МЕДИЦИНДСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

БИСЕРКА ИЛИЕВА ВАСИЛЕВА

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

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
“ДОКТОР”

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

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”

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

Научни ръководители:

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн

Доц. д-р Андрей Веселинов Кехайов, дм

София, 2020

СЪДЪРЖАНИЕ

1. ВЪВЕДЕНИЕ – АКТУАЛНОСТ И ЗНАЧИМОСТ НА ПРОБЛЕМА 5

2. **ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР 7**

2.1. Първичната медицинска помощ като приоритет на здравната политика 7

2.1.1. Функционален спектър на ОПЛ 14

2.2. Подходи за оценка на качеството на здравните услуги 16

2.3. Удовлетвореността на пациентите като фактор и критерий за качеството на медицинската помощ 20

2.3.1. Роля на взаимодействието „лекар-пациент” за удовлетвореността от медицинската помощ 22

2.3.2. Комуникационни аспекти на удовлетвореността 22

2.3.3. Смяната на личния лекар като индикатор на удовлетвореността на пациента 27

2.3.4. Емпирични проучвания за удовлетвореност от първичната медицинска помощ в България 28

2.4. Фундаментална значимост на социално-етичните критерии за оценка качеството на медицинската дейност 29

2.5. Нерешени проблеми в организацията и качеството в първичната медицинска помощ 33

2.5.1. Достъпност 35

2.5.2. Регулиран прием 37

2.5.3. Комуникация „лекар-пациент” 38

2.5.4. Динамично наблюдение и грижи 38

2.5.5. Домашни посещения и домашни грижи 39

2.5.6. Здравно възпитание и промоция на здравето 42

2.6. Роля на етичните комисии на БЛС за оценка удовлетвореността от медицинска помощ 42

2.7. Критична оценка Националната здравна стратегия 2014-2020 относно мястото и значимостта на ПМП като приоритет 44

3. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИКА 49

3.1. Цел 49

3.2. Задачи 49

3.3. Материали и методика на проучването 49

4. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ 53

4.1. Анализ на етичните измерения на здравния мениджмънт и организацията на дейността в първичната медицинска помощ 53

4.1.1. Етична рамка на здравната политика 54

4.1.2. Правата на пациента като европейска ценност 58

4.1.3. Етични перспективи при оценка на потребностите от здравни услуги 65
4.1.4. Информираният избор на ОПЛ като етичен проблем 67
4.2. Здравно-демографска характеристика на населението в изследвания регион..... 68
4.2.1. Лечебни и здравни заведения в област Плевен 68
4.2.2. Демографска характеристика в област Плевен 72
4.3. Анализ и оценка на резултатите от проведеното анкетно проучване сред жителите на Плевенска област..... 75
4.3.1. Демографска характеристика на анкетираните лица..... 76
4.3.2. Честота и мотиви за смяна на общопрактикуващия лекар..... 78
4.3.3. Етични и социално-психологични проблеми в отношението „лекар-пациент“81
4.3.4. Сравнителен анализ на посещаемостта на пациентите в кабинета на личния лекар 100
ОБОБЩЕНИЕ 105
ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... 108
ИЗВОДИ..... 109
ПРЕПОРЪКИ..... 111
САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД 113
ЛИТЕРАТУРА 114
Приложение № 1 . АНКЕТНА КАРТА **..... 129**

СЪКРАЩЕНИЯ:

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

1. ВЪВЕДЕНИЕ – АКТУАЛНОСТ И ЗНАЧИМОСТ НА ПРОБЛЕМА

След началото на кардиналната здравна реформа в България през 2000 г. първичната медицинска помощ, респ. общата медицинска практика и ОПЛ бе определена като първостепенен приоритет. Необходимо бе ОПЛ да поеме мисията на водещ фактор и гарант за високо качество и ефективност на медицинската помощ.

Здравето не е само човешко право на всеки гражданин, както е гарантирано от Конституцията на страната, но е и задължение на всеки човек, свързано със спазването и поддържането на здравословен начин на живот, водещ до по-високо благосъстояние на индивида.

Здравната система и здравната политика на България трябва да подпомага усилията на обществото и гражданите за постигане на по-високо ниво на здраве и качество на живот. За постигането на тази цел се използват различни методи: диагностични, клинични, организационно-методични, научни методи, както и се предоставят експертни оценки и специално разработени програми. Качество на здравните дейности се детерминира от множество фактори: професионалната компетентност на лекарите и другите медицински специалисти, използването на съвременни технологии, достъп и условия при които се предоставят и извършват здравните дейности, социална справедливост, цена на която се предлагат и крайния резултат [8].

Според Б. Борисова, провежданата у нас здравна реформа доведе до редица както положителни, така и нежелателни резултати в извънболничната медицинска помощ, които следва да бъдат внимателно анализирани в интерес на подобряване качеството на медицинската помощ и повишаване нивото на общественото здраве в страната. Това се отнася в най-голяма степен на ПМП [12].

В европейското здравеопазване са въведени единни стандарти за оказване на добра медицинска практика, за да може да се осигури възможност за самооценка чрез тях. Те се отнасят до унифициране на редица медицински процедури и продукти, намиращи се, както на входа така и на изхода. Поведенчески стандарти (отношение към проблема на пациента и комуникацията

с него и близките му), организационни стандарти (осигуряване на условия за професионална практика, стимулиране, участие на пациента и необходима надеждна документация), измерване на професионалната практика. Тези индикатори за качеството на здравна помощ трябва да са достъпни до всички здравни изпълнители.

В литературните източници се разграничават три типа стандарти: Идеални – те са най-добрите но и най-невъзможни в практиката при най-добри условия; Резонабилни (избираеми) стандарти са тези, които са най-добрите възможни при дадени конкретни условия; Минимални стандарти са с най-ниско ниво за възприемане на дадената помощ [8].

Тези проблеми придобиват голяма актуалност конкретно за първичната медицинска помощ като приоритетен сектор на националната здравна система. Специален акцент сред тях е етичната проблематика в дейността на ОПЛ.

2. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

През последните десетилетия броят на научните публикации за първичната медицинска помощ осезателно нараства. Все по-чести са и публикациите, посветени на етичните аспекти и отношението лекар-пациент.

2.1. Първичната медицинска помощ като приоритет на здравната политика

Постоянен и неоспорим приоритет на европейската здравна политика е преориентацията от болничната помощ към разширяване на извънболничната помощ и в частност първичните (базови) здравни грижи. Днес се оценява като погрешно първоначалното впечатление, че концепцията на СЗО за първичните здравни грижи (1978 г.) е предназначена единствено или главно за т.нар. развиващи се страни. Развитите европейски страни все повече поставят първичните здравни грижи сред водещите приоритети на своите здравни системи [113].

Експертите считат, че трябва да се преодолее установената масова представа за първичната медицинска помощ само и единствено като „първа помощ", като първи контакт при нужда от медицинска помощ. ПМП има много по-широки функции и роля в националната здравна система. Основателно Б. Борисова предлага терминът Първична медицинска помощ да се замени с термин Базова медицинска помощ, което изцяло съответства на представата за приоритетната роля на ПМП, респ. общата медицинска практика [8, 10].

Независимо от националните различия, в здравната политика на европейските страни се наблюдават общи приоритетни направления, едно от които е преориентация от болничната помощ с безусловен приоритет на първичните здравни грижи. Примери за утвърдено приоритетно място на първичната медицинска помощ са страни като Великобритания, Швеция, Дания, Финландия, Холандия, Испания, Канада, Норвегия, Полша и др. [43, 109, 110, 111, 127, 145].

Според английски експерти отношението „Общопрактикуващи лекари – специалисти (консултанти)" влияе върху показателите на общественото здраве. Там където лекарите-генералисти са повече от специалистите (ситуацията във Великобритания) и те като реален приоритет работят ефективно, медико-социалната и икономическа ефективност на здравната система и показателите на общественото здраве са по-добри.

Това съотношение в България е точно обратно. Понастоящем у нас огромна част от ресурси на здравеопазването отиват за болничната помощ. Това се демонстрира с феномена свръххоспитализация, която у нас през последните години беше силно изразена (Р. Янева). Тази картина вече влиза в дисонанс с възможностите на здравната система и с характера на съвременната патология (преобладаването на хроничните болести). Според водещи експерти супер болницата има ограничени функции за лекуването на малка част от пациентите, които наподобяват върха на пирамида с широка основа от стандартни масови заболявания и за които не е оправдан прекаленият тясно специализиран подход [8]. За да се преодолее този нарастващ дисбаланс, се налага постоянно утвърждаване на първичните (базови) здравни грижи като основа на цялата национална здравна система.

Когато се оценява качеството на ПМП трябва да се вземе под внимание й важният индикатор - удовлетвореността на пациентите от полаганите медицински услуги в здравеопазването. Този индикатор може да се изрази от предоставените здравни грижи, удовлетвореността от часовете за изчакване пред лекарските кабинети, наличието на доверие в лекаря, предоставянето на достоверна информация и качество на обслужване от страна на лекарите, медицинските сестри и другите специалисти работещи в сферата на здравеопазване [77, 85, 88, 149, 172].

Удовлетвореността (Customer Satisfaction) е термин, често използван в маркетинга. Това е мярка за това как предлаганите продукти и услугите отговарят или надминават очакванията на клиентите. Този термин все повече се използва в здравеопазването, пациентските отзиви за качеството на предоставените услуги все повече гравитират над него [172].

Удовлетвореността на пациентите е неразделна част от качественото здравеопазване и грижата. Удовлетворението на пациентите може да бъде измеримо и пациентите са способни да оценят качеството на грижите полагани за тях [101, 163].

Основна тенденция на здравните сектори и индустрии е да се концентрират максимално върху грижите, насочени към пациентите. Удовлетворението на пациентите се изразява в участието им в процеса на вземане на решения и тяхната роля на реални убедени партньори за подобряване качеството на здравните услуги. Удовлетворението на пациентите е многофакторна концепция. Удовлетворението на пациентите е набор от нагласи и възприятията на пациентите към здравни услуги. Това е степента, в която потребителят има определени нужди и очаквания за изпълнението на предоставената грижа [114, 118].

Ако изпълнението не отговаря на очакванията, той е недоволен и ако отговаря на очакванията, тогава обратното [104].

Удовлетворението на пациентите е комбинация от психологически, физиологични и други фактори свързани със здравеопазването, които правят пациента да се чувства щастлив. Задоволството, което изпитват е ключов показател при осъществяване на комуникацията с тях [135].

Правото на здравеопазване изисква държавите да прилагат здравни политики и програми за подобряване на здравето на населението според наличните ресурси. Удовлетворението на пациентите може да бъде полезен показател за правото на здраве на населението. Всъщност, проучванията за удовлетвореност на пациентите позволяват интегрирането на пациентите разглеждат функционирането на здравния сектор. Те също така позволяват идентифициране на проблеми и трудности срещани в здравните услуги, както и пропуски в здравните услуги и качеството на грижите [105, 144, 148, 169].

Световният доклад за здравето на Световната здравна организация през 2008 г., озаглавен "Първичната медицинска помощ сега повече от всякога", ясно формулира необходимостта от мобилизиране на производството на знания и убеждения за първичната медицинска помощ не като една от обикновените

структури на националната здравна система, а като неин водещ приоритет [171]. Първичната грижа е основата на ефективното предоставяне на здравни грижи на обществото. Подобреното здраве на населението е свързано с система за първична грижа и практически характеристики, като географско регулиране, координация и ориентация на общността [117].

Съществува значителна база от данни, която показва, че първичната помощ допринася чрез своите измерения за цялостното функциониране на здравната система и здравето. Структурата на системата за първична грижа включва управление; икономическите условия; развитие на работната сила. Процесът на първична грижа се определя от достъп; приемственост на грижите; координация на грижите. Резултатът от системата за първична помощ включва три измерения: качество на грижите; ефективността и справедливост в здравеопазването [108].

Важно е здравните системи да осъзнаят основната интеграционна функция на ПМП. Има спешна нужда от здравната реформа, която включва достъпност до първичните здравни грижи, осигуряването на лидерство, обучение за подобряване на ефективността. Първичната грижа се явява само една от многото ниши в грижите за отделни пациенти и прилагана по подходящ начин се гарантира, че тя ще е основен фактор за резултатите [94].

Съществуват национални различия в структурата и организацията на общата практиката но за всички трябва да бъде фокусирана към първичната грижа [83].

Основна определяща характеристика на първичната здравна грижа е да бъде непрекъсната да е свързана с по-ниските разходи и подобреното качество на здравеопазването и качеството на осъществената грижата в доболничната помощ [78].

Амбулаторните грижи са тези, при които е възможно да се избегне хоспитализация чрез прилагането на превантивни грижи и ранно лечение на заболявания [82].

В първичната помощ е необходимо да се проучат специфичните характеристики на население и разпространението на заболяванията и болестите.

Чрез много научните изследвания в тази област се очаква да се подобри на качеството на грижите. Качество на процеса до голяма степен зависи от адекватната комуникация между пациенти и лекари, вземането на медицински решения и управление на грижите [89].

Процесът на първична грижа се определя от четири измерения: достъпност, приемственост, координация и изчерпателност на грижите. Системата на първичната грижа включва: управление; развитие на работната сила и икономически условия. Тя може да бъде дефинирана като многоизмерната система, която допринася за това цялостното функциониране на здравната система и здравето [102, 108].

Все повече доказателства съществуват, че първично здравеопазване може да осигури по-добро здравословно състояние, равнопоставеност в здравето на цялото население, достъпност и по-добро използване на икономическите ресурси в сравнение със системите, които са ориентирани към специалните грижи. Всичко това, в комбинация, произвежда по-добра първична грижа по-целенасочена грижа с течение на времето, по-голям набор от налични и предоставени услуги при необходимост [156].

През последните години СЗО насърчава всички страни да ориентират своите системи за здравеопазване към укрепване на първичната медицинска помощ. В "Световната стратегия на СЗО за интегрираните здравни услуги за хората 2016-2026" се подчертава необходимостта от изграждане на силни системи насочени към първична грижа. Гарантира се достъпност до предлаганите услугите на цялото население, както и осигуряване на адекватно финансиране, подходящо обучение и добра координация с други услуги и сектори [167].

По данни на редица изследвания в международен план първичната грижа е свързана с по-справедливо разпределение на здравето в популациите и спомага за предотвратяване на заболявания и смъртност [116]. Лекарят от ПЗП е основен източник на висококачествени услуги за първични грижи на пациенти с различен здравен статус. Здравето е по-добро в райони с повече лекари, хората са по-здрави и характеристиките на първичната грижа са свързани с по-добро здраве [112, 152].

Много високите нива на разходите в сектора на първичното здравеопазване могат да бъдат сигнал за прекомерна и потенциално опасна за здравето грижа, както и много ниските разходи за здравеопазване могат да възпрепятстват постигането на добро здраве, особено при по-стари възрасти и хронично болни пациенти. Страните с много слаба инфраструктура за първични здравни грижи имат по-лоши резултати по основните показатели на здравето. Държавите средно напреднали в силата на първичната си грижа имат равнища на здравеопазване, колкото тези с високи нива на първична грижа. Колкото по-силна е базовата, основната грижа за здравето на нивото на ПМП, толкова по-ниски са разходите и съответно е по-ефективна здравната система в нейната цялост [153].

Здравните системи трябва да предоставят услуги, които са ориентирани към потребителите и зачитат правата на пациентите и справедливия достъп до ПЗП [128].

В западноевропейските страни броят на лекарите-генералите е по-голям от този на тесните специалисти (във Великобритания общопрактикуващите лекари са над 56% от броя на всички лекари в страната). В същото време в източноевропейските страни лекарите от общ профил са минимален процент (в България броят на действащите ОПЛ се движи около 16% от всички лекари в страната, но този процент намалява в последните години).



Фиг.1. Място на първичната медицинска помощ в здравната система (По Б. Борисова, 12)

В България в общата лекарска практика все още не е определено нужното място на редица важни елементи и аспекти на първичната медицинска помощ: значимостта на груповата лекарска практика, на екипния подход и особено на медицинската сестра, въпреки схващането, че развитието и утвърждаването на първичните здравни грижи се отнася не само до общопрактикуващия лекар, но и до всички членове на основния му екип – медицински сестри, фелдшери, акушерки, психолози и др. (В. Борисов, В. Стамболова).

Всички системи за първично здравеопазване трябва да са съсредоточени върху пациента. Интервенциите за пациентите трябва да се съсредоточат върху техните ценности, професионалната и институционалната интеграция и отговорността към обществото като цяло. Тези интервенции трябва да се оформят чрез подход към тяхното клинично управление, което включва осигуряване на качеството, удовлетворението на пациентите, управление на риска, оценка на технологиите. Този подход изисква въвеждането на система за организационно, функционално и професионално управление, основаващо се на оценка на

потребностите на здравето на населението, управление на ресурсите, базирани на доказателства и ориентирани към пациентите изследвания, професионално образование, изграждането на екип и информационните и комуникационните технологии.

В този контекст всички първични здравни грижи трябва да бъдат изградени и съчетани с целенасочено активно партньорство на обществото [87].

2.1.1. Функционален спектър на ОПЛ

Счита се, че главни предимства на общата медицинска практика са трайната връзка между лекарите и избралите ги пациенти, интегриран характер на медицинските услуги и помощ, повсеместна достъпност на тези услуги, ангажиране на пациента и семейството в решаване на здравните проблеми, възможност за координация с лекарите от останалите сектори на здравеопазването.

В своя анализ Б. Борисова подчертава като задължителни условия за ефективна дейност на ОПЛ следните:

1. Адекватна на интегралната му дейност професионална компетентност;

2. Добра материална осигуреност на неговата практика;

3. Оптимално съчетаване на клиничната и превантивна медицина в реализиране на функциите на общата медицина;

4. Екипен подход в дейността;

4. Своевременност на медицинската помощ

6. Добра комуникация и взаимодействие с пациентите;

7. Системно сътрудничество с лекарите тесни специалисти [17].

Развитието на ПМП, респ. общата медицинска практика създава нови отношения „лекар-пациент” и нова здравна култура, която включва превенция на болестите, промоция на здравето и здравословния начин на живот.

ОПЛ е интегратор и координатор на лечебните и превантивните дейности. У нас основните функции на общопрактикуващият лекар са:

- **Превантивна (профилактика).** Задачата на ОПЛ е да открие своевременно рисковите фактори у индивида, да проследява, да намали или

премахне риска от развитие на дадено заболяване. ОПЛ основно се занимава с превенция на основните хронични заболявания: артериална хипертония, диабет, хронични заболявания на дихателната система (ХОББ), болести на двигателния апарат, ревматологични заболявания и др.

- **Диагностична и лечебна дейност** - ОПЛ диагностицира заболяванията, назначава съответната терапия и проследява лечението. При необходимост от повече изследвания или трудности в диагностиката ОПЛ насочва пациентът за консултация с тесен специалист. Съгласно Наредба № 40 за основния пакет здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, общопрактикуващият лекар осигурява непрекъснатост на медицинските грижи за регистрираните при него лица, в частност оказва медицинска помощ в дома на пациента по преценка на общопрактикуващия лекар, в рамките на основния пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК. В пакета е включено и оказване на медицинска помощ при спешни състояния и поддържане на жизнените функции до пристигане на екип на център за спешна медицинска помощ или хоспитализация на пациента.

- **Здравно възпитание** - образователна функция. ОПЛ трябва да обучава своите пациенти как да променят начина си на живот при наличие на рискови фактори (тютюнопушене, алкохол, нерационално хранене, злоупотреба с медикаменти и др.)

- **Доверен консултант** на пациента. ОПЛ е най-близо до пациентът и е негов съветник. Пациентите имат доверие на личния си лекар и се консултират с него за всякакви въпроси, свързани със здравето.

Функцията на ОПЛ като консултант на пациента е особено важна и специфична. Според К. Еленски трябва да се разграничават двете понятия лекарски преглед и консултация. Всяка среща между лекар и пациент по повод здравен проблем е консултация. Тя може да бъде пряка – лице в лице, телефонна, а в наши дни и виртуална. Консултацията по здравни проблеми може да се проведе в амбулаторията или в дома на пациента. За общата практика, където пациентите са познати на лекаря, възможността за непреки консултации улеснява решаването на здравни проблеми.

Ситуациите в реалната ежедневна лекарска работа са твърде разнообразни и динамични. Например посещението при лекар може да е само поради необходимост от разговор, получаване на съвети или само за получаване на документи, така че да не се налага преглед. Подобни ситуации са много характерни в първичната медицинска практика, където са създадени дългосрочни и по-близки взаимоотношения между лекар и пациент.

Вижда се, че очертаните по-горе основни функции на общопрактикуващия лекар са в изключително широк спектър, което изисква комплексен подход и прецизна организация и управление на неговата ежедневна дейност.

По литературни данни потенциалните възможности (респ. задачи) на общата лекарска практика са следните:

- Пълно и завършено диагностично-лечебно обслужване на 85-90% от болните пациенти от списъка на ОПЛ;
- Пълно и завършено обслужване на 70-75% от здрави и болни, подлежащи на превантивна дейност;
- При 25-30% от подлежащите ОПЛ имат нужда от участие на други специалисти;
- Висока достъпност(по време и територия);
- Висока удовлетвореност на пациентите;
- Висока ефикасност и ефективност.

2.2. Подходи за оценка на качеството на здравните услуги

В здравеопазването качеството има основополагащо значение. Публикациите по този проблем нарастват ежегодно и в здравния мениджмънт вече се развива и утвърждава специално научно направление медицинска квалитология.

Качеството има решаваща роля за удовлетвореността на потребителите на здравни услуги и медицинска помощ, което оказва силно влияние както върху здравните резултати на населението, така и върху взаимоотношенията „общество-здравна система". Качеството следва да е в центъра на вниманието на

производителите и купувачите на медицинска помощ, на здравните мениджъри и населението.

В България не е достатъчно високо нивото на качеството на предлаганата медицинска помощ и е една от основните причини за влошаване здравето на населението и тяхната неудовлетвореност от здравната реформа. Ефективността на здравните дейности се намира в силна и правопропорционална връзка с тяхното качеството.

Дефинирането на понятието "качеството" е доста трудно и наличните определения за него са главно в емпирично равнище отнасящо се до определи области. В здравеопазването е приложимо общото определение в **стандарт ISO** (International Standards Organization), който определя "съвкупност от характеристики на дадена единица, които оказват влияние върху нейната способност за задоволяване на наличните или подразбиращите се потребности [106].

Медицинската дейност е дейност, чиито ефекти могат да бъдат измерени чрез качеството и удовлетвореността на предоставяните и получените здравни услуги, чиято цел е да допринесе за оценката на качеството на здравеопазването и неговото подобряване. Качеството на здравните грижи е ниво на стойност, осигурено от всички здравни ресурси, определени от някои измервания. Както при качеството в други области, това е оценка дали е достатъчно добро и дали е подходящо за неговата цел [129].

Качественото здравеопазване е право на всеки пациент, тъй като той е автономна личност, собственик на собственото си здраве и влиза в досег със здравната система само при някакъв здравен проблем. Поради ограничените ресурси и ограничения в бюджета би трябвало всяка държава да се фокусира върху качеството на здравеопазването си като основен приоритет. Националната здравно осигурителна каса финансира напълно извънболничната медицинска помощ и част от болничната помощ и нейна задача е да се интересува от качеството на предлаганите медицински услуги и тяхното изпълнение.

Качеството се явява проблем не само за потребителите на здравни услуги но и за предоставящите, финансиращите, регулиращите и управляващите лица в

системата на здравеопазване. Качеството трябва да се превърне в неделима част от ежедневната работа и грижа на персонала. Доброто качество води до по-здрави хора и по-малко инвалидизиране, по-ниски разходи и по-голямо доверие на населението в здравната институция. Размерът на потребителната способност на медицинската помощ може да се определи с помощта на множество измерими параметри, сред които най-важно значение имат следните: промените в здравното състояние на потребителите; степента на удовлетвореност; ефективността - цената на получения здравен резултат [57].

Основател на проучването за качеството в областта на здравеопазването е Avedis Donabedian. Той е създател на модела Donabedian Model of Care през 1966 г., чрез който се осигурява рамка за изследване на здравните услуги и оценка на качеството в здравеопазването. Този модел разглежда качеството на здравеопазването чрез три основни критерии:

Структура: сгради, нает персонал, организация на екипите, административно управление, апаратура и консумативи.

Процеси: диагностика, лечение, превенция и рехабилитация.

Резултати: промяна в здравословното състояние на пациента и неговата удовлетвореност от положените здравни грижи [93].

Когато се говори за добро качество, трябва да се обърне внимание и на лошо качество. Американския статистик Deming разглежда лошото качество като съвкупност от грешка на цялостната организация на работата, а не само като грешка на отделния човек [92].

В България съществуват специфични индикатори за оценяване на качеството в ПИМП в Приложение № 3 от НРД 2009 г.

I. Индикатори за качество на процеса са:

1. Брой на извършените профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 години, които не са на диспансерно наблюдение, спрямо общия брой лица от същата категория, записани при ОПЛ; отнася се за целеви групи: рак на млечната жлеза (жени над 40 г.), хипертония (ЗЗОЛ от 30 до 50 г.) и диабет (ЗЗОЛ от 30 до 50 г.);
2. Изпълнение на изискванията на програмата по майчино здравеопазване;
3. Изпълнение на програмата по детско здравеопазване за проследяване

на здравословното състояние на лица на възраст от 0 до 18 години;

4. Брой на осъществени имунизации спрямо общия брой подлежащи на имунизация лица, съгласно изискванията на утвърдения от министъра на здравеопазването имунизационен календар;

5. Съответствие на прегледи по брой и периодичност съобразно изискванията на ежегодния НРД;

6. Изпълнение на предхоспитализационен минимум, описан в клиничните пътеки;

7. Спазване на консенсусно приети правила за диагностично-терапевтично поведение;

8. Осигуряване на непрекъснатост на медицинските грижи на регистрираните ЗЗОЛ;

9. Своевременност при хоспитализация - брой отклонения от кл. пътеки, дължащи се на несвоевременна хоспитализация.

II. Индикатори за качество на резултата са:

1. Конкретни резултати за пациенти с хронични заболявания, които се наблюдават от ОПЛ:

1.1. поддържане на компенсирано състояние на пациенти с хронични заболявания (лица над 18 години) за:

1.1.1. инсулинонезависим диабет:

а) за добър контрол се считат стойности до 6.5 % на HbAc, измерени при редовни годишни контролни прегледи.;

б) за незадоволителен контрол се считат стойности над 7.0 % на HbAc, измерени при редовни годишни контролни прегледи.;

1.1.2. за неусложнена хипертония (лека и средностепенна в първи стадий):

а) за добър контрол се считат измерените стойности на систоличното налягане под 140 mm/Hg, диастолично под 90 mm/Hg, измерени през последните три месеца на календарната 2005 г.;

б) за незадоволителен контрол се считат измерените стойности на систоличното налягане над 140 mm/Hg, диастолично над 90 mm/Hg, измерени през последните три месеца на календарната 2005 г.;

2. Съвпадение на диагнози при планова хоспитализация (диагноза на изпращащо лечебно заведение с окончателната);

3. Относителен дял на основателните жалби спрямо общия брой жалби и брой пациенти.

Най-важното предизвикателство в общата медицинска практика е наличието на действена система за достоверно измерване и подобряване качеството на грижите. Трябва да има дейности, които да са планирани и организирани чрез прилагане на критерии, събиране и оценка на данни за качеството, разработване на законни стандарти за подобряване на качеството и перманентно обучение за доставчиците на грижи. [5, 99]

В тази насока е очевидна необходимостта от принципно нова парадигма и стратегически подходи за организация и мениджмънт на първичната медицинска помощ.

2.3. Удовлетвореността на пациентите като фактор и критерий за качеството на медицинската помощ

Мнението за удовлетвореността на пациентите и тяхната оценка стават все по-важни фактори за качеството и общата ефективност на здравното обслужване, както в България така и в целия свят. Те повлияват пряко върху отношението, поведението и мотивацията на пациентите за собственото си здраве: за търсене на най-добрата медицинска помощ, за избор на лекар и здравно заведение, етичните взаимоотношения „лекар-пациент”, както и за доверието което се изгражда като цяло към здравната система.

Важен аспект на грижите за пациента е удовлетвореността, защото недоволството от предлаганите здравните услуги може да доведе до високи здравни разходи, поради многократни посещения при лекаря и свръх хоспитализации, което е скъпо за всяка система на здравеопазване. По-високата удовлетвореност на пациента от лекаря подобрява здравните резултати на пациентите и намалява риска от лекарски грешки. Изследванията показват, че добрата комуникация лекар - пациент има положително въздействие върху

обмена на информация между участниците и води до по-добри здравни резултати. Редица научни изследвания подчертават значението на комуникацията лекар – пациент като важен фактор за избягване на недоволството на пациентите от здравните услуги, както и на съдебни искове и жалби [69].

Доверието в процеса на медицинската дейност също заема особено важна роля за определяне на качеството и е решаващ елемент при всички междуличностни отношения и най-вече между лекар-пациент. Доверието на пациентите е сложна многоизмерна конструкция, описана по много начини. Доверието на хората в морала и компетентността на лекарите е основата на професионалната автономност [53, 95, 133].

За да се осигури възможността всички българи да споделят ползите от дейностите на здравната система и другите сектори, свързани с опазването на здравето, здравната политика поставя важен акцент върху тези, които са непропорционално обременени с лошо здраве.

В България съществуват все още значителни здравни неравенства, които са тясно свързани с социални, икономически и екологични недостатъци (например липса на достъп до качествена здравна помощ, здравословна храна, безопасна питейна вода, чист въздух, безопасни условия за физическа активност, възможности за образование и работа).

Стратегията за ограничаване на здравните неравенства се изгражда върху концепцията на СЗО (2008) за трите принципа на действие:

1. Подобряване на условията на живот – условията в които хората се раждат, растат, живеят, работят и остаряват;

2. Преодоляване на несправедливото разпределение на власт, пари и ресурси;

3. Прецизно измерване и разбиране на мащабите на проблема и оценка на последствията от предприетите действия. В повечето европейски страни ролята на държавата в здравеопазването е първостепенна, но тенденциите са за либерализиране на пазара на здравни услуги и въвеждане на конкуренция (Национална здравна стратегия 2014-2020).

Удовлетворението е глобален показател за качеството на здравеопазването. Качеството на грижите е концепция, която обхващаща ефикасност, безопасност, резултати и опит на пациента. Удовлетворението на пациента може да бъде свързано и с адекватните или повишените разходи за грижи. [81, 132, 147]

2.3.1. Роля на взаимодействието „лекар-пациент" за удовлетвореността от медицинската помощ

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

Съществен фактор за удовлетвореност на пациента е реализираното взаимодействие между лекаря и пациента в течение на диагностично-лечебния процес [157]. Съвременният пациент е със сравнително по-висока обща и медицинска култура, откъдето възникват и неговите по-високи очаквания и претенции към медицинската помощ.

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

2.3.2. Комуникационни аспекти на удовлетвореността

Комуникацията може да се разглежда като основна съставна част в медицинската помощ. По време на медицински срещи може да бъде анализирана чрез използване на различни системи за анализ на взаимодействието. При

комуникацията “лекар-пациент“ се разграничават няколко основни цели: създаване на добри междуличностни взаимоотношения, обмен на информация и постигане на консенсус при вземане на решения относно предстоящото лечение [75, 76, 97, 131].

В този аспект т.нар. информирано съгласие не е пасивен едномоментен акт, а постоянен стил на дейност и взаимоотношения на медицинския персонал с пациента.

Основно значение за добрата комуникация и осигуряването на адекватно здравеопазване е очакванията на пациента относно предоставените здравни грижи в първичната медицинска помощ. Липсата на разбиране за нуждите на пациента и липсата на умения за правилна комуникация с пациентите могат да бъдат източник на недоволство от посещението както на лекаря така и на пациента. Пациентите очакват да говорят с лекаря си и да получат изчерпателна информация, обяснение на медицински проблем и емоционална подкрепа. Първичната здравна помощ допринася за социалното и икономическото развитие на обществото. Една от стратегическите цели на първичното здравеопазване е да осигури задоволство от услугите, които са тясно свързани с очакванията на пациентите към общопрактикуващите лекари [107].

При комуникацията “лекар-пациент“ е много важно лекаря да осигури достатъчно време за провеждане на дискусия с пациента, да го изслуша внимателно, да обсъди предстоящи изследвания, процедури и да разбере нагласите и очакванията му, като създаде доверие и добро взаимоотношение. Пациентите искат да бъдат сигурни, че се грижат добре за тях в амбулаторната практика. Те очакват да видят в личните си лекари топлота и дружелюбност.

Обстоен анализ на комуникационните умения на ОПЛ правят Т. Златанова и Р. Златанова. Авторите отделя специално внимание на умението **„слушане”** на разказа на пациента или на неговите близки (което по същество е умението за анамнеза). Добрият „лекар-слушател” осигурява необходимото „пространство и тишина” на болния спокойно и свободно да говори, като не позволява да бъде отклонявано неговото внимание от външни дразнители (телефонни разговори, друга дейност, присъствие на друго лице и др. [46].

Данните показват, че само 44% от пациентите са на мнение, че техния личен лекар ги слуша винаги внимателно, а 10,4% считат че рядко или никога лекарят не ги слуша внимателно. Тези резултати показват, че още в началото на контакта между личният лекар и пациента намалява доверието на пациентите към последващото поведение и действия на лекаря спрямо тях. Авторките установяват, че селските ОПЛ по-често слушат внимателно своите пациенти. Основни грешки, които лекарите допускат при слушането [46]:

- ❖ лош зрителен контакт с пациента /блуждаещ поглед, поглед насочен към други предмети/,
- ❖ неправилно положение на тялото на лекаря / с гръб към болния, прекалено близо до болния и др./,
- ❖ нарушено внимание / телефонни разговори, извършване на писмена работа несвързана с пациента и др./,
- ❖ пренебрежителен или ироничен лицеизраз,
- ❖ грубо прекъсване с лоша интонация на гласа и др.

Много интересни са данните за психологична оценка на вниманието на лекаря ***(Табл. 1)***.

Табл. 1. Оценка на вниманието личните лекари при разговор с пациентите **(**Т.Златанова и Р.Златанова)

отговори	**брой**	**%**
винаги ме гледа в очите	340	54.1
рядко ме гледа в очите	119	18.9
винаги пише нещо на компютъра и говори едновременно с мен	139	22.1
рядко пише нещо на компютъра и говори едновременно с мен	31	4.9
ОБЩО	629	100

Комуникативна техника за предаване на информация от лекаря на болния е обясняването. Лекарите, които пренебрегват обясняването на пациентите много често компрометират целия преглед, което довежда до повторно посещение или търсене на медицинска помощ от друг лекар. Обясняването трябва да бъде разбираемо за пациента.

Според 14,9% от анкетираните при назначаване на лекарства ОПЛ им обяснява набързо начина и времето на вземане на лекарствата. При 16,5% от анкетираните лекарят рядко или никога не им обяснява. Вижда се, че в комуникационните умения на ОПЛ – настроение, внимание и начин на поднасяне на информацията, са налице сериозни пропуски.

Това насочва вниманието към важната необходимост от по-задълбочена и цялостна подготовка в тази насока в додипломното и следдипломно обучение на медицинския персонал.

Комуникационните умения на семейния лекар трябва да бъдат осъзнати и признати като приоритетни в неговата професионална оценка. Това се обуславя от три главни фактора.

Очевидно е, че комуникационните умения имат първостепенна профилактична и лечебна роля. Тези умения определят степента на доверие на пациентите към отделния лекар и към медицината въобще, а оттук стимулират самолечение, бягство към самозвани лечители и т.н./. Затова е наложително е комуникационните умения да бъдат регламентирани като задължителен елемент в професионалната оценка и акредитацията на лекарите в първичната медицинска помощ.

Добрата комуникация и взаимоотношенията подобряват състоянието и удовлетвореността на пациента. Според Н. Щерева-Николова добрите комуникационни умения не се удават от само себе си на повечето хора, те трябва да се развиват и поддържат със съзнателни усилия и периодична ревизия [72].

Характеристиките на личните лекарите, техният минал опит, ценности, нагласи и предразсъдъци могат да имат важно въздействие върху комуникацията с пациентите и удовлетвореността им; съзнанието за тези характеристики може да подобри до голяма степен комуникацията [130].

Доверието е фундаментално важен аспект на медицинските отношения. Доверието на пациентите прогнозира и тяхното удовлетворение и е по-важен критерии за измерване качеството на текущите взаимоотношения. Измерването на доверието би допринесло за информирането на обсъжданията на обществената политика и за балансирането на пазарните сили, които застрашават отношенията между лекар и пациент [160].

Когато няма доверие между пациента и лекаря съществува опасност от криза при, която ОПЛ не се чувства оценен от обществото и неудовлетворен от професията. На фона на кризата с човешките ресурси в здравеопазването недостатъчното признание труда на лекаря от страна на пациенти и колеги води до неблагоприятни последици за професионалната кариера. Основни организационни проблеми са: неудовлетвореност и недоволство от променената нормативна база за лекарите с практики в градовете и постоянната денонощна медицинска помощ.

Затова е необходимо е да се вземат спешни мерки от страна на правителството и политиците относно професионалния труд на ОПЛ, той да бъде удовлетворяващ, привлекателен, да дава възможност за кариерно развити на младите лекари в ПЗП и да послужи за сравняване на ефективността на прилагани политики с цел създаването на добри практики [48].

Комуникационните умения, ориентирани към пациента, не са различни от многото други технически умения, които съставляват основата на медицинската практика и за които се очаква професионална компетентност. Ценни грижи за пациентите се определят здравните грижи, които са тясно свързани и отговарят на ценностите, нуждите и предпочитанията на пациентите. Съответните комуникационни поведения включват умения за събиране на данни, умения за създаване на връзка чрез използване на емпатия, увереност, подкрепа и емоционална реакция и умения за партньорство. Доставчиците на здравни услуги трябва да предоставят на обществото висококачествено междуличностно и техническо здравеопазване.

В политическата програма на всички европейски държави е заложено като основа здравеопазването и "грижата за пациента". Изграждат се консултативни

рамки, които да се опитат да направят мненията на пациентите и обществеността в разработването и мониторинга на услугите на всички нива [150].

2.3.3. Смяната на личния лекар като индикатор на удовлетвореността на пациента

Въвеждането на свободен избор на ОПЛ у нас създаде възможност за неговата безпрепятствена смяна от страна на неговите пациенти. Наличието на подобна смяна и нейната честота заслужава специално внимание от страна на мениджмънта на ПМП, защото показателите за тази смяна могат да се използват за конкретен анализ на отношението "лекар-пациент" и в частност удовлетвореността на пациента от лекаря.

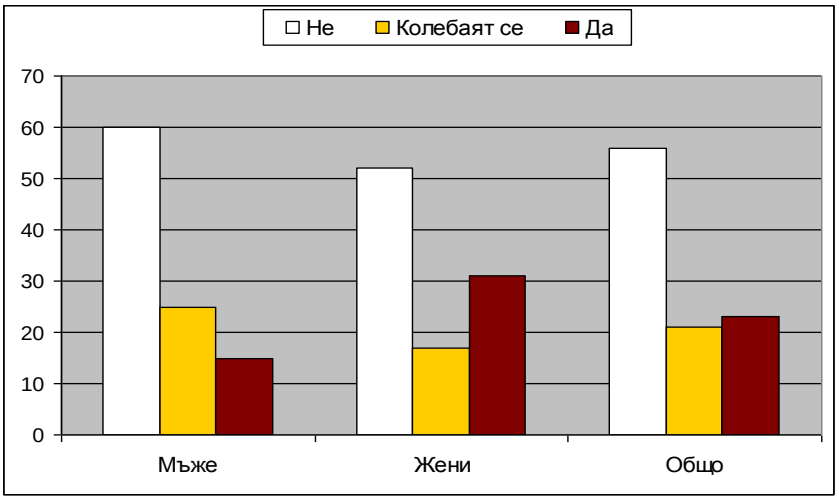
Директната словестна изява на удовлетвореност или неудовлетвореност от личния лекар от страна на пациента е важен показател, но не винаги дава пълната картина на степента на удовлетвореност. Някои автори препоръчват използване и на индиректни индикатори и критерии за удовлетвореността на пациента, от които заслужават внимание два:

1. Смяната на личния лекар от пациента, която може да бъде реализирана или потенциална;

2. Нагласата на пациента да препоръча своя личен лекар на други хора, познати и приятели.

Според данни на различни анализи реалната смяна на личния лекар в годините след въвеждане на свободния избор се движи в широки граници между 25% и 65% (по данни на Р. Златанова, Б. Борисова, Д. Димитрова и др.).

Заслужава внимание не само реалната осъществена смяна на личен лекар, но и готовността, нагласата на пациента за смяната му, т.нар. потенциална смяна на личен лекар. Според данните на някои анализатори потенциалната смяна на личен лекар (като нереализирано намерение) е по-силно изразена у жените в сравнение с мъжете (***фиг. 2***).



Фиг. 2. Потенциална смяна на личния лекар (по пол)
Източник: Б. Борисова [12]

Това показва, че динамиката на смяната на личните лекари от пациентите им заслужава по-голямо внимание от страна на НЗО и на РЗИ и периодично да се анализират мотивите на пациентите за тази смяна, като се анализира не само формално реализираната смяна, но и потенциалната смяна на ОПЛ.

Критерият „бих/не бих препоръчал" се счита за доказано по-точен измерител на удовлетвореността, отколкото директният въпрос „харесвам/не харесвам". Затова според редица автори този критерий следва по-често да се използва при анализите на удоветвореността.

2.3.4. Емпирични проучвания за удовлетвореност от първичната медицинска помощ в България

Обзорът на литературата показва, че у нас са публикувани редица анализи, включително са разработвани дисертации по проблемите на ПМП, респ. общата медицинска практика. В тези анализи има интересни данни за удовлетвореността на пациентите от техните лични лекари (Ц. Валентинова, М. Горанов, Р. Златанова, Б. Борисова, Д. Димитрова, В. Младенова, Зл. Петрова и др.).

Без да влизаме в детайли, ще цитираме някои по-важни данни от анализите на тези автори. Диапазонът на дадената неактивна оценка за

удовлетвореност от пациентите се движи между 20% и 45%, като процентът на удовлетворените е по-висок в столицата. Анализира се проблемът време като показател за удовлетвореност. При различните проучвания повече от половината анкетирани пациенти отговарят, че са чакали над 30 минути за преглед при своя личен лекар, а конкретно за София са 80% [16, 18, 41, 55].

Авторите поставят въпроса за граждански контрол върху качеството на медицинската помощ – за неговите механизми и реализация. Незначителен процент са сигнализирали за нарушения (2%) или са подали жалби (0,9%) на 11,3% от анкетираните им е отказан преглед от ОПЛ, а на 27,3% е отказано направление за специализирана помощ.

Изключително интересно е изследването „Отношения между лекари и пациенти", проведено през 2010 г. от WIN (Световна независима мрежа за маркетингови проучвания) и асоциация „Гълъб Интернешънъл" в 23 страни по света. Проучването обхваща над 22 000 души от различни континенти. Изследването в България е проведено от ББСС „Гълъб Интернешънъл" [74].

България е на 16-то място по индекса за препоръка на личен лекар. Около 40% от анкетираните българи заявяват, че биха препоръчали личния си лекар на свои познати, а 60% от пациентите посетили личния си лекар в последната година, не биха го препоръчали на свой познат или приятел. Това означава, че 60% от пациентите не са удовлетворени от своя ОПЛ [17].

Критерият „бих/не бих препоръчал" се счита за доказано по-точен измерител на удовлетвореността, отколкото директният въпрос „харесвам/не харесвам". Ето защо според водещи експерти на здравната политика (М. Попов, В. Борисов, Ц. Воденичаров, J. Kyriopoulos, D. Hunter и др.) ролята на общественото мнение в периода на здравна реформа следва постоянно да се познава и анализира от хората поели отговорността да бъдат лидери на промяната в здравеопазването." [9, 21, 61].

2.4. Фундаментална значимост на социално-етичните критерии за оценка качеството на медицинската дейност

Заедно с развитието на медицината се е развивала и медицинската етика, която изучава въпросите за професионалните взаимоотношения и отношенията

лекар-пациент. Етичните норми са гаранция, че медицинският специалист ще уважава и зачита правото на пациента, както и ще осигурява необходимата грижа и внимание в процеса на лечение. Водещо при утвърждаване авторитета на медицинските професионалисти е етичното поведение и отношение. Етичните норми са правила за поведение към които човек трябва да се стреми, а неетичното поведение е неприемливо и нежелано от обществото [64].

В здравеопазване съществуват много етични теории, които идентифицират и оправдават етичните норми често наричани в практиката етични принципи. Някои теории в етиката могат да бъдат представени като глобални засягащи целия свят и са тясно свързани с здравеопазването. Общата нормативна етика отговаря на въпроса "Кои морални норми на поведение трябва да приемаме и защо?" [79].

Медицинската етика е приложение на етичното разсъждение към вземането на медицински решения. Същността на етиката в медицинската практика става все по-голяма поради все по-високото технологично развитие и появата на нови морални дилеми за решаване. Традиционно медицинската етика е свързана с деонтологията, поведението, моралните правила, етичните правила и професионалното поведение на медицинските специалисти в здравеопазването.

Според С. Александрова в по-широка гледна точка етиката е наука, която търси отговор на въпроса "Кое е хубаво по отношение на човешките дейности?". Етичната теория е подход чрез който ние оправдаваме специалните етични решения в здравеопазването. Етиката ни дава общи насоки при вземането на важни решения свързани с различни проблеми в здравеопазването, чрез които обобщаваме общата информация и избираме най-правилното решение според ситуацията [3, 4].

В общуването на медицинските специалисти с пациента важно място заемат комуникативните умения и спазване на професионална етика от страна на лекарите и сестрите [151]. Етиката е учение за морала, внимателен и систематичен размисъл и анализ на моралните решения и поведение в миналото, настоящето или бъдещето. Според С. Попова и Ц. Воденичаров етиката е преди всичко въпрос на знания, докато моралът е въпрос на действия [24, 26].

Етиката на общественото здравеопазване се очерта като самостоятелно поле в биоетиката. Здравните мениджъри и здравни специалисти често срещат морални дилеми в своята практика, които изискват етично решение. Съществува значителен проблем в балансът между личните свободи на индивида и постигането на максимално добро за обществото [2, 22, 23].

Медицината и здравеопазването пораждат много биомедицински проблеми, които са от голям научен, професионален и обществен интерес. Ефикасността на модерната медицина зависи до голяма степен от научния подход към причините на заболяване, въвеждането на иновативни терапии и методи за организация и доставка на здравни услуги. Модерната биоетика се е развила от направени в тази област медицински проучвания и наличните стандарти на етично поведение. Медицинската наука в началото се считаше като област свързана с пределен етичен риск в здравеопазването, включвайки излагането на пациентите по време на лечение към някои рискове, които могат да окажат сериозни проблеми върху здравето им и да бъдат третирани като "обекти на проучвания". Главните области на медицинската етика засягат здравните работници и обществото участващо в здравния процес, както и се определят границите в навлизането на иновациите в медицината. Етиката е свързана с етични проблеми и дилеми пред, които са изправени мениджърите в здравните организации и избора на най-добрите решенията, които трябва да бъдат взети. Фокуса на етиката е насочен главно върху етичните дилеми и ценностите при вземането на етични решения във връзка с възникващи в здравеопазването проблеми и пряката грижа осъществявана за пациента по време на лечение [80, 134].

Според анализа на С. Александрова - Янкуловска "Увеличаването на цените на здравните услуги при съпътстващ недостиг на здравни ресурси поставя медицинските работници в позиция не само на обгрижващи пациента, но и на мениджъри на здравните услуги. Медицинските професионалисти ежедневно се сблъскват със сложни етични дилеми и нараснали отговорности не само към конкретния пациент, но и към семейството му и обществото като цяло" [3].

Етичните проблеми, които възникват и начина им на разглеждане в здравеопазването са актуални, важни и изискват своевременно разрешаване. В процеса на работа се срещат различни дилеми и медицинската етика е неделима част от здравеопазването [96]. На клинично ниво добрата етика включва не само добрите аргументи но и способността да се вникне в болката на човека, потребностите му и страданието, което изпитва. На политическо ниво означава, че предложената реформа ще повиши здравето и достъпа на населението до здравеопазването. Основните човешки права, прокламирани в Общата Декларация за Човешките Права на ООН са: правото на живот, недопускане на дискриминация, нехуманно и унизително отношение, свобода на мнение, равен достъп до обществените услуги в страната, медицинска помощ и др.

Основните етични правила са:

- Уважение на автономността
- Ненанасяне на вреда
- Справедливост
- Благодеяние

Разработването на цялостно здравно обслужване води до нови дискусии за етичните задължения на практикуващите лекари, които предоставят цялостна здравна помощ на населението. Съществуват много и разнообразни етични въпроси, които възникват в процес на работа с пациенти и са от висок интерес за Международното общество за цялостно здравеопазване [24, 29, 45, 71].

Етиката може и трябва да се основава на дълг, права, добродетели, последици, полезност и отношения. Основната предпоставка за всяка етика е, че всяко човешко същество е еднакво ценно и изисква същото уважение и внимание. Основната роля на етичните указания е да се защитят онези, които не могат да изразят своите искания или да се застъпят за правата си. Етичните принципи и насоки са важни, тъй като те помагат за насърчаване на размисли за това как да действаме [22].

Интересът към концепцията за грижа и етиката на грижите се разраства, тъй като технологията и деперсонализирането на предоставянето на здравни грижи са се увеличили. Разглеждат се основните концепции за етиката на

грижата, като се обръща специално внимание на отношението към етиката на грижите и добродетелите[144].

Професионалните организации на лекарите допринасят значително за клиничната етика на управляваните грижи. Повдигат се важни етични въпроси, като разкриване на конфликти на интереси относно начина на плащане на лекарите; регулиране на клиничните преценки на лекарите, първостепенната роля за посрещане на медицинските нужди на всеки пациент вземането на решения противопоставяне на разпорежданията.

Според Д. Сиджимова и Н. Щерева-Николова, етичното поведение започва на персонално (лично) ниво [66].

Използването на думата „качество" относно здравето е синоним на експертно и успешно лечение, а така също и на интерес и загриженост на професионалистите за благополучието на пациента. В продължение на дълги години основен обект на внимание от страна на медиците е било лечението на дадени симптоми, не толкова на пациента. До преди години най-често използваният модел е бил био-медицинският, в който лечението на заболяването е била най-важната цел. След това ориентацията на здравните специалисти в здравните заведения е насочена към холистичен био-психологичен подход, в чийто център е поставена личността на пациента като цяло. Това се е наложило поради експанзията и включването на алтернативни здравни услуги с цел опазване, укрепване и възстановяване на здравето [22, 23, 71].

2.5. Нерешени проблеми в организацията и качеството в първичната медицинска помощ

Еволюцията на първичната грижа в целия свят води до повече лекари, практикуващи първични грижи, което само по себе си води до по-сложни механизми на организация и управление на ПМП. Първичната грижа е с общопризнат характер и следователно са необходими няколко научни подхода, за да се разбере сложното взаимодействие между медицинските и психо-социалните фактори в този сектор [142, 154, 155, 165, 166].

Експертите подчертават, че нерешените организационни проблеми на извънболничната медицинска помощ пораждат най-важните причини за обществена неудовлетвореност и за различни конфликтни ситуации в процеса на здравното обслужване на населението, откъдето вторично възникват цяла серия етични проблеми в отношението „лекар-пациент" [8, 17, 45].

Необходима е координация и сътрудничество между специалистите от първична медицинска помощ, които са общопрактикуващи лекари, медицински сестри, здравни посетители и др. Първичните мрежи за изследване за първична грижа започнаха да се развиват в Обединеното кралство през 60-те години на миналия век [161].

При анализа на организацията на общата медицинска практика следва да се има предвид, че нейното съдържание включва цял комплекс от функции [12]:

- Дългосрочно медицинско обслужване и грижи за здравите и болните, независимо от възрастта и пола и вида на здравните проблеми, от избран от тях лекар в условията на общността;
- Всестранно внимание на личността, семейната и социална среда;
- Голямо разнообразие от медицински и немедицински дейности, които са съобразени с жизнените условия, представите на болния за болестта, здравето, лечението и неговата готовност за сътрудничество;
- Здравно възпитание на пациентите и промоция на здравето.

Общата медицинска практика няколко специфични организационни особености:

- помощ, която осигурява изчерпателни и продължителни медицински дейности, т.е. от промоцията до терминалните грижи и от раждането до смъртта;
- помощ, която се съобразява с индивидуално –личностните особености на болните и здравите;
- помощ, при която се познават условията на средата в която живеят хората и широко и пълноценно се използват ресурсите на семейството и публичните общности;

- помощ, която прилага научни методи и средства съответстващи на базираната на доказателства медицина.

Вече посочихме, че ОПЛ е интегратор и координатор на лечебните и превантивните дейности. Ц. Воденичаров разглежда интегративната роля на ПМП в три измерения:

- функционална интеграция – включваща интегрален подход към здравните проблеми на човека и общността,
- организационна интеграция – насочена към организацията на работа в здравните центрове и амбулатории,
- образователна интеграция - генерираща знания, умения, желания на здравните специалисти за работа в екип при осигуряване на холистични грижи в извънболнични условия [25].

Всичко това обуславя нарастваща роля и отговорности на общопрактикуващия лекар в България, за да бъде той ефективен реализатор на идеите на първичната медицинска помощ като комплексна стратегия.

2.5.1. Достъпност

Достъпността до медицинска помощ, в т.ч. и до ОПЛ е световен проблем. У нас този проблем, независимо от формалното въвеждане на свободен избор на лекар, не е решен ефективно.

Свободният избор на личен лекар не е гаранция за безусловна достъпност до първична медицинска помощ. За тази достъпност име серия препятствия: незадоволителна организация на труда на ОПЛ, липса на регулиран прием на пациенти, неефективна комуникация на пациента с ОПЛ, вкл. телефонна връзка, незадоволителна професионална квалификация на ОПЛ, поради която огромен процент пациенти избягват контакта с него и директно се насочват към тесни специалисти и частно практикуващи лекари.

Подобни данни срещаме в анализите на Р. Златанова, Б. Борисова, Б. Парашкевова, Д. Димитрова, Ц. Валентинова и други български автори [12, 13, 18, 41, 54].

Достъпът до здравни услуги може да се дефинира въз основа на това колко лесно може да се получи и осъществи медицинска помощ [54, 98].

Предоставянето на качествени медицински услуги е свързано с отношението и поведението на ОПЛ към пациентите. С това поведение се определя и протича правилния диагностично - лечебен ефект [68, 121, 123].

Непрекъснатост на грижите за пациента е отговорност на семейния лекар и е свързана с дългосрочни наблюдения на пациентите, консултиране чрез лични взаимоотношения, психотерапия и възможност за възприемане на заболяването [100, 120, 141].

Съществуват четири измерения на приемствеността на грижите в семейната практика: хронологични, географски, интердисциплинарни и междуличностни [119]. При страдащи от хронични заболявания и лошо здравословно състояние пациенти е от изключително значение непрекъснатостта на грижите осъществявани за тях от общопрактикуващите лекари [138].

Отношенията лекар-пациент са специален интерес към първичната медицинска помощ (ПЗ), тъй като дългогодишни взаимоотношения с конкретен лекар силно влияе върху удовлетворението [133].

Многообразните популации, застаряването на населението и хронифицирането на множество заболявания изисква повече време за консултациите осъществени от ОПЛ да бъдат разгледани и решавани множество проблеми [67, 160].

От общопрактикуващия лекар се изисква да има специфичен тип компетентност, всеобхватно мислене, различни от традиционните знания, с които да подпомогнат за благоприятния изход от заболяването и лечението [125].

В общата практика пред ОПЛ пациентите могат свободно и без притеснения да говорят за тревогите си, да се справят с тях и да представят повече от един здравен проблем често от които са сложни [59, 90].

Първичната медицинска помощ (РС) е първото ниво на професионална медицинска помощ, което позволява на пациентите да отговорят на здравните си нужди. Той се занимава с повечето здравословни проблеми на населението.

Различни проучвания показват, че системите за първични грижи са свързани с ефективното предоставяне на здравни грижи. [129]

2.5.2. Регулиран прием

Регулираният прием на пациентите е частен израз на начина и организацията на прием на пациентите в лекарския кабинет – касае се доколко този прием е регулиран или нерегулиран, спонтанен, подчинен изцяло на случайни моменти.

Проблемът регулиран прием има пряка връзка с проблема за достъпа до ПМП. Редица автори посочват, че регулираният прием на пациентите е предпоставка за добро качество на извънболничната помощ. Регулираният прием на пациентите трябва да се схваща като елемент от мениджмънта на времето в извънболничната помощ изобщо [42].

Липсата на системен регулиран прием затруднява дейността на медицинския персонал, нарушава бюджета на времето, влошава качеството на здравните услуги и в крайна сметка снижава удовлетвореността на пациентите.

Обстоен анализ на проблема регулиран прием прави Б. Борисова, която установява, че огромен процент от посещенията при лекар са нерегулирани без предварително записан час за преглед – почти 90%. Характерно е обратното съотношение при денталният лекар, където регулираните приеми са 90%, една отдавнашна традиция в нашата дентална медицина по традиция, където по стандарт денталният лекар посвещава значително време (средно 30 минути) ра прием на един пациент [12].

Причините за преобладаващия процент на нерегулирания прием са както в лекаря, така и в пациентите, които нямат нагласата за предварително определен час за посещение [14, 15].

Възниква необходимостта нормативно ясно да се регламентира регулираният прием като задължителен организационен подход в първичната медицинска помощ, която все още страда от слаба организация на лекарския труд.

2.5.3. Комуникация „лекар-пациент”

В предишната глава разгледахме същността на комуникацията като етичен проблем в общата медицинска практика с двата му стандартни модела – **патернализъм** и **автономност** на пациента. Тук поставяме акцент върху комуникацията „лекар-пациент” като нерешен организационен проблем в дейността на ОПЛ.

В съвременното здравеопазване се утвърждава новият модел на сътрудничество и партньорство (взаимен или съпричастен модел). Проявява се в постоянна комуникация, взаимодействие и доверие между лекар и пациент. Този модел се основава на принципа за комуникация, поставяща в центъра пациента. Това означава пациентът да е активен участник и въвлечен в процеса собственото си лечение, да има чувство за лична отговорност и контрол над него, да е убеден, че чрез начинът си на живот ще влияе върху процеса на оздравяване. Следва да се признае обаче, че в българското здравеопазване този принцип продължава да остава главно на теория, но е рядкост в практиката и в ПМП [16, 24].

Комуникацията „лекар-пациент е в пряка зависимост от организацията на труда на ОПЛ. Трябва да се създадат сигурни организационни условия за достатъчно време са ефективна комуникация между лекар и пациент, за внимателно изслушване и анамнеза на пациента, за ясни указания относно лекарства и лечебен режим и т.н. [45] Лошата организация, липсата на медицинска сестра в лекарския кабинет и др. водят до редица пропуски в комуникацията "лекар-пациент", което е една от главните причини за много честата смяна на личните лекари от страна на пациентите.

2.5.4. Динамично наблюдение и грижи

Динамичното наблюдение е проблем изобщо на съвременното здравеопазване, но в дейността на личните лекари то има специфична важна роля. Динамичното наблюдение продължава да се подценява, то е в зависимост от редица много важни, но нерешени организационни проблеми, например, за

денонощния достъп до медицинска помощ. По закон общопрактикуващите лекари трябва да осигуряват (респективно да организират) постоянен денонощен достъп до медицинска помощ на задължително здравноосигурените лица. Но дискусиите по този проблем продължават. Независимо от това едно е безспорно: ОПЛ е отговорен за организиране на този денонощен достъп на своите пациенти и той следва да се интересува и постоянно да търси организационните форми за това чрез координация със звената на Спешна помощ, чрез дежурни денонощни кабинети в своята практика и др.

Сериозна бариера в тази насока е, че общата медицинска практика у нас е почти изцяло индивидуална, а груповите практики са минимален брой – под 10%.

Динамичното наблюдение на пациента е също пряко свързано и с проблемите за домашните посещения (тяхната организация), нуждата от домашен стационар, домашен патронаж и домашни грижи, които почти отсъстват в нашето реформирано здравеопазване.

2.5.5. Домашни посещения и домашни грижи

Редица анализи на наши автори показват, че има сериозен дефицит в дейността на ОПЛ по домашни посещения. Те рядко се отзовават при молба на пациенти за домашно посещение, независимо, че в редовния им график задължително има фиксирана подобна дейност между 2 и 3 часа.

Анализите на Б. Борисова, А. Янакиева и др. показват, че има дефицит на две важни дейности в ПМП: домашни посещения, домашен стационар и домашен патронаж. Домашният стационар може да бъде високо ефективен и да изиграе важна положителна роля по отношение достъпността и качеството на медицинската помощ, както и за намаляване нарастващите разходи за болнично лечение [14, 73].

Домашният медицински патронаж има добра традиция в нашата страна. Въпреки това той е неоправдано подценен, особено в публичния сектор. Дейността на „медицинския патронаж в домашни условия“ се състои от основни здравни грижи, допълнителни медицински услуги, домакинска работа и други. Те

могат да покриват от интензивно медицинско обслужване до грижи за онкоболни в домашна среда. Освен това са възможни и различни комбинации.

Анализът на А. Янакиева показва, че потребността от домашен патронаж е висока. Този тип услуга има комплексен медико-социален характер - включва както медицински грижи, така и социални услуги, подпомагащи пациентите при справяне с ежедневни дейности от бита [73].

Въпреки съществуващите законови уредби, правилници, организации и програми за откликване на здравните потребности на населението от услуги като домашния патронаж – медицински и социален, капацитетът на действащите институции в момента е абсолютно недостатъчен за обхващане на голяма група от нуждаещи се хора. Дейностите са недофинансирани и недостатъчни. Финансирането на отделни програми не е устойчиво и дългосрочно решение на проблема с потребностите на тези хора. Много повече трябва да се обърне внимание на въвеждане на специализирано звено за домашни грижи и по-специално за „медицински патронаж в домашни условия“. Недостатъчност на услугите в момента се изразява в непълното покритие на действащите организации и програми. На територията на страната остават пациенти, които нямат достъп до тази услуга.

Целенасоченото използване на добрите световни практики, доказали ефективността на този вид обслужване и неговата добра организация ще допринесе за намаляване разходите за болничен престой, намаляване на свръхоспитализацията и повишаване качеството на живот на пациентите.

Дейността на „медицинския патронаж в домашни условия“ се състои от основни здравни грижи, допълнителни медицински услуги, домакинска работа и други. Те могат да покриват от интензивно медицинско обслужване до грижи за онкоболни в домашна среда. Освен това са възможни и различни комбинации [69,74].

Неправителствените организации изпълняват ключова роля в осъществяването на принципите за демократично участие. Характерен белег, определящ облика на тези организации е тяхната независимост от държавния и от други обществени сектори. Освен независимост, неправителствените организации

притежават разнообразен и ценен опит в области, осигуряващи социално-надеждно устойчиво развитие на обществото (А. Янакиева). [73]

Българският Червен Кръст въвежда програмата “Домашни грижи” като интегриран модел за предоставяне на здравни грижи и социални услуги в дома на възрастни, хронично-болни и хора с увреждания. Този модел е базиран на опита на швейцарската асоциация „Шпитекс” и е успешно адаптиран към условията в България. Центърът за домашни грижи анализира и оценява потребностите на пациентите, провежда обучение на персонала, предоставя услугите и мониторира тяхното качество.

Същността на услугата „Домашни грижи” е в помощ на възрастни, хронично-болни и хора с трайни увреждания да преодолеят затрудненията си от здравословен характер и да допринесе за подобряване на техния психологически, социален и здравен статус. Услугата включва както медицински грижи (смяна на превръзки, следене на физиологичните показатели на пациента, контрол върху правилното и редовно приемане на медикаменти), така и социални услуги, подпомагащи пациентите при справяне с ежедневни дейности от бита (поддържане на хигиената в дома, хигиена на тялото, хранене, пазаруване, придружаване при консултативни прегледи и лабораторни изследвания или разходки) и др. Услугите се предоставят директно в дома на пациента, след извършване на индивидуална оценка на нуждите на всеки един от тях и при стриктно спазване на критерии за качество, изработени в рамките на Програмата „Домашни грижи".

Програми тип домашни грижи могат да въвеждат и други неправителствени организации. Досегашният скромен опит у нас показва, обаче, че този тип здравно-социални услуги се реализират извън всякакво внимание и интерес от страна на личните лекари.

Главният проблем ще бъде как да се постигне едно градивно партньорство за домашни грижи между ОПЛ и неправителствените организации в интерес на нуждаещите се пациенти.

2.5.6. Здравно възпитание и промоция на здравето

Редица публикации и анализи показват, че дейността на ОПЛ по здравно възпитание и промоция на здравето е минимална по обем, формална или липсваща [15, 40, 41, 46, 47].

Това не е в синхрон с общопризнатата приоритетна роля на стратегията за промоция на здравето, базирана на висока здрава култура и здравно поведение. Промоцията на здравето изисква да се реализира постоянно здравно възпитание на пациентите, което е особено важна функция на ОПЛ.

В контраст с тази постановка анализите на наши автори показват, че дейността по промоция на здравето в ПМП е силно подценена и формална с минимално отделено време в общия бюджет на времето на ОПЛ.

В работния график на ОПЛ е регламентирано специално време за профилактична дейност (здравно възпитание и промоция на здравето) и е неоправдано тя да бъде силно подценявана, дори игнорирана. Очевидно е необходим изчерпателен анализ на обема и структура на дейността на ОПЛ като условие за един системен компетентен мониторинг и контрол на тази дейност.

Важна насока в този мониторинг и контрол следва да бъде мениджмънтът на работното време на ОПЛ с оглед установяване на необходим адекватен баланс между чисто диагностично-лечебните дейности, здравното възпитание и промоция на здравето. В тази насока задължителен приоритетен контингент за здравно-възпитателната дейност на ОПЛ следва да бъдат учениците и подрастващите.

2.6. Роля на етичните комисии на БЛС за оценка удовлетвореността от медицинска помощ

Главната функция за етично регулиране на медицинската дейност е делегирана на БЛС чрез комисиите по професионална етика към лекарските колегии. Тяхната дейност се ръководи от Централната комисия по професионална етика към УС на БЛС. Заедно с тези структури съществува и Централната

комисия по етика към Министерския съвет по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

Наличието на тези етични комисии в нашата страна само по себе си е позитивен факт, но проблемът е, че тяхната дейност досега се подценява, тя е извън всякакви компетентни анализи и контрол. Съществуват изолирани най-общи впечатления за слаба и формална дейност на комисиите по етика към БЛС, но все още липсват конкретни публикации с анализи за тази дейност, базирани на ясна информация.

Проследяването работата на БЛС в тази област показва, че в дейността на етичните комисии изобщо липсва като обект на внимание удовлетвореността на пациентите от лекарската дейност. Вниманието на тези комисии е насочено само към фрапантни пропуски, инциденти и конфликти, които са станали обект на обществено мнение и на медиите. Самосезирането на тези комисии по етични проблеми е изключително рядко.

В тази насока заслужава внимание и да се цитира едно интервю на проф. В. Борисов по повод негова оставка през 2012 година като член на ръководния орган на БЛС – в знак на протест срещу неправилния стил на Управителния съвет на БЛС. В интервюто той дава интересно критично становище за дейността на етичните комисии. Според него Управителният съвет на БЛС нито веднъж не е обсъдил дейността на етичните комисии и изобщо няма информация каква е организацията им, какви са нерешените проблеми и техните причини. Официална обобщена информация и анализ на тези комисии изобщо липсва и досега.

Авторът подчертава: “БЛС мълчи или реагира много късно за някои фрапиращи обществото и гилдията събития, по които в медийното пространство се шуми дни наред. Типичен е примерът със смъртта на 4-годишното дете в ИСУЛ. Месеци наред няма официално становище на УС на БЛС по този казус, а същевременно професионалните права на един лекар бяха отнети за година. На въпроса защо е така, главният секретар на БЛС отговоря, че Столичната етична комисия все още нямала решение (6 месеца след събитието). Дали така се гради обществено и професионално доверие в съсловната организация на българските

лекари? И какво работи столичната етична комисия, щом по такъв вълнуващ въпрос за дълъг период тя няма позиция?”. [11]

Тези и други факти показват, че е очевидна належащата нужда от допълнителни по-обстойни анализи за функциите и дейността на етичните комисии към БЛС, за тяхната роля като етичен регулатор на лекарската дейност изобщо и в частност за оценка удовлетвореността от ОПЛ, която при всички случай е един безспорен достоверен индикатор за качество на дейността в първичната медицинска помощ.

2.7. Критична оценка Националната здравна стратегия 2014-2020 относно мястото и значимостта на ПМП като приоритет

Националната здравна стратегия 2014 - 2020 година е четвъртата поред национална здравна стратегия през годините на преход в България. В нея се обосновават и представят водещите национални приоритети в здравната система за следващия шестгодишен период.

Един от акцентите в тази стратегия е необходимостта от повишаване ефективността на извънболничната помощ и пренасочване на повече ресурси в този сектор, тъй като досега почти две трети от разходите за здравни услуги у нас са в болничния сектор. Също се предвиждат и някои нови подходи за разширяване ролята на извънболничната помощ с оглед намаляване на необоснованата и постоянно нарастваща свръххоспитализация на пациентите.

В тази насока се предвиждат следните организационни подходи:

- интегриране на услугите в извънболничната помощ и координация между отделните лечебни заведения с активно участие на общините;
- функционално изграждане на *„здравни центрове”,* включващи освен тесни специалисти и лекари от първичната медицинска помощ;
- медицински или диагностично-консултативни центрове с легла за кратковременно наблюдение и лечение;
- развитие на еднодневна хирургия
- филиали на Центъра за спешна медицинска помощ;

- повече специалисти по здравни грижи и социални работници в сферата на извънболничната медицинска помощ.

Тези подходи ще дадат възможност да се осъществява кратковременно наблюдение и лечение на пациенти с остро протичащи заболявания, в случаите, когато заболяването може да се овладее в рамките на 24 часа, както и поддържащо лечение и медико-социални грижи на пациенти с хронични заболявания в амбулаторни и домашни условия, което от своя страна ще доведе до чувствително намаляване на потребностите от хоспитализация в болници за активно лечение.

Тези форми на организация на медицинската помощ са особено подходящи в общини и населени места, в които няма функциониращи болнични заведения.

В Националната здравна стратегия 2014 - 2020 година е поставен акцент върху приоритета на първичната медицинска помощ и ключовата роля на общопрактикуващите лекари за реализирането на този приоритет [50].

Политиката за разширяване ролята на първичната медицинска помощ у нас изисква системно въвеждане на нова здравна култура, която, без да изключва тесния биомедицински подход за здравето и болестите, да се разпростре извън неговите граници чрез нарастването на инициативите за промоция на здравето посредством влияние върху околната среда и начина на живот. Но за съжаление именно тези въпроси не са засегнати достатъчно ясно в националната стратегия.

Недостатъчно е засегнат също въпросът за връзката между обществената ангажираност и личната отговорност, тъй като промоцията на здравето и здравната информираност ще накарат не малко хора да осъзнаят, че съвременният живот и околната среда носят рискове за здравето. Предвид нарастващата роля на гражданското общество, участието му в процеса на вземане на решения, свързани със здравето следва да се разширява [8, 12]. В националната здравна стратегия не е съобразен важният факт, че епизодичното лечение на заболяванията трябва да отстъпи своето място на интегрирания подход към здравните потребности на индивида, семейството и обществото. Социално ориентираната първична

фамилна медицинска помощ трябва да докаже, че може да спомогне за значително подобряване на здравето по един по-ефективен и ефикасен начин.

Проблемът за ефективната координация на ПМП с останалите сектори на здравната система не застъпен в тази стратегия. По този начин не се създава база за преодоляване изолацията на ОПЛ (регистрирани като ЕТ) от останалите сектори на националната здравна система.

Вниманието трябва да се съсредоточи върху начина, по който функционират индивидуалните и груповите практики за първична медицинска помощ. Концепцията за групови практики трябва да се наложи по начин, който да стимулира общопрактикуващите лекари да обединят своите усилия в контекста на провежданите политики за подобряване здравето на нацията, а не просто да работят под един покрив [10, 12].

Сериозно внимание трябва да се обърне на усвояването на знания и умения, които не са застъпени по подходящ начин в настоящите програми за университетско и следдипломно обучение. Ключовите инициативи в тази област трябва да бъдат насочени към осъвременено университетско обучение по проблемите на първичната медицинска помощ, специалната подготовка и непрекъсната квалификация на общопрактикуващите лекари и другите членове на екипите - медицински сестри, фелдшери, акушерки, социални работници и др.

В стратегията е посочена необходимостта бързо да се въвеждат нови нискоразходни технологии в първичната медицинска помощ: апаратно и медицинско оборудване за диагностика, медикаментозни и инструментални набори за медицинска помощ и др. Не е засегнат обаче въпросът за необходимия регулиран прием на пациентите от ОПЛ.

Изискването за споделянето на отговорностите между системата за първична медицинска помощ от една страна и лечебните заведения за специализирана извънболнична помощ и болниците от друга, ще продължава да нараства. А това означава, че ще са необходими интегрирани информационни системи, достъпни за общопрактикуващите лекари.

В някои региони на страната и включително Плевенска област е налице недостиг на общопрактикуващи лекари и това поставя населението от тези

региони в неравнопоставеност спрямо другите граждани в страната при достъпа им до здравни услуги в контекста на тяхната своевременност, достатъчност и качество. Това налага предоставяне на стимули за общопрактикуващи лекари, желаещи да работят в такива региони.

Независимо от посочените по-горе пропуски, в стратегията се предвиждат следните мерки за повишаване ефективността на първичната медицинска помощ, респ. дейността на ОПЛ:

• утвърждаване основната роля на общопрактикуващия лекар в комплексната грижа за опазване на здравето на индивида и семейството;

• разширяване на дейностите по промоция на здравето и здравна информираност като основен елемент на здравната грижа, предоставяна от ОПЛ;

• въвеждане на интегриран подход към здравните потребности на индивида, семейството и обществото - социално ориентирана първична медицинска помощ;

• въвеждане на нови нискоразходни технологии в подкрепа на първичната медицинска помощ: апаратно и биомедицинско оборудване за диагностика, медикаментозни и инструментални набори за първична медицинска помощ;

• концепцията за групови практики трябва да се наложи по начин, който да стимулира общопрактикуващите лекари да обединят своите усилия;

• осъвременено университетско обучение по проблемите на първичната медицинска помощ, специализирана подготовка и непрекъсната квалификация на общопрактикуващите лекари и другите членове на екипите, участващи в осъществяването на този вид помощ;

• предоставяне на стимули за общопрактикуващи лекари, желаещи да работят в неблагоприятни региони;

• интегриране на услугите в извънболничната помощ с активно участие на общините и функционалното изграждане на „здравни центрове", включващи лекари от първичната медицинска помощ, медицински или диагностично-консултативен център с легла за кратковременно наблюдение и лечение, филиал на Центъра за спешна медицинска помощ, специалисти по здравни грижи и социални работници;

• въвеждане на диагностични и терапевтични правила за дейностите, осъществявани от ОПЛ с оглед редуциране на излишни специализирани консултации и хоспитализации.

Тези безспорно полезни общи положения и подходи, обаче звучат само пожелателно, неконкретно и изолирано, тъй като в стратегията не са посочени пределно ясните пътища и ангажименти за реализацията им в обозрима перспектива.

В този общ контекст пред стратегическия здравен мениджмънт в България възниква задачата да анализира и обоснове по-конкретни мерки за реално осигуряване на приоритетното място и роля на общопрактикуващите лекари като ключова професионална група в националната здравна система, която може да допринесе за реални повишаване общите показатели на общественото здраве в нашата страна.

В тази насока ще е необходима и стратегическа преоценка на сегашното статукво на ОПЛ като изолиран самостоятелен ЕТ, чиято дейност не се анализира системно, в динамика от държавните здравни органи, а тази дейност е обект единствено на НЗОК при сключване на договори с ОПЛ, които договори обаче не почиват на детайлни критични анализи на неговата дейност като обем и качества и на сериозните организационни проблеми в общата медицинска практика.

3. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИКА

3.1. Цел

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

3.2. Задачи

На основата на тази цел бяха определени следните основни задачи:

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

3.3. Материали и методика на проучването

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

Обект и единици на наблюдение:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Време и място на наблюдението

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

Методи на проучването

За събиране на необходимата информация

Използвани са следните методи в дисертационния труд:

Социологически методи:

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

Методи за обработка на информацията:

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

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

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

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

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

4. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

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

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

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

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

- автономност;
- патернализъм.

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

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

Патернализмът се основава на идеята, че лекарят в сравнение с пациента притежава по-добрата проницателност по отношение на интересите на пациента и това се свързва със спецификата на неговите знания, както и с ограниченията, породени от болестните преживявания на пациента. Освен това професионалните отговорности на лекаря предполагат той да осъществява всичко полезно за здравето дори и тогава, когато то не се преценява като добро от самия пациент.

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

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

4.1.1. Етична рамка на здравната политика

В литературата все повече се анализира не здравна политика изобщо и абстрактно, а конкретно за етична здравна политика. Според известния национален експерт Ц. Воденичаров съвременната здравна политика включва следната етична рамка:

- Равнопоставеност и справедливост (обществото да получава здравни грижи от които се нуждае);
- Автономност (пациента има право да определи медицинските си услуги);
- Благополучие на пациента;
- Професионален интергритет (етични задължения на професионалистите) [26].

Ц. Воденичаров идентифицира четири базови принципа, които имат голямо значение при поставянето на приоритети в здравеопазването:

• безпристрастно лечение на хората;

• приоритет на най-уязвимите групи от населението;

• възможно най-голяма полза за общественото здраве;

• промоция на социалната полезност.

Познаването на основните етични ценности е от изключителна необходимост, за да се постигне успех на всяка една етична, устойчива и всестранна здравна реформа [24].

Предизвикателство пред здравните системи в развиващите се и в развитите страни е нарастващият недостиг на ресурси за задоволяване потребностите от здравни услуги. Възниква необходимост от решения за по-адекватно разпределение на оскъдните налични ресурси. Един от тях е оценката на здравните потребностите на населението - начален етап на планиране и определяне на приоритети между конкуриращи се потребности.

В тази насока М. Гърдева прави интересен анализ на етичните перспективи при оценка на потребностите от здравни услуги. Тя подчертава, че фундаментален принцип на медицинската етика е решенията в здравеопазването да водят до възможно най-голяма полза за отделния пациент, а основните съображения следва да бъдат повишаване на индивидуалното здраве и сигурност. Както е изразено в принципното морално право на философа Имануел Кант, към личността не следва да пристъпваме с други намерения освен и единствено като търсене на нейното реализиране [38].

От тази перспектива не трябва да се отказва лечение на пациент за постигане на друга цел освен повишаване на личната полза, не трябва дори да спестяваме ресурси за пациент с големи потребности или пациент с потенциал да получи големи здравни ползи от тези ресурси. Задължението за пълно задоволяване интересите на всеки пациент е подсилено от факта, че пациентите не притежават технически умения напълно да оценят лечебните опции за тях и трябва да делегират на здравните професионалисти да бъдат техни еднолични

представители. За здравните професионалисти да постъпват по друг начин е предателство към изконното човешко доверие [63].

Една причина за протест срещу промените в системата на предоставяне на здравни услуги през последните години изхожда от нарушаване принципа на абсолютното зачитане на автономията на пациента. Решенията по разпределянето на ресурсите често водят до предоставянето на услуги към една голяма популация или субпопулация от пациенти, но не и към специфични пациенти, общността на засегнатите лица.

Тъй като здравната система не може да посрещне потребностите и желанията на всеки индивидуално, нейна цел става максимизиране общата здравна полза за обществото в рамките на наличните ресурси. Тази цел неминуемо води до рестрикции на разходите за някои пациенти и лечения, тъй като повече здравни ползи могат да се получат от разходи за други лечения на други пациенти. Едно от ограниченията на утилитарния подход за най-голяма полза към най-голям брой пациенти е в това, че не осигурява справедливост при предоставяне на здравните ресурси на индивидуално ниво.

Тези етични съображения следва да залегнат в принципите на приоритизиране и разпределение на ресурсите. Приоритетите могат да варират според перспективата – на индивидуалния пациент и пациентски организации, на финансиращите фондове, на здравните специалисти. В страните, които прилагат моделите на планиране на здравните услуги, исторически се е утвърдил подходът на социалната справедливост на достъпа до публично финансирани здравни услуги, приоритизирани много по-често спрямо набор от морални принципи, отколкото спрямо пазара или въз основа на икономически подходи. Приоритизирането основано на принципи при взимане на решения се основава на набор от ценности и принципи, които са важни за обществото и в рамките на които се вземат решения.

Опити да се състави рамка на приоритизирането, основано на етични принципи, са правени в Швеция, Холандия, САЩ, Канада и Нова Зеландия [91, 122]. Съществуват различни начини за идентифициране на приоритетите и това най-често включва форми на рамкиране/подреждане. Могат да се използват

различни подходи и критерии при рамкиране на приоритетите, като място на здравния проблем (като болестност и заболеваемост), неговата тежест в смисъл на смъртност, наличие на ефективни интервенции, приложимост на ниво първична помощ (или други нива според скалата на оценяване), нивото на груповите интереси, разходите и наличните ресурси.

Решението за определяне на здравни приоритети и приоритизиране зависи до голяма степен от общия здравно-политически контекст [8]. Така например, тъй като средните разходи на глава от населението в страните от Източна Европа са недостатъчни за пълното заплащане и покриване на здравната помощ така, както е било в предишната държавна система и много разход-ефективни интервенции са пренебрегвани, недофинансирани или предоставяни при нисък стандарт, за подобряване на здравния статус тези интервенции трябва да бъдат с по-голям приоритет [136, 139, 143, 162, 164].

В процеса на приоритизиране и финансиране някои здравни услуги могат да бъдат изключени, съкратени или вътрешно прегрупирани за определен период.

Започналата през 2000 година реформа в българската здравеопазна система засегна в основи нейната структура и финансиране и постави остро въпроса за етичната страна при предоставянето на здравните услуги, породен от ограниченията на регулативните стандарти в извънболничната медицинска помощ, делегираните бюджети в болничната медицинска помощ, ограниченията на медицинските стандарти и клиничните пътеки с поставените условия за специалисти и апаратура, при което се стигна до тежък дисбаланс в предоставянето на здравни услуги в цели региони на страната.

В условията на силно ограничени финансови ресурси с бюджета на НЗОК се постига разпределение на ресурсите на утилитарен принцип – максимизиране на ползите за голям брой пациенти със стремеж към минимизиране на разходите. Здравните специалисти в извънболничната помощ – ОПЛ и специалисти, с рестриктивни регулативни стандарти поемат бремето на моралните решения между Кантианското индивидуално благо за отделния пациент и разпределение на публичния ресурс към по-широк кръг от пациенти с конкуриращи се потребности.

Възниква необходимост от регионални здравни политики, свързани с националната, които да акцентират на някои етични принципи в по-голяма степен, напр. принцип на по-справедливо разпределение ресурсите за посрещане на потребностите в отдалечение региони следва да има по-голям приоритет от максимизацията на ползата и минимизация на разходите [26, 32].

Оценката на потребностите от здравни услуги на национално и регионално ниво е ценен инструмент в условията на оскъдни ресурси при което се постига баланс между национални и местни интереси и гъвкаво прилагане на етичните принципи при разпределение на ресурсите. Оценката на здравните потребности е важна за правителства, здравни фондове, доставчици на здравни услуги и общността, така че потребността от здравни услуги трябва да се определи, предоставянето й да се съпостави с наличните ресурси и услугите да се внедрят и сведат до хората от общността.

4.1.2. Правата на пациента като европейска ценност

Необходимостта от регламентиране на правата на пациента е тясно свързана и произтича от по-широкото по съдържание разбиране на правото на автономия на личността като основно човешко право. В този контекст в изложението е посочено, че изискванията за защита на правата на пациентите.

Концепцията и движението за защита на правата на пациентите има за начало **Всеобщата декларация на човешките права (1948) и Европейската конвенция за човешките права (1950).** Същевременно, за права на пациента като специфични човешки права започва да се говори едва през последните няколко десетилетия. До към 70-те години отношенията между лекар и пациент се регламентират предимно от нормите на медицинската етика. В последвалия период фокусът се пренася върху правното регламентиране на тези отношения и проблемът започва да придобива международна значимост.

Първото международно събитие в тази сфера е Европейската консултация по правата на пациентите, свикана под егидата на Европейското бюро на СЗО в Амстердам**,** Холандия (1995 г.). Присъстват 60 представители от 36 страни членки. Целта на консултацията е да дефинира основните принципи и стратегии

за укрепване на правата на пациентите в контекста на здравната реформа, която се провежда в повечето европейски държави по това време.

Приема се **Декларация за правата на пациентите в Европа.** Тя не е загубила своята актуалност и до ден днешен и представлява една обща европейска рамка и база за действие.

Декларацията регламентира следните основни права на човека и ценности при грижа за здравето:

1. Уважение към личността;
2. Самоопределение;
3. Физическа и духовна неприкосновеност;
4. Уважение към моралните и културни ценности към индивида, както и към неговите философски и религиозни убеждения;
5. Закрила на здравето чрез предотвратяване на болести и стремеж към постигане на най-доброто за собственото си здравословно състояние.

В **стратегията на ЕК** за защита правата па пациента се формулират следните принципи:

- ❖ Зачитане на човешките права и ценности в здравеопазването:
- ❖ Право на уважение и зачитане на човешкото достойнство;
- ❖ Право на самоопределение;
- ❖ Право на гарантиране на физическата и психическа сигурност и безопасност;
- ❖ Право на уважение на личния живот и неприкосновеност;
- ❖ Право на зачитане на моралните, културни и религиозни ценности на пациента;
- ❖ Право на здравеопазване и превенция, т.н.

Правата на пациента като социално-етични принципи получиха изключителна актуалност след приемането на **Европейската харта** за правата на пациента [124]. В процеса на нашата здравна реформа с особена острота изникна проблемът за правата на пациента, които са важен етичен приоритет в съвременната здравна политика.

Справедливостта е един от аспектите на т.нар. *Харта на пациента*, съдържаща неотменимите му права, гарантирани като национални стандарти за качество в здравеопазната система на съответната страна.

Както подчертават, Ц. Воденичаров и С. Попова, правата на пациента са доста сложен комплекс от юридически норми и съответни етични принципи, отнасящи се до отделни пациенти или групи пациенти. Юридическата част на това понятие включва конституционни, административни и граждански права на пациентите, съществуващи както самостоятелно, така и като резултат или във връзка с конкретни задължения [25].

Както вече посочихме двата основни подхода: автономност и патернализъм в съвременните условия все повече се съчетават в един комплексен подход на партньорство между лекаря и пациента в цялостния диагностично-лечебен процес.

В различните Европейски страни теорията за правата на пациента има своите особености. В Дания, Финландия и Швеция в медицинското право е гарантирано правото на достъпа му до информация [145]. В страни като Германия, Великобритания, Холандия и САЩ принципът на организация на здравеопазването се осъществява чрез създаване на различни форми на конкуриращи се здравноосигурителни фондове и свободен избор на болница или лекар от пациента [127].

В някои страни като Унгария липсват определени права, но те се извеждат чрез тълкуване от конституцията. Конституционно регламентирани са правата на пациента в страни като Гърция, Латвия, Русия, Португалия, Холандия, Испания и др.

Първата Европейска страна приела закон за статута и правото на пациентите е Финландия.

В литературата се дискутират два типа права на пациента:

Общи права: право на медицинска помощ, право на информация, право на информирано съгласие, право на изпълнител на медицинска помощ, право на лична сигурност, право на тайна на пациента.

Специални права – правата на лицата при трансплантация и генно инженерство, права при репродуктивни технологии, права на психично болните, права при промяна на пола, право на достойна смърт и евтаназия [25].

У нас специално внимание на правата на пациента се отделя в **Закона за здравето.** В Чл. 81. (1) всеки български гражданин има право на достъпна медицинска помощ при условията и по реда на този закон и на Закона за здравното осигуряване.
(2) Правото на достъпна медицинска помощ се осъществява при прилагане на следните принципи:

1. Своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ;
2. Равнопоставеност при оказване на медицинската помощ с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година;
3. Сътрудничество, последователност и координираност на дейностите между лечебните заведения;
4. Зачитане правата на пациента.

В нашата страна регламентирането на правата на пациента в процеса на неговото здравно обслужване се дискутира през последните години и по този повод е приет от НЗОК Кодекс за правата на пациентите (1999), в който се регламентират следните аспекти: - правото на медицинска помощ; информирано съгласие за оказване на медицинска помощ; права на пациента при биомедицински изследвания; отговорност за спазване правата на пациента в ДКЦ и болница.

Според същият кодекс всички пациенти имат равни права и достъп до ползване на качествена медицинска помощ, да приемат или отказват лечение, след като получат достатъчно информация за естеството му и очаквания резултат.

Всички тези въпроси са все още предмет на дискусия. При обсъждането им е необходимо политическо, съсловно и обществено съгласие, за това как да бъдат решени в полза на обществото и индивида. Кои морални принципи, съдържащи се в техни отговори, могат да се регламентират като "юридически" права?

Според теорията на правото обществените отношения между субектите в обществото се регулират от държавата чрез конкретно правило, което съдържа условията и начина на осъществяване на отношението.

Това е начинът, по който наложил се морален принцип би могъл да се превърне в правна норма, скрепена с механизмите за изпълнението й, които осигурява държавата при създаването й. Историческото развитие на правото и биоетиката показват, че това е доста труден процес, свързан с национални традиции, с политическо влияние, с еволюция на човешката мисъл, с техническото развитие на обществото.

Основните неотменими права на пациента, са гарантирани като национални стандарти за качеството на здравеопазната система на всяка страна се съдържат в т.нар. харта на пациента.

Основната рамка на принципите за правата на пациентите в Европа са формулирани в Амстердам още през 1994 г. Най-обобщено те са следните:

1. Човешки права и ценности при здравните грижи

2. Право на информация относно здравния статус, предлаганите медицински процедури, потенциалните им рискове и полезността на всяка процедура.

3. Съгласие.

4. Конфиденциалност и тайна.

5. Грижи и лечение.

Съвременното здравно законодателство отделя важно място и на отговорностите на пациента към своето лично здраве и за здравето на обществото. Отговорността за здравето се отразява особено ясно в стратегията на СЗО за промоция на здравето, която се счита за новата парадигма на общественото здраве.

В България съгласно чл. 81 (1) на Закона за здравето всеки български гражданин има гарантирано право на достъпна медицинска помощ при условията и по реда на този закон и на Закона за здравното осигуряване.

Правото на достъпна медицинска помощ се осъществява при прилагане на следните принципи:

1. Своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ;

2. Равнопоставеност при оказване на медицинската помощ с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година;

3. Сътрудничество, последователност и координираност на дейностите между лечебните заведения;

4. Зачитане правата на пациента.

Европейската харта *за правата на пациентите включва следните елементи*:

1. Право на превантивни мерки. Всяко лице има право на подходящи услуги, предпазващи го от заболяване.

2. Право на достъп. Всяко лице има право на достъп до здравни услуги в съответствие със своите конкретни здравни нужди. Здравните услуги трябва да гарантират равен достъп за всеки, без каквато и да е дискриминация от гледна точка на финансови ресурси, местоживеене, пол, етнос, вид на заболяването или момент на достъпа.

3. Право на информация. Всяко лице има право на достъп до каквато и да е информация във връзка с неговото здравословно състояние, медицинските услуги и начина на тяхното прилагане, както и относно постиженията на научно-изследователския прогрес.

4. Право на съгласие. Всяко лице има право на достъп до всяка информация, която може да му позволи да участва активно във вземането на решения за неговото здраве; тази информация е предпоставка за всяка процедура и лечение, включително и за участие в научни изследвания.

5. Право на свободен избор. Всяко лице има право на свободен избор между различни лечения и изпълнители на медицинска помощ на базата на адекватна информация.

6. Право на тайна и конфиденциалност. Всяко лице има право на конфиденциалност по отношение на неговата лична информация, включително информацията за неговото здравословно състояние и за възможните диагностични или терапевтични процедури, както и на защита на личната му тайна по време на извършване на диагностични прегледи, посещения на специалисти и общо медицинско лечение/хирургически намеси. Всяко лице има право на свободен

избор между различни лечения и изпълнители на медицинска помощ на базата на адекватна информация.

7. Право на уважение към времето на пациента. Всяко лице има право да получи необходимото му лечение своевременно и в рамките на предварително установен срок. Това право е приложимо на всеки отделен етап на лечение.

8. Право на спазване на стандартите за качество. Всяко лице има право на достъп до висококачествени здравни услуги на основата на определяне и спазване на прецизни стандарти.

9. Право на безопасност. Всяко лице има право на защита от опасности, породени от лошо функциониращи здравни услуги, медицинска небрежност и грешки, както и право на достъп до здравни услуги и лечения, покриващи изискванията за висок стандарт на безопасност.

10. Право на иновации. Всяко лице има право на достъп до иновационни процедури, включително диагностични, в съответствие с международните стандарти, независимо от икономическите или финансови съображения.

11. Право на избягване на ненужно страдание и болка. Всяко лице, индивид има право да избягва, доколкото е възможно, страданието и болката във всяка фаза на заболяването си.

12. Право на индивидуално лечение. Всяко лице има право на диагностични или терапевтични програми за лечение, пригодени колкото е възможно повече към неговите лични потребности.

13. Право на жалване. В случай на понесени вреди всяко лице има право да подаде жалба и да получи отговор или друга обратна информация.

14. Право на обезщетение. Всяко лице има право на достатъчно обезщетение в рамките на разумен срок в случай на понесена физическа, морална или психологическа вреда, причинени от здравни услуги и лечение.

Познаването на правата и отговорностите за здравето е условие за осигуряване на прокламираната в много национални здравни реформи справедливост в здравното обслужване.

В България обстойното проучване на Ал. Памporов показва, че най-често се нарушават онези права, които произтичат от здравеопазването като „услуга“ –

персоналът е нелюбезен, хигиенните условия са лоши, а поради бюрократични пречки е затруднен достъпът до специалисти. От корупция се оплакват 15,7%. От данните на автора се вижда също така, че хората са неориентирани относно това, какъв е стандартът за медицинската услуга, която получават, т.е. какъв е продуктът на здравноосигурителната система, срещу който те плащат своите здравноосигурителни вноски. Това е проблем на отсъстващ външен контрол върху стандартите за обслужване в здравните заведения и изключване на пациентите/клиентите от преговорите за съдържанието на НРД, т.е. вземането на основни решения за това, на каква цена и какъв пакет от услуги те могат да очакват от системата, за която плащат [52].

Въпреки множеството посочени случаи на нарушени здравни права едва 7,1% от анкетираните са потърсили начин да защитят правата си. Оплакванията главно биват отправяни по компетентност към директора на съответното здравно заведение, към НЗОК или РЦЗ. Към търсене на правата си по съдебен път са се насочили едва 2,2% от всички, потърсили начин да защитят правата си. Това на практика означава, че едва 0,1% от българите в страната търсят защита на здравните си права в съда [52].

Тези обстоятелства показват необходимостта от динамично анализиране на информираността на пациентите за техните права в хода на провежданата здравна реформа. Това е необходимо за по-добро регулиране на процесите на промяната в здравеопазването.

Основните положения в Европейската харта за правата на пациента имат своята значимост и специфика в ПМП и следва внимателно да се анализира доколко те се ръководни принципи в ежедневната дейност на ОПЛ в България.

4.1.3. Етични перспективи при оценка на потребностите от здравни услуги

Стандартният рутинен подход за оценка и ранжиране значимостта на здравните потребности се базира главно на статистически и финансови критерии (статистика на регистрираната заболеваемост, ограничени ресурси и др.). Както вече посочихме липсва персоналният индивидуален подход, който да отчита

спецификата на здравните потребности на определени целеви и рискови контингенти от населението.

В този контекст справедливото разпределение на ресурсите има не само своите регионални принципи, но и все по-значими здравно-етични принципи.

М. Гърдева разглежда седем принципа при разпределение на ресурсите, които не могат да бъдат подредени йерархично и всеки един от тях може да бъде важен в контекста на оценяването на потребностите от здравни услуги – автономията на пациента и индивидуалните му потребности; включването на регионалната здравна мрежа от пациенти, здравни специалисти, здравни власти; максимизацията на ползата и минимизация на разходите; справедливост; отговорност на пациентите; иновации и маркетинг; професионална квалификация и умения на медицинските специалисти по региони [38].

Един от фундаменталните принципи на медицинската етика е, че решенията в здравеопазването трябва да водят до възможно най-голяма полза за отделния пациент, а основните съображения следва да бъдат повишаване на индивидуалното здраве и сигурност. В принципното морално право на класическия философ Имануел Кант към личността не следва да пристъпваме с други намерения, освен и единствено като търсене на нейното реализиране.

От тази перспектива не трябва да се отказва лечение на пациент за постигане на друга цел освен повишаване на личната полза, не трябва дори да спестяваме ресурси за пациент с големи потребности в сравнение с други пациенти. Този принципен императив към пациентите с най-тежка недееспособност и заболявания ни задължава напълно да посрещнем техните потребности, без компромис, независимо от високата цена, както бихме посрещнали потребностите на всички останали пациенти.

Етичното изискване за задоволяване потребностите на всеки пациент не би могло да се реализира спонтанно само по себе си, то трябва да бъде насочвано и подпомагано чрез консенсус в отношението „лекар-пациент” и на тази основа адекватна организация на дейността на ОПЛ здравните услуги на пациента с високо качество.

4.1.4. Информираният избор на ОПЛ като етичен проблем

Свободният избор на личен лекар, провъзгласен като едно от големите достойнства на нашата здравна реформа, сам по себе си не е гаранция за високо качество на здравни услуги. Изминалите 19 години от старта на тази реформа показаха, че изборът и смяната на личния лекар от страна на пациентите най-често е спонтанен, случаен и неостатъчно обоснован с конкретна информация за качествата на избрания личен лекар. Това така или иначе снижава ефективността на свободния избор на лекар и почти обезсмисля този свободен избор (В. Борисов, 2017). [9]

Основателно Ст. Гладилов и Н. Велева подчертават, че в здравеопазването съществува деформация в търсенето, породена от дефицит и асиметрия на информацията. Пациентът не е достатъчно информиран за състоянието си и не знае какви точно здравни услуги са му необходими. В същото време медицинските институции генерират нови потребности на лицето – предписват лекарства и медицински продукти, изпращат на изследвания [33].

Прекомерното необосновано и нерегулирано използване на направленията за тесен специалист, давани от ОПЛ на пациентите му, полипрагмазията в лекарственото потребление и необоснованите дублиращи се медико-диагностични изследвания в извънболничната помощ са рязко повишени в рамките на последните няколко години. Този процес не е намерил още своето компетентно експертно обяснение и официални анализи, но за всички е очевидно, че е налице ясна тенденция към свръхпотребление на здравни услуги [31, 32].

Това е тревожен индикатор както за ниска ефективност на здравната система, така и за неадекватно обществено съзнание и отношение към неадекватното потребление на медицински услуги и неоправдано високи здравни разходи.

Обективна е необходимостта от създаване система за информиран избор на личен лекар, която ще има двоен ефект: по-критично и по-прецизно обоснован избор на ОПЛ от страна на пациента и по-ясен, по-стабилен ангажимент и отговорности на ОПЛ спрямо избралите го пациенти.

4.2. Здравно-демографска характеристика на населението в изследвания регион

4.2.1. Лечебни и здравни заведения в област Плевен

По данни на НСИ на територията на България към 31.12. 2017 г. лечебните заведения за болнична помощ са общо 346 с (52 744 легла). За извънболнична помощ са 2 043 с (1 263 легла) и други лечебни и здравни заведения са 144 с (2 179 легла.)

На територията на **област Плевен** към 31. 12. 2017 г. лечебните заведения за болнична помощ са общо тринадесет (2 199 легла). От тях многопрофилните болници за активно лечение (МБАЛ) са 12 (2 163 легла); специализирани болници – една с 36 легла. Лечебните заведения за извънболнична помощ са 55 с 49 легла. От тях диагностично-консултативни центрове (ДКЦ) – седем с 26 легла; медицинските центрове (МЦ) - 22 с 23 легла; денталните центрове - един; медико-денталните центрове – един; самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории – 24; други лечебни и здравни заведения са седем с общо 232 легла.

Табл. 2. Лечебни и здравни заведения

ЛЕЧЕБНИ И ЗДРАВНИ ЗАВЕДЕНИЯ НА 31.12.2017 ГОДИНА		
Заведения	**Брой**	**Легла**
Лечебни заведения за болнична помощ	**346**	**52 744**
Болници	322	50 519
в това число:		
Многопрофилни болници	184	37 051
Специализирани болници	138	13 468
Центрове за кожно-венерически заболявания	5	50
Комплексни онкологични центрове	7	1 153
Центрове за психично здраве	12	1 022
Лечебни заведения за извънболнична помощ	**2 043**	**1 263**
Диагностично-консултативни центрове	112	297
Медицински центрове	716	905
Дентални центрове	55	18
Медико-дентални центрове	50	43
Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	1 110	-
Други лечебни и здравни заведения	**144**	**2 179**
в това число:		
Центрове за спешна медицинска помощ	27	-
Хосписи	47	1 143
Домове за медико-социални грижи за деца	16	1 034
Регионални здравни инспекции	28	-
Национални центрове без легла	5	-

Данни: НСИ

На територията на България в края на 2017 г. общо лекари с диплома са 30 078, лекари по дентална медицина 8 355 и специалистите по Здравни грижи 46 702 бр.

В края на 2017 г. в област Плевен броят на лекарите е 1 459; лекари по дентална медицина 195; медицински специалисти по "Здравни грижи" 2 146 бр., като от тях медицинските сестри са 1 421; акушерки 199 и 526 други специалисти.

На територията на Плевенска област през 2018 г. са регистрирани общо **116 ОПЛ** (таблица 2), от които преобладаваща част са на **индивидуална практика** и само 7 (6%) са регистрирани на групова практика.

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

Този много нисък процент на ОПЛ, работещи в групова практика, е негативен индикатор и фактор за организацията и мениджмънта на първичната медицинска помощ в нашата страна и не е в интерес на високото качество и ефективност на общата медицинска практика.

Прави впечатление невисокият процент на ОПЛ със специалност обща медицина. Регистрирани ОПЛ с две специалности в община Плевен са двадесет и пет, а в Белене един лекар. Доста неблагоприятна е и демографската структура на ОПЛ на територията на община Плевен работят ОПЛ на възраст над 60 г. (46 души); за община Белене един. На възрастова група от 50 – 60 години най - много са регистрирани в Плевен шестдесет и четири, Никопол седем и Белене пет. Във възрастовата група до четиридесет и четири няма регистрирани ОПЛ. Повече от очевиден е крайно ниският интерес и мотивация на млади лекари за работа в общата медицинска практика.

Табл. 3. Разпределение на ОПЛ по общини, брой по видове практики-индивидуални и групови.

Община	**2013**		**2014**		**2015**		**2016**		**2017**		**2018**	
	ИП	**ГП**	**ИП**	**ГП**	**ИП**	**ГП**	**ИП**	**ГП**	**ИП**	**ГП**	**ИП**	**ГП**
Белене	6		6		6		6		6		6	
Никопол	7		7		7		7		7		7	
Плевен	96	7	93	7	93	7	93	7	95	7	96	7

Съкращения: ИП –индивидуална практика
ГП – групова практика

Табл. 4. Разпределение на лекари-специалисти по общини за периода 2013 - 2018 г.

Община	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Белене	21	15	23	23	14	12
Никопол	15	15	15	15	15	14
Плевен	390	365	417	392	366	358

Разходите за заплащане дейността на ОПЛ за периода 2013 г. - 2017 г. в трите общини се повишава значително като най-високи се очертават за 2017 г.

Табл. 5. Разходи за заплащане дейността на ОПЛ по общини

Община	2013	2014	2015	2016	2017
Белене	251 289.69	257 404.33	263 586.85	264 236.07	280 284.39
Никопол	212 640.93	211 172.23	216 775.67	217 828.21	231 331.90
Плевен	3 454 333.71	3 484 746.55	3 632 435.16	3 662 698.59	3 900 762.25

По данни на РЗИ – Плевен пациенти с прекъснати здравноосигурителни права в гр. Белене и гр. Никопол са около 4 000 души, а за Плевен остават доста високи 24 828 души. [34]

Табл. 6. Пациенти с прекъснати здравноосигурителни права, осигуреност.

Община	Брой пациенти	Брой Неосигурени	Брой Осигурени
Белене	9 222	1 978	7 244
Никопол	7 586	1 806	5 780
Плевен	14 0754	24 828	115 926

4.2.2. Демографска характеристика в област Плевен

Здравето е свързвано с благосъстоянието на хората. Като основен проблем на медицинското обслужване се явяват демографските промени на населението, които настъпват като: раждаемост, плодовитост, смъртност, брачност, миграция и др. Характеристиката на населението се извършва чрез динамика и статистика на населението. Динамиката включва промени в резултат на естественото движение на населението (раждаемост и смъртност) и механичното движение на населението (емиграция и имиграция), продължителността на живот и други. Статистиката на населението включва броя и структурата на населението в даден момент, което води до по-високи потребности от здравни услуги [39, 49, 71, 72, 73, 78].

Демографското състояние на България е резултат от продължително действие на множество фактори и влияния свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни и със специфичните особености на историческото, икономическото и културно развитие на държавата. В резултат на растящата продължителност на живота социално значимите заболявания, високата заболеваемост и смъртност, както и на намаляващата раждаемост, делът на възрастните хора в Европа бързо расте. Прогнозите са, че до 2050 г. съотношението на хората на възраст над 65 години спрямо населението в активна работна възраст ще достигне 50% [79].

Към 31 декември 2017 г. населението на България е 7 050 034, което представлява 1.4% от населението на Европейския съюз. В сравнение с 2016 г. населението на страната намалява с 51 825 души. Основните характеристики на демографската ситуация през последните 20 години се характеризира с намаляване броя на населението, застаряването му, ниска раждаемост, нарастваща смъртност и отрицателно външно миграционно салдо, формирано предимно от млади хора.

Раждаемост и смъртност

Раждаемостта нараства с бавен темп след Втората световна война от 1950 – 1985 г. Най- висока е през 50-те години. През 1985 -1990 г. България преминава през период на ниски нива на раждаемост и смъртност, като прирастът на населението е нула в този момент. След 1990 г. намалява числеността на населението и раждаемостта става по-ниска от смъртността. Това оказва неблагоприятно въздействие върху общественото развитие, предоставянето и използването на здравни услуги, пенсионното осигуряване и др. В страни с ниски доходи на глава от населението раждаемостта е по-висока в сравнение със семейства с високи доходи на глава от населението. Според тази раждаемост се определя осигуряването на работна сила, пропорционално на групата в над трудоспособна възраст. В света по численост преобладава броя на жените с изключение на слабо развитите страни, поради висока майчина смъртност и висока смъртност при мъжете във всички възрастови групи и ниската средна продължителност на живот. През 2017 г. в България са регистрирани 63 955 живородени деца и в сравнение с предходната година броят им намалява с 1 029 деца. В област Плевен броят на рожданията са 1 389; момчета (704 броя) и момичета (685 броя). Умрелите през 2017 г. е 109 791 души, а коефициентът на обща смъртност - 15.5‰. Спрямо предходната година броят на умрелите се увеличава с 2 211.

Именно високата смъртност оказва най-силно влияние на финансовото състояние на здравната система [35, 36, 37, 39].

Върху демографското развитие на населението на област Плевен влияние оказват демографските процеси, които са характерни и общовалидни, както за развитите страни, така и за страните в преход. Това са процесите, свързани с намалената брачност, раждаемост и високите нива на смъртност и емиграция. Сериозно влияние върху тези процеси оказват урбанизацията, полово-възрастовата, етническа, религиозна и образователни структури на населението. През 2017 г. населението на област Плевен е 244 209 души; в община Плевен са 120 908; община Белене 8 734; община Никопол 8 123 души. За последните 13 години населението на област Плевен е намаляло с 20 194 души. Град Плевен е с

най-голям брой на населението 101 148 души и най-добро демографско състояние в сравнение с областите в Северозападния район на страната. Относително високите стойности на смъртността и невисоките стойности на раждаемостта водят до отрицателен естествен прираст за територията на област Плевен. Тази тенденция е характерна за цялата страна.

Относителният дял на възрастните хора /над 60 години/ през 2016 г. – 32.8%, леко увеличава нивата от предходните години /2014г. – 32.1% и 32.5% за 2015г./, т.е. тенденцията на демографско застаряване продължава [34].

Демографските последствия от войните, застаряването на населението, миграцията, раждаемостта и смъртността са основно демографско явление. Средната продължителност на предстоящия живот е индикатор, който ни дава най-голяма информация за оценка на общественото здраве. Средната продължителност на живота в страната запазва слабо изразена тенденция на нарастване и през последните пет години. Демографските процеси оказват силно влияние върху икономическата, социалната и образователната системи на обществото [7].

Заболеваемост и болестност

Обобщената оценка на болестността, заболяемостта и смъртността по причини за умирания показва, че основните проблеми на здравето на населението произтичат предимно от заболявания, свързани със застаряване на населението и с широкото разпространение на рисковите фактори, породени от стила на живот на населението.

Върху появата на рисковите фактори имат определено влияние икономическите и социални условия в страната и в частност – област Плевен. В това отношение трябва да се отбележат: безработицата, намаляването на доходите на голяма част от населението, влошената структура на разходите и потреблението. Други негативни фактори, свързани с начина на живот, са:

- поведенчески – тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и наркотични вещества, рисково сексуално поведение и т.н.;
- хранене – нерационално и небалансирано;

- психосоциален стрес.

Значителен интерес представляват и генетичните рискови фактори, както и артериалната хипертония, диабета, затлъстяването, които обуславят множество усложнения и последици. [34]

Миграция

Емиграцията оказва силен негативен ефект върху възпроизводството на населението. Все повече жени в родилна възраст емигрират и това води до понижаване равнището на потенциалната бъдеща раждаемост за много по-дълъг период от време, следващите 40-50 години. Мотивите за емиграция са свързани с осигуряване на трудова заетост, ниските доходите на глава от населението и жизнен стандарт, като се търсят по-добри възможности за живот. За периода до декември 2017 г. изнесени от страната са 31 586 при което се определя висок отрицателен механичен прираст.

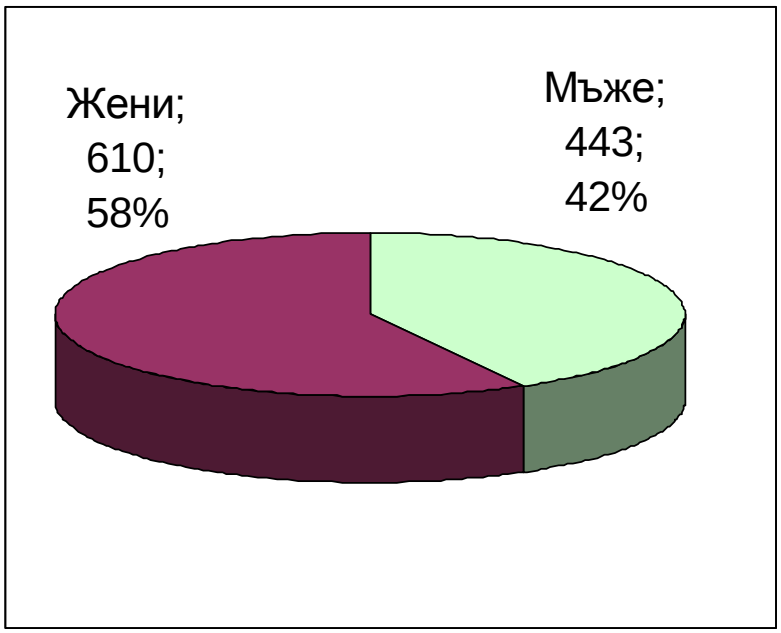
Очаква се до 2050 г. населението да намалее до 5.5 милиона според прогнозите на отдела за населението на ООН. Този спад е свързан с големи промени във възрастовата структура на населението, определяща се от основните тенденции в демографските процеси.

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

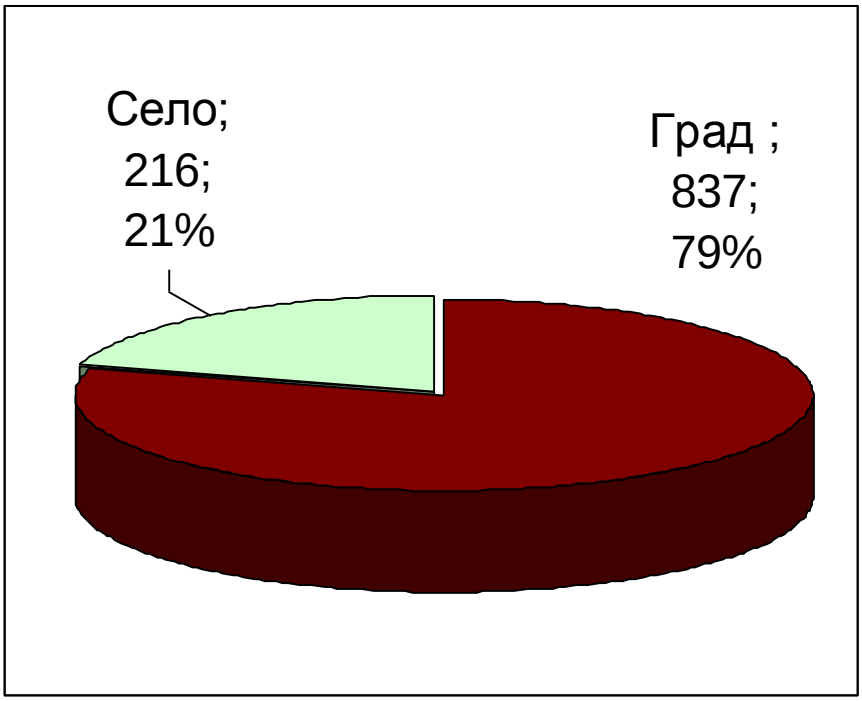
Анализът на резултатите от настоящето изследване се базира на обработената първична информация, събрана чрез анонимна индивидуална социологическа анкета на 1053 пациенти - селски и градски жители в Плевенска област. Следва да отбележим високият интерес на пациентите към въпросите от представената им анкетна карта, което бе условие за впечатляващото добросъвестно попълване на анкетната карта, за максимално откровени отговори на въпросите и съответно за максимално възможна достоверна първична информация.

4.3.1. Демографска характеристика на анкетираните лица

Разпределението на анкетираните лица по пол и местоживеене в Плевенска област е представено на (***фиг. 3 и фиг. 4***). Селските жители са значително по-малко - 21% от градските, което напълно съответства на общата демографска структура в областта.



Фиг.3. Структура на анкетираните лица по пол



Фиг.4. Структура на анкетираните лица по местоживеене

Повече от половината анкетирани (61,6%) са при един и същи личен лекар над 5 години, но и значителна част са от тях са под 5 години (48,4%), дори под 3 години (20,4%). Тези данни са в синхрон с данните от фигура 5 и говорят за доста честа динамична смяна на личните лекари от пациентите в изтеклият 18-годишен период след 2000 г., когато със старта на здравната реформа у нас за пръв път бе дадена възможност за свободен избор и за смяна на личен лекар от страна на пациентите.

Има минимално различие между селските и градските жители в динамиката на смяната на личния лекар с лека тенденция към по-честа смяна на лекаря при градските жители (***табл. 7; 7.1.;7.2***), но тази разлика е статистически незначима.

Табл. 7. От колко време сте при сегашния Ви личен лекар?

Отговори	**О б щ о**	
	Брой	**%**
От 1 година	76	7,2 %
От 3 години	139	13,2 %
От 5 години	154	14,6%
От повече от 5 години	684	61,6%
Всичко	1053	100,0

Табл. 7. 1. (в селата)

Отговори	**О б щ о**	
	Брой	**%**
От 1 година	16	7,4 %
От 3 години	33	15,2 %
От 5 години	35	16,3 %
От повече от 5 години	132	62,1 %
Всичко	216	100,0

Табл. 7. 2. (в градовете)

Отговори	О б щ о	
	Брой	%
От 1 година	60	7,2 %
От 3 години	106	12,7 %
От 5 години	119	14,2 %
От повече от 5 години	552	61,8%
Всичко	837	100,0

4.3.2. Честота и мотиви за смяна на общопрактикуващия лекар

Установява се, че огромен процент от анкетираните лица на територията на Плевенска област са сменяли своя личен лекар – почти четири пети (78,8%). Само 22,2% от анкетираните не са сменяли своя личен лекар.

Освен субективното удовлетворение на пациентите от личния лекар, съществува постоянна обективна причина за записване при нов личен лекар е именно смяната на местоживеенето – 19%.

Мотивите за смяна на личния лекар за разнообразни (***табл. 7***), но трите водещи мотива са:

- Дълго чакане пред кабинета - 30,2%
- Постоянна липса на направление за специалист – 11,7%
- Нежелание за разясняване на здравните ми проблеми – 6%

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

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

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

всъщност неумение на лекаря да обяснява, е изцяло комуникационен и етичен проблем на ОПЛ.

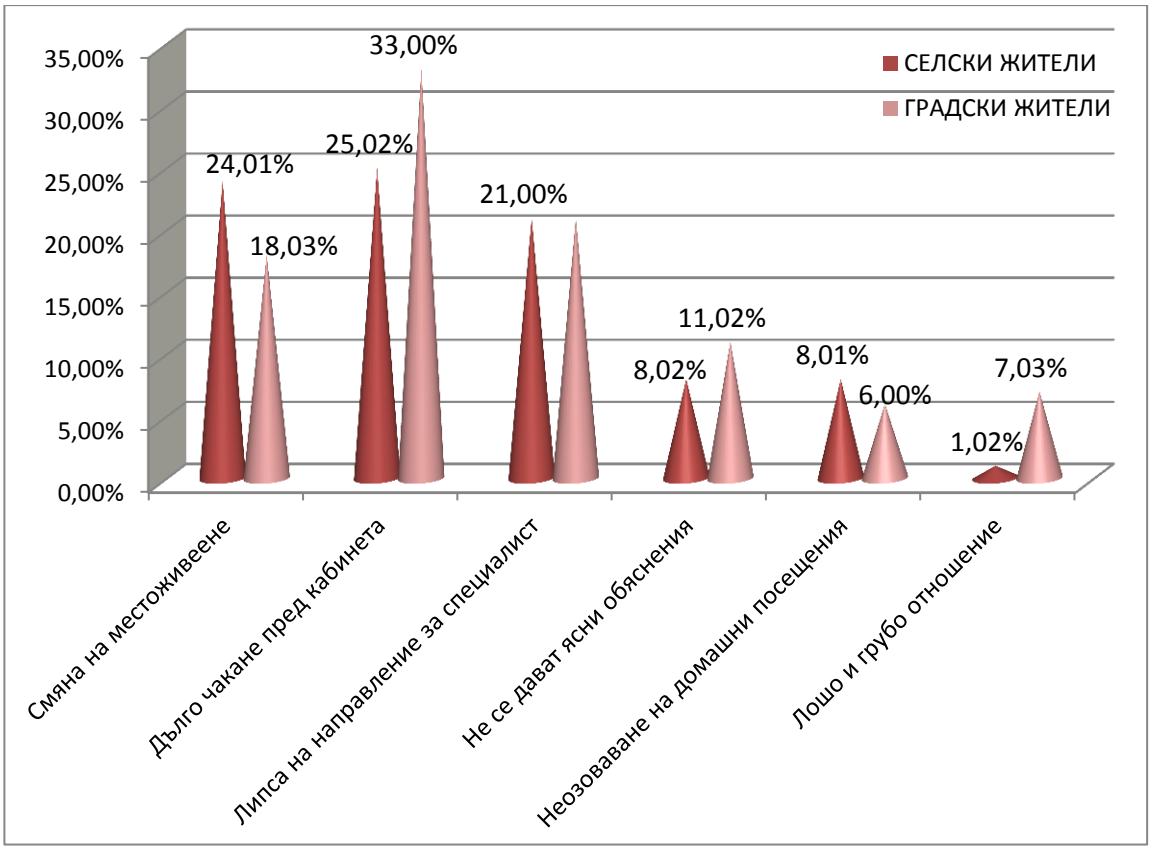
Има известна разлика в мотивите на селските и градски жители за смяна на личния лекар (***фиг. 4***). При селските жители сравнително по-чести мотиви за избор на нов личен лекар са смяната на местоживеенето и неотзоваването на повиквания за домашни посещения.

При градските жители сравнително по-чести мотиви за смяната на лекаря са по-дългото чакане пред кабинета на лекаря, лошо грубо отношение на лекаря и липса на ясни обяснения за здравните проблеми на пациента. При селските и градските жители е еднакъв процентът на „Липса на направления за специалист" като мотив за смяна на личния лекар.

Табл. 8. Мотиви за смяна на личния лекар

Отговори	**О б щ о**	
	Брой	**%**
Смяна на местожителство	201	19,0 %
Дълго чакане пред кабинета	318	**30,2 %**
Нежелание за разясняване на здравните ми проблеми	61	**6,0 %**
Неотзоваване на домашни посещения	36	3,5%
Постоянна липса на направление за специалист	119	**11,7%**
Лошо и грубо отношение	31	2,3%
Неповлияване от предписаното лечение	13	1,2%
Не съм доволен/а от здравното обслужване	44	4,0%
Не съм го сменял/а	233	22,2%
Всичко	1053	100,0

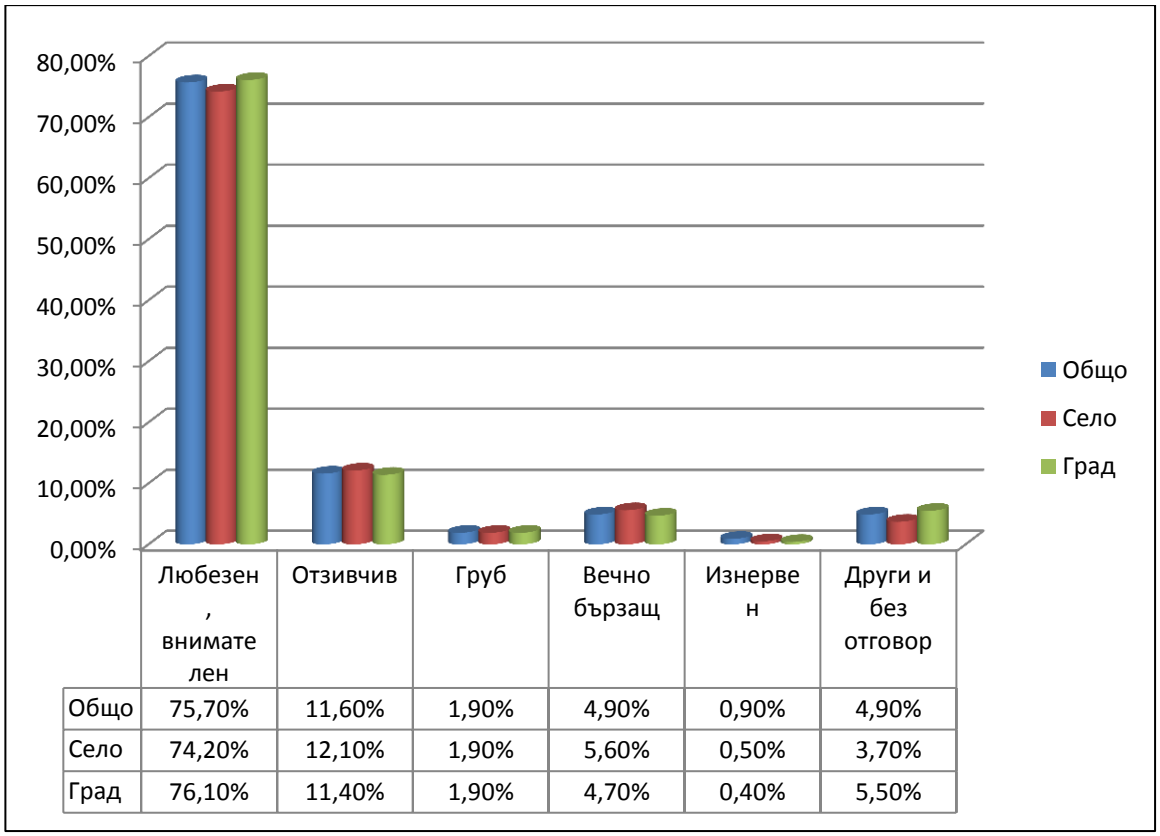
На ***(фиг. 5)*** представяме данни на селските и градските жители за мотивите за смяната на ОПЛ.



Фиг. 5. Мотиви на селски и градски жители за смяна на личния лекар (проценти)

В контекста на мотивите за смяна на личния лекар особено важно е да се анализира отношението на лекаря към пациентите.

Както личи от (***фиг. 6)*** по-голям процент от анкетираните пациенти оценяват позитивно отношението на личния лекар към тях. 12,6% от анкетираните оценяват своя личен лекар като груб, вечно бързащ, изнервен или изобщо не дават отговор.



	Любезен, внимателен	Отзивчив	Груб	Вечно бързащ	Изнервен	Други и без отговор
Общо	75,70%	11,60%	1,90%	4,90%	0,90%	4,90%
Село	74,20%	12,10%	1,90%	5,60%	0,50%	3,70%
Град	76,10%	11,40%	1,90%	4,70%	0,40%	5,50%

Фиг. 6. Отношение на личния лекар към пациента

4.3.3. Етични и социално-психологични проблеми в отношението „лекар-пациент“

Важен етичен и социално-психологичен проблем в отношението „лекар-пациент” е степента на доверието на пациента в лекаря. От данните на таблица 9 личи, че много голям процент от анкетираните имат доверие в своя личен лекар – пълно категорично доверие 49,6% и известно доверие (”по-скоро да”) 34,5%. Това е добър атестат на личните лекари в Плевенска област. Но същевременно 16% от анкетираните нямат достатъчно или изцяло нямат доверие в своя личен лекар, което е проблем в техните взаимни отношения с личния лекар, а същевременно е и индикатор за удовлетвореността на пациентите.

Табл. 9. Доверие на пациентите към личния лекар

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

Установява се известно различие в доверието на анкетираните селски и градски жители към личния лекар ***(табл. 10*** и ***табл. 10.1).*** Без достатъчно доверие в личния лекар по-висок процент имат селските жители (21,7%) в сравнение с градските жители (15,6%). Причината за тази разлика в доверието към личния лекар е комплексна, но най-вероятно тук има роля известна разлика в квалификацията на личните лекари в селата и в градовете.

Табл. 10. Доверие на пациентите към личния лекар по местожителство (Селски жители)

Отговори	О б щ о	
	Брой	%
Не	20	9,7 %
По-скоро не	25	12,0 %
По-скоро да	70	32,4 %
Да	101	45,8 %
Всичко	216	100,0

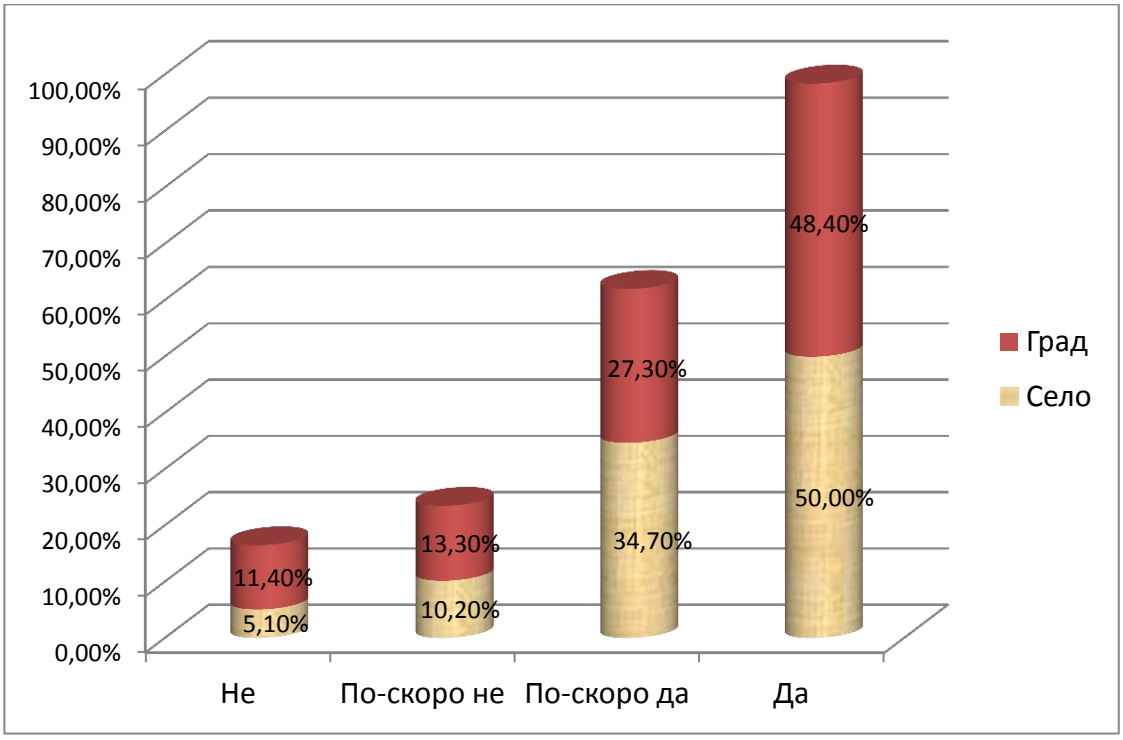
Табл. 10. 1. (Градски жители)

Отговори	О б щ о	
	Брой	%
Не	32	4,5 %
По-скоро не	92	11,1 %
По-скоро да	293	34,0%
Да	420	50,2%
Всичко	837	100,0

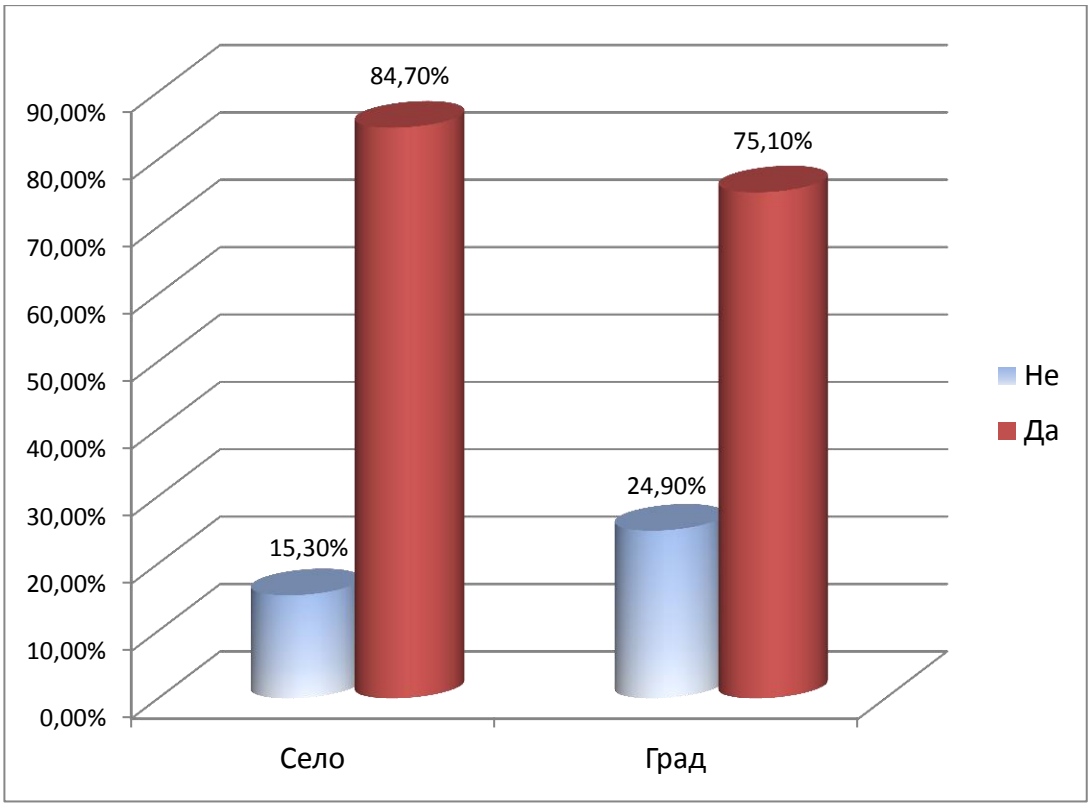
Личният лекар е не само специални клинични диагностично-лечебни функции, но и медико-социални. Познаването на социалните условия на живот на пациентите е фактор за по-точната диагноза на заболяванията и подходите за лечение и профилактика. В тази насока за анализа са интересни данните от (***фиг.*** 7.)

Вижда се, че в селата е по-висок процентът на личните лекари, които познават социално-битовите условия на своите пациенти (84,7%) в сравнение с градовете (75,1%)

Въпрос: Според Вас личния лекар познава ли вашите социално-битови условия на живот?



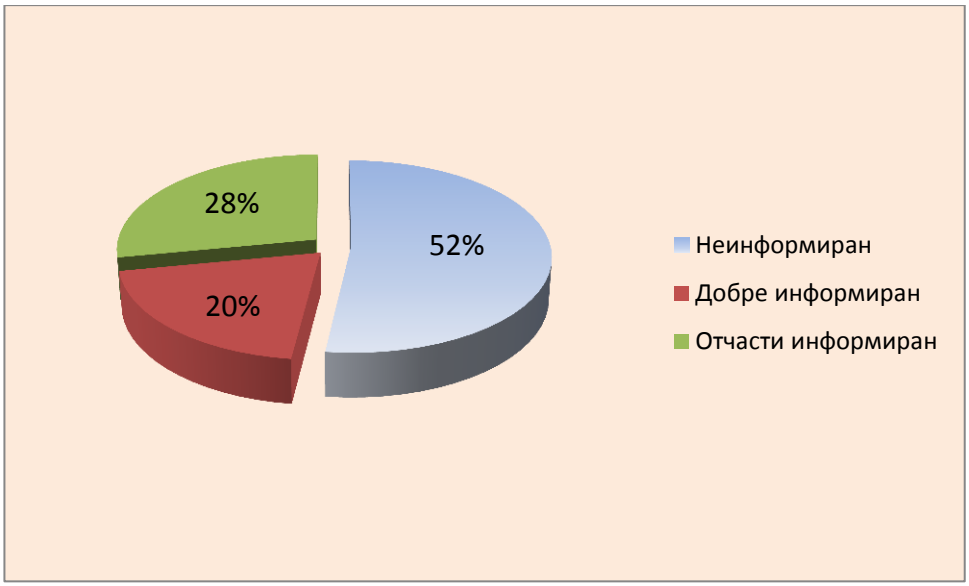
Фиг. 7. Информираност на личния лекар за социално-битовите условия на пациентите



Фиг. 8. Информираност на личния лекар за социално-битовите условия на пациентите (групирани данни)

Важен етичен и организационен проблем е информираността на пациентите относно техните права. Установява, че огромен процент от анкетираните лица са слабо или никак не са информирани за правата на пациентите. Добре информирани за правата на пациентите са само 20% от анкетираните лица, а повече от половината (52%) изобщо не са информирани по този въпрос. (***фиг.*** 9.*)*

Следва да отбележим, че информираността на пациентите относно правата им не е само техен личен проблем, а е и организационен проблем на самата здравна система и в частност на личните лекари.



Фиг. 9. Информираност за правата на пациента

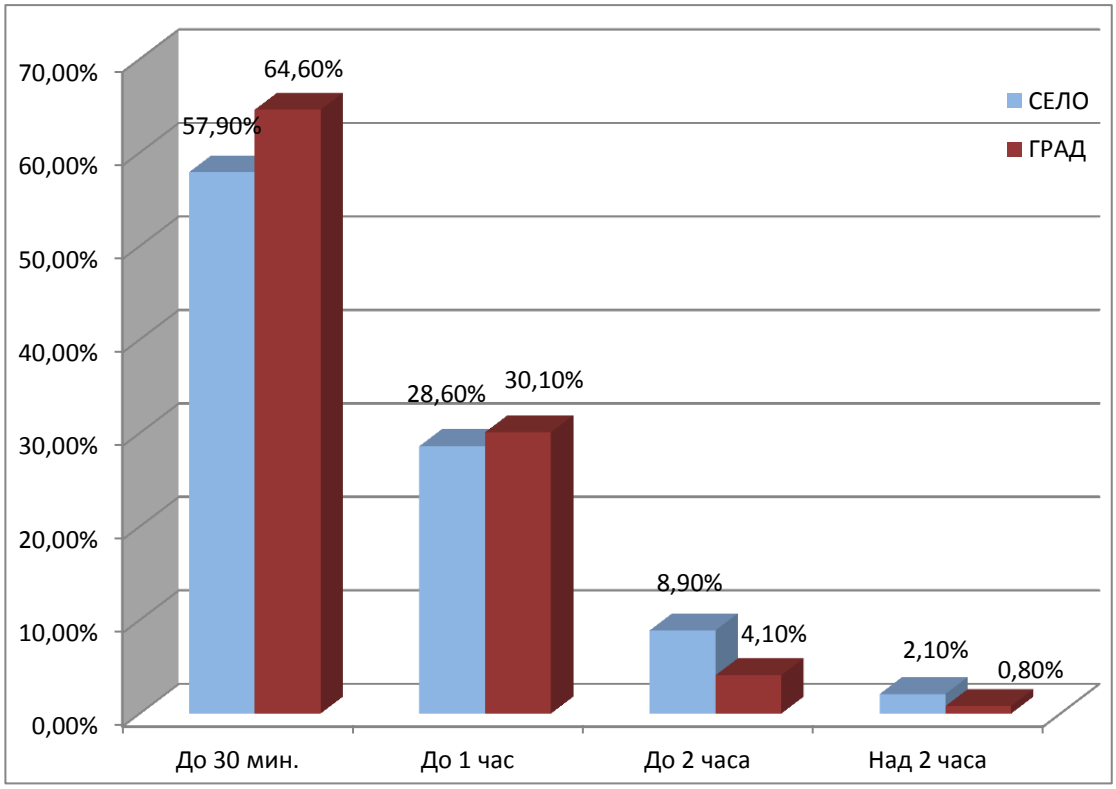
Важен критерий за организацията на приема на пациентите е тяхното време на чакане пред кабинета на лекаря. На (***табл. 11***) личи, че определен процент от анкетираните са чакали дълго време – два и повече часа (8,2%), което е крайно неприемлив факт за организацията на първичната медицинска помощ в региона.

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

Табл. 11. Колко време чакахте днес пред кабинета на лекаря?

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

Анализи на Р. Златанова, Б. Борисова и други автори също показват неоправдано дълго чакане пред лекарския кабинет, което води до значителна неудовлетвореност на пациентите. Основната причина за дългото чакане на пациентите пред лекарския кабинет е от **организационно естество** и по-специално продължаващата липса на регулиран прием на пациентите, метод, който е сравнително прост и се свежда до предварително определяне и записване на конкретен час за преглед на пациента. Регулираният прием има несъмнен позитивен ефект както за качеството на медицинската дейност на личния лекар, така и за постигане на оптимално отношение „лекар-пациент". Затова въвеждането на регулиран прием на пациентите в първичната медицинска помощ е една обективна необходимост.



Фиг. 10. Време на чакане пред кабинета на лекаря по местоживеене

Цитираните по-горе данни показват, че все още нерешен организационен проблем в общата медицинска практика е дълготрайното време за чакане на

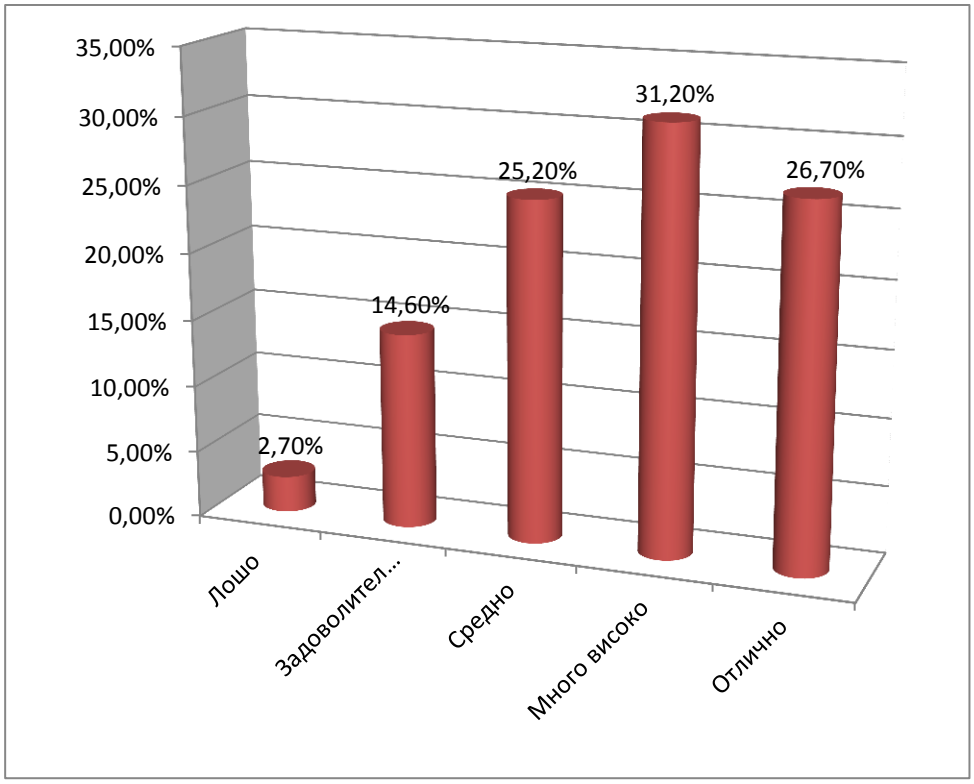
пациента пред кабинета на лекаря, което е по-изразено при селските жители. Главна причина за това е липсата на система за регулиран прием, който е сравнително прост, но ефективен механизъм.

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

В проведената от нас анкета в Плевенска област специален акцент бе даден на въпросите за удовлетвореността на пациентите от дейността на ОПЛ. Резултатът от отговорите на тези въпроси е представен на (***табл. 12*** и ***фиг. 11***). Данните показват сравнително добра удовлетвореност отличния лекар – само 10,1% отговарят че не са удовлетворени.

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

създаването на една по-рационална методология за провеждането на социологически анализи изобщо в областта на здравеопазването.

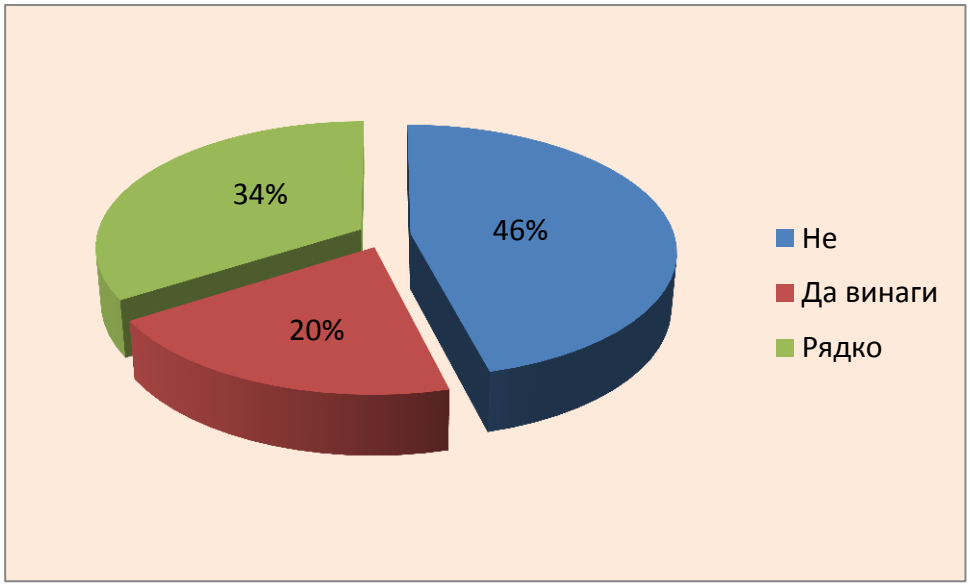


Фиг. 11. Оценка на медицинската помощ, осъществена от личен лекар

Табл. 12. Удовлетворен/а ли сте от личния Ви лекар?

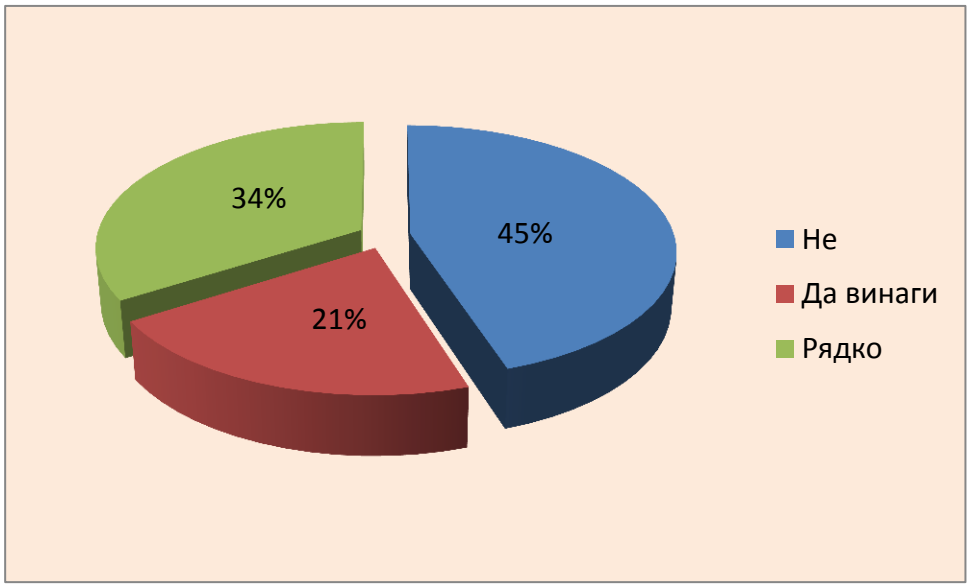
Отговори	Брой	%	P
Не	23	2,2 %	< 0,05
По-скоро не	83	7,9 %	< 0,01
По-скоро да	741	70,4 %	< 0,001
Да	206	19,5%	< 0,01
Всичко	1053	100,0	

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



Фиг. 12. Оценка на времето за разговор с пациента

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

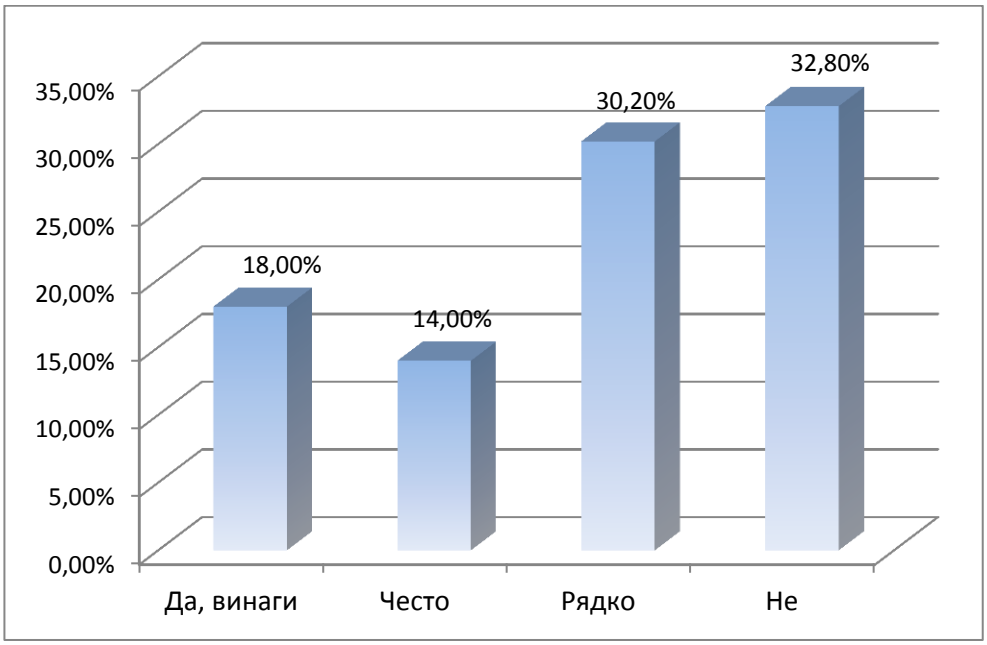


Фиг. 13. Оценка на обясненията, които лекарят дава на пациентите

Както личи от (***фиг. 12*** и ***13***), по-конкретните въпроси показват индиректно друга, доста по-ниска удовлетвореност на пациента от личния лекар по два важни критерия: отделеното време за разговор с пациента и обясненията,

които лекарят дава на пациента - най-общо това са комуникационни аспекти в отношението „лекар-пациент”.

Само една пета от анкетираните пациенти отговарят, че лекарят винаги отделя време за разговор и дава достатъчно разбираеми обяснения на пациента. По тези два критерия почти половината от анкетираните (46%) дават категоричен отрицателен отговор. Това е едно крайно неблагоприятно ниво на конкретната удовлетвореност на пациентите, която не съвпада с доста по-високата обща удовлетвореност, дадена в отговорите им на директно поставените им въпроси (***табл. 17***).



Фиг. 14. Съгласувано мнение с пациента и неговото информирано съгласие

В тази насока заслужават внимание данните на (***фиг. 14***). Вижда се, че рядко в дейността на ОПЛ се използва подходът за съгласувано мнение и информирано съгласие на пациента 32,8% от анкетираните отговарят с отрицателен отговор, а 30,2% с рядко, т.е. на практика не съществува реално феноменът партньорство между лекаря и пациента.

Индиректно за оценката на личния лекар от страна на пациента може да се съди по данните от (***табл. 13***). Най-голям процент пациенти при неотложна нужда биха потърсили спешна помощи и само 26% биха потърсили своя личен лекар.

Табл. 13. Ако имате неотложна нужда от медицинска помощ към кого бихте се обърнали директно?

Отговори	**О б щ о**	
	Брой	**%**
Спешна помощ	499	46,9%
Към ОПЛ	275	26,1%
Специалист	120	11,4%
Познат лекар със специалност	103	9,8%
Самолекувам се	59	5,6%
Всичко	1053	100,0

Пряка връзка с удовлетвореността на пациента има проблемът за лекарските пропуски и грешки. Този проблем понастоящем е особено актуаен и се дискутира активно в научната литература. Специално внимание заслужава мнението на анкетираните лица за причините на лекарски пропуски и грешки (***табл. 14***). Независимо от субективния характер на техните отговори, те дават полезна информация за анализ и изводи относно лекарските пропуски и грешки и тази информация заслужава специално внимание от страна на здравния мениджмънт и по-специално медицинския одит.

Анкетираните пациенти преценяват, че най-честите причини за допускани грешки и пропуски в дейността на ОПЛ се дължат на пет водещи причини:

1. недостатъчно внимание към пациента,
2. небрежно отношение,
3. слаба организация в дейността (често отсъствие на медицинска сестра и др.),
4. ниска квалификация,

5. преумора на лекаря.

Табл. 14. Мнение за причините на лекарски пропуски и грешки

Причина за грешки	1. Рядка	2.Почти рядка	3. Почти честа	4. Честа
Недостатъчно внимание	17	18	101	363
Небрежно отношение	21	22	123	427
Слаба организация	33	32	112	412
Преумора	7	18	99	209
Ниска квалификация	9	20	156	425

Забележка: на този въпрос само част от анкетираните са дали отговор, затова е даден само абсолютният брой на отговорите

За комуникацията на лекаря с пациента е от значение неговото умение и нагласа за съсредоточено слушане на оплакванията и проблемите на пациента. При всяко посещение на лекар пациентът очаква от него съчувствие, сърдечно отношение и внимателно слушане на оплакванията и проблемите, които вълнуват самия пациент. Затова много силно впечатление у пациента остава доколко внимателно слуша лекарят неговите проблеми и колко време отделя за разговор с пациента.

На (***фиг. 15***) личи, че много голям процент от анкетираните пациенти дават незадоволителна и отрицателна оценка на умението на лекаря да слуша внимателно оплакванията на пациента – близо половината от анкетираните преценяват, че лекарят не слуша внимателно оплакванията на пациента. Това е свидетелство за слаба комуникационна култура и умения на ОПЛ, която е важна не само в професионално-етичен, но и в организационен аспект.

Обобщено, данните от (***табл. 13, 14*** и ***фиг. 15***) свидетелстват за сериозни и принципни пропуски в отношението и комуникацията между лекаря и пациента.

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

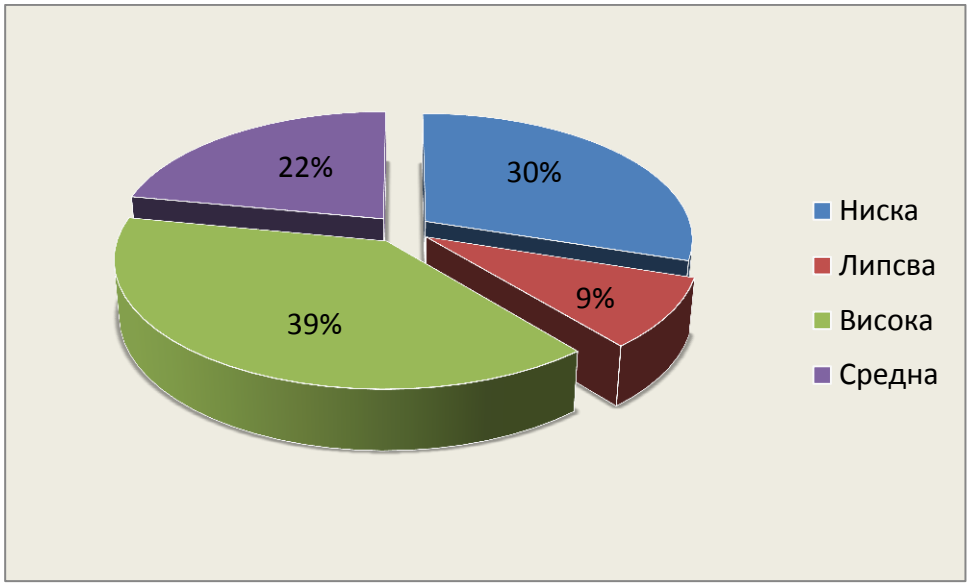


Фиг. 15. Степен на съсредоточено слушане на лекаря за проблемите на пациента

Представените данни на ***(фиг. 16)*** доста ясно показват незадоволителната оценка на анкетираните пациенти за отзивчивостта на техния ОПЛ. Повече от една трета - 39% считат, че тази отзивчивост е ниска или липсва. Този факт заслужава специално внимание и в известна степен дава по-достоверна информация за нивото на удовлетвореността на пациентите в сравнение с директния въпрос за удовлетвореност, който най-често използва при социологическите анкети.

Именно затова критерият **отзивчивост** на лекаря е много специфичен, чисто психологичен критерий и не трябва да се подценява субективен критерий при анализите на удовлетвореността на пациентите от медицинската помощ. Това е грешен подход, защото този критерий отразява в съзнанието на пациента важно хуманно качество на личния лекар и именно усетът на пациента за отзивчивост на лекаря често е решаващ за удовлетвореност и мотив за смяна на личния лекар с друг.

Въпрос: Как оценявате отзивчивостта на лекаря към вашите проблеми, въпроси и желания:



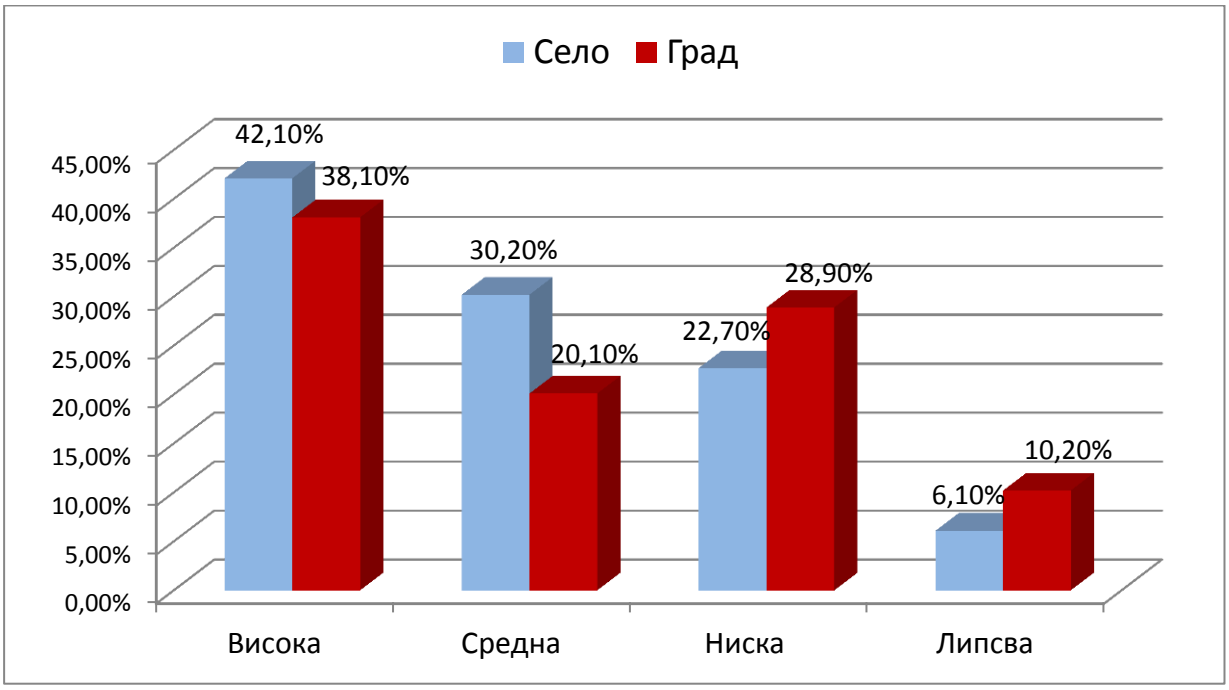
Фиг. 16. Оценка на отзивчивостта на личния лекар

Впечатлява разликата в оценката на отзивчивостта според **местоживеенето** – град или село (***фиг. 17***). Вижда се, че селските жители дават по-висок процент на отзивчивост от градските жители: висока и средна оценка на отзивчивостта общо при селските жители е 72,3% (при градските жители 58,2%), а ниска и липсваща отзивчивост при селските жители е 27,7% (при градските жители 41,8%).

Според нас два са факторите за тази разлика – от една страна, ОПЛ в селските условия е по-близко познат на своите пациенти, по-добре познава тяхното здравно състояние и конкретни битови условия на живот, а от друга страна, селските жители са по-малко взискателни, с по-малко претенции към своите лични лекари, тъй като при тях възможността за смяна на личните лекари е крайно минимизирана или въобще липсва (в едно село най-често има само един личен лекар и за свободен избор на личен лекар изобщо не може да се говори).

Отзивчивостта като феномен и като комуникационно умение е трудна за обективно оценяване, тя е предимно процес на междуличностно общуване и отношение. Затова за отзивчивостта може да се съди преди всичко по

субективното възприемане и оценка, в случая оценката на пациента. В този аспект считаме, че в провежданите социологически анкети за удовлетвореност на пациентите винаги трябва да присъстват и конкретни въпроси, касаещи мнението на тези пациенти за отзивчивостта на техните лекари.



Фиг. 17. Оценка на отзивчивостта на личния лекар според местоживеенето *(в проценти)*

Табл. 15. Бихте ли препоръчали Вашият личен лекар на близки и познати.

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

Данните от (***табл. 16***) показват отговори на индиректен въпрос-индикатор за удовлетвореността на пациентите от своя личен лекар и в този смисъл е допълват и дори коригират данните от (***фиг. 11***), които отразяват удовлетвореността по директен въпрос. Вижда се, че 16,1% не биха препоръчали своя личен лекар на други хора. В това отношение на сравнителната (***табл. 16***) личи известна разлика между отговорите за удовлетвореност по директен и индиректен въпрос. Това показва, че прецизната оценка на удовлетвореността на пациентите не е еднозначен въпрос, а следва да се установява и анализира чрез комбинация на директни и индиректни въпроси към анкетираните лица.

Както показват някои социологически анализи, анкетираните лица често отговарят на директните въпроси спонтанно без задълбочено осмисляне – това са въпроси от типа *„Доволен ли сте, или недоволен?”*. Затова чрез контролни въпроси по индиректен косвен път може да се получи по-достоверна информация относно оценки на анкетираните по различни въпроси. Този проблем е не само информативен, но има и методологично значение за получаването на достоверна първична информация и нейния анализ.

Същевременно това показва колко трудности има въпросът за достоверните откровени отговори и оценки на пациентите при директно задавани въпроси. Необходими са винаги и контролни индиректни въпроси, които допълват и уточняват получаваната информация. В тази насока данните от отговорите в нашата анкета са убедителни.

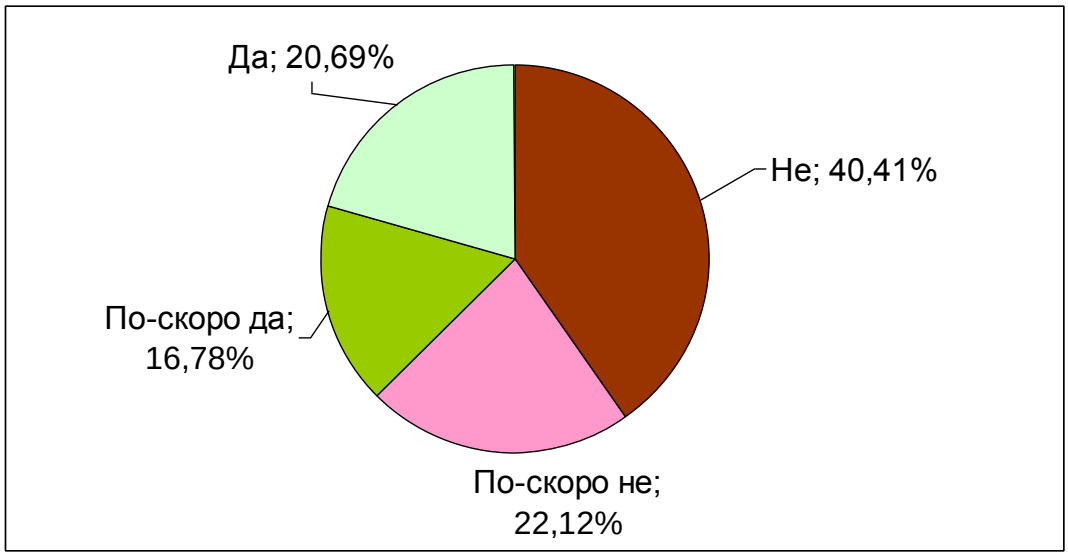
Табл. 16. Сравнителни данни за удовлетвореността по директен и индиректен въпрос

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

Интерес заслужава мнението на пациентите за въведената у нас след здравната реформа от 2000 година потребителска такса, която в организационен и етичен аспект продължава да е дискусионен проблем. Не е уточнена точно функцията на потребителската такса и няколкократно спорен проблем бе нейният размер. Според някои експерти тя е крайно неадекватна за здравния сектор, тъй като дори в автентичните търговски заведения (магазини и др.) няма потребителска такса. Според В. Борисов потребителската такса като факт в първичната медицинска помощ уронва престижа на личния лекар и **снижава доверието** на пациентите в него. Затова авторът категорично отрича необходимостта от потребителска такса [12].

Както личи на (***фиг. 18***), по-голяма част от анкетираните лица (62,3%) преценяват, че заплащането на потребителска такса не подобрява отношението на личния лекар към пациента, тъй като тя се възприема от медицинския персонал в общата практика като неоспорим задължителен акт.

Въпрос: Смятате ли, че със заплащане на потребителска такса отношението на личния лекар е по-добре?



Фиг. 18. Роля на потребителската такса за отношението на лекаря към пациента

В организационен аспект заслужава внимание дали по време на прегледа от страна на личния лекар **присъства медицинска сестра**. Този факт се отразява

също върху впечатленията на пациента за сериозността на медицинския преглед и съответно върху неговата удовлетвореност от посещението при лекаря.

Данните по този въпрос са отразени на таблица 17.

Табл. 17. Присъствие на медицинска сестра при прегледа на пациента

Присъствие на медицинска сестра	**Брой**	**Процент**
Не	219	20,8%
По-често не	57	5,4%
По-често да	99	9,4%
Да	678	64,4%
Всичко	1053	100%

Специален интерес заслужават препоръките, които в свободен отговор анкетираните лица дават за своите лични лекари. Препоръките на пациентите досега се подценяваха като критерий за организацията на медицинската помощ изобщо. Необходимо е това подценяване да се преодолее.

Техните препоръки са дадени на (***табл.*** **18**)

Както личи от представените данни, честите и най-съществените препоръки на пациентите към техните лични лекари са от етично, комуникационно и организационно естество.

По своя характер и значимост препоръките на пациентите към личния лекар могат да се ранжират в следния ред в пет групи:

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

5. Спазване на работния график (10,4%).

Табл. 18 . Основни препоръки на пациентите, адресирани до техния личен лекар

О т г о в о р и	**О б щ о**	
	Брой	**%**
Да спазва работния си график	97	10,4 %
Да дава направления при необходимост	109	11,7 %
Да е внимателен с пациентите и да си върши съвестно работата	194	20,9 %
Да изслушва по-добре оплакванията на пациента	124	13,3 %
Да проявява по-висока отзивчивост, главно при повикване за домашни посещения	134	14,4 %
Да работи с предварителни записвания и часове за пациентите	91	9,8 %
Да организира така дейността си, че да намали времето за чакане пред кабинета	181	19,4%
Всичко отговори	931	100,0

Забележка: Не всички анкетирани са дали отговори по този въпрос с препоръки, а някои са дали по две препоръки. Тук процентите са изчислени на база брой на отговорите-препоръки.

Препоръките на пациентите в (***табл. 18***) са конкретни и отразяват обективната нужда от съществени промени в подхода на личните лекари към пациентите, в комуникацията „лекар-пациент", както и нужда от съществено подобряване организацията на лекарския труд в интерес на пациента.

4.3.4. Сравнителен анализ на посещаемостта на пациентите в кабинета на личния лекар

В този раздел ще представим честотата на посещенията при личен лекар по два важни признака: местоживеене и наличие на хронично заболяване у пациентите.

Данните от таблица 18 показват честотата на посещенията за една година според местоживеене. Вижда се, че селските жители по-често са посещавали своя личен лекар, което се обяснява с неговата по-лесна достъпност за хората в селските населени места в сравнение с достъпността им до тесни специалисти.

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

Табл. 19. Честота на посещенията при личния лекар за една година по местоживеене

Въпрос: През последната година колко пъти сте посетили личния Ви лекар? ***(в селата)***

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

Табл. 19. 1. (в градовете)

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

Много интересни са данните за честотата на посещенията на пациентите при личен лекар според наличието на хронични заболявания (***табл. 20***). Вижда се, че при пациенти с хронично заболяване посещенията за значително по-чести (статистическа значимост на разликата при P<0,001).

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

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

Данните от (***табл. 20***) са показателни и говорят за необходимостта от нови организационни подходи и нормативни промени, гарантиращи такъв обем и структура в дейността на личните лекари, които да обхващат целия техен контингент от пациенти и непременно да включват реална ефективна профилактична дейност.

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

Табл. 20. Честота на посещенията при личния лекар в зависимост от наличие на хронично заболяване

(Пациенти с хронично заболяване)

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

Табл. 20. 1. (Пациенти без хронично заболяване)

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

Данните от (***табл. 19***) показват, че бюджетът на времето на всеки ОПЛ е зает преди всичко с посещения на хронично болни пациенти, което прави неговата дейност доста еднообразна. Същевременно този факт значително стеснява възможностите за другите функции на ОПЛ – профилактични, здравно-възпитателни, промоция на здравето и др.

Структура на посещаемостта на лекарския кабинет

Структурата на посещаемостта в кабинета на личния лекар по причини за посещенията е важен показател, който дава информация за структурата на дейностите на ОПЛ. На (***табл. 21***) са представени данни по какъв повод пациентите посещават лекарския кабинет.

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

Впечатляващо е, че сравнително нисък процент от посещенията на лекарския кабинет са поради заболяване – за селските жители 25,5%, а за градските жители 33,0%. Това означава, че огромната част от работното време на ОПЛ е заето не с диагностично-лечебна дейност при заболявания, а с други видове дейности – даване на направления за специалист, профилактични прегледи, изписване лекарства, документация и др. Очевидно е, че доста малък процент от общата дейност на личните лекари е посветена на диагностично-лечебна дейност, което

от своя страна влияе и повишава натовареността на другите сектори на извънболничната и болничната помощ. Неоправдано ограничената диагностично-лечебна дейност на личните лекари снижава ефективността им в края на краищата е един от факторите на установената през последните години свръхоспитализация в нашата страна. Възниква необходимостта от установяване на добре обосновани **стандарти** за структурата на дейността на ОПЛ.

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

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

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

Табл. 21. Структура на посещаемостта на пациентите в кабинета на ОПЛ (Селски жители)

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

Табл. 21. 1. (Градски жители)

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

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

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

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

ОБОБЩЕНИЕ

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

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

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

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

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

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

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



Фиг. 19. Комплексен подход за получаване на пълноценна информация за удовлетвореността на пациентите

На (***фиг. 19***) представяме образно този подход за получаване на по-широка пълноценна информация за реалната цялостна удовлетвореност на пациентите от техните лични лекари.

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

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

По критерия *препоръки* на пациентите се получава също ценна допълнителна информация за удовлетвореността от личните лекари.

Представените по-горе данни показват, че най-честите и най-съществените препоръки на пациентите към техните лични лекари са от етично, комуникационно и организационно естество.

Тези препоръки могат да се обобщят в пет групи:

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

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

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

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

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

ИЗВОДИ

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Установено бе и оценката на анкетираните пациенти от Плевенска област, че най-честите причини за допускани грешки и пропуски в дейността на ОПЛ се дължат на пет водещи причини: недостатъчно внимание към пациента, небрежно отношение, слаба организация в дейността (често отсъствие на

медицинска сестра и др.), ниска квалификация и преумора на лекаря. Това ранжиране от гледна точка на пациента е логично и показва, че в приоритетите на пациента водещи са социално-психологическите аспекти на взаимоотношението "лекар-пациент". Получените данни от анкетата отразяват, тяхното мнение и оценка на дейността на ОПЛ като социален процес, организацията, професионално-етичната и психо-социалната атмосфера.

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

ПРЕПОРЪКИ

В резултат от проучването могат да бъдат направени следните препоръки:

КЪМ МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

1. Преоценка и нормативна промяна на настоящото статукво на ОПЛ като изолиран самостоятелен едноличен търговец (ЕТ), чиято дейност досега не се анализира системно, в динамика от държавните здравни органи. Дейността на ОПЛ продължава да е обект на само на вниманието на НЗОК при сключване на договори с ОПЛ, които договори обаче не почиват на детайлни критични анализи на неговата дейност като обем, качество и нерешени сериозни организационни проблеми в общата медицинска практика.

2. Разширяване ролята на РЗИ в регулирането и контрола на общата медицинска чрез въвеждане на цялостна система за компетентен държавен управленски контрол върху дейността на ОПЛ, независимо, че те имат официален статус на еднолични търговци (ЕТ).

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

1.Създаване на система за информиран избор на личен лекар, която ще има двоен ефект: по-адекватно и по-критично обоснован избор на ОПЛ от страна на пациента и по-ясен, по-стабилен ангажимент и отговорности на ОПЛ спрямо избралите го пациенти.

2. Подобряване цялостната организация на труда на ОПЛ чрез въвеждане на регулираният прием на пациенти като средство за намаляване загубите на време за чакане пред лекарските кабинети.

3. Въвеждане на качествено нов подход в мениджмънта на времето в общата медицинска практика. Бюджетът на времето на ОПЛ следва отчетливо като свои задължителни елементи трите базови функции на ПМП – лечебна дейност, профилактична дейност и домашни посещения.

4. Комуникационната култура и умения на личния лекар изискват повишено внимание и трябва да бъдат признати и регламентирани като приоритетни негови професионални качества в неговата обща оценка. Липсата на тези умения снижава доверието на пациентите към отделния лекар, към медицината въобще и оттук стимулира самолечение, бягство към самозвани лечители и т. н.

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

КЪМ МЕДИЦИНСКИТЕ УНИВЕРСИТЕТИ

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

САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

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

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

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

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

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Алекова С, Петрова-Тачева В, Арнаудова З, Попов Б, Овчаров И. Компетенции в общата медицинска практика-анализ на международни проучвания. Medicine 2015, 5(1).
2. Александрова С. Етика и обществено здраве. В: Етиката в българското здравеопазване, Изд. "Симел", София, 2007, 333-346.
3. Александрова-Янкуловска С. Биоетика. Издателски център МУ-Плевен, Трето издание, 2016, 263.
4. Александрова-Янкуловска С. Биоетика. Издателски Център на МУ-Плевен 2010, 46-53.
5. Арнаудов Й, Дикова Кр. Здравни данни, здравна информация, здравни индикатори у нас и в ЕС. Социална медицина 2014, 1(1): 4-7.
6. Балканска П. Приложна психология в медицинската практика. София, Булвест 2000, 2009, 124-131.
7. Безруков В, Сачук Н. Материалы Второго съезда социальных гигиенистов и организаторов здравоохранения Украины. Киев, Ч.1, 1990, 42.
8. Борисов В. Здравен мениджмънт. (Азбука на здравния мениджмънт) 2017, с.125.
9. Борисов В. Мостовете между клиничната медицина и общественото здраве. Медицински меридиани 2017, 1, 3-11.
10. Борисов В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. 2006, с. 320.
11. Борисов, В. Накъде върви БЛС? – Медицинси меридиани, 2011, 3, 3-9.
12. Борисова Б, Златанова Р. Актуални управленски проблеми на извънболничната медицинска помощ. Здравна политика и мениджмънт. 2016, 3, 44-48.
13. Борисова Б. Извънболнична медицинска помощ – състояние, проблеми, тенденции, София, 2014, с.160.
14. Борисова Б. Извънболничната помощ – от подценявана към приоритетна. Медицински меридиани 2016, 1,17-24.

15. Борисова Б. Нови акценти на първичната медицинска помощ като фундаментална концепция и стратегия за действие. Медицински мениджмънт и здравна политика, 44, 2013, 1, 15-24.
16. Борисова Б. Оценка на дейността на ОПЛ чрез мнението на пациентите. Дисертация, 2013, с.162.
17. Борисова Б., Славчев С. Необходимост от системен подход към управлението на извънболничната медицинска помощ, Здравна политика и здравен мениджмънт, 2018,1.
18. Валентинова Ц, Горанов М. Общопрактикуващият лекар и оценката на неговите пациенти. - Обща медицина, том V, 2, 2003, 3-5.
19. Велков И. Балансирана система от показатели за управление на конкурентоспособността в здравеопазването. Иновативни стратегии за конкурентоспособен бизнес, 2015, 417.
20. Воденичаров Ц, Борисов В, Чамов К, Гладилов Ст. Модел за ефективно здравеопазване в България. Здравен мениджмънт, том 1, 5, 2005, 5-14.
21. Воденичаров Ц, Борисов В. Доброволно здравно осигуряване – стратегия на избора. София., 1999, с.150.
22. Воденичаров Ц, Гатева Л, Томова С. Медицинска етика и медицинско право. В: Ново обществено здравеопазване. София, Изд. Аквафикс ООД, 1998, 448-538.
23. Воденичаров Ц, Митова М, Гатева Л. Медицинска етика. София: Мнемозина, 1995.
24. Воденичаров Ц, Попова С, Медицинска етика, изд. „ЕкоПринт“, София, 2010, 1-145.
25. Воденичаров Ц, Попова С. Социална медицина, 2009, 5-121.
26. Воденичаров Ц. 10-те принципа на медика и мениджъра. Издателска къща"Симелпрес", София, 2010, с.140.
27. Воденичаров Ц. Нови акценти в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2001, 1, 2-3.

28. Воденичаров Ц., Борисов В. Феноменът обществено здраве в променящия се свята. 2017, с. 440.
29. Воденичарова А, Златанова-Георгиева Р, Янакиева А. Необходимост от етични норми в дейността на здравния мениджмънт. Здравна политика и здравен мениджмънт, 2017,1, 49 -50.
30. Воденичарова А. Съвременни предизвикателства пред професионалния здравен мениджмънт. Медицински меридиани, 2015, 2, 21.
31. Гладилов Ст, Делчева Е. Икономика на здравеопазването, Принцепс, С., 2009, 7-45.
32. Гладилов Ст, Делчева Е. Икономика на здравеопазването. София, 2000, 10-25.
33. Гладилов, Ст., Н. Велева. Търсене и предлагане в здравеопазването. Здравен мениджмънт, 2005, 3, 32-36.
34. Годишен отчет за работата на РЗИ– Плевен през 2016г. Министерство на здравеопазването регионална здравна инспекция – Плевен. Достъпен на:https://rzi-pleven.com/wp-content/uploads/2011/02/OTCHET-2016-RZI-Pleven.doc
35. Големанов Н. Далечни перспективи на смъртността по причини в България. Социална медицина, 7, 1999, (2), 16-19.
36. Големанов Н. Пол и смъртност (България, 1971-2000). София, Академично издателство "Проф. М. Дринов", 2001, 224.
37. Големанов Н. Прогнозиране на смъртността по причини. Списание на БАН, София, 2000, (4), 16-23.
38. Грънчарова Г, Александрова-Янкуловска С. Социална медицина. Шесто издание, Издателски център-МУ-Плевен, 2018, 12-16.
39. Гърдева, М. Етични проблеми при оценка на потребностите от здравни услуги и тяхното приоритизиране. Медицински Меридиани, 2013, 3, 31-35.
40. Дикова К. Лекари в системата на здравеопазването за периода 2005 - 2016г. Социална медицина, 2018, 1: 2-5.

41. Димитрова Д., Христов Ж, Иванова Н. Някои проблеми на достъпа на пациенти до първичната медицинска помощ. Обща медицина том VIII, 2006, 1, 14-20.
42. Димова А, Рохова М, Мутафова Е, Атанасова Е, Коева Ст, Пантели Д, ван Гинекен Е. България. Анализ на здравната система: 2012. Здравни системи в преход. Медицински университет – Варна, 2013, 201.
43. Докова К, Цветкова А, Иванов Ц. Визуализация на данни за здравето, осигуреността, достъпа и качеството на здравните услуги. Примерът на Норвегия. Социална медицина, 2018, (1): 33-36.
44. Дудевска Цв. Координация между специализираната болница и извънболничната медицинска помощ. Дисертация, 2016.
45. Енчев А. Към въпроса за естетичните, етичните и психосоциалните измерения на здравните услуги. Здравна политика и мениджмънт, 2015, 14, 4.
46. Златанова Т, Златанова-Великова Р. Първична извънболнична помощ-проблеми и перспективи. Издателство "Дидакта консулт", 2008, с. 211.
47. Златанова, Т., Р. Златанова-Великова. Оценка на комуникационните умения на ОПЛ. - Сп. Медицински меридиани, 2012, (1-2), 48-52.
48. Маринова Ю, Парашкевова-Симеонова Б. Общопрактикуващият лекар в здравната система–история, развитие и перспективи. Социална медицина, 2017, 1.3/4: 92.
49. Милева М. Демографски аспекти на медицинската помощ в дома, Из опита на здравните заведения, (2), София, 1987, 16-20.
50. Министерство на здравеопазването на република България национална здравна стратегия (2014-2020). Достъпно на: https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/06/26/proekt-nacionalna-zdravna-strategiq-2014-2020.pdf
51. Наредба № 2 от 25.03.2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, обн., ДВ, бр. 24 от 29.03.2016 г., в сила от 1.04.2016 г.

52. Пампоров, Ал. Основни нарушения на правата на пациентите – социологическа перспектива. В: Правни стандарти и способи за административна и съдебна защита на правата на ползвателите на здравни услуги. Институт Отворено общество, 2011, с. 85.
53. Парашкевова Б, Маринова Ю, Здравеска А, Костов К. Доверие, признание и престиж на професията – гледната точка на общопрактикуващите лекари. "Европейските етични стандарти и българската медицина", изд. Български лекарски съюз, проведена на 25-26 октомври 2013, 464-470.
54. Парашкевова Б, Маринова Ю, Чамова Г, Димитрова Св, Петрова Г. Продължителността на грижата в съвременната обща медицинска практика: рамка за измерване и възможности за приложение, Scripta Scientifica Medica, Medical University, Varna, volume 43 (7), 2011: 165-168.
55. Петрова З, Чамов К, Гладилов С. Качество в здравеопазването съвременни измерения и тенденции, Издава Хелт Медиа Груп, София 2008, с. 270.
56. Петрова, Зл., В. Младенова. Удовлетвореността на пациента от медицински услуги. – Здравен мениджмънт, 2003, 3, 11-15.
57. Петрова-Готова Ц. Някои аспекти на качеството в здравеопазването. Здравен мениджмънт, 2005, 5, 2, 25-28.
58. Пешева П, Мутафова М. Отношение на общопрактикуващите лекари в София към медицината базирана на доказателства. Медицински меридиани, 2013, 3,18-22.
59. Пешева П., Георгиева Е. Място и роля на базите от данни в общата медицинска практика. – Медицински меридиани, 2015, 2, 37-43.
60. Попиванов, Пл. Кризата в медицината е етична. – Медицински меридиани, 2017, 1, 51-55.
61. Попов М, Организация и управление на здравно-осигурителни фондове и каси. Стено, Варна, 2005.

62. Попова С и колектив. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството. Пловдив, ДС Гриф, 2001.
63. Попова, С. Социално-етични измерения на здравния мениджмънт. 2004, с.140.
64. Радева М. Етични и правни норми в медицината. Научни трудове на РУ, 2011, 50: 14-18.
65. Рахова М. Неравенства в използването на здравни услуги по видове населени места в България. Здравна икономика и мениджмънт, 2017, 63, 1.
66. Сиджимова Д, Щерева-Николова Н. Етични аспекти в прилагането на комуникационния микс в сферата на здравеопазването. "Европейските етични стандарти и българската медицина", изд. Български лекарски съюз, проведена на 25-26 октомври 2013, 278-282.
67. Солоухина Д, Георгиева Л. Необоснованост на хоспитализациите при възрастните пациенти. Социална медицина, 2010, 2-3, 48-52.
68. Стоилова, А.Б. Права на пациента – Европейска здравна харта. Дипломна работа, 2015.
69. Стоянова К. Значимостта на комуникативните умения на лекаря за работата му с пациента. Иновативни стратегии за конкурентоспособен бизнес, 2015, с. 503.
70. Христов Н. Качество на медицинската помощ в България. Дисертационен труд, София, 2014.
71. Щерева-Николова Н, Горанова-Спасова Р. Ръководство по медицинска етика, София, 2014, с. 168.
72. Щерева-Николова Н. Комуникацията и правото на информираност като основен компонент на информираното съгласие. Социална медицина, 2015, 1.2: 29-31.
73. Янакиева, А. Перспективи за домашни грижи в светлината да добрите световни практики. Медицински меридиани, 2013, 3, 3-9.

74. Янков Е, Стайкова Ж, Спиридонов Ст. Анализ на мнението на пациентите за комплексните дългосрочни грижи в България. Социална медицина, 2017, 1: 31-33.
75. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. British Journal of General Practice, 46, 1996, 601-605.
76. Ball LE, Barnes KA, Crossland L, Nicholson C, Jackson C. Questionnaires that measure the quality of relationships between patients and primary careproviders: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2018 Nov 19;18(1):866.
77. Bardfield J, Palumbo M, Geis M, Jasmin M, Bruce D. Agins. A National Organizational Assessment (NOA) to Build Sustainable Quality Management Programs in Low- and Middle-Income Countries, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2016, 42, 7, (325).
78. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Bruno R, Chung Y, Phillips RL Jr. Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. Ann Fam Med. 2018 Nov;16(6):492-497.
79. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. Oxford university press, 2013.
80. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. 4th Edition, New York/Oxford: Oxford University Press, 1989.
81. Bernhart HM, Wiadnyana IGP, Wihardjo H, Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. Social Science and Medicine 1999;48:989–99.
82. Bjørland E, Brekke M. What do patients bring up in consultations? Scand J Prim Health Care 2015; doi: 10.3109/02813432.2015.1067518.
83. Boerma W, van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. European GP Task Profile Study. Br J Gen Pract 1997; 47(421):481-486.
84. Bolanos-Carmona V. et al. Variations in health services utilization by primary care patients. Health Serv. Manage. Res., 15 2002, № 2, 116-125.

85. Borre H. Patient satisfaction. An attribute or indicator of quality of care? Quality review bulletin, 1978; 13: 108-8.
86. Brown T, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health. American Journal of Public Health, 2006, 96:1, 62-72.
87. Buja A, Toffanin R, Claus M, Ricciardi W, Damiani G, Baldo V, Ebell M. Developing a new clinical governance framework for chronic diseases in primary care: an umbrella review. BMJ Open. 2018 Jul 28;8(7):e020626.
88. Clearby P, McNeil B. Patient satisfaction as an indicator of quality of care. Inquiry, 1988; 25: 25-33.
89. De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. Lancet. 2003 Oct 18;362 (9392):1314-9.
90. DE Vibe M, et al. Ethics and holistic healthcare practice. 2009.
91. DeCamp M, Lehmann LS, Jaeel P, Horwitch C, ACP Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Ethical Obligations Regarding Short-Term Global Health Clinical Experiences: An American College of Physicians Position Paper. . Ann Intern Med. 2018 May 1;168(9):651-657.
92. Del Piccolo L. [Physician-patient interactions: a comparison of analysis systems]. Epidemiol Psichiatr Soc. 1998 Jan-Apr;7(1):52-67.
93. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care Milbank Q. 2005 Dec; 83(4): 691–729.
94. Ferrer R, Hambidge S, Maly R. The essential role of generalists in health care systems. Ann Intern Med 2005; 142(8):691-699.
95. Fugelli P. Trust — in general practice, British Journal of General Practice, 2001, 51, 575-579.
96. Gracia D. History of medical ethics. In: Ten Have, H. And B. Gordijn (eds.) Bioethics in a European perspective. Dordrecht/Boston/London: Kluwer academic Publishers, 2001, 17-50.
97. Gray D, et al. Towards a theory of continuity of care.J R Soc Med. 2003 Apr; 96(4): 160–166.

98. Groenewegen P, Dixon J, Boerma W. The regulatory environment of general practice: an international perspective. In: Saltman R, Busse R, Mossialos E, editors. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Buckingham: Open University Press; 2002. 200-214.
99. Grol R, Baker R, Roberts R, Booth B. Systems for quality improvement in general practice. European Journal for General Practice 1997; 3:65-68.
100. Health Council of the Netherlands. European primary care. 2004/20E, 1-120. 16-12-2004. The Hague, Health Council of the Netherlands.
101. Hekkert KD, Cihangir S, Kleefstra SM, Berg B, Kool RB. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. Soc Sci Med. 2009 Jul;69(1):68-75.
102. Hennen B. Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity. J Fam Pract 1975; 2(5):371-372.
103. Huibers L, Philips H, Giesen P, Remmen R, Christensen M, Bondevik G. EurOOHnet—the European research network for out-of-hours primary health care. European Journal of General Practice 2014, Vol. 20, No. 3: 229-232.
104. Iftikhar A, Nawas A, Shadiullah K, Habibullah K, Muhammad A, Muhammad H. (2011). PREDICTORS OF PATIENT SATISFACTION,Gomal Journal of Medical Sciences, Vol: 9, No. 2, pp.: 183-188.
105. Irwin R, Stokes T, Marshall T. Practice-level quality improvement interventions in primary care: a review of systematic reviews. Primary Health Care Research & Development 2015, 16, 06,(556).
106. ISO.ISO.8402 Standart.Geneva International Standards Organization.
107. Jankowska P, Jankowski K, Rudnicka-Drożak E. Expectations of patients towards general practitioners in Poland.Journal of Education, Health and Sport. 2018;8(8):606-614 DOI 10.5281/zenodo.1326373.
108. Kringos D, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC health services research, 2010, Mar 13;10:65.

109. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Pavlic DR, Svab I, Tedeschi P, Wilson A, Windak A, Dedeu T, Wilm S. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Fam Pract. 2010 Oct 27;11:81.
110. Kringos, D., WG. Boerma, A. Hutchinson, J. van der Zee Groenewegen PP.The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv Res. 2010 Mar 13;10:65.
111. Krztoń-Królewiecka A, Oleszczyk M, Schäfer W, Boerma W, Windak A. Quality of primary health care in Poland from the perspective of the physicians providing it. BMC Fam Pract. 2016; 17: 151.
112. Lember M. Revaluation of general practice/family medicine in the Estonian health care system. European Journal of General Practice 1996; 2:72-74.
113. Lidén J. The World Health Organization and Global Health Governance: post-1990. Public Health. 2014 Feb; 128(2):141-7.
114. Lionis C, Philalithis A. Patient satisfaction with medication: a challenge for primary health care. Family Practice 2008; 25: 319–320.
115. Lorig, K. Patient Education: A Practical Approach, 2011, p. 236.
116. Macinko J, Starfield B, and Erinosho T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. J Ambulatory Care Manage, Vol. 32, No. 2, pp. 150-171, 2009.
117. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003, 38: 831-865. 10.1111/1475-6773.00149.
118. Mahboub B, Mawasi A, Ali S, Spina C. Patients' satisfaction as a dimension of quality: a survey on outpatients' care in Dubai. Int J Health Care Qual Assur. 2018 Oct 8;31(8):1030-1043.
119. Mala Rao, Eva Pilot The missing link – the role of primary care in global health. Global Health Action Volume 7, 2014 - Issue s2: Special issue: Facets of Global Health.

120. Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A, Takala J, Kumpusalo E. Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish populationScand J Prim Health Care. 2007; 25(1): 27–32.
121. Marshall M, Mannion R, Nelson E, Davies H.Managing change in the culture of general practice: qualitative case studies in primary care trusts. – BMJ, 2003; 327:599.
122. McCullough LB. A basic concept in the clinical ethics of managed care: physicians and institutions as economically disciplined moral co-fiduciaries of populations of patients. J Med Philos. 1999 Feb;24(1):77-97.
123. McWhinney IR. Continuity of care in family practice. Part 2: implications of continuity. J Fam Pract. 1975 Oct;2(5):373-4.
124. Meier BM, Onzivu W. The evolution of human rights in World Health Organization policy and the future of human rights through global health governance. Public Health. 2014 Feb;128(2):179-87.
125. Mohan G, Nolan A, Lyons S. An investigation of the effect of accessibility to General Practitioner services on healthcare utilisation among older people. Soc Sci Med. 2018 Nov 16;220:254-263.
126. Mokrzycka A, et al. The 2014 primary health care reform in Poland: short term fixes instead of a long term strategy, Health Policy 2016, 1226–1232.
127. Mossialos E. "Citizens' Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union," Health Economics 6 , no. 2 (1997): 109 – 116 .
128. Murante Am, Seghieri C, Vainieri M, Schäfer W. Patient-perceived responsiveness of primary care systems across Europe and the relationship with the health expenditure and remuneration systems of primary care doctors. Soc Sci Med. 2017, 186:139-147.
129. Musa-Juroš K, Mijoč J, Horvat J, Ilakovac V, Marković S, Racz A. Measuring Healthcare Quality - Paradigm of Medqual. Send to Acta Clin Croat. 2018 Jun;57(2):235-242.

130. Oleszczyk M, Svab I, Seifert B, Krzton-Krolewiecka A, Windak A. Family medicine in post-communist Europe needs a boost. Exploring the position of family medicine in health care systems of Central and Eastern Europe and Russia. BMC Family Practice 2012; 13(1):15.
131. Ong. ML, Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. Soc Sci Med. 1995;40:903–918.
132. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Eval Program Plann. 1983;6(3-4):185-210.
133. Pearson D, Raeke L. Patients' trust in physicians: many theories, few measures and little data, Journal of General Internal. Medicine, 2000,15, 509-513.
134. Peter A. Singer, A. M. Viens. The Cambridge Textbook of Bioethics. Cambridge uniwersity press, 2008.
135. Rama M, Kanagaluru SK. A study on the satisfaction of patients with reference to hospital services. International Journal of Business Economics & Management Research, Vol.:1, NO. 3, 2011.
136. Rasanathan K, Villar Montesinos E, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary healthcare and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. Journal of Epidemiology and Community Health 2011; 65:656-660.
137. Rawaf S, DeMaeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. Lancet. 2008; DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61524-X:1 –3.
138. Rivers P, Glover S. Health care competition, strategic mission, and patient satisfaction: research model and propositions. Health Organ Manag. 2008; 22(6): 627–641.
139. Romaniuk P, Stromek A. The evolution of the health system outcomes in Central and Eastern Europe, and their association with social, economic and political factors : an analysis of 25 years of transition, BMC health services research, 2016, 16:95.

140. Ros C, Groenewegen P, Delnoij D. All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems. Health Policy 2000; 52(1):1-13.
141. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. Br J Gen Pract. 2011;61(582):e12–e21.
142. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, 2006, 245.
143. Saltman Richard B. Figueras J. Analyzing The Evidence On European Health Care Reforms: Experience in western European health care systems suggests lessons for reform in the United States, according to a major international comparison by the World Health Organization. Health affairs, 1998, 17.2: 85-108.
144. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Fam Pract 2006; 23(3):308-316.
145. Schoen C, et al. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. Health Affairs, 2009, 28.6: w1171-w1183.
146. Seifert B, Svab I, Madis T, Kersnik J, Windak A, Steflova A, Byma S: Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. Fam Pract 2008, 25(2):113–118.
147. Shirley ED, Sanders JO. Measuring Quality of Care with Patient Satisfaction Scores. J Bone Joint Surg Am. 2016 Oct 5;98(19):e83.
148. Shou-Hisa C, Ming-Chin Y, Tung-uang C. Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. International Journal for Quality in Health Care, Vol 2003;15(4):345-355 .10.1093.
149. Sixma H, et al. Quality of care from the patient's perspective – from a theoretical conspect to new measuring instruments. Health expectations, Vol. 1, 1998.

150. Smedley B, et al. Patient-provider communication: the effect of race and ethnicity on process and outcomes of healthcare. 2003.
151. Sprengel A, Kelley J. The ethics of caring: a basis for holistic care. J. Holistic Nurs 1992; 10(3):231-9.
152. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. Sep 2005; 83(3): 457–502.
153. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy. 2002 Jun;60(3):201-18.
154. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. Gac Sanit. 2012;26:20–26.
155. Starfield B. State of the art in research on equity in health. J Health Polit Policy Law 2006; 31(1):11-32.
156. Starfield, B. Primary Care. Balancing health needs, services and technology. New York, Oxford University Press, 1998.
157. Stepurko T, Pavlova M, Groot W. Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. BMC Health Serv Res. 2016; 16: 342.
158. Systems de management de la qualite – Exigenes (ISO 9001:2008) Comite Europien de normalization. Brussels. 2008.
159. The World Health Report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008.
160. Thom D, Hall M, Gregory Pawlson L. "Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care." Health affairs 23.4 (2004): 124-132.
161. Thomas P, Griffiths F, Kai J, O'Dwyer A. Networks for research in primary health care. Br Med J 2001, 322(7286):588–590.
162. Uwachofi A, Al-Assaf A. Health care market deviations from the ideal market, Sulten Qaboos Univ. Med. J., 2011 August, 11(3): 328-337.

163. Vuori H. Patient satisfaction--an attribute or indicator of the quality of care? QRB Qual Rev Bull. 1987 Mar;13(3):106-8.
164. Wagstaff A. et al. , “Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons,” Journal of Health Economics 11 , no. 3 (1992): 361 – 387.
165. Weel V, Rosser W. Improving health globally and the need for primary care research. Ann Fam Med 2004; 2 (suppl 2): S2–S64.
166. Weiner J, Starfield B. Measurement of the primary care roles of office-based physicians. Am J Public Health 1983; 73(6):666-671.
167. WHO global strategy on people-centered and integrated health services, World Health Organization (2015).http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/ Accessed 22 Jan 2017.
168. WHO Regional Office for Europe, 2011. http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/publications/2011/who-regional-office-for-europe-guidance-for-sentinel-influenza-surveillance-in-humans-2011
169. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept. Social Science and Medicine 1994;38(4):509–16.
170. World Bank. Review of experience of family medicine in Europe and Central Asia. Volume 1. 32354-ECA, 1-47. 2005. World Bank.
171. World Health Organization: The World Health Report 2008: primary health care now more than ever. 2008, Geneva, WHO.
172. Yarnold P, et al. Predicting patient satisfaction: a study of two emergency departments. J Behav Med, 1998; 21(6): 545-63.

Приложение № 1 .

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми госпожо/господине,

Настоящата анкета се провежда с цел набиране на емпирична информация за проучване на удовлетвореността Ви от здравното обслужване в първичната медицинска помощ (ПМП).

Резултатите от анкетата ще послужат само за анализ на проблемите и очакванията за подобряване организацията на първичната медицинска помощ.

Участието Ви е доброволно и анонимно.

Моля, отбележете с кръгче избраният от Вас отговор или впишете Вашето мнение в категория „други“.

1. Вашият пол е:
    1. Мъж
    2. Жена

2. Вашата възраст: …….

3. Вашето семейно положение:
    1. Семеен/а
    2. Несемеен/а
    3. Разведен/а
    4. Вдовец/а

4. Вашето образование:
    1. Начално
    2. Основно
    3. Средно
    4. Висше
    5. Без Образование

5. Населеното място в което живеете:
    1. Град
    2. Село

6. Заеманата от Вас работна позиция е:
    1. Учащ
    2. Работещ
    3. Безработен
    4. Пенсионер

7. Имате ли хронично заболяване?

1. Да
2. Не

8. От колко време сте при сегашния Ви личен лекар?

1. От 1 година
2. От 3 години
3. От 5 години
4. От повече от 5 години

9. Ако сте сменяли до сега личния Ви лекар определете причината, която е наложила тази смяна? (Може да дадете повече от 1 отговор):

1. Смяна на местожителство
2. Дълго чакане пред кабинета
3. Нежелание за разясняване на здравните ми проблеми
4. Неотзоваване на домашни посещения
5. Постоянна липса на направление за специалист
6. Лошо и грубо отношение
7. Неповлияване от предписаното лечение
8. Не съм доволен/а от здравното обслужване
9. Друго (отбележете конкретно какво)

…….
……..……

10. Посочете отношението на личния Ви лекар към Вас. (Може да дадете повече от 1 отговор):

1. Любезен
2. Внимателен
3. Отзивчив
4. Респектиращ
5. Груб
6. Антипатичен
7. Вечно Бързащ
8. Изнервен
9. Друго ……..……...……

11. Доверявате ли се напълно за всякакви здравословни и лични проблеми на Вашия личен лекар?

1. Не
2. По скоро не
3. По скоро да
4. Да

12. Личният Ви лекар спазва ли определения работен график?

1. Не
2. По скоро не
3. По скоро да
4. Да

13. При посещението Ви при личния лекар присъства ли медицинска сестра?

1. Не
2. По скоро не
3. По скоро да
4. Да

14. През последната година колко пъти сте посетили личния Ви лекар?

1. Един път
2. Два пъти
3. Три пъти
4. Три и повече пъти

15. Причината за Вашето посещение е била: (Може да дадете повече от 1 отговор)

1. Болест
2. Профилактичен преглед
3. Нужда от направление
4. Друга ……...……..

16. Личният лекар уведомява ли Ви за профилактичните медицински дейности, които Ви се полагат всяка година?

1. Не
2. По скоро не
3. По скоро да
4. Да

17. Личният лекар дава ли Ви направление за специалист?

1. Не
2. По скоро не
3. По скоро да
4. Да

18. Личният лекар информира ли Ви подробно за Вашето заболяването?

1. Не
2. По скоро не
3. По скоро да
4. Да

19. Колко време чакахте днес пред кабинета на лекаря?

1. До 15 минути
2. До 30 минути
3. Около 1 час
4. Около 2 часа
5. Повече от 2 часа

20. Според Вас личният лекар познава ли вашите социално-битови условия на живот?
    1. Не
    2. По скоро не
    3. По скоро да
    4. Да

21. Каква е причината за посещението Ви днес в кабинета на личния лекар?
    1. Заболяване
    2. Профилактичен преглед
    3. Нужда от направление
    4. Имунизация
    5. Изписване на лекарства
    6. Друга ……

22. Ако имате спешна медицинска нужда към кого бихте се обърнали за помощ?
    1. Бърза помощ
    2. Към ОПЛ
    3. Специалист
    4. Познат лекар със специалност
    5. Самолекувам се

23. Как оценявате медицинската помощ, осъществена от Вашия личен лекар?
    1. Лошо
    2. Задоволително
    3. Средно
    4. Много Високо
    5. Отлично

24. Отделя ли лекарят достатъчно време за разговор с вас:
    1. Да, винаги
    2. Рядко, понякога
    3. Не

25. Дава ли ви лекарят достатъчно разбираеми обяснения за вашия здравен проблем и ясни указания относно лечението и режима:
    1. Да, винаги
    2. Рядко, понякога
    3. Не

26. Преди да Ви окаже някакъв вид медицинска помощ лекарят иска ли вашето мнение и съгласие:
    1. Да, винаги
    2. Да, често
    3. Да, рядко
    4. Не

27. Ако в дейността на Вашия личен лекар се случват някои грешки и пропуски на какво се дължат те?

Дайте със знак „V” оценката си за причината на грешките в 4 степени - 1 най-рядка причина до 4 най-честа причина:

Причини за грешки	1. Рядка	2. Почти рядка	3. Почти честа	4. Честа
Недостатъчно внимание				
Небрежно отношение				
Слаба организация				
Преумора на лекаря				
Ниска квалификация				

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

1. Да
2. По-скоро да
3. По-скоро не

29. Как оценявате отзивчивостта на лекаря към вашите проблеми, въпроси и желания:

1. Висока
2. Средна
3. Ниска
4. Липсва

30. В каква степен сте информиран/а за правата на пациента?

1. Добре информиран
2. Отчасти информиран
3. Неинформиран

31. Смятате ли, че със заплащане на потребителска такса отношението на личния лекар към пациента става по-добро?

1. Не
2. По скоро не
3. По скоро да
4. Да

32. Бихте ли препоръчали Вашия личен лекар на близки и познати?

1. Не
2. По скоро не
3. По скоро да
4. Да. Удовлетворен/а ли сте от личния Ви лекар?
1. Силно неудовлетворен
2. Неудовлетворен
3. Удовлетворен
4. Силно удовлетворен

33. Удовлетворен/а ли сте от личния Ви лекар?

1. Силно неудовлетворен
2. Неудовлетворен
3. Удовлетворен
4. Силно удовлетворен

34. Бихте ли дали препоръки относно работата на Вашия личен лекар?

……..……
……..…

35. Как самооценявате здравословното си състояние?

1. Влошено
2. Задоволително
3. Добро
4. Много добро
5. Отлично

Благодарим за отзивчивостта!