



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

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

Факултет “Обществено здравеопазване”

Катедра “Икономика и управление на здравеопазването”

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)“**

ДОСТЪП ДО ДЕНТАЛНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

Докторант:

Елена Тодорова

Научен ръководител:

Доц. Елка Атанасова, д.и.

Варна, 2023

Съдържание

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ	4
СПИСЪК С ТАБЛИЦИ И ФИГУРИ	5
ВЪВЕДЕНИЕ	7
Актуалност и значимост на изследването	7
Цел, задачи и хипотеза на дисертационния труд	9
Материал и методи на изследването	10
Ограничения на изследването	12
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧНИ ОСНОВИ ПРИ ИЗСЛЕДВАНЕТО НА ДОСТЪПА ДО ЗДРАВНИ И ДЕНТАЛНИ УСЛУГИ.....	14
1.1. Достъп до здравни услуги – концепция и измерения	14
1.2. Достъп до дентални услуги	20
1.3. Потребност от дентални услуги	22
1.4. Бариери пред достъпа до дентална помощ	23
1.4.1. Структурни бариери	27
1.4.2. Финансови бариери	31
1.4.3. Персонални бариери	33
1.5. Използваемост на дентални услуги	37
1.6. Здравни резултати	38
ГЛАВА 2. ИЗСЛЕДВАНЕ НА ДОСТЪПА ДО ДЕНТАЛНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ.....	41
2.1 Профил на респондентите	41
2.2 Структурни бариери	42
2.2.1 Наличност	42
2.2.2 Физическа достъпност.....	49
2.2.3 Удобство	53
2.3 Финансови бариери.....	57
2.3.1 Финансова достъпност	57
2.4 Персонални бариери	74
2.4.1 Информираност.....	74
2.4.2 Приемливост	84
2.5 Изследване на използваемостта на дентална помощ в България	89
ГЛАВА 3. НАСОКИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ДОСТЪПА ДО ДЕНТАЛНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ	98
3.1. Обсъждане на резултати	98
3.1.1. Наличност, физическа достъпност и удобство.....	98
3.1.2. Финансова достъпност.....	103

3.1.3.	Информираност и приемливост	107
3.1.4.	Използваемост на дентални услуги	110
3.2.	Изводи и препоръки	114
ЗАКЛЮЧЕНИЕ		118
ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД		120
БИБЛИОГРАФИЯ.....		121
ПРИЛОЖЕНИЯ.....		135

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ЛДМ – Лекар/и по дентална медицина

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НРД – Национален рамков договор

ЗОЛ – Здравно осигурено лице

ЗЗО - Задължителното здравно осигуряване

ДЗЗ – Допълнително здравно застраховане

ЗЛЗ – Закон за лечебните заведения

СЗО - Световна здравна организация

БЗС – Български зъболекарски съюз

ЕС – Европейски съюз

НСИ – Национален статистически институт

FDI – Световна дентална федерация

СПИСЪК С ТАБЛИЦИ И ФИГУРИ

ФИГУРИ

Фигура 1.1 Подход за изследване на достъпа до дентална помощ

Фигура 1.2 Бариери на достъпа до дентална помощ

Фигура 2.1 Общ брой лекари по дентална медицина за периода 2017-2022г.

Фигура 2.2 Дял на лекарите по дентална медицина разпределени по райони през 2022г.

Фигура 2.3 Осигуреност с лекари по дентална медицина на 1000 души население по райони в България през 2012г. и 2022 г.

Фигура 2.4 Осигуреност с медицинските сестри на 1000 души население по райони в България през 2012г. и 2022 г.

Фигура 2.5 Осигуреност със зъботехници на 1000 души население по райони в България през 2012г. и 2022 г.

ТАБЛИЦИ

Таблица 2.1 Осигуреност с лекари по дентална медицина за периода 2017-2022г.

Таблица 2.2 Сравнение между минимален необходим брой ЛДМ и реален брой ЛДМ през 2022г. в България

Таблица 2.3 Сравнение на причините за пътуване до ЛДМ при различни групи потребители по фактори

Таблица 2.4 Сравнение на степента на влияние на затрудненото придвижване до ЛДМ при различни групи потребители по фактори

Таблица 2.5 Връзка между изминалото време от записването на час до получаването на дентална помощ и нивата на удовлетвореност на пациентите

Таблица 2.6 Дентални дейности и цени по пакет: „Първична дентална помощ“ и „Специализирана дентална помощ“ за ЗОЛ над 18-годишна възраст съгласно НРД за периода 2020-2022г.

Таблица 2.7 Сравнение на направени плащания със собствени средства при различни групи потребители по фактори

Таблица 2.8 Сравнение на общо заплатените суми със собствени средства при различни групи потребители през последните 12 месеца по фактори

Таблица 2.9 Сравнение на направени доплащания за покрити от НЗОК дентални услуги при различни групи потребители по фактори

Таблица 2.10 Сравнение на информираността на пациентите относно пакета „Дентални дейности“, който осигурява НЗОК

Таблица 2.11 Сравнение на степента на влияние на заплащането за дентални услуги при различни групи потребители по фактори

Таблица 2.12 Сравнение на степента на съгласие на пациентите по отношение на затруднения достъп до дентални услуги поради високи разходи по фактори

Таблица 2.13 Сравнение на степента на съгласие на пациентите по отношение на бъдещите им разходи поради отложени лечения по фактори

Таблица 2.14 Оценка на комуникацията между пациента и ЛДМ

Таблица 2.15 Оценка на нагласите на пациентите към денталната помощ

Таблица 2.16 Сравнение на нагласите на пациентите относно превенцията на дентални заболявания по фактори

Таблица 2.17 Сравнение на нагласите на пациентите за сериозността на денталните заболявания по фактори

Таблица 2.18 Сравнение на нагласите на пациентите за посещението при дентален лекар при отсъствието на симптом (болка)

Таблица 2.19. Сравнение на степента на влияние на неосъзнатата нужда от дентално лечение при различни групи потребители по фактори

Таблица 2.20 Сравнение на нагласите на пациентите за неприятни преживявания при проведени дентални процедури по фактори

Таблица. 2.21 Сравнение на степента на влияние на страха от дентални манипулации при различни групи потребители по фактори

Таблица 2.22 Сравнение на степента на влияние на страха от медицинска грешка при различни групи потребители по фактори

Таблица 2.23 Сравнение на степента на влияние на бариерите на достъпа според потребителите

Таблица. 2.24 Сравнение на броя посещения при ЛДМ през последните 12 месеца при различни групи потребители по фактори

Таблица. 2.25 Сравнение на степента на влияние на бариерите на достъпа върху използваемостта на дентални услуги

Таблица 2.26 Сравнение на причините за последно посещение при ЛДМ по фактори

Таблица 2.27 Зависимост между общото и денталното здраве според самооценката на пациентите

ВЪВЕДЕНИЕ

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 (1,2). Заболяванията в устната кухина, поради нарастващата им честота и разпространение в световен мащаб, се оказват сериозен проблем за общественото здраве. Доклад на СЗО от 2022г. съобщава, че близо 3,5 милиарда души по света имат компрометирано орално здраве поради заболявания, които успяват да окажат значителна здравна и икономическа тежест върху отделните индивиди и обществото като цяло (3,4). Множество изследвания докладват двупосочната връзка между нелекуваните орални заболявания и различни здравословни състояния, които засягат повечето органични системи в човешкото тяло (5–17). Въпреки това здравните системи по света често подценяват значението на оралното здраве за популацията и само частично интегрират денталното здравеопазване в обществените здравни системи (18). В много страни основни дентални услуги остават извън обсега на покритите от здравните каси пакети и в резултат на това милиони хора са възпрепятствани да получат необходимата им дентална помощ (19).

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 (20,21). Денталните услуги се възприемат като „основна здравна услуга“, тъй като чрез тях се оценяват, диагностицират, предотвратяват или лекуват орални заболявания, които могат да повлияят на цялостното здраве на пациентите (22). Поради това е необходимо да се гарантира, че денталната помощ е достъпна за населението. Достъпът в контекста на здравеопазването представлява сложна за интерпретация концепция, тъй като в научната литература се срещат различни предложения за методите, чрез които да бъде оценен (23–25). Разбиранията сред различните автори, за достъпа през годините, променят фокуса си от влизане в системата към резултата от положената здравна грижа, като тази промяна на обхватността на достъпа го прави труден за цялостно анализиране и оценяване (26–30)(33).

Едно от предизвикателствата пред съвременните здравни системи е свързано с осигуряване на достъп на населението до дентални услуги. 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 (31). 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.(32) Тези фактори от страна на търсенето и предлагането могат да бъдат интегрирани в отделни измерения на достъпа.

Изследванията проведени в областта на денталното обществено здраве в страната засягат частично достъпа до дентална помощ (33,34). Това обосновава необходимостта от провеждане на по-задълбочено проучване, в което да бъдат идентифицирани бариерите пред достъпа и да се оцени степента на тяхното влияние. 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. Обикновено пациентите, които най-много се нуждаят от дентално лечение, са тези, които най-малко имат възможност да го получат (35). Чрез насочване на вниманието към конкретни проблеми, заинтересованите страни в общественото здравеопазване могат да вземат подходящи политически мерки предвид представената научна основа за подобряване достъпа до дентална помощ в България.

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.

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. За осъществяване на настоящото изследване е проведено търсене на публикации по ключови думи на английски език: *достъп (access)*, *дентални услуги (dental services)*, *бариери (barriers)* в PubMed, Researchgate и Science Direct, като основно е използвана базата данни на PubMed. Първоначалното търсене на научната литература обхваща периода от 2010г. до 2023г., за да бъдат включени последните и актуални публикации по изследваната тема. По-голямата част от разработките в този период, съобщават за резултати от проведени емпирични проучвания от европейски и американски автори, като през последните пет години са издадени над една трета от тях. В обзора са включени и изследвания проведени сред популацията в Африка и Азия.

С използването на метода на „снежната топка“ от списъците на литературата в първоначалния набор от статии се стигна до разширяване на времевия интервал до седемдесетте години на миналия век, за да се систематизира хронологично развитието на концепцията за достъпа до здравни услуги. Така в базата данни на PubMed е включен допълнителен филтър на търсенето за пълнотекстови публикации на английски език и възраст на изследваните лица над 18 години, чрез който списъкът с източници е редуциран до 2357 публикации. След преглед на заглавието и резюмето на статиите в този списък, подходящата литература е сведена до 334 източника, които са разгледани обстойно и само 124 от тях са приети за релевантни по темата. Допълнителният преглед на референтните списъци на тези статии генерира още 41 публикации, като по този начин общо 163 източника са включени в прегледа на литературата, в т.ч. и нормативни и официални статистически документи в областта на здравеопазването и денталната медицина. Сред източниците, публикувани и използвани в литературния обзор, преобладават американски изследвания.

След систематизиране на основните концепции за достъпа до здравни и дентални услуги са разгледани различни предложения за набор от измерения на достъпа и механизми, чрез които да бъде оценен. През 2021 г., екип от специалисти по обществено дентално здравеопазване (McKernan и съавт.) предлага актуален, изчерпателен и конкретно приложим за денталната помощ подход за операционализиране на достъпа. Следвайки най-

новите научни разработки в областта на достъпа до дентални услуги избрахме именно този подход за изследване на бариерите на достъпа, които могат да бъдат представени чрез шест измерения на достъпа и да оценим степента им влияние върху потребителите. След като отделните бариери бъдат преодолени потребителите могат да преминат към използване на денталните услуги, което е доказателство за реализиран достъп до дентална помощ.

➤ Социологически метод

Проведено е анонимно анкетно проучване, за целите на което са използвани два вида анкетни карти:

- Анкетна карта за проучване на измеренията на достъпа до дентална помощ от страна на пациентите. (Приложение 1)
- Анкетна карта за проучване на измеренията на достъпа до дентална помощ от гледна точка на лекарите по дентална медицина. (Приложение 2)

Участието в изследването е изцяло доброволно и става след потвърждение на декларацията за информирано съгласие от страна на респондентите. Проучването е проведено в дистанционна форма, поради възможността за набиране на повече респонденти от цялата страна. Анкетната карта е разпространена чрез онлайн платформата survs.com по метода на отзовалите се, като покана за участие в изследването са получили широк кръг от потенциални респонденти от цялата страна чрез социалните мрежи. Проучването е проведено през месец юни 2022г., като в него вземат участие 953 потребители (дял на отговорилите = 80%) и 151 лекари по дентална медицина (86% от запитаните).

Използвана е стандартизирана анонимна анкета с въпроси свързани с различните измерения на достъпа, като анкетната карта за пациенти съдържа общо 25 въпроса, от които 21 въпроса са затворени с избор от опции, 3 са въпроси с ликертов тип скала и 1 отворен. Чрез анализ на въпроси №13 - №16 се изследват измеренията - **физическа достъпност, наличност и удобство**. Анализът на измерението **финансова достъпност** е направен въз основа на въпрос №6, №11 и №12. Проучване на измеренията **приемливост и информираност** е направено чрез анализ на въпроси №19 и №20. **Използваемостта** на дентална помощ в България е изследвана с въпроси №7 - №10. Общ преглед върху **бариерите** на достъпа до дентална помощ е направен чрез анализ на въпрос №18. На пациентите е предоставена възможност по ликертова скала от 1 до 5 да оценят степента на влияние, която оказват различни причини върху отлагането на посещение при дентален лекар (като 1 означава, че посочената причина изобщо не ограничава потребителите, а 5 означава, че посочената причина най-силно ограничава потребителите)

Освен данните за анализ на различните измерения на достъпа до дентална помощ, проучването съдържа информация за демографския и социално-икономическия профил на респондентите, както и тяхната самооценка за общото и дентално им състояние.

Анкетната карта за лекари по дентална медицина включва общо 22 въпроса, от които 13 затворени, 2 отворени и 7 полузатворени въпроса. Отговорите на лекарите по дентална медицина имат за цел да допълнят разбирането и анализа на различните измерения на достъпа, получени от отговорите на пациентите. За анализ на измеренията - **физическа достъпност, наличност и удобство** са използвани въпроси №4, №5, №8, №10 - №13 и №21. Изследване на измерението **финансова достъпност** според мнението на лекарите по дентална медицина е направено с въпроси №7, №15 - №18. Измеренията **приемливост и информираност** са анализирани с отговорите на въпрос №14. **Използваемостта** на дентални услуги според мнението на лекарите по дентална медицина е проучена чрез въпрос №6, а **барьерите** на достъпа до дентална помощ са анализирани чрез въпрос №19. Проучването събра също така демографски данни за лекарите по дентална медицина и информация за организацията на практиките им.

➤ **Статистически метод**

Проучването и анализа на достъпа до дентална помощ се извърши като се сравни степента на влияние на барьерите на достъпа при различни групи потребители по определени характеристики. За целта при статистическия анализ е използван χ^2 тест на Пийърсън, 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 и тест за множествено сравнение на Дън. За статистически достоверни различията са приети при $p < 0.05$. Приложен е също и графичен метод за онагледяване на резултатите. Данните са обработени със специализирания статистически софтуер SPSS 29.0.0 и R, версия 4.2.2.

Ограничения на изследването

За целите на научния труд е проучена, систематизирана и обобщена информация, касаеща процеса на реализиране на достъпа до дентална помощ, като от анализа е изключен последният етап, свързан със здравните резултати. Обемът на зададените въпроси не дава

максимална изчерпателност за оценка на отделните измерения на достъпа. Двете извадки – на потребителите и на доставчиците на дентални услуги - 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. Въпреки това е малко вероятно да има систематични разлики в точността на информацията, докладвана от респонденти, поради относително кратките периоди на припомняне и следователно не се очаква резултатите от проучването да бъдат повлияни от това отклонение.

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

1.1. Достъп до здравни услуги – концепция и измерения

Думата „достъп“ произлиза от латинския израз „accedere“, което означава да „дойда до“ и с оглед на това може да бъде определен като „средството или възможност за приближаване или влизане на място“ (36). Достъпът в контекста на здравеопазването представлява сложна концепция, тъй като в научната литература се срещат различни предложения за набора от елементите на достъпа и показателите, чрез които да бъде оценен (23–25).

Един от най-ранните опити 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 пациентите (37).

Mechanic посочва, че наличието на услуги и съответните ресурси не са достатъчни, за да може пациента да влезе в здравната система и освен тези предпоставки следва да се разглежда и желанието на потребителя да търси здравни услуги. Обикновено тази мотивация за търсене зависи от здравните нагласи, социални и културни фактори (30).

Други автори, като Donabedian през 1973г., предполагат, 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. Donabedian отбелязва, че „доказателството за достъп е полученото обслужване, а не просто наличието на материални и човешки ресурси и разграничава две взаимосвързани измерения на достъпността: социално-организационни и географски (27,28).

Няколко години по-късно Salkever (1976) определя достъпа, като понятие, съчетаващо характеристики на ресурсите и на населението, и различава два аспекта на достъпността: финансова и физическа достъпност (29).

СЗО през 1978г. определя, че достъпът „предполага непрекъснато и организирано предоставяне на грижи, които са географски, финансово, културно и функционално лесно достъпни за цялата общност. Грижата трябва да бъде подходяща и адекватна по съдържание

и обем, за да задоволи потребностите на пациентите и да се приложи по приемливи за тях методи“ (30).

Различните автори разработват модели и концептуални рамки, които конкретизират достъпа до здравеопазване, като те имат своите силни и слаби страни. Andersen и Aday са сред първите, които предлагат модел на достъпа, в който разглеждат три основни групи фактори: предразполагащи, способстващи и свързани с нуждата. Към първата група спадат фактори, които предразполагат пациента да използва здравни услуги като здравни нагласи, демографски и социално-структурни фактори. Способстващите фактори са обвързани с наличието на медицински персонал и здравни заведения, както и с личните характеристики на пациента като доходи и здравно осигуряване. Факторите, обуславящи нуждата, обхващат личните възприятия на пациента свързани с необходимостта от орално здраве или професионална препоръка за необходимите грижи (38,39). Предразполагащите фактори отразяват склонността на пациентите да използват здравни услуги, способстващите фактори представляват ресурсите, чрез които може да се реализира достъпа до здравните услуги, а факторите на нуждата представят потенциалните нужди от използване на здравни услуги (40). Тези фактори на по-късен етап определят достъпа като потенциален (възможност за навлизане в здравната система и предоставяне на здравни услуги) и реализиран (т.е. реално използвани услуги) (27). В този модел социалните и индивидуални детерминанти на потребителите, както и характеристиките на здравната система, са определени като входни компоненти, а удовлетвореността на пациентите и използването на здравни услуги, като резултат от осъществения достъп (41). Авторите определят, че „да имаш достъп“ е да реализираш потенциала за използване на здравната услуга при нужда, докато „получаване на достъп“ се свързва с началото на самото използване на услуга (27). Друга общовалидна констатация, която тези автори предлагат е, че понятието „равен достъп“ се използва, само когато услугите се разпределят според потребностите на пациентите, в обратния случай, когато се разпределят на базата на раса, доход или местоживееене се говори за несправедлив достъп до здравни услуги (30).

Към края на миналия век, Penchansky и Thomas (1981) публикуват статия, чийто въстъпителни думи звучат актуално и сега „достъпът е основен проблем в здравната политика и е един от най-често използваните термини в дискусиите за системата на здравеопазването.“ В своя труд те показват нивото на съответствие между характеристиките и очакванията на доставчиците на здравни услуги и пациентите, като групират тези характеристики в пет категории 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 на комфорт, което изпитва пациента със своя лекар и обратното (24,42). Двата автори доразвиват концепцията за достъпа отвъд наличността на услугата и поставят акцент върху личните, финансовите и организационните бариери пред използването на услугата (27).

Две години по-късно Clark (1983) предлага от модела на Penchansky и Thomas да бъдат използвани само три от петте категории на достъпа до здравеопазване: *финансова достъпност* (affordability), приемливост (acceptability) и наличност (availability), без да омаловажава значението на останалите две категории. Той определя достъпа като „влизване или използване на здравни услуги в система“ и определя като доказателство за наличието на достъп – използваемостта (26). Предложеният концептуален модел от 1981г. на Penchansky и Thomas, представящ достъпа от пет различни гледни точки, през годините е разглеждан от различни автори (23,26,42), като предложените измерения са били коригирани или съкращавани. Някои автори възприемат за значими само измеренията - наличност, финансова достъпност и приемливост (43,44), докато други са отъждествявали достъпа единствено чрез физическия достъп (45).

В началото на 90-те години на миналия век, Frenk (1992) повдига въпроса за използването на понятията „достъпност“, „наличност“ и „достъп“ като синоними и тяхното трудно разграничаване в научната литература по това време. За да не се използват тези термини двусмислено, авторът определя „достъп“ (access) като способността на населението да търси и да получава грижи при нужда, като го дефинира в две направления - реализиран достъп (свързан с използване на здравните услуги) и нереализиран достъп (неудовлетворена потребност от медицинска помощ). Терминът „наличност“ (availability) се съотнася към наличността на ресурсите в здравеопазването, като взема предвид капацитета им, а достъпността е идентифицирана като "степен на приспособяване" между ресурсите в здравната сфера и населението (29). Въз основа на основополагащата работа на Frenk е направено разграничението между достъп и достъпност.

В началото на 90-те години, Комитетът за мониторинг на достъпа до здравни услуги към Института по медицина в Съединените щати дефинира достъпа като „използване на здравни услуги в подходящо време за получаване на възможно най-добър резултат“ (46).

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. (47).

През новото хилядолетие, Shengelia и съавт. (2003) също предлагат своя концепция за достъпа свързана с 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 грижите (48).

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) (49).

В свое изследване Evans, Hsu and Voerma (2013) предлагат друг прочит на темата за достъпа, като подчертават, че „универсалното здравно покритие е невъзможно без универсален достъп“, разграничавайки двете понятия едно от друго. Те смятат, че измеренията на достъпа се свеждат само до три такива: физическа достъпност (physical accessibility), финансова достъпност (financial affordability) и приемливост (acceptability) (50). Други автори също потвърждават, че измеренията на достъпа - наличност (availability), физическа достъпност (accessibility) и приемливост (acceptability) имат съществено значение сред предложените измерения в литературата (42).

Съществуват различни рамки, които представят достъпа до здравеопазване, но една от най-изчерпателните и сравнително наскоро предложена е концептуалната многоизмерна рамка за достъпа на Levesque и съавт. (2013). Тя е резултат от цялостен анализ на научната литература по тази тема, като в нея са предложени следните измерения: *достъпност, приемливост, наличност, удобство, финансова достъпност и уместност* (23).

- Достъпност (Approachability) – този аспект е свързан с информацията за наличността на услугата сред пациентите. Тук влизат също и психологическите бариери, вярвания свързани със здравето и болестта, проблеми в комуникацията, недоверие, здравна грамотност и др. Услугите могат да бъдат налични, подходящи и финансово достъпни, но понякога пациентите може да не ги използват, поради липса на информация или някакви психологически бариери;
- Приемливост (Acceptability) – това измерение се свързва с възможността пациентите да приемат здравната услуга, като върху това възприятие въздействие оказват различни културни и социални фактори. Услугите следва да са така организирани, че да отговарят на нуждите на различни културни, социално-икономически, неравностойни и уязвими групи от населението. Те може да са достъпни и подходящи, но неприемливи поради културни и традиционни разбирания;
- Наличност (Availability) – в това измерение се включват географското местоположение, разпространението и броят на здравните специалисти, както и тяхното работно време. В този аспект на модела влиза също наличието на медицински специалисти и тяхната квалификация, както и предоставяните услуги. Достъпът в една страна се смята за блокиран, ако наличните ресурси са неравномерно разпределени;
- Финансова достъпност (Affordability) – това измерение се концентрира върху различните видове плащания от пациента, които могат да ограничат достъпа, тъй като здравните услуги могат да са достъпни и приемливи, но пациентът да няма достъп, поради невъзможност да заплати за тях. Факторите, които могат да ограничат способността на хората да плащат за необходимите им здравни грижи са: бедност, социална изолация или задлъжнялост;
- Уместност (Appropriateness) – какви здравни услуги се предоставят и начинът, по който се осъществяват са основните въпроси, които се задават при изследването на това измерение. Необходимо е да съществува съответствие между услугите и нуждите на пациентите, като се избягват крайностите - недостатъчно или прекомерно лечение в здравеопазването. Това измерение се фокусира и върху качеството на предоставяните здравни грижи, което се отнася до поддръжка на техниката, удобството на пациента и защитата на околна среда (23,51).

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 проучвания (25).

Предвид изложението до тук, може да се заключи, че в научната литература няма постигнат консенсус за цялостната концепция за достъпа до здравни услуги и неговите компоненти (измерения) (30).

1.2. Достъп до дентални услуги

От началото на седемдесетте години на миналия век, концепцията за достъпа до здравни услуги се развива постоянно, като фокусът се поставя върху здравеопазването като цяло. Неразделна част от цялостното здраве на индивидите е оралното здраве, поради което денталните услуги се приемат като „основна здравна услуга“, според Американската дентална асоциация (22). Finch (1988) е сред първите автори, които акцентират върху достъпа до дентална помощ, както и върху факторите, които го ограничават (52).

Десетилетие по-късно Freeman (1999) продължава да развива темата на достъпа до дентална помощ в поредица от научни трудове, като разглежда проблемите от различни аспекти: от страна на пациента, върху когото въздействат различни психо-социални фактори, ограничавачи достъпа до дентални услуги и от страна на лекаря по дентална медицина, който несъзнателно може понякога да въздейства върху решението на пациента да не потърси дентална помощ (53–55).

Канадската академия по здравни науки през 2014г. публикува доклад за достъпа до дентални услуги, в който са анализирани познатите пет измерения на достъпа според концептуалната рамка на Penchansky и Thomas: финансова достъпност (affordability) – възможността на пациента да заплати за денталните услуги; наличност (availability) – доставчикът на дентални услуги разполага със съответните ресурси; физическа достъпност (accessibility) – пациентът може да достигне до местоположението на лекаря по дентална медицина; удобство (accommodation) – практиката на зъболекаря е в съответствие с нуждите и ограниченията на пациента и приемливост (acceptability) – изпитва се взаимно чувство на комфорт между доставчика и потребителя на денталните услуги (56).

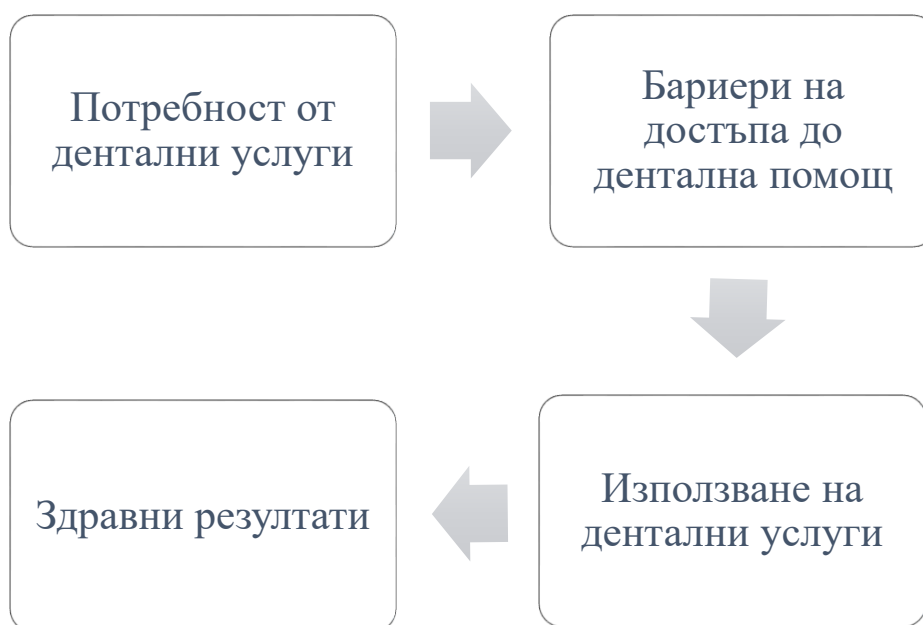
Други изследователи в тази област представят различен подход за изследване на достъпа до дентална помощ като го анализират въз основа на четири отделни нива „възможност за достъп, реализиран достъп или използване, наличие на неравенства в достъпа и получените здравни резултати“ (36,57).

Ghanbarzadegan и съавт. (2021) свеждат основните измерения на достъпа до дентални услуги на три: финансови (financial), физически (physical) и приемливост на услугите (acceptability), като в анализа си включват седем основни детерминанти свързани с неравенството в достъпа до дентални услуги: „фактори на семейното състояние, здравни изисквания, културни фактори, достъпност на услугите, наличност на услуги, фактори на социалната среда и географски достъп“ (43).

McKernan и съавт. (2021) също представят своя рамка за операционализиране на достъпа конкретно до денталната помощ, като към първоначалните измерения на достъпа дефинирани от Penchansky и Thomas през 1981г. (физическа достъпност, наличност, удобство, финансова достъпност и приемливост), предлагат и шесто измерение – осведоменост (58). Последното на практика е предложено по-рано и от изследователя Saurman (2016), който смята, че този елемент е неразделна част от достъпа (59). Тези измерения по своята същност са независими, но са взаимосвързани, тъй като са важни за оценката на достъпа (58).

Теориите за достъпа се развиват през годините непрекъснато. 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 е насочен конкретно към денталната помощ. Според този подход достъпът до дентална помощ е представен като процес от четири отделни етапа (Фиг. 1.1). Той предлага многоизмерно представяне на достъпа, при което се оценяват шест измерения: *наличност, физическа достъпност, удобство, финансова достъпност, приемливост и информираност*, и същевременно позволява на изследователите да анализират бариерите пред достъпа, които инкорпорират съответните измерения.

Фигура 1.1 Подход за изследване на достъпа до дентална помощ



Източник: Адаптирано по McKernan и съавт. (2021) (58)

В научната литература има противоречиви мнения по отношение на оценката на достъпа. Някои автори смятат, че е необходимо да бъде разглеждана само връзката между различните измерения на достъпа, без да се акцентира върху крайните здравни резултати (28,47). Според Комитета за мониторинг на достъпа до здравни услуги към Института по медицина в Съединените щати, обаче, „здравните резултати са неразделна част от концепцията за достъп, както и използваемостта на услугите“ (46). Концепцията за достъпа през годините променя фокуса си от *влизане в системата* към *резултата* от положената грижа. Промяната на обхватността на достъпа го прави многоизмерен и труден за анализирание (28). Настоящият труд се фокусира върху емпиричното изследване на бариерите на достъпа и използваемостта на денталните услуги, но в настоящата глава ще разгледаме особеностите на всеки един четирите етапа от процеса на реализиране на достъпа до дентални услуги, за да може ясно да се дефинират отделните специфики и ограничения.

1.3. Потребност от дентални услуги

Оралното здраве е съществена част от поддържането на общото здраве на хората, като все повече проучвания доказват взаимовръзката им (56,60). Дефиницията на FDI за орално здраве включва “способността за говорене, усмивка, миризма, вкус, докосване, дъвчене, преглъщане и предаване на набор от емоции чрез изражението на лицето с увереност и без болка, дискомфорт и заболяване на краниофациалния комплекс (глава, лице и устната кухина).” (61). Денталните услуги се възприемат като „основна здравна услуга“, тъй като чрез тях се оценяват, диагностицират, предотвратяват или лекуват орални заболявания, които могат да повлияят на цялостното здраве. Терминът „*основна дентална грижа*“ се дефинира като „всяка грижа, която предотвратява и елиминира инфекция, запазва структурата и функцията на зъбите, както и орофациалните твърди и меки тъкани“ (орофациалът се отнася до устата, челюстите и лицето) (22).

Нуждата от дентална помощ се появява при нарушение на оралното здраве и съществува независимо от това дали потребителите я съзнават (осъзната и неосъзната нужда). Стремехът от страна на потребителите да подобрят своето орално здраве представлява *търсенето* на дентална помощ. Осъзнатата нужда в комбинация с търсенето на дентална помощ формира *здравните потребности*. Те от своя страна могат да бъдат *удовлетворени* и *неудовлетворени*. Неудовлетворена потребност от дентални услуги възниква в случаите, при които хората имат потребност от дентална услуга, но не я

получават поради затруднения в достъпа. В обрания случай, когато потребителят успее да получи нужната дентална услуга, е налице *удовлетворена потребност* (62).

Повечето дентални заболявания могат да бъдат предотвратени в голяма степен чрез извършване на редовни прегледи при зъболекар (63), но върху тази дейност оказва влияние осъзнаването на необходимостта от използването на тези услуги. Към търсене на професионална дентална помощ обикновено потребителите пристъпват при наличието на зъбобол, кариес, липсващи или счупени зъби и по-рядко с профилактична цел (64,65). Оценката на индивида за неговото дентално здраве представлява „момента снимка“, като фокуса ѝ пада върху един или няколко от следните аспекти: физически външен вид, психосоциални и културни възприятия, начин на живот и хранене, генетична предразположеност, фактори на околната среда, както и наличието на дентални заболявания (кариес, лош дъх и др.) и симптоматика (болка, дъвкателна дисфункция и др.). Оценката на самовъзприемането на здравето на устната кухина не е константна величина и подлежи на промяна въз основа на изменение в посочените аспекти (66). Различни проучвания предлагат редица инструменти за измерване на денталното здраве, като един от най-широко приложимите е индивидуалната самооценка на пациентите за оралното им състояние, която обикновено се оценява чрез стандартизирана скала (67–69).

Проучвания показват, че в практиката оценката на пациента и на лекуващия дентален лекар рядко съвпадат. Разликите в мненията между двете страни за необходимостта от оказването на професионална дентална помощ са предпоставка за липса на сътрудничество от страна на пациента и трудности в планирането на лечение (70). Някои изследвания сочат, че липсата на осъзната нужда от лечение е най-често съобщаваната причина за отлагане на посещение на дентален специалист сред възрастните (71). Други проучвания свързани с личната оценка на пациентите за тяхното орално здраве установяват, че хора с по-лошо възприемане на оралното си здраве са по-склонни да пропускат посещения при своя дентален лекар (72).

Възприеманата потребност от полагане на грижа за оралното здраве е пряко обвързана с използването на дентални услуги, а липсата на осъзната нужда се явява пречка за реализирането на денталната помощ (73).

1.4. Бариери пред достъпа до дентална помощ

Една от целите на всяка здравна система е да осигури на населението равен достъп до здравни услуги, но разнообразието от здравни нужди, индивидуални потребителски

характеристики, както и различията в клиничната практика, създават трудности в постигането на тази цел (74). Според Института по медицина в Съединените щати, основните затруднения с реализирането на достъпа до здравни услуги се създават, когато „бариерите възпрепятсват използването на услугите в достатъчна степен и това води до лоши здравни резултати“ (46). Думата „бариера“, използвана в този контекст, се асоциира със „средство за концептуализиране на трудностите, които пациентите изпитват при търсене на достъп до дентална помощ“, като различни бариери могат едновременно да ограничават възможността за достъп до дентална помощ (75). Наличието или отсъствието на бариера обаче не винаги определя, дали пациентът ще успее да получи нужните здравни услуги (46).

FDI класифицира бариерите пред използването на дентални услуги в три основни групи:

- *от страна на пациента* - липса на осъзната здравна нужда, безпокойство или страх, финансови ограничения и липса на достъп;
- *от страна на лекаря по дентална медицина* – недостатъчна работна сила, неравномерно географско разпределение, обучение, неподходящо за променящите се нужди и изисквания и недостатъчна чувствителност към нагласите и нуждите на пациента;
- *от страна на обществото* - недостатъчна обществена подкрепа за получаване на здравни знания, нецелесъобразно организирани заведения за дентално лечение, неадекватно планиране на работната сила в областта на денталната медицина и недостатъчна подкрепа за провеждане на изследвания (76).

Freeman (1999) предлага свой прочит на класификацията, предложена от FDI и смята, че бариерите, които водят до ограничение на достъпа до дентална помощ отразяват връзката „зъболекар-пациент“. В своята разработка авторът отбелязва, че източникът на бариерите, които произтичат от страна на пациентите са резултат от житейския им опит и имат психосоциални корени и ги разделя на четири основни групи бариери: „дентална тревожност, финансови ограничения, възприемане на нуждите и липса на достъп поради физически, културни и комуникационни ограничения“ (53). Freeman предлага еквивалент за бариерите пред достъпа от страна на лекарите по дентална медицина, които съответстват на тези на пациентите, по следния начин:

- „неподходящи човешки ресурси“ и „неравномерно географско разпределение“ са огледални на категорията „липса на достъп“ при пациентите;

- „обучение, неотговарящо на променящите се нужди и изисквания“ съответства на потребителското „възприемане на нуждите“;
- “недостатъчна чувствителност към нагласите и нуждите на пациентите” и психосоциални фактори като „професионален стрес, недостиг на време и финансови ограничения по отношение на практиката“ при денталните лекари - кореспондират с дентална тревожност и финансови ограничения при пациента (54).

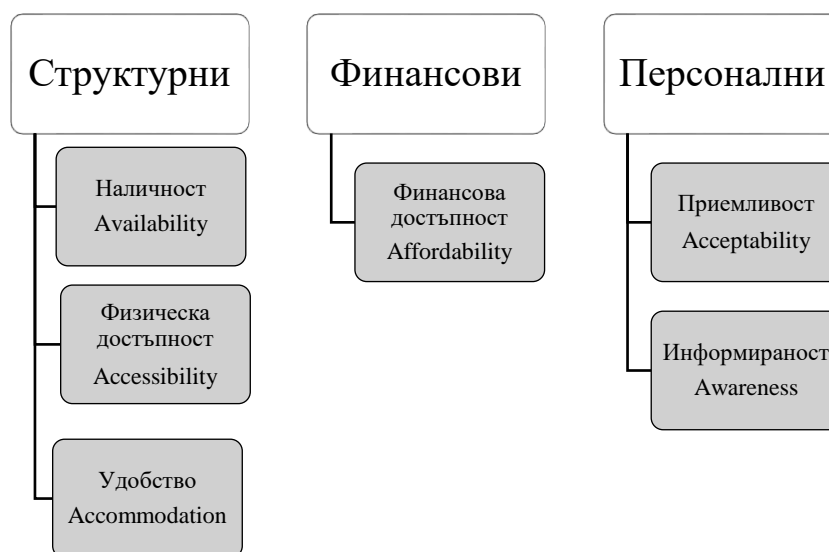
Mertz и съавт. (2000) разделят бариерите на четири групи: физически бариери (липса на налични лекари по дентална медицина в района), невъзможност за преодоляване на физически бариери (инвалидност, транспорт); финансови бариери (висока цена на денталните услуги, липса на здравна застраховка); бариери свързани с отношенията (културна несъвместимост между доставчика и потребителя на дентални услуги и възприемането на степента на важност на денталното здраве) и бариери на процеса (липса на знания относно предлаганото обществено покритие и/или начините за записване, както и ограничения във времето) (77).

Bersell (2017) предлага друга класификация на бариерите, според която те се делят на:

- *външни бариери*, част от които са: „високите разходи за дентални услуги; липса на дентална застраховка; недостиг и неправилно разпределение на зъболекари; недостатъчно професионално обучение; липса на интердисциплинарно сътрудничество и др.“;
- *вътрешни бариери*, свързани с „ниската орална грамотност; страх и безпокойство и погрешни схващания относно превантивните грижи за оралното здраве и др.“ (35).

McKernan и съавт. (2021) предлагат разграничаването на три групи бариери - структурни, финансови и персонални/културни, като към всяка група разпределят различни измерения на достъпа (Фиг.1.2) (58):

Фигура 1.2 Бариири на достъпа до дентална помощ



Източник: Адаптирано по McKernan и съавт. (2021) (58)

Комитетът за мониторинг на достъпа до здравни услуги в САЩ още през 1993г. определя същите по смисъл бариири пред достъпа: финансови, структурни и лични бариири, като представя достъпа като схема състояща се от три нива „бариири - използване – резултати“ (46). Академията по обща дентална медицина (The Academy of General Dentistry) през 2012г. също възприема тези три вида бариири пред достъпа до дентална помощ и ги разграничава на финансови, организационни и социални/ културни бариири, без обаче да ги съотнася към отделни измерения (78).

Достъпът според някои източници се отъждествява с използваемостта на здравните услуги (26,79), но използването всъщност е само един от аспектите на достъпа. Различни фактори могат да окажат въздействие върху използването на наличната здравна услуга, които могат да бъдат основно разделени в две групи: *от страна на предлагането* и *от страната на търсенето*. Към първата група влизат различни финансови (висока цена) или организационни бариири (неравномерно географско разпространение, продължителност на изчакване и др.), а към втората група се включват различни бариири, които ограничават пациентите да търсят здравната услуга и имат индивидуални и социално-културни корени (80).

Kidane и съавт. (2021) също класифицират бариирите, които ограничават достъпа и съответно използването на дентални услуги в горепосочените две групи: индивидуални от страна на търсенето и структурни от страна на предлагането, като към първата група причислява погрешните разбирания свързани със здравето на устната кухина, вярвания и традиционни практики, здравна грамотност, проблемите с денталното обслужване свързани

със страх, безпокойство и липса на доверие, възможността за придържане към денталните грижи и участие в тях. Към втората група авторът отнася проблеми с комуникацията, наличността на информация (работно време, запис на часове, време за изчакване), ценова недостъпност (преки разходи, плащания и доплащания, косвени разходи) и др. (81). Макар че ценовата недостъпност е разглеждана като основна причина, ограничаваща влизането в системата на денталното здравеопазване, в литературата е дискутирано, че премахването на финансовите бариери не е достатъчно за постигане на устойчиво подобрене в достъпа до дентална помощ (43).

Трите основни типа бариери - структурни, финансови и персонални, са пречки пред получаването на медицинското обслужване, като тези бариери си взаимодействат по сложен начин. Структурната бариера е пряко свързана с броя, вида, концентрацията, местоположението или организационната практика на доставчиците на здравни услуги. Финансовите бариери могат да ограничат достъпа като попречат на пациентите да плащат за необходимите дентални услуги, а личните бариери могат да блокират нуждаещите се да потърсят навременна помощ. След като различните бариери бъдат преодолені 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) (25).

1.4.1. Структурни бариери

Наличност

Двете измерения „наличност“ и „физическа достъпност“ са свързани помежду си, като отразяват възможността за предлагане на дентални услуги, които са подходящо географски разположени спрямо нуждите, генерирани от потребителското търсене. Здравните политики в международен план се опитват да осигурят оптимални възможности за задоволяване на здравните нужди на популацията с наличните човешки ресурси (82). Нарастването на населението в световен мащаб, както и увеличаването на продължителността на живота са фактори, които оказват влияние върху планирането на осигуреността на дентални лекари (83). Често използван показател за отчитане на осигуреността на населението с лекари по дентална медицина и за сравнение на предлагането на работна сила между страните е съотношението „зъболекари-население“. Недостатък на този показател е, че важни фактори като различните нива на нуждите от

орално здраве в отделните държави, както и в различните региони в рамките на съответната държава, остават скрити зад средната величина на броя лекари по дентална медицина (84). Пълен анализ на демографските специфики и здравните потребности на населението може да се осъществи само при наличие на достатъчно данни за наличните специалисти по дентална медицина и нивото на орално здраве на населението (83).

В България към този момент обучението на лекари по дентална медицина се извършва в трите медицински университета в град София, Пловдив и Варна, като учебният план включва основни и специални дентални дисциплини. Образованието е средство за подобряване на качеството на здравеопазването и поради това от първостепенна важност е поддържането на високо ниво на уменията на преподаване и ефективността на ученето (85). След като се дипломират лекарите по дентална медицина могат да продължат обучението си за придобиване на специалност в системата на Министерството на здравеопазването. През последните десет години броят на зъболекарите на глава от населението се е увеличил или останал стабилен в повечето европейски страни, като основната причина за това е увеличение на броя на приетите и завършващи дентална медицина студенти. В страната лекарите по дентална медицина също се увеличават през последните години, което води до свръхпредлагане на лекари по дентална медицина в определени региони и едно от най-високите нива на съотношение „зъболекар - население“ в ЕС (86).

Според Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), завършилите успешно пълния курс на обучение с професионална квалификация „магистър-лекар по дентална медицина“ могат да предоставят дентални услуги в лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ, като извънболничните заведения са:

- индивидуални или групови практики за първична дентална помощ;
- индивидуални или групови практики за специализирана дентална помощ;
- медико-дентални и дентални центрове;
- самостоятелни медико-диагностични и зъботехнически лаборатории (87).

Дентална помощ се предоставя основно от лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, които са частна собственост. В лечебните заведения за болнична медицинска помощ дентално лечение се провежда в специализирани лицево-челюстни отделения (88). В страната липсват механизми, чрез които да бъде регулиран броят, предмета и местоположението на лечебните заведения за извънболнична дентална помощ. Именно това е една от причините на територията на страната да се регистрира неравномерно

разпределение на денталните практики и по-високата им концентрация в определени райони (89).

Физическа достъпност

Един от първите автори, който придава значение на това измерение на достъпа е Donabedian, според когото географските аспекти могат да ограничават или увеличават възможността на хората да използват здравни услуги. Географската достъпност е свързана с пространството, което може да бъде измерено чрез разстояние, време и разходи за пътуване (28). СЗО в тази връзка препоръчва за измерване на достъпността до здравните услуги да се използва времето за пътуване, а не изминатото разстояние (90). Някои автори смятат, че не би следвало пациентът да отделя повече от час, за да достигне до местоположението на здравния специалист, от който има нужда, други са склонни да намалят това време до половин час (91), тъй като дългото време за пътуване и отдалеченост значително възпрепятстват достъпа до здравни услуги (92). Според Cho и съавт. (2022) времето за пътуване може да се различава в зависимост от социално-икономическия статус на пациента (93).

В световен план една от основните причини за възникване на неравнопоставеност в здравеопазването в областта на денталната помощ е ограниченият достъп, възникващ поради небалансирано географско разпределение на зъболекарите (94). Практиките на лекарите по дентална медицина обикновено са съсредоточени основно в градските райони и това затруднява физическия достъп за пациентите от селските райони, особено при необходимост от извършването на многократни посещения (95). Специфични особености на пациентите, живеещи в селските райони, които са представени в научната литература, са по-лош здравен статус, по-голяма склонност да не посещават зъболекар и по-голяма вероятност да отложат денталните прегледи поради финансови ограничения (69,96). Това вкарва жителите на по-малките населени места в омагьосан кръг, понеже поради влошения им орален статус имат нужда от допълнителни дентални лечения, изискващи още повече финансови средства и опит от страна на денталния лекар. Структурните бариери свързани с физическата достъпност водят до намалено спазване на указанията от лекарите за лечение и по-ниски нива на полагани превантивни грижи (69,97). Проект на „Националната здравна стратегия 2030“ за България също потвърждава, че въпреки увеличената през последните години средна осигуреност с лекари по дентална медицина, достъпът до дентални услуги в България не е еднакъв за градските и селските райони (98). Причините за това са ниските нива на финансова обезпеченост на жителите на малките селища и липсата на равномерно разпределение на зъболекари в тези райони. Множество теоретични и емпирични

проучвания доказват, че пациентите, които имат най-много потребност от дентална помощ са тези, които е най-малко вероятно да имат достъп до нея (4,22,99).

Удобство

Една от основните цели на здравните системи по света е да предоставят качествени здравни услуги навреме на всички пациенти. Значителното забавяне на получаването на дентална помощ, поради голямо търсене и дълги списъци с чакащи, може да ограничава достъпа до дентална помощ (100). През 2021г. 5.0% от населението на ЕС е имало неудовлетворени потребности от дентален преглед или лечение, като най-голямо значение сред причините за това имат разходите за дентално лечение (2.6%), дългите списъци с чакащи (0.4%) или изпитването на страх (0.3%) (101). Проучване на Института за здравна политика на Американската дентална асоциация посочва, че средното време за изчакване за преглед при зъболекар е 24 дни за 2022г. и 18.3 дни за 2021г (102), докато във Финландия според друго проучване максималното приемливо време на изчакване за дентално лечение е почти двойно повече – 45.8 дни (103), което обяснява, защо през 2021г. именно „дългият списък с чакащи“ е най-честата посочвана причина, възпрепятстваща предоставянето на зъболекарската помощ в тази страна (101).

Практика, която води до изкуствено намаляване на наличните свободни часове е отменянето на часове в последния момент или неявяването за записания вече час. Лекарите по дентална медицина обаче са успели да превърнат тази порочна практика в гравивна, като използват отворилите се „прозорци“ в техният график за прием на непланирани случаи (104). Емпирични изследвания доказват, че въвеждането на напомния на пациентите за назначените часове, намалява броя на отложените прегледи и подобрява работния процес чрез намаляване на „свърхрезервирането“, което води до по-дълго време на изчакване при заспиване на часове (105).

Друг аспект на времето се оценява чрез времето за изчакване в чакалнята на зъболекаря, когато пациентът вече е успял да си запише час, но има забавяне в графика. Околната среда (дизайн и декорация) и някои специфични стимули (телевизия) успяват да отвлекат вниманието на пациента от чакането и влияят положително на оценката на предложената дентална услуга (106).

Всеки пациент според ангажиментите си има предпочитано различно време от деня или ден от седмицата, в което би могъл да посети зъболекаря си. Проблемът обикновено възниква с планирането на подходящо съвпадение между свободните часове в пълните графици на денталните лекари и предпочитанията на пациентите (104). Поради тази

причина лекарите по дентална медицина проявяват гъвкавост и често остават след официалното си обявено работно време (107). Обикновено работната седмица на зъболекарите е четиридесет часова, като зъболекарите могат по-често в сравнение с други здравни специалисти да определят сами дните от седмицата и часовете, в които да приемат пациенти. Балансирането в работните часове зависи от няколко фактора, дали зъболекарят практикува в своята собствена практика или не, личните му предпочитания и отговорности. Притежателите на собствени практики си позволяват най-голяма гъвкавост спрямо графика си, като работят и извън работно време и в почивни дни (108).

Проучвания в тази област показват, че увеличената продължителност на времето за изчакване се свързва с намаляване на удовлетвореността (109). За поддържането на добро орално здраве е важно пациентът да изпитва чувство на удовлетвореност, което ще го мотивира за последващи дентални визити (110). Нужно е на пациентите да се предоставят навременни дентални услуги по удобен за тях начин, тъй като това е важен фактор за постигане на добри медицински резултати и високи нива на удовлетвореност на пациентите.

1.4.2. Финансови бариери

Финансова достъпност

Здравната система в България е основана на принципа на задължително здравно осигуряване (ЗЗО). Според Закона за здравното осигуряване, осигурените лица имат право да получават „медицинска помощ в рамките на основния пакет здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса”. Той включва първична и специализирана извънболнична медицинска и дентална помощ, лекарства, диагностика, и стационарна болнична помощ (111). Взаимоотношенията между НЗОК и изпълнителите на дентална помощ, както цените и обема дентални услуги, включени в основния пакет, са регламентирани в Националния рамков договор.

Денталното здравеопазване у нас е организирано на две нива, първична и специализирана дентална помощ и се предоставя предимно от частния сектор. Проучване на денталните практики в Европа съобщава, че в 22 от общо 30 държави включени в него, над 80% от зъболекарите работят в частна практика (112). Предоставянето на дентална помощ от частни практикуващи лекари по дентална медицина срещу определено заплащане кара пациенти да поемат сами разходите за дентално лечение.

За оценяване на покритието на здравните услуги според СЗО е необходимо да се анализират следните аспекти – население (или кой е покрит), услуги (или кои услуги са покрити), и достъпност (или каква част от разходите са покрити) (113). Извън обсега на общественото покритие за дентална помощ разходите могат да се поемат отчасти чрез доброволна застраховка, а останалата част от плащания със собствени средства, които включват директни плащания и споделяне на разходите за дентални услуги (114). Денталните услуги в нашата страна, в сравнение с други подсектори на здравеопазването, се поемат в по-голяма степен чрез частни плащания от пациенти. По-високият дял на разходите, платени със собствени средства на пациента, спрямо общите разходи за дентална помощ, до голяма степен се дължи на пропуските в покритието от страна на НЗОК. Освен директни плащания, ЗОЛ правят и фиксирани регламентирани доплащания (115).

Доброволното здравно застраховане може да подпомогне пациентите при настъпване на здравословен проблем. Принципът на доброволност е основополагащ, като при него се осигурява пакет от медицински услуги, за които при настъпването на определени обстоятелства застрахователят изплаща обезщетение или възстановява реално направените разходи за използваните здравни услуги (116). От доброволно застраховане в нашата страна се възползват около 10% от населението (115). Проучвания в тази област съобщават обаче, че по-бедните, възрастните хора и хората с хронични заболявания обикновено остават извън обсега на ДЗО (117).

В отделните страни в Европа здравните системи функционират с различен обхват и това води до различни степени на покритие на разходите за получаване на дентални услуги (9). Едно от най-защитените финансово населения е това на Германия, което се възползва от повече от 60% публично покритие на разходите за дентални услуги, за разлика например от северната ни съседка Румъния, където едва 6% от разходите за дентална помощ са публично покрити. Пациентите в Нидерландия прилагат друга практика, за да обезпечат финансово денталното си лечение като основно разчитат на доброволното здравно застраховане (118). Анализ на нивата на публично покритие на денталните услуги в 31 държави в Европа класифицира страните в три категории: с ограничено покритие, с частично покритие и с разширено покритие. България, както и още шестнадесет държави, сред които Франция, Унгария, Полша, Румъния, Словения, Швеция, Англия попадат в групата на частично публично покритие зъболекарски услуги. За тази категория публично покритие е характерно, че децата се възползват от пълно покритие на разходите за определени дентални услуги, а всички дентални лечения за лицата над 18 години изискват споделяне на разходите. Обикновено изработката и поставянето на протези и/или

ортодонтски лечения не са част от публичните пакети. Споделянето на разходите е значително и варира между 25% и 80% от разходите в различните страни (112).

Ограниченото покритие води до намаляване на финансовата защита и респективно на възможността на хората да получат дентална помощ, ако не могат да платят за нея (119). Поради тази причина за основен фактор за осигуряването на достъп до дентална помощ в научната литература се изтъква социално-икономическият статус на пациента (95,120), като най-важните му аспекти са доход, образование и работен статус (121). Доказателство за финансовата тежест, която оказват денталните заболявания е, че през 2021г. най-често посочваната причина от населението на ЕС за неудовлетворени потребности от дентална помощ е била именно „твърде високата цена“ на денталните услуги. (101). Проект на „Националната здравна стратегия 2030“ също потвърждава наличието на финансови бариери пред много голяма част от населението у нас при ползването на дентални услуги, поради което е заложено и разширяване на пакета от дентални дейности, който да бъде покрит от НЗОК в България (98).

1.4.3. Персонални бариери

Приемливост

Бариерите пред достъпа, свързани с индивидуалните характеристики на пациентите, следва да се разглеждат като динамични препятствия, които се изменят и съответстват от една страна на тревогите на пациента, и желанието му от друга страна да получи лечение (55). Отново един от първите автори, които се опитват да дефинират и термина „приемливост“ е Donabedian, като разширява понятието за удовлетвореност на потребителите до приемливост или „съобразяване с желанията и очакванията на пациентите”(122). Удовлетворението се свързва с емоциите на пациента и служи като оценка на съответствието между потребителските очаквания и получената здравна услуга (109). Вярванията, чувствата, отношението, както и различни житейски събития и предишен опит могат да модифицират поведението на пациента в посока да предприеме определено действие за подобряване на своето дентално здраве, но също така могат да изградят пречки за получаването на дентална помощ. Тези психо-социални фактори могат да бъдат определени според Freeman (1999) като „нож, който реже и в двете посоки“ (55,123).

Практиката показва, че по-голямата част от пациентите отлагат денталното си лечение, докато проблемите им не са задълбочат, като оценяват с нисък приоритет денталните заболявания (56). Индивидуалните нагласи на пациентите към оралното здраве са често пренебрегван аспект, въпреки убедителните доказателства за въздействието им върху

получаването на денталната помощ. В тази връзка в литературата се предлагат различни способности за оценка на нагласите, включващи изследване на отношението, знанията и поведението на потребителите (2,124,125).

Страхът и безпокойството свързани със зъболекарските процедури са често срещани проблеми в световен план, като в зависимост от популацията и техниката на измерване между 2,5 и 20% от хората изпитват дентална тревожност, която варира в различна степен - от лека до силно изразен страх и дентална фобия. Това състояние води до усложнения, както за пациентите, защото ги кара да отлагат или отменят посещения при денталния лекар, така и за зъболекарите, които в тези случаи са подложени на повишен стрес, лечението при тези пациенти отнемат повече време и са свързани с други трудности (126). Редица проучвания показват, че тревожните пациенти имат по-развалени, повече липсващи и по-малко здрави зъби в сравнение с нетревожни пациенти (127), първите са с влошено дентално здраве, което влияе върху качеството на живот и създава необходимост от използването на специализирана дентална помощ (128,129).

Weiner и Sheehan определят два основни вида дентална тревожност, екзогенна (поради травматично преживяване) и ендогенна (произлизаща от други тревожни разстройства). Някои автори смятат, че денталната тревожност е породена основно от негативните очаквания, които често са свързани с по-ранни травматични преживявания и негативни нагласи в семейството на пациента (130,131). Други изследователи категоризират денталния страх в четири различни групи: страх от специфични стимули, недоверие към денталния персонал, генерализирана тревожност и страх от медицинска грешка (132). В денталната литература са описани различни психо-социални фактори, които могат да окажат влияние върху страха от зъболекар и това са социално-икономически статус, възраст, пол, етническа принадлежност, усещане за потребност, чувство на уязвимост и т.н. Страхът и безпокойството, свързани със зъболекарските процедури, може да зависят от образованието, квалификацията и се свързват с много други фактори като личностни характеристики, предходен травматичен дентален опит, болезнени посещения при зъболекар в детството, или дори индиректно от връстници или членове на семейството, които изпитват такава тревожност (133).

Тревожните пациенти избягват посещенията при дентален лекар по-често и по този начин влошават проблемите си, като увеличават вероятността последващите зъболекарски посещения да бъдат поради остри здравословни оплаквания. Избягването на посещения при денталния лекар създава „порочен кръг“ от страхове и влошаването на оралното здраве на

пациента (132). Когато дентално тревожен пациент посети след дълго време на отлагане своя дентален лекар, „той ще се нуждае от по-инвазивно лечение, което има потенциала да подсили страха и безпокойството и да доведе до допълнително бъдещо избягване на денталното му лечение“ (134).

Страхът и безпокойство от провеждането на дентални манипулации ограничават нормалния достъп до здравни услуги, което увеличава риска от орални заболявания, 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 преди лечението, прилагане на фармакологични средства, психотерапевтични методи, които се използват в зависимост от степента на тревожност (135,136). За идентифициране и оценка на степента на тревожност на пациентите, специалистите по дентална медицина широко използват психологически въпросници, каквато е скалата за определяне на дентална тревожност или Модифицирана скала на зъбната тревожност (53).

Друг механизъм за регулиране на реакциите, свързани с тревожността на пациентите са редовните посещения при зъболекар, които оказват профилактично въздействие върху страха (137). За справянето с тези тревожни емоции е необходимо да се осъществява диалог, в който пациентът да придобие увереност и доверие към своя лекар. Изключително важно е обучението по клинична комуникация на зъболекарите още по време на следването им и след това по време на целия им професионален път (138).

Хората от малцинствените или социално слаби групи, освен горепосочените персонални ограничения, са изправени и пред допълнителни предизвикателства, които често са свързани с дискриминация и влияят негативно на тяхното здраве (100,139,140)

Информираност

Според Saurman (2016) информираността е неразделна част от достъпа, като един от аспектите, в който се разглежда е свързан с осъзнаването (59). Повечето дентални заболявания могат да бъдат предотвратени чрез извършване на редовни прегледи при зъболекар (63), но върху тази дейност влияние оказва осъзнаването на необходимостта от използването на тези услуги. Това измерение на достъпа включва също така и компонентите на комуникацията с денталния екип и здравната грамотност на потребителите (59).

Нивото на здравна грамотност влияе върху степента на информираност на пациента. За прилагането на адекватни и ефективни превантивни мерки е необходимо да се разбере

механизмът на въздействие на здравната грамотност върху пациентите (141). В научната литература терминът „орална здравна грамотност“ се дефинира като „степената, в която индивидът има способността да получава, комуникира, обработва и разбира здравна информация, по начин, който му позволява да вземе подходящи решения за здравето”(78). Здравната грамотност е резултат от колаборация между здравната система, образователната система, културата на индивида и обществото (142) и представлява многоизмерна концепция, за която няма единен метод за оценка, обхващащ всички известни елементи (143,144). Някои от предлаганите инструменти свързани с измерването на оралната грамотност са концентрирани предимно върху „разбиране на думи, смятане, слушане, вземане на решения или комбинация от тях“, което ги прави сравнително ограничени за целите на изследванията, а други са неоснователно обширни, включващи елементи, които не са приложими за всички популации (142). Чрез алтернативни инструменти, които намират широко приложение, се обследват най-често познанията на пациентите свързани като цяло с оралното здраве и неговата профилактика, етиологията на оралните заболявания и здравната система (145).

Емпирични изследвания в тази връзка сочат, че ниските нива на здравна грамотност обикновено корелират и с намалено използване на превантивни услуги и увеличено потребление на услугите ориентирани към лечение на симптомите, тенденцията за отмяна на прегледи при зъболекар, независимо от необходимостта от лечение. Обратно, при висока степен на орална грамотност се установява по-добра комуникация пациент-зъболекар и отношения на сътрудничество между двете страни (141,145). Sun и съав. разработват модел на здравна грамотност, в които социално-демографските характеристики (възраст, пол, образование, професия и доходи) са основополагащи фактори, които оказват влияние върху останалите променливи в модела. На следващото йерархично ниво са поставени познанията на пациента, които кореспондират с неговата здравна грамотност. Тя пък от своя страна има пряк ефект върху здравното поведение, което е медиатор към здравословното състояние на пациента (146).

За подобряване на здравната грамотност на пациента значително може да допринесе комуникацията и уменията на денталния екип. Ефективната комуникация с пациентите, говоренето и представянето на информация в ясен и подходящ формат и активното слушане са от съществено значение за качествена дентална грижа и високи здравни резултати (147). Доказано от практиката е, че пациентите с ограничена здравна грамотност трудно разбират здравните инструкции, които медицинските лица им дават (148). Обикновено нивото на комуникация пациент-зъболекар се оценява чрез въпроси свързани с начина по който

медицинското лице обяснява на пациента, отделеното внимание и време, възможността за изслушване, проявата на учтивост и уважение и др. (69).

Здравната грамотност може да се приложи като механизъм за подобряване на здравните резултати. За целта е необходимо потребителите на дентални услуги да получават указания от своя лекар по дентална медицина и информационни материали, които са лесни за разбиране и използване чрез различни комуникационни канали.

1.5. Използваемост на дентални услуги

Използваемостта на дентални услуги е повлияна от различни фактори, които подтикват пациентите да предприемат определено действие, свързано с търсенето на професионална помощ или отказ от нея (20). Резултатът от взаимодействието между търсенето и предлагането на здравни услуги е тяхното използване, като обикновено пациентите инициират първия контакт с медицинските специалисти, а за последващите визити са отговорни и здравните професионалисти (28).

При изследване на достъпа в здравеопазването се разглеждат различни индикатори за използване на здравни услуги като например кой предоставя услугите (лекар, зъболекар), място на получаване на услугата (кабинет, амбулаторно отделение), целта на посещението (превенция, лечение), честотата и непрекъснатостта на използването (46). Един от най-често прилаганите показатели за използването на дентални услуги е годишният брой посещения на пациент при лекар по дентална медицина (20,60,77).

По-голямата част от пациентите взимат решение за посещение при дентален лекар, въз основа на симптоматична и/или лечебна причина. Според някои изследвания основен мотив за визитата при зъболекар е болката (20,21,60). В противоположния спектър са причините, които карат пациентите да не посещават зъболекар. Степента на възпиране на отделните причини варира в различните проучвания, но ясно се открояват неосъзната необходимост от преглед при зъболекар, страх, липсата на достатъчно време, (20,21,76), финансови причини, като цената е най-често съобщаваната причина (32).

Използваемостта на дентални услуги и респективно заплащането за тях води до финансова тежест за пациентите, тъй като по-големият дял от разходите се поема със собствени средства (112), а липсата или малкото на брой посещения при зъболекар могат да имат вредни ефекти върху здравето на пациента (3). За да се избегне недостатъчното, прекомерното или неправилното използване на денталните услуги следва да се дефинират факторите, които оказват влияние върху използването на дентални услуги при пациентите

(149). Според някои автори въздействие оказват множество фактори като възраст, пол, местоживеене, доходи и заетост (32,150,151). За други изследователи образованието и по-високия социално-икономически статус на населението са предпоставка за увеличено използване на дентални услуги (149). От друга страна недостатъчното ползване на дентални услуги често е продиктувано, освен от демографски и социално-икономически характеристики, също и от някои субективни фактори като страх (152,153) и лични предубеждения (154). Използваемостта на дентални услуги за поддържане на орално здраве не е константна величина, тъй като нагласите, финансовите възможности и общото здраве на индивида се променят по време на целия му живот (31).

1.6. Здравни резултати

Около 466 милиона души в Европа са засегнати от заболявания на устната кухина, които са сред най-често срещаните незаразни заболявания в световен мащаб (4). По данни на Института за здравни показатели и оценка, повече от половината от европейското население (52%) страда от орални заболявания през 2019г., което е най-високото регистрирано ниво. През същата година сред 33% от населението в Европа, най-разпространеното заболяване на устната кухина е кариеса, следвано от пародонталните заболявания сред 16% от популацията, а един на всеки десет души е преживял загуба на зъби (112,155).

Връзката между оралното здраве и общото здравословно състояние

Според FDI здравните системи по света често изолират оралното здраве, въпреки доказаната му значимост, като подценяват значението му за популацията (18). Оралното здраве е ключов показател за цялостното здравословно състояние и множество изследвания в тази област подкрепят връзката между нелекуваните орални заболявания и множество здравословни състояния, които засягат повечето органични системи в човешкото тяло (5–17). Най-разпространените орални заболявания са свързани с четирите най-разпространени незаразни заболявания като сърдечно-съдови заболявания (ССЗ), рак, диабет и хронични респираторни заболявания (156).

Пациентите с проблеми с психичното здраве са по-склонни да страдат от заболявания като кариес и пародонтит (157). Въпреки че липсва установена причинно-следствена връзка, пародонтитът се свързва и с болестта на Алцхаймер (14) и е рисков фактор при пациенти с *когнитивно увреждане*, затова правилната диагноза и лечение на хроничния

пародонтит са изключително необходими за пациентите, попадащи в тази група със заболявания (15).

Изследвания в тази област продължават да доказват реципрочната връзка между заболяванията на венците и *диабета*. Липсата на навременно пародонтално лечение може да увеличи усложнения от диабета, докато приложението на адекватни дентални мерки води до по-добри резултати за пациентите с диабет (13). Тежкото пародонтално заболяване се счита за шестото усложнение на диабета (158).

Заболяването на венците също се свързва с значителна тежест от *сърдечно-съдови заболявания*. Пародонтитът е основната причина за загуба на зъби в напреднала възраст и изследване в тази област установи, че липсата на повече от 5 зъба повишава риска многократно от коронарна болест на сърцето и инфаркт (17).

Устната кухина, поради степента на влажност и температура, е изключително подходяща среда за развитие на разнообразна микробиота. Бактериалните структури създават биофилми, както върху твърди повърхности (зъби), така и върху меките тъкани.(16) За популацията, която страда от заболявания на венците и не полага нужната и орална хигиена е установено наличието на повече бактерии в устата им, особено на пародонталните патогени, които могат да доведат до *респираторни заболявания*, предразполагащи към развитието и на пневмония (11,12). Пациенти с пародонтални заболявания са изложени на по-висок риск и от обостряне на хронична обструктивна белодробна болест.(159) В последните години в условие на пандемична обстановка в света е установена и зависимост между пародонтита и по-висок риск от приемане в интензивно отделение, прилагане на асистирана вентилация и смърт на пациенти с COVID-19 (10), като оралното заболяване оказва и косвено влияние на съпътстващи заболявания и това допълнително утежнява състоянието при болните (9).

Пародонтитът и последващата загуба на зъби корелират и с определени *видове рак*, като значително увеличава риска от развитие на рак на простатата (6) и рака на панкреаса (7), рисков фактор са за развитието на рак на гърдата при жените (8) и повишават честота на рак на стомаха (5).

В научната литература се посочват доказателства, че пародонталните заболявания въздействат и на *ендокринна система* в човешкото тяло, като е потвърдена положителна връзка между затлъстяването и пародонтита (160).

Пародонтитът също може да окаже влияние и върху *отделителната система*, като се асоциира за рисков фактор за влошена бъбречна функция и е причинно свързан с хронично бъбречно заболяване (161). Доказано е взаимното влияние между оралните и стомашно-чревните заболявания, пациентите с възпалителни заболявания на червата са изложени на повишен риск от пародонтит (162).

Много заболявания имат орални прояви, които увеличават риска от влошаване на оралното здраве и своя страна се явява рисков фактор за редица общи здравословни проблеми. Болестите на устната кухина имат хронично естество и се акумулират през целия живот на индивида. Въпреки че повечето от тях могат да бъдат предотвратени, фактите сочат, че тези заболявания все още са сред най-разпространените в световен мащаб и силно въздействат върху качеството на живот на индивида, като оказват сериозна здравна и икономическа тежест. Редовното използване на дентални здравни услуги корелира с доброто орално здраве (163) и поради тази причина е от изключително значение на населението да бъде осигурен достъп до дентална помощ.

ГЛАВА 2. ИЗСЛЕДВАНЕ НА ДОСТЪПА ДО ДЕНТАЛНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

За проучването на достъпа до дентална помощ в България е използван комплексен подход, като са приложени *документален, социологически и статистически метод* за изследване. Чрез документалния анализ е проучена научната литература, от която са изведени основните измерения на достъпа, които според изследователите могат да се асоциират към различни бариери на достъпа. По този начин, въз основа на литературата са разработени две анкетни карти за съответните целеви групи - потребители и доставчици на дентални услуги. За анализ на резултатите от проучването освен официални статистически данни и стратегически документи, са използвани и статистически методи за интерпретация на данните с оглед разкриване същността на изследвания проблем.

2.1 Профил на респондентите

Потребители на дентални услуги – демографски и социално-икономически характеристики

В проведеното онлайн анкетно проучване вземат участие 953 респонденти, 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%.

Доставчици на дентални услуги – демографски характеристики и организация на практиката

Анкетната карта е изцяло попълнена от 151 дентални лекари. И при тази извадка поголемият 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.

В областта на общата дентална медицина практикуват 57% от зъболекарите, като натрупаният опит е сравнително еднакво разпределен в групите до 5 години, между 5 и 15 години и над 15 години. Повече от половината от лекарите по дентална медицина нямат призната специалност в системата на здравеопазването. Участниците работят предимно

между 4 и 8 часа на ден, а над една четвърт практикуват професията между 8 и 12 часа на ден. Над 80% съобщават, че приемат пациенти и извън работното си време.

Пълна информация за профила на респондентите и честотно разпределение на техните отговори е представена в Приложение 3.

2.2 Структурни бариери

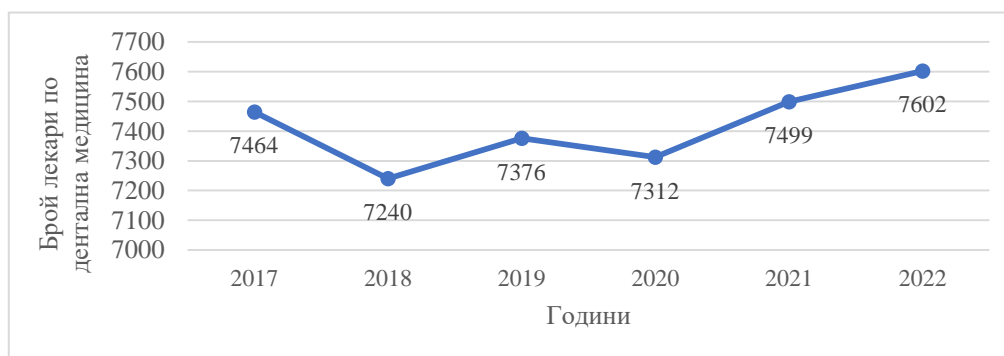
2.2.1 Наличност

Денталният екип се състои от група хора, които работят заедно, извършват дентално-медицински дейности в полза подобряване на оралното здраве на пациента. Този екипен подход в денталната медицина повишава ефективността на цялостното лечение на пациента. Основните позиции в денталния екип са лекар по дентална медицина, асистент на лекаря по дентална медицина и зъботехник (164). При извършването на анализ на осигуреността в страната с горепосочените медицински специалисти, въз основа на техния брой и разпределение са използвани статистически данни от Националния статистически институт (НСИ) и Евростат - статистическата служба на Европейския съюз.

2.2.1.1 Осигуреност с лекари по дентална медицина в страната

Лекарят по дентална медицина е дееспособно лице, което притежава образователно-квалификационна степен „магистър по дентална медицина“ и има право да извършва дентално-медицински дейности. Лекарите по дентална медицина провеждат изследвания, поставят диагнози, консултират, прилагат и проследяват дентално лечение, осъществяват първична и специализирана дентална помощ (164). Към края на 2022г. в България лекарите по дентална медицина са общо 7 602, като 6 624 от тях работят в практики със сключен договор с НЗОК (165). Броят на лекарите по дентална медицина в България според статистически данни за периода 2017-2022г. се увеличава с по-малко от 2% в страната (Фиг. 2.1).

Фигура 2.1 Общ брой лекари по дентална медицина за периода 2017-2022г.



Източник: НСИ (166)

В предходната глава е посочено, че в литературата често използван показател на измерението на достъпа „Наличност“ е съотношението „зъболекари-население“ за отчитане на осигуреността на населението с лекари по дентална медицина. При денталната помощ повечето дейности се извършват в практики за първична извънболнична дентална помощ. Поради това препоръчителната минимална осигуреност със зъболекари за страната в първичната дентална помощ е 1 на 1000 души население (89). В Табл. 2.1 е представена динамиката на стойностите на този показател в периода 2017-2022г. за България, както и броя население на един лекар по дентална медицина.

Таблица 2.1 Осигуреност с лекари по дентална медицина за периода 2017-2022г.

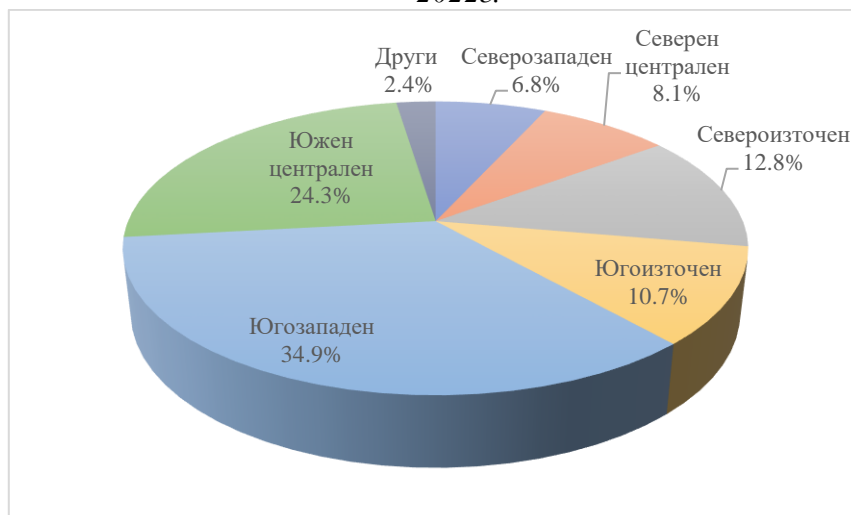
Показател	2017г.	2018г.	2019г.	2020г.	2021г.	2022г.
Лекари по дентална медицина на 1000 души от населението	1.06	1.03	1.06	1.06	1.10	1.18
Население на един лекар по дентална медицина	945	967	942	946	912	848

Източници: Евростат (167) и НСИ (168)

Броят на лекарите по дентална медицина на 1000 души от населението за периода 2017-2022г. се увеличава, като това съотношение е едно от най-високите в Европейския съюз за този период (80). Колкото по-голям е броят на денталните лекари спрямо броя на населението, толкова по-голяма е вероятността за осигуряване на достъп до дентална помощ. В периода между 2017г. и 2020г. относително се запазва тенденцията за броя население на един дентален лекар, докато през 2021г. и 2022г. се отбелязва чувствително намаление по този показател, което най-вероятно се дължи на увеличения брой практикуващи лекари по дентална медицина и намаляващото население на страната.

България е разделена на 6 района на планиране: Северозападен, Северен централен, Североизточен, Югоизточен, Югозападен и Южен централен, в състава на които влизат общо 28 области с общо 265 общини (169,170). На Фигура 2.2 е представен относителния дял на лекарите по дентална медицина разпределени в тези райони през 2022г.

Фигура 2.2 Дял на лекарите по дентална медицина разпределени по райони през 2022г.



Източник: По данни от НСИ (171)

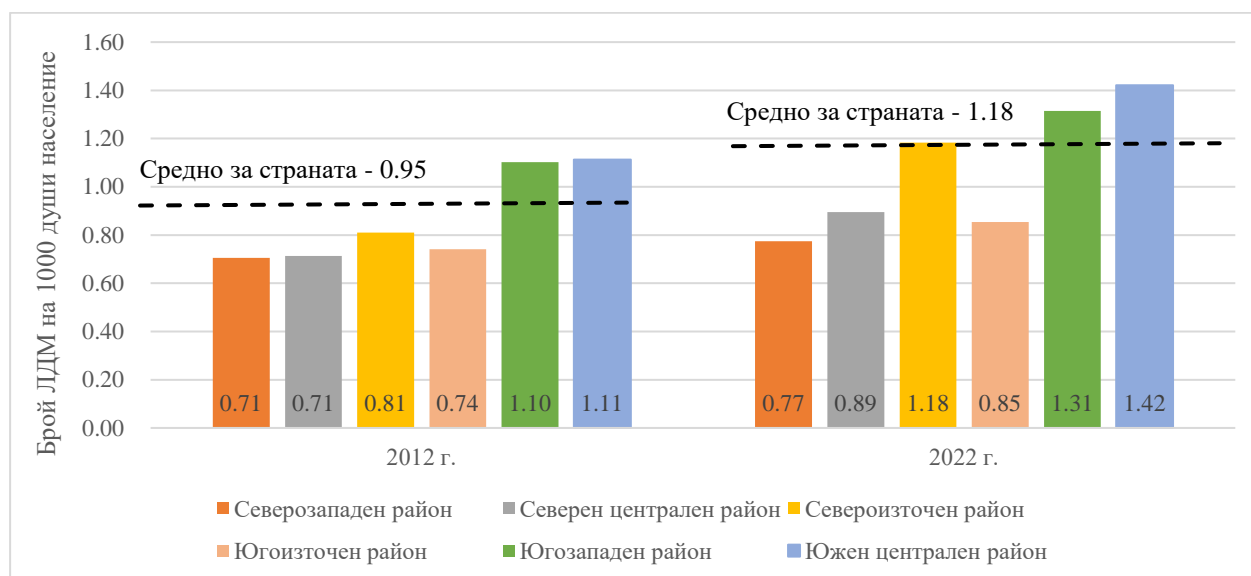
Северозападният, Северният централен и Югоизточният район са районите с най-ниска обезпеченост към края 2022г. с дентални лекари като цяло в страната. За сметка на това повече от половината от зъболекарското съсловие практикува своята професия в Югозападния и Южния централен район. Именно това са и районите, в които всъщност живее и по-голямата част от населението на страната. 34.9% от всички лекари по дентална медицина през 2022г. практикуват в Югозападния район на България, следвани от 24.3% зъболекари, които лекуват пациентите си в Южен централен район. Междинна позиция в класацията заема Североизточният район с дял от 12.8%, следван от Югоизточния район – 10.7%. Най-малък брой дентални лекари практикуват в Северозападния – 6.8% и Северния централен район – 8.1%. Неразпределени са 2.4% от лекарите по дентална медицина, тъй като работят в практики в повече от една област или към други ведомства, които не са разпределени в статистически райони.

При анализ на населението на един лекар по дентална медицина за 2022г. се потвърди отново неравномерното им разпределение по райони. Този показател показва осигуреността на населението с дентални лекари и тяхната натовареност. Колкото повече пациенти се падат на един лекар по дентална медицина, толкова по-затруднен е достъпа до него. Най-голям брой население има един дентален лекар в Северозападния район - 1 291 и в Северния централен район - 1 118, докато най-малко пациенти обслужва един лекар по дентална медицина в Югозападния – 761 и Южния централен район – 704. Разгледана по области тази класацията се оглавява от област София (област) – 1724, област Разград – 1580 и област Търговище – 1552, което е почти двойно повече над средната стойност на този показател за страната през 2022г. Най-малко пациенти съответно се падат на един зъболекар в София

(столица) - 659 човека, следвана от област Варна с 641 човека и Пловдив с 537 човека (171). Анализът показва значителни неравенства в осигуреността на населението с лекари по дентална медицина, поради неравномерното им разпределение не само по райони, но и по области.

Въз основа на данни от НСИ за последното десетилетие се установи, че през 2012г. четири от районите (Северозападен, Северен централен, Югоизточен и Североизточен район) имат под средната осигуреност с лекари по дентална медицина на 1000 души население в страната. През 2022г. е налице значима промяна в този показател в Североизточния район, като в него е достигната средната осигуреност за страната. Това най-вероятно се дължи на третия факултет по дентална медицина разкрит в този район (Фиг.2.3).

Фигура 2.3 Осигуреност с лекари по дентална медицина на 1000 души население по райони в България през 2012г. и 2022 г.



Източник: По данни от НСИ (171)

Високата концентрация на лекари по дентална медицина в по-урбанизираните райони с медицински университети и с висока икономическа активност е предпоставка за неравенство в достъпа и използване на дентални услуги. С решение на Министерския съвет от края на 2022г. е приета „Националната карта на дългосрочната нужда от здравни услуги“ в България, която се използва като инструмент за справяне с основните предизвикателствата пред здравеопазването и анализира обективни данни за съществуващата структура на системата на здравеопазване, потребностите на населението от здравни услуги и възможностите за оптимизиране. Разпределението на практиките на лекарите по дентална медицина се планира на база на конкретните потребностите на

населението в областта съобразно данните за броя на населението по общини и населени места, състоянието на пътно-транспортната и комуникационната мрежа в областта и традиционния пациентопоток (89). В Табл. 2.2 е представен сравнителен анализ между минималния необходим брой дентални лекари през 2022г. според „Националната карта на дългосрочната нужда от здравни услуги“ и броя практикуващи лекари по дентална медицина през 2022г. по данни на НСИ.

Таблица 2.2 Сравнение между минимален необходим брой ЛДМ и реален брой ЛДМ през 2022г. в България

	Минимален необходим брой дентални лекари през 2022*	Брой лекари по дентална медицина през 2022**	Разлика между необходимия и реалния брой дентални лекари
Северозападен	703	520	-183.00
Северен централен	751	614	-137.00
Североизточен	913	975	62.00
Югоизточен	1010	810	-200.00
Югозападен	2070	2650	580.00
Южен централен	1390	1849	459.00
Общо за страната	6839	7602	763.00

Източник: *Национална карта на дългосрочните нужди от здравни услуги (89) и **НСИ (171)

Анализът на тези данни общо за страната показва, че населението е обезпечено с достатъчен брой лекари по дентална медицина, като дори практикуват с 11% повече от нужното. Същевременно се регистрира дефицит на общо 520 зъболекари в Северозападния, Северния централен и Югоизточния район. За покритието на тези райони с достатъчно лекари по дентална медицина е необходимо да се увеличи техния брой съответно с 35% в Северозападния район, с 22% в Северен централен район и с 25% в Югоизточен район.

Неравномерното разпределение на лекарите по дентална медицина се потвърждава и от увеличения брой лекари по дентална медицина над необходимия с 1101 зъболекари общо за останалите райони - Югозападен, Южен централен и Североизточен. Районът, който е оптимално обезпечен с лекари по дентална медицина спрямо останалите е Североизточен, в който практикуват едва 6.8% повече от минималния необходим брой дентални лекари през 2022г. В другите два района този процент е между 28-33%.

За да се гарантира равнопоставен достъп на населението на територията на цялата страна е необходимо да се осигури адекватно териториално разпределение на практиките на лекарите по дентална медицина на база на конкретните потребности на населението.

Това може да се осигури чрез преразпределение на медицинските кадри с цел да се покрият дефицитите в обезпечеността с лекари по дентална медицина в Северозападния, Северния централен и Югоизточния район.

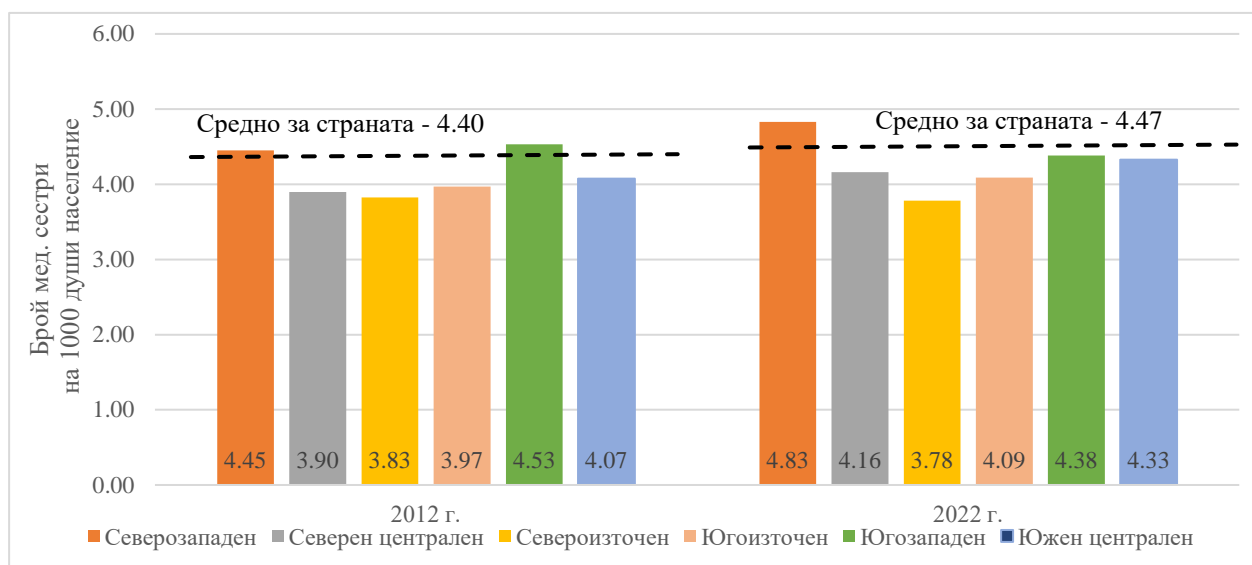
2.2.1.2 Осигуреност с медицински сестри/дентални асистенти в страната

В началото на 20-ти век зъболекарите започват да използват помощта на асистенти при извършването на лечебните си дейности. От предимно индивидуална, работата на зъболекаря става екипна (172), като важна позиция заема медицинската сестра. Тази професия спада към регулираните професии, което показва нейното обществено значение. Латвия, Гърция и България са държавите в ЕС с най-ниска осигуреност с медицински сестри, като причините за това са свързани с висок процент емигриращи обучени сестри, поради липса на адекватна работа и по-добро заплащане (173). Въз основа на данни на НСИ за 2012г. и 2022г. за разпределението по райони на медицинските сестри на 1000 души население се установи по-слабо изразено неравномерно разпределение на медицинските сестри в сравнение с лекарите по дентална медицина (Фиг. 2.4) (171).

Освен завършилите обучението по специалност „Медицинска сестра“, право да асистират на лекаря по дентална медицина в предоставянето на дентално-медицинска помощ имат и придобилите квалификация по професията „Асистент на лекар по дентална медицина“, след преминал специализиран курс. Според предоставена информация от Националната агенция за професионално образование и обучение, в това професионално направление се извършват обучения от 2014г. насам, като до средата на 2023г. общо 782-ма курсисти са придобили специалност "Асистент на лекар по дентална медицина".

Половината от лекарите по дентална медицина взели участие в онлайн анкетното проучване посочват, че работят постоянно с дентален асистент или медицинска сестра в своята практика, а 20.5% само понякога. В 25% от случаите лекарите по дентална медицина съобщават, че работят самостоятелно в своята дентална практика, тъй като не изпитват необходимост от асистент или не могат да си го позволят. Липсата на кадри е най-рядко посочваната причина за това (6.6%).

Фигура 2.4 Осигуреност с медицинските сестри на 1000 души население по райони в България през 2012г. и 2022 г.

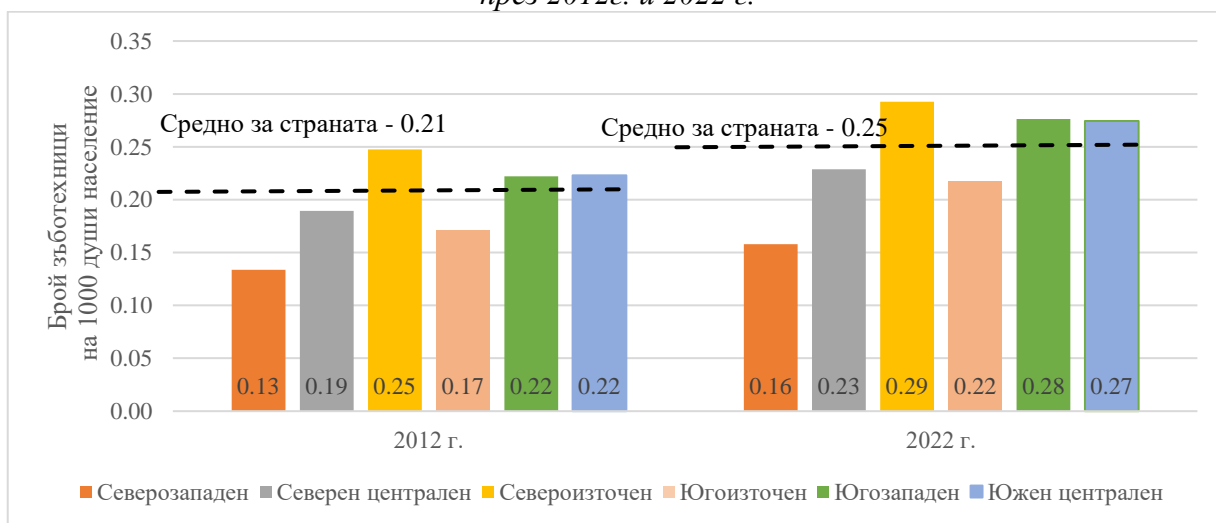


Източник: По данни от НСИ (174)

2.2.1.3 Осигуреност със зъботехници в страната

Зъботехниците също са част от денталния екип. Макар и да нямат директен контакт с пациентите, те изработват протезни конструкции, ортодонтски апарати и шини, целящи възстановяването на дефектите на зъбните редици (175). Въз основа на данни от НСИ за 2012г. и 2022г. за разпределението на зъботехниците на територията на страната, отново както при лекарите по дентална медицина, се установи неравномерно разпределение на зъботехниците на 1000 души население, като по-висока концентрация от тези специалисти има в три от районите (Североизточен, Югозападен и Южен централен), в които е покрита средната осигуреност за страната (Фиг. 2.5).

Фигура 2.5 Осигуреност със зъботехници на 1000 души население по райони в България през 2012г. и 2022 г.



Източник: По данни на НСИ (174)

2.2.2 Физическа достъпност

Това измерение на достъпа е представено и анализирано чрез резултати от анкетното проучване сред потребителите и лекарите по дентална медицина. Измерението *Физическа достъпност* е пряко свързано с измерението *Наличност*, като в него се отразява възможността на потребителите да достигнат до доставчика на дентална услуга. Приблизително 77% от респондентите от потребителската група успяват да се придвижат в рамките на 30 минути до своя дентален лекар. Около един час е необходим на 16.3% от анкетираните за придвижване, като само 4.4% са имали нужда от повече време.

Освен установените дисбаланси по райони на планиране в страната, проучването сред лекарите по дентална медицина също показва, че практиките им са съсредоточени основно в градовете и това затруднява физическия достъп за пациентите от по-малките населени места. Зъболекарите основно практикуват в големите областни градове (65.6%) или в столицата (22.5%), в малък град упражняват професията си едва 9.3%, а едва 2.6% в селата. 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.

За проучването на това измерение е анализирана и необходимостта от осъществяване на пътуване до друго населено място от пациентите. На 81.4% от потребителите на дентални услуги не им се налага да пътуват до друго населено място, за да получат необходимата дентална помощ. За 7.8% от анкетираните пътуването извън собственото населено място е свързано с липсата на доверие към доставчика на услугата, а 5.9% пътуват, защото няма дентален лекар в населеното място, в което живеят. На по-малко от 5% им се налага да използват транспорт до друго населено място, понеже не могат да намерят лекар по дентална медицина, който да предоставя нужната им услуга в тяхното селище.

Статистическият анализ на факторите, които могат да имат връзка с пътуването до лекар по дентална медицина, практикуващ в друго населено място, разграничи като значими *възрастта, образованието, местожителството, наличието на ЗЗО, дохода и трудовия статус*. (Табл.2.3)

Таблица 2.3 Сравнение на причините за пътуване до ЛДМ при различни групи потребители по фактори

Фактори	Причини за пътуване до ЛДМ от друго населено място			Не пътува	stat	P-value
	липса на доверие в ЛДМ	липса на ЛДМ	липса на ЛДМ, който да предоставя нужните услуги			
възраст						
до 30 г.	16 (11.9%)	9 (6.7%)	12 (9%)	97 (72.4%)	$\chi^2 = 23.23$.026
31 – 40 г.	26 (7.4%)	21 (5.9%)	18 (5.1%)	288 (81.6%)		
41 – 50 г.	18 (6.6%)	11 (4.0%)	6 (2.2%)	238 (87.2%)		
51 – 60 г.	7 (6.1%)	12(10.5%)	8 (7.0%)	87 (76.3%)		
над 60 г.	7 (8.9%)	3 (3.8%)	3 (3.8%)	66 (83.5%)		
пол						
мъж	8 (6.0%)	6 (4.5%)	8 (6.0%)	112 (83.6%)	$\chi^2 = 1.600$.660
жена	66 (8.1%)	50 (6.1%)	39 (4.8%)	664 (81.1%)		
образование						
висше	36 (5.3%)	26 (3.9%)	31 (4.6%)	581 (86.2%)	Fisher's exact test	<.001
полувисше	4 (9.8%)	3 (7.3%)	1 (2.4%)	33 (80.5%)		
средно	34 (14.3%)	27(11.3%)	15 (6.3%)	162 (68.1%)		
местожителство						
столица	5 (2.9%)	2 (1.2%)	3 (1.7%)	162 (94.2%)	$\chi^2 = 436.46$	<.001
областен град	24 (4.2%)	13 (2.3%)	16 (2.8%)	523 (90.8%)		
малък град	29 (20.4%)	7 (4.9%)	21(14.8%)	85 (59.9%)		
село	16 (25.4%)	34 (54%)	7 (11.1%)	6 (9.5%)		
самооценка на денталното здраве						
отлично	7 (8.5%)	3 (3.7%)	2 (2.4%)	70 (85.4%)	Fisher's exact test	.084
много добро	4 (2.1%)	9 (4.6%)	10 (5.1%)	172 (88.2%)		
добро	28 (8.5%)	20 (6.1%)	17 (5.2%)	264 (80.2%)		
средно	23 (11.2%)	12 (5.9%)	12 (5.9%)	158 (77.1%)		
влошено	10 (9.1%)	8 (7.3%)	4 (3.6%)	88 (80.0%)		
много лошо	2 (6.3%)	4 (12.5%)	2 (6.3%)	24 (75.0%)		
ЗЗО						
да	71 (7.6%)	50 (5.4%)	43 (4.6%)	766 (82.4%)	Fisher's exact test	<.001
не знам	0 (0.0%)	2 (50.0%)	1 (25.0%)	1 (25.0%)		
не	3 (15.8%)	4 (21.1%)	3 (15.8%)	9 (47.4%)		
ДЗЗ						
да	17 (5.8%)	12 (4.1%)	14 (4.7%)	252 (85.4%)	Fisher's exact test	.071
не знам	7 (13.2%)	6 (11.3%)	4 (7.5%)	36 (67.9%)		
не	50 (8.3%)	38 (6.3%)	29 (4.8%)	488 (80.7%)		
доход						
до 710 лв.	14 (9.8%)	18(12.6%)	7 (4.9%)	104 (72.7%)	$\chi^2 = 30.061$.003
711 – 1200 лв.	29 (8.6%)	23 (6.8%)	19 (5.6%)	268 (79.1%)		
1201 – 2000 лв.	22 (7.7%)	7 (2.5%)	17 (6%)	239 (83.9%)		
2001 – 3400 лв.	5 (4.7%)	6 (5.6%)	4 (3.7%)	92 (86.0%)		
над 3400 лв.	4 (5.1%)	2 (2.5%)	0 (0.0%)	73 (92.4%)		
трудова статус						
активен	49 (6.6%)	40 (5.4%)	38 (5.1%)	619 (83.0%)	Fisher's exact test	.014
безработен	1 (2.7%)	5 (13.5%)	2 (5.4%)	29 (78.4%)		
неактивен	24 (14.1%)	11 (6.5%)	7 (4.1%)	128 (75.3%)		

Предвид високата обезпеченост с дентални лекари в района на София (столица) е разбираемо, че на столичани не им се налага да пътуват до друго населено място, също

както и на жителите на областните градове, при които отговорите, че пътуват по коя и да е от трите причини, са по-рядко срещани.

Анализът показва статистически значима разлика за живеещите в селата и тези в малките градове. На тези две групи респонденти им се налага да пътуват по-често до друго населено място, отколкото на живеещите в столицата или в областните градове. Жителите на малките градове и жителите на селата изпитват недоверие към зъболекарите в тяхното населено място в около 20-25% от случаите. В допълнение, при живеещите в малките градове по-често се среща и отговор, че пътуват, защото в тяхното населено място няма дентален лекар, който да предоставя нужните им услуги, а живеещите в селата по-често съобщават, че пътуват, защото в тяхното населено място няма практикуващ дентален лекар. Като цяло 90% от участниците живеещи в селата пътуват до друго населено място, за разлика от 40% от жителите на малките градове, за да получат нужната им дентална помощ.

На участниците с висше образование в над 85% от случаите също не им се налага да пътуват въобще, а при останалите това се случва, понеже в мястото, в което живеят няма действаща практика на зъболекар или пък има, но не биха му се доверили. При участниците със средно образование резултатите не са толкова крайни, в 30% от случаите тази група от населението пътува до друго населено място.

Участниците с най-ниски доходи основно пътуват, защото в тяхното населено място няма дентален лекар. 92% от респондентите с доход над 3400 лв. не пътуват до друго населено място, а когато все пак им се наложи, причината е свързана с недоверие към доставчика на денталната услуга.

За трудово неактивните участници причина за предприемане на пътуване се оказва отново недоверието в денталния лекар, практикуващ в тяхното населено място спрямо безработните и заетите групи от населението. Пациентите, които не са трудово наети по-често пътуват, понеже няма дентален лекар в тяхното населено място.

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, образование, местожителство, самооценка на денталното здраве, наличие на ЗЗО, доход и трудов статус* сред потребителите на дентални услуги (Табл. 2.4). За проверка на различията е използван тестът на Ман-Уитни и Крускал-Уолис за независими извадки.

Таблица 2.4 Сравнение на степента на влияние на затрудненото придвижване до ЛДМ 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.	61(70.9%)	7 (8.1%)	4 (4.7%)	8(9.3%)	6 (7.0%)	1.73	H = 10.144	.038
31 – 40 г.	162(80.6%)	11(5.5%)	10(5.0%)	7(3.5%)	11(5.5%)	1.48		
41 – 50 г.	127(85.2%)	13(8.7%)	1 (0.7%)	2(1.3%)	6 (4.0%)	1.30		
51 – 60 г.	49 (72.1%)	7(10.3%)	3 (4.4%)	2(2.9%)	7 (10.3%)	1.69		
над 60 г.	28 (75.7%)	3 (8.1%)	2 (5.4%)	1(2.7%)	3 (8.1%)	1.59		
пол								
мъж	72 (84.7%)	4 (4.7%)	1 (1.2%)	3 (3.5%)	5 (5.9%)	1.41	z = 1.311	.190
жена	355(77.9%)	37(8.1%)	19 (4.2%)	17(3.7%)	28 (6.1%)	1.52		
образование								
висше	319(82.4%)	31(8.0%)	12 (3.1%)	11(2.8%)	14 (3.6%)	1.37	H = 20.448	<.001
полувисше	25 (89.3%)	1 (3.6%)	(0.0%)	(0.0%)	2 (7.1%)	1.32		
средно	83 (65.9%)	9 (7.1%)	8 (6.3%)	9 (7.1%)	17 (13.5%)	1.95		
местожителство								
столица	80 (79.2%)	7 (6.9%)	7 (6.9%)	3 (3%)	4 (4%)	1.46	H = 36.486	<.001
областен град	268(83.5%)	22(6.9%)	6 (1.9%)	11(3.4%)	14 (4.4%)	1.38		
малък град	62 (77.5%)	8(10.0%)	2 (2.5%)	1 (1.3%)	7 (8.8%)	1.54		
село	17 (43.6%)	4(10.3%)	5 (12.8%)	5(12.8%)	8 (20.5%)	2.56		
самооценка на денталното здраве								
отлично	20 (90.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (9.1%)	1.36	H = 11.58	.041
много добро	64 (84.2%)	7 (9.2%)	0 (0.0%)	2 (2.6%)	3 (3.9%)	1.33		
добро	146(79.3%)	10(5.4%)	10 (5.4%)	9 (4.9%)	9 (4.9%)	1.51		
средно	121(80.1%)	11(7.3%)	8 (5.3%)	5 (3.3%)	6 (4.0%)	1.44		
влошено	65 (73.9%)	9(10.2%)	1 (1.1%)	4 (4.5%)	9 (10.2%)	1.67		
много лошо	11 (55.0%)	4(20.0%)	1 (5.0%)	0 (0.0%)	4 (20.0%)	2.10		
ЗЗО								
да	421(80.3%)	39(7.4%)	20 (3.8%)	19(3.6%)	25 (4.8%)	1.45	H = 27.902	<.001
не знам	0 (0.0%)	1(33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (66.7%)	4.00		
не	6 (42.9%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	1 (7.1%)	6 (42.9%)	3.00		
ДЗЗ								
да	138(79.3%)	14(8.0%)	8 (4.6%)	5 (2.9%)	9 (5.2%)	1.47	H = 0.320	.852
не знам	23 (76.7%)	0 (0.0%)	2 (6.7%)	2 (6.7%)	3 (10.0%)	1.73		
не	266(78.9%)	27(8.0%)	10 (3.0%)	13(3.9%)	21 (6.2%)	1.50		
доход								
до 710 лв.	55 (65.5%)	9(10.7%)	4 (4.8%)	5 (6.0%)	11 (13.1%)	1.90	H = 17.033	.002
711 – 1200 лв.	150(77.7%)	13(6.7%)	12 (6.2%)	7 (3.6%)	11 (5.7%)	1.53		
1201 – 2000 лв.	130(81.3%)	13(8.1%)	2 (1.3%)	7 (4.4%)	8 (5.0%)	1.44		
2001 – 3400 лв.	53 (86.9%)	3 (4.9%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	3 (4.9%)	1.33		
над 3400 лв.	39 (90.7%)	3 (7.0%)	1 (2.3%)	(0.0%)	(0.0%)	1.12		
трудова статус								
активен	342(82.4%)	32(7.7%)	11 (2.7%)	13(3.1%)	17 (4.1%)	1.39	H = 15.227	<.001
безработен	15 (68.2%)	2 (9.1%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)	4 (18.2%)	1.91		
неактивен	70 (67.3%)	7 (6.7%)	8 (7.7%)	7 (6.7%)	12 (11.5%)	1.88		

*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.

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.

2.2.3 Удобство

Доставчиците на дентални услуги е важно да могат да бъдат достигнати от потребителите освен физически, но и своевременно. Измерението *Удобство* се асоциира с организацията на практиката на лекаря по дентална медицина по удобен за потребителите начин, като основният акцент в него е предоставянето на дентални услуги навреме и обикновено се разглеждат работното време, 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 анкетираните потребители времето, което изминава между записването на час и получаването на денталната помощ, обикновено е от една до три седмици. Почти 8% отговарят, че получават денталната услуга в същия ден, а едва 3% посочват, че времето може да варира от три седмици до три месеца.

За 43.7% от лекарите по дентална медицина, времето което изминава от записването на час до предоставяне на денталната услуга, поради заетост на графика им, е между една и три седмици. Други 42.4% от зъболекарите потвърждават мнението на потребителите, че дентална помощ обикновено пациентите получават в рамките на една седмица. Само 2.6% от зъболекарите посочват, че могат да предоставят услуга още в същия ден. В научната литература има доказателства, че продължителното време за чакане за получаване на дентална помощ има връзка с нивата на удовлетвореност на пациентите, но в нашето проучване тази зависимост между срока на получаване на дентална помощ и удовлетворението от предоставената услуга не се доказва ($p < 0.720$) (Табл. 2.5)

Друга основна 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.

Таблица 2.5 Връзка между изминалото време от записването на час до получаването на дентална помощ и нивата на удовлетвореност на пациентите

Време между записването на час и получаването на дентална помощ	Нива на удовлетвореност от предоставената дентална помощ					stat	p-value
	Неудовлетворен	По-скоро не удовлетворен	Не може да прецени	Донякъде удовлетворен	Напълно удовлетворен		
Помощ в същия ден	1 (1.3%)	3 (4.0%)	2 (2.7%)	18 (24.0%)	51 (68.0%)	Fisher's exact test	.720
От 1 ден до 1 седмица	3 (0.5%)	13 (2.2%)	28 (4.7%)	176 (29.2%)	382 (63.5%)		
От 1 седмица до 3 седмици	2 (0.8%)	6 (2.5%)	14 (5.8%)	71 (29.5%)	148 (61.4%)		

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. Една трета от денталните лекари заявяват, че приемат пациенти извънредно, докато 17.9% не са склонни да работят извън планирания си график. Най-голяма част от зъболекарската извадка (48.3%) е склонна понякога да приеме пациенти във време, различно от планираното за работа. В научната литературата има доказателства, че по-младите зъболекари са по-готови да работят с ненормирано работно време. Анализът на това твърдение в настоящото проучване показва, че съществува връзка между възрастта на лекарите по дентална медицина и приема на пациенти извън работно време. 46.9% от зъболекарите до 30 г. категорично заявяват, че са склонни да приемат пациенти извън работното си време, за разлика от лекарите по дентална медицина над 60 години, които в 66.7% от случаите категорично не биха го направили.

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. 17.9% посочват, че често се случва графикът им да не върви планоно, като обикновено закъснението при 70% от тези зъболекари е в рамките на до 15 минути. До 30 минути закъснение има при 7% от зъболекарите и само около 4% от денталните лекари вероятно биха карали своите пациенти да чакат повече от час.

Друго удобство, което използват лекарите по дентална медицина с цел оптимизиране на графика си и да дадат възможност на пациентите да проявят гъвкавост по отношение избора на времеви диапазон за запазване на час, е използването на онлайн система за записване на часове. За зъболекарите взели участие в проучването обаче този вариант е рядко срещан и едва 17.2% от зъболекарите използват този инструмент за организация на графика си за прием на пациенти.

Изводи

Въз основа на изложените данни и анализи можем да направим следните изводи относно измеренията на достъпа *наличност, физическа достъпност и удобство*:

- Препоръчаният стандарт за минимална осигуреност с лекари по дентална медицина за страната за последните години е покрит, като броят на лекарите по дентална медицина на 1000 души от населението е един от най-високите в Европейския съюз.
- Високото съотношение на броя лекари по дентална медицина към населението не отразява оптимален физически достъп до дентална помощ. Регионалното разпределение на денталните лекари и зъботехници е непропорционално в страната, като ниска концентрация на тези медицински специалисти се наблюдава в някои райони на страната (Северозападният, Северният централен и Югоизточният район).
- Резултатите от проведеното проучване сред пациентите сочат, че те най-често успяват да се придвижват в рамките на 30 минути до своя зъболекар (77.4%) и не им се налага да пътуват до друго населено място (81.4%).
- 90% от жителите на селата и 40% от живеещите в по-малките градове, взели участие в проучването, обаче използват транспорт до друго населено място, за да получат дентална помощ. Най-голяма част от жителите на малките градове пътуват, защото нямат доверие в дентален лекар, който работи в техния град, а 54% от живеещите в селата главно пътуват, защото в тяхното населено място няма практикуващ дентален лекар.
- 5.5% от 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.

- Според анализа на потребителските отговори най-често пациентите (63.2%) успяват да получат дентална помощ у нас в рамките на една седмица след записване на час.
- 19.4% от 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 им не работи в удобно за тях време.

2.3 Финансови бариери

2.3.1 Финансова достъпност

2.3.1.1 Покритие на денталните услуги от НЗОК

Денталната помощ в България се финансира основно чрез собствени средства на пациентите, като те обикновено заплащат за дентални услуги, които не са включени в основния пакет предоставен от НЗОК или при споделяне на разходите за покритите услуги от здравната система. НЗОК заплаща изцяло или частично в определен обхват и обем дентална помощ по пакета „Дентални дейности“ на здравноосигурени лица (ЗОЛ) в България и поема изцяло финансирането в определен обхват на няколко специални категории лица: деца под настойничеството на държавата, деца до 18 години с психични разстройства и затворници. Предвиден е от НЗОК и допълнителен еднократен преглед за бременни жени, независимо от възрастта им.

Денталните услуги, които НЗОК покрива за ЗОЛ над 18 годишна възраст, са разпределени в два основни пакета: „Първична дентална помощ“ и „Специализирана дентална помощ“, представени в Таблица 2.6. Освен от тях здравноосигурените пациенти могат да се възползват и от покритие на разходите от НЗОК по пакет „Образна диагностика“, който включва секторна рентгенография на зъби и ортопантомография, както и от пакет „Медицинска експертиза“ (176).

Пакетът от дентални дейности, които НЗОК покрива в рамките на „Първична дентална помощ“, има ограничения свързани със следните аспекти: *броят на покритите денталните услуги* 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 до определен брой лечебни дейности за календарна година); денталните услуги са ограничени до специфични лечения, като е заложено използването само на *определени материали* за част от денталните услуги.

При цялостно обеззъбени пациенти, независимо от тяхната възраст, НЗОК поема възстановяването на функцията на дъвкателния апарат (съответно за горна и долна челюст), в т.ч. и контролни прегледи, за срок от 4 години, като обаче разходите за материала, от който се изработва протезата и медико-техническата дейност се заплащат от пациента.

Таблица 2.6 Дентални дейности и цени по пакет: „Първична дентална помощ“ и „Специализирана дентална помощ“ за ЗОЛ над 18-годишна възраст съгласно НРД за периода 2020-2022г.

Пакет дентални дейности за първична дентална помощ при ЗОЛ над 18-годишна възраст	Цена, заплащана от НЗОК	Цена, заплащана от пациента	Пакет дентални дейности за специализирана хирургична дентална помощ при ЗОЛ над 18-годишна възраст	Цена, заплащана от НЗОК	Цена, заплащана от пациента
обстоен преглед със снемане на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист	10,20 лв.	1,80 лв.	специализиран обстоен преглед	11,06 лв.	1,80 лв.
обтурация с амалгама или химичен композит	35,18 лв.	4,00 лв.	инцизия в съединителнотъканни ложи, вкл. анестезия	11,90 лв.	7,50 лв.
екстракция на постоянен зъб, включително анестезия	35,18 лв.	4,00 лв.	екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, вкл. анестезия	31,86 лв.	13,50 лв.
			контролен преглед след изпълнение на някоя от горните две дейностите	3,80 лв.	0,80 лв.
От пакет „Първична дентална помощ“ всяко ЗОЛ над 18-годишна възраст има право да получи горепосочените дейности в определен обем за съответната календарна година: един преглед и до три лечебни дейности.			От пакет „Специализирана дентална помощ“ всяко ЗОЛ над 18-годишна възраст има право да получи горепосочените дейности без ограничение на обема.		

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

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, ЗОЛ правят и фиксирани регламентирани доплащания.

- *Фиксирано доплащане за дентални услуги:* политиката за доплащане е относително сложна, но като цяло пациентите доплащат по-малко от 20% от общата цена за повечето дентални услуги в пакета „Дентални дейности“ (Табл. 2.6);
- *Фиксирано доплащане на посещение:* пациентите също следва да заплащат за всяко посещение при лекар по дентална медицина определена с постановление на Министерския съвет потребителска такса в размер на 2.90 лв. (115,176). За лицата, които имат право на пенсия за осигурителен стаж и възраст са определени по-ниски суми, а от заплащането на потребителска такса са освободени някои категории лица посочени в чл. 37 ал.4 от Закон за здравното осигуряване и пациентите с определени заболявания, включени в НРД (177).

2.3.1.2 Начини за покриване на разходите за дентални услуги

Най-голям дял от респондентите (86%) заплащат със собствени средства за получените дентални услуги. Около една трета (36.0%) отбелязват, че са ползвали и дентални услуги, които са покрити от НЗОК, като това от своя страна означава, че са извършвали доплащания за денталните услуги, тъй като пациентите, които взимат участие са над 18-годишна възраст и не са част от специалните категории лица, за които НЗОК поема изцяло лечението. Под 6% от извадката са използвали своята доброволна здравна застраховка, а до алтернативни начини за осигуряване на средства за заплащане на дентални услуги, чрез взимане на пари на заем, признават, че стигат само под 2% от ползвателите на дентална помощ в проучването. Пациентите посочват предпочитания от тях начин за покриване на разходите за дентални услуги като цяло, а не за конкретно извършено лечение и поради тази причина респондентите дават повече от един отговор и сбора на процентите на отговорите им надхвърля 100%. Според мнозинството от денталните лекари (45%), техните пациенти използват изцяло лично финансиране, а 39% посочват, че пациентите им покриват разходите си частично от НЗОК и частично чрез лично финансиране. За 14% от лекарите по дентална медицина, доброволната здравна застраховка е на трето място сред източниците за покриване на разходите на техните пациенти. В 2% от случаите зъболекарите отбелязват, че НЗОК изцяло поема лечението на техните пациенти, което вероятно означава, че потребители на предоставената дентална помощ са някои от специалните категории пациенти.

Плащане на разходите за дентални услуги със собствени средства

Анализът на данните, използващ теста за независимост на променливи, показва единствено *дохода* като значим между факторите, които могат да се асоциират със заплащането със собствени средства. При останалите фактори не се откри статистическа значимост. (Табл. 2.7).

Разгледани по размер на сумите, които са заплатили пациентите за дентални услуги през последните 12 месеца, се оказва, че най-често в 23.6% от случаите, те заплащат общо за дентални услуги между 50 – 100 лв. и в 14.8% от случаите между 101 и 200 лв. Само на 6.0% от респондентите им се е наложило да платят повече от 1000лв. за дентални манипулации. Сума под 50 лв., в която са включени и потребителските такси, са заплатили едва 10.5% от пациентите. Значими разлики в нивата на заплащане със собствени средства анализът установи по отношение на *местоживеенето и самооценката за денталното здраве* (Табл.2.8).

Едни от най-големите разлики се наблюдават между самооценките на участниците за денталното им здраве. Тези с по-ниска самооценка попадат в по-високата група за плащане. От това може да се заключи, че най-вероятно тяхната самооценка за денталния им статус кореспондира с реалното им състояние и имат нужда да получат повече и по-високо специализирана дентална помощ, което респективно ги въвежда в групите със заплатени по-високи суми за лечение.

Таблица 2.7 Сравнение на направени плащания със собствени средства при различни групи потребители по фактори

Фактори	Плащане за дентални услуги със собствени средства		stat	p-value
	ДА	НЕ		
възраст				
до 30 г.	119 (88.8%)	15 (11.2%)	$\chi^2 = 6.414$.170
31 – 40 г.	304 (86.1%)	49 (13.9%)		
41 – 50 г.	237 (86.8%)	36 (13.2%)		
51 – 60 г.	100 (87.7%)	14 (12.3%)		
над 60 г.	61 (77.2%)	18 (22.8%)		
пол				
мъж	121 (90.3%)	13 (9.7%)	$\chi^2 = 1.864$.172
жена	700 (85.5%)	119 (14.5%)		
образование				
висше	587 (87.1%)	87 (12.9%)	$\chi^2 = 1.752$.417
полувисше	34 (82.9%)	7 (17.1%)		
средно	200 (84%)	38 (16%)		
местожителство				
столица	148 (86%)	24 (14%)	$\chi^2 = 4.340$.237
областен град	489 (84.9%)	87 (15.1%)		
малък град	130 (91.5%)	12 (8.5%)		
село	54 (85.7%)	9 (14.3%)		
самооценка на денталното здраве				
отлично	68 (82.9%)	14 (17.1%)	$\chi^2 = 2.041$.844
много добро	169 (86.7%)	26 (13.3%)		
добро	282 (85.7%)	47 (14.3%)		
средно	180 (87.8%)	25 (12.2%)		
влошено	96 (87.3%)	14 (12.7%)		
много лошо	26 (81.3%)	6 (18.8%)		
ЗЗО				
да	800 (86.0%)	130 (14%)	Fisher's exact test	1
не знам	4 (100%)	0 (0.0%)		
не	17 (89.5%)	2 (10.5%)		
ДЗО				
да	251 (85.1%)	44 (14.9%)	$\chi^2 = 3.037$.219
не знам	42 (79.2%)	11 (20.8%)		
не	528 (87.3%)	77 (12.7%)		
доход				
до 710 лв.	122 (85.3%)	21 (14.7%)	$\chi^2 = 10.227$.037
711 – 1200 лв.	281 (82.9%)	58 (17.1%)		
1201 – 2000 лв.	253 (88.8%)	32 (11.2%)		
2001 – 3400 лв.	90 (84.1%)	17 (15.9%)		
над 3400 лв.	75 (94.9%)	4 (5.1%)		
трудова статус				
активен	650 (87.1%)	96 (12.9%)	$\chi^2 = 3.453$.178
безработен	29 (78.4%)	8 (21.6%)		
неактивен	142 (83.5%)	28 (16.5%)		

Таблица 2.8 Сравнение на общо заплатените суми със собствени средства при различни групи потребители през последните 12 месеца по фактори

Фактори	Суми заплатени със собствени средства						stat	P-value
	до 50 лв.	50 - 100 лв.	100-200 лв.	200-300 лв.	300-1000 лв.	над 1000 лв.		
възраст								
до 30 г.	18 (17.5%)	28 (27.2%)	25 (24.3%)	15 (14.6%)	12 (11.7%)	5 (4.9%)	H = 3.579	.466
31 – 40 г.	38 (13.7%)	76 (27.3%)	62 (22.3%)	36 (12.9%)	45 (16.2%)	21(7.6%)		
41 – 50 г.	30 (13.1%)	73 (31.9%)	40 (17.5%)	35 (15.3%)	35 (15.3%)	16 (7%)		
51 – 60 г.	10 (11.9%)	28 (33.3%)	6 (7.1%)	13 (15.5%)	19 (22.6%)	8 (9.5%)		
над 60 г.	4 (7.1%)	20 (35.7%)	8 (14.3%)	10 (17.9%)	7 (12.5%)	7 (12.5%)		
пол								
мъж	14 (13.5%)	32 (30.8%)	15 (14.4%)	21 (20.2%)	14 (13.5%)	8 (7.7%)	z =0.005	.996
жена	86 (13.3%)	193(29.9%)	126(19.5%)	88 (13.6%)	104(16.1%)	49(7.6%)		
образование								
висше	71 (13.1%)	164(30.3%)	95 (17.5%)	76 (14%)	90 (16.6%)	46(8.5%)	H =1.200	.549
полувисше	3 (10.3%)	12 (41.4%)	5 (17.2%)	5 (17.2%)	2 (6.9%)	2 (6.9%)		
средно	26 (14.5%)	49 (27.4%)	41 (22.9%)	28 (15.6%)	26 (14.5%)	9 (5%)		
местожителство								
столица	12 (8.9%)	31 (23%)	28 (20.7%)	19 (14.1%)	29 (21.5%)	16(11.9%)	H = 16.919	<.001
областен град	69 (15.3%)	151(33.4%)	80 (17.7%)	57 (12.6%)	66 (14.6%)	29 (6.4%)		
малък град	13 (11.1%)	27 (23.1%)	25 (21.4%)	24 (20.5%)	18 (15.4%)	10 (8.5%)		
село	6 (13%)	16 (34.8%)	8 (17.4%)	9 (19.6%)	5 (10.9%)	2 (4.3%)		
самооценка на денталното здраве								
отлично	15 (23.4%)	15 (23.4%)	13 (20.3%)	8 (12.5%)	6 (9.4%)	7 (10.9%)	H = 21.1	<.001
много добро	31 (19.6%)	49 (31%)	26 (16.5%)	21 (13.3%)	20 (12.7%)	11 (7%)		
добро	29 (10.9%)	95 (35.6%)	52 (19.5%)	32 (12%)	47 (17.6%)	12 (4.5%)		
средно	15 (9.3%)	42 (25.9%)	35 (21.6%)	30 (18.5%)	22 (13.6%)	18 (11.1%)		
влошено	10 (12.8%)	21 (26.9%)	10 (12.8%)	16 (20.5%)	16 (20.5%)	5 (6.4%)		
много лошо	0 (0%)	3 (14.3%)	5 (23.8%)	2 (9.5%)	7 (33.3%)	4 (19%)		
ЗЗО								
да	98 (13.3%)	221 (30.1%)	137 (18.6%)	106 (14.4%)	117 (15.9%)	56 (7.6%)	H = 0.116	.944
не знам	0 (0%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
не	2 (16.7%)	3 (25%)	2 (16.7%)	3 (25%)	1 (8.3%)	1 (8.3%)		
ДЗЗ								
да	30 (12.6%)	67 (28%)	49 (20.5%)	31 (13%)	42 (17.6%)	20 (8.4%)	H =2.694	.260
не знам	8 (19%)	15 (35.7%)	6 (14.3%)	5 (11.9%)	6 (14.3%)	2 (4.8%)		
не	62 (13.2%)	143 (30.5%)	86 (18.3%)	73 (15.6%)	70 (14.9%)	35 (7.5%)		
доход								
до 710 лв.	17 (15.9%)	34 (31.8%)	19 (17.8%)	10 (9.3%)	11 (10.3%)	9 (8.4%)	H =7.767	.101
711 – 1200 лв.	29 (9.9%)	87 (29.6%)	49 (16.7%)	50 (17%)	34 (11.6%)	19 (6.5%)		
1201 – 2000 лв.	32 (12.9%)	69 (27.7%)	50 (20.1%)	32 (12.9%)	37 (14.9%)	16 (6.4%)		
2001 – 3400 лв.	12 (13.0%)	25 (27.2%)	13 (14.1%)	9 (9.8%)	18 (19.6%)	5 (5.4%)		
над 3400 лв.	10 (14.9%)	10 (14.9%)	10 (14.9%)	8 (11.9%)	18 (26.9%)	8 (11.9%)		
трудова статус								
активен	82 (13.6%)	183 (30.2%)	112 (18.5%)	84 (13.9%)	101 (16.7%)	43 (7.1%)	H =0.304	.859
безработен	2 (9.1%)	7 (31.8%)	5 (22.7%)	2 (9.1%)	2 (9.1%)	4 (18.2%)		
неактивен	16 (13%)	35 (28.5%)	24 (19.5%)	23 (18.7%)	15 (12.2%)	10 (8.1%)		

Жителите на София заплащат средно по-високи суми в сравнение с жителите на областните градове, което най-вероятно е обосновано от по-високите цени на денталните услуги, които определят доставчиците им спрямо по-малките градове.

Повече от половината от потребителите на дентални услуги самооценяващи денталното си здраве като много лошо, през последната година са направили разходи за дентални лечения над 300 лв. Обратна зависимост се установи при потребителите, които

самоопределят денталния си статус като отличен. През последната година 46.8% от тях са заплатили не повече от 100 лв. за дентални услуги. Анализът на плащанията показва, че нивото на извършените плащания не зависи от дохода ($p=0.101$) и трудовия статус ($p=0.859$). Оттук предполагаме, че когато пациентите изпитват необходимост от получаването на дентално лечение са склонни да заплатят за него необходимите суми, без значение от размера на дохода им или липсата на такъв.

Доплащане за разходи за покрити от НЗОК дентални услуги

По отношение на използването на дентални услуги, които са покрити от НЗОК и осъществяването на доплащане се оказва, че *задължителната здравна осигуровка*, както и *доброволната застраховка* са значими статистически фактори. По-голямата част от потребителите (63.4%), които имат ЗЗО, противно на очакванията не използват дентални услуги, предоставени в пакета „Дентални дейности“ от осигурителната каса. Освен това от споделяне на разходите за дентални услуги с НЗОК значително по-често се възползват *жените* и по-рядко живеещите в малките градове (Табл.2.9).

Покритие на разходите за дентални услуги чрез ДЗЗ

Използван механизъм за облекчаване на финансовото натоварване на пациентите при поемането на разходите за дентални услуги е използването на доброволна здравна застраховка. При анализ на отговорите на пациентите се установи, че факторите, които имат връзка с избора за покриване на разходите за дентална помощ чрез доброволно застраховане са *образование* ($p<0.018$), *местоживееене* ($p<0.001$) и *очаквано доход* ($p<0.001$). Участниците с висше образование сравнително по-често ползват допълнителната здравна застраховка, също както и пациентите, които търсят дентална помощ в столицата, докато живеещите в областните градове и по-малките населени места все още рядко се възползват от този начин за покритие на денталните разходи. Потребителите със сравнително по-високи приходи (над 2000лв.) също използват този механизъм за възстановяване на разходите за дентално лечение по-често спрямо пациентите, които разполагат с по-ниски доходи.

Таблица 2.9 Сравнение на направени доплащания за покрити от НЗОК дентални услуги при различни групи потребители по фактори

Фактори	Използване на дентални услуги, предоставени от НЗОК		stat	p-value
	ДА	НЕ		
възраст				
до 30 г.	46 (34.3%)	88 (65.7%)	$\chi^2 = 1.162$.884
31 – 40 г.	133 (37.7%)	220 (62.3%)		
41 – 50 г.	96 (35.2%)	177 (64.8%)		
51 – 60 г.	38 (33.3%)	76 (66.7%)		
над 60 г.	30 (38.0%)	49 (62.0%)		
пол				
мъж	36 (26.9%)	98 (73.1%)	$\chi^2 = 5.185$.023
жена	307 (37.5%)	512 (62.5%)		
образование				
висше	252 (37.4%)	422 (62.6%)	$\chi^2 = 2.649$.266
полувисше	11 (26.8%)	30 (73.2%)		
средно	80 (33.6%)	158 (66.4%)		
местожителство				
столица	67 (39.0%)	105 (61.0%)	$\chi^2 = 13.15$.004
областен град	220 (38.2%)	356 (61.8%)		
малък град	32 (22.5%)	110 (77.5%)		
село	24 (38.1%)	39 (61.9%)		
самооценка на денталното здраве				
отлично	29 (35.4%)	53 (64.6%)	$\chi^2 = 7.011$.220
много добро	75 (38.5%)	120 (61.5%)		
добро	130 (39.5%)	199 (60.5%)		
средно	68 (33.2%)	137 (66.8%)		
влошено	34 (30.9%)	76 (69.1%)		
много лошо	7 (21.9%)	25 (78.1%)		
ЗЗО				
да	340 (36.6%)	590 (63.4%)	Fisher's exact test	.046
не знам	1 (25.0%)	3 (75.0%)		
не	2 (10.5%)	17 (89.5%)		
ДЗЗ				
да	122 (41.4%)	173 (58.6%)	$\chi^2 = 6.907$.032
не знам	22 (41.5%)	31 (58.5%)		
не	199 (32.9%)	406 (67.1%)		
доход				
до 710 лв.	53 (37.1%)	90 (62.9%)	$\chi^2 = 9.435$.051
711 – 1200 лв.	131 (38.6%)	208 (61.4%)		
1201 – 2000 лв.	109 (38.2%)	176 (61.8%)		
2001 – 3400 лв.	32 (29.9%)	75 (70.1%)		
над 3400 лв.	18 (22.8%)	61 (77.2%)		
трудова статус				
активен	267 (35.8%)	479 (64.2%)	$\chi^2 = 1.104$.602
безработен	11 (29.7%)	26 (70.3%)		
неактивен	65 (38.2%)	105 (61.8%)		

Друга причина, поради която ЗОЛ не се възползват от споделяне на разходите за дентални услуги с НЗОК, е че не са достатъчно добре запознати с пакета „Дентални дейности“, който здравната каса предоставя. Именно това потвърждават повече от

половината от всички участници (55%) в проучването (Табл. 2.10). Респондентите със средно образование, с най-ниски доходи и живеещите предимно в селата, както и пациентите, които смятат, че имат много лош дентален статус са недостатъчно информирани за поетите от касата дентални дейности. Познаването на услугите покрити от осигурителната организация се различава и по отношение на *трудовия статус*, като по-голямата част от безработните също не са осведомени за правата си.

Плащане на разходи за дентални услуги чрез парични средства взети назаем

Макар и не широко разпространен начин за набавяне на средства за покритието на разходи за дентална помощ, но все пак срещан в практиката, е взимането на пари назаем или продажбата на имущество. *Образованието* ($p < 0.024$), *самооценката на денталното здраве* ($p < 0.001$), *ЗЗО* ($p < 0.005$), *доходът* ($p < 0.003$) и *трудовия статус* ($p < 0.026$) са факторите, които показват статистическа значимост. Лицата с висше образование в по-голяма степен могат да обезпечат своите дентални лечения самостоятелно без чужда помощ в сравнение с пациентите със средно и полувисше образование. Вземането на пари на заем е по-често срещано при участниците с много лошо и влошено дентално здраве, както и при участниците с най-нисък доход, и тези, които не знаят или нямат задължителна здравна осигуровка. Също така трудовият статус е от значение, като безработните са по-склонни да вземат средства на заем от останалите групи.

Таблица 2.10 Сравнение на информираността на пациентите относно пакета „Дентални дейности“, който осигурява НЗОК

Фактори	Информираност на пациентите относно пакета „Дентални дейности“, който осигурява НЗОК		stat	p-value
	ДА	НЕ		
възраст				
до 30 г.	50 (37.3%)	84 (62.7%)	$\chi^2 = 8.161$.086
31 – 40 г.	171 (48.4%)	182 (51.6%)		
41 – 50 г.	127 (46.5%)	146 (53.5%)		
51 – 60 г.	53 (46.5%)	61 (53.5%)		
над 60 г.	28 (35.4%)	51 (64.6%)		
пол				
мъж	54 (40.3%)	80 (59.7%)	$\chi^2 = 1.189$.276
жена	375 (45.8%)	444 (54.2%)		
образование				
висше	323 (47.9%)	351 (52.1%)	$\chi^2 = 8.539$.014
полувисше	18 (43.9%)	23 (56.1%)		
средно	88 (37.0%)	150 (63.0%)		
местожителство				
столица	70 (40.7%)	102 (59.3%)	$\chi^2 = 17.856$	<.001
областен град	289 (50.2%)	287 (49.8%)		
малък град	51 (35.9%)	91 (64.1%)		
село	19 (30.2%)	44 (69.8%)		
самооценка на денталното здраве				
отлично	50 (61.0%)	32 (39.0%)	$\chi^2 = 30.521$	<.001
много добро	107 (54.9%)	88 (45.1%)		
добро	149 (45.3%)	180 (54.7%)		
средно	78 (38.0%)	127 (62.0%)		
влошено	36 (32.7%)	74 (67.3%)		
много лошо	9 (28.1%)	23 (71.9%)		
ЗЗО				
да	423 (45.5%)	507 (54.5%)	Fisher's exact test	.116
не знам	0 (0.0%)	4 (100%)		
не	6 (31.6%)	13 (68.4%)		
ДЗЗ				
да	146 (49.5%)	149 (50.5%)	$\chi^2 = 3.578$.167
не знам	24 (45.3%)	29 (54.7%)		
не	259 (42.8%)	346 (57.2%)		
доход				
до 710 лв.	45 (31.5%)	98 (68.5%)	$\chi^2 = 17.66$.001
711 – 1200 лв.	162 (47.8%)	177 (52.2%)		
1201 – 2000 лв.	146 (51.2%)	139 (48.8%)		
2001 – 3400 лв.	42 (39.3%)	65 (60.7%)		
над 3400 лв.	34 (43.0%)	45 (57.0%)		
трудова статус				
активен	352 (47.2%)	394 (52.8%)	$\chi^2 = 6.943$.031
безработен	12 (32.4%)	25 (67.6%)		
неактивен	65 (38.2%)	105 (61.8%)		

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 ДЗЗ, доход и трудов статус (Табл. 2.11). Различията са проверени с помощта на Ман-Уитни и Крускал-Уолис тест за независими извадки.

Заплащането на денталните услуги ограничава посещенията при зъболекар, като се установи статистическа значимост за фактора *доход*. 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, поради заплащането на дентални услуги, са потребителите с ниска самооценката за денталното си здраве.

Таблица 2.11 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.

Post-hoc анализът показва, че лицата с най-ниска самооценка (много лошо, влошено и средно) за оралното си здраве по-силно са възпрепятствани от тези с много добра и отлична самооценка.

На срещуположно мнение са почти две трети от анкетираните лекари по дентална медицина (69.5%), които смятат, че техните пациенти рядко отказват дентално лечение поради високи разходи. Разликата в мненията между потребителите и доставчиците на дентални услуги вероятно идва от факта, че пациентите се самоселектират и лекарите по дентална медицина се посещават повече от пациенти, които не отлагат лечение.

2.3.1.3 Нагласи на пациентите по отношение на заплащането на денталните услуги

За изследване на нагласите на пациентите по отношение на заплащането на денталните услуги е анализирана степента на съгласието им с предложени две твърдения, съгласно ликертова скала, при която 1 означава, че респондентът изобщо не е съгласен с предложеното твърдение, а 5 означава, че респондентът е напълно съгласен с предложеното твърдение. Като цяло пациентите в проучването изразяват сравнително висока степен на съгласие с тях. Твърдението, че *„достъпът до дентални услуги е затруднен поради високите разходи за тях“* получава средна оценка 3.96 от 5 за съгласие по приложената скала, а твърдението че *„отлагането на посещение при дентален лекар ще увеличи разходите за лечение в следствие“* е подкрепено със средна оценка 4.12 от 5 съгласно скалата. Финансовите затруднения са потенциално високо оценени от пациентите като трудности пред достъпа до дентална помощ.

Въз основа на приложения тест на Ман-Уитни и Крускал-Уолис за независими извадки се установиха статистически значими разлики по отношение на *пол, местожителство, самооценка на денталното здраве, местоживеене, доход и трудов статус* при първото твърдение (Табл. 2.12). При сравнение на средните оценки, се доказва, че жените в по-голяма степен от мъжете считат, че цените на денталната помощ могат да ограничат достъпа. Post-hoc анализа установи, че с повишаване на самооценката за денталното здраве, намалява степента на съгласие с твърдението, че цените възпрепятстват достъпа. Високите разходи най-силно затрудняват потребителите, които смятат, че денталния им статус е много лош и потвърждават това със средна оценка 4.5 от 5 за степен на съгласие с предложеното твърдение. Статистически значима разлика при post-hoc анализа се открива и между участниците с ДЗЗ и без такава. Тези, които са сключили договор с частен застраховател, не отчитат ограничаване на достъпа поради високи разходи.

Таблица 2.12 Сравнение на степента на съгласие на пациентите по отношение на затруднения достъп до дентални услуги поради високи разходи по фактори

Фактори	Степен на съгласие на пациентите *					Средна оценка	stat	P-value
	1	2	3	4	5			
възраст								
до 30 г.	12 (9%)	7 (5.2%)	14(10.4%)	55 (41%)	46 (34.3%)	3.87	H = 6.914	.141
31 – 40 г.	18 (5.1%)	31 (8.8%)	36(10.2%)	138(39.1%)	130(36.8)	3.94		
41 – 50 г.	19 (7%)	29 (10.6%)	27 (9.9%)	86 (31.5%)	112 (41%)	3.89		
51 – 60 г.	6 (5.3%)	6 (5.3%)	7 (6.1%)	42 (36.8%)	53 (46.5%)	4.14		
над 60 г.	4 (5.1%)	2 (2.5%)	7 (8.9%)	31 (39.2%)	35 (44.3%)	4.15		
пол								
мъж	15 (11.2%)	19 (14.2%)	23 (17.2%)	49 (36.6%)	28 (20.9%)	3.42	z = 5.888	<.001
жена	44 (5.4%)	56 (6.8%)	68 (8.3%)	303 (37%)	348 (42.5%)	4.04		
образование								
висше	44 (6.5%)	59 (8.8%)	74 (11%)	242 (35.9%)	255 (37.8%)	3.90	H = 5.982	.0502
полувисше	3 (7.3%)	2 (4.9%)	4 (9.8%)	11 (26.8%)	21 (51.2%)	4.10		
средно	12 (5%)	14 (5.9%)	13 (5.5%)	99 (41.6%)	100 (42%)	4.10		
местожителство								
столица	6 (3.5%)	15 (8.7%)	18 (10.5%)	52 (30.2%)	81 (47.1%)	4.09	H = 8.987	.029
областен град	39 (6.8%)	49 (8.5%)	60 (10.4%)	223 (38.7%)	205 (35.6%)	3.88		
малък град	12 (8.5%)	8 (5.6%)	6 (4.2%)	55 (38.7%)	61 (43%)	4.02		
село	2 (3.2%)	3 (4.8%)	7 (11.1%)	22 (34.9%)	29 (46%)	4.16		
самооценка на денталното здраве								
отлично	10 (12.2%)	5 (6.1%)	11 (13.4%)	32 (39%)	24 (29.3%)	3.67	H = 55.189	<.001
много добро	16 (8.2%)	28 (14.4%)	24 (12.3%)	68 (34.9%)	59 (30.3%)	3.65		
добро	15 (4.6%)	26 (7.9%)	38 (11.6%)	141 (42.9%)	109 (33.1%)	3.92		
средно	8 (3.9%)	13 (6.3%)	12 (5.9%)	79 (38.5%)	93 (45.4%)	4.15		
влошено	8 (7.3%)	3 (2.7%)	4 (3.6%)	28 (25.5%)	67 (60.9%)	4.30		
много лошо	2 (6.3%)	0 (0.0%)	2 (6.3%)	4 (12.5%)	24 (75.0%)	4.50		
ЗЗО								
да	59 (6.3%)	73 (7.8%)	89 (9.6%)	346 (37.2%)	363 (39.0%)	3.95	H = 3.436	.180
не знам	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	3 (75.0%)	4.75		
не	0 (0.0%)	2 (10.5%)	2 (10.5%)	5 (26.3%)	10 (52.6%)	4.21		
ДЗЗ								
да	19 (6.4%)	33 (11.2%)	30 (10.2%)	111 (37.6%)	102 (34.6%)	3.83	H = 8.139	.017
не знам	6 (11.3%)	2 (3.8%)	8 (15.1%)	19 (35.8%)	18 (34%)	3.77		
не	34 (5.6%)	40 (6.6%)	53 (8.8%)	222 (36.7%)	256 (42.3%)	4.03		
доход								
до 710 лв.	8 (5.6%)	4 (2.8%)	10 (7%)	53 (37.1%)	68 (47.6%)	4.18	H = 30.357	<.001
711 – 1200 лв.	20 (5.9%)	18 (5.3%)	30 (8.8%)	117 (34.5%)	154 (45.4%)	4.08		
1201 – 2000 лв.	18 (6.3%)	28 (9.8%)	21 (7.4%)	116 (40.7%)	102 (35.8%)	3.90		
2001 – 3400 лв.	6 (5.6%)	11 (10.3%)	18 (16.8%)	39 (36.4%)	33 (30.8%)	3.77		
над 3400 лв.	7 (8.9%)	14 (17.7%)	12 (15.2%)	27 (34.2%)	19 (24.1%)	3.47		
трудова статус								
активен	49 (6.6%)	67 (9%)	79 (10.6%)	274 (36.7%)	277 (37.1%)	3.89	H = 17.318	<.001
безработен	0 (0.0%)	2 (5.4%)	2 (5.4%)	8 (21.6%)	25 (67.6%)	4.51		
неактивен	10 (5.9%)	6 (3.5%)	10 (5.9%)	70 (41.2%)	74 (43.5%)	4.13		

*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.

Степента на съгласие с твърдението, че високите разходи за дентално лечение възпрепятстват получаването му, намалява с увеличение на дохода, като значими разлики има между всички с доходи под 1200 лв. и тези с доходи над 2001 лв., но дори и сред лицата,

които са в категориите на високите и на средните доходи също има висок процент, които считат, че цената на услугите води до затруднения. При тези категории участници обаче относителният дял не е така висок, както при останалите, като разликата е статистически значима. Трудово неактивните и безработните считат в по-голяма степен високите цени за препятствие в сравнение с трудово активните. Като цяло анализът показва, че сред респондентите, независимо от техните характеристики, е постигнат консенсус във възприятията, че цените затрудняват достъпа до дентална помощ.

Другото изследвано твърдение посочва, че отлагането на посещенията при зъболекар ще доведе до по-високи разходи в бъдеще и също получава висока степен на съгласие, като се откриват значими разлики по *пол, възраст, доход и трудов статус (Табл.2.13)*. Post-hoc анализът показва значима разлика в степента на съгласие с твърдението между групите до 30 г. и от 41 до 50 г., а при трудовият статус значима разлика има между безработни и неактивни, като вторите са по-склонни да не се замислят за паричните средства, които би следвало да заделят в бъдеще. Това твърдение е емпирично потвърдено в проучването от респондентите, които оценяват като лош денталния си статус. Най-вероятно причината за влошеното им орално здраве е ненавременно приложено дентално лечение и поради това понасят висока финансова тежест, като през последните 12 месеца голям дял от тях са платили едни от най-високи суми за дентални услуги със собствени средства, спрямо останалите участници в тази група.

Таблица 2.13 Сравнение на степента на съгласие на пациентите по отношение на бъдещите им разходи поради отложени лечения по фактори

Фактори	Степен на съгласие на пациентите *					Средна оценка	stat	P-value
	1	2	3	4	5			
възраст								
до 30 г.	19(14.2%)	5(3.7%)	17(12.7%)	21(15.7%)	72 (53.7%)	3.91	H = 12.316	.015
31 – 40 г.	42(11.9%)	20(5.7%)	25 (7.1%)	48(13.6%)	218(61.8%)	4.08		
41 – 50 г.	35(12.8%)	9 (3.3%)	9 (3.3%)	26 (9.5%)	194(71.1%)	4.23		
51 – 60 г.	15 (13.2%)	3 (2.6%)	5 (4.4%)	10 (8.8%)	81 (71.1%)	4.22		
над 60 г.	8 (10.1%)	2 (2.5%)	2 (2.5%)	14 (17.7%)	53 (67.1%)	4.29		
пол								
мъж	17 (12.7%)	5 (3.7%)	16(11.9%)	23(17.2%)	73 (54.5%)	3.97	z = 2.312	.021
жена	102(12.5%)	34(4.2%)	42 (5.1%)	96(11.7%)	545(66.5%)	4.16		
образование								
висше	83 (12.3%)	26(3.9%)	39 (5.8%)	83(12.3%)	443(65.7%)	4.15	H = 1.717	.424
полувисше	9 (22.0%)	0 (0.0%)	5 (12.2%)	3 (7.3%)	24 (58.5%)	3.80		
средно	27 (11.3%)	13(5.5%)	14 (5.9%)	33(13.9%)	151(63.4%)	4.13		
местожителство								
столица	21 (12.2%)	7 (4.1%)	9 (5.2%)	16 (9.3%)	119(69.2%)	4.19	H = 2.969	.397
областен град	77 (13.4%)	26(4.5%)	31 (5.4%)	71(12.3%)	371(64.4%)	4.10		
малък град	17 (12.0%)	3 (2.1%)	7 (4.9%)	21(14.8%)	94 (66.2%)	4.21		
село	4 (6.3%)	3 (4.8%)	11(17.5%)	11(17.5%)	34 (54.0%)	4.08		
самооценка на денталното здраве								
отлично	14 (17.1%)	1 (1.2%)	4 (4.9%)	7 (8.5%)	56 (68.3%)	4.10	H = 2.118	.833
много добро	22 (11.3%)	5 (2.6%)	16 (8.2%)	25(12.8%)	127(65.1%)	4.18		
добро	34 (10.3%)	17(5.2%)	22 (6.7%)	46(14.0%)	210(63.8%)	4.16		
средно	26 (12.7%)	12(5.9%)	10 (4.9%)	25(12.2%)	132(64.4%)	4.10		
влошено	20 (18.2%)	3 (2.7%)	5 (4.5%)	13(11.8%)	69 (62.7%)	3.98		
много лошо	3 (9.4%)	1 (3.1%)	1 (3.1%)	3 (9.4%)	24 (75.0%)	4.38		
ЗЗО								
да	117(12.6%)	38(4.1%)	54 (5.8%)	118(12.7%)	603(64.8%)	4.13	H = 0.259	.879
не знам	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	3 (75.0%)	4.50		
не	2 (10.5%)	1 (5.3%)	3 (15.8%)	1 (5.3%)	12 (63.2%)	4.05		
ДЗЗ								
да	39 (13.2%)	15(5.1%)	20 (6.8%)	37 (12.5%)	184(62.4%)	4.06	H = 1.587	.452
не знам	6 (11.3%)	3 (5.7%)	5 (9.4%)	6 (11.3%)	33 (62.3%)	4.08		
не	74 (12.2%)	21(3.5%)	33 (5.5%)	76 (12.6%)	401(66.3%)	4.17		
доход								
до 710 лв.	17 (11.9%)	7 (4.9%)	7 (4.9%)	23 (16.1%)	89 (62.2%)	4.12	H = 9.324	.054
711– 1200лв.	45 (13.3%)	11(3.2%)	19 (5.6%)	38 (11.2%)	226(66.7%)	4.15		
1201–2000лв.	32 (11.2%)	11(3.9%)	13 (4.6%)	34 (11.9%)	195(68.4%)	4.22		
2001–3400лв.	11 (10.3%)	6 (5.6%)	9 (8.4%)	13 (12.1%)	68 (63.6%)	4.13		
над 3400 лв.	14 (17.7%)	4 (5.1%)	10(12.7%)	11 (13.9%)	40 (50.6%)	3.75		
трудова статус								
активен	93 (12.5%)	30(4.0%)	44 (5.9%)	90 (12.1%)	489(65.5%)	4.14	H = 7.251	.027
безработен	2 (5.4%)	1 (2.7%)	1 (2.7%)	3 (8.1%)	30 (81.1%)	4.57		
неактивен	24 (14.1%)	8 (4.7%)	13 (7.6%)	26 (15.3%)	99 (58.2%)	3.99		

*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.

Изводи

- Пакетът от дентални дейности, които НЗОК покрива в рамките на „Първична дентална помощ“, има ограничения свързани с броя на покритите дентални услуги и използването на определени материали за част от денталните услуги.
- ЗОЛ заплащат със собствени средства, когато е необходимо да им бъде проведено лечение над 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, ЗОЛ правят и фиксирани регламентирани доплащания.
- Основният фокус в пакета „Дентални дейности“, който се гарантира от бюджета на НЗОК, е върху лечението, докато превенцията на заболявания на устната кухина и насърчаването на денталното здраве са слабо застъпени.
- 76.3% от лекарите по дентална медицина са категорични, че обхватът на пакета „Дентални дейности“, покрит от здравната система, не е достатъчен, за да покрие нуждите на потребителите от основни дентални услуги.
- Най-голям дял от потребителите (86%) заплащат за денталните услуги, от които имат нужда със собствени средства.
- По-голямата част от потребителите на дентални услуги (63.4%), които имат ЗЗО, не използват дентални услуги, предоставени в пакета „Дентални дейности“ от осигурителната каса.
- Лекарите по дентална медицина изразяват полярни становища по отношение на договорните отношения, които имат с НЗОК, като по-голямата част от тях (57.6%) потвърждават, че имат сключен договор с осигурителната организация.
- Повече от половината от всички участници (55%) в проучването признават, че не са запознати с денталните услуги от пакета „Дентални дейности“, който НЗОК предоставя.
- 18.5% от 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.
- Най-голям дял (69.5%) от лекари по дентална медицина са на срещуположно мнение и смятат, че техните пациенти рядко отказват дентално лечение поради високи разходи.

2.4 Персонални бариери

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

2.4.1 Информираност

Оралната здравна грамотност се дефинира като „степеня, в която индивидът има способност да получава, комуникира, обработва и разбира здравна информация, по начин, който му позволява да вземе подходящи здравни решения”(78). За подобряване на здравната грамотност на пациента може да допринесе ефективната комуникация между денталния специалист и пациента, говоренето и представянето на информация в ясен и подходящ формат. Респондентите, оценяват високо комуникацията със своите лекари по дентална медицина, като единствено по-ниска оценка дават на насърчаването на задаване на въпроси (Табл. 2.14).

Таблица 2.14 Оценка на комуникацията между пациента и ЛДМ

Отговори на пациентите	Оценка на пациента за комуникацията с лекаря по дентална медицина *					Средна оценка	stat	p-value
	1	2	3	4	5			
Денталният лекар обръща внимание и изслушва внимателно	44 (4.6%)	29 (3%)	80 (8.4%)	126 (13.2%)	674 (70.7%)	4.42	H = 298.3 3	<.001
Денталният лекар дава достатъчно информация	48 (5%)	35 (3.7%)	91 (9.5%)	167 (17.5%)	612 (64.2%)	4.32		
Денталният лекар обяснява за състоянието по разбираем начин	40 (4.2%)	40 (4.2%)	83 (8.7%)	132 (13.9%)	658 (69%)	4.39		
Денталният лекар обяснява как да се поддържа устаната хигиена	75 (7.9%)	52 (5.5%)	91 (9.5%)	146 (15.3%)	589 (61.8%)	4.18		
Денталният лекар насърчава задаването на въпроси	128 (13.4%)	93 (9.8%)	185 (19.4%)	167 (17.5%)	380 (39.9%)	3.61		
Денталният лекар обсъжда следващите стъпки в денталното лечение	64 (6.7%)	45 (4.7%)	102 (10.7%)	151 (15.8%)	591 (62%)	4.22		
Денталният лекар отделя достатъчно време	54 (5.7%)	38 (4%)	95 (10%)	158 (16.6%)	608 (63.8%)	4.29		

* Скала за оценка на пациента за комуникацията с ЛДМ от 1 до 5, като 1 е най-ниската степен, а 5 е най-високата положителна степен.

Едни от най-високите оценки са дадени в потвърждение на това, че лекарите по дентална медицина обръщат достатъчно внимание на пациентите, като ги изслушват внимателно и дават информация по разбираем за пациентите начин.

Денталните лекари в проучването дават обратна връзка по този въпрос, като споделят, че в 78.1% от случаите пациентите им рядко се обаждат допълнително, за да изяснят дадените им инструкции по време на преглед. 13.2% от тях са категорични, че въобще не им се налага да дават допълнително указания, а само 8.6% от лекарите по дентална медицина съобщават, че това често им се случва в практиката.

Освен комуникацията между доставчиците и ползвателите на дентални услуги, в проучването е изследвано и отношението, което имат пациентите към денталната помощ чрез степента на тяхното съгласие с различни твърдения, което е представено в Табл. 2.15.

Таблица 2.15 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.

Респондентите запазват относително неутрална позиция относно твърдението, че „Зъболекарите имат важна роля само в лечебната част, а не в превенцията на дентални заболявания“, тъй като средната оценка на този отговор е 2.89 от 5 (виж табл. 2.15).

Приблизително 22% от потребителите на дентална помощ изразяват мнение, че лекарите по дентална медицина не могат да окажат превенцията на денталните заболявания. Липсата на информираност относно необходимостта от профилактика би стимулирала здравно поведение, което е с фокус върху лечението при нужда. Едни от най-разпространените заболявания (кариес и пародонтит) имат голям превантивен потенциал, ако се извършват профилактични посещения при специалисти по дентална медицина. Въз основа на резултатите от теста на Крускал-Уолис на това твърдение се доказаха значими разлики по *възраст, образование, местоживееене, самооценка на денталното здраве, доход, трудов статус* (табл. 2.16).

С увеличаване на възрастта преобладава мнението, че зъболекарите се занимават само с лечение, а не и с превенция, като пациентите над 50 години най-силно подкрепят тази неинформирана позиция. При по-високо образование пациентите се наблюдава тенденция да изразяват несъгласие с това твърдение, като post-hoc анализът показва съществена разлика между групите със средно и висше образование. Двете групи с най-висока самооценка на денталното си здраве в най-малка степен споделят мнението, че зъболекарите не могат да проведат профилактика на оралните заболявания, докато пациентите с лош дентален статус в 46.9% от случаите не мислят, че техния зъболекар може да им помогне чрез превенция. С увеличаване на дохода може да се забележи намаляване на съгласието с това твърдение, а post-hoc анализът показва статистически значима разлика между групите 711-1200 лв. и 1201-2000 лв. При различните групи по трудов статус се отчита значителна разлика, основно между трудово активните и безработните. Последните е по-вероятно да потърсят зъболекар, само когато имат нужда от лечение.

Таблица 2.16 Сравнение на нагласите на пациентите относно превенцията на дентални заболявания по фактори

Фактори	Степен на съгласие на пациентите*					Средна оценка	stat	p-value
	1	2	3	4	5			
възраст								
до 30 г.	26 (19.4%)	36 (26.9%)	23 (17.2%)	26 (19.4%)	23 (17.2%)	2.88	H = 24.1 73	<.001
31 – 40 г.	112(31.7%)	74 (21%)	49 (13.9%)	59 (16.7%)	59 (16.7%)	2.66		
41 – 50 г.	86 (31.5%)	42 (15.4%)	27 (9.9%)	52 (19%)	66 (24.2%)	2.89		
51 – 60 г	24 (21.1%)	21 (18.4%)	7 (6.1%)	25 (21.9%)	37 (32.5%)	3.26		
над 60 г.	12 (15.2%)	11 (13.9%)	8 (10.1%)	27 (34.2%)	21 (26.6%)	3.43		
пол								
мъж	38 (28.4%)	28 (20.9%)	15 (11.2%)	29 (21.6%)	24 (17.9%)	2.80	z = 0.76 9	.442
жена	222(27.1%)	156 (19%)	99 (12.1%)	160 (19.5%)	182(22.2%)	2.91		
образование								
висше	210(31.2%)	131 (19.4%)	70 (10.4%)	121 (18.0%)	142 (21.1%)	2.78	H = 12.5 34	.002
полувисше	12 (29.3%)	5 (12.2%)	5 (12.2%)	9 (22.0%)	10 (24.4%)	3.00		
средно	38 (16.0%)	48 (20.2%)	39 (16.4%)	59 (24.8%)	54 (22.7%)	3.18		
местожителство								
столица	63 (36.6%)	24 (14.0%)	18 (10.5%)	26 (15.1%)	41 (23.8%)	2.76	H = 8.06 7	.045
областен град	161(28.0%)	120 (20.8%)	62 (10.8%)	114 (19.8%)	119 (20.7%)	2.84		
малък град	28 (19.7%)	26 (18.3%)	22 (15.5%)	34 (23.9%)	32 (22.5%)	3.11		
село	8 (12.7%)	14 (22.2%)	12 (19.0%)	15 (23.8%)	14 (22.2%)	3.21		
самооценка на денталното здраве								
отлично	36 (43.9%)	14 (17.1%)	5 (6.1%)	11 (13.4%)	16 (19.5%)	2.48	H = 23.4 29	<.001
много добро	70 (35.9%)	40 (20.5%)	22 (11.3%)	27 (13.8%)	36 (18.5%)	2.58		
добро	80 (24.3%)	54 (16.4%)	47 (14.3%)	80 (24.3%)	68 (20.7%)	3.01		
средно	45 (22.0%)	52 (25.4%)	25 (12.2%)	39 (19.0%)	44 (21.5%)	2.93		
влошено	19 (17.3%)	21 (19.1%)	11 (10.0%)	32 (29.1%)	27 (24.5%)	3.25		
много лошо	10 (31.3%)	3 (9.4%)	4 (12.5%)	0 (0.0%)	15 (46.9%)	3.22		
ЗЗО								
да	256(27.5%)	179 (19.2%)	113(12.2%)	182 (19.6%)	200 (21.5%)	2.88	H = 2.24 2	.326
не знам	0 (0.0%)	3 (75.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	2.50		
не	4 (21.1%)	2 (10.5%)	1 (5.3%)	6 (31.6%)	6 (31.6%)	3.42		
ДЗЗ								
да	95 (32.2%)	56 (19.0%)	34 (11.5%)	48 (16.3%)	62 (21.0%)	2.75	H = 3.99 9	.135
не знам	12 (22.6%)	12 (22.6%)	10 (18.9%)	10 (18.9%)	9 (17.0%)	2.85		
не	153(25.3%)	116 (19.2%)	70 (11.6%)	131 (21.7%)	135 (22.3%)	2.97		
доход								
до 710 лв	28 (19.6%)	25 (17.5%)	23 (16.1%)	35 (24.5%)	32 (22.4%)	3.13	H = 17.0 92	.002
711 – 1200 лв	72 (21.2%)	68 (20.1%)	44 (13.0%)	73 (21.5%)	82 (24.2%)	3.07		
1201 –2000 лв	93 (32.6%)	58 (20.4%)	32 (11.2%)	44 (15.4%)	58 (20.4%)	2.71		
2001 –3400 лв	37 (34.6%)	23 (21.5%)	7 (6.5%)	22 (20.6%)	18 (16.8%)	2.64		
над 3400 лв	30 (38.0%)	10 (12.7%)	8 (10.1%)	15 (19.0%)	16 (20.3%)	2.71		
трудоустройство								
активен	217(29.1%)	143 (19.2%)	88 (11.8%)	139 (18.6%)	159 (21.3%)	2.84	H = 7.64 8	.022
безработен	5 (13.5%)	5 (13.5%)	5 (13.5%)	10 (27.0%)	12 (32.4%)	3.51		
неактивен	38 (22.4%)	36 (21.2%)	21 (12.4%)	40 (23.5%)	35 (20.6%)	2.99		

*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.

Значително по-категорична позиция имат пациентите към сериозността на денталните заболявания и твърдението, че „заболяванията на устната кухина не са сериозни и лечението им търпи отлагане“. Средната оценка на това твърдение е 1.92 от 5 (виж табл. 2.15), с което респондентите демонстрират разбиране на значението на своевременно проведеното дентално лечение. 17.5% от респондентите обаче са склонни да омаловажават значението на денталните заболявания и най-вероятно биха отлагали извършването на навременно лечение, което при повечето дентални заболявания би имало негативен ефект. Чрез теста на Ман-Уитни и Крускал-Уолис се установиха значими различия в средните оценки на анкетираните по *възраст, пол, образование, местоживееене и самооценка на денталното здраве* (Табл. 2.17).

Жените са по-малко склонни от мъжете да твърдят, че посещенията при зъболекар търпят отлагане. Участниците на възраст между 31 и 50г. също в по-малка степен се съгласяват с предложеното твърдение, като разликата с участниците над 60 години е значима. Установи се, че степента на споделяне на това мнение намалява с повишаване на нивото на образованието, като статистически значима разлика се открива между участниците със средно и висше образование въз основа на направения post-hoc анализ. Освен това резултатите показват, че с увеличаване на големината на населеното място, намалява споделянето на това мнение, а с влошаване на самооценката за денталното здраве се увеличава степента на съгласие с него.

Основно информирана позиция заемат ползвателите на дентални услуги по отношение на здравното си поведение, като твърдението, че „редовните посещения при дентален лекар помогнат за поддържане на денталното здраве“ е оценено от тях със средна оценка 4.36 от 5 (виж табл. 2.15), която показва висока степен на съгласие. Под 15% са тези респонденти, които не намират връзка между поддържане на денталното здраве и редовните визити при зъболекар. Негативното въздействие на заболяванията на устната кухина може да бъде намалено чрез рутинни професионални дентални грижи, които позволяват ранно откриване, осигуряване на качествена дентална помощ и респективно намаляване на разходите за тяхното лечение. Това твърдение се споделя масово от респондентите, като се отчита статистически значима разлика между различните фактори единствено по *местоживееене* ($p < 0.011$). Жителите на селата в сравнение с останалите участници в по-голяма степен не намират връзка между извършването на редовни посещения при дентален лекар и здравето на устната кухина.

Таблица 2.17 Сравнение на нагласите на пациентите за сериозността на денталните заболявания по фактори

Фактори	Степен на съгласие на пациентите*					Средна оценка	stat	P-value
	1	2	3	4	5			
възраст								
до 30 г.	74 (55.2%)	19 (14.2%)	16 (11.9%)	13 (9.7%)	12 (9.0%)	2.03	H = 15.9 06	.003
31 – 40 г.	227 (64.3%)	60 (17.0%)	19 (5.4%)	15 (4.2%)	32 (9.1%)	1.77		
41 – 50 г.	174 (63.7%)	43 (15.8%)	10 (3.7%)	17 (6.2%)	29 (10.6%)	1.84		
51 – 60 г.	62 (54.4%)	16 (14.0%)	10 (8.8%)	8 (7.0%)	18 (15.8%)	2.16		
над 60 г.	37 (46.8%)	15 (19.0%)	4 (5.1%)	9 (11.4%)	14 (17.7%)	2.34		
пол								
мъж	68 (50.7%)	24 (17.9%)	11 (8.2%)	13 (9.7%)	18 (13.4%)	2.17	z = 2.47 1	.013
жена	506 (61.8%)	129 (15.8%)	48 (5.9%)	49 (6.0%)	87 (10.6%)	1.88		
образование								
висше	428 (63.5%)	103 (15.3%)	39 (5.8%)	39 (5.8%)	65 (9.6%)	1.83	H = 11.3 82	.003
полувисше	23 (56.1%)	6 (14.6%)	3 (7.3%)	2 (4.9%)	7 (17.1%)	2.12		
средно	123 (51.7%)	44 (18.5%)	17 (7.1%)	21 (8.8%)	33 (13.9%)	2.15		
местожителство								
столица	118 (68.6%)	21 (12.2%)	12 (7.0%)	6 (3.5%)	15 (8.7%)	1.72	H = 13.2 02	.004
областен град	349 (60.6%)	92 (16.0%)	28 (4.9%)	40 (6.9%)	67 (11.6%)	1.93		
мальк град	81 (57.0%)	26 (18.3%)	10 (7.0%)	10 (7.0%)	15 (10.6%)	1.96		
село	26 (41.3%)	14 (22.2%)	9 (14.3%)	6 (9.5%)	8 (12.7%)	2.30		
самооценка на денталното здраве								
отлично	66 (80.5%)	5 (6.1%)	3 (3.7%)	1 (1.2%)	7 (8.5%)	1.51	H = 21.4 68	<.001
много добро	128 (65.6%)	21 (10.8%)	12 (6.2%)	14 (7.2%)	20 (10.3%)	1.86		
добро	197 (59.9%)	62 (18.8%)	17 (5.2%)	20 (6.1%)	33 (10.0%)	1.88		
средно	108 (52.7%)	42 (20.5%)	17 (8.3%)	17 (8.3%)	21 (10.2%)	2.03		
влошено	55 (50.0%)	22 (20.0%)	8 (7.3%)	7 (6.4%)	18 (16.4%)	2.19		
много лошо	20 (62.5%)	1 (3.1%)	2 (6.3%)	3 (9.4%)	6 (18.8%)	2.19		
ЗЗО								
да	561 (60.3%)	150 (16.1%)	56 (6.0%)	62 (6.7%)	101(10.9%)	1.92	H = 0.84 6	.655
не знам	1 (25.0%)	2 (50.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2.00		
не	12 (63.2%)	1 (5.3%)	2 (10.5%)	0 (0.0%)	4 (21.1%)	2.11		
ДЗЗ								
да	183 (62%)	44 (14.9%)	13 (4.4%)	28 (9.5%)	27 (9.2%)	1.89	H = 1.02 8	.598
не знам	29 (54.7%)	7 (13.2%)	8 (15.1%)	4 (7.5%)	5 (9.4%)	2.04		
не	362 (59.8%)	102 (16.9%)	38 (6.3%)	30 (5%)	73 (12.1%)	1.93		
доход								
до 710 лв.	78 (54.5%)	28 (19.6%)	8 (5.6%)	11 (7.7%)	18 (12.6%)	2.04	H = 3.57 7	.466
711 – 1200 лв.	204 (60.2%)	54 (15.9%)	23 (6.8%)	20 (5.9%)	38 (11.2%)	1.92		
1201 – 2000 лв.	181 (63.5%)	40 (14.0%)	14 (4.9%)	20 (7.0%)	30 (10.5%)	1.87		
2001 – 3400 лв.	66 (61.7%)	22 (20.6%)	4 (3.7%)	5 (4.7%)	10 (9.3%)	1.79		
над 3400 лв.	45 (57.0%)	9 (11.4%)	10 (12.7%)	6 (7.6%)	9 (11.4%)	2.05		
трудова статус								
активен	457 (61.3%)	118 (15.8%)	46 (6.2%)	43 (5.8%)	82 (11.0%)	1.89	H = 2.06 1	.357
безработен	24 (64.9%)	4 (10.8%)	2 (5.4%)	0 (0.0%)	7 (18.9%)	1.97		
неактивен	93 (54.7%)	31 (18.2%)	11 (6.5%)	19(11.2%)	16 (9.4%)	2.02		

*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.

Предприемането от пациента на определено действие за подобряване на денталното здраве представлява неговото здравно поведение. За да се оцени как пациентът би действал при настъпване на определени здравословни обстоятелства е предложено да бъде оценено следното твърдение „Ако не се усеща болка в устната кухина - не е необходимо да се посещава дентален лекар“. Резултатите показват, че пациентите в по-голямата си част не подкрепят здравно поведение, мотивирано само от болкова симптоматика, като се регистрира ниска степен на съгласие със средна оценка 2.05 от 5 (виж табл. 2.15).

Респондентите като цяло отхвърлят възможността да посещават лекар по дентална медицина, само когато изпитват чувство на болезненост. Все пак обаче приблизително 20% от респондентите предвид посочените им отговори най-вероятно биха потърсили дентален лекар, само когато изпитват остра нужда от дентална помощ. Статистическият анализ на това твърдение установи значими разлики в мненията според *възраст, пол, образование, местоживееене, самооценка на денталното здраве* (Табл.2.18)

Жените са по-малко склонни да споделят това мнение и най-вероятно по-често биха посетили зъболекар, дори и когато не усещат болка в устната кухина. По отношение на образованието post-hoc анализа показва значима разлика между участниците със средно и висше образование, като последните са по-малко склонни да мотивират здравното действие само поради наличието на болков симптом. Степента на споделяне на това мнение намалява с увеличаване на размера на населеното място, жителите на по-малките населени места определено демонстрират по-често симптоматично здравно поведение, като 19.0% от жителите на селата категорично потвърждават, че биха потърсили зъболекар само при нужда от облекчаване на болката.

Неосъзнатата нужда от дентално лечение при пациентите, поради ниски нива на здравна грамотност, може да ограничи достъпа до дентална помощ, тъй като някои от тях смятат за напълно редно да „изчакват денталният проблем да се реши от само себе си“. Резултатите относно възприемането на тази причина като ограничаваща посещенията при дентален лекар показват статистически значими разлики по *образование, местоживееене и самооценка за денталното здраве* (Табл.2.19).

Значима разлика се откроява при пациенти със средно образование, като 15.9% от тях са силно възпрепятствани да получат дентална помощ, тъй като не осъзнават нужда от дентално лечение. Този дял е двойно по-висок спрямо пациентите с висше образование в тази категория. Резултатите също показват, че жителите на селата дават средна оценка на

степената на възпирание 2.28 от 5 в тази категория, за сметка на жителите на останалите населени места при които тя варира между 1.61 за столицата и 1.79 в областните градове. При самооценката на денталното здраве значими разлики се откриват при тези участници, които са с влошено здраве в сравнение с групите със средно, добро и много добро здраве. Респондентите в последните две групи с влошено и много лошо здраве дават съответно средни оценки 2.45 и 2.25 от 5, за разлика от останалите категории, в които варират между 1.91 и 1.47 от 5 спрямо посочената скала.

Таблица 2.18 Сравнение на нагласите на пациентите за посещението при дентален лекар при отсъствието на симптом (болка)

Фактори	Степен на съгласие на пациентите*					Средна оценка	stat	p-value
	1	2	3	4	5			
възраст								
до 30 г.	63 (47.0%)	29 (21.6%)	12 (9.0%)	14 (10.4%)	16 (11.9%)	2.19	H = 14.490	.006
31 – 40 г.	204 (57.8%)	79 (22.4%)	19 (5.4%)	27 (7.6%)	24 (6.8%)	1.83		
41 – 50 г.	159 (58.2%)	38 (13.9%)	16 (5.9%)	28 (10.3%)	32 (11.7%)	2.03		
51 – 60 г.	56 (49.1%)	17 (14.9%)	9 (7.9%)	14 (12.3%)	18 (15.8%)	2.31		
над 60 г.	37 (46.8%)	10 (12.7%)	5 (6.3%)	15 (19.0%)	12 (15.2%)	2.43		
пол								
мъж	58 (43.3%)	26 (19.4%)	15(11.2%)	20 (14.9%)	15 (11.2%)	2.31	z = 2.731	.006
жена	461 (56.3%)	147(17.9%)	46 (5.6%)	78 (9.5%)	87 (10.6%)	2.00		
образование								
висше	391 (58.0%)	124(18.4%)	44 (6.5%)	57 (8.5%)	58 (8.6%)	1.91	H = 17.924	<.001
полувисше	18 (43.9%)	6 (14.6%)	3 (7.3%)	6 (14.6%)	8 (19.5%)	2.51		
средно	110 (46.2%)	43 (18.1%)	14 (5.9%)	35 (14.7%)	36 (15.1%)	2.34		
местожителство								
столица	111 (64.5%)	27 (15.7%)	13 (7.6%)	9 (5.2%)	12 (7.0%)	1.74	H = 20.639	<.001
областен град	309 (53.6%)	107(18.6%)	36 (6.3%)	63 (10.9%)	61 (10.6%)	2.06		
малък град	78 (54.9%)	25 (17.6%)	5 (3.5%)	17 (12.0%)	17 (12.0%)	2.08		
село	21 (33.3%)	14 (22.2%)	7 (11.1%)	9 (14.3%)	12 (19.0%)	2.63		
самооценка на денталното здраве								
отлично	59 (72.0%)	4 (4.9%)	5 (6.1%)	8 (9.8%)	6 (7.3%)	1.76	H = 12.507	.028
много добро	117 (60.0%)	33 (16.9%)	10 (5.1%)	16 (8.2%)	19 (9.7%)	1.91		
добро	165 (50.2%)	72 (21.9%)	19 (5.8%)	42 (12.8%)	31 (9.4%)	2.09		
средно	104 (50.7%)	45 (22.0%)	18 (8.8%)	15 (7.3%)	23 (11.2%)	2.06		
влошено	56 (50.9%)	18 (16.4%)	7 (6.4%)	14 (12.7%)	15 (13.6%)	2.22		
много лошо	18 (56.3%)	1 (3.1%)	2 (6.3%)	3 (9.4%)	8 (25.0%)	2.44		
ЗЗО								
да	510 (54.8%)	167(18.0%)	58 (6.2%)	98 (10.5%)	97 (10.4%)	2.04	H = 3.963	.138
не знам	0 (0.0%)	2 (50.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	3.00		
не	9 (47.4%)	4 (21.1%)	2 (10.5%)	0 (0.0%)	4 (21.1%)	2.26		
ДЗЗ								
да	164 (55.6%)	47 (15.9%)	18 (6.1%)	31 (10.5%)	35 (11.9%)	2.07	H = 3.373	.185
не знам	22 (41.5%)	13 (24.5%)	3 (5.7%)	8 (15.1%)	7 (13.2%)	2.34		
не	333 (55.0%)	113(18.7%)	40 (6.6%)	59 (9.8%)	60 (9.9%)	2.01		
доход								
до 710 лв.	73 (51.0%)	21 (14.7%)	10 (7.0%)	18 (12.6%)	21 (14.7%)	2.25	H = 5.565	.234
711 – 1200 лв.	184 (54.3%)	61 (18.0%)	16 (4.7%)	36 (10.6%)	42 (12.4%)	2.09		
1201 – 2000 лв.	162 (56.8%)	56 (19.6%)	20 (7.0%)	23 (8.1%)	24 (8.4%)	1.92		
2001 – 3400 лв.	63 (58.9%)	17 (15.9%)	7 (6.5%)	13 (12.1%)	7 (6.5%)	1.92		
над 3400 лв.	37 (46.8%)	18 (22.8%)	8 (10.1%)	8 (10.1%)	8 (10.1%)	2.14		
трудова статус								
активен	413 (55.4%)	142(19.0%)	45 (6.0%)	71 (9.5%)	75 (10.1%)	2.00	H = 3.106	.212
безработен	21 (56.8%)	6 (16.2%)	2 (5.4%)	1 (2.7%)	7 (18.9%)	2.11		
неактивен	85 (50.0%)	25 (14.7%)	14 (8.2%)	26 (15.3%)	20 (11.8%)	2.24		

*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.

Таблица 2.19 Сравнение на степента на влияние на неосъзнатата нужда от дентално лечение 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.	52 (60.5%)	11 (12.8%)	8 (9.3%)	3 (3.5%)	12 (14%)	1.98	H = 2.971	.563
31 – 40 г.	130 (64.7%)	24 (11.9%)	24 (11.9%)	3 (1.5%)	20 (10%)	1.80		
41 – 50 г.	105 (70.5%)	13 (8.7%)	16 (10.7%)	6 (4.0%)	9 (6.0%)	1.66		
51 – 60 г.	44 (64.7%)	10 (14.7%)	8 (11.8%)	1 (1.5%)	5 (7.4%)	1.72		
над 60 г.	23 (62.2%)	6 (16.2%)	4 (10.8%)	1 (2.7%)	3 (8.1%)	1.78		
пол								
мъж	53 (62.4%)	10 (11.8%)	12 (14.1%)	3 (3.5%)	7 (8.2%)	1.84	z = 0.620	.535
жена	301 (66.0%)	54 (11.8%)	48 (10.5%)	11 (2.4%)	42 (9.2%)	1.77		
образование								
висше	264 (68.2%)	42 (10.9%)	43 (11.1%)	10 (2.6%)	28 (7.2%)	1.70	H = 7.682	.021
полувисше	19 (67.9%)	5 (17.9%)	3 (10.7%)	0 (0.0%)	1 (3.6%)	1.54		
средно	71 (56.3%)	17 (13.5%)	14 (11.1%)	4 (3.2%)	20 (15.9%)	2.09		
местожителство								
столица	69 (68.3%)	12 (11.9%)	15 (14.9%)	0 (0.0%)	5 (5.0%)	1.61	H = 7.872	.048
областен град	211 (65.7%)	36 (11.2%)	32 (10.0%)	13 (4.0%)	29 (9.0%)	1.79		
малък град	56 (70.0%)	8 (10.0%)	8 (10.0%)	1 (1.3%)	7 (8.8%)	1.69		
село	18 (46.2%)	8 (20.5%)	5 (12.8%)	0 (0.0%)	8 (20.5%)	2.28		
самооценка на денталното здраве								
отлично	17 (77.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (22.7%)	1.91	H = 26.65	<.001
много добро	57 (75.0%)	8 (10.5%)	7 (9.2%)	2 (2.6%)	2 (2.6%)	1.47		
добро	125 (67.9%)	24 (13.0%)	21 (11.4%)	6 (3.3%)	8 (4.3%)	1.63		
средно	103 (68.2%)	19 (12.6%)	18 (11.9%)	2 (1.3%)	9 (6.0%)	1.64		
влошено	41 (46.6%)	11 (12.5%)	12 (13.6%)	3 (3.4%)	21 (23.9%)	2.45		
много лошо	11 (55.0%)	2 (10.0%)	2 (10.0%)	1 (5.0%)	4 (20%)	2.25		
ЗЗО								
да	345 (65.8%)	61 (11.6%)	60 (11.5%)	14 (2.7%)	44 (8.4%)	1.76	H = 4.665	.097
не знам	0 (0.0%)	2 (66.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	3.00		
не	9 (64.3%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (28.6%)	2.21		
ДЗЗ								
да	119 (68.4%)	23 (13.2%)	14 (8.0%)	10 (5.7%)	8 (4.6%)	1.65	H = 2.796	.247
не знам	17 (56.7%)	4 (13.3%)	3 (10.0%)	0 (0.0%)	6 (20.0%)	2.13		
не	218 (64.7%)	37 (11.0%)	43 (12.8%)	4 (1.2%)	35 (10.4%)	1.82		
доход								
до 710 лв	53 (63.1%)	14 (16.7%)	4 (4.8%)	2 (2.4%)	11 (13.1%)	1.86	H = 5.831	.212
711 – 1200 лв	118 (61.1%)	24 (12.4%)	19 (9.8%)	8 (4.1%)	24 (12.4%)	1.94		
1201 – 2000 лв	114 (71.3%)	16 (10.0%)	18 (11.3%)	2 (1.3%)	10 (6.3%)	1.61		
2001 – 3400 лв	39 (63.9%)	6 (9.8%)	10 (16.4%)	2 (3.3%)	4 (6.6%)	1.79		
над 3400 лв	30 (69.8%)	4 (9.3%)	9 (20.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1.51		
трудов статус								
активен	276 (66.5%)	45 (10.8%)	50 (12%)	12 (2.9%)	32 (7.7%)	1.74	H = 1.353	.508
безработен	13 (59.1%)	2 (9.1%)	2 (9.1%)	1 (4.5%)	4 (18.2%)	2.14		
неактивен	65 (62.5%)	17 (16.3%)	8 (7.7%)	1 (1.0%)	13 (12.5%)	1.85		

*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.

2.4.2 Приемливост

Предишният неприятен опит на зъболекарския стол също може да промени здравното поведение на пациента, като остави отражение върху нагласите му. Пациентите по време на манипулация могат да изпитат неприятни чувства като дискомфорт, болка и др. и поради това е напълно очаквано, че голям дял от респондентите се съгласяват с твърдението, че *„неприятни преживявания от дентални процедури водят до отлагане на посещения при дентален лекар“*. Средната оценка, която получава на това твърдение, е 3.56 от 5 (виж табл. 2.15). При 34% от участниците предходен неприятен опит най-вероятно би могъл да ги подтикне към промяна на здравното им поведение и те респективно да намалят използването на дентална помощ. Мнението на пациентите по този въпрос показва статистическа значимост свързана единствено със *самооценката на денталното здраве*. (Табл.2.20). Степента на съгласие с това твърдение нараства с влошаване на самооценката за денталното здраве. Вероятно пациентите, които имат силно нарушено дентално здраве, следвайки принципите на „порочния кръг на страховете“, описан в предходната глава, преживяват по-тежки и травматични процедури и в следствие отлагат да потърсят навреме отново дентална помощ.

Тревожността, която изпитват пациентите при посещение на зъболекар, е една от водещите причини, 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. 2.21). Лицата 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 2.20 Сравнение на нагласите на пациентите за неприятни преживявания при проведени дентални процедури по фактори

Фактори	Степен на съгласие на пациентите*					Средна оценка	stat	p-value
	1	2	3	4	5			
възраст								
до 30 г.	19 (14.2%)	10 (7.5%)	19 (14.2%)	39 (29.1%)	47 (35.1%)	3.63	H = 8.972	.062
31 – 40 г.	46 (13.0%)	39 (11.0%)	34 (9.6%)	98 (27.8%)	136 (38.5%)	3.68		
41 – 50 г.	41 (15.0%)	35 (12.8%)	29 (10.6%)	76 (27.8%)	92 (33.7%)	3.52		
51 – 60 г.	20 (17.5%)	17 (14.9%)	8 (7.0%)	34 (29.8%)	35 (30.7%)	3.41		
над 60 г.	19 (24.1%)	11 (13.9%)	4 (5.1%)	26 (32.9%)	19 (24.1%)	3.19		
пол								
мъж	24 (17.9%)	18 (13.4%)	17 (12.7%)	33 (24.6%)	42 (31.3%)	3.38	z = 1.447	.148
жена	121(14.8%)	94 (11.5%)	77 (9.4%)	240 (29.3%)	287 (35.0%)	3.58		
образование								
висше	105(15.6%)	77 (11.4%)	77 (11.4%)	197(29.2%)	218 (32.3%)	3.51	H = 4.097	.129
полувисше	7 (17.1%)	6 (14.6%)	1 (2.4%)	14 (34.1%)	13 (31.7%)	3.49		
средно	33 (13.9%)	29 (12.2%)	16 (6.7%)	62 (26.1%)	98 (41.2%)	3.68		
местожителство								
столица	26 (15.1%)	17 (9.9%)	19 (11.0%)	54 (31.4%)	56 (32.6%)	3.56	H = 0.862	.834
областен град	92 (16.0%)	79 (13.7%)	52 (9.0%)	148 (25.7%)	205 (35.6%)	3.51		
малък град	23 (16.2%)	10 (7.0%)	17 (12.0%)	42 (29.6%)	50 (35.2%)	3.61		
село	4 (6.3%)	6 (9.5%)	6 (9.5%)	29 (46.0%)	18 (28.6%)	3.81		
самооценка на денталното здраве								
отлично	23 (28.0%)	7 (8.5%)	8 (9.8%)	20 (24.4%)	24 (29.3%)	3.18	H = 28.399	<.001
много добро	37 (19.0%)	26 (13.3%)	24 (12.3%)	60 (30.8%)	48 (24.6%)	3.29		
добро	38 (11.6%)	47 (14.3%)	41 (12.5%)	98 (29.8%)	105 (31.9%)	3.56		
средно	26 (12.7%)	17 (8.3%)	12 (5.9%)	66 (32.2%)	84 (41.0%)	3.80		
влошено	16 (14.5%)	14 (12.7%)	9 (8.2%)	24 (21.8%)	47 (42.7%)	3.65		
много лошо	5 (15.6%)	1 (3.1%)	0 (0.0%)	5 (15.6%)	21 (65.6%)	4.13		
ЗЗО								
да	144(15.5%)	109(11.7%)	92 (9.9%)	266 (28.6%)	319 (34.3%)	3.55	H = 1.804	.406
не знам	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	1 (25.0%)	2 (50.0%)	4.25		
не	1 (5.3%)	3 (15.8%)	1 (5.3%)	6 (31.6%)	8 (42.1%)	3.89		
ДЗЗ								
да	50 (16.9%)	35 (11.9%)	33 (11.2%)	86 (29.2%)	91 (30.8%)	3.45	H = 4.668	.097
не знам	8 (15.1%)	7 (13.2%)	7 (13.2%)	18 (34.0%)	13 (24.5%)	3.40		
не	87 (14.4%)	70 (11.6%)	54 (8.9%)	169 (27.9%)	225 (37.2%)	3.62		
доход								
до 710 лв.	29 (20.3%)	16 (11.2%)	15 (10.5%)	35 (24.5%)	48 (33.6%)	3.40	H = 1.555	.817
711– 1200 лв.	48 (14.2%)	45 (13.3%)	27 (8.0%)	103 (30.4%)	116 (34.2%)	3.57		
1200–2000лв.	43 (15.1%)	35 (12.3%)	23 (8.1%)	87 (30.5%)	97 (34.0%)	3.56		
2001–3400лв.	16 (15.0%)	10 (9.3%)	15 (14.0%)	24 (22.4%)	42 (39.3%)	3.62		
над 3400 лв.	9 (11.4%)	6 (7.6%)	14 (17.7%)	24 (30.4%)	26 (32.9%)	3.66		
трудов статус								
активен	109 14.6%)	90 (12.1%)	76 (10.2%)	217 (29.1%)	254 (34.0%)	3.56	H = 1.241	.538
безработен	5 (13.5%)	7 (18.9%)	2 (5.4%)	4 (10.8%)	19 (51.4%)	3.68		
неактивен	31 (18.2%)	15 (8.8%)	16 (9.4%)	52 (30.6%)	56 (32.9%)	3.51		

*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.

Таблица. 2.21 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 –1200лв	81 (42.0%)	21(10.9%)	29 (15%)	16 (8.3%)	46 (23.8%)	2.61		
1201-2000лв	73 (45.6%)	23(14.4%)	14 (8.8%)	15 (9.4%)	35 (21.9%)	2.48		
2001 – 3400лв	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.

Пациентите се страхуват не само от извършването на дентални процедури, но и от допускането на медицинска грешка. Страхът от медицинска грешка налага също ограничение върху посещенията при зъболекар, като статистически значим фактор при него е единствено *самооценката на денталното здраве* (Табл.2.22).

Таблица 2.22 Сравнение на степента на влияние на страха от медицинска грешка 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.	48 (55.8%)	10(11.6%)	10(11.6%)	7 (8.1%)	11(12.8%)	2.10	H = 6.689	.153
31 – 40 г.	140(69.7%)	17 (8.5%)	17 (8.5%)	7 (3.5%)	20(10.0%)	1.76		
41 – 50 г.	89 (59.7%)	9 (6.0%)	26(17.4%)	13 (8.7%)	12 (8.1%)	1.99		
51 – 60 г.	40 (58.8%)	8 (11.8%)	6 (8.8%)	8 (11.8%)	6 (8.8%)	2.00		
над 60 г.	21 (56.8%)	6 (16.2%)	3 (8.1%)	4 (10.8%)	3 (8.1%)	1.97		
пол								
мъж	52 (61.2%)	9 (10.6%)	16(18.8%)	4 (4.7%)	4 (4.7%)	1.81	z = 0.257	.797
жена	286(62.7%)	41 (9.0%)	46(10.1%)	35 (7.7%)	48(10.5%)	1.94		
образование								
висше	245(63.3%)	37 (9.6%)	43(11.1%)	25 (6.5%)	37 (9.6%)	1.89	H = 0.561	.756
полувисше	17 (60.7%)	3 (10.7%)	4 (14.3%)	1 (3.6%)	3 (10.7%)	1.93		
средно	76 (60.3%)	10 (7.9%)	15(11.9%)	13(10.3%)	12 (9.5%)	2.01		
местожителство								
столица	69 (68.3%)	7 (6.9%)	8 (7.9%)	9 (8.9%)	8 (7.9%)	1.81	H = 3.985	.263
областен град	200(62.3%)	29 (9.0%)	41(12.8%)	21 (6.5%)	30 (9.3%)	1.92		
малък град	49 (61.3%)	10(12.5%)	9 (11.3%)	5 (6.3%)	7 (8.8%)	1.89		
село	20 (51.3%)	4 (10.3%)	4 (10.3%)	4 (10.3%)	7 (17.9%)	2.33		
самооценка на денталното здраве								
отлично	18 (81.8%)	1 (4.5%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)	2 (9.1%)	1.50	H = 15.129	.010
много добро	55 (72.4%)	6 (7.9%)	7 (9.2%)	4 (5.3%)	4 (5.3%)	1.63		
добро	121(65.8%)	18 (9.8%)	18 (9.8%)	12 (6.5%)	15 (8.2%)	1.82		
средно	85 (56.3%)	19(12.6%)	25(16.6%)	11 (7.3%)	11 (7.3%)	1.97		
влошено	49 (55.7%)	6 (6.8%)	8 (9.1%)	9 (10.2%)	16(18.2%)	2.28		
много лошо	10 (50.0%)	0 (0.0%)	3 (15.0%)	3 (15.0%)	4 (20.0%)	2.55		
ЗЗО								
да	329(62.8%)	50 (9.5%)	60(11.5%)	38 (7.3%)	47 (9.0%)	1.90	H = 2.991	.224
не знам	2 (66.7%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1.67		
не	7 (50.0%)	0 (0.0%)	1 (7.1%)	1 (7.1%)	5 (35.7%)	2.79		
ДЗЗ								
да	110(63.2%)	17 (9.8%)	17 (9.8%)	16 (9.2%)	14 (8.0%)	1.89	H = .210	.901
не знам	19 (63.3%)	1 (3.3%)	3 (10.0%)	1 (3.3%)	6 (20.0%)	2.13		
не	209(62.0%)	32 (9.5%)	42(12.5%)	22 (6.5%)	32 (9.5%)	1.92		
доход								
до 710 лв.	48 (57.1%)	7 (8.3%)	11(13.1%)	9 (10.7%)	9 (10.7%)	2.10	H = 6.376	.173
711 – 1200 лв.	114(59.1%)	17 (8.8%)	26(13.5%)	15 (7.8%)	21(10.9%)	2.03		
1201 – 2000 лв.	106(66.3%)	18(11.3%)	14 (8.8%)	8 (5.0%)	14 (8.8%)	1.79		
2001 – 3400 лв.	38 (62.3%)	5 (8.2%)	7 (11.5%)	6 (9.8%)	5 (8.2%)	1.93		
над 3400 лв.	32 (74.4%)	3 (7.0%)	4 (9.3%)	1 (2.3%)	3 (7.0%)	1.60		
трудоу статус								
активен	267(64.3%)	35 (8.4%)	50(12.0%)	29 (7.0%)	34 (8.2%)	1.86	H = 3.641	.162
безработен	11 (50.0%)	3 (13.6%)	3 (13.6%)	0 (0.0%)	5 (22.7%)	2.32		
неактивен	60 (57.7%)	12(11.5%)	9 (8.7%)	10 (9.6%)	13(12.5%)	2.08		

*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.

Изводи

- Анализът потвърди, че пациентите в голяма степен могат да обработват и разбират здравна информация, която получават.
- Върху нагласите на пациентите за денталната помощ, както и върху предишния опит, могат да окажат влияние различни фактори, които да модифицират поведението на пациента и да изградят пречки за получаването на дентална помощ.
- 21.6% от потребителите на дентална помощ категорично не смятат, че лекарите по дентална медицина могат да окажат превенция на денталните заболявания.
- 11% от пациентите убедено омаловажават значението на денталните заболявания и най-вероятно биха отлагали извършването на навременно лечение.
- 10.7% от потребителската група потвърждават, че биха потърсили дентален лекар, само когато изпитват остра нужда от дентална помощ.
- 10.3% са пациентите категорично не намират връзка между поддържане на денталното здраве и редовните визити при зъболекар.
- 19.0% от жителите на селата категорично потвърждават, че биха потърсили зъболекар само при нужда от облекчаване на болката.
- 6.6% от потребителите на дентални услуги основно със средно образование, жители 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
- За 34.5% от респондентите предходният неприятен опит в зъболекарския кабинет би могъл да ги подтикне към промяна на здравното им поведение и те да намалят използването на дентална помощ.
- 16.7% от 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.

2.5 Изследване на използваемостта на дентална помощ в България

Разгледаните шест измерения на достъпа до дентална помощ по модела на McKernan и съавт. се асоциират със структурните, финансовите и персоналните бариери, които могат да ограничат използваемостта на дентална помощ. В проведеното изследване 56.7% (n=541) от потребителите посочват, че им се е налагало да отложат посещение при дентален лекар ($\chi^2 = 51.79$, $p < 0.001$). 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. 2.23).

Таблица 2.23 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.

На лекарите по дентална медицина е зададен аналогичен въпрос и според тях на челна позиция сред бариерите е страхът от дентални манипулации (79.5%), на следващо място поставят заплащането на денталните услуги (70.2%) и на трето място със значима разлика е липсата на време (36.4%). Неосъзнатата нужда от дентално лечение и затруднено придвижване до дентален лекар посочват като мотив за отказ поотделно едва около 10% от лекарите по дентална медицина.

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*“ (пациентът разполага с възможността при нужда да използва здравната услуга) към „*получаването/оползотворяването на достъп*“ (пациентът пристъпва към фактическо използване) (25).

Един от прилаганите показатели за оценка на използваемостта на дентални услуги е годишният брой посещения на пациент при лекар по дентална медицина. Според резултатите от това проучване един пациент средно посещава дентален лекар 1.58 пъти годишно (*при допускане, че респондентите, които са посочили 4 или повече пъти осъществени визити при лекар по дентална медицина са приети като 4 посещения*). 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, доход и трудов статус* (Табл. 2.24).

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 връзка между броят посещения и *трудовият статус*, като най-голям е дялът 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 ограничаващ ефект върху използваемостта.

Таблица. 2.24 Сравнение на броя посещения при ЛДМ през последните 12 месеца при различни групи потребители по фактори

Фактори	Брой посещения през последните 12 месеца					Среден брой посещения	stat	p-value
	0	1	2	3	4+			
възраст								
до 30 г.	38 (28.4%)	34 (25.4%)	29 (21.6%)	15(11.2%)	18(13.4%)	1.56	H = 1.176	.882
31 – 40 г.	86 (24.4%)	126(35.7%)	52 (14.7%)	33 (9.3%)	56(15.9%)	1.57		
41 – 50 г.	48 (17.6%)	98 (35.9%)	73 (26.7%)	24 (8.8%)	30(11.0%)	1.60		
51 – 60 г.	30 (26.3%)	37 (32.5%)	16 (14%)	8 (7%)	23(20.2%)	1.62		
над 60 г.	26 (32.9%)	14 (17.7%)	18 (22.8%)	11(13.9%)	10(12.7%)	1.56		
пол								
мъж	29 (21.6%)	49 (36.6%)	31 (23.1%)	6 (4.5%)	19(14.2%)	1.53	z = 0.284	.777
жена	199 24.3%)	260(31.7%)	157(19.2%)	85(10.4%)	118(14.4%)	1.59		
образование								
висше	138(20.5%)	225(33.4%)	139 (20.6%)	72(10.7%)	100(14.8%)	1.66	H = 11.054	.004
полувисше	10 (24.4%)	17 (41.5%)	4 (9.8%)	3 (7.3%)	7 (17.1%)	1.51		
средно	80 (33.6%)	67 (28.2%)	45 (18.9%)	16 (6.7%)	30 (12.6%)	1.37		
местожителство								
столица	36 (20.9%)	57 (33.1%)	32 (18.6%)	18(10.5%)	29 (16.9%)	1.69	H = 3.751	.290
областен град	135(23.4%)	186(32.3%)	123 (21.4%)	53 (9.2%)	79 (13.7%)	1.57		
малък град	38 (26.8%)	44 (31.0%)	23 (16.2%)	12 (8.5%)	25 (17.6%)	1.59		
село	19 (30.2%)	22 (34.9%)	10 (15.9%)	8 (12.7%)	4 (6.3%)	1.30		
самооценка на денталното здраве								
отлично	11 (13.4%)	29 (35.4%)	23 (28%)	6 (7.3%)	13 (15.9%)	1.77	H = 4.711	.452
много добро	36 (18.5%)	74 (37.9%)	38 (19.5%)	31(15.9%)	16 (8.2%)	1.57		
добро	64 (19.5%)	120(36.5%)	81 (24.6%)	26 (7.9%)	38 (11.6%)	1.56		
средно	63 (30.7%)	59 (28.8%)	27 (13.2%)	15 (7.3%)	41 (20.0%)	1.57		
влошено	40 (36.4%)	22 (20.0%)	18 (16.4%)	10 (9.1%)	20 (18.2%)	1.53		
много лошо	14 (43.8%)	5 (15.6%)	1 (3.1%)	3 (9.4%)	9 (28.1%)	1.63		
ЗЗО								
да	218(23.4%)	303(32.6%)	185 (19.9%)	89 (9.6%)	135(14.5%)	1.59	H = 3.369	.186
не знам	1 (25.0%)	2 (50.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1.00		
не	9 (47.4%)	4 (21.1%)	2 (10.5%)	2 (10.5%)	2 (10.5%)	1.16		
ДЗЗ								
да	54 (18.3%)	102(34.6%)	69 (23.4%)	22 (7.5%)	48 (16.3%)	1.69	H = 4.017	.134
не знам	13 (24.5%)	20 (37.7%)	9 (17.0%)	4 (7.5%)	7 (13.2%)	1.47		
не	161(26.6%)	187(30.9%)	110 (18.2%)	65(10.7%)	82 (13.6%)	1.54		
доход								
до 710 лв.	54 (37.8%)	40 (28.0%)	19 (13.3%)	10 (7.0%)	20 (14.0%)	1.31	H = 13.564	.009
710 –1200 лв.	79 (23.3%)	106(31.3%)	73 (21.5%)	31 (9.1%)	50 (14.7%)	1.61		
1201–2000 лв.	55 (19.3%)	90 (31.6%)	59 (20.7%)	42(14.7%)	39 (13.7%)	1.72		
2001–3400 лв.	22 (20.6%)	48 (44.9%)	18 (16.8%)	5 (4.7%)	14 (13.1%)	1.45		
над 3400 лв.	18 (22.8%)	25 (31.6%)	19 (24.1%)	3 (3.8%)	14 (17.7%)	1.62		
трудова статус								
активен	159(21.3%)	255(34.2%)	155 (20.8%)	68 (9.1%)	109(14.6%)	1.62	H = 6.728	.035
безработен	18 (48.6%)	7 (18.9%)	4 (10.8%)	3 (8.1%)	5 (13.5%)	1.19		
неактивен	51 (30.0%)	47 (27.6%)	29 (17.1%)	20(11.8%)	23 (13.5%)	1.51		

*при изчисленията, за посочилите 4 или повече се приема 4 посещения

При посещенията, които са 4 и повече пъти за година, съществена разлика между групите в зависимост от *трудова статус* и *дохода* до 3400 лв. не се откри. Това отвежда към идеята, че когато денталното състояние на пациента е комплицирано и се налагат

многократни посещения при дентален специалист, тези фактори не оказват толкова силно влияние 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. 2.25). 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. 2.25 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 ограничаващата бариера за отлагане на дентален преглед, когато се разглежда „наличието на достъп“ и възможността при нужда да се използва денталната услуга (Табл. 2.23). При анализа на „получаването на достъп“ и реалното използване на денталните услуги (Табл. 2.25) 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 дентално лечение, 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 бариера като силно ограничаваща и отлагат дентална визита е сравнително нисък за разлика от останалите статистически значими бариери.

Барьерите пред достъпа до дентална помощ могат да ограничат използваемостта на дентални услуги, но различни причини могат да мотивират пациентите да потърсят и получат професионална помощ. 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, противно на очакванията, 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.

В табл. 2.26 е представен анализ на факторите, които могат да се асоциират с две от ключовите причини (профилактика или лечение) за дентално посещение. За целта са разгледани само респондентите, чийто основен мотив за последна визита при дентален лекар е бил наличието на болка (n=208) или извършването на профилактичен преглед (n=331). *Образованието, самооценката на денталното здраве, местожителството и доходът* 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). Пациентите със средно образование по-често отиват при лекар по дентална медицина спрямо по-високо образованите участници, в случаите, когато изпитват дискомфорт в устната кухина, поради наличието на болка.

Сходна практика се забелязва и при респондентите, оценяващи денталното си здраве като влошено и много лошо, по-голямата част от тях (80.0%) съобщават, че посещават зъболекар само мотивирани от появата на зъбобол. Тук ясно проличава разликата с потребителите, които оценяват като отлично своето дентално здраве, 90% от тях последно са били при своя зъболекар, за да проверят профилактично състоянието на устната си кухина. Участниците с най-ниски доходи и жителите на селата също търсят дентална помощ по-често в случай на остра нужда. 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.

Таблица 2.26 Сравнение на причините за последно посещение при ЛДМ по фактори

Фактори	Причина за последно посещение		stat	p-value
	Болка	Профилактичен преглед		
възраст				
до 30 г.	40 (39.1%)	46 (60.9%)	$\chi^2 = 3.941$.414
31 – 40 г.	82 (37.4%)	137 (62.6%)		
41 – 50 г.	57 (35.0%)	106 (65.0%)		
51 – 60 г.	17 (37.8%)	28 (62.2%)		
над 60 г.	12 (46.2%)	14 (53.8%)		
пол				
мъж	30 (36.6%)	52 (63.4%)	$\chi^2 = 0.079$.778
жена	178 (38.9%)	279 (61.1%)		
образование				
висше	118 (30.3%)	272 (69.7%)	$\chi^2 = 44.755$	<.001
полувисше	11 (44.0%)	14 (56.0%)		
средно	79 (63.7%)	45 (36.3%)		
местожителство				
столица	35 (31.8%)	75 (68.2%)	$\chi^2 = 11.926$.008
областен град	119 (36.5%)	207 (63.5%)		
малък град	34 (49.3%)	35 (50.7%)		
село	20 (58.8%)	14 (41.2%)		
самооценка на денталното здраве				
отлично	5 (9.8%)	46 (90.2%)	$\chi^2 = 134.72$	<.001
много добро	21 (16.2%)	109 (83.8%)		
добро	62 (32.0%)	132 (68.0%)		
средно	65 (67.7%)	31 (32.3%)		
влошено	43 (81.1%)	10 (18.9%)		
много лошо	12 (80.0%)	3 (20.0%)		
ЗЗО				
да	202 (38.3)	326 (61.7%)	Fisher's exact test	.249
не знам	2 (100.0%)	0 (0.0%)		
не	4 (44.4%)	5 (55.6%)		
ДЗЗ				
да	71 (38.3%)	118 (61.7%)	$\chi^2 = 0.129$.938
не знам	11 (40.7%)	17 (59.3%)		
не	126 (39.1%)	196 (60.9%)		
доход				
до 710 лв.	39 (54.2%)	33 (45.8%)	$\chi^2 = 25.530$	<.001
711 – 1200 лв.	85 (47.2%)	95 (52.8%)		
1201 – 2000 лв.	57 (32.4%)	119 (67.6%)		
2001 – 3400 лв.	14 (23.0%)	47 (77.0%)		
над 3400 лв.	13 (26.0%)	37 (74.0%)		
трудова статус				
активен	165 (37.2%)	279 (62.8%)	$\chi^2 = 3.181$.204
безработен	11 (55.0%)	9 (45.0%)		
неактивен	32 (42.7%)	43 (57.3%)		

Тестването на широко разпространеното в научната литература мнение за наличие на връзка между общото здравословно състояние и денталното здраве на пациентите, доказва категорична зависимост между двете самооценки в проведеното проучване (Табл. 2.27).

Таблица 2.27 Зависимост между общото и денталното здраве според самооценката на пациентите

Самооценка на дентално здраве	Самооценка на общото здраве			Stat	P-value
	Влошено	Добро	Отлично		
Влошено	36 (63.2%)	20 (35.1%)	1 (1.8%)	$\chi^2= 350$	< .001
Добро	89 (16.3%)	391 (71.5%)	67 (12.2%)		
Отлично	17 (4.9%)	123 (35.2%)	209 (59.9%)		

Оралното здраве е ключов показател за общото здравословно състояние и множество изследвания в тази област подкрепят двупосочната връзка между нелекуваните орални заболявания и различни здравословни състояния, които засягат повечето органични системи в човешкото тяло (5–17). Редовното използване на дентални здравни услуги корелира с добро орално здраве (163).

Изводи

- При изследване на „наличието на достъп“ и възможността при нужда да се използва денталната услуга най-силно ограничение според потребителите налага липсата на време, заплащането на денталните услуги и страха от дентални манипулации. При анализа на „получаването на достъп“ и реалното използване на денталните услуги се оказва, че липсата на време не е значим фактор за използваемостта на дентални услуги, а въздействие основно оказват заплащането на денталните услуги и страха от дентални манипулации.
- Над две трети от потребителите на дентални услуги (76%) са посещавали зъболекар през последните 12 месеца от проучването.
- Едва 3.35% от анкетиранияте потребители съобщават, че не са посещавали зъболекар повече от 5 години.
- 56.7% от респондетите в пациентската група посочват, че им се е налагало да отложат посещение при дентален лекар.
- Понижени нива на използваемост на дентални услуги през последните 12 месеца от проучването се отчитат най-вече сред участниците със средно образование, с най-ниски доходи и безработните.

- Според лекарите по дентална медицина най-често пациентите ги посещават заради появата на болка в устната кухина (36.4%) и за лечение на кариес (25.2%).
- Най-голям дял от пациентите (34.7%) последно са били при дентален лекар за извършването на профилактичен преглед.
- Пациентите със средно образование, оценяващи денталното си здраве като влошено и много лошо, жителите на селата и тези с най-ниски доходи по-често посещават лекар по дентална медицина, когато изпитват остра нужда от дентална помощ, породена от болка.

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

3.1. Обсъждане на резултати

3.1.1. Наличност, физическа достъпност и удобство

Поддържането на добро орално здраве е важно за цялостното здраве на популацията. Голяма част от оралните заболявания могат да бъдат избегнати чрез полагането на превантивни грижи и използването на навременна дентална помощ, но ограниченият достъп до дентални услуги може да възпрепятства потребителите в това отношение. Един от аспектите на достъпа, който осигурява правилното функциониране на здравната система, е достатъчната наличност на дентални специалисти на територията на страната. Над две трети (69%) от зъболекарите в света практикуват своята професия в Европа и Америка, независимо че само 27% от световното население живее в тези региони (83). Между 2010г. и 2020г. броят на зъболекарите на глава от населението се е увеличил или останал стабилен в повечето европейски страни (86), като това се дължи основно на по-високия брой завършващи студенти по дентална медицина. Германия е с най-голям брой завършили зъболекари - 2 312 през 2020г., следвана от Румъния с 2 019, Испания с 1 782 и Франция с 1 426. Румъния, макар и последна в класацията по посещения средно годишно на човек, регистрира най-висок брой завършили през 2020г. – 10.5 завършили на 100 000 души, следвана от Португалия с 8.8 и България с 7.2 на 100 000 души население, като средното ниво за държавите членки на ЕС е 3.1 (80).

Броят на действащите студенти в професионално направление „Стоматология“ в страната по данни за 2022г. е 3350, което представлява 91% от определения от Националната агенция за оценяване и акредитация капацитет за тази специалност, като в това направление 44.8% от студентите са чужди граждани (178). По данни на рейтинговата система за висшите училища в България процентът на официално регистрираните безработни сред завършилите професионалното направление „Стоматология“ в български висши училища през предходните 5 години, (2017-2022г.), изчислен на базата на данни от Национален осигурителен институт и Национален център за информация и документация е 0.58%, което подрежда тази професия на четвърто място по най-ниско ниво на безработица в страната след Военно дело, Медицина и Фармация (179).

Постигането на оптимално съотношение между зъболекарите и населението е предизвикателство на здравните политики по света (83), но докато много страни имат

твърде малко зъболекари, за да обезпечат нуждите на населението си, в България ситуацията е обратната. 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 (80). През 2020г. този показател в страните от ЕС варира между 0.4 и 1.3, като класацията се оглавява от Гърция, Кипър, Португалия, Литва и България. За нашата страна този показател е със стойност 1 зъболекар на 1000 души (86). Независимо, че в Гърция е регистрирано най-високото съотношение на зъболекари към население в страните от ЕС, оралното здравеопазване остава недостъпно за много граждани (82), което показва, че разглеждано само по себе си измерението на достъпа свързано с наличността на здравни кадри в системата на здравеопазването не е достатъчно информативно и има други фактори, които следва да се вземат предвид при оценката на достъпа до дентална помощ.

Разпределението на лекарите по дентална медицина и другите членове на техните екипи в световен мащаб не е еднакво, както между различните държави, така и в отделните райони в тях (83). Европа и в частност България не правят изключение от тази тенденция (112). Броят на зъболекарите и зъботехниците през изминалото десетилетие бележи ръст, но разпределението им в страната е небалансирано, за разлика от по-слабо изразеното неравномерно разпределение на медицинските сестри според направения анализ в настоящото проучване. Освен завършилите обучението по специалност „Медицинска сестра“ придобилилите трета степен на професионална квалификация „Асистент на лекар по дентална медицина“ имат възможност също да асистират на зъболекарите в предоставянето на дентално-медицинска помощ. В денталните практики в много страни като Австрия, Германия, Ирландия, Нидерландия, Швеция и Обединеното кралство обикновено дейността се извършва с помощта на медицински сестри/дентални асистенти, за разлика от Франция, Полша и Румъния, в които основно зъболекарите работят сами (112). Според проведеното проучване по-голямата част от лекарите по дентална медицина работят съвместно с медицинска сестра/дентален асистент и не съобщават за липсата на кадри в тази област като значима ограничаваща причина за осъществяването на екипна работа.

Анализът на официалните статистически данни за страната не показва ограничение на достъпа до дентална помощ, когато се вземе предвид общият брой на практикуващите дентални лекари спрямо необходимия брой. Високото съотношение на броя зъболекари към населението не винаги обаче кореспондира с оптимален географски достъп до дентални услуги. По-задълбоченото разглеждане на осигуреността с лекари по дентална медицина по

райони в страната, обаче, разкрива недостиг в три от тях. По този начин, в измерението *Наличност* може да се очаква затруднение в достъпа в Северозападен, Северен централен и Югоизточен район. Оттук следва, че в тези райони първо трябва да се подобри икономическия микроклимат, чрез целенасочена държавна и общинска политика, за да станат притегателни центрове за работа и на денталните лекари.

Зъболекарите в повечето европейски държави, сред които са Австрия, Франция и Испания, са основно концентрирани в градските райони (112). Поради тази причина на жителите на по-малките населени места им се налага да пътуват, което според различни източници се явява пречка пред достъпа (94,95,180). Това се установи и сред пациентите, които взеха участие в проучването, тъй като 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, а останалата част споделят, че изпитват недоверие в зъболекаря, практикуващ в техния район. Тези пациенти не могат да се възползват от широк избор на професионалисти, специализирани клиники или модерно оборудване, като живеещите в големите градове на страната. Сходни констатации по отношение на липсата на доверие в лекарите по дентална медицина и липсата на подходящ дентален специалист има и сред респондентите населяващи малките градове. Те обаче значително по-рядко съобщават, че в техните селища въобще няма работеща дентална практика. В някои европейски държави също се наблюдават подобни ограничения, в Литва също има липса на специалисти в селските райони и това се явява бариера пред техните жители. В Ирландия зъболекарите специализирани в конкретна област на денталната медицина основно са концентрирани в градските райони, докато в Словакия има данни, че липсата на пародонтални специалисти води до ниско качество на здравните резултати сред пациентите (95).

Регионалните различия в разпределението на зъболекарите могат да доведат до неравенство в използването на дентални услуги от пациентите в по-малките селища, като различни международни проучвания докладват, че хората в селските райони са склонни да посещават зъболекари значително по-рядко от хората, живеещи в градските райони (20,73,181). Резултатите от проучването също потвърждават, 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 извършването на посещения при дентален лекар.

В нашата страна, както във Франция, Чехия и Румъния, има възможност да бъдат приложени механизми за смекчаване на негативните ефекти от географските дисбаланси. Във Франция и Чехия например през последните години са отпуснати допълнителни средства за финансиране на денталните практики в малките населени места. Стъпка предприета в тази посока у нас е предвиденото в НРД 2023-2025г. допълнително финансиране за „осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения за извънболнична дентална помощ, които извършват дентални дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината“ (182). Извънболничната дентална помощ може да бъде предоставяна от лечебни заведения с разкрити подвижни структури, но НЗОК покрива разходите за предоставените от тях дейности само ако са в „населени места с неблагоприятни условия и дейностите се извършват непрекъснато в едно и също населено място не по-малко от 3 месеца“ (182). В Румъния, както и в България, освен това са разглеждани пилотни проекти, финансирани от ЕС, които предвиждат дентални услуги за селско население без достъп до дентална помощ да бъдат предоставяни в оборудвани специализирани мобилни бусове (112).

Според Burge и съавт. (2004) пациентите като цяло предпочитат да потърсят грижи от здравен специалист, който работи в близост до дома им (183). Резултатите от проведеното проучване сред потребителите сочат, че най-често те се придвижват в рамките на 30 минути до своя зъболекар (77.4%) и не им се налага да пътуват до друго населено място (81.4%). Според някои автори приемливото време за пътуване до кабинета на денталния лекар е до 60 минути (91) и при по-голямата част от респондентите от проучването (93.7%) времето, което съобщават, че им е необходимо, за да достигнат до своя зъболекар съответства на тази препоръка. Проведено анкетно проучване сред населението на САЩ докладва, че за повече от три четвърти от анкетираните, които са имали нужда от дентална помощ, времето, което прекарват в пътуване до зъболекаря им, е по-малко от 30 минути. Това потвърждава отново констатацията, че времето за пътуване има значение за пациентите и близостта до денталния кабинет улеснява достъпа до услугата (32).

Според настоящото изследване, повече от час, за да получат дентално лечение или преглед, отделят основно жителите на малките градове и лицата със средно образование, като е налице обратна връзка между нивото на образование и времето за пътуване. Този резултат резонира с проведени изследвания на други автори, които също съобщават, че колкото по-високо е нивото на образование, толкова по-кратко е времето за пътуване

(93,184). Практиката жителите на по-малките населени места да пътуват по-дълго, отколкото жителите на по-големите градове, е съобщавана и в други проучвания (93).

Освен образованието, значим фактор в измерението на достъпа „Физическа достъпност“ е и възрастта на пациентите. В проведеното проучване най-силно възпрени да посетят лекар по дентална медицина, поради затруднено придвижване се оказват пациентите над 50 години. Този резултат кореспондира с друго проучване направено в единадесет държави в Европа, според което възрастта на пациента може да попречи на достъпа, особено когато се налага да пътува на дълги разстояния (95). Самооценката на денталното здраве на пациентите също се установи, че е значим фактор за физическата достъпност. Респондентите с по-лоша самооценка на денталното здраве обикновено пътуват по-дълго и съответно сочат пътуването като по-силно ограничаващ мотив за отлагане на посещение при дентален лекар.

Измерението *Удобство* обикновено се свързва с организацията на денталната практика, с часове за прием и времето за чакане (93). Резултатите от проучването сред пациентите показват, че 63.2% от тях успяват да получат дентална помощ между един ден и една седмица след записване на час. Литературните източници посочват различни времеви интервали за изчакване, като средното време за чакане през 2020г. в Полша например е било 16 дни (95), в САЩ варира между 18.3-24 дни (102), докато във Финландия е регистрирано рекордно дълго време от 45.8 дни (103). Времето за изчакване според нашето изследване е значително по-кратко от докладваните данни в тези проучвания. Освен това се установи и че това време не оказва въздействие върху нивата на удовлетвореност на пациентите, за разлика от докладвани резултати в други страни (94). След като пациентите осъществят първия контакт със здравния специалист успяват да получат навременна дентална помощ, което е предпоставка за постигане на добри медицински резултати. Предвид това може да се заключи, че времето необходимо за получаване на дентална помощ в измерението *Удобство* не представлява заплахата за достъпа.

Разминаване между търсенето и предлагането на дентална помощ може да се проектира при планирането на подходящо съвпадение между свободните часове в графици на денталните лекари и предпочитанията на пациентите (104). Силно ограничение на възможността при нужда да се получи достъп до дентална помощ в измерение *Удобство* налага липсата на време при пациентите за посещение при дентален лекар, поради тяхна натовареност или заради това, че зъболекарят им не работи в удобно за тях време. Според изследването основно затруднение с намирането на време изпитват столичани, пациентите

с доходи над средните за страната, както и тези, които попадат във възрастовата група между 31-40г. Поради тази причина лекарите по дентална медицина често остават след края на работния ден, като най-голям е делът на зъболекарите, които са до 30-годишна възраст (46.9%) , които приемат пациенти извън работното си време. Този извод частично е достигнат и в друго проучване, според което по-склони да удължават работния си ден са мъжете и по-младите зъболекари като цяло (107). По-голямата част от лекарите по дентална медицина в проучването се адаптират към времевите желания на своите пациенти и се придържат към планирания работен график без сериозни времеви отклонения. Показател за създаденото удобство е, че по-голямата част от пациентите изпитват висока степен на удовлетворение от предоставената им денталната помощ.

3.1.2. Финансова достъпност

Цената на денталните услуги в литературата често се определя като важна и вероятно основна бариера за получаване на дентална помощ по мнение на различни автори (95,121,185). Според изследване от 2021г. в ЕС, в Италия, Испания, Кипър, Гърция, Румъния, Португалия, Латвия, Люксембург, България и Естония, повече от половината от хората с неудовлетворена потребност от дентална помощ са посочили, че основната причина за това са разходите (101). В много страни с ниски и средни доходи на популацията, както и в България, плащанията от джоба се явяват основен механизъм за финансиране на денталните услуги и това оказва значителна тежест за домакинствата (186). Една от основните причини за това, подкрепена и от по-голямата част от лекарите по дентална медицина в проучването, е че обемът и обхватът на пакета „Дентални дейности“ предложен от НЗОК, не покриват основните нужди на пациентите. В пакета „Първична дентална помощ“ има ограничения свързани с броя на покритите дентални услуги, който е 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 заложено приложението на висококачествени фотополимери, а по-малко използваните амалгама и химиополимери. В практиката често се случва пациентите сами да заплатят разликата в стойността на едните и другите обтуровъчни материали, за да си гарантират по-високо качество на приложеното лечение.

В пакета с дентални услуги осигурен от здравната каса 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 услуга (95). Заболяванията на венците са вторите по разпространение сред популацията орални заболявания и са едни от водещите причини за загуба на зъби при възрастни (187). Те могат да протекат със сериозни оплаквания (болка, дъвкателна дисфункция), засяга качеството на живот на пациента и са предпоставка за увеличаване на разходите за дентално здраве (188).

Екстракцията на зъб е манипулацията, която за сметка на това е относително добре публично покрита, както в редица европейски държави (95), така и в нашата страна, дори без ограничения в обема, когато се извършва в условията на специализираната извънболнична помощ. В повечето случаи обаче 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 услуги (189).

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. Изследване у нас през 2005г. посочва, че една от причините, водещи до влошеното орално здраве на популацията, е липсата на задължителна профилактика сред населението (120). Негативното въздействие на заболяванията на устната кухина може да бъде намалено чрез въвеждането на рутинни професионални дентални грижи, които позволяват ранно откриване, осигуряване на качествена дентална помощ и управление на заболявания на устната кухина (190,191). Експерти по обществено здраве системно докладват положителното влияние на превантивните политики за справянето с основните причини за заболявания на устната кухина и отказ от лечение на пациентите (112).

В изследванията на различни автори се докладва, че денталните заболявания са по-често концентрирани сред пациентите с по-нисък социално-икономически статус, което допълнително създава неравенства в използването на дентални услуги и ги изправя пред финансови предизвикателства (95,191,192). 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 (112) и следователно основен фактор за осигуряването на достъп до дентална помощ е социално-икономическият статус на пациента, като доходът, образованието и трудовият статус са преобладаващите характеристики (95,121). Това съответства на резултатите от проведено друго проучване в България, според което търсенето на дентални услуги в нашата страна зависи от икономическото състояние на населението (120).

В нашия анализ установихме, че при три от разгледаните начина, между които избират пациентите, за да покрият разходите си за дентални услуги, че значим фактор е *доходът*. Пациентите, които разполагат с финансови средства съответно могат да плащат повече за здравето си, така че с увеличаване на доходите и вероятността за използване на дентална помощ се увеличава (193). Locker и съавт. (2011) изказват мнение, че някои пациенти въпреки че разполагат с по-високи доходи и имат допълнителна здравна застраховка също изпитват притеснение относно разходите за дентална помощ (195), което също се потвърди и от нашето проучване. Според изследване на Manski и съавт. (2017) в САЩ е най-малко вероятно лицата с най-ниски доходи да платят със собствени средства за дентални услуги в сравнение с пациентите с по-високи доходи, подобно на Франция, Швейцария, Дания и Италия. В развитите страни като Германия, Нидерландия и Швеция различия по дохода не се регистрират (196). Vas и Azogui-Lévy (2022) констатират противоречиво мнение, според което социално-икономическите детерминанти ограничават пациентите само на входа към денталната помощ, а не и при последващите назначени лечения. Доходът няма толкова силно влияние, тъй като разходите за лечение зависят от преценката на лекаря спрямо денталния статус на пациента (197). Този извод също косвено се направи в настоящото проучване, тъй като се оказва, че когато възникне необходимост от получаването на дентално лечение, пациентите са склонни да заплатят за него необходимите суми, без значение от размера на дохода, което поставя някои от уязвимите групи респонденти в затруднение. Пациентите, които имат влошен дентален статус според самооценката им, както и безработните често заплащат едни от най-високите суми за лечение спрямо другите респонденти в тези групи. Голяма част от пациентите, които смятат, че имат много лош дентален статус, разполагат с ниски доходи, безработни са и имат завършено средно образование демонстрират слаба информираност за възможностите, които НЗОК предлага за частично покритие на разходите за дентални прегледи или лечение, като междуременно дял от тези пациенти по-често прибегват до вземането на пари на заем, за да покрият разходите за дентални услуги.

Според настоящото проучване до вземането на средства назаем, за да се заплати денталното лечение, макар и това да е по-рядка практика, прибягват основно пациенти с ниски доходи, с лоша самооценка за денталното здраве и безработните. Това може да се възприеме като индикация, че се създава един порочен кръг, при който лицата с по-малки финансови възможности се затрудняват до получат навременно лечение, което от своя страна оказва влияние в последствие върху здравословното им състояние, ситуация докладвана и от други източници (119,192).

ДЗЗ облекчава финансовото натоварване, но много малък процент от популацията могат да си я позволят. Според някои автори едва около 10% от населението на страната имат сключена ДЗЗ (115), за разлика от Нидерландия, където над 84% от населението се възползват от този начин за покритие на разходите (95). В България този тип застраховане рядко се среща или отсъства при лица с по-ниски доходи и при по-възрастните (117). Pizarro и съавт. (2009) също смятат, че „двойното“ здравно осигуряване е по-често наблюдавано в по-високите социални класи (198). Данните по отношение на връзката между ДЗЗ и доходите се потвърждават и от направеното проучване, което сочи, че използването на ДЗЗ е по-често при лица с месечен доход над 2000лв, но проучването не открива съществени разлики във възрастовите групи. Именно респондентите с доход под посочения праг според резултатите от направените анализи са склонни по-често заради цената на денталните услуги да отложат своя преглед.

В измерение *Финансова достъпност* най-силно възпрепятствани да заплащат за дентални услуги са пациентите с ниски доходи, безработните и участниците оценяващи денталното си здраве като лошо. Тези резултати кореспондират със съобщените от други автори заключения (95,121,191). При проучването на измерението *Финансова достъпност* е направен анализ и на нагласите на пациентите относно заплащането на денталните услуги. Според него се установи висока степен на съгласие с твърдението, че високите разходи редуцират възможността да се получи дентално лечение. Отчете се намаляване на степента на съгласие с увеличение на дохода, но дори и сред лицата с високи доходи има сериозен дял, който счита, че високата цена на услугите води до затруднения. Това показва, че финансовата бариера оказва по-силен от предполагаемия ефект върху достъпа до дентална помощ. Противоположна позиция изразяват по-голямата част от лекарите по дентална медицина в проучването, според които техните пациенти рядко отказват дентално лечение, поради високи разходи. Разминаването в мнението между потребителите и доставчиците на дентални услуги може да се дължи на субективната оценка на зъболекарите, предвид, че

по-голямата част от тях практикуват в големите градове на страната и техните пациенти се самоселектират, т.е. лекарите по дентална медицина се посещават повече от пациенти, които не отлагат лечение.

3.1.3. Информираност и приемливост

Анализът на отговорите и на двете групи участници в проучването потвърждава, че пациентите в голяма степен могат да обработват и разбират здравна информация, която получават. Сравнително висока здравна грамотност демонстрират участниците 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, като в някои отношения жените показват сравнително по-устойчива позиция. Това наблюдение е споделено и в други проучвания, според които жените се интересуват повече от здравето си от мъжете и са склонни да посещават повече превантивно зъболекар (199,200), както е докладвано и в Швеция (95).

Проучването обаче показва, че в голяма степен извадката от популацията не разполага с достатъчно информация за ролята на зъболекаря в превенцията на дентални 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. Серафимова (2005) в свое изследване съобщава, че е необходимо потребителите на дентални услуги в България да бъдат стимулирани в посока извършване на профилактични прегледи и да се увеличи нивото им на здравна култура, особено сред нискообразованите групи (120). Други автори също отбелязват, че в проведените от тях проучвания, респондентите пренебрегват рутинните прегледи на устната кухина, като това отразява липсата на информираност за ползите от извършването на редовните посещения при зъболекар (20). Изследване в САЩ също потвърждава, че ниската здравна грамотност на пациентите води до по-рядко извършване на профилактични прегледи, увеличено използване на спешна дентална помощ, лоши здравни резултати, повече отлагани посещения при зъболекар, както и до увеличаване на разходите за дентални услуги (201). Силна подкрепа на убеждението, че не е необходимо да се посещава зъболекар, освен ако не е налице болка, се съобщава от пациентите в проучване, направено в Кувейт (202). Потребителите на дентална помощ в голяма степен

възприемат денталната помощ като „полезна услуга, само когато е необходима, но не е решаваща част от цялостното здраве“(20).

В научната литература е изразено мнението на различни автори, че фактори като възраст, пол, образование и доходи имат връзка с нивата на здравната грамотност (32,146). Нашето проучване частично потвърждава тази констатация, като се установи, че информираността за покритието на дейности от НЗОК се повишава с по-високото ниво на образование и големината на населеното място и освен това се отчете връзка между информираността и по-високата самооценка за денталното здраве. Същевременно се установи, че възрастта, полът и образованието са фактори, които имат връзка с мнението на пациентите относно важността на денталните заболявания.

Средно 23% от респондентите в настоящото проучване заемат неинформирана позиция или се колебаят, като демонстрират слаба осведоменост по отношение на денталната помощ. Този процент е значително по-нисък в сравнение с проведено национално проучване в Сърбия, в което според резултатите, неосъзнатата нужда от дентален преглед поради ниска информираност е причина за непосещаване на зъболекар при 67.9% от пациентите в извадката (21). Най-силно ограничени и склонни да пропуснат дентален преглед поради тази причина в настоящото изследване очаквано 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. Giо и съавт. (2014) достигат до сходен извод, като докладват пряката връзка между по-високите нива на здравна грамотност и по-добрия орален здравен статус (69). 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 Норвегия също е докладвано, че пациентите, които оценяват като лош оралния си статус основно отлагат посещения при зъболекар поради финансови причини (31). Цялостната картина с тези респонденти се влошава допълнително и от факта, че при тях в най-силна степен се проявява страхът, включително и от медицинска грешка, а също така те се влияят изключително силно от минали травматични преживявания.

Смята се, че тревожността е породена основно от негативни очаквания, които често са свързани с по-ранни травматични преживявания и негативни нагласи в семейството на пациента (114,115). Констатацията на Doganer и съавт. (2017), че неприятните преживявания в зъболекарския кабинет могат да накарат пациентите да отложат посещенията при денталния лекар (204), се потвърди и в настоящото проучване. За 34.5 % от респондетите предходен неприятен опит би могъл да ги подтикне към промяна на здравното им поведение и те да намалят използването на дентална помощ.

Страхът от зъболекар може да възпрепятства приемането на дентална помощ. Най-силно ограничени от него са 16.7% от потребителите на дентални услуги, като основно това 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, в които се посочва, че пациентите с по-високо образование изпитват по-малко безпокойство по време на дентални процедури и е по-вероятно да поддържат по-добро орално здраве и да посещават зъболекар по-често (6,14). Обикновено по-висока степен на тревожност се среща сред по-младите пациенти (207). 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 по-тежки и травматични процедури, които в последствие 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 безпокойство, а именно попълване на въпросници преди лечението, прилагане на фармакологични средства, психотерапевтични методи, които се използват в зависимост от степента на тревожност (135,136).

За оценка на степента на тревожност на пациентите, специалистите по дентална медицина широко използват психологически въпросници, каквато е Модифицирана скала на тревожност при посещение на дентален лекар (MDAS). Чрез тях зъболекарят може да идентифицира пациентите, които имат психологически специални нужди. По този начин денталният специалист ще бъде в състояние да подпомогне тревожните пациенти и да им осигури достъп до дентално здравеопазване (53). При пациенти с установени ниски нива на тревожност обикновено положително въздействат промени в заобикалящата среда, подобряване на чувството за контрол, като най-често прилаган в тази клинична практика е

стоп сигнала и насърчаване на когнитивното разсейване (208). 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 анестезия. Фармакологичните подходи се разглеждат като по-малко приемливи при управлението на страха в сравнение с психологическите техники (136,209).

3.1.4. Използваемост на дентални услуги

За разлика от пациентите в други страни, които избират дентален специалист, като се съобразяват с мнението и препоръките на членове на семейството или познати или търсят информация за него в интернет (93), според резултатите от настоящото проучване тази практика е по-слабо разпространена сред респондентите. По-големият дял от пациентите (67.1%) демонстрират консервативно поведение като посещават един и същи зъболекар или правят случаен избор (25.3%), без предварително да проучват възможностите.

През 2019г., пациентите в ЕС са посещавали средно годишно зъболекар 1.3 пъти, но през първата година от пандемията този брой е намалял с 15% (86). За 2020г. средния брой посещения при лекар по дентална медицина в ЕС варира между 0.7 и 1.5, като класацията оглавява Нидерландия - с 2.5 консултации на жител, следвана от Чехия и Германия. За България е отчетено, че пациентите се консултират средно 0.7 пъти годишно, а Румъния и Кипър са с още по-ниски стойности - под 0.5 посещения средно годишно на човек (86,210). Публичното покритие на разходите за дентална помощ варира в различните страни, което се отразява и в разликата в броя на консултациите при дентален лекар (86).

Резултатите от нашето проучване показват, че един пациент средно посещава 1.58 пъти за една година своя зъболекар, като под една трета са участниците, които са пропуснали дентална визита в този период. Като се има предвид, че честотата на посещенията зависи от състоянието на зъбите и венците, и варира в зависимост от общото здравословно състояние, по този показател би могло да се заключи, че нивото на използваемост на денталните услуги за страната кореспондира със средния брой посещения при лекар по дентална медицина в ЕС. Друг показател за използване на услугите за орално здравеопазване е делът на пациентите, които посещават зъболекар всяка година (32). Анализът в нашето проучване сочи, че значително по-голямата част от пациентите (76%) са посетили през последните 12 месеца лекар по дентална медицина, а под една трета не са (24%). Тези изводи са много близки до публикуваните през 2019г. резултати от мащабно национално изследване в САЩ, при което отново по-голямата част от анкетираните (70.9%) съобщават, че били на зъболекар или друг специалист по дентална медицина през

последната една година, а една трета (29.1%) съответно не са били (32). Резултатите от настоящото изследване обаче контрастират на докладваните през 2019г. резултати от друго изследване проведено в Република Сърбия, Босна и Херцеговина, при което само 20% от всички участници съобщават, че са посещавали зъболекар през годината (21).

Отлагането на посещение при зъболекар повече от две години обикновено насочва, че пациентите вече имат изградени лоши практики за превенция на оралното здраве и пропускат дентални визити, докато не се окажат с остро състояние, което в последствие ще ги принуди да правят чести посещения. Относително малък дял сред респондентите (12.6%) е отложил с повече от две години преглед при лекар по дентална медицина в нашето проучване.

Различни изследователи посочват, че фактори като възраст, пол, местоживеене, доходи и заетост, както и по-високо ниво на образование, водят до увеличено използване на дентални услуги (133,135,136,72,150–152,209). Нашето изследване не стига до същите изводи по отношение на възрастта, пола и местоживеенето, като не открива значима разлика в броя посещения свързани с тези фактори. Потвърди се обаче значението на фактори като образование, доходи и заетост за броя на посещенията при лекар по дентална медицина. Редуцирано използване на дентални услуги за последните 12 месеца се установи при пациентите със средно образование, ниски доходи и безработните. Нивото на образование може да повлияе на здравето на индивида, тъй като пациентите с по-високо образование обикновено са по-високо информирани относно своето здраве и наличните ресурси за поддържане на оралното си здраве (73). Други източници също докладват, че пациентите със средно или по-ниско образование значително по-малко използват дентална помощ, когато е необходима, отколкото тези с по-високо образование (32,120,200). Доходът също се явява значим фактор за използването на дентална помощ според различни автори (32,200), което е потвърдено и в настоящото проучване, като това становище е допълнено и чрез подчертаване на значимостта, която оказва работния статус, предвид че безработните най-вероятно имат ниски или никакви доходи. Ниските финансови възможности са препятствие за използваемостта на денталната помощ. Анализът на дадените от пациентите оценки за степента на въздействие на различните бариери на достъпа до дентална помощ и използваемостта на дентални услуги установи, че респондентите най-силно се чувстват ограничени от заплащането на денталните услуги.

Според някои автори, често срещано е твърдението, че пациентите основно търсят дентален лекар при наличието на болка (20,21,60), което се потвърди и от нашите резултати

според мнението на зъболекарите. В проведено национално проучване в Сърбия основните причини за посещение при зъболекар са зъболечение и екстракция на зъб, а по малко от 10% от всички участници са посочили превенцията като причина (21). 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. Резултатите от настоящото изследване поставят това под съмнение, тъй като най-голям дял, почти 35% от пациентите съобщават, че за последно са били при лекар по дентална медицина с профилактична цел. В кабинета на зъболекаря заради зъбобол влизат по-често участниците със средно образование, тези с влошено и много лошо дентално здраве, както и пациентите, чийто доходи са ниски и живеят в селата. Някои проучвания доказват, че мъжете са склонни да посещават зъболекар повече, когато изпитват болка, което не се потвърди от нашия анализ (60).

Проучване сред населението на ЕС през 2021г. посочва, че 5.0% от популацията има неудовлетворени потребности от дентален преглед или лечение, като в България този процент е едва 3%. Като основна причина за това се изтъква твърде високата цена на услугите. Следващите най-често докладвани причини са страха при 0.4 % и липса на време при 0.3% от населението. По-рядко срещани причини за това са списъците с чакащи и поради изчакване от пациентите да видят дали проблемът сам ще се разреши, като и двата случая са докладвани от 0.2 % от населението. Пътуването до специалист според проучването не оказва влияние върху популацията (101). Този анализ в голяма степен припокрива резултатите получени в нашето изследване, като според отговорите на пациентската група, най-силно ограничение върху достъпа до дентална помощ оказват заплащането на денталните услуги, липсата на време и страхът от зъболекар, а най-слабо ограничаващо влияние имат неосъзнатата нужда от провеждане на лечение и пътуването до зъболекар. Много от констатациите в проучването подкрепят резултати от предишни изследвания, включително, че основната пречка пред достъпа до дентална помощ е свързана с финансови затруднения (32,211). Според анкетно проучване проведено в САЩ основната бариера за повече от половината участници също се оказва заплащането за денталните услуги. Следващите водещи пречки пред достъпа до зъболекарски услуги са трудностите при намирането на зъболекар, който да има сключен договор за покритие на услугите от държавни програми (Medicare и Medicaid), страха от зъболекар и невъзможността да намират време да посетят зъболекар. Транспортът и разстоянието също се оказват проблем за някои пациенти (32). Изводите обаче от настоящото проучване частично се различават от докладваните резултатите през 2022г. от друго изследване

проведено отново в България, според което водеща бариера пред достъпа е липсата на оплаквания от пациентите, докато цената на лечението е изместена назаден план от някои психо-социални причини като липса на време и страха от зъболекар (211).

3.2. Изводи и препоръки

Предвид анализа на измерения – *Наличност, Физическа достъпност и Удобство* може да се заключи, че структурните бариери не ограничават силно достъпа до дентални услуги. През последните години страната е обезпечена с достатъчен брой лекари по дентална медицина и съотношението между броят на зъболекарите и населението в България е едно от най-високите в ЕС. Въпреки че това не гарантира оптимален физически достъп до дентални услуги и са налице регионални различия в разпределението на зъболекарите, резултатите от проучването доказваха, че макар и да създава известни затруднения, най-вече за жителите на по-малките населени места, физическата достъпност не възпрепятства *получаването на достъп*. Стъпки в подобряването на достъпа в това измерение за тази целева група са предприети от здравните власти, като е предвидено допълнително финансиране за медицинския персонал в извънболнична дентална помощ, който извършва дентални дейности 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. Географските дисбаланси в обезпечеността с лекари по дентална медицина в Северозападния, Северно централния и Югоизточния район могат да се балансират чрез подобрене на цялостната икономическата ситуация в тези части на страната и така да се даде тласък на младите дентални лекари да практикуват своята професия именно в тях.

Според анализа на измерение *Удобство* по-голямата част от потребителите успяват да получат навременна дентална помощ, което е предпоставка за постигане на добри медицински резултати и макар липсата на време при пациентите за посещение при дентален лекар да се оказва важен мотив за отлагането на дентални прегледи, това не успява да ограничи съществено използваемостта на денталните услуги. Пациентите успяват да приоритизират оралното си здраве и да намерят удобно време за тях, за да получат нужната им дентална помощ. Това до известна степен кореспондира с начина на живот на потребителите, който оказва пряк ефект върху здравното им поведение.

Относително по-голямата част от респондентите демонстрират добра здравна информираност по отношение на сериозността на заболяванията на устната кухина, необходимостта от провеждане на навременно лечение, като потвърждават склонността си да посещават дентален лекар, без да са мотивирани от наличието на болката. Въпреки това според анализа на използваемостта на дентални услуги, неосъзната нужда от дентално

лечение за част от потребителите също може да се разглежда като причина възпрепятстваща оползотворяването на достъпа до дентална помощ в измерение *Информираност*.

Взети заедно констатациите от това проучване показват, че има необходимост да се подобри 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 на измеренията *Финансова достъпност* и *Приемливост* най-силно ограничена е възможността да се получи дентална помощ от потребителите поради заплащането на денталните услуги и изпитването на страх от дентални манипулации. По отношение на финансовите бариери, най-уязвимите групи респонденти са тези с ниски доходи, безработните и лицата, които оценяват денталното си здраве като лошо. Последните посещават лекар по дентална медицина основно при наличието на болка и порядко с цел профилактичен преглед и считат, че високите цени са сериозна пречка пред достъпа. От друга страна по-често им се налага да заплащат по-високи суми за денталните услуги, което е още една индикация за капана, в който се намират. Освен това високата цена на услугите може да доведе до затруднения дори и сред лицата с по-високи доходи. Една

от основните причини е, че пакетът „Дентални дейности“ гарантиран от НЗОК не покрива основните нужди на пациентите и това кара пациентите да заплащат денталните лечения със собствени средства.

Лекарите по дентална медицина в проучването също са категорични, че обхватът на денталните услуги покрити от здравната каса, не е достатъчен и съответно правят предложение той да бъде разширен. Основният фокус в пакета „Дентални дейности“, който предоставя НЗОК, е върху лечението, докато превенцията на заболявания на устната кухина и насърчаването на денталното здраве 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 до здравословното състояние на пациентите. Най-засегнати от нея се оказва, че отново са потребителите с влошен зъбен статус според самооценката им, но и по-младите пациенти, както и тези с по-ниско образование. Вероятно пациентите, които имат силно нарушено дентално здраве, следвайки принципите на „порочния кръг на страховете“, преживяват по-тежки и травматични процедури и в последствие отлагат да потърсят навреме отново дентална помощ. С цел осигуряване на достъп до дентално здравеопазване и по-добро орално здраве за пациентите е наложително ефектите от тези пречки да се намалят. Тъй като значителна част от популацията страда от безпокойство е препоръчително в практиката си зъболекарите да прилагат различни подходи за управление на това състояние. Лекарите по дентална медицина трябва 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 и да насърчават положителни промени в нагласите на пациентите си.

Настоящият дисертационен труд обхваща изследването на бариерите на достъпа и използваемостта на денталните услуги, но за цялостния анализ и проучване на достъпа до дентална помощ според избрания подход на McKeegan и съавт. е необходимо да бъдат изследвани също така и потребностите от дентална помощ и здравните резултати. Това дава

възможност за осъществяване на бъдещи изследвания, които биха допринесли за пълноценното оценяване на достъпа до дентална помощ в България. Настоящото изследване насочва вниманието към конкретни измерения на достъпа и целевите групи от популацията, които понасят най-силните ограничения от различните бариери на достъпа. Въз основа на предоставената теоретична основа заинтересованите страни в общественото здравеопазване могат да вземат подходящи политически мерки за подобряване достъпа до дентална помощ в България. Необходимо е да се промени настоящия подход, фокусиран върху лечението, като създадат нови механизми за превенция на заболявания на устната кухина в първичната дентална помощ и да бъде насърчено поддържането на оралното здраве.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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. Той представя достъпа чрез шест измерения *наличност, физическа достъпност, удобство, финансова достъпност, приемливост и информираност*, и същевременно дава възможност да се анализират бариерите пред достъпа, които инкорпорират съответните измерения и ограничават използваемостта на дентални услуги.

Въз основа на посочената теоретична постановка за проучване на измеренията 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 потребност 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 на достъпа до дентална помощ, тъй като оралното здраве е ключов показател за общото здравословно състояние на популацията.

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.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Gilbert GH, Shah GR, Shelton BJ, Heft MW, Bradford EH, Chavers LS. Racial Differences in Predictors of Dental Care Use. *Health Serv Res.* 2002 Dec;37(6):1487–507.
2. Kamran A, Bakhteyar K, Heydari H, Lotfi A, Heydari Z. Survey of Oral Hygiene Behaviors, Knowledge and Attitude among School Children: A Cross-Sectional Study from Iran. *International Journal of Health Sciences.* 2014;2:13.
3. Bernabe E, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, Alipour V, et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. *J Dent Res.* 2020 Apr 1;99(4):362–73.
4. World Health Organization/WHO. The Global Health Observatory: Oral health [Internet]. [cited 2023 May 22]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/oral-health>
5. Yin XH, Wang YD, Luo H, Zhao K, Huang GL, Luo SY, Peng JX, Song JK. Association between Tooth Loss and Gastric Cancer: A Meta-Analysis of Observational Studies. *PLoS One.* 2016 Mar 2;11(3):e0149653. doi: 10.1371/journal.pone.0149653. PMID: 26934048; PMCID: PMC4774992.
6. Guo Z, Gu C, Li S, Gan S, Li Y, Xiang S, Gong L, Wang S. Periodontal disease and the risk of prostate cancer: a meta-analysis of cohort studies. *Int Braz J Urol.* 2021 Nov-Dec;47(6):1120-1130. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.0333. PMID: 33650836; PMCID: PMC8486441.
7. Maisonneuve P, Amar S, Lowenfels AB. Periodontal disease, edentulism, and pancreatic cancer: a meta-analysis. *Ann Oncol.* 2017 May 1;28(5):985-995. doi: 10.1093/annonc/mdx019. PMID: 28453689. [Internet]. [cited 2023 May 23]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28453689/>
8. Shao J, Wu L, Leng WD, Fang C, Zhu YJ, Jin YH, et al. Periodontal Disease and Breast Cancer: A Meta-Analysis of 1,73,162 Participants. *Frontiers in Oncology* [Internet]. 2018 [cited 2023 May 23];8. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2018.00601>
9. Gupta S, Mohindra R, Singla M, Khara S, Sahni V, Kanta P, et al. The clinical association between Periodontitis and COVID-19. *Clin Oral Investig.* 2022 Feb;26(2):1361–74.
10. Marouf N, Cai W, Said KN, Daas H, Diab H, Chinta VR, Hssain AA, Nicolau B, Sanz M, Tamimi F. Association between periodontitis and severity of COVID-19 infection: A case-control study. *J Clin Periodontol.* 2021 Apr;48(4):483-491. doi: 10.1111/jcpe.13435. Epub 2021 Feb 15. PMID: 33527378; PMCID: PMC8014679.
11. Azarpazhooh A, Leake JL. Systematic Review of the Association Between Respiratory Diseases and Oral Health. *Journal of Periodontology.* 2006;77(9):1465–82.
12. Siempos II, Falagas ME. Oral decontamination with chlorhexidine reduces the incidence of nosocomial pneumonia. *Crit Care.* 2007;11(1):402.
13. Gianos E, Jackson EA, Tejpal A, Aspary K, O’Keefe J, Aggarwal M, et al. Oral health and atherosclerotic cardiovascular disease: A review. *Am J Prev Cardiol.* 2021 Apr 5;7:100179.
14. Jungbauer G, Stähli A, Zhu X, Auber Alberi L, Sculean A, Eick S. Periodontal microorganisms and Alzheimer disease - A causative relationship? *Periodontol 2000.* 2022 Jun;89(1):59–82.

15. Nascimento PC, Castro MML, Magno MB, Almeida APCPSC, Fagundes NCF, Maia LC, et al. Association Between Periodontitis and Cognitive Impairment in Adults: A Systematic Review. *Front Neurol.* 2019 Apr 24;10:323.
16. Gomes-Filho IS, Passos JS, Seixas da Cruz S. Respiratory disease and the role of oral bacteria. *J Oral Microbiol.* 2010 Dec 21;2:10.3402/jom.v2i0.5811.
17. Liljestrand JM, Havulinna AS, Paju S, Männistö S, Salomaa V, Pussinen PJ. Missing Teeth Predict Incident Cardiovascular Events, Diabetes, and Death. *J Dent Res.* 2015 Aug;94(8):1055–62.
18. World Dental Federation/FDI. Exploring the bidirectional relationship between oral health and general health, *The Whole Body Health* [Internet]. 2023 [cited 2023 May 23]. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/exploring-bidirectional-relationship-between-oral-health-and-general-health>
19. World Health Organization/WHO. Draft Global Oral Health Action Plan (2023–2030) [Internet]. 2022. Available from: [https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-\(2023-2030\)](https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-(2023-2030))
20. Devaraj C, Eswar P. Reasons for use and non-use of dental services among people visiting a dental college hospital in India: A descriptive cross-sectional study. *Eur J Dent.* 2012 Oct;6(4):422–7.
21. Šiljak S, Janković J, Marinković J, Erić M, Janevic T, Janković S. Dental service utilisation among adults in a European developing country: findings from a national health survey. *Int Dent J.* 2019 Jun;69(3):200–6.
22. American Dental Association/ADA. Statement on Dentistry as Essential Health Care [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 6]. Available from: <https://www.ada.org/about/press-releases/2020-archives/statement-on-dentistry-as-essential-health-care>
23. Levesque JF, Harris M, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations | *International Journal for Equity in Health* | [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 12]. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>
24. Penchansky R, Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care.* 1981;19(2):127–40.
25. Минев М, Рохова М. Достъпът до здравни услуги като част от оценката на функционирането на здравната система. *Health Economics and Management.* 2019 Dec 1;19.
26. Clark DW. Dimensions of the concept of access to health care. *Bull N Y Acad Med.* 1983;59(1):5–8.
27. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does ‘access to health care’ mean? *J Health Serv Res Policy.* 2002 Jul 1;7(3):186–8.
28. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004;20:S190–8.
29. Frenk J. Concept and measurement of accessibility. *Salud pública de México.* 1992 Jan 1;27:438–53.
30. Racher FE, Vollman AR. Exploring the Dimensions of Access to Health Services: Implications for Nursing Research and Practice. *Res Theory Nurs Pract.* 2002 Jun;16(2):77–90.

31. Hadler-Olsen E, Jönsson B. Oral health and use of dental services in different stages of adulthood in Norway: a cross sectional study. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):257.
32. Surdu S, Langelier M, Li Q, Dhar S, Stufflebeam M. 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. 2019 Mar;84.
33. Цоков К. Организация на денталната практика в пазарни условия. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”. МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ; 2014.
34. Бонев Б. Дентално здраве и качество на живот на хората над 20-годишна възраст в Република България. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”. МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ; 2013.
35. Bersell CH. Access to Oral Health Care: A National Crisis and Call for Reform. *American Dental Hygienists' Association*. 2017 Feb 1;91(1):6–14.
36. Harris RV. Operationalisation of the construct of access to dental care: a position paper and proposed conceptual definitions. *Community Dent Health*. 2013 Jun;30(2):94–101.
37. Bashshur RL, Shannon GW, Metzner CA. Some Ecological Differentials in the Use of Medical Services. *Health Serv Res*. 1971;6(1):61–75.
38. Kakatkar G, Bhat N, Nagarajappa R, Prasad V, Sharda A, Asawa K, et al. Barriers to the Utilization of Dental Services in Udaipur, India. *J Dent (Tehran)*. 2011;8(2):81–9.
39. Al Agili D, Farsi N. Need for dental care drives utilisation of dental services among children in Saudi Arabia. *International Dental Journal*. 2020;Vol.70(3):183–92.
40. Jang Y, Chiriboga DA, Allen JY, Kwak J, Haley WE. Willingness of Older Korean-American Adults to Use Hospice. *J Am Geriatr Soc*. 2010 Feb;58(2):352–6.
41. Buor, D., 2004. Accessibility and Utilisation of health services in Ghana. PhD Thesis published by The Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), Utrecht, The Netherlands. June 2004.
42. Wyszewianski L. Access to Care: Remembering Old Lessons. *Health Serv Res*. 2002 Dec;37(6):1441–3.
43. Ghanbarzadegan A, Balasubramanian M, Luzzi L, Brennan D, Bastani P. Inequality in dental services: a scoping review on the role of access toward achieving universal health coverage in oral health. *BMC Oral Health*. 2021 Aug 17;21:404.
44. McIntyre D, Thiede M, Birch S. Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. *Health Economics, Policy and Law*. 2009 Apr;4(2):179–93.
45. McCarthy JF, Blow FC. Older patients with serious mental illness: sensitivity to distance barriers for outpatient care. *Med Care*. 2004 Nov;42(11):1073-80. doi: 10.1097/00005650-200411000-00006. PMID: 15586834.
46. Institute of Medicine (US) Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services; Millman M, editor. *Access to Health Care in America*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1993. 2, A Model for Monitoring Access. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235891/>.

47. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208–20.
48. Shengelia B, Murray CJ, Adams OB. 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.
49. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Hafizur Rahman M. Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 2008;1136(1):161–71.
50. Evans DB, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access. *Bull World Health Organ.* 2013 Aug 1;91(8):546-546A.
51. Miteniece E. Access to adequate maternal care in Eastern Europe [Doctoral Thesis]. [Maastricht]: Maastricht University; 2021.
52. Finch H. Barriers to the Receipt of Dental Care: A Qualitative Research Study -. 1988.
53. Freeman R. Barriers to accessing dental care: patient factor. *British Dental Journal.* 1999 Aug;187(3):141–4.
54. Freeman R. Barriers to accessing dental care: Dental health professional factors. *British Dental Journal.* 1999 Aug 28;187:197–200.
55. Freeman R. Barriers to accessing and accepting dental care. *British Dental Journal.* 1999 Jul;187(2):81–4.
56. Horst K. Barriers to Accessing Oral Health Care. *Kitchener Downtown Community Health Centre.* 2017;13.
57. Shubayr MA, Kruger E, Tennant M. Access to Dental-Care Services in Jazan, Saudi Arabia: A Scoping Review. *Saudi Journal of Health Systems Research.* 2021 Jul 22;2(1):9–19.
58. McKernan S, Reynolds J, Mcquistan M. Access to Dental Care. In: Mascarenhas AK, Okunseri C, Dye BA, editors. *Burt and Eklund’s Dentistry, Dental Practice, and the Community (Seventh Edition)* [Internet]. St. Louis: W.B. Saunders; 2021 [cited 2023 May 8]. p. 20–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323554848000034>
59. Saurman E. Improving access: modifying Penchansky and Thomas’s Theory of Access. *J Health Serv Res Policy.* 2016 Jan 1;21(1):36–9.
60. Azodo ClementC, Ehizele AdebolaO, Umoh A, Ojehanon PatrickI, Akhionbare O, Okechukwu R, et al. Perceived oral health status and treatment needs of dental auxiliaries. *Libyan Journal of Medicine.* 2010 Jan;5(1):4859.
61. World Dental Federation/FDI. FDI’s definition of oral health [Internet]. [cited 2023 Jul 6]. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/fdis-definition-oral-health>
62. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ.* 1998 Apr 25;316(7140):1310–3.
63. Centers for disease control and prevention. CDC. Healthy People 2030: Oral Health Objectives [Internet]. 2020 [cited 2023 May 11]. Available from: <https://www.cdc.gov/oralhealth/about/healthy-people.html>

64. Wallace BB, Macentee MI. Access to dental care for low-income adults: perceptions of affordability, availability and acceptability. *J Community Health*. 2012 Feb;37(1):32–9.
65. Varenne B, Msellati P, Zoungrana C, Fournet F, Salem G. Reasons for attending dental-care services in Ouagadougou, Burkina Faso. *Bull World Health Organ*. 2005 Sep;83(9):650–5.
66. Trickett-Shockey A. Oral Health Self-Perception. 2017 Oct 27;
67. Jones JA, Kressin NR, Miller DR, Orner MB, Garcia RI, Spiro III A. Comparison of Patient-Based Oral Health Outcome Measures. *Qual Life Res*. 2004 Jun 1;13(5):975–85.
68. Jiang H, Petersen PE, Peng B, Tai B, Bian Z. Self-assessed dental health, oral health practices, and general health behaviors in Chinese urban adolescents. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2005 Jan;63(6):343–52.
69. Guo Y, Logan HL, Dodd VJ, Muller KE, Marks JG, Riley JL. Health Literacy: A Pathway to Better Oral Health. *Am J Public Health*. 2014 Jul;104(7):e85–91.
70. Lundegren N, Axtelius B, Hakansson J, Akerman S. Dental treatment need among 20 to 25-year-old Swedes: discrepancy between subjective and objective need. *Acta Odontol Scand*. 2004;62:91–6.
71. Macek MD, Cohen LA, Reid BC, Manski RJ. Dental visits among older U.S. adults, 1999: the roles of dentition status and cost. *J Am Dent Assoc*. 2004 Aug;135(8):1154–62; quiz 1165.
72. Adunola F, Garcia I, Iafolla T, Boroumand S, Silveira ML, Adesanya M, et al. Self-perceived oral health, normative need, and dental services utilization among dentate adults in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2011-2014. *Journal of Public Health Dentistry*. 2019;79(1):79–90.
73. Maharani D. Perceived need and utilization of dental health care services in Indonesia: A secondary analysis using the national socioeconomic data. *Makara Journal of Health Research*. 2020 Aug 25;
74. Tchicaya A, Lorentz N. Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. *International Journal for Equity in Health*. 2014 Jan 29;13(1):7.
75. Amit Tirth K. Challenges and Barriers to Access Oral Health Care needs among Elderly Population in India. *Journal of Aging and Neuropsychology* [Internet]. 2017 Dec 26 [cited 2023 May 16]; Available from: <https://www.gavinpublishers.com/article/view/challenges-and-barriers-to-access-oral-health-care-needs-among-elderly-population-in-india>
76. Krishnan L, S AC, Kumar PDM. Barriers to access dental care services among adult population: A systematic review. *JGOH*. 2020 Jun 23;3(1):54–62.
77. Mertz E, E O, Isman B, C MB. Mertz E, Manuel-Barkin C, Isman B and O’Neil E. (2000) Improving Oral Health Care Systems in California: A Report of the California Dental Access Project. San Francisco: Center for the Health Professions, December. 2000.
78. Brown WC, Battaglia JA, Bromberg, MJ, Cole JM, Dycus RW, Edgar LJE, et al. Barriers and Solutions to Accessing Care. *Academy of General Dentistry* [Internet]. 2012 Jul; Available from: <https://www.agd.org/docs/default-source/advocacy-papers/agd-white-paper-barriers-to-care.pdf?sfvrsn=2>
79. Allin S, Hernández-Quevedo C, Masseria C. Measuring equity of access to health care. In: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. 1st ed. Cambridge University Press; 2010 [cited 2023 May 10]. p. 187–221. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/CBO9780511711800A020/type/book_part

80. Eurostat. Healthcare personnel statistics - dentists, pharmacists and physiotherapists [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 14]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_dentists,_pharmacists_and_physiotherapists
81. Kidane YS, Ziegler S, Keck V, Benson-Martin J, Jahn A, Gebresilassie T, et al. Eritrean Refugees' and Asylum-Seekers' Attitude towards and Access to Oral Healthcare in Heidelberg, Germany: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Jan;18(21):11559.
82. Koletsi-Kounari H, Papaioannou W, Stefaniotis T. Greece's High Dentist to Population Ratio: Comparisons, Causes, and Effects. *Journal of Dental Education*. 2011 Nov;75(11):1507–15.
83. Gallagher JE, Hutchinson L. Analysis of human resources for oral health globally: inequitable distribution. *Int Dent J*. 2020 Oct 28;68(3):183–9.
84. Ahern S, Woods N, Kalmus O, Birch S, Listl S. Needs-based planning for the oral health workforce - development and application of a simulation model. *Human Resources for Health*. 2019 Jul 15;17(1):55.
85. Eliyas S, Holsgrove G, Gallagher JE. Education and training in craft skills dentistry. *Br Dent J*. 2019 May;226(10):795–800.
86. OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>. [Internet]. [cited 2023 May 16]. (Health at a Glance: Europe). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en
87. Закон за лечебните заведения. Държавен вестник, бр. 62, 9 юли 1999 г.; с последни изменения от 25 Януари 2023г. [Internet]. [cited 2023 Feb 8]. Available from: <http://mh.government.bg/bg/normativni-aktove/zakoni/zakon-za-lechebnite-zavedeniya/>
88. Димова А., Рохова М., Коева Ст., Атанасова Е., Коева-Димитрова Л., Костадинова Т., Шпрангер А. , 2019, България Анализ на здравната система 2018, Медицински университет - Варна. 2019. 252 р.
89. Министерство на здравеопазването. Националната карта на дългосрочните нужди от здравни услуги. 2022.
90. WHO. Background paper for the Technical Consultation on Effective Coverage of Health Systems. 2001 Aug;
91. Shubayr MA, Kruger E, Tennant M. Geographic accessibility to public dental practices in the Jazan region of Saudi Arabia. *BMC Oral Health*. 2022 Jun 22;22(1):249.
92. Brustrom JE, Hunter DC. Going the Distance: How Far Will Women Travel to Undergo Free Mammography? *Military Medicine*. 2001 Apr 1;166(4):347–9.
93. Cho HA, Kim BR, Shin H. Travel Time for Dental Care Services Based on Patient Preference in South Korea. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 12;19(4):2051.
94. Jo O, Kruger E, Tennant M. Geospatial analysis of the urban and rural/remote distribution of dental services in Scotland, Wales and Northern Ireland. *Int Dent J*. 2020 Dec;70(6):444-454. doi: 10.1111/idj.12590. Epub 2020 Aug 23. PMID: 32830329; PMCID: PMC9379147. [cited 2023 May 25]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32830329/>

95. Winkelmann J, Gómez Rossi J, Schwendicke F, Dimova A, Atanasova E, Habicht T, et al. Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach. *BMC Oral Health*. 2022 Mar 9;22(1):65.
96. Herkrath FJ, Vettore MV, Werneck GL. Utilisation of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: a multi-group structural equation analysis using the Andersen behavioural model. *BMC Public Health*. 2020 Jun 17;20(1):953.
97. Probst JC, Laditka SB, Wang JY, Johnson AO. Effects of residence and race on burden of travel for care: cross sectional analysis of the 2001 US National Household Travel Survey. *BMC Health Serv Res*. 2007;7(1):40.
98. Министерство на здравеопазването. Проект на Националната здравна стратегия 2030 [Internet]. [cited 2023 May 25]. Available from: <https://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/proekt-na-nacionalna-zdravna-strategiya-2030/>
99. Carreiro DL, Souza JGS, Coutinho WLM, Haikal DS, Martins AME de BL. Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. *Ciênc saúde coletiva*. 2019 Mar;24:1021–32.
100. Hansen C, Curl C, Geddis-Regan A. Barriers to the provision of oral health care for people with disabilities. *BDJ In Pract*. 2021 Mar;34(3):30–4.
101. Eurostat. Unmet health care needs statistics in 2021, Unmet needs for dental examination and treatment. [Internet]. [cited 2021 Mar 11]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics#General_overview
102. Portalatin A. How appointment wait times increased in 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 May 26]. Available from: <https://www.beckersdental.com/dentists/39379-how-appointment-wait-times-increased-in-2022.html>
103. Tuominen R, Eriksson AL. Patient experiences during waiting time for dental treatment. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2012 Jan 1;70(1):21–6.
104. Gupta D, Denton B. Appointment scheduling in health care: Challenges and opportunities. *IIE Transactions*. 2008 Jul 21;40(9):800–19.
105. Lacy NL, Paulman A, Reuter MD, Lovejoy B. Why We Don't Come: Patient Perceptions on No-Shows. *Ann Fam Med*. 2004 Nov;2(6):541–5.
106. Pruyn A, Smidts A. Effects of waiting on the satisfaction with the service: Beyond objective time measures1Both authors contributed equally to this article.1. *International Journal of Research in Marketing*. 1998;15(4):321–34.
107. Kodama T, Ida Y, Miura H. A Nationwide Survey on Working Hours and Working Environment among Hospital Dentists in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Jan;17(23):9048.
108. How many hours does a dentist work? [Internet]. [cited 2023 May 27]. Available from: <https://www.zippia.com/answers/how-many-hours-does-a-dentist-work/>
109. Motloba PD, Ncube O, Makwakwa LN, Machete ML. Patient waiting time and satisfaction at a Tertiary Dental School. *South African Dental Journal*. 2018 Jul;73(6):400–5.
110. Campbell S, Tickle M. What is quality primary dental care? *Br Dent J*. 2013 Aug;215(3):135–9.

111. Петкова – Георгиева С. ИКОНОМИКА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО. Издателство „Проф. д-р Асен Златаров”, Бургас; 2017.
112. Winkelmann J, Gómez Rossi J, van Ginneken E. Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health Syst Transit*. 2022 Jun;24(2):1–176.
113. Cotlear D, Rosemberg N. *Going Universal in Africa: How 46 African Countries Reformed User Fees and Implemented Health Care Priorities*. 2018.
114. Allin S, Farmer J, Quiñonez C, Peckham A, Marchildon G, Panteli D, et al. Do health systems cover the mouth? Comparing dental care coverage for older adults in eight jurisdictions. *Health Policy*. 2020 Sep 1;124(9):998–1007.
115. Димова А, García-Ramírez JA. Могат ли хората да си позволят да плащат за здравни услуги? Нови доказателства за финансовата защита в България [Internet]. Световната здравна организация. Регионален офис за Европа; 2022 [cited 2023 Apr 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/359549>
116. Ангелов В. *Здравно застраховане в България–развитие, нагласи, удовлетвореност и оценки*. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”. Медицински университет -Варна; 2018.
117. Sagan A, Thomson S, editors. *Voluntary health insurance in Europe: Country experience* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2016 [cited 2023 Feb 28]. (European Observatory Health Policy Series). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447703/>
118. OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, [Internet]. OECD; 2020 [cited 2022 Jan 14]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en
119. Thomson S, Cylus J, Evetovits T. *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe* [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2019 [cited 2023 Feb 27]. 119 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>
120. Серафимова Д. Оценка на източниците за конкурентни предимства в стоматологичния сектор. *Списание ‘Известия’, Икономически университет – Варна*. 2005;56–71.
121. Gornick ME. *Guidance for the National Healthcare Disparities Report*. In: *Measuring the effects of socioeconomic status on health care* [Internet]. National Academies Press (US); 2002 [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221050/>
122. Dyer TA. The acceptability of healthcare: from satisfaction to trust. *Community Dental Health*. 2016;(33):242–51.
123. Freeman R. The determinants of dental health attitudes and behaviours. *Br Dent J*. 1999 Jul;187(1):15–8.
124. Siddharthan n S, Nyi Nyi N. *Confirmatory Factor Analysis of Knowledge, Attitude, and Behaviour Questionnaire towards Oral Health among Indian Adults*. 2021.
125. Ahamed S, Moyin S, Punathil S, Patil NA, Kale VT, Pawar G. Evaluation of the Oral Health Knowledge, Attitude and Behavior of the Preclinical and Clinical Dental Students. *J Int Oral Health*. 2015 Jun;7(6):65–70.

126. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Pagano S, Abraha I, Montedori A, et al. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *Eur J Paediatr Dent*. 2017 Jun;18(2):121–30.
127. Saatchi M, Abtahi M, Mohammadi G, Mirdamadi M, Binandeh E. The prevalence of dental anxiety and fear in patients referred to Isfahan Dental School, Iran. *Dental research journal*. 2015 May 1;12:248–53.
128. Murad MH, Ingle NA, Assery MK. Evaluating factors associated with fear and anxiety to dental treatment—A systematic review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020 Sep;9(9):4530.
129. Taani DQ. Dental attendance and anxiety among public and private school children in Jordan. *International Dental Journal*. 2002 Feb;(52):1.
130. Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *The Journal of the American Dental Association*. 1984 Aug;109(2):247–51.
131. Abrahamsson KH, Berggren U, Hallberg L, Carlsson SG. Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2002 Jun;16(2):188–96.
132. Enright A, Enright S. Dental anxiety and phobia – Causes, impacts, and treatment. *Dent Oral Maxillofac Res* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 4];7(1). Available from: <https://www.oatext.com/dental-anxiety-and-phobia-causes-impacts-and-treatment.php>
133. Fayad MI, Elbieh A, Baig MN, Alruwaili SA. Prevalence of Dental Anxiety among Dental Patients in Saudi Arabia. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2017;7(2):100–4.
134. Beaton L, Freeman R, Humphris G. Why Are People Afraid of the Dentist? Observations and Explanations. *MPP*. 2014;23(4):295–301.
135. Carter AE, Carter G, Boschen M, AlShwaimi E, George R. Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *World J Clin Cases*. 2014 Nov 16;2(11):642–53.
136. Newton T, Asimakopoulou K, Daly B, Scambler S, Scott S. The management of dental anxiety: time for a sense of proportion? *Br Dent J*. 2012 Sep;213(6):271–4.
137. Crego A, Carrillo M, Armfield J, Romero M. From Public Mental Health to Community Oral Health: The Impact of Dental Anxiety and Fear on Dental Status. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2014 [cited 2023 Jan 6];2. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2014.00016>
138. Стоев В. Тревожност, страх и справяне в денталната практика, дисертационен труд. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”. СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”; 2016.
139. Manuel JI. Racial/Ethnic and Gender Disparities in Health Care Use and Access. *Health Serv Res*. 2018 Jun;53(3):1407–29.
140. Swihart DL, Yarrarapu SNS, Martin RL. Cultural Religious Competence In Clinical Practice. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cited 2022 Jan 17]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493216/>
141. Villani J, Trivedi N. Health Literacy Research Funded by the NIH for Disease Prevention. *Health Lit Res Pract*. 2020 Oct;4(4):e212–23.
142. Nagarajappa R, Mahapatra I, Satyarup D, Mohanty S. Oral Health Literacy – Adult Questionnaire: Psychometric Properties and its Influence on Oral Health Status of School Teachers in Bhubaneswar, India. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2022;22:e210103.

143. Kleinman D. Background overview: exploring the invisible barrier to achieving oral health. In: *Oral Health Literacy: Workshop Summary* [Internet]. The Institute of Medicine; 2013 [cited 2023 May 25]. Available from: <https://www.nap.edu/read/13484/chapter/4>
144. Sun Y, Sun J, Zhao Y, Cheng A, Zhou J. A new comprehensive oral health literacy scale: development and psychometric evaluation. *BMC Oral Health*. 2021 Sep 5;21(1):429.
145. Spinler K, Valdez R, Aarabi G, Dingoyan D, Reissmann DR, Heydecke G, et al. Development of the Oral Health Literacy Profile (OHLP)—Psychometric properties of the oral health and dental health system knowledge scales. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2021;49(6):609–16.
146. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC Public Health*. 2013;13(1):261.
147. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral Health Literacy: The New Imperative to Better Oral Health. *Dental Clinics of North America*. 2008 Apr;52(2):333–44.
148. Helitzer D, Hollis C, Sanders M, Roybal S. Addressing the “Other” Health Literacy Competencies—Knowledge, Dispositions, and Oral/Aural Communication: Development of TALKDOC, an Intervention Assessment Tool. *Journal of Health Communication*. 2012 Oct 1;17(sup3):160–75.
149. Hajek A, Kretzler B, König HH. Factors Associated with Dental Service Use Based on the Andersen Model: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 3;18(5):2491.
150. Hariyani N, Setyowati D, Sari MR, Maharani DA, Nair R, Sengupta K. Factors influencing the utilization of dental services in East Java, Indonesia. *F1000Res*. 2020 Jul 3;9:673.
151. Reda SF, Reda SM, Thomson WM, Schwendicke F. Inequality in Utilization of Dental Services: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Public Health*. 2018;108(2):e1–7.
152. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*. 2007 Jan 14;7(1):1.
153. Astrøm AN, Skaret E, Haugejorden O. Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health*. 2011 Mar 22;11:10.
154. Chen M, Wright CD, Tokede O, Yansane A, Montasem A, Kalenderian E, et al. Predictors of dental care utilization in north-central Appalachia in the USA. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2019 Aug;47(4):283–90.
155. Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. 2020 [cited 2023 May 22]. Global Burden of Disease (GBD). Available from: <https://www.healthdata.org/gbd>
156. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):249–60.
157. Cademartori M, Gastal M, Nascimento G, Demarco F, Corrêa M. Is depression associated with oral health outcomes in adults and elders? A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2018;22.
158. Løe H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1993 Jan;16(1):329–34.

159. Baldomero A, Siddiqui M, Lo C, Petersen A, Pragman A, Connett J, et al. H. The relationship between oral health and COPD exacerbations. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* [Internet]. 2019 [cited 2023 May 23]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31114185/>
160. Abu-Shawish G, Betsy J, Anil S. Is Obesity a Risk Factor for Periodontal Disease in Adults? A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 4;19(19):12684.
161. Sharma P, Dietrich T, Ferro CJ, Cockwell P, Chapple ILC. Association between periodontitis and mortality in stages 3-5 chronic kidney disease: NHANES III and linked mortality study. *J Clin Periodontol*. 2016 Feb;43(2):104–13.
162. Byrd K, Gulati A. The ‘Gum-Gut’ Axis in Inflammatory Bowel Diseases: A Hypothesis-Driven Review of Associations and Advances. *Front Immunol*. 2021;12.
163. Jönsson B, Holde GE, Baker SR. The role of psychosocial factors and treatment need in dental service use and oral health among adults in Norway. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2020;48(3):215–24.
164. Стоянова Д. Основни принципи, правила и протоколи на работа в денталното асистирание. Медицински университет - Варна; 2021. 158 p.
165. Национален статистически институт / НСИ. Лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ и здравни заведения към 31.12.2022 година [Internet]. 2023. Available from: <https://www.nsi.bg>
166. Национален статистически институт/НСИ. Здравеопазване 2022. София. 2023.
167. Eurostat. Health personnel (excluding nursing and caring professionals) - historical data (1980-2021) [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 17]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_RS_PRS1__custom_6581641/default/table?lang=en
168. Национален статистически институт/НСИ. Статистически годишник 2022. София. [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 17]. Available from: <https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/God2022.pdf>
169. Eurostat. National structures - NUTS - Nomenclature of territorial units for statistics. [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/nuts/national-structures>
170. Eurostat. Statistical regions in the European Union and partner countries. 2020 edition;188.
171. Национален статистически институт/ НСИ. Медицински персонал към 31.12.2022г. по статистически райони и области. [Internet]. [cited 2021 Mar 9]. Available from: <https://nsi.bg>
172. Antonova C, Yaneva-Ribagina K, Department of Dental Public Health, Faculty of Dental Medicine, Medical University, Sofia, Bulgaria. Advantages of dental teamwork. *JofIMAB*. 2021 Apr 1;27(2):3663–7.
173. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2022), България: Здравен профил за страната 2021 [Internet]. OECD Publishing, Paris; [cited 2023 Mar 28]. Available from: <https://doi.org/10.1787/df3f45dd-bg>.
174. Национален статистически институт/ НСИ. Медицински специалисти по ‘Здравни грижи’ в лечебните и здравните заведения на 31.12.2022 по статистически райони и области [Internet]. [cited 2023 Jul 19]. Available from: <https://nsi.bg>

175. Варнева М. Ретроспекция, анализ и социално – психологически проблеми при подготовката и реализацията на „Професионален бакалавър” по специалност „Зъботехник”. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”. Медицински университет -Варна; 2013.
176. Национална здравноосигурителна каса/НЗОК. Национален рамков договор за 2020 – 2022 г. за денталните дейности. [Internet]. 2019. Available from: <https://www.nhif.bg/bg/nrd/2020-2022/dental>
177. Закон за здравното осигуряване. Държавен вестник, бр. 70, 19 юни 1998 г.; с последни изменения и допълнения от 6 Октомври 2023г.
178. Министерство на образованието и науката. Национална карта на висшето образование в Република България. 2022.
179. Министерство на образованието и науката. Рейтингова система на висшите училища в България за 2022г. [Internet]. [cited 2023 May 22]. Available from: <https://rsvu.mon.bg/rsvu4/#/>
180. Akinlotan M, Khodakarami N, Primm K, Bolin J, Ferdinand AO. Travel for medical or dental care by race/ethnicity and rurality in the U.S.: Findings from the 2001, 2009 and 2017 National Household Travel Surveys. *Preventive Medicine Reports*. 2023;35:102297.
181. Reda SM, Krois J, Reda SF, Thomson WM, Schwendicke F. The impact of demographic, health-related and social factors on dental services utilization: Systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2018 Aug;75:1–6.
182. Национална здравноосигурителна каса/НЗОК. Национален рамков договор за 2023 – 2025 г. за денталните дейности. [Internet]. [cited 2023 Oct 13]. Available from: <https://www.nhif.bg/bg/nrd/2023-2025/dental>
183. Burge P, Devlin N, Appleby J, Rohr C, Grant J. Do patients always prefer quicker treatment? : a discrete choice analysis of patients’ stated preferences in the London Patient Choice Project. *Appl Health Econ Health Policy*. 2004;3(4):183–94.
184. Janice P, Laditka S, Yi Wang J, Johnson A. Mode of travel and actual distance traveled for medical or dental care by rural and urban residents. South Carolina Rural Health Research Center. 2006 May;
185. Yarbrough C, Nasseh K, Vujicic M. Why Adults Forgo Dental Care: Evidence from a New National Survey. American Dental Association’s Health Policy Institute [Internet]. 2014 Nov [cited 2023 Aug 28]; Available from: <https://1library.net/document/y88gpnry-research-adults-dental-evidence-national-survey-messages-introduction.html>
186. Bernabé E, Masood M, Vujicic M. The impact of out-of-pocket payments for dental care on household finances in low and middle income countries. *BMC Public Health*. 2017;17(1):109.
187. Janakiram C, Dye BA. A public health approach for prevention of periodontal disease. *Periodontol 2000*. 2020 Oct;84(1):202–14.
188. Tonetti MS, Eickholz P, Loos BG, Papapanou P, van der Velden U, Armitage G, et al. Principles in prevention of periodontal diseases: Consensus report of group 1 of the 11th European Workshop on Periodontology on effective prevention of periodontal and peri-implant diseases. *J Clin Periodontol*. 2015 Apr;42 Suppl 16:S5-11.
189. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010 Nov 5;8:126.

190. Quiñonez C. Improving access to oral health care for vulnerable people living in Canada. Canadian Academy of Health Sciences. 2014;
191. Nutter M. Disparities in Oral Health: Socioeconomic Status and Policies to Increase Access to Primary Dental Care. 2020;
192. Snow P, McNally M. Examining the Implications of Dental Treatment Costs for Low-Income Families. *J Can Dent Assoc* [Internet]. 2010 [cited 2023 Mar 17];76(2). Available from: <https://jcda.ca/article/a28>
193. Vujcic M, Buchmueller T, Klein R. Dental Care Presents The Highest Level Of Financial Barriers, Compared To Other Types Of Health Care Services. *Health Aff (Millwood)*. 2016 Dec 1;35(12):2176–82.
194. Homaie Rad E, Kavosi Z, Arefnezhad M. Economic inequalities in dental care utilizations in Iran: Evidence from an urban region. *Med J Islam Repub Iran*. 2016 Jun 6;30:383.
195. Locker D, Maggirias J, Quiñonez C. Income, dental insurance coverage, and financial barriers to dental care among Canadian adults. *Journal of Public Health Dentistry*. 2011;71(4):327–34.
196. Manski R, Moeller J, Chen H, Widström E, Listl S. Disparity in dental out-of-pocket payments among older adult populations: a comparative analysis across selected European countries and the USA. *International Dental Journal*. 2017 Jun 1;67(3):157–71.
197. Bas AC, Azogui-Lévy S. Socio-Economic Determinants of Dental Service Expenditure: Findings from a French National Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 25;19(3):1310.
198. Pizarro V, Ferrer M, Domingo-Salvany A, Benach J, Borrell C, Pont A, et al. The utilization of dental care services according to health insurance coverage in Catalonia (Spain). *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2009;37(1):78–84.
199. Murakami K, Aida J, Ohkubo T, Hashimoto H. Income-related inequalities in preventive and curative dental care use among working-age Japanese adults in urban areas: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2014;14:117.
200. Motlagh SN, Ghasempour S, Bajoulvand R, Hasanvand S, Abbasi-Shakaram S, Imani-Nasab MH. Factors Affecting Demand and Utilization of Dental Services: Evidence from a Developing Country. *Shiraz E-Med J* [Internet]. 2019 [cited 2023 May 16];20(12). Available from: <https://brieflands.com/articles/semj-89076.html#abstract>
201. Kohli R, Schwarz E. Health Education and Health Literacy in Dental Public Health. In: Burt and Eklund's *Dentistry, Dental Practice, and the Community* [Internet]. Elsevier; 2021 [cited 2023 Sep 30]. p. 247–57. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780323554848000228>
202. Al-Shammari KF, Al-Ansari JM, Al-Khabbaz AK, Honkala S. Barriers to seeking preventive dental care by Kuwaiti adults. *Med Princ Pract*. 2007;16(6):413–9.
203. Heaton LJ, Carlson CR, Smith TA, Baer RA, de Leeuw R. Predicting anxiety during dental treatment using patients' self-reports: Less is more. *The Journal of the American Dental Association*. 2007 Feb 1;138(2):188–95.
204. Doganer YC, Aydogan U, Yesil HU, Rohrer JE, Williams MD, Agerter DC. Does the trait anxiety affect the dental fear? *Braz Oral Res*. 2017 May 4;31:e36.
205. Prihastari L, Iswara R, Afiani G, Ramadhan F, Octaviani M, Hidayat W, et al. The relationship between dental fear, anxiety and sociodemography in Jakarta, Indonesia. *Dental Journal (Majalah Kedokteran Gigi)*. 2020 Nov 24;53:175.

206. do Nascimento DL, da Silva Araújo AC, Gusmão ES, Cimões R. Anxiety and fear of dental treatment among users of public health services. *Oral Health Prev Dent*. 2011;9(4):329–37.
207. Humphris GM, Dyer TA, Robinson PG. The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC Oral Health*. 2009 Aug 26;9:20.
208. Richardson PH, Black NJ, Justins DM, Watson RJD. The use of stop signals to reduce the pain and distress of patients undergoing a stressful medical procedure: An exploratory clinical study. *British Journal of Medical Psychology*. 1999;72(3):397–405.
209. Facco E, Zanette G. The Odyssey of Dental Anxiety: From Prehistory to the Present. A Narrative Review. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 6];8. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01155>
210. Eurostat. Healthcare activities statistics - consultations of dentists in 2021. [Internet]. [cited 2023 May 16]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_activities_statistics_-_consultations
211. Ненов С. Бариири за достъп до дентална помощ и влиянието им върху денталното здраве. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”. МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ; 2022.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1

АНКЕТНА КАРТА ЗА ПРОУЧВАНЕ ДОСТЪПА ДО ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ОТ СТРАНА НА ПАЦИЕНТИТЕ

1. Здравноосигурен ли сте?
 - Да
 - Не
 - Не знам
2. Имате ли доброволно здравно осигуряване (допълнителна здравна застраховка) ?
 - Да
 - Не
 - Не знам
3. Какъв е месечния Ви доход?
 - под 710 лв.
 - от 711 до 1200 лв.
 - от 1201 до 2000 лв.
 - от 2001 до 3400 лв.
 - над 3400 лв.
4. Как оценявате своето общо здраве?
 - Отлично
 - Много добро
 - Добро
 - Средно
 - Влошено
 - Много лошо
5. Как оценявате своето дентално здраве?
 - Отлично
 - Много добро
 - Добро
 - Средно
 - Влошено
 - Много лошо
6. Знаете ли на какви дентални дейности имате право и са платени (изцяло или частично) от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК)?
 - Да
 - Не
7. През поседните 12 месеца колко пъти посетихте лекар по дентална медицина?

- Веднъж
- Два пъти
- Три пъти
- Четири и повече пъти
- Нито веднъж

8. Ако НЕ сте посещавали дентален лекар през последните 12 месеца, моля посочете колко време е изминало от последното посещение при лекаря по дентална медицина?

- Повече от 1 година
- Повече от 2 години
- Повече от 5 години
- Не помня

9. Поради каква причина последно посещавахте лекар по дентална медицина? (можете да изберете повече от един отговор)

- Зъбобол
- Профилактичен преглед
- Почистване на зъбен камък
- Вадене на зъб
- Поставяне/коригиране на протеза
- Зъбна травма
- Лечение на кариес
- Кървене от венците
- Проблем с мъдреца
- Планирано друго лечение
- Друго [Моля, посочете]

10. Ако имате нужда от дентална помощ как избирате дентален лекар, при когото да отидете?

- Посещавам един и същ дентален лекар
- Правя случаен избор на дентален лекар
- Избирам препоръчан дентален лекар от близки, приятели, роднини и др.
- Избирам дентален лекар след като проуча мнения в интернет за дентален лекар, от когото са доволни други хора
- Друго [моля посочете]

11. За посещение при дентален лекар през последните 12 месеца колко общо сте заплатили със собствени средства, като не включвате разходите за транспорт и лекарства?

- По-малко от 50 лв. /вкл. потребителски такси/
- От 50 до 100 лв.
- От 101 до 200 лв.
- От 201 до 300 лв.
- От 301 лв. до 1000 лв.
- Над 1000 лв.
- Не съм заплащал, понеже не съм посещавал дентален лекар

- Не съм заплащал, понеже услугите, които съм ползвал, са били платени от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК)
- Не знам

12. Как заплащате за денталните услуги, които ползвате? Можете да посочите повече от един отговор:

- Със собствени средства (от джоба)
- Ползвам дентални услуги, на които имам право и са платени (изцяло или частично) от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК)
- Чрез доброволна здравна осигуровка (здравна застраховка)
- Взимам пари назаем от приятели, банка или продавам имущество
- Друго [Моля посочете]

13. Колко време обикновено изминава между записването на час при денталния Ви лекар и получаването на дентална помощ?

- Получавам помощ в същия ден
- От 1 ден до 1 седмица
- От 1 седмица до 3 седмици
- От 3 седмици до 3 месеца
- От 3 месеца до 1 година

14. Колко време обикновено Ви отнема да достигнете до кабинета на денталния Ви лекар?

- до 30 мин.
- до 60 мин.
- По-дълго от 1 час
- Не знам

15. Пътувате ли до друго населено място, за да посетите лекар по дентална медицина?

- Да, защото в населеното място, в което живея няма дентален лекар
- Да, защото в населеното място, в което живея няма дентален лекар, който да предоставя нужните ми услуги
- Да, защото в населеното място, в което живея има дентален лекар, но не бих му се доверил
- Не пътувам

16. Удовлетворени ли сте от предоставената услуга от лекаря по дентална медицина, когато посещавате?

- Напълно съм удовлетворен
- Донякъде съм удовлетворен
- Не мога да преценя
- По-скоро не съм удовлетворен
- Изобщо не съм удовлетворен

17. Отлагали ли сте посещение при лекар по дентална медицина? *

- Да
- Не

18. Моля оценете всяка от посочените причина за отлагане на посещение при лекаря по дентална медицина със скала от 1 до 5, като 1 означава, че посочената причина изобщо не Ви възпира, а 5 означава, че посочената причина е изключително силно възпираща. *

	1 /Изобщо не Ви възпира/	2	3	4	5 /Изключи телно силно Ви възпира/
Заплащането на денталните услуги					
Страхувам се да отида на зъболекар (напр., тревожен съм, имал съм по-рано неприятни преживявания)					
Не мога да намеря време да отида до зъболекар (напр., нямам време заради работа си или зъболекарят не работи в удобно време за мен)					
Не мога лесно да пътувам до зъболекар (напр. нямам транспорт или се намирам твърде далеч)					
Отнема ми много време за чакане в чакалнята при зъболекаря					
Не мога да намеря зъболекар, който да предоставя нужните ми услуги					
Изчаквам денталния проблем да се реши от само себе си					
Страхувам се от медицинска грешка					

19. Как оценявате начина, по който Вашия лекар по дентална медицина обикновено комуникира с Вас? Моля използвайте скала, за да оцените, като 1 е най-ниската степен, а 5 е най-високата положителна степен? Моля, отговорете на всеки ред! *

	1	2	3	4	5
Обръща ми внимание и ме изслушва внимателно					
Дава ми достатъчно информация					
Обяснява състоянието ми по разбираем за мен начин					
Обяснява ми как да поддържам устната си хигиена					
Насърчава ме да задавам въпроси					
Обсъждаме следващите стъпки в денталното ми лечение					
Отделя ми достатъчно време					

20. Съгласни сте със следните твърдения свързани с денталната помощ? Моля, отговорете на всеки ред?

	Напълно съм съгласен	Донякъд е съм съгласен	Не мога да преценя	По-скоро не съм съгласен	Изобщо не съм съгласен
Достъпът до дентални услуги е затруднен поради високите разходи за тях					
Зъболекарите имат важна роля само в лечебната част, а не в превенцията на дентални заболявания					
Заболяванията на устната кухина не са сериозни и лечението им търпи отлагане					
Неприятни преживявания от дентални процедури водят до отлагане на посещения при дентален лекар					
Ако не се усеща болка в устната кухина - не е необходимо да се посещава дентален лекар					
Редовните посещения при дентален лекар помогнат за поддържане на денталното здраве					
Отлагане на посещение при дентален лекар ще увеличи разходите за лечение в последствие.					

21. Моля посочете на каква възраст сте?

.....

22. Какъв е Вашият пол?

- Мъж
 Жена

23. Какво образование сте завършили

- Висше
 Полувисше
 Средно
 Основно
 Начално

24. В какво населено място живеете?

- В столицата
 В областен град
 В малък град
 Село

25. Какъв е Вашия статус на заетост? (Можете да изберете повече от един отговор)

- Работа на пълен работен ден
- Работа на непълен работен ден
- Безработен
- Сезонна заетост
- Студент
- Пенсионер поради възраст
- Пенсионер поради заболяване
- Друго [моля посочете]

Приложение №2

АНКЕТНА КАРТА ЗА ПРОУЧВАНЕ ДОСТЪПА ДО ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ОТ СТРАНА НА ЛЕКАРИТЕ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА

Каква дентална специалност притежавате? (Можете да посочите повече от един отговор)

- Нямам призната специалност
- Обща дентална медицина
- Дентална имплантология
- Детска дентална медицина
- Оперативно зъболечение и ендодонтия
- Орална хирургия
- Ортодонтия
- Пародонтология и заболявания на оралната лигавица
- Протетична дентална медицина
- Друго [Моля посочете]

В коя сфера на денталната медицина основно практикувате?

- Обща дентална медицина
- Дентална имплантология
- Детска дентална медицина
- Оперативно зъболечение и ендодонтия
- Орална хирургия
- Ортодонтия
- Пародонтология и заболявания на оралната лигавица
- Протетична дентална медицина
- Друго [Моля посочете]

Колко години опит имате като лекар по дентална медицина?

- Под 5г.
- До 15г.
- Над 15г.

По колко часа средно на ден работите с пациенти?

- Под 4
- Между 4 и 8
- Между 8 и 12
- Над 12

Приемате ли пациенти извън работното си време?

- Да
- Не
- Понякога

Коя е най-честата причина за посещение на пациентите при Вас?

- Поява на болка
- Профилактичен преглед
- Почистване на зъбен камък
- Екстракция на зъб
- Поставяне/коригиране на дентална конструкция
- Зъбна травма
- Лечение на кариес
- Кървене от венците
- Проблем с мъдреца
- Планирано друго лечение
- Друго [Моля посочете]

Как основно заплащат за денталното си лечение Вашите пациенти? (можете да посочите повече от един отговор)

- Изцяло се покрива от пакета на НЗОК
- Частично от касата и частично лично финансиране
- Частна застраховка
- Изцяло лично финансиране

Работите ли във Вашата дентална практика с помощта на дентален асистент/мед. сестра?

- Да, постоянно работя с дентален асистент/мед.сестра
- Да, работя с дентален асистент/мед.сестра понякога
- Не, защото не виждам необходимост
- Не, защото не мога да си позволя
- Не, защото не мога да намеря кадри
- Друго [Моля посочете]

Къде осъществявате своята дентална практика?

- В собствен кабинет
- В собствен кабинет, но и го отдавам и на друг/други зъболекари
- Работя почасово в частен кабинет
- Работя на заплата в частен кабинет
- Друго [Моля посочете]

Налага ли се на Вашите пациенти често да изчакват приема си извън планирания час?

- Да
- Не
- Не мога да преценя

С колко време обикновено е забавянето на часовете за прием?

- До 15 мин.
- Повече от 30 мин.
- Повече от 1 час
- Не мога да преценя

Използвате ли система за онлайн резервация на часове за Вашите пациенти?

- Да
- Не

За колко време напред поради заетост на графика записвате часовете си за прием? *

- За същия ден
- От 1 ден до 1 седмица
- От 1 седмица до 3 седмици
- От 3 седмици до 3 месеца
- За след повече от 3 месеца
- Друго [Моля посочете]

Колко често Ви се обаждат пациенти, за да изясните допълнително инструкциите, които сте дали по време на преглед?

- Често
- Рядко
- Не се обаждат

Имате ли сключен на договор с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) за оказване на извънболнична дентална помощ?

- Да
- Не

Според Вас пакета от денталните дейности, които са платени (изцяло или частично) от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) покрива ли основните нужди на пациентите?

- Да
- Не
- Донякъде
- Не мога да преценя

Моля посочете една или повече дентални услуги, които бихте предложили да се добавят към пакета от денталните дейности, които да са платени (изцяло или частично) от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) (например: почистване на зъбен камък, ортодонтско лечение на деца, щифтово изграждане и др.)

- Услуга №1
- Услуга №2
- Услуга №3
- Услуга №4

Вашите пациенти отказват ли се от дентално лечение поради високи разходи за него? *

- Често
- Рядко
- Не се отказват

Моля посочете основни причини, поради които смятате, че пациентите отлагат посещение при лекаря по дентална медицина? (можете да посочите повече от един отговор) *

- Поради невъзможност да заплатят денталните услуги
- Страхуват се да отидат на зъболекар
- Не могат да намерят време, за да отидат при зъболекар
- Не могат лесно да пътуват до зъболекар
- Отнема им твърде много време за чакане в чакалнята при лекаря по дентална медицина
- Не могат да намерят зъболекар, който да предоставя нужните им услуги
- Друго [Моля посочете]

Моля посочете на каква възраст сте?

.....

Вашият пол е?

- Мъж
- Жена

В какво населено място основно работите?

- В столицата
- В областен град
- В малък град
- В село

Приложение №3

ПРОФИЛ НА РЕСПОНДЕНТИТЕ И ЧЕСТОТНО РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА ТЕХНИТЕ ОТГОВОРИ

Социално-демографски характеристики на пациентите		
Възраст	до 30 години	134 (14.1%)
	от 31 до 40 години	353 (37.0%)
	от 41 до 50 години	273 (28.6%)
	от 51 до 60 години	114 (12.0%)
	над 60 години	79 (8.3%)
Пол	жена	819 (85.9%)
	мъж	134 (14.1%)
Образование	средно	238 (25.0%)
	полувисше	41 (4.3%)
	висше	674 (70.7%)
Местоживееене	село	63 (6.6%)
	малък град	142 (14.9%)
	областен град	576 (60.4%)
	столицата	172 (18.0%)
Самооценка на денталното състояние	много лошо	32 (3.4%)
	влошено	110 (11.5%)
	средно	205 (21.5%)
	добро	329 (34.5%)
	много добро	195 (20.5%)
	отлично	82 (8.6%)
Самооценка на общото здраве	много лошо	6 (0.6%)
	влошено	51 (5.4%)
	средно	162 (17.0%)
	добро	385 (40.4%)
	много добро	275 (28.9%)
	отлично	74 (7.8%)
Задължително здравно осигуряване	не	4 (0.4%)
	не знам	19 (2.0%)
	да	930 (97.6%)

Доброволна здравна застраховка	не	605 (63.5%)
	не знам	53 (5.6%)
	да	295 (31.0%)
Доход	под 710 лв	143 (15.0%)
	от 711 до 1200 лв	339 (35.6%)
	от 1201 до 2000 лв	285 (29.9%)
	от 2001 до 3400 лв	107 (11.2%)
	над 3400 лв	79 (8.3%)
Трудова активност	Активни <i>(работа на пълен работен ден/ на непълен работен ден /сезонна заетост)</i>	746 (78.3%)
	Безработни	37 (3.9%)
	Неактивни / <i>(студенти/пенсионери/ в отпуск по майчинство)</i>	170 (17.8%)

Честотно разпределение на отговорите на пациентите		
Въпрос	Отговор	Брой (%)
През поседните 12 месеца колко пъти посетихте лекар по дентална медицина?	ниито веднъж	228 (23.9%)
	веднъж	309 (32.4%)
	два пъти	188 (19.7%)
	три пъти	91 (9.5%)
	четири и повече пъти	137 (14.4%)
Ако НЕ сте посещавали дентален лекар през последните 12 месеца, моля посочете колко време е изминало от последното посещение при лекаря по дентална медицина?	Повече от 1 година	89 (38.9%)
	Повече от 2 години	89 (38.9%)
	Повече от 5 години	32 (14.0%)
	Не помня	19 (8.3%)
Поради каква причина последно посещавахте лекар по дентална медицина?	Зъбобол	208 (21.8%)
	Профилактичен преглед	331 (34.7%)
	Почистване на зъбен камък	306 (32.1%)
	Вадене на зъб	110 (11.5%)
	Поставяне/коригиране на протеза	63 (6.6%)
	Зъбна травма	28 (2.9%)
	Лечение на кариес	313 (32.8%)
	Кървене от венците	51 (5.4%)
	Проблем с мъдрец	59 (6.2%)
	Планирано друго лечение	76 (8.0%)
Друго	66 (6.9%)	

Ако имате нужда от дентална помощ как избирате дентален лекар, при когото да отидете?	Посещавам един и същ дентален лекар	639 (67.1%)
	Правя случаен избор на дентален лекар	241 (25.3%)
	Избирам препоръчан дентален лекар от близки, приятели, роднини и др.	37 (3.9%)
	Избирам дентален лекар след като проуча мнения в интернет за дентален лекар, от когото са доволни други хора	24 (2.5%)
	Друго	12 (1.3%)
За посещение при дентален лекар през последните 12 месеца колко общо сте заплатили със собствени средства	не знам	23 (2.4%)
	не съм посещавал	121 (12.7%)
	не съм заплащал	59 (6.1%)
	под 50 лв	100 (10.5%)
	50 – 100 лв	225 (23.6%)
	101 – 200 лв	141 (14.8%)
	201 – 300 лв	109 (11.4%)
	301 – 1000 лв	118 (12.4%)
над 1000 лв	57 (6.0%)	
Как заплащате за денталните услуги, които ползвате?		
Със собствени средства (от джоба)	да	821 (86.1%)
	не	132 (13.9%)
Ползвам дентални услуги, на които имам право и са платени (изцяло или частично) от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК)	да	343 (36.0%)
	не	610 (64.0%)
Чрез доброволна здравна осигуровка	да	56 (5.9%)
	не	897 (94.1%)
Взимам пари назаем	да	18 (1.9%)
	не	935 (98.1%)
Отлагали ли сте посещение?	да	541 (56.8%)
	не	412 (43.2%)
Знаете ли на какви дентални дейности имате право и са платени (изцяло или частично) от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК)?	да	429 (45.0%)
	не	524 (55.0%)

Колко време обикновено изминава между записването на час при денталния Ви лекар и получаването на дентална помощ?	Получавам помощ в същия ден	75 (7.9%)
	От 1 ден до 1 седмица	602 (63.2%)
	От 1 седмица до 3 седмици	241 (25.3%)
	От 3 седмици до 3 месеца	30 (3.1%)
	От 3 месеца до 1 година	5 (0.5%)
Колко време обикновено Ви отнема да достигнете до кабинета на денталния Ви лекар?	До 30 мин.	738 (77.4%)
	До 60 мин.	155 (16.3%)
	По-дълго от 1 час	42 (4.4%)
	Не знам	18 (1.9%)
Пътувате ли до друго населено място, за да посетите лекар по дентална медицина?	Не пътувам	776 (81.4%)
	Да, защото в населеното място, в което живея няма дентален лекар	56 (5.9%)
	Да, защото в населеното място, в което живея няма дентален лекар, който да предоставя нужните ми услуги	47 (4.9%)
	Да, защото в населеното място, в което живея има дентален лекар, но не бих му се доверил	74 (7.8%)
Удовлетворени ли сте от предоставената дентална услуга от лекаря по дентална медицина, когото посещавате?	Изобщо не съм удовлетворен	7 (0.7%)
	По-скоро не съм удовлетворен	23 (2.4%)
	Не мога да преценя	44 (4.6%)
	Донякъде съм удовлетворен	279 (29.3%)
	Напълно съм удовлетворен	600 (63.0%)

Моля оценете всяка от посочените причина за отлагане на посещение при лекаря по дентална медицина със скала от 1 до 5, като 1 означава, че посочената причина изобщо не Ви възпира, а 5 означава, че посочената причина е изключително силно възпираща.		
Заплащането на денталните услуги	1	169 (31.2%)
	2	86 (15.9%)
	3	109 (20.1%)
	4	74 (13.7%)
	5	103 (19.0%)
Страхувам се да отида на зъболекар (напр., тревожен съм, имал съм по-рано неприятни преживявания)	1	248 (45.8%)
	2	61 (11.3%)
	3	72 (13.3%)
	4	47 (8.7%)
	5	113 (20.9%)
Не мога да намеря време да отида до зъболекар (напр., нямам време заради работа си или зъболекарят не работи в удобно време за мен)	1	156 (28.8%)
	2	87 (16.1%)
	3	113 (20.9%)
	4	85 (15.7%)
	5	100 (18.5%)
Не мога лесно да пътувам до зъболекар (напр. нямам	1	427 (78.9%)
	2	41 (7.6%)
	3	20 (3.7%)

транспорт или се намирам твърде далеч)	4	20 (3.7%)
	5	33 (6.1%)
Отнема много време за да получа дентална помощ	1	427 (78.9%)
	2	41 (7.6%)
	3	20 (3.7%)
	4	20 (3.7%)
	5	33 (6.1%)
Не мога да намеря зъболекар, който да предоставя нужните ми услуги	1	381 (70.4%)
	2	47 (8.7%)
	3	51 (9.4%)
	4	23 (4.3%)
	5	39 (7.2%)
Изчаквам денталния проблем да се реши от само себе си	1	354 (65.4%)
	2	64 (11.8%)
	3	60 (11.1%)
	4	14 (2.6%)
	5	49 (9.1%)
Страхувам се от медицинска грешка	1	338 (62.5%)
	2	50 (9.2%)
	3	62 (11.5%)
	4	39 (7.2%)
	5	52 (9.6%)

Как оценявате начина, по който Вашият лекар по дентална медицина обикновено комуникира с Вас? Моля използвайте скала, за да оцените, като 1 е най-ниската степен, а 5 е най-високата положителна степен?		
Обръща ми внимание и ме изслушва внимателно	1	44 (4.6%)
	2	29 (3.0%)
	3	80 (8.4%)
	4	126 (13.2%)
	5	674 (70.7%)
Дава ми достатъчно информация	1	48 (5.0%)
	2	35 (3.7%)
	3	91 (9.5%)
	4	167 (17.5%)
	5	612 (64.2%)
Обяснява състоянието ми по разбираем за мен начин	1	40 (4.2%)
	2	40 (4.2%)
	3	83 (8.7%)
	4	132 (13.9%)
	5	658 (69.0%)
Обяснява ми как да поддържам устната си хигиена	1	75 (7.9%)
	2	52 (5.5%)
	3	91 (9.5%)
	4	146 (15.3%)
	5	589 (61.8%)
Насърчава ме да задавам въпроси	1	128 (13.4%)
	2	93 (9.8%)
	3	185 (19.4%)

	4	167 (17.5%)
	5	380 (39.9%)
Обсъждаме следващите стъпки в денталното ми лечение	1	64 (6.7%)
	2	45 (4.7%)
	3	102 (10.7%)
	4	151 (15.8%)
	5	591 (62.0%)
Отделя ми достатъчно време	1	54 (5.7%)
	2	38 (4.0%)
	3	95 (10.0%)
	4	158 (16.6%)
	5	608 (63.8%)

Съгласни сте със следните твърдения свързани с денталната помощ?		
Достъпът до дентални услуги е затруднен поради високите разходи за тях	Изобщо не съм съгласен	38 (4.0%)
	По-скоро не съм съгласен	608 (63.8%)
	Не мога да преценя	158 (16.6%)
	Донякъде съм съгласен	54 (5.7%)
	Напълно съм съгласен	95 (10.0%)
Зъболекарите имат важна роля само в лечебната част, а не в превенцията на дентални заболявания	Изобщо не съм съгласен	260 (27.3%)
	По-скоро не съм съгласен	184 (19.3%)
	Не мога да преценя	114 (12.0%)
	Донякъде съм съгласен	189 (19.8%)
	Напълно съм съгласен	206 (21.6%)
Заболяванията на устната кухина не са сериозни и лечението им търпи отлагане	Изобщо не съм съгласен	574 (60.2%)
	По-скоро не съм съгласен	153 (16.1%)
	Не мога да преценя	59 (6.2%)
	Донякъде съм съгласен	62 (6.5%)
	Напълно съм съгласен	105 (11.0%)
Неприятни преживявания от дентални процедури водят до отлагане на посещения при дентален лекар	Изобщо не съм съгласен	145 (15.2%)
	По-скоро не съм съгласен	112 (11.8%)
	Не мога да преценя	94 (9.9%)
	Донякъде съм съгласен	273 (28.6%)
	Напълно съм съгласен	329 (34.5%)
Ако не се усеща болка в устната кухина - не е необходимо да се посещава дентален лекар	Изобщо не съм съгласен	519 (54.5%)
	По-скоро не съм съгласен	173 (18.2%)
	Не мога да преценя	61 (6.4%)
	Донякъде съм съгласен	98 (10.3%)
	Напълно съм съгласен	102 (10.7%)
Редовните посещения при дентален лекар помогнат за поддържане на денталното здраве	Изобщо не съм съгласен	98 (10.3%)
	По-скоро не съм съгласен	22 (2.3%)
	Не мога да преценя	37 (3.9%)
	Донякъде съм съгласен	76 (8.0%)
	Напълно съм съгласен	720 (75.6%)
Отлагане на посещение при дентален лекар ще увеличи разходите за лечение в последствие.	Изобщо не съм съгласен	119 (12.5%)
	По-скоро не съм съгласен	39 (4.1%)
	Не мога да преценя	58 (6.1%)
	Донякъде съм съгласен	119 (12.5%)
	Напълно съм съгласен	618 (64.8%)

Социално-демографски характеристики на лекарите по дентална медицина		
Възраст	до 30 години	49 (32.5%)
	от 31 до 40 години	52 (34.4%)
	от 41 до 50 години	35 (23.2%)
	от 51 до 60 години	12 (7.9%)
	над 60 години	3 (2.0%)
Пол	жена	114 (75.5%)
	мъж	37 (24.5%)
Населено място на практиката	село	4 (2.6%)
	малък град	14 (9.3%)
	областен град	99 (65.6%)
	столицата	34 (22.5%)

Честотно разпределение на отговорите на лекарите по дентална медицина		
Въпрос	Отговор	Брой (%)
Каква дентална специалност притежавате?	Нямам призната специалност	76 (50.3%)
	Обща дентална медицина	29 (19.2%)
	Дентална имплантология	1 (0.7%)
	Детска дентална медицина	13 (8.6%)
	Оперативно зъболечение и ендодонтия	10 (6.6%)
	Орална хирургия	3 (2.0%)
	Ортодонтия	2 (1.3%)
	Пародонтология и заболявания на оралната лигавица	6 (4.0%)
	Протетична дентална медицина	8 (5.3%)
	Друго	9 (6.0%)
В коя сфера на денталната медицина основно практикувате?	Обща дентална медицина	87 (57.6%)
	Дентална имплантология	7 (4.6%)
	Детска дентална медицина	36 (23.8%)
	Оперативно зъболечение и ендодонтия	57 (37.7%)
	Орална хирургия	11 (7.3%)
	Ортодонтия	16 (10.6%)
	Пародонтология и заболявания на оралната лигавица	21 (13.9%)
	Протетична дентална медицина	39 (25.8%)
	Друго	2 (1.3%)
Колко години опит имате като лекар по дентална медицина?	под 5	47 (31.1%)
	между 5 и 15	58 (38.4%)
	над 15	46 (30.5%)
По колко часа средно на ден работите с пациенти?	под 4	16 (10.6%)
	между 4 и 8	92 (60.9%)
	между 8 и 12	40 (26.5%)
	над 12	3 (2.0%)
Къде осъществявате своята дентална практика?	В собствен кабинет	66 (43.7%)
	В собствен кабинет, но и го отдавам и на друг/други зъболекари	3 (2.0%)
	Работя на заплата в частен кабинет	28 (18.5%)
	Работя почасово в частен кабинет	25 (16.6%)
	Друго**	29 (19.2%)
	Поява на болка	55 (36.4%)
	Лечение на кариес	38 (25.2%)

Коя е най-честата причина за посещение на пациентите при Вас?	Планирано друго лечение	16 (10.6%)
	Почистване на зъбен камък	10 (6.6%)
	Профилактичен преглед	10 (6.6%)
	Кървене от венците	6 (4.0%)
	Поставяне/коригиране на дентална конструкция	5 (3.3%)
	Екстракция на зъб	2 (1.3%)
	Проблем с мъдреца	1 (0.7%)
	Друго	8 (5.3%)
Как основно заплащат за денталното си лечение Вашите пациенти?	Изцяло се покрива от пакета на НЗОК	4 (2.6%)
	Частично от касата и частично лично финансиране	83 (55.0%)
	Частна застраховка	29 (19.2%)
	Изцяло лично финансиране	97 (64.2%)
Вашите пациенти отказват ли се от дентално лечение поради високи разходи за него?	Често	31 (20.5%)
	Рядко	105 (69.5%)
	Не се отказват	15 (9.9%)
Моля посочете основни причини, поради които смятате, че пациентите отлагат посещение при лекаря по дентална медицина? (можете да посочите повече от един отговор)	Поради невъзможност да заплатят денталните услуги	106 (70.2%)
	Страхуват се да отидат на зъболекар	120 (79.5%)
	Не могат да намерят време, за да отидат при зъболекар	55 (36.4%)
	Не могат лесно да пътуват до зъболекар	7 (4.6%)
	Отнема им твърде много време докато получат дентална помощ	1 (0.7%)
	Не могат да намерят зъболекар, който да предоставя нужните им услуги	13 (8.6%)
	Друго	8 (5.3%)
Работите ли във Вашата дентална практика с помощта на дентален асистент/мед. сестра?	Не, защото не виждам необходимост	14 (9.3%)
	Не, защото не мога да намеря кадри	10 (6.6%)
	Не, защото не мога да си позволя	14 (9.3%)
	постоянно	76 (50.3%)
	понякога	31 (20.5%)

	друго	6 (4.0%)
Налага ли се на Вашите пациенти често да изчакват приема си извън планирания час?	да	27 (17.9%)
	не мога да преценя	12 (7.9%)
	не	112 (74.2%)
С колко време обикновено е забавянето на часовете за прием?	До 15 мин.	70.4% (19)
	Повече от 30 мин.	7.4% (2)
	Повече от 1 час	3.7% (1)
	Не мога да преценя	18.5 (5)
Приемате ли пациенти извън работното си време?	да	51 (33.8%)
	понякога	73 (48.3%)
	не	27 (17.9%)
Използвате ли система за онлайн резервация	да	26 (17.2%)
	не	125 (82.8%)
За колко време напред поради заетост на графика записвате часовете си за прием?	От 1 ден до 1 седмица	64 (42.4%)
	От 1 седмица до 3 седмици	66 (43.7%)
	От 3 седмици до 3 месеца	14 (9.3%)
	За след повече от 3 месеца	3 (2.0%)
	За същия ден	4 (2.6%)
Колко често Ви се обаждат пациенти, за да изясните допълнително инструкциите, които сте дали по време на преглед?	Не се обаждат	20 (13.2%)
	Рядко	118 (78.1%)
	Често	13 (8.6%)
Имате ли сключен на договор с (НЗОК)	да	87 (57.6%)
	не	64 (42.4%)
Според Вас пакета от денталните дейности, които са платени (изцяло или частично) НЗОК покрива ли основните нужди на пациентите?	Да	1 (0.7%)
	Донякъде	27 (17.9%)
	Не	115 (76.2%)
	Не мога да преценя	8 (5.3%)
Моля посочете една или повече дентални услуги, които бихте предложили да се добавят към пакета от денталните дейности, които да са платени (изцяло или частично) от НЗОК*	зъбен камък	100 (66.2%)
	Ендодонтско лечение (при възрастни)	32 (21.2%)
	Ортодонтско лечение (при деца)	32 (21.2%)