

## ЕДНА ПРОФЕСИЯ МЕЖДУ ДВЕ ЕПОХИ: ДИНАМИКА И ПЕРСПЕКТИВИ НА ДЕНТАЛНАТА МЕДИЦИНА В БЪЛГАРИЯ МЕЖДУ 1985 И 2015 Г.

Л. Катрова

След периода на социалистическа организация на здравните грижи в България, включително и в организацията на стоматологичната помощ, в преходния период медицинските професии се изправиха изведнъж пред цял комплекс от сериозни проблеми, решаването на които предполага различни срокове и степен на участие на различните социални системи.

### Как ни завари радикалната социална промяна от 1989 г.?

- ▶ Свръхпроизводство на кадри;
- ▶ "Планирана" свръх специализираност на кадрите;
- ▶ Изразена феминизация;
- ▶ Липса на координация между различните сектори на здравната служба;
- ▶ Неадекватна система за регистриране и планиране на работната сила;
- ▶ Противоречия с пара-стоматологичните професии и с работодателите.

### Какво се промени в здравеопазването през последните десетилетия?

Въпреки дълбоките противоречия в системата на здравеопазването, обусловени от икономическите и политическите промени в социалната среда и липсата на адекватна подготовка, денталните лекари в България устойчиво поеха по пътя на репрофесионализацията, основно чрез възстановяване на автономията на професията.

Когато започна реформата с либерализиране на "пазара на медицинските услуги" преди да е осъществена приватизация на здравните заведения и да е установена система за здравно осигуряване, достъпът на широки слоеве от населението до медицинска помощ беше силно ограничен. Медицинските професии, включително стоматолозите, самите те заплашени от непълна заетост, поради свръхпроизводството на висши медицински кадри в предишния период и стеснен пазар на здравните услуги днес, се изправят и пред вероятна професионализация на субординирани заетийни групи (зъботехници, зъбни хигиенисти). Медицинските професии в България в периода на преход към пазарно стопанство и гражданско общество и в хода на репрофесионализацията трябва да отстояват социалните си позиции и спрямо тенденцията големите корпорации да ги депрофесионализират, връщайки част от тях в позиция на наетост.

### Основните предизвикателства и как професията ги посреща

От друга страна, репрофесионализацията не е просто процес на връщане на автономията и правото на частна инициатива и частна практика за зъболекарите. Истинските професионални общности запазват и отстояват ценностни позиции, основната от които е грижата за интересите и удовлетворяването на нуждите на обществото от лечение, профилактика, здравни знания.

Преди двайсет години беше проведено представително социологическо проучване на зъболекарите в България<sup>1</sup>, насочено основно към установяване на готовността на зъболекарите да се идентифицират като свободно практикуващи професионалисти. Бяха установени нагласите и динамиката на възприемане на новите социални роли в пазарна среда.

Днес, 20 години по-късно, представените дисертационни разработки на д-р Цветанов и д-р Грозданова показват как професията се справя с предизвикателствата на пазара и как се позиционира в решаването на основни здравно-социални въпроси на населението.

В разработката на Д-р Цветанов са проследени разпределенията на лекарите по дентална медицина във времето и пространството, анализирани са факторите, които определят развитието на практиката. Не случайно 20 години след изучаване на социо-професионалната идентичност на зъболекарите днес акцентът е поставен върху пазарните аспекти на професионалната реализация. Използваемостта на здравните грижи в България е все още под средното за повечето европейски страни – стеснен пазар. Технологичното обновление изпреварва окомплектоването на денталния екип и грижата за здравето на самите зъболекари.

През последните три десетилетия интересът към изучаването на процесите на развитие на самата професия се засилва изключително. Проведените демографски и социологически изследвания показват нейните основни проблеми и тенденциите за тяхното разрешаване в бъдеще. От демографските показатели се наблюдават най-често възрастово-половото разпределение на денталните лекари и броя на денталните лекари спрямо броя на населението. Първият показател е свързан с прогнозирането на динамиката на насищане с кадри, докато вторият показател е свързан с характеризиране на моментното състояние на насищането с кадри.

В Европейския съюз работят около половин милион зъболекари и друг персонал в денталната помощ. Като цяло балансът на денталните лекари в ЕО е отрицателен, но с незначително намаляване на абсолютния брой (J.Monet, 1992). Най-много дентални лекари са напуснали Ирландия, Холандия и Дания, а най-много чуждестранни дентални лекари са се установили в Германия и Италия. Във Великобритания също има незаети длъжности, докато в Швеция има свръхпроизводство на дентални лекари. В сравнение с другите професии, движението на денталните лекари е много по-слабо, (към 1992 г.), тъй като развиването на една дентална практика изисква много време за спечелване на доверието на пациентите. Владеенето на езика на страната-домакин в степен на безпрепятствено и високо интелектуално общуване е също бариера, която възпира значимото придвижване на дентални лекари от една страна в друга. Днес движението на зъболекарите от една страна към друга се е развило в пъти. Като резултат, във Великобритания вече работят много повече зъболекари, които са завършили в чужбина, отколкото в самата страна, включително и повече от 300 български зъболекари.

Парадоксално е, че дори и при добро насищане със зъболекари в някои страни с по-нисък стандарт на живот нивото на кариозност е високо, което е още едно доказателство, че състоянието на оралното здраве е свързано в много по-голяма степен с качеството на живот и стила на живот в съответната страна, отколкото с чисто медицински и организационни здравеопазни мерки, в частност с наличието на голям брой квалифициран персонал.

В края на 90-те години *процентът на жените – дентални лекари* в САЩ и Западна Европа се удвоява, а в скандинавските страни достига още по-високи стойности. В България се наблюдава трайна дефеминизация.

<sup>1</sup> Промяна в социо-професионалния статус на стоматолозите в България, София, 1997 г., дисертационен труд за присъждане научна степен „Доктор“.

Денталната помощ във всички страни на ЕО се осигурява предимно от частнопрактикуващи лекари по дентална медицина. В някои страни те влизат в договорни отношения с Националните здравни служби (Великобритания, Ирландия), но тези договори не променят съществено статута на денталния лекар. Той винаги е приеман за автономен субект в денталната служба, без оглед на начина на практикуване. Денталните лекари сами организират своята практика и са отговорни за назначаването на помощния персонал и за изплащане на задълженията към параклиничните звена.

Икономическата ефективност в последните години наложи модела на "груповите практики" в повечето скандинавски страни. Функционалното обединяване на няколко кабинета или клиники позволява да се разделят някои от разходите – поддръжката на сградите и тежкото оборудване, счетоводната дейност, поддържането на хигиената на помещенията и стерилизацията на инструментите, охраната и др. подобни, свързани с условията на труд дейности.

Резултатите от изследването на д-р Цветанов показват, че и в България бавно, но сигурно се увеличава броят на денталните практики, в които хората се сдружават. Една малка част от денталните лекари в страните на Европа (под 20% от общия брой) работят като служители в общинските служби, ведомствата или университетските клиники. В България постепенно се отварят места за зъболекари към големи компании или общини.

Първата дисертация разглежда ролята на частнопрактикуващия лекар по дентална медицина за осъществяване на денталната помощ за децата и учениците, за лечение и профилактика. Не е чудно, че нагласите на денталните лекари се изразяват не просто в благопожелателна алтруистична готовност за сътрудничество, а в очакване за ясно разписани правила и разделяне на отговорностите между семейството, институциите и обществото и едва след това за включване на денталния лекар в профилактични програми и профилактични дейности. Това може да се приеме като стабилна основа за дългосрочно стратегическо планиране и разработване на адекватни модели.

*Представените дисертационни трудове* имат изключителна стойност именно за дългосрочно планиране. До преди 30 години повечето модели за прогнозиране на оптималния брой стоматолози в България се базира на нормативи (основен норматив е съотношението между населението и стоматолозите). Самите *нормативи са разработени въз основа на нуждите от лечение на населението към определен момент*. За съжаление проблемът се оказва много по-сложен. Анализите от 80-те и 90-те години на XX век използват освен данни за нивото на заболяемост на населението, но и за неговите демографски, икономически и социални характеристики, географските особености на региона, наличието на помощен персонал, обема отработени часове от денталните лекари и механичните, и естествените движения на населението (Nemenway, 1982). За да приемем нормативните съотношения за достатъчно условие за прогнозиране на потребностите и планиране на съответен брой дентални кадри трябва да докажем, че всички дентални лекари "произвеждат" *еднакво количество еднакви процедури и населението по цялата територия има едни и същи лечебни*

*нужди и ги удовлетворява по един и същ начин*. Реалността предлага много по-голямо многообразие, което трябва да бъде изучавано чрез измерване на тежестта на всеки показател, който характеризира явлението. Предвижданията за потребностите от стоматолози днес се изграждат върху няколко основни типа аналитични модели:

**1. Модели, с които се измерва търсенето на дентална помощ (Demand-based models).** Анализът се основава на данните за реалната и потенциална посещаемост в кабинетите, събрани от денталните лекари, данни за използваемостта на здравната служба от нарочни изследвания и отчита влиянието на социалните фактори – доходи, образование и др. Така измерено *търсенето на дентална помощ се отнася към капацитета на предлагане на дентална помощ и се изчислява допълнителния брой кадри, които е необходим за осигуряване на търсенето*. Теоретично е така, но на практика се установява, че стоматолозите могат да "произведат" допълнително стоматологична помощ, която би надхвърлила теоретичното ниво на предлагане до 30% (Engler, 1979).

**2. Модели, с които се измерват нуждите от лечение, при претеглено търсене (Needs based, Demand weighted models).** Оценката на нуждите от лечение преминава през четири етапа: 1. Оценка на *здравния статус* на населението; 2. Превръщане на установената *заболеваемост в лечебни дейности*; 3. Превръщане на *дейностите в лечебно време*; 4. Превръщане на *лечебното време в брой длъжности (работни места)*. Това е само началото, защото ефективното търсене е определящо, а не нуждите от лечение (Reinhardt, 1981). Затова измерените *нужди се коригират в съответствие с модела на търсене на консуматора*. Освен при екстраполирането на данните, епидемиологичните изследвания могат да дадат неправилна насока на анализа поради непълнотата на изследваните показатели. (De Friese & Konrad, 1981). От друга страна големите несъответствия между нужди и търсене се дължат на доходи, осигуровки, възраст, тип на практиките (Manning, 1985).

**3. Иконометричните модели за прогнозиране на потребностите от стоматологични кадри (Methods for Evaluation of Econometric Forecasts)** се основават на математическо моделиране на процеса на възникване на потребностите и вариантите на удовлетворяването им (коефициент на неравенството на Thiel, по Pindyck, 1984), включително и вложените разходи. Включени са *прогностични стойности за променливите*, описващи елементите на търсенето и предлагането на стоматологични грижи, *измерените стойности на същите променливи във всеки период и броя на периодите*.

Комплексното и задълбочено изучаване на капацитета, нагласите и реалните резултати от професионалната дейност на една социо-професионална група са предпоставка за адекватното ѝ ситуиране в цялостната социална система. Динамиката на процесите изисква прилагането на адекватен научен инструментариум за оценка на явленията. В представените и успешно защитени разработки са разгледани именно такива проблеми и е приложен адекватен и прецизен изследователски подход. Затова и резултатите, и изводите могат да бъдат използвани при определяне на политики и стратегии за ефективно развитие на здравната помощ в България.



**Автор**

Проф. д-р Лидия Катрова, дм, МУ-София, ФДМ, КОДЗ, „Георги Софийски“ №1, 1431 София, e-mail: Lydia\_katrova@yahoo.com