

# Рецензия

от

**Проф. д-р Атанас Димитров Щерев, д.м.**

**Доцент в професионално направление 7.1 Медицина в Медицинска академия София до 2008 г.**

**Professor emeritus в професионално направление 7.1 Медицина в Русенски университет „Ангел Кънчев“ <http://www.uni-ruse.bg> ул. "Студентска" 8, Русе, пк. 7017**

**Professor в професионално направление 3.7 Администрация и управление в Бургаски университет „Проф. д-р Асен Златаров“, 8010 гр. Бургас, Бул.“ Проф. д-р Якимов 1 „**

**Консултант по акушерство, гинекология, репродуктивно здраве и управление на здравеопазването и социалната сфера в Медицински комплекс „Д-р Щерев“, кв. „Разсадника“, ул. „Христо Благоев“ 25-31, София 1330; тел. + 359 888 939310; email: [ashterev@gmail.com](mailto:ashterev@gmail.com)**

## Относно:

Дисертация за придобиване на образователна и научна степен „доктор“ по докторска програма „Организация и управление извън сферата на материалното производство/ в здравеопазването/“, по професионално направление 3.7. Администрация и управление на тема „Достъп до дентална помощ в България“ от Елена Петрова Тодорова.

**Основание за представяне на рецензията:** Настоящата рецензия представям в качеството си на член на Научно жури, назначено със Заповед № Р-109-478 ОТ 16.11.2023 г. на Ректора на Медицински университет «проф. д-р Параскев Стоянов» – Варна за осигуряване на процедура за публична защита на дисертационния труд.

### **1. Информация за докторанта**

Елена Петрова Тодорова е зачислена като докторант в редовна форма на обучение в докторска програма „Организация и управление извън сферата на материалното

производство/ в здравеопазването/ в област на висше образование 3. Социални, стопански и правни науки, професионално направление 3.7 Администрация и управление , с тема на дисертационния труд : „Достъп до дентална помощ в България“ .Научен ръководител: доц. Д-р Елка Игнатова Атанасова, д.и.

Обучението е организирано и проведено в Катедра „ Икономика и управление на здравеопазването“, Факултет „ Обществено здравеопазване „, Медицински Университет „ Проф.д-р П.Стоянов“- Варна. Докторантът работи по трудов договор в Медицински Университет „ Проф. Д-р П. Стоянов“ – Варна.

### **Кратки биографични данни**

Елена Петрова Тодорова е родена в гр .Варна . Данни за комуникация както следва :

Email: eellii91@abv.bg

Телефон: +359899617283

Адрес за кореспонденция: гр.

Варна, ул.“Еделвайс“ №9, ет. 3

Елена Петрова завършва през 2010 г Национална гимназия за хуманитални науки и изкуства „ Константин Преславски „ гр. Варна. През 2014 г дисертантката завършва Икономически университет -Варна с образователно- квалификационна степен бакалавър, специалност – мениджмънт, а през 2015 г Икономически университет -Варна с образователно- квалификационна степен магистър , специалност : Корпоративен бизнес и управление.

### **Професионален опит**

Елена Петрова през 2013 г работи около два месеца като Асистент – организатор „Маркетинг, снабдяване и обществени поръчки“ Медицински университет „ Проф.д-р П. Стоянов „ Варна и от октомври 2014 г. досега е организатор „ Медико -дентален център“ , Факултет по дентална медицина , Медицински университет „ Проф.д-р П. Стоянов „ Варна

### **Обща характеристика на дисертационния труд**

Представеният дисертационен труд е в съответствие със Закона за развитие на



академичния състав на Р. България, Правилника за развитие на академичния състав в медицинския университет "проф П. Стоянов" - Варна по отношение на:

Актуалност на темата и научна обоснованост на целта, задачите и основната теза

Осведоменост по проблематиката, разглеждана в дисертационния труд

Обем

Получени научни и научно-приложни резултати

Основните приноси

Тъй като оралните заболявания са предотвратими до голяма степен и навременното използване на дентална помощ е от изключително значение за оказване на превенция и лечение на тези заболявания смятам, че темата е актуална и с голяма значимост за цялостното здравословно състояние на пациентите.

Направените сравнения за орални заболявания при различни съвременни здравни системи показва мястото на България в този значим здравен проблем в Европа. Около 466 млн. души в Европа са засегнати от заболявания на устната кухина, които са сред най-често срещаните незаразни заболявания в световен мащаб. Повече от половината европейски семейства (52%) страдат от орални заболявания, което е най-високото регистрирано ниво. Отбелязва се връзката между оралното здраве и общото здравословно състояние на пациентите, като изследвания в тази област доказват реципрочната връзка между заболяване на венците и диабета. Пародонтитът е основна причина за загуба на зъби в напреднала възраст. Бактериите в устната кухина, особено при пародонталните патогени могат да доведат до респираторни заболявания и до изменения в ендокринната система на човешкото тяло. Тези и други упоменати в труда факти доказват аргументирано съждението, че настоящия дисертационен труд е със значимост за мениджмънта в нашето здравеопазване и е особено актуален за ефективното използване на оскъдните финансови ресурси за здравеопазните процеси в България.

### **Познаване на проблема**

Авторът притежава задълбочени научни познания по разработваната тема, отразени в литературния обзор на дисертационния труд, който е разгънат на 27 страници. Обзорът,

изводите към него и обсъжданията са резултат от детайлното анализиране на 211 библиографски източника, от които 22 на кирилица /10% от книгописа/ и 189 на латиница. От всички заглавия 87 / 41 % / са от последните пет години. Проученият литературен материал е оценен критично и творчески, което позволява на дисертантката да прави компетентен анализ на получените резултати и теоретичните постановки.

### **Съдържание и структура на дисертационния труд**

Дисертационният труд е с общ обем 154 стр. и е структуриран във : въведение 7 стр., основен текст в три глави 104 стр. , заключение 2 стр., списък на използваната литература 14 стр. и приложения 19 стр. Основният текст съдържа 27 таблици и 7 фигури. Цитирани са 211 заглавия от наши и чуждестранни автори.

**Целта на дисертацията** е да проучи и анализира достъпа до дентална помощ в България при лица над 18 годишна възраст, като се идентифицират бариерите на достъпа и оцени тяхното влияние върху различни групи потребители и използваемостта на дентални услуги и така спрямо получените резултати да се формулират препоръки за подобряване на достъпа до дентална помощ. Формулирани са **шест изследователски задачи**, като може би е по-удачно първата поставена изследователска задача „да се проучат теоретичните основи на достъпа до здравни дентални услуги на базата на обзор на специализираната научна литература и се изведе подход за изследване до достъпа до дентална помощ“ да бъде въвн от обсега на изследователските задачи. Останалите задачи за изследване се отнасят до няколко бариери на достъпа до здравни дентални услуги : структурни бариери, финансови бариери и персонални бариери .

При така поставените задачи има малко несъответствие тезата, че достъпа до дентална помощ може да се оцени чрез неговите основни измерения, като персоналните бариери не се очакват да възпрепятстват потребителите. Т.е. една от задачите предварително се смята, че няма съществено значение за достъпа до дентална помощ.

**Използвани са следните методи:** Документален метод с преглед на описаните в книгописа 211 публикации и заключението е, че следвайки новите научни разработки в



областта на достъпа до дентални услуги дисертантката е избрала именно този подход за изследване на бариерите на достъпа, които могат да бъдат представени чрез шест измерения на достъпа и по този начин да оцени степента им на влияние върху потребителите.

Използвани са също социологически методи с проведено анонимно анкетно проучване като са направени два вида анкетни карти „Анкетна карта за проучване на измеренията на достъпа до дентална помощ от страна на пациентите“ и „Анкетната карта за лекари по дентална медицина „. Анкетните карти са разпространени чрез онлайн платформата по метода на отзовалите се, като покана за участие в изследването са получили широк кръг потенциални респонденти от цялата страна чрез социалните мрежи. Проучването е проведено през месец юни 2022 г., като в него вземат участие 953 потребители, отговорили 80% от тях и 151 лекари по дентална медицина - отговорили 86% от запитаните. Използвана е стандартизирана анонимна анкета с въпроси с различните измерения на достъпа като анкетната карта за пациенти съдържа общо 25 въпроса и на пациентите е предоставена възможност по ликертова скала от 1 до 5 да оценят степента на влияние която оказват различните причини, върху отлагане на посещението при дентален лекар.

Анкетната карта за лекари по дентална медицина включва общо 22 въпроса, като за анализ за измененията физическа достъпност, наличност, удобство, финансова достъпност, приемливост, информираност и използваемост всички тези категории се анализират след получаване на анкетните карти.

Използвани са модерни статистически методи. Има показани коректно ограниченията на проучването като в него са могли да вземат участие само лица, които имат достъп до електронни устройство. Това е довело до ограничения вероятно за по-възрастните лица.

**Първата глава „Теоретични основи при изследването на достъпа до здравни и дентални услуги“** е от 27 страници и всъщност представлява литературния обзор с исторически преглед на понятието „достъп“ и различните аспекти на тази категория. Дисертантката показва това, че различни автори разработват модели



и концептуални рамки, които конкретизират достъпа до здравеопазване, като те имат своите силни и слаби страни. Така тя избира да групира нивото на съответствие между характеристиките и очакванията на доставчиците на здравни услуги и пациентите като характеристиките се групират в 5 категории: **финансова достъпност** - отразява способността на потребителя да плаща за услугите; **наличност** – представлява обезпеченост на доставчика на здравни услуги, персонал, техника; **физическа достъпност** – измерва физически достъп до възможността за достигане доставчика на услугата; **удобство** – организацията на практиката на лекаря по начин, който отговаря на възприятията на пациента – часове на работа, комуникация; **приемливост** – свързва се с чувство на комфорт, което изпитва пациента със своя лекар и обратното.

Отбелязва се, че определени автори доразвиват концепцията за достъп отвъд наличност на услугата и поставят акцент върху някои от бариерите ,по-точно личните, финансови и организационни бариери. Може би тук е коректно да се спомене, че в по-нататъчното изложение е дискутирана тежест на всяка от категориите за достъп, които нарушават денталното здраве на пациентите. Споменава се за използване от някои автори на три от петте категории и по-точно финансова достъпност, приемливост и наличност, без да се омаловажава значението на останалите две категории.

По-нататък се смята, че измеренията от други автори се свеждат само до три: физическа достъпност, финансова достъпност и приемливост. И така се изследват **финансовата достъпност, наличност, приемливост, уместност**. Отбелязва се, че в научната литература няма постигнат консенсус за цялостна концепция за достъпа до здравни услуги и неговите измерения.

Достъпа до дентални услуги в теориите за достъпа се развиват през годините непрекъснато и въз основа на направения преглед на литературата е избран подхода на Susan McKernan и съавтори. За анализ и оценка на достъпа до дентална помощ у нас, който е насочен конкретно към денталната помощ и е представен като процес от четири отделни етапа: потребност от дентални услуги, бариери на достъпа, използване на дентални услуги и здравни резултати. Изключително важна е последната степен в този подход здравни резултати, който обективизира всъщност премахването или преодоляването на бариерите на достъп до дентална помощ.



Както добре се отбелязва в литературната справка здравните резултати са неразделна част от концепцията за достъп както и използваемостта на услугите. Потребността от дентални услуги дефинира състоянието на орално здраве и оценка на денталните услуги възприемани като основна здравна услуга, (по-точно е да се каже помощ и грижа), тъй като чрез тях се оценяват, диагностицират, предотвратяват и лекуват орални заболявания, които могат да повлияят на цялостното здраве. Повечето дентални заболявания могат да бъдат предотвратени до голяма степен чрез извършване на редовни прегледи при зъболекар, осъзнаване на необходимостта от използване на тази услуга, но обикновено се отбелязва, че потребителите пристъпват при наличие на зъбобол, кариес, счупени или липсващи зъби и много по-рядко с профилактична цел при посещения при зъболекар.

Проучванията показват, че в практиката оценката на пациента и на лекуващия дентален лекар рядко съвпадат. Разликите в мненията между двете страни за необходимост от оказване на професионална дентална помощ са предпоставка за липса на сътрудничество от страна на пациента и трудности в планиране на лечението. Барьерите при достъпа до дентална помощ са в три основни групи: според класификация на FDI от страна на пациента, от страна на лекаря по дентална медицина и от страна на обществото ; и по-точно от пациента- липса на осъзната здравна нужда, безпокойство или страх, финансови ограничения и липса на достъп, от страна на лекаря по дентална медицина- недостатъчна работна сила, неравномерно географско разпределение и обучение и от страна на обществото - недостатъчна обществена подкрепа за получаване на здравни знания и недостатъчна подкрепа за провеждане на изследвания.

Отново се разглеждат барьерите на преддентална помощ като физически бариери- липса на налични лекари по дентална медицина в района. Второ- невъзможност за преодоляване на физически бариери и транспорт. Трето- финансови бариери -висока цена на денталните услуги. Четвърто - бариери свързани с отношения културна несъвместимост между доставчика и потребителя.

Достъпа според някои източници, обяснява дисертантката се отъждествява с използваемостта на здравните услуги, но използването всъщност е само един от аспектите на достъпа. Различни фактори могат да окажат въздействие върху



използването на личната здравна услуга, които могат да бъдат основно разделени на две групи: от страна на предлагането и от страна на търсенето. Навсякъде в труда е записано „здравна услуга“ като по-добрия термин е „здравна помощ и грижа“. На практика се структурира вниманието върху три основни типа бариери: **структурни, финансови и персонални**, които са пречка за получаване на медицинското обслужване, като тези бариери си взаимодействат по един сложен начин. Наличност и физическа достъпност са свързани помежду си като отразяват възможността за предлагане на дентални услуги, които са подходящо географски разположени спрямо нуждите генерирани от потребителското търсене. Често използван показател за отчитане е осигуреността на населението с лекари по дентална медицина и за сравнение е съотношението зъболекари - население.

Обяснява се, че в момента обучението на лекари по дентална медицина се извършва в трите Медицински университета в София, Пловдив и Варна, като в учебния план се включват основни и специални дентални дисциплини. През последните 10 години броя на зъболекарите на глава от населението се е увеличил. Останал стабилен в повечето европейски страни, докато в нашата страна лекарите по дентална медицина се увеличават, което води до свръхпредлагане на лекари по дентална медицина в определени региони и едно от най-високите нива в съотношение зъболекари : население в Европейски съюз.

В страната лисват механизми, чрез които да бъде регулиран броя, предмета и местоположението на лечебните заведения за извънболнична дентална помощ. Именно това е една от причините на територията на страната да се регистрира неравномерно разпределение на денталните практики и по-високата им концентрация в определени райони.

Отбелязва се, че такава тенденция има и в другите Европейски страни и може би трябва по-ясно да се отбележи, че причините са именно финансови зависимости, както за разкриване на дентални практики в определени населени места и региони, така и финансовите възможности на населението в съответния регион. В световен план една от основните причини за неравнопоставеност в здравеопазването в областта на денталната помощ е ограничения достъп, възникващ поради небалансирано географско



разпределение на зъболекарите. Проекта „Национална здравна стратегия 2020-2030 за България“ също потвърждава, че въпреки средната осигуреност лекари по дентална медицина, достъпът до дентални услуги в България не е еднакъв за градските и селските райони. И проучванията доказват, че пациентите, които имат най-много потребност от дентална помощ са тези, които най-малко вероятно е да имат достъп до нея.

**Във втора глава** е изследването на достъпа до дентална помощ, като за проучване на достъпа до дентална помощ в България е използван комплексен подход, като са приложени документален, социологически и статистически метод за изследване. Чрез документалния анализ е проучена научната литература, в които са изведени основните измерения на достъпа. По този начин, въз основа на литературата са разработени двете анкетни карти за съответните целеви групи потребители и доставчици на дентални услуги. В проведено онлайн анкетно проучване взимат участие 953 респонденти като преобладават жените 95.9%, средната възраст на участниците е 41.9 г., над 60.4% живеят в областен град, 70.7% са с висше образование. От друга страна анкетната карта е изцяло попълнена от 151 дентални лекари и при тази извадка по-голямата част от участниците са жени 75.5%. Основната част от лицата са на възраст до 50 г., повечето от половината от лекарите по дентална медицина нямат призната специалност в системата на здравеопазването.

### **Структурни бариери.**

**Наличност.** Денталният екип се състои от група хора, които работят заедно. Този екипен подход в денталната медицина повишава ефективността на цялостното лечение на пациента. Когато говорим за осигуреност на лекари, към края на 2022 г. в България лекарите са общо 7602, броят на лекарите според статистически данни за 2017-2022 г. се увеличава с малко от 2% в страната. България е разделена на 6 района на планиране и на една от фигурите в дисертацията е представен относителния дял на лекарите по дентална медицина разпределени в тези райони през 2022 г.

Вижда се, че Северозападния, Северния централен и Югоизточен район са районите с най-ниска обезпеченост към края на 2022 г. на дентални лекари като цяло в страната.

За сметка на това повече от половината от зъболекарското съсловие практикува своята професия в Югозападния район и Южен централен район. Дисертантката отбелязва проблема с еднаквото заплащане от страна на НЗОК независимо от отдалечеността на даден географски район, социално положение на населението и т.н. С решението на Министерски съвет в края 2022 г. е приетата „Национална карта за дългосрочна нужда от здравна услуги“, която се използва като инструмент за справяне с основните предизвикателства, анализира обективни данни за съществуващата структура на системата на здравеопазване и потребностите на населението от оптимизиране на здравните услуги.

Като се знае, че населението е обезпечено с достатъчен брой лекари по дентална медицина като дори практикуват 17% повече от необходимото, същевременно се регистрира дефицит от 520 зъболекари в Северозападния, Северен централен и Югоизточен райони. За да се гарантира равнопоставен достъп на населението на територията на цялата страна е необходимо да се осигури адекватно териториално разпределение на практиките. Това може да се осигури чрез преразпределение на медицинските кадри с цел да се покрият дефицитите в обезпеченост лекари по дентална медицина в съответните Северозападен, Северен централен и Югоизточен район. При пазарната икономика няма как да стане това без финансови стимули и това е нещо, което би трябвало по-категорично да бъде отбелязано в дисертационния труд.

За осигуреност с медицински сестри и дентални асистенти се отбелязва, че при анкетите повечето лекари по дентална медицина взели участие в онлайн анкетното проучване посочват, че работят постоянно с медицинска сестра или дентален асистент, а 20% само понякога, в 25% от случаите лекарите по дентална медицина работят самостоятелно в своята практика. Липсата на кадри е една от посочваните причини за това, но също така трябва да се отбележи, че това е показател за качество на медицинската дентална помощ.

Зъботехниците също са част от денталния екип. Те нямат директен контакт с пациентите, но изработват протезните конструкции и ортодонтските апарати и шини, целящи



възстановяване на дефектите на зъбните редици. Осигуреността със зъботехници на 1000 души от населението отново повтаря разпределението на зъболекарите.

**Физическа достъпност.** Това измерение е представено и анализирано чрез резултати от анкетното проучване сред потребителите и лекарите по дентална медицина. Практиките са съсредоточени основно в градовете и това затруднява физическия достъп на пациентите от по-малките населени места. На 81.4% от потребителите на дентални услуги не им се налага да пътуват до друго населено място за да получат необходимата дентална помощ.

Отново анализът показва статистически значима разлика за живеещите в селата и в по-малките градове. Участниците с ниски доходи и трудово неактивни участници изпитват трудности за предприемане на пътуване. Придвижването до дентален лекар може да бъде усложнено поради липса на транспорт или голямо разстояние.

**Удобство.** Доставчиците на дентални услуги е важно да бъдат достигнати освен физически, но и своевременно. Измерението удобство се асоциира с организацията на практика на лекаря по дентална медицина по удобен за потребителите начин, като основния акцент е предоставянето на дентални услуги навреме и обикновено се разглежда работното време, часовете за прием и т.н.

При 43% от лекарите по дентална медицина поради заетост в графика записват пациенти между една и три седмици. Само 2.6% от зъболекарите посочват, че могат да предоставят услуга в същия ден. Една трета от денталните лекари заявяват, че приемат пациенти извънредно, докато 18% не са склонни да работят извън планирания си график. Едно удобство, което използват лекарите по дентална медицина с цел оптимизиране на графика си и даване възможност на пациентите да проявяват гъвкавост по отношение на избора на времеви диапазон за запазване на час е използването на онлайн система за записване на часове.

### **Финансови бариери**

Денталната помощ в България се финансира основно чрез собствени средства на пациентите, като те обикновено заплащат за дентални услуги, които не са включени в основния пакет предоставен от НЗОК или при споделяне на разходите за покритите

услуги от здравната система. НЗОК заплаща изцяло или частично в определен обхват и обем дентална помощ по пакета „Дентални дейности“ на здравноосигурени лица (ЗОЛ) в България и поема изцяло финансирането в определен обхват на няколко специални категории лица: деца под настойничеството на държавата, деца до 18 години с психични разстройства и затворници. Предвиден е от НЗОК и допълнителен еднократен преглед за бременни жени, независимо от възрастта им.

Лекарите по дентална медицина в едно от проучванията (76.3%) са категорични, че обхватът на пакета „Дентални дейности“, покрит от здравната система, не е достатъчен, за да покрие нуждите на потребителите от основни дентални услуги и предлагат той да бъде разширен, като посочват във възходящ ред следните три дентални услуги, които да бъдат включени: почистване на зъбен камък, ендодонтско лечение и ортодонтски преглед/лечение при деца.

В другото проучване по отношение на начините за покриване на разходите за дентални услуги най-голям дял от респондентите (86%) съобщават ,че заплащат със собствени средства за получените дентални услуги.

Анализът на данните за плащане на разходите за дентални услуги със собствени средства показва като значим между факторите дохода ,а също местоживеенето и самооценката за денталното здраве.

Използван механизъм за облекчаване на финансовото натоварване на пациентите при поемането на разходите за дентални услуги е използването на доброволна здравна застраховка , а също и плащане на разходи за дентални услуги чрез парични средства взети назаем.

### **Персонални бариери**

Здравната грамотност, познанията, емоциите, както и предишен опит могат да модифицират поведението на пациента да предприеме определено действие за подобряване на своето дентално здраве, но също така могат да бъдат персонални пречки за получаването на дентална помощ.

**Информираност** . Оралната здравна грамотност се дефинира като „степената, в която индивидът има способност да получава, комуникира, обработва и разбира здравна



информация, по начин, който му позволява да вземе подходящи здравни решения". За подобряване на здравната грамотност на пациента може да допринесе ефективната комуникация между денталния специалист и пациента, говоренето и представянето на информация в ясен и подходящ формат. Респондентите, оценяват високо комуникацията със своите лекари по дентална медицина, като единствено по-ниска оценка дават на насърчаването на задаване на въпроси.

**Приемливост.** Предишният неприятен опит на зъболекарския стол също може да промени здравното поведение на пациента, като остави отражение върху нагласите му. Пациентите по време на манипулация могат да изпитат неприятни чувства като дискомфорт, болка и др. и поради това е напълно очаквано, че голям дял от респондентите се съгласяват с твърдението, че „неприятни преживявания от дентални процедури водят до отлагане на посещения при дентален лекар“. Средната оценка, която получава това твърдение, е 3.56 от пет възможни точки. При 34% от участниците предходен неприятен опит най-вероятно би могъл да ги подтикне към промяна на здравното им поведение и те респективно да намалят използването на дентална помощ. Мнението на пациентите по този въпрос показва статистическа значимост свързана единствено със самооценката на денталното здраве.

**Изследване на използваемостта на дентална помощ в България .** Разгледаните шест измерения на достъпа до дентална помощ по модела на McKernan и съавт. се асоциират със структурните, финансовите и персоналните бариери, които могат да ограничат използваемостта на дентална помощ. В проведеното изследване 56.7% (n=541) от потребителите посочват, че им се е налагало да отложат посещение при дентален лекар . Анализът показва, че степента на влияние на отделните бариери не е еднаква и се установява статистическа значима разлика между тях, като двете най-силно ограничаващи бариери са заплащането на денталните услуги и липсата на време. На следващо място се подрежда страхът от дентални манипулации, а най-слабо ограничаващо въздействие се оказва, че има пътуването до зъболекар .



**В глава трета „Насоки за подобряване на достъпа до дентална помощ в България“** се изясняват възможностите за насоки за подобряване на достъпа до дентална помощ. По отношение наличност, физическа достъпност и удобство се отбелязва добрата наситеност общо за населението на България, както в Европейския съюз с дентални лекари. Също броя на действащите студенти в професионално направление „Стоматология“, оптимално съотношение между зъболекари и население. Но измеренията на достъпа само с наличието на здравни кадри в системата не е достатъчно информативно има и други фактори, които трябва да се вземат предвид при оценка на достъпа до дентална помощ.

**Наличност.** Налице е затруднение в достъпа до стоматологична помощ в Северозападен, Северен централен и Югоизточен район. В тези райони следва първо да се подобри икономическия микроклимат чрез целенасочена държавна и общинска политика, за да станат притегателни центрове за работа и на денталните лекари. Този извод е доста хипотетичен, затова защото икономическия микроклимат зависи от много повече фактори и по-дълго време, а здравния статус на населението включително и оралното здраве е от изключително значение за общото здравно състояние на населението. И затова, като че ли по-важния извод, който трябва да се направи е диференцирано заплащане в определени райони с тежест за определения район, на едни и същи профилактични или лечебни дейности и поставяне на ударението за профилактика и здравна просвета по отношение на денталното здраве.

Регионалните различия в разпределение на зъболекарите водят до неравенство в използването на денталните услуги. Пациентите живеещи в селата посещават лекар по-рядко от останалите респонденти. Стъпка предприета в това диференцирано заплащане е предвиденото в „Рамков договор 2023-2025 г.“ допълнително финансиране за осигуряване медицински персонал в лечебни заведения за извънболнична дентална помощ, които извършват дентални услуги в отдалечени трудно достъпни райони или единствено изпълняват съответната дейност в общината. Извънболнична дентална помощ може да бъде предоставена от лечебни заведения с разкрити подвижни структури, но НЗОК покрива разходите за предоставените дейности само, ако в населени



места с неблагоприятни условия и дейностите се извършват непрекъснато в едно и също населено място не по-малко от 3 месеца.

Освен образованието, значим фактор в измерението на достъпа физическа достъпност е и възрастта на пациентите. Най-силно възпрепятствани да посетят лекар поради затруднено придвижване се оказват пациентите над 50 г. и това кореспондира с проучвания правени в Европа .

**Финансова достъпност.** Цената на денталните услуги в литературата често се определя като важна и вероятно основна бариера за получаване на дентална помощ по мнение на различни автори. Плащането от джоба се явява основен механизъм във финансирането на денталните услуги, това оказва значителна тежест за домакинствата. За едно от оралните заболявания с най-висока честота „кариес на постоянните зъби“ в пакета на НЗОК е предвидено за лечение само услугата „Обтурация с амалгама или химически композит“ като не е заложено приложението на висококачествени фотополимери. В практиката често се случва пациентите сами да заплатят разликата между едните и другите обтуровъчни материали, за да си гарантират по-високо качество на приложеното лечение. В пакета „Дентални услуги“ осигурен от НЗОК не е предвидено също лечение на пародонтални заболявания, заболявания на венците и т.н. Основния фокус в публично покритата програма е върху лечение, докато превенцията на заболявания на устната кухина и насърчаване на денталното здраве са слабо застъпени. Липсата на задължителна профилактика сред населението се посочва като една от водещите причини за влошено орално здраве на популацията.

В настоящия анализ дисертантката установява, че при три от разглежданите фактори които спират пациентите да покрият нуждите си ,значим фактор е доходът. НЗОК предлага частично покриване на разходите за прегледи и лечение като междуременно дял от пациенти прибягват до вземане пари назаем, за да покрият услугите си. Доброволно здравно застраховане има много малък процент от популацията ,около едва 10% от населението има сключена доброволна здравна застраховка за разлика от Нидерландия, където 84% от населението се ползват по този начин за покриване на разходите.

**Информираност и приемливост.** Проучването показва, че в голяма степен извадката в популацията не разполага с достатъчно информация за ролята на зъболекаря в превенцията на орални заболявания. Съобщават се проучвания за липсата на информираност за рутинни прегледи на устната кухина, ползите от извършени редовни посещения при зъболекар за по-нататъчното дентално здраве, особено за пациенти със средно образование и по-ниско, жители на селата и респонденти с влошено дентално здраве според оценката им. Повече от респондентите посещават зъболекар при наличие на болка и много рядко с профилактична цел.

Според цитираната литература различни изследователи посочват, че фактори като възраст, пол, местоживееене, доходи и заетост, както и по-високо ниво на образование водят до увеличено използване на дентални услуги. Настоящото изследване не стига до същите изводи по отношение на възрастта, пол и местоживееене, като не открива значима разлика в броя на посещенията свързани с тези фактори. Потвърждава се ,обаче значението на образование, доходи и заетост. Повтаря се твърдението , че пациентите основно търсят дентален лекар при наличие на болка.

### **Оценка на автореферата**

Авторефератът представя достоверно структурата и съдържанието на дисертационния труд с акцент върху най-важните резултати и изводи. Той е оформен съгласно изискванията и е редактиран с основните и необходими за него раздели.

### **Представени публикации**

**Във връзка с разглежданите в дисертационния труд проблеми, докторантката представя в автореферата 3 реални публикации, от които 3 в наши научни издания. Първи автор е на 3 от тях. Добавено е едно проучване без дата на публикуване.**



1. E Todorova, E Atanasova, Coverage of dental services by the National Health Insurance Fund in Bulgaria, Varna Medical Forum 12 (1),2023
2. E Todorova, Anxiety and fear: a barrier to accessing and accepting dental care, Varna Medical Forum 12 (1), 2023
3. E Todorova, E Atanasova, Patient payments for dental services in Bulgaria, BULGARIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 15 (2), 71, 2023
4. V Panov, E Todorova, Historical development of dental care in Bulgaria, Varna Medical Forum 11 (1), 155-159

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**В заключение мога да направя следните забележки и мои изводи за настоящия дисертационен труд :**

**1/ Не е съвсем удачна структурата на дисертационния труд като смятам , че по- ясно трябва да се отдели литературния обзор като такъв .Едва ли литературния обзор трябва да бъде цел на труда , той по- скоро е инструмент за следващи изследвания .**

**2/Това се отразява и по- късно на поставените задачи , една от които е литературния обзор.**

**3/Приложенията и таблиците е по- подходящо да бъдат на края на представения труд.**

**4/Представянето само на 3 / 4/ публикации не е най-добрата атестация за един дисертационен труд.**

**5/ Имам и няколко езикови забележки ,една от които е използването на израза „ услуга“ . Смятам,че този термин е недостатъчно престижен за висококвалифицирания труд на медицински специалисти – по- добре е да говорим и пишем за медицински помощ и грижи .**

**Сумирайки достойнствата на дисертационния труд си позволявам да отбележа :**

**1/ В настоящия труд се поставя изключително важната теза за здравна просвета и профилактика , както и актуални въпроси за организация на стоматологичната помощ.Поради предимно частния характер на тази медицинска дейност в обществото много срамежливо досега се обсъждат тези въпроси.**

2/ Прави се аргументирано важния извод за влиянието на денталното здраве върху общото здравословно състояние на населението с отражението на зъбния статус върху стомашно-чревни, ендокринни, инфекциозни и др. заболявания. Обсъжда се отражението на тази заболяемост върху икономически показатели.

3/ Направен е много добър литературен обзор, изчерпателен, с автори от над 40% от последните пет години.

4/ Във втора глава на труда е представен значителен по обем материал, което е добра предпоставка за статистическа обработка с голяма достоверност.

5/ Извежда се с модерен инструментариум анализ на причините за намален достъп до стоматологична помощ. Наличието на стоматологични кадри не е достатъчно условие за пълноценна стоматологична помощ на населението. На всичко отгоре се установява груба неравномерност в разпределението на дентални грижи в България и корелацията на този феномен с икономическото състояние на населението в определени региони на страната.

6/ Посочва се необходимостта от сериозно диференцирано заплащане за стоматологична помощ и грижа в съответните региони на страната след плахите опити на държавата в това отношение.

7/ Направен е сравнителен анализ за достъп до дентална помощ у нас и в международен план.

При преглед на забележките и достойнствата по дисертационния труд натезжава второто - добър литературен преглед, повече от 40% заглавията от последните пет години, добър материал по обем за статистическа обработка и аргументирано изясняване на причините за намален достъп до зъболечение в България в сравнение с държави от Европейски съюз.

Изведени са възможностите за подобряване на денталното здраве на населението чрез разширено заплащане от страна на НЗОК за профилактични прегледи и диференцирано заплащане за различни региони. Обосновава се необходимостта от въвеждане на модерни методи и средства за обезболяване на процедурите за потискане на страха от дентална помощ и грижи.



**Предвид изложеното дотук давам своята положителна оценка на този дисертационен труд за придобиване на образователна и научна степен „доктор“ по докторска програма „ Организация и управление извън сферата на материалното производство/ в здравеопазването/“ , по професионално направление 3.7. Администрация и управление на тема „Достъп до дентална помощ в България“ от Елена Петрова Тодорова.**

**Дата: 24.01.2024 г.**

**Рецензент:**

Заличено на основание чл. 5,  
§1, б. „В“ от Регламент (ЕС)  
2016/679

U U