



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ  
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА  
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ  
КАТЕДРА ПО ИКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ НА  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Светлана Кръстева Панайотова

ФАКТОРИ, ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ  
ИЗПОЛЗВАЕМОСТТА НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ В  
БЪЛГАРИЯ

АВТОРЕФЕРАТ

на

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

Професионално направление 3.7. Администрация и управление  
Докторска програма „Организация и управление извън сферата на  
материалното производство (в здравеопазването)“

Научен ръководител:  
Доц. Елка Атанасова, д.и.

Варна, 2023

Дисертационният труд е с общ обем от 207 страници и е структуриран във: въведение (12 стр.), основен текст в четири глави (142 стр.), заключение (2 стр.), списък на използваната литература (12 стр.) и приложения (30 стр.). Основният текст съдържа 29 таблици и 27 фигури. Цитирани са 159 заглавия, от които 117 на английски език и 42 на български език.

Дисертационният труд е обсъден на заседание на катедрен съвет на Катедрата по икономика и управление на здравеопазването при Медицински университет – Варна, проведено на 23.10.2023 г.

#### НАУЧНО ЖУРИ:

1. Проф. Евгения Иванова Делчева, д.и.
2. Проф. Снежанка Костадинова Овчарова-Крачунова, д.у.
3. Доц. Александър Иванов Вълков, д.у.
4. Проф. Стефка Михайлова Коева, д.ик.н.
5. Доц. Любомира Драгомирова Коева-Димитрова, д.и.

#### РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:

1. Доц. Деница Антонова Горчилова-Атанасова, д.у.
2. Доц. Мария Димитрова Рохова-Йорданова, д.у.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на .....  
.....2024 г. от.....часа в Медицински университет – Варна  
на открито заседание на Научно жури.

Материалите по защитата се намират на разположение в Докторантско училище към МУ-Варна и са публикувани на интернет страницата на МУ-Варна.

## СЪДЪРЖАНИЕ

СЪДЪРЖАНИЕ .....	3
I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	4
1.1. Актуалност и значимост на проблема .....	4
1.2. Изследване на проблема у нас .....	4
1.3. Обект и предмет на изследването .....	5
1.4. Цел и задачи на дисертационния труд .....	5
1.5. Изследователски подход, методи на изследване и използвани материали .....	6
1.6. Ограничения на изследването.....	8
II. СТРУКТУРА И СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД .....	10
2.1. Структура на дисертационния труд.....	10
2.2. Съдържание на дисертационния труд .....	10
III. КРАТКО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД .....	12
Глава 1. Теоретични основи на изследването на използваемостта в здравеопазването .....	12
Глава 2. Контекстуални характеристики, влияещи върху използваемостта на здравни услуги .....	16
Глава 3. Изследване на индивидуалните характеристики, влияещи върху използваемостта на здравни услуги .....	23
Глава 4. Обсъждане на резултатите, изводи и препоръки .....	35
Заключение .....	44
IV. СПРАВКА ЗА ПРИНОСИТЕ В ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	46
Теоретични.....	46
Теоретико-приложни .....	46
V. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	47
БЛАГОДАРНОСТИ.....	48

# I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

## 1.1. Актуалност и значимост на проблема

Изследването на използваемостта на здравни услуги и познаването на факторите, които влияят върху нея, предоставят възможност да се прогнозира и управлява потреблението на здравна помощ и свързаните с това разходи. Разбирането на детерминантите на използваемостта е от голямо значение за идентифициране на причините за разликите в достъпа, удовлетвореността на потребителите и здравните резултати. Тези изследвания могат да бъдат база за формулиране и провеждане на политики и програми, стимулиращи подходящото използване, ограничаващи неподходящото използване и свръхпотреблението на медицинска помощ и могат да спомогнат за повишаване на икономическата ефективност и подобряване на финансовата стабилност в здравния сектор.

Още от средата на 20-ти век в различни области на социалните науки се разработват концептуални модели за изследване и прогнозиране на поведението на индивидите при използване на здравни услуги. Моделите обхващат широк спектър от променливи, включително демографски, икономически, организационни, социални характеристики, нагласи и психологически и културно-базирани убеждения. Колкото по-голяма е прогнозната сила на моделите на потребителска използваемост, толкова по-ефективно е планирането и предоставянето на услугите. Проучванията на използваемостта в здравеопазването се базират на очакването, че те ще допринесат както за по-доброто разбиране на процесите, чрез които се разпределят медицинските услуги, така и за разработването на нови политики, които ще облекчат кризата в здравния сектор.

## 1.2. Изследване на проблема у нас

При търсене на научни изследвания от наши автори, анализиращи детерминантите на потреблението на здравни услуги в България, не са открити проучвания, прилагащи конкретен модел за изучаване на факторите, влияещи върху използваемостта.

В Европейското здравно интервю<sup>1</sup> се събират данни на национално ниво за редица променливи, които в проучената литература се приемат за детерминанти на използваемостта на здравни услуги. Целта на здравното интервю е да се оцени здравният статус, начинът на живот (здравните детерминанти) и ползването на здравни услуги от населението на Европейския съюз (ЕС), при използване на

---

<sup>1</sup> Национален статистически институт/НСИ. (2019). Европейско здравно интервю | Трета вълна – 2019 година. Национален статистически институт. (<https://nsi.bg/bg>, посетен на 01.09.2022 г.)

хармонизиран инструментариум, осигуряващ в голяма степен сравнимост на данните между страните от съюза. Данните се използват за изчисляване на основни показатели, характеризиращи здравния статус на населението (субективна оценка на здравето, разпространение на хронични заболявания, използване на медицински услуги, употреба на медикаменти, здравна профилактика, индекс на телесната маса, разпространение на тютюнопушенето и употребата на алкохол), но не се анализира влиянието на показателите върху използването на здравни услуги.

### **1.3. Обект и предмет на изследването**

Обект на настоящото изследване е използваемостта на здравни услуги от населението в България. Използваемостта се разглежда в два аспекта – като влизане в контакт със здравната система и като брой на услугите, които лицата са ползвали за определен период от време. Изследвана е използваемостта на трите основни вида здравни услуги – преглед при общопрактикуващ лекар, преглед при специалист (с направление по здравна каса и платен преглед) и болнично лечение.

Предмет на изследване са факторите, влияещи върху използваемостта на здравни услуги, посоката и степента на тяхното влияние.

### **1.4. Цел и задачи на дисертационния труд**

Целта на дисертацията е да се проучат и анализират факторите, влияещи върху използваемостта на здравни услуги в извънболничната и болничната помощ в страната на основата на модел за изследване на използваемостта и да се оцени приложимостта на модела в здравеопазването в България.

За изпълнение на тази цел са формулирани следните задачи:

(1) Да се анализират и систематизират съществуващите концепции и модели за изследване на използваемостта на здравни услуги и да се изведе основният и най-често прилаган модел.

(2) Да се идентифицират основните и най-често изследвани фактори, влияещи върху използването на здравни услуги.

(3) Да се изследват и анализират контекстуалните фактори, които оказват влияние върху използваемостта.

(4) Да се изследва и оцени влиянието на индивидуалните характеристики (демографски, социални, икономически, организационни), личните здравни практики, здравословното състояние, нагласите и убежденията на населението върху използваемостта на първична, специализирана и болнична медицинска помощ у нас.

(5) Да се оцени приложимостта на избрания модел в нашата практика и да се дадат препоръки за изследване на използваемостта.

## **1.5. Изследователски подход, методи на изследване и използвани материали**

Методиката на изследването съчетава различни качествени и количествени изследователски методи от сферата на социално-икономическите и здравните науки.

### **1.5.1. Проучване, систематизиране и обобщение на достъпната научна литература в областта на изследването на използваемостта в здравеопазването.**

За проучване на съществуващите теоретични концепции и модели и извеждане на основните фактори, влияещи върху използваемостта на здравни услуги, са преминати следните етапи:

- Проведено е първоначално търсене на публикации в базите данни с научна информация PubMed, ScienceDirect и Google Scholar, с период на покритие от 2010 до септември 2022 година. Проведено е допълнително ръчно търсене в съответните референтни списъци по метода на “снежната топка” за идентифициране на вторични източници, които анализират и дискутират изследваната тематика. По този начин обсегът на времевия период е разширен, като в литературата са включени и първите публикации по тази проблематика от средата на 20-ти век. Изведени са водещи подходи, концепции и модели за изследване на използваемостта на здравни услуги.

- Извършен е контент-анализ на литературните източници, представящи основните теории и най-често прилаганите модели, за да се изведат основните фактори, влияещи върху потреблението на здравни услуги. В резултат на анализа се очертава водещото място на Поведенческият модел за използване на здравни услуги (Behavioral Model of Health Services Use) на Ronald Andersen (наречан по-нататък за краткост Поведенчески модел или Модел на Andersen)<sup>2</sup>, на който се базира множество изследвания, насочени към детерминантите на използваемостта в здравеопазването. Преценката, че моделът е приложим за нашата здравна система и практика дава основание той да бъде избран за провеждане на настоящото изследване.

- Проведено е допълнително търсене в систематични прегледи, базирани на Поведенческият модел, за идентифициране на основните и най-често изследвани детерминанти на използваемостта.

### **1.5.2. Анализ на контекстуалните фактори на средата, влияещи върху използваемостта на здравни услуги.**

На базата на Контекстуалния компонент от Поведенческият модел са анализирани основните характеристики на средата - демографски и социални характеристики, здравни политики, финансиране и организация на здравната система, фактори на жизнената среда и основни здравни показатели на

---

<sup>2</sup> Andersen, R. (1968). A behavioral model of families' use of health services. Center for Health Administration Studies University of Chicago. <https://docs.lib.purdue.edu/dissertations/AAI6902884>

населението. Проучени са стратегически документи в сферата на здравеопазването, актуална нормативна база, бази данни със здравна информация и данни от предишни проучвания.

### **1.5.3. Социологическо проучване сред гражданите.**

Проведено е моментно социологическо проучване (cross-sectional study) за събиране на първична информация, свързана с индивидуалните характеристики и използването на медицинска помощ от участници в страната през предходните 12 месеца. Допитването е извършено чрез стандартизиран онлайн въпросник, попълван лично от респондентите. Анкетата е предоставена за попълване чрез онлайн платформата Survs.com и е разпространена чрез електронна поща и социалните мрежи (Facebook). Набирането на респонденти е извършено по „метода на отзовалите се“.

Въпросникът е разработен на базата на научната литература, свързана с изследване на детерминантите на използваемостта на здравни услуги и прилагаща Поведенческият модел (Приложение 1 към дисертационния труд).

### **1.5.4. Статистически методи за представяне и анализ на данните от социологическото проучване.**

След обработка на получените данни от анкетното проучване са извършени серия от статистически анализи за изследване на влиянието на индивидуалните фактори върху използваемостта на здравни услуги. За статистическа обработка и анализ на данните е използван специализиран софтуер (IBM SPSS Statistics 19, Microsoft Excel 2016).

- За представяне на изследваната извадка, анализ и обобщение на резултатите от анкетата са използвани методите на дескриптивната статистика и графични методи – честотно разпределение на участниците в извадката (Frequencies), средни стойности на параметрите на извадката (Means).

- За изследване на разликите в използваемостта между отделните групи респонденти са съставени кръстосани таблици за две променливи (Crosstabs), като едната променлива е използването на съответния вид здравна услуга (да/не), а другата променлива е индивидуалната характеристика, представена със съответните категории (нива). Разликите в използваемостта по категории респонденти са потвърдени чрез статистически анализ за значимост ( $\chi^2$ -тест за независимост). Статистическата значимост е определена при стойности на  $p < 0,05$ .

- За анализ на средната използваемост при отделните групи респонденти са приложени t-тест за независими извадки (independent samples t-test) при фактори с 2 категории (дихотомни независими променливи) и еднофакторен дисперсионен анализ (ANOVA) при фактори с повече от две категории.

- За изследване на влиянието на индивидуалните характеристики на респондентите върху използваемостта на здравни услуги са приложени два варианта на многофакторен регресионен анализ. В единия случай проучването разглежда използваемостта като влизане в контакт със здравната система, а в

другия случай – като брой на услугите, които лицата са ползвали за определен период от време. Отделното изследване на двете измерения на използваемостта е извършено от гледна точка на това, че вероятността за използване на услугата и обемът на получената здравна помощ могат да се повлияят по различен начин от характеристиките на изследваната извадка.

За да се идентифицират променливите, които повлияват вероятността за използване и да се прогнозира използваемостта на дадена здравна услуга (преглед при лекар/прием в болница), е приложена **бинарна логистична регресия** (binary logistic regression). Този вид анализ е избран поради вида на променливите - една категорийна зависима променлива (преглед при лекар/прием в болница) с две категории (да/не) и множество независими променливи (индивидуални характеристики), които са представени чрез номинални, ординални и интервални данни. Резултатите от логистичната регресия служат за идентифициране на факторите, които значимо и самостоятелно повлияват използваемостта и за прогнозиране на вероятността за използване на дадена здравна услуга.

За изследване на взаимовръзките между индивидуалните характеристики и обема на използваните здравни услуги е използвана **отрицателна биномна регресия** (negative binomial regression). При нея се анализира влиянието на множество независими променливи (индивидуални характеристики), представени чрез номинални, ординални и интервални данни, върху една интервална зависима променлива (брой използвани услуги). Резултатите от този регресионен анализ идентифицират индивидуалните характеристики, които статистически значимо повлияват количеството на използваните здравни услуги, посоката и степента на тяхното влияние.

## 1.6. Ограничения на изследването

Настоящото изследване има някои ограничения, част от които са предпоставени от избора на подход и методи, а други са резултат от неговото изпълнение:

- За целта на дисертационния труд е проучена, систематизирана и обобщена информация, касаеща здравни услуги от първичната здравна помощ (преглед при общопрактикуващ лекар), специализираната здравна помощ (преглед при лекар-специалист и лабораторни изследвания) и болничната помощ (прием в болница). В изследването не са включени повикванията към центровете за спешна медицинска помощ и посещенията в спешните отделения на болниците, и здравните услуги в денталната помощ и лекарствоснабдяването както и някои услуги, предоставяни в здравните институции и заведения, определени в Закона за здравето (чл. 21, ал.2) и Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (чл. 219, ал.1, чл. 238, ал.1).

- Обхванатият период на социологическото изследване включва последните близо два месеца от извънредната епидемична обстановка, както и месеците след



нейното отпадане. През разглеждания период няма въведени формални ограничения, свързани с COVID-19 и наложени противоепидемични мерки, които да повлияят на предоставянето и използването на здравни услуги но е възможно ограниченията от предходния период на пандемията да окажат влияние, което не е изследвано.

- Поради начина на провеждане на социологическото допитване чрез онлайн въпросник и набирането на респонденти по „метода на отзовалите се“, извадката на анкетираните граждани не е представителна за генералната съвкупност – наблюдават се натрупвания на респонденти по определени признаци като пол, възраст, етнос, образование, местоживеене.

- Онлайн допитването разчита на самоотчетени данни. При този метод за събиране на първична информация трудно може да се контролира надеждността на получените данни, което създава риск от проблем с тяхната точност.

- В статистическия анализ са включени фактори от индивидуалния и поведенческият компонент на Модела на Andersen, не са включени контекстуални характеристики, генетични фактори, фактори, свързани с процеса на медицински грижи и резултати от използваемостта на здравни услуги.

- Избраният дизайн на изследването предполага установяване на детерминантите на използваемостта на здравни услуги в определен момент и в определен контекст, без да се проследява тяхната промяната във времето.

- Не са изследвани възможни взаимодействия между факторите, влияещи върху използваемостта на здравни услуги.

## **II. СТРУКТУРА И СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

### **2.1. Структура на дисертационния труд**

Дисертационният труд е в обем от 212 страници и включва въведение, четири глави и заключение, списък на използваната литература и 6 приложения. Основният текст съдържа 29 таблици и 27 фигури.

### **2.2. Съдържание на дисертационния труд**

Въведение

Актуалност и значимост на проблема

Изследване на проблема у нас

Обект и предмет на изследването

Цел и задачи на дисертационния труд

Изследователски подход, методи на изследване и използвани материали

Ограничения на изследването

#### **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧНИ ОСНОВИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО НА ИЗПОЛЗВАЕМОСТТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

##### **1.1. Понятия и дефиниции**

##### **1.2. Подходи, концепции и модели за изследване на използваемостта**

1.2.1. Основни етапи в изследването на използваемостта на здравни услуги

1.2.2. Изследване на здравните услуги като научна и приложна област

1.2.3. Теоретични подходи, концепции и модели за изследване на използваемостта в здравеопазването

##### **1.3. Поведенчески модел на Andersen**

1.3.1. Структура и еволюция на модела

1.3.2. Приложения на Поведенческия модел

#### **ГЛАВА 2. КОНТЕКСТУАЛНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ, ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ ИЗПОЛЗВАЕМОСТТА НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ**

##### **2.1. Контекстуални предразполагащи характеристики**

2.1.1. Демографски контекстуални характеристики

2.1.2. Социални характеристики на контекстуално ниво

2.1.3. Убеждения в общността

##### **2.2. Контекстуални способстващи характеристики**

2.2.1. Здравни политики

2.2.2. Финансови фактори

2.2.3. Организация на здравната система

##### **2.3. Контекстуални характеристики, свързани с потребността от здравни услуги**

- 2.3.1. Фактори на жизнената среда
- 2.3.2. Здравни показатели на населението
- 2.3.3. Епидемична обстановка – пандемията от COVID-19 и отражението ѝ върху използваемостта на здравни услуги

## ГЛАВА 3. ИЗСЛЕДВАНЕ НА ИНДИВИДУАЛНИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ ИЗПОЛЗВАЕМОСТТА НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ

- 3.1. Анкетно проучване
- 3.2. Резултати от анкетното проучване
  - 3.2.1. Индивидуални характеристики на изследваната извадка
  - 3.2.2. Здравно поведение
- 3.3. Статистически анализ на използваемостта на здравни услуги
  - 3.3.1. Анализ на разликите в използваемостта по групи респонденти
  - 3.3.2. Анализ на средната използваемост по групи респонденти
  - 3.3.3. Анализ на влиянието на индивидуалните характеристики върху вероятността за използване на здравни услуги
  - 3.3.4. Анализ на влиянието на индивидуалните характеристики върху обема на използваните здравни услуги
  - 3.3.5. Анализ на влиянието на личните здравни практики върху използваемостта на здравни услуги

## ГЛАВА 4. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

- 4.1. Контекстуални фактори, влияещи върху използваемостта на здравни услуги
- 4.2. Индивидуални фактори, влияещи върху използваемостта на здравни услуги
- 4.3. Лични здравни практики като фактори, влияещи върху използваемостта на здравни услуги
- 4.4. Използваемост на здравните услуги
- 4.5. Обобщени изводи
- 4.6. Препоръки

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

## БИБЛИОГРАФИЯ

## ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Анкетна карта

Приложение 2. Систематични прегледи, изследващи приложението на Поведенческия модел

Приложение 3. Стратегически документи, свързани с актуални здравни политики

Приложение 4. Описание и разпределение на изследваната извадка

Приложение 5. Трудности, срещани от респондентите, при необходимост от медицинска помощ

Приложение 6. Разлики в използваемостта по групи респонденти

### III. КРАТКО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

#### Глава 1. Теоретични основи на изследването на използваемостта в здравеопазването

В първата глава на дисертационния труд са анализирани и обобщени основните понятия и дефиниции, теоретичните подходи, концепции и модели за изследване на използваемостта в здравеопазването. Тази глава се състои от 3 точки, към които са обособени отделни параграфи.

В **точка 1.1.** се анализират основните понятия и дефиниции, свързани с темата на изследването – използваемост, здравни услуги, фактори/детерминанти на използваемостта, както и връзки на използваемостта с търсенето, достъпа до здравни услуги и здравните резултати.

В настоящото изследване използваемостта на здравни услуги се разглежда като потребление на услуги, предоставяни на пациентите за възстановяване, поддържане и подобряване на тяхното здраве. Под здравни услуги се има предвид здравна помощ, включваща медицинска помощ (медицински услуги) и цялостния процес на здравно обслужване. Като фактор (детерминанта) приемаме всяка индивидуална характеристика или характеристика на средата, която демонстрира взаимовръзка и определя както вероятността за ползване на медицинска помощ, така и обема на употребените услуги. Използваемостта на здравни услуги не е равностепенна на тяхното търсене, понеже тя не отчита незадоволеното търсене и непосредствените нужди, дължащи се на ограниченията в достъпа до услугите. Използваемостта сама по себе си не е достатъчно показателна относно наличието или отсъствието на равнопоставен достъп до здравни услуги, тъй като по нея не може да се съди за неудовлетворените потребности от медицинска помощ. Целта на изследванията на използваемостта в здравеопазването е да се постигне оптимална използваемост на здравните услуги и разходна ефективност. Като оптимално можем да определим това ниво на използваемост, при което се получават най-добри здравни резултати. Целесъобразността на използването на услугите може да бъде оценена като се анализират здравните резултати, но това не е предмет на настоящото проучване.

В **точка 1.2.** са анализирани и систематизирани основните подходи, концепции и модели за изследване на използваемостта в здравния сектор. Тази точка включва три параграфа.

В **параграф 1.2.1.** се разглеждат етапите в еволюцията на разбиранията за използваемостта на здравни услуги в областта на медицинската социология, психологията и здравната икономика, както и основните насоки на изследванията в тези области.

**Параграф 1.2.2.** представя развитието на изследванията на здравните услуги

(Health Service Research - HSR) като самостоятелна научна и приложна област, както и постигнатите резултати в областта.

В **Параграф 1.2.3.** са систематизирани теоретичните подходи, концепции и модели за изследване на използваемостта в здравеопазването. Теориите и моделите са обобщени под следните ключови подходи: социално-психологически, социално-културен, социално-демографски, икономически, географски и организационен подход. Представени са изследвания на редица автори, които анализират и систематизират моделите за използваемост, като ги превръщат в ключови инструменти в изследванията на здравните услуги. Особено внимание е обърнато на Поведенческия модел на американския социолог Ronald Andersen, който предоставя теоретична рамка, обясняваща как и защо хората употребяват здравни услуги. Според този модел използваемостта на здравни услуги при индивидите е функция на тяхната предразположеност да използват такива услуги (предразполагащи характеристики), на фактори, които позволяват или възпрепятстват това използване (способстващи променливи) и на потребността от здравни услуги (променливи на потребността)<sup>3</sup>.

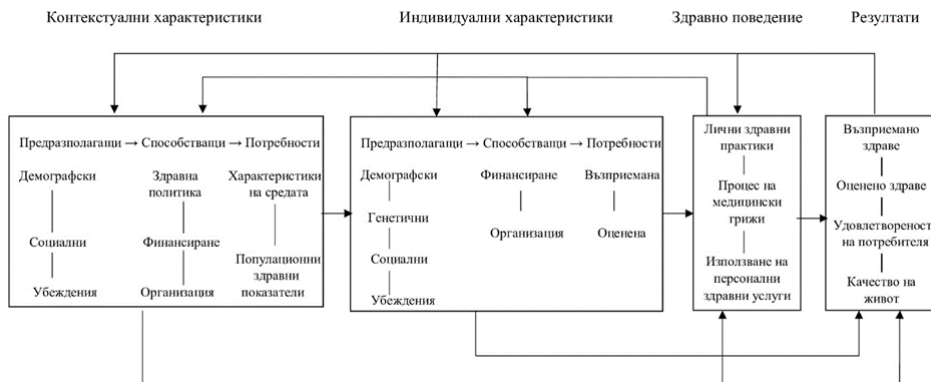
В **точка 1.3.** е представена структурата, еволюцията и приложението на Поведенческия модел.

**Параграф 1.3.1.** описва еволюцията на модела в 6 фази, от създаването му през 60-те години на 20-ти век до наши дни. В продължение на десетилетия след разработването му, Поведенческият модел търпи съществено развитие и усъвършенстване. Добавени са множество нови компоненти, както и връзки между компонентите. Ревизиите на модела са в отговор на нови предизвикателства в здравните политики и предоставянето на здравни услуги, критики и препоръки към по-ранните му версии и нови разработки в изследванията на здравните услуги. Най-актуалната и изчерпателна версия на Поведенческия модел на Andersen е тази от 2013 г. (Фиг. 1).

---

<sup>3</sup> Andersen, R. (1968). A behavioral model of families' use of health services. Center for Health Administration Studies University of Chicago. <https://docs.lib.purdue.edu/dissertations/AAI6902884>

**Фигура 1.\*** Последна версия на Поведенческия модел на Andersen<sup>4</sup>



\*Номерацията на таблиците и фигурите в автореферата е съгласно тяхната последователност и не съответства на номерацията им в дисертацията.

В параграф 1.3.2. се разглежда приложението на Поведенческия модел при проектиране на дизайн и провеждане на международни, национални и местни проучвания, свързани с използваемостта на здравни услуги. Редица систематични прегледи на изследванията в тази област показват, че това е един от най-широко прилаганите модели за изследване на детерминантите на използваемостта в здравеопазването и го прилагат за структуриране на получените резултати (Приложение 2 към дисертационния труд).

Направеният преглед и анализ на подходите и моделите за изследване на използваемостта на здравните услуги води до избора на Поведенческия модел на Andersen като най-подходяща концептуална рамка на настоящото проучване. Аргументите за подобен избор могат да бъдат синтезирани изложени така:

- Поведенческия модел интегрира елементи от основните теоретични подходи за изследване на използваемостта на здравни услуги и позволява да се получи възможно най-пълна картина за факторите, влияещи върху използваемостта.
- Моделът е обхванат и комплексен. Той включва както индивидуални, така и контекстуални характеристики и осигурява рамка за събиране на доказателства за тежестта на различни фактори за използване на здравни услуги и за установяване на корелация между факторите.

<sup>4</sup> Andersen, R., Davidson, P., & Baumeister, S. (2013). Improving Acces to Care. In G. Kominski (Ed.), *Changing the U.S. health care system: key issues in health services policy and management* (4th edn., pp. 33–69). Jossey-Bass.

- Моделът притежава известна гъвкавост и позволява модифициране чрез добавяне или пропускане на променливи.
- Моделът е апробиран многократно, преминал е през няколко етапа на развитие, което показва, че освен че е подходящ за обяснение на използваемостта и нейните детерминанти, той отразява и актуалните промени в разбиранията за използваемостта на здравни услуги.
- Дефинициите на предразполагащи, способстващи и свързани с потребността фактори могат да бъдат приложени към контекста на всяка страна, като моделът позволява променливите да бъдат адаптирани, за да бъдат контекстуално приложими.
- Съществуват голям брой емпирични проучвания, които използват Модела на Andersen, за да оформят концептуално своите изследвания. Тези проучвания са базирани на контекста на различни страни и големият им брой дава възможност за сравнение на резултатите.

Съгласно структурата на Поведенческия модел в следващите глави от дисертационния труд е извършен анализ на контекстуалните характеристики на средата, на индивидуалните характеристики на изследваната извадка и на тяхното влияние върху използваемостта на здравни услуги.

## Глава 2. Контекстуални характеристики, влияещи върху използваемостта на здравни услуги

В тази глава са представени и анализирани контекстуалните характеристики, които формират средата, в която се извършва използването на здравните услуги. Те очертават първия компонент от Поведенческия модел и са с ключово значение за използваемостта, тъй като оказват както директно въздействие върху здравното поведение, така и индиректно влияние чрез съответните индивидуални характеристики. Контекстуалните променливи се измерват на агрегатно ниво и представят данни за цялата страна и население.

Главата се състои от 3 точки, като към всяка точка са обособени отделни параграфи.

**В точка 2.1.** се разглеждат контекстуалните предразполагащи характеристики на населението в България – демографски, социални характеристики и някои обществени убеждения, свързани със здравето и здравното поведение.

**В параграф 2.1.1.** са представени демографски контекстуални характеристики като *възрастова, пола и семейна структура на населението в страната*. Процесът на демографско остаряване се очаква да доведе до влошаване на общия здравен статус, непрекъснато увеличаване на използваемостта на здравни услуги и съответното нарастване на здравните разходи. Застаряващото население предполага увеличена използваемост на здравни услуги за хора в напреднала възраст и нарастваща необходимост от дългосрочни здравни грижи.

**В параграф 2.1.2.** са разгледани социалните характеристики на контекстуално ниво, определящи до каква степен общностите, в които хората живеят и работят, подкрепят тяхното здраве и достъпа им до здравни услуги. Съответните измерители включват *местоживеење, образователно ниво, етнически състав, ниво на заетост* и др. По-големият дял на възрастното население в селските райони налага осигуряването на адекватен достъп до подходящите здравни услуги в тези места. Разликата в самооценения здравен статус сред групите с различно образователно равнище, както и положителните тенденции към намаляване на дела на българите с основно и по-ниско образование и увеличаване на дела на хората с висше образование у нас, дават основание да се очаква намаляване на дела на хората с „лошо“ самооценено здраве. Трудовият статус е фактор, който оказва влияние върху използваемостта на здравни услуги както директно – чрез социалната среда, формирана във връзка с трудовата дейност, така и индиректно – чрез влиянието си върху нивото на доходите на населението.

**В параграф 2.1.3.** са представени *убеждения в общността, свързани със здравето и здравните услуги* – обществени ценности, нагласи, културни норми



и преобладаващи гледни точки. Здравните убеждения са в основата на здравното поведение и оказват както пряко въздействие върху използването на здравни услуги, така и косвено – чрез влиянието си върху поведенческите рискови фактори. Характерни за здравните убеждения и обществените нагласи в страната са ниско ниво на отговорност за собственото здраве и високо разпространение на поведенческите рискови фактори<sup>5</sup>, както и ниска степен на доверие към здравната система<sup>6</sup>.

В **точка 2.2.** се разглеждат контекстуалните способстващи характеристики, включващи специфики на макросредата, спомагащи или възпрепятстващи използваемостта в здравеопазването, като здравни политики, финансови фактори и фактори, свързани с организацията на здравната система и нейната ресурсна обезпеченост.

**Параграф 2.2.1.** е посветен на *публичните здравни политики*. Представени са стратегически документи като национални програми, планове, стратегии в т.ч.:

- Национална програма за развитие БЪЛГАРИЯ 2030<sup>7</sup>
- Национална здравна стратегия 2030 (проект)<sup>8</sup>
- Национален план за възстановяване и устойчивост<sup>9</sup>
- Национална карта на дългосрочните нужди от здравни услуги<sup>10</sup>
- Национална здравна карта<sup>11</sup>.

В този параграф, както и по-подробно в Приложение 3, са отразени актуални здравни политики и приоритети, имащи отношение към използваемостта на здравни услуги от извънболничната и болничната помощ в страната. В сферата на извънболнична медицинска помощ основните политики и приоритети са насочени към преориентиране на здравната система към превенция на

---

<sup>5</sup> OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). България: Здравен профил на страната 2021, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris / European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021\\_chp\\_bulgaria\\_bulgarian.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_bulgaria_bulgarian.pdf)

<sup>6</sup> Eurofound. (2021). Democracy and trust during COVID-19. <https://www.eurofound.europa.eu/bg/data/covid-19/democracy-trust>

<sup>7</sup> Министерски съвет/МС. (2020). Национална програма за развитие БЪЛГАРИЯ 2030. София, Министерски съвет. (<https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1330>, посетен на 22.07.2023 г.)

<sup>8</sup> Министерство на здравеопазването/МЗ. (2022). Проект на Национална здравна стратегия 2030. София, Министерство на здравеопазването. [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2022/07/26/proekt\\_nzs\\_2030\\_.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2022/07/26/proekt_nzs_2030_.pdf)

<sup>9</sup> Министерски съвет/МС. (2022) Национален план за възстановяване и устойчивост. София, Министерски съвет. (<https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1515>, посетен на 25.07.2023 г.)

<sup>10</sup> Министерски съвет/МС. (2022). Националната карта на дългосрочните нужди от здравни услуги. София, Министерски съвет. <https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1592>, посетен на 27.05.2023 г.)

<sup>11</sup> Министерски съвет/МС. (2018). Национална здравна карта. София, Министерски съвет. (<https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1286>, посетен на 03.02.2023)

заболяванията, подобряване на достъпа и развитие на капацитета на извънболничната помощ, актуализиране на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и увеличаване на дейностите, които могат да бъдат осъществявани в амбулаторни условия. В областта на болничната медицинска помощ основните политики и приоритети са насочени към повишаване на нейната ефективност, реструктуриране и технологично развитие на болничния сектор.

В **параграф 2.2.2.** са представени контекстуални финансови фактори, които са от особено значение за достъпа и използваемостта в здравеопазването – ресурсите, потенциално налични за заплащане на здравните услуги, включително *доход на глава от населението, дял на населението в риск от бедност, здравноосигурително покритие, разходи за здравни услуги*. Близо една пета от домакинствата в България съобщават, че са направили катастрофални здравни разходи — най-високото равнище в Европейския съюз (ЕС-27) през последните години и почти три пъти повече от средното за държавите от ЕС. Приблизително две трети от всички катастрофални разходи в България са концентрирани сред най-бедните домакинства<sup>12</sup>. Делът на населението, живеещо под линията на бедност у нас през последните години се запазва около 23%, а делът на българите, които живеят в риск от бедност или социално изключване е около 33%<sup>13</sup>. Групата с най-ниски доходи от една страна е застрашена от катастрофални здравни разходи, а от друга страна се характеризира с по-лош самооценен здравен статус и това поставя големи предизвикателства пред политиките за осигуряване на равнопоставеност в достъпа до здравни услуги. Големият брой неосигурени лица също предполага сериозни проблеми с достъпа до медицинска помощ, носи рискове от финансова несигурност в системата и нарушава основните принципи за универсалност и солидарност.

През 2020 г. България отделя за здравеопазване 8,5% от стойността на brutния вътрешен продукт (БВП), което е под средното ниво от 10,9% за ЕС-27, а здравните разходи на глава от населението в страната са едни от най-ниските в съюза. Финансирането на здравеопазването у нас се характеризира с висок дял на плащанията от джоба на домакинствата, които представляват 35,5% от общите здравни разходи през 2020 г. — най-високият дял в ЕС-27 и приблизително 2,5 пъти по-висок от средната стойност за съюза (14,45%)<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). България: Здравен профил на страната 2021, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris / European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021\\_chp\\_bulgaria\\_bulgarian.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_bulgaria_bulgarian.pdf)

<sup>13</sup> Национален статистически институт/НСИ. (2023). Индикатори за бедност и социално включване. Национален статистически институт. (<https://nsi.bg/bg>, посетен на 16.08.2023 г.)

<sup>14</sup> Eurostat. (2023). Eurostat Database. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Основната част от директните плащания се правят за услуги извън обхвата на здравноосигурителния пакет и доплащане за част от услугите, включени в пакета, особено за лекарства.

За по-ефективно управление на финансовите ресурси и за постигане на по-добри здравни резултати би следвало политиките и приоритетите да се насочат към повишаване на финансовите средства и инвестициите в извънболничната помощ и превенцията, което от своя страна би довело до намаление в разходите за болнично лечение и лекарства.

**Параграф 2.2.3.** представя организация на здравната система като контекстуален фактор и разглежда като детерминанти на използваемостта *ресурсната обезпеченост, структурата и организацията на системата за предоставяне на здравни услуги*. За оценка на въздействието на тези фактори върху използваемостта на услугите е направен кратък преглед на *неудовлетворените потребности* от здравни услуги.

Общият извод от анализа на ресурсната обезпеченост в здравния сектор е, че на национално ниво се наблюдава добра осигуреност с човешки и материални ресурси – достатъчен брой медицински специалисти (с изключение на медицински сестри) и достатъчен болничен капацитет, но с неефективна структура и неефективно използвано налично оборудване. Проблемите са свързани с неравномерното разпределение на ресурсите на територията на страната, със свръхконцентрация в най-големите градове и недостиг на капацитет за задоволяване на базови медицински потребности в по-малките и отдалечените населени места. Тези характеристики на здравната система предполагат наличието на неравнопоставеност и различия в достъпа и използваемостта на здравни услуги сред населението в различните части на страната.

Другият елемент от контекстуалните фактори, който има отношение към достъпа и използваемостта на здравните услуги, е организацията на здравната система – как тя е структурирана и организирана да предоставя здравни услуги. В този раздел са представени накратко системата за социално здравно осигуряване и здравните услуги, които са обект на изследване - извънболничната (първична и специализирана) и болничната медицинска помощ и влиянието на тяхната структура и организация върху използваемостта на услугите. Ключов проблем в организацията на медицинската помощ в страната е доминацията на болничния сектор като място за решаване на по-голямата част от здравните проблеми на населението. В основата на проблема стоят липсата на подходящи стимули за развитие на амбулаторни дейности в лечебните заведения за извънболнична помощ и активната политика на болничния сектор за реализиране на по-голям брой хоспитализации<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Министерство на здравеопазването/МЗ. (2022). Проект на Национална здравна стратегия 2030. София, Министерство на здравеопазването.  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2022/07/26/proekt\\_nzs\\_2030\\_.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2022/07/26/proekt_nzs_2030_.pdf)

За да се оцени въздействието на организационните контекстуални фактори върху достъпа и използваемостта на здравни услуги се използват данните за неудовлетворените потребности на населението от здравни услуги. Като цяло делът на хората с незадоволени здравни потребности в България е под средния за ЕС. Високата цена е основната посочена причина за тази неудовлетвореност, но през последните години се наблюдава осезаемо намаление в дела на хората, за които прегледът е твърде скъп<sup>16</sup>.

**В точка 2.3.** е направен анализ на контекстуалните характеристики, свързани с потребността от здравни услуги – фактори на жизнената среда, влияещи върху здравния статус и основни здравни показатели на населението. Поради връзката с пандемията от COVID-19 и отражението ѝ върху използваемостта на здравни услуги, към този подкомпонент на Поведенческия модел е добавена епидемичната обстановка.

**В параграф 2.3.1.** като фактори на жизнената среда са представени свързани със здравето измерители на физическата среда, сред които *качеството на атмосферния въздух*. Други фактори на средата, разглеждани във връзка със здравето и използването на здравни услуги са *трудова злуполуки, професионални заболявания, както и травматизъм и смъртност при пътнотранспортни произшествия*.

**В параграф 2.3.2.** са обобщени индикатори за здравето на населението, които включват *очаквана продължителност на живота при раждане*, общи и специфични за дадено състояние нива на *заболеваемост и смъртност*.

Данните показват, че както предотвратима с добра профилактика смъртност, така и смъртността, предотвратима чрез добро лечение в страната, са значително по-високи от тези за ЕС-27. В България ваксинационното покритие срещу COVID-19 е много ниско (БГ - 17% , ЕС-27 - 54% за 2021 г.), а преживяемостта при най-разпространените видове рак е сред най-ниските в Европа<sup>17</sup>. Тези данни отразяват слабата първична профилактика и промоция на здравето и налагат необходимостта от усъвършенстване на протоколите за диагностика и лечение на водещите причини за смърт.

Причините за по-високата предотвратима смъртност, както личи и от ред изследвания, могат да се търсят както във функционирането на здравната система, така и във високата заболеваемост и смъртност от социално значими болести (като сърдечно-съдови заболявания, рак и др.)<sup>17,18</sup>. Високите стойности на предотвратимата смъртност допринасят за по-високата обща смъртност и за

<sup>16</sup> Eurostat. (2023). Eurostat Database. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

<sup>17</sup> OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). България: Здравен профил на страната 2021, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris / European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021\\_chp\\_bulgaria\\_bulgarian.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_bulgaria_bulgarian.pdf)

<sup>18</sup> Институт за пазарна икономика/ИПИ. (2022). Кратък преглед на достъпа и ефективността на здравеопазването. Институт за пазарна икономика. [https://ime.bg/var/images/Report-Patients-29\\_April-2022\\_final-1.pdf](https://ime.bg/var/images/Report-Patients-29_April-2022_final-1.pdf)

намаляване на продължителността на живота в страната.

**В параграф 2.3.3.** към Поведенческия модел е добавена *епидемичната обстановка* – пандемията от COVID-19 и отражението ѝ върху използваемостта на здравни услуги. Оригиналният Модел на Andersen не включва епидемична обстановка в набора от детерминанти на използваемостта в здравеопазването, но пандемията от COVID-19 показва ключовото ѝ значение като контекстуален фактор, оказващ влияние върху всички сфери на човешката дейност.

Факторите, влияещи върху здравето на индивидите и върху здравното поведение (в т.ч. използването на здравни услуги) в условията на епидемична обстановка от една страна са свързани с ефектите от вируса, а от друга страна – с противоепидемичните мерки, които се въвеждат от съответните органи и институции в страната.

#### *Влияние на вируса върху използваемостта на здравни услуги*

Разпространението на вируса е свързано с рязко повишаване на нуждите на населението от извънболнична и болнична помощ. Заразата засяга в по-голяма степен медицинския персонал и това води до недостиг на специалисти, които да предоставят съответните здравни услуги, намален капацитет на лечебните заведения, поради заболяване и отсъствие на част от персонала и относителен недостиг на болнични легла поради повишената заболяемост<sup>19</sup>. Част от хората, които са били заразени с вируса, причиняващ COVID-19, страдат от дългосрочни последици от инфекцията, известни като състояния пост-COVID или продължителен COVID.

#### *Влияние на противоепидемичните мерки върху използваемостта на здравни услуги*

Основна цел на противоепидемичните мерки в условията на пандемия е максималното ограничаване на възможностите за разпространяване на причинителя ѝ в обществото, с което да се постигне забавяне на хода на пандемията и намаляване на нейната интензивност<sup>20</sup>. Насочването на всички усилия на здравната система към борбата с вируса като резултат води до намален скрининг, профилактика и влошен контрол на заболяванията при хронично-болни пациенти. Предприемат се мерки за реструктуриране на болничните структури, реорганизиране на наличния леглови фонд и увеличаване на леглата за лечение на случаите на COVID-19. Един от ефектите на пандемията от

---

<sup>19</sup> Национален център по обществено здраве и анализи/НЦОЗА. (2021). Аналитичен доклад за дейностите, свързани със здравното обслужване на населението, в отговор на пандемията от COVID-19 за периода 01 март 2020 г. – 31 май 2021 г. София, НЦОЗА.

[https://nepha.government.bg/uploads/pages/103/AnalyticalReport\\_COVID\\_19.pdf](https://nepha.government.bg/uploads/pages/103/AnalyticalReport_COVID_19.pdf)

<sup>20</sup> Министерски съвет/МС. (2022). Национален оперативен план на Република България за справяне с пандемия от COVID-19. София, Министерски съвет.

[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2022/07/15/nacionalen\\_operativen\\_plan\\_zh\\_spraviane\\_s\\_pandemiata\\_ot\\_covid-19.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2022/07/15/nacionalen_operativen_plan_zh_spraviane_s_pandemiata_ot_covid-19.pdf)

COVID-19 е ръст в използването на телемедицината и дистанционните консултации (консултации по телефон, електронна поща, Viber и други електронни приложения). В хода на пандемията се наблюдава разрастване на лабораторната мрежа за обработване на голям брой клинични проби.

Водещо място в противоепидемичните мерки има провеждането на успешна ваксинационна кампания сред населението и постигане на ваксинационно покритие, необходимо за осигуряване на колективен имунитет – цел, която в нашата страна не е постигната.

### **Глава 3. Изследване на индивидуалните характеристики, влияещи върху използваемостта на здравни услуги**

Тази глава от дисертационния труд е посветена на следващите два компонента от Поведенческият модел - индивидуалните характеристики на изследваната извадка и тяхното влияние върху здравното поведение и използваемостта на здравни услуги. Представени са резултатите от проведеното анкетно проучване сред гражданите и извършените статистически анализи на данните.

Главата се състои от 3 точки, към които са обособени отделни параграфи и подпараграфи.

**Точка 3.1.** представя периода и условията, в които е проведено социологическото изследване. Проучването обхваща последните близо два месеца от извънредната епидемична обстановка, както и месеците след нейното отпадане. През разглеждания период няма въведени формални ограничения, свързани с COVID-19 и наложени протиепидемични мерки, които биха могли да повлияят на предоставянето и използването на здравни услуги.

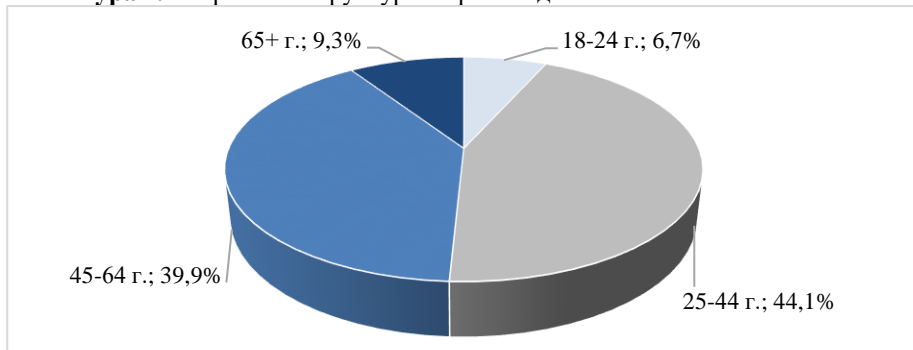
**В точка 3.2.** са представени резултатите от анкетното проучване, като те са систематизирани съобразно двата компонента от Поведенческият модел – индивидуални характеристики и здравно поведение. По-подробно описание на изследваната извадка е направено в Приложение 4 към дисертационния труд.

**Параграф 3.2.1.** представя индивидуалните характеристики на респондентите – предразполагащи, способстващи и свързани с потребността от здравни услуги.

*Индивидуалните предразполагащи характеристики* на участниците в проучването (**подпараграф 3.2.1.1.**) включват демографски фактори, социални фактори и здравни убеждения на респондентите.

Общият брой на респондентите, дали съгласието си да участват в проучването е 1748, като 1292 от тях (74%) са попълнили изцяло анкетата. Най-голяма част от анкетираните попадат във възрастовата група 25-44 години (44,1%) (Фиг. 2).

**Фигура 2.** Възрастова структура на респондентите



По-голям е дялът на жените (77,3%), което може да се обясни с използвания „метод на отзовалите се“. Повече от половината от респондентите (53,3%) са семейни, а 21,3% от всички анкетирани живеят в съжителство с партньор, без сключен граждански брак. Средният брой на членовете в домакинството е 2,92, като най-често домакинствата в изследваната извадка се състоят от 2-ма души (30,3%) или от 3-ма души (29,9%).

Преобладаващата част от респондентите (67,6%) живеят в областен град, 15,2% - в малък град, 9,8% са от селските райони, а 7,4% живеят в столицата. Най-голям дял от анкетираните са с висше образование – степен „магистър“ (41,7%). Мнозинството от участниците в проучването са заети на пълно работно време (67%).

За изследване на здравните убеждения е проучено доверието на респондентите към доставчиците на здравни услуги и е установено, че най-голям е дялът на хората, които се доверяват (в голяма степен и по-скоро се доверяват) на лекарите специалисти – 82,3% от анкетираните (Табл. 1). Общопрактикуващите лекари са спечелили доверието на 74,9% от изследваните лица, а болниците – на 50,7% от тях. Най-висока е средната оценка на доверието към лекарите-специалисти - 4,11, към личните лекари тя е 3,92, а към болниците – 3,31 (по петобалната скала, от 1 – изобщо не се доверявам до 5 – доверявам се в много голяма степен).



**Таблица 1.** Степен на доверие в лекарите (личен лекар, специалисти, болници) (n=1292)

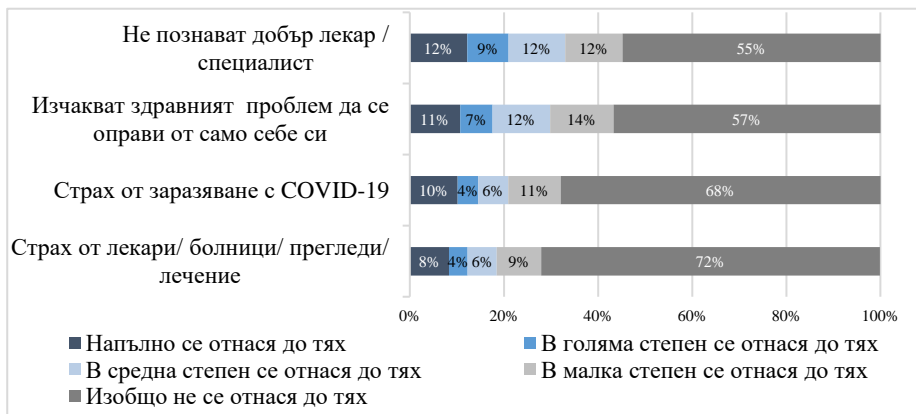
Доверие към ...	Доверявам се в много голяма степен (5)		По-скоро се доверявам (4)		Не мога да преценя (3)		По-скоро не се доверявам (2)		Изобщо не се доверявам (1)		Средна оценка
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Личен лекар	491	<b>38,0%</b>	477	<b>36,9%</b>	127	9,8%	125	9,7%	72	5,6%	<b>3,92</b>
Лекари-специалисти	495	<b>38,3%</b>	569	<b>44,0%</b>	131	10,1%	64	5,0%	33	2,6%	<b>4,11</b>
Болници	235	<b>18,2%</b>	420	<b>32,5%</b>	293	22,7%	198	15,3%	146	11,3%	<b>3,31</b>

N – брой на респондентите със съответната степен на доверие към изпълнителя

% - дял на респондентите със съответната степен на доверие към изпълнителя

При изследване на здравните убеждения са анализирани някои от бариерите при ползване на здравни услуги, свързани с чувства, убеждения, нагласи и лични поведенчески реакции, като страх от лекар, непознаване на добър лекар, изчакване на здравния проблем да отmine от само себе си. Тъй като проучването се провежда в периода непосредствено след отпадане на пандемията от COVID-19, към този компонент на модела е добавен страхът от заразяване и влиянието на разпространението на коронавирусната инфекция върху поведението на респондентите и въздържането от търсене на здравни услуги. Сравнени са и разликите в реакциите към COVID-19 и към сезонните грипни инфекции. Разпространението на коронавирусната инфекция кара 36,9% от анкетираните лица да се въздържат от търсене на здравни услуги (от средна до пълна степен). За сезонните грипни вируси този дял е малко по-висок - 37,2%. Страхът от заразяване с COVID-19 е посочен като затруднение при ползване на услугите (от средна до пълна степен) от 20% от анкетираните лица. Най-голям дял от респондентите (33%) са затруднени от това, че не познават добър лекар, на когото могат да се доверят, а 29,8% от всички участници в проучването изчакват здравният им проблем да се оправи от само себе си (Фиг. 3).

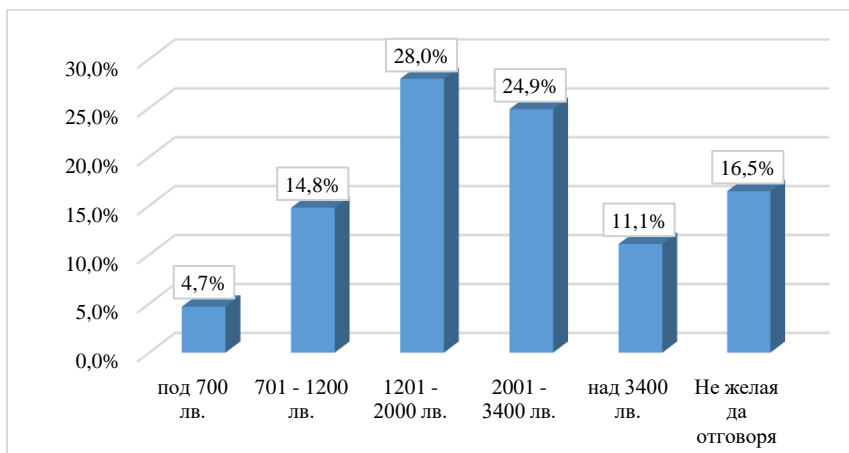
**Фигура 3.** Трудности при необходимост от медицински преглед или лечение, свързани със здравните убеждения



В подпараграф 3.2.1.2. са представени *индивидуалните способстващи фактори*, свързани с финансирането и организацията на здравните услуги за индивида. Индивидуалните финансови характеристики включват доходите и благосъстоянието, с които лицето разполага за заплащане на здравни услуги, както и ефективната цена на здравните услуги за пациента, определена от неговия здравноосигурителен статус и потребителските плащания.

Най-голям дял от респондентите са с доход на домакинството от 1201 до 2000 лв. (28%) и от 2001 до 3400 лв. (24,9%) (Фиг. 4).

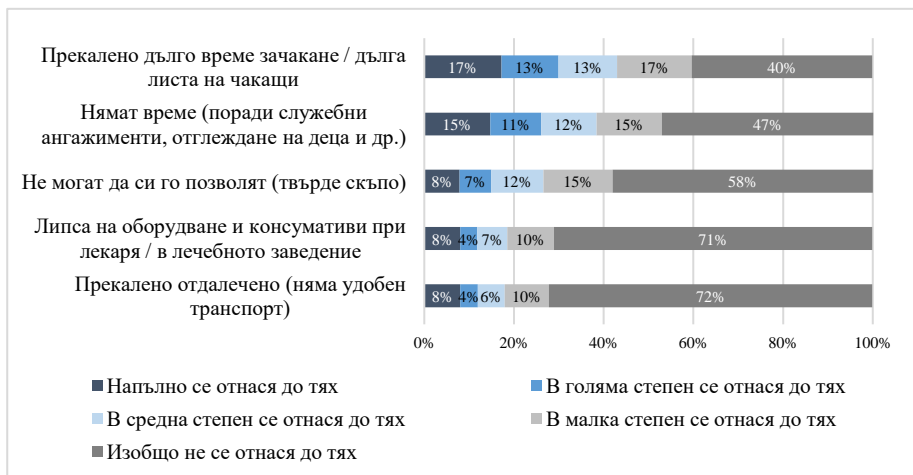
**Фигура 4.** Подоходни групи на домакинствата



Мнозинството от респондентите (94,2%) посочват, че през последните 12 месеца са с непрекъснати здравноосигурителни права, а 21,8% заявяват, че имат сключена доброволна здравна застраховка, финансирана от работодател или от тях самите. При изследване на потребителските плащания в извънболничната помощ става ясно, че освен потребителските такси, които са задължителни за голяма част от пациентите, най-голям дял от респондентите са извършили формални плащания за услуги, които не се покриват от здравната каса (14,7% при личен лекар и 28,4% при лекар-специалист). В болничната помощ най-голям е делът на респондентите, които са платили от джоба си за медицински консумативи (21,3%) и за избор на екип (20,6%).

По отношение на индивидуалните фактори, свързани с организацията на здравната помощ, са изследвани някои от елементите на достъпа до здравни услуги и бариерите при ползването им. Според резултатите от допитването 14% от анкетираните са имали поне един случай през последната година, когато са имали нужда от медицински преглед или лечение, но не са го получили. Изследвани са трудностите, които срещат респондентите при необходимост от медицинска помощ, в т.ч. финансова достъпност, време за чакане за услугата, отдалеченост и затруднения при транспорта до доставчика на услугата, осигуреност с оборудване и консумативи при лекаря. Най-голям дял от анкетираните са затруднени (от средна до пълна степен) от това, че им се налага да чакат, за да получат услугата (43%) или от липса на време, поради служебни и лични ангажименти (38,4%) (Фиг. 5).

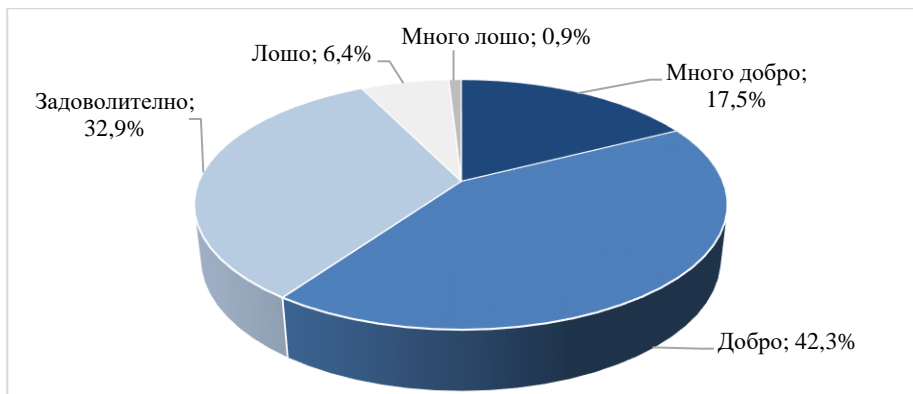
**Фигура 5.** Трудности при необходимост от медицински преглед или лечение, свързани с бариерите за достъп



**Подпараграф 3.2.1.3.** представя индивидуалните характеристики, свързани с възприеманата и оценената потребност от здравни услуги.

Възприеманата потребност (самооценен здравен статус) показва как хората гледат на собственото си общо здраве и функционално състояние. По-голямата част от анкетираните определят своето здраве като добро (42,3%) или задоволително (32,9%) (Фиг. 6).

**Фигура 6.** Самооценено здраве при респондентите



Оценената потребност представлява професионалната преценка и обективното измерване на физическото състояние на пациента и необходимостта от медицинска помощ (жизнени показатели, както и диагнози за конкретни състояния). Близо половината от всички участници в проучването (43,7%) потвърждават, че имат едно или повече диагностицирани хронични заболявания. Най-голям дял са страдащите от сърдечно-съдови заболявания - 18,3% от всички анкетирани или 41,9% от хронично-болните респонденти.

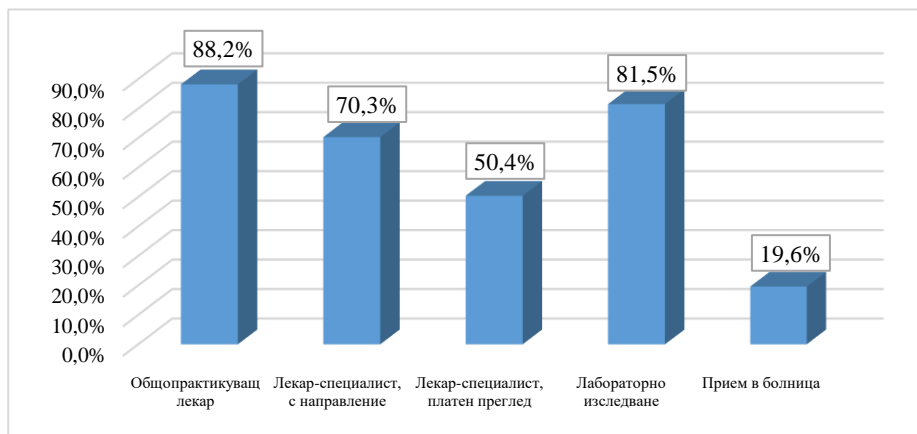
В **параграф 3.2.2.** са представени резултатите, свързани със здравното поведение на индивидите. От този компонент на Поведенческия модел са изследвани личните здравни практики и използваемостта на здравни услуги.

По отношение на *личните здравни практики* в **подпараграф 3.2.2.1.** са описани резултатите относно физическа активност, тютюнопушене и употреба на алкохол от респондентите. Над 65% от анкетираните не практикуват никаква спортна дейност, 23,8% спортуват от 1 до 3 дни седмично, 5,3% го правят от 4 до 6 пъти седмично, а 5,4% - ежедневно. Делът на непушачите е 55,3% от изследваните лица, а 11% от респондентите в извадката пушат рядко. От пушачите най-голям дял (16% от всички анкетирани) са тези, които пушат между 10 и 20 цигари дневно, 14,1% пушат до 10 цигари, а 3,4% - над 20 цигари на ден. Едва 24,3% от анкетираните не употребяват никакъв алкохол, 40,5% пият

два-три пъти месечно или по-рядко, 25,6% - от 2 до 5 пъти седмично, а 9,5% от респондентите употребяват алкохол ежедневно.

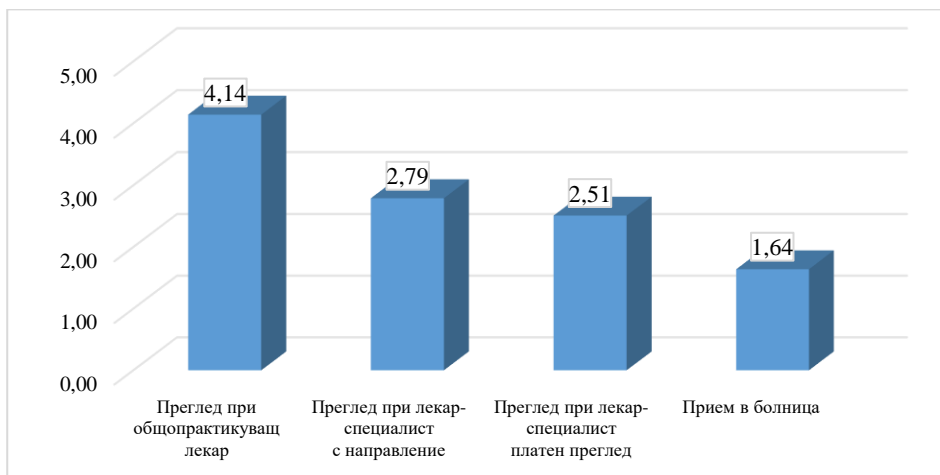
**Подпараграф 3.2.2.2.** представя резултатите относно *използването на здравни услуги* от участниците в проучването. Чрез дескриптивна статистика използваемостта е представена като дял на респондентите, ползвали съответната здравна услуга (Фиг. 7) и като средна използваемост по вид услуги (Фиг. 8).

**Фигура 7.** Дял на анкетираните, използвали съответната здравна услуга (n=1292)



Изследвани са и причините, поради които пациентите са ползвали услугите на лекар-специалист без направление по здравна каса, т.нар. платен преглед. Като основни мотиви са посочени обстоятелството, че желаният лекар или лечебното заведение, в което той преглежда, не работи по договор с НЗОК (при 44,2% от участниците), по-малкото време за чакане при платен преглед (23,8%) и желанието за второ/допълнително лекарско мнение (23,5%). Недостатъчният брой направления при личния лекар и дългото чакане за да получат направление са причина 36,1% от участниците в проучването да потърсят платен преглед.

**Фигура 8.** Средна използваемост по вид услуги за последните 12 месеца



В **точка 3.3.** е изследвано влиянието на индивидуалните характеристики върху използваемостта на здравни услуги. Използваемостта е представена в няколко аспекта: дял на използвалите съответната здравна услуга, средна използваемост, вероятност за използване на услугите, брой на ползваните здравни услуги. Влиянието на индивидуалните фактори върху всеки аспект на използваемостта е представено в отделен параграф.

В **параграф 3.3.1.** са анализирани *разликите в използваемостта по групи респонденти*. Целта на анализа е да се потвърди наличието на статистически значими различия в дела на използвалите здравни услуги при отделните групи респонденти, класифицирани според техните индивидуални характеристики.

*Хипотеза 1:* Наблюдават се статистически значими различия в използваемостта на здравни услуги при респондентите по отношение на индивидуалните им характеристики.

С помощта на  $\chi^2$ -тест за независимост е проверено наличието на статистически значими различия при използването на здравни услуги между респондентите, групирани съобразно категориите на индивидуалните фактори от Поведенческия модел. Статистическа значимост е установена при всички изследвани видове променливи, с изключение на етническата принадлежност. Пълните резултати са представени в Приложение 6 към дисертационния труд. При проведения анализ е отхвърлена нулевата хипотеза за липса на статистически значими различия при използването на здравни услуги между респондентите по отношение на индивидуалните характеристики от Поведенческия модел.

В **параграф 3.3.2.** е представен анализ на *средната използваемост по групи респонденти*. Целта на анализа е да се потвърди наличието на статистически значими различия в средната използваемост на здравни услуги при отделните групи респонденти, класифицирани според техните индивидуални характеристики.

*Хипотеза 2:* Наблюдават се статистически значими разлики в средната използваемост на здравни услуги при респондентите според техните индивидуални характеристики.

За да бъде сравнена средната използваемост при отделните групи респонденти са проведени следните анализи:

- t-тест за независими извадки (independent samples t-test) при фактори с 2 категории (дихотомни независими променливи) като пол, наличие на задължителна здравна осигуровка (ЗЗО), сключена доброволна здравна застраховка и наличие на хронично заболяване;

- еднофакторен дисперсионен анализ (ANOVA) при фактори с повече от две категории (всички останали индивидуални характеристики).

С помощта на t-тест за независими извадки и еднофакторен дисперсионен анализ (ANOVA) е отхвърлена нулевата хипотеза и е потвърдено наличието на статистически значими различия в средната използваемост на здравни услуги при отделните групи респонденти, класифицирани според индивидуалните характеристики от Поведенческия модел.

В **параграф 3.3.3.** е анализирано *влиянието на индивидуалните характеристики върху вероятността за използване на здравни услуги*. Целта на анализа е да се установи кои са факторите, които влияят върху вероятността за използване на здравни услуги и в каква степен индивидуалните характеристики определят вероятността за използване.

*Хипотеза 3:* Индивидуалните характеристики от Поведенческия модел статистически значимо определят вероятността за използване на здравни услуги.

За да бъде извършена проверка на хипотезата е използван логистичен регресионен анализ - бинарна логистична регресия (binary logistic regression). Този вид регресионен анализ изследва влиянието на една или повече независими променливи върху една дихотомна зависима променлива и оценява вероятността на дадено събитие, което се е случило. Зависима променлива в анализа е използването на съответната здравна услуга и е представена с две категории – да/не (използвал/не използвал). Индивидуалните характеристики на респондентите (предразполагачи, способстващи, свързани с потребността характеристики) са определени като независими променливи и са включени в проведения статистически анализ като номинални, ординални и интервални данни.

Конструирани са 4 логистични регресии, изследващи влиянието на

индивидуалните характеристики от Поведенческия модел върху вероятността за използване на всеки един от четирите вида здравни услуги – преглед при общопрактикуващ лекар, преглед при специалист с направление по НЗОК, преглед при специалист без направление (платен преглед) и болнично лечение.

При провеждането на регресионния анализ трите компонента на индивидуалните характеристики от Поведенческия модел (предразполагащи, способстващи и свързани с потребността характеристики) са въведени последователно и така са конструирани по три регресионни модела за всеки вид услуга:

- Модел 1 – включва предразполагащите характеристики;
- Модел 2 – включва предразполагащите и способстващите характеристики;
- Модел 3 – включва предразполагащите, способстващите и свързаните с потребността характеристики.

Последователното въвеждане на всеки от трите компонента позволява да се оцени допълнителното влияние на всяка една отделна група от фактори и ефекта им върху използваемостта на услугата. Последователността на въвеждане на компонентите следва структурата на Поведенческия модел и утвърдената практика в проучената литература.

Резултатите от анализа дават възможност за идентифициране на променливите, които значимо и самостоятелно повлияват използваемостта и за прогнозиране на вероятността за използване на дадена здравна услуга.

Въз основа на стойностите на коефициента  $Nadelkerkes R^2$  се определя какъв процент от вариацията в използваемостта (зависимата променлива) се обяснява с комбинирания ефект на независимите променливи от разглеждания модел.

При всички изследвани видове здравни услуги моделът, включващ и трите компонента на индивидуалните фактори (предразполагащи, способстващи и свързани с потребността характеристики), обяснява най-голям процент от дисперсията на зависимата променлива.

С помощта на логистичен регресионен анализ е отхвърлена нулевата хипотеза и е потвърдено, че трите компонента на индивидуалните характеристики от Поведенческия модел статистически значимо определят вероятността за използване на здравните услуги.

**В параграф 3.3.4.** е анализирано *влиянието на индивидуалните характеристики върху обема на използваните здравни услуги*. Целта на анализа е да се установи, кои са факторите, които влияят върху количеството на използваните здравни услуги и каква е степента на тяхното влияние.

*Хипотеза 4:* Индивидуалните характеристики от Поведенческия модел статистически значимо определят количеството на използваните здравни услуги.

За да бъде извършена проверка на хипотезата е използвана отрицателна



биномна регресия (negative binomial regression). Този метод е избран, тъй като получените данни за зависимата променлива не отговарят на изискванията за нормално разпределение. Зависимата променлива в регресионния анализ е количеството от съответната здравна услуга, използвано през последната една година (брой прегледи при общопрактикуващ лекар, брой прегледи при специалист с направление, брой платени прегледи, брой постъпвания в болница). Като независими променливи в анализа са включени индивидуалните характеристики от Поведенческият модел. Дефинирането на независимите променливите е аналогично на това при логистичната регресия, като те са представени чрез номинални, ординални и интервални данни.

При провеждането на регресионния анализ трите компонента на Поведенческият модел (предразполагащи, способстващи и свързани с потребността характеристики) са въведени последователно и така са формирани по три регресионни модела за всеки вид услуга.

С помощта на отрицателната биномна регресия е отхвърлена нулевата хипотеза и е потвърдено, че трите компонента на индивидуалните характеристики от Поведенческият модел статистически значимо определят количеството на използваните здравни услуги.

В **параграф 3.3.5.** е анализирано *влиянето на личните здравни практики върху използваемостта на здравни услуги*. Използваемостта е представена като вероятност за използване на услугите и като брой на ползваните услуги.

*Хипотеза 5:* Личните здравни практики влияят върху вероятността за използване на здравни услуги.

За проверка на хипотезата е използвана бинарна логистична регресия. Зависима променлива в анализа е използването на здравни услуги (преглед при лекар / постъпване в болница) и е представена с две категории – да/не (използвал/не използвал). Независимите променливи в анализа са личните здравни практики - практикуване на спорт, тютюнопушене и консумация на алкохол.

Проведените логистични регресионни анализи отхвърлят нулевата хипотеза и потвърждават, че личните здравни практики оказват влияние върху вероятността за използване на здравни услуги, въпреки че ниските стойности на коефициента Nadelkerkes  $R^2$  показват, че като цяло значението им не е голямо.

*Хипотеза 6:* Личните здравни практики влияят върху броя на използваните здравни услуги.

За проверка на хипотезата е използвана отрицателна биномна регресия. Зависимата променлива е броят на използваните здравни услуги - посещения при лекар / брой постъпвания в болница. Независими променливи в анализа са личните здравни практики (тютюнопушене, консумация на алкохол, практикуване на спорт).

Проведените регресионни анализи потвърждават наличието на

статистически значима зависимост между личните здравни практики (активна спортна дейност и консумация на алкохол) и броя на използваните прегледи при личен лекар и специалист. По отношение на влиянието на личните здравни практики върху броя на хоспитализациите, нулевата хипотеза не може да бъде отхвърлена и такава зависимост не може да бъде потвърдена с наличните данни.

## Глава 4. Обсъждане на резултатите, изводи и препоръки

В четвърта глава на дисертационния труд са изведени основните заключения от извършените анализи на факторите, влияещи върху използваемостта на здравни услуги. Резултатите от настоящото проучване са сравнени с данните от проучената литература. Направени са обобщени изводи и са дадени някои препоръки, свързани с приложението на Поведенческият модел в нашата страна.

В **точка 4.1.** е обобщено очакваното въздействие на **контекстуалните фактори**, представени в Глава 2. Проведените анализи ни дават основание да очакваме увеличаване на използваемостта на здравни услуги в страната поради застаряване на населението и високата заболяемост. В най-голяма степен се очаква нарастване на необходимостта от дългосрочни здравни грижи, услуги за хронично-болни пациенти и профилактика и превенция на социално-значими заболявания (сърдечно-съдови заболявания, злокачествени заболявания, захарен диабет, психични заболявания).

Нарастването на дела на здравните разходи в БВП и на публичните средства за здравеопазване показват, че здравният сектор има приоритетно значение и разширяването на покритието услуги може да доведе до увеличаване на тяхното използване. Тези очаквания могат да се оправдаят, ако продължи тенденцията към намаляване на дела на директните плащания от джоба на домакинствата, които играят ролята на бариера пред достъпа и използваемостта на здравни услуги.

Като цяло добрата осигуреност с материални и човешки ресурси в здравеопазването са предпоставка за по-висока използваемост, тъй като пациентите имат по-голям избор и могат да потърсят различни мнения и консултации. Регионалните диспропорции при разпределението на ресурсите в здравната система и недостигът на някои видове специалисти (общопрактикуващи лекари, някои видове лекари-специалисти и медицински сестри) обаче не позволяват да бъдат задоволени потребностите от здравна помощ на населението в отдалечените и малките населени места.

Високото разпространение на поведенческите рискови фактори води до влошаване на здравния статус, като това би мотивирало търсенето на здравни услуги, а оттам и по-честото им използване от засегнатите лица. Целенасоченото въздействие върху здравното поведение и личните здравни практики е предпоставка за постигане на по-здравословен начин на живот с дългосрочен положителен ефект върху личното и общественото здраве.

От друга страна липсата на доверие в изпълнителите на здравни услуги и в здравната система е фактор, който играе ролята на бариера и намалява използваемостта на услугите. Недоверието към лекаря възпира хората да потърсят медицинска помощ при нужда, кара ги да отлагат или пропускат профилактични и превантивни здравни услуги, да не спазват лекарските

предписания, както и да търсят алтернативни източници за здравна информация и лечение.

Спецификите на тези контекстуални характеристики налагат прилагането на редица мерки, които биха могли да оптимизират организацията и предоставянето на здравни услуги, така че те да отговарят на потребностите на населението:

- насочване на ресурси към предлагането на дългосрочни здравни грижи;
- осигуряване на адекватен достъп до подходящите здравни услуги в отдалечени и селски райони;
- повишаване на информираността на населението за влиянието на поведенческите рискови фактори;
- пренасочване на ресурси от лечение към профилактика и от болнична към извънболнична помощ;
- повишаване на ефективността на болничната помощ чрез подобряване на планирането на ресурсите;
- прилагане на стандарти за качество с цел повишаване на доверието в изпълнителите;
- въвеждане на мерки за намаляване на броя на неосигурените;
- намаляване на дела на плащанията от джоба на домакинствата, основно чрез намаляване на доплащанията за лекарства и медицински изделия;
- по-добър контрол на разходите чрез ускорено въвеждане на електронно здравеопазване.

В **точка 4.2.** е дискутирано влиянието на **индивидуалните фактори от Поведенческия модел** върху използваемостта на здравни услуги, като заключенията от извършения анализ в Глава 3 са сравнени с резултатите от други проучвания, изследващи детерминантите на използваемостта в здравеопазването.

Данните от проучената литература и анализът на систематичните прегледи потвърждават влиянието на индивидуалните **предразполагащи характеристики** върху използваемостта на здравни услуги<sup>21,22,23</sup>. Демографските и социалните фактори са предмет на изследване в по-голямата част от проучванията, но получените резултати не водят до еднозначно заключение за посоката на влияние на тези характеристики върху

---

<sup>21</sup> Babitsch, B., Gohl, D., & Von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. In *GMS Psycho-Social-Medicine* (Vol. 9).

<sup>22</sup> SoleimanvandiAzar, N., Mohaqeqi Kamal, S. H., Sajjadi, H., Ghaedamini Harouni, G., Karimi, S. E., Djalalinia, S., & Setareh Forouzan, A. (2020). Determinants of Outpatient Health Service Utilization according to Andersen's Behavioral Model: A Systematic Scoping Review. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 45(6), 405–424. <https://doi.org/10.30476/ijms.2020.85028.1481>

<sup>23</sup> Hajek, A., Kretzler, B., & König, H. H. (2021). Determinants of Healthcare Use Based on the Andersen Model: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Healthcare* 2021, Vol. 9, Page 1354, 9(10), 1354. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE9101354>

потреблението на услугите. Здравните убеждения и доверието в изпълнителя също са потвърдени като детерминанти на използваемостта. Въпреки, че връзката в повечето случаи е еднозначна – по-ниските нива на доверие са свързани с по-ниска използваемост, липсата на доверие може също така да доведе и до свръхпотребление на здравна помощ, изразяващо се в допълнителни консултации, повече изследвания и др.<sup>24</sup>

Влиянието на **способстващите ресурси** и икономическите характеристики на изследваните лица се разглеждат в почти всички проучвания на използваемостта, като фокусът е главно върху нивото на доходите. В някои източници зависимостта между дохода и използването на услуги се определя от вида на услугите, а в други случай тя се обяснява с допускането за корелация между дохода и здравния статус на индивидите. Голяма част от изследванията установяват, че здравното осигуряване/застраховане значително увеличава вероятността от използване на услуги или намалява забавянето на здравните грижи при различните групи население. Резултатите също така посочват, че използването на услуги варира в зависимост от вида на здравното осигуряване (публично, частно), неговата непрекъснатост и обхвата на покритието.

Самооцененият **здравен статус** и наличието на едно или повече хронични заболявания са значими предиктори на използваемостта в почти всички анализирани проучвания, които представят ясни доказателства за връзка между тези променливи. Потвърдената отрицателна зависимост между здравния статус и използваемостта на здравни услуги води до заключението, че потребностите са водещ фактор, а това е една от основните предпоставки за равнопоставен достъп в здравеопазването.

В **точка 4.3.** се дискутира значението на **личните здравни практики** като фактори, влияещи върху използваемостта на здравни услуги. Направен е изводът, че е необходим по-детайлен анализ на зависимостта между поведенческите рискови фактори и използваемостта на здравни услуги, при който да бъдат изследвани взаимодействията между здравните практики и другите индивидуални характеристики (напр. здравния статус). Причинно-следствените връзки между променливите могат да бъдат изследвани чрез провеждане на дългосрочни (лонгитудинални) проучвания.

В **точка 4.4. използваемостта на здравни услуги** в настоящото изследване е сравнена с данни от други проучвания в страната, проведени преди и по време на пандемията от COVID-19. Установена е по-висока използваемост в постпандемичния период, отчетена както като дял на лицата, ползвали услугите, така и като среден брой прегледи и хоспитализации.

---

<sup>24</sup> Warda, E., Taye, A., Perskin, M., & Taylor, L. (2023). Does Missing Trust Lead to Overuse or Underuse of Health Care Services? *The American Journal of Managed Care*, 29(8), 388–392. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2023.89404>

Повишената използваемост в постпандемичния период би могла да се обясни със забавянето и отлагането на прегледите по време на пандемията, влошения здравен статус в резултат на ненавременните грижи и възстановяване на обема на дейността след отпадане на всякакви ограничителни мерки.

Представени са проучвания, показващи, че в ситуацията на епидемична обстановка се наблюдава като цяло намалена използваемост на здравните услуги, независимо, че кризата е причинена от здравен проблем. Дадени са и други примери, извън пандемията от COVID-19, в които епидемичната обстановка оказва значимо влияние върху използваемостта на здравни услуги в посока намаление на потреблението.

**Точка 4.5.** представя обобщените резултати и изводи от проведеното изследване.

Въз основа на извършеното проучване на концепциите и моделите за изследване на използваемостта в здравеопазването, анализ на контекста на проучването, както и на резултатите от проведеното социологическо изследване е направен извод, че използваемостта на здравни услуги се влияе от множество фактори, част от които са характеристики на средата, в която се извършва използването на услугите, а други са свързани с индивидуалните характеристики и здравното поведение на индивидите. Тези фактори имат своето по-силно или по-слабо проявление и могат да окажат въздействие от една страна върху вероятността за влизане в контакт със здравната система и използване на здравни услуги, а от друга страна те могат да повлияят на обема на получената медицинска помощ (Табл. 2).

Таблица 2. Фактори, влияещи върху използваемостта на здравни услуги

Индивидуални характеристики / фактори	Преглед при общопрактикуващ лекар		Преглед при специалист с направление		Платен преглед при специалист		Прием в болница	
	вероятност за използване	брой прегледи	вероятност за използване	брой прегледи	вероятност за използване	брой прегледи	вероятност за използване	брой хоспитализации
<b>Предразполагащи характеристики</b>								
Възраст	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊖	⊗	⊗
Пол - жени (реф. група: мъже)	⊗	⊗	⊕	⊗	⊕	⊗	⊗	⊗
Брой членове на домакинството	⊗	⊕	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Населено място: София (реф.)								
Областен град	⊗	⊗	⊕	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Малък град	⊗	⊗	⊕	⊗	⊗	⊗	⊗	⊕
Село	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

Индивидуални характеристики / фактори	Преглед при общопрактикуващ лекар		Преглед при специалист с направление		Платен преглед при специалист		Прием в болница	
	вероятност за използване	брой прегледи	вероятност за използване	брой прегледи	вероятност за използване	брой прегледи	вероятност за използване	брой хоспитализации
Ниво на образование	⊗	⊗	⊗	⊗	⊕	⊖	⊗	⊗
Трудов статус: Пълна заетост (реф.)								
Непълна заетост/неактивно лице	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊖	⊗	⊗
Пенсионер/нетрудоспособен	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Страх от лекари/болници	⊗	⊗	⊗	⊗	⊖	⊗	⊗	⊗
Доверие в изпълнителя	⊕	⊕	⊗	⊗	⊗	⊗	⊕	⊗
<b>Способстващи характеристики</b>								
Доход на домакинството	⊗	⊖	⊗	⊖	⊕	⊗	⊗	⊗
ЗЗО - непрекъсната (реф. група: не/с прекъсвания)	⊗	⊕	⊕	⊗	⊖	⊗	⊗	⊗
Твърде скъпо лечение	⊗	⊗	⊕	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Дълго чакане/листа на чакащи	⊗	⊗	⊗	⊗	⊕	⊕	⊗	⊗
Липса на време (други ангажменти)	⊗	⊗	⊗	⊖	⊗	⊗	⊖	⊗
Отдалеченост/липса на транспорт	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊕	⊗	⊗
Липса на оборудване/консумативи	⊗	⊖	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
<b>Свързани с потребността характеристики</b>								
Самооценен здравен статус	⊗	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊗
Наличие на хронично заболяване	⊗	⊕	⊕	⊕	⊗	⊗	⊕	⊕
<b>Лични здравни практики</b>								
Практикуване на спорт	⊗	⊖	⊖	⊗	⊗	⊗	⊖	⊗
Тютюнопушене	⊖	⊗	⊖	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Употреба на алкохол	⊗	⊖	⊗	⊖	⊖	⊖	⊖	⊗

⊗ - не е доказана статистически значима връзка

⊕ - положителна зависимост

⊖ - отрицателна зависимост

Вероятността за преглед при общопрактикуващ лекар е по-голяма при пациентите, които имат по-голямо доверие в личния си лекар. Доверието в

лекаря се проявява като най-значим фактор за използваемостта на първична здравна помощ и демонстрира положителна връзка както с вероятността за преглед, така и с броя на посещенията. Разбираемо е, че по-чести посещения правят хората, които имат непрекъснатата здравна осигуровка и тези с хронично заболяване. Лицата с по-ниски доходи също по-редовно се прегледват при личен лекар, което би могло да се свърже с по-лошия здравен статус на по-бедните групи от обществото.

По-рядко ползват услугите на общопрактикуващ лекар хората с по-добър самооценен здравен статус и редовно практикуващите спорт. Тези резултати са в съзвучие с разбиранията за положителното въздействие на физическата активност върху здравето на индивидите и свързаната с това намалена използваемост на здравни услуги. От друга страна по-малко вероятно е да посетят личния си лекар хората, които пушат повече, което би могло да се обясни, ако приемем, че пушачите не отдават достатъчно значение на поведенческите рискови фактори и на редовните профилактични прегледи.

Зависимостта между редовните употреба на алкохол и тютюнопушене и намалената използваемост на здравни услуги буди въпроси и изисква допълнителни изследвания, включващи по-детайлен анализ на поведенческите рискови фактори, както и на влиянието на личните здравни практики върху здравето на индивидите, а оттам и върху използваемостта на здравна помощ.

По-голяма вероятност за **преглед при специалист с направление** е установена при лицата от женски пол. По голямата използваемост при жените се потвърждава в множество изследвания и може да се обясни с повишените нужди от медицинска помощ, свързани с раждането и отглеждането на деца. Живеещите в областен или малък град са по-склонни да се прегледат с направление в сравнение с жителите на столицата. Обяснимо е, че хората, които имат непрекъснатата здравна осигуровка и тези с финансови затруднения, свързани с лечението, е по-вероятно да се консултират като ползват направление по здравна каса. Хронично-болните пациенти също е по-вероятно да посетят специалист по здравна каса, което е свързано с по-честите им визити при личния лекар, а по-големият брой прегледи отново се обяснява с тяхното заболяване.

Не е изненадващо, че вероятността за преглед при специалист с направление намалява при подобряване на самооцененото здраве и при по-редовно практикуване на спорт, понеже, както посочихме и по-горе, тези два фактора са свързани с по-малък брой посещения при личен лекар и съответно по-малка вероятност за насочване за специализирано лечение. По-рядко посещават специалист с направление хората с по-високи доходи, тези, които не намират време поради други ангажименти, както и тези, които са по-здрави. По-малкият брой прегледи с направление при лицата с по-високи доходи би могъл да се свърже с по-голямата им склонност да ползват платен преглед, която се потвърждава от нашите данни, коментирани по-долу. Също така би могло да се потърси връзка между факторите доход и липса на време поради други



ангажименти, но това би било предмет на по-нататъшни изследвания.

**Платен преглед при специалист** е по-вероятно да ползват жените, хората с по-високо ниво на образование, с по-високи доходи и тези, които имат проблем с листите на чакащи. По-образованите лица са по-склонни да платят за преглед, но както става ясно от данните, по-рядко им се налага да ползват услугата. Може да се направи заключението, че по-високото образование спомага за по-успешното разрешаване на здравния проблем, с по-малък брой консултации. Логично е хората с по-високи доходи да са по-склонни да ползват преглед срещу заплащане, понеже по-лесно могат да си позволят платени услуги, а и това им дава възможност за второ/допълнително лекарско мнение и консултация с желания специалист, дори и той да не работи по здравна каса. Затрудненията с дългото чакане и листите на чакащи се асоциират с по-голямата склонност за платен преглед, показвайки готовността на хората да платят допълнително от джоба си с цел да получат по-скоро необходимата услуга.

Допълнителни изследвания върху връзките между факторите биха дали яснота за наличието на зависимост между образованието, доходите и затрудненията с дългото чакане.

По-честото ползване на платен преглед от хората, които имат трудности с дългото чакане за преглед или с отдалечеността и липсата на транспорт при ползване на здравни услуги, би могло да се обясни с недостатъчен брой направления, водещ до отлагане на прегледи или липсата на общопрактикуващи лекари в някои отдалечени и труднодостъпни райони. Поради тези проблеми с достъпа до услуги по линия на задължителното здравно осигуряване на пациентите им се налага да търсят алтернативи като платените услуги.

Очаквано по-малка е вероятността за платен преглед при пациенти, които се страхуват от лекари или болници, при тези с прекъсната или липсваща задължителна здравна осигуровка или с по-добро здраве. По-малък брой платени прегледи е установен при по-възрастни пациенти, хора с по-високо образование, незасти и в добро здраве. Ако бъде изследвано и доказано, че по-възрастните пациенти са с по-нисък доход, бихме могли да обосноваем по-малкия брой платени прегледи, които те могат да си позволят. Може да се потърси връзка и между липсата на постоянна заетост и ниските доходи, което също би обяснило намалената използваемост на платени услуги при незаетите. По-образованите лица ползват по-малко платени прегледи, тъй като вероятно успяват да разрешат здравния си проблем с по-малък брой консултации.

Предположенията ни, че наличието на доброволна здравна застраховка ще се асоциира с по-голяма вероятност за ползване и по-голям брой платени прегледи не бяха потвърдени.

Положителната зависимост между наличието на хронично заболяване и използваемостта на **болнични услуги** (вероятност за постъпване в болница и брой хоспитализации) показва, че болничната помощ се ползва от тези, които действително имат нужда от нея. Доверието в болниците също се проявява като

фактор с положително влияние. По-честите хоспитализации при жителите на малките градове бихме могли да обясним с недостига на някои видове лекари-специалисти в тези населени места и като резултат – по-трудното решаване на здравния проблем в извънболнични условия. И при болничните услуги използваемостта очаквано намалява с подобряване на здравния статус.

Въпреки че в проучванията често се потвърждава положителна връзка между възрастта на респондентите и използваемостта на здравни услуги, както по отношение на вероятността за прегледи/хоспитализация, така и по отношение на тяхната честота, нашите очаквания за установяване на такава зависимост в настоящото изследване не се оправдаха. Наличието на зависимост между семейното положение на индивидите и използването на здравни услуги също не беше потвърдена. Макар че периодът на социологическото проучване засегна последните 2 месеца от пандемията от COVID-19, страхът от заразяване с вируса също не показва статистически значимо влияние върху използваемостта на здравни услуги.

На базата на извършеното проучване, анализ на факторите, влияещи върху използваемостта на здравни услуги и направените изводи се потвърждава приложимостта на Поведенческия модел в нашата практика и в **точка 4.6.** от дисертационния труд се отправят някои препоръки, свързани с неговото приложение:

- Необходимо е провеждането на представителни проучвания за изследване на използваемостта на здравни услуги в страната, базиращи се на Поведенческия модел на Andersen. Тези проучвания могат да анализират първични данни, получени при следващите вълни на Европейското здравно интервю, като в анкетата бъдат включени допълнителни въпроси, обхващащи всеки компонент на Поведенческия модел. За изследване на индивидуалните предразполагащи характеристики могат да бъдат добавени въпроси, свързани с доверието към изпълнителите на здравни услуги, а за проучване на способстващите фактори могат да бъдат изследвани потребителските плащания, здравноосигурителния статус на респондентите, срещаните затруднения, свързани с организацията на медицинската помощ и осигуреността със специалисти и здравни услуги.

- Проучванията, прилагащи Поведенческия модел, е необходимо адекватно да внедрят неговия комплексен характер и да използват допълнителен статистически анализ, който да отразява неговата сложност, като напр. пътеков анализ (path analysis). Този анализ е непосредствено продължение на регресионния анализ и се използва за оценка на причинно-следствения модел. Такива проучвания биха позволили да се надхвърли изследването и описването на отделните показатели и да се разберат по-добре зависимостите между факторите от модела, както и да се изследват обратните връзки в неговата структура. Изследването на обратните връзки ще даде възможност да се оцени

влиянието на резултатите от употребата на здравни услуги (здравен статус, удовлетвореност на потребителя и качество на живот) върху последващата им използваемост.

- За по-детайлен анализ на зависимостта между личните здравни практики и използваемостта на здравни услуги е необходимо да бъдат проучени взаимодействията (интеракциите) между поведенческите рискови фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, ниска физическа активност) и индивидуалните характеристики (напр. здравния статус).

- Доверието към изпълнителите (лекари и болници) се доказва като съществено значим фактор при определяне на използваемостта на здравни услуги в настоящото проучване и по-детайлни изследвания в тази област могат да бъдат фокусирани върху влиянието на недоверието към медицинските професионалисти върху използваемостта на друг тип здравни услуги или последствията от недоверието и недостатъчната използваемост на медицинска помощ върху здравния статус на пациента.

- Причинно-следствените връзки между променливите в модела могат да бъдат изследвани чрез провеждане на дългосрочни (лонгитудинални) проучвания.

- Някои противоречиви или неубедителни резултати от количествените данни могат да се пояснят чрез включване на качествени методи в дизайна на изследванията.

- За анализ на факторите, влияещи върху достъпа и използваемостта на здравни услуги по време на пандемия би било полезно провеждането на повече качествени изследвания, в които да се включат както потребители на здравни услуги, така и здравни специалисти, мениджъри и други участници в процесите по вземане на решения при въвеждане на мерки, свързани с усложнена епидемична обстановка.

Определянето на факторите, влияещи върху използваемостта на здравни услуги и посоката и степента на тяхното влияние може да послужи като инструмент за управление на потреблението на здравна помощ. За целта е необходимо да се оцени също така доколко всеки от компонентите на Поведенческия модел може да бъде повлиян от подходящи политики и като резултат да доведе до промяна в поведението и използването на здравни услуги. Определянето на общия потенциал за интервенция при всеки от доказаните фактори на използваемостта може да се използва при вземане на политически решения, насочени към осигуряване на справедлив достъп и оптимизиране на използваемостта на здравните услуги. Оптималното ниво на използване и целесъобразността на услугите могат да бъдат определени като се анализират здравните резултати.

## Заклучение

Настоящото изследване анализира факторите, влияещи върху използваемостта на здравни услуги в извънболничната и болничната помощ в България. В хода на проучването последователно, чрез използване на различни качествени и количествени изследователски методи са изпълнени основните задачи на дисертацията:

(1) Извършен е анализ и систематизиране на съществуващите теоретични концепции и модели за изследване на използваемостта на здравни услуги. Въз основа на анализа е изведен основният и най-често прилаган модел - Поведенческият модел на Ronald Andersen, на който се базират множество изследвания, насочени към детерминантите на използваемостта в здравеопазването. Преценката, че моделът е приложим за нашата здравна система и практика дава основание да бъде избран като най-подходяща концептуална рамка за настоящото проучване.

(2) Чрез извършен преглед и анализ на литературни източници и проучвания, прилагачи Поведенческият модел, са идентифицирани основните и най-често изследвани фактори, влияещи върху използваемостта на здравни услуги. На базата на основните компоненти от модела е планирано и организирано проучване на контекстуалните и индивидуалните характеристики и здравното поведение, свързани с използването на медицинска помощ в страната.

(3) Изследвани са контекстуалните фактори, които оказват влияние върху използваемостта на здравни услуги. На базата на контекстуалния компонент от Поведенческият модел са анализирани основните характеристики на средата - демографски и социални характеристики, здравни политики, финансиране и организация на здравната система, фактори на жизнената среда и основни здравни показатели на населението.

(4) Изследвано и оценено е влиянието на индивидуалните характеристики, личните здравни практики, здравния статус, нагласите и убежденията върху използването на първична, специализирана и болнична медицинска помощ. Проведено е социологическо проучване за събиране на необходимата първична информация, свързана с характеристиките на населението и потреблението на здравни услуги. В хода на изследването са потвърдени различия в използваемостта по отношение на индивидуалните характеристики. Чрез прилагане на статистически анализи е доказана посоката и степента на влиянието на индивидуалните фактори върху използваемостта на медицинска помощ. Тези фактори имат своето по-силно или по-слабо проявление и оказват въздействие от една страна върху вероятността за влизане в контакт със здравната система и ползване на услугите, а от друга страна повлияват обема на получената медицинска помощ.

(5) Проведеното проучване потвърждава, че Поведенческият модел е

приложим в нашата практика и доказва, че използваемостта на здравни услуги се влияе от факторите, включени в компонентите на модела. Това дава основание да се предложи провеждането на национални представителни проучвания за изследване на използваемостта на здравни услуги в страната, базиращи се на концептуалната рамка на модела.

В заключение можем да обобщим, че поставената цел на дисертацията е постигната, като са зададени насоки и препоръки за бъдещи изследвания, които биха допринесли за постигане на оптимална използваемост на здравните услуги и разходна ефективност на здравния сектор в страната.

## **IV. СПРАВКА ЗА ПРИНОСИТЕ В ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

### **Теоретични**

1. Проучени и систематизирани са основните теоретични подходи, концепции и модели за изследване на използваемостта на здравни услуги. Направен е цялостен преглед на различните теоретични гледни точки, класифицирани са подходите за изследване на здравното поведение и е изведен най-изчерпателният и широко прилаган модел в изследванията, фокусирани върху факторите на използваемостта.

### **Теоретико-приложни**

2. На базата на избрания модел са проучени и анализирани контекстуалните фактори, влияещи върху използваемостта на здравни услуги в България. Към приложния модел е добавен допълнителен контекстуален фактор, свързан с изследване влиянието на епидемичната обстановка върху потреблението на здравна помощ.
3. Разработен е методически инструментариум за изследване на индивидуалните фактори, влияещи върху използваемостта на здравни услуги в България, адаптиран за приложението на Поведенческия модел.
4. Проучени са индивидуалните фактори, влияещи върху потреблението на здравна помощ. Чрез проведени статистически анализи е установено влиянието на факторите от Поведенческия модел върху използването на услугите и е потвърдена и оценена приложимостта на модела в нашата практика.
5. Проучването прилага за първи път в нашата страна един от най-широко използваните модели за изследване на детерминантите на потреблението на здравни услуги, а големият брой емпирични проучвания, проведени в различни страни, дава възможност за провеждане на сравнителни анализи.
6. На базата на проведеното изследване и получените резултати са формулирани препоръки, свързани с приложение на избрания модел при проучвания в нашата страна.

## V. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Панайотова, С. (2022). Модели за използваемост на здравни услуги. *Варненски медицински форум*, 11, Supplement 2.

Панайотова, С. (2023). Детерминанти на използваемостта на болнична помощ в България. *Варненски медицински форум*, 12, 2.

Панайотова, С. (2023). Доверието в изпълнителя като фактор, влияещ върху използваемостта на здравни услуги в България. *Социална медицина*, 1.

Панайотова, С. (2023). Използваемост на амбулаторни здравни услуги в България. *Journal of Biomedical and Clinical Research*, 16, 2.

## БЛАГОДАРНОСТИ

Издавам дълбока благодарност на моя научен ръководител доц. Елка Атанасова, д.и. за проявеното доверие към мен, за всеотдайната подкрепа и ценните напътствия в процеса на работа по дисертационния труд.

Искрено благодаря на гл. ас. Николай Михайлов, д.с. за ценната помощ и препоръки при провеждане на изследването.

Сърдечно благодаря на моите колеги от Катедрата по икономика и управление на здравеопазването за съдействието, опората и позитивната работна атмосфера.

Благодаря на моето семейство за любовта, търпението и подкрепата.