



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„Проф. д-р Параскев Стоянов“ – гр. Варна

Факултет “Обществено здравеопазване”

Катедра “Икономика и управление на здравеопазването”

Елена Петрова Тодорова

ДОСТЪП ДО ДЕНТАЛНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

АВТОРЕФЕРАТ

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

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„Проф. д-р Параскев Стоянов“ – гр. Варна
Факултет “Обществено здравеопазване”
Катедра “Икономика и управление на здравеопазването”

Елена Петрова Тодорова

ДОСТЪП ДО ДЕНТАЛНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за придобиване на образователна и научна степен
„Доктор“ по 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 154 страници 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 които 186 на английски език и 25 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 03.11.2023г.

НАУЧНО ЖУРИ:

1. Проф. д-р Атанас Димитров Щерев, д.м.
2. Доц. Добрин Жеков Добрев, д.у.
3. Доц. Десислава Бориславова Серафимова, д.у.
4. Доц. Емануела Иванова Райчева-Мутафова, д.и.
5. Доц. Галина Руменова Петрова, д.и.

РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:

1. Доц. Радка Петрова Иванова, д.у.
2. Проф. Антония Славчева Димова-Йорданова, д.м.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 16.02.2024 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.

Забележка: В автореферата номерата на таблиците и фигурите не съответстват на номерата в дисертационния труд.

Съдържание

1. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	4
1.1. Актуалност и значимост на изследването	4
1.2. Цел, задачи и хипотеза на дисертационния труд	5
1.3. Материал и методи на изследването.....	6
1.4. Ограничения на изследването	7
2. СТРУКТУРА И СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИ ТРУД.....	8
2.1. Структура на дисертационния труд	8
2.2. Съдържание на дисертационния труд	8
3. КРАТКО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	10
Глава 1. Теоретични основи при изследването на достъпа до здравни и дентални услуги	10
Глава 2. Изследване на достъпа до дентална помощ в България	14
Глава 3. Насоки за подобряване на достъпа до дентална помощ в България....	27
Заклучение.....	35
4. ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	37
5. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	38
БЛАГОДАРНОСТИ.....	39

1. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1.1. Актуалност и значимост на изследването

Оралното здраве е важен компонент на общото здраве на индивидите и може да оказва въздействие върху качеството им на живот ¹. Заболяванията в устната кухина, поради нарастващата им честота и разпространение в световен мащаб, се оказват сериозен проблем за общественото здраве, въпреки това здравните системи по света често подценяват значението на оралното здраве за популацията.

Оралните заболявания са предотвратими до голяма степен и навременното използване на дентална помощ е от изключително значение за оказването на превенция и лечение на тези заболявания ². Поради това е необходимо да се гарантира, че денталната помощ е достъпна за населението, което се явява и едно от предизвикателствата пред съвременните здравни системи. За целта е необходимо първо да се идентифицират онези фактори, които действат като пречки пред достъпа, като се има предвид, че оралното здраве и използването на дентални услуги варира през целия живот на пациента, тъй като зависи от нагласите, финансовите възможности и общото му здравословно състояние, които не са константна величина ³. Други фактори, които могат да повлияят, са свързани с демографските и социално-икономически характеристики на пациентите, нивата им на здравна грамотност, географското местоположение и наличието на доставчици на дентални услуги.⁴

Това обосновава необходимостта от провеждане на по-задълбочено проучване в тази област. Системното ограничаване на възможността на пациентите да получат необходимата им дентална помощ е предпоставка за създаване на неравенства при използването на дентални услуги и води до неудовлетворени здравни потребности.

¹ Gregg H Gilbert et al., 'Racial Differences in Predictors of Dental Care Use', *Health Services Research* 37, no. 6 (December 2002): 1487–1507, <https://doi.org/10.1111/1475-6773.01217>; Aziz Kamran et al., 'Survey of Oral Hygiene Behaviors, Knowledge and Attitude among School Children: A Cross-Sectional Study from Iran', *International Journal of Health Sciences* 2 (2014): 13.

² CG Devaraj and Pranati Eswar, 'Reasons for Use and Non-Use of Dental Services among People Visiting a Dental College Hospital in India: A Descriptive Cross-Sectional Study', *European Journal of Dentistry* 6, no. 4 (October 2012): 422–27; Sladjana Šiljak et al., 'Dental Service Utilisation among Adults in a European Developing Country: Findings from a National Health Survey', *International Dental Journal* 69, no. 3 (June 2019): 200–206, <https://doi.org/10.1111/idj.12449>.

³ Elin Hadler-Olsen and Birgitta Jönsson, 'Oral Health and Use of Dental Services in Different Stages of Adulthood in Norway: A Cross Sectional Study', *BMC Oral Health* 21, no. 1 (2021): 257, <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01626-9>.

⁴ Simona Surdu et al., 'Consumer Survey of Barriers to and Facilitators of Access to Oral Health Services', *Center for Health Workforce Studies School of Public Health University at Albany, State University of New York*, March 2019, 84.

1.2.Цел, задачи и хипотеза на дисертационния труд

Целта на дисертацията е да се проучи и анализира достъпът до дентална помощ в България при лица над 18-годишна възраст, като се идентифицират бариерите на достъпа и се оцени тяхното влияние върху различни групи потребители и върху използваемостта на дентални услуги. На база на получените резултати да се формулират препоръки за подобряване на достъпа до дентална помощ.

За постигането на целта са формулирани следните изследователски задачи:

- 1) Да се проучат теоретичните основи на достъпа до здравни и дентални услуги на базата на обзор на специализираната научна литература и да се изведе подход за изследване на достъпа до дентална помощ, като се определят основните бариери, които го ограничават.
- 2) Да се изследват структурните бариери на достъпа до дентална помощ въз основа на измеренията – наличност, физическа достъпност и удобство и да се оцени степента им на влияние при различни групи потребители.
- 3) Да се изследват финансовите бариери на достъпа до дентална помощ въз основа на измерението финансова достъпност и да се оцени степента им на влияние при различни групи потребители.
- 4) Да се изследват персоналните бариери на достъпа до дентална помощ въз основа на измеренията приемливост и информираност и да се оцени степента им на влияние при различни групи потребители.
- 5) Да се изследва използваемостта на дентална помощ в България.
- 6) Да се формулират препоръки за подобряване на достъпа до дентална помощ.

Хипотеза на изследването

Достъпът до дентална помощ може да се оцени чрез неговите основни измерения, като персоналните бариери не се очаква да възпрепятстват потребителите, докато структурните и финансовите бариери се допуска, че ограничават реализирането на достъпа до денталните услуги.

1.3.Материал и методи на изследването

За изследване на достъпа до дентална помощ в България е приложен комплекс от методи.

➤ **Документален метод**

За идентификация, оценка и интерпретация на наличната информация свързана с достъпа до дентална помощ е проучена и анализирана българска и чуждестранна литература. Систематизирано е хронологично развитието на концепцията за достъпа до здравни и дентални услуги и са разгледани различни предложения за набор от измерения на достъпа и механизми, чрез които да бъде оценен. Въз основа на литературния обзор е избран подход за изследване на бариерите на достъпа, които могат да бъдат представени чрез шест измерения на достъпа. След като отделните бариери бъдат преодолени потребителите могат да преминат към използване на денталните услуги, което е доказателство за реализиран достъп до дентална помощ. В прегледа на литературата са включени нормативни и официални статистически документи в областта на здравеопазването и денталната медицина.

➤ **Социологически метод**

Проведено е анонимно анкетно проучване, за целите на което са използвани два вида анкетни карти за потребителите и доставчиците на дентални услуги. Анкетните карти са разпространени чрез онлайн платформата survs.com по метода на отзовалите се. Покана за участие в изследването са получили широк кръг от потенциални респонденти от цялата страна и в него вземат участие 953 потребители (дял на отговорилите = 80%) и 151 лекари по дентална медицина (86% от запитаните).

➤ **Статистически метод**

Проучването и анализа на достъпа до дентална помощ се извърши като се сравни степента на влияние на бариерите на достъпа при различни групи потребители по определени характеристики. За целта при статистическия анализ е използван χ^2 тест на Пиърсън, като за данните, които не отговарят на изискванията за приложение на χ^2 тест е използван тест на Фишър. За проверка на нормалността на данните е използван теста на Шапиро-Уилк. Непараметричен U-тест на Ман-Уитни е използван за сравнение на две независими извадки, а тест на Крускал-Уолис за сравнение на три или повече независими извадки. Дескриптивен анализ е използван за описание на основните характеристики на извадката и на показателите, включени в изследването. Приложен е и post-hoc анализ, като е използвана корекцията на Бонферони, приложен е тест за

множествено сравнение на Дън. За статистически достоверни различията са приети при $p < 0.05$. Приложен е и графичен метод за онагледяване на резултатите. Данните са обработени със специализирания статистически софтуер SPSS 29.0.0 и R, версия 4.2.2.

1.4. Ограничения на изследването

Двете извадки (потребители и доставчици на дентална услуга) не са представителни за генералните съвкупности и при тях се регистрират натрупвания на респонденти по определени признаци като пол, местоживееене, образование. Друго ограничение на настоящото проучване е, че в него могат да вземат участие само лица, които имат достъп до електронни устройства, за да попълнят онлайн анкетата. Това води до допълнителни ограничения за участие вероятно за по-възрастните лица. Потенциално ограничение съществува и по отношение самоотчетените данни, свързани с възможността за припомняне.

2. СТРУКТУРА И СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИ ТРУД

2.1. Структура на дисертационния труд

Дисертационният труд е с общ обем от 154 страници 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.

2.2. Съдържание на дисертационния труд

ВЪВЕДЕНИЕ

Актуалност и значимост на изследването

Цел, задачи и хипотеза на дисертационния труд

Материал и методи на изследването

Ограничения на изследването

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧНИ ОСНОВИ ПРИ ИЗСЛЕДВАНЕТО НА ДОСТЪПА ДО ЗДРАВНИ И ДЕНТАЛНИ УСЛУГИ

1.1. Достъп до здравни услуги – концепция и измерения

1.2. Достъп до дентални услуги

1.3. Потребност от дентални услуги

1.4. Бариери пред достъпа до дентална помощ

1.4.1. Структурни бариери

1.4.2. Финансови бариери

1.4.3. Персонални бариери

1.5. Използваемост на дентални услуги

1.6. Здравни резултати

ГЛАВА 2. ИЗСЛЕДВАНЕ НА ДОСТЪПА ДО ДЕНТАЛНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

2.1 Профил на респондентите

2.2 Структурни бариери

2.2.1 Наличност

2.2.2 Физическа достъпност

2.2.3 Удобство

2.3 Финансови бариери

2.3.1 Финансова достъпност

2.4 Персонални бариери

2.4.1 Информираност

2.4.2 Приемливост

2.5 Изследване на използваемостта на дентална помощ в България

ГЛАВА 3. НАСОКИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ДОСТЪПА ДО ДЕНТАЛНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

3.1. Обсъждане на резултати

3.1.1. Наличие, физическа достъпност и удобство

3.1.2. Финансова достъпност

3.1.3. Информираност и приемливост

3.1.4. Използваемост на дентални услуги

3.2. Изводи и препоръки

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

БИБЛИОГРАФИЯ

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1 Анкетна карта за проучване достъпа до дентална помощ от страна на пациентите

Приложение №2 Анкетна карта за проучване достъпа до дентална помощ от страна на лекарите по дентална медицина

Приложение №3 Профил на респондентите и честотно разпределение на техните отговори

3. КРАТКО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Глава 1. Теоретични основи при изследването на достъпа до здравни и дентални услуги

Дисертационният труд представя анализи за всяка от изследователските задачи в изпълнение на поставената цел да се проучи и анализира достъпа до дентална помощ в България. В **Глава 1. Теоретични основи при изследването на достъпа до здравни и дентални услуги** е представен преглед на литературата, като са разгледани основни понятия в тази област и са обобщени едни от основополагащите концепции на различни автори свързани с достъпа до здравни и дентални услуги.

В **точка 1.1** е разгледано развитието на теоретичните основи за изследване на достъпа до здравни услуги, като са изведени едни от основополагащите концепции в тази област. Най-ранен опит за концептуализация на достъпа до здравеопазване е предложен от Bashshur и съавт. (1971), които определят достъпността чрез дефинирането на социалните и географските променливи, които влияят върху получаването на здравни грижи и отразяват факторите, които могат да възпрепятстват или да улесняват пациентите⁵. Други автори, като Donabedian смятат, че разглеждането само по себе си на наличието на услугата като мярка за достъп до здравеопазване е ограничено, тъй като съществува част от популацията, която има достъп до здравни услуги, но въпреки това изпитва затруднения при тяхното използване. Penchansky и Thomas (1981) публикуват статия, в която доразвиват концепцията за достъпа отвъд наличността на услугата и поставят акцент върху личните, финансовите и организационните бариери пред използването на услугата⁶ и разглеждат пет аспекта на достъпа: *финансова достъпност* (affordability) - отразява способността на потребителя да плаща за услугите; *наличност* (availability) – представлява обезпечеността на доставчика на здравни услуги с необходимите ресурси (персонал, техника и др.); *физическа достъпност* (accessibility) – измерва физически достъп, свързан с възможността да се достигне до доставчика на услугата; *удобство* (accommodation) – организацията на практиката на лекаря по начин, който отговаря на възприятията на пациента (часовете на работа, комуникация, предварително записване) и *приемливост* (acceptability) – свързва се с чувството

⁵ Rashid L. Bashshur, Gary W. Shannon, and Charles A. Metzner, 'Some Ecological Differentials in the Use of Medical Services', *Health Services Research* 6, no. 1 (1971): 61–75.

⁶ Martin Gulliford et al., 'What Does "access to Health Care" Mean?', *Journal of Health Services Research & Policy* 7, no. 3 (1 July 2002): 186–88, <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>.

на комфорт, което изпитва пациента със своя лекар и обратното⁷. Общото между повечето автори, които са проучвали достъпа в периода 1970-1990г. е, че те представят концептуална рамка на достъпа до здравеопазване, която включва и нефинансови аспекти, като подчертават, че бариерите за достъп могат да са психологически, информационни, социални, организационни, пространствени, времеви и т.н.⁸.

Концепциите свързани с достъпа се развиват във времето, Shengelia и съавт. (2003) разглеждат достъпа в контекста на ефективното здравно покритие, която е функция на индивидуалните фактори и тези на здравната система в следните компоненти: физически достъп, наличност на ресурси, културна приемливост, финансова достъпност, качество на грижите⁹. Peters и съавт. (2008) поставят нов акцент в концепциите за достъпа до здравни услуги, като обръщат внимание на ролята на бедността, която оказва влияние върху риска от заболяване на пациентите и тяхната възможност да купуват здравни услуги, като предлагат четири измерения на достъпа: географска достъпност (geographic accessibility), наличност (availability), финансова достъпност (financial accessibility) и приемливост (acceptability)¹⁰. Levesque и съавт. (2013) също предлагат своя концептуална рамка, която е резултат от цялостен анализ на научната литература по тази тема, като в нея са предложени следните измерения, чрез които да бъде оценен достъпа: достъпност, приемливост, наличност, удобство, финансова достъпност и уместност¹¹.

През 2019 г., Минев и Рохова изследват най-често използваните показатели за оценка на достъпа до здравни услуги, които разпределят в три основни групи: физическа наличност, финансова достъпност и навременност. По този начин се вижда, че за тези три компонента на достъпа имат повече показатели и са по-често изследвани в различните проучвания¹².

Поради липсата на постигнат консенсус за цялостната концепция за достъпа до здравни услуги, фокусът на проучването се стесни и се насочи върху

⁷ Roy Penchansky and J. William Thomas, 'The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction', *Medical Care* 19, no. 2 (1981): 127–40; Leon Wyszewianski, 'Access to Care: Remembering Old Lessons', *Health Services Research* 37, no. 6 (December 2002): 1441–43, <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12171>.

⁸ Lu Ann Aday and Ronald Andersen, 'A Framework for the Study of Access to Medical Care', *Health Services Research* 9, no. 3 (1974): 208–20.

⁹ Bakhuti Shengelia, Christopher JL Murray, and Orvill B. Adams, 'Beyond Access and Utilization: Defining and Measuring Health System Coverage', *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Geneva: World Health Organization* 2003 (2003): 221–35.

¹⁰ David H. Peters et al., 'Poverty and Access to Health Care in Developing Countries', *Annals of the New York Academy of Sciences* 1136, no. 1 (2008): 161–71, <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>.

¹¹ Jean-Frederic Levesque, Mark Harris, and Grant Russell, 'Patient-Centred Access to Health Care: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems and Populations | International Journal for Equity in Health', 2013, <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>.

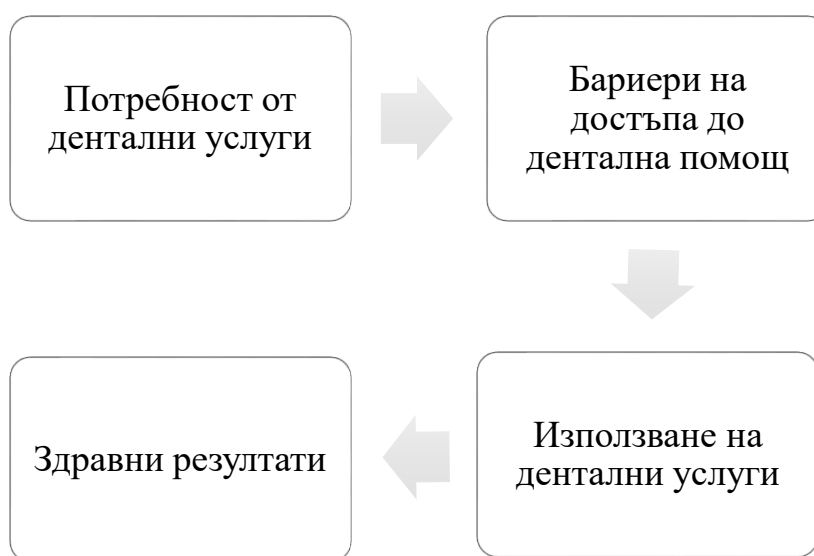
¹² Минчо Минев and Мария Рохова, 'Достъпът До Здравни Услуги Като Част От Оценката На Функционирането На Здравната Система', *Health Economics and Management* 19 (1 December 2019), <https://doi.org/10.14748/hem.v19i2.6248>.

подходи, чрез които да бъде оценен достъпът конкретно в областта на денталната медицина.

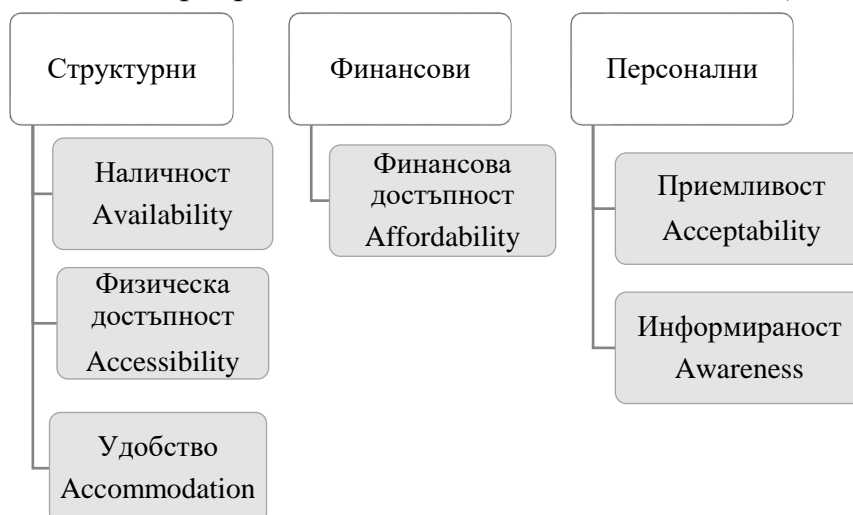
В **точка 1.2** са разгледани теоретичните постановки на различни автори за проучване на достъпа до дентална помощ. Сред тези изследователи отново липсва обща позиция за подхода при изследване на достъпа до дентална помощ. Въпреки това сред предложенията за оценка на достъпа преобладават тези свързани с подхода основан на измерване на достъпа чрез различни измерения.

Въз основа на направения преглед на литературата е избран подходът предложен от McKernan и съавт. за анализ и оценка на достъпа до дентална помощ у нас, тъй като той е актуален, изчерпателен и конкретно приложим за денталната помощ. Според този подход достъпът до дентална помощ е представен като процес от четири отделни етапа (Фиг.1), а бариерите на достъпа се делят на структурни, финансови и персонални и могат да бъдат анализирани чрез съответните шест измерения: *наличност, физическа достъпност, удобство, финансова достъпност, приемливост и информираност* (Фиг.2).

Фиг. 1 Подход за изследване на достъпа до дентална помощ



Фиг. 2 Бариири на достъпа до дентална помощ



Източник: Адаптирано по McKernan и съавт. (2021) ¹³

Структурните бариири са пряко свързани с броя, вида, концентрацията, местоположението или организационната практика на доставчиците на здравни услуги. Финансовите бариири могат да ограничат достъпа като попречат на пациентите да плащат за необходимите дентални услуги, а персоналните бариири могат да блокират нуждаещите се да потърсят навременна помощ. След като различните бариири бъдат преодолени от пациентите, те могат да преминат към използването на денталните услуги. Това представлява своеобразен преход от „наличието на достъп“ (пациентът разполага с възможността при нужда да използва здравната услуга) към „получаването/оползотворяването на достъп“ (пациентът пристъпва към фактическо използване) ¹⁴.

Концепцията за достъпа през годините променя своя обхват от *влизане в системата* към *резултата* от положената грижа и това прави достъпа труден за оценка и анализиране, поради това настоящият труд се фокусира само върху емпиричното изследване на бариирите на достъпа и използваемостта на денталните услуги.

¹³ Susan McKernan, Julie Reynolds, and Michelle Mcquistan, 'Access to Dental Care', in *Burt and Eklund's Dentistry, Dental Practice, and the Community (Seventh Edition)*, ed. Ana Karina Mascarenhas, Christopher Okunseri, and Bruce A. Dye (St. Louis: W.B. Saunders, 2021), 20–27, <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-55484-8.00003-4>.

¹⁴ Минев and Рохова, 'Достъпът До Здравни Услуги Като Част От Оценката На Функционирането На Здравната Система'.

Глава 2. Изследване на достъпа до дентална помощ в България

В тази глава са представени емпирични данни и статистически анализи свързани с изпълнението на задача №2, №3, №4 и №5. В **точка 2.1** е представена кратка информация за профила на респондентите в проучването. В проведеното онлайн анкетно проучване вземат участие *953 потребители на дентални услуги*, като преобладават жените (85.9%). Средната възраст на участниците е 41.9 години. Над половината от тях (60.4%) живеят в областен град, в столицата живеят 18.0%, в малък град - 14.9%, а в селата - 6.6%. Задължително здравно осигуряване имат 97.6% от участниците. По отношение на образованието 70.7% са с висше образование, а 24.7% са със средно. Делът на респондентите с доходи под 710 лв. е 15.0%, а най-голям е делът на лицата с доходи от 711 до 1200 лв. и от 1201 до 2000 лв. – съответно 35.6% и 29.9%. В доходната група от 2001 до 3400 лв. попадат 11.2% от участниците, а над 3400 лв. получават 8.3% от участниците. Заетите лица на пълен работен са 71.7%.

Анкетната карта е изцяло попълнена от 151 *доставчици на дентални услуги* (86% от запитаните). И при тази извадка по-големият дял от участници са жени (75.5%). Основната част от лицата са на възраст до 50 години (общо над 90%), като на възраст до 30 години са почти една трета. Почти две трети от лекарите по дентална медицина осъществяват своята практика в областни градове. Повече от половината от лекарите по дентална медицина нямат призната специалност в системата на здравеопазването и работят предимно между 4 и 8 часа на ден, а над 80% съобщават, че приемат пациенти и извън работното си време.

В **точка 2.2** е представен анализ на структурните бариери на достъпа до дентална помощ въз основа на изследване на измерения *Наличност, Физическа достъпност и Удобство* по поставена задача №2.

В **параграф 2.2.1** е изследвано измерение *Наличност*, като въз основа на публични статистически данни е проучена осигуреността с лекари по дентална медицина, медицински сестри/дентални асистенти и зъботехници в страната и тяхното разпределение по райони. Броят на лекарите по дентална медицина на 1000 души от населението през последните години се увеличава. Колкото по-голям е броят на денталните лекари спрямо броя на населението, толкова по-голяма е вероятността за осигуряване на достъп до дентална помощ. Въпреки това анализът показва значителни неравенства в осигуреността на населението с лекари по дентална медицина, поради неравномерното им разпределение по райони и по области на планиране в страната, като най-висока е концентрацията им в по-урбанизираните райони с медицински университети и с висока

икономическа активност, каквито са Югозападния, Южния централен и Североизточен район.

Разпределението на зъботехниците на 1000 души население на територията на страната, отново както при лекарите по дентална медицина, е неравномерно, като в само в три района е покрита средната осигуреност за страната през 2022г. За сметка на това анализът на съотношението на медицинските сестри на 1000 души население и разпределението им по райони показва по-слабо изразено неравномерно разпределение. Половината от лекарите по дентална медицина, взели участие в проучването, посочват че работят постоянно с дентален асистент или медицинска сестра в своята практика, а липсата на кадри в тази област е най-рядко посочваната причина, поради която зъболекарите избират да работят самостоятелно (6.6%).

Измерението на достъпа *Физическа достъпност* е пряко свързано с измерението *Наличност*, като в него се отразява възможността на потребителите да достигнат до доставчика на дентална услугата. Това измерение е анализирано чрез резултати от анкетно проучване сред потребителите и лекарите по дентална медицина, представено в **параграф 2.2.2**. Установените дисбаланси по райони на планиране в страната се потвърдиха и от резултатите от проведеното анкетно проучване сред лекарите по дентална медицина, тъй като практиките на лекарите по дентална медицина са небалансирано разпределени и между градовете и селата. Зъболекарите основно практикуват в големите областни градове (65.6%) или в столицата (22.5%), а в малък град упражняват професията си едва 9.3%, докато в селата този дял е 2.6%. Това е и основната причина, поради която жителите на селата и на по-малките градове използват транспорт до друго населено място, за да получат дентална помощ. Най-голям дял от жителите на селата (90%) и 40% от населяващите по-малките градове, взели участие в проучването използват транспорт до друго населено място, за да получат дентална помощ. Над половината (54%) от жителите на селата пътуват, защото в тяхното населено място няма практикуващ дентален лекар. Въпреки това най-голям дял от респондентите от потребителската група успяват да се придвижват в рамките на 30 минути до своя дентален лекар (77.4%) и не им се налага да пътуват до друго населено място, за да получат нужната им дентална помощ (81.4%).

Придвижването до дентален лекар може да бъде усложнено за пациентите, поради липса на транспорт или необходимостта от изминаване на далечно разстояние. Анализът показва, че затрудненото придвижване оказва различно по степен ограничение по *възраст* ($p < 0.038$), *образование* ($p < 0.001$),

местожителство ($p < 0.001$), самооценка на денталното здраве ($p < 0.041$), наличие на задължително здравно застраховане ($p < 0.001$), доход ($p < 0.002$) и трудов статус ($p < 0.001$). За проверка на различията е използван тестът на Ман-Уитни и Крускал-Уолис за независими извадки.

Post-hoc анализът показва, че лицата със средно образование са значително по-силно затруднени, заради придвижването от останалите групи, също както и участниците живеещи в селата. Неактивните на трудовия пазар също са по-силно възпрепятствани от активните. Ограничаващото влияние на тази бариера намалява с увеличаване на доходите, като статистически значими разлики има между участниците с доход до 710 лв. и участниците във всички групи с доходи над 1201 лв.

Доставчиците на дентални услуги е важно да могат да бъдат достигнати от потребителите освен физически, но и своевременно. В **параграф 2.2.3** е представено изследването на измерение *Удобство*, което се асоциира с организацията на практиката на лекаря по дентална медицина по начин, който отговаря на нуждите и ограниченията на пациента. Основният акцент в него е предоставянето на дентални услуги навреме и обикновено се разглеждат часове за прием и времето за изчакване. Най-често пациентите в проучването успяват да получат дентална помощ в рамките на една седмица след записване на час (63.2%), а според една четвърт от анкетиранияте потребители времето, което изминава между записването на час и получаването на денталната помощ, обикновено е от една до три седмици.

Причина, поради която потребителите са склонни да отложат дентални прегледи според нашето проучване, е липсата на време от тяхна страна или поради това, че зъболекарят им не работи в удобно за тях време. Установи се, че съществува значима връзка между липсата на време за дентално посещение и различни фактори като *образование* ($p < 0.020$), *местожителство* ($p < 0.031$), *възраст* ($p < 0.001$), *трудов статус* ($p < 0.033$), *доход* ($p < 0.004$) и *наличието на ДЗЗ* ($p < 0.033$). Резултатите предполагат, че лицата във възрастовите групи над 51 години са ограничени в по-малка степен от тези в активна възраст между 31-40 г. Оказа се, че столичани по-трудно намират време в сравнение с жителите на областните градове. Установи се, че липсата на време нараства с увеличаване на дохода и нивото на образование, като статистически значими разлики има между участниците с доходи над 3400 лв. и участниците в двете групи с доходи до 1200 лв., а лицата без допълнителна здравна осигуровка по-лесно намират време от участниците, имащи ДЗЗ. Най-голям дял (45.5%) от всички безработни, може би поради липса на други ангажименти, изобщо не смятат, че тази причина може да

ги възпре да посетят лекар по дентална медицина, за разлика от заетите, при които почти 20% са силно ограничени от липсата на време, за да посетят своя дентален лекар.

Лекарите по дентална медицина ценят времето на своите пациенти и това се демонстрира от 74.2% от запитаните зъболекари, които категорично отговарят, че на техните пациенти не им се налага често да изчакват приема си извън планирания час. Механизъм, чрез който обикновено лекарите по дентална медицина се опитват да се адаптират към времевите ограничения на своите пациенти и да им създадат удобство е чрез прием на пациенти извън работно време.

В **точка 2.3** е представен анализът на финансовите бариери чрез проучване на измерението на достъпа *Финансова достъпност*, кореспондиращ с поставена задача №3. За целта е разгледан пакетът от дентални дейности, който се покрива от Националната здравноосигурителна каса за лица над 18-години в България и условията, при които се налага потребителите да извършват доплащания за дентални услуги и техния размер.

Пакетът от дентални дейности, които НЗОК покрива в рамките на „Първична дентална помощ“, има ограничения свързани с *броят на покритите дентални услуги*, който е лимитиран за определен период от време (например пациентите имат право на преглед веднъж годишно или при поставянето на протези в рамките на няколко години, както и до определен брой лечебни дейности за календарна година). Също така денталните услуги са ограничени до специфични лечения, като е заложено използването само на *определени материали* за част от денталните услуги. Според 76.3% от лекарите по дентална медицина 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.

По-голямата част от потребителите на дентални услуги (63.4%), които са задължително здравно осигурени, не използват дентални услуги, предоставени в пакета „Дентални дейности“ от осигурителната каса, а повече от половината (55%) признават, че не са запознати с денталните услуги от пакета „Дентални дейности“, който НЗОК предоставя.

В този параграф са разгледани и начините за покриване на разходите за дентални лечения от пациентите (чрез собствени средства, чрез доплащане при използване на дентални услуги, покрити от НЗОК, чрез използване на допълнително здравно застраховане, чрез взимане на пари на заем). Според направения статистически анализ се установи, че при три от тях, общ значим фактор е *доходът*.

Най-голям дял от потребителите (86%) съобщават, че заплащат разходите за дентални услуги, от които имат нужда със собствени средства, като обикновено здравно осигурените пациенти заплащат от джоба си, когато е необходимо да им бъде проведено лечение, и са надхвърлили вече полагащия им се обем дентални услуги, или се налага да бъдат използвани дентални дейности и/или материали извън определените в пакетите от НЗОК. Освен тези директни плащания, здравноосигурените лица правят и фиксирани регламентирани доплащания.

При отчитане на степента на влияние на заплащането за дентални услуги върху посещенията при лекар по дентална медицина, независимо от начина на покритие на денталните разходи, се наблюдават значими разлики по *пол, образование, самооценка на денталното здраве, наличието на допълнителна здравна застраховка, доход и трудов статус (Табл.1)*. Различията са проверени с помощта на Ман-Уитни и Крускал-Уолис тест за независими извадки.

Степента на възпиране е по-слаба при лицата с доходи над 3400 лв. и е значително по-висока в доходните групи до 2000 лв., като най-силна зависимост има при пациентите с най-ниски доходи. При висшистите и при мъжете се наблюдава по-слабо възпрепятстване поради тази причина, отколкото при лицата с полувисше образование и жените. Поради финансовата сигурност, която дава допълнителната здравна застраховка, респондентите, които имат такава, не реагират толкова силно на заплащането като мотив за отлагане на дентална визита в сравнение с тези, които нямат. При заетите лица също се отчитат по-ниски нива на въздържане от дентални лечения и прегледи спрямо безработните. Съществени различия има и при различните групи участници по оценка на собственото дентално здраве, като се забелязва, че най-силно ограничени да извършват дентална визита са потребителите с ниска самооценката за денталното си здраве.

Изследвани са също в този контекст нагласите на потребителите по отношение на заплащането на денталните услуги, като е анализирана степента на съгласието им с предложени твърдения: *„достъпът до дентални услуги е*

затруднен поради високите разходи за тях“ и „отлагането на посещение при дентален лекар ще увеличи разходите за лечение в следствие“. Анализът показва, че сред респондентите, независимо от техните характеристики, е постигнат консенсус във възприятията, че цените затрудняват достъпа до дентална помощ.

Таблица 1. Сравнение на степента на влияние на заплащането за дентални услуги при различни групи потребители по фактори

Фактор	Оценка на степента на влияние*					Средна оценка	stat	P-value
	1	2	3	4	5			
възраст								
до 30 г.	23(26.7%)	15(17.4%)	16(18.6%)	17(19.8%)	15(17.4%)	2.84	H = 4.622	.328
31 – 40 г.	73 (36.3%)	33(16.4%)	36(17.9%)	24(11.9%)	35(17.4%)	2.58		
41 – 50 г.	47 (31.5%)	23(15.4%)	27(18.1%)	23(15.4%)	29(19.5%)	2.76		
51 – 60 г.	18 (26.5%)	7 (10.3%)	23(33.8%)	5 (7.4%)	15(22.1%)	2.88		
над 60 г.	8 (21.6%)	8 (21.6%)	7 (18.9%)	5 (13.5%)	9 (24.3%)	2.97		
пол								
мъж	38 (44.7%)	16(18.8%)	14(16.5%)	9 (10.6%)	8 (9.4%)	2.21	z = 3.517	<.001
жена	131 (28.7%)	70(15.4%)	95(20.8%)	65(14.3%)	95(20.8%)	2.83		
образование								
висше	131(33.9%)	62(16.0%)	80(20.7%)	55(14.2%)	59(15.2%)	2.61	H = 13.034	.001
полувисше	4 (14.3%)	2 (7.1%)	7 (25.0%)	4 (14.3%)	11(39.3%)	3.57		
средно	34 (27.0%)	22(17.5%)	22(17.5%)	15(11.9%)	33(26.2%)	2.93		
местожителство								
столица	35 (34.7%)	16(15.8%)	19(18.8%)	13(12.9%)	18(17.8%)	2.63	H = 7.768	.051
областен град	110 (34.3%)	48(15.0%)	64(19.9%)	44(13.7%)	55(17.1%)	2.64		
малък град	17 (21.3%)	14(17.5%)	19(23.8%)	10(12.5%)	20(25.0%)	3.03		
село	7 (17.9%)	8 (20.5%)	7 (17.9%)	7 (17.9%)	10(25.6%)	3.13		
самооценка на денталното здраве								
отлично	13 (59.1%)	4 (18.2%)	1 (4.5%)	2 (9.1%)	2 (9.1%)	1.91	H = 39.866	<.001
много добро	35 (46.1%)	12(15.8%)	16(21.1%)	4 (5.3%)	9 (11.8%)	2.21		
добро	63 (34.2%)	32(17.4%)	40(21.7%)	30(16.3%)	19(10.3%)	2.51		
средно	32 (21.2%)	28(18.5%)	33(21.9%)	28(18.5%)	30(19.9%)	2.97		
влошено	21 (23.9%)	10(11.4%)	16(18.2%)	7 (8.0%)	34(38.6%)	3.26		
много лошо	5 (25.0%)	0 (0.0%)	3 (15.0%)	3 (15.0%)	9 (45.0%)	3.55		
ЗЗО								
да	166 (31.7%)	84 (16%)	104(19.8%)	73(13.9%)	97(18.5%)	2.72	H = 2.720	.257
не знам	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (66.7%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	3.67		
не	3 (21.4%)	2 (14.3%)	3 (21.4%)	1 (7.1%)	5 (35.7%)	3.21		
ДЗЗ								
да	64 (36.8%)	29(16.7%)	34(19.5%)	26(14.9%)	21(12.1%)	2.49	H = 7.112	.029
не знам	11 (36.7%)	4 (13.3%)	4 (13.3%)	5 (16.7%)	6 (20.0%)	2.70		
не	94 (27.9%)	53(15.7%)	71(21.1%)	43(12.8%)	76(22.6%)	2.86		
доход								
до 710 лв.	26 (31.0%)	10(11.9%)	19(22.6%)	9 (10.7%)	20(23.8%)	2.85	H = 49.058	<.001
711 – 1200 лв.	37 (19.2%)	29(15.0%)	37(19.2%)	33(17.1%)	57(29.5%)	3.23		
1201 – 2000 лв.	56 (35.0%)	27(16.9%)	37 (23.1%)	20(12.5%)	20 (12.5%)	2.51		
2001 – 3400 лв.	23 (37.7%)	12(19.7%)	13 (21.3%)	10(16.4%)	3 (4.9%)	2.31		
над 3400 лв.	27 (62.8%)	8 (18.6%)	3 (7.0%)	2 (4.7%)	3 (7.0%)	1.74		
трудова статус								
активен	137 (33.0%)	70(16.9%)	84 (20.2%)	55(13.3%)	69 (16.6%)	2.64	H = 9.195	.010
безработен	5 (22.7%)	1 (4.5%)	4 (18.2%)	2 (9.1%)	10 (45.5%)	3.50		
неактивен	27 (26.0%)	15(14.4%)	21 (20.2%)	17(16.3%)	24 (23.1%)	2.96		

*Скала за оценка на степента на влияние от 1 до 5, като 1 означава, че посочената причина изобщо не ограничава потребителите, а 5 означава, че посочената причина най-силно ограничава потребителите.

В точка 2.4 е представен анализ на персоналните бариери на достъпа до дентална помощ въз основа на изследване на измерения *Информираност и Приемливост* по поставена задача №4.

При проучването на измерение *Информираност* е изследвана връзката между различни фактори и индивидуалните нагласи на пациентите към получаването на дентална помощ. Оценена е степента, в която потребителите могат да получават, комуникират, обработват и разбират здравна информация, по начин, който им позволява да вземат подходящи здравни решения. Осведомеността се разглежда като неразделна част от достъпа и включва компонентите на комуникацията с денталния екип и здравната грамотност на потребителите. Някои от предлаганите инструменти за измерване на оралната грамотност са свързани с обследване на познанията на потребителите на дентални услуги свързани като цяло с оралното здраве и неговата профилактика, етиологията на оралните заболявания и здравната система (Табл. 2).

Таблица 2. Оценка на нагласите на пациентите към денталната помощ

Твърдение	Степен на съгласие на пациентите*					Средна оценка
	1	2	3	4	5	
Зъболекарите имат важна роля само в лечебната част, а не в превенцията на дентални заболявания	260 (27.3%)	184 (19.3%)	114 (12%)	189 (19.8%)	206 (21.6%)	2.89
Заболяванията на устната кухина не са сериозни и лечението им търпи отлагане	574 (60.2%)	153 (16.1%)	59 (6.2%)	62 (6.5%)	105 (11%)	1.92
Неприятни преживявания от дентални процедури водят до отлагане на посещения при дентален лекар	145 (15.2%)	112 (11.8%)	94 (9.9%)	273 (28.6%)	329 (34.5%)	3.56
Ако не се усеща болка в устната кухина - не е необходимо да се посещава дентален лекар	519 (54.5%)	173 (18.2%)	61 (6.4%)	98 (10.3%)	102 (10.7%)	2.05
Редовните посещения при дентален лекар помогнат за поддържане на денталното здраве	98 (10.3%)	22 (2.3%)	37 (3.9%)	76 (8%)	720 (75.6%)	4.36

*Скала за оценка на степента на съгласие от 1 до 5, като 1 означава, че пациента изобщо не е съгласен с посоченото твърдение, а 5 означава, че е напълно съгласен с него.

Анализът на отговорите на потребителите потвърди, че пациентите демонстрират сравнително висока здравна грамотност относно сериозността на заболяванията на устната кухина, необходимостта от провеждане на навременно лечение, както и за извършването на редовни посещения при дентален лекар, които да не са мотивирани от болката. Проучването обаче показва, че в голяма

степен извадката от популацията не разполага с достатъчно информация за ролята на зъболекаря в превенцията на денталните заболявания, тъй като няма категорична позиция за мястото на профилактиката в лечебния цикъл. Това би оказало пряк ефект върху здравното им поведение, което е медиатор към цялостното им здравословно състояние. По-възрастните респонденти, тези със средно образование, по-ниски доходи и безработните в най-малка степен споделят мнението, че техният зъболекар може да им помогне чрез извършването на профилактични дейности.

При анализа на измерение *Приемливост* се установи, че страхът и безпокойството, които изпитват пациентите при посещение на зъболекар, са водеща причина, която може да ограничи достъпа до дентална помощ, като кара пациентите да отлагат денталните си визити. Различни фактори като *възраст, образование, самооценка на денталното здраве и трудов статус* се асоциират със здравното поведение на пациентите, които изпитват страх от дентални манипулации (Табл. 3).

Потребителите с висше и полувисше образование в сравнение с участниците със средно образование по-рядко изпитват страх, който е толкова силен, че да ги накара да отложат посещение при дентален лекар. Най-младата част от популацията до 30г. най-силно се влияе от страха, като разликата с тези между 31 и 40 г. е значима според направения *post-hoc* анализ. Също така се установи и различие между групите оценяващи денталното си здраве като много лошо и влошено в сравнение с тези с отлично и много добро, като при първите две страхът е по-ясно изразен. Трудовата заетост също има връзка с тази емоция на пациентите, като активните на трудовия пазар са по-малко ограничени от нея, отколкото неактивните.

Таблица. 3 Сравнение на степента на влияние на страха от дентални манипулации при различни групи потребители по фактори

Фактори	Оценка на степента на влияние*					Средна оценка	stat	P-value
	1	2	3	4	5			
възраст								
до 30 г.	27 (31.4%)	8 (9.3%)	13 (15.1%)	18 (20.9%)	20 (23.3%)	2.95	H = 10.521	.033
31 – 40 г.	107(53.2%)	17 (8.5%)	18 (9.0%)	15 (7.5%)	44 (21.9%)	2.36		
41 – 50 г.	72 (48.3%)	20(13.4%)	21(14.1%)	5 (3.4%)	31 (20.8%)	2.35		
51 – 60 г.	31 (45.6%)	7 (10.3%)	11(16.2%)	6 (8.8%)	13 (19.1%)	2.46		
над 60 г.	11 (29.7%)	9 (24.3%)	9 (24.3%)	3 (8.1%)	5 (13.5%)	2.51		
пол								
мъж	39 (45.9%)	11(12.9%)	14(16.5%)	8 (9.4%)	13 (15.3%)	2.35	z = 0.583	.560
жена	209(45.8%)	50(11.0%)	58(12.7%)	39 (8.6%)	100 (21.9%)	2.50		
образование								
висше	185 (47.8%)	43(11.1%)	55(14.2%)	31 (8.0%)	73 (18.9%)	2.39	H = 9.398	.009
полувисше	17 (60.7%)	3 (10.7%)	2 (7.1%)	2 (7.1%)	4 (14.3%)	2.04		
средно	46 (36.5%)	15(11.9%)	15(11.9%)	14 (11.1%)	36 (28.6%)	2.83		
местожителство								
столица	54 (53.5%)	5 (5.0%)	18(17.8%)	3 (3.0%)	21 (20.8%)	2.33	H = 2.979	.395
областен град	146 (45.5%)	37(11.5%)	38(11.8%)	29 (9%)	71 (22.1%)	2.51		
малък град	30 (37.5%)	14(17.5%)	9 (11.3%)	9 (11.3%)	18 (22.5%)	2.64		
село	18 (46.2%)	5 (12.8%)	7 (17.9%)	6 (15.4%)	3 (7.7%)	2.26		
самооценка на денталното здраве								
отлично	17 (77.3%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (13.6%)	1.64	H = 34.078	<.001
много добро	50 (65.8%)	3 (3.9%)	11(14.5%)	6 (7.9%)	6 (7.9%)	1.88		
добро	85 (46.2%)	23(12.5%)	26(14.1%)	21 (11.4%)	29 (15.8%)	2.38		
средно	62 (41.1%)	23(15.2%)	17(11.3%)	11 (7.3%)	38 (25.2%)	2.60		
влошено	29 (33.0%)	8 (9.1%)	15(17.0%)	7 (8.0%)	29 (33.0%)	2.99		
много лошо	5 (25.0%)	2 (10.0%)	3 (15.0%)	2 (10.0%)	8 (40.0%)	3.30		
ЗЗО								
да	241 (46%)	61(11.6%)	69(13.2%)	45 (8.6%)	108(20.6%)	2.46	H = 1.463	.481
не знам	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	3.33		
не	7 (50.0%)	0 (0.0%)	1 (7.1%)	1 (7.1%)	5 (35.7%)	2.79		
ДЗЗ								
да	90 (51.7%)	20(11.5%)	20(11.5%)	12 (6.9%)	32 (18.4%)	2.29	H = 3.852	.146
не знам	14 (46.7%)	2 (6.7%)	5 (16.7%)	4 (13.3%)	5 (16.7%)	2.47		
не	144(42.7%)	39(11.6%)	47(13.9%)	31 (9.2%)	76 (22.6%)	2.57		
доход								
до 710 лв	43 (51.2%)	9 (10.7%)	13(15.5%)	10 (11.9%)	9 (10.7%)	2.20	H = 3.710	.447
711 – 1200 лв	81 (42.0%)	21(10.9%)	29 (15%)	16 (8.3%)	46 (23.8%)	2.61		
1201 – 2000 лв	73 (45.6%)	23(14.4%)	14 (8.8%)	15 (9.4%)	35 (21.9%)	2.48		
2001 – 3400 лв	31 (50.8%)	3 (4.9%)	10(16.4%)	2 (3.3%)	15 (24.6%)	2.46		
над 3400 лв	20 (46.5%)	5 (11.6%)	6 (14.0%)	4 (9.3%)	8 (18.6%)	2.42		
трудова статус								
активен	204(49.2%)	47(11.3%)	50(12.0%)	30 (7.2%)	84 (20.2%)	2.38	H = 7.254	.027
безработен	10 (45.5%)	2 (9.1%)	2 (9.1%)	2 (9.1%)	6 (27.3%)	2.64		
неактивен	34 (32.7%)	12(11.5%)	20(19.2%)	15 (14.4%)	23 (22.1%)	2.82		

*Скала за оценка на степента на влияние от 1 до 5, като 1 означава, че посочената причина изобщо не ограничава потребителите, а 5 означава, че посочената причина най-силно ограничава потребителите.

В точка 2.5 е представен резултатът от преодоляването на различните бариери пред достъпа до дентална помощ и осъществяването на фактическо използване на дентални услуги от пациентите. Анализирани са броят на

денталните посещения, направени от пациентите, причините за тях и връзката между използваемостта на денталната помощ и различни фактори.

За изпълнението на задача №5 е направен анализ на степента на ограничение, която налагат различните бариери върху използваемостта на дентална помощ. Разгледаните шест измерения на достъпа до дентална помощ се асоциират със структурните, финансовите и персоналните бариери, които могат да намалят използваемостта на дентална помощ. В проведеното изследване над половината от потребителите (56.7%) 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 установи 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 (Табл. 4).

Таблица 4 Сравнение на степента на влияние на бариерите на достъпа според потребителите

Бариера		Оценка на степента на влияние *					Средна оценка	p-value (Kruskal-Wallis)
		1	2	3	4	5		
Структурни бариери	Липса на време	156 (28.8%)	87 (16.1%)	113 (20.9%)	85 (15.7%)	100 (18.5%)	2.79	<.001
	Затруднено придвижване до дентален лекар	427 (78.9%)	41 (7.6%)	20 (3.7%)	20 (3.7%)	33 (6.1%)	1.50	
Финансови бариери	Заплащането на денталните услуги	169 (31.2%)	86 (15.9%)	109 (20.1%)	74 (13.7%)	103 (19%)	2.73	
Персонални бариери	Страх от дентални манипулации	248 (45.8%)	61 (11.3%)	72 (13.3%)	47 (8.7%)	113 (20.9%)	2.48	
	Неосъзната нужда от дентално лечение	354 (65.4%)	64 (11.8%)	60 (11.1%)	14 (2.6%)	49 (9.1%)	1.78	

*Скала за оценка на степента на влияние от 1 до 5, като 1 означава, че посочената причина изобщо не ограничава потребителите, а 5 означава, че посочената причина най-силно ограничава потребителите.

След като различните бариери бъдат преодолени от пациентите, те могат да преминат към използването на денталните услуги. Това представлява своеобразен преход от „наличието на достъп“, т.е. пациентът разполага с

възможността при нужда да използва здравната услуга към „*получаването на достъп*“ – пациентът пристъпва към фактическо използване.

Според резултатите от това проучване един пациент средно посещава дентален лекар 1.58 пъти годишно. Най-често участниците в изследването са посещавали дентален лекар веднъж за последните 12 месеца, но има и значителен дял от 24% , които повече от една година нито веднъж не са били на зъболекар. Респондентите в изследването посещават предимно един и същ зъболекар в 67% от случаите и по-рядко при избора си следват препоръка от роднини, близки или приятели.

Използваемостта на денталните услуги, представена като брой посещения през последните 12 месеца, значимо се различава сред потребителите по факторите *образование* ($p < 0.004$), *доход* ($p < 0.009$) и *трудов статус* ($p < 0.035$). Участниците с висше образование са посещавали средно повече пъти зъболекар (1.66) от тези със средно образование (1.37), като разликата е значима според направения post-hoc анализ. Лицата с доходи между 1201 и 2000 лв. най-много пъти през последните 12 месеца са били на зъболекар, като средният им брой посещения (1.72) е значително повече от тези с доход до 710 лв. (1.31). Установи се също и връзка между броят посещения и *трудовият статус*, като най-голям е делът на безработните, които през последната година не са посещавали дентален лекар. Това допълва предходната констатация свързана с дохода, като показва още веднъж, че доходите на потребителите могат да окажат силен възпиращ ефект върху използваемостта.

За да изследваме въздействието на различните бариери върху използваемостта на дентални услуги от потребителите през последната една година, участниците са разделени в две групи. В първата група са потребителите, които през последните 12 месеца са посещавали лекар по дентална медицина независимо от броя пъти и съответно в другата група са пациентите, които не са посещавали. Различията са проверени с помощта на Ман-Уитни тест за независими извадки. След съпоставка на средите оценки, които дават респондентите на степента на ограничение, която оказват различните бариери, се установи статистическа значима разлика между двете дефинирани по-горе групи участници по отношение на *заплащането на денталните услуги, страха от зъболекар и неосъзната нужда от дентално лечение* (Табл. 5). При тези, които не са ползвали дентални услуги през последната година, средните оценки са съществено по-високи, т.е. наистина тези ограничения оказват въздействие върху използваемостта в този времеви интервал. Липсата на време и затруднено

придвижване до дентален лекар според анализа няма основание да се считат за статистически значими ограничения пред използването на дентална помощ.

Таблица. 5 Сравнение на степента на влияние на бариерите на достъпа върху използваемостта на дентални услуги

Бариера	Посещение при ЛДМ през последните 12 месеца	Оценка на степента на влияние*					Средна оценка	z-stat	P-value
		1	2	3	4	5			
Заплащането на денталните услуги	НЕ	38 (16.7%)	20 (8.8%)	20 (8.8%)	24 (10.5%)	36 (15.8%)	3.00	2.306	.021
	ДА	131 (32.5%)	66 (16.4%)	89 (22.1%)	50 (12.4%)	67 (16.6%)	2.64		
Липса на време	НЕ	37 (16.2%)	24 (10.5%)	27 (11.8%)	19 (8.3%)	31 (13.6%)	2.88	0.791	.429
	ДА	119 (29.5%)	63 (15.6%)	86 (21.3%)	66 (16.4%)	69 (17.1%)	2.76		
Затруднено придвижване до дентален лекар	НЕ	104 (45.6%)	10 (4.4%)	7 (3.1%)	7 (3.1%)	10 (4.4%)	1.62	1.263	.207
	ДА	323 (80.1%)	31 (7.7%)	13 (3.2%)	13 (3.2%)	23 (5.7%)	1.47		
Страх от дентални манипулации	НЕ	52 (22.8%)	16 (7.0%)	19 (8.3%)	10 (4.4%)	41 (18.0%)	2.80	2.701	.007
	ДА	196 (48.6%)	45 (11.2%)	53 (13.2%)	37 (9.2%)	72 (17.9%)	2.36		
Неосъзната нужда от дентално лечение	НЕ	74 (32.5%)	18 (7.9%)	20 (8.8%)	6 (2.6%)	20 (8.8%)	2.13	3.666	<.001
	ДА	280 (69.5%)	46 (11.4%)	40 (9.9%)	8 (2.0%)	29 (7.2%)	1.66		

*Скала за оценка на степента на влияние от 1 до 5, като 1 означава, че посочената причина изобщо не ограничава потребителите, а 5 означава, че посочената причина най-силно ограничава потребителите.

Липсата на време е оценена сред потребителите като най-силно възпиращата причина за отлагане на дентален преглед, когато се разглежда „наличието на достъп“ и възможността при нужда да се използва денталната услуга (Табл. 4). При анализа на „получаването на достъп“ и реалното използване на денталните услуги (Табл. 5) се оказва, че тази структурна бариера се преодолява от потребителите и те най-вероятно успяват да организират ангажиментите си, да приоритизират оралното си здраве и да намерят време, за да получат нужната им дентална помощ.

Изчакването на проблема да се реши от само себе си е признак на неосъзната нужда от дентален преглед, поради ниска здравна осведоменост. Въпреки че при анализа се установи статистически значима разлика между двете групи потребители (посетилите и непосетилите дентален лекар през последните 12 месеца), делът на потребителите, които оценяват тази причина като силно

възпираща и отлагат дентална визита е сравнително нисък за разлика от останалите статистически значими причини.

Според лекарите по дентална медицина най-честата причина за посещение на пациентите при тях е появата на болка (36.4%), следвана от лечението на кариес (25.2%), което до известна степен е обосновано от преобладаващата част зъболекари в проучването, които практикуват в областта на общата дентална медицина. Едва 6.6% от зъболекарите споделят, че пациентите им ги посещават за профилактични прегледи. Когато пациентите съобщават причините за последното им посещение при дентален лекар, най-голям дял от тях (34.7%) посочват извършването на профилактичен преглед. След него се подрежда лечението на кариес (32.8%), а на трето място с минимална разлика е почистването на зъбен камък (32.1%), което също може да бъде разглеждано като част от профилактичния режим за поддържане на денталното здраве. В дъното на класацията е кървенето от венците (5.4%) и наличието на зъбна травма (2.9%) като мотив за преглед при зъболекар.

Анализ на факторите, които могат да се асоциират с две от ключовите причини (профилактика или лечение) за дентално посещение установи, че *образованието* ($p < 0.001$), *самооценката на денталното здраве* ($p < 0.001$), *местожителството* ($p < 0.008$) и *доходът* ($p < 0.001$) са фактори, които имат връзка с решенията на потребителите на дентални услуги, дали да посетят дентален лекар с профилактична цел или само в случай на остър симптом (болка). Предполагаме, че поддържането на оралното здраве и извършването на регулярни профилактични прегледи се извършва основно от по-високо образованите потребители на дентални услуги, жителите на големите градове и тези с по-висок доход. Респондентите, които оценяват като много добър и отличен своя зъбен статус демонстрират значително по-голяма ангажираност с поддържането на този статус чрез извършването на профилактични дентални прегледи.

Глава 3. Насоки за подобряване на достъпа до дентална помощ в България

В структурата на дисертационния труд следва обща дискусия на ключови изводи, представени в **Глава 3. Насоки за подобряване на достъпа до дентална помощ в България**, като е направен сравнителен анализ между получените резултати от настоящото проучване и чуждия опит в **точка 3.1**. Предвид направените изводи са формулирани препоръки за подобряване на достъпа до дентална помощ в **точка 3.2**. Тази глава на дисертационния труд е свързана с изпълнението на поставена задача №6.

Един от аспектите на достъпа, който осигурява правилното функциониране на здравната система, е достатъчната наличност на дентални специалисти на територията на страната. В **параграф 3.1.1** е разгледана съпоставка на броя завършили студенти през последните години в няколко държави в Европа, между които България се класира в челните позиции. Една от основните причини за високата осигуреност на страната с дентални лекари е именно високия брой завършващи студенти по дентална медицина. За разлика от други страни, които са осигурени с твърде малко зъболекари, за да обезпечат нуждите на населението си, в България ситуацията е обрната. Препоръката за минимална осигуреност с лекари по дентална медицина за страната за последните години е покрита, като броят на зъболекарите на 1000 души от населението е един от най-високите в Европейския съюз ¹⁵.

Разглеждането на измерението на достъпа свързано с наличността на здравни кадри в системата на здравеопазването самостоятелно не е достатъчно информативно. При извършването на по-задълбочен анализ на осигуреността с лекари по дентална медицина по райони в страната се разкри недостиг в три от тях и в измерението *Наличност* може да се очаква затруднение в достъпа в Северозападен, Северен централен и Югоизточен район. Освен тези дисбаланси между отделните райони на страната се установи и висока концентрация на лекари по дентална медицина в по-големите градове. Според проведеното проучване сред пациентите 90% от живеещите в селата съобщават, че пътуват до друго населено място, за да получат дентална помощ. От тях над 65% изтъкват като причина, която налага пътуването, липса на практикуващ зъболекар в тяхното населено място или липсата на подходящ за техния случай дентален лекар. Тези пациенти не могат да се възползват от широк избор на

¹⁵ 'Eurostat. Healthcare Personnel Statistics - Dentists, Pharmacists and Physiotherapists', August 2020, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_dentists,_pharmacists_and_physiotherapists.

професионалисти, специализирани клиники или модерно оборудване, като живеещите в големите градове на страната. В този параграф са изведени сравнения с други европейски държави, при които също се наблюдават подобни ограничения за жителите на малките населени места. Резултатите от проведеното проучване показваха, че пациентите, живеещи в селата, посещават зъболекар по-рядко от останалите респонденти, но тъй като не е открита статистически значима разлика по отношение на населеното място, може да се заключи, че макар и да създава известни затруднения, физическата достъпност не е от решаващо значение за използваемостта на дентални услуги.

Измерението *Удобство* обикновено се свързва с организацията на денталната практика, с часове за прием и времето за чакане. Резултатите от проучването сред пациентите показват, че по-голямата част от тях успяват да получат дентална помощ между един ден и една седмица след записване на час. Направеният сравнителен анализ в този параграф с различните времеви интервали за изчакване в други държави, показва, че времето за изчакване според нашето изследване е значително по-кратко от докладваните данни в тези проучвания. След като пациентите осъществят първия контакт със здравния специалист успяват да получат навременна дентална помощ, което е предпоставка за постигане на добри медицински резултати. Макар липсата на време при пациентите за посещение при дентален лекар да се оказва съществен мотив за отлагането на дентални прегледи, това не успява да ограничи значимо използваемостта на денталните услуги и те все пак успяват да приоритизират оралното си здраве и да намерят удобно време, за да получат нужната им дентална помощ. Предвид това може да се заключи, че времето необходимо за получаване на дентална помощ в измерение *Удобство* не представлява заплаха за достъпа.

В параграф 3.1.2 са разгледани ограниченията, които налагат финансовите бариери пред потребителите. Според изследване в редица държави в Европейския съюз повече от половината от хората с неудовлетворена потребност от дентална помощ са посочили, че основната причина за това са разходите¹⁶. Това се дължи на факта, че денталната помощ се финансира основно със собствени средства на потребителите и денталното здравеопазване е само частично интегрирано в обществените здравни системи. Пакетът с дентални дейности, покрит от Националната здравноосигурителна каса в нашата страна, има ограничения свързани с броя на покритите дентални услуги, който е

¹⁶ 'Eurostat. Unmet Health Care Needs Statistics in 2021, Unmet Needs for Dental Examination and Treatment.', accessed 11 March 2021, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics#General_overview.

лимитиран за определен период от време или денталните услуги са ограничени до специфични лечения, като е заложено използването само на определени материали за част от денталните услуги. За едно от оралните заболявания с най-висока честота, кариес на постоянните зъби, в пакета е предвидена за лечение само услугата: „обтурация с амалгама или химичен композит“, като не е заложена възможност за приложение на други материали. В пакета не е предвидено също така лечение на пародонталните заболявания и те остават извън обсега с възможности за споделяне на разходите. Почистването на зъбния камък, което е част от пародонталното лечение за предотвратяване на прогресията на заболяванията на венечната лигавица, например се покрива от задължителната здравна осигуровка в Словакия, макар и тази държава да предоставя по-ограничено покритие в сравнение с други европейски страни. В Естония и Литва пациентите споделят разходите със здравните каси за получаването на тази дентална услуга¹⁷. Заболяванията на венците са вторите по разпространение сред популацията орални заболявания и са едни от водещите причини за загуба на зъби при възрастни¹⁸. В повечето случаи загубата на зъби води до негативни последици свързани с качеството на живот на пациента и го тласка към търсене на последващо по-скъпо лечение за възстановяване на липсващите зъби, което може да се окаже финансово непосилно за голяма част от потребителите на дентални услуги¹⁹. Анализът на резултатите от проведеното настоящо проучване в страната е в съответствие с наблюдения за Европа, съгласно които повече от половината от всички разходи за дентални услуги са платени от джоба на пациента и следователно основен фактор за осигуряването на достъп до дентална помощ е социално-икономическият статус на пациента²⁰.

В параграф 3.1.3 са дискутирани резултатите от анализа на измерение *Информираност*. Проучването доказва, че пациентите в голяма степен могат да обработват и разбират здравна информация, която получават. Сравнително висока здравна грамотност демонстрират по-голямата част от участниците в проучването. Пропуск се установи при анализа на това измерение по отношение на информираността на потребителите за ролята на зъболекаря в превенцията на дентални заболявания. В този параграф е представен сравнителен анализ с други проучвания, които потвърждават склонността на потребителите на дентални услуги да пренебрегват рутинните прегледи на устната кухина, като това

¹⁷ Juliane Winkelmann et al., 'Exploring Variation of Coverage and Access to Dental Care for Adults in 11 European Countries: A Vignette Approach', *BMC Oral Health* 22, no. 1 (9 March 2022): 65, <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02095-4>.

¹⁸ Chandrashekar Janakiram and Bruce A. Dye, 'A Public Health Approach for Prevention of Periodontal Disease', *Periodontology* 2000 84, no. 1 (October 2020): 202–14, <https://doi.org/10.1111/prd.12337>.

¹⁹ Anneloes E Gerritsen et al., 'Tooth Loss and Oral Health-Related Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Health and Quality of Life Outcomes* 8 (5 November 2010): 126, <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-126>.

²⁰ Juliane Winkelmann, Jesús Gómez Rossi, and Ewout van Ginneken, 'Oral Health Care in Europe: Financing, Access and Provision', *Health Systems in Transition* 24, no. 2 (June 2022): 1–176.

отразява липсата на информираност за ползите от извършването на редовните посещения при зъболекар.

Най-силно ограничени и склонни да пропуснат дентален преглед поради неосъзнаване на необходимостта от дентално лечение в това проучване са голям дял от пациентите със средно образование, жителите на селата, както и респондентите с влошено дентално здраве според самооценката им. Дори и отчитайки, че самооценката за денталното здраве не е напълно обективна, лицата, които дават най-ниски оценки за своя дентален статус са именно тези, при които се регистрира и най-ниска степен на информираност по редица въпроси свързани с денталната помощ. Gio и съавт. (2014) достигат до сходен извод, като докладват пряката връзка между по-високите нива на здравна грамотност и по-добрия орален здравен статус²¹. Респондентите с ниска самооценка на денталното здраве в настоящото проучване посещават предимно зъболекар при наличието на болка и по-рядко с цел профилактичен преглед. Тези пациенти от една страна считат високите цени за сериозна пречка, но от друга по-често заплащат по-високи суми за дентално лечение, което е още една индикация за капана, в който се намират.

В **параграф 3.1.3** е представено обсъждане на резултатите от анализа на измерение *Приемливост*. Страхът от зъболекар може да възпрепятства приемането на дентална помощ. Най-силно ограничени от него основно са участниците със средно образование, по-младата част от популацията до 30г., както и пациентите, които оценяват денталното си здраве като много лошо и влошено. Тези резултатите са сходни със съобщените резултати в други изследвания. Безпокойството, което поражда зъболекарския стол, модифицира поведението на пациентите, като най-силно засегнати от него в настоящото проучване са предимно респондентите с влошено дентално здраве. На тях поради състоянието на зъбния им статус най-вероятно им се налага да преживяват тежки и травматични процедури, които в следствие ги възпрепятстват навреме повторно да отидат при дентален специалист. Затова от съществено значение е използването на различни подходи за намаляване на негативните ефекти от тях, като за целта се прилагат редица механизми за оценка и управление на страха и безпокойството, а именно попълване на въпросници, прилагане на фармакологични средства, психотерапевтични методи, които се използват в зависимост от степента на тревожност. При пациенти с установени ниски нива на тревожност обикновено положително въздействат промени в заобикалящата

²¹ Yi Guo et al., 'Health Literacy: A Pathway to Better Oral Health', *American Journal of Public Health* 104, no. 7 (July 2014): e85–91, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301930>.

среда, подобряване на чувството за контрол, като най-често прилаган в тази клинична практика е стоп сигнала и насърчаване на когнитивното разсейване. При пациенти, за които са регистрирани високи нива на тревожност обикновено се прилагат различни психотерапевтични методи и/или фармакологични средства като локална анестезия, седация и обща анестезия²². За справянето с тези тревожни емоции е необходимо да се осъществява диалог, в който пациентът да придобие увереност и доверие към своя зъболекар.

В параграф 3.1.4 са обсъдени резултатите от проучването свързани с използваемостта на дентална помощ. Според настоящото проучване се установи редуцирано използване на дентални услуги за последните 12 месеца при пациентите със средно образование, ниски доходи и безработните. Анализът между получените резултати от настоящото проучване въз основа на мнението на лекарите по дентална медицина и чуждия опит установи, че пациентите основно търсят дентален лекар при наличието на болка. Пациентите често търсят дентална помощ в по-късните етапи на заболяването, когато се появят силни симптоми като болка и дискомфорт, а не по-рано, т.е. демонстрират поведение ориентирано към лечението, а не към превенция. В кабинета на зъболекаря, заради зъбобол, влизат по-често участниците със средно образование, тези с влошено дентално здраве, както и пациентите, чийто доходи са ниски и живеят в селата.

В този параграф е направен сравнителен анализ с други проучвания, които в голяма степен потвърждават изводите получени в нашето изследване, а именно че най-силно ограничаващите бариери за получаване на дентална помощ се оказват заплащането на денталните услуги и страхът от зъболекар. Обобщение на изводите по измерения на достъпа са посочени в Таблица №6.

²² Ava Elizabeth Carter et al., 'Pathways of Fear and Anxiety in Dentistry: A Review', *World Journal of Clinical Cases* : *WJCC* 2, no. 11 (16 November 2014): 642–53, <https://doi.org/10.12998/wjcc.v2.i11.642>; T. Newton et al., 'The Management of Dental Anxiety: Time for a Sense of Proportion?', *British Dental Journal* 213, no. 6 (September 2012): 271–74, <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.830>.

Таблица №6 Обобщение на изводите по измерения на достъпа

Измерение	Изводи
Наличност	Разпределението на лекарите по дентална медицина е непропорционално в страната, като ниска обезпеченост с тези медицински специалисти се наблюдава в Северозападният, Северният централен и Югоизточният район на страната. Освен тези дисбаланси между отделните райони на страната се установи и висока концентрация на лекари по дентална медицина в по-големите градове.
Физическа достъпност	Потребителите на дентални услуги основно със средно образование, ниски доходи, неактивни на трудовия пазар и живеещи в селата са най-силно ограничени да получат дентална помощ, поради затруднения в пътуването до своя зъболекар свързани с липсата на транспорт или изминаването на далечно разстояние.
Удобство	Потребителите на дентални услуги основно на възраст до 30г., трудово активни, с по-високо образование и доходи, както и жителите на столицата са най-силно ограничени да получат дентална помощ поради това, че не могат да намерят време да отидат на зъболекар или понеже зъболекарят не работи в удобно за тях време.
Финансова достъпност	Потребителите на дентални услуги основно с ниски доходи, безработни и самооценяващи като влошено своето орално здраве са най-силно ограничени да получат дентална помощ поради заплащането на денталните услуги.
Приемливост	Потребителите на дентални услуги основно на възраст до 30г., с по-ниско образование, безработни и самооценяващи като влошено своето орално здраве са най-силно ограничени да получат дентална помощ поради това, че се страхуват да отидат на зъболекар.
Информираност	Потребителите на дентални услуги основно със средно образование, жителите на селата и самооценяващи като влошено своето орално здраве са най-силно ограничени да получат дентална помощ поради това, че неосъзнават нуждата от провеждане на дентално лечение.

В **точка 3.2** са формулират препоръки за подобряване на достъпа до дентална помощ в съответствие в поставена задача №6.

В страната броят и местоположението на лечебните заведения в извънболничната дентална помощ не се регулира и поради това е налице неравномерно разпределение на денталните практики и съответно по-високата им концентрация в определени райони. Географските дисбаланси в обезпечеността с лекари по дентална медицина в Северозападния, Северно централния и Югоизточния район вероятно могат да се намалят чрез подобрене на цялостната икономическата ситуация в тези части на страната и така да се даде тласък на денталните лекари да практикуват своята професия именно в тях. Освен дисбалансите между отделните райони в страната, практиките на лекарите по дентална медицина са съсредоточени основно в градовете и това затруднява физическия достъп за пациентите от по-малките населени места. В нашата страна, както и в други европейски държави, са предприети стъпки за смекчаване на негативните ефекти от географските дисбаланси, като са отпуснати допълнителни средства за финансиране на лекарите по дентална медицина, които работят в отдалечени и труднодостъпни райони. Допълнително се разглеждат и проекти за предоставяне на дентални услуги за селското население без достъп до дентална помощ в оборудвани специализирани мобилни бусове.

Предвид констатациите от това проучване се установи също така необходимост от подобряване на осведомеността на пациентите относно значимостта от използването на профилактични дентални услуги и с по-висок приоритет да се разглежда оралното здраве от тях. Това може да бъде осъществено като се разработят нови стратегии за промоция и превенция на оралното здраве, които да се интегрират в национални или местни здравни програми. С помощта на различни комуникационни канали, потребителите на дентални услуги могат да получават достъпна здравна информация от своя лекар по дентална медицина, чрез медийни кампании, информационни брошури и чрез обучения още в училищна възраст. Освен това информация за последиците от лошото орално здраве върху общото здраве може да бъде разпространявана целево сред хронично болните пациенти (*от диабет, със сърдечно-съдови проблеми, с респираторни заболявания и др.*), които обикновено имат общи рискови фактори с едни от най-разпространените орални заболявания. Друг аспект на осведомеността на потребителите, в който се откри пропуск в настоящото проучване, е сравнително ниското ниво на познание на пакета с дентални дейности, който покрива НЗОК. В тази връзка също е необходимо да бъдат предприети действия от здравните власти, чрез които на национално ниво с акцент върху най-уязвимите групи, да се подобри степента на информираност

относно видовете дентални дейности, които се заплащат изцяло или частично от НЗОК. Засилването на мониторинга върху изпълнението на задължението на доставчиците на дентална помощ да поставят в практиките си на общодостъпни места информация относно вида и цената на всички предоставяни услуги, както и за начина на заплащането им, би могло косвено да подобри знанието на пациентите в този аспект.

Според анализа, заплащането на денталните услуги силно ограничава възможността да се получи дентална помощ от потребителите. Една от основните причини е, че пациентите заплащат със собствени средства за дентални услуги, които не са включени в пакета, предоставен от НЗОК или при споделяне на разходите за покритите услуги от здравната система. Лекарите по дентална медицина в проучването смятат, че обхватът на денталните услуги покрити от здравната каса, не е достатъчен и съответно правят предложение той да бъде разширен, като се включат услугите почистване на зъбен камък и ендодонтско лечение за възрастни. Основният фокус в публично покритата програма е върху лечението, докато превенцията на заболявания на устната кухина и насърчаването на денталното здраве като цяло са слабо застъпени. Механизъм, чрез който може да се стимулирала изграждането на добра практика сред потребителите за превенция от орални заболявания е прилагането на задължителна система за извършване на регулярни дентални прегледи на здравноосигурените лица. Чрез внедряване в здравната система на професионални стандарти и системи за възнаграждение също може да се въздейства положително върху провеждането на профилактични дейности за поддържането на оралното здраве сред популацията.

Страхът от дентални манипулации, както и влиянието на минали травматични преживявания, са друга сериозна бариера, която оказва силно негативен ефект върху достъпа до дентална помощ и респективно върху здравословното състояние на пациентите. Тъй като значителна част от популацията страда от безпокойство е препоръчително в практиката си зъболекарите да прилагат различни механизми за управление на това състояние. Първата стъпка в тази посока е да се определи степента на тревожност на пациента чрез попълването на въпросник и в зависимост от нея да се прилагат различни психотерапевтични методи и/или фармакологични средства.

Предвид направените изводи за подобряване на достъпа до дентална помощ също е необходимо лекарите по дентална медицина да са готови не само да предоставят дентална помощ на пациентите, но и да ги обучават относно важността на редовната дентална грижа, да обсъждат бариерите пред

получаването на дентална помощ с тях и да ги насърчават към положителни промени в нагласите им.

Заклучение

Заболяванията на устната кухина са сред основните проблеми на общественото здравеопазване в глобален мащаб. Едни от най-разпространените орални заболявания имат голям превантивен потенциал, ако се извършват профилактични посещения при лекар по дентална медицина, но фактите сочат, че те все още са сред най-разпространените заболявания сред популацията на света и оказват сериозна здравна и икономическа тежест. Това налага необходимостта да се проведе по-задълбочено проучване с оглед разкриване същността на този проблем. На базата на обзор на специализираната научна литература са разгледани теоретичните основи при изследване на достъпа до здравни и дентални услуги. Въз основа на направения преглед на литературата е избран подходът предложен от McKernan и съавт. за анализ и оценка на достъпа до дентална помощ у нас, който предлага нов прочит на концептуалната рамка на Penchansky и Thomas от 1981г.

Въз основа на посочената теоретична постановка за проучване на достъпа до дентална помощ е проведено анкетно изследване сред потребителите и доставчиците на дентални услуги, като за анализ на резултатите са използвани статистически методи за интерпретация на данните, както и официални статистически данни и стратегически документи. Анализът показва, че повече от половината от потребителите съобщават, че им се е налагало да отложат посещение при дентален лекар, т.е. те не са успели да „реализират достъп“. Възможността пациентите да получат дентална помощ при нужда според двете групи респонденти може да бъде ограничена най-силно от заплащането на дентални услуги, страха от дентални манипулации и липсата на време при пациентите. След като различните структурни, персонални и финансови бариери бъдат преодолени се реализира използването на денталните услуги. Анализът на използваемостта на денталната помощ сред пациентите показва, че ограничения пред оползотворяването на достъпа оказват основно заплащането на денталните услуги и страхът. Предвид изводите от настоящото проучване нашата хипотеза не се потвърди изцяло, структурните бариери не възпрепятстват достъпа до дентална помощ за потребителите, докато финансовите и персоналните бариери оказват значително по-голямо ограничение на достъпа до денталните услуги за част от популацията.

Идентифицирането на детерминантите, които въздействат в отделните измерения, е от ключово значение за намаляването на неравенствата в достъпа и подобряването на здравните резултати сред населението. Заплащането на денталните услуги, изследвано в измерение „*Финансова достъпност*“, най-силно ограничава пациентите с ниски доходи, безработните и участниците оценяващи денталното си здраве като лошо. Именно тези групи респонденти в по-голяма степен и не разполагат с достатъчно информация относно пакета „Дентални дейности“, който покрива НЗОК и в случаите, когато имат реална необходимост от получаването на дентално лечение са склонни да заплатят за него необходимите суми, без значение от размера на дохода им. Това е предпоставка за създаване на неравенства при използването на дентални услуги сред пациентите с по-нисък социално-икономически статус. Страхът и безпокойствието, изследвани в измерение „*Приемливост*“, ограничават също нормалния достъп до дентални услуги, тъй като пациенти избягват посещенията при дентален лекар по-често и по този начин увеличават риска от влошаване на оралното си здраве. Най-уязвимите групи от популацията са по-младите пациенти, по-ниско образованите, безработните и очаквано тези с влошен зъбен статус според самооценката им.

Налице са различия в достъпа до дентална помощ, зависещи както от социално-икономическите детерминанти като образование, доход, трудов статус, така и от зъбния статус според самооценката на респондентите. Именно с фокус върху тези целеви групи следва да бъдат изработени политики, чрез които да се работи за редуциране на ограниченията наложени от бариерите пред достъпа до дентална помощ, тъй като оралното здраве е ключов показател за общото здравословно състояние на популацията.

4. ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Теоретични приноси

1. Проучено и хронологично проследено е развитието на теоретичните основи за изследване на достъпа до дентална помощ. Въз основа на направения литературен обзор е изведен изчерпателен и конкретно приложим за денталната помощ подход за изследване на достъпа.
2. Разработен и използван е методически инструментариум за провеждане на изследване на достъпа до дентална помощ.

Теоретично-приложни приноси

3. Изследвани са структурните, финансовите и персоналните бариери на достъпа до дентална помощ и чрез проведен статистически анализ е оценена степента им на влияние върху различни групи потребители по фактори в отделните измерения, както и върху използваемостта на дентални услуги.
4. Проучването прилага за първи път в нашата страна избрания подход за изследване на достъпа до дентална помощ, което дава възможност за провеждане на сравнителни изследвания в национален и международен план.
5. На базата на проведеното проучване и получените резултати са формулирани препоръки, които могат да бъдат взети под внимание и използвани за интегриране на мерки за подобряване на достъпа до дентална помощ в България.

5. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Е. Тодорова, Е. Атанасова, Потребителски плащания за дентални услуги в България, Българско списание за обществено здраве, брой 2, 2023
2. Е. Тодорова, Е. Атанасова, Покритие на дентални услуги от Националната здравноосигурителна каса в България, Варненски медицински форум, брой 1, 2023
3. Е. Тодорова, Безпокойство и страх - Бариера пред достъпа и приемането на дентална помощ Варненски медицински форум, т. 12, 2023, брой 1

БЛАГОДАРНОСТИ

Благодаря на доц. Елка Атанасова за дадените ценни насоки и подкрепа, за проявеното търпение и отговорност през целия период на работа.

Благодаря на проф. д-р Стефан Пеев за идеята и на проф. д-р Владимир Панов за мотивацията за създаването на този дисертационния труд.