МЕДИЦИНДСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

БИСЕРКА ИЛИЕВА ВАСИЛЕВА

УДОВЛЕТВОРЕНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ ОТ ОПЛ (ЛИЧНИТЕ ЛЕКАРИ) КАТО СОЦИАЛНО-ЕТИЧЕН КРИТЕРИЙ ЗА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ В ПЛЕВЕНСКА ОБЛАСТ

АВТОРЕФЕРАТ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН **“ДОКТОР”**

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”

Научна специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията”

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ:

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн

Доц. д-р Андрей Веселинов Кехайов, дм

РЕЦЕНЗЕНТИ

Проф. д-р Асена Христова Стоименова, дф

Проф. д-р Юлияна Крумова Маринова, дм

София, 2020

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра "Здравна политика и мениджмънт" при Факултета по Обществено здраве към Медицински университет – София.

Дисертационният труд съдържа 134 страници, включва 26 таблици и 19 графически изображения (диаграми).

Библиографският списък включва 172 заглавия, от които 74 на кирилица и 98 на латиница.

Научно жури:

Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм

Проф. д-р Асена Христова Стоименова, дф

Проф. д-р Мария Анастасова Семерджиева-Филипова, дм

Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм

Проф. д-р Юлияна Крумова Маринова, дм

Резервни членове:

Проф. д-р Златица Георгиева Петрова, дм

Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм

Публичната защита ще се състои на 24. 04. 2020 г. от 14:00 часа в Заседателна зала на Факултет по обществено здраве - УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ ЕАД, бул. „Бяло море” 8, София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ - София УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул. „Бяло море” №8, гр. София и на интернет страницата на МУ - София са публикувани в интернет. Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ – АКТУАЛНОСТ И ЗНАЧИМОСТ НА ПРОБЛЕМА 5

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА 8

Цел и задачи 8

Материали и методика на проучването 8

СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ. 11

Анализ на етичните измерения на здравния мениджмънт и организацията на дейността в първичната медицинска помощ 11

Здравно-демографска характеристика на населението в изследвания регион 12

Анализ и оценка на резултатите от проведеното анкетно проучване сред жителите на Плевенска област 12

ОБОБЩЕНИЕ 30

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 33

ИЗВОДИ 34

ПРЕПОРЪКИ 36

САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД 38

ПУБЛИКАЦИИ И СЪОБЩЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД 39

Съкращения:

- Общопрактикуващ лекар (ОПЛ)
- Първична медицинска помощ (ПМП)
- Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)
- Районна здравна инспекция (РЗИ)
- Задължително здравно осигурени лица (ЗЗОЛ)
- Световна здравна организация (СЗО)
- Национална здравноосигурителна каса (НЗОК)
- Български лекарски съюз (БЛС)
- Национален статистически институт (НСИ)
- Едноличен търговец (ЕТ)

ВЪВЕДЕНИЕ – АКТУАЛНОСТ И ЗНАЧИМОСТ НА ПРОБЛЕМА

През последните години СЗО насърчава всички страни да ориентират своите системи за здравеопазване към укрепване на първичната медицинска помощ . В "Световната стратегия на СЗО за интегрираните здравни услуги за хората 2016-2026" се подчертава необходимостта от изграждане на силни системи насочени към първична здравна грижа. Гарантира се достъпност до предлаганите услугите на цялото население, както и осигуряване на адекватно финансиране, подходящо обучение и добра координация с други услуги и сектори.

Когато се оценява качеството на ПМП трябва да се вземе под внимание й важният индикатор - удовлетвореността на пациентите от полаганите медицински услуги в здравеопазването. Този индикатор може да се изрази от предоставените здравни грижи, удовлетвореността от часовете за изчакване пред лекарските кабинети, наличието на доверие в лекаря, предоставянето на достоверна информация и качество на обслужване от страна на лекарите, медицинските сестри и другите специалисти, работещи в сферата на здравеопазване.

Удовлетвореността (Customer Satisfaction) е термин, често използван в маркетинга . Това е мярка за това как предлаганите продукти и услугите отговарят или надминават очакванията на клиентите. Този термин все повече се използва в здравеопазването, пациентските отзиви за качеството на предоставените услуги все повече гравитират над него.

Удовлетвореността на пациентите е неразделна част от качественото здравеопазване и грижата. Удовлетворението на пациентите може да бъде измеримо и пациентите са способни да оценят качеството на грижите полагани за тях.

Основна тенденция на здравните сектори и индустрии е да се концентрират максимално върху грижите, насочени към пациентите. Удовлетворението на пациентите се изразява в участието им в процеса на вземане на решения и тяхната роля на реални убедени партньори за подобряване качеството на здравните услуги. Удовлетворението на пациентите е многофакторна концепция. Удовлетворението на пациентите е набор от нагласи и възприятията на пациентите към здравни услуги. Това е степента, в която потребителят има определени нужди и очаквания за изпълнението на предоставената грижа.

Удовлетворението на пациентите е комбинация от психологически, физиологични и други фактори свързани със здравеопазването, които правят пациента да се чувства щастлив. Задоволството, което изпитват е ключов показател при осъществяване на комуникацията с тях.

Важен аспект на грижите за пациента е удовлетвореността, защото недоволството от предлаганите здравните услуги може да доведе до високи здравни разходи, поради многократни посещения при лекаря и свръх хоспитализации, което е скъпо за всяка система на здравеопазване. По-високата удовлетвореност на пациента от лекаря подобрява здравните резултати на пациентите и намалява риска от лекарски грешки. Изследванията показват, че добрата комуникация лекар - пациент има положително въздействие върху обмена на информация между участниците и води до по-добри здравни резултати. Редица научни изследвания подчертават значението на комуникацията лекар –пациент като важен фактор за избягване на недоволството на пациентите от здравните услуги, както и на съдебни искове и жалби.

Доверието в процеса на медицинската дейност също заема особено важна роля за определяне на качеството и е решаващ елемент при всички междуличностни отношения и най-вече между лекар-пациент. Доверието на пациентите е сложна многоизмерна конструкция, описана по много начини. Доверието на хората в морала и компетентността на лекарите е основата на професионалната автономност.

Всички системи за първично здравеопазване трябва да са съсредоточени върху пациента. Интервенциите за пациентите трябва да се съсредоточат върху техните ценности, професионалната и институционалната интеграция и отговорността към обществото като цяло. Тези интервенции трябва да се оформят чрез подход към тяхното клинично управление, което включва осигуряване на качеството, удовлетворението на пациентите, управление на риска, оценка на технологиите. Този подход изисква въвеждането на система за организационно, функционално и професионално управление, основаващо се на оценка на потребностите на здравето на населението, управление на ресурсите, базирани на доказателства и ориентирани към пациентите изследвания, професионално образование, изграждането на екип и информационните и комуникационните технологии.

Роля на взаимодействието „лекар-пациент” като фактор за удовлетвореността от медицинската помощ

Удовлетвореността на пациента от здравните услуги е резултат на няколко фактора: професионална квалификация на лекаря, организация на приема на пациента, съвпадение на очакванията на пациента с получените резултати, комуникация и взаимоотношения „лекар-пациент и др.

Съществен фактор за удовлетвореност на пациента е реализираното взаимодействие между лекаря и пациента в течение на диагностично-лечебния процес. Съвременният пациент е със сравнително по-висока обща и медицинска култура, откъдето възникват и неговите по-високи очаквания и претенции към медицинската помощ.

Това поставя лекаря пред нови повишени изисквания и отговорности относно неговото взаимодействие с пациента. Това взаимодействие се основава на принципното схващане, че реализирането на медицинската помощ по същество е ефективно доброволно партньорство между лекаря и пациента, базирано на взаимно уважение и доверие. Партньорството „лекар-пациент" е новият съвременен критерий за висока степен на реална хуманизация на медицинската дейност и за високото ниво на мениджмънт в цялата здравна система.

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА

Цел и задачи

Целта на дисертационния труд е чрез анализ на нивото на удовлетвореността на пациентите от ОПЛ и нейните психо-социални и етични фактори да се обосноват подходи за по-ефективни взаимоотношения „лекар-пациент" в интерес на подобряване организацията и качеството на първичната медицинска помощ.

На основата на тази цел бяха определени следните основни задачи:

1. Обстоен литературен обзор по проблемите на ПМП и удовлетвореността на пациентите в етичен аспект.
2. Анализ на етичните измерения на здравния мениджмънт и организацията на дейността в първичната медицинска помощ.
3. Анализ и оценка на резултатите от проведеното анкетно проучване сред селски и градски жители на територията на Плевенска област относно удовлетвореността им от ОПЛ, организацията на дейността в практиката и качеството на оказаната им медицинска помощ.
4. Проучване мнението на респондентите за причините за допускане на грешки в работата на ОПЛ.
5. Изследване и анализ на взаимоотношения „лекар-пациент" и комуникационни умения на ОПЛ.
6. Обосноваване на конкретни изводи и препоръки за подобряване организацията на ПМП с акцент на етичното поведение и комуникационните умения на ОПЛ.

Материали и методика на проучването

В зависимост от така поставените научни задачи се конкретизират обектът на наблюдение, единиците и признаците им.

Обект и единици на наблюдение. Единица на наблюдение са пациенти, посетили своя личен лекар в определен период. Обект са случайно и непреднамерено избрани пациенти в Плевенска област – градски и селски жители.

Признаци на наблюдение: те се съдържат във въпросника за провеждане на анкетата, най-съществените от които са:

- Ниво на обща удовлетвореност на пациентите

- Причини за неудовлетвореност
- Взаимоотношения „лекар-пациент”
- Доверие на пациента в своя личен лекар
- Информираност за правата на пациента
- Причини за смяна на личния лекар
- Комуникационни умения на ОПЛ

Проучването е комплексно. Конкретните научни задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със специфичността на разработката.

Единият от компонентите включва проучване и анализ на на етичните измерения на здравния мениджмънт и организацията на дейността в първичната медицинска помощ.

Вторият компонент включва анкетно проучване сред жителите от Плевенска област. Анкетата (Приложение 1.) има за цел да изследва и анализира мнението на респондентите относно:

- ✓ удовлетвореността им от ОПЛ;
- ✓ организацията на дейността в практиката;
- ✓ качеството на оказаната им медицинска помощ;
- ✓ причините за допускане на грешки в работата на ОПЛ.
- ✓ взаимоотношения „лекар-пациент”;
- ✓ комуникационни умения на ОПЛ.

В проучването са анкетирани 1053 пациенти (селски и градски жители) от Плевенска област.

Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Интервалът на доверителност при ниво на значимост P(t)= 0.05 дава информация за оценка точността на анализираните показатели.

Време и място на наблюдението

Анкетното проучване сред респондентите е проведено в периода 1-30 септември 2018 година в Плевенска област.

Методи на проучването

За събиране на необходимата информация

Използвани са следните методи в дисертационния труд:

Социологически методи:

- документален метод - анализ на нормативни документи, работен график и документация на ОПЛ;
- анкетен метод - анкетират се пациенти посетили личните си лекари в Плевенска област в периода на проучването. Проведена е пряка индивидуална анонимна анкета. Анкетната карта съдържа 35 въпроса, от които 29 закрити въпроса, 4 полуоткрити и 2 открити въпроса.

Методи за обработка на информацията:

Статистически методи. В разработката са използвани широк кръг от описателни и аналитични статистически методи:

1. ***Дескриптивен анализ*** – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
2. ***Вариационен анализ*** – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.
3. ***Графичен анализ*** – за визуализация на получените резултати.

Посочените методи при провеждане на проучването взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната информация е използвана комплексна методика. Показателите са оценявани при ниво на значимост $\alpha=0.05$.

Количествените анализи са правени със статистически пакет приложни програми - SPSS 17.0. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на MICROSOFT OFFICE.

СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.

Анализ на етичните измерения на здравния мениджмънт и организацията на дейността в първичната медицинска помощ

Нарастващите финансови и икономически кризи в световен мащаб поставят здравните системи в хроничен недостиг на ресурси, което е предизвикателство при тяхното разпределение. Това поражда някои етични проблеми, които са индикатор за реализиране целите на системите, една от които е насочена към социална справедливост. Оценката на потребностите, приоритизирането им и включването в основен пакет за финансиране с публични средства са подходи, които могат да отговорят на тези цели.

Връзката и отношенията между пациент и лекар могат да бъдат анализирани от етични съображения, по отношение на това колко добре се постигат целите на ненанасяне на вреди, осъществяването на добро дело, автономност на пациента, както и справедливост.

Съществуват различни подходи при етичното и правното регламентиране на отношенията „лекар – пациент". В етичен аспект особена значимост имат традиционно конкуриращите се два основни подхода на отношението „лекар-пациент":

- автономност;
- патернализъм.

Автономността изхожда от идеята, че пациентът не е пасивен обект на медицинско въздействие, а автономна личност със собствена култура, информираност, мнения и ценности. В съвремието ни автономността на пациента е много по-изразена в сравнение с миналото. Личността, според международни актове за правата на човека, има право на живот, здраве, свобода и неприкосновеност, както и право на самоопределение. Сложността на тази връзка - между правата на пациента и правата на човека - може да бъде илюстрирана с примери.

Патернализмът като модел на взаимоотношенията между лекаря и пациента има огромно въздействие върху цялата история на медицината, върху начина на мислене и подхода към лечението и здравните грижи.

Патернализмът се основава на идеята, че лекарят в сравнение с пациента притежава по-добрата проницателност по отношение на интересите на пациента и това се свързва със спецификата на неговите знания, както и с ограниченията, породени от

болестните преживявания на пациента. Освен това професионалните отговорности на лекаря предполагат той да осъществява всичко полезно за здравето дори и тогава, когато то не се преценява като добро от самия пациент.

Според много от водещите биоетици патерналистичната медицинска практика е "посегателство" над фундаменталното право на самоопределение.

Следва да се отчита, че както автономността, така и патернализмът не трябва да се абсолютизират в процеса на дейността и отношението „лекар-пациент". Тези два подхода днес в голяма степен се синтезират, съчетават се в един възможно по-ефективен подход – партньорството като основен механизъм на взаимодействие между лекаря и пациента в целия диагностичен и лечебен процес.

Здравно-демографска характеристика на населението в изследвания регион

На територията на Плевенска област през 2018 г. са регистрирани общо 116 ОПЛ, от които преобладаваща част са на индивидуална практика и само 7 (6,0%) са регистрирани на групова практика.

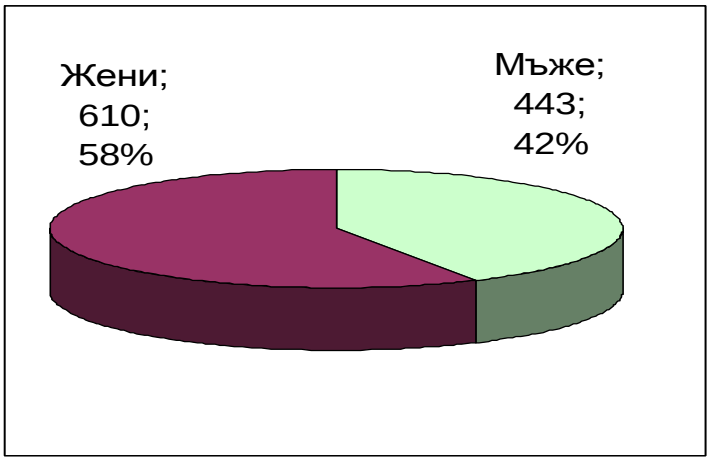
Крайно ниският брой ОПЛ, работещи на групова практика е характерен не само за Плевенска област, но и за цялата страна, което не съответства на европейската ситуация, където по-голям процент от общопрактикуващите лекари работят на групова практика – например, във Великобритания на групова практика са 78% от ОПЛ, като техният процент е много по-висок в градовете – 89%.

Установена е неблагоприятна демографската структура на ОПЛ. На територията на община Плевен работят ОПЛ лекари на възраст над 60 г. (46 души); за община Белене един. На възрастова група от 50 – 60 години най - много са регистрирани в Плевен шестдесет и четири, Никопол седем и Белене пет. Във възрастовата група до четиридесет и четири няма регистрирани ОПЛ. Повече от очевиден е крайно ниският интерес и мотивация на млади лекари за работа в общата медицинска практика.

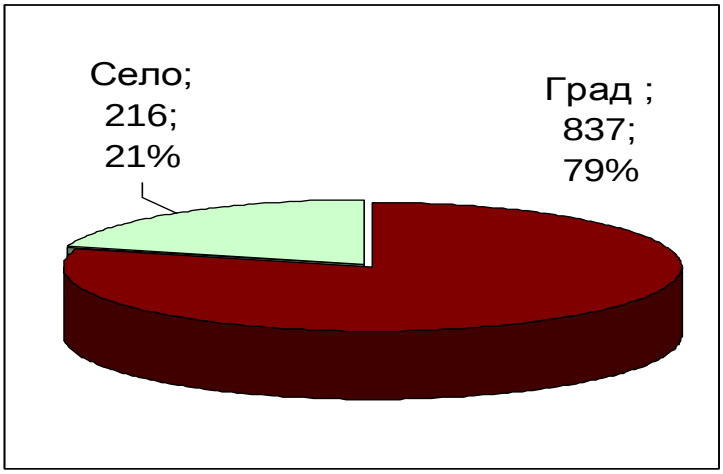
Анализ и оценка на резултатите от проведеното анкетно проучване сред жителите на Плевенска област

В тази глава представяме анализ на данни от проведена анонимна индивидуална социологическа анкета на случайно подбрани респонденти от Плевенска област – общо 1 053 души.

Разпределението на анкетираните лица по пол и местоживеене в Плевенска област е представено на (***фиг. 1и фиг. 2***). Селските жители са значително по-малко - 21% от градските, което напълно съответства на общата демографска структура в областта.



Фиг.1. Структура на анкетираните лица по пол



Фиг. 2. Структура на анкетираните лица по местоживеене

При изследване честотата на смяната на ОПЛ селски и градски жители в Плевенска област повече от половината анкетирани (61,6%) са при един и същи личен лекар над 5 години, но и значителна част са под 5 години (48,4%), дори под 3 години (20,4%). Тези данни говорят за доста честа динамична смяна на личните лекари от пациентите в изтеклият 18-годишен период след 2000 г., когато със старта на здравната реформа у нас за пръв път бе дадена възможност за свободен избор и за смяна на личен лекар от страна на пациентите.

Съществен за анализ факт е, че огромен процент от анкетираните лица са сменяли своя личен лекар – почти четири пети (78,8%). Само 22,2% не са сменяли своя личен лекар.

Освен субективното удовлетворение на пациентите от личния лекар, съществува постоянна обективна причина за записване при нов личен лекар – смяната на местоживеенето – 44,0%.

Мотивите за смяна на личния лекар за разнообразни (***фиг. 3***), но трите водещи мотива са:

- Дълго чакане пред кабинета
- Постоянна липса на направление за специалист
- Нежелание за разясняване на здравните ми проблеми

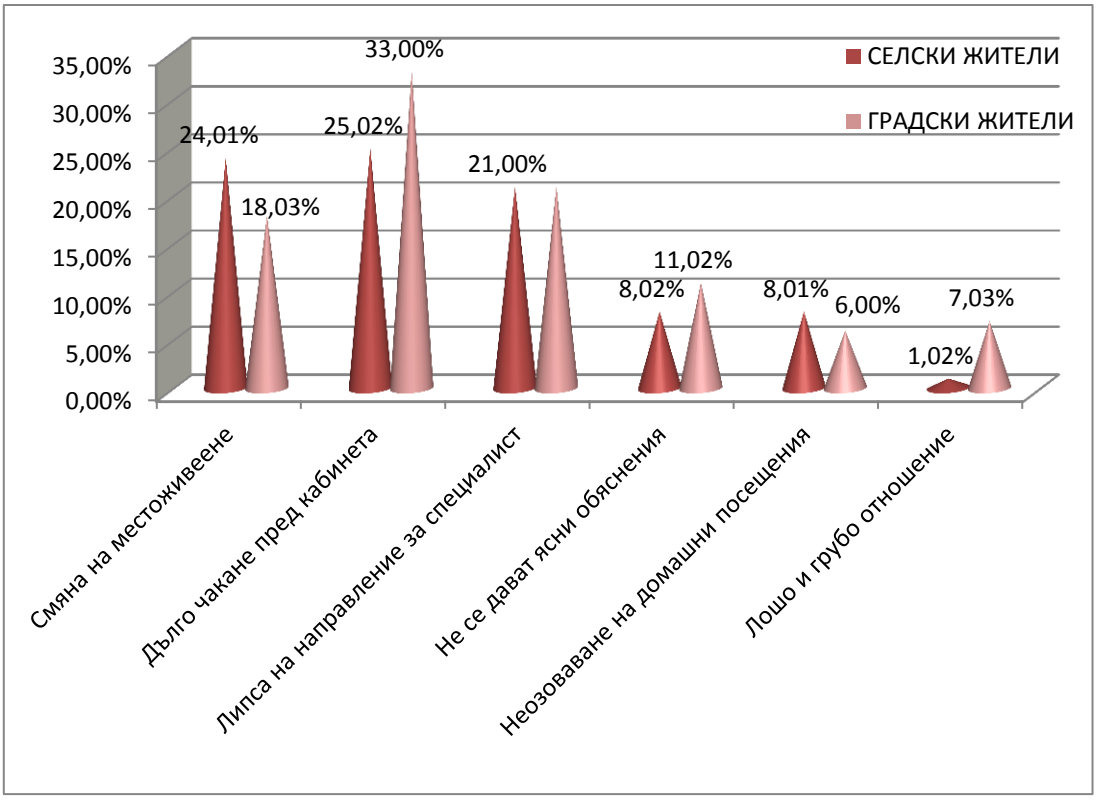
Тези данни показват, че водещите мотиви за смяна на личния лекар са от организационно и комуникационно естество, включително етично естество.

Дългото чакане пред кабинета на ОПЛ е резултат главно от липсата на регулиран прием на пациенти, т.е. това е организационен проблем.

Липсата на направление (според пациента) вероятно е резултат не само на обективна такава липса, но и на слаба комуникация „лекар-пациент" с липса на взаимно обсъждане на диагностичния проблем на пациента. Нежеланието на лекаря да обяснява на пациента неговите здравни проблеми, което често е всъщност неумение на лекаря да обяснява, е изцяло комуникационен и етичен проблем на ОПЛ.

Има известна разлика в мотивите на селските и градски жители за смяна на личния лекар (***фиг. 3***). При селските жители сравнително по-чести мотиви за избор на нов личен лекар са смяната на местоживеенето и неотзоваването на повиквания за домашни посещения.

При градските жители сравнително по-чести мотиви за смяната на лекаря са по-дългото чакане пред кабинета на лекаря, лошо грубо отношение на лекаря и липса на ясни обяснения за здравните проблеми на пациента. Трябва да се обърне сериозно внимание и на отговорите, който са дали анкетираните селските и градските жители за „Липса на направления за специалист" като мотив за смяна на личния лекар, както се вижда от фигурата е еднакъв процентът.



Фиг. 3. Мотиви на селски и градски жители за смяна на личния лекар (проценти)

Данните показват характера на честотата на посещенията за една година според местоживеене. Вижда се, че селските жители по-често са посещавали своя личен лекар, което се обяснява с неговата по-лесна достъпност за хората в селските населени места в сравнение с достъпността им до тесни специалисти.

От селските жители 31,1% са посетили своя личен 1 до 2 пъти годишно и 68,9% са го посетили 3 и повече пъти. От градските жители 39,3% са посетили лекаря 1 до 2 пъти и 60,7% са го посетили 3 и повече пъти (разликите са статистически значими при P< 0,01).

Табл. 1. Честота на посещенията при личния лекар за една година по местоживеене (в селата)

Честота	**Брой**	**%**	**Групирано**
Един път	21	9,7 %	**31,1 %**
Два пъти	46	21,4 %	
Три пъти	43	20,0 %	**68,9 %**
Четири и повече пъти	106	49,0 %	
Всичко	216	100,0	100,0

Табл. 1. 1. (в градовете)

Честота	Брой	%	Групирано
Един път	134	16,0 %	**39,3 %**
Два пъти	195	23,3 %	
Три пъти	152	18,2 %	**60,7 %**
Четири и повече пъти	356	42,5 %	
Всичко	837	100,0	100,0

Много интересни са данните за честотата на посещенията на пациентите при личен лекар според наличието на хронични заболявания (***табл. 2*** и ***2.1.***). Вижда се, че при пациенти с хронично заболяване посещенията за значително по-чести (статистическа значимост на разликата при P<0,001).

Четири пети от анкетираните пациенти (80,1%) са посетили личния си лекар три и повече пъти, а същият показател при пациентите без хронично заболяване е 19,9 %. Това показва, че преобладаващата част от дейността на личните лекари е свързана с посещения на хронично болни пациенти – те са главния контингент на общата медицинска практика.

Тези данни показват, че огромен процент от дейността на личните лекари е ограничена само в една определена група пациенти-хроници и фактически малък обем от тяхната дейност е предназначена за целия контингент от списъка на техните пациенти или за профилактична дейност и промоция на здравето. Това е също индикатор, че самите лични лекари не познават добре всички свои пациенти и техните здравни проблеми.

Въпрос: През последната година колко пъти сте посетили личния Ви лекар?

Табл. 2. Честота на посещенията при личния лекар в зависимост от наличие на хронично заболяване през последната година (пациенти със хронично заболяване)

Брой посещения	**Брой**	**%**	**Групирано**
Един път	24	6,1 %	**19,9 %**
Два пъти	54	13,8 %	
Три пъти	53	13,5 %	**80,1 %**
Четири и повече пъти	260	66,6 %	
Всичко	391	100,0	100,0

Табл. 2. 1. (пациенти без хронично заболяване)

Брой посещения	**Брой**	**%**	**Групирано**
Един път	135	20,1 %	**48,5 %**
Два пъти	189	28,4 %	
Три пъти	137	20,2 %	**51,5 %**
Четири и повече пъти	203	31,3 %	
Всичко	662	100,0	100,0

Данните от (***табл. 2 и 2.1.***) показват, че бюджетът на времето на всеки ОПЛ е зает преди всичко с посещения на хронично болни пациенти, което прави неговата дейност доста еднообразна. Те трябва да бъдат насочени във време когато няма много чакащи като по този начин се намалява време на чакане на другите пациенти и съответно недоволството им. Същевременно този факт значително стеснява възможностите за другите функции на ОПЛ – профилактични, здравно-възпитателни, промоция на здравето и др.

Структура на посещаемостта на лекарския кабинет

Структурата на посещаемостта в кабинета на личния лекар по причини за посещенията е важен показател, който дава информация за структурата на дейностите на ОПЛ. На (***табл. 3***) са представени данни по какъв повод пациентите посещават лекарския кабинет.

Вижда се, че главните причини за посещение на лекарския кабинет са: за селските жители - изписване на лекарства (34,8%) и получаване на направление за специалист (23,1%), а за градските жители – заболяване (33,0%) и за получаване направление (28,9%).

Впечатляващо е, че сравнително нисък процент от посещенията на лекарския кабинет са поради заболяване – за селските жители 25,5%, а за градските жители 33,0%. Според пациентите огромна част от работното време на ОПЛ е заето не с диагностично-лечебна дейност при заболявания, а с други видове дейности – даване на направления за специалист, профилактични прегледи, изписване лекарства, документация и др. Очевидно е, че доста малък процент от общата дейност на личните лекари е посветена на диагностичвно-лечебна дейност, което от своя страна влияе и повишава натовареността на другите сектори на извънболничната и болничната помощ. Неоправдано ограничената диагностично-лечебна дейност на личните лекари снижава ефективността им в края на краищата е един от факторите на установената през последните години свръххоспитализация в нашата страна. Възниква необходимостта от установяване на добре обосновани **стандарти** за структурата на дейността на ОПЛ.

Този факт заслужава специално внимание за анализ и вземане на бъдещи решения за по-оптимална структура на функциите на общата медицинска практика и съответно подобряване структура на дейностите на личните лекари.

Това голямо разнообразие на причините за посещение на лекарския кабинет по принцип е характерно за общата медицинска практика, то значително усложнява и затруднява дейността на личните лекари и изисква от тях не само висока клинична квалификация, но и определени организаторски умения. Това от своя страна поражда доста по-сложни предизвикателства пред професионалните качества на ОПЛ и вероятно е една от причините за ниска мотивация на младите лекари да работят в общата медицинска практика.

Въпрос: Каква е причината за посещението Ви днес в кабинета на личния лекар?

Табл. 3. Структура на посещаемостта на пациентите в кабинета на ОПЛ (селски жители)

Причина за посещение	**О б щ о**	
	Брой	**%**
Заболяване	55	25,5 %
Профилактичен преглед	40	18,5 %
Нужда от направление	50	23,1 %
Имунизация	12	5,6 %
Изписване на лекарства	75	34,8 %
Други	4	1,9 %
Всичко	216	100,0

Табл. 3. 1. (градски жители)

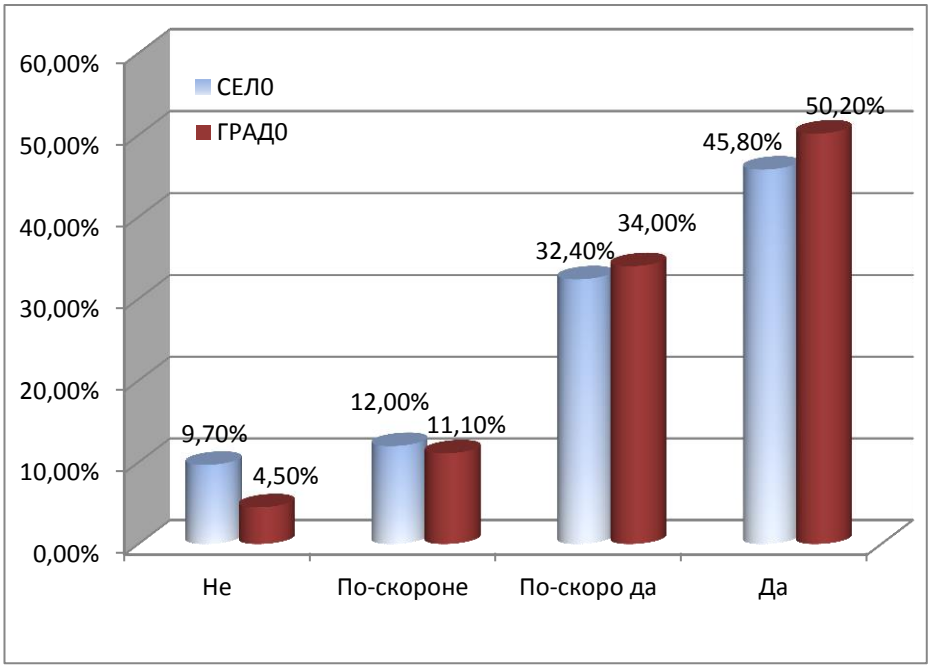
Причина за посещение	О б щ о	
	Брой	%
Заболяване	276	33,0 %
Профилактичен преглед	197	23,5 %
Нужда от направление	234	28,0 %
Имунизация	41	4,9 %
Изписване на лекарства	189	22,6 %
Други	24	2,9 %
Всичко	837	100,0

Важен етичен и социално-психологичен проблем в отношението „лекар-пациент" е степента на доверието на пациента в лекаря. От данните на (***табл. 4***) личи, че много голям процент от анкетираните имат доверие в своя личен лекар – пълно категорично доверие 49,6% и известно доверие ("по-скоро да") 34,5%. Това е добър атестат на личните лекари в областта. Но същевременно 16,0% от анкетираните нямат достатъчно или изцяло нямат доверие в своя личен лекар, което е проблем в техните взаимни отношения с личния лекар, а същевременно е и индикатор за удовлетвореността на пациентите.

Табл. 4. Доверие на пациентите към личния лекар

Отговори	О б щ о	
	Брой	%
Не	52	4,9 %
По-скоро не	117	11,1 %
По-скоро да	363	34,5%
Да	521	49,6%
Всичко	1053	100,0

Установява се известно различие в доверието на анкетираните селски и градски жители към личния лекар (***фиг. 3***). Без достатъчно доверие в личния лекар по-висок процент имат селските жители (21,7%) в сравнение с градските жители (15,6%). Причината за тази разлика в доверието към личния лекар е комплексна, но най-вероятно тук има роля известна разлика в квалификацията на личните лекари в селата и в градовете.



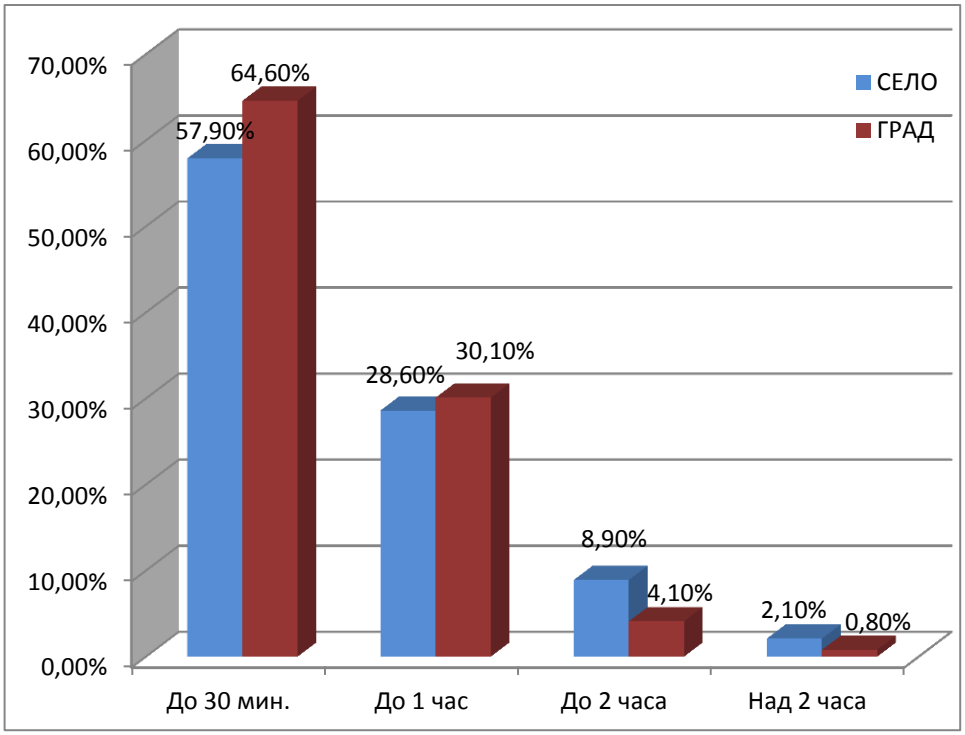
Фиг. 3. Доверие на пациентите към личния лекар по местожителство (в %)

Важен критерий за организацията на приема на пациентите е тяхното време на чакане пред кабинета на лекаря. На ***(табл. 5)*** личи, че определен процент от анкетираните са чакали дълго време – 2 и повече часа (8,2%), което е крайно неприемлив факт за организацията на първичната медицинска помощ в Плевенска област.

Табл. 5. Колко време чакахте днес пред кабинета на лекаря?

Отговори	**О б щ о**	
	Брой	**%**
До 15 минути	326	30,9 %
До 30 минути	358	33,9 %
Около 1 час	284	27,0%
Около 2 часа	71	6,7%
Повече от 2 часа	16	1,5%
Всичко	1053	100,0

На (***фиг. 4***) личи, че жителите на градовете чакат доста по-дълго време пред кабинета на лекаря - два и повече часа чакат 10,9% анкетираните от градовете и 4,9% анкетираните от селата.



Фиг. 4. Време на чакане пред кабинета на лекаря по местоживеене

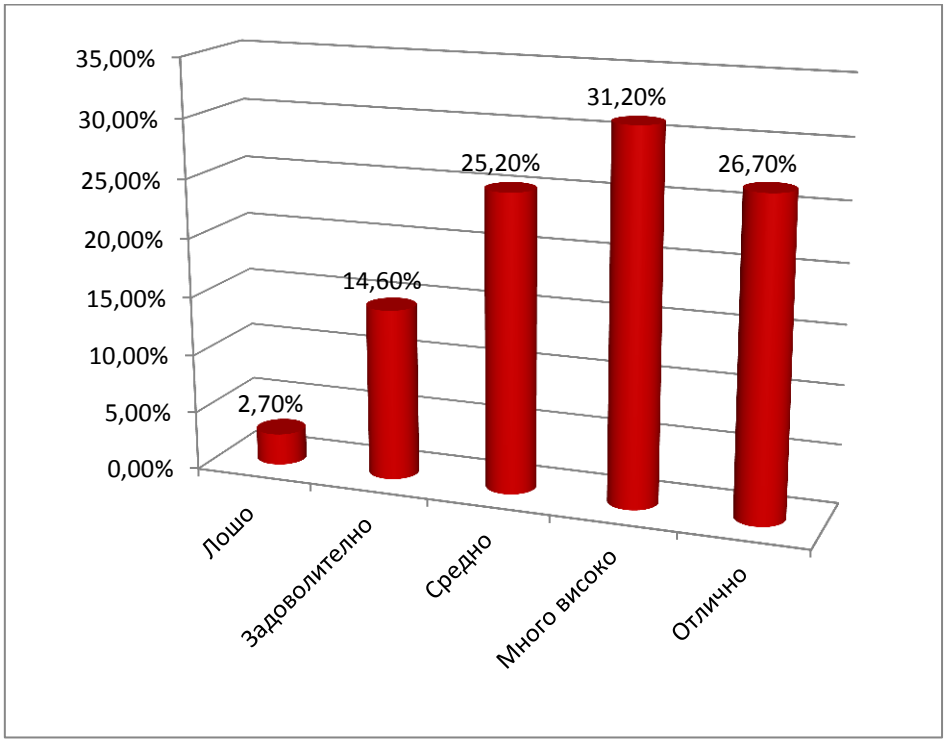
Цитираните по-горе данни показват, че все още нерешен организационен проблем в общата медицинска практика е дълготрайното време за чакане на пациента пред кабинета на лекаря, което е по-изразено при селските жители. Главна причина за това е липсата на система за регулиран прием, който е сравнително прост, но ефективен механизъм.

Дълготрайното чакане пред кабинета на лекаря е особено сериозен проблем за пациентите в трудова възраст, което детерминира и тяхната по-рядка посещаемост на кабинета на ОПЛ в сравнение с пациентите в пенсионна възраст. Тук се касае не само за необходимост от предварително определяне и записване на час за преглед, но и за **диференциран подход** в приема на пациентите в зависимост от различните мотиви за посещението на лекарския кабинет: за заболяване, респективно за диагностично-лечебна дейност, за профилактичен преглед, за документи и др. Подобен подход може да допринесе за по-добра организация на приема и съответно за по-добра удовлетвореност на пациентите от техния личен лекар.

В проведената от нас анкета в Плевенска област специален акцент бе даден на въпросите за удовлетвореността на пациентите от дейността на ОПЛ. Резултатът от отговорите на тези въпроси е представен на (***табл. 6*** и ***фиг. 5).*** Данните показват

сравнително добра удовлетвореност отличния лекар – само 10,1% отговарят че не са удовлетворени.

Следва да се има предвид, че тези данни за удовлетвореност от лекаря се базират на директно зададен въпрос „Удовлетворени ли сте?”. По мнение на експерти социолози **директните въпроси** по тази деликатна тема често не дават съвсем достоверни отговори, затова са нужни и още други допълнителни въпроси, които индиректно показват по-широката картина неудовлетвореността (това нагледно личи на следващите таблици и фигури). Очевидно е, че получаването на максимално достоверна и цялостна информация за удовлетвореността на пациентите е сравнително по-сложна задача, отколкото отговорите относно други въпроси, пи които мненията и оценките на пациентите са по-прости и по-улеснени. Това съображение има пряко отношение към създаването на една по-рационална методология за провеждането на социологически анализи изобщо в областта на здравеопазването.



Фиг. 5. Оценка на медицинската помощ, осъществена от личен лекар

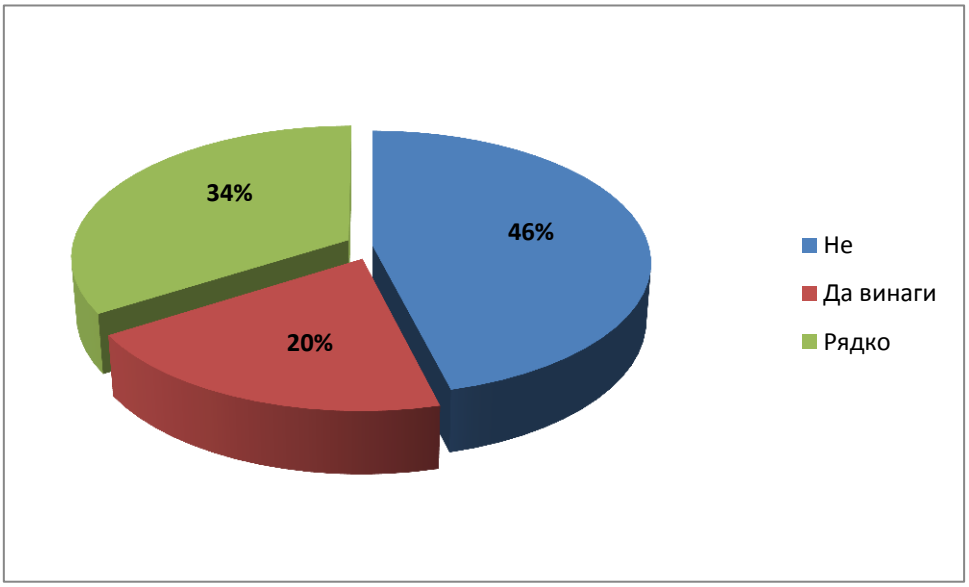
Табл. 6. Удовлетворен/а ли сте от личния Ви лекар?

Отговори	Брой	%	P
Не	23	2,2 %	< 0,05
По-скоро не	83	7,9 %	< 0,01
По-скоро да	741	70,4 %	< 0,001
Да	206	19,5%	< 0,01
Всичко	1053	100,0	

Както личи от (***фиг. 4*** и ***табл. 6***), по-конкретните въпроси показват индиректно друга, доста по-ниска удовлетвореност на пациента от личния лекар по два важни критерия: отделеното време за разговор с пациента и обясненията, които лекарят дава на пациента - най-общо това са комуникационни аспекти в отношението „лекар-пациент". Значимостта на комуникационния фактор е безспорна.

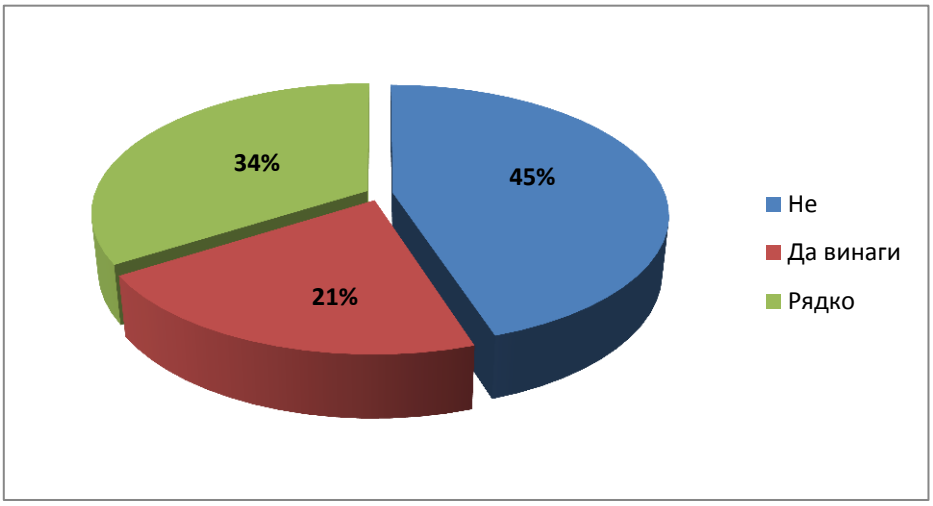
Голям е процент на анкетираните пациенти (80,0%) не са удовлетворени от отделеното време за разговор на лекаря с тях. Това се дължи на факта, че лекарите са доста ангажирани с административна работа и това води до прекалено краткия престой на пациентите по време на посещение при ОПЛ.

На Въпрос: Отделя ли лекарят достатъчно време за разговор с вас?



Фиг. 6. Оценка на времето за разговор с пациента

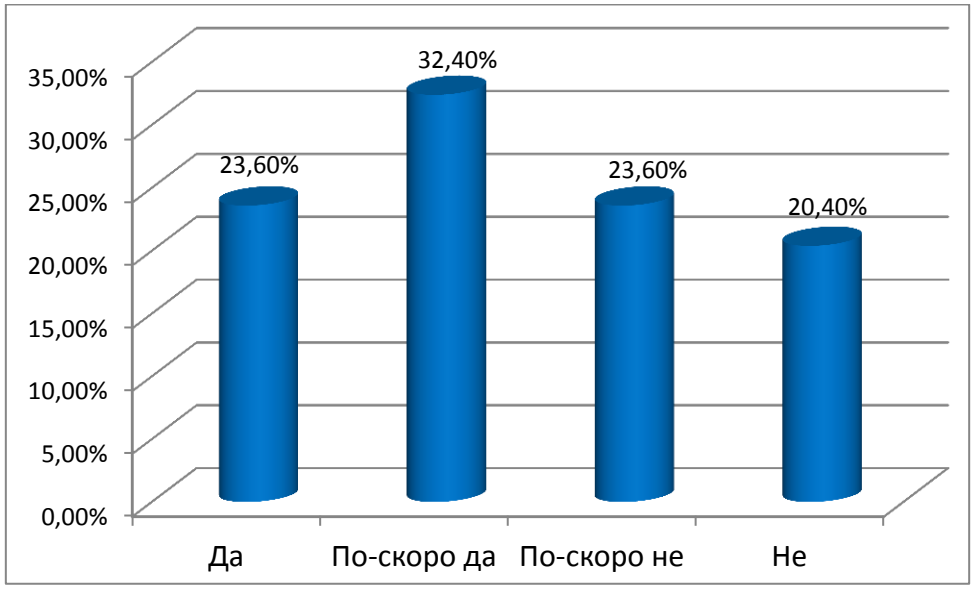
На Въпрос: Дава ли ви лекарят достатъчно разбираеми обяснения за вашия здравен проблем и ясни указания относно лечението и режима:



Фиг. 7. Оценка на обясненията, които лекарят дава на пациентите

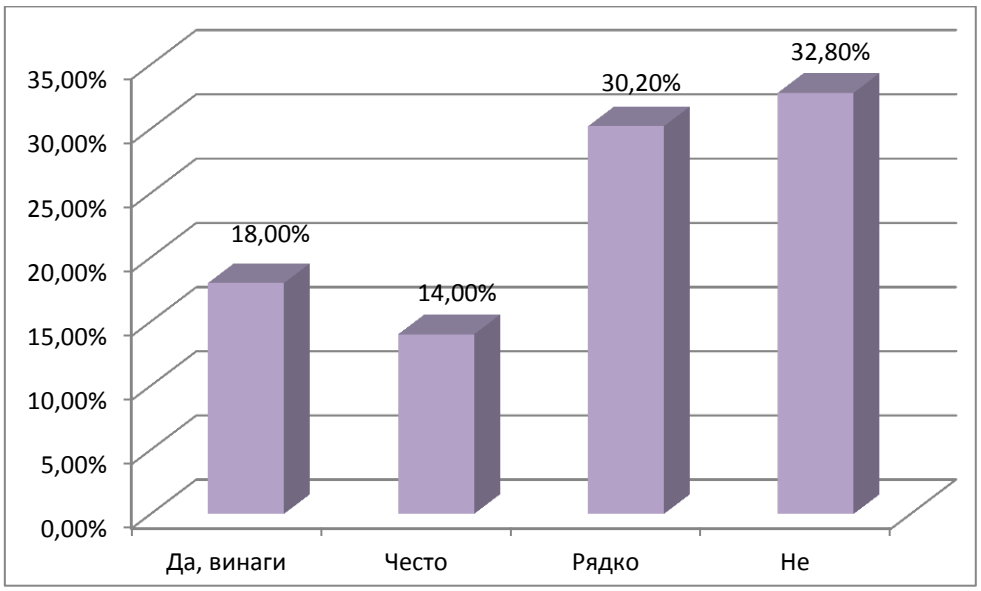
В този контекст данните от (***фиг. 6***) напълно съответстват на данните от (***фиг. 7).*** Само една пета от анкетираните пациенти отговарят, че лекарят винаги отделя време за разговор и дава достатъчно разбираеми обяснения на пациента. По тези два критерия почти половината от анкетираните (46%) дават категоричен отрицателен отговор. Това е едно крайно неблагоприятно ниво на конкретната удовлетвореност на пациентите, която не съвпада с доста по-високата обща удовлетвореност, дадена в отговорите им на директно поставените им въпроси. Само (21%) от анкетираните пациенти от селските и градските жители на Плевенска област дават положителен отговор.

Въпрос: Слуша ли внимателно лекарят вашите оплаквания без да се занимава с нищо друго, освен да ви слуша:



Фиг. 8 . Степен на съсредоточено слушане на лекаря за проблемите на пациента

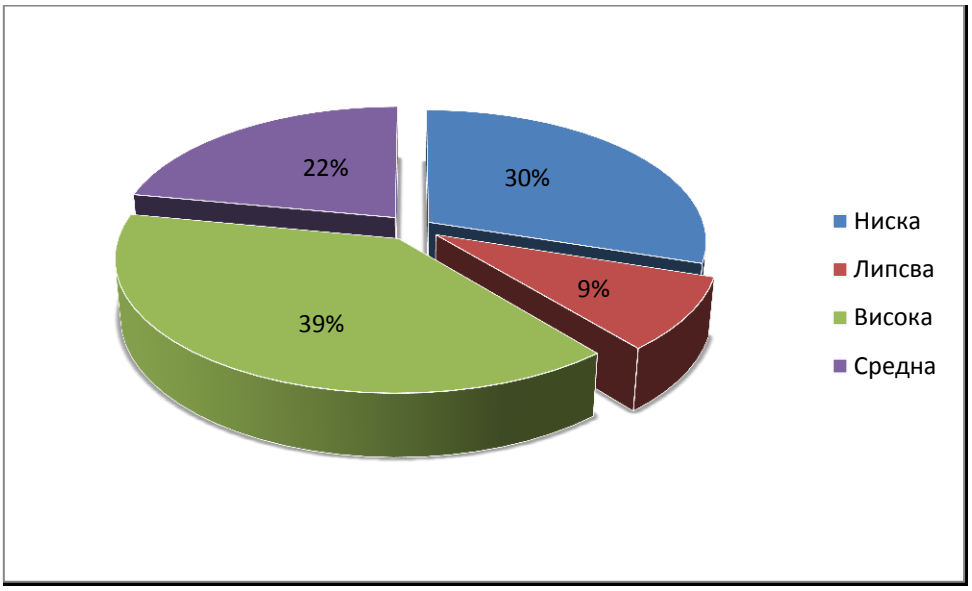
В тази насока заслужават внимание данните на (***фиг. 9***). Вижда се, че рядко в дейността на ОПЛ се използва подходът за съгласувано мнение и информирано съгласие на пациента, т.е. на практика не съществува реално феноменът партньорство между лекаря и пациента.



Фиг. 9. Съгласувано мнение с пациента и неговото информирано съгласие

Представените данни на (***фиг. 10***) доста ясно показват незадоволителната оценка на анкетираните пациенти за отзивчивостта на техния ОПЛ. Повече от една трета – 39,0% считат, че тази отзивчивост е ниска или липсва.

Критерият отзивчивост на лекаря е много специфичен, чисто психологичен критерий, затова се счита за субективен и продължава да се подценява при анализите. Това е грешен подход, защото този критерий отразява в съзнанието на пациента важно хуманно качество на личния лекар и именно усетът на пациента за отзивчивост на лекаря често е решаващ за удовлетвореност и е мотив за смяна на личния лекар с друг.



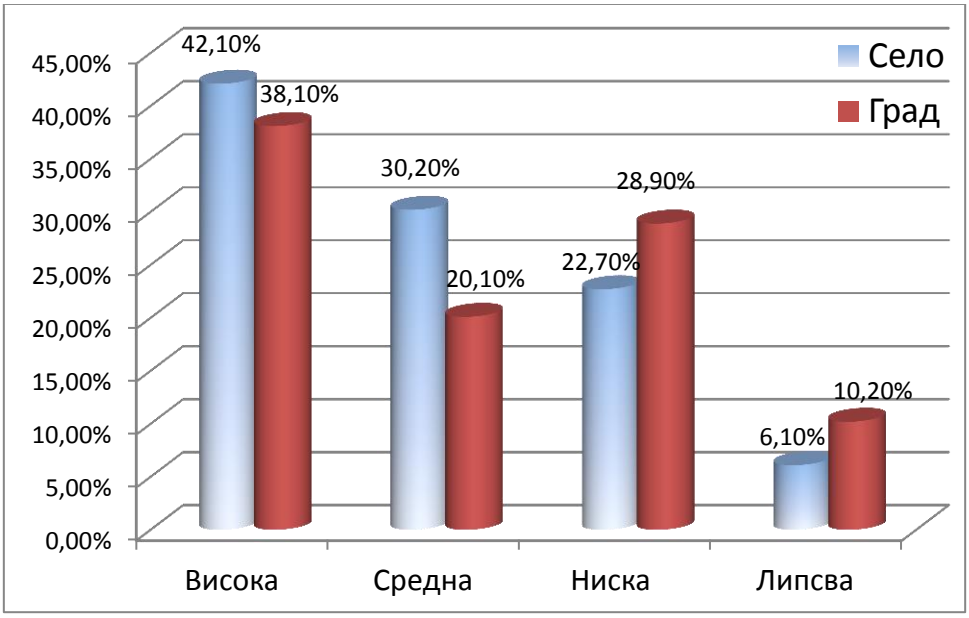
Фиг. 10. Оценка на отзивчивостта на личния лекар

Впечатлява разликата в оценката на отзивчивостта според местоживеенето – град или село (***фиг. 11***). Вижда се, че селските жители дават по-висок процент на отзивчивост от градските жители: висока и средна оценка на отзивчивостта общо при селските жители е 72,3% (при градските жители 58,2%), а ниска и липсваща отзивчивост при селските жители е 27,7% (при градските жители 41,8%).

Според нас два са факторите за тази разлика – от една страна, ОПЛ в селските условия е по-близко познат на своите пациенти, по-добре познава тяхното здравно състояние и конкретни битови условия на живот, а от друга страна, селските жители са по-малко взискателни, с по-малко претенции към своите лични лекари, тъй като при тях възможността за смяна на личните лекари е крайно минимизирана или въобще

липсва (в едно село най-често има само един личен лекар и за свободен избор на личен лекар изобщо не може да се говори).

Отзивчивостта като феномен и като комуникационно умение е трудна за обективно оценяване, тя е предимно процес на междуличностно общуване и отношение. Затова за отзивчивостта може да се съди преди всичко по субективното възприемане и оценка, в случая оценката на пациента. В този аспект считаме, че в провежданите социологически анкети за удовлетвореност на пациентите винаги трябва да присъстват и конкретни въпроси, касаещи мнението на тези пациенти за отзивчивостта на техните лекари.



Фиг. 11. Оценка на отзивчивостта на личния лекар според местоживеенето (в проценти)

Данните от (***табл. 7***) показват отговори на индиректен въпрос-индикатор за удовлетвореността на пациентите от своя личен лекар и в този смисъл е допълват и дори коригират данните, които отразяват удовлетвореността по директен въпрос. Както показват някои социологически анализи, анкетираните лица често отговарят на директните въпроси спонтанно без задълбочено осмисляне – това са въпроси от типа *„Доволен ли сте, или недоволен?”*. Затова чрез контролни въпроси по индиректен косвен път може да се получи по-достоверна информация относно оценки на анкетираните по различни въпроси. Този проблем е не само информативен, но има и

методологично значение за получаването на достоверна първична информация и нейния анализ.

Табл. 7. Бихте ли препоръчали Вашият личен лекар на близки и познати

Отговори	**О б щ о**	
	Брой	**%**
Не	52	4,9 %
По-скоро не	118	11,2 %
По скоро да	308	29,2%
Да	575	54,6%
Всичко	1053	100,0

Вижда се, че 16,1% не биха препоръчали своя личен лекар на други хора. В това отношение на сравнителната таблица 8 личи известна разлика между отговорите за удовлетвореност по директен и индиректен въпрос. Това показва, че прецизната оценка на удовлетвореността на пациентите не е еднозначен въпрос, а следва да се установява и анализира чрез комбинация на директни и индиректни въпроси към анкетираните лица. Същевременно това показва колко трудности има въпросът за достоверните откровени отговори и оценки на пациентите при директно задавани въпроси. Необходими са винаги и контролни индиректни въпроси, които допълват и уточняват получаваната информация.

Табл. 8. Сравнителни данни за удовлетвореността по директен и индиректен въпрос

Отговори	**Директен въпрос:** Удовлетворен ли сте?	**Индиректен въпрос:** Препоръчвате ли ОПЛ ?
Не/По-скоро не	9,9 %	17,2 %
Да/По-скоро да	90,1 %	82,8%
Всичко	100,0	100,0

Комуникационната култура в общата медицинска практика, според нашите данни, се очертава като един от особено важните нерешени проблеми в този сектор на здравеопазването.

Представените и анализирани по-горе в тази глава данни от емпиричното проучване дават полезна ценна информация за дейността на ОПЛ и по-специално за взаимоотношението „лекар-пациент”, което определя степента на удовлетвореност от личния лекар. Вижда се, че основните проблеми в тези взаимоотношения са от организационно и комуникационно естество.

Някои от данните в таблиците и диаграмите са съпоставими и взаимодопълващи се относно информацията по един и същи проблем (например удовлетвореността на пациентите от личния лекар). По този начин се получава една по-пълна и по-цялостна представа за съответния проблем. Това дава възможност за обосноваване на определени конкретни изводи и препоръки в посока подобряване дейността на личните лекари с акцент върху комуникационната култура в общата медицинска практика и оптимизиране на отношението „лекар-пациент”.

ОБОБЩЕНИЕ

Анализът на конкретната емпирична информация от нашето изследване показва редица много интересни факти и закономерности относно удовлетвореността на пациентите като социално-етичен критерий за дейността на личните лекари.

Установяваме, че удовлетвореността на пациентите не е просто субективен индикатор, а е доста сложен феномен, който има пряко отношение към цяла поредица от проблеми в общата медицинска практика.

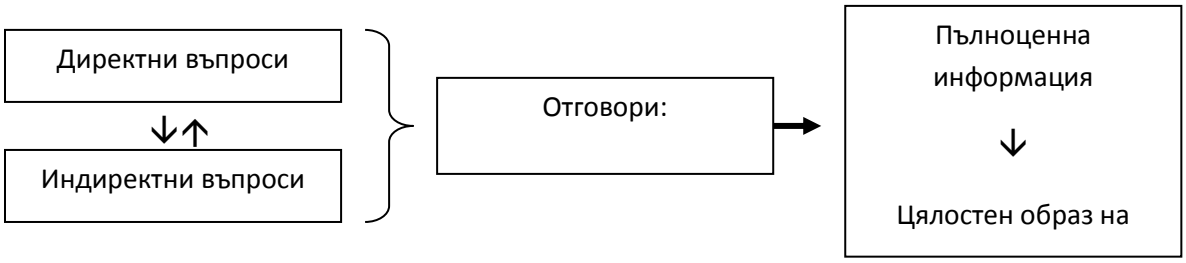
Анализът на удовлетвореността на пациентите като цялостен феномен изисква по-широк подход отколкото само стандартните въпроси, които традиционно се използват при социологическите анкети по този проблем. За подобен комплексен анализ не е достатъчна информацията, получавана от отговорите на стандартните директни въпроси от типа „Доволни ли сте?" и „В каква степен сте удовлетворени от своя личен лекар?".

Поради това в методичен аспект във въпросника за нашата анкета включихме и индиректни въпроси, които има контролни коригиращи функции по отношение на стандартните директни въпроси.

Информацията, която ни даде този комплексен подход (комбинация от директни и индиректни въпроси) се оказа особено полезна за получаване на възможно по-цялостна картина за реалната автентична удовлетвореност на пациентите от техния личен лекар.

Сравнителната информация от директните и индиректните въпроси показа значима разлика, която дава възможност за един по-пълен анализ на удовлетвореността. По отговорите на директния въпрос (*„Удовлетворен ли сте?"*) само 9,9% от анкетираните отговарят, че не са удовлетворени, а по индиректния въпрос (*„Препоръчвате ли вашия личен лекар на приятели?"*) отговорите за неудовлетвореност са почти два пъти повече (17,2%).

Според нас тази разлика се дължи на факта, че при директните въпроси отговорите на анкетираните лица са повече спонтанни с по-малка нагласа за размисъл и оценка, а при индиректните въпроси отговорите са резултат на повече обмисляне и присъствие на оценка.



Фиг. 12. Комплексен подход за получаване на пълноценна информация за удовлетвореността на пациентите

На фигура 12 представяме образно този подход за получаване на по-широка пълноценна информация за реалната цялостна удовлетвореност на пациентите от техните лични лекари.

Считаме за целесъобразно да подчертаем и ролята на още два индиректни критерия-показатели за удовлетвореността на пациентите от личните лекари: оценка на отзивчивостта на лекарите и препоръките към лекарите, дадени от анкетираните пациенти. В тези два критерия, без да се употребява думата „удовлетвореност" се получава по-автентична и по-детайлна информация за по-цялостна оценка на удовлетвореността.

Нашият анализ показа, че критерият *отзивчивост* на лекаря е много специфичен, чисто психологичен критерий и не трябва да се подценява при анализите на удовлетвореността на пациентите от медицинската помощ. Този критерий отразява в съзнанието на пациента едно важно хуманно качество на личния лекар и именно усетът на пациента за отзивчивост на лекаря често е решаващ за нивото на неговата удовлетвореност и също е мотив за смяна на личния лекар с друг. Данните от нашата анкета показват, че според 39% от анкетираните отзивчивостта на личния лекари е ниска или липсваща. Очевидно по този критерий в сравнение с другите критерии се установява доста по-ниска удовлетвореност на пациентите.

По критерия *препоръки* на пациентите се получава също ценна допълнителна информация за удовлетвореността от личните лекари. Представените по-горе данни показват, че най-честите и най-съществените препоръки на пациентите към техните лични лекари са от етично, комуникационно и организационно естество.

Тези препоръки могат да се обобщят в пет групи:

1. Внимателно отношение към пациента, да се изслушват по-добре неговите оплаквания (34,2%);
2. По-добра организация на труда и предварителни записвания на час за преглед, за да се намали времето на чакане пред кабинета на лекаря (29,2%);
3. По-добра отзивчивост при повикване за домашни посещения (14,4%);
4. Даване на направления (11,7%);
5. Спазване на работния график (10,4%).

В посочените препоръки се вижда по-конкретизирана картина на неудовлетвореността – анкетираните лица дават препоръки именно по дадени проблеми, които считат за нерешени и които причиняват тяхната неудовлетвореност от дейността на личния лекар.

Като генерално обобщение следва да подчертаем, че проведеното от нас изследване показва колко необходимо е да се подхожда не формално в процеса на анкетирането, а да се задават серия **взаимодопълващи се въпроси**, чиито отговори, оценени комплексно ще ни дадат по-цялостна автентична картина на сложния феномен удовлетвореност на пациентите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Постоянен и неоспорим приоритет на европейската здравна политика е преориентацията от болничната помощ към разширяване на извънболничната помощ и в частност първичните (базови) здравни грижи. Експертите считат, че трябва да се преодолее установената масова представа за първичната медицинска помощ само и единствено като „първа помощ", като първи контакт при нужда от медицинска помощ. ПМП има много по-широки функции и роля в националната здравна система – диагностично-лечебни, профилактични, промоция на здравето и здравно възпитание.

В нашето ново здравно законодателство и в структурата на националната здравна система първичната медицинска помощ (ПМП) официално е обявена като първостепенен приоритет. Съществуват обаче редица нерешени на ПМП, които препятстват нейните функции като приоритетен сектор и дейност.

Задълбочени експертни анализи показват, че нерешените проблеми на ПМП, респ. на общата медицинска практика (ОПЛ) са предимно от управленско, организационно и професионално етично естество, което снижава както общественото доверие в ОПЛ, така и ефективността на неговата дейност.

ИЗВОДИ

1. Синтетично представени, резултатите от анкетата показват редица психо-социални, етични, комуникативни и организационни проблеми в дейността на ОПЛ.

2. Много ниска е предварителната информираност на пациента относно качествата и компетенциите на избрания от него личен лекар.

3. Високия процент на пациенти имащи пълно доверие на своите лични лекари показва важността на етичния и социално-психологичен подход в отношението ”лекар-пациент”.

4. Проучването установи слаба информираност относно правата на пациентите, както по отношение на конкретен здравен проблем, така и по отношение функционирането на здравната система в България.

5. Оценка на степента на удовлетвореност на пациентите от дейността на ОПЛ показва по-висок процент на удовлетвореност при директно зададен въпрос в сравнение с процента на удовлетвореност при индиректен въпрос.

6. Проучването на анкетираните в Плевенска област градски и селски жители показва крайно недостатъчно време за комуникация и разговор с личния лекар. Пълноценната комуникация, сътрудничество и взаимодействие между лекаря и пациента са условие за ефективност на първичната медицинска помощ.

7. Оценката на пациентите за потребителската такса е предимно негативно. След здравната реформа от 2000 година потребителска такса, която в организационен и етичен аспект продължава да е дискусионен проблем.

8. Данните показват, че бюджетът на времето на ОПЛ е зает преди всичко с посещения на хронично болни пациенти, което прави неговата дейност доста еднообразна и също така стеснява възможностите за другите функции на ОПЛ – профилактични, здравно-възпитателни, промоция на здравето, домашни посещения и др.

9. Установено бе и оценката на анкетираните пациенти от Плевенска област, че най-честите причини за допускани грешки и пропуски в дейността на ОПЛ се дължат на пет водещи причини: недостатъчно внимание към пациента, небрежно отношение, слаба организация в дейността (често отсъствие на медицинска сестра и др.), ниска квалификация и преумора на лекаря. Това ранжиране от гледна точка на пациента е логично и показва, че в приоритетите на пациента водещи са социално-психологическите аспекти на взаимоотношението "лекар-пациент". Получените данни

от анкетата отразяват, тяхното мнение и оценка на дейността на ОПЛ като социален процес, организацията, професионално-етичната и психо-социалната атмосфера.

10. Анкетираните пациенти дават редица препоръки към личния лекар, което показва нуждата от промяна в подхода за подобряване организацията и дейността на ОПЛ, както и на взаимоотношенията „лекар-пациент”.

ПРЕПОРЪКИ

В резултат от проучването могат да бъдат направени следните препоръки:

КЪМ МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

1. Преоценка и нормативна промяна на настоящото статукво на ОПЛ като изолиран самостоятелен едноличен търговец (ЕТ), чиято дейност досега не се анализира системно, в динамика от държавните здравни органи. Дейността на ОПЛ продължава да е обект но само на вниманието на НЗОК при сключване на договори с ОПЛ, които договори обаче не почиват на детайлни критични анализи на неговата дейност като обем, качество и нерешени сериозни организационни проблеми в общата медицинска практика.
2. Разширяване ролята на РЗИ в регулирането и контрола на общата медицинска практика чрез въвеждане на цялостна система за компетентен държавен управленски контрол върху дейността на ОПЛ, независимо, че те имат официален статус на еднолични търговци (ЕТ).

КЪМ БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ И НАЦИОНАЛНОТО СДРУЖЕНИЕ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ

1. Създаване на система за информиран избор на личен лекар, която ще има двоен ефект: по-адекватно и по-критично обоснован избор на ОПЛ от страна на пациента и по-ясен, по-стабилен ангажимент и отговорности на ОПЛ спрямо избралите го пациенти.
2. Подобряване цялостната организация на труда на ОПЛ чрез въвеждане на регулираният прием на пациенти като средство за намаляване загубите на време за чакане пред лекарските кабинети.
3. Въвеждане на качествено нов подход в мениджмънта на времето в общата медицинска практика. Бюджетът на времето на ОПЛ следва отчетливо като свои задължителни елементи трите базови функции на ПМП – лечебна дейност, профилактична дейност и домашни посещения.
4. Комуникационната култура и умения на личния лекар изискват повишено внимание и трябва да бъдат признати и регламентирани като приоритетни негови професионални качества в неговата обща оценка. Липсата на тези

умения снижава доверието на пациентите към отделния лекар, към медицината въобще и оттук стимулира самолечение, бягство към самозвани лечители и т. н.

5. Задължителен елемент в системата за управленски контрол на общата медицинска практика следва да бъдат периодичните социологически анкети на пациенти.

КЪМ МЕДИЦИНСКИТЕ УНИВЕРСИТЕТИ

1. Засилена теоретична и практическа подготовка по специалността Обща медицина в обучението на студентите медици и в образователните програми за бакалаври и магистри на факултетите по обществено здраве. Това ще помогне в максимална степен на бъдещите ОПЛ да бъдат изградени професионалисти изпълнявайки в пълен обем задачите на ПМП.

САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Чрез обстоен обзор на литературата по проблема за първичната медицинска помощ и анализа на получени оригинални собствени данни в дисертационния труд се обосновава необходимостта от регулиране и решаване на редица съществени организационни проблеми в дейността на личните лекари.

На базата на добре обоснована методика е реализирана мащабна социологическа анкета (1053 анкетирани пациенти), която дава достоверна информация за значими организационни и етични проблеми на общата медицинска практика.

За пръв път у нас се представят и анализират в критичен аспект сравнителни данни за оценката на удовлетвореността от линия лекар според местоживеенето на пациентите – селски и градски жители в Плевенска област.

Компетентно и задълбочено са анализирани конкретни емпирични данни по широк кръг въпроси: комуникацията и партньорството лекар-пациент, отзивчивост на личните лекари, слабости в бюджета на времето на ОПЛ, смяната на личния лекар като индикатор за удовлетвореността на пациентите и качеството на общата медицинска практика.

Изводите и препоръките в дисертационния труд са конкретно и убедително обосновани. Тези изводи и препоръки имат значима научно-познавателна стойност и заедно с това съдържат много важни практико-приложни акценти. Те допринасят за преоценка и съществено подобряване на ефективността и ролята на първичната медицинска помощ (общата медицинска практика) като водещ приоритет и стратегически сектор в националната здравна система на България.

ПУБЛИКАЦИИ И СЪОБЩЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Бисерка Василева, Б. Борисова. Приоритетът на първичната медицинска помощ като организационно и професионално-етично предизвикателство. Медицински Меридиани, 2019, 1, 22-27.
2. Бисерка Василева. Комуникационният проблем в дейността на личните лекари. Здравна политика и мениджмънт, 2019, 4, 32-34.
3. Biserka Vasileva, Al. Vodenicharova. The Fundamental Significance of the Social and Ethical Criteria for Primary Care Quality Assessment. Acta medica bulgarika, 2020.

НАУЧНИ СЪОБЩЕНИЯ

1. Бисерка Василева, Ал. Воденичарова, С. Славчев. Взаимоотношението „лекар-пациент" – професионален проблем на личните лекари с нарастваща значимост. Сборник доклади, 10 Юбилеен Международен Медицински Конгрес на ЮЕМФ 05. 09. - 08. 09. 2019 г.