

разширяване на медицинския стандарт „Детска дентална медицина“ с два раздела: „Комуникация с родители“ и „Здравна провета в училище“.

Обоснована е необходимостта от разработване на критерии и показатели за профилактична дейност в раздел „Качество и показатели за ефективност на дейностите в извънболничната дентална помощ“ в Националния рамков договор (НРД).

Обоснована е необходимостта и предпоставките за разработване на модели за подобряване на комуникацията между изследваните групи:

► Модел за подобряване на комуникацията между училището и семейството;

► Модел за сътрудничество между училището и ЛДМ;

► Модел за подобряване на комуникация между родителите и ЛДМ.

Доказана е целесъобразността от разработване на „Проект за въвеждане на дентална услуга в училищата“, който включва участието на министерството на здравеопазването, министерството на труда и социалната политика, столична община и Българския зъболекарски съюз.



Библиография

1. Катрова, Л. Обществено дентално здраве, дентална професия, дентална практика, WINI 1893, София, 2011.
2. Катрова Л. Стоматологичната помощ за децата и учениците в различни модели на здравеопазване – организац. аспекти. СМ, 1999; 4:29-32.
3. МЗ. Национално епидемиологично проучване за установяване състоянието на оралния статус на деца в три възрастови групи. С., 2011.
4. Bourgeois, D., L. Ottolenghi. Health Surveillance in Europe, 2008. Oral Health Interviews and Clinical Surveys: Overviews, EGOHID II, 70-75.
5. Da Silva, K. A role for the family in children's oral health. N. Y. State Dent. J. 2007; (5):55-57.
6. Hosseini A., L. Itani, P. Petersen. Socio-economic inequality in oral healthcare coverage: World Health Survey. J Dent Res 2012;91(3):275-81.
7. Jürgensen N., P. Petersen. Promoting oral health of children through schools: WHO survey in 2012. Community Dental Health 2013;(30):204-218
8. Katrova L. Systems for the provision of oral health care in the black sea countries part 2: Bulgaria. Oral Health&Dental Manag. 2009;(2): 3-7.
9. Petersen, PE. Improvement of global oral health – the leadership role of the WHO. Community Dental Health. 2010;27(4):194-8,
10. Petersen P., Z. Esheng. Dental caries and oral health behaviour situation of children..., People's Republic of China. Int. Dent. J., 48, 1998; (3):210-6.
11. Petersen P., Bourgeois D., Bratthall D. et al. Oral health information systems-towards measuring progress in oral health..., Bulletin WHO, 2005;(9): 83.
12. Petersen P., Peng B., Tai B., Bian Z. Effect of a school-based oral health education programme..., Peoples of China. Int Dent J. 2004; 54(1):33-41.

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА В ПАЗАРНИ УСЛОВИЯ¹

К. Цоков

Организацията на денталните практики в България претърпява радикална промяна в периода 1991-2011 г. Тя е обусловена както от социално-икономическите трансформации на национално ниво по време на прехода към пазарна икономика, така и от глобалните влияния при отваряне на пазара на здравни грижи. От своя страна, пазарните принципи и концепции на финансиране, производство и предоставяне на медицински и дентални грижи за населението променят радикално мястото и ролята на денталните лекари в системата на здравеопазване [1]. Собствеността върху здравните заведения и производството на здравни грижи се променя от сто процента държавна собственост, през смесена (публично-държавна, публично-частна) до почти сто процента частна собственост. Променя се и законодателната рамка на отношенията в здравеопазването. От една страна се закрепва автономният статус на лекарите по дентална медицина, от друга страна се въвеждат отношения от здравно-осигурителен тип между лекари и пациенти.

С въвеждане на пазарните механизми, лекарите по дентална медицина се изправят пред съществени предизвикателства: конкуренция, свободен избор, пазарно образуване, но също така получават шанс да постигнат определени професионални резултати, материален и социален просперитет [2].

Целта на дисертационния труд е да се установят тенденциите в организацията и управлението на денталната практика в България под влиянието на фактори от социално-икономическата среда в периода на преход от централизирана планова икономика към либерален икономически модел. Във връзка с поставената цел е дефинирано понятието дентална практика като здравно заведение от амбулаторен тип (ЗЛЗ) и като микро-предприятие (ТЗ, ЗК, ЗЗД). Установено е разпределението на лекарите по дентална медицина по пол и възраст, по начин на практикуване, собственост върху практиките. Анализирани са основните тенденции в обо-

рудването с нова техника, развитието на помощния персонал и непрекъснатото усъвършенстване на лекарите по дентална медицина.

Материал и методи

Проведено е крос-секционно социологическо проучване, под формата на пряка анонимна анкета през периода 2011-2013 г. Данните са събрани на следдипломните семинари на РК на Българския зъболекарски съюз (БЗС). Генералната съвкупност, от която е формирана представителната извадка, включва всички лекари по дентална медицина (ЛДМ) в България, регистрирани в 28-те районни колегии на БЗС към 31.12.2011 г. По официални данни броят им към тази дата възлиза на 8242 души. Броят на отзовалите се е 1331 души или 16,15% от общия брой ЛДМ. За целта е адаптирана анкетна карта, разработена и приложена от Л. Катрова [5] и в съвместни разработки [6]. Данните са въведени и обработени със специализирания статистически софтуер SPSS 16.0 за Windows.

Резултати и обсъждане

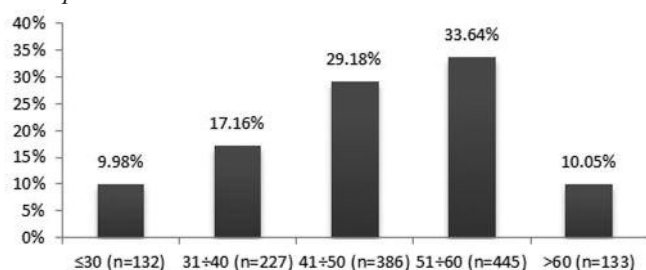
Резултатите показват, че дентални практики трайно се идентифицират като самостоятелни стопански единици и показват екстензивно и интензивно развитие. Едновременно с повишаване на броя на регистрираните практики се подобрява и техническото им оборудване, както и повишаване на професионалната квалификация и непрекъснатото усъвършенстване на лекарите по дентална медицина, които ги притежават [3, 4, 7].

Професионално-демографската картина показва трайна тенденция към увеличаване на дела на мъжете (от 23 на 35% за период от 20 години). Разпределението по възраст показва, че преобладават възрастовите групи 41-50 и 51-60 (Фигура 1). Разпределението на ЛДМ по територията на страната е неравномерно. Насищането със зъболекари в областите

¹ Дисертационен труд за придобиване на образователна и научна степен „Доктор“; Научен ръководител: проф. Д-р Лидия Г. Катрова, д.м.

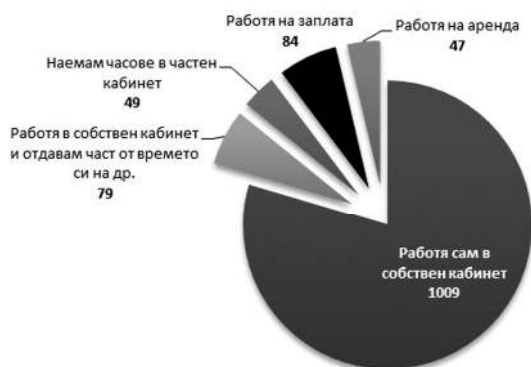
с по-добро икономическо развитие като София, Пловдив, Варна, Бургас е по-високо. В тези области работят 4495 лекари, или повече от половината от общия брой. Нещо повече, по-голямата част от тях са регистрирани и работят в областният град и по-големите градове на областта [8].

Фигура 1. Разпределение на лекарите по дентална медицина, по възраст



Установена е трайна тенденция към работа като титляр в собствен кабинет (Фигура 2). Приблизително половината от денталните лекари в България имат специалност, но едва 1/5 от тях работят единствено като специалисти. От общия брой анкетирани дентални лекари като поливалентни работят 1258 (95.38%) зъболекари, а като специалисти – едва 69 души (4.62%) (Фигура 3). Наблюдава се тенденция към посещение на краткотрайни форми на образование и обучение за поддържане на квалификацията, но не и на редовни курсове за специализация. Може да се приеме, че специалистите бързо намаляват, като се има предвид, че в групата на помладите дентални лекари броят на специалистите е незначителен. Обратно, собствениците са по-малко склонни да назначават помощен персонал [7].

Фигура 2. Собственост върху практиките и начин на практикуване

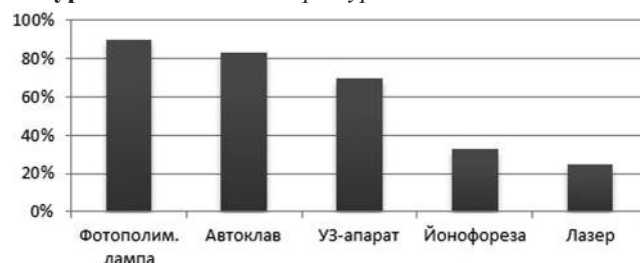


Фигура 3. Разпределение на ЛДМ по вид специалност



Анализът показва, че собствеността на кабинета е водещ фактор за подновяване на оборудването [10, 11]. Успоредно с тенденцията за закупуване на по-модерни дентални машини, кабинетите се оборудват и с друга съвременна апаратура (Фигура 4). Едва половината от зъболекарите работят със сестра, а само 8 лекари – с две сестри (Фигура 5). Почти всички работят в договорни отношения с НЗОК (95%) [12].

Фигура 4. Използвана апаратура



Фигура 5. Работа с помощен персонал по вид



Заклучение

Денталните практики в България, в тяхната съвкупност и като отделни стопански единици, показват динамични промени, обусловени и моделирани от цялостния обществено-икономически процес на реформи в България в периода на преход. Процесите водят по-скоро до екстензивно, отколкото до интензивно развитие. Забелязва се постепенна, но стабилна стратификация на професионалната общност. На лице е стремеж към съизмерване с Европейските критерии, но ниската покупателна способност и свитото потребление на дентални грижи, на фона на големия брой практикуващи в България, носи големи предизвикателства.

Библиография

1. Цоклов Кр. Л. Катрова. Актуално състояние на денталната практика в България в началото на 21-ви век, 2012; София, СИМЕЛПРЕС, 27-37.
2. Катрова Л., Кр. Цоклов. Жените лекари по дентална медицина, особености на организацията на денталната практика. СМ, 2012; №2/3: 59-61
3. Катрова Л., Кр. Цоклов, Цв. Катрова. Промяната на социално-професионалния статус на стоматолозите в България, ИМАБ. 2002; 8 (1):18-21
4. Катрова Л. Стоматологичната професия състояние и перспективи. С., ЛТД Пъблишинг. 1998; 290 с.
5. Катрова Л., Промяна в социално-професионалния статус на стоматолозите в България, дис. труд, София, 1997
6. Катрова Л., Цоклов Кр., 1997, 2001, 2004, 2008, мета-анализ.
7. Eaton K., E. Widström, L. Katrova. Education and the practice of dental public health in Bulgaria, Finland, and the UK. OHDMBSC, 2009; 8 (2): 30-7.
8. Katrova L. Leading trends in dental profession demography in Bulgaria for the period 1996-2008 (OP112), 14 Congress of BASS, 2009, Varna.
9. Koletsis-Kounari H., W. Papaioannou, T. Stefanidis. Greece's high dentist to population ratio. Journal of Dental Education, 2007.
10. Kravitz A., E. Treasure. Manual of dental practice 2008. UK. 2008; 410.
11. Sanz M., E. Treasure et al. Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with ..., European J Dental Education, 2008; 12 (1):101-110.
12. Wendling W. Private sector approaches to workforce enhancement. Journal of Public Health Dentistry. 2010; 70 Suppl 1: 24-31, UI: 20806472.