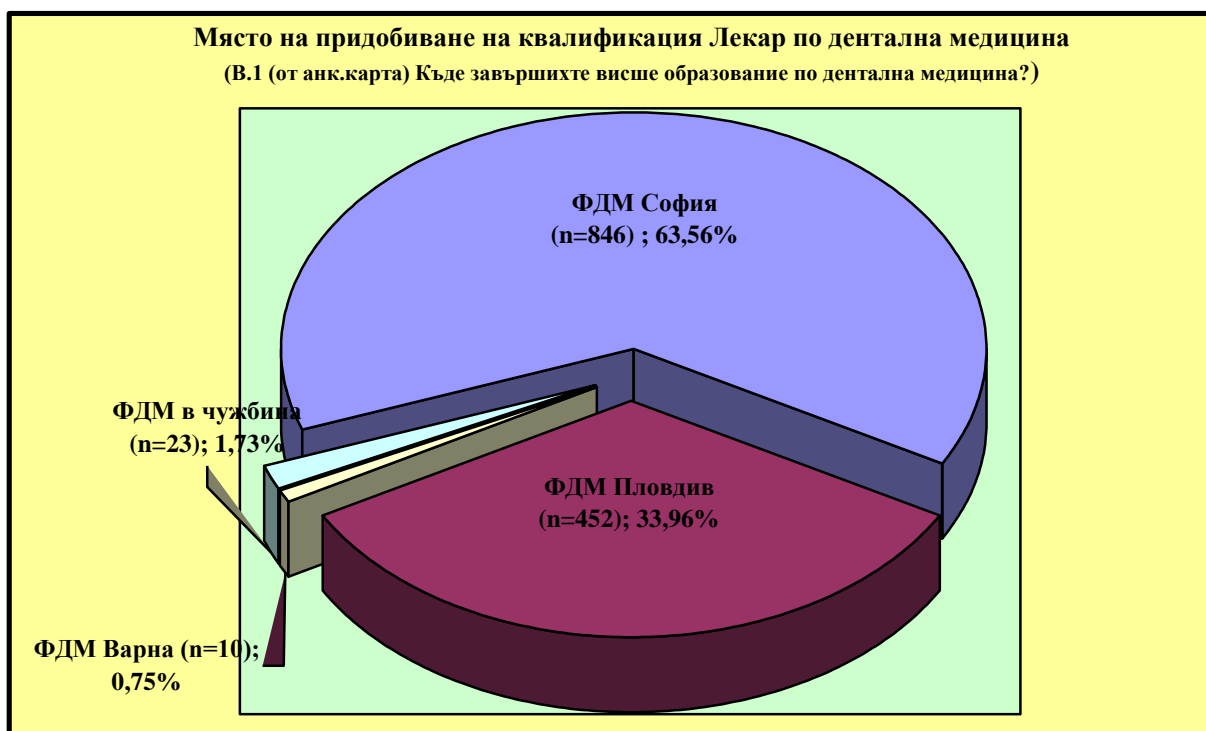


Фиг. 10. Разпределение на ЛДМ по години трудов стаж, пол, възрастова група

2. Квалификация и специализация на ЛДМ

2.1. Университетско образование

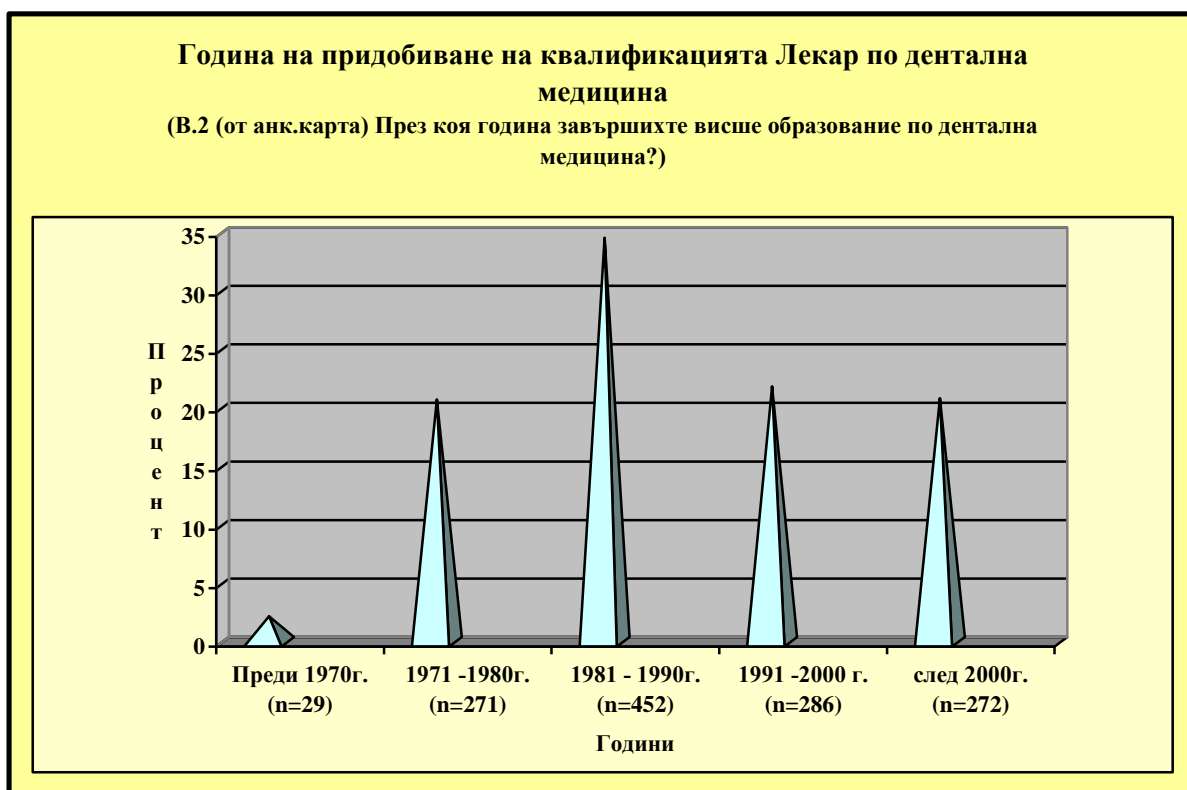
Обучението на денталните кадри в България в момента се осъществява в три факултета по дентална медицина. Анкетираните дентални лекари са придобили квалификацията си в отделните факултети. От тях във ФДМ – София, са завършили 846 (63,56%), в Пловдив – 452 (33,96%), във Варна – 10 (0,75%). Двадесет и трима зъболекари (1,73%) са придобили висше образование в чужбина (фиг. 11).



Фиг. 11. Разпределение на ЛДМ по място на дипломиране

Забележка: участвали са 1331 ЛДМ (100%)

На въпроса „През коя година завършихте висше образование по дентална медицина?“, отговор са дали 1310 ЛДМ. От данните личи, че в периода 1981-1990 г. броят на завършилите е най-голям (452 ЛДМ, или 34,5%). Почти по равно са завършилите 1971-1980 г. (271, 20,7%), 1991-2000 г. (286, 21,80%) и след 2000 г. (272, 20,8%). Най-малко са получили квалификация преди 1970 г. – 29 ЛДМ (2,2%). Това дава възможност за обективна оценка на реализацията на денталната практика в новите пазарни условия, с оглед мнението на новозавършили и ЛДМ с различни години трудов стаж, работили във времето на плановата, и на пазарната икономика (фиг. 12). Становището е от лекари, започнали своята трудова дейност в условията на планова икономика и адаптирали се в новите условия на пазарна икономика, и такива, които са започнали директно в новите условия.



Фиг. 12. Разпределение на ЛДМ според годината на дипломиране

Статистически значима връзка се наблюдава между пола и годината на завършване на образованието по дентална медицина. Отговорилите 1302 ЛДМ на този въпрос и на въпроса за възраст едновременно се разпределят по периоди, както следва: през периодите 1971-1980 г. и 1981-1990 г. се наблюдава по-голям процент (относителен дял) на завършилите жени (22,4%, 37,3%), а за периода след 2000 г. тенденцията е обратна, с по-голям относителен дял са мъжете (32,1%) (табл. 3). Тези данни търпят промените в начина на прием на нови студенти. В едни от годините приемът е на общо основание, независимо от това мъже или жени, а в други години приемът е регулиран по равен брой от двата пола.

Таблица 3

Зависимост между година на завършване на висше образование по дентална медицина и пол

Пол Година на дипломиране (B2 от анк. карта)	Мъж n (%)	Жена n (%)	Общо N (%)
преди 1970 г.	10 (2,8)	19 (2,0)	29 (2,2)
1971-1980 г.	57 (15,8)	211 (22,4)	268 (20)
1981-1990 г.	97 (26,9)	351 (37,3)	448 (34,4)
1991-2000 г.	81 (22,4)	204 (21,7)	285 (21,9)
след 2000 г.	116 (32,1)	156 (16,6)	272 (20,9)

$$\chi^2(4) = 44.77, p < 0.001$$

2.2. Следдипломна квалификация

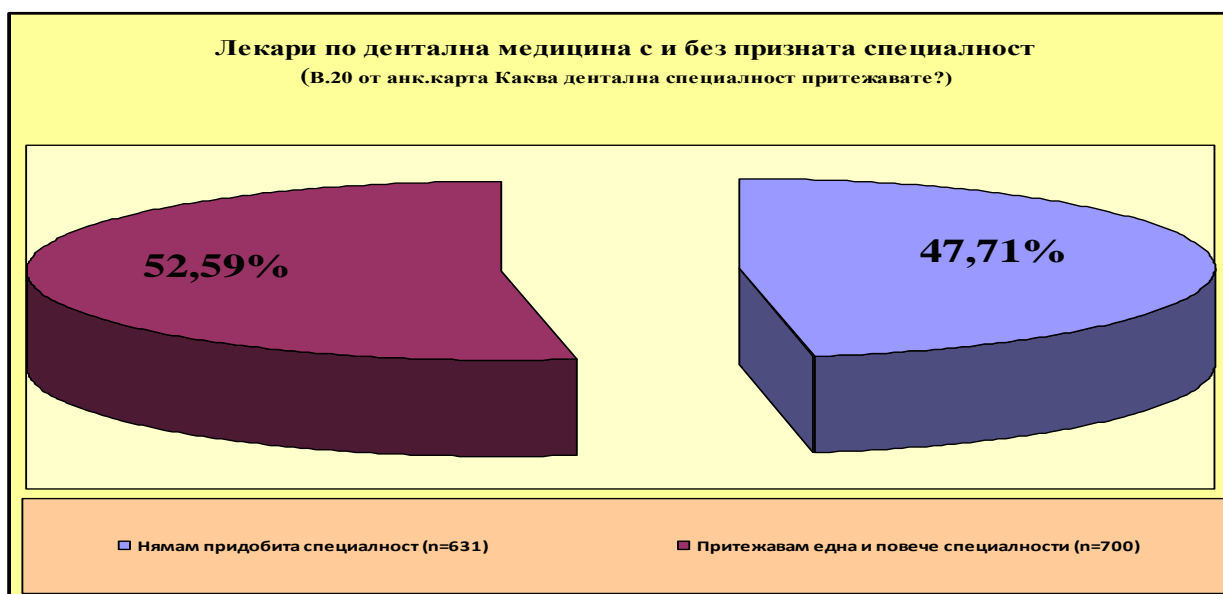
Непрекъснатият напредък на денталната медицинска наука, усъвършенстването на ползваната в кабинета апаратура, въвеждането на нови лечебни методи и по-качествени консумативи за това, налагат денталният лекар непрекъснато да обогатява своите знания и да усъвършенства професионалният си опит. След университетското обучение формите за подобряване на квалификацията са няколко. Основна остава специализацията по конкретно утвърдените у нас специалности, като за целта се положи конкурсен изпит за зачисляване. Тази специализация завършва с полагане на държавен изпит и получаване на официален документ за това.

Други форми за квалификация са: провежданите регионални и републикански семинари и научни конгреси, организирани от Българския зъболекарски съюз. На тях се представят редица интересни и конкретно свързани с практиката въпроси. Не по-малко стойностни са и провежданите презентации от някои търговски фирми. Организираните платени курсове под една или друга форма също имат място в процеса на усъвършенстване.

Не без значение е и процеса на самоусъвършенстването чрез използване на медицинска литература, научни филми, контакти със специалисти, интернет.

У нас утвърдените специалности в последните години претърпяха промени в тяхното наименование и съдържанието им. Така преди съществуващата специалност Ортопедия и ортодонтия или Терапевтична стоматология (с преподаване на кариесология, ендодонтия и пародонтология), вече са разделени.

На въпроса имате ли специалност са получени 1368 отговора (повече от анкетираните, тъй като някои имат по две и повече специалности). Без специалност са 631 (47,71%) зъболекари, а специалност притежават 700 (52,59%) зъболекари (фиг. 13).

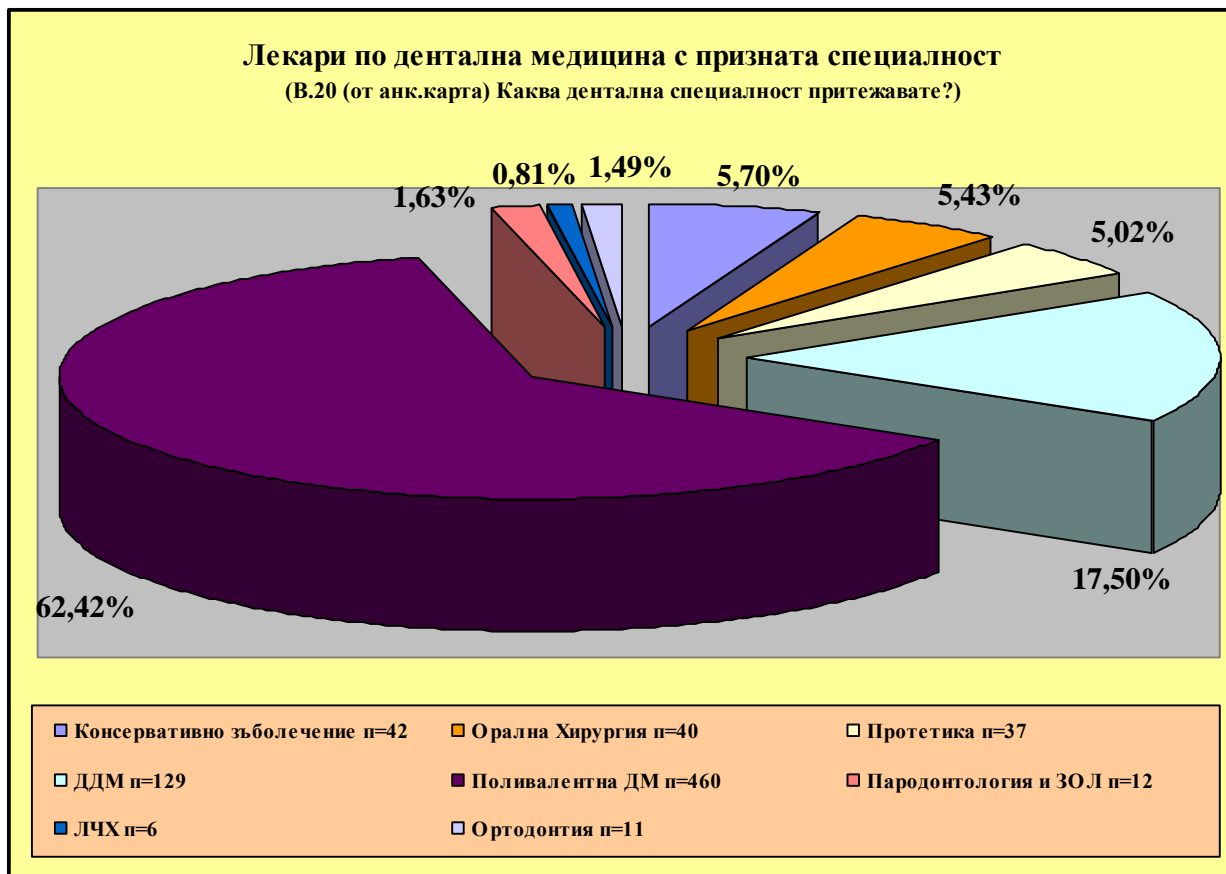


Фиг. 13. Разпределение на ЛДМ по специалност

Броят на отговорите за притежавана специалност е 737, тъй като някои са с две и повече специалности. Данните показват, че почти половината от практикуващите са без специалност – показател, който не би могъл да ни удовлетвори.

Разделени, специалностите по групи изглеждат така: Обща дентална медицина – 460 (62,42% от броя на отговорите за притежавана специалност);

Оперативно зъболечение и ендодонтия – 42 (5,70%); Детска дентална медицина – 129 (17,50%); Протетична дентална медицина – 37 (5,02%); Пародонтология и ЗОЛ – 12 (1,63%); Ортодонтия – 11 (1,49%); Орална хирургия – 40 (5,43%); Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия – 6 (0,81%) (фиг. 14).



Фиг. 14. Разпределение на ЛДМ по вид специалност

За по-нововъведените специалности: Дентална клинична алергология; Дентална образна диагностика; Дентална имплантология, нямаме регистрирани данни в анкетната карта.

Поливалентна специалност притежават 62,42%, което е значително над половината. Ако към поливалентните добавим и броя на тези със специалност детска дентална медицина, то излиза, че броят на останалите специалности е само 148 (20,08%).

Интерес представлява каква част от специалностите са придобити преди началото на реформата и след това. Разполагаме с данни с броя на специалистите от 1982 до 1990 г. и от 2008 до 2013 година (табл. 4 и табл. 5).

Таблица 4

Брой на взелите специалност във Факултета по дентална медицина – София, за периода 1982-1990 г.⁸²

Година	Сесия		Общо
	май	декември	
1982	75		75
1983	118	142	260
1984	159	0	159
1985	104	103	207
1986	134	147	281
1987	117	128	245
1988	116	0	116
1989	78	95	173
1990	124	0	124
Общо			1640

Таблица 5.

Брой на взелите специалност във Факултета по дентална медицина – София, за периода 2008-2013 г.

Година	От ФДМ София	От друг факултет	Общо
2008	8	3	11
2009	5	5	10
2010	4	7	11
2011	4	3	7
2012	15	3	18
2013	4	2	6
Общо	40	23	63

Забележка: Данните за 2013 г. са текущи (не са окончателните за 2013 г.)

Това, което е отразено на таблица 3, недвусмислено показва, че броят на специализиращите е в рамките на трицифрено число (само за 1982 г. взелите специалност са 75). От таблица 4 цифрите са значително по-малки. Докато в първата таблица най-малката цифра е 75, то във втората най-

⁸² Данните за взели специалност са от ФДМ – София

високата е едва 18. Или с други думи, ако за периода до реформите специалност са получавали средно 182-ма дентални лекари всяка година, то тази цифра за следващия период е едва 11 лекари по дентална медицина.

Данните показват, че при настъпилите реформи в образователното дело у нас са допуснати или непредвидени обстоятелства, които рязко снижават желанието и възможността за придобиване на специалност, факт, налагащ своевременни, резки, съобразени с пазарната икономика корекции. Задължително всички институции пряко или косвено свързани с усъвършенстването на следуниверситетското дентално обучение, трябва основно да прецизират условията на пазарната икономика и да адаптират към нея процесите на специализация. Намалването на броя на специалистите се отразява зле върху качеството на денталната медицинска помощ. Не е далече от мисълта, че притежаващите днес специалност, са хора от по-напреднала възраст и подмяната им в бъдеще с нови кадри от по-младото поколение ще доведе до още по-голям срив (фиг. 15 и 16).



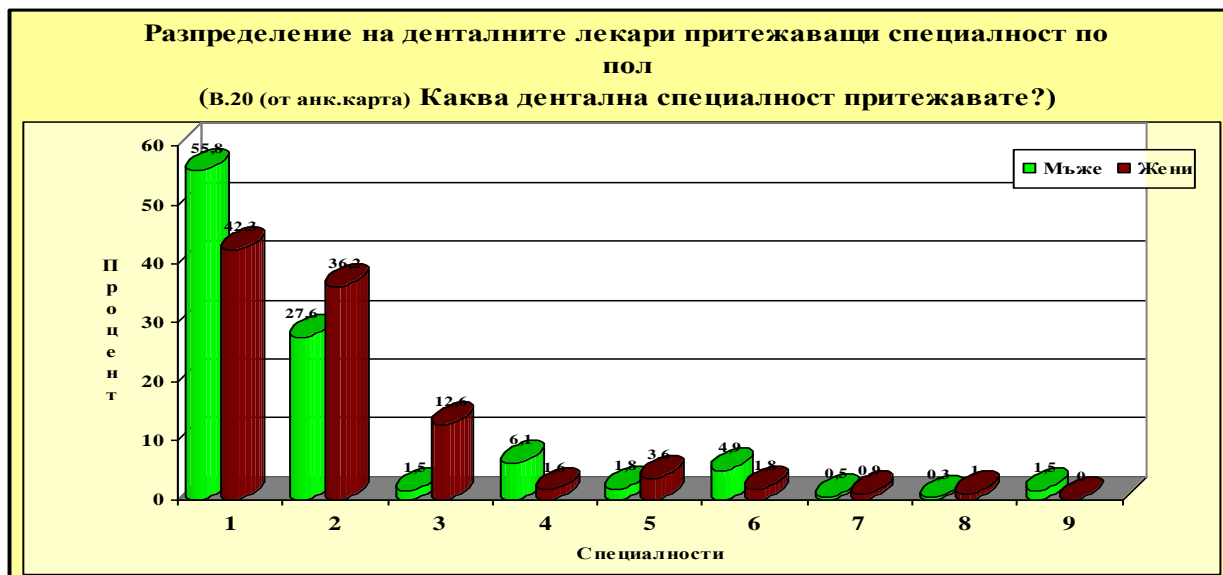
Фиг. 15. Разпределение по възраст и специалност

Легенда:

1. Нямам призната специалност

6. Ортодонтия

- | | |
|--|-----------------------------|
| 2. Оперативно зъболечение и ендодонтия | 7. Детска дентална медицина |
| 3. Орална хирургия | 8. Обща дентална медицина |
| 4. Лицево-челюстна хирургия | 9. Пародонтология и ЗОЛ |
| 5. Протетична дентална медицина | |



Фиг. 16. Разпределение на денталните лекари, притежаващи специалност, по пол

Забележка: Общият брой на отговорите е 1368.

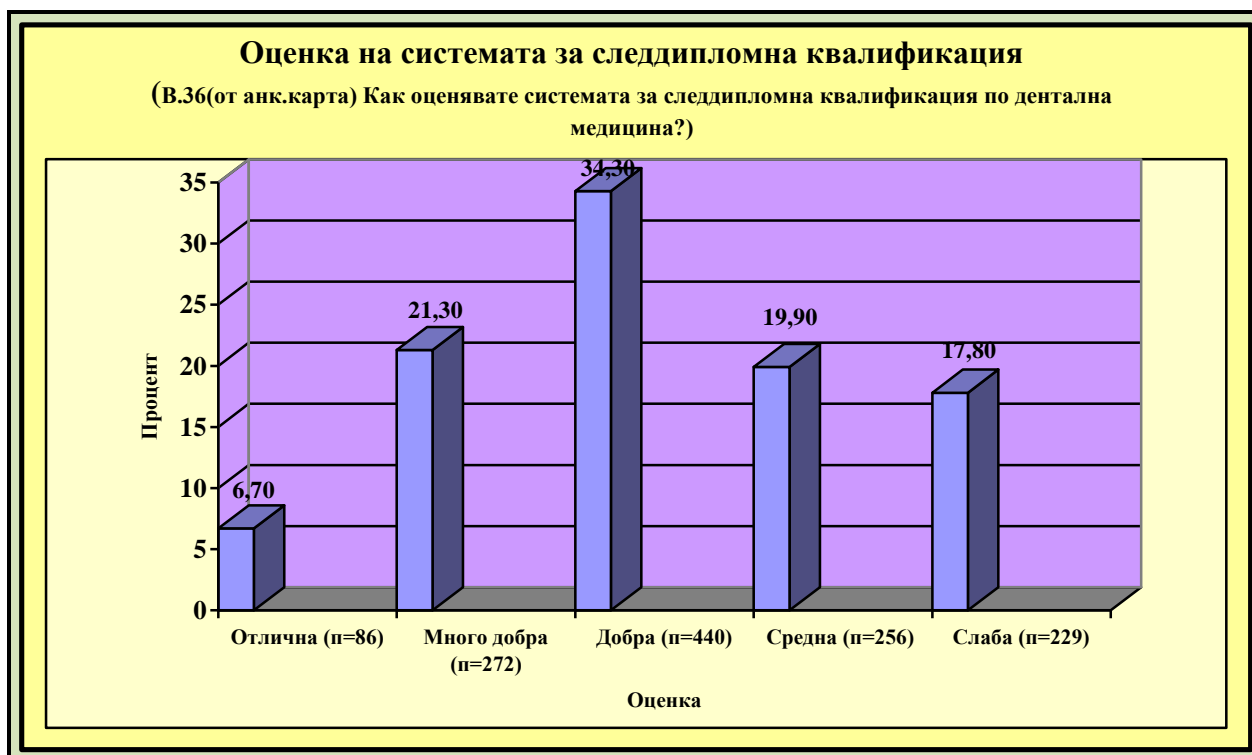
Легенда:

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Нямам призната специалност | 6. Протетична дентална медицина |
| 2. Обща дентална медицина | 7. Ортодонтия |
| 3. Детска дентална медицина | 8. Пародонтология и ЗОЛ |
| 4. Орална хирургия | 9. Лицево челюстна хирургия |
| 5. Оперативно зъболечение и ендодонтия | |

В никакъв случай изложеното не обезстойносттава ролята и значението на провежданите от БЗС мероприятия в тази насока. Няма да бъде излишно тези две основни форми на следдипломна квалификация да бъдат по-точно синхронизирани.

Изложените от нас виждания не се различават съществено от това, което сме получили като отговор на въпроса „Как оценявате системата за следдипломна квалификация по дентална медицина?“ (в. 36 от анкетната карта). Най-голям дял я оценяват като добра (34,30), почти по равно дават оценка средна и слаба (19,90%; 17,80%). Като много добра я оценяват 21,30% и най-малко дават оценка отличен – 6,70%. От оценките я като отлична,

много добра и добра 798 (62,30%) зъболекари преобладаващата част са тези, които са получили специалност преди реформата, докато оценката „среден“ и „слаб“ (485, 37,70%) е дадена от зъболекарите след въвеждане на реформата и от по-възрастните без специалност (фиг. 17, табл. 8).



Фиг. 17. Оценка на системата на следдипломна квалификация от лекарите по дентална медицина в Р. България (Отговорили са 1283 от анкетираните)

Наблюдава се статистически значима зависимост между възрастовата група и дадената оценка за СДК. Само 1,6% от групата до 30 г. дават оценка „отличен“, докато при групата над 60 г. тази оценка е дадена от 15,7%. Докато при оценените СДК със „слаба“ оценка, тенденцията е обратна: 19,2% от групата до 30 г., срещу 9,4% от групата над 60 г. Оценка „добра“ дават почти по равно във всички възрастови групи (табл. 6).

В условията на пазарна икономика, в момента като основна форма, макар и несъвършена, анкетираните дават добра оценка на провежданите безплатни семинари от Българския зъболекарски съюз. Наред с това смятат,

че все още е оскъдна подготовката им за работа с компютърна техника, формите на учет и отчетност и начините за резултатна комуникация с пациентите.

В новите условия конкурентоспособността на практиката зависи от качеството на нейното управление. Това предполага използването на различни начини за усъвършенстването ѝ (фиг. 18).

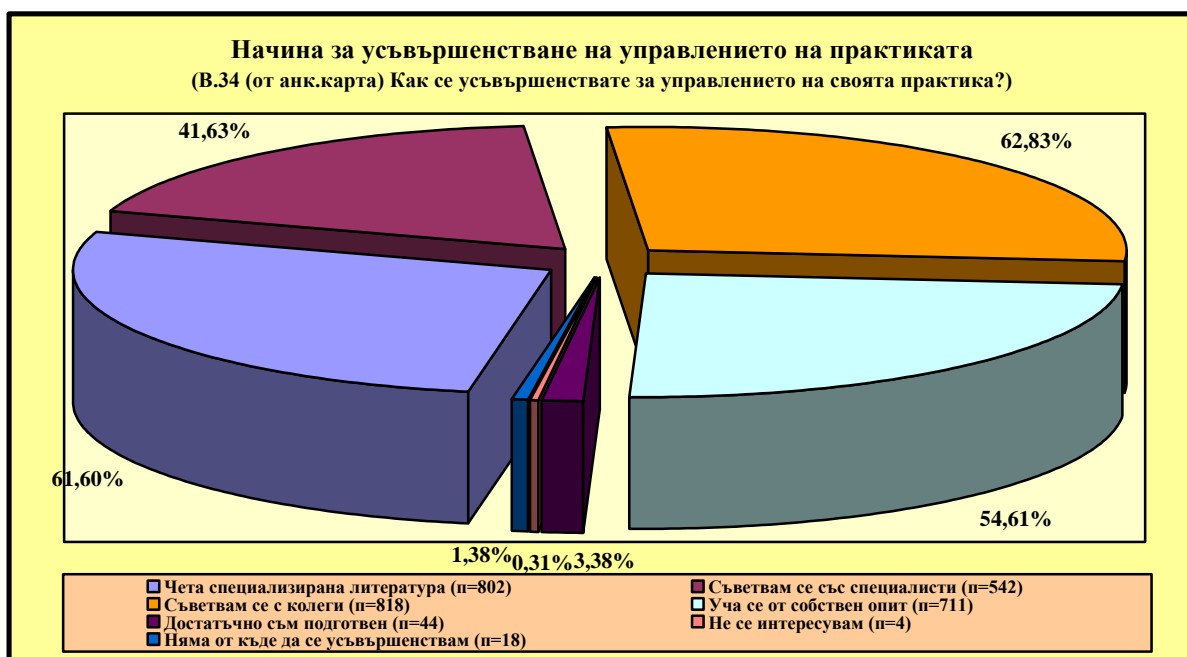
Таблица 6.

Зависимост между оценката за системата на СДО и възрастовата група на ЛДМ

Възрастова група						
Оценка на системата за следдипломна квалификация по дентална медицина (B36 от анк. карта)	≤ 30 n (%)	31 ÷ 40 n (%)	41 ÷ 50 n (%)	51 ÷ 60 n (%)	> 60 n (%)	Общо n (%)
Отлична	2 (1,6)	7 (3,1)	19 (5,1)	38 (8,8)	20 (15,7)	86 (6,7)
Много добра	18 (14,4)	31 (13,8)	72 (19,3)	113 (26,0)	38 (30,0)	272 (21,3)
Добра	41 (32,8)	74 (33,2)	114 (30,6)	168 (38,8)	42 (33,1)	439 (34,3)
Средна	40 (32,0)	46 (20,6)	88 (23,7)	66 (15,2)	15 (11,8)	255 (19,9)
Слаба	24 (19,2)	65 (29,1)	79 (21,2)	48 (11,1)	12 (9,4)	228 (17,8)
Общо: 1280	125 (100)	224 (100)	373 (100)	434 (100)	127 (100)	1280 (100)

$$X^2 (16)=106.69 \text{ } p < 0.001$$

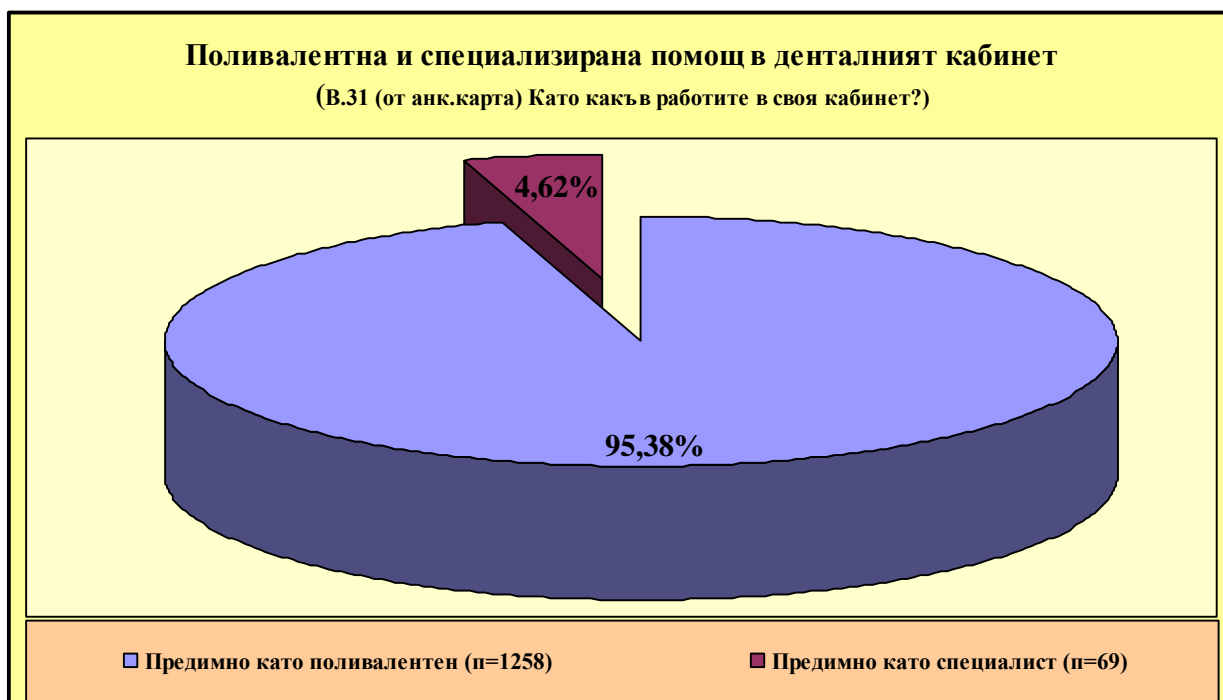
Забележка: От далите отговор на в. 36 трима не са посочили възрастовата си група.



Фиг. 18. Разпределение на ЛДМ по начина на повишаване на квалификацията си във връзка с управлението на практиката (Забележка: 1331 ЛДМ са дали 2939 отговора.)

3. Начин на практикуване на ЛДМ

В съществуващите пазарни условия на финансова саморегулация и приходи единствено от НЗОК и директни плащания от пациентите, без държавно участие, почти всички дентални лекари преминават на поливалентна дентална помощ. Тя преобладава дори в кабинетите на денталните лекари с призната специалност (без поливалентната, защото те работят без тази уговорка поливалентно). Като поливалентни работят 1258 (95,38%) зъболекари, а като специалисти работят 69 ЛДМ (4,62%) (фиг. 19). Нямаме отговор в анкетната карта от 4 анкетиращи.



Фиг. 19. Дентални грижи – общи и специализирани

По призвание поливалентно работят всички зъболекари без специалност (631) и 700 със специалност, като 460 от тях са с поливалентна. Следователно 240 от работещите поливалентно притежават някаква друга специалност (от вече посочените, без поливалентната).

Данните показват, че като поливалентни специалисти работят само 460 зъболекари, другите са или без специалност, или принудили се да работят и друго. Ако се позовем на данните, най-доброкачествена поливалентна дентална помощ оказват 460-те ЛДМ, притежаващи тази специалност. Това дава основание да твърдим, че квалифицирането и преквалифицирането трябва да се движат в две посоки: по пълна програма за поливалентна специалност, които нямат никаква специалност, и конкретно разработена програма по отделно за всеки един с придобита друга специалност, като обучението изключва часове за преквалификация по онази дисциплина, по която има специалност (табл. 7) и (фиг. 20).

Таблица 7.
Разпределение по фактора „Работя предимно като специалист“

Призната специалност	Работя поливалентно n (%)	Работя „Предимно като специалист“ n (%)
Нямам призната специалност	631 (100%)	0(0)
Консервативно зъболечение	36 (85,71%)	6 (14,29%)
Орална хирургия	27 (67,50%)	13 (32,50%)
Лицево-челюстна хирургия	2 (33,3%)	4 (66,7%)
Протетична дентална медицина	32 (86,50%)	5 (13,50%)
Ортодонтия	8 (72,70%)	3 (27,30%)
Детска дентална медицина	105 (81,40%)	24 (18,60%)
Поливалентна дентална медицина	449 (97,61%)	11 (2,39%)
Пародонтология и ЗОЛ	9 (75,00%)	3 (25,00%)
Общо дадени отговори 1368	1299	69

Забележка: Изчисленията са на база брой дадени отговори

Съществува статистически значима зависимост между начина на практикуване и възрастовата група. В групата на възраст 51-60 години работят предимно като лекари с призната специалност (поливалентна или друга някаква) – 53,13%, и като поливалентни – 32,67% и в групата над 60 години съответно: 18,74% и 9,56%, докато при тези под 30 години тенденцията е обратна: предимно поливалентно – 10,20%, и само 3,13% като специалист (табл. 8, фиг. 21).



Фиг. 20. Разпределение на лекарите по дентална медицина по притежавана специалност и начин на практикуване

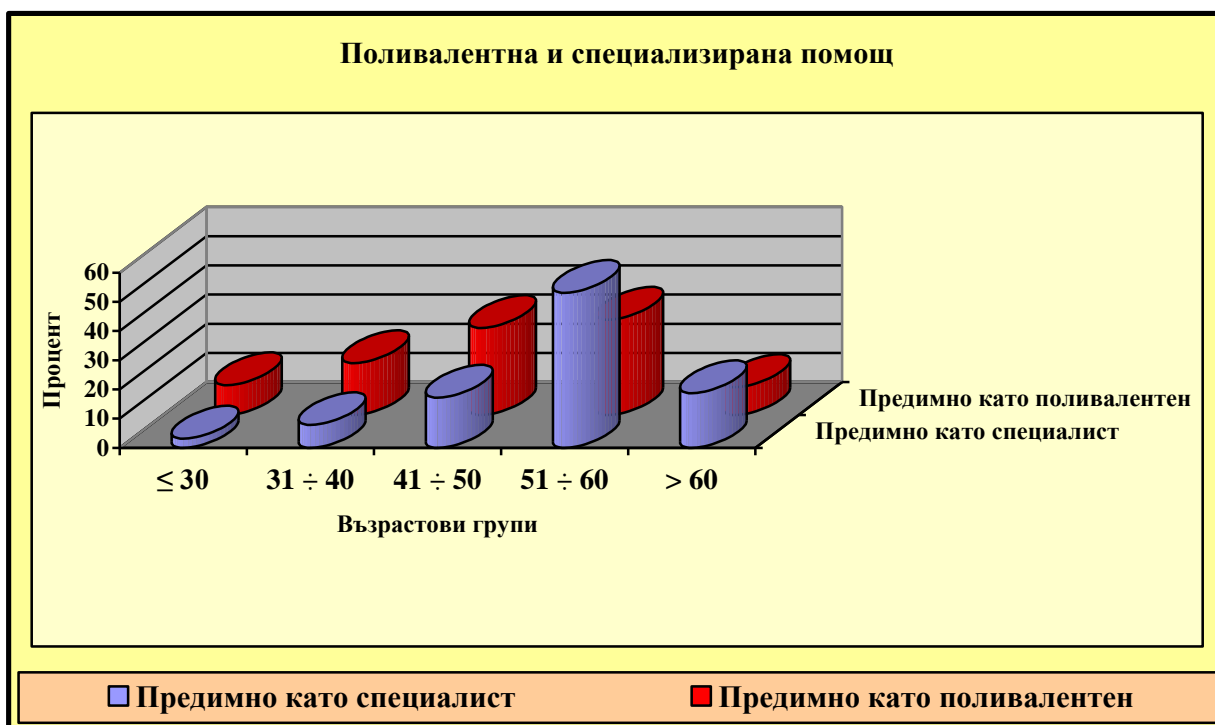
Таблица 8.

Разпределение на ЛДМ по начин на практикуване в зависимост от възрастовата група

Начин на практикуване в кабинета (В. 31 от анк. карта)	Възрастова група					Общо n (%)
	≤ 30 n (%)	31 ÷ 40 n (%)	41 ÷ 50 n (%)	51 ÷ 60 n (%)	> 60 n (%)	
Предимно като поливалентен	128 (10,20)	223 (17,77)	374 (29,80)	410 (32,67)	120 (9,56)	1255 (100)
Предимно като специалист	2 (3,13)	5 (7,81)	11 (17,19)	34 (53,13)	12 (18,74)	64 (100)

$\chi^2(4)=22.61$ и $p<0.001$

Забележка: Общият брой на анкетираните, включени в горната таблица, е 1319. Четирима не са отговорили как работят и осем не са определили възрастовата си група.



Фиг. 21. Разпределение на ЛДМ по начин на практикуване и възрастова група

II. По задача 2: Дефиниране на понятието „дентална практика“.

Ракриване на факторите, обуславящи развитието на денталната практика.

На базата на литературните източници, теоретичните постановки и собственото проучване като водещи фактори за развитието на денталната практика разглеждаме: собственост, оборудване на денталната практика и работа с помощен персонал.

1. Дентална практика

В условията на действащи пазарни механизми, „дентална практика“ е стопанска единица с мащаб и функциониране на микропредприятие, ръководено от професионалисти, които са квалифицирани и отговорни в рамките на законовите регулации и етичния кодекс на професионално-съсловната организация, към която принадлежат.

Като стопанска единица денталната практика подлежи на данъчни регулации, а като здравно заведение от амбулаторен тип – на специфичен

режим на регистрация както по отношение на материално-техническите условия (строително-хигиенни изисквания), така и на дейността (разрешителен или регистрационен, в случая регистрационен). Денталните практики биват самостоятелни и групови практики за обща дентална помощ, самостоятелни и групови практики за специализирана дентална помощ, дентални и медико-дентални центрове. Съвкупността от всички здравни заведения за дентални грижи (практически всички дентални практики) формират Денталната здравна служба, която в пазарни условия има функционален характер. Традиционно и най-често, денталните практики се притежават и управляват от частно-практикуващи зъболекари, които са лекари, предприемачи, ръководители на екип, самонаети професионалисти. Управлението на денталната практика е сложно и съдържа няколко нива на контрол: макрониво – чрез националните стандарти и регулативната среда, мезониво – чрез професионално-съсловната организация; и на микрониво – чрез професионален мениджмънт на конкретната практика.

Приемането на здравето като ценност, а не просто като обект на медицината и промяната на подходите в здравеопазването от лекуване на болести към осигуряване на здраве за населението предполага промяна и в подходите на лекаря по дентална медицина за организация и управление на денталната практика. Наборът на дентални услуги се разширява в посока към високи технологии и профилактични дейности (59).

Разкриването на дентална практика за прием и лечение на пациенти става след окомплектоването и с необходимото оборудване, персонал, инструментариум и запаси от материали и консумативи за началния период. Работещата практика трябва да отговаря на изискванията за технически и хигиенни стандарти, условията за безопасност и здравословна трудова среда и законово установените договорни отношения при осъществяване на професионалните дейности. Процедурата по регистрация на денталната практика и установените правила за практикуване потвърждават един

основен факт: Лекарят по дентална медицина е свободен професионалист, член на свободна професия, която единствена е оторизирана от обществото да предлага дентална помощ на обществото.

Регистрациите и регулациите поставят основата на един ясен договор и улесняват ежедневната договорна дейност. Основата на обществения договор е професионалният етичен кодекс. В него са формулирани принципите на етиката, самозадължението на професионалиста и препоръките за стандарт на взаимоотношения с пациента, колегите и обществото.

2. Фактори, обуславящи развитието на денталната практика

2.1. Собственост на денталните практики

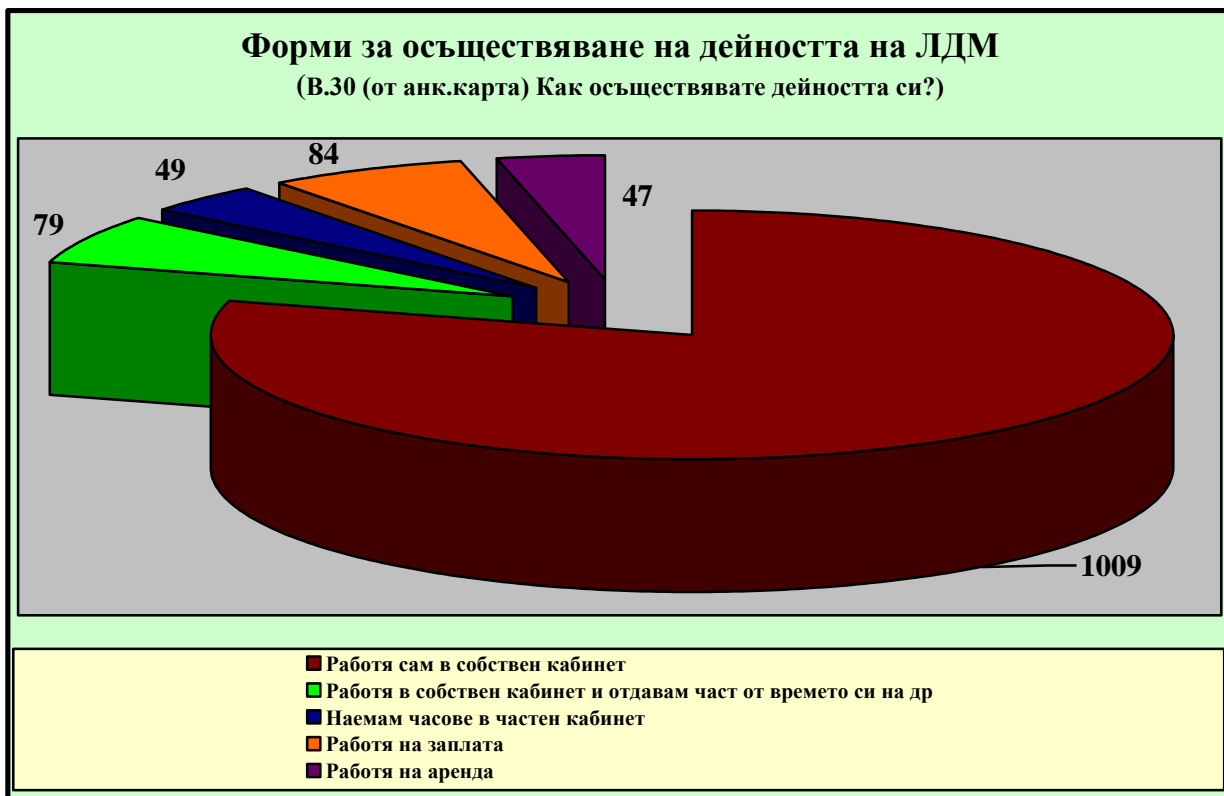
Определяща за развитието на денталните практики в новите пазарни условия е собствеността на кабинетите. Тя определя тенденциите на обновяването на материалната база и развитието на денталния екип. От анкетираните в собствени кабинети работят 1088 зъболекари и 180 от отговорилите работят под различна форма в чужди кабинети (под наем, на заплата, почасово наемане или на повикване) (фиг. 22 и 23). На този въпрос няма отговори при 63-ма от анкетираните.

От собственици на кабинети 1009 работят сами и 79 отдават под наем. В последните работят останалите 180 зъболекари.

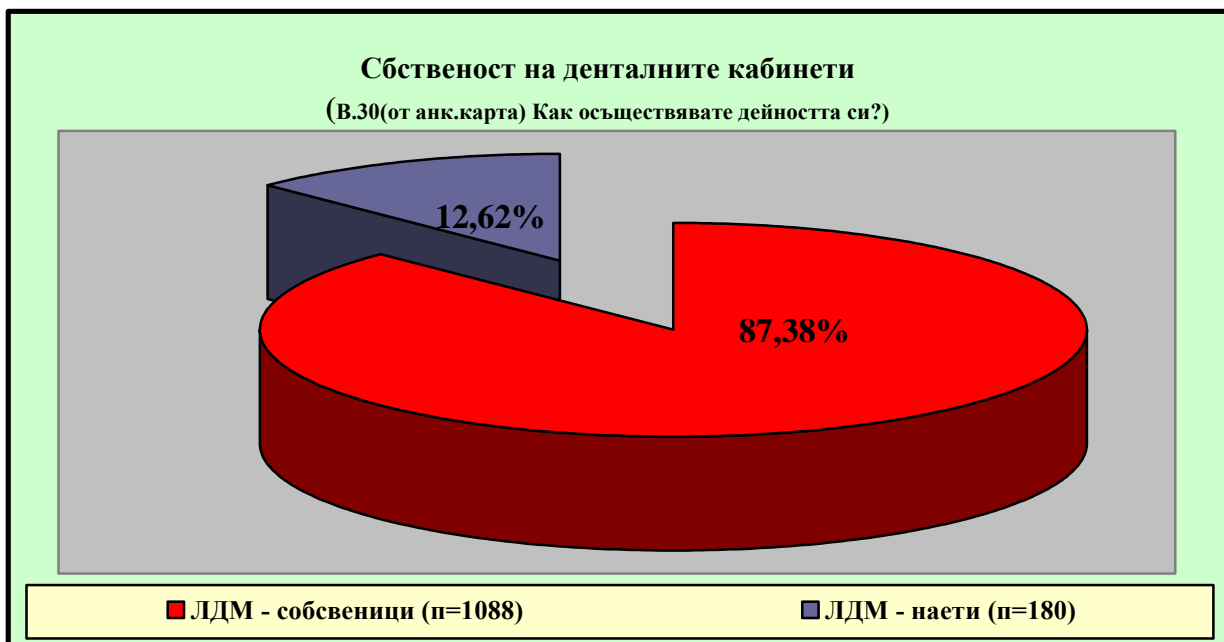
Посочените цифри за работещи в собствен или чужд кабинет не съответстват на броя на кабинетите по простата причина, че в един собствен кабинет на семейни начала работят повече от един човек (като всеки съобщава, че работи в собствен кабинет и не отдава под наем), а наемащите могат да работят по различен начин в повече от един кабинет.

Интерес представляват данните под каква форма са започнали своята практика анкетираните, които са получени на база 1324 отговорили. Много

голяма част 998 ЛДМ (75,38%) са започнали в държавно здравно заведение, което са отнася за времето преди навлизане на пазарната икономика.



Фиг. 22. Начин на осъществяване на дейността на денталните лекари



Фиг. 23. Разпределение на ЛДМ по собственост на кабинета, в който работят

След този период броят на започващите работа в собствени частни кабинети е значително по-малък. Само 123-ма (9,29%) започват работа в собствен частен кабинет (ако това са новозавършили, то голяма част от тях започват в частния кабинет на своите родители). По-голям е броят на започващите в частен кабинет, собственост на друг колега – 153 (11,55%) под различна трудовоправна форма. Само 50 човека (3,78%) започват работа в държавен кабинет и допълнително в частния сектор (фиг. 24). Ясно личи тенденцията с времето, в което постепенно държавният сектор е отстъпил място на частния. Анкетираните в момента работят изцяло в условията на пазарна икономика.



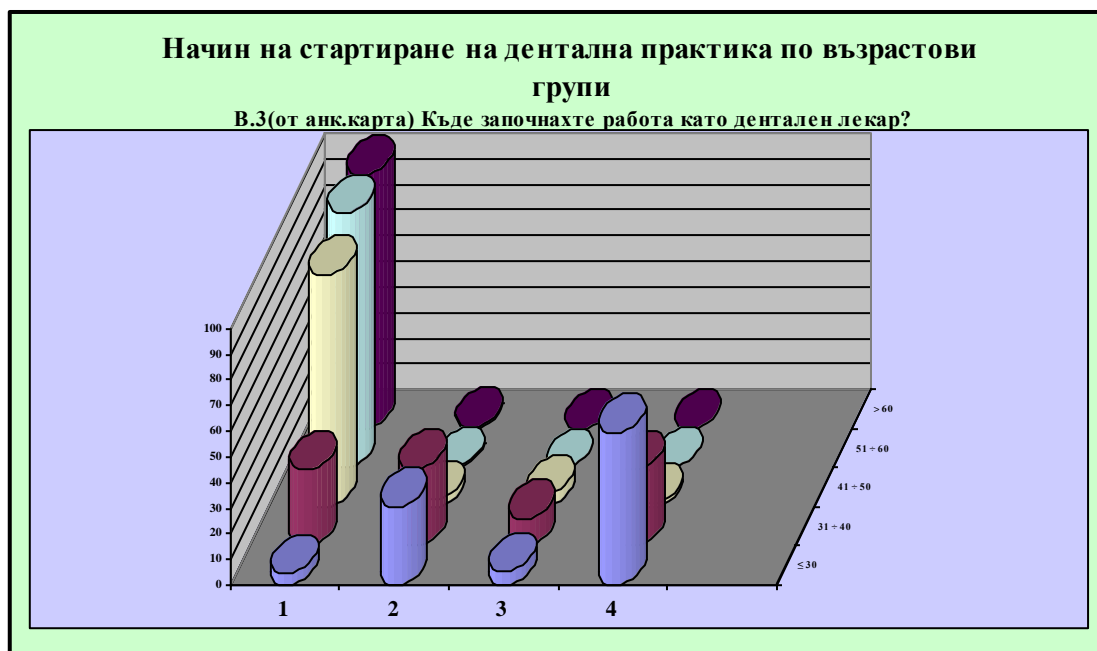
Фиг. 24. Разпределение на денталните лекари по начин на стартиране на практиката

Забележка: Броят на отговорилите ЛДМ е 1324, като 7 анкети са непълнени по този въпрос (общо 1331 анкетни карти)

Легенда:

1. В държавно здравно заведение
2. В собствен частен кабинет
3. Едновременно в държавно здравно заведение и в собствен частен кабинет или при друг
4. В частен кабинет при друг ЛДМ

Тези данни са разгледани и по възрастови групи и са представени на фигура 25.



Фиг. 25. Разпределение на ЛДМ според мястото на започване на професионалната кариера и възрастовата група

Легенда:

1. В държавно здравно заведение
2. В собствен частен кабинет
3. Едновременно в държавно здравно заведение и в собствен частен кабинет или при друг
4. В частен кабинет при друг ЛДМ

Ясно се откроява статистически значимата зависимост между възрастта и начина на стартиране на практиката. Тенденцията, която се наблюдава, е, че само 4,58% от групата на до 30-годишните започват своята кариера в държавно здравно заведение, докато в групата 51-60 и над 60 г. е обратно, съответно: 99,10% и 99,24%. Това е логично следствие на настъпилите социално-икономически и политически промени. Обратна тенденция се наблюдава при започналите професионалната си реализация в „собствен частен кабинет“ – от групата на под 30 и 31-40 години – съответно 30,53% и 30,09%, и само 0,68% и 0,76% съответно във възрастовите групи 51-60 и над 60 г. Подобна е зависимостта при отговора „частен кабинет при друг ЛДМ“ – 59,54% при групата до 30 години и 0,00% при над 60-годишните (табл. 9).

По площ и разпределение в кабинетите са спазени всички изисквания във всички кабинети по държавния стандарт.

Таблица 9.

Разпределение на лекарите по дентална медицина според начина на стартиране на практиката и възрастовата група

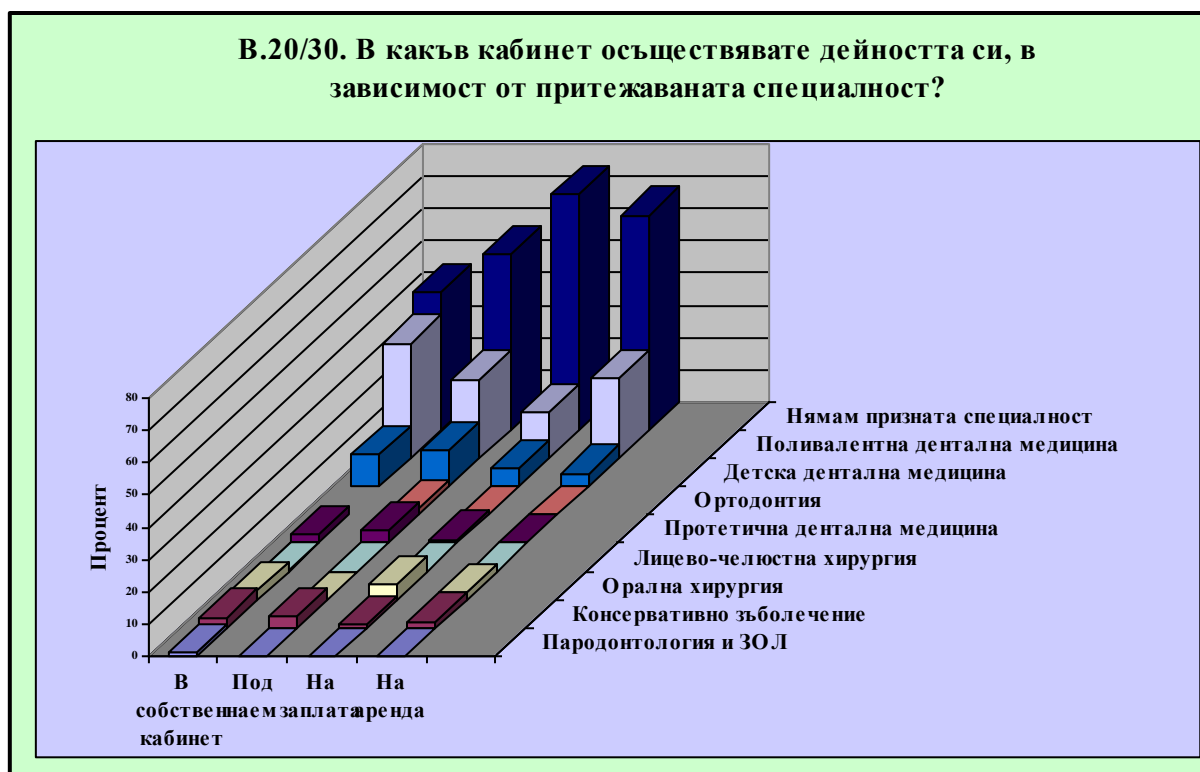
Възрастова група	До 30 години n (%)	От 31 до 40 години n (%)	От 41 до 50 години n (%)	От 51 до 60 години n (%)	Над 60 години n (%)	Общо n (%)
Начало на кариерата като дентален лекар (В. 3 от анк. карта)						
В държавно здравно заведение	6 (4.58)	67 (29.65)	348 (90.39)	438 (99.10)	131 (99.24)	1040 (79.03)
В собствен частен кабинет	40 (30.53)	68 (30.09)	11 (2.86)	3 (0.68)	1 (0.76)	123 (9.35)
Едновременно в държавно здравно заведение и в собствен частен кабинет или при друг	7 (5.34)	24 (10.62)	19 (4.94)	0 (0.00)	0 (0.00)	50 (3.80)
В частен кабинет при друг ЛДМ	78 (59.54)	67 (29.65)	7 (1.82)	1 (0.23)	0 (0.00)	153 (11.63)
Общо	131 (100.00)	226 (100.00)	385 (100.00)	442 (100.00)	132 (100.00)	1316 (100.00)

$$\chi^2(12) = 904.97, p < 0.001$$

Забележка: Броят на отговорилите ЛДМ е 1316, като 7 анкети са непълнени по тази въпрос и 8 не са посочили възрастовата си група (общо 1331 анкетни карти)

Данните относно това в какъв кабинет упражняват дейността си зъболекарите с призната специалност и без специалност са отразени на фигура 26. От нея личи, че онези, които са без призната специалност или имат призната специалност Поливалентна дентална медицина, работят предимно в собствени кабинети. Независимо че броят им в абсолютни цифри е най-голям в сравнение с останалите групи. Тези данни най-вероятно са продиктувани от обстоятелството, че придобилите специалност поливалентна дентална медицина в годините преди реформите са значителен брой, независимо от

факта, че тази специалност е по-късно въведена. Броят на нямащите призната специалност, но работещи в собствени кабинети, също е висок. От придобилите други специалности разпределението в отделните групи не показва никаква закономерност (фиг. 26).



Фиг. 26. Разпределение на ЛДМ в зависимост от собствеността на денталната практика и притежаваната специалност

Забележка: Отговорите на въпроса каква специалност притежавате са 1368 и 1268 определят в какъв кабинет работят в зависимост от собствеността му. При комбиниране на въпросите 1303 са отговорили едновременно на двата въпроса. На тази база са изчисленията на фиг. 23.

Ако се опитаме да интерпретираме резултатите относно работещите в собствени и наети кабинети съобразно тяхната възраст (табл. 12) данните показват някои особености. Не всички анкетирани са дали отговор по този въпрос, затова общо интерпретацията обхваща 1231 лекари по дентална медицина – собственици и наети⁸³ (табл. 10).

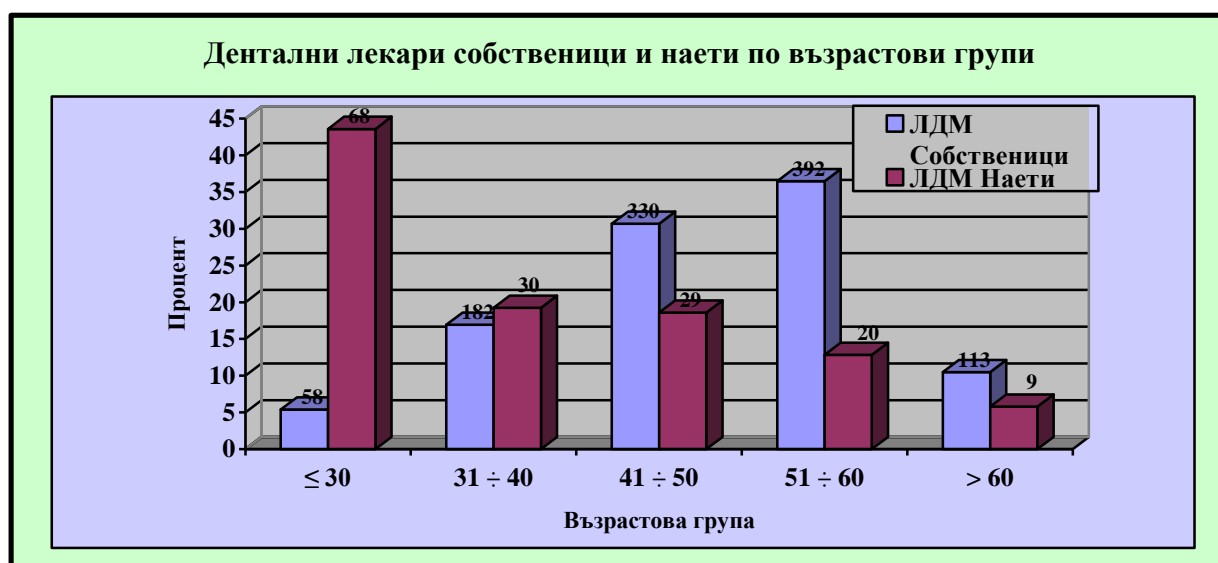
⁸³ На въпроса за собствеността са отговорили 1268 от анкетираните. От тях 4 не са определили възрастовата си група и затова при разглеждане на разпределението и по пол общият брой е 1264.

Таблица 10.

Разпределение на ЛДМ по възраст и собственост

Собственост и др. форма на трудовоправни отношения	Възрастова група					Общо	
	≤ 30 n (%)	31 ÷ 40 n (%)	41 ÷ 50 n (%)	51 ÷ 60 n (%)	> 60 n (%)	N	%
Собственици	58 (5.40)	182 (16.93)	330 (30.70)	392 (36.47)	113 (10.50)	1075	100
Наети	68 (43.59)	30 (19.23)	29 (18.59)	20 (12.82)	9 (5.77)	156	100
Общо	126 (10,24)	212 (17,22)	359 (29,16)	412 (33,47)	122 (9,91)	1231	100

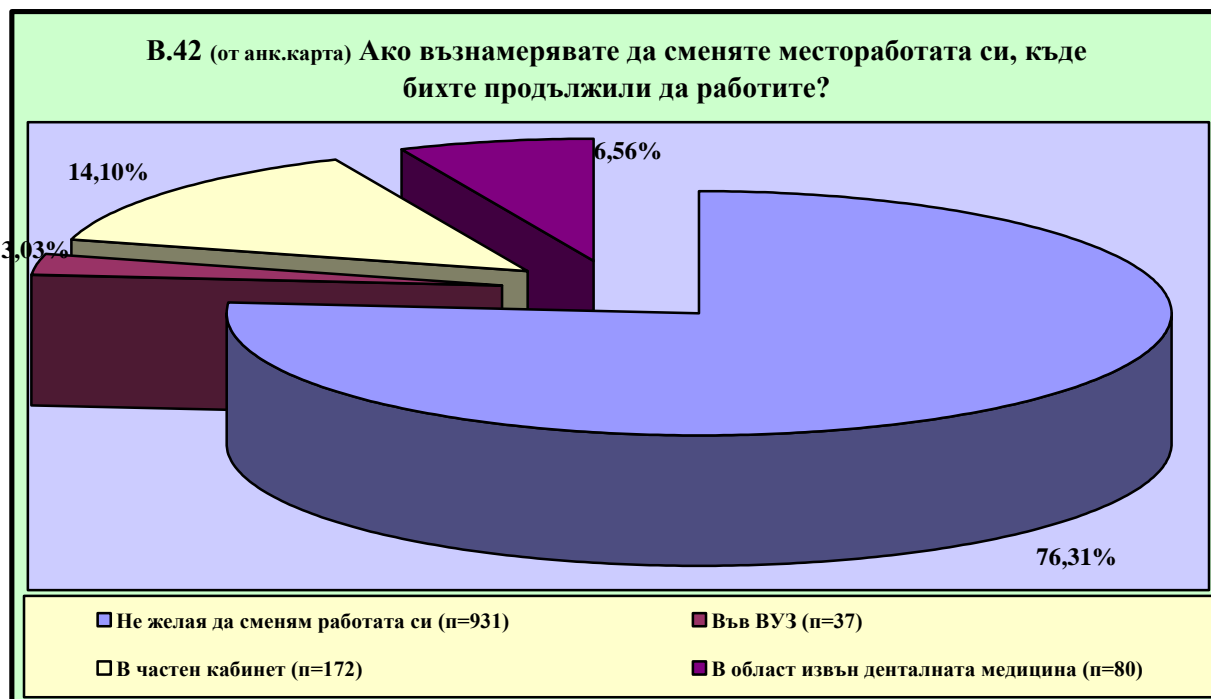
В собствени кабинети работят предимно хора на възраст над 31 години, като във всяка следваща група техният брой значително нараства, с изключение на тази над 60 години. Броят на работещите като наети, макар и неравномерно намалява с увеличаването на възрастта (фиг. 27).



Фиг. 27. Разпределение на ЛДМ по работа като наети или собственици и възрастова група

Не всички анкетираните работят в условия, в които биха желали да работят. Това важи с особена сила за работещите като наети. От отговорилите 1220, 172-ма (14,10%) желаят да оборудват собствен частен кабинет; тридесет и седем (3,03%) – да навлязат в сферата на

преподавателите във ВУЗ (предимно в групата под 30-годишна възраст), и 80 ЛДМ (6,56%) не одобряват работата си като дентални лекари и биха желали да работят в друга сфера на медицината. Най-голям е дялът на тези, които нямат никакво желание за промяна на статута си – 931 ЛДМ (76,31%) (фиг. 28).



Фиг. 28. Разпределение на ЛДМ според желанието им за бъдеща перспектива

Забележка: Не отговорилите на този въпрос от 1331 анкетирани са 111. Във фигурата са обединени отговорите „В собствен частен кабинет“ и „В частен кабинет на друг дентален лекар“ под формата на отговор „В частен кабинет“.

2.2. Оборудване на денталните практики

Оборудването на денталната практика е важен компонент за нейното развитие и конкурентоспособност. Събраните данни от настоящото проучване са в насока: продължителност на използваемост на машините (юнитите) и разнообразието марки, с които е оборудван кабинетът. В съответствие с предлаганото на пазара и непрекъснатите постижения в областта на денталната техника, нараства и темпът на осъвременяване на

машинния парк в денталните кабинети. В момента все още преобладава използването на българска апаратура – юнити. За да конкретизираме, без да посочваме марките, ще разделим използваната апаратура условно на следните две групи, като всяка от тях разделим на две подгрупи. В първата група ще включим машините, въведени в експлоатация до 1990 г., а като подгрупи до и след 1980 г. Във втората група са включени машините, закупени и монтирани в кабинетите от 1991 до 2011 г. (годината на настоящото изследване). В тази група подгрупите са: 1991-2000 г. и след 2000 г. Отговори на поставените в тази насока въпроси са дали 1037 от анкетираните (табл. 11).

Таблица 11.

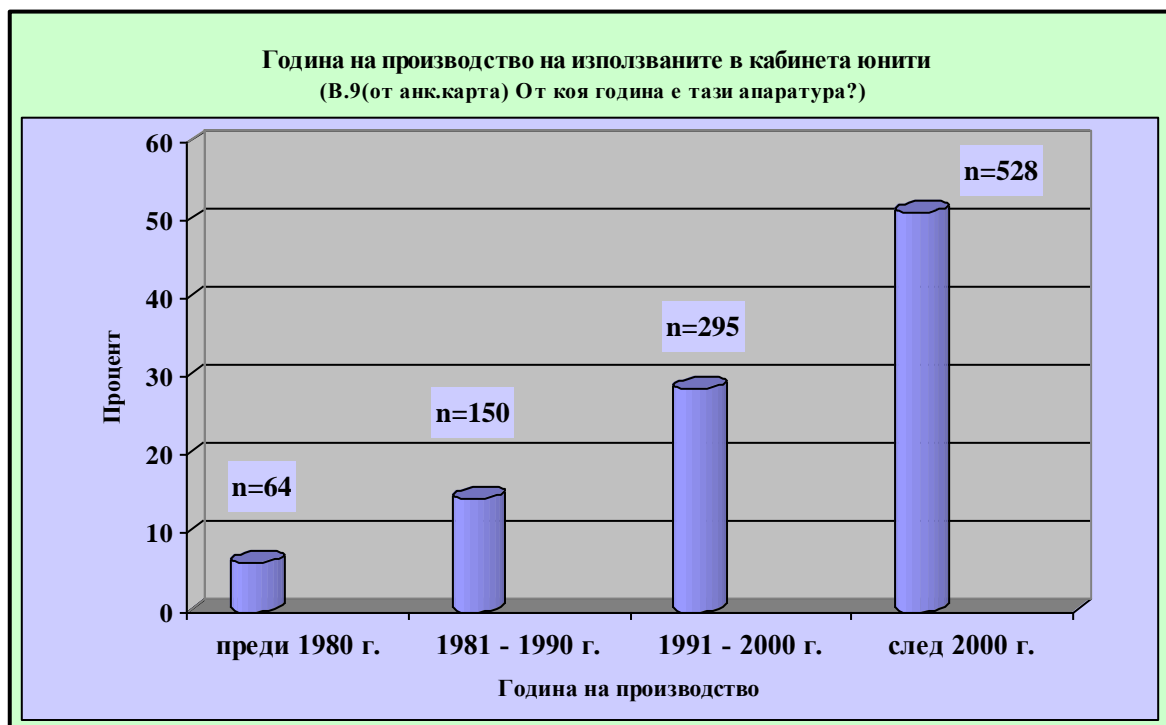
Разпределение на използваните дентални юнити по година на производство

Година на производство на денталните юнити			
До 1990 г.		След 1991 г.	
До 1980 г. n (%)	1981-1990 г. n (%)	1991-2000 г. n (%)	След 2001 г. n (%)
64 (6, 17%)	150 (14, 46%)	295 (28, 45%)	528 (50, 92%)
ОБЩО за I група: 214 (20,63%)		ОБЩО за II група: 823 (79,37%)	
ОБЩО: 1037 (100%)			

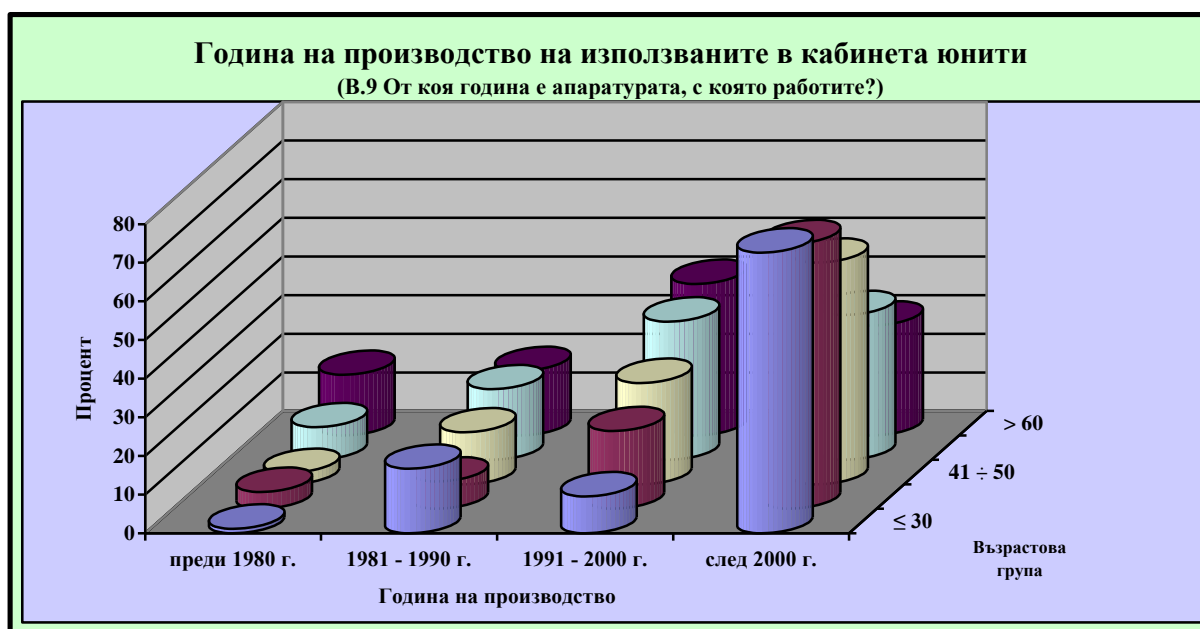
Проличава тенденция повечето от кабинетите да са оборудвани с по-съвременна апаратура (823 машини, закупени след 1991 г., срещу 214, закупени до 1990 г.). Показател, който би довел до по-рационално, ефективно и съвременно дентално обслужване на болните (фиг. 29).

Ако се опитаме да установим с каква апаратура работят отделните възрастови групи, данните показват, че осъвременяването на апаратурата върви в неравномерни темпове за отделните групи. Най-голям брой от закупените след 1991 до 2000 г. машини принадлежат на възрастовата група

след 41 год., докато тези, закупени след 2000 г., принадлежат на групата до 50-годишна възраст (фиг. 30).



Фиг. 29. Разпределение на ЛДМ в зависимост от годината на производство на денталния юнит



Фиг. 30. Разпределение на ЛДМ в зависимост от годината на производство на денталния юнит и възрастовата група

Установява се статистически значима връзка между обновяването на машинния парк и възрастовата група на титуляря на практиката. Шестдесет и един (72,62%) от лекарите от първа възрастова група и 126 във втора група (68,48%), работят с машини, закупени след 2000 г. Това е свързано със стремежа за подобряване качеството на денталната помощ сред младите колеги и в същото време едва 28,43% (29 лекари) от над 60-годишните обновяват машинния си парк с юнити след 2000 г. Обратна е тенденцията при стария машинен парк: с машини от преди 1980 година работят 1,19% от ЛДМ от възрастовата група под 30 години и 15,69% от над 60-годишните (табл. 12).

Таблица 12.

Зависимост между възрастовата група на ЛДМ и годината на производство на денталната апаратура

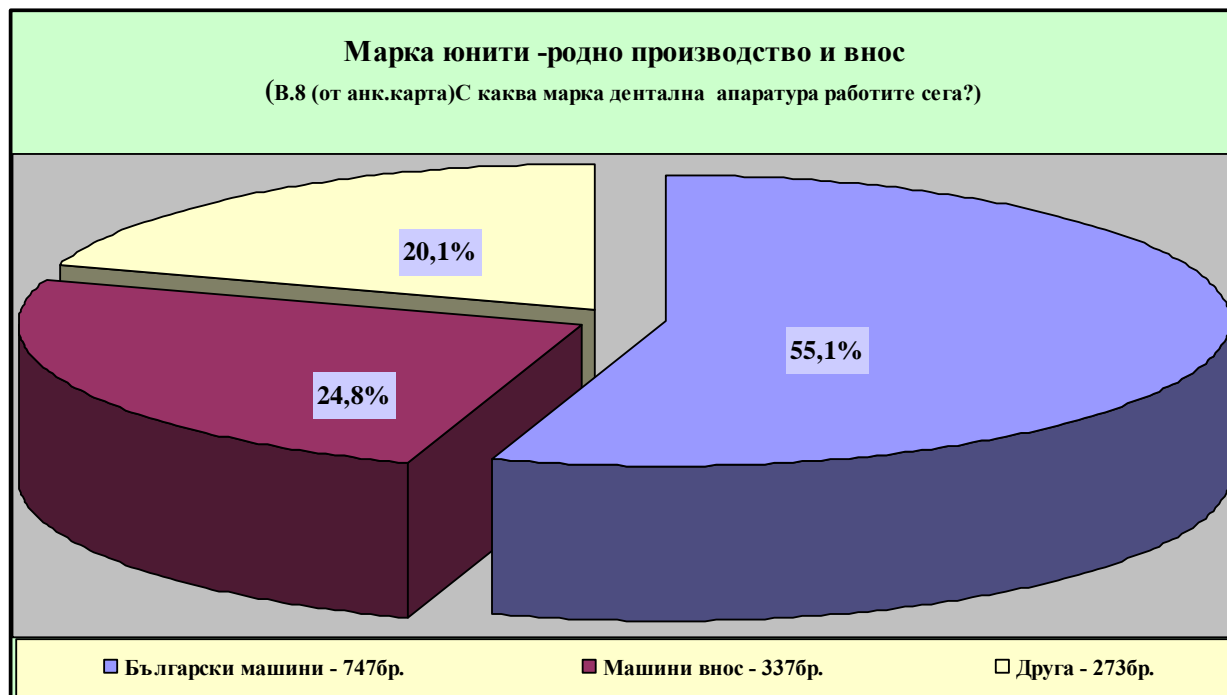
Възрастова група						
В.9 От коя година е апаратурата, с която работите?	≤ 30 n (%)	31 ÷ 40 n (%)	41 ÷ 50 n (%)	51 ÷ 60 n (%)	> 60 n (%)	Общо n (%)
< 1980	1 (1,19)	8 (4,35)	9 (2,95)	30 (8,45)	16 (15,69)	64 (6,21)
1981-1990	14 (16,67)	13 (7,07)	41 (13,44)	65 (18,31)	17 (16,67)	150 (14,56)
1991-2000	8 (9,52)	37 (20,11)	80 (26,23)	127 (35,77)	40 (39,22)	292 (28,35)
> 2001	61 (72,62)	126 (68,48)	175 (57,38)	133 (37,46)	29 (28,43)	524 (50,87)
Общо	84 (100,00)	184 (100,00)	305 (100,00)	355 (100,00)	102 (100,00)	1030 (100,00)

$$\chi^2(12) = 109.25, p < 0.001$$

Забележка: Данните в таблицата се изчисляват на базата на 1030 отговора. Отговорилите на въпроса от коя година са юнитите са 1037, но 7 от тях са от групата на непосочили възрастта си.

Що се отнася до това, чие производство са използваните юнити, данните показват, че 747 са българско производство, 337 – производство внос

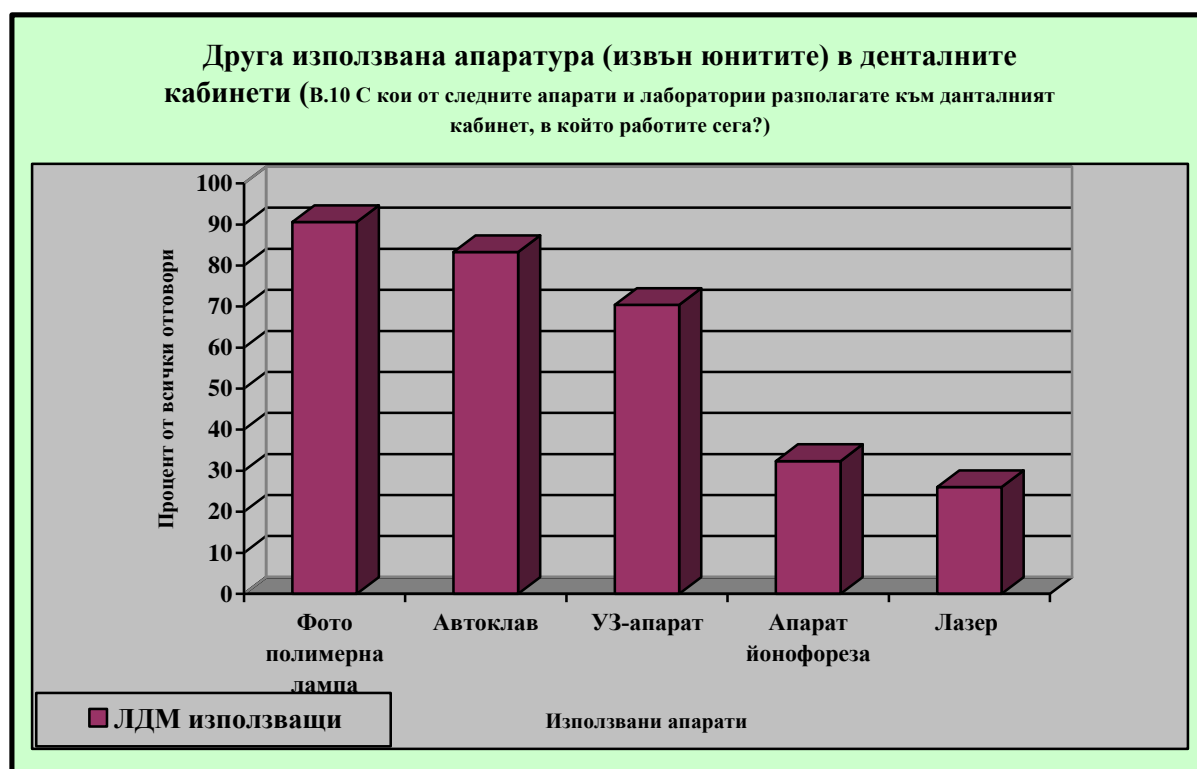
и 273 дават неясен отговор „Друга“. Заслужава да отбележим факта, че от машините българско производство – 669 са от по-старите модели (Медия, ЮС-5, ЮС-7) и 78 от по-съвременните български модели (на „Микромотор“, „Анвита“). От вносните машини преобладават „Хирана“ (91 бр.); „Сименс“ (65 бр.) и КАВО (42 бр.) (фиг. 31).



Фиг. 31. Разпределение на машинния парк в денталните кабинети

В анкетната карта се опитаме да добием впечатление с каква допълнителна апаратура (освен юнитите) се оборудват денталните кабинети. Колко от тях разполагат с фотополимерна лампа, УЗ апарат, апарат за йонофореза и са заменили сухите стерилизатори с автоклав. Трябва да уточним, че отговори по този въпрос не са дали 27 анкетиранни и следователно взелите участие са 1304, като те дават повече от един отговор. От тях фотополимерна лампа използват – 1181 ЛДМ, или 90,57%; автоклав използват – 1086 ЛДМ, или 83,28%; УЗ апарат – 918 ЛДМ, или 70,40%; лазер апарат използват 339 ЛДМ, или 26% (най-вероятно в този брой са и лекарите, които използват лазер, разположен в чужд кабинет). Все по-често срещани са

и рентгеновите апарати в кабинетите въпреки усложнената процедура по узаконяването им. Двеста четиридесет и девет от анкетираните (19,10%) посочват, че към кабинета, в който работят, разполагат и с рентген за сегментни графии (може да се предполага, че част от тях са дали такъв отговор в смисъл, че разчитат на рентген наблизо или двама и повече дентални лекари, работещи в един и същ кабинет, посочват, че в кабинета има апарат) (фиг. 32).



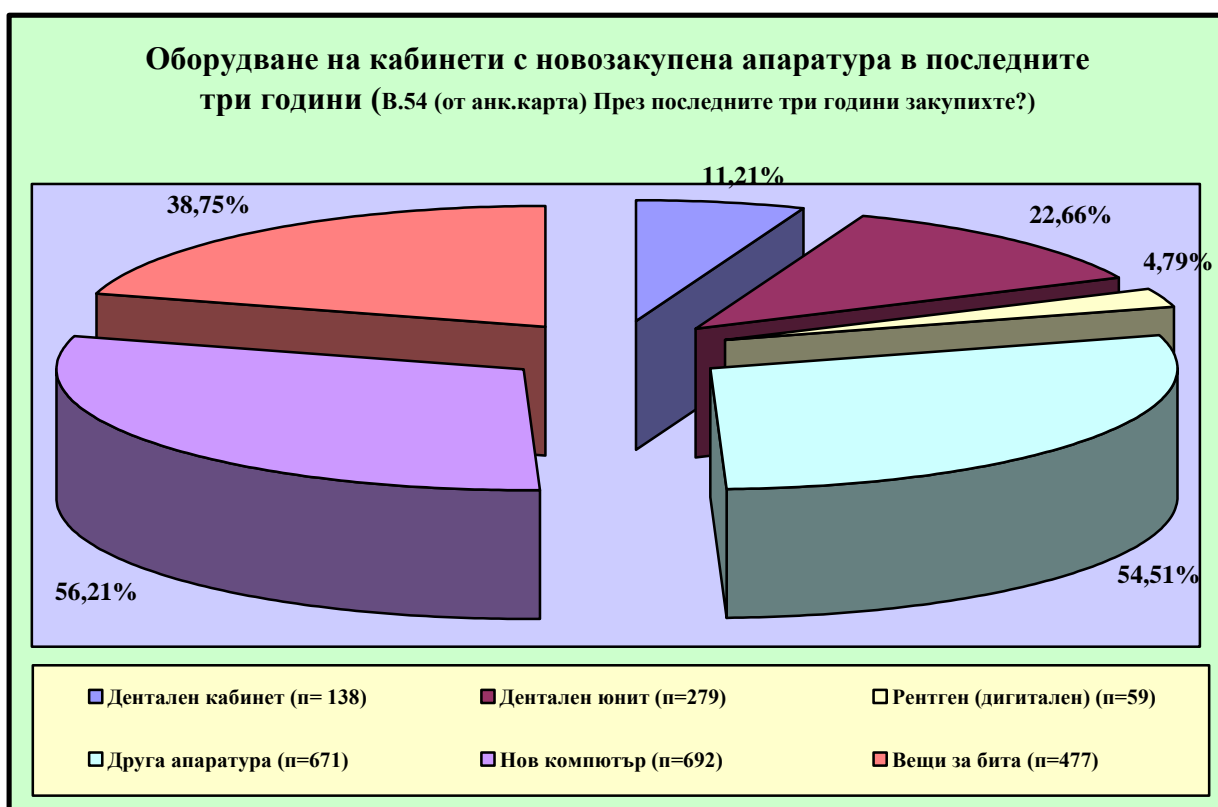
Фиг. 32. Разпределение на машинния парк в денталните кабинети

Сложността на отчетността и изискването на НЗОК доведоха до широко използване на компютърната техника. В последните три години са закупени 692 компютъра, което представлява 56,21% от отговорилите дентални лекари.

Трябва да уточним, че на въпроса „През последните три години закупихте?“ не са дали отговор 80 човека. Следователно процентното

изчисление е на база 1261 анкетирани, като те са давали по повече от един отговор. Става ясно, че не всеки работещ разполага с компютър, но при договор с НЗОК той е длъжен да използва тази техника и вероятно разчита на свой колега.

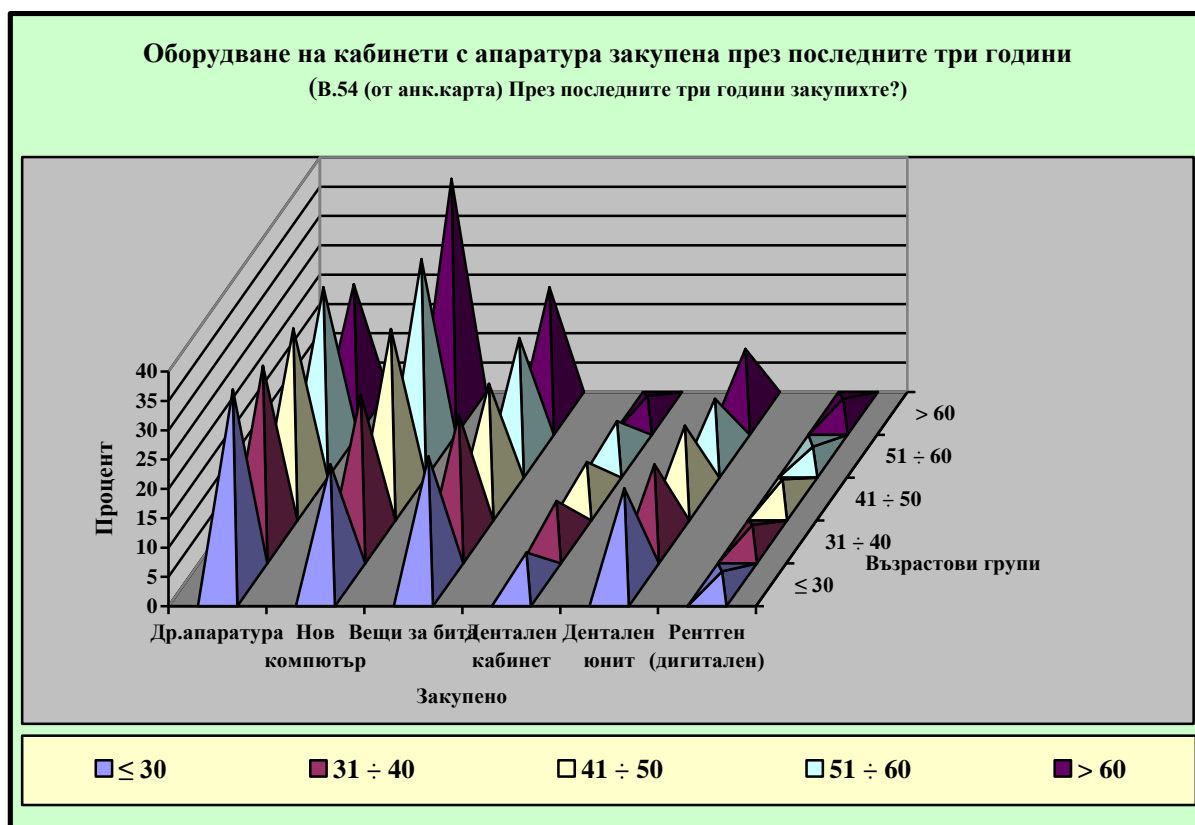
Значително по-голям е броят на онези лекари, които използват допълнителна лечебна апаратура извън кабинетите, в които работят. Всички анкетирани използват като спомагателни дейности различни рентгенограми, адекватно на изискванията за точно диагностициране на съответното заболяване. Всички (изключваме работещите само в хирургичната сфера) използват зъботехнически услуги, като незначителен е броят на онези окрупнени дентални здравни заведения, към които има оборудвана собствена зъботехническа лаборатория (фиг. 33).



Фиг. 33. Разпределение на ЛДМ по новозакупено оборудване за практиката през последните три години

Забележка: Процентните дялове се отнасят за 1261 анкетирани, тъй като 80 от тях не са дали отговор на този въпрос.

За по-голяма яснота на фигура 33 сме посочили някои от закупените апарати през последните три години от ЛДМ в отделните възрастови групи. Ясно личи тенденцията за закупуване с бързи темпове на компютърна техника и допълнителна апаратура във всички възрастови групи. Запазва се равномерна тенденция за закупуване на вещи за бита (почистващи и дезинфектиращи препарати, кърпи и други спомагателни средства). Преобладава броят на закупените дентални юнити във възрастта до 40 и над 60 години (най-вероятно в очакване на ново попълнение по роднинска връзка). Желание за закупуване на нов дентален кабинет, след 41 години намалява, стигайки почти до нула при над 60-годишните (фиг. 34).



Фиг. 34. Разпределение на ЛДМ по закупено ново оборудване през последните 3 години и възрастова група

Забележка: Изчисленията са на база дадени брой отговори по възрастовите групи.

Що се отнася до закупеното през последните три години и собствеността на кабинета, данните са отразени на фигура 35.

От изложеното ясно проличава тенденцията за осъвременяване на апаратурата в частните дентални кабинети. Определено това е продиктувано от условията, които поставя пазарната икономика. Без тези условия конкурентоспособността намалява, с което намаляват и приходите и значително се затруднява самофинансирането на кабинета.



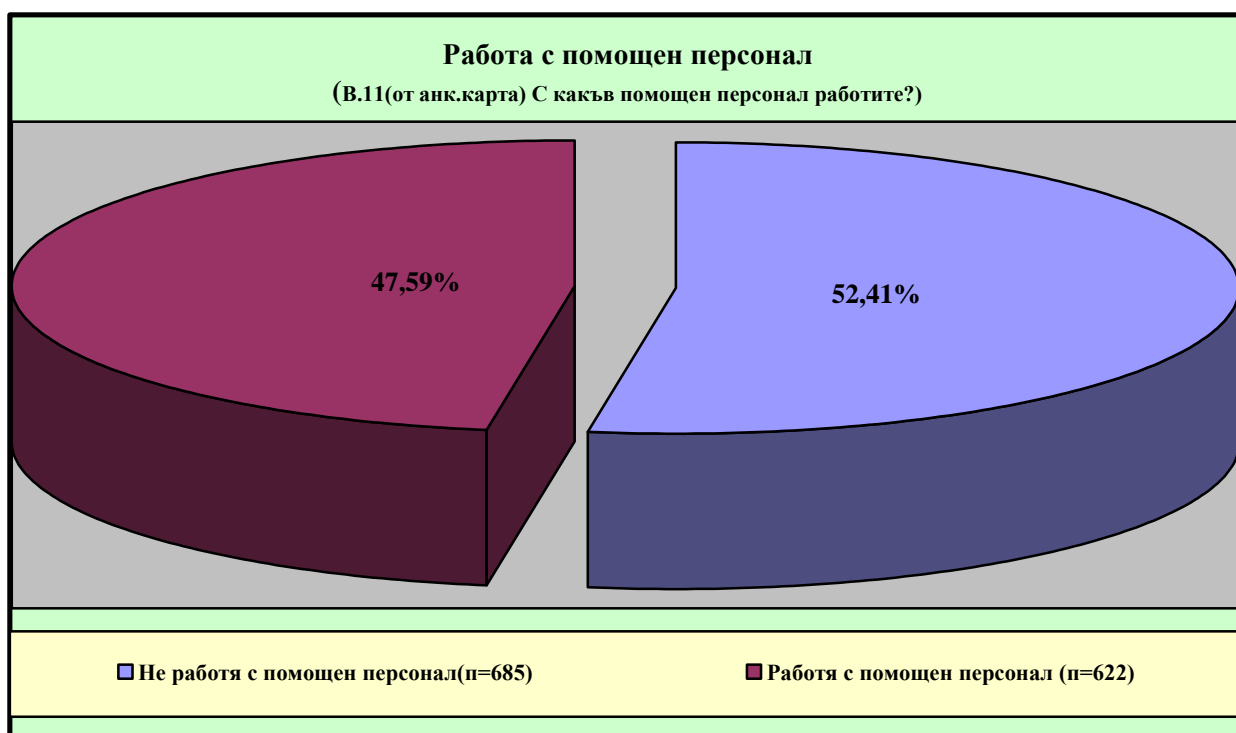
Фиг. 35. Разпределение на обновеното дентално имущество в зависимост от собствеността

2.3. Развитие на денталния екип и работа с помощен персонал

Работата с помощен персонал е важна част от дейността и организацията на денталната практика. За лекаря по дентална медицина работата с помощен персонал е необходимост. Пестят се време, усилия,

повишава се производителността на труда. В настоящия момент обаче тенденцията е да се работи без помощен персонал. Две са основните причини за това – допълнителните разходи за помощен персонал (възнаграждения, осигуровки) и трудно сработване на екипа (70).

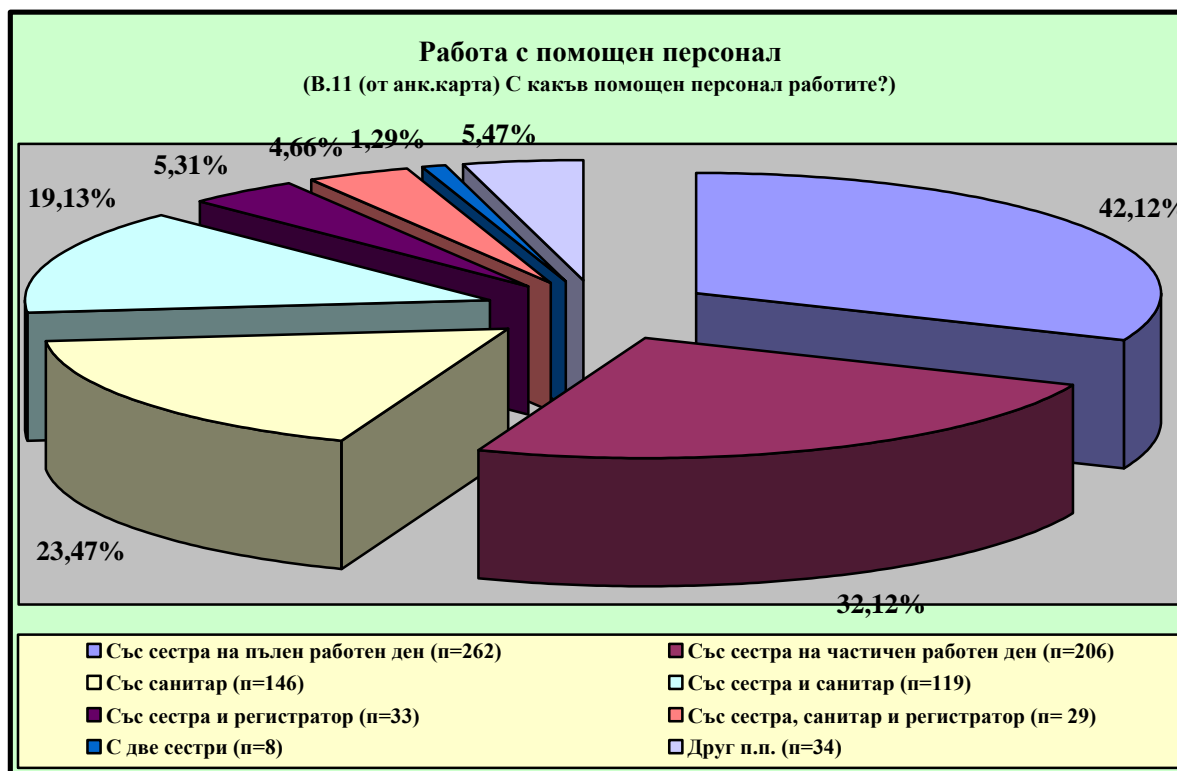
Анализите по този въпрос са върху 1307 попълнени анкетни карти. Шестстотин осемдесет и пет зъболекари (52,41%) работят без помощен персонал, а 622 (47,59%) ползват различен помощен персонал. Двадесет и четири анкетни карти са без отговор по този въпрос (фиг. 36).



Фиг. 36. Разпределение на ЛДМ в зависимост от показателя работа с помощен персонал

Лекарите с помощен персонал използват услугите само на медицински сестри или на медицински сестри и на друг помощен персонал (санитар, регистратор). С медицински сестри (на цял или частичен работен ден) работят 468 (75,24% от ползващите услугите на помощен персонал). Към помощта на медицинска сестра 119 от лекарите добавят услугите и на санитар, а 33 ползват сестра и регистратор. С трима души помощен персонал

(медицинска сестра, санитар и регистратор) работят 29 ЛДМ и с две медицински сестри са едва 8 зъболекари (фиг. 37).



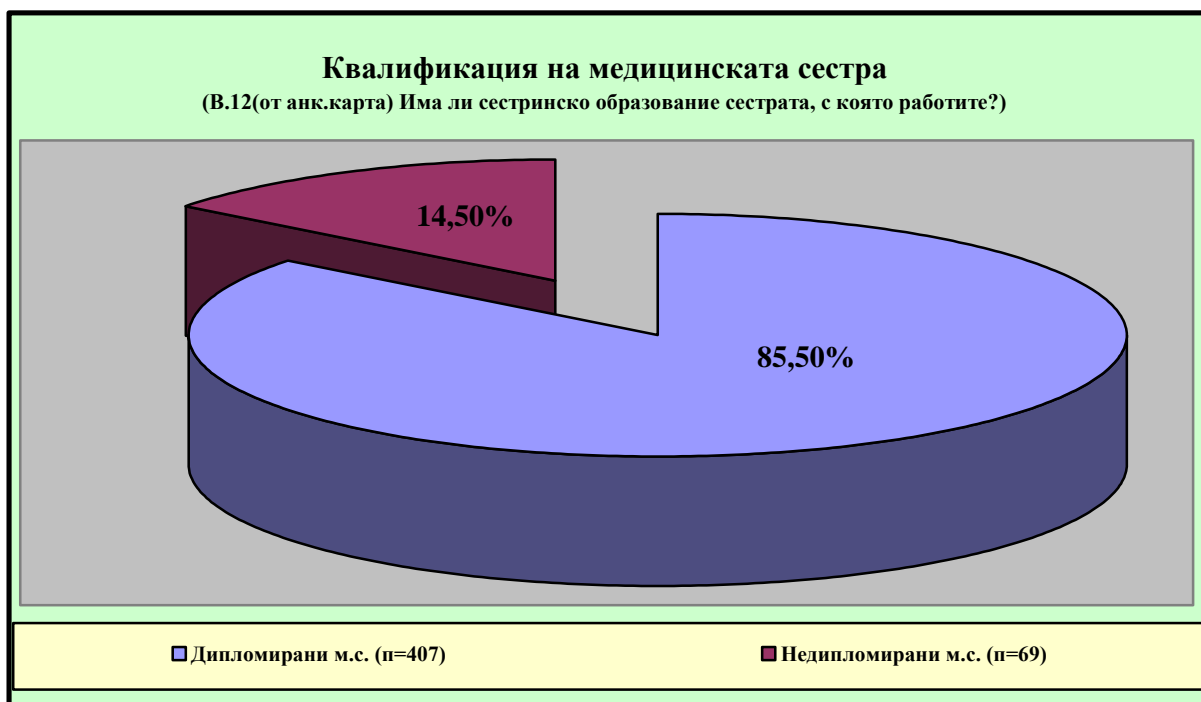
Фиг. 37. Разпределение на отговорите на ЛДМ в зависимост от помощния персонал, с който работят

Забележка: Изчислените относителни дялове са на база от работещите с помощен персонал (622).

От данните се вижда, че в услуга на лечебната практика на лекарите по дентална медицина в кабинетите работят 476 медицински сестри. Като 407 (85,50%) от тях са дипломирани, а 69 (14,50%) са без диплома, обучени за дентални асистенти от денталния лекар, при когото работят (фиг. 38).

Помощта на санитар ползват 294 лекари по дентална медицина, а регистратор – 62-ма. Тридесет и четири лекари освен упоменатия вече помощен персонал споделят, че ползват услугите и на „друг“, неопределен, помощен персонал.

Тези данни показват, че използването на помощен персонал е незадоволително. Получава се противоречие между необходимостта и възможностите на денталния лекар. Не е радващ фактът, че 685 от лекарите са принудени да изпълняват задълженията и на помощен персонал.



Фиг. 38. Разпределение на ЛДМ, работещи с медицинска сестра, в зависимост от нейната квалификация

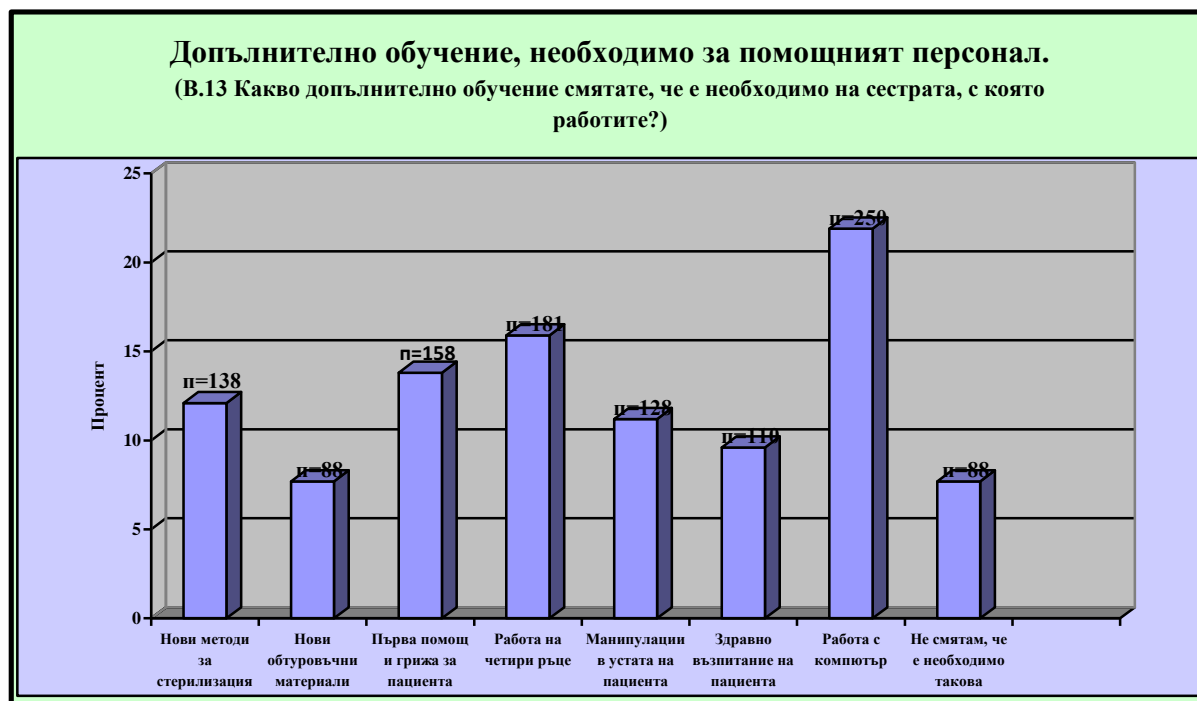
С приравняване образованието на медицинските сестри от средно специално във висше се дава основание да се предположи, че ще настъпи рязка инвазия на ползването им в зъболекарските кабинети. Тенденцията да се ползва санитар и най-вече регистратор ще нараства с незначителен темп, поради разпокъсаността на кабинетите и много рядкото сработване на няколко зъболекари на едно място.

За подобряване ефективността на труда на медицинския и административния помощен персонал задължително условие е постоянното обогатяване на техните знания и квалификация. С оглед на непрекъснатото осъвременяване на методите за лечение и ползваната апаратура медицинските сестри не могат да изостават със своите знания и умения в тази насока. Задължителен компонент в сферата на тяхното усъвършенстване е и подобряването на уменията и начините за комуникация с болните, разширяване работата им в сферата на администрирането. Задължително

изискване в тяхната характеристика е ползването на съвременна компютърна техника.

Все още медицинските сестри не са достатъчно обучени за „работа на четири ръце“, каквото мнение споделят и анкетираниите. Само 15,9% от тях смятат, че сестрите са добре подготвени в тази насока. Останалите са в страни от възможността да следят последователността на провежданата интервенция и не участват активно в хода на лечението, без подканване от лекаря. Факт, който изисква не само усъвършенстване на медицинската сестра, но и законово регламентиране за нейните права в прякото участие в някои от етапите на лечението, като се узакони нейната пряка работа в устната кухня.

Тези наши виждания, които са на базата на отговорите в какви насоки би трябвало да продължи обучението на сестрите, са отразени на фигура 39. (Отговорите са повече от броя на анкетираниите лекари, тъй като една част от тях са дали мнения по няколко от зададените във въпрос 13 възможни отговори).



Фиг. 39. Разпределение на ЛДМ според мнението им за необходимостта от усъвършенстване на помощния персонал

III. По задача 3: Формулиране тенденциите в развитието на пазара на дентални услуги

1. Използваемост

Ограничените средства, договаряни и отпускани от НЗОК както за дентално лечение на пациентите, така и за високоспециализираната дейност и предлаганата от денталния лекар услуга, ниските доходи на населението, цените на денталните услуги, продиктувани от условията на пазарната икономика, за момента се отразяват негативно на достъпността на населението до дентална помощ.

При разглеждането на този въпрос са използвани вторични статистически данни от официални източници, отразяващи демографската характеристика на населението (прил. 4 и 5).

Ако съпоставим демографската характеристика на денталната помощ с числеността на населението в отделни градове и села и комуникативната връзка между тях, то достъпността до такава помощ е различна. Нашите данни показват, че тя е по-благоприятна за големите населени места където работят повече зъболекари и платежоспособността на населението е по-висока.

Ярко доказателство за това са следните цифри: в столицата при население 1 291 591 работят 2400 лекари по дентална медицина, във Варна при население 475 074 ЛДМ са 486, а в Бургас – население от 415 817 души се обслужва от 383 ЛДМ (табл. 13).

Групирането на голяма част от зъболекарите в големите градове означава, че по-малките населени места са лишени от близко достъпна дентална помощ. Колкото повече са отдалечени от функциониращ в областта дентален кабинет, толкова достъпността до дентална помощ е по-трудна. Колкото по-малки са семейните приходи на хората и по-висока е степента на

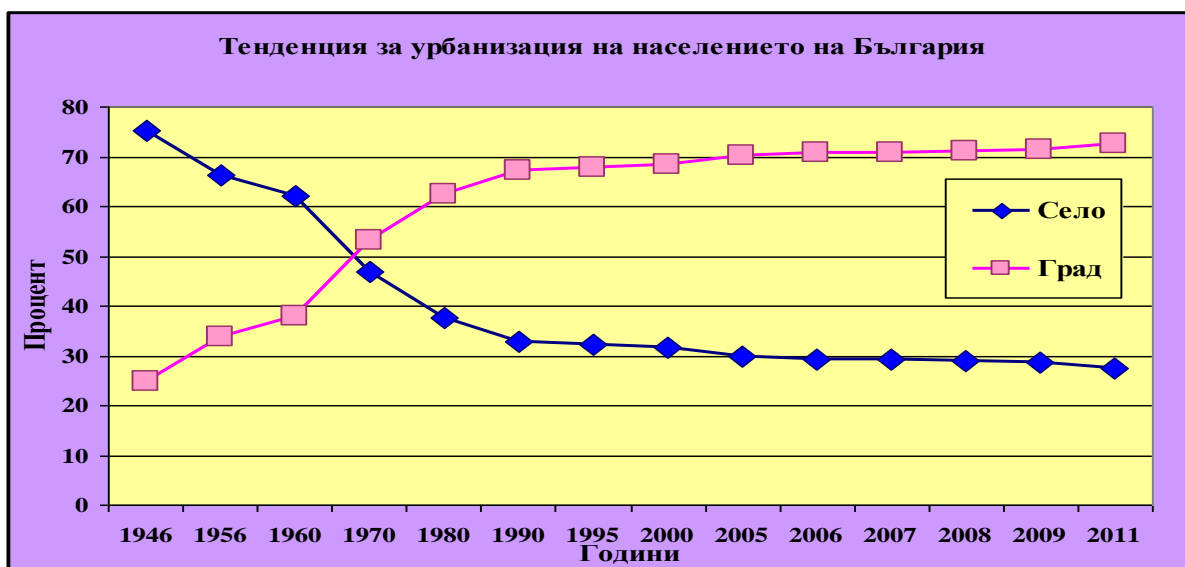
безработицата в тези райони, толкова по-малко те могат да ползват услугите на денталния лекар⁸⁴ (фиг. 40 и 41).

Таблица 13.

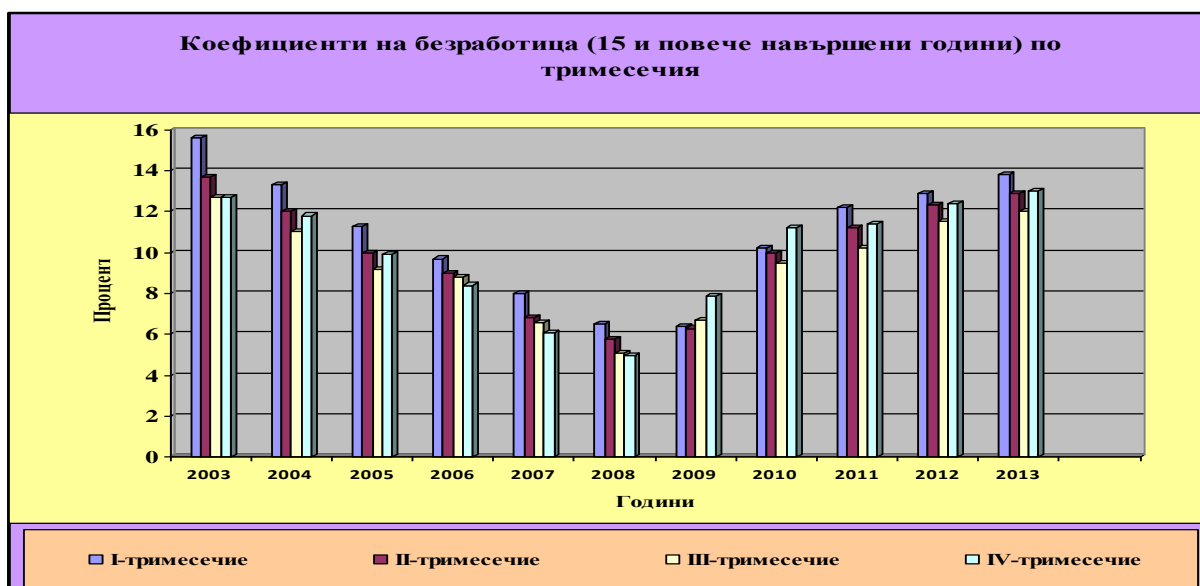
Разпределение на населението, лекарите по дентална медицина и населението, обслужвано от един ЛДМ, по региони

Области	Брой на населението по области към 01. 02.2011 г. (последно преброяване)	Брой ЛДМ по списъците на РК на БЗС към 2011 г.	Брой население на един ЛДМ
1. Благоевград	323 552	297	1089
2. Бургас	415 817	383	1086
3. Варна	475 074	486	978
4. Велико Търново	258 494	209	1236
5. Видин	101 018	132	765
6. Враца	186 848	109	1714
7. Габрово	122 702	125	982
8. Добрич	189 677	132	1437
9. Кърджали	152 808	137	1115
10. Кюстендил	136 686	158	865
11. Ловеч	141 422	119	1188
12. Монтана	148 098	103	1438
13. Пазарджик	275 548	263	1047
14. Перник	133 530	137	975
15. Плевен	269 752	184	1466
16. Пловдив	683 027	1226	557
17. Разград	125 190	71	1763
18. Русе	235 252	198	1188
19. Силистра	119 474	74	1615
20. Сливен	197 473	153	1291
21. Смолян	121 752	125	974
22. София-област	247 489	150	1650
23. София-град	1 291 591	2400	538
24. Стара Загора	333 265	344	969
25. Търговище	120 818	68	1777
26. Хасково	246 238	239	1030
27. Шумен	180 528	115	1569
28. Ямбол	131 447	105	1252
България	7 364 570	8242	894

⁸⁴ Всичко това е в унисон със запазващата се тенденция на урбанизация. По данни от последното преброяване на НСИ в градовете живеят 5 339 001 души, или 72,5%, а в селата живеят 2 025 569 души, или 27,5% от населението на страната. За малките населени места и особено за селата са характерни по-високи нива на безработица



Фиг. 40. Разпределение на населението на България според населеното място, в което живее (град или село) в динамика. По данни на НЦЗИ и НСИ (73)



Фиг. 41. Темпове на безработицата в България – динамика

2. Основен пакет за дентална помощ по НРД

В условията на пазарна икономика основен проблем за просперитета на денталната помощ у нас остава нейното финансиране. Както вече посочихме, приходите в частните дентални кабинети, независимо под каква форма съществуват и реализират лечебната си дейност, се осъществяват по два

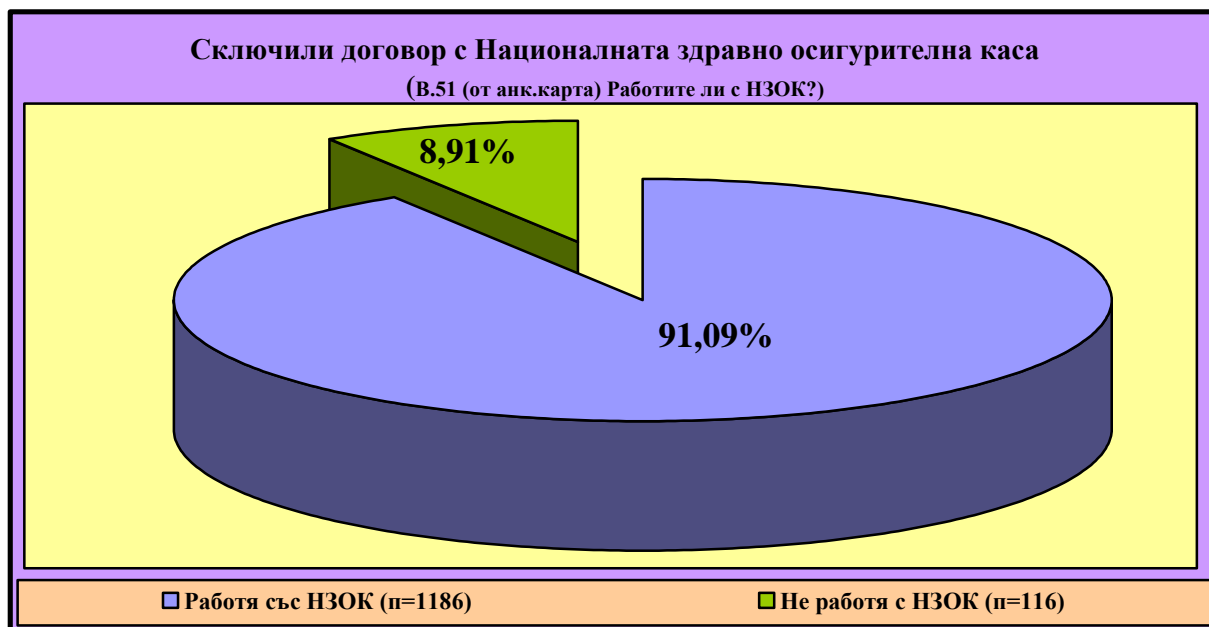
пътя: това, което получават зъболекарите за реално извършената работа от Националната здравноосигурителна каса по утвърдения с нея договор, и на второ място – от получената директно от пациента сума. Между служителите и ръководствата на някои институции съществува взаимно споразумение за заплащане на част от направените за лечението разходи. Фактически това не засяга финансовите приходи на зъболекаря, тъй като той срещу получената сума от болния (директно плащане) издава документ, въз основа на който се реализират взаимоотношенията между болният и неговия работодател.

С утвърждаването на нов модел на здравно осигуряване в страната от 2000 г. зъболекарят влиза в контакт с Националната здравно осигурителна каса, която е и единствен обществен здравноосигурителен фонд. Макар и ограничен и нестимулиращ профилактиката пакет здравни услуги, голям брой от лекарите по дентална медицина сключват договор с Касата. Безспорно това е начин за подобряване на достъпа до дентална помощ, но в същото време не удовлетворява нуждите на пациентите и не допълва в пълен смисъл разходите, вложени от зъболекаря. Такова становище неколнократно посочва и БЗС. Той даже навлиза в по-големи подробности и посочва, че процентът на онова, което се отделя за дентални услуги от общата отпусната в годините на НЗОК сума, се „свива“. Или нищо, че сумата по години нараства, то процентът на грижите за дентална помощ спрямо общите здравни грижи намалява (10).

При така описаните условия данните от нашия анализ показват, че 1186 дентални лекари (91,09%), работещи в собствен кабинет или базирани в несобствен (при различни условия), работят със Здравната каса. По този начин те дават възможност и на онази част от населението, която има недостатъчен семеен бюджет, да покрие част от нуждата от дентална помощ. Работата със Здравната каса част от тези зъболекари обосновават единствено с аргумента, че макар и незначителен и неадекватен на положения труд, приходът попълва финансите на кабинета.

Останалите 116 (8,91%) зъболекари никога не са работили с НЗОК и нямат намерение да сключват договори с нея, защото смятат установените норми за несправедливи към болните и неприемливи за зъболекарите (фиг. 42).

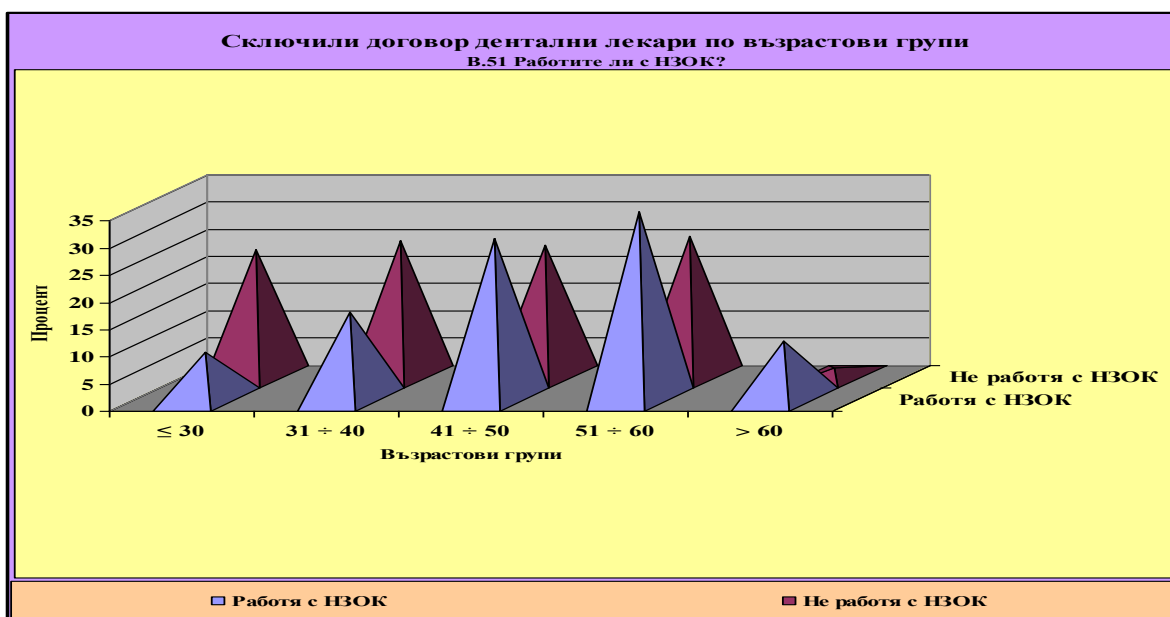
Двадесет и девет от анкетираните не са дали отговор на този въпрос.



Фиг. 42. Разпределение на ЛДМ в зависимост от обвързаността им с НЗОК

Разпределението на лекарите по дентална медицина, сключили и неключили договор с НЗОК, по възраст, където се установява и статистически значима връзка, е отразено на фигура 43.

Статистическата зависимост се изразява в това, че 20,9% от анкетираните във възрастовата група под 30 години не работят и не смятат да работят с НЗОК и само 1,5% от групата над 60 години са на същото мнение. Обратна тенденция се наблюдава при работещите със сключен договор с НЗОК: 79,1% от възрастовата група до 30 години и 98,5% от групата над 60 години (табл. 14).



Фиг. 43. Разпределение на ЛДМ по възрастова група в зависимост от договорните им взаимоотношения с НЗОК

Таблица 14.

Зависимост между възрастта на ЛДМ и наличието на договор с НЗОК

Възрастова група	≤ 30 n (%)	31 ÷ 40 n (%)	41 ÷ 50 n (%)	51 ÷ 60 n (%)	> 60 n (%)	Общо
Работа с НЗОК В. 51от (анк. карта)						
Работя с НЗОК (От създаването ѝ до сега без прекъсване; Работя с касата единствено заради пациентите си)	102 (79,1)	191 (86,8)	350 (92,6)	411 (93,2)	129 (98,5)	1183
Никога не съм работил с касата и не смятам да работя	27 (20,9)	29 (20,9)	28 (7,4)	30 (6,8)	2 (1,5)	116
Общо	129 (100)	220 (100)	378 (100)	441 (100)	131 (100)	1299

$$X^2(4)=40.09, p<0.001$$

Забележка: От 1331 анкетирани двадесет и девет ЛДМ не са посочили отговор на въпроса „Работите ли с НЗОК?“ и трима от отговорилите не са посочили възрастовата група, в която попадат. За това 1299 са включени в разпределението по възрастова група и взаимоотношения с НЗОК.

Реалните цифри за финансирането, което НЗОК отпуска за дентална помощ в отделните години, са отразени на таблица 15.

Таблица 15.

Разпределение на годишния бюджет на НЗОК за дентална помощ по години

Година	Здравноосигурителни плащания за дентална помощ според закона за бюджета на НЗОК
2000-2002	Част от общия бюджет за медицинска помощ
2003	39 800 000 лв.
2004	49 000 000 лв.
2005	57 000 000 лв.
2006	59 823 000 лв.
2007	61 516 000 лв.
2008	67 516 000 лв.
2009	91 363 000 лв.
2010	91 000 000 лв.
2011	94 000 000 лв.
2012	101 394 000 лв.
2013	106 500 000 лв.
2014	120 000 000 лв.

(Източник: Национална здравноосигурителна каса)

Факт е, че макар и минимално, средствата от 2003 до 2014 г. постепенно нарастват, като само през 2010 г. се наблюдава незначителен спад.

Финансовите ресурси на НЗОК за дентална помощ нарастват рязко през 2008/2009 година от 67 516 000 до 91 363 000 лв. (с 23 847 000 лв.) и 2013/2014 година от 106 500 000 лв. до 120 000 000 лв. (с 13 500 000 лв.). Данните, показващи нарастване за периода 2010/2011 г., са нереални, тъй като предходната година размерът на договорената сума е намален с 363 000 лв. (фиг. 44).

Не може да не отбележим факта, че макар и с неголеми суми, държавата е обърната с лице към тази част от здравните нужди на населението. Цялостното състояние у нас обаче не позволява да достигнем средното европейско ниво на страните в ЕС.

Другата страна на този въпрос е как са остойностени денталните услуги, предвидени в НРД.



Фиг. 44. Бюджет на НЗОК за дентална помощ по години

От таблица 16 се вижда, че онова, което заплаща НЗОК за възрастните и подрастващото поколение, е различно. За възрастните през всичките години остава правото на две манипулации и един преглед, като от 2006 г. е добавен още един преглед за бременни. За населението до 18-годишна възраст (по договора за 2000 и 2001 г. до 14-годишна възраст) остават четири манипулации и един преглед.

Остойносттаването (общата договорена сума) за различните години е различно. От 2003 г., когато е 33,30 лв. за възрастните (над 18-годишна възраст), то нараства близо два пъти през 2009 г. (66,74 лв.) и става 75,38 лв. за 2013 и 2014 г. (табл. 18). Тези данни за децата показват, че ако през 2003 г. сумата е 120,30 лв., през 2009 г. е 186,57 лв. (нараства с 66,27 лв.), а през 2014 г. е вече 196,23 лв. (табл. 18). На фигура 45 е показано каква част от договорената сума отпуска НЗОК за възрастни, а на фигура 46 – каква е сумата, отпускана от НЗОК за деца.

Таблица 16.

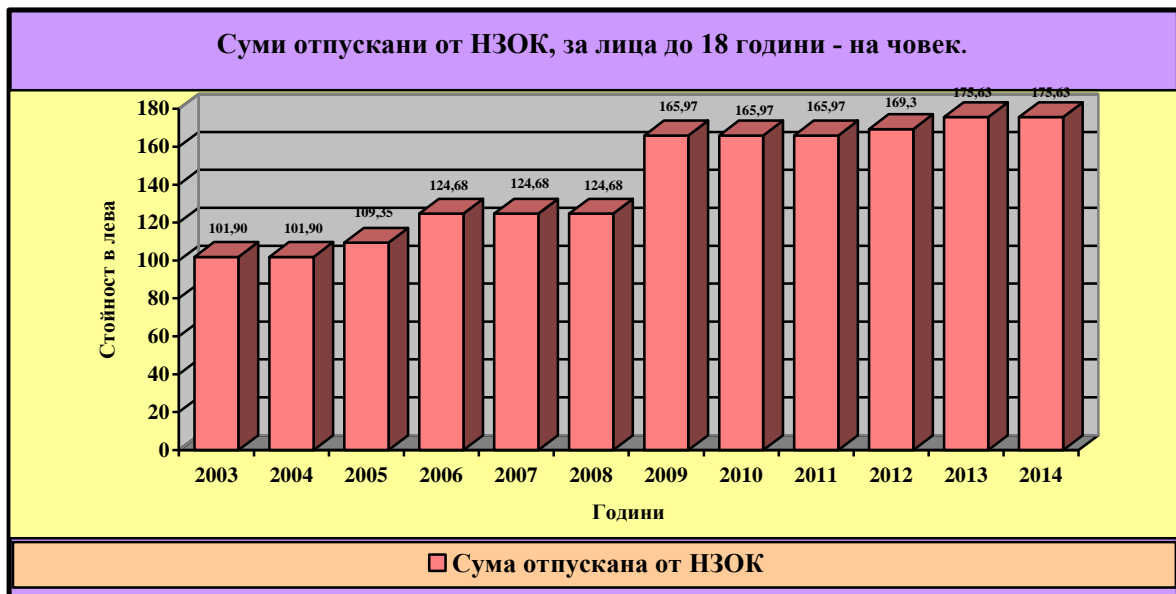
Разпределение на паричните суми за общопрактикуващите дентални лекари, договорени и отпускани от НЗОК за деца и възрастни – на човек

Година на НРД	Обща договорена сума за манипулация (лв.)		Сума, заплащана от НЗОК (лв.)	Доплащане от пациента (лв.)
2003	Над 18 години	33,30	25,20	8,10
	До 18 години	120,30	101,90	18,40
2004	Над 18 години	Не се подписва НРД. В сила е договорът от 2003 г.		
	До 18 години			
2005	Над 18 години	36,11	25,31	10,80
	До 18 години	131,00	109,35	21,65
2006	Над 18 години	48,78	35,58	13,20
	До 18 години	148,48	124,68	23,80
2007	Над 18 години	Не се подписва НРД. В сила е последният подписан НРД		
	До 18 години			
2008	Над 18 години			
	До 18 години			
2009	Над 18 години	66,74	55,14	11,60
	До 18 години	186,57	165,97	20,60
2010	Над 18 години	66,74	55,14	11,60
	До 18 години	186,57	165,97	20,60
2011	Над 18 години	66,74	55,14	11,60
	До 18 години	186,57	165,97	20,60
2012	Над 18 години	70,00	58,40	11,6
	До 18 години	189,97	169,37	20,6
2013	Над 18 години	75,38	63,78	11,60
	До 18 години	196,23	175,63	20,60
2014	Над 18 години	75,38	63,78	11,60
	До 18 години	196,23	175,63	20,60

Източник: НЗОК – официален сайт, www.nhif.bg



Фиг. 45. Разпределение на отпусканите от НЗОК суми по години за възрастни (над 18 години)



Фиг. 46. Разпределение на отпусканите от НЗОК суми по години за деца (до 18 години)

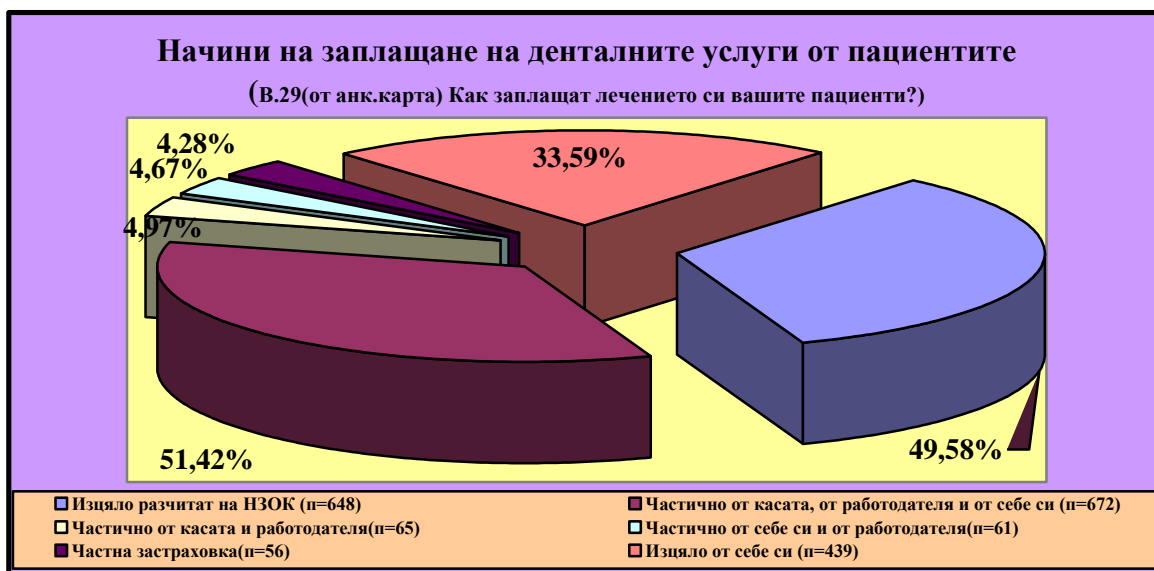
Пропорционално на общото остойносттаване, се увеличава делът, който заплаща Касата и доплащат болните. И оттук личи стремежът на правителствата и ангажираните институции да се опитват да индексират стойностите в съответствие с настъпилите социално-икономически промени в страната (фиг. 47). Недостатък на това заплащане все още остава, че то не е напълно съобразено с рязкото нарастване на цените на използваните за съвременно адекватно лечение консумативи. Ярък пример е, че остойносттаването както при възрастни, така и при деца за obtуриране на кавитетите е изчислено не върху съвременно използваните фотополимери, а върху по-малко използваните амалгама и химиополимери. Така излиза, че ако пациентите не заплащат различията в стойността на едните и другите obtуровъчни материали извън това, което посочва НЗОК, тази разлика остава за сметка на зъболекаря. Тогава един път е нараснала цената на амалгамата и химиополимерите, а индексирането на цените по Касата изостава от реалния разход, още повече че те не са изчислени за фотополимери, чиято стойност е много по-висока.

Макар и ограничен пакетът на НЗОК за дентална помощ, според 49,58% (648) от отговорите на анкетиранияте, пациентите им „изцяло разчитат“ на тези средства. Най-голям е делът на отговорите 51,42% (672), според които пациенти разчитат „частично на касата, на работодателя и на себе си“ и при 4,97% (65 отговора) пациентите разчитат „частично на касата и на работодателя“.

Не малък е обаче процентът 33,59% или 439 отговора, според които пациентите разчитат изцяло на себе си при заплащане на денталните услуги (фиг. 48).



Фиг. 47. Сравнителна характеристика на сумите, отпускани от НЗОК за деца и възрастни 2003-2014 г.



Фиг. 48. Начини на заплащане на денталните услуги от страна на пациентите

Забележка: Попълнените анкетни карти на този въпрос са 1307. Анкетираните са отбелязвали по повече от един отговор (1941)

Не би трябвало да пропускаме, че в договорните споразумения е отделено внимание и на част от изискващата спешност хирургична помощ, която също не е остойностена по достойнство. В тази насока данните са отразени в таблица 17.

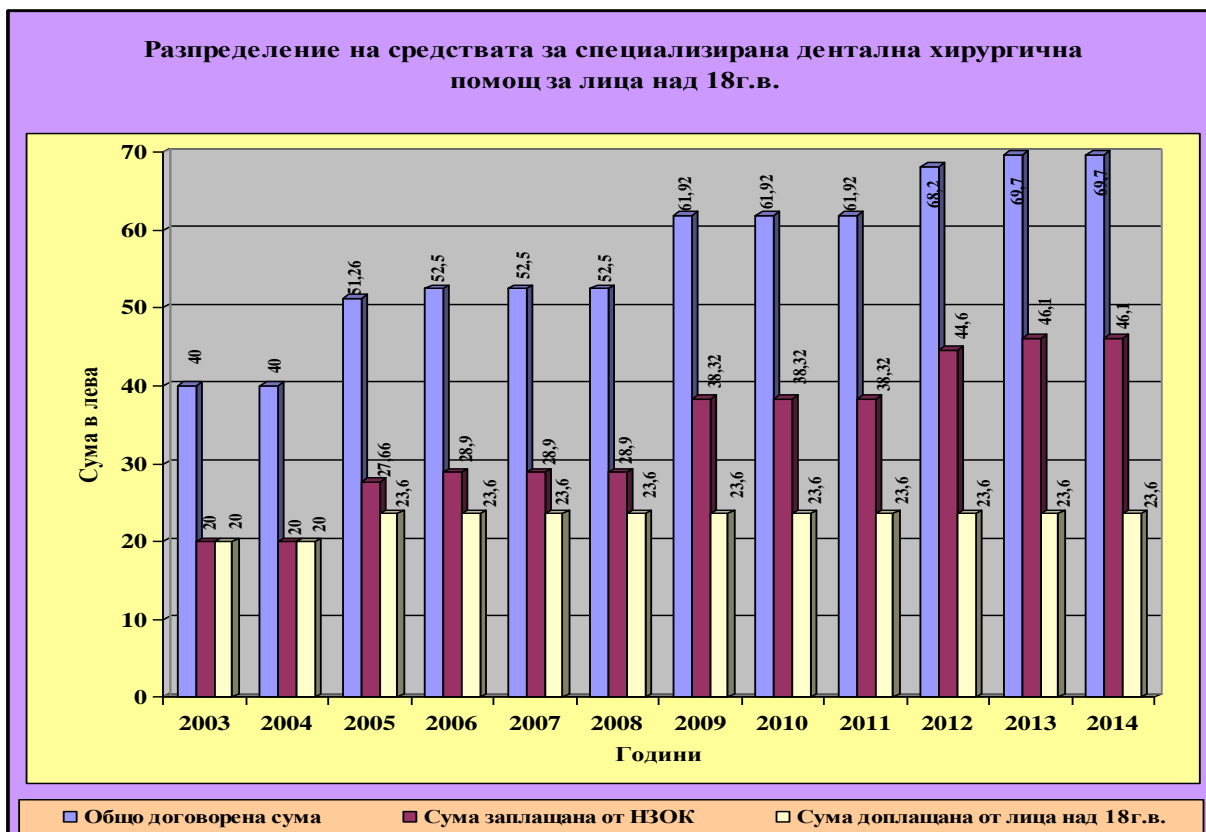
Таблица. 17.

Разпределение на паричните суми за денталните лекари със специалност орална хирургия, договорени и отпускани от НЗОК за деца и възрастни – на човек

Година на НРД	Обща договорена сума за манипулация (лв.)	Сума, заплащана от НЗОК (лв.)	Доплащане от пациента (лв.)	
2003	До 18 години	40,00	20,00	20,00
	Над 18 години	40,00	32,00	12,00
2004	До 18 години	Не се подписва НРД. В сила е договорът от 2003 г.		
	Над 18 години			
2005	До 18 години	51,26	27,66	23,60
	Над 18 години	51,26	40,36	10,90
2006	До 18 години	52,50	28,90	23,60
	Над 18 години	52,50	41,90	10,60
2007	До 18 години	Не се подписва НРД. В сила е последният, подписан НРД		
	Над 18 години			
2008	До 18 години			
	Над 18 години			
2009	До 18 години	61,92	38,32	23,60
	Над 18 години	61,92	51,32	10,60
2010	До 18 години	61,92	38,32	23,60
	Над 18 години	61,92	51,32	10,60
2011	До 18 години	61,92	38,32	23,60
	Над 18 години	61,92	51,32	10,60
2012	До 18 години	68,20	44,60	23,60
	Над 18 години	68,20	57,60	10,60
2013	До 18 години	69,70	46,10	23,60
	Над 18 години	69,70	59,10	10,60
2014	До 18 години	69,70	46,10	23,60
	Над 18 години	69,70	59,10	10,60

(Източник: НЗОК – официален сайт: www.nhif.bg)

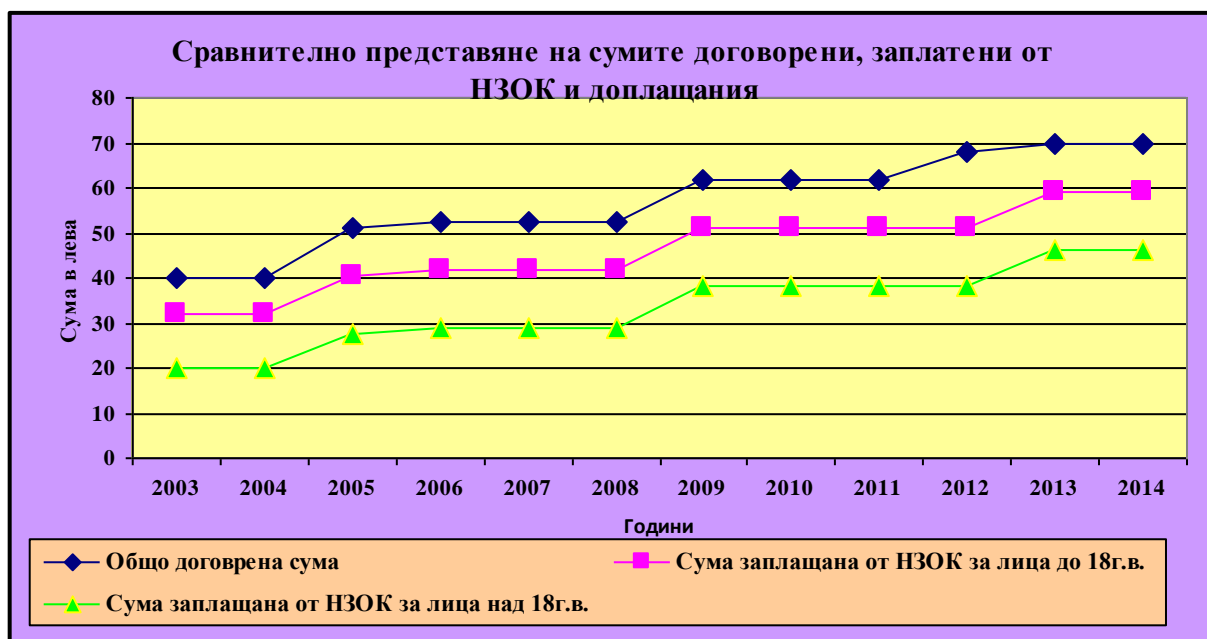
Така например, ако сумата, договорена за специализирана хирургична дентална помощ, през 2003 г. е била 40,00 лв. (20,00 лв. от НЗОК и 20,00 лв. доплаща пациентът за възрастни, и 32,00 лв. от НЗОК и 12,00 лв. доплаща пациентът за деца), то през 2014 г. сумите нарастват съответно на 69,70 лв. (договорена сума), от които НЗОК заплаща 46,10 лв. за възрастни и 59,10 лв. за деца. Остатъкът до договорената сума се доплаща от болните (фиг. 49, 50, 51).



Фиг. 49. Разпределение на договорените суми за специализирана хирургична дентална помощ при лицата над 18 г.



Фиг. 50. Разпределение на договорените суми за специализирана хирургична дентална помощ при лицата до 18 г.



Фиг. 51. Сравнително разпределение на средствата за специализирана хирургична дентална помощ между НЗОК и пациентите до и над 18 г. на база обща договорена сума

В Националния рамков договор съществува и пакет от услуги и заплащания при нужда от специализирана детска дентална помощ, който остава непроменен от 2009 до 2014 г. (табл. 18).

Таблица 18.

Разпределение на средствата, предвидени по рамков договор за специализирана детска дентална помощ

Година на НРД	Обща договорена сума за манипулация (лв.)	Сума, заплащана от НЗОК (лв.)	Доплащане от пациента (лв.)
2009	205,29	184,69	20,60
2010			
2011			
2012			
2013			
2014			

(Източник: НЗОК – официален сайт: www.nhif.bg)

По данни на анкетиранията тази услуга почти не намира реализация в практиката. Причините са две. Притежаващите специалност детска дентална медицина извършват поливалентна работа, защото трудно биха издържали кабинет само с приходите от изпратени деца с направление от

общопрактикуващи зъболекари. Втората причина е, че голям обем от посочената в договора дентална помощ за деца, поливалентно практикуващите са принудени да извършват сами, за да не намаляват приходите си.

Заслужава да отбележим, че и желанието на БЗС да се разшири броят на извършваните от зъболекаря дейности в рамките на сега посочените от НЗОК, е напълно основателно. Те приемат, че в тази форма „пакетът за дентални услуги за здравноосигурените лица над 18-годишна възраст е символичен и абсолютно недостатъчен“ (10).

От всички изложени данни проличава всеобщото становище, на Българския зъболекарски съюз и анкетиранияте, че сегашната форма на регламентиране на денталната помощ е несъвършена. Недостатъците в нея са многопосочни и могат и трябва да бъдат решени в близко бъдеще съобразно бюджетните възможности на страната.

3. Участие на населението при заплащане на дентални услуги

Доплащания в рамките на пакета по НЗОК

Директни плащания извън пакета по НЗОК

Приходите, получени като директни плащания от пациента, всъщност са основните, които постъпват в денталния кабинет и осигуряват покриването на по-голям процент от разходната част. Доплащането е в рамките на пакета по договор с осигурителния фонд. Директно е заплащането на всички дейности извън договорените с Фонда, а при неосигурените лица директно се заплащат всички извършени дентални услуги. Директните плащания като обем са много повече, но има затруднения при получаване на точна информация за тях. Денталните лекари не са склонни да дават такава информация, с оглед на това, че те може и да не отчитат счетоводно всички тези приходи.

В съответствие с квалификацията, знанията и уменията на практикуващия, в условията, при които се провежда лечението (оборудването на кабинета, съвременни медикаменти, наличие или не на помощен персонал) и социално-битовата характеристика на района, в който се работи (вж. данните от литературния обзор), цените на денталните услуги при отделните нозологични единици са различни. Това диктува стремежа на всеки един дентален лекар да усъвършенства своята дентална практика, да обогати своите знания, да модернизира използваната апаратура и да търси по-качествени материали и медикаменти. Тази заинтересованост при плановата икономика в известен смисъл е занижена. Не бива обаче да се смята, че в онова време стремеж за усъвършенстване и подобряване на качеството на услугата е липсвал, за което говорят провежданите множество форми на специализация (зачисляване по установения ред, индивидуални обучения в окръжни бази, мобилен широк контакт с лекари и зъболекари с различна специалност), всички те са покрити с държавно финансово обезпечаване.

Плановото разпределение на средствата за оборудване обаче невинаги съответства на желанието на денталния лекар. Държавният бюджет за осигуряване на денталното здраве беше разхвърлян в много разходни посоки. Зъболечението беше безплатно за пациента, което означава, че всички, свързани с това разходи, поема държавата. Големи средства се отделят за детското здравеопазване (почти всяко по-голямо училище има собствен дентален кабинет, а работещите в общинските здравни служби по график обслужват учениците).

Всички тези разходи днес са за сметка на денталния лекар. Към момента окръжните дентални поликлиники със своите специализирани отделения базирани в държавни заведения не съществуват. Цялата дейност днес се поема от работещите в населеното място лекари по дентална

медицина, които сами осигуряват средствата за всичко свързано с изграждането и функционирането на кабинета.

ДИСКУСИЯ

Развитието на денталната практика в България през последните десетилетия доведе до основни промени на собствеността върху здравните заведения, участие в трипартитен⁸⁵ модел на социално и здравно осигуряване, технологично обновяване и пазарен характер на професионалната дейност и професионалните взаимоотношения (33), обособяване на социо-професионалната група на лекарите по дентална медицина като автономна регулирана професия (41).

След установяване на принципите на пазарната икономика организацията на денталната практика и дейност в България, се осъществява подобно на други страни с такава икономика (20, 86, 103, 105, 125).

Това дава основание да приемем, че основните тенденции в организацията и управлението на денталната практика, под влияние на факторите от социално-икономическата среда, са сходни. Затова този труд има за задача да изучи динамиката на социо-професионалния статус на лекарите по дентална медицина в България, да разкрие факторите, които обуславят развитието на денталната практика, и да формулира тенденциите в развитието на пазара на дентални услуги в контекста на социално-икономическото развитие.

Обсъждане по задача 1: „Изучаване динамиката на социо-професионалния статус на лекарите по дентална медицина в България“

Като цяло броят на лекарите по дентална медицина плавно расте както в Европа, така и в България. По данни на K. Eaton и Jos van den Heuvel (137) през 1998 г. броят на денталните лекари в Европа е 226 000, а според Elizabeth Treasure et al. от Council of European Dentists през 2008 г., техният

⁸⁵ „Трипартитен“: Тристранен, с участие на държава, работник и работодател

брой е 407 004 регистрирани и 349 640 активно практикуващи (104). За този период в България от 6778 (през 2000 г.) лекарите по дентална медицина нарастват на 7858 (през 2008 г.). Нарастването на броя на ЛДМ не означава повишаване на търсенето на дентални грижи, тъй като финансовите възможности на потребителите са ограничени. Това води до драстични миграционни процеси при практикуващите лекарите по дентална медицина, които напускат малките населени места и се базират предимно в големите градове. Расте и броят на мигриращите в други страни зъболекари (95).

Разпределението на ЛДМ по пол според нашето проучване е 71,88% жени към 28,12% мъже (3:1 в полза на жените). Спрямо същото разпределение в Европа тенденцията у нас е обратна – в Европа средното съотношение е 1:3 в полза на мъжете (40). Процентът на жените лекари по дентална медицина за Европа през 2008 г. варира от 22% в Швейцария до 88% в Латвия по данни на Council of European Dentists (103, 104). У нас въпреки по-големия брой жени сравнителните данни за последните няколко години показват явна тенденция към дефеминизация на професията. Ако през 1990 г. жените съставляват 75% от активно практикуващите ЛДМ (95), то по данните на БЗС за 2011 г. жените са 63,09% от активно практикуващите зъболекари (8).

Що се отнася до възрастовата структура на регистрираните зъболекарски кадри у нас, данните ни показват тенденция за непрекъснато нарастване на възрастта на все още работещите кадри, дори след пенсионна възраст. От участвалите в проучването 515 са на възраст над 51 години, като от тях 118 са над 61-годишна възраст. Или, средната възраст на денталните лекари за страната расте – от 39,7 години за 1997 г. до 41,7 години за 2008 г. (95)⁸⁶.

⁸⁶ В София-град професията бележи „подмладяване” – от 40,7 години средна възраст през 1997 г., до 39,0 години за 2008 г. Този резултат се дължи и на факта, че София е университетски град и ново-завършилите лекари по дентална медицина масово се регистрират в София.

Интересен е фактът каква част от зъболекарите са с призната специалност и каква част от тях работят като поливалентни без специалност. Най-големият дял от ЛДМ, взели участие в националното проучване, не притежават призната специалност – 631 ЛДМ (52,59%). ЛДМ с признати специалности се разпределят: 460 (62,42% поливалентна дентална медицина; 129 (17,50%) – детска дентална медицина; 40 (5,43%) – орална хирургия, 42 (5,70%) – оперативно зъболечение и ендодонтия; 37 (5,02%) – протетична дентална медицина; 11 ЛДМ (1,49%) – ортодонтия; 12 (1,63% – пародонтология; 6 (0,81%) – ЛЧХ. Те са в унисон с Европейското законодателство, което признава към 1999 г. специалностите: орална хирургия, ортодонтия, пародонтология, протетика, ендодонтия, обществено дентално здраве, детска дентална медицина, орална медицина, орална патология, кариесология, орална радиология, бактериология и оклузални смущения (оклузодонтия), а към 2011 г. – само две: орална хирургия и ортодонтия (86, 137).

В реална среда обаче много малка част от придобилите специалност не работят като поливалентни. Такава тенденция се наблюдава в повечето европейски страни. Проучвания на Reese, Lipton и на Farrel потвърждават основната тенденция към поливалентна работа и загуба на интерес към специализации (87, 123). За България данните са за нарастване дела на поливалентната дентална помощ от 49,3%, през 1990 г. до 82% през 2011 г. и свиване на строго специализираната (33, 70).

Обсъждане по задача 2: „Дефиниране на понятието Дентална практика и разкриване на факторите, които обуславят развитието на денталната практика към настоящия момент“

Промените в обществено икономическите условия в преходния период доведоха до промяна в организацията на денталната практика – собствеността и оборудването. Промяната на собствеността и подновяването

на оборудването е важен индикатор за развитието на денталните практики в новоустановените пазарни отношения. Постепенното нарастване на броя на собствениците на денталните кабинети логично води и до подновяване на оборудването и подобряване на материалната база – закупуват се обширни частни кабинети, нови юнити, рентгенови апарати и т. н. Съвременната дентална практика се оборудва с все по-голям набор от апаратура: УЗ апарат, автоклав, фотополимерна лампа, апарат за йонофореза, лазер апарат и други. Тенденцията за технологични иновации, окомплектоване и развитие на денталния екип се потвърждава и от други изследвания на чуждестранни автори (114, 140). В новозакупени дентални кабинети работят 11,21% (138 анкетирани), 22,66% (279 от отговорите) – с нови дентални юнити, 4,79% (59 ЛДМ) – са с нови рентгенови апарати, и 54,51% (671) са закупили нова друга апаратура. Рязко се увеличава броят на практиките, разчитащи на компютърна обработка на данните и електронния им обмен. С нови компютри работят 671 (56,21%). Такава тенденция се наблюдава и в другите европейски страни (M. Nasser).

Анкетираните са започнали своята професионална дейност при различни социално-икономически и управленски условия. Най-голяма част – 998 ЛДМ (75,38%), са започнали своята практика в държавно здравно заведение при съществуващата планова икономика и едва след реформата преминават в условията на частна практика, при пазарната икономика. Останалите започват своята практика в условията на пазарна икономика, като 9,29% (123-ма), стартират в собствен частен кабинет, 153 (11,55%) като работещи под една или друга форма в чужд кабинет.

В страни като Белгия, Франция, Германия, Италия, Нидерландия, Люксембург, Португалия, Испания ЛДМ започват трудовия си стаж в частния сектор при съществуващата там пазарна икономика (137). Такава е тенденцията и у нас с оглед на установилия се почти 100% частен сектор на денталния пазар. В страни с по-развит обществен сектор по-голям дял от

ЛДМ започват работа на заплата в него – Норвегия, Швеция, Великобритания (137).

Изостава използването на помощен персонал в денталните кабинети. Причините за това може да се търсят в необходимостта от допълнителни разходи за този персонал – възнаграждения и осигуровки. Несработването на денталния екип също може да е причина за самостоятелна работа. Над половината от денталните лекари в нашето изследване работят без помощен персонал 685 (52,41%) (70). Все по-малко ЛДМ са склонни да наемат хигиенисти на работа. Във Финландия и Дания използват клинични зъботехници. Слабо се използват „асистентите на стол“ в Белгия, Франция, Люксембург. Широко се използва помощен персонал във Великобритания (104, 137). В Норвегия например ЛДМ предоставят около 40% от времето на хигиенистите, като им делегират редица дейности, 60% от ЛДМ смятат за правилно делегирането на повече права, но само според 21% от тях мястото на хигиенистите е на входната врата при денталното лечение (75).

Обсъждане по задача 3: „Формулиране тенденциите в развитието на пазара на дентални услуги в контекста на социално-икономическото развитие на страната“

Независимо от установения модел на пазар на денталните услуги във всички страни съществува общественото финансиране. То е необходимо, за да се осигури равен достъп до здравеопазване за населението при ниска платежоспособност на индивида (135). С утвърждаване на здравноосигурителния модел в България се основава и НЗОК като фонд за обществено финансиране на здравеопазването. За разлика от другите страни в България този фонд се оказва единствен за дълъг период от време и крайно недостатъчен за денталната помощ. В отделните страни по различен начин е организирано реимбурсирането на пациентите при дентално лечение, както и чрез различни форми на финансиране са оформени групи от населението,

подлежащи на преференциално лечение в обществения и частния сектор (104, 137). Подобно на другите страни и у нас пакетът, покриващ дентално лечение за деца до 18 години, е по-разширен и стимулиращ навременното лечение на денталните заболявания. Макар и ограничен, този пакет е в основата на доброволното сключване на договор с НЗОК. По данни на настоящото национално проучване 91,09% от ЛДМ са сключили такъв договор. По този начин те подобряват и достъпа до денталната помощ. Подобно на ситуацията във Великобритания (137) ограничаването на средствата, отпуснати за дентална помощ, влияе негативно върху желанието за обвързване със здравния фонд. Това се потвърждава от големия процент пациенти, които „изцяло разчитат на НЗОК“ за своето дентално лечение по мнение на 49,58% от ЛДМ. Далече сме от реимбурсирането на пациентите в рамките на 70-80% от заплатеното за дентална помощ, подобно на Франция, Нидерландия и др. (137). Така държавата в нашата страна в лицето на единствения фонд – НЗОК, се оказва длъжник както на пациентите, така и на лекарите по дентална медицина.

Върху достъпа, респективно използваемостта на денталната помощ, влияние оказва естествено демографската характеристика и социално-икономическото развитие на всеки район. Това се потвърждава от Alain Moutarde, Ramond A. Kuthy, Susan C. McKernan et al. (97, 105). Установяването на използваемостта на денталната служба е основа за прогноза за развитието ѝ (43).

Данните от проучването посочват, че в новите условия на осигуряване и използване на дентална помощ все по-често се налага пациентът да е активна страна при вземането на решения за определен вид лечение – 16,51%. 19,00% от лекарите по дентална медицина определят пациентите си като променили отношението си към собственото си здраве, но 64,49% от ЛДМ смятат, че пациентите все още не са.

Новите технологии и материали в практиката, както и непрекъснато увеличаващите се критерии за качество на живот водят до това, че в развитите страни се увеличава използваемостта на денталната служба (85). На територията на ЕС европейците посещават зъболекарите редовно⁸⁷. Данните, публикувани през 2003 г., са категорични, че около 60% от европейците са посетили зъболекар през предходните дванадесет месеца (103). През 2007 г., европейците посещават денталните кабинети различно: в Италия – 51,3%; Испания – 41,7%; Португалия – 35,5%; Гърция – 48,6%, в някои страни посещаемостта в денталните кабинети нараства – Германия – 73,3%; Холандия – 81%; Люксембург – 79,7% (87, 101, 102, 105).

У нас данните за периода 1990-2000 г. са неблагоприятни (43).

За 2010 г., по данни от доклада на Генералната дирекция по здравеопазване Гладков посочва, че 45% от пациентите са посетили зъболекар, при средно за ЕС 57% (18).

⁸⁷ Най-рядко (Италия 51.3%, Испания 41.7%, Португалия 35.5%, и Гърция 48.6%), докато тези в Германия (73. 3%), Холандия (81.0%) и Люксембург (79,7%)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Новите пазарни условия, в които се развива денталната практика, поставят денталния лекар пред нови предизвикателства. Основна цел е осигуряването на достъпно качествено зъболечение. Реалностите, в които се намира и се развива денталната практика, засягат всички лекари по дентална медицина и техните пациенти.

Във връзка с първата задача се наблюдава трайна тенденция за намаляване на броя и застаряване на населението в страната и увеличаване на броя на денталните лекари. В същото време със значителни темпове продължава започналата още преди реформата урбанизация на населението. И преди, и след осъществените реформи, водещо за разпределението на денталните кадри е местонахождението на населението. Ако преди реформите за нуждите на доброто, повсеместно лечение на пациентите се е грижела държавата, то в пазарните условия придвижването на пациентите, тяхната покупателна способност, както и икономическото развитие на регионите, са определящи за разполагането на денталните практики и за броя на лекарите по дентална медицина, работещи в тях.

От направеното изследване се потвърди неравномерното разпределение на зъболекарите в отделните региони на страната. Лекарите по дентална медицина търсят да реализират своите знания и умения в по-гъсто населените и икономически по-развити региони с повече и по-платежоспособно население.

Новите условия, при които „откъсването“ от практиката е равносилно на реализирани загуби за кабинета и лично за денталния лекар, го принуждават да работи без специалност, а при наличие на такава – да работи поливалентно.

Пазарът е този, който предполага увеличаването на броя на груповите практики в бъдеще, с оглед по-високите съвременни изисквания за оборудване и модерно дентално лечение и все по-малките възможности на отделния лекар по дентална медицина.

Във връзка с втората задача, независимо от начина на практикуване, е установена трайна тенденция към работа като титуляр в собствен кабинет, преоборудване на денталните кабинети, както и работа без помощен персонал – факт, дължащ се по-скоро на пазарните регулативни механизми и възможности на ЛДМ, отколкото на тяхното желание. Това е тенденция, характерна не само за нашата страна (103, 104, 105).

Във връзка с формулиране на тенденциите в развитието на пазара на дентални услуги (задача трета) се установява, че публичното финансиране на дентална помощ е особено чувствителен въпрос. Той е уреден по различен начин в различните страни. Смесената система на финансиране на денталната помощ у нас се оказва недостатъчно ефективна и за двете страни – пациента и лекаря. Наблюдава се противоречие с другите страни – Великобритания, Франция, Нидерландия (135, 137). Едновременно с по-ниските доходи, по-високата безработица, с по-застаряващо население, единственият здравноосигурителен фонд в лицето на НЗОК отпуска минимален пакет средства за заплащане на денталното лечение на населението. Независимо че в годините заплащаната сума от НЗОК за дентално лечение неравномерно нараства, тя е недостатъчна. Остават изключени групи. Стеснено е търсенето. Средствата за дентално лечение не удовлетворяват и пациентите, и лекарите и в другите страни, но с времето е постигнат баланс (по различен начин) за заплащане и реимбурсиране, така че да се повиши достъпността на пациентите до дентална помощ, което може да бъде прилагано в съответствие с условията в България.

ИЗВОДИ

1. Денталните практики показват развитие и финансовите им резултати са такива, че да се обновяват и усъвършенстват.
2. Развитието на денталните практики показва екстензивен характер: увеличава се техният брой, както и броят на денталните лекари, докато броят на практиките с повече от едно работно място остава незначителен, както е незначителен и броят на специализиращите лекари по дентална медицина.
3. На фона на намаляването на броя на населението се забелязва ръст на новорегистрираните дентални практики, което предполага «свиване» на потреблението на дентални услуги.
4. Денталните практики работят предимно като поливалентни, дори и в случаите, когато титулярите са специалисти, което косвено показва “стесняване” на пазара на дентални услуги.
5. Формата на организация „сам в собствен кабинет“ преобладава, но се забелязват и признаци на коопериране като форма на повишаване на конкурентоспособността.
6. Развитието на практиките се проявява по-скоро технологично, отколкото чрез развитие на екипа.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1: Анкетна карта⁸⁸ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ, ФАКУЛТЕТ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА КАТЕДРА ПО ОБЩЕСТВЕНО ДЕНТАЛНО ЗДРАВЕ

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми колеги, това ново изследване цели да покаже нивото на лечебно-диагностичната база и професионалното развитие на лекарите по дентална медицина (ЛДМ) в България, като член на ЕС. Анкетата е представителна за цялата страна. Анкетата е анонимна.

Моля отбележете в избраният от Вас отговор с „X“. За въпросите с повече от един отговор има изрично указание.

Въпроси	Отговори
1. Къде завършихте висше образование по дентална медицина?	<input type="checkbox"/> 1. Ф-т по дентална медицина София <input type="checkbox"/> 2. Ф-т по дентална медицина Пловдив <input type="checkbox"/> 3. Ф-т по дентална медицина Варна <input type="checkbox"/> 4. Ф-т по дентална медицина в чужбина
2. През коя година завършихте висше образование по дентална медицина?	Моля впишете годината. Г.
3. Къде започнахте работа като дентален лекар?	<input type="checkbox"/> 1. В държавно здравно заведение <input type="checkbox"/> 2. В собствен частен кабинет (клиника) <input type="checkbox"/> 3. Едновременно в държавно здравно заведение и в собствен частен кабинет <input type="checkbox"/> 4. В частен кабинет при друг ЛДМ <input type="checkbox"/> 5. Едновременно в държавно заведение и в частен кабинет при друг ЛДМ
4. Колко години общо работите като лекар по дентална медицина (стоматолог)?	Моля впишете години
5. Какви други професионални дейности извършвате /сте извършвали? (посчете всеки верен отговор)	<input type="checkbox"/> 1. Работя само като ЛДМ <input type="checkbox"/> 2. Преподавателска <input type="checkbox"/> 3. Консултантска <input type="checkbox"/> 4. Издателска <input type="checkbox"/> 5. Търговска <input type="checkbox"/> 6. Фотография <input type="checkbox"/> 7. Друга (моля впишете)
6. Къде е разположен кабинетът, в който работите сега?	<input type="checkbox"/> 1. В помещение от жилището, в което живея <input type="checkbox"/> 2. В самостоятелно собствено помещение <input type="checkbox"/> 3. В наето помещение <input type="checkbox"/> 4. В наето самостоятелно жилище <input type="checkbox"/> 5. В частен медицински център <input type="checkbox"/> 6. В частен дентален център <input type="checkbox"/> 7. Друго (моля впишете)

⁸⁸ Модифицирана анкетна карта, съставена и приложена в дисертационен труд и последващо лонгитудинално изследване на Л. Катрова (1997, 2001, 2004, 2008)

7. Каква е приблизителната площ на помещенията?	<input type="checkbox"/> 1. кабинета м ² <input type="checkbox"/> 2. чакалнята. м ² <input type="checkbox"/> 3. други помещения. м ² Избройте помещенията.....
8. С каква марка и колко дентални юнита работите сега?	<input type="checkbox"/> 1. Медия <input type="checkbox"/> 2. ЮС 7 <input type="checkbox"/> 3. ЮС 5 <input type="checkbox"/> 4. КАВО <input type="checkbox"/> 5. СИМЕНС <input type="checkbox"/> 6. ХИРАНА <input type="checkbox"/> 7. друга. (моля напишете)
9. От коя година е тази апаратура?	Моля напишете годината. Г.
10. С кои от следните апарати и лаборатории разполагате към денталния кабинет, в който работите сега? (посочете всеки верен отговор)	<input type="checkbox"/> 1. Зъботехническа лаборатория <input type="checkbox"/> 2. Дентална физиотерапия <input type="checkbox"/> 3. Зала за здравно възпитание <input type="checkbox"/> 4. Рентген за сегментни снимки <input type="checkbox"/> 5. Рентген за ортопантомографии <input type="checkbox"/> 6. Фотополимерна лампа <input type="checkbox"/> 7. Набор по имплантология <input type="checkbox"/> 8. УЗ-апарат <input type="checkbox"/> 9. Автоклав <input type="checkbox"/> 10. Дестилатор <input type="checkbox"/> 11. Лазер-апарат <input type="checkbox"/> 12. Апарат за йонофореза <input type="checkbox"/> 13. Друга.
11. С какъв помощен персонал работите? (посочете всеки верен отговор)	<input type="checkbox"/> 1. Сестра на частичен работен ден <input type="checkbox"/> 2. Сестра на пълен работен ден <input type="checkbox"/> 3. Санитар на частичен работен ден <input type="checkbox"/> 4. Санитар на пълен работен ден <input type="checkbox"/> 5. Регистратор на частичен работен ден <input type="checkbox"/> 6. Регистратор на пълен работен ден <input type="checkbox"/> 7. Не работя с помощен персонал <input type="checkbox"/> 8. С друг помощен персонал.
12. Има ли сестринско образование сестрата, с която работите?	<input type="checkbox"/> 1. Да <input type="checkbox"/> 2. Не <input type="checkbox"/> 3. Не работя със сестра
13. Какво допълнително обучение смятате, че е необходимо на сестрата, с която работите? (посочете всеки верен отговор)	<input type="checkbox"/> 1. Нови методи за стерилизация <input type="checkbox"/> 2. Нови obtуровъчни материали <input type="checkbox"/> 3. Първа помощ и грижа за пациента <input type="checkbox"/> 4. Работа на четири ръце <input type="checkbox"/> 5. Манипулации в устата на пациента <input type="checkbox"/> 6. Здравно възпитание на пациента <input type="checkbox"/> 7. Работа с компютър <input type="checkbox"/> 8. Не смятам, че е необходимо такова <input type="checkbox"/> 9. Не работя със сестра
14. Най-често колко дни от седмицата работите като дентален лекар?	<input type="checkbox"/> 1. 1-2 дни <input type="checkbox"/> 2. 3-4 дни <input type="checkbox"/> 3. 5 дни <input type="checkbox"/> 4. 6 дни <input type="checkbox"/> 5. 7 дни

15. Обикновено по колко часа дневно работите като лекар по дентална медицина? А) От понеделник до петък?	<input type="checkbox"/> 1. По 5 часа дневно <input type="checkbox"/> 2. 6-7 часа дневно <input type="checkbox"/> 3. 8 часа дневно <input type="checkbox"/> 4. Повече от 8 часа дневно
Б) В събота?	<input type="checkbox"/> 1. Не работя в събота <input type="checkbox"/> 2. По 5 часа дневно <input type="checkbox"/> 3. 6-7 часа дневно <input type="checkbox"/> 4. 8 часа дневно <input type="checkbox"/> 5. Повече от 8 часа дневно
В) В неделя ?	<input type="checkbox"/> 1. Не работя в неделя <input type="checkbox"/> 2. По 5 часа дневно <input type="checkbox"/> 3. 6-7 часа дневно <input type="checkbox"/> 4. 8 часа дневно <input type="checkbox"/> 5. Повече от 8 часа дневно
16. Колко дни отделихте за почивка през изминалата календарна година?	<input type="checkbox"/> 1. Не почивах <input type="checkbox"/> 2. Ползвах редовен годишен отпуск. дни <input type="checkbox"/> 3. Ползвах отпуск по болест. дни
17. Изпращате ли Ваши пациенти за консултации при специалист?	<input type="checkbox"/> 1. Често <input type="checkbox"/> 2. Рядко <input type="checkbox"/> 3. Много рядко <input type="checkbox"/> 4. Никога
18. Изпращате ли Ваши пациенти за лечение при специалист?	<input type="checkbox"/> 1. Често <input type="checkbox"/> 2. Рядко <input type="checkbox"/> 3. Много рядко <input type="checkbox"/> 4. Никога
19. Приемате ли деца за дентално лечение?	<input type="checkbox"/> 1. Лекувам деца предимно <input type="checkbox"/> 2. Често <input type="checkbox"/> 3. Рядко <input type="checkbox"/> 4. Почти никога
20. Каква дентална специалност притежавате? (посочете всеки верен отговор)	<input type="checkbox"/> 1. Нямам призната специалност <input type="checkbox"/> 2. Консервативно зъболечение <input type="checkbox"/> 3. Орална хирургия <input type="checkbox"/> 4. Лицево-челюстна хирургия <input type="checkbox"/> 5. Протетична дентална медицина <input type="checkbox"/> 6. Ортодонтия <input type="checkbox"/> 7. Детска дентална медицина <input type="checkbox"/> 8. Поливалентна дентална медицина <input type="checkbox"/> 9. Пародонтология <input type="checkbox"/> 10. Друго.
21. Каква специалност бихте желали да придобиете? (посочете всеки верен отговор)	<input type="checkbox"/> 1. Консервативно зъболечение <input type="checkbox"/> 2. Орална хирургия <input type="checkbox"/> 3. Лицево-челюстна хирургия <input type="checkbox"/> 4. Протетична дентална медицина <input type="checkbox"/> 5. Ортодонтия <input type="checkbox"/> 6. Детска дентална медицина <input type="checkbox"/> 7. Поливалентна дентална медицина <input type="checkbox"/> 8. Пародонтология <input type="checkbox"/> 9. Не желая да специализирам <input type="checkbox"/> 10. Друго.
22. Какво Ви е необходимо за поддържане на Вашата квалификация като лекар по дентална медицина? (посочете всеки верен отговор)	<input type="checkbox"/> 1. Информация за курсове по дентална медицина <input type="checkbox"/> 2. Данъчни облекчения <input type="checkbox"/> 3. Кредити <input type="checkbox"/> 4. Свободно време <input type="checkbox"/> 5. Друго. <input type="checkbox"/> 6. Не ми е необходимо нищо

<p>23. Какви курсове за усъвършенстване сте посещавали през последните пет години и с каква продължителност? (посочете всеки верен отговор)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Пародонтология. дни <input type="checkbox"/> 2. Имплантология дни <input type="checkbox"/> 3. Неподвижно протезиране. дни <input type="checkbox"/> 4. Подвижно протезиране. дни <input type="checkbox"/> 5. Обтуровъчни материали. дни <input type="checkbox"/> 6. Ортодонтия дни <input type="checkbox"/> 7. Други. дни</p> <p>(моля впишете)</p>
<p>24. Колко време годишно можете да отделите за повишаване на Вашата квалификация като дентален лекар?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Една седмица годишно <input type="checkbox"/> 2. Две седмици годишно <input type="checkbox"/> 3. Три седмици <input type="checkbox"/> 4. Един месец годишно <input type="checkbox"/> 5. Не бих отделил време <input type="checkbox"/> 6. Нямам време <input type="checkbox"/> 7. Друго.</p> <p>(моля впишете)</p>
<p>25. Колко средства годишно може да отделите за платени курсове за повишаване на професионалната Ви квалификация?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. До 1% от годишния доход <input type="checkbox"/> 2. От 1-3% от годишния доход <input type="checkbox"/> 3. Повече от 5 % от годишния доход <input type="checkbox"/> 4. Не мога да отделям средства за това <input type="checkbox"/> 5. Не желая да отделям средства за това</p>
<p>26. От какво най-силно зависи активното Ви участие в курсове за усъвършенстване? (посочете до три отговора)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. От средствата, с които разполагам <input type="checkbox"/> 2. От това къде е обучението <input type="checkbox"/> 3. От това кой е организаторът <input type="checkbox"/> 4. От това кой е лекторът/лекторите <input type="checkbox"/> 5. От дългосрочните ми планове <input type="checkbox"/> 6. От нуждите на моите пациенти <input type="checkbox"/> 7. От моите научни интереси <input type="checkbox"/> 8. От времето и продължителността <input type="checkbox"/> 9. Друго.</p>
<p>27. Какви платени курсове бихте желали да посетите? (посочете всеки верен отговор)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Пародонтология <input type="checkbox"/> 2. Имплантология <input type="checkbox"/> 3. Неподвижно протезиране <input type="checkbox"/> 4. Подвижно протезиране <input type="checkbox"/> 5. Обтуровъчни материали <input type="checkbox"/> 6. Нови ортодонтски методи <input type="checkbox"/> 7. Маркетинг в денталната медицина <input type="checkbox"/> 8. Управление и развитие на частната практика <input type="checkbox"/> 9. Работа с деца <input type="checkbox"/> 10. Други.</p>
<p>28. Как се промени отношението на пациентите Ви с утвърждаване на пазарния модел на обичуване? (посочете всеки верен отговор)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Почти не се промени <input type="checkbox"/> 2. Изискват по-високо качество на лечение <input type="checkbox"/> 3. Изискват по-кратки срокове за лечение <input type="checkbox"/> 4. Проявяват повече уважение към персонала <input type="checkbox"/> 5. Очакват повече внимание от страна на персонала <input type="checkbox"/> 6. Друго.</p> <p>(моля впишете)</p>

<p>29. Как заплащат лечението си вашите пациенти? (посочете всеки верен отговор)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Изцяло разчитат на НЗОК <input type="checkbox"/> 2. Частично от касата, от работодателя и от себе си <input type="checkbox"/> 3. Частично от касата и работодателя <input type="checkbox"/> 4. Частично от себе си и от работодателя <input type="checkbox"/> 5. Частна застраховка <input type="checkbox"/> 6. Изцяло от себе си</p>
<p>30. Как осъществявате дейността си? (посочете всеки верен отговор)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Работа сам в собствен кабинет <input type="checkbox"/> 2. Работа в собствен кабинет и отдавам част от времето си на друг/други зъболекари <input type="checkbox"/> 3. Наемам часове в частен кабинет <input type="checkbox"/> 4. Работа на заплата в частен кабинет/частна фирма <input type="checkbox"/> 5. Работа на аренда в частен кабинет/частна фирма <input type="checkbox"/> 6. Друго.</p>
<p>31. Като какъв работите в своя кабинет?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Предимно като поливалентен <input type="checkbox"/> 2. Предимно като специалист <input type="checkbox"/> 3. По равно и двете</p>
<p>32. Колко работни места ползвате при работа?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Едно работно място в един кабинет <input type="checkbox"/> 2. Две и повече работни места в един кабинет <input type="checkbox"/> 3. Работа в повече от един кабинет</p>
<p>33. Бързо ли се подготвихте, за да управлявате своята практика?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Да, след известни консултации покрай откриване на кабинета, се справям сам <input type="checkbox"/> 2. По-скоро „да”, след временна помощ от специалист, сега се справям сам <input type="checkbox"/> 3. Не, и сега ми помагат специалисти</p>
<p>34. Как се усъвършенствате за управлението на своята практика? (възможни са повече от един отговор)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Чета специализирана литература <input type="checkbox"/> 2. Съветвам се със специалисти <input type="checkbox"/> 3. Съветвам се с колеги <input type="checkbox"/> 4. Уча се от собствен опит <input type="checkbox"/> 5. Достатъчно съм подготвен <input type="checkbox"/> 6. Не се интересувам, има си специалисти <input type="checkbox"/> 7. Няма от къде да се усъвършенствам</p>
<p>35. Как оценявате подготовката по дентална медицина, която получихте във ВУЗ?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Отлична <input type="checkbox"/> 2. Много добра <input type="checkbox"/> 3. Добра <input type="checkbox"/> 4. Средна <input type="checkbox"/> 5. Слаба</p>
<p>36. Как оценявате системата за следдипломна квалификация по дентална медицина?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Отлична <input type="checkbox"/> 2. Много добра <input type="checkbox"/> 3. Добра <input type="checkbox"/> 4. Средна <input type="checkbox"/> 5. Слаба</p>
<p>37. С кои от следните трудности се срещате най-често във Вашата дейност като дентален лекар? (посочете всеки верен отговор)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Високи цени на материали <input type="checkbox"/> 2. Липса на професионални връзки между общо-практикуващи и специалисти <input type="checkbox"/> 3. Липса на реална защита на правата на лекаря по дентална медицина <input type="checkbox"/> 4. Остаряла техника <input type="checkbox"/> 5. Трудности при набиране на пациенти <input type="checkbox"/> 6. Липса на поощрения за инвестиране в практиката <input type="checkbox"/> 7. Неплатежоспособност на населението <input type="checkbox"/> 8. Ниска здравна култура на населението <input type="checkbox"/> 9. Нелоялна конкуренция <input type="checkbox"/> 10. Трудности при намиране и обучение на помощен персонал <input type="checkbox"/> 11. Друго.</p>

38. Доволен ли сте, че сте завършили дентална медицина?	<input type="checkbox"/> 1. Да <input type="checkbox"/> 2. Отчасти <input type="checkbox"/> 3. Не
39. Какво очаквате от членството си в Професионалната организация? (посочете всеки верен отговор)	<input type="checkbox"/> 1. Помощ за по-бързо и лесно навлизане в професията <input type="checkbox"/> 2. Поддържане на квалификацията <input type="checkbox"/> 3. Професионална защита <input type="checkbox"/> 4. Синдикална защита при временно продължително отсъствие от работа по майчинство и отглеждане на дете <input type="checkbox"/> 5. Участие в разглеждането на социалните проблеми <input type="checkbox"/> 6. Нищо, сам се справям <input type="checkbox"/> 7. Друго.
40. Бихте ли поощрили Вашето дете или детето на ваши близки да следва дентална медицина сега?	<input type="checkbox"/> 1. Да <input type="checkbox"/> 2. Едва ли <input type="checkbox"/> 3. Не
41. Какво във Вашата работа като дентален лекар Ви удовлетворява? (посочете всеки верен отговор)	<input type="checkbox"/> 1. Нищо не ме удовлетворява <input type="checkbox"/> 2. Постът, който заемам <input type="checkbox"/> 3. Възможността да специализирам <input type="checkbox"/> 4. Работата в колектив <input type="checkbox"/> 5. Работата без колектив <input type="checkbox"/> 6. Доходите ми <input type="checkbox"/> 7. Общественото признание <input type="checkbox"/> 8. Независимостта на професията <input type="checkbox"/> 9. Материалната база <input type="checkbox"/> 10. Друго. (моля напишете)
42. Ако възнамерявате да смените местоработата си, къде бихте продължили да работите?	<input type="checkbox"/> 1. Не желая да сменям работата си <input type="checkbox"/> 2. Във ВУЗ <input type="checkbox"/> 3. В собствен частен кабинет <input type="checkbox"/> 4. В частен кабинет на друг дентален лекар <input type="checkbox"/> 5. В област извън денталната медицина <input type="checkbox"/> 6. Друго.
43. На каква възраст сте?	<input type="checkbox"/> 1. До 30 години <input type="checkbox"/> 2. От 31 до 40 години <input type="checkbox"/> 3. От 41 до 50 години <input type="checkbox"/> 4. От 51 до 60 години <input type="checkbox"/> 5. Над 60 години
44. Вашият пол	<input type="checkbox"/> 1. Мъж <input type="checkbox"/> 2. Жена
45. Какво е семейното Ви положение?	<input type="checkbox"/> 1. Неомъжена/Неженен <input type="checkbox"/> 2. Омъжена/Женен <input type="checkbox"/> 3. Разведена/Разведен <input type="checkbox"/> 4. Вдовица/Вдовец
46. Имате ли деца, които са на издръжка на Вашето семейство?	<input type="checkbox"/> 1. Не <input type="checkbox"/> 2. Едно дете <input type="checkbox"/> 3. Две деца <input type="checkbox"/> 4. Три и повече деца

47. Страдате ли от хронично заболяване?	<input type="checkbox"/> 1. Да <input type="checkbox"/> 2. Не
48. Водите ли активен спортен живот?	<input type="checkbox"/> 1. Да <input type="checkbox"/> 2. Спортувам от време на време <input type="checkbox"/> 3. Не спортувам
49. Вашите родители са / бяха	<input type="checkbox"/> 1. Единият е ЛДМ <input type="checkbox"/> 2. И двамата са ЛДМ <input type="checkbox"/> 3. Единият е с медицинска професия <input type="checkbox"/> 4. Нито един не е с медицинска професия
50. Вашите деца са:	<input type="checkbox"/> 1. Дентални лекари (поне едното) <input type="checkbox"/> 2. Студент/ти по дентална медицина <input type="checkbox"/> 3. Още са ученици, но смятат да кандидатстват <input type="checkbox"/> 4. Не са дентални лекари и не смятат да стават <input type="checkbox"/> 5. Нямам деца
51. Работите ли с НЗОК ?	<input type="checkbox"/> 1. От създаването й досега без прекъсване <input type="checkbox"/> 2. Никога не съм работил с касата и не смятам да работя <input type="checkbox"/> 3. Работя с касата единствено заради пациентите си
52. През коя година сключихте договор с НЗОК за първи път?	<input type="checkbox"/> 1. Никога не съм имал договор с НЗОК <input type="checkbox"/> 2. За първи път сключих договор през. г.
53. Имате ли прекъсване на договора с НЗОК?	<input type="checkbox"/> 1. Не <input type="checkbox"/> 2. Да, за периода..... <input type="checkbox"/> 3. Никога не съм имал договор с НЗОК
54. През последните 3 години закупихте? (посочете всеки верен отговор)	<input type="checkbox"/> 1. Дентален кабинет <input type="checkbox"/> 2. Дентален юнит <input type="checkbox"/> 3. Рентген (дигитален) <input type="checkbox"/> 4. Друга апаратура <input type="checkbox"/> 5. Нов компютър за кабинета <input type="checkbox"/> 6. Вещи за бита
55. Според Вас свърши ли системата „Оправяй се сам“?	<input type="checkbox"/> 1. Да <input type="checkbox"/> 2. Не
56. Смятате ли, че пациентът е променил отношението си към собственото си здраве?	<input type="checkbox"/> 1. Да <input type="checkbox"/> 2. Не <input type="checkbox"/> 3. Все по-често е активната страна при лечението
57. Справяте ли се с всички функции, които се наложи да поемете напоследък?	<input type="checkbox"/> 1. По-скоро да <input type="checkbox"/> 2. По-скоро не <input type="checkbox"/> 3. Консултирам се със специалист
58. Какво е вашето предимство пред останалите колеги?	<input type="checkbox"/> 1. Работя с деца <input type="checkbox"/> 2. Овладеявам болката <input type="checkbox"/> 3. Работя на по-ниски цени, при запазено качество и отношение към пациента <input type="checkbox"/> 4. Друго.

59. Какви са целите Ви?	<input type="checkbox"/> 1. По-голямо благополучие <input type="checkbox"/> 2. Повече пациенти <input type="checkbox"/> 3. Повече кабинети <input type="checkbox"/> 4. Друго.....
60. Какво бихте препоръчали за подобряване на положението на лекарите по дентална медицина в България свързано с:	<input type="checkbox"/> 1. Организацията на професията..... <input type="checkbox"/> 2. Образованието по дентална медицина

Благодарим Ви за участието!

Приложение 2: Структура на генералната съвкупност

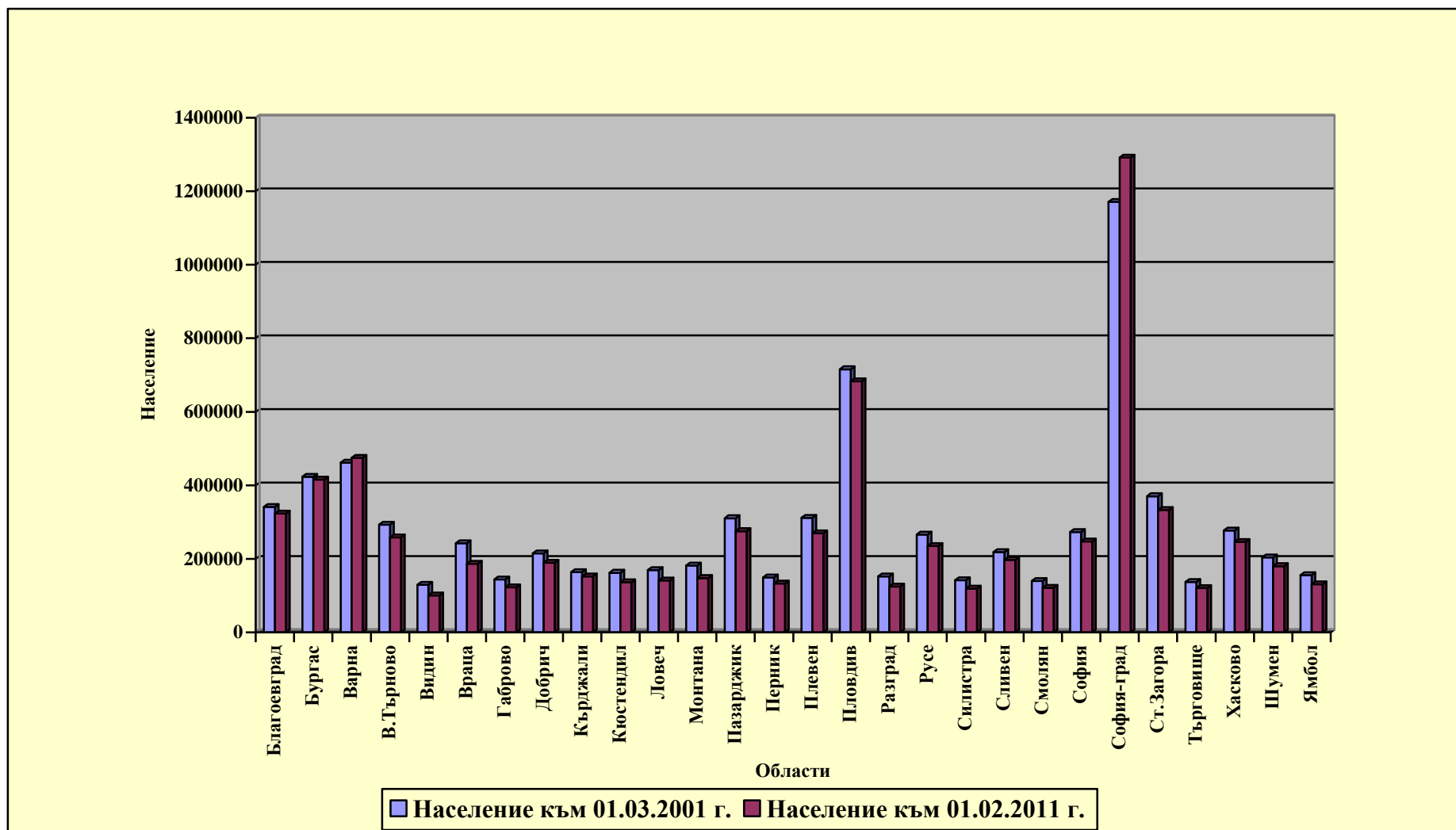
Региони по кълстери	Население брой 2011 г.	Брой ЛДМ към 31.12.2011 г.				Брой население на 1 ЛДМ
		Мъже	Жени	Общо	%жени	
1	2	3	4	5	6	7
1. София (град)	1 291 591	797	1603	2400	66,79	538
Общо:	1 291 591	797	1603	2400	66,79	538
2. Габрово	122 702	53	72	125	57,60	982
Общо:	122 702	53	72	125	57,60	982
3. Стара Загора	333 265	127	217	344	63,08	969
4. Търговище	120 818	20	48	68	70,59	1777
Общо:	454083	147	265	412	64,32	1102
5. Видин	101 018	33	76	109	69,72	765
6. Смолян	121 752	51	74	125	59,20	974
Общо:	222770	84	150	234	64,10	952
7. Разград	125 190	29	42	71	59,15	1763
8. Силистра	119 474	29	45	74	60,81	1615
Общо:	244664	58	87	145	60,00	1687
9. Враца	186 848	46	86	132	65,15	1714
10. Русе	235 252	63	135	198	68,18	1188
11. София-област	247 489	54	96	150	64,00	1650
Общо:	669 589	163	317	480	66,04	1395
12. Благоевград	323 552	120	177	297	59,60	1089
13. Бургас	415 817	134	249	383	65,01	1086
14. Варна	475 074	181	305	486	62,76	978
15. Пловдив	683 027	457	769	1226	62,72	557
Общо:	1 897 470	892	1500	2392	62,71	1363
16. Добрич	189 677	41	91	132	68,94	1437
17. Кърджали	152 808	58	79	137	57,66	1115
18. Кюстендил	136 686	61	97	158	61,39	865
19. Монтана	148 098	38	65	103	63,11	1438
20. Плевен	269 752	66	118	184	64,13	1466
Общо:	897 021	264	450	714	63,03	1256
21. Велико Търново	258 494	66	145	211	68,72	1225
22. Ловеч	141 422	56	63	119	52,94	1188
23. Пазарджик	275 548	102	161	263	61,22	1047
24. Перник	133 530	47	90	137	65,69	975
25. Сливен	197 473	45	108	153	70,59	1291
26. Хасково	246 238	90	149	239	62,34	1030
27. Шумен	180 528	43	70	113	61,95	1598
28. Ямбол	131 447	33	72	105	68,57	1252
Общо:	1 564 680	482	858	1340	64,03	1168
България	7 364 570	2940	5302	8242	64,33	984

Приложение 3: Структура на извадката, 2011 г.

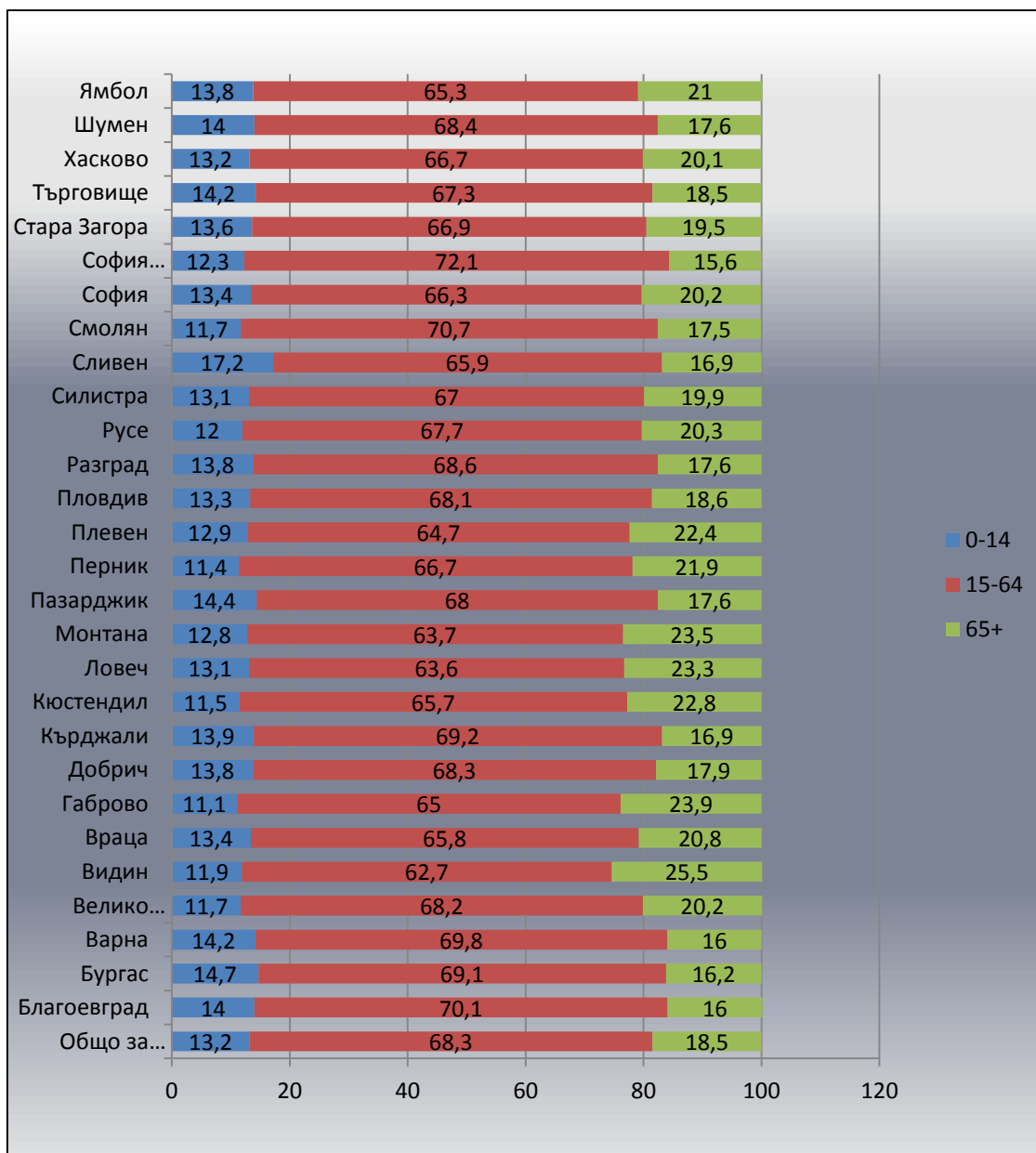
Региони по Къльстери	Брой ЛДМ взели участие в проучването				Брой ЛДМ към 31.12.2011 г.	Процентно съотношение
	Мъже	Жени	Общо	%Жени		
1	2	3	4	5	6	7
1. София (град)	58	167	225	74,22%	2400	9,38 %
Общо:	58	167	225	74,22%	2400	9,38%
2. Габрово	11	17	28	60,71%	125	22,40%
Общо:	11	17	28	60,71%	125	22,40%
3. Стара Загора	15	30	45	66,67%	344	13,08%
4. Търговище	2	3	5	60,00%	68	7,35%
Общо:	17	33	50	66,00%	412	12,14%
5. Видин	22	63	85	74,12%	109	77,98%
6. Смолян	15	30	45	66,67%	125	36,00%
Общо:	37	93	130	71,54%	234	55,56%
7. Разград	7	18	25	72,00%	71	35,21%
8. Силистра	7	17	24	70,83%	74	32,43%
Общо:	14	35	49	71,43%	145	33,79%
9. Враца	4	27	31	87,10%	132	23,48%
10. Русе	12	43	55	78,18%	198	27,78%
11. София-област	10	31	41	75,61%	150	27,33%
Общо:	26	101	127	79,53%	480	26,46%
12. Благоевград	7	13	20	65,00%	297	6,73%
13. Бургас	11	54	65	83,08%	383	16,97%
14. Варна	4	35	39	89,74%	486	8,02%
15. Пловдив	40	70	110	63,64%	1226	8,97%
Общо:	62	172	234	73,50%	2392	9,79%
16. Добрич	6	32	38	84,21%	132	28,79%
17. Кърджали	12	25	37	67,57%	137	27,01%
18. Кюстендил	32	29	61	47,54%	158	38,61%
19. Монтана	4	7	11	63,64%	103	10,68%
20. Плевен	20	45	65	69,23%	184	35,33%
Общо:	74	138	212	65,09%	714	29,69%
21. Велико Търново	14	39	53	73,58%	211	25,12%
22. Ловеч	1	1	2	50,00%	119	1,68%
23. Пазарджик	12	32	44	72,73%	263	16,73%
24. Перник	6	24	30	80,00%	137	21,90%
25. Сливен	10	31	41	75,61%	153	26,80%
26. Хасково	8	14	22	63,64%	239	9,21%
27. Шумен	10	35	45	77,78%	113	39,82%
28. Ямбол	12	19	31	61,29%	105	29,52%
Общо:	73	195	268	72,76%	1340	20,00%
България			1323		8242	16,05%
Общо анкетиращи:			1331		8242	16,15%

Забележка: Общият брой анкетиращи е 1331. На въпроса за пол са отговорили 1323 ЛДМ и 8 не са дали отговор.

Приложение 4: Териториално разпределение на населението 2001-2011 г.



Приложение 5: Средна възраст на населението по области към 01.02.2011 г.



Източник: По данни на НСИ, преброяване 2011, окончателни резултати (www.nsi.bg/census2011)

Приложение 6: Възпроизводство на ЛДМ (приети, завършили)

Година	Записани студенти	Дипломирани студенти	% дипломирани студенти
1970	385	250	
1971	326	93	
1972	232	185	
1973	295	159	
1974	252	198	
1975	298	210	54,55
1976	249	210	64,42
1977	298	289	124,57
1978	321	409	138,64
1979	276	224	88,89
1980	137	237	79,53
1981	154	175	70,28
1982	206	337	113,09
1983	65	275	85,67
1984	114	283	102,54
1985	119	196	143,07
1986	180	211	137,01
1987	159	154	74,76
1988	184	131	201,54
1989	234	115	100,88
1990	128	113	94,96
1991	135	113	62,78
1992	182	150	94,34
1993	150	131	71,20
1994	174	191	81,62
1995	188	14	10,94
1996	202	132	97,78
1997	132	136	74,73
1998	87	145	96,67
1999	113	106	60,92
2000	84	146	77,66
2001	111	152	75,25
2002	90	164	124,24
2003	108	101	116,09
2004	119	86	76,11
2005	132	109	129,76
2006	141	80	72,07
2007	153	87	96,67
2008	144	64	59,26
2009	160	99	83,19
2010	187	88	66,67
Общо:	7404	6748	91,14

Източник: Студентска канцелария, ФДМ – София (2013-2014 г.)

Приложение 7: Дентални специалности в страните от ЕС (01.01.2009 г.)

Страна членка	Ортодонтия	Орална хирургия	Пародонтология	ДДМ	ОДЗ	ПДМ	Ендодонтия	Друга
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Австрия	–	–	–	–	–	–	–	–
Белгия	Да	Да	Да	–	–	–	–	–
България	Да	Да	Да	Да	Да*	–	Да	Да
Кипър	Да	Да	–	–	–	–	–	–
Чехия	Да	Да	–	–	–	–	–	–
Дания	Да	Да	–	–	–	–	–	–
Естония	Да	Да	–	–	–	–	–	–
Финландия	Да	Да	–	–	Да	–	–	Да
Франция	Да	–	–	–	–	–	–	–
Германия	Да	Да	Да**	–	Да***	–	–	–
Гърция	Да	Да	–	–	–	–	–	–
Унгария	Да	Да	Да	Да	–	–	–	–
Ирландия	Да	Да	–	–	–	–	–	–
Италия	–	–	–	–	–	–	–	–
Латвия	Да	Да	–	Да	–	–	–	–
Литва	Да	Да	Да	Да	–	Да	Да	–
Люксембург	–	–	–	–	–	–	–	–
Малта	–	–	–	–	–	–	–	–
Холандия	Да	Да	–	–	–	–	–	–
Полша	Да	Да	Да	Да	–	–	–	–
Португалия	Да	Да	–	–	–	–	–	–
Румъния	Да	Да	–	–	–	–	–	–
Словакия	Да	Да	–	–	–	–	–	–
Словения	Да	Да	Да	Да	–	Да	Да	–
Испания	–	–	–	–	–	–	–	–
Швеция	Да	Да	Да	Да	–	Да	Да	Да
Обединено Кралство	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да

*В България към 2014 г. специалността се нарича Обществено дентално здраве

**Призната само в един регион

***В Германия има специалност Обществена стоматология, която включва Общественото здраве.

Легенда: ДДМ – Детска дентална медицина

ОДЗ – Обществено дентално здраве

ПДМ – Протетична дентална медицина

Източник: (Eaton K. A. E. Widström, L. Katrova. Education in and the Practice of Dental Public Health in Bulgaria. Finland, and the United Kingdom, OHDMBSC. June 2009)

Приложение 8: Законодателна регулация

№ по ред	Закон
1.	Закон за здравното осигуряване. ДВ, бр. 70/1998 г. изм. и доп.
2.	Закон за бюджета на НЗОК, ДВ всяка година
3.	Закон за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина. ДВ бр. 83/1998 г., изм. и доп.
4.	Закон за лечебните заведения. ДВ, бр. 62/1999 г., изм. и доп.
5.	Закон за лечебните заведения. ДВ, бр. 62/1999 г., изм. и доп.
6.	Закон за здравето. ДВ, бр. 88/1973, изменения ДВ, бр. 36/2000 г.
7.	Закон за народното здраве. /ДВ, 70, от 10.08.2004 г., изм. и доп.
8.	Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина. ДВ, бр. 36/1995 г. изм. и доп.
9.	Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите. ДВ, бр. 30/1999 г.
10.	Закон за задълженията и договорите. ДВ, бр. 275/1950 г. изм. и доп.
11.	Кодекс за задължително обществено осигуряване. ДВ, бр. 110/1999 г. изм. и доп.
12.	Търговски закон, ДВ бр. 48 от 18 юни 1991 г. изм. и доп.
13.	Закон за кооперациите – ДВ бр. 113 от 28 декември 1999 г., изм. ДВ. бр. 92 от 10 ноември 2000 г., изм. ДВ. бр. 98 от 16 ноември 2001 г., изм.
14.	Закон за данъчното облагане, В сила от 01.01.2007 г., Обн. ДВ бр. 95 от 24 ноември 2006 г., изм. ДВ. бр. 52 от 29 юни 2007 г., изм. ДВ бр. 1 от 3 януари 2014 г.
15.	Закон за здравословни и безопасни условия на труд, Обн., ДВ бр. 124 от 23.12.1997 г., изм., бр. 86 от 1.10.1999 г., бр. 64 от 4.08.2000 г., в сила от 4.08.2000 г., бр. 92 от 10.11.2000 г., в сила от 1.01.2001 г., бр. 25 от 16.03.2001 г., в сила от 31.03.2001 г., бр. 111 от 28.12.2001 г., изм. и доп., бр. 18 от 25.02.2003 г., изм., бр. 114 от 30.12.2003 г., в сила от 31.01.2004 г., изм. и доп., бр. 70 от 10.08.2004 г., в сила от 1.01.2005 г., бр. 76 от 20.09.2005 г., изм., бр. 33 от 21.04.2006 г., изм. и доп., бр. 48 от 13.06.2006 г., в сила от 1.07.2006 г., изм., бр. 102 от 19.12.2006 г., изм. и доп., бр. 105 от 22.12.2006 г., в сила от 1.01.2007 г., бр. 40 от 18.05.2007 г., изм., бр. 102 от 28.11.2008 г., изм. и доп., бр. 108 от 19.12.2008 г.
16.	Закон за защита на конкуренцията. /ДВ, 39, 1991
17.	Наредба № 34 от 29.12.2006 г. чл. 1, ал. 1, Специалности в денталната медицина, последни изменения и допълнения – ДВ, бр. 89 от 2007, бр. 12 от 2010, бр. 72 от 2010, бр. 58 от 2011, в сила от 29.07.2011, изм. бр. 50 от 2012 г. и доп. бр. 24 от 2013 г.

Приложение 9: Таблицы

№	Заглавие	Страница
1.	Брой стоматолози в България 1955-1973 г. (по данни, публикувани от проф. д-р М. Вутов, д-р И. Боснев)	29
2.	Разпределение на ЛДМ в зависимост от броя на анкетираниите и броя на ЛДМ по Районни колегии на БЗС (2011 г.)	65
3.	Зависимост между година на завършване на висше образование по дентална медицина и пол	74
4.	Брой на взелите специалност във Факултета по дентална медицина – София, за периода 1982-990 г.	77
5.	Брой на взелите специалност във Факултета по дентална медицина – София, за периода 2008-2013 г.	77
6.	Зависимост между оценката за системата на СДО и възрастовата група на ЛДМ	81
7.	Разпределение по фактора „Работя предимно като специалист“ (по брой дадени отговори)	84
8.	Разпределение на ЛДМ по начин на практикуване в зависимост от възрастовата група	85
9.	Разпределение на лекарите по дентална медицина според начина на стартиране на практиката и възрастовата група	92
10.	Разпределение на ЛДМ по възраст и собственост	94
11.	Разпределение на използваните дентални юнити по година на производство	96
12.	Зависимост между възрастовата група на ЛДМ и годината на производство на денталната апаратура	98
13.	Разпределение на населението, лекарите по дентална медицина и населението, обслужвано от един ЛДМ, по региони	109
14.	Зависимост между възрастта на ЛДМ и наличието на договор с НЗОК	113
15.	Разпределение на годишния бюджет на НЗОК за дентална помощ по години	114
16.	Разпределение на паричните суми за общопрактикуващите дентални лекари, договорени и отпускани от НЗОК за деца и възрастни - на човек	116
17.	Разпределение на паричните суми за денталните лекари със специалност орална хирургия, договорени и отпускани от НЗОК за деца и възрастни – на човек	120
18.	Разпределение на средствата, предвидени по рамков договор за специализирана детска дентална помощ	122

Приложение 10: Фигури

№	Заглавие	Страница
1.	Административно деление на Р. България и гъстота на населението на кв. км. по области	42
2.	Разпределение на областите по клъстери	43
3.	Брой пациенти на един ЛДМ по региони (Р. България/2011 г.)	47
4.	Разпределение на ЛДМ по пол	67
5.	Разпределение по възраст	68
6.	Разпределение по пол и възраст	68
7.	Семеен статус на ЛДМ, взели участие в проучването	69
8.	Семеен статус на ЛДМ, взели участие в проучването по възрастови групи	69
9.	Разпределение на ЛДМ по години трудов стаж	70
10.	Разпределение на ЛДМ по години трудов стаж, пол, възрастова група	71
11.	Разпределение на ЛДМ по място на дипломиране	72
12.	Разпределение на ЛДМ според годината на дипломиране	73
13.	Разпределение на ЛДМ по специалност	75
14.	Разпределение на ЛДМ по вид специалност	76
15.	Разпределение по възраст, специалност и пол	78
16.	Разпределение на денталните лекари, притежаващи специалност, по пол	79
17.	Оценка на системата на следдипломна квалификация от лекарите по дентална медицина в Р. България	80
18.	Разпределение на ЛДМ по начина на повишаване на квалификацията си във връзка с управлението на практиката	82
19.	Дентални грижи – общи и специализирани	83
20.	Разпределение на лекарите по дентална медицина по притежавана специалност и начин на практикуване	85
21.	Разпределение на ЛДМ по начин на практикуване и възрастова група	86
22.	Начин на осъществяване на дейността на денталните лекари	89
23.	Разпределение на ЛДМ по собственост на кабинета, в който работят	89
24.	Разпределение на денталните лекари по начин на стартиране на практиката	90
25.	Разпределение на ЛДМ според мястото на започване на професионалната кариера и възрастовата група	91
26.	Разпределение на ЛДМ в зависимост от собствеността на денталната практика и притежаваната специалност	93
27.	Разпределение на ЛДМ по работа като наети или собственици и възрастова група	94
28.	Разпределение на ЛДМ според желанието им за бъдеща перспектива	95
29.	Разпределение на ЛДМ в зависимост от годината на производство на денталния юнит	97

30.	Разпределение на ЛДМ в зависимост от годината на производство на денталния юнит и възрастовата група	97
31.	Разпределение на машинния парк в денталните кабинети	99
32.	Разпределение на машинния парк в денталните кабинети	100
33.	Разпределение на ЛДМ по новозакупено оборудване за практиката през последните три години	101
34.	Разпределение на ЛДМ по закупено ново оборудване през последните 3 години и възрастова група	102
35.	Разпределение на обновеното дентално имущество в зависимост от собствеността	103
36.	Разпределение на ЛДМ в зависимост от показателя работа с помощен персонал	104
37.	Разпределение на отговорите на ЛДМ в зависимост от помощния персонал, с който работят	105
38.	Разпределение на ЛДМ, работещи с медицинска сестра, в зависимост от нейната квалификация	106
39.	Разпределение на ЛДМ според мнението им за необходимостта от усъвършенстване на помощния персонал	107
40.	Разпределение на населението на България според населеното място, в което живее (град или село) в динамика	110
41.	Темпове на безработицата в България – динамика	110
42.	Разпределение на ЛДМ в зависимост от обвързаността им с НЗОК	112
43.	Разпределение на ЛДМ по възрастова група, в зависимост от договорните им взаимоотношения с НЗОК	113
44.	Бюджет на НЗОК за дентална помощ по години	115
45.	Разпределение на отпусканите от НЗОК суми по години за възрастни (над 18 години)	117
46.	Разпределение на отпусканите от НЗОК суми по години за деца (до 18 години)	117
47.	Сравнителна характеристика на сумите, отпускани от НЗОК за деца и възрастни от 2003-2014 г.	119
48.	Начини на заплащане на денталните услуги от страна на пациентите	119
49.	Разпределение на договорените суми за специализирана хирургична дентална помощ при лицата над 18 г.	121
50.	Разпределение на договорените суми за специализирана хирургична дентална помощ при лицата до 18 г.	121
51.	Сравнително разпределение на средствата за специализирана хирургична дентална помощ между НЗОК и пациентите до и над 18 г. на база обща договорена сума	122

Приложение 11: Икономически райони в България

Степен на икономическо развитие	Региони	Легенда
Много добро социално-икономическо състояние	София-град	9
Все още добро социално-икономическо състояние, но със силни негативни тенденции	област Габрово	8
Контрасти в социално-икономическото развитие	област Стара Загора област Търговище	7
Контрасти в социално-икономическото състояние и развитие	област Видин област Смолян	6
Лошо социално-икономическо състояние и негативни тенденции на развитие	област Разград област Силистра	5
Обещаващи тенденции на развитие	област Враца област Русе област София-област	4
Добро социално-икономическо състояние	област Благоевград област Бургас област Варна област Пловдив	3
Средно социално-икономическо състояние	област Добрич област Кърджали област Кюстендил област Монтана област Плевен	2
Лошо социално-икономическо състояние	област Велико Търново област Ловеч област Пазарджик област Перник област Сливен област Хасково област Шумен област Ямбол	1

Източник: Цветков, А. Типове регионални профили: клъстеризация според социално-икономическото състояние на областите. Преглед на стопанската политика. 2012, Microstat Analytics, достъпен на <http://ime.bg/bg/articles/tipove-regionalni-profil-klysterizaciya-spered-socialno-ikonomseskoto-systoyanie-na-oblastite/>

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Балабанов П. Планиране и икономика на здравеопазването. Маркетинг. Социална Медицина. С., МФ. 1992; 320-346.
2. Бежарова К., Б. Велев, Ив. Пипев. Съвременни икономически теории. С., Булвест – 2000. 1993; 288 с.
3. Бежарова К., Б. Велев, Ив. Пипев. Икономически теории, Пловдив, Издателска къща Хермес, 2000; 768.
4. Бонев Б. Дентално здраве и качество на живот на хората над 20-годишна възраст в Република България, Дисертация, С., 2013, 150с.
5. Борисов В. Здравна политика и мениджмънт: Лекционен курс. С., График Консулт, 1998; 144 с.
6. Борисов В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. С., Филвест, 2006; 320.
7. Боснев И. История на зъболекарството в България 1905-2005. С., Наука и изкуства, 2005; 90 с.
8. Български зъболекарски съюз. Регистри за 2008, 2009, 2010, 2011 година.
http://www.bzs.bg/site/index.php?option=com_content&task=view&id=964&Itemid=663
(15.03.2012).
9. Български зъболекарски съюз. Исторически преглед. Достъпен на адрес:
<<http://www.bzs-srk.bg/include/history.html>> 08.01.2014 г.
10. Български зъболекарски съюз. Становище относно Законопроект за бюджета на НЗОК за 2014 г. № 302-01-35/ 30.10.2013; достъпно на адрес: <http://www.parliament.bg/pub/cW/20131106100259img-105163755-0001.pdf>
11. Веков Т. Икономика на здравеопазването. Управление и икономика на здравеопазването и здравни реформи. 2 изд. С., Български кардиологичен институт, 2012; 383 с. 85-163.
12. Великов Н. Беседи по обща теория на пазарната икономика. Ч. I. С., Призма, 1994; 7-32.
13. Развитие на зъболечението и стоматологията в България под ред. на М. Вутов, С., Булгарресурс, 2008; 218.
14. Вутов М. Стоматологичен факултет, Един век в служба на народното здраве, 100 години от основаването на Пловдивската държавна болница 1879-1979. С., Мед. и физк., 1979; 57-68.

15. Върбанов И. Инструментализмът на Милтън Фридман. Диалог. Април, 56, 2006; www.uni-svishtov.bg/dialog-old/2066/4.06.IV.pdf.
16. Гладилев Ст., Е. Делчева. Икономика на здравеопазването. С., График Консулт ООД, 1998; 311.
17. Гладилев Ст., Е. Делчева. Икономика на здравеопазването. София, Princeps, 2009, 486.
18. Гладков О. Българската дентална медицина в обединена Европа. // Дентална Медицина (БНСД) бр. 12/04. март 2011. Доклад по поръчка на Генералната дирекция по здравеопазване и потребители) – доклад на Евробарометър от февруари 2010. Орално здраве. <http://ec.europa.eu*public_opinion/archives/ebs/ebs_330_eu.pdf>, 21.03.2011.
19. Грозданова Д. М. Роля на частнопрактикуващия лекар по дентална медицина за осигуряване на дентална помощ за деца и ученици. Дисертация, София; 172.
20. Даскалова Н. и др. Реформите и приватизацията в здравеопазването – социални и икономически последици в България. Мрежа за глобална политика. София, ИССИ, 2005. 69 с.
21. Делчева Е. Икономика на здравеопазването като научна дисциплина. Зависимост между състоянието на стопанската система и системата на здравеопазване. – В: Гладилев, Ст. и Е. Делчева. Икономика на здравеопазването. София, График Консулт ООД, 1998; 114-123.
22. Делчева Е. Технологии в здравеопазването: развитие, доставки, използваемост. – В: Здравната реформа в България. Сб. лекции, I ч. МЗ, ЕС, Phare, Македония прес, 1997, 380 с.
23. Делчева Е. Здравният икономикс. С., Унив. изд. „Стопанство”, 1994, 241 с.
24. Делчева Е. Икономиката на здравеопазването като научна дисциплина. Здравната реформа в България. Сб. лекции I ч., МЗ, ЕС, прогр. PHARE, Македония прес, 1997; 109-124.
25. Зиновиева Д. Актуален правен режим на създаване на дейност на частни медицински структури. – В: Частна медицинска практика: Коментар, практически примери, нормативни актове. С., Сиела, 1995; 12-15.
26. Зиновиева Д. Частна медицинска практика. Коментар, практически примери, нормативни актове. С., Сиела, 1995. 148 с.
27. Иванов Ст. и кол. Наръчник за стоматологичната сестра. С., Мед. и физк.; 1985, 168 с.
28. Институт за пазарна икономика. Безработица в България. 2012 г. Достъпен на адрес: <<http://ime=bg/bg/articles/bezrebotica-w-bylgariq/>>.

29. Йовчев Ив. Върхове в развитието на творческата стоматологична мисъл у нас, Кюстендил, ДП Офсетграфик, том 1, 1986; 200 с.
30. Йовчев И. Петдесет години стоматологично образование в България. С., МА, 1992; част 1: 336 с.
31. Йовчев И. Петдесет години стоматологично образование в България, С., МА, 1992; част 2: 338 с.
32. Калинова Е., И. Баева. Българските преходи 1939 – 2010, С., Парадигма, 2010. 586 с.
33. Катрова Л. Стоматологичната професия състояние и перспективи. С., ЛТД Пъблишинг. 1998; 290 с.
34. Катрова Л. Движение и разпределение на стоматолозите в България на подчинение на Министерството на здравеопазването. Анализ на състоянието, прогноза за потребностите. – Проблеми на стоматологията. 1996; 24 (2): 46-56.
35. Катрова Л. Състояние на кадровия потенциал на стоматологичната здравна служба на територията на Софийска община в процеса на реформа. Стоматология. 1997; 79 (1): 45-48.
36. Катрова Л. Стоматологичната професия пред прага на новото хилядолетие. Предизвикателства и перспективи. Юбил. науч. сесия „30 г. стоматологичен факултет – Пловдив. 1970-2000 г.” Пловдив, 2000.
37. Катрова Л. Професионално-демографски аспекти на структурната реформа в стоматологията. – Стоматол. Преглед, 1998; 29 (2): 11-28.
38. Катрова Л. Екипна работа в зъболекарската практика – предпоставки и реалности в България. Научна сесия на ФДМ Пловдив, 29.10.2009, Пловдив (доклад).
39. Катрова Л., Г. Папанчев, Ц. Борисова и Н. Бенкин. Удовлетворяване на потребностите от лечение на кариеса и неговите усложнения в условията на здравно осигуряване (пилотно проучване). – Проблеми на стоматологията, 2004; 30: 63-68.
40. Катрова Л. и Ж. Сурчева. Динамика на индивидуалните професионални кариери на жените стоматолози: Настояще и бъдещи тенденции. – Медицински преглед, 2004; 40 (4): 84-89.
41. Катрова Л., Кр. Цоков и Цв. Катрова. Промяната на социално-професионалния статус на стоматолозите в България в хода на здравната реформа. ИМАБ. 2002; 8 (1): 18-21.
42. Катрова Л. и Кр. Цоков. Жените лекари по дентална медицина , особености на организацията на денталната практика. – Социална медицина, 2012; № 2/3: 59-61.

43. Катрова Л. и М. Грашкина. Използваемост на стоматологичната здравна служба в преходния период. Проблеми на стоматологията 1999-2000, т. 27, 2000. с. 115-125.
44. Катрова Л., Хр. Кисов. Ученето през целия живот – задължение или привилегия за лекаря по дентална медицина, продължаващото следдипломно образование – задължение или привилегия за факултетите по дентална медицина. – Проблеми на денталната медицина, 2010; 36 (2): 28-36.
45. Кацаров Ив. Обществено осигуряване. Статистически годишник на НР България, С., ЦСИ, 1957, 84.
46. Ковачев А. Управление на икономиката. С., Сиела, 2002; 385.
47. Комитов Гл. и С. Генов. Мениджмънт на ресурсите – приоритет на здравната реформа. София, Горекс Прес. 2009; 192 с.
48. Кръстителски Й. И. Историческо развитие на здравното осигуряване в България. Народно стопански архив. С.; 2009: № 4.
49. Къдънков Д. Дипломирани зъболекари в България, от 1905 до 1914 г. Стоматология, С. 1979, с. 201-203.
50. Лулански П. Основи на икономиката и анализ на социално културните дейности. София, Унив. изд. Стопанство, 1997. 263 с.
51. Лулански П. Етюди по икономика и анализ на образованието. С., Издателство на Колеж по икономика и управление, 1998 г., 304 с.
52. Маринов З. Основи на пазарната икономика. Пловдив, Хермес, 1995, 215 с.
53. Министерство на финансите. Отдел Микроикономически анализи, Дирекция Бюджет. Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи. модели, проблеми и тенденции. С., 2010.
54. Национален статистически институт. Безработица. Достъпен на адрес: <<http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=26&al=735&a2=741&a3=744>>, 20.12.2012 г.
55. Национален статистически институт. Преброяване 2011. Достъпно на адрес: <http://www.nsi.bg/census2011/index.php>.
56. Национален център за здравна информация. Кратък статистически справочник - здравеопазване. Електронно изд. – 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 г. Достъпен на <<http://www.nchi.government.bg>> 20.03.2011, 127.
57. Национална здравноосигурителна каса – официален сайт, достъпен на адрес: www.nhif.bg.

58. Николов, Ив. Глобална пост капиталистическа економика. Достъпна на адрес: <http://members.tripod.com>.
59. Пазарна и планова икономика. Достъпно на <<http://www.konzertfilmer.de/alice/Alice-market-economy-bg.html>>, 23.11.2013 г.
60. Пенева М. Зъбният кариес в началото на двайсет и първи век. С., Изток-запад, 2008.
61. Попов, М. и др. Финансиране на здравеопазването – модели и подходи, НЦОЗ, 1991.
62. Попов, М. Здравната реформа в България. Сб. лекции I ч. МЗ, ЕС, прогн. PHARE, Македония прес. 1997, 380 с.
63. Преброяване 2011. Национален статистически институт. Достъпен на адрес < <http://www.nsi.bg/census2011/index.php> > 12.2011.
64. Салчев, П. Л. Георгиева. Принципи и практики в здравното и пенсионно осигуряване. София, Оптима – НМН, 2008; 196.
65. Смит Адам. Богатството на народите. С., Рата, 2006.
66. Хартман Г. Пазарна икономика. Ч. I. Булвест 2000. София. 1992: 238.
67. Хартман Г. Пазарна икономика. Ч. II. Булвест 2000. София. 1992: 230.
68. Царибашев, Кр. Организация на стоматологичната помощ. С., Мед. и физк., 1989; 230.
69. Цветков А. Типове регионални профили: кълстеризация според социално-икономическото състояние на областите. Преглед на стопанската политика. 2012, Microstat Analytics, достъпен на <http://ime.bg/bg/articles/tipove-regionalni-profil-klysterizaciya-spered-socialno-ikonomieskoto-systoyanie-na-oblastite/>, 27.12.2012 г.
70. Цоков Кр. Л. Катрова. Актуално състояние на денталната практика в България в началото на 21-ви век. Обществено дентално здраве, дентално образование и дентална практика - реалност и перспективи. 2012; София, СИМЕЛПРЕС, 27-37.
71. Цоков Кр. и Л. Катрова. Демографските процеси и структурата на денталните практики – предпоставки за развитие на пазара на дентални услуги в България. – Проблеми на денталната медицина. 2011; 37 (2): 61-65.
72. Шишманова П. Възгледите на Адам Смит за човешкия капитал и неговото формиране чрез образованието. – Народно-стопански архив. 2008; 1: 20-33.
73. Щерев А. Здравеопазването в България днес (1990-1998-2002-2005) и утре (2006-2009). С. 2005; 3: 79-101.
74. Щетин Ш. В. Человеческий капитал и неоднозначность его трактовки. – Мировая экономика и международные отношения. 2001; № 12: 42-46.

75. Abelsen B. JA. Olsen Task division between dentists and dental hygienists in Norway. – *Community Dentistry & Oral Epidemiology*. Dec. 2008; 36 (6): 558-566.
76. Anderson R. ET. Treasure, NH Whitehouse. Oral Health Systems in Europe. Part II: the dental workforce. – *Community Dent Health* 1998; 15: 243-247.
77. Bantly B. Practical employment strategies: win-win solutions for dentists and their employees. – *J. California Dental Association*. Sep. 2009; 37(9): 631-637.
78. Buchan J. *The Authentic Adam Smith: His Life and Ideas*. W. W. Norton & Company, 2006.
79. Brown L. J., V. Lazar. Trends in the dental health work force. – *Journal of American Dental Association*, 1999; 130 (12): 1743-1749.
80. Busby M. The 'secret' of success. Part 3. – *Dental Update*. May. 2011; 38 (4): 279-281.
81. Camargo M. B., S. C. Dumith A. J Barros. Regular use of dental care services by adults: patterns of utilization and types of services. – *Cad. Saude Publica*, Sep 2009; 25 (9): 1894-1906.
82. Celeste R. K., P. Nadanovsky J. Fritzell Trends in socioeconomic disparities in the utilization of dental care in Brazil and Sweden. – *Scand. J. Public Health*, 2011; 5; 39: 204-212; doi: 10.1111/j.1600-0528.2010.00585.
83. Chambers DW. Risk management. – *J. Am. College of Dentists*, 2010; 77 (3): 35-45.
84. Daniskova S. Changes in dental education in Slovakia. CECCDO, Vienna 2006. (presentation).
85. De Rouen T. A., J. Cunha-Cruz, T. J. Hilton et al. Northwest Practice-based Research Collaborative in Evidence-based DENTistry (precedent). What's in a dental practice-based research network? Characteristics of Northwest precedent dentists, their patients and office visits. – *J. Am. Dental Association*, 2010 Jul; 141 (7): 889-899.
86. Eaton K. A., E. Widström, L. Katrova. Education in and the Practice of Dental Public Health in Bulgaria. Finland, and the United Kingdom. – *OHDMBSC*, June 2009; 8 (2): 30-37.
87. Farrel S. Contribution of women dentists to General practice. – *Int. Dental J.*, 1990; 40: 142-144.
88. Gallagher J. E. W. Clarke K. A Eaton N. HF Wilson. Dentistry – a professional contained career in healthcare. A qualitative study of Vocational Dental Practitioners' professional expectations. – *BMC Oral Health*, 2007, 7: 16, doi:10. 1186/1472-6831-7-16, <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/7/16>.
89. Gehshan S., Snyder A. Why public policy matters in improving access to dental care. – *Dental Clinics of North America*, 2009 Jul. 53 (3): 573-589.
90. Ghesundheitsysteme im internationalen Vergleich. Ausgabe 1994. BASYS.

91. Giarini O., P. M. Liedtke. The employment Dilema (The Future of Work. Report to the club de Rome.). 1996; 279 Достъпен на адрес: <http://eng.newwelfare.org/wp-content/pdf/EMPLOY.PDF>.
92. Gibson-Howell JC., M. Hicks Dental hygienists' role in patient assessments and clinical examinations in U. S. dental practices: a review of the literature. – J. Allied Health, 2010; 39 (1): 1-6.
93. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication. Updated April 2010. Available at: www.icmje.org.
94. Kalenderian E. A. Skoulas P. B. Timothe Friedland. Integrating leadership into a practice management curriculum for dental students. – Journal of Dental Education, May 2010; 74 (5): 464-471.
95. Katrova L. Leading trends in dental profession demography in Bulgaria for the period 1996-2008 (OP112), 14 Congress of BASS, 9th Scientific Congress of the BgDA. 6-9. May. 2009, Varna.
96. Katrova L. Gender Impact on the Socioprofessional Identification of Women Dentists in Bulgaria. – J. Dental Education, July 2004; 68 (7): 19-22.
97. Katrova L. Ethical, legal, and professional foundations of the autonomous regulation of the dental profession, the case of Bulgaria. – Journal of IMAB, 2010; 16 (4): 70-76.
98. Katrova L. Kr. Tsokov. Current status of the dental practice in Bulgaria. Meta-analysis. – J. IMAB – Annual Proceeding. 2012; 18 (2): 181-187. DOI: 10.5272/imab.2012182.181.
99. Katrova L. Kr. Tzokov Demography and market impacts on dental practices' development in Bulgaria during the period of transition 1990-2010. – Acta Medica Academica. Journal of Dental Medical Sciences of Academy of Sciences and Arts of Bosnia and Herzegovina. 42 (2); 2013: 229-237.
100. Katrova L. Tzv. Katrova. Politique Sociale en Europe de l'Est: le cas de la sante. (Social Politics in Eastern Europe: The Case of Health). In La mondialization et les Nouvelles limites du politique. Sofia, EOH-2000; 2004: 209-219.
101. Koletsi-Kounari H., E. Mamai-Homata. Community dentistry. Athens, Greece, Paschalidis Medical Publications, 2007:397.
102. Koletsi-Kounari H., M. Mandonanaki, T. Stefaniotis. Private dental health expenditure in Greece by region and income: comparison between the years 1987 and 1998. – Community Dental Health 2007; 24: 213-216.

103. Koletsi-Kounari H., W. Papaioannou, T. Stefaniotis. Greece's High Dentist to Population Ratio: Comparisons, Causes, and Effects. – *Journal of Dental Education*, 2007, available on: <<http://www.jdentaled.org/content/75/11/1507.short>>.
104. Kravitz A. S., E. T. Treasure. *Manual of dental practice 2008*. United Kingdom. November 2008; 410.
105. Kuthy RA., SC. McKernan, JS. Hand, DC. Johnsen. Dentist workforce trends in a primarily rural state: Iowa: 1997-2007. – *J. Am. Dental Association*. Dec. 2009;140 (12): 1527-1534.
106. Lazaris M., H. Koletsi-Kounari. Oversupply of dentists in Greece. – *Contemp Dent.*, 1996; 16: 221-232.
107. Lee J. Odds Ratio or Relative Risk for Cross-Sectional Data? – *Int. J. Epidemiol.*, 1994; 23 (1).
108. Leous P. Dental education in CEE countries, CECDO meeting, May 2006, Vienna, Austria.
109. Majnoni d'Intignano B. *Health Care Finance in Europe*. Copenhagen, WHO, 1992; pp. 33-55.
110. Mallinger R., Curriculum development in upgraduate Medical and Dental programs. The Vienna approach, CECDO spring meeting may 2006, Vienna, Austria.
111. Mc Guire A. J. Henderson, G. Mooney. *The Economics of Healthcare*, London and New York. Routledge & KeganP – first edition, 1998: 225.
112. Montarde A. Organization of healthcare networks in France. CECDO meeting, Paris, Nov. 2008.
113. Moore V. D. Castagna Maximizing practice management in the newly remodeled practice. – *Journal of the California Dental Association*. Jul. 2010; 38 (7): 501-504.
114. Nasser M. Z. Newton, at al. Patients record systems: effects on dental practice and patient oral health outcomes (Protocol). – *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010; 7.
115. Nomenclature of Territorial Units for Statistics, Europe. EUROSTAT (NUTS). Available on: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/nuts_nomenclature/intoduction>
116. Nomenclature of Territorial Units for Statistics, Europe. EUROSTAT (NUTS). Available on: <http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=LST_NOM_DTL&StrNom=NUTS_22&StrLanguageCode=EN&IntPcKey=30632961&StrLayoutCode=HIERARCHIC&IntCurrentPage=1>
117. Patel R. *The State of Oral Health in Europe*, Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe, September 2012; 68.
118. Phillips C. J. *Health Economics: an introduction for health professionals*. Centre for Health Economics and Policy Studies, School of Health Science, University of Wales Swansea, UK, 2005, 151.

119. Plasschaert A. J. M. W. P. Holbrook E. Delap et al. Profile and competences for the European dentist. The Association for Dental Education in Europe and the DentEd III Thematic. Nov. 2004; 24.
120. Plasschaert A. J. M. W. P. Holbrook E. Delap et al. Profile and competences for the European dentist. – European Journal of Dental Education, Aug 2005; 9 (3): 98-107.
121. Pourat N. Differences in characteristics of California dentists who employ dental hygienists and those who do not. – J. Am. Dent. Assoc., Aug. 2000; 140 (8): 1027-1035.
122. Rae J. Life of Adam Smith. New York City, Macmillan Publishers, 1895.
123. Reese J. A., Lipton J. A. Contribution of women dentists to dental research. – International Dental Journal, 1990; 40: 139-141.
124. Rice T. L. Unruh The economics of health reconsidered. Association of University Programs in Health Administration, Arlington, Virginia, 2009: 475.
125. Sanz M. E. Treasure. W van Dijk et al. Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies. – European Journal of Dental Education, Feb 2008; 12 Suppl 1:101-110.
126. Schmidt CO, T. Kohlmann. When to use the odds ratio or the relative risk?. – Int. J. Public Health. 2008. 53 (3): 165-167. (Abstract).
127. Scott R. Sweetland Human Capital Theory: Foundations of a Field of Inquiry, Review of educational research. – American Educational Research Association, 1996; 66 (3): 341-359.
128. Seema Sh. Clinical governance and the role of the dental nurse. – Dental Nursing, Nov. 2010; 6 (11): 648-665.
129. Seema Sh. Financial management: Know your numbers, know your business. – Dental nursing, Nov. 2010; 6 (11): 644-646.
130. Smith A. The Theory of Moral Sentiments. Cambridge University Press, 2002.
131. Smith A. The Wealth of Nations. An Enquiry into the nature and causes of the wealth of Nations. W. Strahan and T. Cadell, London; 1776. Book 1.
132. Special Eurobarometer 186: health, food, alcohol, and safety. Brussels: European Commission, European Opinion Research Group, 2003: December, 77 p.
Available on: ec.europa.eu/health/ph-determinants/life-style/alcohol/documents/ebs_186_en.pdf.
133. Suominen-Taipale L., A. Nordblad, M. Vehkalahti, A. Aromaa. Oral Health in the Finnish Population. Health 2000 Survey Sweetland S. R. Human Capital Theory: Foundations of a

- Field of Inquiry. Review of educational research. – American Educational Research Association. 1996; 66 (3).
134. Toor RS. R. Jindal Dental insurance! Are we ready? – Indian Journal of Dental Research. Jan-Feb. 2011; 22 (1): 144-147. UI: 21525693.
135. Wendling WR. Private sector approaches to workforce enhancement. – Journal of Public Health Dentistry. Jun. 2010; 70 Suppl 1: 24-31, UI: 20806472.
136. Werhan JH. Reface, remodel, or rebuild your dental office. – Journal of the California Dental Association. 2010; 38 (7): 495-500.
137. Widström E. K. A. Eaton & van den Heuvel J. Dentistry in the EU and EEA, a Council of European Chief Dental Officers Survey. National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES, Helsinki Finland. 1996.
138. Whitehouse N. Freedom of movement in the European Community. – International Dental Journal. 1990; 40: 237-241.
139. World Bank Country Data for 2007. Accessed (2009 Apr17) at: http://ddtext.worldbank.org/ext/ddreports/ViewSharedReport?&CF=1&REPORT_ID=9147&REQUESTTYPE=VIEWADVANCED7HF=N&WSpN.
140. World Bank. Knowledge for Development. World Development Report 1998-1999. Oxford University Press; 1999.
141. Zillen P. A. M. Mindak. World dental demographics. – Int. Dental J., 2000; 50 (4): 194-197.

Благодарности

Изказвам своята изключителна признателност на моя научен ръководител проф. д-р Лидия Катрова, д.м., за непрекословната подкрепа, отговорното отношение, прякост, ценни идеи и насоки, които помогнаха за моята сигурност при дефиниране на темата и изпълнение на задачите по дисертационния труд и справяне с трудностите.

На всички членове на Катедра Обществено дентално здраве за това, че ме приеха в своето сплотено „семейство“, за добронамереното отношение и позитивен микроклимат за работа и специални благодарности на проф. д-р Красимира Янева д.м., ръководител на Катедрата, която ми оказа доверието да водя студентски групи и помощта си при процедурите.

За преодоляване на трудностите, възникнали в процеса на проучването, намиране на официална информация, за установяване на отправна точка за изследването, изключителни благодарности на ръководствата на всички 28 регионални колегии, на националното ръководство на Българският зъболекарски съюз и лично на д-р Борислав Миланов, без чиято стопроцентова подкрепа не би се осъществил този труд.

На проф. д-р Снежана Пиринска-Топалова, д.м., за оказаното ми съдействие при събиране на информацията.

На студентска канцелария при ФДМ – София, за отношението и подкрепата, за предоставената ми информация във връзка с моята работа.

На доц. д-р Стоян Иванов, д.м., за бащинските съвети и подкрепа.

На инж. Божидар Христов, оказал ми непрекословна подкрепа в изработването на сайта, неговата поддръжка и компютърната обработка на всички материали, свързани с дисертационния труд.

На г-н Тодор Кундурджиев за помощта и съветите в полето на статистиката.

На д-р Ася Кръстева, д.н., за колегиалното отношение, помощ и подкрепа.

На счетоводството при ФДМ – София, за коректното и навременно придвижване на финансово-отчетните документи.

На г-жа Вили Димитрова, за ценните съвети при оформяне на библиографията и труда.

На г-жа Дима Мандалева, за методическите указания по процедурата.

На студентите Иван Иванов, Дамян Бадев за техническата помощ по събиране и вкарване на базата данни.

На д-р Джема Грозданова, за ценните коментари и препоръки.

На д-р Петя Цолова, за предоставената ми информация.

На г-н Пламен Панайотов.

Не на последно място искам да благодаря на моето семейство, за търпението, подкрепата и помощта по време на подготовката, провеждането на изследването и написването на дисертационния труд.



АВТОБИОГРАФИЯ

Д-р Красимир Цветанов Цоков е роден на 22.10.1977 г. в гр. Стара Загора.

Средно си образование придобива в ПМГ „Екзарх Антим I“ гр. Видин през 1996 г. Висше образование завършва с отличие през 2003 г. във Факултета по дентална медицина при Медицински университет – София. От 2004 г., след отбиване на редовна военна служба, работи като лекар по дентална медицина.

От 2011 до 2014 г. е редовен докторант в Катедра Обществено дентално здраве, към Факултета по дентална медицина при МУ – София, а от 2012 г. е специализант в същото звено.

Интереси в областта на организацията на денталната практика, фотографията. Клинична практика в областта на оралната хирургия.

Член на Български зъболекарски съюз от 2004 г.