

НЕ Е САМО ДИАБЕТЪТ.

Най-трудното е всичко около него.

*Пациентска и лекарска перспектива
за грижата за диабета в България.*

АНАЛИЗ И ПРЕПОРЪКИ



**„Не е само диабетът.
Най-трудното е Всичко около него“**

**Пациентска и лекарска перспектива
за грижата за диабета в България.**

Анализ и препоръки.

Асоциация на пациентите, активни в здравеопазването

София, 2026 г.

Авторски екип:

Николай Недялков, изследовател

Анета Драганова, председател на АПАЗ

Александър Миланов, редактор

Съдържание

За нас	4
Контекст на изследването	5
Резюме	6
ПЪРВА ЧАСТ. ДИАБЕТЪТ КАТО ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ, КОЕТО ИЗИСКВА ДЕЙСТВИЕ	8
Диабетът като клинично състояние	8
Тежестта на диабета	9
Ситуацията с диабета в България.....	9
ВТОРА ЧАСТ. ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, ПРЕДМЕТ И ОБЕКТ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	13
Цел на изследването.....	14
Задачи на изследването	14
Обект на изследването	14
Предмет на изследването	14
Ограничения на изследването.....	15
Етични въпроси.....	15
ТРЕТА ЧАСТ. ПАЦИЕНТСКАТА ГЛЕДНА ТОЧКА ВЪРХУ ГРИЖАТА ЗА ДИАБЕТА В БЪЛГАРИЯ - ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА, НЕРАВЕНСТВА И СИСТЕМНИ ДЕФИЦИТИ	16
Диабетът като всекидневна административна тежест	16
Финансовата тежест като системен риск за управлението на диабета	17
Недостатъчен достъп до средства за самоконтрол като системен дефицит	19
Технологиите като възможност и източник на нови неравенства.....	20
Хранителният режим като подценен социален и икономически фактор в управлението на диабета	22
Психологическата тежест и натрупващата се умора като невидим, но критичен фактор	23
Регионални различия и неравен достъп до лечение и технологии	25
Предложенията на пациентите	27
ЧЕТВЪРТА ЧАСТ. ОГРАНИЧЕНИЯТА НА СИСТЕМАТА И КОМПРОМИСИТЕ В КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА ПРЕЗ ПОГЛЕДА НА ЛЕКАРИТЕ	30
Достъпът до изследвания, терапия и лечение	30
Централизираната система ограничава лекарските решения	31
Емоционално и психично натоварване при лекарите	33
Регионални различия при достъпа	34
ПЕТА ЧАСТ. СЪПОСТАВИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ПОЗИЦИИТЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ И ЛЕКАРИТЕ	38
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	44

Асоциацията на пациентите, активни в здравеопазването (АПАЗ), е неправителствена организация, създадена през 2017 г., която работи за защита правата и подобряване качеството на живот на пациентите в България. Организацията е естествено продължение на дейността на Асоциацията на пациентите с аутоимунни заболявания и разширява своя обхват към по - широк кръг от хронични и социално значими заболявания.

Основната мисия на АПАЗ е да повишава информираността и ангажираността както на пациентите, така и на институциите, с цел гарантиране на качествено, достъпно и навременно здравеопазване. В своята дейност организацията поставя пациента в центъра на здравната система, като активно защитава неговите права и участва в процесите по разработване и подобряване на здравните политики в страната.

АПАЗ изпълнява ролята на медиатор между пациенти, медицински специалисти и институции, като работи за изграждане на устойчив диалог и партньорство между всички заинтересовани страни. Чрез изследвания, анализи и застъпнически инициативи организацията идентифицира системните дефицити в здравеопазването и предлага конкретни решения за тяхното преодоляване.

Контекст на изследването

Захарният диабет е сред най-значимите хронични заболявания с висока социална и икономическа тежест както в глобален, така и в национален мащаб. В България заболяването засяга стотици хиляди души, като значителна част от случаите остават недиагностицирани. Увеличаването на разпространението на диабета, особено на диабет тип 2, е свързано с фактори като застаряване на населението, нездравословен начин на живот и ограничена ефективност на превантивните политики.

Въпреки че през последните години се наблюдава развитие в терапевтичните възможности и навлизане на съвременни технологии за контрол на заболяването, достъпът до тях остава неравномерен и често ограничен. Съществуващите регулаторни механизми и критерии за включване в лечение, финансирано от Националната здравноосигурителна каса, поставят значителни ограничения пред пациентите, включително изисквания, които не винаги са съобразени с индивидуалното състояние и динамиката на заболяването.

Наред с това, системата на проследяване и лечение на диабета е съпътствана от значителна административна тежест - изисквания за периодично подновяване на протоколи, необходимост от множество посещения при различни специалисти и ограничения в достъпа до изследвания и медицински изделия. Тези фактори водят до допълнително натоварване както за пациентите, така и за медицинските специалисти, и често затрудняват навременното и ефективно управление на заболяването.

В резултат се формира устойчива тенденция на разминаване между формално осигурените здравни услуги и реално достъпната грижа. Част от пациентите са принудени да покриват значителни разходи със собствени средства, включително за консултативни, изследвания и специализирани прегледи, което поставя под въпрос равния достъп до лечение и качеството на предоставяната грижа.

Контекстът очертава необходимостта от задълбочен анализ на съществуващите политики и практики, както и от предприемане на целенасочени мерки за подобряване на достъпа, ефективността и устойчивостта на грижата за хората с диабет в България.

Този анализ разглежда състоянието на грижата за хората с диабет в България през две взаимно допълващи се перспективи, тази на пациентите и на медицинските специалисти. Данните показват **съвпадение между двете гледни точки и очертават системен модел на натрупващи се бариери, които ограничават ефективността на лечението и достъпа до качествена грижа.**

Пациентите описват ежедневието си като процес на **постоянно справяне с административни изисквания, финансови ограничения и организационни трудности**. Управлението на диабета се възприема не само като медицинско предизвикателство, но и като продължително усилие за адаптация към система, която често е трудна за навигиране. Особено ясно се открояват **проблеми, свързани с честото подновяване на рецепти, недостатъчния достъп до средства за самоконтрол**, ограниченото покритие на изследвания и високите разходи за лечение и хранителен режим.

Медицинските специалисти потвърждават тези наблюдения и допълват това, като посочват конкретните механизми, които водят до тези затруднения. Ограниченията в диагностиката, ригидните критерии за достъп до терапия, административната тежест и централизираният модел на вземане на решения **създават условия за клинични компромиси** и ограничават възможността за прилагане на персонализирана медицина. В резултат лекарите са поставени в позиция на постоянен баланс между медицинската необходимост и административните ограничения.

Изследването показва, че съществува значително разминаване между целите на системата - ефективния контрол на заболяването и превенция на усложненията и реалните условия, в които тази грижа се предоставя. Финансовите и социалните фактори, както и регионалните неравенства, допълнително усилват тези дефицити и водят до неравнопоставен достъп до лечение.

В отговор на тези предизвикателства, това изследване предлага предложения от конкретни, приложими мерки, насочени към намаляване на административната тежест, разширяване на достъпа до диагностика и самоконтрол, реформа на критериите за лечение и подобряване на условията на работа за медицинските специалисти. Особен акцент се поставя върху необходимостта от децентрализация, дигитализация и интегриране на подкрепящи услуги като обучение, диетологична и психологическа помощ.

Предложените мерки имат за цел да подпомогнат прехода към по - гъвкав, ефективен и устойчив модел на грижа, който поставя в центъра пациента и подкрепя медицинските специалисти в тяхната клинична работа. Реализирането им би довело до подобряване на здравните резултати, намаляване на дългосрочните разходи и повишаване на доверието в здравната система.

ПЪРВА ЧАСТ.

ДИАБЕТЪТ КАТО ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ, КОЕТО ИЗИСКВА ДЕЙСТВИЕ

Диабетът като клинично състояние

Захарният диабет е хронично метаболитно заболяване, характеризиращо се с нарушена регулация на кръвната глюкоза, вследствие на дефицит на инсулин, нарушено действие на инсулина или комбинация от двете. Диабет тип 1 е аутоимунно заболяване, при което имунната система разрушава бета - клетките на панкреаса, отговорни за синтеза на инсулин. Заболяването най-често се проявява в детска или младежка възраст и изисква пожизнено инсулиново лечение. Диабет тип 2 представлява метаболитно нарушение, при което се наблюдава инсулинова резистентност и/или недостатъчна инсулинова секреция. Обикновено се диагностицира при възрастни, но през последните години се отчита тенденция към засягане на по-млади възрастови групи, свързана с наднормено тегло и ниска физическа активност.

Терапевтичният подход при диабет тип 1 включва задължително приложение на инсулин, докато при диабет тип 2 лечението комбинира промени в начина на живот, медикаментозна терапия и при необходимост - инсулин. Към момента не съществува ефективна профилактика за диабет тип 1, докато рискът от развитие на диабет тип 2 може да бъде значително намален чрез здравословен начин на живот, включващ балансирано хранене, физическа активност и поддържане на нормално телесно тегло. Клиничната изява на двата типа диабет включва симптоми като повишена жажда, често уриниране, отпадналост и замъглено зрение. При диабет тип 1 симптомите се развиват бързо и са по-изразени, докато при диабет тип 2 те често се проявяват постепенно и остават незабелязани за по - дълъг период.

Захарният диабет тип 2 представлява едно от най-социално значимите хронични заболявания с нарастваща тежест върху здравните системи в глобален мащаб. Разпространението му се увеличава с по-бързи темпове в страните с ниски и средни доходи, което подчертава връзката между социално-икономическите фактори и контрола на заболяването.

Тежестта на диабета

По данни на Световната здравна организация, през 2016 г. приблизително 1.6 милиона смъртни случая са пряко свързани с диабета, а още 2.2 милиона - с повишените нива на кръвна захар. Между 2000 и 2016 г. се отчита увеличение на преждевременната смъртност от диабет с 5%, като близо половината от смъртните случаи настъпват преди навършване на 70-годишна възраст. Диабетът е сред водещите причини за развитие на тежки усложнения, включително слепота, бъбречна недостатъчност, сърдечно-съдови инциденти и ампутации на долни крайници.

Качеството на живот и дългосрочната прогноза при хората с диабет тип 2 са пряко зависими от развитието на късни усложнения като диабетна ретинопатия, нефропатия, макроангиопатия и мозъчносъдови заболявания. Тези усложнения не само влошават здравния статус на пациентите, но и водят до значително увеличаване на разходите за лечение и грижи.

Основните рискови фактори за развитие на заболяването включват затлъстяване, нездравословен хранителен режим и ниска физическа активност. Комбинацията от диабет с хипертония, дислипидемия и тютюнопушене многократно увеличава риска от сериозни здравни усложнения и преждевременна смърт.

Икономическата тежест на диабета е съществена. Данните показват, че разходите за здравно обслужване на хората със захарен диабет са поне 2,5 пъти по-високи в сравнение с тези на хора без заболяването в същата възрастова група. В България диабетът се нарежда сред водещите заболявания по разходи, наред със злокачествените и сърдечно - съдовите заболявания. Диабетът не е само медицински, а и социално-икономически проблем, който изисква системен подход, насочен към ранна диагностика, ефективно лечение и предотвратяване на усложненията.

Ситуацията с диабета в България

Захарният диабет представлява значително нарастващ здравен и социален проблем в България, като засяга стотици хиляди души и оказва съществено влияние върху здравната система. По данни на Международната федерация по диабет, между 7% и 10% от населението на страната живее с диабет, като реалният брой на засегнатите е по - висок поради наличието на недиагностицирани случаи. Официалните данни от Националната здравноосигурителна каса показват устойчива тенденция към нарастване на броя на диспансеризирани пациенти, особено при

диабет тип 2, което отразява както увеличаващата се честота на заболяването, така и повишения натиск върху здравната система.

Година	Диабет тип 1	Диабет тип 2
2023	21 684	435 664
2024	21 726	468 362
2025*	21 828	492 984

Таблица 1. Диспансеризирани пациенти с диабет в България. (Данните за 2025 г. са към октомври). Източник: НЗОК

Данните показват ясно изразен ръст при диабет тип 2, докато броят на пациентите с диабет тип 1 остава относително стабилен. Това потвърждава тенденцията за нарастваща честота на метаболитните заболявания, свързани с начина на живот. Допълнително, при пациентите под 18-годишна възраст се наблюдава концентрация почти изцяло в групата на диабет тип 1.

Година	Тип 1 (<18 г.)	Тип 2 (<18 г.)
2023	1 798	2
2024	1 789	4
2025*	1 728	4

Таблица 2. Диспансеризирани пациенти под 18 години. Източник: НЗОК

Данните показват, че диабет тип 2 при деца остава изключително рядък, докато диабет тип 1 продължава да бъде водещото заболяване в тази възрастова група. Натискът върху болничната система също е значителен, което се вижда от броя на хоспитализациите.

Диагноза	Брой пациенти
Диабет тип 1 (E10)	8 384
Диабет тип 2 (E11)	35 835

Таблица 3. Хоспитализирани пациенти (2023 г.)

Повишеният брой хоспитализации, особено при диабет тип 2, показва затруднения в ефективния контрол на заболяването и необходимост от по-добра извънболнична грижа и превенция на усложненията. Особено показателни за състоянието на системата са данните за достъпа до средства за самоконтрол - сензори и тест – ленти. Наблюдава се ясно увеличаване на броя на пациентите, използващи сензори за продължително мониториране на глюкозата, което е положителна тенденция и показва навлизането на съвременни технологии в грижата за диабета. В същото време обаче се отчита обратна тенденция при достъпа до тест - ленти.

Година	Пог 18 години	Наг 18 години
2023	1 093	2 143
2024	1 362	3 422
2025*	1 577	4 492

Таблица 4. Пациенти, използващи сензори. (Данните за 2025 г. са за периода 01.01.2025 – 31.10.2025 г.) Източник: НЗОК

Данните показват съществено намаляване на броя на пациентите, получаващи тест - ленти, особено сред пълнолетните. Това създава сериозно противоречие в системата - на фона на увеличаващия се достъп до сензори, част от пациентите остават с ограничени възможности за базов самоконтрол.

Година	Пог 18 години	Наг 18 години
2023	693	45 812
2024	494	43 036
2025*	283	33 402

Таблица 5. Пациенти, получаващи тест-ленти (НЗОК). Данните за 2025 г. са за периода 01.01.2025-31.10.2025 г. Източник: НЗОК

Паралелно с нарастването на броя на пациентите се наблюдават противоречиви тенденции в достъпа до ключови средства за самоконтрол. От една страна, броят на пациентите, използващи сензори за продължително мониториране на глюкозата, се увеличава - както при деца, така и при възрастни. От друга страна, се отчита намаляване на броя на пациентите, получаващи тест - ленти, особено сред лицата наг 18 години. Тази динамика поставя въпроси относно ефективността и баланса на политиките за достъп до медицински изделия, като същевременно показва, че част от пациентите вероятно остават с ограничени възможности за адекватен самоконтрол на заболяването.

В допълнение, достъпът до съвременни технологии като инсулинови помпи и затворени системи за автоматизирано управление на гликемията остава ограничен, като броят на пациентите, които реално се възползват от тях, е нисък спрямо общия брой нуждаещи се.

Ключови проблеми в проследяването и лечението на диабета в България

Настоящият анализ идентифицира няколко критични дефицита, които пряко влияят върху ефективния контрол на заболяването:

- **Ризигни критерии за гликиран хемоглобин (HbA1c).** Обвързването на достъпа до терапия със строго фиксирани стойности (напр. $\geq 8-8.5\%$) създава парадокс, при който пациенти с подобрен контрол губят достъп до лечение.
- **Ограничен достъп до съвременни технологии.** Достъпът до сензори и инсулинови помпи е ограничен и не обхваща всички пациенти, включително значителна част от хората с диабет тип 2, въпреки доказаните ползи.
- **Недостатъчен обхват на проследяването.** Част от ключовите изследвания се покриват ограничено (напр. веднъж годишно), което е недостатъчно за адекватен контрол и ранно откриване на усложнения.
- **Недостиг на средства за самоконтрол.** Отпусканите тест-ленти са недостатъчни спрямо реалните нужди на пациентите, което води до компромиси в ежедневното проследяване.
- **Прехвърляне на разходите към пациентите.** Значителна част от диагностиката, лечението и хранителния режим се заплащат от пациентите, което води до неравен достъп и намалено придържане към терапията.

Данните очертават картина на нарастващ брой пациенти, съпроводен с ограничен и неравномерен достъп до ключови средства за контрол и лечение. Това създава предпоставки за влошен контрол на заболяването и увеличаване на честотата на усложненията, което в дългосрочен план води до още по-голямо натоварване на здравната система.

ВТОРА ЧАСТ.

ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, ПРЕДМЕТ И ОБЕКТ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Анализът се основава на качествено изследване, проведено в периода юни - юли 2025 г., с цел да се изследват нагласите, нуждите и предизвикателствата пред хората с диабет, както и гледната точка на медицинските специалисти, ангажирани с тяхното лечение.

Изследването включва провеждането на две фокус групи с пациенти - съответно с диабет тип 1 и диабет тип 2, както и дълбочинни интервюта „лице в лице“ със специалисти ендокринолози. Общият брой на участниците в пациентските групи е 30 души на възраст между 25 и 80 години, с различна продължителност на заболяването и различен социално-икономически статус. Извадката е целенасочена (non-probability sampling) и има за цел да осигури дълбочина на анализа, а не статистическа представителност. В този смисъл резултатите отразяват основни тенденции и проблеми, но следва да бъдат интерпретирани в контекста на качествения характер на изследването.

В рамките на изследването са проведени интервюта с 20 ендокринолози, практикуващи в различни региони на страната. Обхванати са както големи градове, така и по-малки населени места, включително София, Пловдив, Варна, Сливен, Силистра, Шумен, Разград, Търговище, Попово и Исперих, което позволява по - пълна картина на ситуацията в страната.

Методологичният подход е насочен към идентифициране на ключови теми, свързани с пътя на пациента - от диагностицирането, през лечението, до ежедневното управление на заболяването. Особено внимание е отделено на достъпа до терапия, взаимодействието със здравната система, административните процедури и финансовата тежест за пациентите.

Събраните качествени данни са допълнени с анализ на официална информация, предоставена от Националната здравноосигурителна каса, което позволява съпоставяне между регламентираните механизми на системата и реалния опит на пациентите и медицинските специалисти. Към момента на провеждане на изследването са били в сила предходни изисквания за диагностика и лечение на диабет, като към края на 2025 г. са приети нови регулаторни промени. Това следва да бъде взето предвид при интерпретацията на резултатите.

Цел на изследването

Основната цел на настоящото изследване е да анализира състоянието на грижата за хората с диабет тип 1 и тип 2 в България, като идентифицира основните предизвикателства пред пациентите и медицинските специалисти и очертае възможности за подобряване на достъпа, ефективността и качеството на предоставяната грижа.

Задачи на изследването

За постигане на поставената цел са формулирани следните основни задачи:

- Да се проследи пътят на пациента с диабет - от диагностицирането, през лечението, до ежедневното управление на заболяването.
- Да се идентифицират основните затруднения, свързани с достъпа до терапия, медицински изделия и специализирана медицинска помощ.
- Да се анализира финансовата и административната тежест върху пациентите.
- Да се изследва гледната точка на ендокринолозите относно поведението на пациентите, придържането към терапия и ограниченията в клиничната практика.
- Да се установят несъответствията между нормативно регламентираните механизми и реалното функциониране на системата.
- Да се формулират изводи и препоръки за подобряване на грижата за хората с диабет.

Обект на изследването

Обект на изследването е системата на здравна грижа за хората с диабет в България, включително механизмите за диагностика, лечение, проследяване и достъп до медицински изделия и услуги.

Предмет на изследването

Предмет на изследването са преживяванията, нагласите и реалните практики на пациентите с диабет и медицинските специалисти, както и взаимодействието им със здравната система в контекста на достъпа до лечение, административните процедури и качеството на предоставяната грижа.

Ограничения на изследването

Настоящото изследване има качествен характер и се основава на целенасочено подбрана извадка, което не позволява статистическа представителност на резултатите за цялата популация от хора с диабет в България. В този смисъл изводите следва да бъдат интерпретирани като индикация за основни тенденции и системни проблеми, а не като количествено измерване на тяхната честота. Извадката включва участници от различни региони на страната, но въпреки това не обхваща в пълна степен всички възможни социално - икономически и демографски групи. Възможно е определени специфични групи пациенти да са недостатъчно представени.

Допълнително ограничение произтича от динамиката на нормативната рамка. По време на провеждане на изследването са били в сила предходни изисквания за диагностика и лечение, като към края на 2025 г. са въведени нови регулации. Това следва да бъде отчетено при интерпретацията на част от констатациите. Въпреки тези ограничения, изследването предоставя задълбочена качествена информация и позволява идентифициране на повтарящи се модели, нагласи и системни дефицити в грижата за хората с диабет.

Етични въпроси

Изследването е проведено при спазване на основните етични принципи в социалните и здравни изследвания, включително доброволно участие, информирано съгласие и гарантиране на конфиденциалност на участниците. Всички участници са били предварително информирани за целите на изследването, начина на използване на събраната информация и правото им да прекратят участието си по всяко време без негативни последици. Събраните данни са обработвани и анализирани при спазване на принципите за анонимност и защита на личните данни, като не се допуска идентифициране на конкретни участници в представените резултати. Особено внимание е отделено на чувствителния характер на темата, свързана със здравословното състояние на участниците, като е гарантирано уважение към тяхното достойнство, личен опит и индивидуални преживявания.

ТРЕТА ЧАСТ.

ПАЦИЕНТСКАТА ГЛЕДНА ТОЧКА ВЪРХУ ГРИЖАТА ЗА ДИАБЕТА В БЪЛГАРИЯ - ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА, НЕРАВЕНСТВА И СИСТЕМНИ ДЕФИЦИТИ

Пациентската перспектива, очертана в рамките на фокус групите, показва, че диабетът не се преживява единствено като медицинска диагноза, а като състояние на продължително натоварване, в което лечението, самоконтролът, административните изисквания и финансовите разходи са неразделно свързани. Най-силното внушение в споделеното от пациентите не е свързано само със заболяването като такова, а с усещането, че системата не улеснява справянето с него, а го прави по-трудно, по-скъпо и по-изморително. Участниците описват управлението на диабета като съвкупност от постоянни усилия, в които медицинската необходимост е преплетена с бюрокрация, несигурност и допълнителни разходи.

Диабетът като Всекидневна административна тежест

Един от най-ясно изразените проблеми в пациентските разкази е превръщането на хроничното заболяване в административен маршрут. Подновяването на рецепти на всеки три месеца, необходимостта от периодични посещения при общопрактикуващ лекар, както и хоспитализацията при промяна на инсулиновата терапия се възприемат не като елементи на добра проследяваща грижа, а като допълнителни бариери. Пациентите не оспорват нуждата от медицински контрол. Проблемът е, че той е организиран по начин, който изисква многократно физическо присъствие, време, транспорт, чакане и адаптиране на ежедневието към процедурите на системата. Тази тежест се преживява особено силно от хора с ограничена подвижност, напреднала възраст и съпътстващи заболявания. При тях всяко допълнително посещение в кабинет или лечебно заведение не е просто формалност, а организационно и физическо изпитание. Така за част от пациентите лечението не е само редовен прием на медикаменти и контрол на кръвната захар, а постоянно изпълнение на изисквания, които отнемат ресурс и изчерпват личния капацитет за справяне. Това е особено важно, защото показва, че в настоящия си вид системата не отчита реалния живот на хронично болния човек.

Оттук се извежда първи ключов извод - **за пациентите проблемът не е само в медицинската терапия, а в начина, по който тя е администрирана.** Това означава, че всяка реформа, която се фокусира единствено върху лекарства и изделия, без да промени процедурния път на пациента, ще остане частична. Като решение тук се

очертават няколко ясни насоки, сред които удължаване на валидността на рецептите и протоколите при стабилни пациенти, намаляване на задължителните физически посещения при липса на медицинска необходимост, въвеждане на повече електронни и дистанционни форми на проследяване и преразглеждане на изискването за хоспитализация при промяна на инсулин, когато това не е клинично наложително. Такива мерки биха намалили натоварването без да влошават контрола.

Финансовата тежест като системен риск за управлението на диабета

Финансовото натоварване върху пациентите с диабет се очертава не само като съпътстващ проблем, а като един от ключовите фактори, които определят ефективността на лечението и възможността за устойчив контрол на заболяването. Данните от проведените фокус групи показват, че значителна част от разходите, свързани с лечението и самоконтрола, се поемат пряко от пациентите, въпреки наличието на публично финансиране. Тази финансова тежест има комплексен характер и се проявява в няколко взаимосвързани направления.

Пациентите споделят, че **част от медикаментите, включително съвременни терапии, достигат стойности над 100 лева месечно и често се заплащат частично или изцяло от тях**. Към това се добавят разходите за тест-ленти, които в много случаи са недостатъчни като количество и налагат допълнително закупуване. Недостатъчният брой тест-ленти е особено критичен, тъй като те са основен инструмент за всекидневен самоконтрол. Когато пациентът не разполага с достатъчно средства за измерване на кръвната захар, той е принуден да прави компромиси, като например да измерва по-рядко, да пропуска проверки или да използва приблизителни оценки вместо реални данни. Това пряко увеличава риска от хипо- и хипергликемични състояния и води до по-лош контрол на заболяването. В този смисъл, финансовият дефицит не е просто икономически въпрос, а фактор, който влияе директно върху медицинските резултати.

Освен директните разходи за медикаменти и консумативи, **пациентите поемат и редица скрити разходи, които често остават извън официалните разчети** на системата. Това включва заплащане на изследвания, които не се покриват напълно, допълнителни прегледи при специалисти, както и транспортни разходи, особено за пациенти извън големите градове. За хората с хронично заболяване тези разходи не са еднократни, а се натрупват във времето. Дори относително малки суми, когато са регулярни, се превръщат в значителна финансова тежест. Това е особено валидно за пенсионери и хора с по-ниски доходи, при които

бюджетът е ограничен и всяко допълнително плащане изисква пренареждане на основни разходи.

Един от най-слабо адресираните, но ясно изразени проблеми в пациентската перспектива е **финансовата тежест на хранителния режим**. Пациентите посочват, че спазването на препоръчана диета може да достигне разходи от порядъка на 300-400 евро месечно. Това поставя сериозен въпрос за реалистичността на терапевтичните препоръки. Хранителният режим е основен елемент от контрола на диабета, особено при тип 2, но когато той е икономически недостъпен, пациентът се оказва в ситуация на невъзможност да спазва медицинските указания. В резултат, вината за лошия контрол често се прехвърля върху пациента, въпреки че причината е структурна. Така диетата се превръща от терапевтичен инструмент в източник на емоционално напрежение и фрустрация. Това подкопава доверието в препоръките и води до демотивация.

Особено проблемен е **преходът от детска към зряла възраст**. Данните показват, че пациентите под 18 години получават тест-ленти, докато след навършване на 18 години тази подкрепа значително намалява или отпада, което води до необходимост от доплащане. Този рязък преход създава неравенство, което не е обосновано от медицинска гледна точка. Напротив, именно в този период младият човек трябва да поеме по-голяма отговорност за управлението на заболяването, а намаляването на подкрепата затруднява този процес. От пациентска перспектива това се възприема като внезапна загуба на усещането за сигурност и подкрепа, което може да доведе до влошаване на контрола и до по-голям риск от усложнения.

Един от най-съществените ефекти на финансовия натиск е **промяната в поведението на пациентите**. Когато ресурсите са ограничени, те започват да приоритизират разходите, което често означава компромиси със здравето. Това може да включва по-рядко измерване на кръвната захар, отлагане на прегледи, пропускане на изследвания, непълно спазване на терапията или отказ от препоръчана диета.

Финансовата тежест върху пациентите има и макроикономически ефект. Когато пациентите не могат да поддържат адекватен контрол, рискът от усложнения се увеличава, което води до повече хоспитализации, по-скъпо лечение и по-високи разходи за системата в дългосрочен план. На практика ограничаването на разходите в краткосрочен план чрез прехвърляне на тежестта върху пациентите може да доведе до по-високи разходи в бъдеще. С други думи, настоящият модел е икономически неефективен.

Недостатъчен достъп до средства за самоконтрол като системен дефицит

Самоконтролът на кръвната захар представлява основен елемент в управлението на диабета и е пряко свързан с възможността за предотвратяване на остри състояния и дългосрочни усложнения. В този смисъл достъпът до средства за измерване (тест-ленти и сензори) не следва да се разглежда само като допълващ компонент на лечението, а като негова съществена част. Въпреки това, анализът на пациентското мнение показва, че именно в тази област съществуват съществени ограничения, които затрудняват ефективния контрол на заболяването.

Пациентите последователно посочват, че количествата тест-ленти, които получават, са недостатъчни спрямо реалните им нужди. Отпусканите количества често не позволяват поддържане на препоръчителната честота на измерване, което води до необходимост от допълнително закупуване със собствени средства или до ограничаване на самия контрол. В резултат **част от пациентите са принудени да намалят честотата на измерванията** или да разчитат на субективна преценка за състоянието си, което увеличава риска от неадекватно управление на заболяването. В този контекст тест-лентите се превръщат не само в консуматив, а в критичен ресурс, чиято недостатъчност има пряко отражение върху безопасността на пациента.

Паралелно с това се наблюдава противоречива тенденция в политиките за достъп до средства за самоконтрол. От една страна, се отчита увеличаване на броя на пациентите, които използват сензори за продължително мониториране на глюкозата, което е положителна стъпка към модернизиране на грижата. От друга страна, се регистрира намаляване на достъпа до тест-ленти, които остават основен инструмент за голяма част от пациентите. Това създава структурен дисбаланс, при който част от пациентите не разполагат нито с достатъчно тест-ленти, нито с достъп до съвременни технологии, което поставя под въпрос последователността и ефективността на политиката в тази област.

Допълнителен проблем представляват ограниченията, свързани с достъпа до сензори. Критериите, обвързани с конкретни терапевтични режими и стойности на гликирания хемоглобин, изключват част от пациентите, които биха имали реална полза от използването на тези технологии. Това води до ситуация, при която достъпът до по-съвременни средства за контрол не се определя единствено от медицинската необходимост, а и от административни изисквания, които не винаги отразяват индивидуалните потребности. От пациентска гледна точка това се възприема като несправедливо и нелогично, особено в случаи, в които добрият контрол на заболяването може да доведе до ограничаване на достъпа до допълнителна подкрепа.

Наблюдават се и съществени различия в достъпа до средства за самоконтрол в зависимост от типа диабет. Докато при диабет тип 1 съществува по-ясно регламентиран достъп до сензори, при диабет тип 2 той остава значително по-ограничен, въпреки че част от пациентите биха имали съществена полза от подобни технологии. Това показва, че системата не е достатъчно гъвкава и не отчита индивидуалната клинична необходимост, а по-скоро прилага групов подход, който води до неравенства. В същото време самият достъп до технологии не гарантира тяхното ефективно използване. Част от пациентите, особено във възрастовата група над 60 години, срещат затруднения при работа с дигиталните приложения, свързани със сензорите. Липсата на системно обучение и подкрепа води до непълно използване на възможностите на устройствата, а в някои случаи и до отказ от тяхното използване. Това показва, че внедряването на технологии без съпътстващи образователни мерки създава нови форми на неравенство, свързани с дигиталната грамотност.

Самоконтролът, като ключов елемент от лечението, е поставен в условия на ограничен, неравномерен и частично противоречив достъп. Това пряко се отразява върху качеството на управление на заболяването, увеличава риска от усложнения и води до по-високо натоварване на здравната система в дългосрочен план. В този смисъл ограничаването на достъпа до средства за самоконтрол не представлява икономия на ресурс, а по-скоро отлагане на по-значителни разходи във времето.

Технологиите като Възможност и източник на нови неравенства

Въвеждането на съвременни технологии в грижата за диабета, включително системи за продължително мониториране на глюкозата и свързаните с тях мобилни приложения, представлява съществена стъпка към подобряване на контрола на заболяването. От пациентска гледна точка тези технологии се възприемат като значително облекчение в ежедневно управление на диабета, тъй като позволяват по-често и по-прецизно проследяване на стойностите, намаляват необходимостта от многократни убождания и създават възможност за по-бърза реакция при промени в състоянието.

Въпреки това, анализът на събраните данни показва, че **достъпът до технологии не води автоматично до равен достъп до ефективно лечение**. Напротив, в рамките на пациентската перспектива се очертава нов тип неравенство, свързан не толкова с наличието на технологиите, колкото с възможността за тяхното пълноценно използване. Част от пациентите, особено във възрастовите групи над 60 години, срещат сериозни затруднения при работа с мобилните приложения, които са

неразделна част от функционирането на сензорите. Липсата на дигитални умения, както и ограничената подкрепа при въвеждането на тези технологии, водят до ситуации, в които пациентът формално разполага с устройство, но не използва неговия пълен потенциал. Това разкрива важен структурен проблем - внедряването на технологии без съпътстваща система за обучение и подкрепа създава привиден, но не и реален достъп. За част от пациентите технологиите се превръщат в източник на допълнително напрежение, свързано с необходимостта от усвояване на нови умения, адаптиране към дигитална среда и зависимост от близки или медицински специалисти за интерпретация на данните. В този **смисъл дигитализацията на грижата, макар и с потенциал за подобрене, може да задълбочи съществуващи неравенства**, ако не бъде съпроводена с адекватна образователна и организационна подкрепа.

Особено показателна е ролята на технологиите при децата с диабет, където те имат не само медицинска, но и социална функция. Възможността родителите да следят нивата на кръвната захар чрез мобилни приложения формира допълнително усещане за сигурност и контрол, което е от съществено значение за ежедневието на семействата. В същото време, липсата на достатъчно информация и обучение относно използването на тези приложения ограничава потенциала им и поставя родителите в ситуация на несигурност. Използването на технологии изисква също така достъп до смартфони, интернет връзка и базови дигитални умения, които не са равномерно разпределени в различните социални групи. Това означава, че част от пациентите, въпреки формалното наличие на технология, могат да бъдат практически изключени от нейните ползи. От аналитична гледна точка това показва, че технологиите не са неутрален инструмент, а фактор, който може както да намали, така и да задълбочи неравенствата в системата. Тяхната ефективност зависи не само от медицинските им характеристики, но и от начина, по който са интегрирани в грижата, както и от подкрепата, която пациентите получават при тяхното използване.

В този контекст се очертава **необходимостта от по-цялостен подход към внедряването на технологии в лечението на диабета.** Това включва не само осигуряване на достъп до устройствата, но и създаване на структурирани програми за обучение на пациенти и техните близки, адаптирани към различни възрастови и социални групи. Необходимо е също така разработване на по - достъпни и интуитивни дигитални решения, както и активна роля на медицинските специалисти в процеса на обучение и подкрепа. Технологиите имат потенциала да трансформират грижата за диабета, но без адекватна подкрепа те рискуват да се превърнат в нов източник на неравенство. Това поставя въпроса не само за достъпа до технологии, но и за способността на системата да гарантира тяхното ефективно и равнопоставено използване.

Хранителният режим като подценен социален и икономически фактор в управлението на диабета

Хранителният режим е сред основните компоненти на терапевтичния подход при диабет, особено при диабет тип 2, където той играе ключова роля в поддържането на стабилни нива на кръвната захар и в превенцията на усложнения. Въпреки това, анализът на пациентската обратна връзка показва, че диетата не се възприема като лесно приложим или устойчив елемент от лечението, а като едно от най-трудните и често най-обременяващи изисквания, с които пациентите трябва да се справят.

Пациентите последователно описват хранителния режим като сериозно предизвикателство, което изисква не само дисциплина, но и значителен финансов ресурс. **В рамките на фокус групите се посочва, че спазването на подходяща диета може да достигне разходи от порядъка на 300-400 евро месечно**, което за голяма част от участниците представлява съществена част от техния бюджет. Това поставя под въпрос реалистичността на терапевтичните препоръки, когато те не са съобразени със социално-икономическите възможности на пациентите. В този контекст хранителният режим престава да бъде чисто медицинска препоръка и се превръща в социален въпрос. За пациенти с по-ниски доходи, пенсионери или хора с допълнителни здравословни проблеми, спазването на диетата изисква постоянен избор между здравето и други основни нужди. Това създава напрежение и води до компромиси, които често се интерпретират като липса на дисциплина, но всъщност са резултат от ограничени възможности. Особено показателни са случаите на възрастни пациенти, при които хранителният режим се преживява не като подкрепа, а като ограничение, което влошава качеството на живот. Примерът с възрастна жена, която трудно понася строгата диета и я възприема като форма на лишаване, показва ясно разминаването между медицинските препоръки и реалния живот на пациента. В подобни ситуации строгото следване на диетични изисквания не само не води до по-добър контрол, но може да предизвика отказ, демотивация и влошаване на общото състояние.

Анализът показва, че настоящият подход към храненето често е стандартизиран и не отчита индивидуалните особености на пациента - възраст, съпътстващи заболявания, социална среда и икономически възможности. Това води до ситуация, в която диетата се възприема като външно наложено изискване, а не като подкрепящ инструмент за управление на заболяването. Липсата на персонализирани насоки и на системна диетологична подкрепа допълнително задълбочава този проблем. В допълнение, хранителният режим изисква не само финансов ресурс, но и време, знания и достъп до подходящи продукти. За пациенти, живеещи в по-малки населени

места или с ограничен достъп до разнообразни храни, изпълнението на диетичните препоръки може да бъде още по-трудно. Това показва, че храненето като част от лечението не може да бъде разглеждано изолирано от по-широкия социален контекст. От пациентска гледна точка диетата често се асоциира с чувство за ограничение, вина и неуспех, когато не може да бъде спазена. Това има и психологически ефект, който влияе върху мотивацията за поддържане на терапията като цяло. Когато хранителният режим се възприема като непостижим, той престава да бъде ефективен инструмент и се превръща в допълнителен източник на стрес.

В този смисъл анализът показва, че хранителният режим е системно подценен като фактор в управлението на диабета. Той не е просто въпрос на индивидуален избор или дисциплина, а резултат от взаимодействието между медицинските препоръки и социално-икономическите условия на пациента.

Психологическата тежест и натрупващата се умора като невидим, но критичен фактор

Един от най-съществените, но често подценявани аспекти в управлението на диабета е психологическата тежест, която съпътства заболяването. В рамките на проведените фокус групи **участниците нееднократно формулират преживяването си чрез усещането за натрупваща се умора** - не само от самото заболяване, но и от начина, по който системата изисква то да бъде управлявано. Тази умора не се изчерпва с физическото натоварване, свързано с ежедневния самоконтрол, спазването на диета и прием на медикаменти. Тя включва и постоянната необходимост от адаптиране към административни изисквания, справяне с финансови ограничения и вземане на ежедневни решения, които имат пряко отражение върху здравето. **Управлението на диабета не е периодично усилие, а непрекъснат процес, който изисква постоянна концентрация и ангажираност.** Това води до натрупване на психично напрежение, което с времето се превръща в устойчиво състояние на изтощение. Особено показателно е, че част от участниците не акцентират първо върху финансовите разходи, а върху чувството за изчерпване. Те описват ежедневието си като постоянна борба - не само със заболяването, но и със системата, която изисква от тях да изпълняват редица формални процедури. В този смисъл **умората се явява резултат от натрупването на множество малки, но постоянни натоварвания, които сами по себе си може да изглеждат управляеми, но в своята съвкупност създават значителен психологически натиск.**

Този аспект има пряко отражение върху поведението на пациентите.

Когато човек е продължително изтощен, способността му да поддържа стриктен контрол върху заболяването намалява. Това може да се прояви под формата на пропускане на измервания, неспазване на диетични препоръки или отлагане на медицински прегледи. Важно е да се подчертае, че тези поведения не са резултат от липса на отговорност, а от ограничен психически ресурс. В този смисъл психологическата умора се превръща във фактор, който пряко влияе върху медицинските резултати. Допълнителен елемент е усещането за липса на подкрепа и разбиране. Част от пациентите споделят, че преживяването на диабета често остава невидимо за околните, включително за институциите. Заболяването изисква постоянна ангажираност, но тази ангажираност рядко се разпознава като натоварване. Това създава чувство за самостоятелно справяне с проблем, който по същество е хроничен и системен.

Психологическата тежест се усилва и от усещането за несигурност, свързано с бъдещето на заболяването. Рискът от усложнения, необходимостта от постоянен контрол и липсата на предвидимост в развитието на състоянието създават допълнително напрежение. Когато към това се добавят финансови ограничения и административни бариери, пациентът се оказва в ситуация, в която усещането за контрол върху собственото здраве е ограничено. Особено уязвими в този контекст са възрастните пациенти, както и тези с дългогодишно заболяване, при които натрупването на усилия във времето води до изчерпване на мотивацията. При тях се наблюдава риск от постепенно оттегляне от активното управление на заболяването, което увеличава вероятността от влошаване на състоянието.

Анализът показва, че настоящият модел на грижа не отчита в достатъчна степен психологическото измерение на диабета. Системата е фокусирана основно върху медицинските показатели и административните изисквания, но не включва достатъчно механизми за подкрепа на психичното благополучие на пациентите. Това създава дисбаланс, при който от пациента се очаква високо ниво на ангажираност, без да се осигуряват необходимите ресурси за неговото поддържане. В този смисъл психологическата умора не е вторичен ефект, а структурен проблем, който влияе върху ефективността на лечението. Нейното пренебрегване води до намаляване на придържането към терапията, влошаване на контрола и увеличаване на риска от усложнения. Това означава, че интегрирането на психологическа подкрепа в грижата за диабета не е допълнение, а необходим елемент от цялостния подход.

Регионални различия и неравен достъп до лечение и технологии

Анализът на пациентската перспектива показва, че достъпът до лечение, медицински изделия и специализирана помощ при диабет не е равномерно разпределен в страната, а в значителна степен зависи от географското местоположение на пациента. **Макар нормативната рамка да е еднаква за всички, реалното ѝ приложение води до съществени различия между големите градове и по - малките населени места.** Един от най-ясните индикатори за това неравенство е централизацията на ключови медицински решения и процедури. Комисиите, които одобряват използването на сензори и други технологии, са разположени основно в ограничен брой големи градове, като София, Варна, Пловдив и Плевен, а за възрастни пациенти - предимно в София и Варна. Това означава, че пациенти от по-малки населени места, включително региони като Разград, Търговище, Силистра или Сливен, трябва да пътуват значителни разстояния, за да получат достъп до процедури, които са част от стандартната грижа. Това пътуване не е еднократен процес, а често се налага да бъде повтаряно във времето, което създава допълнителна финансова, организационна и физическа тежест. **За пациенти с ограничени доходи или здравословни затруднения необходимостта от пътуване може да се превърне в реална бариера за достъп до лечение.** В този смисъл географската дистанция се превръща във фактор, който ограничава възможностите за получаване на адекватна грижа.

Регионалните различия се проявяват и в достъпа до медицински специалисти. В по - малките населени места пациентите често разчитат на ограничен брой ендокринолози или на общопрактикуващи лекари, които не винаги разполагат с достатъчно време или ресурс за задълбочено проследяване. Това може да доведе до по - рядко наблюдение, забавяне в корекциите на терапията и ограничен достъп до актуална информация относно нови възможности за лечение.

Анализът показва, че моделът на организация на услугите не отчита достатъчно регионалните специфики и създава условия за концентрация на ресурси в големите градове. Това води до дисбаланс, който не може да бъде преодолян само чрез нормативни промени, а изисква целенасочена политика за децентрализация и разширяване на достъпа. В този контекст необходимите решения включват разширяване на мрежата от специалисти, както и използване на дистанционни форми на консултация и проследяване. Подобен подход би позволил намаляване на зависимостта от географското местоположение и би създал по-равнопоставен достъп до грижа.

Емпирични данни и конкретни примери от пациентската перспектива

Споделеното дотук се подкрепя от редица конкретни примери и наблюдения, които ясно илюстрират ежедневните предизвикателства при управлението на диабета.

Пациентите последователно посочват административните изисквания като съществено затруднение в ежедневието си. Подновяването на рецепти на всеки три месеца и задължителните посещения при личния лекар, включително проследяване на всеки четири месеца, се възприемат като излишна бюрокрация, особено от хора с ограничена подвижност. **Допълнително напрежение създава изискването за хоспитализация при промяна на инсулиновата терапия,** което води до допълнителни разходи и организационни трудности.

В същото време финансовата тежест остава значителен фактор. Част от пациентите съобщават за разходи за медикаменти над 100 лева месечно, които в голяма степен се покриват от тях самите. Ограниченията в достъпа до средства за самоконтрол също са ясно изразени. Отпусканите 150 тест-ленти за пенсионери се оказват недостатъчни и стигат едва за около два месеца, което налага допълнително доплащане или компромиси в честотата на измерване.

Сериозен проблем представляват и критериите за достъп до сензори за непрекъснат мониторинг. Пациентите посочват, че изискването за високи стойности на гликирания хемоглобин (например 8.5 единици) изключва голяма част от хората с подобър контрол, които биха имали полза от тези технологии. Допълнително ограничение е обвързването на достъпа до сензори с конкретен тип терапия, като в редица случаи право на тях имат само пациенти, лекувани с бърз инсулин. Наред с това, въвеждането на нови технологии не е съпроводено с достатъчна подкрепа за пациентите. Съществуват мобилни приложения за работа със сензори, които се препоръчват от специалистите, но липсва системно обучение за тяхното използване. Това създава сериозни затруднения, особено за възрастните пациенти. Сходен проблем се наблюдава и при родителите на деца с диабет, за които липсва достатъчна информация и подкрепа при използването на дигитални инструменти за проследяване.

Хранителният режим се очертава като едно от най-трудно изпълнимите изисквания. Пациентите посочват, че строгите диетични ограничения често са несъвместими с техните реални възможности и начин на живот. Показателен е случаят на 90-годишна жена с дългогодишен диабет, при която е установен гликиран хемоглобин от 12 единици и е назначена терапия с медикамент на стойност 144 лева месечно. За нея строгата диета се възприема като тежко ограничение, което влошава качеството ѝ на живот, включително забрана за консумация на основни храни като картофи и ориз.

Най-значимо обаче се откроява не финансовият, а психологическият аспект на заболяването. **Пациентите често описват състояние на натрупваща се умора, породена от необходимостта постоянно да се съобразяват с диети, ограничения, административни изисквания и контролни механизми.** Това превръща хроничното заболяване не само в медицинско състояние, а в продължителен процес на справяне със система от изисквания.

Наред с проблемите, пациентите посочват и добри практики, които биха могли да бъдат допълнени. Като положителен пример се дава използването на пациентски карти, подобни на тези, разработени от фармацевтични компании, които съдържат информация за терапията и позволяват бърза реакция при спешни състояния.

Предложенията на пациентите

Анализът на пациентската перспектива показва, че съществуващите затруднения в управлението на диабета не са изолирани проблеми, а взаимосвързана система от бариери, които се натрупват и взаимно усилват. Пациентите не оспорват необходимостта от лечение, контрол или регулация, а начина, по който системата е организирана и функционира в практиката. Основният извод е, че грижата за диабета често се преживява не като подкрепящ процес, а като последователност от административни, финансови и организационни изисквания, които изискват значителен личен ресурс. В резултат управлението на заболяването се превръща в комплексно усилие, в което пациентът трябва постоянно да балансира между медицинските препоръки и ограниченията на реалния си живот.

Пациентите идентифицират дефицит не само на ресурси, но и на логика, последователност и предвидимост в системата. Наблюдава се разминаване между нормативно регламентирания модел на грижа и реалния достъп до лечение, самоконтрол и подкрепа. Това води до усещане за неравнопоставеност, натрупваща се умора и постепенно намаляване на възможността за устойчив контрол върху заболяването.

В този контекст могат да бъдат изведени ключови направления за подобрение, които отразяват пряко преживяванията и нуждите на пациентите, които са структурирани в следващата таблица:

Идентифициран проблем	Последици за пациента	Възможни решения
Административна тежест	Чести посещения, кратки срокове на рецепти, хоспитализация при промяна на терапия	Удължаване на сроковете на рецепти и протоколи; намаляване на задължителните посещения; отпадане на ненужна хоспитализация
Висока финансова тежест	Доплащане за медикаменти, тест-ленти, изследвания и диета	Разширяване на покритието от НЗОК; намаляване на доплащането; по-добро обезпечаване на консумативите
Ограничен достъп до тест-ленти	Недостатъчни количества, необходимост от доплащане	Осигуряване на достатъчен брой тест - ленти според реалните нужди
Ограничен достъп до сензори	Строги критерии, изключване на пациенти с добър контрол	Разширяване на достъпа; премахване на ограничителни критерии, които не са медицински обосновани
Липса на обучение за технологии	Затруднения при използване на сензори и приложения, особено при възрастни	Въвеждане на структурирани обучителни програми за пациенти и семейства
Трудно изпълним хранителен режим	Висока цена на диетата, липса на индивидуален подход	Осигуряване на достъп до диетологична подкрепа; адаптиране на препоръките към социалния контекст
Психологическа умора и демотивация	Натрупване на стрес, намалена ангажираност с лечението	Интегриране на психологическа подкрепа в грижата; намаляване на административното натоварване
Регионални неравенства	Ограничен достъп до специалисти и комисии извън големите градове	Децентрализация на услугите; развитие на регионални центрове; дистанционни консултации
Възрастови неравенства	Намалена подкрепа след 18 г.	Осигуряване на плавен преход и запазване на подкрепата при млади възрастни

Пациентската гледна точка показва, че управлението на диабета в България изисква значителен личен ресурс, който надхвърля медицинските аспекти на заболяването. За **пациентите лечението не е просто следване на терапия, а ежедневно справяне с административни изисквания, финансови ограничения и необходимост от постоянни решения**. Тази натрупваща се тежест влияе не само върху качеството на живот, но и върху възможността за устойчив контрол на заболяването. Историите на пациентите показват, че подобряването на системата изисква не само повече ресурси, но и по-човешки, предвидим и подкрепящ подход към хората, които живеят с диабет.

Пациентската гледна точка през думите на пациентите

„Не е само болестта, най-трудното е всичко около нея.“ (И. П., жена, 52 г., диабет тип 2, гр. София)

„Имам чувството, че трябва да съм и пациент, и администратор на собственото си лечение.“ (Г. М., мъж, 45 г., диабет тип 1, гр. Пловдив)

„Когато нямаш достатъчно тест-ленти, започваш да гадаеш, а това е опасно.“ (С. Д., жена, 67 г., диабет тип 2, гр. Силистра)

„Диетата не е проблем, ако можеш да си я позволиш.“ (Н. К., мъж, 39 г., диабет тип 2, гр. Варна)

„Когато навърших 18 години, изведнъж всичко стана по-трудно, все едно здравеопазването забрави за мен.“ (А. Т., жена, 19 г., диабет тип 1, гр. Шумен)

„Технологиите помагат, но ако някой ти покаже как да ги използва.“ (П. В., мъж, 63 г., диабет тип 2, гр. Разград)

„Понякога не се отказваш от лечението, а просто се изморяваш.“ (Р. С., жена, 58 г., диабет тип 1, гр. Сливен)

„Не искам повече неща, искам всичко в здравеопазването за диабета да е по-лесно“ (Д.Х., мъж, 47 г., диабет тип 2, гр. Търговище)

„Живея с диабет всеки ден, но системата не живее с мен.“ (Е.Л., жена, 34 г., диабет тип 1, гр. Варна)

ЧЕТВЪРТА ЧАСТ.

ОГРАНИЧЕНИЯТА НА СИСТЕМАТА И КОМПРОМИСИТЕ В КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА ПРЕЗ ПОГЛЕДА НА ЛЕКАРИТЕ

Гледната точка на медицинските специалисти не само потвърждава изводите от пациентската, но и разкрива конкретните механизми, чрез които системните ограничения се проявяват в ежедневната клинична практика. Интервютата с ендокринолози показват, че основните затруднения в грижата за диабета не произтичат единствено от медицинската сложност на заболяването, а в значителна степен от нормативната и организационната рамка, която регулира достъпа до лечение, диагностика и проследяване.

Достъпът до изследвания, терапия и лечение

Един от най-съществените проблеми е свързан с критериите на Националната здравноосигурителна каса за достъп до терапия. Лекарите описват конкретни ситуации, в които пациент с гликиран хемоглобин 7.5 започва лечение с минимално доплащане, но след подобрение до 7.2 губи право на същата терапия и трябва да заплаща значително по-висока сума. Този пример ясно илюстрира парадокс в системата – подобряването на състоянието води до ограничаване на достъпа до лечение. В резултат **лекарят е поставен в ситуация да обяснява на пациента защо терапия, която работи, не може да бъде продължена при същите условия.** Това не само подкопава доверието в системата, но и прехвърля отговорността за нормативни ограничения върху медицинския специалист. Сходни ограничения се наблюдават и при достъпа до технологии за самоконтрол. Според лекарите изискванията за отпускане на сензори, включително обвързването им с определени стойности на гликирания хемоглобин и тип терапия, изключват значителен брой пациенти, които биха имали реална полза от тях. Особено проблематично е, че пациенти с добър контрол често не отговарят на критериите, въпреки че именно технологиите биха могли да подпомогнат поддържането на този контрол в дългосрочен план.

Друг ключов проблем е ограниченото покритие на диагностични изследвания. Лекарите посочват, че редица важни изследвания, включително електромиография, хормонални показатели и образна диагностика, не се заплащат от НЗОК или са ограничени по честота. В резултат пациентите са принудени да ги заплащат със собствени средства, което често води до отлагане или пропускане на изследвания. От клинична гледна точка това означава, че решенията се вземат при

непълна информация, а възможността за ранно откриване на усложнения се намалява. Лекарите подчертават, че този модел измества фокуса от превенция към лечение на вече настъпили усложнения, което е както по-рисково за пациента, така и по-скъпо за системата.

Административната тежест допълнително усложнява работата на медицинските специалисти. Те съобщават за чести проверки, които могат да отнемат часове от работното време, както и за санкции при превишаване на лимити за изследвания, дори когато тези изследвания са медицински обосновани. Това създава среда, в която лекарите са принудени да балансират между нуждите на пациента и риска от административни последици. В резултат част от времето, което би следвало да бъде посветено на диагностика и консултация, се насочва към изпълнение на формални изисквания. **Допълнително напрежение възниква и поради централизираните механизми за одобрение на лечение.** Лекарите посочват, че в някои случаи решенията за терапия се вземат извън пряката връзка лекар–пациент и не винаги от специалисти по ендокринология. Това ограничава клиничната автономия и води до забавяне на лечението, като същевременно отговорността за крайния резултат остава при лекуващия лекар. Подобен модел се възприема като формализиран и недостатъчно съобразен с индивидуалния клиничен случай. Всички тези фактори водят до натрупване на професионално напрежение. Лекарите са наясно какво би било най-подходящото лечение, но често не могат да го приложат в пълния му обем. Това създава усещане за работа в условия на компромис и ограничена ефективност, което се отразява както върху качеството на грижата, така и върху мотивацията на специалистите.

Централизираната система ограничава лекарските решения

Медицинските специалисти идентифицират като съществен проблем организацията на процесите по одобрение на лечение и медицински изделия чрез централизирани комисии. Този модел, въведен с цел контрол и стандартизиране, на практика води до допълнително усложняване на достъпа до терапия и ограничаване на клиничната автономия на лекуващия лекар. В сегашната система решенията за започване или промяна на определени терапии, включително използването на сензори или инсулинови помпи, често зависят от одобрение на комисии, които функционират в ограничен брой лечебни заведения. Това означава, че дори когато лекуващият специалист е направил ясна клинична преценка, окончателното решение се взема извън пряката връзка лекар–пациент. От гледна точка на медицинските специалисти този модел създава няколко съществени проблема. На първо място, той удължава времето за достъп до лечение. **Процесът**

на кандидатстване, разглеждане и одобрение по-скоро е бавен и изисква допълнителни административни действия, което забавя започването на терапия, която може да бъде клинично необходима в конкретния момент. Също така, централизираният характер на тези комисии създава допълнителни затруднения за пациентите, особено за тези извън големите градове. Необходимостта от явяване пред комисия или преминаване през централизирана процедура увеличава организационната и финансова тежест и ограничава реалния достъп до лечение. Съществен аспект на проблема е и **възприятието на лекарите, че решенията не винаги се вземат от специалисти със съответната експертиза или с достатъчно познаване на конкретния клиничен случай.** Това поставя под въпрос качеството на оценката и създава усещане за формализиране на процеса, при което индивидуалните особености на пациента остават на заден план. В този контекст се наблюдава ограничаване на клиничната автономия. Лекуващият лекар, който носи отговорност за пациента и познава в детайл неговото състояние, не разполага с пълната свобода да вземе решение за най-подходящото лечение. Вместо това, той е принуден да се съобразява с външни процедури и решения, което води до фрагментиране на отговорността и до отслабване на ролята на медицинската експертиза. **Допълнително напрежение възниква и във взаимоотношенията с пациентите.** Когато дадена терапия не бъде одобрена или се забави, пациентът често възприема това като отказ от страна на лекуващия лекар, въпреки че реалното решение е извън неговия контрол. Това подкопава доверието в лекаря и прехвърля отговорността за системни ограничения върху индивидуалния специалист. От системна гледна точка този модел създава неефективност, като удължава процесите, увеличава административното натоварване и затруднява навременното прилагане на лечение. В същото време той не гарантира непременно по-високо качество на решенията, особено когато липсва достатъчна гъвкавост и индивидуален подход.

Медицинските специалисти, също така, ясно идентифицират **финансовите и социалните фактори като съществена бариера пред ефективното управление на диабета.** От тяхна гледна точка, клиничните резултати не зависят единствено от правилно подбрана терапия, а в значителна степен от възможността на пациента да следва препоръките в контекста на своя реален живот. Лекарите посочват, че значителна част от пациентите изпитват затруднения да поемат разходите, свързани с лечението, включително заплащане за медикаменти, закупуване на тест-ленти, провеждане на допълнителни изследвания и спазване на препоръчания хранителен режим. **Тези ограничения често водят до компромиси, които не са резултат от липса на мотивация, а от обективна невъзможност.** В практиката това се проявява чрез поведение, което лекарите определят като „принудително адаптиране“ - пациентите намаляват честотата на измерване на

кръвната захар, отлагат контролни прегледи или не следват напълно терапията. От медицинска гледна точка това води до по-нестабилен контрол на заболяването и увеличава риска от усложнения, но специалистите подчертават, че причината за тези отклонения често е извън контрола на пациента. Особено внимание се обръща на хранителния режим, който според лекарите остава един от най-трудно приложимите елементи на лечението. Те посочват, че препоръчваната диета изисква както финансов ресурс, така и организационни възможности, които не всички пациенти притежават. В резултат се създава разминаване между медицинските указания и реалната възможност за тяхното изпълнение. Лекарите също така отбелязват, че социалният контекст (възраст, образование, семейна среда и място на живееене) оказва съществено влияние върху способността на пациента да управлява заболяването. Пациенти в по-уязвими социални групи, включително възрастни хора и лица с ограничени доходи, са изложени на по-висок риск от неадекватен контрол, не поради липса на желание, а поради ограничени ресурси. **В този контекст медицинските специалисти често се оказват в ситуация, в която трябва да адаптират терапевтичните си препоръки спрямо реалните възможности на пациента.** Това означава, че лечението не винаги се определя от оптималния медицински стандарт, а от компромис между медицинската необходимост и социално - икономическите ограничения. Това създава допълнително професионално напрежение. Лекарите са наясно какво би било най-подходящото лечение, но в същото време са принудени да се съобразяват с фактори, които не са медицински по своя характер. Това води до усещане за ограничена ефективност на клиничната работа и за невъзможност да се постигнат оптимални резултати. **Така финансовите и социалните ограничения на пациентите не са външен фактор за системата, а неразделна част от нея, която пряко влияе върху резултатите от лечението.** Без тяхното системно адресиране, усилията за подобряване на грижата за диабета остават частично ефективни.

Емоционално и психично натоварване при лекарите

В анализа на интервютата е важно да се обърне внимание и на значителното емоционално натоварване. То натоварване не произтича единствено от сложността на заболяването, а в значителна степен от системните ограничения, в които лекарите упражняват своята практика. **Специалистите описват ежедневието си като процес на постоянно балансиране между медицинската необходимост, административните изисквания и реалните възможности на пациентите.** Това създава усещане за работа в условия на ограничен контрол върху крайния резултат, тъй като значителна част от факторите, които определят ефективността на

лечението, са извън пряката им компетентност. Един от основните източници на напрежение е невъзможността да се приложи оптималното лечение в пълния му обем. **Лекарите посочват, че често са наясно какво би било най-доброто решение за конкретния пациент, но са ограничени от критерии, процедури или финансови бариери.** Това води до усещане за професионален компромис, който се натрупва във времето и влияе върху мотивацията и удовлетвореността от работата. Допълнителен фактор е административната натовареност, която изисква значително време и усилия, без да допринася пряко за подобряване на здравните резултати. Това води до намаляване на времето за работа с пациенти и създава усещане за неефективност в използването на професионалния ресурс. **Взаимоотношенията с пациентите също са източник на напрежение.** Лекарите често се оказват в позицията да обясняват ограничения, които не зависят от тях, включително отказ за определено лечение или забавяне на достъпа до терапия. Това прехвърля част от системното напрежение върху индивидуалната връзка лекар-пациент и може да доведе до разочарование и от двете страни. Натрупването на тези фактори води до повишен риск от професионално изтощение и прегаряне. **Лекарите описват състояние на продължително напрежение, при което чувството за ефективност и контрол намалява, а усилията не винаги водят до очакваните резултати.** Това има не само лични последици за специалистите, но и системни - намалена мотивация, риск от оттегляне от професията или от ограничаване на обема на работа. Особено уязвими са специалистите, работещи в условия на високо натоварване и ограничени ресурси, където липсва достатъчна подкрепа и възможност за разпределяне на отговорностите. **В тези случаи натискът се концентрира върху конкретния лекар, което допълнително увеличава риска от изтощение.**

Регионални различия при достъпа

Гледната точка на медицинските специалисти потвърждава наличието на съществени регионални различия в достъпа до диагностика, лечение и проследяване на пациенти с диабет. Лекарите ясно очертават неравномерното разпределение на ресурси, специалисти и възможности за лечение като един от ключовите системни дефицити, които влияят върху качеството на грижата. Според специалистите, достъпът до ендокринологична помощ е значително по-добър в големите градове, където са концентрирани както медицинските кадри, така и специализираните лечебни заведения. В по-малките населени места пациентите често разчитат на ограничен брой специалисти или на общопрактикуващи лекари, което затруднява редовното проследяване и навременната корекция на терапията. Лекарите посочват, че тази неравномерност води до различия в нивото на контрол на заболяването между отделните региони. Пациентите в по-отдалечени райони по-

често достигат до специалист на по-късен етап или при вече усложнено състояние, което намалява ефективността на лечението и увеличава риска от усложнения. **Особено ясно се откроява проблемът с централизацията на определени процедури и решения.** Както вече беше отбелязано, достъпът до комисии и специализирани центрове е ограничен до няколко големи града. Лекарите подчертават, че това създава допълнителна бариера за пациентите от други региони и води до забавяне в започването или промяната на терапията. **Допълнителен аспект е натоварването на специалистите в различните региони.** В райони с недостиг на кадри лекарите поемат по-голям брой пациенти, което ограничава времето за индивидуален подход и задълбочено проследяване. Това от своя страна влияе върху качеството на грижата и увеличава риска от пропуски в лечението. От гледна точка на медицинските специалисти, тези различия не са резултат от индивидуални фактори, а от структурата на системата, която концентрира ресурси в ограничен брой центрове. Това създава условия за неравнопоставеност, при която мястото на живеене се превръща в определящ фактор за достъпа до качествена медицинска помощ.

Емпирични данни и конкретни казуси от клиничната практика

Анализът на интервютата с ендокринолози се подкрепя от редица конкретни примери и количествени данни, които ясно илюстрират системните ограничения в практиката.

Специалистите посочват необходимостта от дофинансиране на ключови лабораторни и диагностични изследвания, включително паратхормон, кортизол, ехография на шийна област, електромиография и изследвания за остеопороза. В момента тези изследвания често се заплащат от пациентите, като допълнително оскъпяват лечението с между 30 и 120 лева месечно. Лекарите подчертават, че покриването им от НЗОК би довело до значително подобряване на проследяването и ранното откриване на усложнения. Особено показателен е ефектът от критериите за гликиран хемоглобин. Един от ендокринолозите описва случай на пациент с преживян инсулт, при който стойността на гликирания хемоглобин от 7.5 позволява започване на терапия с минимално доплащане. След подобрене на показателя до 7.2, пациентът губи право на същото лечение по линия на НЗОК и е принуден да доплаща 86 лева месечно. Това създава сериозно напрежение и поставя лекаря в ситуация да обяснява административни ограничения, които противоречат на клиничната логика.

Сходен проблем се наблюдава и при достъпа до сензори, където изискването за определени стойности на гликирания хемоглобин ограничава използването им, включително при пациенти с диабет тип 1. Общото мнение на специалистите е, че тези технологии следва да бъдат достъпни и за пациенти с диабет тип 2.

Лекарите посочват и значителната административна тежест, свързана с проверки от страна на РЗИ, които могат да отнемат до 4 часа от работното време и да доведат до санкции при превишаване на лимити за назначаване на изследвания. Това време се отнема пряко от грижата за пациентите. Допълнителен проблем представлява липсата на заплащане от НЗОК за високоспециализирани дейности като доплерова ехография и сонография, които са от съществено значение за диагностика и проследяване. В резултат пациентите са принудени да поемат разходите със собствени средства. Специалистите подчертават също, че обученията за извършване на тези високоспециализирани дейности се заплащат от самите тях, което създава допълнително финансово натоварване и не стимулира развитието на експертизата.

Като особено проблематичен се определя и моделът на одобрение на лечение, при който в някои случаи решенията се вземат от лица без специализация по ендокринология, което поставя под въпрос експертността на процеса.

Лекарската гледна точка показва, че съществуващият модел на организация на грижата за диабета е фокусиран в по-голяма степен върху контрол на процесите и разходите, отколкото върху подкрепа на клиничната ефективност. Това води до структурни ограничения, които засягат както пациентите, така и специалистите, и създава необходимост от цялостно преосмисляне на подхода.

По-долу е приложена матрица на описаните от лекарите проблеми и възможните решения:

Идентифициран проблем	Последици за лекарите	Възможни решения
Ограничен достъп до диагностични изследвания	Невъзможност за пълно и навременно проследяване; пропускане на ранни усложнения	Разширяване на пакета от покривани изследвания; премахване на лимити при доказана медицинска необходимост
Ригидни критерии на НЗОК	Ограничен достъп до терапии и технологии;	Преразглеждане на критериите; въвеждане на по-

	загуба на лечение при добър контрол	гъвкав и индивидуализиран подход
Ограничена клинична автономия	Лекарят не може да приложи оптималното лечение според преценката си	Повишаване на ролята на лекуващия специалист в решенията; намаляване на външните ограничения
Административна тежест	Значително време за документация и протоколи за сметка на клиничната работа	Оптимизация и дигитализация на процесите; намаляване на честотата на административните изисквания
Централизирани комисии	Забавяне на лечение; допълнителна тежест за пациенти и лекари	Децентрализация на решенията; включване на лекуващия лекар в процеса на одобрение
Несъобразяване със социалния контекст на пациента	Невъзможност за спазване на терапия и диета; компромиси в лечението	Интегриране на социални фактори в терапевтичните решения; подкрепа за уязвими групи
Финансови ограничения при пациентите	Ниско придържане към лечение и самоконтрол	Намаляване на доплащанията; осигуряване на ключови консумативи и терапии
Регионални неравенства	Ограничен достъп до специалисти и технологии извън големите градове	Развитие на регионални центрове; дистанционни консултации; равномерно разпределение на ресурси
Професионално напрежение и риск от прегаряне	Намалена мотивация, риск от оттегляне от системата	Намаляване на административния натиск; подобряване на условията на труд; подкрепа за специалистите

ПЕТА ЧАСТ.

СЪПОСТАВИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ПОЗИЦИИТЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ И ЛЕКАРИТЕ

Анализът на гледните точки на пациентите и медицинските специалисти показва висока степен на съвпадение по отношение на основните проблеми в системата на грижа за хората с диабет. Макар двете групи да разглеждат тези проблеми от различни позиции, техните наблюдения се допълват и очертават цялостна картина на системни дефицити, които засягат както достъпа до лечение, така и неговата ефективност.

Пациентите описват преживяването на системата като последователност от административни, финансови и организационни бариери, които затрудняват ежедневното управление на заболяването. От своя страна, медицинските специалисти разкриват механизмите, чрез които тези бариери възникват в рамките на клиничната практика - чрез ограничения в диагностиката, сложни критерии за лечение, административна тежест и неравномерно разпределение на ресурси. Тази двойна перспектива позволява идентифициране на проблемите не само като изолирани затруднения, а като взаимосвързана система от фактори, които се усилват взаимно и водят до намалена ефективност на грижата. В този контекст формулирането на решения изисква интегриран подход, който отчита както нуждите на пациентите, така и реалните условия на работа на медицинските специалисти.

Проблеми и препоръки от гледната точка на лекарите и пациентите			
Проблем	Изява при пациентите	Изява при лекарите	Препоръчани решения
Административна тежест	Чести посещения, подновяване на рецепти, хоспитализация при промяна на терапия	Значително време за документация, проверки и протоколи	Угължаване на сроковете на рецепти; намаляване на посещенията; дигитализация на процесите
Финансова тежест	Високи разходи за лекарства, изследвания и диета	Пациентите не спазват терапия поради	Разширяване на покритието от НЗОК; намаляване на доплащанията

		финансови ограничения	
Ограничен достъп до диагностика	Изследвания се заплащат от пациента	Лекарите не могат да проследяват адекватно състоянието	Покриване на ключови изследвания; премахване на лимити
Ригидни критерии за лечение	Загуба на достъп до терапия при добър контрол	Клинични компромиси и невъзможност за персонализирано лечение	Гъвкави критерии, базирани на индивидуалната нужда
Ограничен достъп до самоконтрол	Недостатъчни тест-ленти; ограничен достъп до сензори	Липса на възможност за ефективно проследяване	Осигуряване на достатъчно тестленти; разширяване на достъпа до сензори
Липса на обучение за технологии	Затруднения при използване на сензори и приложения	Технологиите не се използват ефективно	Въвеждане на обучителни програми за пациенти и близки
Трудно изпълним хранителен режим	Висока цена и ограничения	Пациентите не могат да спазват препоръките	Достъп до диетолози; адаптирани препоръки
Психологическа тежест	Умора, демотивация, стрес	Трудности в поддържане на ангажираност на пациентите	Интегриране на психологическа подкрепа
Регионални неравенства	Труден достъп до специалисти и комисии	Неравномерно разпределение на ресурси и натоварване	Децентрализация; дистанционни услуги; регионални центрове

Ограничена клинична автономия	Забавяне или отказ на лечение	Лекарите не могат да прилагат оптимална терапия	Повишаване ролята на лекуващия лекар; намаляване на централизирани решения
Централизирани комисии	Пътуване и забавяне на лечение	Забавяне на терапия и допълнителна бюрокрация	Децентрализация и експертни решения на местно ниво
Професионално напрежение	Непряко - чрез по-лошо качество на грижа	Риск от прегаряне и демотивация	Подобряване на условията на труд; намаляване на административния натиск

Думите на лекарите

Споделеното от медицинските специалисти допълва аналитичната част на изследването, като предоставят пряк поглед върху ежедневната клинична практика и реалните предизвикателства, пред които са изправени лекарите. Те отразяват не само индивидуални мнения, а повтарящи се наблюдения, свързани с ограниченията на системата, административната тежест и трудностите при прилагането на оптимално лечение.

В изказванията ясно се откроява напрежението между медицинската логика и нормативната рамка, както и необходимостта от по-гъвкав и подкрепящ модел на грижа. Тези свидетелства допринасят за по-осъзнатото разбиране на идентифицираните проблеми и подчертават тяхното практическо отражение върху качеството на лечението.

„Понякога знам точно какво е най-доброто лечение за пациента, но не мога да го приложа заради ограниченията на системата.“ (Ендокринолог, гр. София)

„Критериите за гликиран хемоглобин създават парадокс, защото когато пациентът се подобри, губи достъп до лечението, което му е помогнало.“ (Ендокринолог, гр. Пловдив)

„Вместо да лекуваме, прекарваме значителна част от времето си в попълване на документи и обяснения на административни изисквания.“ (Ендокринолог, гр. Варна)

„Пациентите често не искат да спазват терапията, просто не могат да си я позволят.“ (Ендокринолог, гр. Плевен)

„Системата изисква контрол, но не осигурява достатъчно инструменти за този контрол.“ (Ендокринолог, гр. Бургас)

„Комисиите забавят лечението, а отговорността остава при нас, това създава сериозно професионално напрежение.“ (Ендокринолог, гр. Стара Загора)

„Технологиите са налични, но без обучение за пациентите те не се използват ефективно.“ (Ендокринолог, гр. Русе)

„В малките населени места достъпът до специалист е ограничен, а пациентите идват късно, често вече с усложнения.“ (Ендокринолог, гр. Видин)

„Най-трудното е да обясниш на пациента защо не може да получи лечение, което медицински е необходимо.“ (Ендокринолог, гр. Шумен)

Представените по-долу препоръки са насочени към конкретни, приложими промени в организацията и финансирането на грижата за хората с диабет в България. Те са изведени на база съвпадащите изводи от пациентската и лекарската гледна точка и отразяват реални затруднения, наблюдавани в ежедневната практика.

Основният **акцент е върху намаляване на административната тежест, осигуряване на реален достъп до средства за самоконтрол и диагностика, както и адаптиране на критериите за лечение към принципите на персонализираната медицина.** Специално внимание се отделя на необходимостта от децентрализация на решенията, разширяване на достъпа до технологии и интегриране на подкрепа за пациентите чрез обучение, диетологична и психологическа помощ. Препоръките включват както краткосрочни мерки, които могат да бъдат въведени чрез регулаторни и организационни промени, така и средносрочни действия, насочени към подобряване на регионалния достъп и устойчивостта на системата. Общата им цел е преминаване към модел на грижа, който е по-гъвкав, по-ефективен и по-добре съобразен с реалните нужди както на пациентите, така и на медицинските специалисти.

Област	Проблем	Предложение	Как да се реализира?	Очакван ефект
Административна тежест	Чести посещения и кратки срокове на рецепти	Удължаване на рецепти и протоколи на 6-12 месеца	Промяна в наредбите на НЗОК; електронно подновяване	По-малко натоварване ; по-добър достъп
Административна тежест	Хоспитализация при смяна на терапия	Отпадане при липса на медицинска необходимост	Актуализация на клинични пътеки и правила	Намалени разходи и стрес за пациентите
Самоконтрол	Недостатъчни тест-ленти	Увеличаване до ~300 на тримесечие	Решение на НЗОК за промяна на лимитите	По-добър контрол; по-малко усложнения
Самоконтрол	Ограничен достъп до сензори	Разширяване за тип 2 и отпадане на строг HbA1c критерий	Промяна в критериите на НЗОК	Ранна превенция; по-добро лечение
Критерии за лечение	Загуба на терапия при подобрене	Премахване на твърди прагове (HbA1c)	Въвеждане на модел „клинична преценка + risk“	Персонализирана медицина
Диагностика	Непокрити изследвания	Включване на ехография, ЕМГ, хормонални изследвания	Разширяване на пакета на НЗОК	Ранно откриване на усложнения
Диагностика	Ограничена честота на изследвания	Осигуряване на диагностика минимум 1-2 годишно	Актуализация на медицински стандарт	По-добро проследяване

Комисии	Забавяне на лечение	Даване право на лекуващия лекар да одобрява терапия	Децентрализация на решенията	По-бърз достъп до лечение
Комисии	Решения от неспециалисти	Задължително участие на ендокринолог	Регулаторна промяна в НЗОК	По-качествени решения
Технологии	Липса на обучение	Въвеждане на задължително обучение за сензори	Програми към ДКЦ и онлайн платформи	Ефективно използване на технологии
Диета	Скъп и трудно приложим режим	Безплатна консултация с диетолог (1 годишно)	Включване в пакета на НЗОК	По-добро придържане
Психологическа подкрепа	Умора и демотивация	Включване на психолог в грижата	Пилотни програми в някои лечебни заведения	По-висока ангажираност
Регионален достъп	Ограничен достъп до грижа	Въвеждане на телемедицина	Национална платформа	По-лесно проследяване
Лекари	Незаплатен и дейности	Заплащане на високоспециализирани дейности и обучения	Актуализация на ценоразписа на НЗОК	По-мотивирани специалисти

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В този анализ разказваме за това, че проблемите в грижата за диабета в България не могат да бъдат разглеждани като изолирани дефицити, а като проявление на системен модел, който не е в пълно съответствие със съвременните принципи на медицинската практика. Наученото от пациентите и техните лекари демонстрира разминаване между целите на здравната система, а именно ефективен контрол на заболяването и превенция на усложненията и реалните механизми, чрез които тази грижа се организира и предоставя.

Идентифицираните ограничения в достъпа до диагностика, лечение и проследяване, както и тази непроменяемост на регулаторните критерии, създават условия, в които клиничната логика често отстъпва пред административни и финансови съображения. Това не само затруднява работата на медицинските специалисти, но и прехвърля значителна част от риска върху пациентите, водейки до забавена интервенция, повишена вероятност от усложнения и в крайна сметка - до по-висока цена за здравната система. Особено показателно е съвпадението между гледните точки на пациентите и лекарите, което потвърждава дълбочината и устойчивостта на тези проблеми. Налице е ясно очертана необходимост от преосмисляне на начина, по който се дефинират и прилагат критериите за достъп до медицински услуги и технологии, така че те да отразяват динамиката на заболяването и индивидуалните потребности на пациентите, а не единствено бюджетни ограничения.

В този контекст бъдещото развитие на диабетната грижа изисква целенасочени политики, насочени към разширяване на достъпа до съвременни диагностични и терапевтични възможности, намаляване на административната тежест и възстановяване на ролята на медицинския специалист като автономен клиничен експерт. Без подобна промяна съществува риск системата да продължи да възпроизвежда неефективен модел на управление на заболяването, който е едновременно по-рисков за пациентите и по-скъп за обществото.

www.apad.bg

Асоциация на пациентите, активни в здравеопазването
София, 2026 г.