

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ „ПРОФ. Д-Р П. СТОЯНОВ“ – ВАРНА  
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“  
КАТЕДРА „СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО“

**Д-р Христина Василева Божинова-Димитрова**

## **НЕРЕГЛАМЕНТИРАНИ СОЦИАЛНИ ФУНКЦИИ НА ЛЕКАРЯ В ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд за присъждане на  
образователна и научна степен „доктор“

Научна специалност: „Социална медицина и организация на здравеопазването и  
фармацията“

**Научен ръководител:**

Проф. д-р Лора Христова Георгиева, дм

**Официални рецензенти:**

Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм

Проф. д-р Албена Георгиева Керековска, дм

Варна, 2022 г.

Дисертационният труд е одобрен и предложен за защита на разширено заседание на катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“ при Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ – Варна.

Дисертационният труд е написан на 161 страници и е онагледен с 13 фигури, 19 таблици и 2 приложения.

Използвани източници: 204, от които 103 на кирилица и 101 на латиница.

Публичната защита ще се състои на ..... 2022 г. от ..... ч. в МУ-Варна.

## **ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ**

НСИ - Национален статистически институт

НОИ - Национален осигурителен институт

НЗОК - Национална здравноосигурителна каса

ОПЛ - Общопрактикуващ лекар

ПМП - Първична медицинска помощ

РЗОК - Районна здравноосигурителна каса

СЗО - Световна здравна организация

ТЕЛК - Териториална експертна лекарска комисия

## СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
ЦЕЛ И ЗАДАЧИ.....	11
МЕТОДОЛОГИЯ.....	11
ХИПОТЕЗИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....	13
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.....	14
I. Дейности, които общопрактикуващият лекар извършва като задължителен елемент при взаимодействие със социалната сфера .....	14
II. Резултати от проучване сред общопрактикуващи лекари чрез дълбочинно интервю .....	15
1. Характеристика на изследвания контингент.....	15
2. Общ поглед на респондентите върху най-честите им функции, различни от медицинските договорености .....	15
3. Нерегламентирани дейности, свързани с други здравни институции .....	16
4. Работа, свързана с инвалидността .....	17
5. Работа със здравно неосигурени лица .....	18
6. Работа с пациенти, настанени в социални институции .....	19
7. Работа с възрастни лица, живеещи сами.....	19
8. Домашни посещения .....	20
9. Транспорт на пациенти .....	21
10. Общуване с лекаря .....	21
11. Телефонни контакти .....	21
12. Право на лекаря да отпише пациент от своята листа .....	22
13. Включване на семействата на общопрактикуващите лекари.....	23
III. Резултати от анкетно проучване сред общопрактикуващи лекари .....	23
1. Характеристика на изследвания контингент .....	23
2. Обслужване на здравно неосигурени лица .....	29
3. Транспорт.....	36
4. Отношение към практики с неблагоприятни условия .....	39
5. Аптека .....	41
6. Обслужване на лица с инвалидност .....	43
7. Насочване за социални услуги и обслужване на пациенти в социални институции .....	45
8. Удовлетвореност от работата като общопрактикуващ лекар.....	46
IV. Възможности за оптимизиране на работата в общата медицинска практика през погледа на личните лекари .....	47
ИЗВОДИ.....	49
ПРЕПОРЪКИ.....	50
ПРИНОСИ.....	51
ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД .....	52

## ВЪВЕДЕНИЕ

Здравето е необходимо условие за лично и обществено благополучие. Опазването и възстановяването на здравето зависят от много фактори, като организирането на здравните дейности в система на здравеопазване е израз на обществената заинтересованост към здравето като социална ценност. Вариантите на здравни системи са различни според условията на съответната страна, но наложилото се в международен мащаб схващане за универсална достъпност до първични здравни грижи поставя първичната медицинска помощ като базов елемент в квалифицираните грижи за здравето. Премайнавайки към здравноосигурителен модел на финансиране българското здравеопазване също постави като свой приоритет утвърждаването на първичната медицинска помощ (ПМП).

Наред с многото положителни страни на въвеждането на новата здравноосигурителна система, включително развитието на първичната медицинска помощ, се наблюдава дефицит на здравна помощ за здравнонеосигурените лица, много социално слаби са с ограничен достъп до медицинско обслужване, нараства броят лица с инвалидност и в уязвимо положение.

Изпълнявайки своите медицинските задължения и прилагайки биопсихосоциален подход в работата си в по-голяма степен, отколкото всички други здравни професионалисти, лекарите и техните екипи, обединени в общата медицинска практика, изпълняват мащабен обем социални функции, които остават невидими, незаплатени и непризнати от обществото.

Организирането на множество немедицински и медицински дейности с цел опазване и подобряване на най-важното човешко благо – здравето – поставя здравеопазването върху широк социален фундамент и по същество има социална цел.

През 1978 г. на Международна конференция в Алма-Ата понятието „**първична здравна помощ**” е дефинирано като основна здравна помощ, основана на практически, научно обосновани и социално-приемливи методи и технологии, универсално достъпни за всяко лице, за семействата и общността.

Ето защо в съвременните разбирания все повече като първично звено на грижите се възприема **първичната медицинска помощ** и нейните лекари. Това базово ниво на грижи за здравето според Световната здравна организация (СЗО) днес е по-актуално от всякога, а **общопрактикуващите лекари** са в позицията да осъществят широката гама от необходими дейности.

Близостта на понятията **първична здравна** и **първична медицинска** помощ често води до употребата им като синоними, но между тях съществуват различия.

**Първичната здравна помощ** е общ подход към здравето на населението и може да се характеризира като стратегия, която трябва да утвърди универсалния достъп до грижи за здравето.

**Първичната медицинска помощ** е професионален отговор на здравните проблеми на пациента при неговия първи контакт със здравната система, който се предоставя от общопрактикуващия лекар (ОПЛ).

### **Проблеми в покритието с първична медицинска помощ по света**

В развиващите се страни достъпът до първична помощ в отдалечени общности е много труден. За населението в отдалечените места медицинската помощ е недостъпна поради големите разстояния, лошите пътища и липсващия транспорт.

В европейските страни първичната медицинска помощ е добре развита. В Германия за 2019г. има почти 60 хиляди ОПЛ – най-големия брой в Европа, следвани от Франция с над 58 хиляди и Великобритания с 51 хиляди.

За да направим сравнение на осигуреността в различните държави, изчислим броя на ОПЛ на 10 000 души от населението (Таблица 1). Резултатите показват, че осигуреността с ОПЛ в България за 2019 г. е малко по-ниска в сравнение с развитите европейски държави.

**Табл. 1.** Брой общопрактикуващи лекари на 10 000 души от населението, в някои европейски страни, 2019 г.

<b>Страна</b>	<b>Брой ОПЛ</b>	<b>Брой ОПЛ на 10 000 души от населението</b>
Германия	59 711	7,19
Франция	58 493	8,68
Обединено Кралство	51 096	7,66
Испания	43 131	9,18
Италия	42 428	7,02
Нидерландия	15 373	8,89
Белгия	13 425	11,70
Полша	8 418	2,21
Чехия	7 357	6,90
Австрия	6 750	7,61
Швеция	6 480	6,33
Норвегия	4 587	8,60
Унгария	4 493	4,59
България	4 119	5,88
Ирландия	4 058	8,27
Гърция	3 701	3,45

Липсата на ОПЛ в селските райони в много развити страни е окачествявана като социален проблем. В проучване на мобилността на здравните професионалисти от европейските страни,

анализиращо особеностите на демографското, икономическо и политическо състояние и системите на здравеопазване, придобиването на медицинско образование, признаването на придобити в други страни професионални квалификации, интеграцията и практикуването на мигрантите и т.н., се установяват сериозни външни потоци на миграция – от източноевропейските към западноевропейските страни, от Западна Европа – към САЩ и Канада, от по-слабо развити към по-силно развити страни. Тези миграционни потоци задълбочават дисбаланса в покритието с медицинска помощ. Вътрешната мобилност показва предпочитание на всички категории здравни професионалисти към градовете и към болничната помощ.

Държавите от Източна Европа, които преди прехода си към пазарна икономика и здравноосигурително здравеопазване през 90-те години на XX век бяха с най-високо здравно покритие, днес страдат от кадрови дефицит в своите здравеопазни системи, главно по отношение на спешната и първичната помощ.

### **Първичната медицинска помощ в България**

Участъковият лекар в България се утвърждава като извършител на първична медицинска помощ в началото на XX век. За първи път терминът „участъков лекар” се използва в Закона за народното здраве, приет през 1929 г. Участъковите лекари и здравните им служби са обезпечени от държавата. Към участъковите служби са се създавали малки аптечни пунктове, завеждани от участъковите лекари. В стремежа си да привлекат лекар за своето население, общините са предоставяли жилище на лекаря и други социални придобивки.

През 1951 г. с въвеждането на всенародната безплатна медицинска помощ, достъпна за цялото население, продължава да се затвърждава участъковият принцип, с диференциране на терапевтични и педиатрични участъци по местоживееене. Всеки лекар работи в екип с медицинска сестра. В малките населени места първична помощ се оказва и от фелдшерите.

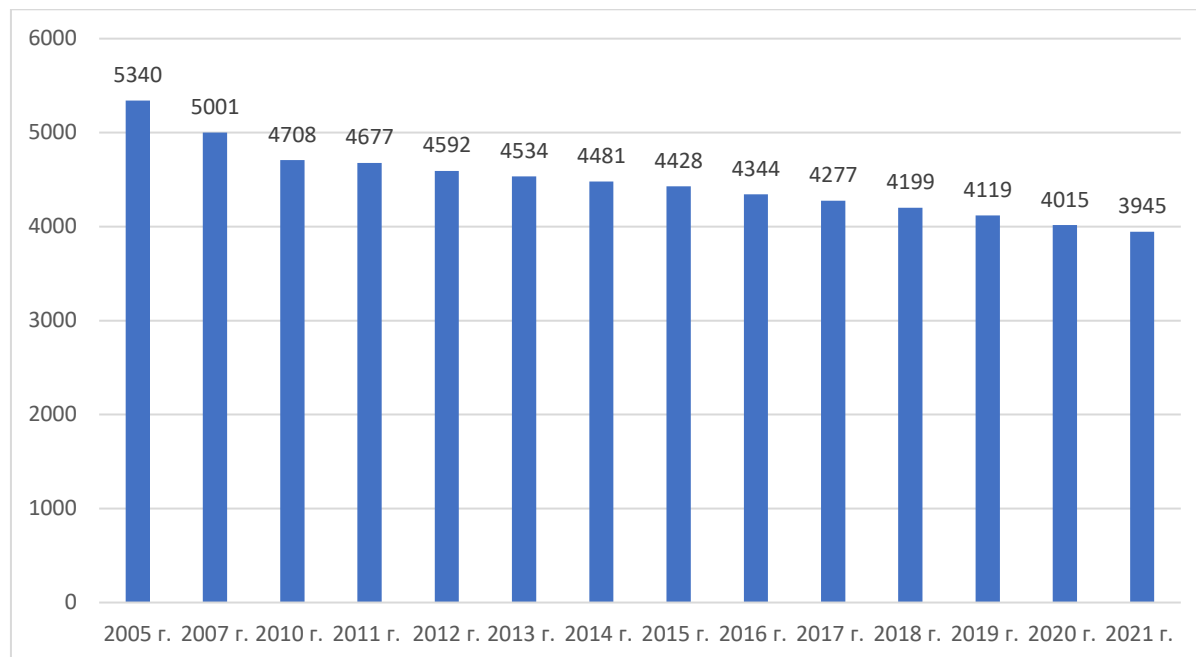
В края на 90-те години на XX век България разполага със силно развита участъкова мрежа, покриваща равномерно територията на страната, включително най-малките населени места.

Реформата в първичната медицинска помощ стартира през 2000 г. с началните законодателни промени. В съответствие със Закона за лечебните заведения и Търговския закон, участъковите лекари започнаха да се регистрират като общопрактикуващи.

Бившите участъкови лекари, трансформирани в общопрактикуващи, се оказаха с многократно увеличен обем медицински задължения, както и административни и финансови, поради превръщането им в търговски субекти. Огромният стрес при тази драстична промяна доведе до първия отлив на лекари от първичната помощ.

Броят на практикуващите лекари в първичната медицинска помощ по данни на НЗОК и НСИ постепенно намалява (Фигура 1).

**Фиг. 1.** Брой общопрактикуващи лекари в България, 2005-2021 г.



Това поставя в риск бъдещето на този вид медицинска помощ, защото работещите в системата не са млади и няма да има кой да поеме тяхната дейност.

Разпределението на общопрактикуващите лекари в страната е неравномерно (Таблица 2). Техният брой за 2021 г. варира в широки граници между отделните области – от 47 до 745. Най-малък е броят им в областите: Разград (47), Търговище (47), Кърджали (52) и Видин (55). Най-голям е в: София-столица (745), Пловдив (405), Варна (274), Стара Загора (210), Бургас (192) и Плевен (188).

За да направим сравнение между осигуреността на населението на отделните области, изчислихме броя на ОПЛ на 10 000 души от населението. Резултатите показват, че средната осигуреност за България е 5,76 на 10 000 души от населението. С най-ниска осигуреност са областите: Кърджали (3,22 на 10 000), Търговище (4,34), Русе (4,44) и Разград (4,45). С най-висока осигуреност са областите: Плевен (8,23), Видин (6,97), Стара Загора (6,83) и Добрич (6,63). Прави впечатление високата цифра за осигуреност във Видинска област, която е една от областите с най-малък брой ОПЛ. Причината е, че за последните 10 години населението на Видинска област е намаляло с над 25% – така изчисляването на осигуреността показва висока стойност на фона на малък абсолютен брой.



**Табл. 2.** Разпределение на общопрактикуващите лекари в България по области, за 2021 г.

Статистически райони и области	Брой ОПЛ	Брой ОПЛ на 10 000 души от населението
<b>Общо за страната</b>	<b>3945</b>	<b>5,76</b>
<b>Северозападен район</b>	<b>488</b>	<b>6,94</b>
Видин	55	6,97
Враца	89	5,79
Ловеч	77	6,42
Монтана	79	6,46
Плевен	188	8,23
<b>Северен централен район</b>	<b>388</b>	<b>5,16</b>
Велико Търново	132	5,84
Габрово	66	6,38
Разград	47	4,45
Русе	93	4,44
Силистра	50	4,76
<b>Североизточен район</b>	<b>523</b>	<b>5,72</b>
Варна	274	5,84
Добрич	111	6,63
Търговище	47	4,34
Шумен	91	5,37
<b>Югоизточен район</b>	<b>562</b>	<b>5,56</b>
Бургас	192	4,69
Сливен	94	5,22
Стара Загора	210	6,83
Ямбол	66	5,77
<b>Югозападен район</b>	<b>1190</b>	<b>5,74</b>
Благоевград	168	5,63
Кюстендил	76	4,71
Перник	74	6,26
София	127	5,43
София (столица)	745	5,69
<b>Южен централен район</b>	<b>783</b>	<b>5,62</b>
Кърджали	52	3,22
Пазарджик	148	5,98
Пловдив	405	6,10
Смолян	64	6,44
Хасково	114	5,17
<b>Неразпределени*</b>	<b>11</b>	<b>-</b>

\*Лекари в индивидуални и групови практики, работещи по договор с НЗОК в повече от една област.  
Източник на данните: НСИ.

Причините за намалението на броя на лекарите и за незаетите практики се коренят във все по-трудните условия на работа, големия обем задължения, недостатъчното заплащане, разпадането на транспортната мрежа до малките населени места, съкращаването на обществения транспорт, административния натиск, непрекъснатите реформи и др.

В резултат на това, че общопрактикуващите лекари в България намаляват, малките населени места остават с все по-малко изпълнители на първична медицинска помощ.

Териториалните диспропорции на общопрактикуващите лекари, водещи до очевидни трудности в обслужването на населението и все по-невъзможен достъп, са обект на критики и дебати. Поради търговския характер на регистрацията лекарите сами избират къде да работят, за да оцелеят финансово. С Постановление на Министерски съвет се приемат методики за остойностяване и заплащане на медицинската помощ (2011). По реда на Методика за определяне на месечното заплащане за работа в населени места, НЗОК определя - център на практики с **неблагоприятни условия** на работа на изпълнители на първична медицинска помощ. Определя се при отчитане на следните критерии: отдалеченост на практиката от други лечебни заведения; трудна достъпност (пресечена местност, лоши пътища); разпръснатост на практиката (амбулатория, обслужваща две или повече населени места); обслужван контингент; екологично замърсен район.

Открояват се множество фактори с негативно влияние върху общата практика – липса на достатъчен брой и вид медицински специалисти в постоянния екип на ОПЛ, ограничени възможности за прилагане на холистичния и проблемно-ориентирания подход към хората при здраве и болест, недостатъчна мотивация на лекарите и отлив от работа в първичната медицинска помощ.

В анализите и програмните документи в българското здравеопазване се поставя акцент върху намаляването на разходите, увеличаването на приходите и контролът върху медицинските специалисти от гледна точка на изразходването на финансовите ресурси. Друг акцент са медицинските стандарти, в които медицинското обслужване се поставя в строгата рамка на алгоритми по отношение на клиничния статус. Всичко това е приложимо за болничната и специализираната извънболнична медицинска помощ, но по отношение на първичната остават незабележими дейностите, извършвани от лекарите, голяма част от които са нерегламентирани и незаплатени и имат твърде слаба или никаква медицинска основателност.

Изпълнявайки своите задължения и договорености, следвайки биопсихосоциалния подход в работата си в по-голяма степен, в сравнение с другите звена на здравната система, лекарите в първичната медицинска помощ изпълняват мащабен обем социални функции, които остават невидими за обществото.

## **ЦЕЛ И ЗАДАЧИ**

### **Цел**

Целта на дисертационния труд е чрез комплексен анализ на извършваните дейности от лекаря в първичната медицинска помощ да се разкрият социалните аспекти на работата му, излизаци извън рамката на нормативно определените задължения.

### **Задачи**

За постигане на целта са поставени следните задачи:

1. Да се систематизират дейностите, които общопрактикуващите лекари извършват като задължителен елемент при взаимодействие със социалната сфера.
2. Да се проучи мнението на общопрактикуващите лекари относно аспекти в тяхната работа, надхвърлящи регламентирания им задължения.
3. Да се проучи работата на общопрактикуващите лекари със здравно неосигурени лица.
4. Да се проучи работата на общопрактикуващите лекари с инвалиди, възрастни, живеещи сами и настанени в социални институции.
5. Да се проучи как общопрактикуващите лекари се справят с трудностите, свързани с транспорт.
6. Да се проучат трудностите на общопрактикуващите лекари, свързани с необходимост от лабораторни изследвания, консултации, снабдяване с лекарста и други проблемни аспекти, без справянето с които не могат да изпълняват лекарския си дълг.
7. Да се проучат възможности за подобряване на условията на работа в първичната медицинска помощ през погледа на общопрактикуващите лекари.

## **МЕТОДОЛОГИЯ**

За изпълнение на целта и задачите са приложени следните методи:

**I. Документален метод** – анализирани са международни и национални литературни източници, бази данни, стратегически документи, нормативни документи, медийни материали.

### **II. Социологически методи**

- **Дълбочинно интервю** – този метод е приложен в първата фаза на проучването с цел в свободен разговор с насочващи въпроси да се постигне максимално обхващане на проблемите, за да може впоследствие във втората фаза на проучването да се конкретизират въпроси за провеждане на анкета сред по-голям контингент.

Проведени са дълбочинни интервюта с 20 ОПЛ, от които 10 с практики в град Варна и 10 с практики извън Варна. Продължителността на едно интервю е средно 60-90 минути.

За целта е разработен въпросник, включващ няколко предварително подбрани теми, като в хода на интервюто се добавяха допълнителни въпроси. Въпросите се отнасят до:

- Общ поглед на респондентите върху най-честите им функции, различни от медицинските договорености;
- Дейности, свързани с други здравни институции;
- Работа, свързана с инвалидността;
- Работа със здравно неосигурени лица;
- Работа с възрастни лица, живеещи сами;
- Работа с пациенти, настанени в социални институции;
- Домашни посещения;
- Общуване с лекаря;
- Право на лекаря да отпише пациент от своята листа;
- Описание на случаи в подкрепа на обсъжданата тематика;
- Възможности за подобряване условията на работа в първичната медицинска помощ.

- **Пряка индивидуална анкета** - приложена е под формата на полуструктуриран въпросник сред 156 общопрактикуващи лекари, работещи в практики за първична медицинска помощ и сключили договор с НЗОК. Участниците в проучването са от следните населени места:

- областни градове: Варна, Добрич, Шумен, Търговище, Бургас, Силистра, Ямбол, София, Враца, Пловдив, Благоевград, Разград, Смолян, Русе, Пазарджик;
- малки градове: Долни Чифлик, Генерал Тошево, Балчик, Каварна, Дулово, Исперих, Хаджидимово, Севлиево;
- села: Константиново, Шкорпиловци, Дропла, Сенокос, Паскалево, Хитово, Никола Козлево, Цани Гинчев, Ружица, Браничево, Средковец, Гусла, Арда, Могила, Смилян, Руен, Голямо Враново, Малко Враново, Стамболово.

Като инструмент за събиране на информация е разработена анкетна карта, която включва 42 въпроса – структурирани, полуструктурирани и отворени, с възможности за свободни отговори. Въпросите са в следните тематични направления:

- Социално-демографска и професионална информация за респондентите;
- Обслужване на здравно неосигурени лица - честота на обслужване, неплатежоспособност, домашни посещения, необходимост от лабораторни изследвания и от специализирана извънболнична медицинска помощ, мнение на лекарите относно възможности за оптимизиране на обслужването на здравно неосигурени пациенти;
- Транспорт – за лекарите и за пациентите;

- Отношение към практики с „неблагоприятни условия“;
- Осигуряване на лекарства за пациентите;
- Обслужване на лица с инвалидност;
- Насочване за социални услуги и обслужване на пациенти в социални институции;
- Удовлетвореност от работата като общопрактикуващ лекар.
- Описание на случаи в подкрепа на обсъжданата тематика;
- Възможности за подобряване условията на работа в първичната медицинска помощ.

### **III. Описание на случаи**

При провеждане на дълбочинните интервюта, както и в анкетните карти, респондентите са приканени да опишат накратко случаи от своята практика, свързани с обсъжданата тематика. При представянето на случаите не се дават лични данни на пациентите, освен пол и приблизителна възраст. От описаните случаи се получава допълнителна, подробна и конкретна информация за работата на лекарите в първичната помощ, която още по-ясно илюстрира изследвания проблем.

### **IV. Статистически методи**

- Дескриптивна статистика;
- Непараметричен анализ – критерий  $\chi^2$  (хи-кварт) на Pearson за категорийни признаци;
- Корелационен анализ – рангова корелация на Spearman;
- Графичен анализ – кръгово-секторни и стълбовидни диаграми.

Статистическата обработка на данните е направена с програмата IBM SPSS, ver. 19. Статистически достоверни различия са приети при  $p < 0,05$ . Графиките са изготвени с Microsoft Excel.

### **ХИПОТЕЗИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

- Лекарите в първичната медицинска помощ извършват множество функции, които са нерегламентирани, незаплатени и немедицински, без които обаче не биха могли да изпълнят медицинските си задължения.
- Най-голям обем социални функции лекарите от първичната медицинска помощ имат при работата със здравно неосигурени лица.
- Общопрактикуващите лекари се сблъскват с обективни трудности в обслужването на пациентите от малките населени места, с които трябва да се справят сами, без помощ от други институции.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

### I. Дейности, които общопрактикуващият лекар извършва като задължителен елемент при взаимодействие със социалната сфера

Като изпълнители на **медицинска помощ** в България общопрактикуващите лекари осъществяват дейността си съгласно изискванията на Закона за здравето, Закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване, Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина, Наредбата за осъществяване правото на здравноосигурените лица за достъп до медицинска помощ, Наредбата за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, Кодекса на професионалната етика, Националния рамков договор, Медицинския стандарт по обща медицинска практика.

В допълнение към пряката си медицинска работа, ОПЛ участват в редица процедури, касаещи **социалната сфера**: Закона за социалните услуги и Правилника за неговото прилагане, заменили през 2019 г. Закона за социално подпомагане и Правилника за неговото прилагане, също Закона за интеграция на хората с увреждания и Правилника за неговото прилагане.

Подробно регламентиране на дейностите на лекаря в първичната медицинска помощ в нашата страна е направено в Медицинския стандарт по обща медицинска практика, приет през 2005г., в сила от 2006 г. Изпълнението на стандарта има задължителен характер за осигуряване на качество, част е от договора със съответната районна здравноосигурителна каса (РЗОК) и подлежи на ежегоден контрол.

Определените в стандарта дейности са в следните групи:

- медицински;
- медико-социални – консултации на семейството при откриване на бременност, заразни заболявания, хронични заболявания, терминално болни, както и ориентиране към отдел Закрила на детето при необходимост, насочване към съответните социални служби за получаване на информация за възможностите за социално подпомагане;
- медико-педагогически – обучение на персонала, на студенти и лекари;
- управленчески;
- икономически;
- интердисциплинарни – насочване на пациентите за консултации, изследвания, болнично лечение, рехабилитация, медицинска експертиза.

За да отграничим дейностите, които лекарят изпълнява при пациенти, имащи нужда от социални услуги (предоставяни от социални служби), е направена систематизация на тези дейности съобразно нормативните договорености. Изхождайки от детайлния анализ на всички нормативни

документи, дейностите, които ОПЛ извършва като регламентирано задължение при взаимодействието си със сферата на социалните услуги, могат да се систематизират по следния начин:

- становище за здравето състояние на лицата при кандидатстване за свързано със здравето социално подпомагане;
- становище за здравето състояние на лицата при кандидатстване за социални услуги;
- становище при нужда от снабдяване с технически помощни средства;
- становище при определяне на намалена работоспособност (инвалидност).

## **II. Резултати от проучване сред общопрактикуващи лекари чрез дълбочинно интервю**

### **1. Характеристика на изследвания контингент**

Дълбочинни интервюта са проведени с 20 общопрактикуващи лекари, от които 15 са жени и 5 са мъже. Средната възраст участниците в проучването е  $52 \pm 11$  години.

Общият трудов лекарски стаж на всички респонденти е значителен - над 20 години, което ги прави детайлно осведомени за развитието и проблемите на реалната практика, реформите и съпътстващите ги трудности. Като общопрактикуващи лекари над 15 години работят 14 от респондентите, останалите – от 2 до 13 години.

По отношение на специализацията:

- Призната специалност по обща медицина имат 15 лекари, от които трима имат по още една специалност (вътрешни или детски болести), а един има още две специалности (вътрешни болести и професионални болести).

- Четирима респонденти имат само специалност по вътрешни болести или детски болести.

- Един респондент е зачислен за специалност обща медицина.

По отношение на екипа – четирима лекари работят самостоятелно, без допълнително нает персонал. Останалите работят в екип с медицински сестри, трима с фелдшери.

Всички респонденти са висококвалифицирани и с голям трудов опит, което гарантира широта на техните познания и наблюдения върху работата в различни условия не само в техните настоящи практики, но и в цялата система на първичната медицинска помощ.

### **2. Общ поглед на респондентите върху най-честите им функции, различни от медицинските договорености**

Всички респонденти при дълбочинните интервюта отговарят, че извършват изключително много дейности извън медицинските, които не са нито остойностени, нито регламентирани, нито се споменават в договореностите в първичната помощ.

Респондентите посочват много такива дейности, които трудно могат да бъдат дефинирани и класифицирани, но бихме могли да ги сведем до следните групи:

- работа със здравно неосигурени пациенти;
- работа, свързана с инвалидността;
- работа със социално слаби;
- снабдяване на пациенти с лекарства;
- транспорт на пациенти;
- търсене на ОПЛ само за социален контакт;
- искане на съвети по несвързани със здравето въпроси.

На въпроса дали това може да се нарече „холистичен подход“, всички са категорични, че холистичният подход включва да познаваш социалните аспекти на здравното състояние на пациента, но не и да ги решава сам – например да го преглеждаш безплатно, да му купуваш лекарства, храна и т.н., и единствено ти да си отговорен за всичко. Самите лекари, въпреки негодуванието към неуредиците на здравеопазната система и на обществото, споделят за вътрешно усещане, че без да са нормативно задължени, се чувстват длъжни да правят всичко, което е по силите им, като определят това като усещане да си просто човек и че иначе не може.

Запитани за определение (дума), което би подходило за обобщено назоваване на тези дейности, които не присъстват в договореностите, но без които не могат да вършат преките си задължения, лекарите открояват „човешина“ и „социални“ аспекти/дейности/функции.

Предвид обединяването около мнението, че болшинството от проблемите не произтичат от пациента като такъв, а са цялостни – на обществото (социума), приемаме обобщеното им определяне като „социални функции“.

### **3. Нерегламентирани дейности, свързани с други здравни институции**

По мнението на всички респонденти при дълбочинните интервюта **снабдяването с лекарства** е проблем в селата без аптеки. Двама от респондентите споделят, че поддържат аптечни шкафове, с което улесняват пациентите си. Претоварва ги допълнителната отчетност, инвентаризациите и пр. Затова всички лекари с пациенти от селата без аптеки се ангажират да закупуват лекарства от градовете и да ги носят на пациентите си. С това им спестяват средства и време, но се натоварват допълнително и по същество изпълняват социална функция. Нерядко се случва и пациентите да не могат да заплатят пълния размер на цената на лекарствата, което остава за сметка на лекаря. Ако желае обаче пациентите да се лекуват, лекарят няма друг избор, освен сам да ги снабди с лекарства.



Обикновено лекарите на пациенти извън Варна са заверявали и рецептурните им книжки в районната здравноосигурителна каса в града. Това също не е задължение на лекаря и не се заплаща от пациентите.

Когато в селищата липсва **лаборатория** (в пет от описаните), някои лекари сами набират кръвни проби и ги пренасят съгласно стандартите. Впоследствие сами взимат резултатите и информират пациентите. Въпреки, че **насочването на пациентите за лабораторни изследвания** е регламентирано задължение на ОПЛ според медицинския стандарт, самото насочване няма да доведе до нищо, ако пациентът по ред причини не го направи. За да помогне на пациента, ОПЛ е принуден сам да търси начин това да се осъществи, което от своя страна е нерегламентирана дейност и по същество е социална функция в полза на пациента.

#### **4. Работа, свързана с инвалидността**

Работата с лица с призната инвалидност е **регламентирана** и е част от клиничната практика и медицинския стандарт. Тя има две страни – дейности по признаване на инвалидността и дейности по грижи за инвалидите. Те не се заплащат нито от самите лица, нито от НЗОК, нито от социалните служби. Тези грижи са с обем и характеристика, надхвърляща простото оказване на медицинска помощ.

На всички интервюирани общопрактикуващи лекари прави впечатление големият брой лица с призната инвалидност в някои населени места. Наблюдението на респондентите се потвърждава от анализите на НОИ - само за периода 2000-2015 г. броят на пенсиите за инвалидност поради общо заболяване е нараснал 2,5 пъти.

Работата, свързана с тези лица, включва издаване на протоколи за ТЕЛК, подготвяне на етапни епикризи, повторно и поредно представяне на ТЕЛК, издаване на медицински направления, организиране насочването за високоспециализирани дейности, поддържане и съхраняване на медицински досиета, т.е. експертна дейност, извършвана често извън амбулаторния график и в дома на лекаря. Най-честите дейности, свързани с насочването към ТЕЛК, са издаването на протокол и издаването на удостоверения за социално подпомагане. Първите се издават безплатно, но са по същество експертна дейност и са част от медицинския стандарт, а вторите са извън договорения пакет медицински услуги.

Самата експертна дейност изисква определен от съставите брой медицински **направления**, а те са **ограничени**. Почти винаги лекарите ползват **лични контакти и разговори на добра воля с колеги**, за да компенсират недостига на направления, когато се касае за 5-6 направления на освидетелствано лице. Всички лекари смятат, че така се създава **конфликт между социалните нужди** на едни пациенти и медицинските нужди на всички останали. Опитът на НЗОК и РЗОК да

урегулират този процес на практика е неприложим поради реакцията на специалистите с тесни специалности, поради различното заплащане на медицинските направления само за експертна дейност (десет пъти по-ниска). Това създава конфликт лекар-пациент относно насочването.

Когато става дума за трайно освидетелстване от ТЕЛК с придружаващите социални придобивки извън лицата с известни хронични заболявания, има случаи, когато пациентите сами изискват изготвяне на документация като представят готови документи от тесните специалисти. Такива случаи **не са регламентирани** в медицинския стандарт, но са факт, споделян от ОПЛ в дълбочинните интервюта. Повечето респонденти са имали случаи на необосновани искания за насочване към ТЕЛК по желание на пациента, но казват, че са критични към такива искания и не се поддават.

## 5. Работа със здравно неосигурени лица

Здравно неосигурените лица в общите практики са мащабен проблем според интервюираните лекари. Сериозността на този проблем се определя от техния брой, който формира относителен дял между 10 и 30%, но и надхвърля 30% в пет от изследваните практики. Лекарите казват, че тези болни познават и се възползват от регламентите за безплатна помощ в случай на спешност, поради което посещават директно спешните приемни отделения на болниците, но когато се налага да бъдат лекувани по **домовете**, да се включват системи и да се осъществява продължително наблюдение, те очакват това да се направи от ОПЛ и никой нищо да не заплаща.

От всички респонденти, **само един** ОПЛ с практика в град Варна е успявал да получи пълен размер за преглед от здравно неосигурени пациенти. Понякога заплащането е **частично**. Най-често обаче самите лекари **не изискват** заплащане от такива пациенти.

Лекарите съобщават, че винаги когато имат в наличност, дават на пациентите **мостри** на лекарства, предоставени им от фармацевтичните фирми, дори се случва **сами да купят лекарства** за неосигурените пациенти, когато знаят че са затруднени финансово.

Някои лекари споделят, че точно неосигурените понякога имат най-големи изисквания да бъдат обслужени.

Тематиката е със силен социален заряд, но се игнорира, не се проучва и дори не се коментира от обществото и от институциите, а само в тясната професионална среда. Някои я наричат „взривоопасна” и я избягват заради риска от спекулации и политизиране.

Важен е въпросът за обръщаемостта на неосигурените лица към ОПЛ. При двама респонденти да преглеждат неосигурени е ежедневие, докато останалите извършват такива прегледи 1-2 пъти седмично или по-рядко. При тези прегледи заплащането или е частично, или е в размера само на потребителската такса, или най-често не се иска дори потребителска такса.

При необходимост от домашно посещение лекарите поемат **транспорта** до дома на пациента, както и стойността на изразходваните на място **лекарства и консумативи**.

Обслужването на здравнонеосигурени лица се оценява от респондентите като **основна социална функция** в тяхната работа, която е с висока обществена значимост, защото нито едно друго звено на медицинската помощ (с изключение на спешната – но за кратко) не поема отговорност за тези пациенти без спазване на строгите организационни и финансови регламенти.

Важно е да се отбележи, че неосигуреност не винаги значи бедност. В тази връзка ОПЛ също споделят примери. Един от респондентите споделя, че има пациент с изключително висок стандарт на живот, който не счита за необходимо да заплаща на държавата пари за здравеопазване.

Значимостта на проблема за страната се разкрива от огромния брой неосигурени лица, които обременяват здравеопазната система.

## **6. Работа с пациенти, настанени в социални институции**

От описаните от респондентите примери става ясно, че работата на ОПЛ с пациенти в социални институции, на практика далеч надхвърля професионалния ангажимент и се превръща в личен такъв, нямащ общо с регламентите. Респондентите наричат това „човешка гледна точка“ и „лична социална функция“. Според тях не е възможно да се ограничиш само до професионалните си задължения, когато се сблъскаш с житейската трагедия на настанените, особено когато са в напреднала възраст.

## **7. Работа с възрастни лица, живеещи сами**

Пациентите в напреднала възраст, които живеят сами, имат завишени нужди от медицинска помощ – извънболнична, болнична, рехабилитационна, сестринска, както и от персонални и битови грижи.

Според респондентите, ангажиментите с тези пациенти са продължителни и винаги свързани с необходимостта от ангажиране на други хора.

Често възрастните имат близки, които не могат да се грижат за тях и прехвърлят отговорността изцяло на ОПЛ. Описан бе случай в голям град, когато множество лекари се въздържат да запишат лице, живеещо само, за които близките не искат да поемат отговорност.

Макар такива откази да са редки, причините са изчерпването на лекарите, както и опитът, че **всички социални функции спрямо лицето се прехвърлят на ОПЛ като най-достъпен**.

Според респондентите по правило общопрактикуващият лекар изпълнява в пълния смисъл на думата ролята на социален работник в селата, където живее предимно възрастно население.

Лекарите изтъкват необходимостта от медицински сестри в грижите за живеещите сами пациенти. Един респондент, споделящ опит в практика с пациенти от три села, посочва, че медицинска сестра и фелдшер, живеещи на територията на практиката, извършват **медицинската и социална дейност** спрямо тези хора. Наличието на такъв екип от местни здравни работници обаче е рядкост и е по-скоро изключение за нашата страна.

Ако пациентът е в несъстояние да изпълнява назначения медикаментозен режим, задължително в дома, където живее, **трябва да има поне още едно лице**, което може да прецени състоянието му и да сигнализира в случай на внезапно влошаване. При липсата на медицински сестри и слабата дейност на **личните и социалните асистенти**, се създават много проблеми, които в крайна сметка остават за решаване от ОПЛ.

## **8. Домашни посещения**

Домашните посещения са част от задълженията на ОПЛ. По регламент ОПЛ извършва домашни посещения на своите пациенти, когато прецени, че такива са необходими, в рамките на работния график. Това са случаи на заболявания или състояния, ограничаващи движението, терминално болни или други подобни.

Липсата на регламентиране на заплащането на домашните посещения, особено при **новородени** в първия месец след раждането създава редица недоразумения. Двама ОПЛ с педиатрична насоченост споделят, че през първия месец са предвидени три посещения, а на ОПЛ се заплаща от касата десет лева. Често първата визита при новороденото трае над един час. Това е време, в което се извършва преглед на новороденото, майката, преглед на документация, оценка на условията на отглеждане, съвети, обучение и пр. Повикванията за посещение обаче са многократни и по всяко време.

Според респондентите при възрастното население са особено необходими **следхоспитализационните визити**. Проблеми възникват, когато няма или се получава със закъснение изходяща информация от стационарите. Липсата на документация (дадена епикриза в момента на изписването, рецепта от лекуващия лекар в болницата) създава големи затруднения.

Всички респонденти са имали повиквания и са извършвали домашни посещения, които **не са медицински обосновани**, а са провокирани от желанието на пациента просто да се оплаче или да си поговори с лекаря.

## 9. Транспорт на пациенти

Нерядко се случва ОПЛ сам да транспортира пациенти до града – при спешна ситуация, трудна подвижност, напреднала възраст, липса на близки, включително ако пациентите нямат средства.

Транспортирането на пациенти по всякакви поводи, от спешни до планов контролен преглед, е характерно за лекарите с пациенти от селата. Това **не е част от функциите на ОПЛ, така както са определени от нормативната база**. Но практикувайки в малки населени места с ограничен или липсващ обществен транспорт, за да изпълни своята медицинска функция ОПЛ лично, със собствен транспорт ги отвежда или организира консултирането на нуждаещите се до следващите нива в здравеопазната система. Друг вариант е организирането на консултации на място, отново с личен транспорт.

Необходимо е да се уточни, че **транспортът е проблем не само за пациентите, но и за самите лекари**.

**Транспортиране на пациенти от ОПЛ се осъществява и без връзка със здравното състояние** – например респондент споделя, че при пътуване към село и обратно в регламентираните дни за визита често пациентите го използват като транспорт в двете посоки. Лекарят **не може да откаже** това, защото познава своите пациенти, те го чувстват близък, освен това нямат друга алтернатива за придвижване – в селото липсва обществен транспорт.

## 10. Общуване с лекаря

Съгласно медицинския стандарт ОПЛ трябва да дава съвети по здравни проблеми.

Търсенето на лекаря за споделяне или питане, несвързано със здравето, става лесно при използване на електронна поща, съобщения по вайбър и социални мрежи, което все повече пациенти правят.

Повечето лекари приемат стремежа на пациентите към пространно общуване, ако не са много натоварени, защото го считат за израз на доверие. На такова емпатично изслушване са по-склонни жените, поради което и респондентите от женски пол приведоха повече примери.

Желанието на пациентите да разговарят с лекаря обаче понякога достига твърде **неприемливи размери** – например разпитване за личния живот на лекаря и други несвързани с работата въпроси.

## 11. Телефонни контакти

Всички респонденти имат постоянни телефонни контакти със своите пациенти.

От началото на здравната реформа с първия Национален рамков договор общопрактикуващите лекари в страната се задължиха да дават 24-часово телефонно разположение. Това задължение беше вариант за гарантиране на непрекъснатостта на медицинската помощ от страна на управляващите. Същевременно в резултат на реформите бяха закрити кабинетите за оказване на неотложна помощ.

От гледна точка на пациента и качеството на получаваната медицинска помощ се приема, че съществен момент в подобряване на достъпността на ОПЛ е възможността за телефонна комуникация. Според респондентите възможността за телефонна комуникация се използва в прекалено голяма степен, с нея се злоупотребява и това е мащабно психическо натоварване.

Според един респондент, пациентите просто искат да си изляят болките по телефона и като го направят, казват „*Ti me успокои*“. Това обаче е с обратен знак за лекаря, който трябва **непрекъснато да превключва вниманието си** и в същото време да обслужва и пациентите в кабинета.

При повече записани деца в практиката телефонните консултации са главно по отношение на тях. Разлика има и поради екипа – при наличие на медицинска сестра тя помага за „социалните контакти“, когато пациентите идват само за това (обсъждане на времето, градините, семействата и т.н.). Респондентите обслужващи деца споделят за големия брой комуникации **по вайбър ежедневно и многократно**.

Сред пациентите на ОПЛ нараства търсенето на консултации по интернет главно сред младото поколение, включително родители на кърмачета и малки деца, както и работещи в големите градове. Причината е в достъпността на мобилните комуникации и спестяването на лично време и средства (без потребителска такса) за пациентите. ОПЛ в големите градове трудно могат да подценят този факт. Ежедневно получават снимки на кожни проблеми, файлове с лабораторни изследвания и консулти, с очакване на мнение. Тези услуги **изчерпват** неимоверно много лекаря, още повече, че средната възраст на ОПЛ нараства, а по-старото поколение се измъчва при този мобилен дистанционен вид общуване с пациентите.

## **12. Право на лекаря да отпише пациент от своята листа**

Тъй като пациентите имат право да избират и сменят своя личен лекар, интерес представлява въпросът дали лекарят трябва да има право да отпише пациент от своята листа.

Всички респонденти са единодушни, че ОПЛ трябва да има такова право, като изтъкват за това различни причини:

- невъзможност да се носи непрекъснато голям социален товар;
- необоснован натиск от страна на пациентите за дейности и услуги;

- жалби на пациента до институциите и т.н.

Прави впечатление, че медицинската трудност не е основателна причина за нежеланието на лекарите да имат в листата си определен пациент.

Като основна причина изпъкват случаите, в които **социалният ангажимент** към пациента е прекалено голям и продължителен, без помощ от институции или близки, поради което става непосилен.

Респондентите споделят много случаи на необоснован натиск за социални придобивки и издаване на документи, и при отказ биват заплашвани с жалби.

Такива случаи карат лекарите да се чувстват в безизходица, обезкуражават ги и понижават мотивацията им да работят. Те се чувстват заложенници на пациентите и на контролиращите органи, и считат, че зачитането трябва да е взаимно и затова трябва да могат да имат правото да спрат да обслужват даден пациент.

### **13. Включване на семействата на общопрактикуващите лекари в обслужването на пациенти**

При задълбоченото опознаване на практиката на респондентите се установи, че при изпълнение на многобройните функции и най-вече социалните, във всички наблюдавани практики са били и са включени неофициално членове на семействата на ОПЛ – родители, съпрузи, деца.

Помощта на членовете на семействата е главно в осигуряването на транспорт, купуване на лекарства, заверки на документи на пациенти в здравната каса и в социални институции, техническа помощ.

Може да се каже, че за да се изпълнят функциите на лекаря в първичната медицинска помощ, едни семейства се грижат за други – семействата на ОПЛ за семействата на пациентите.

## **III. Резултати от анкетно проучване сред общопрактикуващи лекари**

### **1. Характеристика на изследвания контингент**

В нашето проучване участваха общо 156 общопрактикуващи лекари (ОПЛ) от цялата страна, работещи в индивидуални или групови практики за първична медицинска помощ и сключили договор с НЗОК. От изследваните лица 116 (74,4%) са жени, а 40 (25,6%) са мъже (Таблица 3).

По-голямата част от общопрактикуващите лекари – 72 (46,2%) попадат във възрастовата група 51-60 години, следвани от групата 61-70 години – 39 (25,0%). Само 6 респонденти са под 40-годишна възраст. Възрастовото разпределение показва, че лекарският персонал застарява. Резултатът може да се обясни с това, че новозавършилите лекари нямат желание да специализират

обща медицина. Ако настоящата ситуация не се промени и тенденцията на слаб интерес към общата медицина се запази, системата на първичната медицинска няма да разполага с достатъчен брой ОПЛ в недалечно бъдеще.

**Табл. 3.** Характеристики на изследвания контингент (n=156)

Характеристика	Брой	%
<b>Пол</b>		
Мъжки	40	25,6%
Женски	116	74,4%
<b>Възрастови групи</b>		
До 30 години	5	3,2%
31-40 години	1	0,6%
41-50 години	36	23,1%
51-60 години	72	46,2%
61-70 години	39	25,0%
Над 70 години	3	1,9%
<b>Трудов стаж като лекар</b>		
До 10 години	5	3,2%
11-20 години	6	3,8%
21-30 години	75	48,1%
31-40 години	61	39,1%
Над 40 години	9	5,8%
<b>Трудов стаж като ОПЛ</b>		
До 5 години	6	3,8%
6-10 години	4	2,6%
11-15 години	13	8,3%
Над 15 години	133	85,3%
<b>Наличие на призната специалност</b>		
Не	0	0,0%
Зачислен за специализация (по обща медицина)	12	7,7%
Една специалност	99	63,5%
Повече от една специалност	45	28,8%



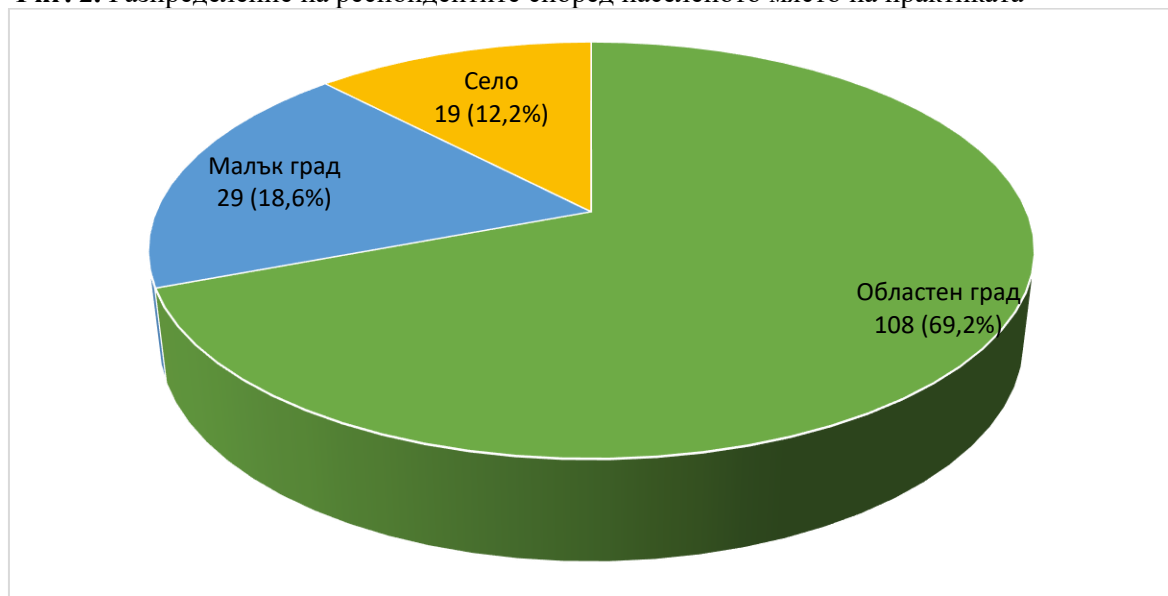
Разпределението на участниците в проучването по общ трудов стаж като лекар показва, че преобладават лекари със стаж 21-30 години – 75 (48,1%) и със стаж от 31-40 години – 61 (39,1%). Това е обяснимо, като се има предвид възрастовият профил на респондентите. Базирайки се на тези данни става ясно, че това са доказали се професионалисти, натрупали солиден опит в системата на здравеопазването.

По отношение на трудовия стаж като ОПЛ се отчита, че болшинството – 133 (85,3 %) имат такъв над 15 години, следвани от лекарите със стаж 11-15 години – 13 (8,3%). Това показва, че анкетираните ОПЛ имат богат практически опит в изпълняването на различни функции в първичната медицинска помощ.

По-голямата част от анкетираните – 131 (84,0%) упражняват своята дейност в индивидуална практика за първична медицинска помощ, а 25 (16,0%) работят в групова практика.

По отношение на направената регистрация на практиката – две трети от общопрактикуващите лекари работят в областните градове, а една трета работят в малки градове и села, както е представено на Фигура 2.

**Фиг. 2.** Разпределение на респондентите според населеното място на практиката



Най-голям дял са анкетираните от областните градове – 108 (69,2%), следвани от тези в малките градове – 29 (18,6%), а най-малко са с практика на село – 19 (12,2%).

Териториалното разпределение на общите медицински практики в страната създава неравнопоставеност в достъпа на населението до първична медицинска помощ. В по-малките населени места работят по-малко ОПЛ. Това се дължи на влошаване на социално-икономическите

условия и инфраструктурата особено в селските райони, отдалечените и труднодостъпни населени места, които не са желани работни места.

Този процес на концентриране на населението в големите градове има двойствен ефект – от една страна останалото население изпитва сериозни трудности в достъпа до здравни и социални услуги, а от друга – дефицитът на здравни и социални услуги допринася за обезлюдяването.

Обръщане на вътрешната миграция на населението от големите градове към селата се наблюдава през последните 3 години. През 2020 г. почти 100 000 души са променили официално местоживеенето си и се регистрирали в селата. Причините за този процес са освен пандемията от Covid-19, също и възможността да се работи дистанционно, която се съчетава с все по-нарастващото желание за живот в чиста среда и извън пренаселените, замърсени и стресогенни високо урбанизирани населени места. Общият брой на селата у нас е около 5000 и към момента обезлюдените села са 450-500.

Професионалната квалификация на респондентите е висока. Повече от половината общопрактикуващи лекари – 99 (63,5%) имат призната специалност, 45 (28,8%) имат повече от една специалност и само 12 (7,7%) все още са специализанти - последните са отбелязали, че са зачислени за специализация по обща медицина.

В Таблица 4 са представени специалностите на анкетираните общопрактикуващи лекари (призната специалност и в процес на специализация) и тяхното разпределение в различните населени места.

**Табл. 4.** Специалности на респондентите спрямо типа населено място

Специалност	Населено място на практиката			P( $\chi^2$ )	Общо
	Областен град	Малък град	Село		
Обща медицина	77 (49.4%)	25 (16.0%)	18 (11.5%)	0,035	120 (76.9%)
Вътрешни болести	38 (24.4%)	9 (5.8%)	3 (1.9%)	0,246	50 (32.1%)
Детски болести	33 (21.2%)	3 (1.9%)	3 (1.9%)	0,051	39 (25.0%)
Други	14 (9.0%)	5 (3.2%)	5 (3.2%)	0,315	24 (15.4%)

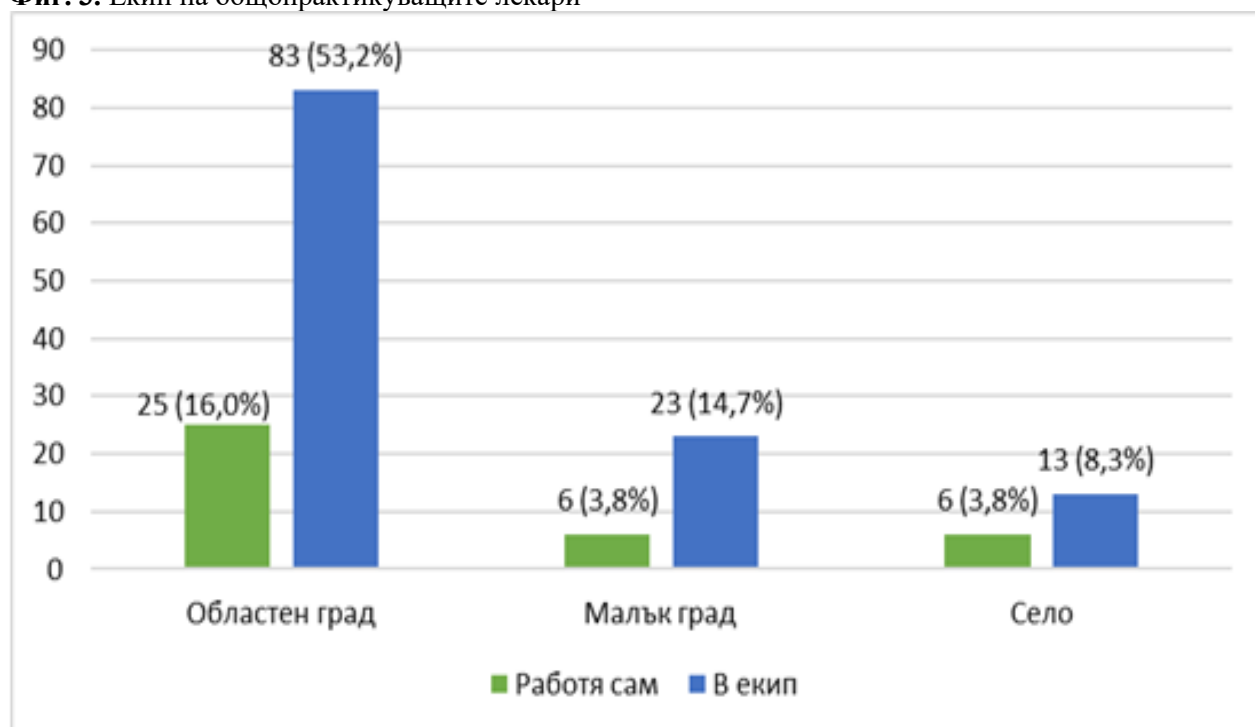
*Сборът от специалностите надхвърля броя на респондентите, тъй като някои от тях са посочили повече от един отговор.*

Най-голям брой от общопрактикуващите лекари имат специалност или специализират „Обща медицина“ – 120 (76,9%), със специалност „Вътрешни болести“ са 50 (32,1%), със

специалност „Детски болести“ – 39 (25,0%), има и 24 (15,4%) с друга специалност, освен изброените. Като други специалности са посочени: кардиология, неврология, ревматология, физиотерапия, професионални болести, нефрология, спешна медицина, авиомедицина, оториноларингология, гастроентерология. Освен медицинска специалност, някои респонденти са отбелязали и квалификация по здравен мениджмънт. Няма статистически значима разлика при разпределението на специалностите спрямо типа на населените места ( $p > 0,05$ ), с изключение на специалност „Обща медицина“, която преобладава в областните градове ( $p = 0,035$ ). При специалностите „Вътрешни болести“ и „Детски болести“ се вижда намаляване на броя на тези специалисти с намаляване на размера на населеното място. При участниците в проучването те са придобити поради диференцирането на бившите участъкови лекари на терапевти и педиатри, които са специалисти по вътрешни болести или по детски болести. За съжаление, педиатрията все повече се очертава като дефицитна специалност. Трансформирането на участъковите лекари в ОПЛ вече не изисква тези специалности, а изисква специализация по обща медицина.

От всички анкетирани медици 120 (76,9%) са отговорили, че работят „в екип“, а другите – 36 (23,1%) са посочили, че работят „сами“ (Фигура 3).

**Фиг. 3.** Екип на общопрактикуващите лекари



Екипът в индивидуалните практики се състои от самият ОПЛ и медицинска сестра или фелдшер. От областните градове – 83 (53,2%) са отговорили, че работят в екип, а от малките градове

са посочили този отговор – 23 (14,7%), докато в селата са едва 13 (8,3%), работещи по този начин. Тези, които работят сами, са разпределени по следния начин – 25 (16,3%) в областните градове, 6 (3,8%) в малките градове и 6 (3,8%) в селата. Не се отчита статистически значима разлика в сформирването на екипите на общата медицинска практика в различните типове населени места ( $\chi^2=0,815$ ;  $p=0,665$ ).

Работата в екип разбира се улеснява медицинските работници, но в малките населени места трудно може да се намерят медицински сестри или каквито и да е други медицински професионалисти, които да са склонни да работят в първичната медицинска помощ. Недостигът на специалисти по здравни грижи изключително много затруднява и пациентите, когато трябва да се правят превръзки, инжекции и други манипулации.

Разпределението на броя на пациентите в практиките на ОПЛ според типа на населените места е представено в Таблица 5.

**Табл. 5.** Брой пациенти в общите практики според типа населено място

Брой пациенти в практиката	Населено място на практиката			Общо
	Областен град	Малък град	Село	
<b>500-1000</b>	6 (3.8%)	0 (0,0%)	6 (3.8%)	12 (7,7%)
<b>1001-1500</b>	30 (19.2%)	7 (4,5%)	3 (1.9%)	40 (25,6%)
<b>1501-2200</b>	46 (29.5%)	12 (7,7%)	5 (3.2%)	63 (40,4%)
<b>Повече</b>	26 (16.7%)	10 (6,4%)	5 (3.2%)	41 (26,3%)
<b>Общо</b>	108 (69.2%)	29 (18,6%)	19 (12.2%)	156 (100,0%)

От получените резултати установяваме, че преобладават практиките с брой на пациентите 1501-2200. Под 1000 пациенти има в областните градове и селата. Над една четвърт от общите практики обслужват повече от 2200 пациенти, което е причина за сериозна натовареност. Корелационният анализ (Spearman's rho=-0,007;  $p=0,930$ ) не установява статистически значима зависимост между броя на пациентите в практиката и типа населено място.

ОПЛ в градовете имат в своите практики пациенти от малки и отдалечени населени места, разположени на голяма територия. Това е поради неравномерното оказване на медицинска помощ и затруднения достъп до общопрактикуващи лекари на селското население в сравнение с градското. Пациентите от разпръснати и отдалечени места избират ОПЛ защото трябва да имат такъв, но реално се „избира“ без алтернатива.

## 2. Обслужване на здравно неосигурени лица

Повече от половината от анкетиранияте ОПЛ имат в практиките си над 300 здравно неосигурени лица – 81 (51,9%), следвани от имащите 101-300 здравно неосигурени – 62 (39,7%). Под 100 здравно неосигурени пациенти имат едва 13 (8,3%) от респондентите (Таблица 6). Тези данни показват, че общопрактикуващите лекари работят с голям брой неосигурени пациенти, на които извършват прегледи, консултации, манипулации и други медицински и немедицински услуги, без да получават регламентирано от здравната каса възнаграждение. С нарастване на големината на практиката (общ брой на пациентите), нараства и броят на здравно неосигурените лица – установява се умерена корелация между двете величини и резултатът е статистически значим (Spearman's rho=0,308; p<0,001).

Табл. 6. Съпоставяне на броя на пациентите с броя на здравно неосигурените лица в практиката

Брой пациенти в практиката	Брой здравно неосигурени лица в практиката			Общо
	Под 100	101-300	Над 300	
500-1000	4 (2,6%)	5 (3,2%)	3 (1,9%)	12 (7,7%)
1001-1500	5 (3,2%)	21 (13,5%)	14 (9,0%)	40 (25,6%)
1501-2200	2 (1,3%)	25 (16,0%)	36 (23,1%)	63 (40,4%)
Повече	2 (1,3%)	11 (7,1%)	28 (17,9%)	41 (26,3%)
Общо	13 (8,3%)	62 (39,7%)	81 (51,9%)	156 (100,0%)

Прави впечатление, че в по-малките населени места (малките градове и селата) повечето общи практики имат над 300 здравно неосигурени пациенти, както е показано в Таблица 7.

Табл. 7. Съпоставяне на броя на здравно неосигурените лица в практиката с населеното място на практиката

Брой здравно неосигурени в практиката	Населено място на практиката			Общо
	Областен град	Малък град	Село	
Под 100	9 (5,8%)	2 (1,3%)	2 (1,3%)	13 (8,3%)
101-300	51 (32,7%)	6 (3,8%)	5 (3,2%)	62 (39,7%)
Над 300	48 (30,3%)	21 (13,5%)	12 (7,7%)	81 (51,9%)
Общо	108 (69,2%)	29 (18,6%)	19 (12,2%)	156 (100,0%)

Установява се слаба обратна корелация между типа на населеното място на практиката и броя на неосигурените пациенти – с намаляване на големината на населеното място, броят на здравно неосигурените лица в практиките нараства (Spearman's rho=-0,187; p<0,05). Тези резултати са обясними от гледна точка на влошеното икономическо състояние в малките населени места, където безработицата е висока и съответно не се внасят здравни осигуровки.

### Честота на обслужване

При сравняване на броя на здравно неосигурените лица с честотата на тяхното обслужване установяваме, че над една трета от анкетираните ОПЛ (37,8%) обслужват здравно неосигурени пациенти **ежеседмично**, а за близо една четвърт (23,7%) това е **ежедневно**. Съпоставянето на броя на здравно неосигурените лица в практиката с честотата на тяхното обслужване е представено в Таблица 8.

**Табл. 8.** Съпоставяне на броя на здравно неосигурените лица в практиката с честотата на обслужването им

Брой здравно неосигурени	Честота на обслужване на здравно неосигурени лица				Общо
	Ежедневно	Ежеседмично	1-2 пъти месечно	По-рядко	
Под 100	2 (1,3%)	4 (2,6%)	5 (3,2%)	2 (1,3%)	13 (8,4%)
101-300	7 (4,5%)	28 (17,9%)	17 (10,9%)	10 (6,4%)	62 (39,7%)
Над 300	28 (17,9%)	27 (17,3%)	17 (10,9%)	9 (5,8%)	81 (51,9%)
<b>Общо</b>	37 (23,7%)	59 (37,8%)	39 (25,0%)	21 (13,5%)	156 (100,0%)

С увеличаване на броя на здравно неосигурени в практиката се намалява честота на тяхното обслужване (Spearman's rho=-0,216; p<0,01). Този на пръв поглед парадоксален резултат може да се обясни, като се види къде предимно живеят здравно неосигурените пациенти.

В своите практики личните лекари имат здравно неосигурени пациенти от различни населени места. Отговорите на въпроса къде **предимно** живеят неосигурените, са представени в Таблица 9. Вижда се, че повече от половината от обслужваните здравно неосигурени живеят в областните градове, но има и предимно живеещи в **чужбина**, които не плащат здравни осигуровки. В големите градове кабинетите на лекарите са лесно достъпни ежедневно, затова и здравно неосигурените лица ги посещават по-често по различни поводи.

**Табл. 9.** Съпоставяне на местоживеенето на здравно неосигурените лица с честотата на обслужването им

Честота на обслужване	Местоживеене на здравно неосигурените лица				Общо
	Чужбина	Областен град	Малък град	Село	
Ежедневно	2 (1,3%)	20 (12,8%)	4 (2,6%)	11 (7,1%)	37 (23,7%)
Ежеседмично	9 (5,8%)	38 (24,4%)	3 (1,9%)	9 (5,8%)	59 (37,8%)
1-2 пъти месечно	6 (3,8%)	29 (18,6%)	1 (0,6%)	3 (1,9%)	39 (25,0%)
По-рядко	5 (3,2%)	16 (10,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	21 (13,5%)
<b>Общо</b>	22 (14,1%)	103 (66,0%)	8 (5,1%)	23 (14,7%)	156 (100,0%)

### Неплатежоспособност

Липсата на здравна осигуровка се асоциира с неплатежоспособност, поради което логично възниква въпросът дали всички неосигурени са бедни. На мнение, че **повечето** здравно неосигурени лица са бедни, са 29 (18,6%) лекари. Половината от респондентите – 77 (49,4%) смятат, че само **някои** от неосигурените в техните практики са неплатежоспособни, а двама смятат, че **всички** неосигурени са бедни. Отговор, че не е задължително здравно неосигурените да са бедни, са дали една трета от респондентите (Таблица 10).

Наблюдава се слаба корелационна зависимост - колкото по-голямо е населеното място на практиката, толкова повече преобладава мнението за неплатежоспособност на неосигурените (Spearman's rho=0,182; p<0,05). Неплатежоспособността на здравно неосигурените пациенти може да създаде редица трудности при необходимост от лечение и медицински грижи, като закупуване на необходимите медикаменти, провеждане на изследвания, рехабилитация, консултация с различни специалисти и прочие.

**Табл. 10.** Съпоставяне на неплатежоспособността на здравно неосигурените лица с населеното място на практиката

Неплатежоспособни (бедни) здравно неосигурени	Населено място на практиката			Общо
	Областен град	Малък град	Село	
Всички	1 (0,6%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)	2 (1,2%)
Повечето	16 (10,3%)	8 (5,1%)	5 (3,2%)	29 (18,6%)
Някои от тях	53 (34,0%)	15 (9,6%)	9 (5,8%)	77 (49,4%)
Не е задължително	38 (24,4%)	6 (3,8%)	4 (2,6%)	48 (30,8%)
<b>Общо</b>	108 (69,2%)	29 (18,6%)	19 (12,2%)	156 (100,0%)

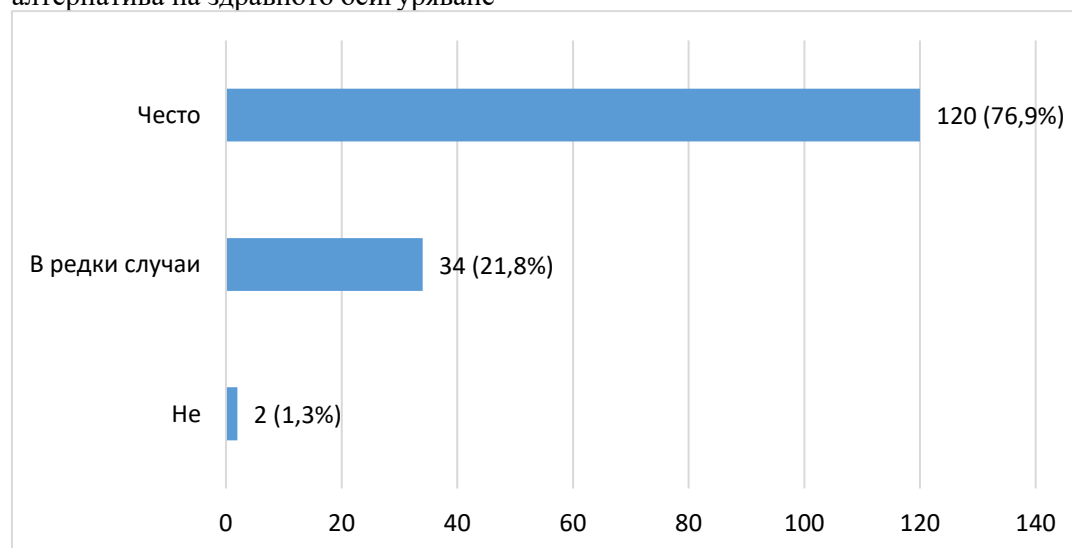
### Домашни посещения

Общопрактикуващите лекари изпитват редица трудности в процеса на работата със здравно неосигурени лица. За да бъдат посетени в дома, неосигурените обикновено прибегват до търсене на спешна медицинска помощ. Това се наблюдава особено в по-малките и отдалечените населени места. Болшинството от анкетиранияте ОПЛ – 120 (76,9%) смятат, че неосигурените често ползват спешната помощ като алтернатива на регламентираното здравно обслужване за лица със здравно осигуряване (Фигура 4).

За определен контингент от населението – с нарушени здравноосигурителни права, социално слаби, от етнически малцинства и други, системата на спешната помощ се оказва удобна възможност за получаване на медицинско обслужване.

Въпреки, че неосигурените използват услугите на спешната помощ, те продължават да бъдат лекувани от техните лични лекари.

**Фиг. 4.** Мнение на общопрактикуващите лекари относно ползването на спешна помощ като алтернатива на здравното осигуряване



В тази връзка сме проучили мнението на ОПЛ относно честотата на повиквания в дома от здравно неосигурени, според населеното място на практиката (Таблица 11).

Резултатите показват, че болшинството от ОПЛ оценяват домашните посещения на неосигурени пациенти като **редки** - 104 (66,6%), но 18 (11,6%) ги оценяват като **чести**, като честите посещения са по-характерни за малките градове и селата. Това може да се обясни с факта, че в по-малките населени места има лоша здравна инфраструктура, изразяваща се в отдалеченост на медицински и спешни центрове. Тези фактори, когато се съчетаят и с липсата на транспорт и



ограничени финансови средства, логично показват, че за неосигурените в малките места **няма друга алтернатива**, освен да потърсят спешна помощ или да повикат ОПЛ.

**Табл. 11.** Съпоставяне на честота на повикванията за домашно посещение на здравно неосигурени лица, с населеното място на практиката

Повиквания за домашно посещение	Населено място на практиката			Общо
	Областен град	Малък град	Село	
<b>Често</b>	4 (2,6%)	7 (4,5%)	7 (4,5%)	18 (11,6%)
<b>Рядко</b>	74 (47,4)	18 (11,5%)	12 (7,7%)	104 (66,6%)
<b>Никога</b>	30 (19,2%)	4 (2,6%)	0 (0,0%)	34 (21,8%)
<b>Общо</b>	108 (69,2%)	29 (18,6%)	19 (12,2%)	156 (100,0%)

При съпоставяне на честотата на повикванията за домашно посещение от здравно неосигурени пациенти, с типа на населеното място, в което предимно живеят, се установява, че най-малко са повиквания у дома от здравно неосигурени, които живеят в чужбина, но се връщат за кратко в България, както и от жители на малките градове (Таблица 12).

**Табл. 12.** Съпоставяне на честота на повикванията за домашно посещение на здравно неосигурени лица, с тяхното местоживееене

Повиквания за домашно посещение	Местоживееене на здравно неосигурените лица				Общо
	Чужбина	Областен град	Малък град	Село	
<b>Често</b>	1 (0,6%)	9 (5,8%)	2 (1,3%)	4 (2,6%)	16 (10,3%)
<b>Рядко</b>	14 (9,0%)	67 (42,9%)	6 (3,8%)	17 (10,9%)	104 (66,7%)
<b>Никога</b>	7 (4,5%)	27 (17,3%)	0 (0,0%)	2 (1,3%)	36 (23,1%)
<b>Общо</b>	22 (14,1%)	103 (66,0%)	8 (5,1%)	23 (14,7%)	156 (100,0%)

Въпреки, че не се оценяват като чести, домашните посещения на здравно неосигурени пациенти са неизменна част от работата на ОПЛ. Те откликват на повикванията и това се дължи на личния избор на лекарите, които винаги са готови да окажат помощ на своите пациенти, **без значение дали са осигурени или не и без да очакват заплащане за труда си, за транспорта и медикаментите.**

Резултатите доказват, че ОПЛ извършват медицинско обслужване, което не може да се състои без осъществяване на неговата социална страна.

### Необходимост от лабораторни изследвания

При необходимост от лабораторни изследвания за здравно неосигурени пациенти, по-голямата част от анкетираните лекари – 122 (78,2%) отговарят, че ги насочват за платено изследване, а 5 (3,2%) от респондентите са посочили, че насочват към спешен център. Останалите 29 (18,6%) са отговорили, че дават възможност пациентите сами да решат как да постъпят. Лекарите коментират, че **не са сигурни** дали пациентите ще направят платените изследвания, което затруднява последващото вземане на медицинско решение.

Съпоставянето на подхода на ОПЛ при необходимост от лабораторни изследвания, с населеното място на практиката, е отразено в Таблица 13. В по-малките населени места: малките градове и селата най-малобройна е групата на ОПЛ, които са отговорили, че насочват към спешен център. Този отговор в малките градове са посочили 2 (1,3%) от респондентите и само 1 (0,6%) от селата.

Липсата или отдалечеността на лабораториите също затрудняват пациентите, дори да са склонни да направят изследванията, поради което **извършването на лабораторни изследвания** е съществен проблем.

Табл. 13. Съпоставяне на подхода при необходимост от лабораторни изследвания за здравно неосигурени, с населеното място на практиката

Необходимост от лабораторни изследвания	Населено място на практиката			Общо
	Областен град	Малък град	Село	
Насочват за платено изследване	90 (57,7%)	18 (11,5%)	14 (9,0%)	122 (78,2%)
Насочват към спешен център	3 (1,9%)	2 (1,3%)	1 (0,6%)	6 (3,8%)
Дават възможност сам да реши	15 (9,6%)	9 (5,8%)	4 (2,6%)	28 (18,0%)
Общо	108 (69,2%)	29 (18,6%)	19 (12,2%)	156 (100,0%)

В своите практики ОПЛ разполагат с глюкомери и възможност за изследване на урина с тест ленти, но нямат друга апаратура за лабораторно изследване на място, което се потвърждава и от други автори. Възможно решение на проблема с необходимостта от лабораторни изследвания е използването в общите практики на експресна лабораторна диагностика (РОСТ – point-of-care-testing), която все повече се прилага в първичната медицинска помощ в развитите страни.

### Необходимост от специализирана извънболнична помощ

Освен от първична медицинска помощ, неосигурените пациенти имат нужда и от специализирани консултации.

В нашето проучване при необходимост от специализирана медицинска помощ за здравно неосигурени пациенти, 14 (9,0%) лекари са посочили, че **винаги** използват **лични контакти** за решаване на проблема, а други 69 (44,2%) ползват лични контакти **често**. Останалите 73 (46,8%) са отговорили, че оставят пациента да реши как да постъпи. Не се наблюдава статистически значима разлика в отговорите спрямо различните населени места ( $\chi^2=1,915$ ;  $p=0,751$ ). Липсата на здравни осигуровки поставя ОПЛ в трудната позиция **да моли своите колеги** от различни специалности да консултират пациентите, защото в противен случай ще страда медицинската грижа.

Освен лични договаряния на консултации със специалисти, на ОПЛ се налага да помагат на неосигурени пациенти и като ги транспортират до специалистите в медицински центрове в други населени места – това правят често 2 (1,3%) лекари, а 54 (34,6%) го правят рядко.

Въпреки че посочените резултати на пръв поглед не изглеждат съществени, **зад всяка цифра стои обща медицинска практика**, която носи отговорност за здравето на своите пациенти и търси начин **да компенсира социалните дефицити** на държавата и населението, за да изпълни медицинските си задължения.

### **Осигуряване на лекарства**

На ОПЛ не са предоставени средства за осигуряване на медикаменти на здравно неосигурени лица, защото НЗОК не поема никакви разходи за тази категория пациенти. По тази причина – за да изпълнят лекарския си дълг, който не се свежда само до изписване на рецепта, се стига до закупуване на лекарства за пациентите от самите ОПЛ. Сред респондентите 4 (2,6%) са дали отговор, че купуват със собствени средства медикаменти за здравно неосигурени пациенти **често**, други 35 (22,4%) правят това **понякога**, а 117 (75,0%) са отговорили, че закупуват медикаменти **рядко**. За отбелязване е, че нито един респондент не е отговорил, че **никога** не е правил това. Има обратна корелация между честотата на купуване на медикаменти от ОПЛ и типа на населеното място на практиката (Spearman's rho=-0,179;  $p<0,05$ ) – колкото по-малко е населеното място, толкова по-често ОПЛ купуват лекарства на неосигурени пациенти, като резултатът е статистически значим.

### **Мнение на лекарите относно възможности за оптимизиране на обслужването на здравно неосигурени пациенти**

ОПЛ се сблъскват с трудности от различен характер при обслужването на здравно неосигурените. Обикновено те са лица, които имат високо ниво на здравна и социална уязвимост.

В свободни отговори на въпроса какво би трябвало да се направи за обслужването на здравно неосигурените лица, анкетираните лекари са дали различни коментари:

- Целенасочена държавна политика към създаване на условия за трудова заетост на населението.

- Реално участие в социалния живот, всички трудоспособни да работят и да се осигуряват.

- Подобрена инфраструктура и пътища в страната.

- Ангажиментът за здравето на неосигурените да не е само от страна на ОПЛ.

- Трябва да се установи ред за обслужване, като за действително социално слабите и бедните разходите да се поемат от Дирекция социално подпомагане или от общините.

- Трябва да се разграничат действително бедните хора от платежоспособните, които по една или друга причина не се осигуряват.

- ОПЛ не трябва да отказва помощ, но държавата трябва да се намеси и да осигури пакет за здравно неосигурени лица.

ОПЛ не получават средства от здравната каса за обслужването на здравно неосигурените лица, което има своите корени основно в лошата финансова дисциплина в това отношение. Нормативните документи позволяват лесно да се възстановят осигурителните права и по тази причина голяма част от хората, които все още нямат здравни проблеми не си внасят здравноосигурителните вноски. От това страда цялата система на здравеопазване, а лекарите не могат да изпълнят пълноценно своята медицинска функция, тъй като социалните проблеми на пациентите не им дават свободата за това. Можем да обобщим, че една от значимите социални и нерегламентирани функции на ОПЛ е обслужването на здравно неосигурени лица, в което за да се изпълнят медицинските функции, първо трябва да се изпълнят социалните.

### **3. Транспорт**

#### **Транспортиране на пациенти от лекари**

Наличието на редовен обществен транспорт, който пациентите могат да използват за придвижване до личния лекар, ги мотивира да търсят навреме медицинска помощ, да следят регулярно своето състояние и да провеждат профилактични прегледи и изследвания. Повече от половината респонденти – 119 (76,3%) са казали, че има редовен транспорт до или в рамките на населеното място, в което упражняват своята дейност, като това е лесно обяснимо предвид факта, че те упражняват своята дейност в областните градове. Но 9 (5,8%) са отговорили, че **обществен транспорт няма**. Останалите 28 (17,9%) са посочили, че има транспорт – автобус или влак, но той е **неудобен или недостатъчно редовен**, за да послужи на пациентите.

Близо половината от респондентите - 71 (45,5%) са транспортирали свои пациенти. Понякога се налага лекарите да транспортират своите пациенти по различни причини, като например

посещение на специалист, постъпване или контролен преглед в болница, до лаборатория, аптека и др. (Таблица 14).

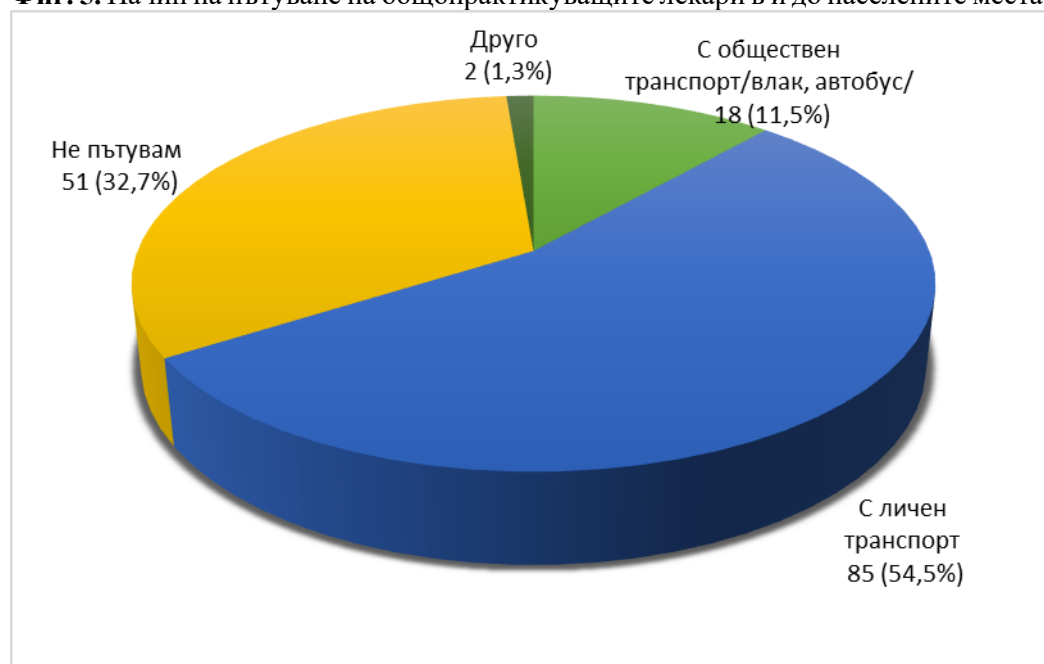
**Табл. 14.** Съпоставяне на транспортирането на пациенти с населеното място на практиката

Транспортиране на пациенти до болница, специалист, аптека	Населено място на практиката			Общо
	Областен град	Малък град	Село	
Често	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Понякога	41 (26,3%)	20 (12,8%)	10 (6,4%)	71 (45,5%)
Не	67 (42,9%)	9 (5,8%)	9 (5,8%)	85 (54,5%)
Общо	108 (69,2%)	29 (18,6%)	19 (12,2%)	156 (100,0%)

### Транспорт за лекарите

Проучено е мнението на ОПЛ относно начина, по който самите те пътуват до своята практика. Повече от половината участници – 85 (54,5%) са отговорили, че пътуват с **личен транспорт**. Само 18 (11,5%) са отговорили, че използват **обществен транспорт** в или до населените места, които обслужват. В отговор друго – двама лекари са споделили, че пътуват на автостоп до населените места, в които работят (Фигура 5).

**Фиг. 5.** Начин на пътуване на общопрактикуващите лекари в и до населените места, които обслужват



Съпоставяйки начина на пътуване с населеното място на практиката установяваме, че в малките градове и селата ОПЛ масово пътуват с личен транспорт. Лекарите са принудени да пътуват с личен транспорт до работните си места, защото до голяма част от отдалечените, малки и труднодостъпни райони в страната липсва обществен транспорт или е нередовен. Дори и да има, се губи много време в пътуване.

В нашата страна населените места, които нямат никакъв обществен транспорт, са над 120 през 2021 г. Така държавните неуредици по отношение на транспортните връзки изключително много затрудняват не само обикновените хора, но и лекарите. Поради тази причина ОПЛ трябва да имат свидетелство за правоуправление на моторно превозно средство и да разполагат с личен автомобил, за да могат да шофират до тези места, за да обхождат пациентите от своите практики.

Когато ОПЛ упражняват професията си в населено място, което е различно от местоживеенето им, те трябва да могат да си осигурят транспорта до своята практика. Това е свързано с разнообразни фактори, като размер на разходите, които са необходими за транспорт, поддръжка на личен автомобил, изминавано разстояние в километри, лошо състояние или непроходимост на пътищата и др.

Респондентите са посочили ориентировъчното изминавано разстояние в километри на месец. Дадените отговори за **изминаваното разстояние** са в диапазона 10÷2000 км. Анкетираните лекари са отбелязали, че отделят значителни парични **суми за транспорт**. Посочените парични суми са различни и варират в стойности от 50 до 800 лева месечно. Всичко това е още едно основание за тревожната тенденция, че в малките и отдалечените места в страната рядко се откриват практики или въобще липсват такива.

В случай на неблагоприятни климатични условия, придвижването на лекарите се затруднява още повече. В някои райони на страната пътищата стават непроходими за дълго време.

На въпроса как постъпват в случай на **непроходимост** на пътищата, най-масовият отговор е, че тръгват на собствен риск - 62 (39,8%), а 58 (37,2%) твърдят, че търсят различни варианти. Като пояснение на търсените други варианти за достигане до работното място са посочени високопроходни машини (джипове, кросоувъри). Само 36 (23,0%) от анкетираните лица са отговорили, че няма да отидат (Таблица 15). Няма статистически значима разлика между реакцията при непроходимост до работното място и населеното място на практиката ( $\chi^2=2,015$ ;  $p=0,733$ ).

**Табл. 15.** Съпоставяне на реакцията при непроходимост до работното място, с населеното място на практика

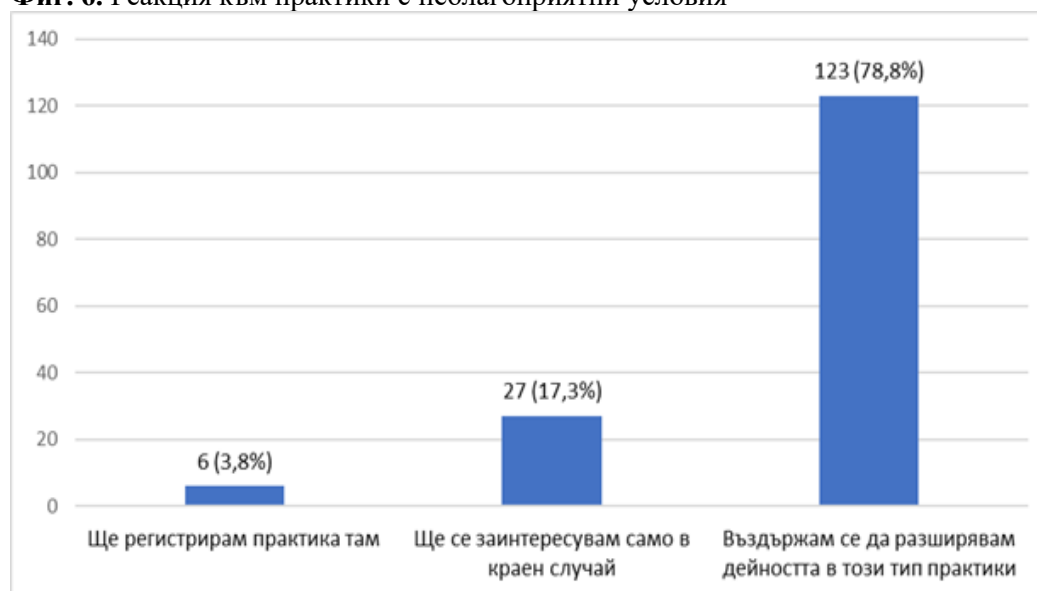
При непроходимост	Населено място на практиката			Общо
	Областен град	Малък град	Село	
Не отиват	24 (15,4%)	6 (3,8%)	6 (3,8%)	36 (23,0%)
Тръгват на риск	41 (26,3%)	14 (9,0%)	7 (4,5%)	62 (39,8%)
Търсят различни варианти	43 (27,6%)	9 (5,8%)	6 (3,8%)	58 (37,2%)
<b>Общо</b>	<b>108 (69,3%)</b>	<b>29 (18,6%)</b>	<b>19 (12,1%)</b>	<b>156 (100,0%)</b>

Резултатите показват, че въпреки появил се проблем с пътя до работното място, ОПЛ са склонни да направят всичко възможно, за да може да изпълнят професионалните си задължения. Основателно възниква въпросът – как да изпълнят своите медицински функции, без да има базовите условия за това.

#### 4. Отношение към практики с неблагоприятни условия

Реакцията на ОПЛ към работата в практики с неблагоприятни условия е красноречива – болшинството от респондентите – 123 (78,8%) **се въздържат** от дейност в такъв тип практики (Фигура 6).

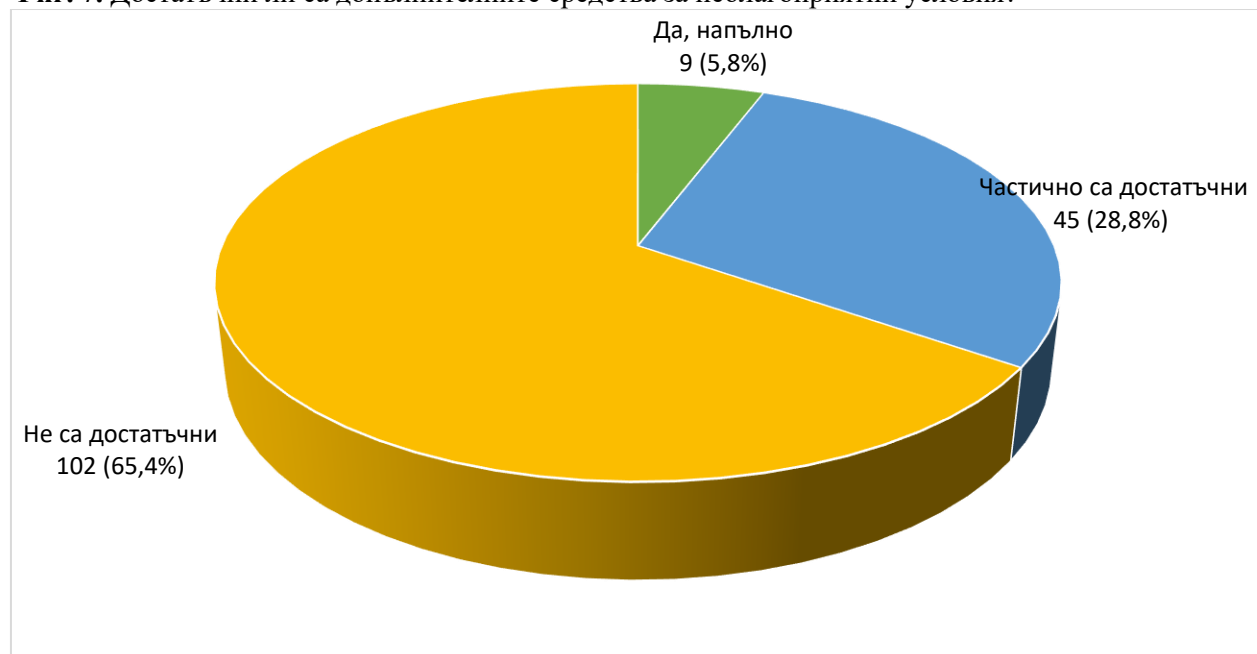
**Фиг. 6.** Реакция към практики с неблагоприятни условия



Въпреки финансовите стимули, болшинството от анкетираните лекари – 102 (65,4%) са убедени, че допълнителните средства за неблагоприятни условия **не са достатъчни** за осигуряване на транспорт.

Според 45 (28,8%) средствата са достатъчни само **частично**, а едва според 9 (5,8%) тези средства за достатъчни (Фигура 7).

**Фиг. 7.** Достатъчни ли са допълнителните средства за неблагоприятни условия?



Тези резултати показват, че отпусканите допълнителни средства за неблагоприятни условия не действат мотивиращо на лекарите да работят в такива практики. Това от своя страна поддържа дефицита на първична медицинска помощ в малките населени места, от което страда тяхното население.

В тази връзка за нас представлява интерес да съпоставим мнението на анкетираните ОПЛ за получаваните допълнителни средства с реакцията им към незаети практики със статут на неблагоприятни условия. Получените резултати потвърждават, че като цяло респондентите не са склонни да работят в такъв тип практики, дори и ако оценяват допълнителните средства като достатъчни (Таблица 16).

В свободните коментари респондентите аргументират своите отговори, които обобщено се свеждат до това, че лекарят ще трябва да се справя не само с медицинските грижи, а с **всички социални проблеми в съответните населени места**.



**Табл. 16.** Съпоставяне на реакцията към незаети практики с неблагоприятни условия и допълнителните средства

Допълнителни средства за неблагоприятни условия	Реакция към незаети практики			Общо
	Ще регистрирам практика	В краен случай	Въздържам се	
Напълно достатъчни	2 (1,3%)	1 (0,6%)	6 (3,8%)	9 (5,8%)
Частично достатъчни	1 (0,6%)	9 (5,8%)	35 (22,4%)	45 (28,8%)
Недостатъчни	3 (1,9%)	17 (10,9%)	82 (52,6%)	102 (65,4%)
<b>Общо</b>	6 (3,8%)	27 (17,3%)	123 (78,8%)	156 (100,0%)

## 5. Аптека

Неравномерното разпределение на аптеките е сериозен проблем в нашата страна. Липсата на аптека в населеното място или отдалечеността на най-близката аптека, в съчетание с липсващ обществен транспорт, създава сериозни проблеми относно своевременността на лечението. Следва да се отбележи, че аптеките са нужни не само за закупуване на лекарства, но и за много други продукти, като превързочни материали, дезинфекциращи средства, медицински изделия, специфични диетични храни и др. Отдалечеността от аптека принуждава хората да се презапасяват с някои медикаменти, което от своя страна също е рисково при изтичане на срока на годност, който рядко се проследява от пациентите.

Отговор за налична аптека във всички населени места, където практикуват анкетираните, има при 121 (77,6%) лекари, но 28 (17,9%) отговарят, че има **не навсякъде**, а 7 (4,5%) споделят, че **никъде няма**.

От получените резултати се вижда, че дори в ограничената извадка на нашето проучване, една пета от общите медицински практики изпитват **проблеми с липсата или отдалечеността** на аптеките до местоживеенето на техните пациенти (Фигура 8).

Като генерално решение на проблемите с липсата на аптека или отдалечеността ѝ от населеното място, някои ОПЛ са създали своеобразна организация за лекарствоснабдяване на своите пациенти - 34 (21,8%) лекари са събирали рецептурните книжки на хронично болните пациенти и са ги изпълнявали в друго населено място, а 3 (1,9%) са създали малки аптечни пунктове в своите практики.

**Фиг. 8.** Налична аптека във всички населени места, които обслужват респондентите



Отделно от горепосоченото, на въпроса дали се случва те самите да носят лекарства на пациентите (пациентите заплащат лекарствата при получаване), анкетираните лекари са посочили, че те самите купуват лекарства за някои болни и им ги носят на следващия ден, за да не се налага пациентите да търсят начини да пътуват или да търсят кой да им ги купи. Това правят както лекарите в селата, така и в областните и малките градове (Таблица 17).

**Табл. 17.** Съпоставяне на осигуряването на лекарства от лекарите, с населеното място на практиката

Осигуряване на лекарства от ОПЛ	Населено място на практиката			Общо
	Областен град	Малък град	Село	
<b>Често</b>	10 (6,4%)	5 (3,2%)	11 (7,1%)	26 (16,7%)
<b>Рядко</b>	52 (33,3%)	17 (10,9%)	8 (5,1%)	77 (49,3%)
<b>Никога</b>	46 (29,5%)	7 (4,5%)	0 (0,0%)	53 (34,0%)
<b>Общо</b>	108 (69,2%)	29 (18,6%)	19 (12,2%)	156 (100,0%)

В свободните коментари към този въпрос лекари от **големите градове** са отбелязали, че въпреки наличието на много аптеки в градовете, те самите изпълняват изписаните от тях рецепти на възрастни и трудно подвижни болни им ги носят в домовете им. Тези коментари обосновават установената права корелационна зависимост между честотата на осигуряване на лекарства на пациенти и населеното място на практиката (Spearman's rho=0,381; p<0,01), която на пръв поглед

изглежда парадоксална, но всъщност потвърждава, че социалният елемент е характерен не само за малките и отдалечени, а за всички населени места.

**Лекарствоснабдяването** на населението не е задължение на ОПЛ – **нищо регламентирано, нищо нерегламентирано.**

Затварянето на очите пред неадекватната му организация, е проблем за болните хора и за техните лични лекари. Лекарите не биха могли да изпълнят медицинските си функции, чиято крайна цел е **излекуването на пациента**, като само осъществяват преглед и изпишат рецепта. Дори и да го направят, резултат няма да има, ако лечението не се проведе. В тази връзка лекарите са принудени да правят много нерегламентирани неща, които далеч надхвърлят т.нар. „холистичен подход“ и които не бихме могли да наречем по друг начин, освен **социални функции**. Отсъствието на държавен ангажимент към тези проблеми рефлектира върху професионалистите, които са **на терен, в сърцевината на проблемите** – медицинското им самосъзнание и човешкият им дълг не им позволяват да се придържат механично към регламентите, защото се касае за човешки животи и доверие в личните лекари. В своята ежедневна работа на терен, ОПЛ реално покриват социалните проблеми на държавата.

## **6. Обслужване на лица с инвалидност**

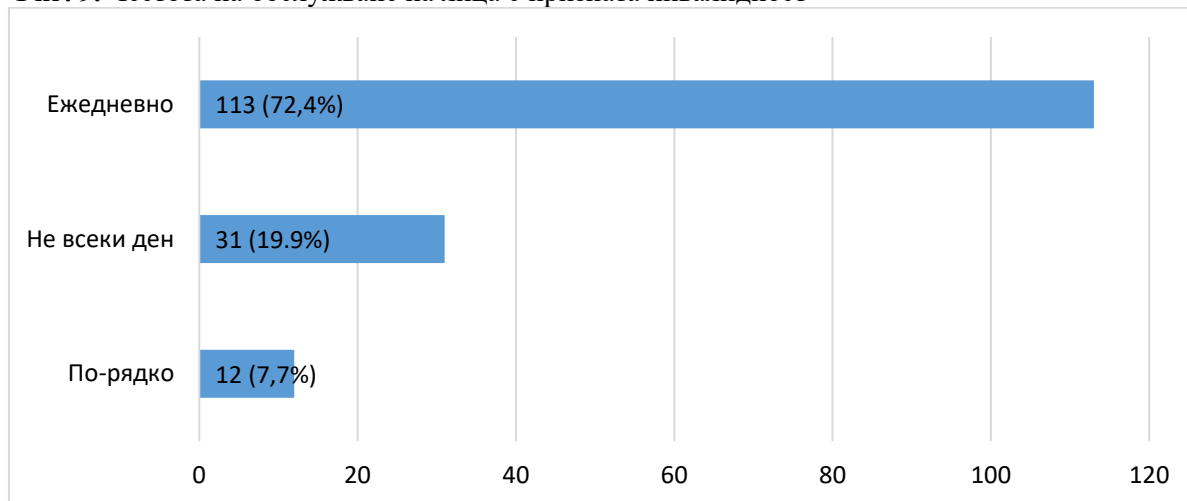
Общопрактикуващите лекари обслужват и лица с призната инвалидност, които имат общи и повече специфични за тяхното състояние проблеми.

Получените резултати от нашето проучване показват, всички ОПЛ имат в практиките си такива пациенти, като по-голямата част – 113 (72,4%) **ежедневно** обслужват лица с призната инвалидност (Фигура 9).

ОПЛ трябва да разполагат освен с медицински и с други знания и умения, защото при ежедневната работа с лица с призната инвалидност се изисква специално внимание, търпение, психологическа подкрепа, познаване на социалното законодателство, както и подготовка на специфична документация.

Затруднения в обслужването на лица с инвалидност според анкетиранията са породени от специфичните проблеми на тази категория пациенти, както са посочили повече от половината ОПЛ - 86 (55,1%). За 22 (14,1%) от респондентите проблеми възникват в редки случаи. Една трета – 48 (30,8%) са отговорили, че нямат съществени проблеми и всичко е под контрол.

**Фиг. 9.** Честота на обслужване на лица с призната инвалидност



При работа с пациенти с призната инвалидност ОПЛ се опитват да създават условия за поддържане на оптимален здравен статус, като осигуряват своевременна и качествена медицинска помощ. Те също подкрепят и насърчават дейности, насочени към социална интеграция на лицата с увреждания. От свободните отговори става ясно, че освен професионалните си ангажименти, общопрактикуващите лекари извършат редица други немедицински и нерегламентирани дейности при работа с тази група пациенти, които са **подобни** на описаните и в другите въпроси – транспортиране, снабдяване с лекарства, закупуване на лекарства и др., но хиперболизирани поради повишената уязвимост на пациентите и наличието на **много социални проблеми както при самите инвалиди, така и в населените места.**

Както вече беше отбелязано в първата фаза на проучването, се наблюдават случаи на **натиск** от страна на пациенти за представяне на ТЕЛК. Същественият брой на отпуснатите инвалидни пенсии, както и на осигурявания от държавата финансов ресурс, засилва интереса към тази процедура. Основните причини се коренят в: нарастването на пенсионната възраст, увеличената заболяемост с напредването на възрастта и повишаването на безработицата през последните години, което кара хората да търсят по-лесен начин за пенсиониране чрез освидетелстване от ТЕЛК. Най-вероятно, поради тази причина по-голямата част от анкетираните ОПЛ – 107 (68,6%) са споделили, че често изпитват такъв натиск от страна на пациенти.

При съпоставянето на натиска от страна на пациента за представяне на ТЕЛК с населеното място на практиката се вижда, че само в 8 практики в големите градове и в една практика в малък град не е имало такъв натиск. Прави впечатление, че в селските практики няма отговор „никога“ (Таблица 18). Тези резултати кореспондират с наблюдението в цялата страна на проблема с многото

освидетелствани като инвалиди в селата, където липсата на поминък навежда хората на мисълта, че признаването на инвалидност ще им даде малък, но сигурен доход.

**Табл. 18.** Съпоставяне на натиска от страна на пациенти за представяне на ТЕЛЖ, с населеното място на практиката

Натиск за ТЕЛЖ	Населено място на практиката			Общо
	Областен град	Малък град	Село	
Често	72 (46,2%)	20 (12,8%)	15 (9,6%)	22 (14,1%)
Рядко	28 (17,9%)	8 (5,1%)	4 (2,6%)	75 (48,1%)
Никога	8 (5,1%)	1 (0,6%)	0 (0,0%)	59 (37,8%)
Общо	108 (69,2%)	29 (18,6%)	19 (12,2%)	156 (100,0%)

В свободните отговори лекарите коментират, че **не се поддават** на директен натиск, но се създава неприятно усещане, когато пациентите идват с готови консулти от специалисти и поставят ОПЛ пред свършен факт с готов набор документи за представяне на ТЕЛЖ.

Това, разбира се, не може да се нарече нерегламентирана социална функция, защото по същество спада към **регламентираните социални функции** на ОПЛ. Обсъждаме го, защото показва фрапиращите **социални проблеми на държавно ниво**, които са достигнали до такива размери, че поради липсата на поминък хората да предприемат стъпки за освидетелстване като нетрудоспособни, за да получат макар и малък месечен доход под формата на социална помощ.

#### 7. Насочване за социални услуги и обслужване на пациенти в социални институции

За ползването на социални услуги, пациентът трябва да отговоря на определени изисквания, за да може да се възползва от дадена социална услуга.

Резултатите от проучването показват, че **ежедневно** 25 (16,0%) респонденти се занимават с уреждане на услуги, предоставяни от социалната сфера – личен или социален асистент, снабдяване с технически помощни средства, насочване към социални институции и др. Други 75 (48,1%) също го правят, но **не всеки ден**, а 56 (35,9%) са отговорили, че извършват тази дейност **рядко**, няколко пъти в месеца. Няма нито един респондент, който **никога** да не е правил това. Тези дейности са **регламентирани** и са част от задълженията на личните лекари.

В свободните коментари лекарите споделят, че ги затрудняват не самите описани дейности, а трудностите идват **отново** от неуредиците в транспорта, липсата на близки на пациентите или невъзможност на близките да придвижат документи за социална услуга. По тези причини има

случаи, в които се налага самите лекари да придвижват документите към социалните институции в различни населени места.

Част от работата на ОПЛ понякога е свързана и с обслужването на лица от социални институции. Участниците в проучването, които са дали отговор, че обслужват редовно такива пациенти, са 39 (25,0%), а 40 (25,6%) правят това рядко (Таблица 19).

**Табл. 19.** Обслужване на лица, настанени в социални институции

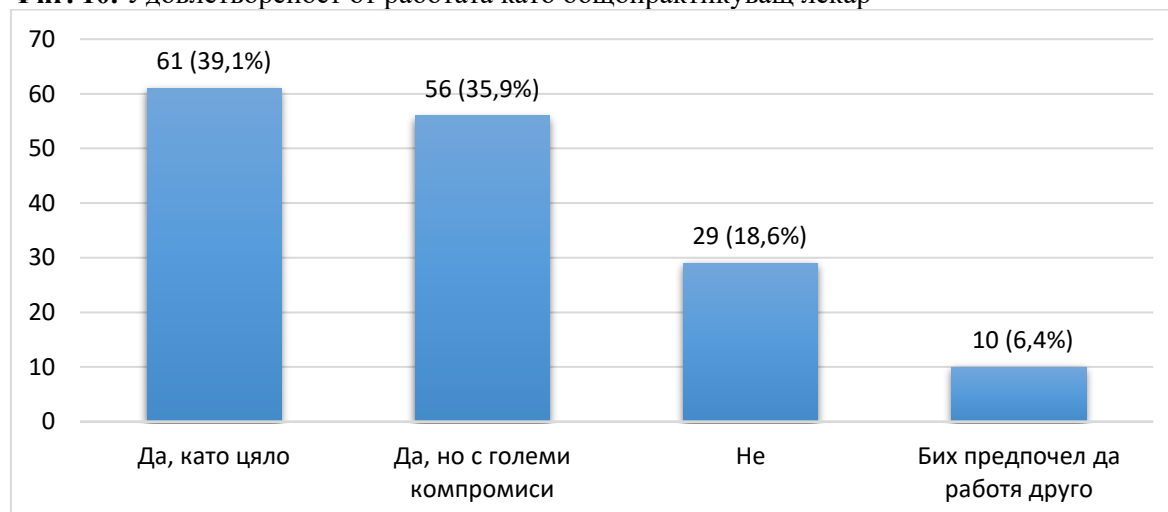
Обслужване на лица от социални домове	Брой	Отн. дял
Да	39	25,0%
Рядко	40	25,6%
Не	77	49,4%
Общо	156	100,0%

Обикновено социалните домове разполагат с лекарски персонал и затова не се налага да бъдат обслужвани толкова често от общопрактикуващите лекари. Анкетираните не посочват трудности при работата си с пациенти, настанени в социални институции.

### 8. Удовлетвореност от работата като общопрактикуващ лекар

При всички проблеми, пред които са изправени, по-голямата част от анкетираните се чувстват удовлетворени в професионален план – като цяло са удовлетворени от работата си 61 (39,1%) и с компромиси - 56 (35,9%) (Фигура 10).

**Фиг. 10.** Удовлетвореност от работата като общопрактикуващ лекар



Има и такива, които твърдят, че не са удовлетворени – 29 (18,6%), а 10 (6,4%) са дотолкова разочаровани, че биха предпочели да работят нещо друго.

Резултатите потвърждават, че когато медицината е призвание, трудно можеш да се откажеш от нея, въпреки препятствията. За съжаление, една четвърт от респондентите вече са изтощени от постоянните реформи и немедицинските проблеми до степен да не желаят да упражняват професията си.

#### **IV. Възможности за оптимизиране на работата в общата медицинска практика през погледа на личните лекари**

Относно възможностите за оптимизиране на тяхната работа, ОПЛ формулират в свободен текст редица свои виждания в двете фази на проучването, които могат да се обобщят по следния начин:

- Да се намали бумажината и бюрокрацията! – всеобщо мнение.
- Да се намалят санкциите за ОПЛ по най-различни поводи, за да могат да работят по-спокойно и по-добре.
- Да се регламентира организация на обслужване на здравно неосигурените пациенти в общински центрове.
- Чрез медийни програми да се акцентира и на задълженията на пациента, не само на неговите права - задължението да се осигурява, да изпълнява препоръките.
- Държавата да създаде условия на хората да се трудят, за да могат да се осигуряват, вместо да се търсят социални помощи или работа в чужбина.
- Да спре закриването на автобусни и влакови линии, защото все повече населени места остават откъснати и пациентите не могат да отидат никъде, ако нямат кола.
- Освен магистралите, другите пътища са в много лошо състояние. В селата са предимно черни пътища. Да се осигурят пътища за нас и за пациентите.
- Искаме да помогнем на всички пациенти, но не може това да е само наш ангажимент и да трябва да решаваме всички социални проблеми на държавата.
- Трябва да има общински аптеки, както и денонощни аптеки. Най-добре да има и филиали на аптеките в селата, без да се търси бизнес изгода, ако ни интересува здравето на хората. Преди ги имаше, а сега...
- Да се определи пакет услуги за здравно неосигурени и да е ясно как ще се финансира.

- Да бъдат оставени личните лекари да са лекари, а не социални работници, счетоводители и изкупителна жертва.

- Студентите по медицина и медицинска сестра да провеждат практика в първичната помощ в малки градове и села, не само стажове в големи болници и в чужбина.

- Медицинското обслужване ще се подобри, ако се решат социалните проблеми на народа и на държавата. Тогава лекарите ще бъдат лекари, а не заети с всевъзможни неща, нямащи нищо общо с медицинската професия.



## ИЗВОДИ

- В своята работа при изпълнението на всички регламентирани задължения, лекарите в първичната медицинска помощ извършват и множество нерегламентирани, без които не може да изпълнят професионалните си медицински задължения, чиято крайна цел е излекуването и поддържането на здравето на своите пациенти. Тези аспекти на практиката си ОПЛ наричат „социални“.

- Най-честите контингенти, при които ОПЛ изпълняват такива дейности, са здравно неосигурените лица, бедните, възрастните, самотните, инвалидите, живеещите в малки населени места.

- Въпросът за медицинското обслужване на здравно неосигурени в първичната медицинска помощ е мащабен, със силен социален заряд, но не получава внимание от институциите и не се разрешава.

- Домашните посещения са част от задълженията на ОПЛ, но тяхната обосноваемост, краткост и продължителност не могат ясно да се регламентират, поради което свърхизпълнението им извън медицинските показания е чисто социална функция. Най-чести необосновани визити има при новородените и при възрастните хора, като при последните се наблюдава нежелание или невъзможност да получат грижи от децата си.

- Лекарят в първичната медицинска помощ е източник на социална подкрепа за своите болни и здрави пациенти. Те се обръщат към него по всякакви житейски въпроси, нямащи нищо общо със здравето.

- Пациентите се обръщат дори за финансова помощ към своите лични лекари.

- Резултатите от проучването потвърждават недостига на ОПЛ и на сестрински персонал. От държава, в която всяко населено място имаше лекар или фелдшер, България се превърна в държава с дефицит и труден достъп до първична медицинска помощ. От своя страна изчезването на лекарските практики в малките населени места затваря порочния кръг, водейки до тяхното напредващо обезлюдяване.

- ОПЛ считат за необходимо да могат да отпишат пациент от своята листа, като главната причина е непосилността на социалното натоварване.

- Работата на българския ОПЛ е затруднена от независещи от него фактори, като липса на достъпни аптеки в малките населени места, липса на обществен транспорт (затруднява придвижването на пациентите до ОПЛ, до аптеки, до лаборатории, до РЗОК). За да изпълнява професионалните си задължения ОПЛ трябва да компенсира тези неуредици на държавата, организацията на здравеопазването и лекарствоснабдяването.

## **ПРЕПОРЪКИ**

В огромната си част анализираниите нерегламентирани социални функции, които са в полза на пациента, няма как да се регламентират, защото произтичат от социалните проблеми в държавата. В този ред на мисли предлагаме следните препоръки:

### **Към Министерството на здравеопазването:**

- По-малко бюрократични изисквания за документация, защото попълването на огромния набор документи не просто отнема от времето за преки медицински задължения, но не отразява дори отчасти реално свършената работа по обслужването на пациентите.
- По-малък административен натиск към първичната медицинска помощ, защото администрацията няма представа за огромния обем социални функции на лекаря, които не влизат в задължителните и подлежащи на контрол правила.
- Да се обмисли възможността за определяне на пакет за здравно неосигурени пациенти.
- Да се преосмисли политиката по лекарствоснабдяване, като се разчита не само на частната инициатива (ориентирана към печелившия пазар в големите градове), а и общински ангажимент за аптечни пунктове в малките населени места.

### **Към Министерството на транспорта и съобщенията и Министерството на регионалното развитие и благоустройството:**

- Да се поддържат пътищата към и в малките населени места, които не са ремонтирани от десетилетия и са опасни не само за жителите, но и за лекарите при обхождането на разпръснатите си практики.
- Да спре закриването на транспортни връзки (автобусни и влакови линии), защото неудобният или липсващ обществен транспорт откъсва населеното място от всякакви услуги, включително здравни и в резултат на това става непривлекателно за живеене.

### **Към Министерството на труда и социалната политика:**

- Да се преосмисли държавната политика по заетостта, да се създават работни места (вместо да се закриват производства), за да може хората да работят, да получават достойно заплащане и да се осигуряват (вместо да се стремят към емиграция, социални помощи или освидетелстване от ТЕЛК), да живеят спокойно и да се грижат за възрастните си близки.

## **ПРИНОСИ**

### **Приноси с теоретично-познавателен характер:**

1. Направен е задълбочен теоретичен анализ на социалната платформа на здравеопазването и първичната медицинска помощ.
2. За първи път са анализирани нерегламентираните социални функции на общопрактикуващия лекар, без които той не може да изпълнява медицинските си задължения.
3. Направен е детайлен анализ на обслужването на здравно неосигурени лица в първичната медицинска помощ.
4. Направено е описание на случаи, което дава по-автентична гледна точка към реалното състояние на първичната медицинска помощ и нейните изпълнители.
5. Направен е анализ на медийното отразяване на проблемите в първичната медицинска помощ.

### **Приноси с практико-приложен характер:**

1. Изтъкнати са обективни фактори, независещи от лекарите, които затрудняват хората в малките населени места.
2. Анализирани са въпросът за правото на общопрактикуващ лекар да отпише пациент от своята листа.

## **ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

1. Божинова-Димитрова Х., Л. Георгиева. Еволюция и съвременно състояние на първичната медицинска помощ в българското здравеопазване. Здравна икономика и мениджмънт, 2016; 2:19-23.
2. Божинова-Димитрова Х., Л. Георгиева. Социален контекст на първичната медицинска помощ. Здравна икономика и мениджмънт, 2016; 3:17-20.
3. Божинова-Димитрова Х., Л. Георгиева. Социални аспекти в работата на общопрактикуващия лекар. Варненски медицински форум, 2017; 6(2):27-31.

## **УЧАСТИЕ В НАУЧНИ ФОРУМИ**

1. Bozhinova-Dimitrova H, Georgieva L. General practitioners' challenges in taking care of patients in less populated and disadvantaged areas in Bulgaria. 23<sup>rd</sup> WONCA Europe Conference, Kraków, Poland, 24-27.05.2018.