МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Катедра „Социална медицина”

Д-Р НИКОЛАЙ МИЛЕНОВ ХРИСТОВ

КАЧЕСТВО НА ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертация

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, 2015 г.

Дисертационният труд е написан на 145 страници, включващи 29 фигури и 9 таблици. Използвани са 182 източника в книгописа, от които 57 са на кирилица и 125 на латиница. Дисертационният труд е допълнен с 4 приложения.

Научно жури:

1. Проф. д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн
2. Проф. д-р Маргарета Николова Мутафова, дм
3. Проф. д-р Любомир Спасов, дм
4. Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн
5. Доц. д-р Катя Петрова Юрукова, дм

Резервни членове:

6. Проф. д-р Анжелика Спасова Велкова, дмн
7. Доц. д-р Невяна Георгиева Фесчиева, дм

Рецензенти:

1. Проф. д-р Маргарета Николова Мутафова, дм
2. Доц. д-р Катя Петрова Юрукова, дм

Дисертационният труд е обсъден и насрочен за защита на 26.03.2015 година от разширен катедрен съвет на Катедра по „Социална медицина”, с участието на хабилитирани лица от Факултет „Обществено здраве” към МУ-София.

Съдържание

1. Въведение ……..... 4
2. Цел, задачи, материали и методи …….. 7
3. Анализ и обсъждане на резултатите…….……..... 15
3.1. Анализ на резултатите от анкетните проучвания……. 15
3.2. Обсъждане на резултатите……..…… 45
4. Изводи ……..... 48
5. Препоръки …….. 50
6. Приноси ……..... 51
7. Публикации във връзка с дисертационния труд ……. 52

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ЕС	-	Европейски съюз
ЗЗОЛ	-	Задължително здравно осигурени лица
НРД	-	Национален рамков договор
НСОПЛБ	-	Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България.
ОПЛ	-	Общопрактикуващи лекари
ПИМП	-	Първична извънболнична медицинска помощ
ПМП	-	Първична медицинска помощ
СЗО	-	Световна здравна организация
ACSCs	-	Ambulatory care sensitive conditions
COMAC-HSR	-	Concerted Action Committee on Health Services Research
DG Research	-	Directorate-General for Research and Innovation
DG SANCO	-	Directorate General for Health and Consumer Affairs
NIVEL	-	Netherlands institute for health services research
NHS	-	National Health Service
PHAMEU	-	Primary Health Care Activity Monitor for Europe
QUALICOPC	-	Quality and Costs of Primary Care in Europe

Въведение

Развитието на първичната медицинска помощ (ПМП) в България е свързано с цялостното развитие на обществено-политическата и икономическата ситуация в страната. През 1999 година след приемането на Закона за лечебните заведения беше започната реформата в тази област. Моделът на „участъковия терапевт" възприет при системата „Семашко" в България бе изцяло променен и бе въведена организационната форма на първична здравна помощ. Новите принципи на свободен избор на лекар, осигуряване на свободен достъп до избрания лекар, премахване на административно-командните функции на държавата върху дейността на лекаря, въвеждането на принципа на свободната професия, промените в начините на заплащане – от заплата към капитационен модел с допълнително заплащане за определени услуги, промени изцяло първичната медицинска помощ.

Въпреки трудностите и недоверието, което съпътстваше въвеждането на общопрактикуващия лекар като основна фигура в системата през 2000 година, този модел заработи и се възприе както от лекарите, така и от обществото.

За съжаление обаче, в последните години от страна на научната общност не бяха проведени почти никакви проучвания (с изключение на определени социологически изследвания относно удовлетвореността на пациентите) за оценка на ефективността и качеството на новия модел (57).

Наскоро Световната здравна организация (СЗО) за региона на Европа, разработи "Здраве 2020", визия ориентирана към нова политика. Тя е насочено към актуалните предизвикателства към здравето, като незаразните болести и негативните последици от застаряването на населението, със специален акцент върху неравнопоставеността в здравеопазването. Финансираното от Европейския съюз (ЕС) изследване QUALICOPC (140) (качество и разходи за първичната медицинска помощ в Европа) се вписва добре в рамките на "Здраве 2020", тъй като тя има за цел да оцени първичната медицинска помощ (ПМП) в Европа по отношение на качество, справедливост и разходи за медицински грижи. Първичното ниво на здравните системи има потенциал за ефективно справяне с основните елементи на "Здраве 2020", а именно социалните детерминанти на здравето и незаразните болести. ПМП може да се определи като първото ниво на достъп до системата на здравеопазване за пациента. ПМП се характеризира с достъпност за населението, независимо от естеството на здравословни

проблеми, и се предоставя в близост до домовете на пациентите. Освен предоставянето на лечебни грижи, ПМП предлага превантивни грижи и здравно образование. В повечето европейски страни общопрактикуващи лекари (ОПЛ) са основните доставчици на ПМП. Също така лекари по дентална медицина, фармацевти, рехабилитатори, логопеди, психолози и дрруги предоставят ПМП (140,145). Резултатите от проучването имат за цел да информират кои форми на организация на работата дават по-добро качество по този начин да се даде възможност за по-добро управление на здравните реформи (160). Досега доказателствата за ползите от ПМП са непоследователни и несъобразени с разнообразието и сложността на европейските системи на здравеопазване, отчитайки преди всичко американската действителност (126).

Отправна стъпка в глобалното вниманието към ПМП е Декларацията от СЗО на Алма Ата от 1978 (139). В декларацията се изтъква значението на създаването и поддържането на силна система за ПМП, като самостоятелна част от здравеопазването. Декларацията и доклада на СЗО от Алма Ата стимулират много страни в Европа да развият своя собствена структура на услугите "на първа линия" в здравеопазването.

След рухването на комунистическите режими, страните от Централна и Източна Европа, включително и България, започнаха фундаментално преструктуриране на системите за здравеопазване, поставяйки ударение върху ПМП (5-7, 25-27).

Здравната политика насочена към укрепване на ПМП се основава на идеята, че една силна система на първични здравни грижи облагодетелства силно националната система на здравеопазване. ПМП има потенциал да допринесе за цялостното подобряване на здравето на населението.

Всичко това е невъзможно да се достигне без обезпечаване на високо качество на първичните здравни грижи, а търсенето на „идеалната” методика за оценяване на това качество, част от което е и настоящия труд, продължава.

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

ЦЕЛ:

Целта на дисертационния труд е да се анализират ключови елементи от работата на общопрактикуващите лекари обезпечаващи високо качество на предлаганата първична медицинска помощ в специфичния контекст на България.

ЗАДАЧИ:

За постигане на набелязаната цел е необходимо да бъдат решени следните задачи:

1. Да се направи литературен обзор на съвременните европейски и американски схващания в областта на качеството на първичната медицинска помощ, както и да се стъпи на вече постигнатото от български автори.

2. Да се покаже и обоснове значението на качеството на първичната медицинска помощ в рамките на националното и транснационално здравеопазване.

3. Да се избере инструментариум за изследване на качеството на първичната медицинска помощ на нивата на структура, процеси и резултати.

4. Да се проучи и анализира готовността на общопрактикуващите лекари от страната да работят по аспекти на качеството на първичната медицинска помощ.

5. Да се проучат нагласите и очакванията на пациентите като потребител на услугите на първичната медицинска помощ.

6. Да се обосноват организационни подходи за повишаване качеството на работа на ОПЛ и засилване на техния статут в националната здравна система.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

ОБЕКТ НА НАБЛЮДЕНИЕ

Обект на наблюдение в изследването са 223 общопрактикуващи лекари на територията на България и 1 999 пациенти, обслужвани от техните практики.

КРИТЕРИИ ЗА ВКЛЮЧВАНЕ В ПРОУЧВАНЕТО

Общопрактикуващи лекари, работещи в индивидуални или групови практики за първична извънболнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК и работещи на територията на България, като и пациенти обслужвани от тези практики.

ЛОГИЧЕСКА ЕДИНИЦА НА НАБЛЮДЕНИЕ

Логическата единица на наблюдение в изследването е всеки общопрактикуващ лекар или пациент, попаднал в извадката.

ПРИЗНАЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ

Признаци на наблюдение в изследването са:

1. Демографски характеристики: пол, възраст;
2. Особености на практиката: географско разположение на практиката, брой и характеристики на обслужваното население, вид на практиката, заплащане на лекарите, специализираност на лекарите, друг нает персонал;
3. Отношение към първичната медицинска помощ;
4. Структура на ПМП свързана с достъпа и равнопоставеността;
5. Структура на ПМП, свързана с качеството на предлаганите услуги;
6. Структура и процеси на ПМП, свързани с възприеманите резултати от пациентите;
7. Структура на ПМП и резултати, свързани с ненужни хоспитализации.

МЯСТО НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ПРОУЧВАНЕТО

Техническата единица на наблюдение в изследването са индивидуални и групови практики за първична извънболнична медицинска помощ, разположени на територията на България, сключили договори с НЗОК.

ИЗВАДКА

Лицата, които попадат в проучването, сформират представителна извадка от общопрактикуващите лекари и обслужвани от тях пациенти в България. В процесът на избор е извлечена проста случайна извадка от базата с данни на НЗОК. Селекцията е извършена на случаен принцип чрез генериране на случайни числа от Microsoft Excel.

ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ПРОУЧВАНЕТО

Индивидуалната емпирична информация е събирана в продължение на 3 месеца.

ВРЕМЕ НА ПРОУЧВАНЕТО

Периодът, в който е извършено проучването, е октомври 2012 г.

ВИД НА ПРОУЧВАНЕТО

Проучването е крос-секционно. Събирането на първичната емпирична социологическа информация е извършено чрез преки индивидуални анонимни анкети сред общопрактикуващи лекари попаднали в извадката и по десет техни пациенти. Използвани са анкетни карти на NIVEL за QUALICOPC, предварително преведени и адаптирани към съществуващите у нас условия.

ДОСТОВЕРНОСТ

Достоверността на индивидуалната първична емпирична информация е висока. Анкетиращият екип е подбран сред мрежата от анкетьори на социологическа агенция „НОЕМА”. Извършена е специална предварителна подготовка на анкетьорите по отношение на темата на проучването и особеностите на работата с общопрактикуващи лекари и пациенти.

ТОЧНОСТ

Отказите за участие в проучването са в рамките на 10%. Контролни посещения са извършени в амбулаториите на 10% от общопрактикуващите лекари, попаднали в извадката. Също така е осъществен оглед на всеки попълнен въпросник.

ИЗПОЛЗВАН ИНСТРУМЕНТАРИУМ

Изследването се основава на специално създадени за постигане на целите на научното проучване анкетни карти.

Въпросникът за общопрактикуващите лекари измерва професионални дейности и задачи, качеството на доставената грижа и аспекти на достъпността;

Вторият въпросник има за цел да измери възприятие на пациентите към получаваните услуги за първична медицинска помощ, включително и качеството на здравните грижи, достъпа до медицински грижи и реалните бариери откъм разходи;

Въпросникът ценности на пациентите търси да установи какво пациентите намират за най-важно в получаваното обслужване.

Използвани са разнообразни въпроси – от Ликертова скала, формулирани като оценка с която анкетирания може да се съгласи (или не се съгласи) в различна степен – „да”, „по-скоро да”, „по-скоро не” и „не”, дихотомни въпроси с два възможни отговора – „да” и „не”, и многовариантни въпроси.

Анкетната карта за ОПЛ (Приложение 1) се състои от 67 въпроса групирани в следните раздели:

1. Лична информация
2. Вашата практика
3. Вашите задължения
4. Заетост и доход

5. Персонал във Вашата практика
6. Обезпечаване на качество
7. Безопасност на пациента
8. Оборудване в практиката
9. Локализация на практиката
10. Работни часове
11. Помощ в извънработно време
12. Система за уговаряне на часове и време на изчакване
13. Достъп на пациентите
14. Нови пациенти
15. Съхраняване на медицински досиета
16. Компютризирано поддържане на медицинските досиета
17. Колабориране
18. Първи контакт
19. Управление на заболяването
20. Медицински манипулации
21. Профилактика и здравно образование
22. Отговорност към общността
23. Достъпност
24. Удовлетвореност от работата

Анкетната карта за пациенти (Приложение 2) се състои от 52 въпроса групирани в следните раздели:

1. Лична информация

2. Вашето здраве
3. Вашият лекар
4. Току що приключилата консултация
5. Лекарят, който посетихте днес
6. Достъп до практиката
7. Достъп в извънамбулаторни часове
8. Лечение, оказвано от персонала в практиката
9. Опит с тази практика
10. Достъпност
11. Направления
12. Контакт с други медицински специалисти
13. Здравеопазването в България

Анкетната карта за пациенти (Приложение 3) се състои от 28 въпроса групирани в следните раздели:

1. Лична информация
2. Вашето здраве
3. Какво считате най-важно за Вас?
4. Преди консултацията с Вашия ОПЛ
5. През време на консултацията с Вашия ОПЛ
6. След консултацията с Вашия ОПЛ

РАБОТНА ХИПОТЕЗА

Понастоящем в България общопрактикуващите лекари не проявяват насочен интерес към повишаване качеството на предлаганата първична медицинска помощ и подхождат неохотно към възпиемането на практики от високоразвитите европейски страни. Нашата хипотеза е, че много от предложените практики биха могла да се прилагат успешно в условията на първичната извънболнична медицинска помощ при като елемент от повишаване на качеството на медицинските услуги и в крайна сметка на удовлетвореността на пациента.

МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ ЗА ОБРАБОТКА И АНАЛИЗ НА ПЪРВИЧНИТЕ ДАННИ

За статистическата обработка на данните е избран статистическия пакет SPSS ver. 13. Възприетото критично ниво на значимост за отхвърляне на нулевата хипотеза H_0 е $\alpha = 0,05$ (Z критерий = 1,96), при гаранционна вероятност 95%.

При статистическата обработка на събраната първична емпирична информация са използвани следните математико-статистически методи:

1. Дескриптивен анализ:

- **Средна аритметична** - мярка на централната тенденция;
- **Стандартно отклонение** – мярка на разсейването;
- **Доверителен интервал** – интервална оценка.

2. Тестове за изследване на зависимости между описателни данни:

- **χ^2 на Пирсън** – в случаите, когато се изследват зависимости между описателни данни с две или повече категории. Теста се основава на кръстосана таблица (таблица на спрегнатост);
- **Точен тест на Фишер** – използва се като алтернатива на теста хи-квадрат на Пирсън за проверка на работната хипотеза – когато повече от 20% от клетките в таблицата на спрегнатост имат очаквани честоти по-малки от 5 и/или някоя клетка има очаквана честота по-малка от 1;
- **Коефициент на контингенция на Крамер (V)** - за ориентировъчна оценка на степента на проявление на установените с χ^2 - метода зависимости (за таблици с две и повече категории).

- **Фи коефициент (Phi)** - за ориентировъчна оценка на степента на проявление на установените с χ^2 - метода зависимости (за 2 x 2 таблици).
- **Коефициенти на Кендал (Kendall's tau-b и Kendall's tau-c)** – за оценка на силата на връзката между ординални променливи при симетрични и несиметрични кръстосани таблици.

3. Тестове за сравняване на относителни дялове – Z тест.

Резултатите от проведените анализи се представят чрез:

- **Честотни таблици** - едномерни таблици на честотното разпределение – абсолютни честоти – определяне на броя на единиците в отделно взета група; относителни честоти - определяне на структура чрез относителни дялове (броя на единиците в отделно взета група спрямо общия брой единици в съвкупността) и на разновидността на признаците, характеризиращи различните параметри (разновидностите на възможните отговори на поставени въпроси).

- **Двумерни таблици на честотното разпределение** (крос-табулация) между категорийни величини.

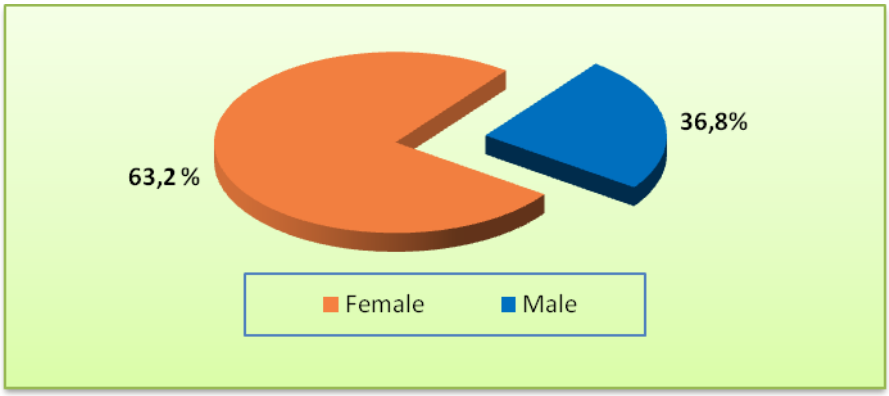
- **Графичен анализ** – за онагледяване на получените резултати.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Въпросник 1 – общопрактикуващи лекари

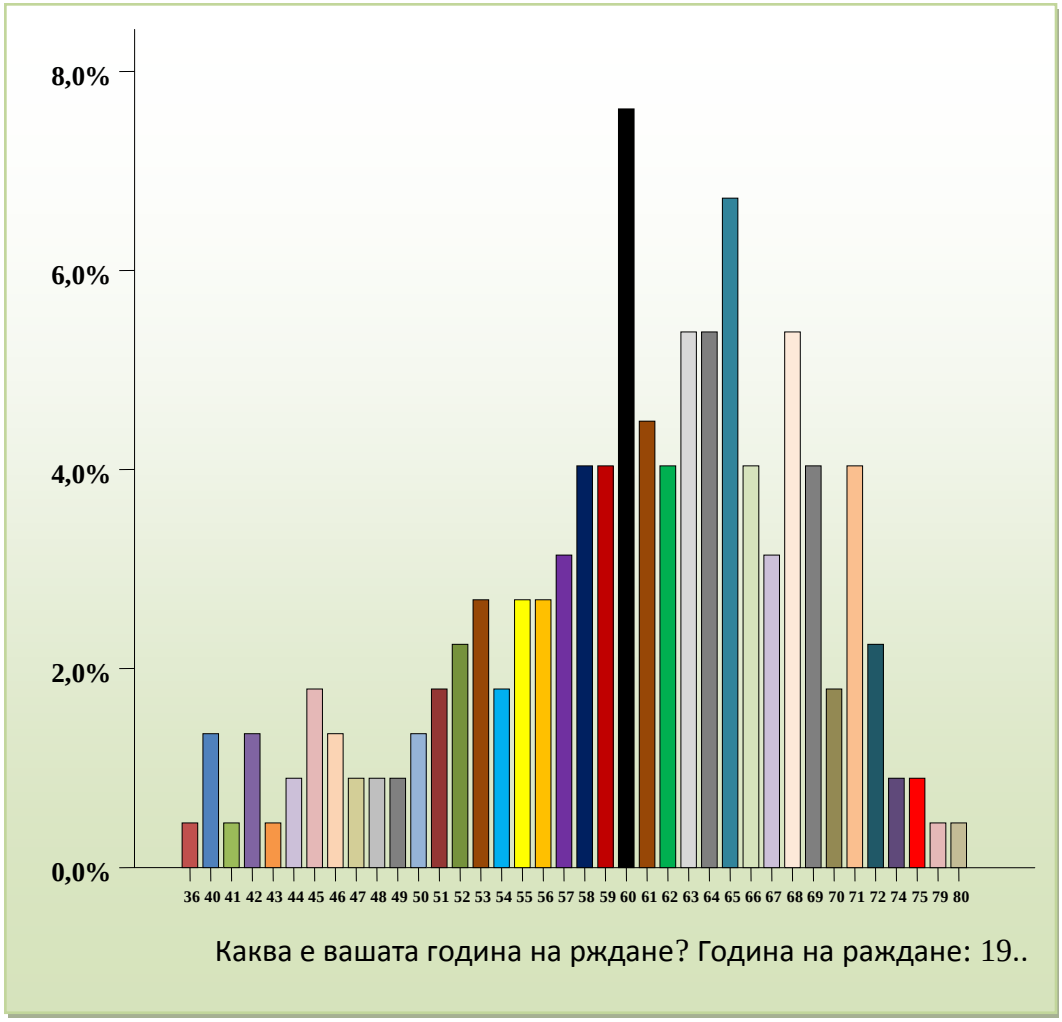
Социално-демографските характеристики на изследваните лица показват определени измерения, описани по-долу.

Сред изследваните 223 общопрактикуващи лекари преобладават жените - 141 на брой с относителен дял 63,2%. Мъжете са 82 с относителен дял 36,8%. Съотношението жени:мъже е приблизително 2:1. Разпределението на относителните дялове по пол е представено на фигура 1.



Фиг. 1: Процентно разпределение по пол

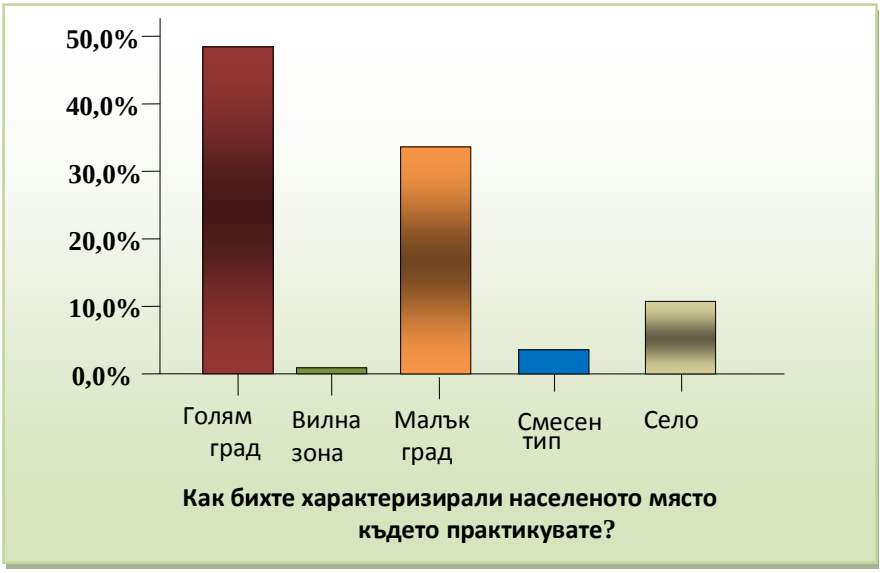
От своя страна, разпределението по възраст показва, че най-много са лекарите във възрастовата група от 51 до 60 г. Относителните дялове по възраст според годината на раждане са отразени във фигура 2.



Фиг. 2: Процентно разпределение по година на раждане

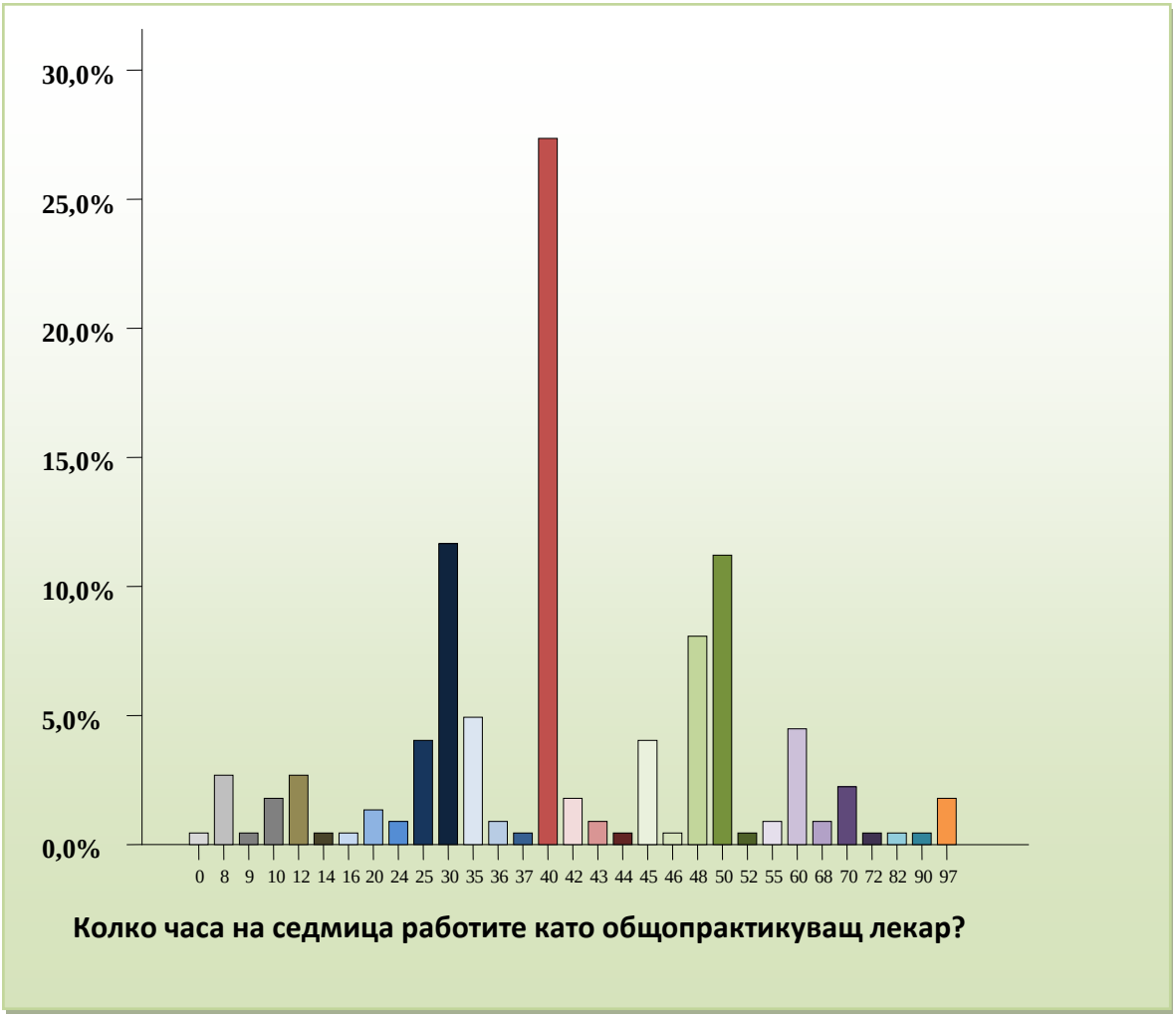
По отношение на особеностите на общите практики се наблюдават следните закономерности:

По-голяма част от общопрактикуващите лекари работят в големи градове – 108 души с относителен дял 49,8%. В малки градове работят 75 общопрактикуващи с относителен дял 34,6%. В села работят 24 ОПЛ с относителен дял 11,1%. Процентното им разпределение е представено на фигура 3.



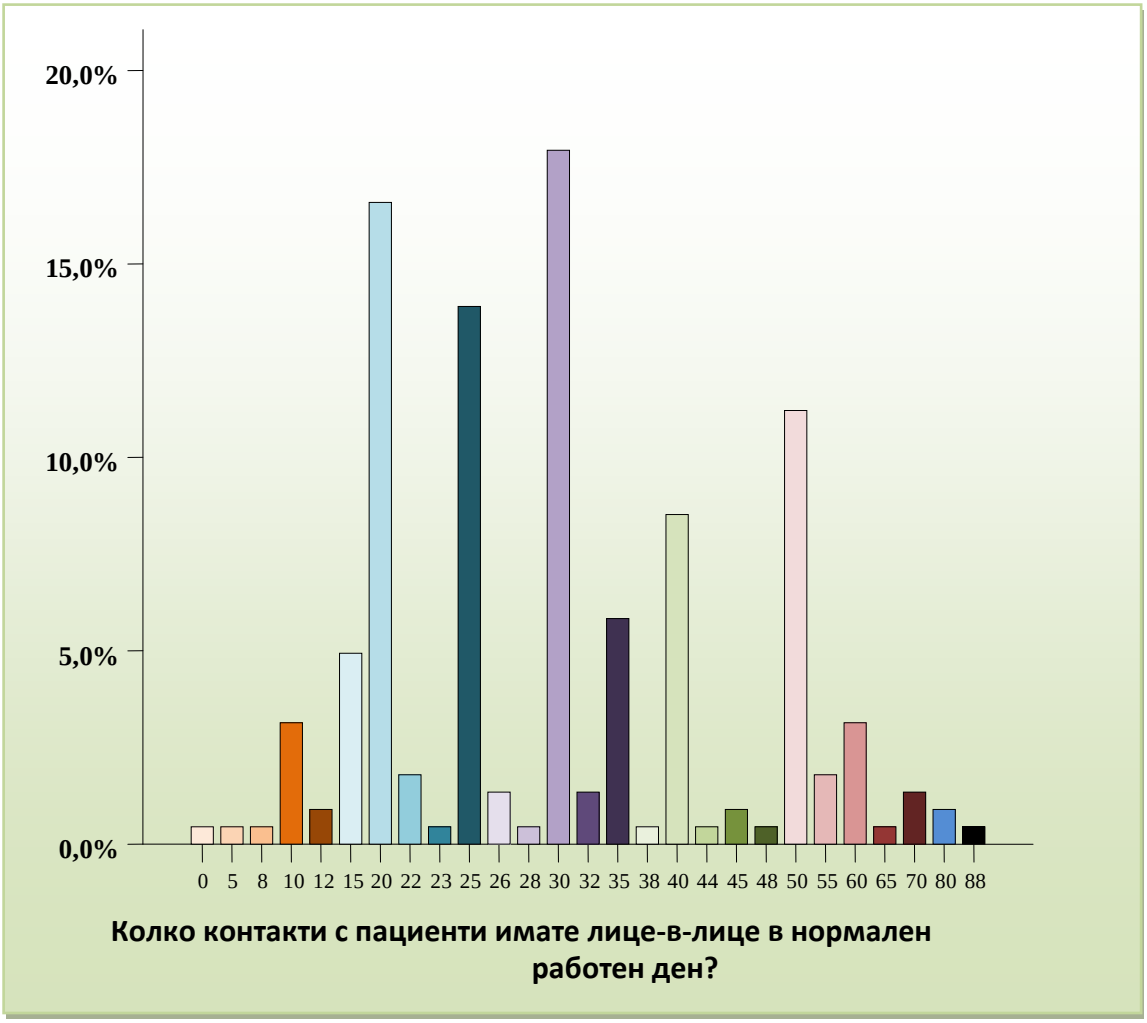
Фиг. 3: Процентно разпределение по населено място

По отношение на следващия въпрос от анкетната карта – колко часа на седмица работите като ОПЛ – най-голям е делът на общопрактикуващите лекари с нормална седмична натовареност от 40 часа – относителен дял от близо 30%. Процентното разпределение по седмична натовареност е представено на фигура 4.



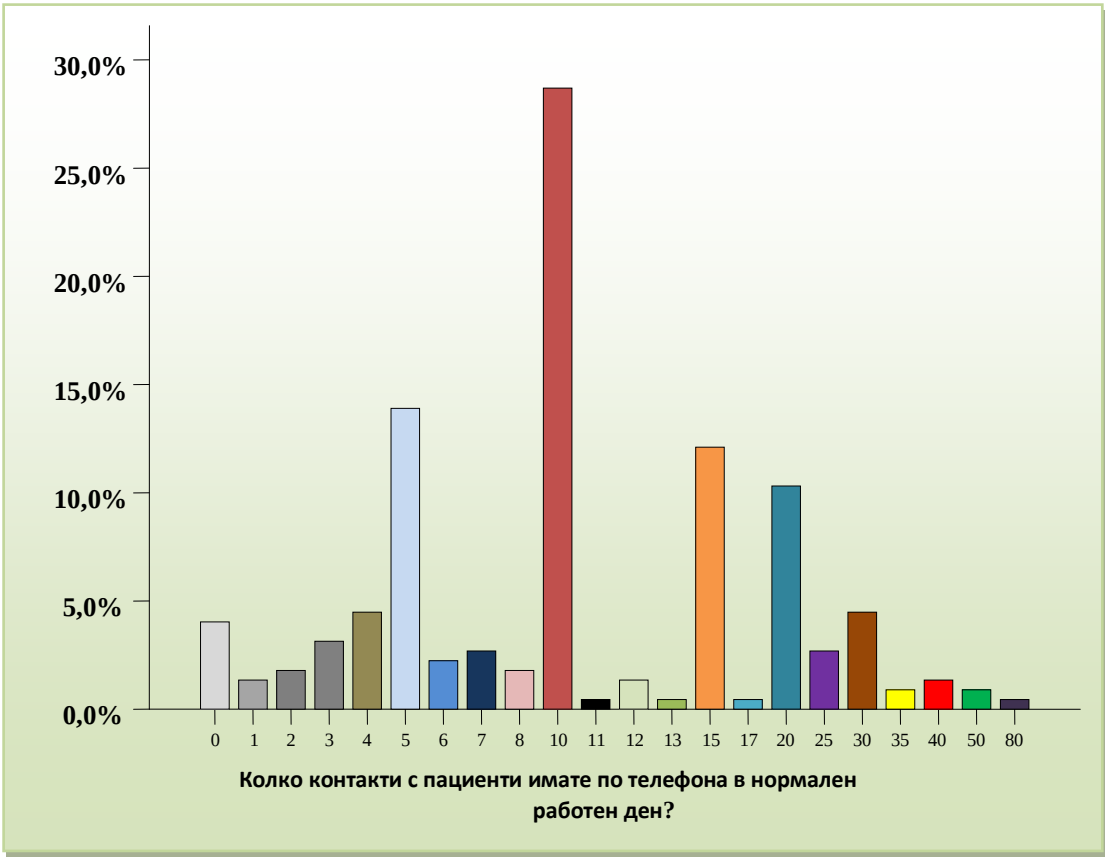
Фиг. 4: Процентно разпределение по седмична натовареност в часове дневно

Процентното разпределение по брой обслужвани пациенти на ден в амбулаторията показва, че най-голям е относителният дял на общопрактикуващите лекари приемащи около 30 пациенти на ден – близо 20%. След тях се нареждат лекарите, приемащи около 20 пациенти, но над 10% от ОПЛ в извадката приемат по 50 пациенти на ден. Резултатите са представени на фигура 5.



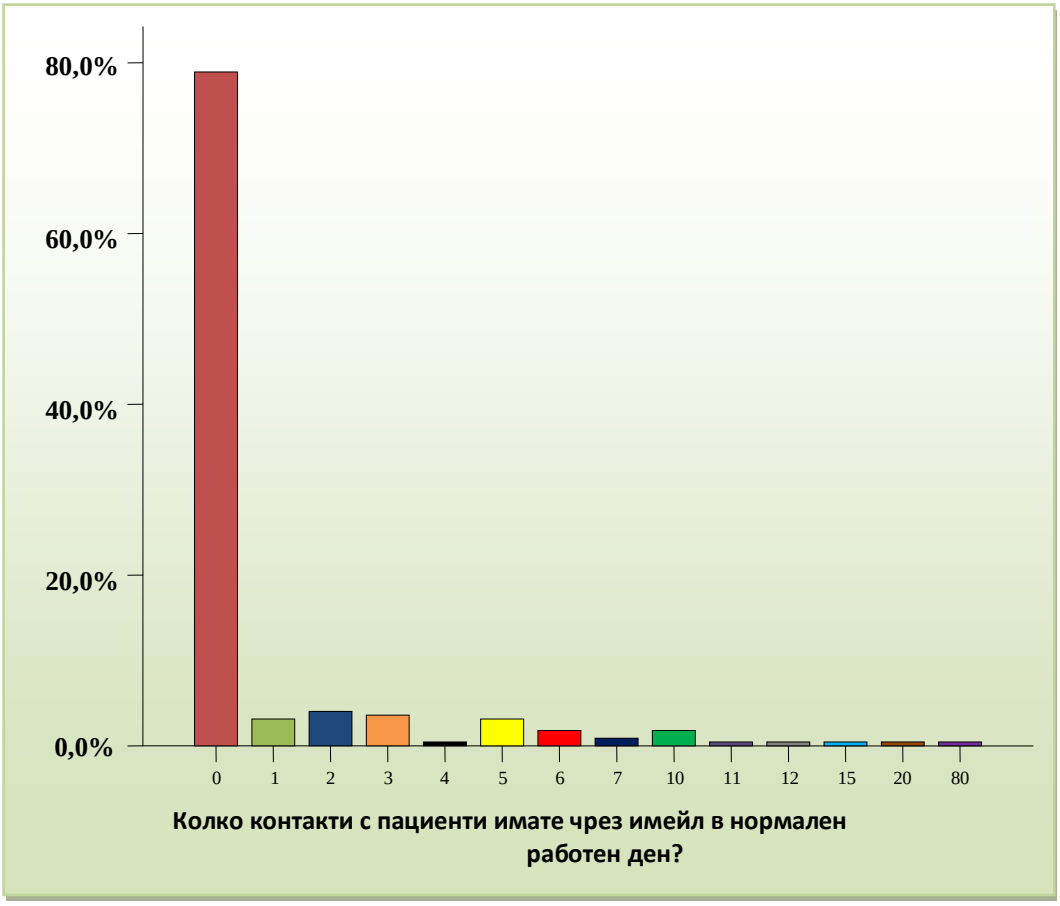
Фиг. 5: Процентно разпределение по дневна натовареност в брой пациенти

Процентното разпределение по брой контакти с пациенти на ден по телефона показва, че най-голям е относителният дял на общопрактикуващите лекари консултиращи около 10 пациенти на ден – близо 30%. Резултатите са представени на фигура 6.



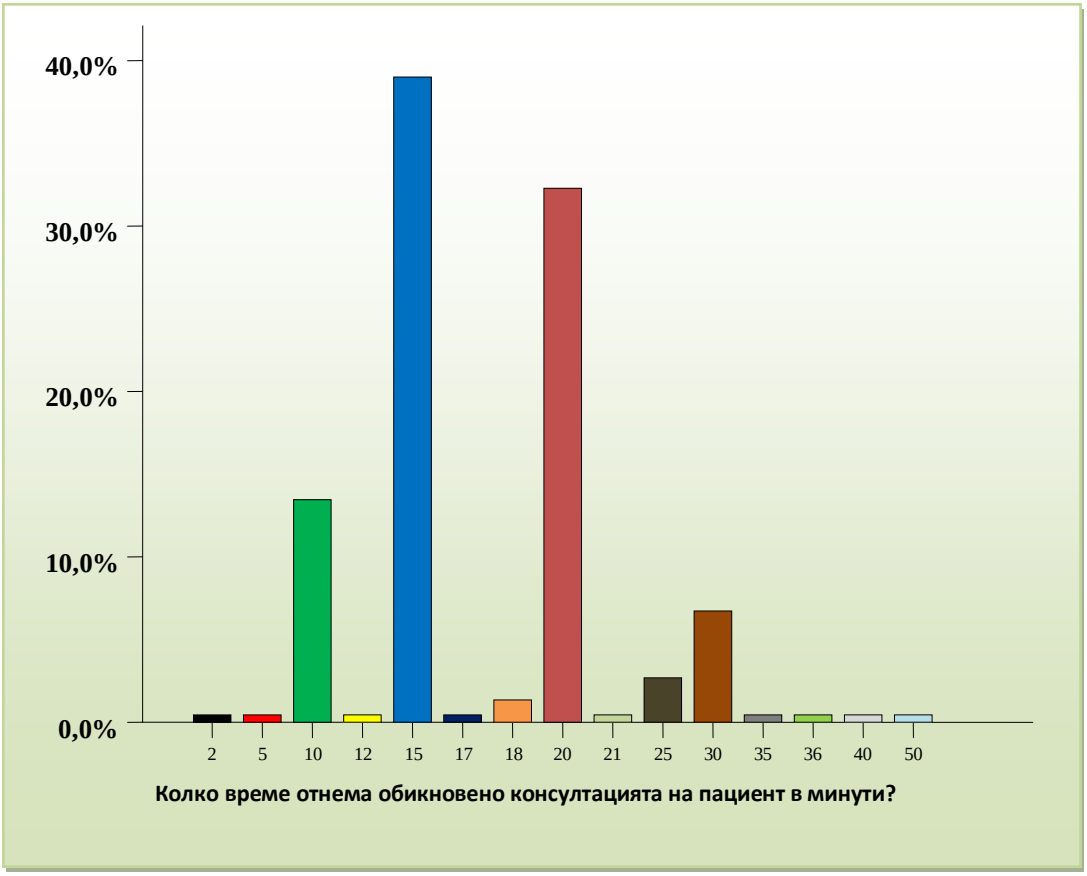
Фиг. 6: Процентно разпределение по брой консултирани по телефона дневно

Процентното разпределение по брой контакти с пациенти на ден по електронна поща показва, че този способ на контактуване все още се избягва от ОПЛ в България – близо 80% нямат никакви контакти с пациентите си чрез електроннна поща. Резултатите са представени на фигура 7.



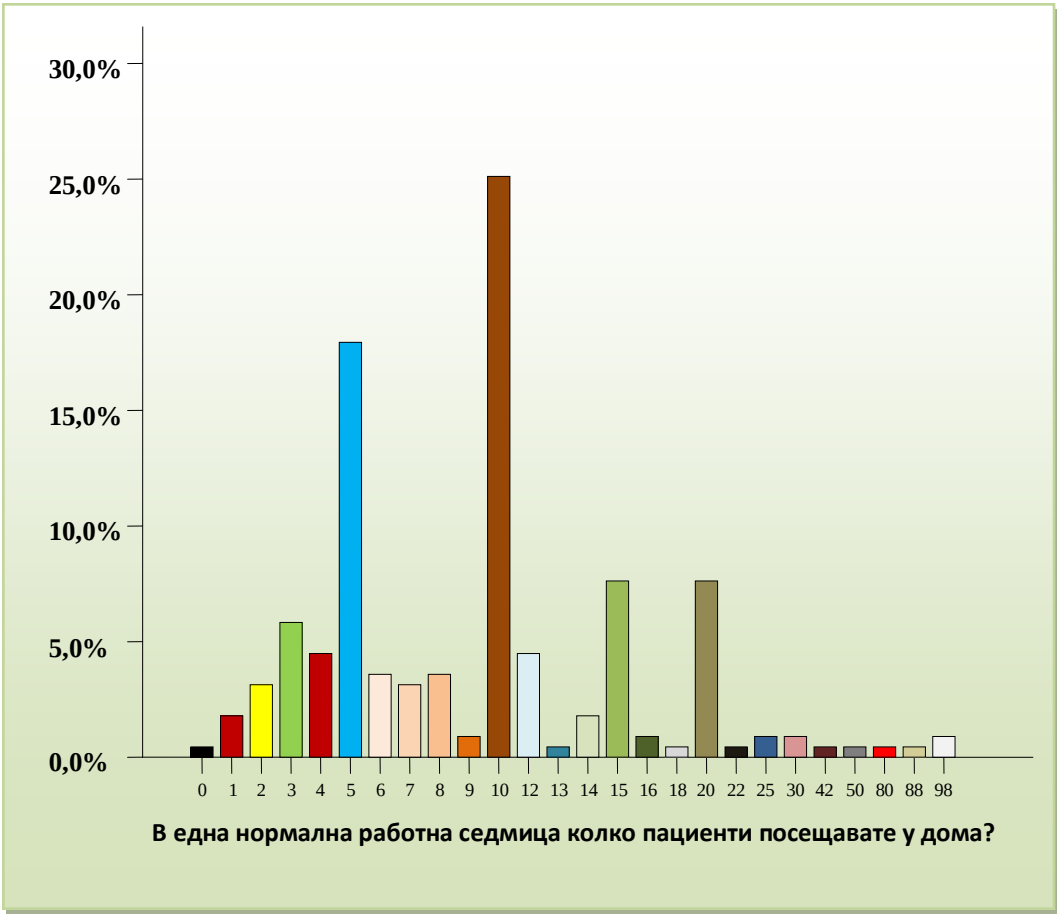
Фиг. 7: Процентно разпределение по брой консултирани чрез имейл дневно

Следващия въпрос е отворен: колко време отнема обикновено консултация на пациент в кабинета? Процентното разпределение на отговорите показва, че повечето ОПЛ отделят около 15 минути на пациент – около 40%, но над 30% отделят по 20 минути. Резултатите са представени на фигура 8.



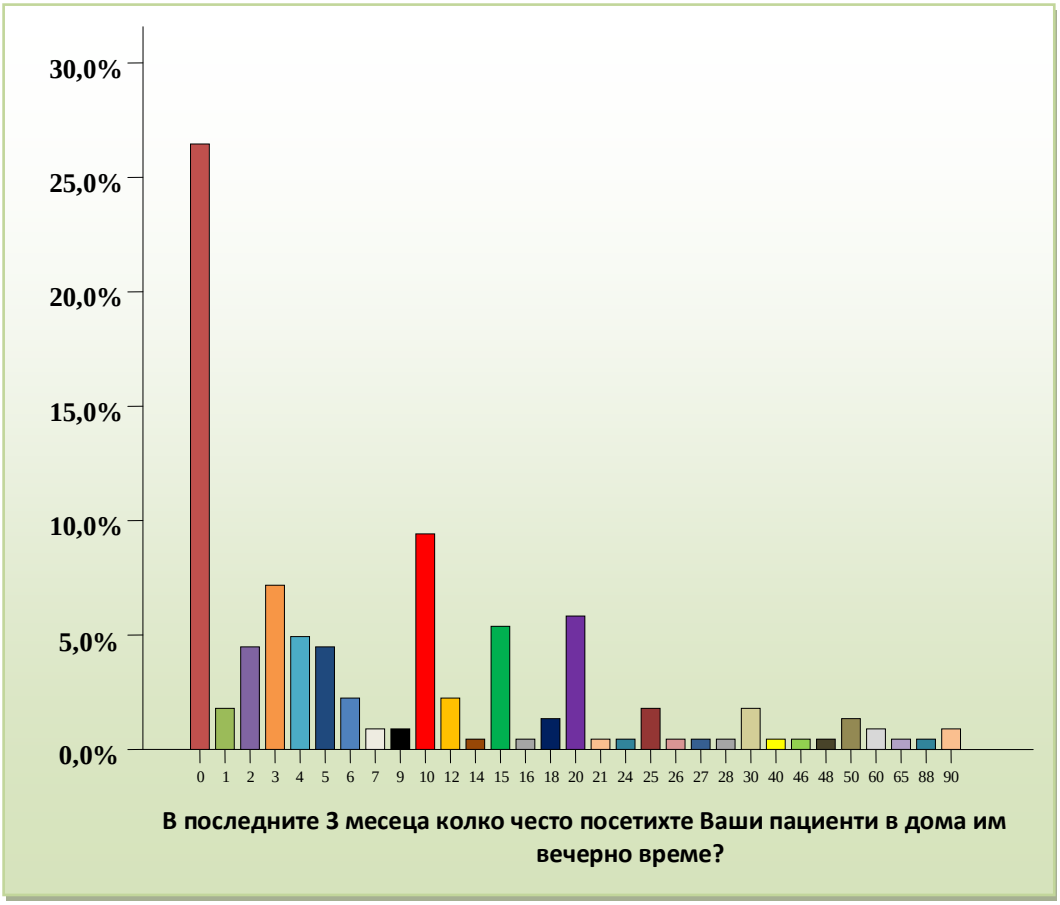
Фиг. 8: Процентно разпределение по отделяно време на пациент

Процентното разпределение по брой провеждани домашни визити на седмица показва, че преобладаващия брой ОПЛ провеждат средно по 10 домашни посещения на седмица – такъв отговор дават над 25% от анкетираните. Близо 20% провеждат по домашни посещения на седмица. Резултатите са представени на фигура 9.



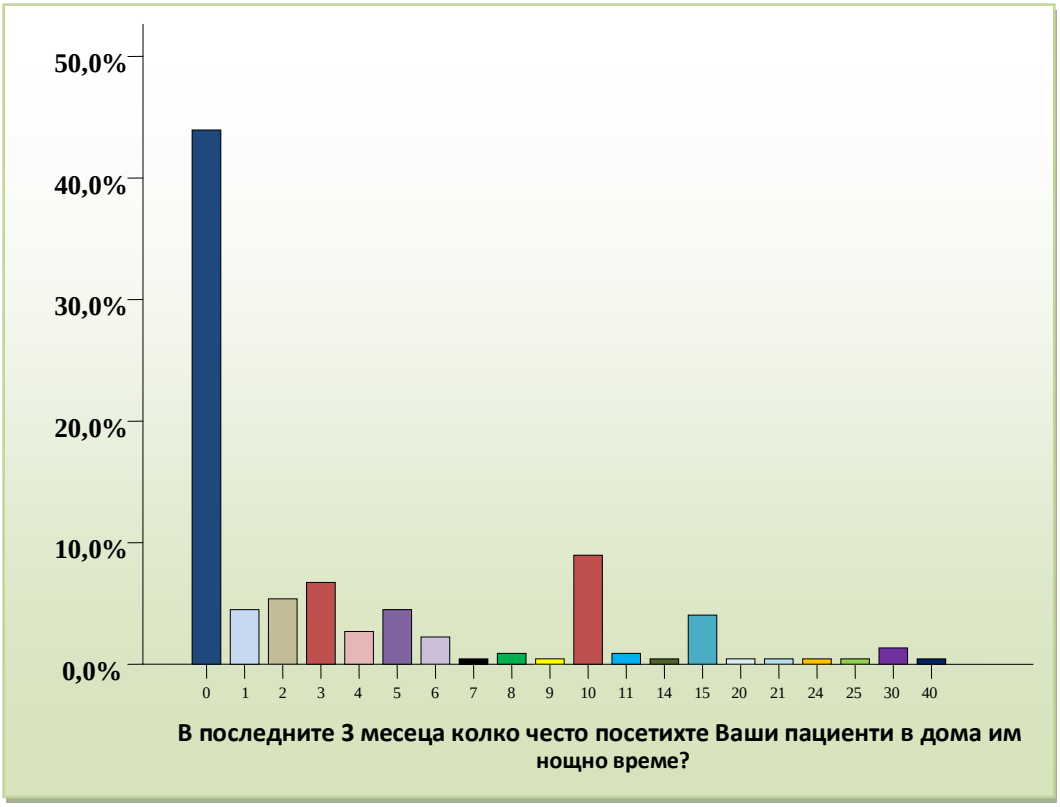
Фиг. 9: Процентно разпределение по брой домашни посещения на седмица

Следващия въпрос също е отворен: в последните 3 месеца (без да се броят празнични дни) колко често посетихте Ваши пациенти вечерно време? Процентното разпределение на отговорите показва, че повечето ОПЛ не посещават своите пациенти вечерно време – над 25%. Резултатите са представени на фигура 10.



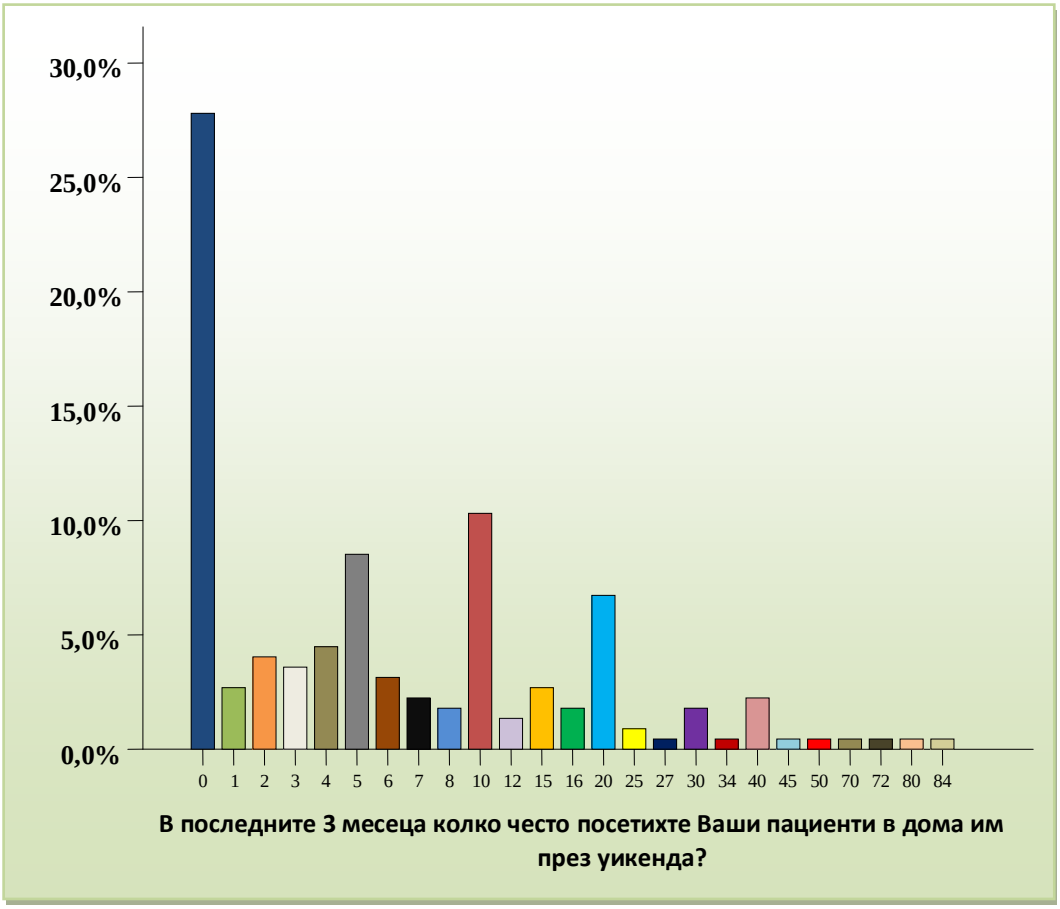
Фиг. 10: Процентно разпределение по брой вечерни посещения на тримесечие

Следващия въпрос е подобен: в последните 3 месеца (без да се броят празнични дни) колко често посетихте Ваши пациенти през нощта? Процентното разпределение на отговорите показва, че още по-голям дял ОПЛ не посещават своите пациенти нощно време – над 40%. Резултатите са представени на фигура 11.



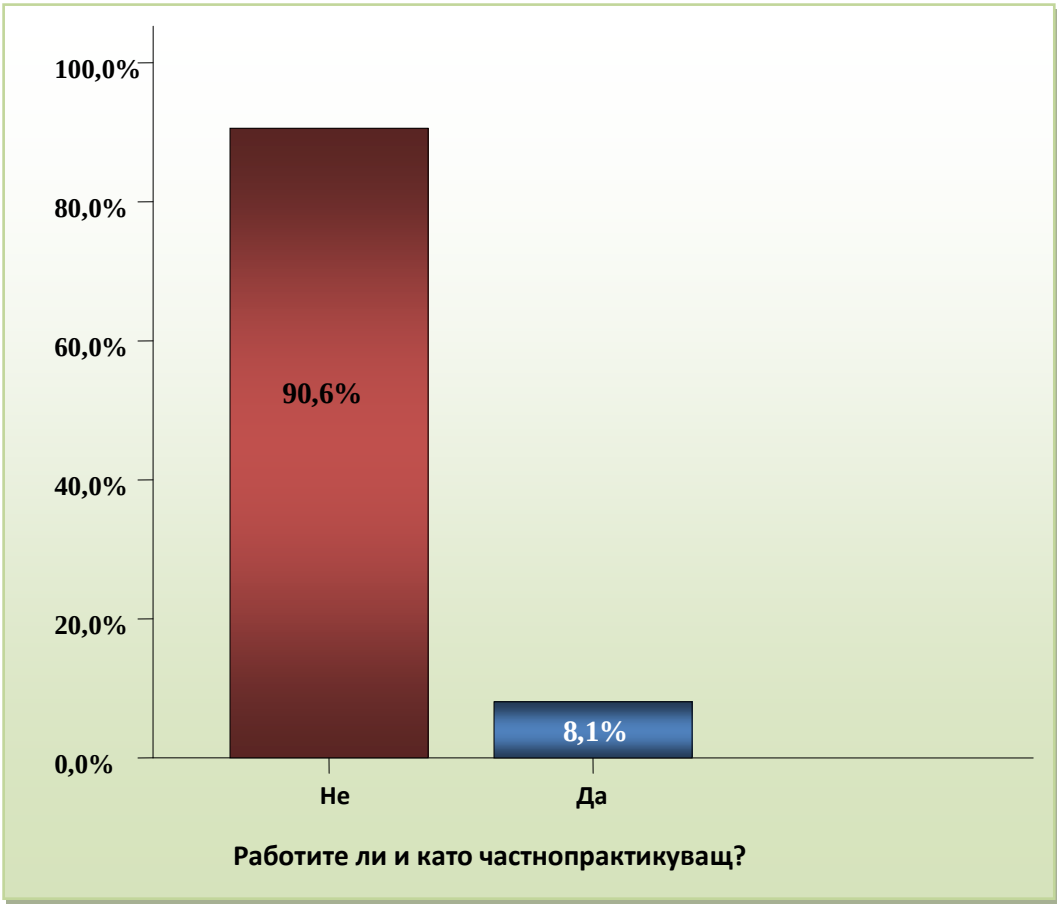
Фиг. 11: Процентно разпределение по брой нощни посещения на тримесечие

Следващия въпрос е подобен: в последните 3 месеца (без да се броят празнични дни) колко често посетихте Ваши пациенти в събота или неделя? Процентното разпределение на отговорите показва, че повечето ОПЛ не посещават своите пациенти през уикенда – близо 30%. Резултатите са представени на фигура 12.

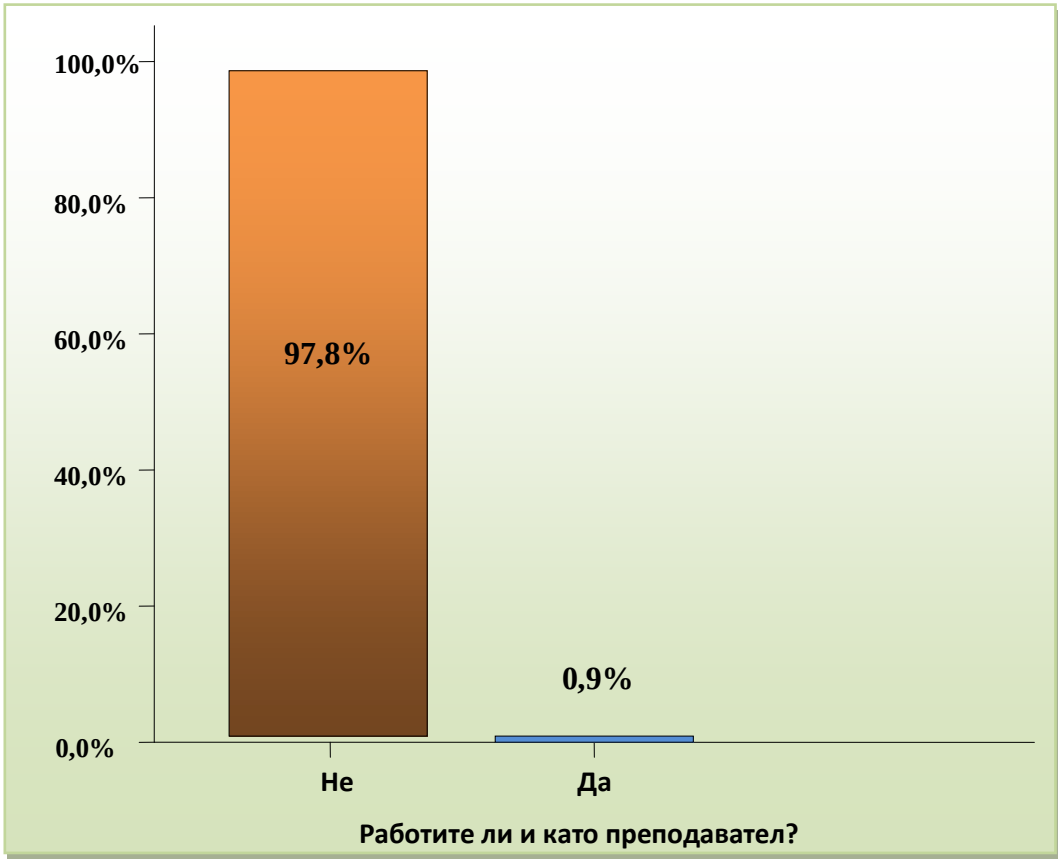


Фиг. 12: Процентно разпределение по брой посещения през уикенда на тримесечие

Фигури 13 и 14 илюстрират отговори на затворения въпрос Освен Вашата работа като ОПЛ в тази практика, имате ли и други платени професионални задължения? (възможен е повече от един отоговор) с дадени различни готови варианти на отговор. Преобладаващото мнозинство ОПЛ (над 90%) работят изключително и само като семейни лекари.

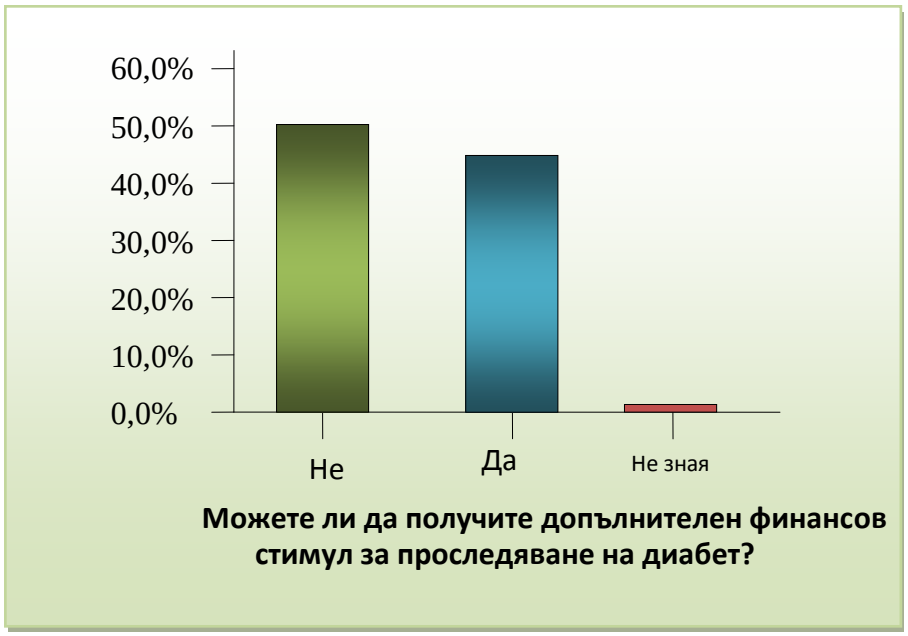


Фиг. 13: Процентно разпределение по брой работещи втора работа



Фиг. 14: Процентно разпределение по брой работещи втора работа

Група въпроси оценяват участието на ОПЛ в управлението на избрани хронични заболявания, подлежащи на превенция и лечение в доболничната помощ. На затворения въпрос Можете ли да получите допълнителен финансов стимул или бонус за проследяване на пациенти с диабет утвърдителните и отрицателни отговори са разпределени приблизително поравно. Резултатите са представени на фигура 15.



Фиг. 15: **Можете ли да получите допълнителен финансов стимул или бонус за проследяване на пациенти с диабет?**

На затворения въпрос Можете ли да получите допълнителен финансов стимул или бонус за проследяване на пациенти с хипертония утвърдителните и отрицателни отговори са разпределени приблизително поравно. Резултатите са представени на фигура 16.



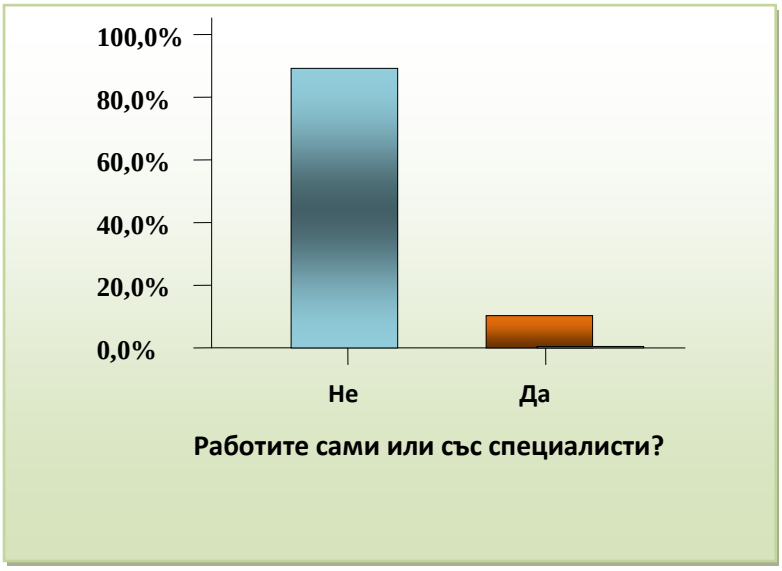
Фиг. 16: **Можете ли да получите допълнителен финансов стимул или бонус за проследяване на пациенти с хипертония?**

На въпроса Сами ли работите или в общи помещения с един или повече ОПЛ над 80% от ОПЛ отговарят, че работят самостоятелно. Резултатите са представени на фигура 17.



Фиг. 17: **Процентен дял на независимо работещите ОПЛ**

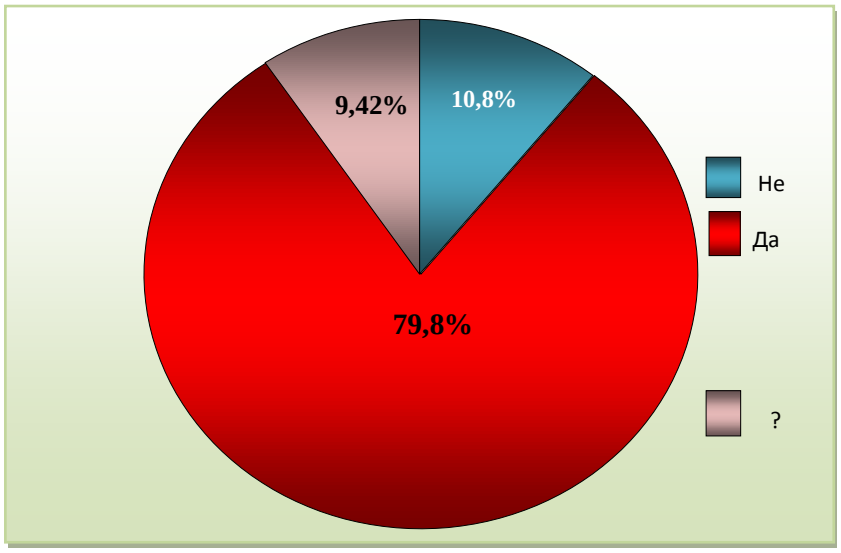
На въпроса Сами ли работите или в общи помещения със специалисти отново над 80% от ОПЛ отговарят, че работят самостоятелно. Резултатите са представени на фигура 18.



Фиг. 18: **Процентен дял на независимо работещи ОПЛ**

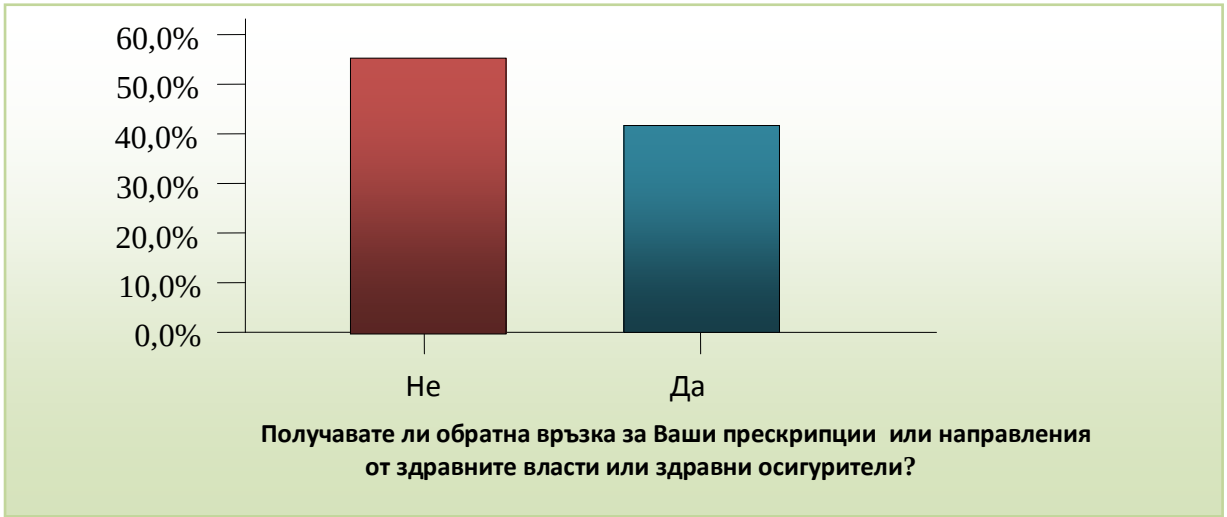
На въпроса Работи ли медицинска сестра във Вашата практика/център? преобладаващото мнозинство ОПЛ – 79,8%, отговарят утвърдително. В 10,8% от

общите практики не работи медицинска сестра. Учудващо висок е процентът на отговорите Не зная – 9,42%. Резултатите са представени на фигура 19.



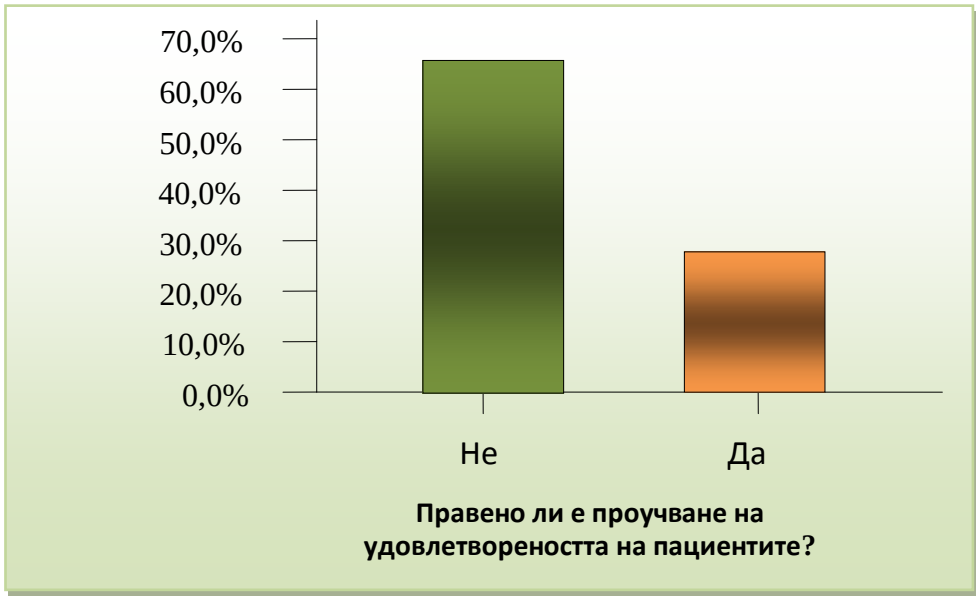
Фиг. 19: **Работи ли във Вашата практика медицинска сестра?**

На въпроса оценяващ вертикалното интегриране на общата практика Получавате ли обратна връзка за Ваши прескрипции или направления от здравните власти или здравни осигурители, 124 ОПЛ – 57,1% отговарят с Не, а 93 ОПЛ – 42,9%, отговарят с Да. Резултатите са представени на фигура 20.



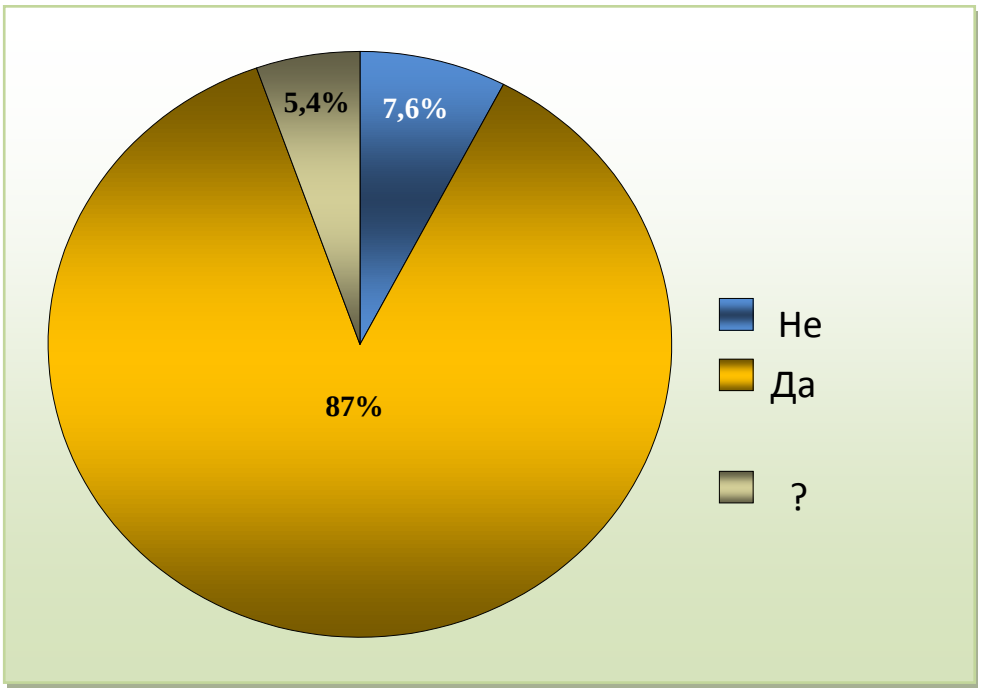
Фиг. 20: **Процентен дял на получаващите обратна връзка ОПЛ**

По отношение обезпечаването на качество на медицинската помощ, на въпроса Провеждали ли сте някога проучване на удовлетвореността на Вашите пациенти, 147 ОПЛ – 70,3%, отговарят с Не, а само 62 – 29,7%, отговарят с Да. Резултатите са представени на фигура 21.



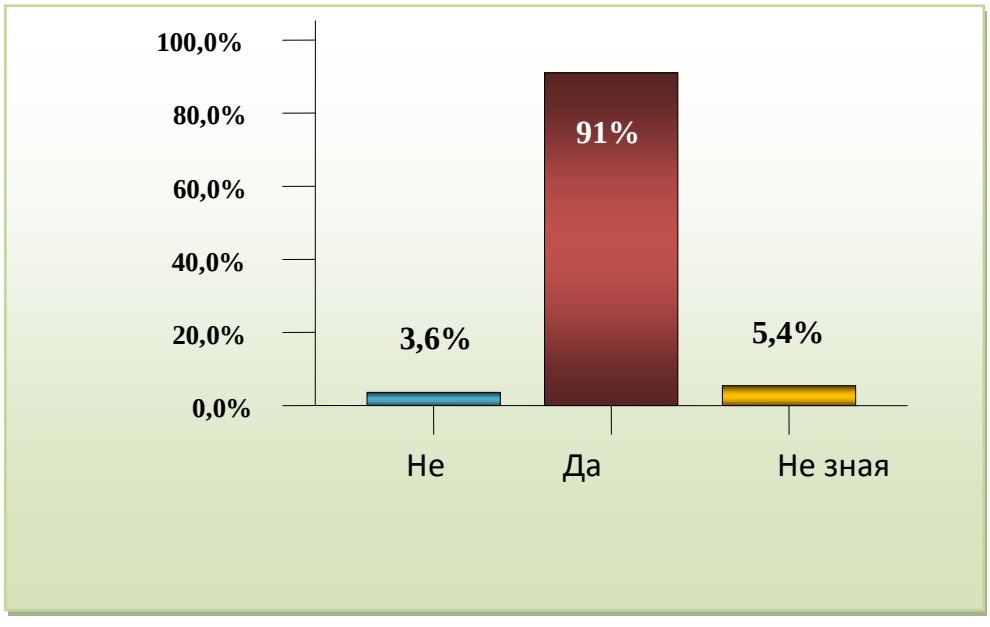
Фиг. 21: **Процентен дял на проучилите удовлетвореността**

По отношение наличието на най-важното оборудване в практиката, 87% от ОПЛ потвърждават наличието на лекарска чанта за спешни случаи и домашни посещения. Резултатите са представени на фигура 22.



Фиг. 22: **Лекарска чанта за спешни случаи и домашни посещения**

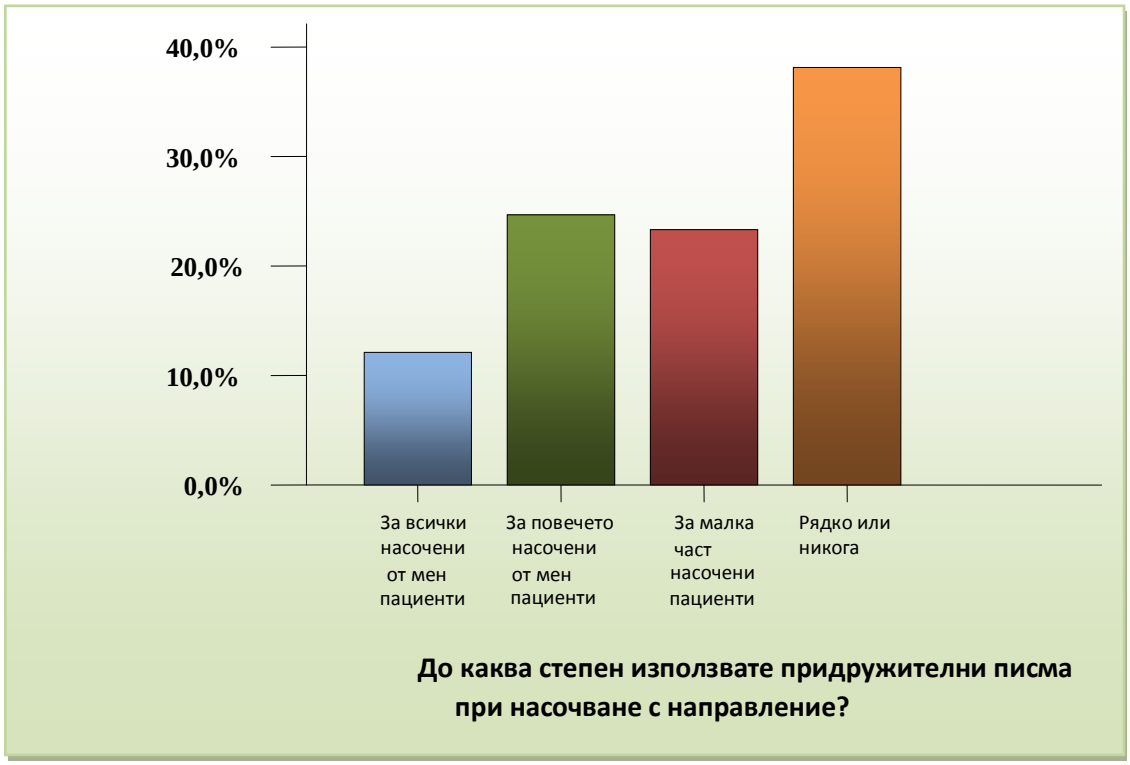
По отношение наличието на най-важното оборудване в практиката, 91% от ОПЛ потвърждават наличието на хладилник за лекарства и ваксини в практиката. Резултатите са представени на фигура 23.



Фиг. 23: **Хладилник за лекарства и ваксини**

На въпроса До каква степен използвате придружителни писма (включително детайли по предполагаемата диагноза и възможните тестови резултати), когато

насочвате пациент към специалист с направление, 27 ОПЛ – 12,3% отговарят за всички насочени пациенти, 55 ОПЛ – 25,1%, отговарят за повечето насочени пациенти, 52 ОПЛ – 23,7% отговарят за малка част от насочените пациенти, а цели 85 ОПЛ – 38,8%, отговарят с рядко или никога. Резултатите са представени на фигура 24.



Фиг. 24: **Процентен дял на използващите придружителни писма**

На въпроса **Работят ли Вашата практика/център рецепционист или медицински секретар** са получени следните отговори:
Да – 49 души от 202 отговорили с относителен дял 24,3%. С Не са отговорили 153 общопрактикуващи с относителен дял 75,7%.

Сходни отговори (практически няма) са получени и на въпросите дали на общата практика са на разположение:
Лабораторен техник; Мениджър на центъра или практиката (който не е лекар); Санитарен инспектор/сестра домашни грижи; Психиатрична сестра; Акушерка; Физиотерапевт; Зъболекар; Аптекар; Социален работник.

Резултатите от отговорите на анкетираните ОПЛ показват, че мнозинството от тях (между 70% и 80%) използват наличните клинични стандарти при лечение на пациенти с исхемична болест на сърцето, бронхиална астма, хронична обструктивна белодробна болест и захарен диабет тип 2.

По отношение оборудването на общите практики у нас отговорите на анкетираните показват следните абсолютни числа и процентни дялове на ОПЛ, които **не са оборудвани с**:
хемоглобинометър – 173 ОПЛ или 82%; тестове за кръвна глюкоза – 44 ОПЛ или 20,9%; холестерол-метър – 156 ОПЛ или 73,9%; брояч на кръвни клетки – 184 или 87,2%; офталмоскоп – 141 ОПЛ или 66,8%; проктоскоп – 203 ОПЛ или 96,2%; отоскоп – 88 ОПЛ или 41,7%; гастроскоп – 198 ОПЛ или 93,8%; сигмоидоскоп – 209 ОПЛ или 99,1%; рентген – 191 ОПЛ или 90,5%; ехограф – 189 ОПЛ или 89,6%; микроскоп – 149 ОПЛ или 70,6%; аудиометър – 188 ОПЛ или 89,1%; велоергометър – 204 ОПЛ или 96,7%; тонометър – 179 ОПЛ или 84,8%; пийк-флоуметър – 200 ОПЛ или 94,8%; спирометър – 199 ОПЛ или 94,3%; електрокардиограф – 27 ОПЛ или 12,8%; апарат за измерване на кръвно налягане – 14 ОПЛ или 6,6%; инфузионен набор – 97 ОПЛ или 46,0%; урокатетър – 73 ОПЛ или 34,6%; коагулометър – 193 ОПЛ или 91,5%; набор за малка хирургия – 90 ОПЛ или 42,7%; набор за шевове – 74 ОПЛ или 35,1%; дефибрилатор – 176 ОПЛ или 83,4%; спринцовки за еднократна употреба – 8 ОПЛ или 3,8%; ръкавици за еднократна употреба – 6 ОПЛ или 2,8%; ресусцитационно оборудване – 126 ОПЛ или 59,7%.

На въпроса **Как получавате достъп до лаборатория?** са получени следните отговори:
В моята практика/център – 95 души от 215 отговорили с относителен дял 44,2%. С **Директен достъп извън моята практика/център (резултати в рамките на 48 часа)** са отговорили 124 общопрактикуващи с относителен дял 57,7%.

На въпроса **Как получавате достъп до рентген?** са получени следните отговори:

В моята практика/център – 60 души от 217 отговорили с относителен дял 27,6%. С **Директен достъп извън моята практика/център (резултати в рамките на 48 часа)** са отговорили 146 общопрактикуващи с относителен дял 67,3%.

На въпроса **Когато Вашата практика/център са затворени, как пациентите Ви получават достъп до (неспешни) медицински услуги?** са получени следните отговори:

На разположение съм на ротационен принцип с група ОПЛ – 35 души от 217 отговорили с относителен дял 16,1%. С **Не съм на разположение, но други ОПЛ са достъпни на ротационен принцип** са отговорили 9 общопрактикуващи с относителен дял 4,1%. Преобладаващият отговор е **Други лекари (не ОПЛ) осигуряват помощ в извънамбулаторно време** – 125 отговора или 57,6%.

На въпроса **Когато поемете нови пациенти в практиката си, получавате ли медицинските им досиета от техните предишни лекари?** са получени следните отговори:

Да, винаги – 58 ОПЛ от 221 отговорили с относителен дял 26,2%. Със **Само понякога** са отговорили 99 ОПЛ с относителен дял 44,8%. **Рядко или никога** – 64 ОПЛ или 29%.

По отношение на колаборирането със специалисти отговорите на анкетираните показват следните абсолютни числа и процентни дялове на ОПЛ, които **никога не се консултират с**:

Педиатър – 73 от 210 или 34,8%; Интернист – 99 от 204 или 48,5%; Гинеколог – 77 от 214 или 36%; Хирург – 59 от 214 или 27,6%; Невролог – 46 от 213 или 21,6%; Дерматолог – 80 от 209 или 38,3%; Гериатър – 132 от 189 или 69,8%; Психиатър – 91 от 209 или 43,5%; Радиолог – 126 от 194 или 64,9%.

Въпросник 2 – пациенти (ценности и нагласи на пациентите)

Таблици 1-5 представят отговорите на пациентите на въпроса Какво считате най-важно за Вас в работата на личния Ви лекар (в абсолютни бройки)?

	Държи медицинс ките ми досиета подръка	Учтив е	Задава ми въпроси за проблемите ми	Разбирам обясненията му	Решаваме заедно относно лечението ми	Пита ме и за други възможни проблеми	Хората на рецепцият а са учтиви и услужлив и
Маловажно	3	6	5	7	12	8	9
Донякъде	24	18	13	15	52	22	42
Важно	80	87	74	63	88	94	106
Много важно	115	111	129	134	70	97	58

Табл.1: **Какво пациентите считат за важно**

	Знае важните неща за състоянието ми	Познава битовите ми условия	Чувствам се способен да се справям с проблемите си след срещата ни	Достъпен е по различно време	Мога лесно да си уговоря час
Маловажно	2	35	3	6	2
Донякъде	9	73	17	68	35
Важно	71	79	102	98	95
Много важно	140	35	100	47	90

Табл.2: **Какво пациентите считат за важно**

	Знам как да получа обслужва не през уикенда, вечер и нощем	Практикат а е близо до дома или работата ми	Изчаквам кратко на телефона	Няма нужда да съобщавам на рецепционист а или сестрата детайли за състоянието ми	Лекарят е подготвен а консултацията по медицински бележки	Подготвил съсм се за консултацията водейки си дневник на симптомите
Маловажно	1	21	24	11	19	68
Донякъде	27	44	43	29	56	77
Важно	77	93	97	105	83	50
Много важно	117	63	58	77	64	25

Табл.3: **Какво пациентите считат за важно**

	Лекарят не ми създава впечатление, че е притиснат от времето	Третира ме като човек, а не проблем	Знае кога да ме насочи към специалист
Маловажно	3	5	2
Донякъде	10	16	10
Важно	67	104	62
Много важно	142	97	146

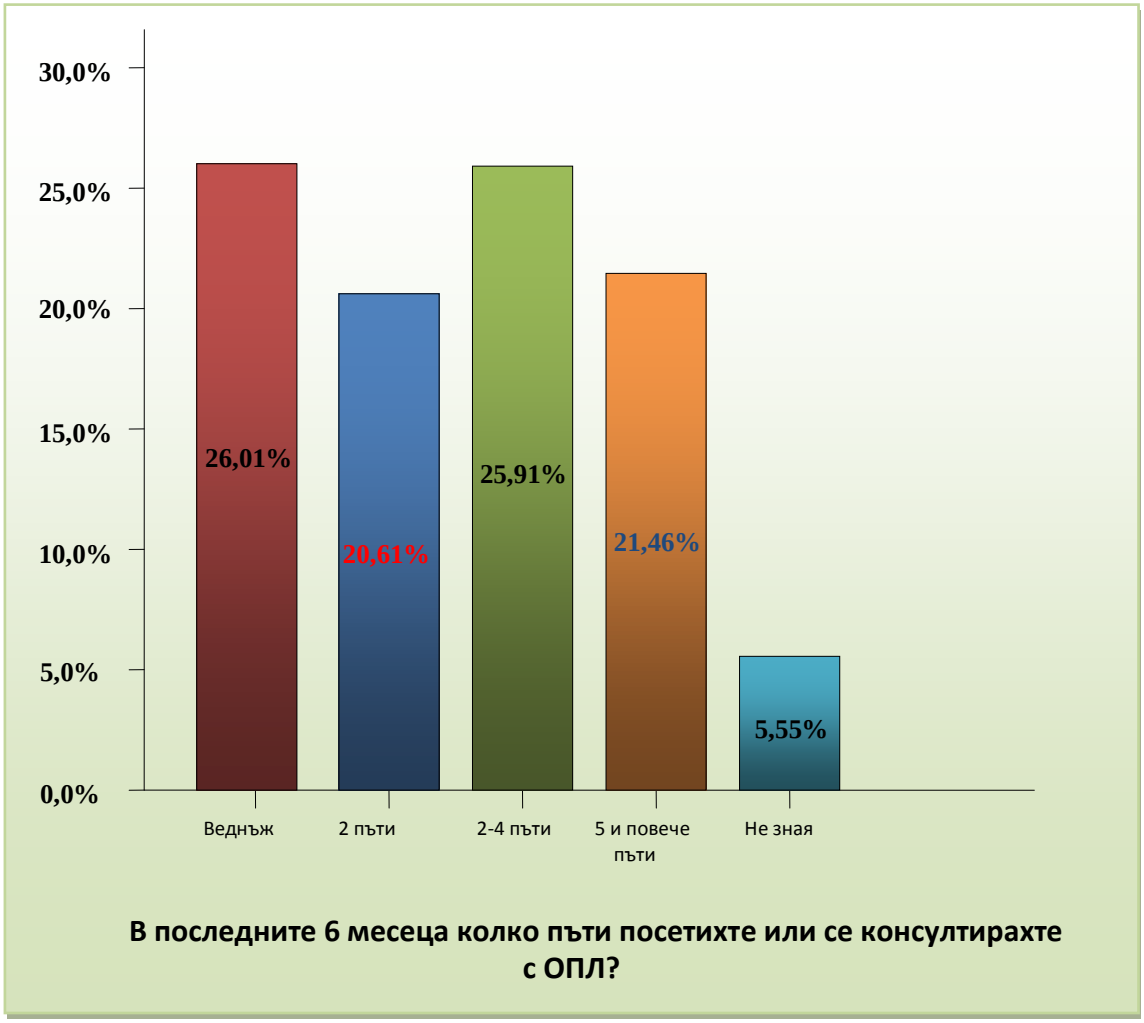
Табл.4: **Какво пациентите считат за важно**

	Мога да се консултирам с друг лекар ако реша, че е необходимо	Информирам лекаря ми как протича лечението ми	Лекарят си дава телефона или имейл ако имам още въпроси	Дава ми ясни инструкции какво да правя при проблем	Дава ми тестовите резултати, дори да няма отклонения
Маловажно	4	2	16	2	18
Донякъде	19	13	51	5	37
Важно	104	102	101	53	99
Много важно	88	105	53	162	68

Табл.5: **Какво пациентите считат за важно**

Въпросник 3 – пациенти (опит на пациентите)

На въпроса към пациентите В последните 6 месеца колко често сте посещавали ОПЛ, 520 – 26,1%, отговарят с Това беше за пръв път, 412 – 20,7%, отговарят Това беше втория път, 518 – 26,0%, отговарят 2-4 пъти преди този, 429 – 21,6%, отговарят 5 и повече пъти преди този, а 111 – 5,6% с Не зная. Резултатите са представени на фигура 25.



Фиг. 25: **Посещения при ОПЛ в последните 6 месеца в проценти**

Таблици 6-8 илюстрират впечатленията на пациентите от току-що проведената консултация с ОПЛ (в абсолютни бройки).

	Лекарят беше учтив	Лекарят ме изслуша внимателно	Лекарят ми отдели достатъчно време	Бих препоръчал този лекар на приятел или роднина	Лекарят ме попита и за други възможни проблеми
Не	61	135	208	219	831
Да	1930	1856	1783	1772	1160

Табл.6: **Впечатления на пациентите**

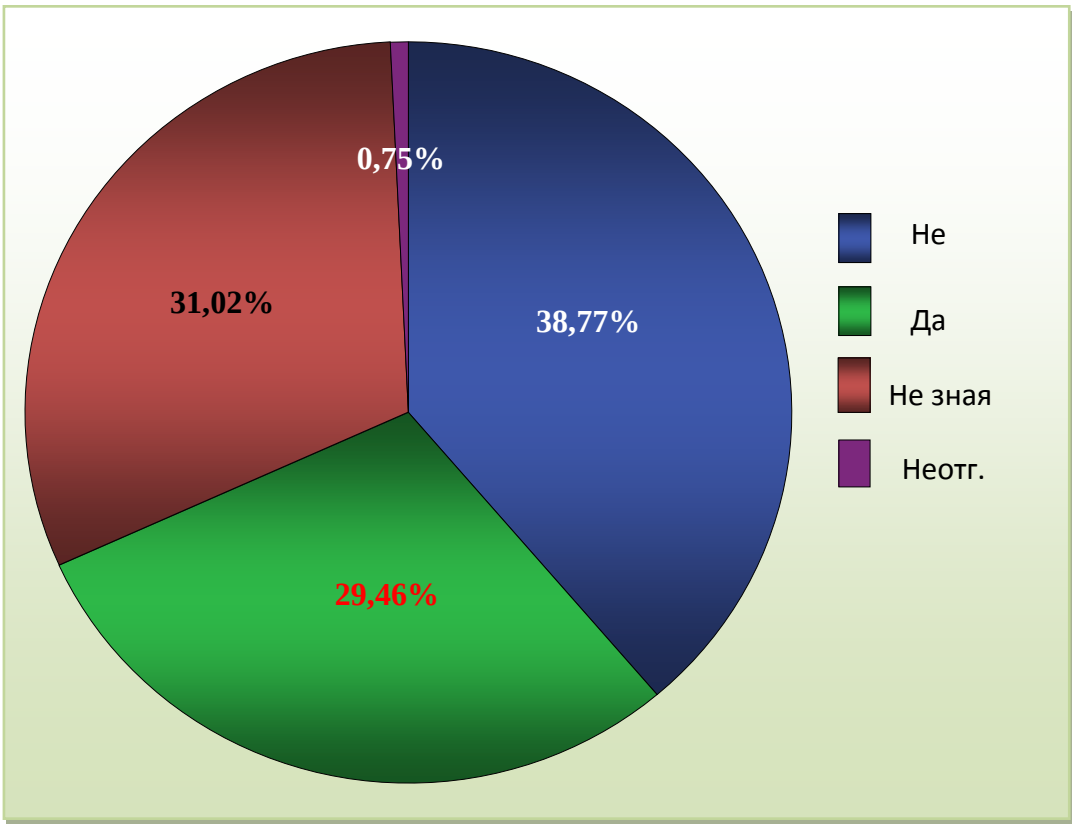
	Лекарят знае важни неща за състоянието ми	Лекарят познава битовите ми условия	Този лекар може да помогне не само с медицински, но и лични проблеми	След посещението чувствам, че мога се справям с проблемите си
Не	206	642	637	232
Да	1610	1075	729	1346
Не зная	166	251	600	392

Табл.7: **Впечатления на пациентите**

	Часовете за достъп са твърде ограничаващи	Ако се нуждая от домашно посещение ще получа такова	Практиката е твърде отдалечена от дома или работата ми	Когато се обадих трябваше да чакам дълго на телефона	Зная как да получа обслужване през нощта, уикенда или вечер	Хората на рецепцията бяха учтиви и услужливи
Не	1236	266	1534	1490	330	211
Да	527	1192	395	235	1362	1045
Не зная	217	526	48	235	293	615

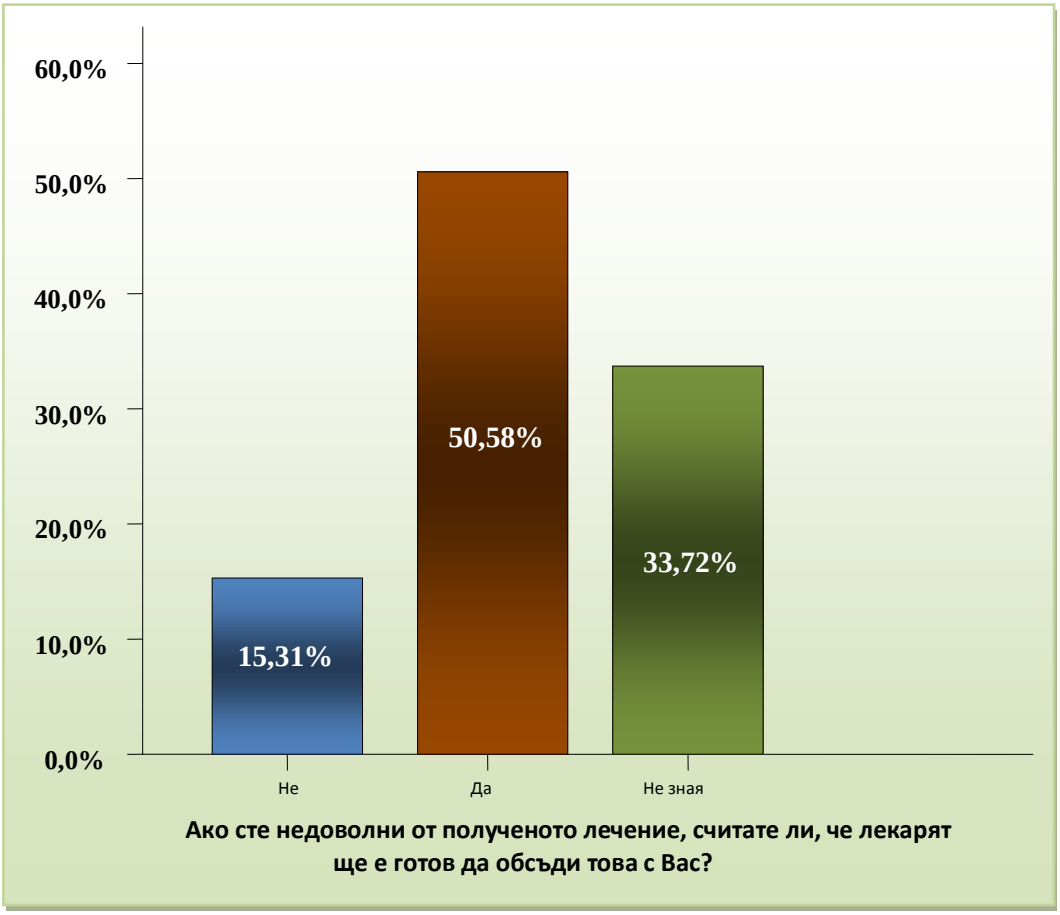
Табл.8: **Впечатления на пациентите**

На въпроса към пациентите Труден ли е достъпа до ОПЛ вечер нощем или през уикенда, 38,7% отговарят с Не, а 29, 46% с Да. Резултатите са представени на фигура 26.



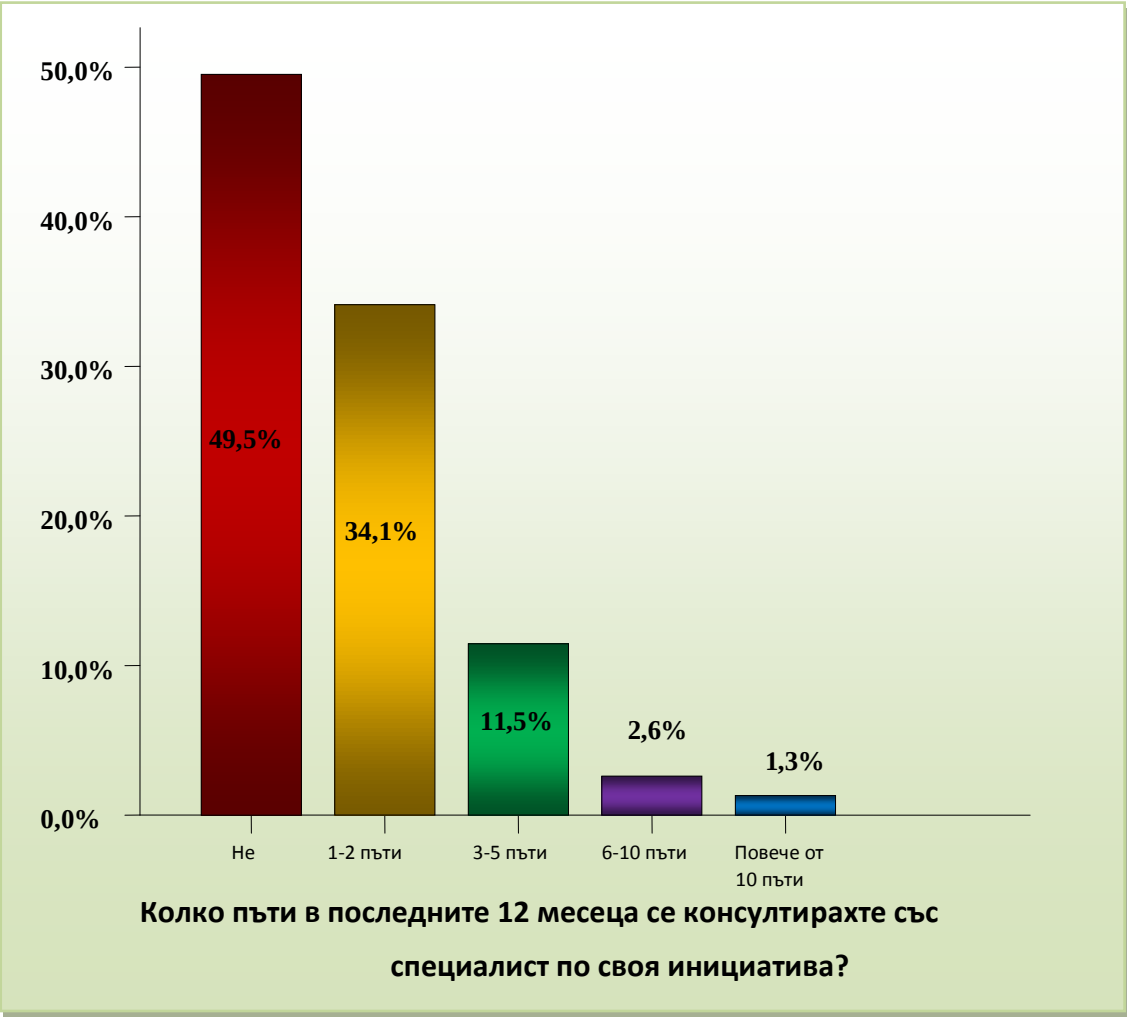
Фиг. 26: **Труден ли е достъпа до ОПЛ вечер, нощем и през уикенда?**

На въпроса Ако сте недоволни от лечението, което сте получили, считате ли, че лекарят ще бъде готов да обсъжда това с Вас 306 пациенти – 15,4%, отговарят с Не, 1011 – 50,8%, с ДА, а 674 – 33,9%, с Не зная. Резултатите са представени на фигура 27.



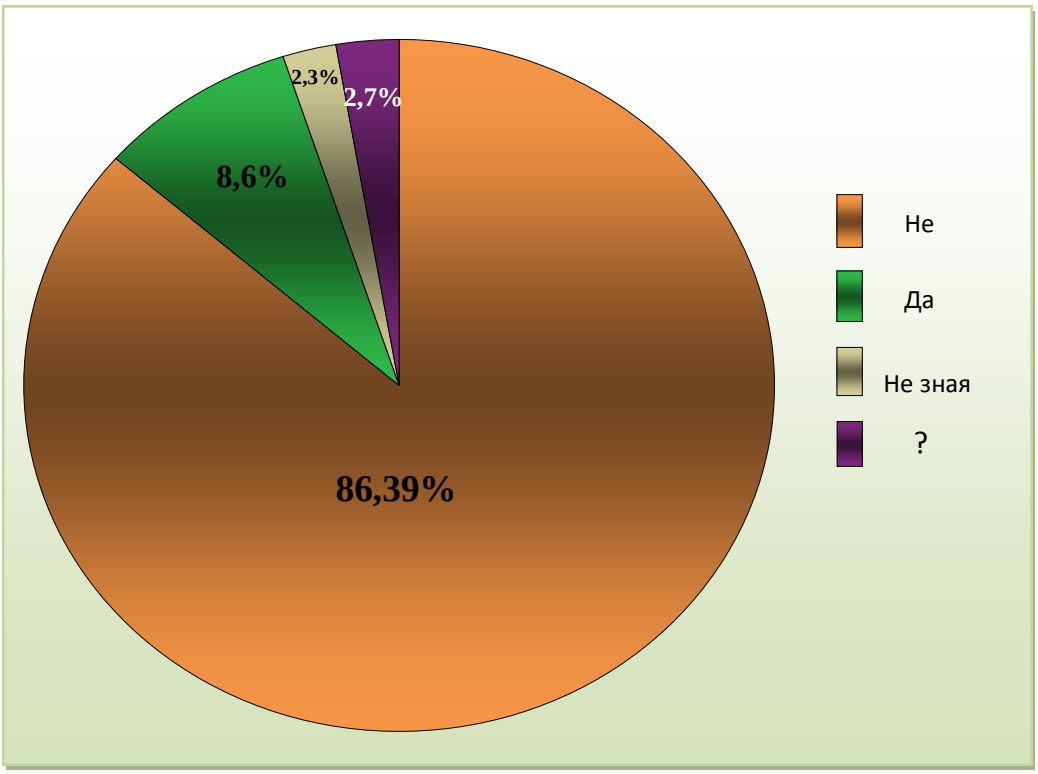
Фиг. 27: **Процентен дял на отговорилите пациенти**

На въпроса Колко пъти в последните 12 месеца се консултирахте със специалист по собствена инициатива, мнозинството пациенти – 49,5%, отговарят с Нито веднъж. Резултатите са представени на фигура 28.



Фиг. 28: **Процентен дял самонасочили се към специалист**

На въпроса В последните 12 месеца, били сте преглеждани или лекувани от сестра в практиката на Вашия ОПЛ, 86, 39% от пациентите отговарят с Не, а 8,6 % с Да. Резултатите са представени на фигура 29.



Фиг. 29: **Процентен дял на прегледаните от медицинска сестра**

Таблица 9 илюстрира отношението изразено от пациентите към твърденията “Като цяло на лекарите може да се вярва” и “Като цяло на хората може да се вярва”.

	Като цяло на лекарите може да се вярва	Като цяло на хората може да се вярва
Силно съгласен	699	245
Съгласен	1047	915
Несъгласен	215	662
Силно несъгласен	27	131

Табл.9: **Изразено доверие на пациентите**

ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Развитието на първичната медицинска помощ (ПМП) в България е свързано с цялостното развитие на обществено-политическата и икономическата ситуация в страната. Моделът на „участъковия терапевт" възприет при системата „Семашко" в България бе изцяло променен и бе въведена организационната форма на първична здравна помощ. Въпреки трудностите и недоверието, което съпътстваше въвеждането на общопрактикуващия лекар като основна фигура в системата през 2000 година, този модел заработи и се възприе както от лекарите, така и от обществото. От страна на научната общност не бяха проведени почти никакви проучвания (с изключение на определени социологически изследвания относно удовлетвореността на пациентите) за оценка на ефективността и качеството на новия модел (57).

Световната здравна организация (СЗО) за региона на Европа, разработи "Здраве 2020", визия ориентирана към нова политика. Тя е насочено към актуалните предизвикателства към здравето, като незаразните болести и негативните последици от застаряването на населението, със специален акцент върху неравнопоставеността в здравеопазването. Финансираното от Европейския съюз (ЕС) изследване QUALICOPC (140) (качество и разходи за първичната медицинска помощ в Европа) се вписва добре в рамките на "Здраве 2020", тъй като тя има за цел да оцени първичната медицинска помощ (ПМП) в Европа по отношение на качество, справедливост и разходи за медицински грижи. Първичното ниво на здравните системи има потенциал за ефективно справяне с основните елементи на "Здраве 2020", а именно социалните детерминанти на здравето и незаразни болести. ПМП може да се определи като първото ниво на достъп до системата на здравеопазване за пациента. ПМП се характеризира с достъпност за населението, независимо от естеството на здравословни проблеми, и се предоставя в близост до домовете на пациентите. Освен предоставянето на лечебни грижи, ПМП предлага превантивни грижи и здравно образование. В повечето европейски страни общопрактикуващи лекари (ОПЛ) са основните доставчици на ПМП.

Здравната политика насочена към укрепване на ПМП се основава на идеята, че една силна система на първични здравни грижи облагодетелства силно националната система на здравеопазване. ПМП има потенциал да допринесе за цялостното подобряване на здравето на населението и да намали неравенството в здравния статус между различни групи от населението (54).

Всичко това е невъзможно да се достигне без обезпечаване на високо качество на първичните здравни грижи, а търсенето на „идеалната" методика за оценяване на това качество, част от което е и настоящия труд, продължава.

Особено важно изглежда в нашите условия да се наблегне на комуникацията лекар-пациент (2-4, 44), управлението на времевия ресурс в практиката (8), колаборацията с други специалисти (12-20), удовлетвореността на пациента (9), професионалната квалификация на ОПЛ (11), гарантирането на равен достъп за различни групи от населението (28, 42).

Важно изследователско пространство в първичната медицинска помощ е качеството на грижите (118, 110, 142). Van den Hombergh et al. (90, 91, 128) са разработили инструмента European Practice Assessment за оценка на качеството на управление на първичната медицинска практика в Европа.

У нас Националния рамков договор от 2000 година пръв дава определение на качеството в здравеопазването на България като „комплекс от изисквания и критерии, характеризиращи предоставяните здравни услуги във вид и начин, насочени към достигане на най-високото ниво на здравето на индивида, които са съобразени с достиженията на медицинската наука и практика и осигуряват най-добри резултати в съответсвие с наличните ресурси".

Медицинския стандарт за обща медицинска практика (39) в България дава редица насоки за оценяване за качество на първичната медицинска помощ. Стандартите са ориентирани към качеството на индивидуалната работа на общопрактикуващите лекари и на условията за нейното извършване.

При тяхното създаване е използван утвърденият подход в медицинската квалитология - "структура - процес - резултат".

· Структурата включва стандартите за устройството, материалните ресурси, оборудването, персонала, професионалната компетентност и обхвата на услуги на ниво обща медицинска практика.

· Процесът - стандартите за извършваните клинични и неклинични дейности при пациентите (консултации, изследвания, предлагано лечение, превантивни дейности, медицински скрининг, диспансеризация и др.).

· Резултатите - стандартите за междинните и крайните ефекти върху здравното състояние и удовлетвореността на пациентите и общността от дейността на общата медицинска практика.

Това, което е необходимо за всяка обща медицинска практика, е да притежава "качества", с което се гарантира, че тя може да осигурява "първоначална, продължителна, цялостна и координирана медицинска помощ за всички индивиди, семейства и общности, при биомедицинско, психологическо, социално и природно разбиране за здравето", съответстваща на доказателствено-базираната медицина, и това да се потвърди с помощта на измерим инструментариум, какъвто представляват стандартите.

Проектът QUALICOPC (качество и цена на първичната медицинска помощ в Европа) има за цел да анализира и сравни първичната здравна помощ в 34 европейски страни. QUALICOPC започна през 2010 г. и продължи до 2013 г. Данните се събират в 31 европейски държави (27-те държави от ЕС, Исландия, Норвегия, Швейцария и Турция) и в Австралия, Израел и Нова Зеландия. Това проучване използва подход за събиране на данни на три нива: на системата, практика и пациент. Проучванията са проведени сред общопрактикуващите лекари (ОПЛ) и техните пациенти. Тези изследвания имат за цел да придобием представа за професионалното поведение на ОПЛ и на очакванията и действията на своите пациенти. Важен аспект на това проучване е, че въпросник на всеки един пациент може да бъде свързан с въпросник на собствените лични лекари. Във всяка страна проучването се провежда със случайна извадка от общите практики (около 220 за всяка страна), както и сред пациентите, посещаващи обща практика попаднала в извадката (по 10 на практика). Проектът ще доведе до база данни за около 7000 лекари и 70 000 пациенти.

Резултатите събрани за България по изследователската методика на проекта показват съществени несъответствия между реалните практики на общопрактикуващите лекари в страната и официално възприетите чрез медицински стандарт по обща практика подходи за гарантирането на качество на първичната медицинска помощ. Необходимо е изясняване на въпроса кои аспекти от медицинския стандарт са нереалистични в контекста на ПМП в България и кои могат да бъдат достигнати чрез организационни промени стимулиращи ОПЛ да работят по повишаване качеството на ПМП.

ИЗВОДИ

1. В резултат на проведеното изследване е събран масив от данни за организацията на работата на ОПЛ, достъпа до практиките и удовлетвореността на пациентите от ОПЛ.

2. Направена е връзка между организационни аспекти в дейността на ОПЛ и удовлетвореността на пациенти, обслужвани от тези практики.

3. Налице са съществени несъответствия между реалните практики на общопрактикуващите лекари в страната и официално възприетите чрез медицински стандарт по обща практика подходи за гарантирането на качество на първичната медицинска помощ.

4. Персистират упорити проблеми на първичната медицинска помощ, доставяна от общопрактикуващите лекари у нас:

    - Застаряване и феминизиране на професията;
    - Струпване на практиките в големите градове;
    - Претовареност на ОПЛ в часовете за амбулаторен прием и неоползотворяване на останалото време;
    - Нежелание да се използват модерни методи за проследяване и контакт с пациентите;
    - Нежелание да се обслужват пациентите у дома, нощно време и през уикендите;
    - Недостатъчно участие в управлението на хроничните заболявания на пациентите;
    - Нежелание за колаборация с други специалисти на нивото на първичните грижи и на по-горните равнища на националната здравна система;
    - Недостатъчна обратна връзка от пациенти и специалисти за резултатите от първичните грижи.

5. Има какво да се желае по отношение на оборудването на практиките у нас.

6. Организацията на първичната медицинска помощ у нас след реформата от 2000г., а именно ПМП предлагана изключително от независимо практикуващи ПМП без включването на други специалисти като физиотерапевти, специалисти по домашни грижи, лекари по дентална медицина, фармацевти, психиатри, психолози, акушерки, социални работници и др., не позволява предоставянето на пълен обем първични грижи и неизбежно девалвира ролята на първичната помощ в нашето здравеопазване.

7. Вменената роля на ОПЛ да предоставя непрекъснати първични грижи на пациентите в практиката му извън обявените часове за амбулаторен прием на практика се поема от широк кръг други лекари.

8. Липсва приемственост в грижите при смяна на семейния лекар.

9. Семейните лекари все още не обръщат подобаващо внимание на желанията и очакванията на пациентите към работата на практиките, с което пропускат възможността да постигнат висока удовлетвореност на своите пациенти и да демонстрират конкурентни предимства пред други практики.

ПРЕПОРЪКИ

1. Необходим е нов прочит на концепцията за първична медицинска помощ у нас, тъй като тя не се свежда само до сбор от клинични дайности, а изпълнява широка превантивна и координационна роля в националните системи на здравеопазване.

2. Необходимо е да се постави ударение върху екипния принцип в работата на общопрактикуващите лекари.

3. Необходими са нови форми на управление на времевия ресурс в практиките за първична медицинска помощ.

4. Общопрактикуващите лекари трябва да бъдат стимулирани да работят по повишаване качеството на първичната медицинска помощ, като особено внимание се обърне на резултатите, в частност удовлетвореността на пациентите.

5. В обучението на студентите и специализантите е уместно да се въведат нови модули по обучение в комуникационни умения и умения за управление на първичната практика.

6. МЗ и НЗОК трябва да помислят за промени в модела на заплащане на ОПЛ, обвързващ го до известна степен с получените резултати.

7. Неправителствените организации могат да действат като по-активен коректив на дейността на общопрактикуващите лекари, сами предлагайки организационни промени от гледната точка на пациента.

8. Необходимо е намирането на механизъм за рутинен мониторинг на дейността на общопрактикуващите лекари и сравняване на различните практики в страната помежду им, с цел да се идентифицират и разпространят най-добрите практики; инициативата за това може да дойде и от професионалното сдружение на общопрактикуващите лекари.

ПРИНОСИ

Приносите от настоящия дисертационен труд могат да се систематизират като научно-теоретични, научно-образователни и научно-приложни. По-съществените от тях са:

Научно-теоретични приноси:

- Обстойно са проучени аспектите на качеството в първичната медицинска помощ едновременно по отношение на структурата, процесите и резултатите.

Научно-образователни приноси:

- Обоснована е нуждата от въвеждане на допълнения в обучението на студентите и специализантите у нас, които да ги подготвят за предизвикателствата по управление на първичната практика.

Научно-приложни приноси:

- Авторът е превел и адаптирал за условията на България въпросниците на QUALICOPC със съгласието на NIVEL.
- Предложената методика за оценяване на качеството на първичната медицинска помощ е изчерпателна и може да се използва за по-нататъшни регионални или национални изследвания.
- Обоснована е необходимостта от организационни промени в дейността на общопрактикуващите лекари в България.

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Христов Н**. Управление на практиката. В: Социална медицина, второ издание. Под ред. на М Мутафова, АРСО, София, 2011.
2. **Христов Н** и др. Факти и анализи за първичната здравна помощ в България. В: Първичната здравна помощ в България . Институт отворено общество, София, 2011.
3. **Hristov N**, Pesheva P. Management of the family practice. In: Social medicine. ARSO, Sofia, 2013.
4. Pesheva P, **Hristov N**. Primary health care. In: Social medicine. ARSO, Sofia, 2013.