

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ,
„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ“, ДМН
КАТЕДРА „ПРЕВАНТИВНА МЕДИЦИНА“**

ЛЮБКА ГЕОРГИЕВА АСЕНОВА

**УСПЕШНО ПЛАНИРАНЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – УСЛОВИЕ ЗА
ПОСТИГАНЕ НА ПАЦИЕНТСКА УДОВЛЕТВОРЕНОСТ ОТ
ОПЛ**

**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”

Докторска програма: „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

Проф. Магдалена Александрова, дм

РЕЦЕНЗЕНТИ :

- 1. Проф. д-р Красимир Стоянов Визев , дм**
- 2. Проф. Елена Младенова Шипковенска, дм**

София, 2022 г.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за защита на катедрен съвет на Катедра по Превантивна Медицина при Факултет по Обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ на Медицински университет – София.

Дисертационният труд е написан на 156 страници и е онагледен с 23 фигури, 46 таблици и 1 приложение. Библиографията включва 136 заглавия от които 60 на кирилица и 76 на латиница.

Научно жури:

1. Проф. д-р Красимир Стоянов Визев, дм – вътрешен член за МУ – София, Катедра „Превантивна медицина“, на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ при МУ– София.

2. Доц. Емилиан Николаев Радев, дм - вътрешен член за МУ – София, Катедра „Превантивна медицина“, на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ при МУ– София.

3. Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм - външен член на МУ – София, пенсиониран преподавател повече от пет години от академичния състав на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ при МУ - София

4. Проф. Елена Младенова Шипковенска, дм - външен член на МУ – София, пенсиониран преподавател повече от пет години от академичния състав на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ при МУ - София

5. Проф. д-р Сашка Руменова Попова, дм - външен член на МУ – София, пенсиониран преподавател повече от пет години от академичния състав на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ при МУ - София

Резервни членове:

1. Проф. д-р Ралица Златанова Златанова, дм - вътрешен резервен член на МУ – София, Катедра „Здравна политика и мениджмънт“ на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ при МУ– София.

2. Доц. Диана Кръстева Иванова, дм - външен резервен член на МУ – София, Софийски университет „Св. Климент Охридски“.

Публичната защита ще се състои на 11.05.2022г от 12,00 часа в заседателна зала на Факултет по Обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ № 8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ“ ЕАД, ул. Бяло море „№8, гр. София.

Номерацията на таблиците, фигурите и схемите не отговарят на тази в дисертационният труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	стр.4
ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО	стр.6
АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ СОБСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ.....	стр.11
ОБОБЩЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	стр.45
ИЗВОДИ	стр.48
ПРЕПОРЪКИ.....	стр.50
ПРИНОСИ.....	стр.52
ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯТ ТРУД	стр.53

ВЪВЕДЕНИЕ

Развитието на световната медицинска мисъл и практика поставя съществен проблем, стоящ за решаване пред здравеопазването, а именно – качеството на медицинското обслужване. Медицинските услуги са в пряка връзка с нарастващите потребности и желанието на всеки човек непрекъснато да повишава качеството на своя живот към по-добро, за да бъде полезен на себе си, близките и обществото. Повишаващата се информираност на пациентите също е фактор, който води до по-голяма взисквателност към качеството на медицинската помощ.

Практиката недвусмислено показва, че използването на пазарни механизми и регулиране в сферата на здравеопазването може сериозно да повлияе върху задоволяването на медицинските потребности на населението.

Първичната извънболнична медицинска помощ е фундаменталната структура на една рационално функционираща здравна система. Практиката отдавна е доказала, че превенцията на болестите, както и тяхното ранно диагностициране струва много по-малко на обществото, отколкото самото лечение. Резултатите от редица проучвания показват, че държави с добре развита система на първична извънболнична медицинска помощ/ПИМП/ се характеризират с по-добър здравен статус на населението и с по-висока удовлетвореност от здравното обслужване, като цяло.

В съвременните представи, качеството е съвкупност от характеристики на медицинските услуги, което не само отговаря на технологични стандарти, но отговаря и на очакванията на пациентите и техните потребности от медицинска помощ.

Удовлетвореността на пациентите и нейното изследване са във фокуса на маркетинга и маркетинговите изследвания през последните две десетилетия.

Успешното планиране (което е един от компонентите на маркетинга) е сравнително нова научна дисциплина, която се развива в тясна връзка и зависимост от практиката. Маркетингът е една сложна дейност и се налага висок професионализъм при нейното провеждане.

Ефективното успешно планиране изисква от медицинските специалисти постоянно да изработват адекватни маркетингови концепции, съответно позициониране и маркетинг - микс, да изучават и моделират поведението на клиентите и осигуряват необходимите финансови средства за маркетинговата дейност.

Успешното планиране е необходимо не като една отделна мениджърска маркетингова функция, а и за създаването на една тотална маркетингова организация на цялата здравна система.

Цел на успешното планиране в здравеопазването

Целта на успешното планиране е да се подпомогнат медицинските организации в техните усилия да оцелеят, за да се удължи живота им и да им се съдейства да бъдат достатъчно гъвкави, когато те оперират в дадена заобикаляща ги среда, чрез по-ефективно обслужване на релевантните съществуващи пазари от конкурентите. Да разбере нуждите и интересите на хората и да им достави онези продукти и услуги, които да ги удовлетворят.

Същност на успешното планиране в здравеопазването

Навлизайки в условията на пазарната икономика, здравните мениджъри у нас все повече чувстват необходимостта от системно обучение по теория на съвременния маркетинг, което трябва да бъде реализирано от съответните учебни и научни центрове.

Целта е да се получат повече знания от провеждането на маркетинговите проучвания и постигане по-успешно планиране на дейностите.

Специфика на успешното планиране (маркетинга) на здравни услуги /приложение/

Успешното планиране представлява съвкупност от управленски методи (включително техники на продажба), но той е главно управленски подход, една ориентация и философия на организацията към потребителя и стимулиращо средство за ефективно управление на здравеопазването.

Успешното планиране на медицински услуги отразява общите постановки и принципи на маркетинга, като се отчита спецификата на медицински услуги. В тази насока решаващо е използването на маркетинговата и социалната концепции в условията на силно регулиран пазар и незавършена здравна реформа.

Приложения на успешното планиране (здравния маркетинг):

1. Регулиране нивото на търсене;
2. Подобряване имиджа на услугите;
3. Привличане на ресурси и на хора;
4. Мотивация и ангажиране на персонала;
5. По-добро използване на наличните ресурси;
6. Развиване на нови услуги и програми;

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО

1. Цел на проучването

Целта на настоящото проучване е да се изследват нагласите и очакванията на пациентите, относно подобряването и повишаване качеството и достъпността до предлаганите медицински услуги от общопрактикуващите лекари.

Задачи произтичащи от изпълнението на поставената цел:

1. Да се изясни значението на настоящия маркетинг на здравни услуги, като основен управленски подход и възможностите за прилагане му при решаване на маркетинговите проблеми в здравеопазването.
2. Да се направи анализ на състоянието на пазара на здравните услуги и регулирането му в условията на действащата здравноосигурителна система.
3. Да се анализира необходимостта от оценка на здравните потребности и необходимите ресурси за удовлетворяването им..
4. Да се проучат съвременните подходи за разработване на адекватен маркетинг-микс на здравната организация.
5. Да се изясни същността, технологията и елементите на провеждане на маркетинговите проучвания.
6. Оценка на удовлетвореността на пациентите от качеството на предлаганите им медицински услуги и се формулират препоръки за тяхното усъвършенстване.

2. Методи и етапи на проучването.

За събиране на първоначалната информация в изследването се приложиха следните методи:

Социологически метод.

А. Анкетен метод – пряка индивидуална анкета.

Проучването се базира на конкретно създадена за целите на изследването *анкетна карта*.

Въпросникът съдържа 20 айтема и е от затворен тип, което допринася за статистическата тежест на резултатите.

Точността на получените данни, се базира на осъществения многоаспектен и прецизен логически анализ на всеки един попълнен въпросник.

Настоящият въпросник има за цел да измери възприятията на пациентите относно ползваните услуги за първична медицинска помощ, включително и качеството на здравните грижи, достъпа до медицински такива и възникнали затруднения, /препятствия/ от финансов характер.

Б. Документален метод – официални писменни материали /документи/ издадени от държавни и общественни институции (Народно събрание, Министерство на здравеопазването и др.) имащи отношение към настоящото проучване.

В. Статистически метод за обработка на информацията.

- **Вариационен анализ.**

- **Корелационен анализ.** .

- **Софтуерни продукти** – използван е Microsoft, пакет SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) V 22.0

- **Графичен анализ** – за визуализация на получените резултати. Ползваните продукти са базирани на версиите: Microsoft Office Word 2010, Microsoft Excell, Microsoft Smartart.

В помощ на така ситуираното проучване ще бъдат използвани *статистически инструменти* за анализа на някои от получените резултатите. За основна ще бъде използвана Теория: Хи-квадрат (χ^2) метод, (позната в статистическите среди, като критерий на Пирсън за вида на разпределението).

Първият етап: Дефиниране на хипотези

Нулевата хипотеза (H_0) гласи, че между двете изследвани явления не съществува обективна връзка. Доколкото се наблюдава някаква връзка, то тя е плод на действието на случайни влияния.

Алтернативната (H_1) хипотеза е предположението, че между двете изследвани явления съществува обективна, неслучайна връзка.

Вторият етап: Фиксиране на равнището на значимост – определяне размера на риска за грешка (α);

Третият етап: Определяне на емпиричната характеристика – за Хи-квадрат методът се използва χ^2 - разпределение;

Четвърти етап: Изчисляване на емпиричната характеристика по формулата:

$$\chi_{em}^2 = \sum_i \sum_j \frac{(f_{ij} - \widehat{f}_{ij})^2}{\widehat{f}_{ij}}$$

Където:

χ_{em}^2 – оценяваната емпирична характеристика на хипотезата;

f_{ij} – фактически наблюдавания брой случаи;

\widehat{f}_{ij} – теоретически очаквания брой случаи;

$\sum_i \sum_j$ – двойна сума;

Пети етап: Определяне вида на критичната област (W) – Хи-квадрат методът предполага едностранна (десностранна) критична област;

Шести етап: Определяне на теоретичната характеристика – намира се в таблицата за χ^2 - разпределение при дадено равнище на значимост и степени на свобода:

$$\chi_t^2 = \left\{ \begin{array}{l} \alpha = 0.05 \\ f = (p - 1)(k - 1) \end{array} \right\}$$

Седми етап: Вземане на решение – сравняват се емпиричната и теоретичната характеристика. Ако $\chi_{em}^2 > \chi_t^2$ нулевата хипотеза се отхвърля и се приема за вярна алтернативната, т.е. при избраната вероятност за сигурност може да се твърди, че между изследваните явления съществува обективна, неслучайна връзка. И обратното ако $\chi_{em}^2 \leq \chi_t^2$ нулевата хипотеза се приема, т.е. при съответната вероятност за сигурност не може да се докаже статистически значима връзка между изследваните явления;

Осми етап: Формулира се извод относно статистическата значимост на изследваното явление.

Работна хипотеза.

Стапента на пациентска удовлетвореност в извънболничната медицинска помощ се определя от качеството на предлаганите медицински услуги и се влияе пряко от достъпността до медицински услуги, зависи от професионалната компетентност на общопрактикуващите лекари и от личното отношение към потребителите на здравни услуги.

Предмет на проучването.

• **Степента на пациентската** удовлетвореност от медицинското обслужване, осъществявано от общопрактикуващите лекари в извънболничната помощ.

Обект и обем на проучването.

• Обект на настоящото проучване са 400 пациенти, подбрани на случаен принцип и посетили общопрактикуващи лекари от различни лечебни заведения за извънболнична

медицинска помощ на територията на гр. София – ж.к. Връбница -1, ж.к. Връбница -2, ж.к. Обеля -1 и ж.к. Обеля – 2.

Единици на наблюдение.

1. Логическа единица.

Логическа единица на проучването са всички лица от мъжки и женски пол навършили 18 годишна възраст, като се спазваха принципите на доброволност и анонимност.

2.Техническа единица.Техническа единица са лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ, където са проведени прегледите и са назначени изследванията и лечението.

Признаци на наблюдението.

1. Факториални – пол, възраст, образование, семеен статус и др.

2. Резултативни –степен на информираност за здравното състояние, удовлетвореност от качеството на медицинските услуги, провеждани профилактични прегледи и др.

3. Място на проучването. Анкетата обхваща пациенти живеещи на територията на гр. София.

4. Време на проучването – настоящото проучване е проведено през второто полугодие на 2019 и четвърто тримесечие на 2020г.

5. Организиране на проучването.

Изследването е планирано, организирано и проведено с личното участие на изследвателя.

Участниците подробно са запознати с целите и задачите на проучването. Авторът на изследването, самостоятелно събира информацията получена от пациентите за всеки общопрактикуващ лекар от първична извънболнична медицинска помощ.

Дизайн на проучването./фиг.1/



Източници за набиране на информация.

- Мнение на пациентите;
- Официални данни и документация от нормативни и законодателни актове.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ СОБСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ ЗА УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ, ОБСЛУЖВАНИ ОТ ОПЛ

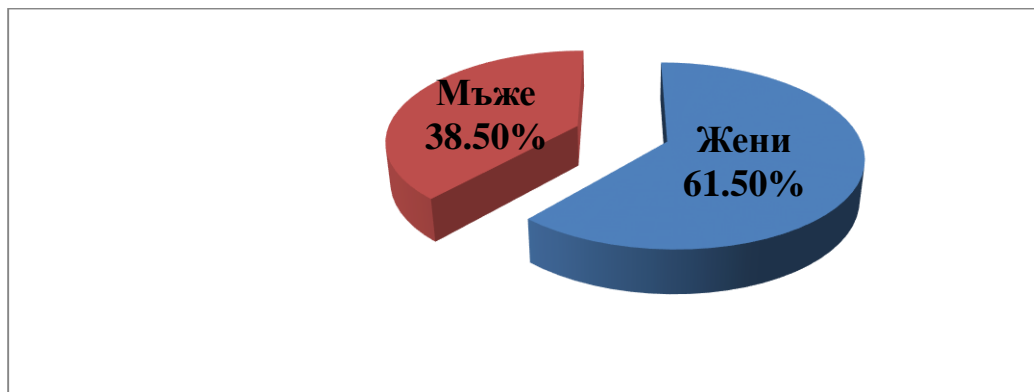
Настоящото проучване включва 400 лица,. При провеждането на анкетното проучване, бяха спазени принципите на доброволност и анонимност.

За да бъде определена нагласата и удовлетвореността на пациентите от качеството на предлаганите услуги от ОПЛ, *на попълнените анкетни карти ще бъде осъществена обработка и анализ на констатраните данни.*

При така проведеното изследване се констатира следното:

I. Разпределението по пол показва значително преобладаване на жените –61,5%, пред мъжете –38,5%.- това е отразено и на фиг. 2

Фиг. №2. Разпределение на анкетираните лица по пол.

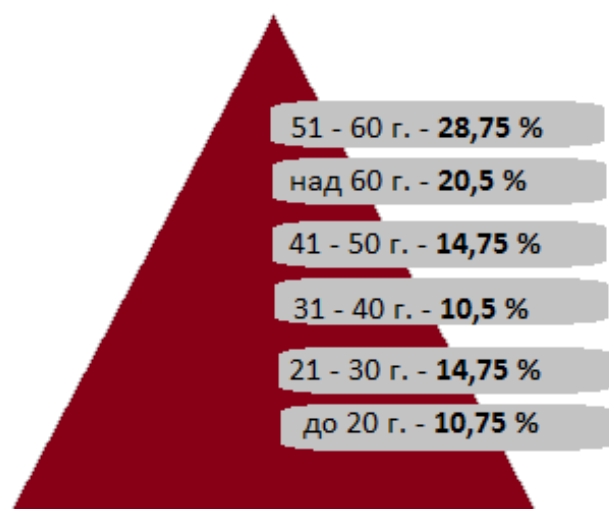


2. По възрастови групи се констатира следното:

1. Преобладават лица от група 51-60 г./**28,75 %**/,следвани от възрастовата група над 60 г./**20,5%**/,41-50г. **14,75%**/.

Останалите възрастови групи са представени със следните дялове-

21-30 г.- /**14,75%**/; 31-40 г. -/**10,50%**/, а до 20 г.- /**10,75 %**/.



Фиг. №3. Възраст на анкетираните лица

Преобладават лицата от групите 51-60 г. и тези над 60 г., поради факта, че те представляват основната (или най-голямата) група от болели лица.

А. Проверка за зависимост между възрастта на пациентите и оценката на здравето им състояние:

H₀ (Нулева хипотеза) – двете променливи са независими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и оценката на здравето им състояние не съществува закономерна връзка;

H₁ (Алтернативна хипотеза) – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и оценката на здравето им състояние съществува закономерна връзка;

Риск за грешка първи род(α) – 0,05;

Проверка– χ^2 анализ;

Емпирична характеристика – изчислената χ^2 емпирична стойност и равнището на значимост са представени в **табл. 1**

Таблица № 1. χ^2 анализ

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост(Sig.)
χ^2 на Пирсън	542,893	10	0,000

	Стойност	Равнище на значимост(Sig.)
Коефициент на Крамер	0,824	0,000

Вземане на решение:

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) < α (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. между възрастта на пациентите и оценката на здравето им състояние съществува закономерна връзка;

Сила на връзката – измерена чрез **коэффициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,824**, което може да бъде тълкувано като силна сила на връзката;

3.Анализирайки анкетното проучване се установи, че голям брой от анкетиранията лица, притежават сравнително високо образователно ниво, а именно:

46,25 % са със средно образование, 38,50 % са с висше и само 15,25 % са с основно./ фиг.9/

Това ни дава основание да считаме, че получената информация е адекватна и реалистична.

Таблица №2. Разпределение на анкетиранията пациенти по образование според възрастта.

	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Начално или основно	22	39	0	0	0	0	61
	36,1%	63,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Средно	21	20	42	59	43	0	185
	11,4%	10,8%	22,7%	31,9%	23,2%	0,0%	100,0%
Висше	0	0	0	0	72	82	154
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	46,8%	53,2%	100,0%
Общо	43	59	42	59	115	82	400
	10,8%	14,8%	10,5%	14,8%	28,8%	20,5%	100,0%

А.Проверка за зависимост между образованието на пациентите и оценката на здравното им състояние:

H₀ (Нулева хипотеза) – двете променливи са независими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и оценката на здравното им състояние не съществува закономерна връзка;

H₁ (Алтернативна хипотеза) – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и оценката на здравното им състояние съществува закономерна връзка;

Риск за грешка първи род(α) – 0,05;

Проверка– χ^2 анализ;

Емпирична характеристика – изчислената χ^2 емпирична стойност и равнището на значимост са представени в табл. 3;

Таблица №3. χ^2 анализ

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост (Sig.)
χ^2 на Пирсън	266,654	4	0,000

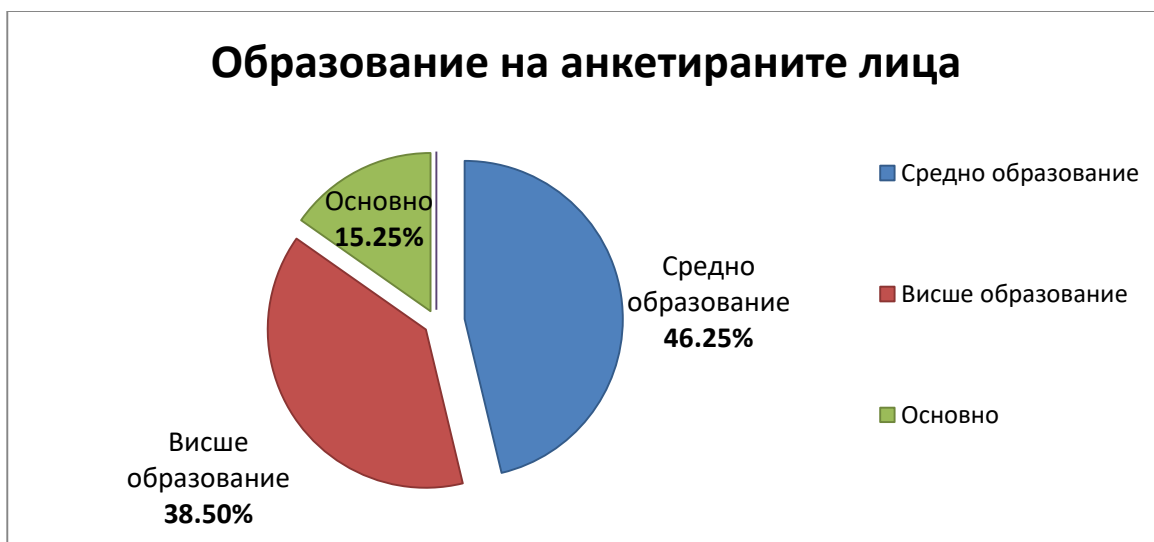
	Стойност	Равнище на значимост (Sig.)
Коефициент на Крамер	0,577	0,000

Вземане на решение:

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) < α (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. **между образованието на пациентите и оценката на здравното им състояние съществува закономерна връзка;**

Сила на връзката – измерена чрез **коефициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,577**, което може да бъде *тълкувано като средна сила на връзката;*

Фиг.№4 Образователен ценз на анкетираните лица.



4. При самооценка на анкетираните лица, относно тяхното здравословно състояние се стигна до следните изводи: 46.5% от анкетираните определят своето здраве като задоволително, 37.0% като добро и 16.5% като лошо.

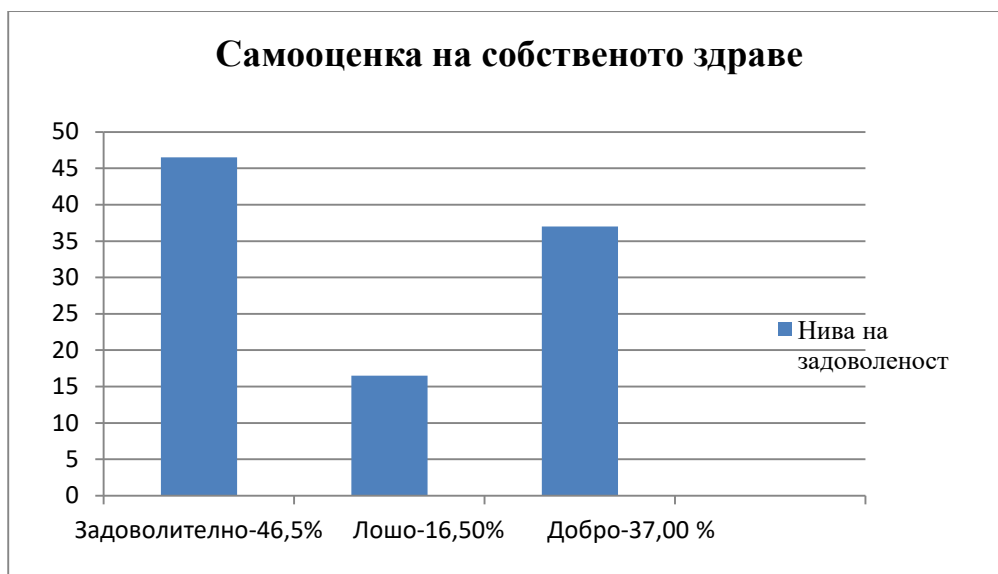
Таблица №4 . Здравословно състояние спрямо възрастта

Здравословно състояние	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Добро	43	52	20	33	0	0	148
	29,1%	35,1%	13,5%	22,3%	0,0%	0,0%	100,0%
Задоволително	0	7	22	26	115	16	186
	0,0%	3,8%	11,8%	14,0%	61,8%	8,6%	100,0%
Лошо	0	0	0	0	0	66	66
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Общо	43	59	42	59	115	82	400
	10,8%	14,8%	10,5%	14,8%	28,8%	20,5%	100,0%

Влияние върху високия процент пациенти, определящи здравословното си състояние като лошо – 16,5 % /: графика 4/се обуславя от предикторите:

-емоционално състояние в момента на анкетата,

- проблеми със Здравната каса при отпускане на лекарствени продукти
- медии,
- често посещение при личния лекар от хронично болните пациенти и др.

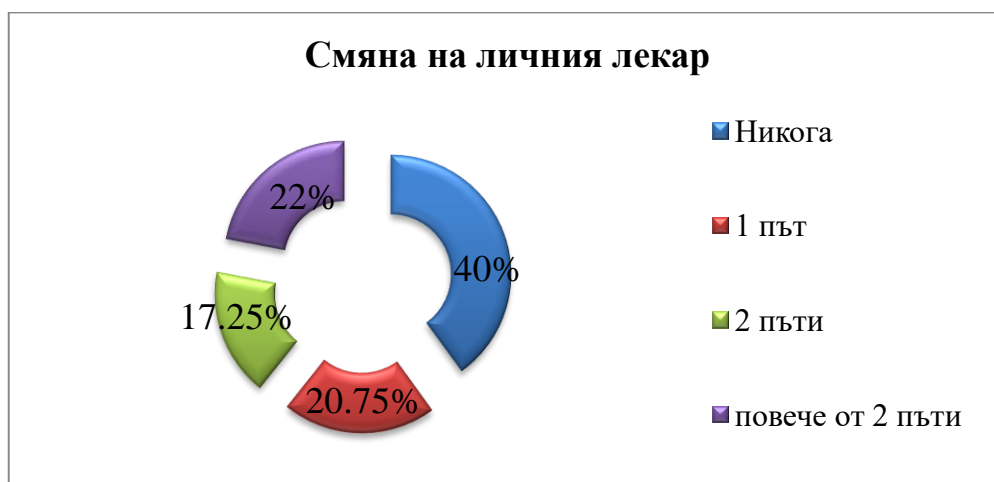


Графика №1

5. Смяната на общопрактикуващият лекар, също е показателна за удовлетвореността на пациентите. Възможността за личен избор, е гарантирана от Националният рамков договор и Закона за Здравното осигуряване.

От анкетираните лица:

- 40% никога не са сменяли ОПЛ,
- 20.75% - един път,
- 17.25% - два пъти
- 22 % - повече от два пъти



Фигура №5. Честота на смяна на семейния лекар

Таблица №5. Смяна на личния лекар спрямо възрастта

Смяна Личен лекар	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Не	27	29	22	38	21	23	160
	16,9%	18,1%	13,8%	23,8%	13,1%	14,4%	100,0%
1 път	0	7	20	21	35	0	83
	0,0%	8,4%	24,1%	25,3%	42,2%	0,0%	100,0%
2 пъти	16	23	0	0	33	0	72
	22,2%	31,9%	0,0%	0,0%	45,8%	0,0%	100,0%
Повече от два пъти	0	0	0	0	26	59	85
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	30,6%	69,4%	100,0%
Общо	43	59	42	59	115	82	400
	10,8%	14,8%	10,5%	14,8%	28,8%	20,5%	100,0%

В настоящата анкета са конкретизирани вероятните причини за смяна на ОПЛ :

- смяна на района по местоживееене,
- неудовлетвореност от работата на личния лекар,
- недоволство от отношението на ОПЛ към пациента,
- затруднен достъп до специалисти и т.н.

От данните се вижда, че са налице водещи три мотива за смяна на личният лекар, а именно:

А. Проблеми за получаване на направления към специалист /голям процент от мотивите за смяна са свързани с невъзможността за получаване на направление за специалист/.

Б. Дълго чакане пред кабинета за преглед;

В. Отказ за домашни посещения при нужда.

Чести мотиви за смяна на ОПЛ са "Невъзможно откриване на лекаря по телефона при нужда", „ Нежелание да се определя предварително час за преглед”.

Специално внимание заслужават мотивите "невъзможно откриване на личния лекар по телефона" , „отказ на домашни посещения при нужда"

Всичко това говори за недостатъчна ангажираност и реална връзка на личния лекар с неговите пациенти и за неясно регламентирани на неговите конкретни задължения

относно потребностите, очаквания и претенции на пациентите. Проблемите за комуникация между личния лекар и пациента са мотиви за неговата смяна. Тези мотиви изхождат от нежеланието на личния лекар да разговаря и да дава разбираеми обяснения по здравни въпроси на своите пациенти и недостатъчно внимание към комплексните им здравни проблеми.

6. За по-обективна представа на удовлетвореността си, участниците в анкетата оценяват своя личен лекар по десетобалната система.

При изчисляване на средната оценка се има предвид стойността, която най-често се повтаря в извадката, а не средната стойност на получените резултати.

Това се налага за да не се получат нереално високи или нереално ниски резултати.

Цялостната оценка, която дават пациентите на семейните лекари е положителна.

Средната оценка на ОПЛ за гр.София от живущи в район Връбница е 8-9 по десетобалната система т.е. малко над средното ниво.

Таблица №6 - ценка на ОПЛ

Оценка личен лекар	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
2	5	18	0	0	0	0	23
	21,7%	78,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
3	28	11	0	0	0	0	39
	71,8%	28,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
4	10	10	7	0	0	0	27
	37,0%	37,0%	25,9%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
5	0	5	5	0	0	0	10
	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
6	0	15	13	0	0	0	28
	0,0%	53,6%	46,4%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
7	0	0	16	39	26	0	81
	0,0%	0,0%	19,8%	48,1%	32,1%	0,0%	100,0%
8	0	0	1	20	73	0	94
	0,0%	0,0%	1,1%	21,3%	77,7%	0,0%	100,0%
9	0	0	0	0	16	82	98
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,3%	83,7%	100,0%
Общо	43	59	42	59	115	82	400
	10,8%	14,8%	10,5%	14,8%	28,8%	20,5%	100,0%

Направена е проверка за зависимост между възрастта на пациентите и оценката, която дават те на личния си лекар:

H_0 (Нулева хипотеза) – двете променливи са независими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и оценката, която дават на личния си лекар не съществува закономерна връзка;

H_1 (Алтернативна хипотеза) – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и оценката, която дават на личния си лекар съществува закономерна връзка;

Риск за грешка първи род(α) – 0,05;

Проверка – χ^2 анализ;

Емпирична характеристика – изчислената χ^2 емпирична стойност и равнището на значимост са представени в Таблица №7;

Таблица №7. χ^2 анализ

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост(Sig.)
χ^2 на Пирсън	899,573	35	0,000

	Стойност	Равнище на значимост(Sig.)
Коефициент на Крамер	0,671	0,000

Вземане на решение:

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) < α (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. между възрастта на пациентите и оценката, която дават на личния си лекар съществува закономерна връзка;

Сила на връзката – измерена чрез коефициента на Крамер, който в случая има стойност **0,671**, което може да бъде тълкувано като средна сила на връзката;

Проверка за зависимост между образованието на пациентите и оценката, която дават на личния си лекар:

H_0 (Нулева хипотеза) – двете променливи са независими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и оценката, която дават на личния си лекар не съществува закономерна връзка;

H₁ (Алтернативна хипотеза) –двете променливи са зависими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и оценката, която дават на личния си лекар съществува закономерна връзка;

Риск за грешка първи род(α) – 0,05;

Проверка– χ^2 анализ;

Емпирична характеристика – изчислената χ^2 емпирична стойност и равнището на значимост са представени в **Таблица 10**;

Таблица №8. 1 χ^2 анализ

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост (Sig.)
χ^2 на Пирсън	535,418	14	0,000

	Стойност	Равнище на значимост (Sig.)
Коефициент на Крамер	0,818	0,000

Вземане на решение:

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) < α (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. *между образованието на пациентите и оценката*, която дават на личния си лекар **съществува закономерна връзка**;

Сила на връзката – измерена чрез **коефициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,818**, което може да бъде тълкувано като силна сила на връзката;

7. Издаването на направления за консултация със специалист или лабораторно изследване при нужда, е било:

- безпроблемно във 36% от случаите,
- 51,75% споделят за малък проблем,
- за 12,25% се е оказало голямо предизвикателство

Таблица № 9. Проблем при получаване/издаване на направления.

Направление	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Малък проблем	150	57	207
	72,5%	27,5%	100,0%
Без проблем	57	87	144
	39,6%	60,4%	100,0%
Голям проблем	39	10	49
	79,6%	20,4%	100,0%
Общо	246	154	400
	61,5%	38,5%	100,0%



Фиг. № 6 Процентно представяне на пациентите получили направления

Сравнително високият процент пациенти, които са имали проблем с получаването на направление за консултация със специалист или лабораторни изследвания – общо около 64 %, корелира с по-голямата необходимост от специализирана допълнителна помощ на по-възрастното население и с критичната самооценка за здравословното си състояние на анкетираните.

8. На въпроса за отзоваването на личния лекар при повикване на домашно посещение, по-голяма част от респондентите отговарят, че най-често не се е налагало посещение от личния лекар. Такъв отговор дават 31.25 % от анкетираните.

На следващо място, запитаните лица отговарят, че в повечето от случаите, личния лекар се е отзовавал на тяхната молба за посещение – 25.25%.

Статистически пренебрежими резултати се посочват по отношение на посещаемостта в диапазона

- винаги -16.25%,
- понякога – 15.75 %
- никога – 11.5%.

Графика № 2 . Домашно посещение на личния лекар при повикване.

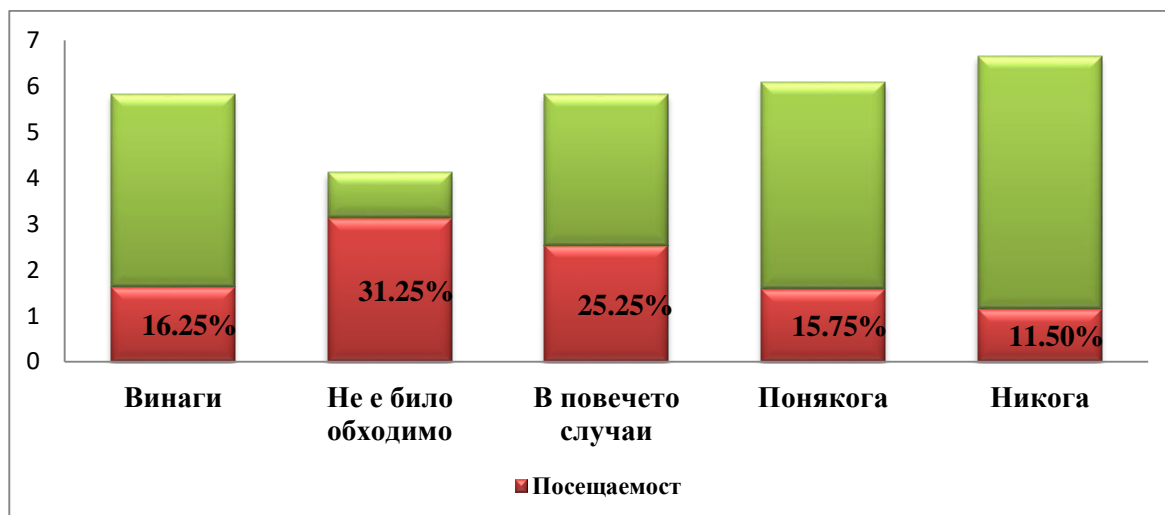


Таблица №10. Домашно посещение на личния лекар при повикване според възрастта

Домашно посещение	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Никога	35	10	45
	77,8%	22,2%	100,0%
Понякога	36	27	63
	57,1%	42,9%	100,0%
В повечето случаи	60	41	101
	59,4%	40,6%	100,0%
Винаги	28	38	66
	42,4%	57,6%	100,0%
Не съм се нуждаел от домашно посещение	87	38	125
	69,6%	30,4%	100,0%
Общо	246	154	400
	61,5%	38,5%	100%

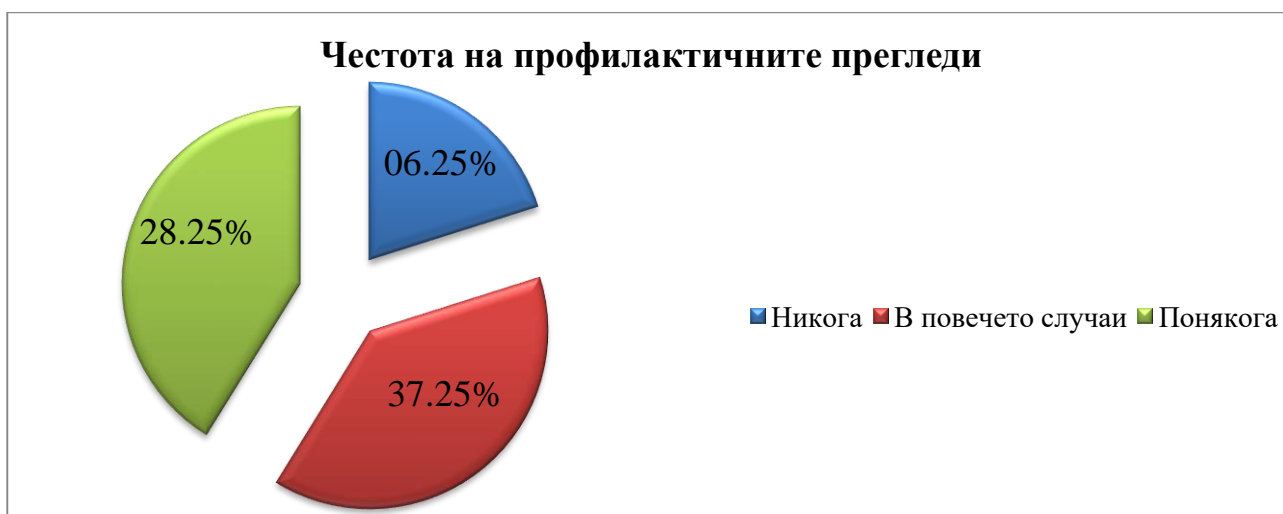
Нерегулираните и редки домашни посещения на пациентите са нерешен проблем в общата лекарска практика.

Тези данни показват, че по една или друга причина ОПЛ все още не е в състояние да изпълни широкия спектър от възлаганите му функции на интегратор и координатор на здравното обслужване на своите пациенти, поради което не е бил техен личен лекар по същество.

9. Резултатите получени от анкетното проучване, по отношение честотата на извършване на профилактични прегледи е доста притеснителна.

Осезателна част от пациентите споделят, че през последната година не са осъществявали профилактични прегледи. Бройката на тези лица надхвърля 6.25%.

Коректно би било да се отбележи, че е необходимо все пак да има и активна позиция (от страна на самите пациенти), по отношение на горе цитираните прегледи и редовното посещение при личният лекар. Данните корелират с почти пълно отсъствие на здравно просветна дейност от страна на ОПЛ.



Фиг.№ 7 Честота на профилактичните прегледи

Таблица № 11 Профилактични прегледи

Профилактичен преглед	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Никога	15	10	25
	60,0%	40,0%	100,0%

Понякога	83	30	113
	73,5%	26,5%	100,0%
В повечето случаи	100	49	149
	67,1%	32,9%	100,0%
Винаги	9	20	29
	31,0%	69,0%	100,0%
Не съм посещавал личния си лекар	39	45	84
	46,4%	53,6%	100,0%
Общо	246	154	400
	61,5%	38,5%	100,0%

А. Проверка за зависимост между *възрастта* на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи:

H₀ (Нулева хипотеза) – двете променливи са независими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи не съществува закономерна връзка;

H₁ (Алтернативна хипотеза) – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи съществува закономерна връзка;

Риск за грешка първи род(α) – 0,05;

Проверка – χ^2 анализ;

Емпирична характеристика – изчислената χ^2 емпирична стойност и равнището на значимост са представени в табл. 12;

Таблица №12. 1. χ^2 анализ

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост (Sig.)
χ^2 на Пирсън	491,275	20	0,000

	Стойност	Равнище на значимост (Sig.)
Коефициент на Крамер	0,554	0,000

Вземане на решение:

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) < α (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. между

възрастта на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи съществува закономерна връзка;

Сила на връзката – измерена чрез коефициента на Крамер, който в случая има стойност **0,554**, което може да бъде тълкувано като средна сила на връзката;

Б.Проверка за зависимост между образованието на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи:

H₀(Нулева хипотеза) – двете променливи са независими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи не съществува закономерна връзка;

H₁(Алтернативна хипотеза) –двете променливи са зависими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи съществува закономерна връзка;

Риск за грешка първи род(α) – 0,05;

Проверка– χ^2 анализ;

Емпирична характеристика – изчислената χ^2 емпирична стойност и равнището на значимост са представени в **табл. 13**

Таблица №13 χ^2 анализ

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост (Sig.)
χ^2 на Пирсън	271,381	8	0,000

	Стойност	Равнище на значимост (Sig.)
Коефициент на Крамер	0,582	0,000

Вземане на решение:

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) < α (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. между образованието на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи **съществува закономерна връзка;**

Сила на връзката – измерена чрез коефициента на Крамер, който в случая има стойност **0,582**, което може да бъде тълкувано като средна сила на връзката;

Резултатите от анкетиранията лица за дейността на ОПЛ в тази насока е скромна по обем, което е сериозна слабост в цялата система и представлява нарушаване на здравноосигурителните права на пациентите.

10. Във връзка с търсенето по-спешност на личен лекар, анкетиранията лица са лаконични, посочвайки, че (общо 41.00 %) са търсили поне веднъж през годината съдействие за спешен преглед от него.

Една не малка част (приблизително) 20.05 % посочват, че не са се нуждаели от услугите му, а 38.5 % от участниците в допитването посочват, че доста често през тази година им се е налагало да търсят неговите услуги.

Таблица №14 Търсене по-спешност ОПЛ

Спешно личен лекар	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Не	52	30	82
	63,4%	36,6%	100,0%
Да, 1 път	98	66	164
	59,8%	40,2%	100,0%
Да, многократно	96	58	154
	62,3%	37,7%	100,0%
Общо	246	154	400
	61,5%	38,5%	100,0%

Таблица №15 Търсене по-спешност ОПЛ разпределение по възраст

Спешно личен лекар	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Не	0	0	10	39	33	0	82
	0,0%	0,0%	12,2%	47,6%	40,2%	0,0%	100,0%
Да, 1 път	0	0	0	0	82	82	164
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Да, многократно	43	59	32	20	0	0	154
	27,9%	38,3%	20,8%	13,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Общо	43	59	42	59	115	82	400

	10,8%	14,8%	10,5%	14,8%	28,8%	20,5%	100,0%
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

Тук все пак трябва да отчетем и субективната оценка на респондентите за термина – спешна помощ и от кого трябва да бъде потърсена тя.

Нужно е да се проучи, (чрез епидемиологични методи) по-детайлно, реалната потребност на пациентите от медицинска помощ в дома.

Самият факт, че много рядко общопрактикуващите лекари осъществяват посещения в дома на своите пациенти, поставя под въпрос истинската му роля на личен лекар.

Фиг. №8 Търсене на личния лекар по спешност.



<i>Налагало ли Ви се е да търсите Вашия личен лекар по спешност :</i>		
Не	Да 1 път	Да многократно

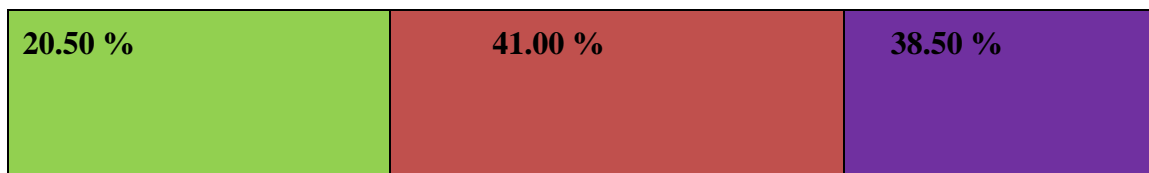


Таблица № 16

11. По отношение търсенето на съдействие от спешна медицинска помощ поради отсъствието или липсата на личният лекар, повечето 27.50% от запитваните лица отговарят, че не им се е налагало да търсят услугите на СМП.

Респективно 26.25 % споделят, че по някога им се е налагало да търсят спешна медицинска помощ и само 46.25 % отговарят с „Да“ на липсата на съдействие от личния лекар и прибягване до услугите на спешните центрове за медицинска помощ.

Фиг. №9 . Търсене на спешна медицинска помощ



Таблица №17

Налагало ли Ви се е да търсите услугите на спешна медицинска помощ		
Да	Понякога	Не
46,25 %	26.25%	27,50 %

Таблица №18

Спешна медицинска помощ	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Да	106	79	185
	57,3%	42,7%	100,0%
Не	56	54	110
	50,9%	49,1%	100,0%
Понякога	84	21	105

	80,0%	20,0%	100,0%
Общо	246	154	400
	61,5%	38,5%	100,0%

Таблица №19

Спешна медицинска помощ	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Да	0	0	34	59	68	24	185
	0,0%	0,0%	18,4%	31,9%	36,8%	13,0%	100,0%
Не	43	59	8	0	0	0	110
	39,1%	53,6%	7,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Понякога	0	0	0	0	47	58	105
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	44,8%	55,2%	100,0%
Общо	43	59	42	59	115	82	400
	10,8%	14,8%	10,5%	14,8%	28,8%	20,5%	100,0%

12. По отношение достъпността в езиково отношение на предоставената от лекуващия лекар информация, една доста голяма част от отговорите показват, че пациентите са разбрали за какво точно става въпрос.

Таблица №20

Информация от личен лекар	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
В повечето случаи	8	27	42	59	115	20	271
	3,0%	10,0%	15,5%	21,8%	42,4%	7,4%	100,0%
Винаги	0	0	0	0	0	62	62
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Понякога	35	32	0	0	0	0	67
	52,2%	47,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Общо	43	59	42	59	115	82	400
	10,8%	14,8%	10,5%	14,8%	28,8%	20,5%	100,0%

На зададеният въпрос пациентите отговарят:

- В повечето от случаите или 67.65 % са разбрали за какво ги информира техният лекар.

- Никога не са имали проблем (в разбирането на предоставената информация), 15.50%,

- Само 16.75 % (понякога) са наясно за какво заболяване/лечение им говори лекуващия.

Фиг. №10 На достъпен език ли е предоставената информация от личния лекар.



13. Приблизително около две трети от пациентите 69.75% са удовлетворени от информацията, която са получили в кабинета на лекаря за заболяването, начините на лечение и необходимите изследвания. Това е визуализирано в следната таблица

Таблица № 21

Удовлетвореност от личният лекар	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Да, удовлетворен съм	184	95	279
	65,9%	34,1%	100,0%
Не, не съм удовлетворен	21	28	49
	42,9%	57,1%	100,0%
Не съм получил никаква информация	29	16	45
	64,4%	35,6%	100,0%
Не мога да преценя	12	15	27
	44,4%	55,6%	100,0%
Общо	246	154	400
	61,5%	38,5%	100,0%

А.Проверка за зависимост между възрастта на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря:

H₀ (Нулева хипотеза) – двете променливи са независими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря не съществува закономерна връзка;

H₁ (Алтернативна хипотеза) – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря съществува закономерна връзка;

Риск за грешка първи род(α) – 0,05;

Проверка– χ^2 анализ;

Емпирична характеристика – изчислената χ^2 емпирична стойност и равнището на значимост са представени в следната таблица

Таблица №22 1 χ^2 анализ

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост(Sig.)
χ^2 на Пирсън	455,248	15	0,000

	Стойност	Равнище на значимост(Sig.)
Коефициент на Крамер	0,616	0,000

Вземане на решение:

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) < α (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. между възрастта на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря съществува закономерна връзка;

Сила на връзката – измерена чрез **коефициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,554**, което може да бъде тълкувано като средна сила на връзката;

Б.Проверка за зависимост между образованието на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря:

H₀ (Нулева хипотеза) – двете променливи са независими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря не съществува закономерна връзка;

H₁ (Алтернативна хипотеза) – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря съществува закономерна връзка;

Риск за грешка първи род(α) – 0,05;

Проверка– χ^2 анализ;

Емпирична характеристика – изчислената χ^2 емпирична стойност и равнището на значимост са представени в следната таблица:

Таблица №23 χ^2 анализ

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост (Sig.)
χ^2 на Пирсън	210,049	6	0,000

	Стойност	Равнище на значимост (Sig.)
Коефициент на Крамер	0,512	0,000

Вземане на решение:

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) < α (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. **между образованието на пациентите и удовлетвореността им от информацията**, която са получили в кабинета на лекаря, съществува закономерна връзка;

Сила на връзката – измерена чрез **коефициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,512**, което може да бъде тълкувано като средна сила на връзката;

В същото време 12.25% не са удовлетворени от обема и качеството на получената информация, 11.25% смятат, че не са получили адекватно обяснение относно тяхното заболяване, а само 6.75 % не са в състояние да преценят

Фиг.№ 11. Удовлетвореност на пациента от консултативната информация.



Социологическите анализи на мнението и удовлетвореността на пациентите могат и трябва да бъдат полезно и необходимо допълнение към клиничните и организационните анализи с оглед изграждането на цялостен ефективен мениджмънт на общата медицинска

практика. Това е важно поради комплексните функции и дейности, които реализира ежедневно всеки ОПЛ и които включват освен чисто клинични аспекти и редица други организационни, социални, психологични, педагогически /здравно – възпитателни/, етични и други аспекти.

14. Пациентската оценка по отношение спазването на правата им показва сравнително *висока степен на удовлетвореност* - повече от половината пациенти–68.00 % са доволни от спазването на правата им, недоволни са–20.75 %.

Може да се отбележи, че съществува все пак и една не-малка част от тях, които не могат да преценят това – 11.25 %, което говори за непознаване на собствените им права.

Таблица № 24

Спазване на правата	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Да, много съм доволен	184	88	272
	67,6%	32,4%	100,0%
Не, не съм доволен	41	42	83
	49,4%	50,6%	100,0%
Не мога да преценя	21	24	45
	46,7%	53,3%	100,0%
Общо	246	154	400
	61,5%	38,5%	100,0%

Визирайки гореописаното, може да се потърси връзка между високия процент пациенти, които определят здравословното си състояние, като лошо и високия процент пациенти, които смятат, че не се спазват правата им в достатъчна степен

Фиг. № 12 Спазване правата на пациента.

Спазване правата на пациента - лично мнение



Правото на здраве е неприкосновено човешко право, изискващо на всеки човек да бъдат създадени условия за постигане на високо ниво на здраве. Гарантирането на правото на здраве е свързано със спазването на принципите на човешките права:

- справедливост,
- равнопоставеност,
- право на участие при вземане на решения,
- недискриминация,
- прозрачност и др.

В конвенцията за защита правата на човека е определено, че „Правото на живот на всеки, се защитава от закона. Никой не може да бъде умишлено лишен от живот, освен в изпълнение на съдебна присъда при извършено престъпление, предвидено в закона”

В Конституцията на Република България е записано :

- Гражданите имат право на здравноосигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, по ред определен със закон.
- Здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни сигурителни вноски. - Държавата закриля здравето на гражданите.

Дейността на ОПЛ е изключително кабинетна, което стеснява неговите промотивна и профилактична роля на истински пълноценен личен лекар.

Проверка за зависимост между отношението на личния лекар към пациентите и оценката, която пациентите дават на личния лекар:

H₀ (Нулева хипотеза) – двете променливи са независими помежду си, т.е. между отношението на личния лекар към пациентите и оценката, която пациентите дават на личния лекар не съществува закономерна връзка;

H₁ (Алтернативна хипотеза) – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между отношението на личния лекар към пациентите и оценката, която пациентите дават на личния лекар съществува закономерна връзка;

Риск за грешка първи род(α) – 0,05;

Проверка – χ^2 анализ;

Емпирична характеристика – изчислената χ^2 емпирична стойност и равнището на значимост са представени в следната таблица:

Таблица №24 χ^2 анализ

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост (Sig.)
χ^2 на Пирсън	562,136	28	0,000

	Стойност	Равнище на значимост (Sig.)
Коефициент на Крамер	0,593	0,000

Вземане на решение:

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) < α (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. между отношението на личния лекар към пациентите и оценката, която пациентите дават на личния лекар **съществува закономерна връзка**;

Сила на връзката – измерена чрез **коефициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,593**, което може да бъде тълкувано като **средна сила на връзката**.

15. Пациентите показват висока степен на задоволство от отношението на лекарите към тях - „винаги” или „в повечето случаи” лекарите проявяват внимание, загриженост, уважение, отзивчивост.

Такъв отговор (обединявайки двата показателя /критерия за оценка/), посочват- 80% от анкетираните.

Известно недоволство, (понякога) изказват 9.5% от изследваните лица.

Напълно недоволните (никога не са били доволни от предлаганата услуга) са само 5.75%.

Тук е коректно да отбележим и още един незначителен (от статистическа гледна точка резултат), а именно –4.75 % от анкетираните споделят, че не са посещавали личния си лекар в близките месеци.



Фиг.№13 Доволни ли сте от отношението на личния лекар към Вас.

16. Задоволството на пациентите от квалификацията на личния лекар и медицинското обслужване, определя и желанието им да препоръчат своя ОПЛ и на други пациенти, поради следните посочени от анкетираните лица факти:

- на първо място заради качеството на обслужването
- на второ място е посочена квалификацията на лекаря
- на трето, но не последно по значимост място е отделеното внимание и грижи.

Само една статистически пренебрежима бройка от 6%, не биха препоръчали своя личен лекар на роднини и близки.

Основен мотив за препоръчване на даден ОПЛ на други лица са осъществените очаквания за добро лечение.

Таблица №25

Препоръка личен лекар	Пол		Общо
	Жени	Мъже	

Да, заради добрата квалификация и висок професионализъм	85	54	139
	61,2%	38,8%	100,0%
Да, заради високото качество на лечението и медицинското обслужване	107	76	183
	58,5%	41,5%	100,0%
Да, заради вниманието и индивидуалното отношение	40	14	54
	74,1%	25,9%	100,0%
Не бих го препоръчал	14	10	24
	58,3%	41,7%	100,0%
Общо	246	154	400
	61,5%	38,5%	100,0%

Информацията за удовлетворението на пациентите е важен маркетингов подход. Измерването на удовлетвореността служи и като важен инструмент за одит и подобряване на качеството във всички видове здравни организации. Резултатите от проучването за удовлетворението на пациентите могат да се използват за по-нататъшно подобряване на качеството на резултатите за пациентите.

Всяка оценка е насочена към установяване на степента за постигането на целите определени от системата.

Експертите подчертават острата необходимост да се преодолее подценяването на удовлетвореността на пациентите като критерий за оценка качеството на здравното обслужване.

Качеството на здравното обслужване трябва да се оценява и чрез следващите критерии:

- безопасност;
- удовлетвореност на пациентите;
- икономическа и социална ефективност;
- равенство на шансовете/социална справедливост/;
- приемлива цена;
- достъпност;
- адекватност;
- крайни резултати на здравното обслужване/здравен статус/.

Оценката на качеството по тези критерии може да бъде средство за засилване отговорността в процеса на здравното обслужване.

17. По отношение закупуването на лекарствени материали, голяма част от анкетиранияте отговарят, че на първо място се доверяват на лекуващия лекар.

Това са 64 % от анкетиранияте.

На второ място, запитваните лица споделят, че са склонни да се доверят на своя фармацевт – 12.75 %,

Друга част се ръководят от:

- информацията споделена от роднини, приятели и познати – 8.75%.
- след тях, като источник на доверена информация, анкетираните лица посочват информацията налична в интернет мрежата – 8.5%,
- с най-малко доверие се ползват рекламите на подобен род продукти и съответно доверието към тяхното действие – 6%.

Фиг. №14 Закупуване на лекарства.



През последните години се наблюдава истински бум на иновативни лекарствени терапии, които подобряват и удължават човешкия живот. Специализираните иновативни терапии ще са водещ фактор в развитието на глобалния фармацевтичен пазар и в следващите години.

Откриването на правилното лечение в правилния момент за конкретен човек е голямото предизвикателство. Това е така най-вече поради факта, че са налични и леснодостъпни големи масиви от данни (кои от тях коректни, кои не) по отношение действието на различни фармацевтични продукти.

В основата на тази тенденция е интеграцията на данни и анализи и разпространението им във виртуалното пространство.

18. Относно качеството на обслужване, предложено от медицинския персонал (представен в случая от ОПЛ), една сравнително голяма бройка, (32 %) от анкетираните лица, дават своята положителна –много добра оценка.

Около 18.25 %, споделят, че получената медицинска помощ, спрямо тях е на доста добро ниво.

Като задоволителна, определят своята оценка 14 % от запитваните.

На последно място в своеобразната оценъчна скала, са поставени отговорите с най-крайна формулировка, а именно:

-отлично качество на медицинското обслужване – 31.75 % и

-респективно лоша медицинска преценка качеството на работа 4%.

Фиг.№ 15



Таблица № 26

Оценка медицинска помощ личен лекар	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Отлична	68	59	127
	53,5%	46,5%	100,0%
Много добра	79	49	128
	61,7%	38,3%	100,0%
Добра	59	14	73
	80,8%	19,2%	100,0%
Задоволителна	29	27	56
	51,8%	48,2%	100,0%
Лоша	11	5	16
	68,8%	31,3%	100,0%
Общо	246	154	400
	61,5%	38,5%	100,0%

А.Проверка за зависимост между оценката на пациентите на оказаната медицинска помощ и оценката, която пациентите дават на личния лекар:

H₀ (Нулева хипотеза) – двете променливи са независими помежду си, т.е. между оценката на пациентите на оказаната медицинска помощ и оценката, която пациентите дават на личния лекар не съществува закономерна връзка;

H₁ (Алтернативна хипотеза) – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между оценката на пациентите на оказаната медицинска помощ и оценката, която пациентите дават на личния лекар съществува закономерна връзка;

Риск за грешка първи род(α) – 0,05;

Проверка– χ^2 анализ;

Емпирична характеристика – изчислената χ^2 емпирична стойност и равнището на значимост са представени в **таблица. 27**;

Таблица №27. χ^2 анализ

	Емпирична характеристика а	Степени на свобода	Равнище на значимост (Sig.)
χ^2 на Пирсън	291,306	28	0,000

	Стойност	Равнище на значимост (Sig.)
Коефициент на Крамер	0,427	0,000

Вземане на решение:

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) < α (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. **между оценката на пациентите на оказаната медицинска помощ и оценката, която пациентите дават на личния лекар съществува закономерна връзка;**

Сила на връзката – измерена чрез **коефициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,427**, което може да бъде **тълкувано като средна сила на връзката;**

19.Във връзка с повишаване качеството на здравните услуги (на генерално ниво), значителна бройка от анкетираните лица – 44.75 %, посочват, че това може да се случи единствено, чрез увеличаване на здравните осигуровки.

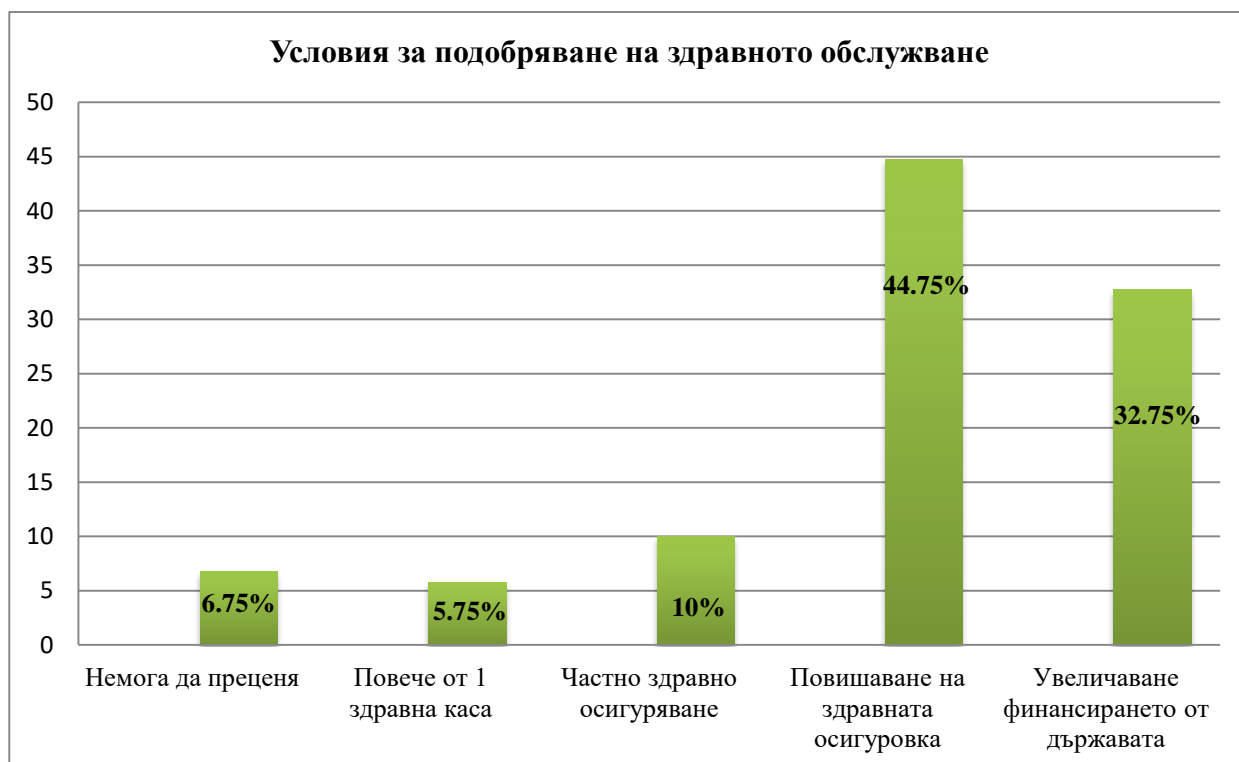
Приблизително 32.75% от лицата са на мнение, че за да може да се случи това, е необходимо гласуване от държавата на бюджет, който може да покрие напълно необходимите разходи за здравеопазване.

Една не малка част от запитваните споделят, че би било най-удачно да бъде развито частното здравно осигуряване. Това са 10 % от посочените отговори.

На последно място, респондентите посочват възможността за конкурентна среда (в лицето на повече от една здравна каса), като источник на повишаване на качеството при отдаване/получаване на здравни услуги – 5.75 %.

Една много малка част от запитваните заявяват, че не биха могли да отговорят компетентно на този въпрос. Отговор – „Не мога да преценя”, са посочили 6.75 % от участниците в анкетното проучване.

Графика № 3



20. В контрапункт на описаното по-горе, все още (според данните от проведената анкета), повечето от запитаните лица споделят, че „набавят” необходимата си здравна информация от специализирани телевизионни и здравни предавания - 47.25 %.

Друга, не по-малка част от тях отговарят, че необходимата им информация е предложена единствено от техният личен лекар (28.75%). Едва – 13.75 % от анкетираните отговарят, че набавят важната за тях информация (от медицинско естество) чрез интернет базирани източници и само 10.25 % черпят тази информация от брошури и листовки.

Фиг. №16 Информираност за случващото се в здравеопазната система



Таблица №28

Информация здравеопазване	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Специализирани здравни предавания	0	0	0	34	114	41	189
	0,0%	0,0%	0,0%	18,0%	60,3%	21,7%	100,0%
Интернет	23	32	0	0	0	0	55
	41,8%	58,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Брошури, листовки	0	0	0	0	0	41	41
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Личен лекар. Интернет	20	27	42	25	1	0	115
	17,4%	23,5%	36,5%	21,7%	,9%	0,0%	100,0%
Общо	43	59	42	59	115	82	400
	10,8%	14,8%	10,5%	14,8%	28,8%	20,5%	100,0%

Съвременният потребител на здравни услуги има нов профил - той използва възможностите на интернет и проявява висок интерес към модерните технологии за

наблюдение на личния си здравен статус, дистанционно или от дома, за да може сам да контролира своето здраве.

Пътят на здравеопазването минава през мобилните технологии, които го правят достъпно и съобразено с пациентите.

Информацията е в основата на доброто управление. По тази причина тя е важен елемент за вземането на управленски решения и разпределянето на другите ресурси. Мениджърът в същото време може да бъде ефективен само тогава, когато разполага с релевантната, нужна и истинска информация.

Наличието на информационно осигуряване на процесите е задължителен елемент за развитието на здравеопазването, както и за контрола върху резултатите.

21. COVID-19 - допълнително проучване касаещо качеството и удовлетвореността от обслужването в условията на новата пандемия COVID-19 .

От месец февруари 2020г. и до момента се спускат многократни указания от МЗ, СРЗИ и др. институции за борба с вируса, а на 26.02.2020г. е създаден и Национален оперативен щаб за координиране и борба с новия много заразен и смъртоносен вирус довеждащ до заболяването COVID-19 .

Клиничната картина на COVID-19 варира от асимптоматично протичане до много тежка форма на пневмония с остър респираторен дистрес синдром, септичен шок и мултиорганна недостатъчност, която може да доведе до смърт.

На база всички тези екстремни епидемиологични мерки се промени и достъпа и комуникацията на общопрактикуващите лекари с пациентите. Създаде се възможност, пациента да не посещава личният лекар а само по телефона да бъдат консултиран и насочван към съответните създадени за целта ковид/ триажни/ зони към Диагностично консултативните центрове или Ковид отделения в болници.

Тази възможност доведе до много негативни реакции от страна на пациентите поради факта ,че техният общопрактикуващ лекар отказват да ги приемат в кабинета, прегледа и чак тогава насочи , ако наистина е Ковид инфекция, към съответната специфична структура. Пациентите се насочваха масово към Ковид зоните и едва след отрицателни бързи антигенни тестове за Ковид , част от тях бяха приемани от личните си лекари с цел консултиране и лекуване на наличното заболяване.

След проведената анкета на 268 лица преминали през ковид / триажна зона на един от столичните Диагностично консултативни центрове за периода 13.11 -30.11.2020г се установи, че около 90 % от пациентите не са удовлетворени от обслужването на Общопрактикуващите лекари в тази епидемиологична обстановка когато се предполага за наличие на ковид вирус при пациентите.

Ваксини срещу коронавирус - видове и разпространение Няколко организации по света заработиха по създаването на ваксина.

Така от декември 2020г започнаха да се прилагат **двете РНК ваксина** .

При модерния тип mРНК-ваксини, каквито са BioNTech/Pfizer и Moderna, не се инжектира вирус, а директно част от генетичния материал на коронавируса.. В резултат на това се стига до имунна реакция, при която се образуват антитела.

От януари беше одобрена и ваксината на AstraZeneca , а по късно и Johnson & Johnson който са векторни ваксини. При тях на организма се внася генетичен материал от коронавирус, който се размножава там впоследствие и предизвиква имунна реакция. При ваксината на Johnson&Johnson ролята на вектор изпълнява човешки вирус, причиняващ хрема.

През месец март 2020г в България се използват три от посочените по-горе ваксини а именно на :

- BioNTech/Pfizer
- Moderna
- AstraZeneca

Към 3 юни 2021 г. СЗО оценява,че ваксините срещу COVID-19 на следните шест производители отговаря на необходимите критерии за безопасност и ефикасност на AstraZeneca, BioNTech/Pfizer , Moderna, Johnson and Johnson, Sinopharm и Sinovac. Предназначението на ваксината е да произвежда имунен отговор в организма към определено заболяване.

Пандемията причинена от коронавирус COVID-19 е глобална здравна криза на нашето време и най-голямото предизвикателство, пред което сме изправени след Втората световна война. От появата си в Азия през 2019 г. вирусът се разпространява на всички континенти.

От края на декември 2020г. започна ваксинация на населението определено по приоритетни групи / фази.

Голямо участие в този процес бе определено и на **Общопрактикуващите лекари**, който изготвиха списъци на желаещите пациенти и започнаха поетапно ваксиниране.

В тази пандемична обстановка като помощни звена на ОПЛ се разкриха васкинационни центрове и в Диагностично консултативните центрове и към Болничните лечебни заведения. Така от месец януари 2021г започна масова активна ваксинация на желаещото население.

ОБОБЩЕНИЕ

В България все още на някои важни елементи и аспекти на първичната медицинска помощ не се обръща необходимото внимание. Такива са: екипния подход и значимостта на груповата лекарска практика.

Известно е, че в България броят на действащите ОПЛ е около 16% от всички лекари в страната.

Световната здравна организация определя първичната медицинска помощ като първостепенен приоритет на съвременните здравни реформи. **Общопрактикуващият лекар (личен лекар)** е най-доверения и близък до пациентите медицински професионалист.

Пациентът се явява ключов елемент и се намира в центъра на системата при взаимодействието между **Общопрактикуващия лекар** и медицинската сестра.

Нашите данни категорично определят подценената роля на общественото мнение и в частност удовлетвореността на пациентите от процесите на промяна в здравеопазването.

Мнението на пациентите все още не е станало критерий за оценка на дейността на лечебните заведения и в частност на общата медицинска практика.

Очевидна е необходимостта от социологическа информация, която чрез системен мониторинг на общественото мнение, позволява да се регулират процесите на промяна в здравеопазването в съзвучие с обществените нагласи, очаквания, удовлетвореност и оценки.

Изследването на степента на удовлетвореност на пациентите, свързано с качеството на първичната медицинска помощ е от съществено значение за установяване, какво е тяхното мнение за доставчиците на медицински услуги с цел удовлетворяване на очакванията им от здравни потребности. То следва да е изходно начало при изграждането

на маркетингови предложения на съвременния етап от развитието на пазарната икономика и в частност на пазара на здравни услуги.

Осъществяването на здравната реформа у нас е немислимо без нов управленски стил на всички нива в здравеопазната система и без адекватно използване на методите и подходите на съвременния маркетинг-мениджмънт и бизнес-планиране.

Маркетингът е управленски процес, чрез който се осигурява баланс между удовлетворяването на няколко вида интереси в условията на пазара:

- на потребителите;
- на организацията;
- на обществото.

Следва да се отбележи, че поради липса на традиции в прилагането на маркетингови принципи (включително и в приоритетите при разпределението на средства в един оскъден бюджет) малко здравни организации могат да си позволят проучване на пациентската удовлетвореност. Все по-осезателно се усеща необходимостта от подобни проучвания.

Фокусирането върху този важен сектор от общественото здраве означава преди всичко търсенето и намирането на съществуващи обективни и субективни предпоставки, условия и причини гарантиращи подобряване на качеството на предлаганите медицински услуги и здравни грижи в ПМП. В резултат на този процес, който има за цел да интегрира потребностите на пациентите и тяхното задоволяване, може да се даде отговор на кардиналния въпрос: „Как изборът на здравословен начин на живот да се оценява като лична саморегулация и самореализация на всеки пациент посещаващ първичната медицинска помощ”.

В ЗАКЛЮЧЕНИЕ може да се обобщи, че основния акцент в проведеното собствено проучване се базира върху приложения съвременен системен подход, чрез който става възможно да се направи анализ и оценка на удовлетвореността на пациентите свързана с качеството на предлаганите медицински услуги от общопрактикуващите лекари.

Маркетинговите прогнози се основават на достоверна базова информация, заболяемостта и здравните потребности, рисковите фактори, здравната култура, демографската структура на пациентите, териториално разпределение на доходите, очакванията и търсенето на здравни услуги.

В контекста на казаното редица научни доказателства в тази насока формулират ролята и значението на комуникационния процес между ключовите сегменти в системата „лекар – пациент”

Посоченото до тук се явява като надежден инструмент гарантиращ по-правилно управление, което ще рефлектира положително върху задоволяването на медицинските потребности на населението.

Ето защо експертите осъществяващи дейността си в разглежданата област могат да използват получените в проучването данни и предложените препоръки, като концентрират усилията си в целенасочени, нови по-ефективни (понякога коригиращи) действия и адекватни решения.

Нашите данни категорично определят подценената ролята на общественото мнение и в частност удовлетвореността на пациентите от процесите на промяна в здравеопазването.

Измервайки нивата на удовлетвореност и неудовлетвореност е възможно да се достигне до следните изводи - до каква степен здравните услуги са достъпни до населението, на какво ниво е гарантираната сигурност на пациента и на какво равнище е спазването на основните човешки права.

Желанието на пациентите да препоръчат своя ОПЛ на други хора (свои близки, роднини и приятели), както и да му се доверят отново се базират на удовлетвореност от качеството на получената услуга.

Традиционно обусловената специфична характеристика на психо-физиологичните качества на балканските народи – изразяващи се в недоверие (специфично качество за повечето българи), така и тези в настоящото изследване, желаят следното - преглед при повече от един лекар, като това включва едновременна консултация и с общопрактикуващ лекар и със специалист.

Здравните потребности на населението, имат една специфична особеност- колкото е по-висока степен се задоволяват, толкова повече обективно нарастват здравните потребности. Осигуряването на по-достъпна и квалифицирана медицинска помощ предявява нови потребности, особено от първична и вторична профилактика на заболяваията. Следователно, очертава се една непрекъсната спирала в разширяване и усъвършенстване на медицинска помощ.

ИЗВОДИ

1. Дискутираните резултати от проведеното проучване по категоричен начин сочат, че в настоящият момент в България е налице не толкова дефицитна информация, а по-конкретно липса на заинтересованост или нехайство от страна на потребителите по отношение предоставяните здравни услуги или пакети. Тази информационна потребност значително би повлияла удовлетвореността на потребителите на здравни услуги, освен че се предоставят допълнителни научно доказани интеграционни и комплексни съвременни направления. Нашите данни категорично определят подценената ролята на общественото мнение и в частност удовлетвореността на пациентите от процесите на промяна в здравеопазването.
2. Наблюдава се тенденция от динамичен маркетинг като управленски процес в условията на пазара на здравните услуги, с оглед оптимизиране взаимоотношението между предлаганите услуги и потребителя на здравни услуги.
3. Успешното планиране в първичната извънболнична медицинска помощ е правилен мениджърски подход, водещ до успехи при решаване на актуални проблеми, касаещи общественото здравеопазване.
4. Въвеждането на елементи на пазарния механизъм в здравеопазването все още не създават истинска пазарна среда и реален пазар на здравни услуги. Независимо от това, конкуренцията остава важна движеща сила за развитието на лечебната помощ с акцент приоритетите на маркетинговите аспекти на ефективността на мениджмънта и на здравнозастрахователните системи за качеството на предлаганите пакети на медицински услуги.
5. Данните от настоящото научно изследване показват, че основна причина за смяна на личния лекар е неудовлетвореност от качеството на предлаганото лечение и здравни услуги. Необходима е по-тясна координация и взаимна информираност между лекар - пациент
6. Голяма степен от потребителите на извънболнична медицинска помощ очакват по-добро от предлаганото медицинско обслужване. В това отношение основен приоритет на мениджъри е осигуряването на целенасочена организирана дейност за комуникация и предварително информиране на техните пациенти.
7. Като допълнителен утилитарен подход бихме посочили нуждата от допълване знанията на ОПЛ по отношение на - мениджмънт на общата практика, компютърни умения и компетентен подход към нормативната база, които до настоящият момент не са застъпени достатъчно в програмата на специализантите по обща медицина.

8. Настоящата научна разработка показва, че успешното планиране предоставя надеждна информация относно конкретните потребности на пациентите, както и за състоянието на пазара на медицински услуги, което ни дава основание да предложим следните препоръки.

ПРЕПОРЪКИ

Към медицинските и немедицинските специалисти в сферата на здравеопазването Към МЗ:

1. Изготвяне на концептуално нова рамка, формираща стимулирането на иновативни подходи за повишаване качеството на предлаганата услуга от общопрактикуващите лекари.
2. Мениджмънт на времевия ресурс на служителите в практиките за първична медицинска помощ с оглед неговото оптимизиране.
3. Реформиране на финансовата обеспеченост на общопрактикуващите лекари, поради факта, че същата до голяма степен определя и крайните резултати от тяхната дейност.
4. Разработване на система за участие на пациентите в управлението и (до голяма степен в) контрола на средствата за извънболнична помощ, чрез въвеждане на методика за възтановяване на изразходваните финансови средства от страна на пациента към лекаря.

Към МОН и МУ

1. За провеждане на ефективно продължаващо обучение е необходимо създаването на нормативна уредба, която да регламентира ясно условията, реда, критериите, изискванията и контрола при осъществяване на такъв вид обучение, както и задълженията и прерогативите на всички участници в процеса, като осигури възможности за качествено провеждане на продължаващото обучение, необходимите ресурси и контрол, което ще гарантира високо ниво на професионална квалификация.
2. Прилагане на стратегии за развитие на капацитета на българското здравеопазване чрез подготовка на кадри/лекари, специалисти по здравни грижи и др./, които да са теоретично и практично подготвени за нуждите на системата на здравеопазване. на всички нива.
3. Държавата да подобри устойчивостта на здравната система, за да се гарантира, че тя е в състояние да осигури висококачествено здравно обслужване за всички свои граждани както сега, така и в бъдеще.
4. Необходимо е здравните институции да извършват текущи конкретни анализи на потребностите от специализирана извънболнична помощ, като се вземат предвид предпочитанията на българския пациент, но в аспекта на здравноосигурителния финансов ресурс, с който обществото разполага.

5. Етапът на формулиране на политиката и нейното управление да включва процеса на разработване на подхода, който задава рамката-съдържанието и посоката, на политическото управление чрез легитимните институции. МЗ, РЗИ, общинските ръководства, както и обществеността да продължат партньорството за промоция на здравето, насочено към:

- фокусиране върху здравните проблеми на населението като цяло;
- целенасочени действия за елиминиране на рисковите фактори;
- подкрепа на факторите, водещи до по-добро здраве на населението;
- поощряване участието на обществото като цяло и индивида при дефиниране на проблемите и вземане на решения за целенасочени дейности;
- подкрепа за подходяща здравна, социална и екологична политика;
- окуражаване участието на здравните професионалисти в здравното възпитание и здравната просвета.

ПРИНОСИ

Изложеното в настоящия дисертационен труд ни помага да систематизираме следните приноси:

1. От теоритично естество може да бъде класифициран опитът ни да допринесем за по-достъпна, своевременна и ефективна извънболнична помощ.

2. Подробно са изследвани градивни характеристики, обуславящи качеството на първичната извънболнична медицинска помощ в няколко нейни аспекта – процесуални, структурни и резултативни.

3. Добрият пазарен механизъм дава шансове за освобождаване на здравното обслужване от досегашния му бюрократичен подход, от пасивността и недостатъчната мотивираност на здравния персонал.

4. Чрез маркетинговата информация може да се узнае мнението на пациентите за предлаганите здравни услуги и за различните компоненти на обслужването, както и за нововъведените програми или дейности и те да се променят или пренасочат така, че да отговарят на очакванията им.

5. От образователно естество можем да определим нашата цел за допълване и доусъвършенстване на обучението съпътстващо студентите и специализантите в Медицинските университети, което успешно да ги подготви за действителността на първичната медицинска практика.

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1.Любка Асенова. Достъпът до специализарана и болнична помощ – анализ на пациентското мнение. Интердисциплинна Гражданска Академия, Факултет по обществено здраве, МУ- София, НТС по Машиностроене, Контакт 2019, 28 октомври 2019, София, стр.91 , ISSN 1313-9134.

2.Любка Асенова, Александра Т. Димитрова . Практически подходи за постигане на пациентска удовлетвореност от работата на ОПЛ , Интердисциплинна Гражданска Академия, Факултет по обществено здраве, МУ- София, НТС по Машиностроене, Контакт 2019, 28 октомври 2019, стр. 86, София, , ISSN 1313-9134.

3.Любка Асенова, Алескандра Т. Димитрова , Симеон Славчев. Маркетинга като основа за пациентска удовлетвореност от ОПЛ . Здравна политика и мениджмънт 2019г., том 19, №2,стр.34, ISSN 1313-4981.

4. Роксандра Памукова , Любка Асенова, Емилиян Радев. Маркетингът - основа за успешна извънболнична медицинска помощ. Интердисциплинна Гражданска Академия, Факултет по обществено здраве, МУ- София, НТС по Машиностроене „Контакт” **2019**, с.146, 28 октомври 2019,. ТЕМТО, София, ISSN 1313-9134.