



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

Д-р Красимир Цветанов Цоков

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА
В ПАЗАРНИ УСЛОВИЯ

АВТОРЕФЕРАТ

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

Научна специалност – „Обществено дентално здраве“

Научен ръководител:

Проф. Д-р Лидия Катрова, д.м.

София, 2014 г.

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

Д-р Красимир Цветанов Цоков

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

АВТОРЕФЕРАТ

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

Научна специалност „Обществено дентално здраве“

Научен ръководител:

Проф. Д-р Лидия Катрова, д.м.

Рецензенти:

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, д.м.н.

Доц. д-р Жасмин Борисова Караджа, д.м.

София, 2014 г

Дисертационният труд на тема „Организация на денталната практика при пазарни условия“, е написан на 167 стандартни страници. Онагледен е с 18 таблици и 51 фигури. Библиографията включва 141 заглавия, от които 74 на кирилица и 67 на латиница.

Дисертационният труд е насрочен за защита на разширен катедрен съвет на Катедра „Обществено дентално здраве“ към ФДМ при МУ-София

Публичната защита на дисертационният труд ще се състои на 13.10.2014 година от 13.30ч. в Първа аудитория на ФДМ - „Проф. д-р Славчо Давидов д.м.“, София, бул. Св.Георги Софийски“ №1, съгласно чл.76 и чл.77 от правилника за условията и реда на придобиване на научни степени и звания и заемане на академични длъжности в МУ-София и заповед № РК 36 – 1285/ 28. 07. 14 на Ректора на МУ – София, на открито заседание на научно жури в състав:

Председател:

Проф. д-р Лидия Георгиева Катрова д.м.- вътрешен член

Членове

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, д.м.н.-външен член и рецензент

Доц. д-р Жасмин Борисова Караджа, д.м. – вътрешен член и рецензент

Проф. Румен Йорданов Брусарски, доктор – външен член

Доц. д-р Петър Александров Цонов, д.м.-външен член

Материалите по защитата са на разположение в Катедра Обществено дентално здраве на ФДМ – София и са публикувани на интернет страницата на МУ – София.

Забележка: Номерата на таблиците и фигурите в автореферата не отговарят на номерата на таблиците и фигурите в дисертационния труд

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	6
ЦЕЛ И ЗАДАЧИ	9
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ	10
РЕЗУЛТАТИ	18
ДИСКУСИЯ	51
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	60
ИЗВОДИ	61
ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	62
НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	63
УЧАСТИЯ В НАУЧНИ ФОРУМИ.....	64

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
СЕСДО	Council of European Chief of Dental Officers
DMF	Decay, Missing, Filling (Кариес, екстрахиран зъб, обтурация)
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

¹На територията на Република България.

²На територията на ЕС и Европейското икономическо пространство.

³На територията на целия свят.

статус на лекарите по дентална 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 пораждаат и повисоки 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

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...

здравна служба и постигането на достъп до дентални грижи на населението.

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.

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.

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

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

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 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.

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

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

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?“

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).

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 отзовавалите се респонденти (70%).

Реалният брой на извадката, с която проведохме 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.

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.

Групирането на резултатите е извършено 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:

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.

РЕЗУЛТАТИ

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

1. Дентална демография.

Изследването е извършено в районните колегии на Българският зъболекарски съюз във всичките 28 области на страната. Броят на активно упражняващите дейност в отделните области е както следва:

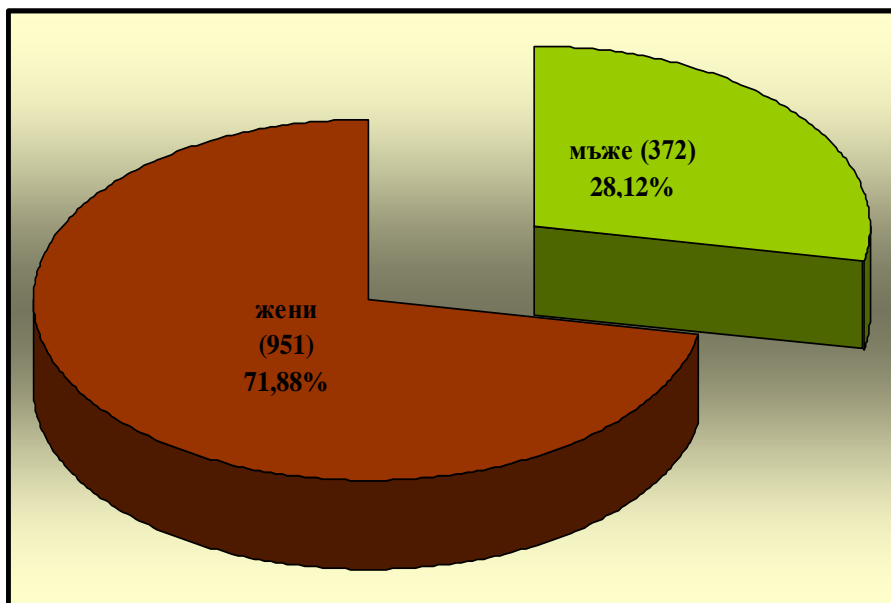
Таблица 1

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

РК на БЗС	Брой ЛДМ	анкетирани	Брой ЛДМ според регистрите на РК на БЗС за 2011г.	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 %

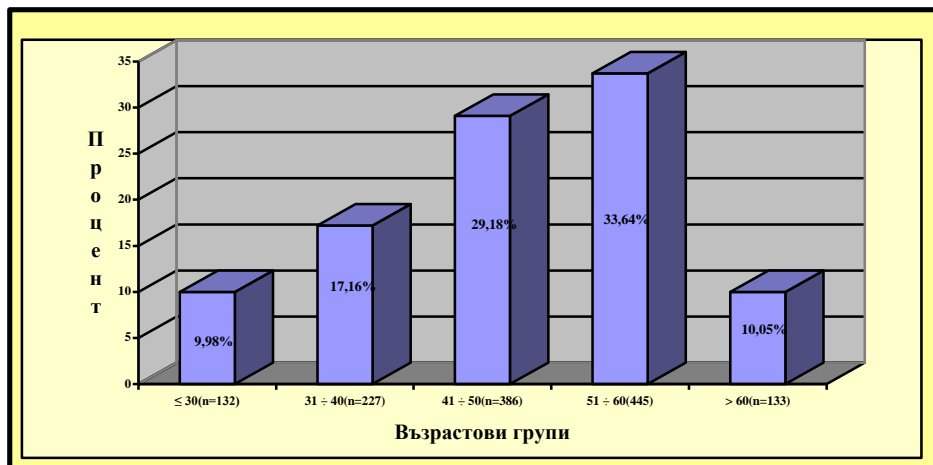
От таблицата се вижда, че значително преобладава броят на зъболекарите в големите градове като София, Пловдив, Варна, Бургас, което не противоречи на логиката.

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 (фиг.1).



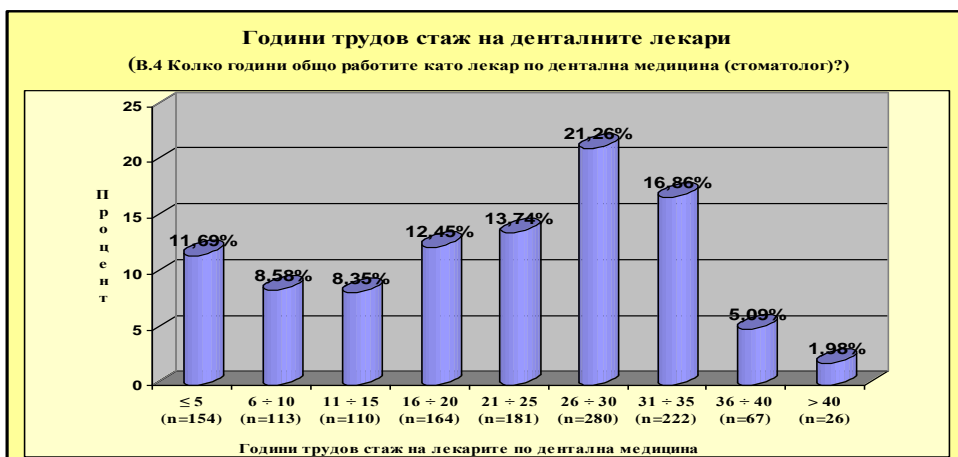
Фиг. 1 Разпределение на ЛДМ по пол

Над 50% от анкетираните ($29,18\% + 33,64\% = 62,82\%$) са на възраст от 41 до 50 и от 51 до 60 години – лекари с достатъчно натрупан професионален опит. Най-малък е броят на тези над 60 години (10,05%) и тези до 30 години (9,98%) (фиг.2).



Фиг. 2 *Разпределение по възраст*

С възрастта на денталните лекари успоредно нараства и продължителността на трудовият им стаж. 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 делът на ЛДМ с трудов стаж 36-40 и над 40 години (5,09% и 1,98%) (фиг.3).



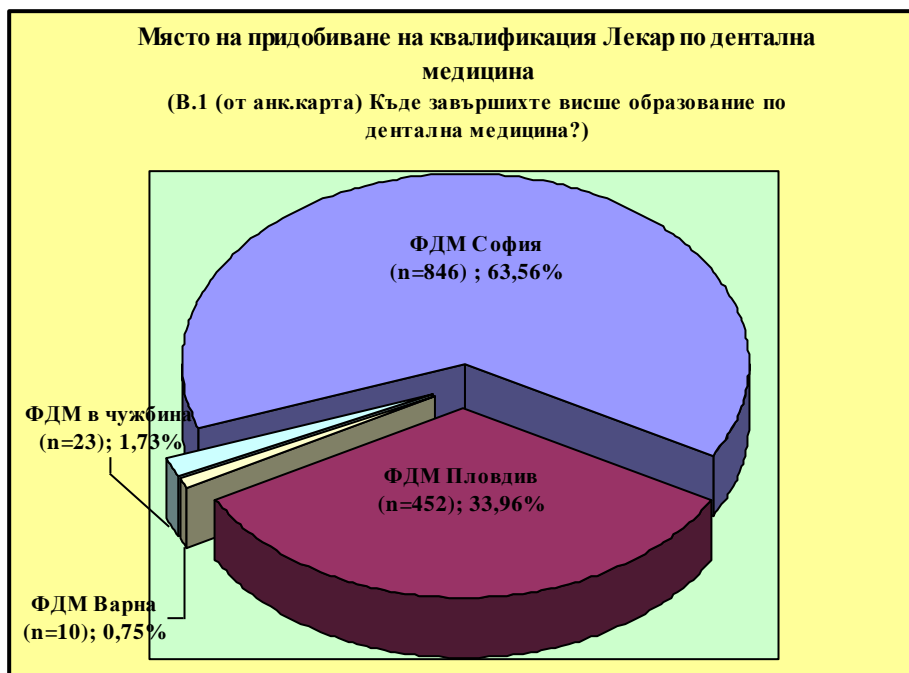
Фиг. 3 *Разпределение на ЛДМ по години трудов стаж*

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

2. Ниво на квалификация и специализация на ЛДМ

2.1. Университетско образование

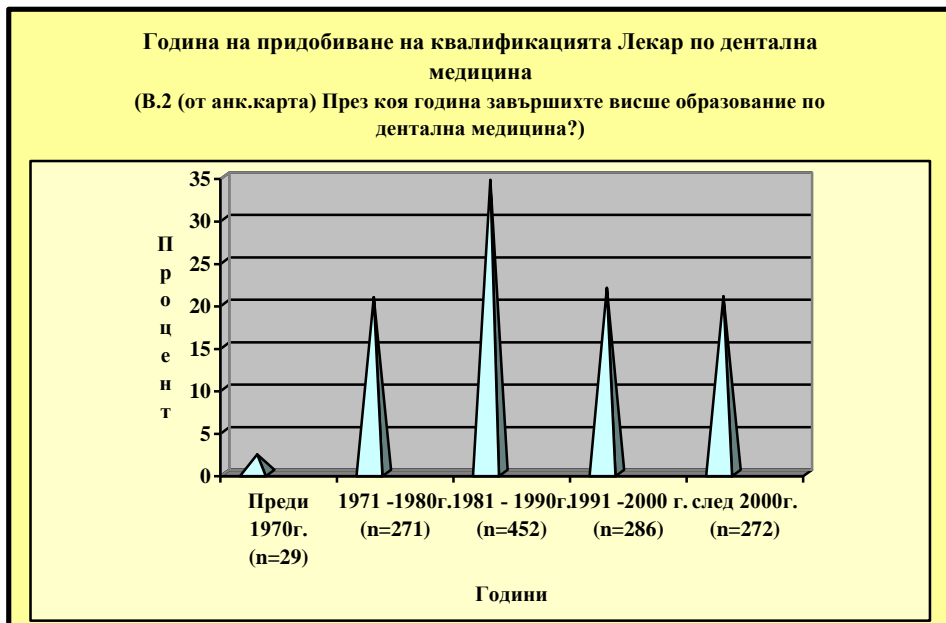
Обучението на денталните кадри в България в момента се осъществява в три факултета по дентална медицина. Анкетираните дентални лекари са придобили квалификацията си в отделните факултети. От тях във ФДМ - София са завършили 846 (63,56%), в Пловдив – 452 (33,96%), във Варна-10 (0,75%). Двадесет и трима зъболекари (1,73%) са придобили висше образование в чужбина(фиг.4).



Фиг. 4 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. Разпределението по години е представено на фиг.5.



Фиг. 5 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 2000г. тенденцията е обратна, с по-голям относителен дял са мъжете (32,1%). 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 (табл.2).

Таблица 2

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

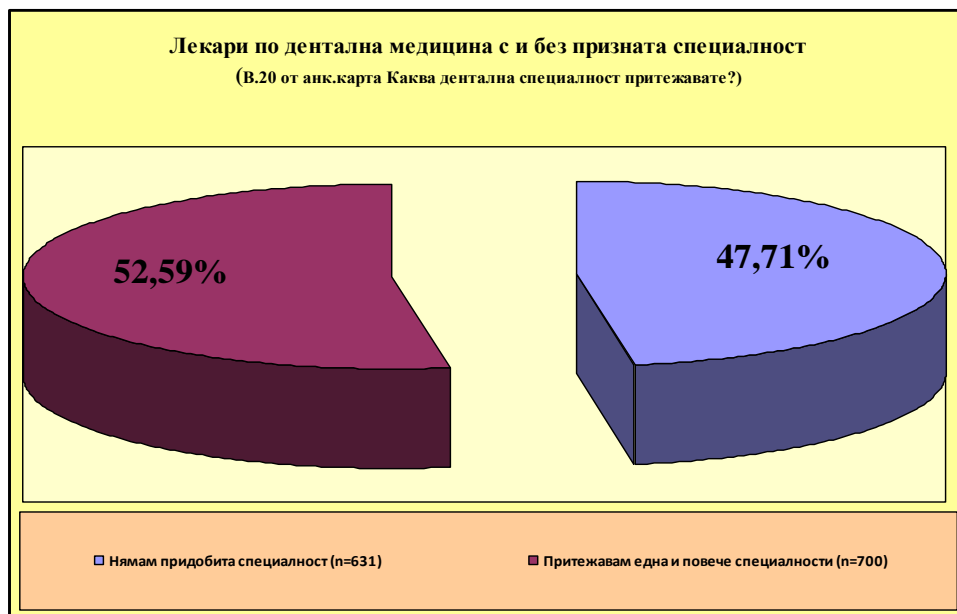
Пол Година на дипломиране по дентална медицина? (B2 от анк.карта)	Мъж n (%)	Жена n (%)	Общо N (%)
преди 1970 г.	10 (2,8)	19 (2,0)	29(2,2)
1971 - 1980 г.	57 (15,8)	211 (22,4)	268(20)
1981 - 1990 г.	97 (26,9)	351 (37,3)	448(34,4)
1991 - 2000 г.	81 (22,4)	204 (21,7)	285(21,9)
след 2000 г.	116 (32,1)	156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

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

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 усъвършенства професионалния си опит.

На въпроса имате ли специалност, са получени 1368 отговора (повече от анкетираните тъй като някои имат по две и повече

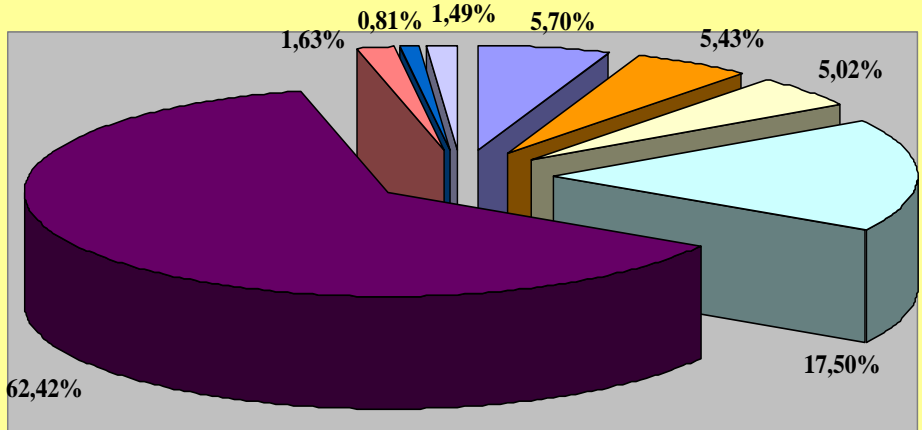
специалности). Без специалност са 631 (47,71%) зъболекари, а специалност притежават 700 (52,59%) зъболекари (фиг.6).



Фиг.6 Разпределение на ЛДМ по специалност

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.7).

Лекари по дентална медицина с призната специалност
(B.20 (от анк.карта) Каква дентална специалност притежавате?)



■ Консервативно заболяване n=42	■ Орална Хирургия n=40	□ Протетика n=37
□ ДДМ n=129	■ Поливалентна ДМ n=460	□ Пародонтология и ЗОЛ n=12
■ ЛЧХ n=6	□ Ортодонтия n=11	

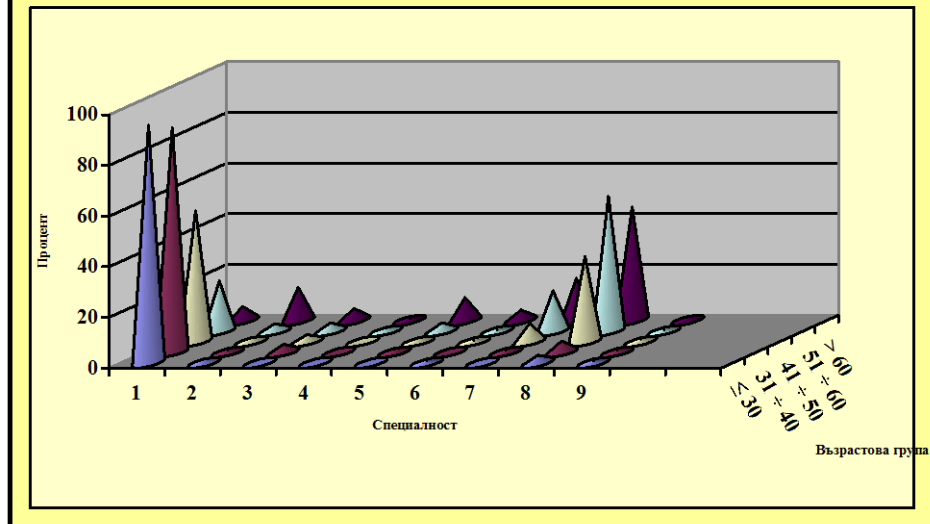
Фиг. 7 Разпределение на ЛДМ по вида на специалност

По ново-въведените специалности Дентална клинична алергология; Дентална образна диагностика; Дентална имплантология нямаме регистрирани данни в анкетната карта.

Разпределението по възраст показва неблагоприятната тенденция без специалност да са все по-голям дял от по-младите ЛДМ. Със специалност са ЛДМ от възрастовите групи 51-60 и над 60 години (фиг.8).

Разпределение на притежавашите специалност дентални лекари по възраст

(В.20 (от анк.карта) Каква дентална специалност притежавате?)



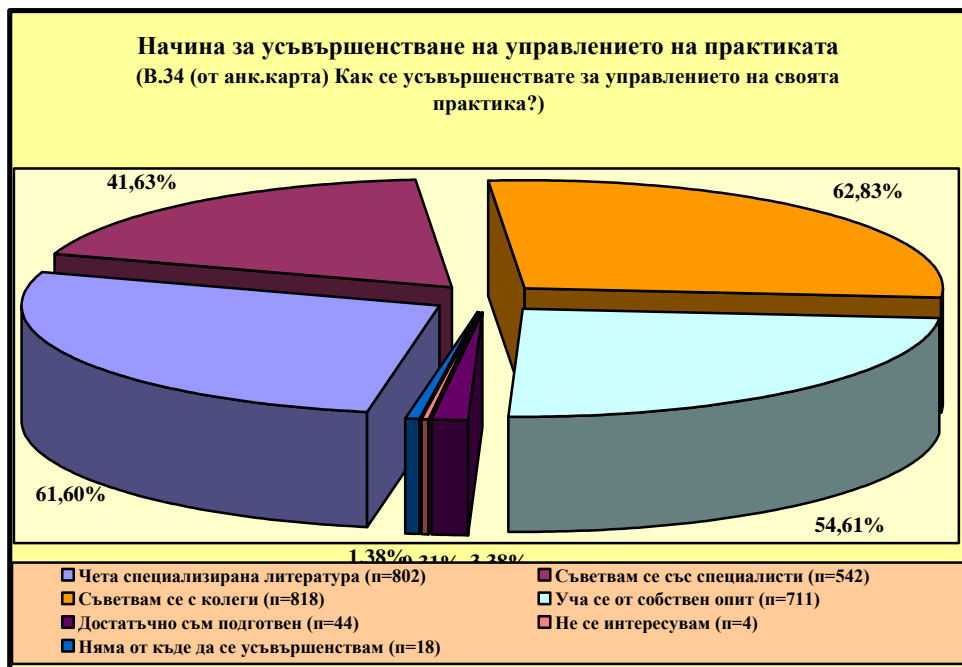
Фиг. 8 Разпределение по възраст и специалност

Легенда:

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

В новите условия, конкурентно способността на практиката зависи от качеството на нейното управление. Това предполага използването на различни начини за усъвършенстването ѝ. Най-често

това се осъществява чрез съвети с колеги (818 отговора), както и от специализираната литература (802). От собствен опит се учат 711.(фиг. 9).

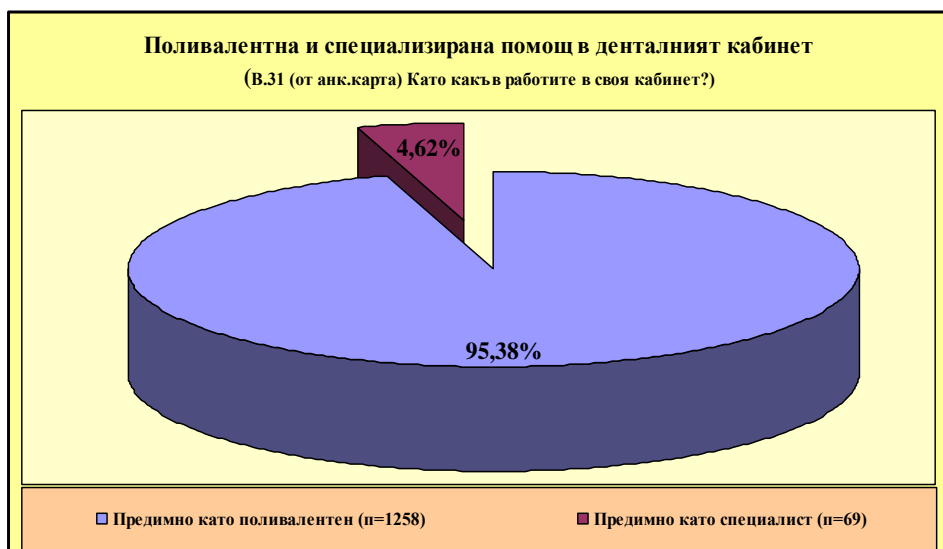


Фиг.9 Разпределение на ЛДМ по начина на повишаване на квалификацията си във връзка с управлението на своята практика (Забележка: 1331 ЛДМ, са дали 2939 отговора.)

3. Начин на практикуване на ЛДМ - поливалентна и специализирана.

В съществуващите пазарни условия на финансова саморегулация и приходи от НЗОК и директни плащания от пациентите, без държавно

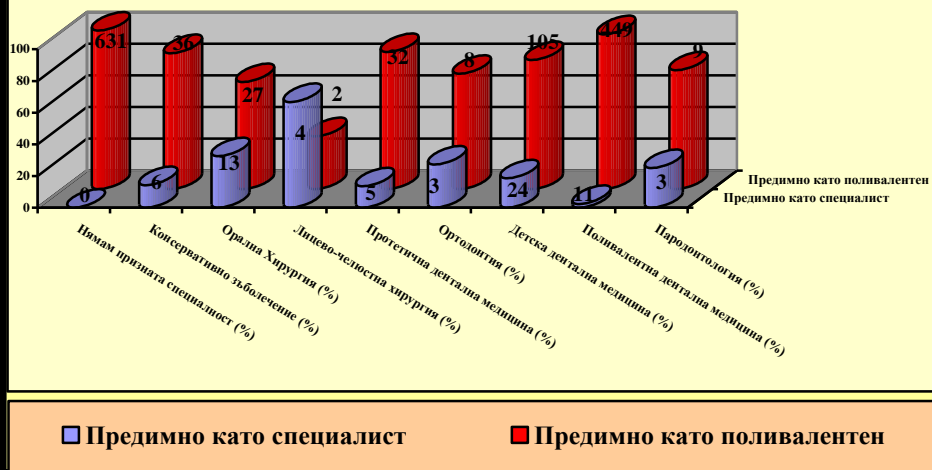
участие, почти всички дентални лекари преминават на поливалентна дентална помощ. Тя преобладава дори в кабинетите на денталните лекари с призната специалност (без поливалентната, защото те работят без тази уговорка поливалентно). В ежедневната практика, като поливалентни работят 1258 (95,38%) зъболекари, а предимно като специалисти работят 69 ЛДМ (4,62%). Нямаме отговор в анкетната карта от 4 анкетирувани. Тези данни показват, че в условията на пазарна икономика само с лечебна дейност по определена специалност трудно могат да се осигуряват средства за издръжка и нормално функциониране на кабинета (фиг.10).



Фиг.10 Дентални грижи – общи и специализирани

Предимно като поливалентни работят и ЛДМ притежаващи специалност (фиг.11).

В.20/31 (от анк.карта) Като какъв работите в своя кабинет в зависимост от притежаваната от вас специалност?



Фиг.11 *Разпределение на лекарите по дентална медицина по притежавана специалност и начин на практикуване*

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

Разкриване на факторите обуславящи развитието на денталната практика.

1. Дефиниране на понятието 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.

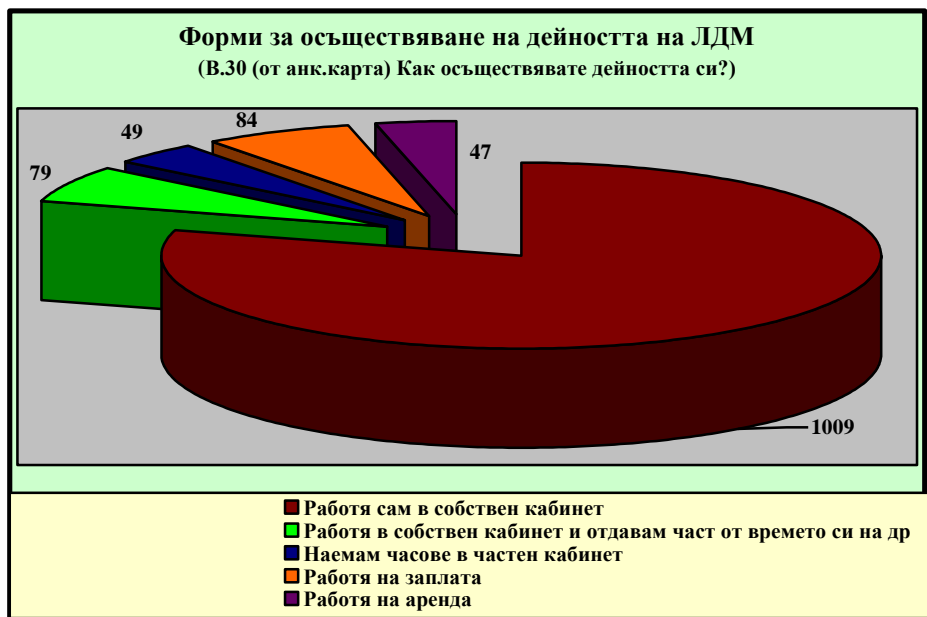
2. Фактори, обуславящи развитието на денталната практика.

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

денталният екип. От анкетираните в собствени кабинети работят 1088 зъболекари и 180 от отговорилите работят под различна форма в чужди кабинети.

От собственици на кабинети 1009 работят сами и 79 отдават под наем. Броят на работещите в собствен или чужд кабинет не съответстват на броя на кабинетите, тъй като в един собствен кабинет могат да работят повече от един човек на семейни начала, като всеки съобщава, че работи в собствен кабинет и не отдава под наем. Наемащите могат да работят по различен начин в повече от един кабинет (фиг.12).



Фиг.12 Начин на осъществяване на дейността на денталните лекари

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.3).

Таблица 3

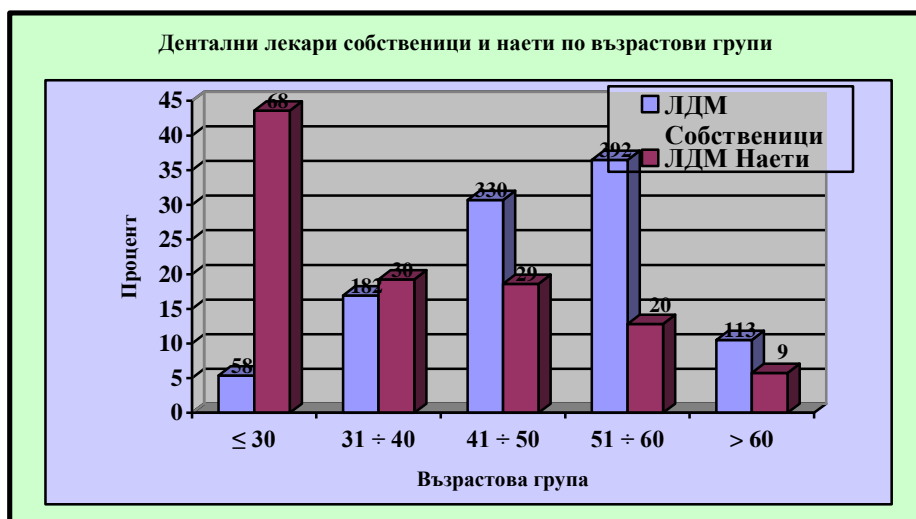
Разпределение на лекарите по дентална медицина според начина на стартиране на практиката и възрастовата група

Начало на кариерата като дентален лекар (В. 3 от анк. карта)	Възrastова 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 (%)
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 (100.0)	1316 (100.00)

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

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

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 (фиг13).

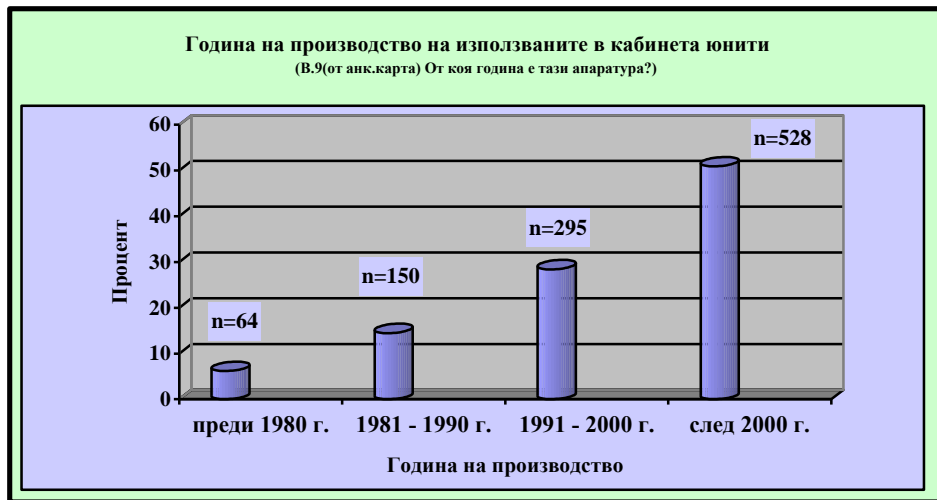


Фиг. 13 Разпределение на ЛДМ по работа като наети или собственици и възрастова група.

2.2 Състояние на оборудването.

Като важна и неделима част от денталният кабинет в съответствие с предлаганото на пазара и непрекъснатите постижения в областта на денталната техника, нараства и темпа на осъвременяване на машинния парк в денталните кабинети. Тенденцията е към оборудване с

по-съвременна апаратура (823 машини закупени след 1991 година, срещу 214 закупени до 1990 година). Показател, който би довел до по-рационално, ефективно и съвременно дентално обслужване на болните (фиг.14).



Фиг.14 *Разпределение на ЛДМ, в зависимост от годината на производство на денталният юнит*

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 след 2000г. Това е свързано със стремежа за подобряването на 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 2000година. Обратна е тенденцията при стария машинен парк: с машини от преди 1980 година работят 1,19% от ЛДМ от възрастовата група под 30 години, докато процента е 15,69%, при над 60 годишните(табл.4).

Таблица 4

Връзка 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 възрастовата си група.

Успоредно с тенденцията за закупуване на по-модерни дентални машини, кабинетите се оборудват и с друга съвременна апаратура. 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-

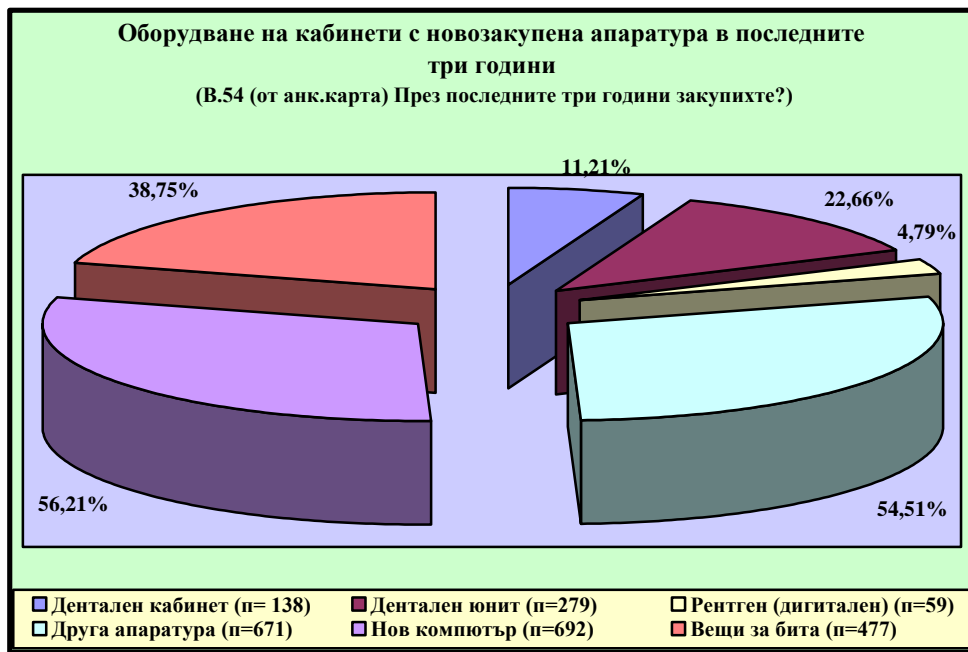
често срещани са и рентгеновите апарати в кабинетите въпреки усложнената процедура по узаконяването им. Двеста четиридесет и девет от анкетираните (19,10%) посочват, че към кабинета, в който работят, разполагат и с рентген за сегментни графии (може да се предполага, че част от тях са дали такъв отговор в смисъл, че разчитат на рентген наблизно или двама и повече дентални лекари, работещи в един и същ кабинет, посочват, че в кабинета има апарат) (фиг.15).



Фиг.15 Разпределение на денталните лекари по притежавана апаратура в денталния кабинет, в който работят.

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

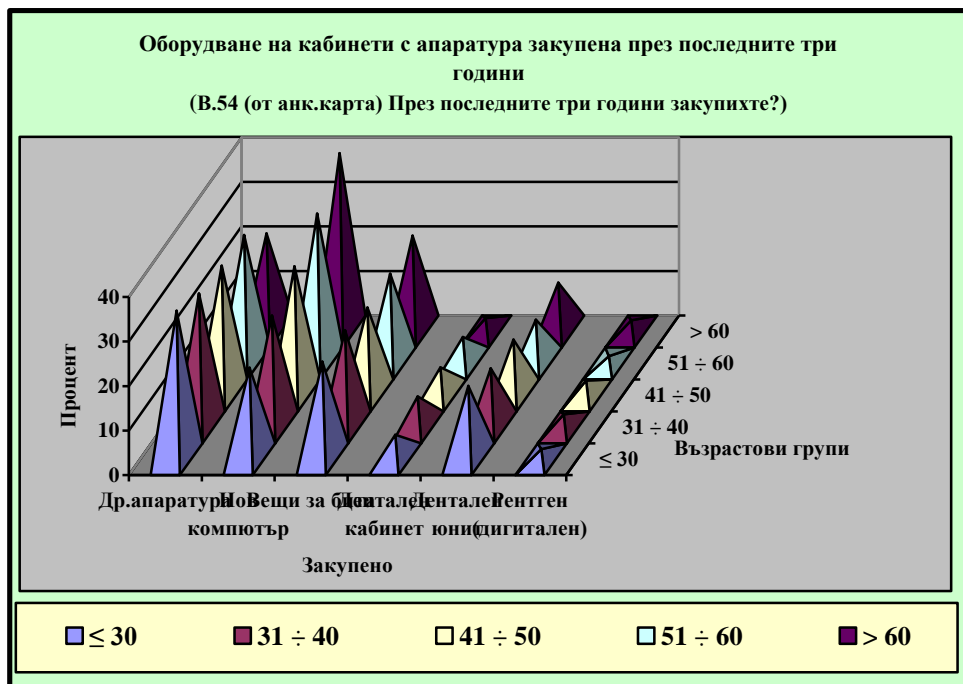
дентални лекари. Значително голям е и броят закупена друга апаратура 54,51%. Не малък е и броят на закупените дентални юнити през последните три години – 279 (22,66%). Значително по-голям е броят на онези лекари, които използват допълнителна лечебна апаратура извън кабинетите, в които работят. Всички анкетирани използват като спомагателни дейности различни рентгенограми, адекватно на изискванията за точно диагностициране на съответното заболяване. (фиг.16).



Фиг.16 Разпределение на ЛДМ по ново-закупено оборудване за практиката през последните три години

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

От разпределението на ЛДМ по възрастови групи тенденцията е за закупуване с бързи темпове на компютърна техника и допълнителна апаратура във всички тях. 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.17).

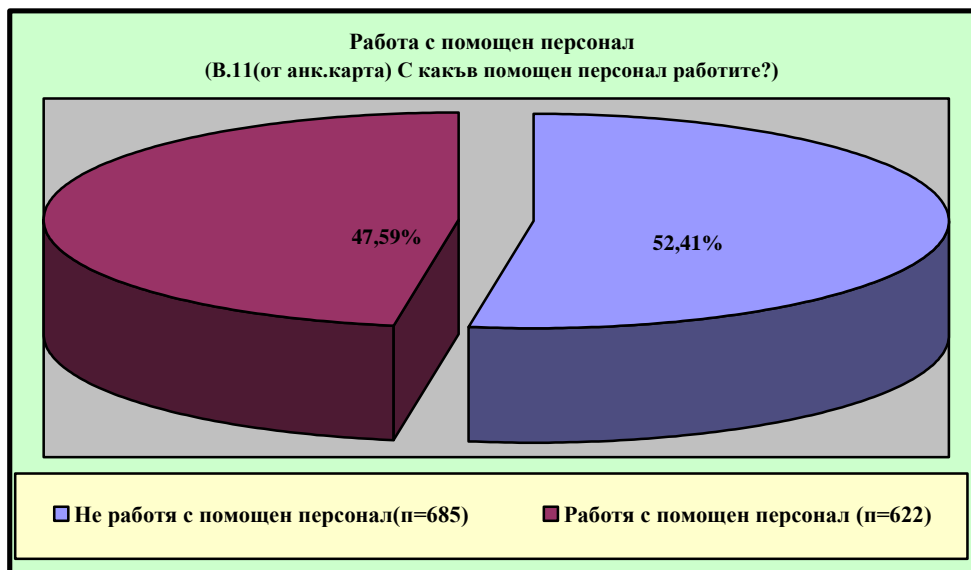


Фиг.17 Разпределение на ЛДМ по закупено ново оборудване през последните 3 години и възрастова група

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.

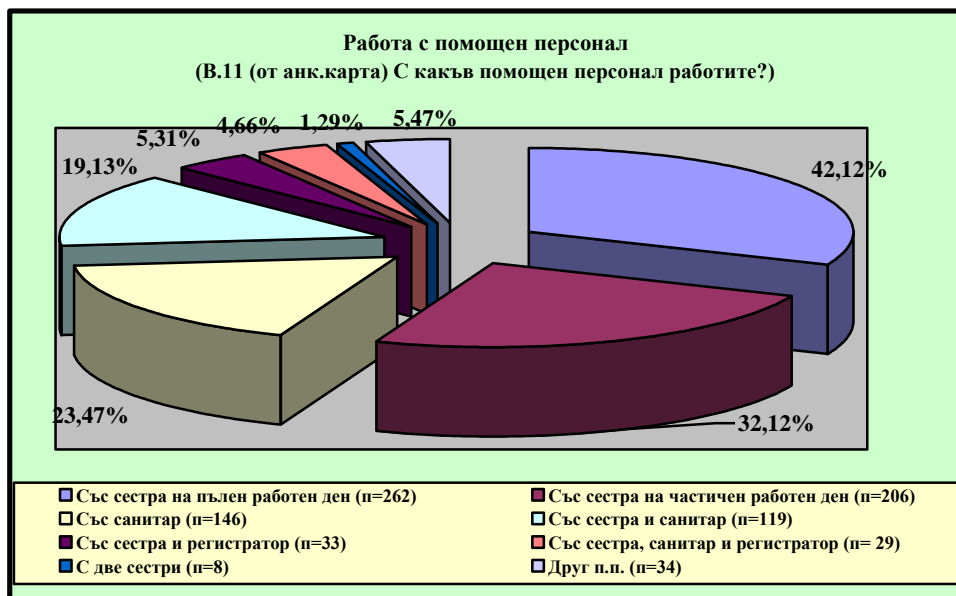
Анализите по този въпрос са върху 1307 попълнени анкетни карти. Шестстотин осемдесет и пет зъболекари (52,41%) работят без помощен персонал, а 622 (47,59%) ползват различен помощен персонал. Двадесет и четири анкетни карти са без отговор по този въпрос (фиг.18).



Фиг. 18 Разпределение на ЛДМ в зависимост от показателя работа с помощен персонал

Най-често използваният помощен персонал е медицинската сестра на пълен (42,12%) или частичен работен ден (32,12%). Към помощта на медицинска сестра 119 от лекарите (19,13%) ползват услугите и на санитар, а 33 ползват сестра и регистратор (5,31%). С трима души помощен персонал (медицинска сестра, санитар и регистратор) работят 29 ЛДМ (4,66%) и с две медицински сестри работят едва 8 души зъболекари (1,29%). Работещите с друг помощен персонал са 34 (5,467%). Помощта на санитар ползват 294 лекари по дентална медицина, а регистратор – 62-ма.

Тези данни показват, че използването на помощен персонал е незадоволително. Получава се противоречие между необходимостта и възможностите на денталния лекар за реализиране на тази необходимост. Негативна тенденция е, че 685 от лекарите са принудени да изпълняват задълженията и на помощен персонал (фиг.19).



Фиг.19Разпределение на отговорите на ЛДМ в зависимост от помощния персонал, с който работят

От данните на проведеното изследване, 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 денталният лекар, при който работят (фиг.20).

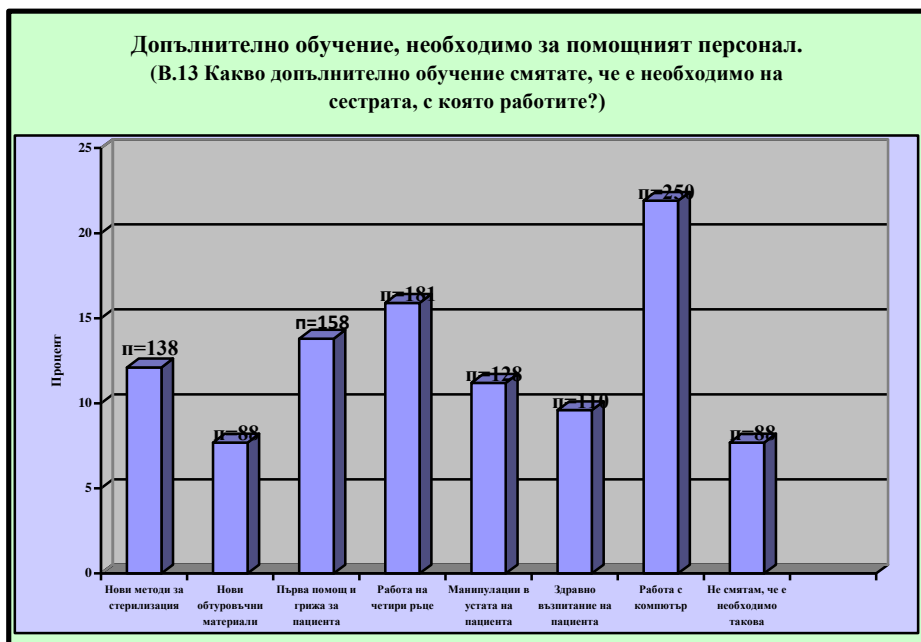


Фиг.20 *Разпределение на ЛДМ работещи с медицинска сестра, в зависимост от нейната квалификация*

За подобряване на ефективността на труда на медицинският 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 анкетираните. 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. 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. Тази интерпретация е на базата на отговорите в какви насоки би трябвало да продължи обучението на сестрите и е отразено на фигура 21.



Фиг.21 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, с оглед влиянията върху използваемостта на денталните грижи и доходите на практиките.

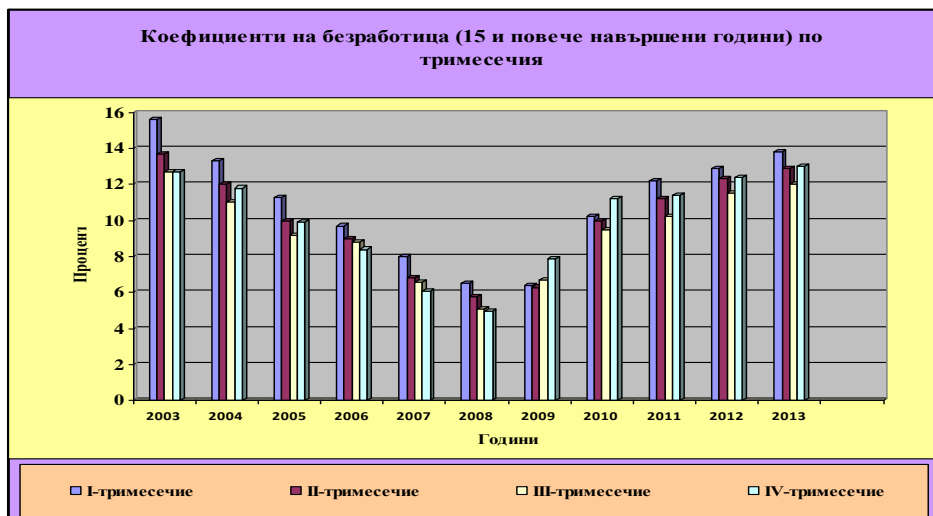
1. Използваемост, сравнителни данни

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. Най-много ЛДМ работят в областите София-град, Пловдив, Варна, Бургас. В останалите области разпределението на ЛДМ е такова, че те са концентрирани в областния център и по-големите градове от областта. Така се получава неблагоприятно демографско-териториално разпределение на ЛДМ.

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 лекар (фиг.22,фиг. 23).



Фиг. 22 Разпределение на населението на България, според населеното място, в което живее (град или село) в динамика. По данни на НЦЗИ и НСИ.)



Фиг.23 Темпове на безработицата в България – динамика.

2. Динамика на договаряне на основен пакет за дентална помощ за населението на България. Сключени договори.

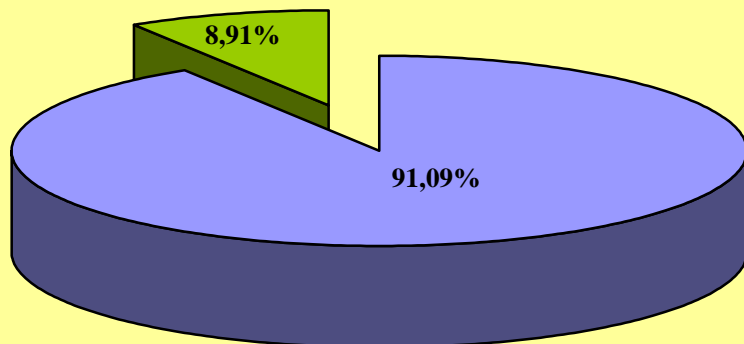
В условията на пазарна икономика основен проблем за просперитета на денталната помощ у нас остава нейното финансиране. Както вече посочихме приходите, в частните дентални кабинети, независимо под каква форма съществуват и реализират лечебната си дейност, се осъществяват основно по два пътя. Това, което получават зъболекарите за реално извършената работа от Националната здравно осигурителна каса по утвърдения с нея договор и на второ място - от получената директно от пациента сума.

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.

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.24).

**Сключили договор с Националната здравно осигурителна каса
(В.51 (от анк.карта) Работите ли с НЗОК?)**



■ Работя със НЗОК (n=1186)

■ Не работя с НЗОК (n=116)

Фиг. 24 Разпределение на ЛДМ в зависимост от обвързаността им с НЗОК

Статистически значима зависимост се установява между сключилите договор с НЗОК и възрастовата група. Тя 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.5).

Таблица 5

Зависимост между възрастта на ЛДМ и наличието на договор с НЗОК.

Възрастова група						
В.51от (анк.карта.) Работа с НЗОК.	≤ 30 n (%)	31 ÷ 40 n (%)	41 ÷ 50 n (%)	51 ÷ 60 n (%)	> 60 n (%)	ОБЩО
Работа с НЗОК (От създаването ѝ до сега без прекъсване; Работа 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

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

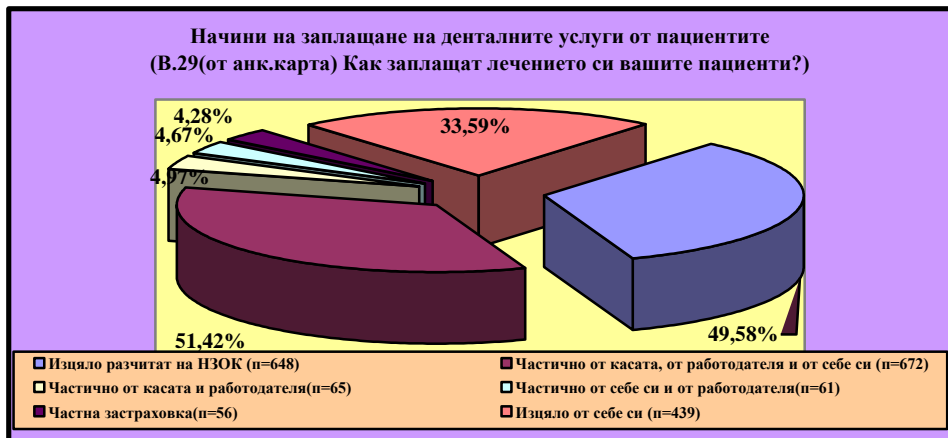
Забележка: От 1331 анкетирани - двадесет и девет ЛДМ не са посочили отговор на въпроса „Работите ли с НЗОК?“, и трима от отговорилите не са посочили възрастовата група, в която попадат. За това 1299 са включени в разпределението по възрастова група и взаимоотношения с НЗОК.

Финансовите ресурси на Националната здравно осигурителна каса за дентална помощ нарастват рязко между 2008 / 2009 година от 67 516 000 до 91 363 000 лв. (с 23 847 000лв.) и 2013 / 2014 година от 106 500 000лв. до 120 000 000лв. (с 13 500 000 лв.). Данните показващи нарастване за периода 2010 /11 г., са нереални, тъй като предходната година размерът на договорената сума е намален с 363 000лв. (фиг.25).



Фиг. 25 Бюджет на НЗОК за дентална помощ по години

Макар и ограничен пакета на НЗОК за дентална помощ, според 49,58% от отговорите на анкетираните, пациентите им „изцяло разчитат“ на тези средства (фиг.26).



Фиг. 26 Начини на заплащане на денталните услуги от страна на пациентите

3. Участие на населението при заплащане на дентални услуги.

Доплащания в рамките на пакета

Директни плащания извън пакета

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. 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.

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

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 К. Eaton и Jos van den Neuvel (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 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.

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,

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.

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 Farfel 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, отпускати 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).

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%)

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).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Новите пазарни условия, в които се развива денталната практика, поставят денталният лекар пред нови предизвикателства. Условията, в които се развива денталната практика, засягат както лекарите по дентална медицина, така и пациентите.

При променените условия и пазарни принципи разкриването, развитието и реализацията на денталната практика е в зависимост от собствеността на кабинета.

Наличните материални ресурси и възможността за свободно вземане на решение, определят разнообразието от услуги предлагани от денталната практика. Материалната осигуреност и оборудването на практиката е в основата на усъвършенстването на денталният екип и работата с помощен персонал.

Преодоляването на финансовата бариера при денталното лечение е в основата за осигуряване на достъп до дентални грижи., като за това спомагат средствата от националният здравноосигурителен фонд.

ИЗВОДИ

От изпълнението на поставените цел и задачи в дисертационния труд може да се направят следните 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 броят на специализиращите лекарите по дентална медицина.

3. На фона на намаляване на броя на населението се забелязва ръст на

ново-регистрираните 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 конкурентно-способността.

6. Развитието на практиките се проявява по-скоро технологично, отколкото чрез развитие на екипа.

ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Оригинални приноси

1. Дефинирано е понятието Дентална практика.
2. За първи път се провежда национално проучване, което показва състоянието и перспективите на денталните практики в пазарна среда.
3. За първи път в България е направен анализ на организацията на денталните практики в условията на либерален пазар.

Приноси с потвърдителен характер

4. Очертани са новите условия определящи тенденциите за развитие на денталните практики и подобряване качеството на денталната помощ.
5. Очертани са основните фактори за развитието на пазара на дентални грижи: инфраструктура, социално-демографски детерминанти.

Приноси с приложен характер

6. Показани са основните тенденции, за планиране и развитие на денталната практика до завършване на прехода и след това.
7. Представени са доказателства за реалните нужди от специалисти и необходимост от усъвършенстване на механизма за поддържане на квалификацията.
8. Очертани са новите условия и факторите отговорни за работата с или без помощен персонал във връзка с развитието и подобряване качеството на денталната помощ.

НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Katrova L. K. 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. ISSN 1840-1848 (Print); ISSN 1840-2879 (Online).
2. Цоков К. Л. Г. 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, посветено на 20-та годишнина от основаването на катедра ОДЗ. София, СИМЕЛПРЕС 2012: 27 – 37.
3. Katrova L. K. Tzokov. Current state of the dental practice in Bulgaria. Methaanalysis. Journal of IMAВ 2012; 18(2):181-187; DOI:10.5272/jimab.2012182.181.
4. Катрова Л. К. Цветанов. Жените лекари по дентална медицина – особености на организацията на денталната практика. Социална Медицина. 2012; №2/3: 59 – 61.
5. Цоков К. Л. Катрова. Демографските процеси и структурата на денталните практики - предпоставки за развитие на пазара на дентални услуги в България. Проблеми на денталната медицина. 2011г.; 37 (2): 61-65.
6. Катрова Л. Цв. Катрова К. Цоков. Промяната на социално-професионалния статус на стоматолозите в България в хода на здравната реформа. ИМАВ. 2002; 8 (1): 18 – 21.

УЧАСТИЯ В НАУЧНИ ФОРУМИ

1. Katrova L.G. K. T. Tzokov. Current state of the dental practice in Bulgaria. Methanalysis. Annual meeting of IMAB, May 2011. (Poster).
2. Цоков К. Л. Г Катрова. Демографските процеси и структурата на денталната практика като предпоставка за развитие на пазара за дентални услуги в България. 11-ти Научен конгрес на БЗС 17-19 юни 2011г. гр.Бургас (Постер).
3. Цоков К. Л. Г. Катрова Жените лекари по дентална медицина, особености на организация на денталната практика. 12-ти Научен конгрес на БЗС 15-17 юни 2012г. гр.Бургас (Постер).
4. Цоков К. Л. Г. Катрова Собственост на денталните практики и обновяване на оборудването. 13-ти Научен конгрес на БЗС 13-15 юни 2013г. гр.Бургас (Постер).
5. Цоков К. Актуално състояние на денталната практика в България в началото на 21-ви век. Научна сесия по повод 20 годишнината на Катера ОДЗ, София, 12.05.2012г. (Орална презентация).
6. Tsvetanov K. I.Ivanov L.Katrova. Perceptions of students and practitioners of dental ergonomy as a tool of internal marketing. 25-th Annual meeting, EADE, 17/18 may 2013, Sofia, Bulgaria. (Poster).