

**Медицински университет-София**  
**Факултет по общественото здраве**  
Катедра „Здравна политика и мениджмънт“

---

Борянка Веселинова Борисова

**Оценка на дейността на ОПЛ чрез  
мнението на пациентите  
(социологически анализ)**

**АВТОРЕФЕРАТ**

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД  
за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“  
Научна специалност „Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията“

**Научен ръководител:**  
Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн

София 2013

Дисертационният труд съдържа 162 страници, като текстът е онагледен с 29 фигури и 30 таблици. Включени са 2 приложения. Библиографският списък съдържа 181 източника, от които 114 на кирилица и 67 на латиница.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра по Здравна политика и мениджмънт



Публичната защита ще се състои на 1 юли 2013 година от 14 часа във Факултета по Обществено здраве, ул. „Бяло море” № 8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в Деканата на ФОЗ-София, ул. Бяло море 8.

**Научно жури:**

Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн  
Проф.д-р Кънчо Чамов, дм  
Проф.д-р Анжелика Велкова, дмн  
Проф.д-р Миладин Апостолов, дмн  
Доц.д-р Коста Костов, дм

# Съдържание

## **1. Въведение – актуалност и значимост на проблема**

## **2. Литературен обзор**

- 2.1. Основни понятия
- 2.2. Проблемът за приоритетното място и значение на първичната медицинска помощ в националната здравна система
- 2.3. Нарастващата роля и отговорности на общопрактикуващия лекар в съвременните условия
- 2.4. Необходимост от публичен дебат и публична оценка на дейността на общопрактикуващия лекар
- 2.5. Публичната оценка на ОПЛ в контекста на правата и задълженията на пациентите
- 2.6. Мнението на пациентите – от подценен към първостепенен критерий за оценка на ОПЛ
- 2.7. Необходимост от сътрудничество и комуникация между пациента и неговия личен лекар
- 2.8. Роля на пациента в регулирането на дейността в общата лекарска практика
- 2.9. Констатации на проведени социологически проучвания върху общата лекарска практика

## **3. Цел, задачи и методика на изследването**

## **4. Анализ на резултатите от изследването**

- 4.1. Мотивация на пациентите за свободен избор и смяна на ОПЛ
- 4.2. Предварителна информираност на пациента преди избора на личния лекар
- 4.3. Честота и структура на посещенията при ОПЛ
- 4.4. Проблемът време в медицинското обслужване
- 4.5. Проблеми на достъпа до ОПЛ
- 4.6. Мнение за организацията на дейността на ОПЛ
- 4.7. Оценка на качеството на здравните услуги
- 4.8. Комуникация и сътрудничество между лекар и пациент
- 4.9. Ниво на удовлетвореност на пациентите от ОПЛ
- 4.10. Оценка на причините за пропуски в дейността
- 4.11. Препоръки на пациентите

- 5. Обсъждане и обобщение. Мнението на пациента като предпоставка за ефективен мениджмънт на общата медицинска практика**
- 6. Заключение – изводи и препоръки**
- 7. Приложение**
- 8. Литература**

**Ключови думи и термини:**

- Първична медицинска помощ
- Обща медицинска практика
- Общопрактикуващ лекар (ОПЛ)
- Интегрираща роля на ОПЛ
- Комуникационни умения на ОПЛ
- Сътрудничество „лекар-пациент”
- Социологическа информация
- Обществено мнение
- Публична оценка на здравното обслужване
- Регулиран прием на пациенти
- Мотивация за свободен избор на личен лекар
- Предварителна информираност на пациента
- Информиран избор на личен лекар
- Потенциална смяна на личен лекар
- Маршрут на пациента
- Удовлетвореност на пациента
- Индиректен критерий за удовлетвореност
- Здравно обслужване, фокусирано към пациента
- Граждански контрол в здравеопазването
- Пациентски организации
- Мисия на ОПЛ
- Маркетингов подход
- Мениджмънт на обща медицинска практика

## **1. Въведение – актуалност и значимост на проблема**

В процеса на здравната реформа определени и съществени промени претърпя както извънболничният, така и болничният сектор и в частност първичната медицинска помощ, която официално е определена като първостепенен приоритет. В този аспект е един от най-важните проблеми на досегашната реформа – дали наистина първичната здравна помощ и общата лекарска практика са станали реален приоритет в действителността на здравеопазването.

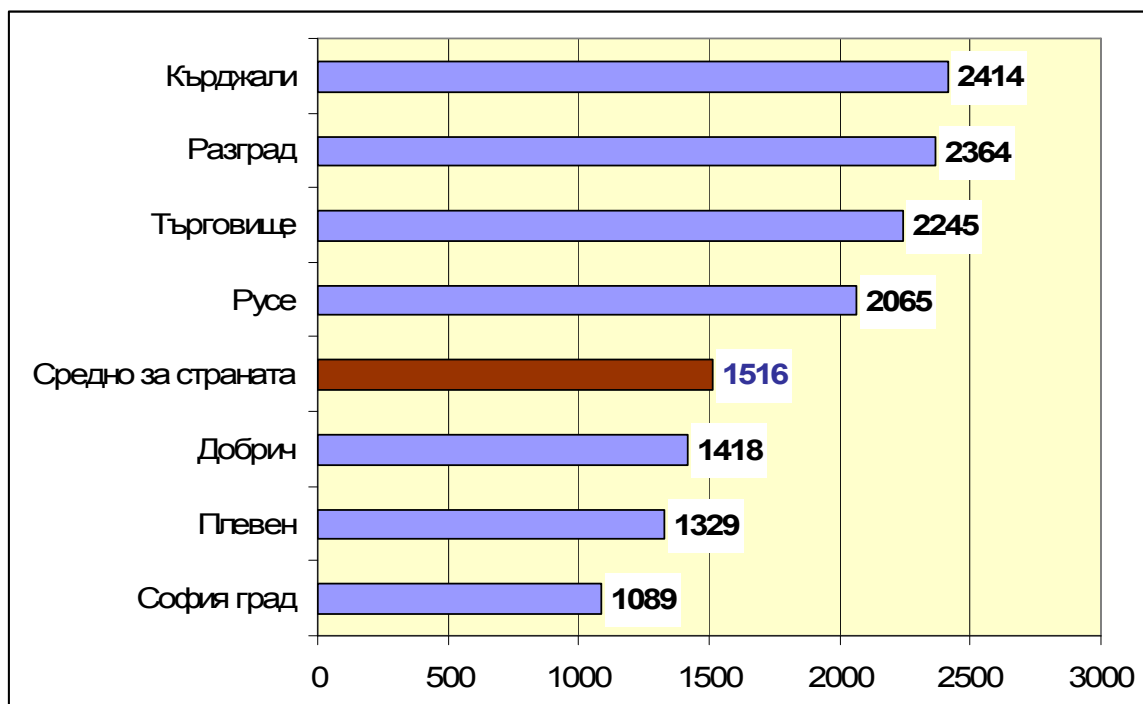
Поради това днес и в бъдеще мнението, оценката и удовлетвореността на пациентите стават все по-важни, защото те пряко влияят върху отношението, мотивацията и поведението на пациентите – за избора на лекар или лечебно заведение, за своевременното търсене на медицинска помощ или обратното, късно обръщане към лекар, за доверието към здравната система, за сътрудничеството и етичните взаимоотношения „лекар-пациент“. Тези съображения са особено важни в първичната медицинска помощ (респ. общата медицинска практика), която е не само най-масова, но създава също така и нови социални отношения в здравеопазването, нова организационна култура и нов стил на здравно поведение на населението.

В страни като Великобритания, Холандия и Скандинавските страни общата медицинска практика отдавна е утвърдена в стратегически и оперативно-управленски аспект като безспорен и реален приоритет на националната здравна система. В България този процес на реално утвърждаване е още в началните си стадии.

У нас ОПЛ като институция и функция бе въведен през 2000 г., когато броят на ОПЛ е 5146. В края на 2011 г. броят на общопрактикуващите лекари в страната е 4996 или 16.5% от всички практикуващи лекари в страната. Това прави средно 1516 жители на един ОПЛ. Съществуват

значителни **регионални различия** в броя население средно на 1 ОПЛ, което е особено важен нерешен организационен проблем (фигура 1).

**Фиг.1. Среден брой население на един ОПЛ (към 31.12.2011)**



За цялостната и достоверна оценка на ефективността на общата медицинска практика е нужно, наред с другото, постоянно анализиране на конкретна социологическа информация, отразяваща мненията, нагласите, мотивацията и удовлетвореността на пациентите. Но подобна социологическа информация все още е дефицитна и се подценява както от НЗОК, така и от самите ОПЛ.

## 2. Обобщен литературен обзор

Мисията на ОПЛ като интегратор и координатор на здравното обслужване на пациентите се изяснява в публикациите на редица съвременни автори (Цв. Валентинова, М. Горанов, Р. Златанова, Д. Димитрова, Bodenheimer, Th, K. Hannes). В тази светлина се обосновават главните характеристики на общата медицинска практика: достъпност,

превантивност, продължителност, изчерпателност и координираност на извършваните консултации, както и разбирането на медицинския, психологичния и социалния контекст на здравето.

Необходимостта от публичен дебат и публична оценка на здравеопазните дейности и в частност на общата медицинска практика, се посочва в публикациите на редица наши и чужди автори (М. Попов, Ц. Воденичаров, М. Абрашева, Ал. Пампоров, Т. Веков, Д. Сиджимова, В. Борисов, К. Пасхалидис, S. Golinowska, S. Aragon). Мнението на пациентите от подценявано трябва да се превърне в **първостепенен критерий** за оценка на здравните дейности, в т.ч и на общата лекарска практика. В контекста на европейската здравна политика гражданското участие и гражданският контрол трябва да бъдат задължителен компонент на либерализиращата се здравна система и основен фактор за нейното организационно и морално стабилизиране в интерес на общественото здраве. В практическата реалност общественото мнение, обществените нагласи и оценки могат да станат надежден и ефективен инструмент на по-добро регулиране и управление на

В процеса на съвременните здравни реформи все повече се утвърждава становището, че пациентите и лекарите трябва да работят заедно, да общуват и си сътрудничат пълноценно. Такова сътрудничество е съществена част специално в работата на ОПЛ. Личните лекари и пациентите по необходимост имат единна цел – точно разпознаване на здравните проблеми, системно сътрудничество и комуникация за ефективното им решаване в интерес на по-високото ниво на личното и обществено здраве. В тази насока системно анализираната социологическата информация за мнението и удовлетвореността на пациента е абсолютна необходимост за ОПЛ с оглед подобряване организацията и управлението на неговата дейност.

### **3. Цел, задачи и методика на изследването**

**Целта** на настоящето изследване е да се съдействува за подобряване на организацията и ефективността на общата медицинска практика чрез нейната по-адекватна и по-цялостна оценка на базата на конкретна социологическа информация за мнението, нагласите и удовлетвореността на пациентите относно различни аспекти в дейността на избраните от тях лични лекари (ОПЛ).

За постигането на тази цел си поставихме следните задачи:

1. Да се направи обстоен литературен анализ на научните публикации, отразяващи обществената оценка и мнението на пациентите за техните лични лекари.

2. Да се покаже и обоснове значението на мнението на пациентите като критерий за оценка на ОПЛ и качеството на тяхната дейност.

3. Да се разработи конкретен въпросник за провеждане на анонимна социологическа анкета с определен контингент пациенти.

4. Да се събере и анализира конкретна емпирична информация относно мотивите за избор на личен лекар, неговата смяна, нагласите и удовлетвореността на пациентите, както и препоръките им за подобряване организацията и качеството на тяхната дейност.

5. Да се обосноват изводи и подходи за подобряване на дейността на ОПЛ и повишаване на тяхната приоритетна роля в общата система на здравно обслужване на населението.

За целите на настоящето проучване разработихме специален въпросник, който бе апробиран чрез провеждане на предварителна (пилотна) анкета. Въпросникът съдържа предимно закрити въпроси с готови варианти на отговори с оглед по-доброто стандартизиране и обработка на получената първична информация. Окончателната анкета е проведена на 645 пациенти (с непреднамерен случаен подбор), от които

330 са от София и 315 от няколко областни града (типологично избрани) – Плевен, Враца, Велико Търново, Видин, Кърджали и Стара Загора. Анкетирани са само възрастни пациенти над 18 години. Анкетата е проведена е през м. септември, октомври и ноември 2012 г.

Многообразните въпроси, задавани на анкетираните лица, са групирани в няколко групи с оглед по-обобщаваща информация. По един и същи интересуващ ни проблем (например удовлетвореност) са задавани по два или три въпроса (директни и индиректни), формулирани по различен начин, но имащи един основен смисъл за получаване на необходимата ни информация. В този аспект част от въпросите играят ролята на **контролни въпроси** по отношение на други и това проличава в представената емпирична информация в съответните статистически таблици и диаграми.

**Признаците на наблюдението**, които се съдържат във въпросника за анкетата, са в следните насоки:

- Информираност за професионалните качества на ОПЛ към момента на неговия избор.
- Механизъм на свободния избор на ОПЛ
- Мотиви за избор и смяна на ОПЛ
- Оценка на отзивчивостта на ОПЛ по различни аспекти и проблеми на пациента, в частност за домашни посещения
- Мнение за комуникационните умения и нагласи на ОПЛ
- Оценка на организацията на труда на ОПЛ и приема на пациентите
- Оценка на доверието на пациента в ОПЛ
- Достъп и възможности за телефонен контакт с личния лекар извън редовния му график (за консултация, за записване за преглед и т.н.)
- Наличие и честота на конфликтни ситуации „лекар-пациент“
- Превантивни и здравно-възпитателни дейности на ОПЛ
- Проблемът време при медицинското обслужване от ОПЛ

- Степен на удовлетвореност на пациентите от ОПЛ
- Препоръки на пациентите за подобряване достъпността и качеството на дейността на ОПЛ.

Събраната информация е обработена и анализирана статистически чрез сортиране в статистически таблици, отразяващи търсените закономерности. За анализ на резултатите са използвани съответни социологически и статистически методи:

Дескриптивен анализ на мнения, мотивация, оценки и отношения;

Сравнителен анализ;

Алтернативен анализ;

Вариационен анализ;

Сравняване на резултатите чрез t– критерий.

Графичен анализ – използва се за насочване на анализа и онагледяване на получените резултати.

За ефективното използване на посочените методи е ползвана методична и консултативна помощ на медицински статистик. Обработката на материала и количествените анализи е осъществявана чрез статистически пакет приложни програми - SPSS 12.0. За таблично и графично представяне на материала са използвани продуктите на Microsoft Office, включително програмата Excel Microsoft Office,. Статистическата разлика на показателите е оценявана при критично ниво на значимост  $P < 0.05$ , т.е. гаранционна вероятност 95%.



## 4. Анализ на резултатите от изследването

От всички анкетирани 327 са жени (50,7%) и 318 мъже (49,6%). По възраст разпределението е следното: до 40 години 165 (25,6%), от 41 до 60 години 225 (34,9%) и над 60 години 255 (39,5%).

**Мотивация на пациентите за свободен избор и смяна на ОПЛ.** Честотата на смяна на личния лекар е добър обективен показател за удовлетвореността на пациентите. По данни от анкетата по-голямата част от пациентите не са сменяли своя личен лекар от началото на здравната реформа (60,2%). Един път са го сменяли 30,1%, а два, три и повече пъти 9,7%. Прави впечатление, че жените по-често са правили тази смяна в сравнение с мъжете. Това корелира с по-критичното отношение и по-висока взискателност на жените към дейността на ОПЛ (отразена и в другите раздели на дисертацията), както и с по-високата честота на общата заболяемост при жените, установявана многократно при епидемиологични изследвания.

Най-често изборът на личния лекар е резултат от съвет на познати и приятели (40,3%), записани при този лекар, следван от съвет на членове на семейството (23,1%), на трето място самостоятелно решение (21,9%), а сравнително по-рядко (14,7%) смяната е станала случайно. Според нас сравнително ниският процент на избор на ОПЛ чрез самостоятелно решение и съществуващият случаен избор са фактори, повишаващи честотата на бъдещата смяна на вече избраният от пациентите ОПЛ.

Смяната на ОПЛ зависи не само от личните мотиви и желание на пациентите, но и от реалната възможност (възможните варианти) за подобна смяна. Колкото е по-малко селището, толкова и възможностите (вариантите) за смяна са по-ограничени и съответно честотата на смяната е по-малка, независимо от мотивите на пациентите. В по-малките селища

това е една **обективна бариера за смяна на ОПЛ**, независимо от неговите качества и доколко пациентите му са удовлетворени от дейността му. В тази насока свидетелстват и данните от таблица 1, които съдържат сравнителна информация за честотата на смяната в конкретен срез - столичния град София и в областните градове. Вижда се, че в милионния град София реализираната смяна на личните лекари е с по-висока честота от тази в областните градове, които са с население максимум до 150 хиляди жители и освен това броят на ОПЛ към броя на населението е по-неблагоприятен от този в столицата. В София тази смяна е значително по-честа (48,8%) в сравнение с областните градове (30,5%). Наблюдаваната разлика е статистически значима.

**Табл. 1. Смяна на личния лекар в София и в областните градове**

Смяна на личния лекар	София Брой - %	Обл.градове Брой - %	Общо Брой - %	P
Не	169 – 51,2%	219 – 69,5%	388 – 60,2%	<0,001
Сменяли един и повече пъти	161 – 48,8%	96 – 30,5	257 – 39,8%	<0,001
Всичко	330 -100,0	315 -100,0	645 – 100,0	

Освен реализирана смяна съществува и **потенциалната смяна** на личния лекар (или мотив за вероятната бъдеща смяна). ПКакто личи от таблица 2, потенциалната смяна на ОПЛ е по-висока сред пациентите от София в сравнение с областните градове (статистически значима разлика при  $P < 0,001$ ). Тази разлика корелира с установената аналогична разлика между показателите на реализираната смяна на ОПЛ в София и областните градове.

По пол намерението за смяна е по-силно изразено у жените в сравнение с мъжете, което също съответства на различията в реализираната смяна на ОПЛ при мъжете и жените. По възраст

намерението за смяна е по-силно изразено сред лицата в по-млада и зряла възраст (до 60 години) в сравнение с тези в по-напреднала възраст. Вероятна причина за това е, че по-младите пациенти по-детайлно и по-компетентно оценяват качествата на ОПЛ и по принцип са по-взискателни към него не само в диагностично-лечебен аспект, но и в поведенчески, психологичен и етичен аспект. Същевременно хората в по-млада възраст имат и по-ясни критерии за по-обективно оценяване професионалните качества на избрания от тях ОПЛ.

**Табл. 2. Потенциална смяна на ОПЛ според местоживеене**

*Въпрос:* Имате ли намерение да смените настоящия си личен лекар?

Анкетирани пациенти	Намерение за смяна на ОПЛ			Общо Брой / %	P
	Не	Колебаят се	Да		
София	190 57,7%	83 25,2%	57 17,3%	330 100,0	<0,001
Областни градове	218 69,2%	61 19,4%	36 11,4%	315 100,0	
О б щ о	408 63,3%	144 22,3%	93 14,4%	645 100,0	

Водещите три мотива за смяна на личния лекар са: 1.Проблеми за получаване на направления към специалист; 2. Дълго чакане пред кабинета за преглед и 3.Отказ за домашни посещения при нужда. Следващите относително чести мотиви за смяна на ОПЛ са „Невъзможно откриване на лекаря по телефона при нужда”, „Нежелание да разговаря и да ми обяснява проблемите” и „Нежелание да се определя предварително час за преглед”.

Организационно процесът на смяна на ОПЛ от страна на пациентите съгласно нашето законодателство е максимално облекчен. Огромната част от анкетиранияте (97,9%) отговарят, че не са имали трудности при смяната на своя личен лекар.

**Предварителна информираност за личния лекар.** Данните на таблица 3 показват, че по-голяма част от пациентите (62,3%) предварително не познават професионалните качества на лекаря, когото избират. Това е предпоставка за *случаен избор*, от което е вероятно по-късно да последва мотивация за по-честа смяна на личния лекар от страна на пациентите, феномен, който означаваме с термина **мотивационен кръговрат**. Тъй като понастоящем няма механизъм и система за пълноценно и широко информиране на населението относно професионалната биография и качества на ОПЛ, проблемът за високата честота на случайният избор на ОПЛ остава актуален.

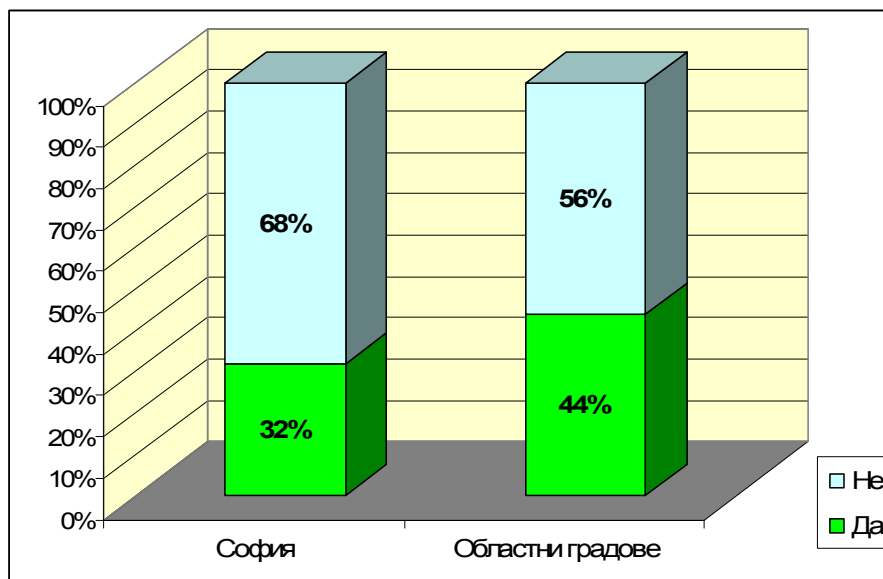
**Табл. 3. Предварителна информираност за ОПЛ - общо**

Въпрос: Преценете към момента, когато избрахте своя личен лекар доколко познавахте неговите професионални качества:

Отговори	Брой	Процент	Обобщено	Процент	P
Да	107	16,6%	Да - 243	37,7%	< 0,001
По-скоро да	136	21,1%			
По-скоро не	199	30,8%	Не - 402	62,3%	
Не	203	31,5%			
Всичко	645	100,0		100,0 %	

Установява се статистически значима разлика в информираността за избирания личен лекар при анкетирания пациенти в София и в областните градове (фигура 1). Информационността на пациентите от областните градове е по-висока (44%) в сравнение със София (2%). Това вероятно е в зависимост от по-малкия брой население в провинциалните градове, респективно по-малкия брой ОПЛ, между които имат да избират пациентите, откъдето е и вероятността да ги познават в по-висока степен в сравнение с условията на милионния град София.

**Фиг 1. Предварителна информираност за ОПЛ в София и в областни градове**



**Структура на посещенията при ОПЛ.** Според отговорите в анкетата структурата на походите за посещение при ОПЛ е следната:

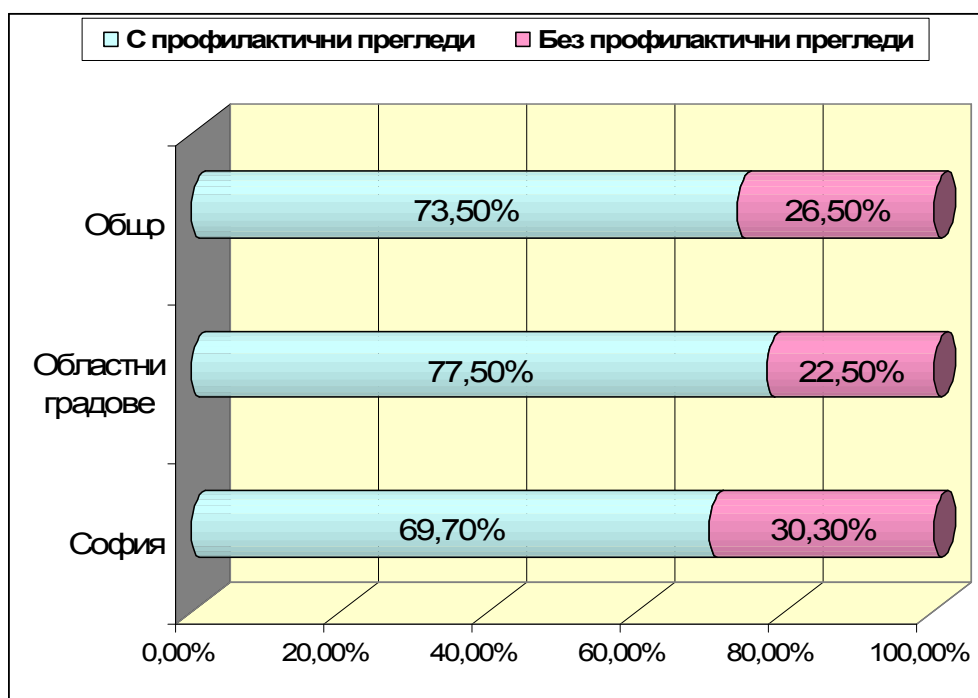
- За преглед при остро заболяване - 9,2%
- За преглед при хронично заболяване – 22,8%
- Имунизация и профилактичен преглед – 16,1%
- Изписване на лекарства – 25,9%
- За документ – 6,6%
- Консултация по личен здравен проблем (без преглед) – 19,4%

На въпроса „Колко профилактични прегледи сте имали при Вашия личен лекар през последната година” отговорът е общо 573, което се равнява на 0,89 профилактични преглед средно на анкетирано лице. Тези стойности са значително по-високи в сравнение с данните на Д. Димитрова от 2009 г. – средно 0,28 на анкетиран пациент.

Данните показват, че съотношението на броя на пациентите със и без профилактични прегледи е с неблагоприятна стойност. Общо 73,5% имат, а 26,5% нямат профилактични прегледи, като за София този процент е по-

висок (30,3%) от областните градове (22,5%). По данни на Д. Димитрова 44,4% са имали профилактичен преглед в рамките на една година. По данни от официалната статистика за 2011 г. относителният дял на обхванатите с профилактични прегледи лица над 18 години е 35%. Тези данни корелират с почти пълното **отсъствие на здравно просветна дейност** на ОПЛ, с ниския процент на домашни посещения от ОПЛ (при 23,9% от анкетираните), както и със слабото познаване на конкретните семейно-битови условия на техните пациенти – според анкетираните 53% от ОПЛ не познават техните семейно-битови условия. Това показва, че обемът и спектърът на профилактичната дейност в общата медицинска практика е крайно незадоволителен и в тази насока се изискват целенасочени усилия на ОПЛ в бъдеще.

**Фиг.2. Съотношение на пациентите със и без профилактични прегледи**



**Проблемът време при здравното обслужване.** Според данните на експресна анкета 16,5% от пациентите са имали предварително определен (записан) час за преглед при своя личен лекар. Липсата на регулиране приема на пациентите по принцип увеличава загубите на време за чакане от страна на пациентите, нарушава правилния ритъм на дейността на ОПЛ, а в някои случаи води и до конфликтни ситуации. На въпроса за времето на чакане пред лекарския кабинет отговорите са: до 30 минути – 45%, от 30 минути до 1 час – 33%, повече от 1 час – 22%.

Оценката на пациентите за продължителността на престоя, респ. прегледа при ОПЛ също заслужава внимание. Поради трудността за точната субективна оценка на продължителността на този въпрос предвидихме само два варианта на отговор: до 5 минути и повече от пет минути. Отговорите на този въпрос са: престой в кабинета на ОПЛ до 5 минути – 47,7%, повече от 5 минути – 52,3%. Независимо от наличието на определен субективен елемент в тази оценка, високият процент на краткия престой в кабинета на ОПЛ така или иначе е впечатляващ.

**Проблеми на достъпа до ОПЛ.** Възможностите на пациентите за достъп до техния личен лекар трябва да се разглеждат в по-широк контекст – от една страна достъпът за консултации и преглед в кабинета, а от друга страна, за домашни посещения и за телефонен контакт с лекаря през и извън работното му време. На фигура 2 е представена възможността за телефонен контакт с личния лекар. Вижда се, че повече от половината имат трудности за такъв контакт.

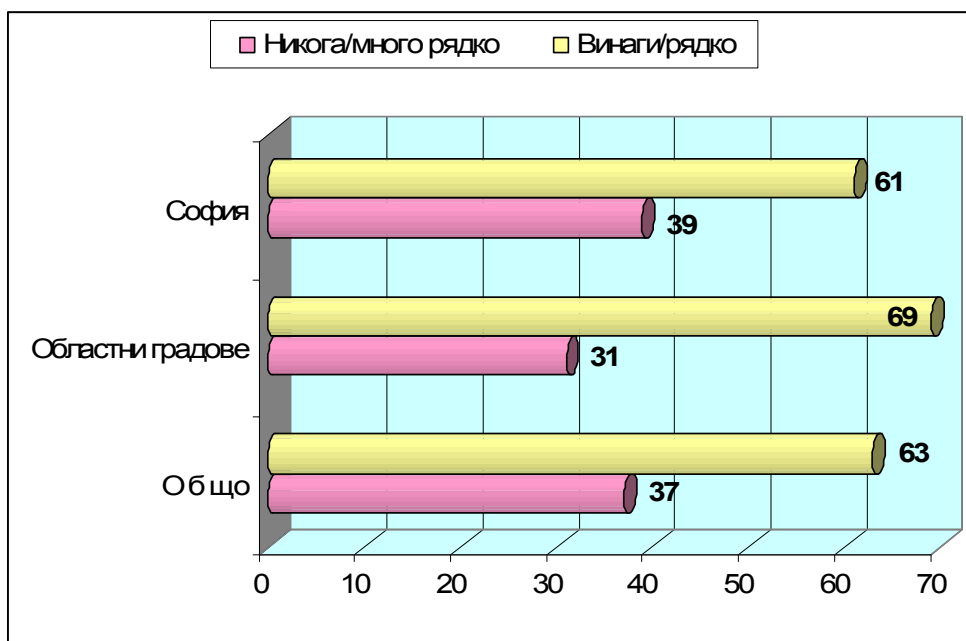
Нерегулираните, нередовни и редки домашни посещения на пациентите са един все още нерешен организационен проблем на общата лекарска практика в България. Според данните от анкетата само 45,9% от анкетираните не са имали отказ за домашни посещения на личния лекар при нужда. Останалите 54,1% са имали по един, два или повече откази на

домашни посещения. Или обобщено, повече от половината пациенти имат **откази за посещение** от ОПЛ при повикване от тяхна страна. И както се вижда от сравнителните данни, процентът на тези откази е по-висок в София в сравнение с областните градове. Разликата е статистически значима ( $P < 0.01$ ).

Трудностите за домашните посещения и за установяването на телефонен контакт с общопрактикуващия лекар очевидно са един от съществените нерешени организационни проблеми на първичната медицинска помощ в страната.

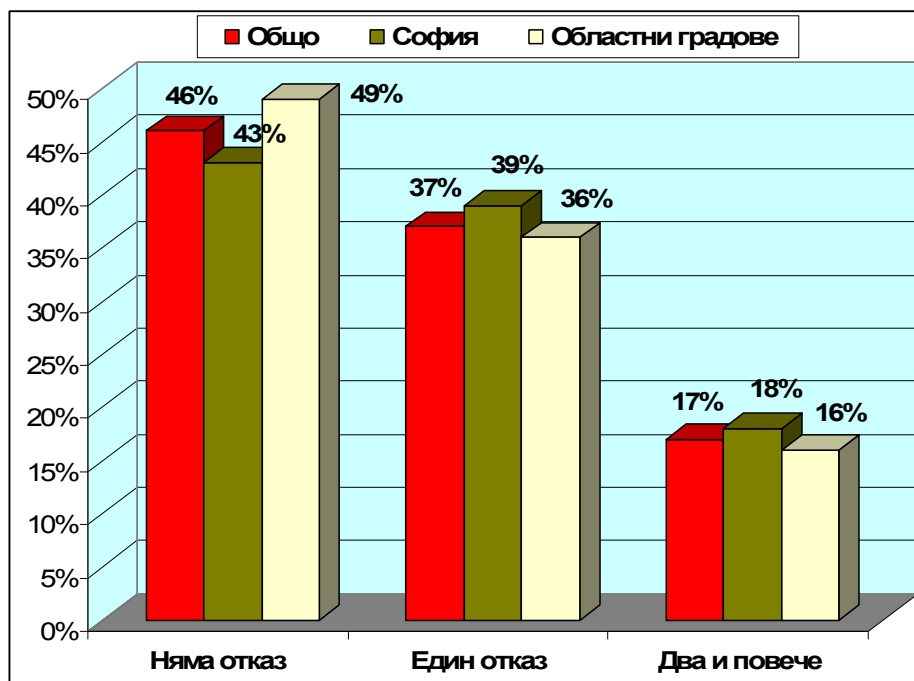
### Фиг.3. Възможност за успешен телефонен контакт с ОПЛ (%)

*Въпрос:* Успявате ли да се свържете по телефона с личния си лекар (за консултация по телефона, за записване за преглед и т.н.):



#### Фиг.4. Откази на повикване за домашни посещения от личния лекар

Въпрос: Отказвал ли ви е лекарят домашно посещение при ваше повикване?



Представените по-горе данни показват, че по една или друга причина ОПЛ все още не е бил в състояние да изпълни мисията и широкият спектър от възлагани му функции на интегратор и координатор на здравното обслужване на своите пациенти.

**Мнение за организацията на дейността на ОПЛ.** Значителна част от проблемите на ОПЛ се коренят в организацията на неговата ежедневна дейност. Следва да отбележим, че именно организационните проблеми на общата медицинска практика са едни от най-слабо изследваните и дискутираните в медицинския печат.

По-малко от половината анкетирани лица (47,9%) дават положителна оценка на организацията на дейността. С незначително различие по-добра оценка в този аспект дават в областните градове.

Като водещи организационни слабости са посочени: дългото чакане пред кабинет, липса на определен час за преглед чрез предварително

записване, недостатъчен разговор и внимание към пациента и малкото време за преглед. Тази оценка на пациентите изисква специално внимание от гледна точка на мениджмънта на общата медицинска практика.

Разгледани в един по-обобщен вид посочените многообразни организационни слабости могат да бъдат обособени и подредени в следните три групи:

- Организационни слабости от общ характер – 50,5%
- Слабости в комуникацията лекар-пациент – 37,9%
- Други слабости (обстановка и хигиена на лекарския кабинет, липса на медицинска сестра и др.) – 11,6%.

Тъй като ОПЛ е самостоятелна институция, по регистрация и статус той е ЕТ (едноличен търговец), то ежедневните организационни проблеми на своята дейност следва да анализира и решава той самият. ОПЛ е не само изпълнител на медицинска помощ, но едновременно е и **мениджър на своята обща лекарска практика**. Ето защо главната отговорност за посочените организационни слабости следва да поеме той самият, независимо че в тази насока са нужни и някои адекватни промени в нормативната база относно първичната медицинска помощ. Нужно е да се реализират всички обективни възможности за подобряване организацията на ежедневната дейност на ОПЛ.

### **Оценка на качеството на здравните услуги от пациентите.**

Оценката на качеството на медицинската помощ изобщо е труден въпрос, тъй като са необходими комплекс от критерии, които често са неравностойни по значимост. Тук представяме оценката чрез един от критерия мнение на пациента, който бе подценяван доскоро, но вече се възприема от експертите като **особено значим** за крайната оценка на качеството на медицинската помощ.

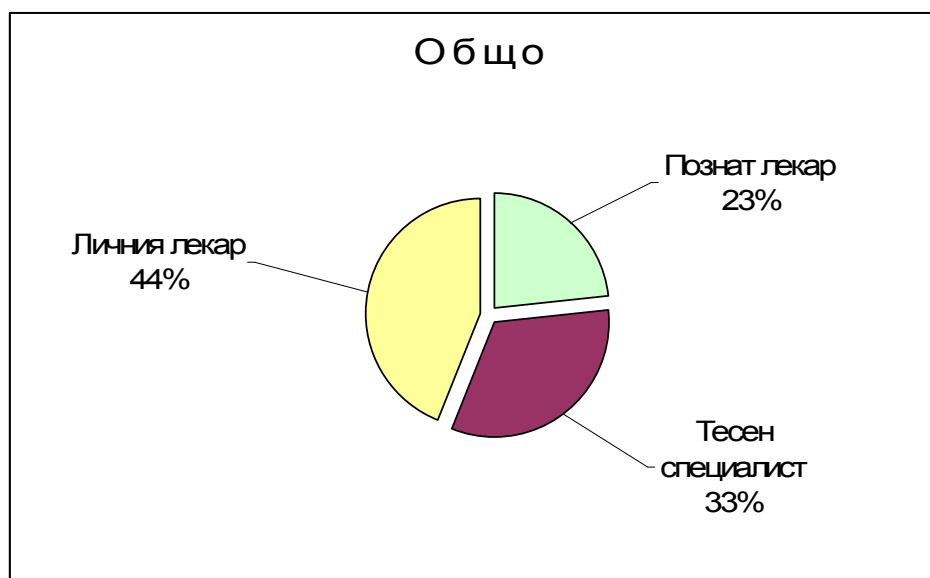
В обобщената оценка 47,2% от анкетиранията лица оценяват качеството като високо и много високо, а 52,8% като ниско и средно (на директно зададен въпрос за качеството). По-висока оценка дават анкетиранията лица от областните градове в сравнение със София (статистически значима разлика при  $P < 0,01$ ).

Тази по-ниска оценка на качеството от страна на пациентите в София противоречи на реалните възможности на столичния град, където както вече посочихме, отношението на броя на ОПЛ към броя на жителите е много по-благоприятно в сравнение с това в областните градове. Една от възможните причини за това са по-големите изисквания и претенции на столичните жители към техните ОПЛ.

Освен директния въпрос за оценка на качеството в анкетата са включени и **индиректни** косвени въпроси (в ролята на **контролни въпроси**), които допринасят за получаването на по-пълна и по-достоверна представа за оценката на пациентите.

Такъв индиректен (контролен) въпрос е предпочитаният избор на място за медицинска помощ при нужда. За по-малко от половината анкетиранията лица (44%) предпочитаният избор при нужда от медицинска помощ е техният ОПЛ. Причините за подобна ориентация са комплексни, в това число и социално-психологични.

Както личи от фигура 5 при 56% от анкетиранията предпочитаната ориентация е към други лекари – директно към тесни специалисти или към познати лекари. Това означава, че маршрутът на пациентите е доста сложен и нерегулиран и най-често неговият старт не е ОПЛ. Същевременно това може да се използва като един важен индиректен критерий за качество на общата медицинска практика. От друга страна, това е индикатор за все още незадоволителната здравна култура и за ниското ниво на информираност на пациентите.

**Фиг.5. Предпочитан избор на място за медицинска помощ**

Фактор на качеството е доколко ОПЛ познава цялостното здравно състояние на своите пациенти. Важно е да се познават по-широко и в много по-голяма степен общите здравни проблеми на пациентите, а не само техните епизодични моментни здравни проблеми, които са причина за конкретно посещение в лекарския кабинет. Таблица 6 съдържа сравнителни данни по този критерий с по-ранни данни от изследванията на Д. Димитрова (2009 г.) и на гръцкия автор К. Пасхалидис (2003 г.). Вижда се определена разлика в показателите от трите изследвания с известна тенденция към подобряване.

**Табл. 6. Сравнителни данни от три изследвания**

Лекарят познава здравното състояние на своите пациенти:	Настоящи данни Б.Б.	Д.Димитрова 2009	Данни на К. Пасхалидис (2003)	
			Български жители*	Гръцки жители
В голяма степен	19,2%	26%	6,3%	24,0%
Средно	29,8%	28%	28,1%	38,4%
В малка степен	33,4%	29,8%	40,8%	25,6%
Не го познава	17,6%	16,2%	24,8%	12,0%



## **Комуникация и сътрудничество между лекаря и пациента**

Анализират се два аспекта на взаимодействието лекар-пациент – а/ **степената на обсъждане** и участие на пациента в диагностично-лечебния процес и б/ чия е активната позиция и инициатива (на лекаря или пациента) при **вземане решение за направление** към специалист.

Тези два аспекта са актуални и в значителна степен ни демонстрират какъв е типът на отношението „лекар-пациент“ (патерналистки, консуматорски или взаимен модел), а също така и степената на сътрудничество и комуникация между лекаря и пациента в процеса на медицинското обслужване.

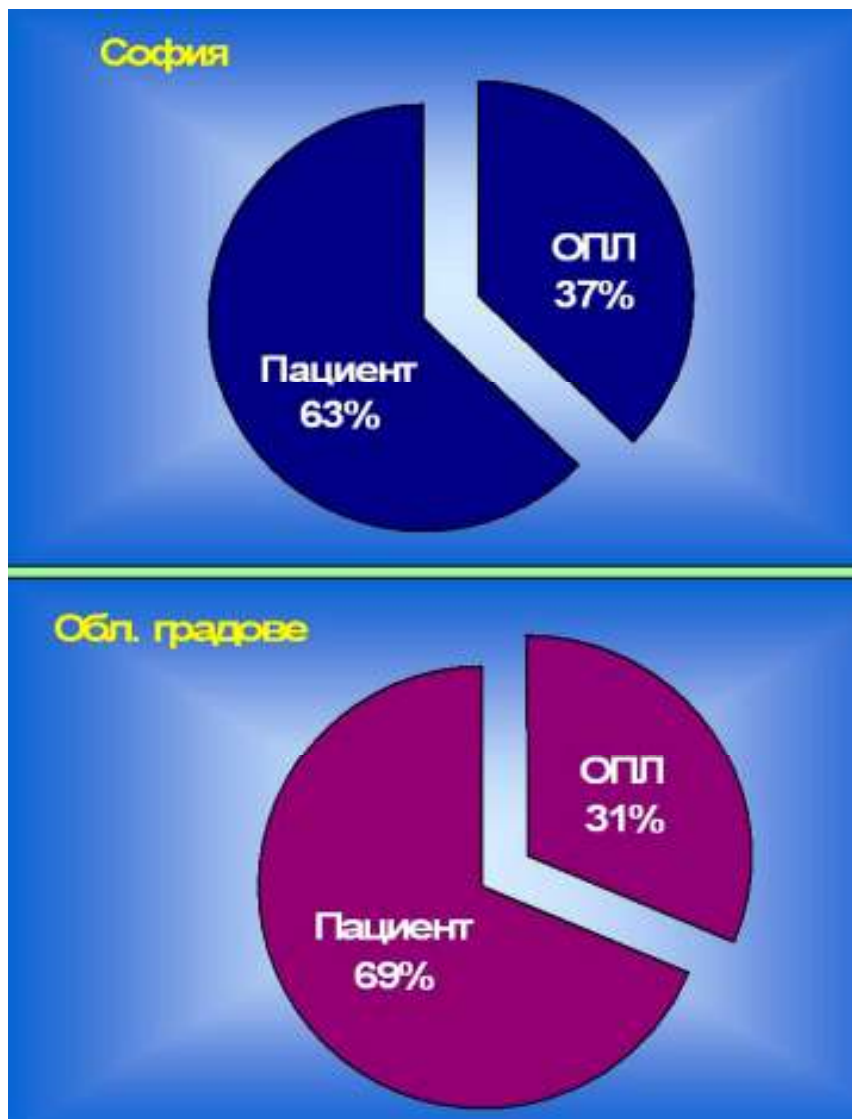
Според данните при 44,3% лекарят не иска или рядко иска мнението на пациента. Това свидетелствува за наличие на проблеми в сътрудничеството и комуникацията между ОПЛ и пациента. От страна на лекаря има налагане на стандартна схема на поведение на пациента и пациентът не е активно въвличен в процеса на собственото си лечение, няма чувство за контрол над него (известният от литературата патерналистки модел).

Същевременно се установява активна позиция, контрол и главна инициатива на пациента при решението за направление към специалист, което е изява на консуматорски модел на отношения. Тук се изявява и значителната степен на недоверие във възможностите на ОПЛ от страна на пациентите, огромен процент от които го посещават и му налагат решение за даване на направление към специалист. Получава се ситуация при която ОПЛ е едва ли не институция и място за получаване на направления. Това противоречи на замисъла за базовата приоритетна роля на ОПЛ, който трябва да посрещне около 80% от общите здравни проблеми на своите пациенти (каквато е европейската тенденция).

При 65% решението за получаване на направление към специалист е главно по инициатива и настояване на пациента, т.е. лекарят е в пасивна

позиция. За София този показател е по-нисък от областните градове (фигура 6).

**Фиг.6. Инициатива за получаване на направление към специалист**



Ролята на ОПЛ като своеобразен „диспечер” и **разпределител на направления** е и погрешна и рискова, защото по този начин общата медицинска практика (първичната медицинска помощ) по същество се изпразва от съдържание. Проблемът е доста по-сложен в своите причини и следствия и би трябвало да бъде обект на специално програмирано бъдещо изследване. Характерното е, че и в двата посочени по-горе модела

отчетливо се изявяват **асиметрични взаимоотношения** „лекар-пациент“, които са все още непреодоляна бариера за тяхното пълноценна комуникация и сътрудничество в диагностично-лечебния процес в интерес на неговото качество и ефективност.

### **Удовлетвореност на пациентите от ОПЛ**

Официално за оценка на удовлетвореността се използват подадените **жалби** от пациентите, но те са непълен и едностранчив показател, тъй като огромна част от неудовлетворените пациенти не подават жалби и нямат нагласата да подават жалби.

По официални данни от НЗОК през 2011 г. в НЗОК са постъпили общо 134 жалби от здравно-осигурени за дейността на ОПЛ. На база на съществуващата нормативна уредба за основателни са признати 36 и за неоснователни 77. Впечатляващ е много малкият брой на жалбите, който не съответства с данните за удовлетвореността на пациентите от редица социологически изследвания, цитирани в дисертационния труд. Една от причините е слабо изразената нагласа от страна на пациентите да подават официални жалби при всеки повод за неудовлетвореност от качеството на получаваните здравни услуги.

Жалбите са главно по повод на:

- отказ на ОПЛ да издаде служебна бележка, удостоверяваща извършените задължителни имунизации и профилактични прегледи на деца;
- отказ на специалист за насочване за хоспитализация;
- качество на оказаната дентална помощ;
- възникнали морално-етични проблеми в отношенията „ОПЛ-пациент“
- отказ на направление за специалист;

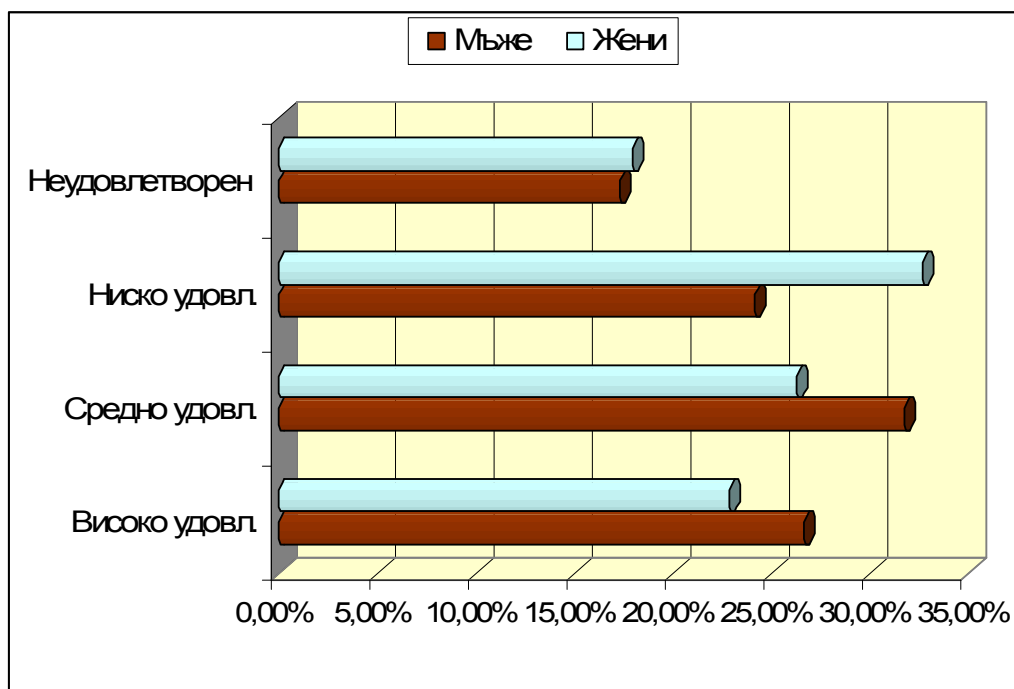
- неоснователно заплащане от ЗЗОЛ на потребителска такса по чл. 37 от Закона за здравно осигуряване;
- неспазване на графика за работа, отказване на домашни посещения;
- неоказване на медицинска помощ на ЗЗОЛ;
- неполучаване на документ за платена потребителска такса;

Като се има предвид, че медицинската дейност по същество е общуване между лекар и пациент, което има редица психологически аспекти, ние считаме, че удовлетвореността, освен чрез официални данни (жалби), трябва да се изучава и чрез анонимни анкети с оглед по-цялостна оценка на ОПЛ.

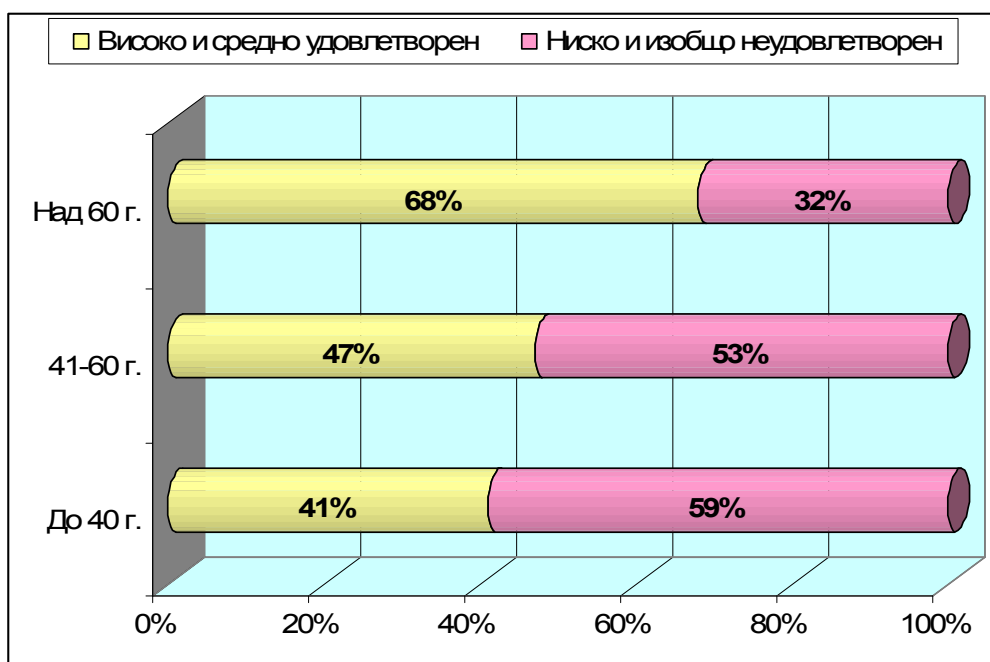
Удовлетвореността на пациентите от ОПЛ по пол и възраст е представена на фигура 7 и 8.

Отговорите на анкетираните показват, че общо 53,8% от тях са високо и средно удовлетворени от своя личен лекар. Но същевременно почти половината (46,2%) са ниско удовлетворени или изобщо недовлетворени.

**Фиг. 7. Удовлетвореност на пациентите от ОПЛ по пол**



**Фиг.8. Удовлетвореност по възрастови групи**



Тази степен на удовлетвореност е близка до данните на Р. Златанова по проучване от 2005 година (58). Наблюдава се значимо различие в удовлетвореността по пол и по възраст (фигури 6 и 7).

Установяването на степените на удовлетвореност на пациентите от ОПЛ е предимно количествен подход. Тези степени са само част от общия проблем за удовлетвореността, която се обуславя от сложен комплекс обективни и субективни фактори. Едностранчивото акцентирание само върху негативния аспект (неудовлетвореността) е слабост на провежданите социологически анализи на медицинската дейност изобщо.

Затова в нашата анкета специално внимание отделихме на установяване на най-важните, водещи причини за нивото на удовлетвореност/неудовлетвореност на пациентите. Този двупосочен подход (по същество алтернативен подход) позволява анкетираните лица да посочат както **негативните**, така и **позитивните** фактори на тяхната удовлетвореност от дейността на ОПЛ – да оценят какво им харесва и какво не им харесва процеса на получаваното здравно обслужване.

В този аспект е зададен следният конкретен въпрос със свободен отговор: „*От какво сте най-доволен и от какво най-недоволен в работата на вашия личен лекар?*”.

Тъй като отговорът на този въпрос е свободен анкетираните лица са дали доста разнообразни отговори, които най-общо могат да се стандартизират и подредят в шест относително еднородни групи:

**1. Отношение „лекар-пациент”** – серия етични и психологични аспекти на процеса на медицинското обслужване от ОПЛ (проявено внимание от лекаря, отзивчивост, добра словесна комуникация с пациента, разяснения от лекаря и др.)

**2. Квалификация, професионализъм** – проявена компетентност, ефективно лечение според пациентите, предписване на еднообразни лекарства и др.

**3. Организация на приема и прегледа на пациенти** – време за чакане пред кабинета, достатъчно/недостатъчно време за преглед, ефективен разговор с пациента, предварително записване на час за преглед, достатъчно работно време по график, хигиена на лекарския кабинет, наличие на потребителска такса и др.

**4. Направление за специалист** – това е отделен елемент на организацията на труда на ОПЛ, който тук даваме в самостоятелна група, поради голямото му значение и роля, фиксирани от анкетираните лица в техните отговорите.

**5. Телефонна връзка с ОПЛ** – отделен елемент на организацията на труда, който даваме в самостоятелна група, поради голямото му значение, фиксирано от анкетираните лица в отговорите им.

**6. Домашни посещения** - отделен елемент на организацията на труда, който даваме в самостоятелна група, поради голямото му значение, фиксирано от анкетираните лица в отговорите им.

Вижда се, че в съзнанието на пациентите водещите причини за тяхната позитивна или негативна оценка за дейността на ОПЛ са три:

а/ организацията на лекарския труд и приема на пациентите (на първо място дългото чакане пред кабинета),

б/ възможност или отказ да се получи направление за специалист и

в/ отзоваване или отказ на домашни посещения.

По тези индикатори в областните градове позитивната оценка е по-висока в сравнение със София.

**Фиг. 9. Баланс „удовлетвореност-неудовлетвореност” по три водещи критерия (в %)**



Следва да отбележим, че някои от отговорите на анкетираните лица са доста емоционални или почти уникални и трудно се поддават на класификация, например: „Трябва да си отделя един работен ден отпуск, за да мога да посетя личния си лекар”; „Преглежда по пет човека едновременно; „Безумно уникално чакане”, „Никога не ми е отказвал

направление” и „За какво да ходя при личния лекар, за да му дам 2.70 лева за направление ли?”. Макар и малобройни, тези отговори заслужават внимание в организационен аспект.

Подобни отговори са показателни за това, че позитивната оценка и удовлетвореност на пациента **се мотивира** не толкова от добра информираност и ясно впечатление за дейността и за качествата на личния лекар, а често от **второстепенен критерии** (в случая възможността да се получи направление за специалист, дълго чакане пред кабинета и др.). Подобни отговори са индикатор за две неща:

- ОПЛ още не е поел ролята на истинският доверен личен лекар на своите пациенти;
- Пациентите все още нямат достатъчно адекватно отношение към своя личен лекар, скептично и неправилно оценяват диагностично-лечебните възможности и роля на ОПЛ и го възприемат повече като лекар-разпределител („диспечер”), чиято главна функция е да притежава и раздава направление.

Очевидно това е проблем преди всичко на **взаимодействие и доверие**, в чието решаване ще участват **два фактора** – ОПЛ и пациент. От тяхното ефективно сътрудничество и комуникация ще зависи доколко и как ще бъде решен този проблем. Същевременно следва да се отбележи, че в решаването на този проблем приоритетна роля като инициатор ще трябва да играе ОПЛ, защото на него е поверена **мисията и отговорността** на водеща фигура в първичната медицинска помощ на населението.

През последните години за анализ и оценка на удовлетвореността на пациентите се използва критерият „бих/не бих препоръчал”, който се счита за точен измерител на удовлетвореността, като допълнение към директния въпрос „харесвам/не харесвам“.

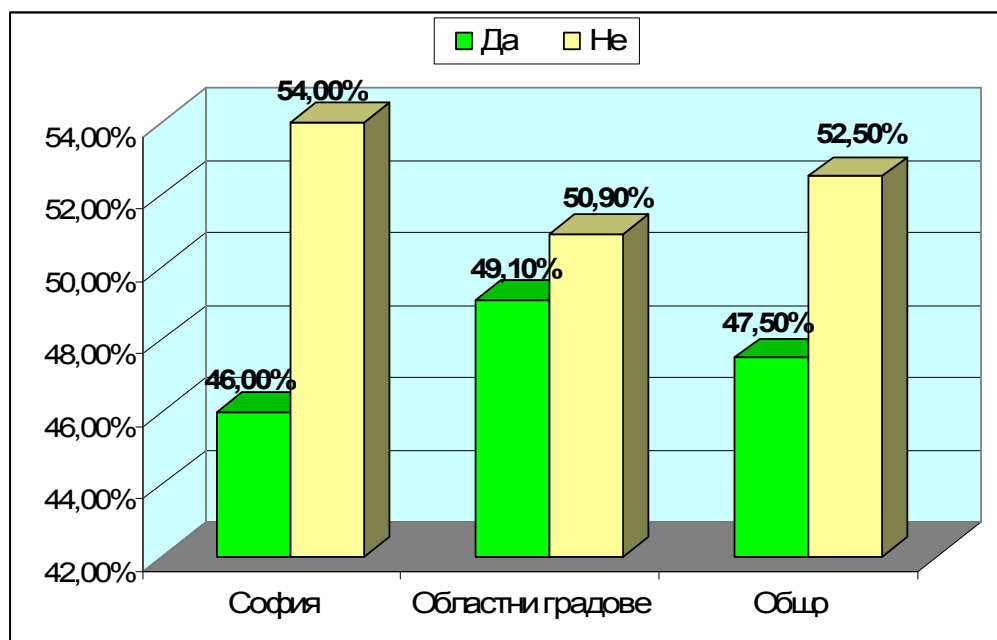
Установява се, че по-малко от половината анкетирани биха препоръчали своя личен лекар на други хора. В областните градове по този показател са налице относително по-благоприятни стойности от тези в София, макар и с малка разлика.

Очевидно е, че показателят „препоръчване” може да допълва съществено общата оценка за качеството и по този начин може да се получава по-цялостна информация в този аспект.

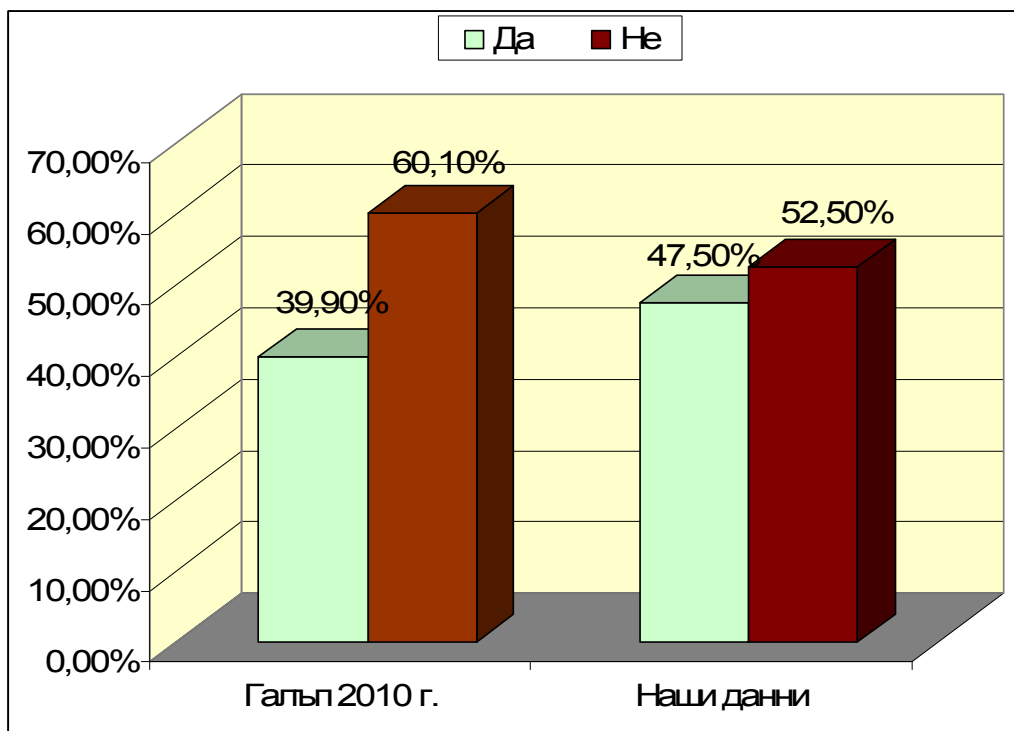
Данните от нашата анкета по този показател са относително по-благоприятни в сравнение с данните от международното изследване на Галъп от 2010 г., в което само около 40% от пациентите препоръчват своя личен лекар (фигура 11).

**Фиг.10. Удовлетвореност според индиректния критерий „препоръчване”**

*Въпрос:* Бихте ли препоръчали Вашият сегашен личен лекар на свои познати или приятели



**Фиг.11. Удовлетвореност според индиректния критерий „препоръчване” (сравнителни данни)**



### **Оценка на възможните причини за пропуски в дейността на ОПЛ**

Проблемът за лекарските пропуски и грешки все по-често се дискутира в световния медицински печат. Тук нямаме за задача да представяме конкретни данни за такива пропуски и грешки, а само анализираме мнението и оценките на анкетирани пациенти относно **възможните причини** за пропуските и грешките в дейността на ОПЛ.

Според данните на първо място като причина е лошата организация на труда на лекаря. Това е особено изразено за София, където коефициентът на тази причина е най-висок (3,03). На второ място е „Недостатъчно внимание към пациента” (2,47), следвано от преумора на лекаря и недостатъчна квалификация (фигура 12).

Прави впечатление, че мнението на анкетираните лица поставя като причина за пропуски и грешки квалификацията на лекаря на последно

място, което на пръв поглед е учудващо. Но то е обяснимо, логично и закономерно. В случая се касае не за подценяване ролята на квалификацията на лекаря, а за това, че в приоритетите и в съзнанието на пациента водещо място заемат социално-психологичните аспекти на взаимоотношението „лекар-пациент” – това са проблемите на комуникацията, на почувстваното **внимание и ангажираност от лекаря** към пациента, на времето, отделено от лекаря за пациента и т.н.. А това в края на краищата води до засилен интерес на пациентите към организационните и етичните проблеми в дейността на ОПЛ. И не случайно анкетиранията лица поставят лошата организация на лекарския труд и на приема като водеща причина на пропуските и грешките в неговата ежедневна дейност.

Представената относително ниска значимост на квалификацията на лекаря като фактор на пропуски и грешки е логична и реалистична, защото анкетиранията пациенти не са експерти. И те правилно в своите оценки не поставят акцент върху квалификацията, осъзнавайки, че оценката на квалификацията не е по техните сили и възможности. Данните от анкетата отразяват преди всичко тяхно **възприемане, мнение и оценка за дейността на лекаря като социален процес** – условията, организацията, професионално-етичната и психо-социалната атмосфера на тази дейност.

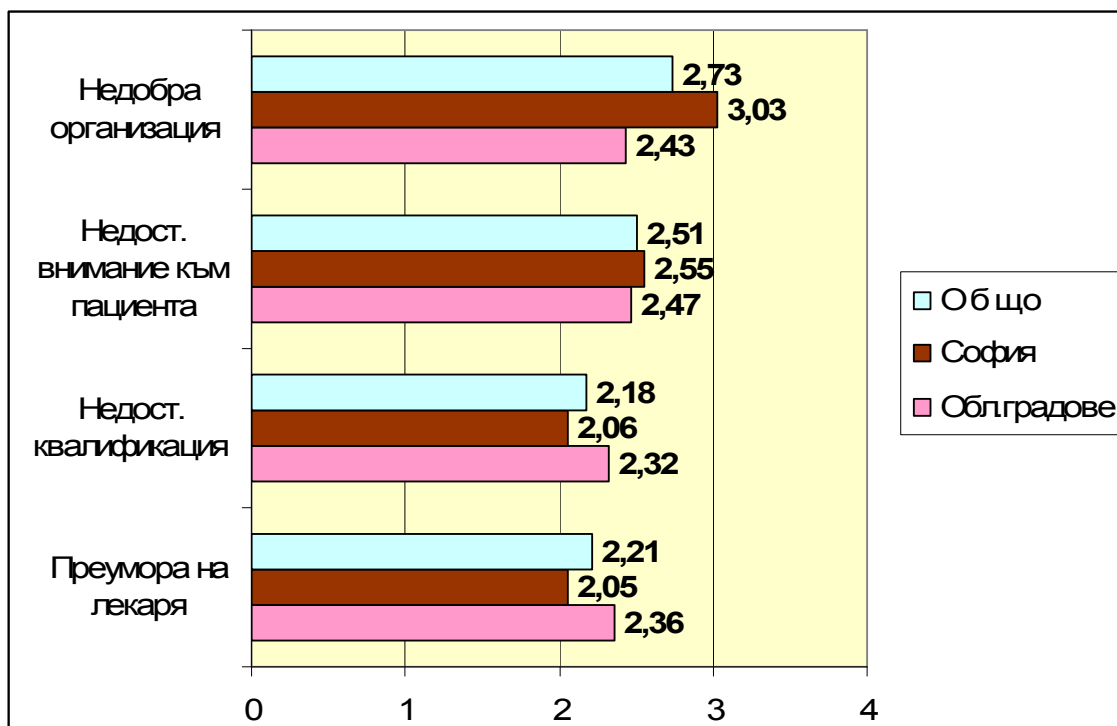
В това според нас се крие смисълът и ценността на подобни анонимни анкети, тъй като посочените аспекти остават извън вниманието и възможностите на чисто експертните официални анализи за дейността на лекарите въобще и в частност на общопрактикуващите лекари.

Тези резултати от анкетата заслужават специално внимание в управленски аспект. Очевидна е нуждата от едно по-обстойно проучване на пропуските в организацията и управлението на общата лекарска практика в България, тъй като тези проблеми продължават да са извън

вниманието както на практическите здравни мениджъри у нас, така и на изследователите в тази област.

### Фиг.12. Причини за възможни грешки и пропуски в дейността на ОПЛ (коефициент по 5-бална оценка)

*Въпрос:* Ако в дейността на семейния лекар се случват някои пропуски и грешки на какво се дължат те преди всичко. Моля, дайте вашата оценка в степени от 1 до 5 (1 – най-слабо проявена причина, 5 – най-силно проявена)



### Препоръки на пациентите

В практико-приложен аспект синтез на всички аспекти в мнението и оценките на пациентите представляват дадените от тях препоръки..

Според данните в таблица 5 ранговото подреждане на тези препоръки показва, че на първите пет места по честота се нареждат следните препоръки на пациентите:

1. Да няма ограничения за пращане при специалист,
2. Гарантирани домашни посещения при нужда

3. По-добри отношения „лекар-пациент”
4. Предварително записване на час за преглед
5. По-добра организация на приема и прегледа на пациенти

**Табл.5. Препоръки за подобряване дейността на ОПЛ**

Препоръки	Брой	Процент
Да няма ограничения за пращане при специалист	<b>141</b>	<b>16,0</b>
Гарантирани домашни посещения при нужда	<b>122</b>	<b>13,9</b>
По-добри отношения „лекар-пациент”	<b>114</b>	<b>13,0</b>
Предварително записване на час за преглед	<b>100</b>	<b>11,4</b>
По-добра организация на приема и прегледа на пациенти	<b>99</b>	<b>11,3</b>
Възможности за консултация по телефон	86	9,8
По-добра квалификация на личните лекари	67	7,6
Периодични здравни беседи на пациенти	51	5,8
Заплащането на лекаря да зависи и от мнението на пациентите за него	53	6,0
Задължително присъствие на мед. сестра в кабинета	34	3,9
Премахване на потребителската такса	33	3,8
По-добра комуникация с пациента и даване на информация за неговите здравни проблеми	31	3,5
Да има групови лекарски практики с възможности за сътрудничество и взаимни консултации между лекарите	18	2,0
Спазване правата на пациента	16	1,8
Други	4	0,5
<b>Всичко</b>	<b>879</b>	<b>100,0</b>

Забележка: Броят на отговорите е по-голям от броя на анкетираните, поради възможността по този въпрос да се даде повече от една препоръка

Вижда се, че тези препоръки засягат главно организацията на дейността на личния лекар. Личи също, че ранговото подреждане на тези препоръки в значителна степен съвпадат с причините за неудовлетвореност на пациентите, представени по-горе.

Специално внимание заслужава препоръката на пациентите да за предварително определяне на време и час за преглед при лекаря. В литературата този подход е известен като **регулиран прием** на пациентите. Това регулиране чрез предварително записване е особено важно както от гледна точка на икономия на време за чакане, така и за подобряване качеството на всеки отделен преглед на пациент при лекаря. Нужно е да се отбележи, че в общата дентална практика отдавна е установен и утвърден подобен регулиран прием на пациентите.

Внимание също така заслужава и препоръката „Възможности за консултация по телефон”, защото както личи от по-горе цитираните данни, за значителна част от пациентите телефонният контакт с ОПЛ или с неговия кабинет е труден или невъзможен

Впечатляваща е препоръката „Заплащането на лекаря да зависи и от мнението на пациентите за него”. Колкото и спорен да е този въпрос, той заслужава в бъдеще специално да се анализира в управленски аспект. Това е важно при настоящата ситуация като се знае, че понастоящем заплащането на ОПЛ е на **капитационен принцип**, без връзка с обема и качеството на неговия труд, а също и без оглед мнението на пациента, който е клиент и консуматор на услуги (в случая здравни), предоставяни му от един ЕТ (едноличен търговец – в случая ОПЛ).

Според нас в този контекст препоръката да се съобразява мнението на пациентите при заплащане труда на ОПЛ е логична и закономерна както от медицинска гледна точка (ефективност), така и от законово-нормативна гледна точка (ОПЛ по статус е едноличен търговец). Тази препоръка обективно е насочена към една по-цялостна оценка на ефективността и по-конкретна професионална мотивация на ОПЛ, **ориентирана по-целенасочено към пациента.**

Пациентите изпитват нужда от повече грижи от страна на ОПЛ, но заедно с това те се чувстват не само като пасивен обект на въздействие и

желаят подобряване на взаимодействието си със своя личен лекар в по-общ план, включително и в подобряване организацията, регулирането и контрола на неговата дейност.

Дадените препоръки могат да бъдат полезни в две насоки:

- За бъдещото оптимизиране на организацията на приема на пациентите и на цялостната дейност на ОПЛ в интерес на по-високото качество на медицинското обслужване.
- За по-ясно очертаване на приоритетните проблеми в първичната медицинска помощ с оглед по-ефективен стратегически мениджмънт на цялостния процес на организационна промяна на здравеопазването в България.



## Обобщение

### Мнението на пациента като предпоставка за ефективен мениджмънт на общата медицинска практика

Според съвременните експерти по своята същност първичната медицинска помощ е фундаментална концепция. Първичната медицинска помощ, респ. общата лекарска практика е не само и просто първи етап в медицинската помощ, но създава и **нови отношения** „лекар-пациент“, нови етични проблеми и нова здравна култура, която включва превенция на болестите, промоция на здравето и здравословния начин на живот.

Оттук произтича неотложната необходимост от системен мониторинг и анализиране дейността на ОПЛ с оглед по-добро медицинско обслужване на населението в бъдеще. Нужен е по-активен професионален, експертен и обществен дебат специално насочен към нерешените проблеми на общата медицинска практика като приоритет на здравната реформа.

Специален акцент в тези анализи и дебати следва да се постави на организационно-управленските проблеми в дейността на общопрактикуващия лекар, особено на мениджмънта на времето и на екипния подход в неговата дейност.

Известно е, че ефективната организация и управление на дейността във всеки сектор на здравната система изисква динамичен мониторинг, анализ и оценка на комплексна информация. Освен рутинната статистическа информация първичната медицинска помощ все по-голяма става необходимостта от медико-социологическа информация в различни аспекти, която да представи дейността на ОПЛ през погледа на неговите пациенти: взаимоотношения „лекар-пациент“, мотиви на пациента за смяна на ОПЛ, очаквания и степен на удовлетвореност, процесите на комуникация и сътрудничество между лекаря и пациента и др.

Този подход е в съзвучие с една глобална тенденция, отразена в концепцията за „**здравно обслужване, фокусирано към пациента**“.

Според един от водещите автори на тази концепция M. Stewart именно пациентът трябва да бъде „съдия“ на здравното обслужване, съответно неговото мнение и удовлетвореност да бъдат критерий за оценка на здравната дейност.

Както показва представеният по-горе анализ подобна системна социологическа информация досега бе подценявана, което по един или друг начин влошава мениджмънта на общата медицинска практика и снижава ефективността на цялостната дейност на ОПЛ.

На този фон възниква необходимостта от създаване на система за събиране и анализиране на достоверна информация за мнението и оценките на пациента относно дейността на ОПЛ. Основен подход за събирането на тази информация е анонимната социологическа анкета. За да се получат максимално достоверни отговори от страна на анкетиранията лица, анонимността на тази анкета трябва да бъде гарантирана демонстративно пред пациентите.

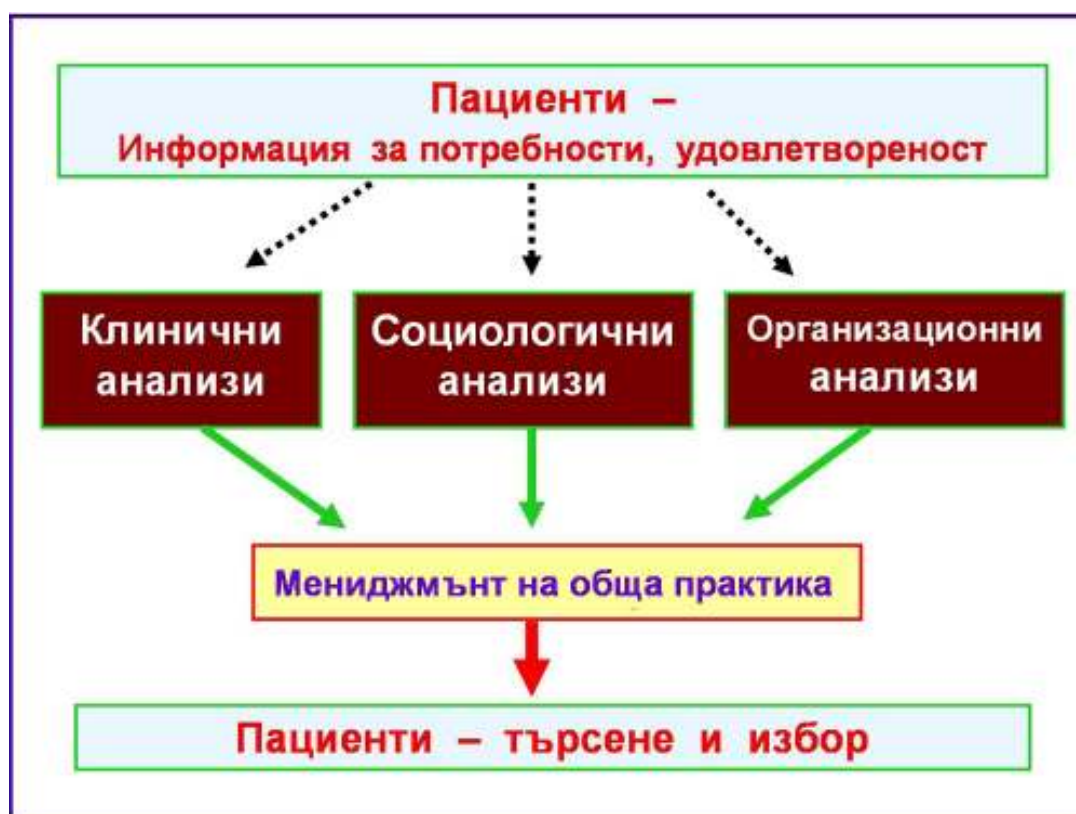
Въпросникът за анкетата трябва да съдържа разбираеми въпроси (предимно от закрит или полуоткрит тип), а също и контролни взаимно допълващи се въпроси с оглед по-точно установяване на реалното мнение на пациента по различни проблеми. Специално място във въпросника следва да се отдели на препоръките на пациентите.

По принцип социологическите анкети могат да се провеждат в различни интервали (примерно веднъж годишно) и по възможност от независими експерти-социолози, а не от самия ОПЛ, от когото пациентите са зависими и това би повлияло върху автентичността и **достоверността** на техните отговори при анкетирането. Тази информация е необходима преди всичко за целите на мениджмънта на дейността на ОПЛ.

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 (фиг.13). 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.

**Фиг.13. Методологичен подход за изграждане на цялостен ефективен мениджмънт на общата медицинска практика**



Съществен елемент на този цялостен ефективен мениджмънт ще бъде добре обоснованият конкретен маркетингов план, който чрез информацията за обществените предпочитания и нагласи, е особено необходим за по-добро прогнозиране на обема и структурата на ежедневната дейност на ОПЛ (фиг.14). Следва да отбележим, че **маркетинговият подход**, който в общи линии навлезе през последните

години в здравеопазването, продължава да е доста слабо застъпен и почти игнориран в условията на общата медицинска практика.

**Фиг.14. Подход за конкретен маркетингов план на ОПЛ**



По този начин би могла да се преодолее съществуващата ситуация на спонтанна нерегулирана ежедневна дейност на ОПЛ, зависима почти изцяло от **случайните фактори** на търсенето на здравни услуги от страна на пациентите. Динамичното анализиране на мнението, мотивите, нагласите и удовлетвореността на пациентите би допринесло за по-добро **прогнозиране на търсенето** на здравни услуги и регулирането на дейността на ОПЛ чрез един по-конкретно обоснован ефективен мениджмънт на общата лекарска практика.



## 5. Заключение – изводи и препоръки

Приоритетното място и роля на първичната медицинска помощ са неоспорими и официално признати. Първичната медицинска помощ, респ. общата медицинска практика е не само и просто първи етап в медицинската помощ, но създава и нови отношения „лекар-пациент”, нови етични проблеми и нова здравна култура, която включва превенция на болестите, промоция на здравето и здравословния начин на живот.

Като концепция и стратегия на СЗО първичната медицинска помощ има много широк обхват, не се свежда само до чисто клинично-диагностични и клинично-терапевтични дейности.

Приоритетната роля и място на ОПЛ в здравната система изискват решаването на комплекс от проблеми в доста **широк функционален спектър**: диагностично-лечебни проблеми, превантивно-промотивни, организационно-управленски проблеми, координационно-комуникационни, социално-медицински, етични и психологични проблеми.

Понастоящем ключов проблем е доколко и как ОПЛ реализира ролята си на истински ефективен личен лекар на своите пациенти.

Според водещи български експерти в хода на здравната реформа на практика липсваше ефективен публичен дебат. Неоправдано бе подценена ролята на общественото мнение и в частност удовлетвореността на пациентите от процесите на промяна в здравеопазването. Мнението на пациентите 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.

## Изводи

1. В резултат на проведеното изследване са получени данни за мотивите и процеса на свободния избор на личен лекар, достъпа и организацията на дейността на ОПЛ, комуникацията и сътрудничеството между лекар и пациент, нивото на удовлетвореност на пациентите от ОПЛ, мнението на причините за пропуски в дейността на лекаря, препоръки на пациентите за подобряване на дейността на ОПЛ.

2. В интерес на качеството на първичната медицинска помощ е конкретно да се анализира процесът на свободния избор на ОПЛ от страна на пациентите - честота на смяната му, мотивите и причините за смяната, възможностите и трудностите за реализиране на свободен избор. Данните от конкретното изследване показват, че водещите мотиви за смяна на личния лекар са три: проблеми за получаване на направления към специалист, дълго чакане пред кабинета за преглед и отказ за домашни посещения при нужда.

3. Изборът на ОПЛ се осъществява най-често при слаба или липсваща информираност на пациентите за професионалните качества на бъдещия им личен лекар, често без обосновано самостоятелно решение и под влияние на случайни обстоятелства, от което по-късно може да възникне мотивация за нова смяна на личния лекар (своеобразен „мотивационен кръговрат“). Най-често изборът на ОПЛ е резултат от съвет на познати и приятели (40,3%), следван от съвет на членове на семейството (23,1%), самостоятелно решение (21,9%) и случайно (14,7%).

4. Освен фактичката смяна на ОПЛ (39,8%), установява се и потенциална смяна (намерение за смяната му) у 36,7% от анкетираните. Фактичката и потенциалната смяна на ОПЛ са по-високи сред пациентите от София в сравнение с областните градове. По пол намерението за смяна е по-силно изразено у жените в сравнение с мъжете.

5. Според мнението на пациентите обемът на профилактичната дейност на ОПЛ е крайно ограничен. Здравно-просветната дейност е минимална или почти липсваща. Съотношението на броя на пациентите със и без профилактични прегледи е проблем. Общо 73,5% имат, а 26,5% нямат профилактични прегледи, като за София този процент е по-висок (30,3%) от областните градове (22,5%). Тези данни корелират с ниския процент на домашни посещения от ОПЛ, както и със слабото познаване на конкретните семейно-битови условия на техните пациенти – според 53% от анкетираните ОПЛ не познава техните семейно-битови условия. Тези два показателя са по-благоприятни в областните градове в сравнение в София. Следователно дейността на ОПЛ е предимно кабинетна, което стеснява неговата промотивна и профилактична роля на истински пълноценен личен лекар.

6. Възможностите на пациентите за достъп до техния личен лекар трябва да се разглеждат в широк контекст – достъп за преглед в кабинета, време на чакане и свързания с него регулиран прием (предварително записване на час за преглед), домашни посещения, телефонен контакт с лекаря през и извън работното му време. Установява се, че доста рядко има предварително записан час за преглед (16,9%) и по-малко от половината анкетираните (43,1%) имат безпрепятствен телефонен контакт с ОПЛ.

7. Нерегулираните и редки домашни посещения на пациентите са нерешен проблем в общата лекарска практика. Само 45,9% от анкетираните не са имали отказ за домашни посещения, а повече от половината (54,1%) са имали такива откази. Процентът на отказите е по-висок в София в сравнение с областните градове.

8. Организацията на ежедневната дейност на ОПЛ е оценена като добра в 47,9%, а лоша в 52,1%. Като водещи организационни слабости са посочени дългото чакане пред кабинет, липса на определен час за преглед чрез предварително записване, малко време за преглед, недостатъчна

комуникация и внимание към пациента. Тези организационни слабости са с по-висока честота в София спрямо областните градове, с изключение на дългото чакане за преглед.

9. Оценката на качеството на здравните услуги е основана както на директни, така и на индиректни въпроси към анкетиранията лица. При директен въпрос 47,2% от анкетиранията оценяват качеството положително. На индиректен въпрос за избор на предпочитано място за медицинска помощ при възникнал здравен проблем по-малко от половината анкетиранията (44,0%) предпочитат своя ОПЛ. Голям процент пациенти директно се самонасочват към тесни специалисти, т.е. маршрутът на пациентите е доста разнообразен и по-често той не започва от ОПЛ. Индиректен критерий е също доколко ОПЛ познава цялостното здравните проблеми на своите пациенти и техните семейно-битови условия. Според 49,0% от анкетиранията ОПЛ познава цялостно техните здравни проблеми и според 47% познава техните семейно-битови условия. Тези показатели имат по-благоприятна стойност в областните градове,

10. Пълноценната комуникация, сътрудническо и взаимодействие между лекаря и пациента са условие за ефективност на първичната медицинска помощ. Според 44,3% лекарят не иска или рядко иска мнение и съгласие на пациента по различните диагностично-лечебни процедури. Лекарят налага схемата за поведение на пациента, който не е активно въввлечен в процеса на собственото си лечение, няма чувство за контрол над него (патерналистки модел на поведение). Пациентът има активно поведение главно при решението за направление към специалист - при 65% решението за получаване на направление към специалист е по инициатива и настояване на пациента, т.е. тук лекарят е в пасивна позиция. За София този показател е по-нисък (63%) от областните градове (69%). Ролята на ОПЛ като своеобразен „диспечер” и **разпределител на направления** е и погрешна, защото по този начин общата медицинска

практика (първичната медицинска помощ) се изпълва с формализъм и по същество се изпразва от съдържание.

11. Удовлетвореността от ОПЛ за повечето анкетираните е сравнително добра - 53,8% от анкетираните са високо и средно удовлетворени от своя личен лекар. По-ниска е удовлетвореността при жените (49,2%) в сравнение с мъжете (58,5%). С възрастта удовлетвореността нараства – най-висока е сред пациентите над 60 години и най-ниска във възрастовата група до 40 години.

12. Удовлетвореността на анкетираните бе оценена и чрез два индиректни критерия: 1. Дали биха препоръчали своя личен лекар на други хора и 2. Към кого предпочитат най-напред да се обърнат при възникнал здравен проблем. Според данните по-малко от половината анкетираните биха препоръчали своя личен лекар (47,5%). При възникнал здравен проблем за 44% от анкетираните предпочитаният избор за консултация и лечение е ОПЛ.

13. Водещите причини за високата или ниска удовлетвореност от дейността на ОПЛ са три – а/ отношението „лекар.пациент“; б/ организацията на лекарския труд и приема на пациентите (на първо място дългото чакане пред кабинета) и в/ възможността да се получи направление за специалист.

14. Установена бе по петобална скала оценката на анкетираните пациенти относно възможните причини за пропуски и грешките в дейността на ОПЛ. На първо място е лошата организация на труда на лекаря, на второ място е недостатъчното внимание към проблемите на пациента, следвано от преумора на лекаря и недостатъчна квалификация. Това ранжиране показва, че в приоритетите на пациента водещо място заемат социално-психологичните аспекти на взаимоотношението „лекар-пациент“, проблемите на комуникацията и почувстваното от пациента отношение на лекаря към неговите проблеми. Данните от анкетата на

пациентите отразяват тяхното възприемане и мнение за дейността на ОПЛ като социален процес – условията, организацията, професионално-етичната и психо-социалната атмосфера на тази дейност. Този проблем продължава да се подценява в изследователски и в практически аспект.

15. Препоръките, които те дават за подобряване на бъдещата дейност на ОПЛ са многообразни. Ранговото им подреждане показва, че водещи по честота са следните препоръки: 1. Да няма ограничения за прашане при специалист, 2. Гарантирани домашни посещения при нужда, 3. По-добри отношения „лекар-пациент”, 4. Предварително записване на час за преглед, 5. По-добра организация на приема и прегледа на пациенти. По същество тези препоръки засягат главно организацията на дейността на общата медицинска практика.

16. Впечатляваща е препоръката „Заплащането на лекаря да зависи и от мнението на пациентите за него” при положение, че понастоящем заплащането на ОПЛ е на капитационен принцип без връзка с обема и качеството на неговия труд. Тази препоръка обективно е насочена към една по-цялостна оценка и по-цеелнасочена професионална мотивация на ОПЛ, ориентирана конкретно към пациента.

17. Съвременният пациент е предимно добре информираният пациент. Дадените препоръки показват, че пациентите изпитват нужда от повече персонално внимание и индивидуален подход от ОПЛ, но същевременно не ги задоволява позицията им на пасивен обект на въздействие от страна на лекаря и желаят подобряване на взаимодействието си с него в по-общ план, включително и в подобряване организацията, регулирането и контрола на неговата дейност.

18. Обобщаващият анализ на представените данни показва, че според оценките на пациентите ОПЛ, по една или друга причина, все още не е бил в състояние да изпълни в пълен обем широкия спектър от функции като интегратор и координатор на цялостното здравно обслужване на

пациентите, дейността му е предимно спонтанна и нерегулирана, поради което той все още не успява да реализира своята най-важна мисия – да бъде приоритетна фигура и истински личен лекар на своите пациенти. Очевидна е необходимостта от по-конкретна пациент-центрирана политика и дейност в областта на първичната медицинска помощ.

### **Препоръки**

- Приоритетната роля и комплексният характер на дейността на ОПЛ изискват нов стратегически и оперативен мениджмънт на общата медицинска практика с особен акцент върху екипния подход в дейността (организиране на групови практики), върху бюджета на времето за кабинетна дейност, за домашни посещения, за лечебна, профилактична и за здравно-възпитателна дейност.
- Неотложна потребност е да се внедри регулиран прием на пациентите чрез предварително определяне на час за посещение на лекарския кабинет.
- Нужни са спешни мерки от РЗИ съвместно с областните и общинските власти за съществено повишаване броя на груповите практики за първична медицинска помощ. В тази насока трябва да се създадат условия от социално-икономически, организационен и битов характер за мотивиране на лекарите за заемане на тези практики.
- Поради високата честота на случаен избор на ОПЛ от пациента в условия на предварителна неинформираност за неговите професионални качества необходимо е да се въведе механизъм за пълноценно и широко достъпно информиране на населението относно професионалната биография и качества на всеки ОПЛ.
- В духа на направените препоръки от пациентите са необходими някои нормативни промени и организационни стандарти в областта на общата медицинска практика с оглед стимулиране и целенасочена професионална мотивация на ОПЛ, ориентирана по-конкретно към

пациента. Освен функцията му на изпълнител на медицинска помощ трябва ясно да бъдат регламентирани функциите и отговорностите на ОПЛ като мениджър на собствената му обща медицинска практика.

- В съществуващите Правила за добра медицинска практика задължително трябва да се включат организационните въпроси в дейността на ОПЛ, които имат решаващо значение за неговата ефективност.
- Необходимо е, в съответствие с практиката в напредналите европейски страни, в обучението на студентите-медици и на лекарите специализанти да се въведат задължителни учебни модули за комуникационни умения.
- Целесъобразно е периодично извършване на SWOT-анализ на всяка амбулатория за първична медицинска помощ, в който като задължителен оценъчен елемент да се включи емпирична информация за мнението на пациентите (относно силни и слаби страни, бъдещи възможности и рискове).
- Нужно е съвместно МЗ и НЗОК да въведат система от регулярен публичен дебат специално насочен към нерешените проблеми на общата медицинска практика с оглед по-ефективна организация, регулиране и контрол на тази приоритетна дейност здравната система. В тази насока, независимо, че ОПЛ е самостоятелна институция с регистрация и статус на ЕТ (едноличен търговец), ефективността на неговата дейност следва да бъде обект на държавен и публичен контрол.
- Необходимо е неправителствените пациентски организации да обърнат поглед към подценяваната от тях проблематика на общата медицинска практика. Анализът на нагласите, мнението и препоръките на пациентите трябва да даде по-широки измерения и по-конкретни насоки за дейността на пациентските организации,

които да станат **полезен коректив** в дейността на ОПЛ, а в по-генерален аспект и на извършващите се в бъдеще организационни промени в здравеопазването като критерий на либерализиращата се здравна система.

- Необходимостта от динамичен мониторинг и анализ на дейността на ОПЛ изисква освен рутинната статистическа информация да се осигурява и системна социологическа информация в различни аспекти, която да представи дейността на ОПЛ през погледа на неговите пациенти: взаимоотношения „лекар-пациент”, мотиви на пациента за смяна на ОПЛ, очаквания и степен на удовлетвореност, процесите на комуникация и сътрудничество между лекаря и пациента и др.
- Социологическите анализи на мнението и удовлетвореността на пациентите могат да бъдат полезно и необходимо допълнение към клиничните и организационните анализи с оглед изграждането и утвърждаването на **цялостен ефективен мениджмънт** на общата медицинска практика. Съществен елемент на този цялостен ефективен мениджмънт ще бъде добре обосновеният конкретен маркетингов план за дейността на ОПЛ.



## Публикации във връзка с дисертационния труд

1. **Борисова, Б., Р. Златанова.** Мнението на пациентите като критерий за здравното обслужване. - В: «Иновации в общественото здраве – проблеми и предизвикателства», 2012 г.

2. **Borisova, B.** Need for a sociological approach to assess the general medical practice and its effectiveness. – Асклепий, 2012.

3. **Борисова, Б.** Мотивация на пациентите за свободен избор на ОПЛ и неговата смяна. – Медицински меридиани, списание за стратегически здравен мениджмънт. – 2013, 1, 49-56.

4. **Борисова, Б., Р. Златанова.** Необходимост от мениджмънт на времето в общата лекарска практика. – Медицински мениджмънт и здравна политика, 2012, 1, 3-7



## Справка за приносите на дисертационния труд

1. На базата на обстоен литературен обзор и анализа на собствени данни се обосновава нарастващата значимост на все още подценяваното мнение на пациентите като критерий за оценка на ОПЛ и качеството на тяхната дейност.

2. Получени и анализирани са конкретни социологически данни по широк кръг въпроси: за мотивите и процеса на свободния избор на личен лекар, за неговата смяна, за достъпа и организацията на дейността на ОПЛ, комуникацията и сътрудничеството между лекаря и пациент, нивото на удовлетвореност на пациентите от ОПЛ, мнението относно причините за пропуски в дейността на лекаря, препоръки на пациентите за подобряване на дейността на ОПЛ.

3. Установява се слабата информираност и неинформираност на пациентите за професионалните качества на избирания от тях личен лекар и влиянието на случайни обстоятелства при този избор, което от своя страна поражда мотивация за нова смяна на личния лекар – процес, означен в дисертацията с оригиналния термин „мотивационен кръговрат”.

4. За пръв път се изнасят и анализират сравнителни данни за фактичката и потенциалната смяна на ОПЛ от пациентите, както и сравнителни данни за по-честата смяна ОПЛ в София в сравнение с тази в областните градове.

5. Чрез конкретни данни също за пръв път се поставя и анализира като нерешен организационен проблем в общата медицинска практика ниската честота и отказите на домашни посещения, както и свързаното с това непознаване на семейно-битовите условия на пациентите от страна на ОПЛ. От тези данни логически следва обосноваването на констатацията, че ОПЛ все още не е бил в състояние да изпълни широкият 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.

6. Обстойно е анализиран подценяваният проблем за пълноценната комуникация, сътрудническо и взаимодействие между лекаря и пациента като важно условие за ефективност на първичната медицинска помощ. Чрез конкретни данни критично се анализира погрешната роля на ОПЛ като своеобразен „диспечер” и разпределител на направления, което отклонява ежедневната обща практика (първична медицинска помощ) от нейната приоритетна функция и мисия в националната здравна система.

7. Като обобщение на извършения анализ в дисертацията се представя концептуално виждане за необходимостта от динамичен мониторинг и интегрален анализ на общата медицинска практика, който освен рутинната статистическа информация, да включва като своя задължителна интегрална част системна социологическа информация за дейността на ОПЛ през погледа на неговите пациенти.

8. Специален акцент се поставя на нерешени базови организационно-управленски проблеми в общата медицинска практика. Логично са обосновани изводи и препоръки за ролята на социологическите анализи на мнението и удовлетвореността на пациентите като необходимо допълнение към клиничните и организационните анализи с оглед по-ясно очертаване на приоритетите и бъдещото изграждане на цялостен ефективен мениджмънт в общата медицинска практика.

