
МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

МАРКЕТИНГ НА ДЕЙНОСТТА „МЕДИЦИНСКИ
ПАТРОНАЖ В ДОМАШНИ УСЛОВИЯ”
НА АС. АНТОНИЯ ЙОРДАНОВА ЯНАКИЕВА

АВТОРЕФЕРАТ
на дисертационен труд
за присъждане на образователна и научна степен
“Доктор”

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”
Научна специалност: „Социална медицина и организация на здравеопазването и
фармацията”

Научен ръководител:
Проф.д-р Стефан Несторов Гладилов, дм

Научно жури:
1. проф. д-р Стефан Несторов Гладилов, дм – научен ръководител
2. доц. Магдалена Банчева Александрова, дм
3. проф. Евгения Иванова Делчева, ди
4. проф. д-р Невяна Георгиева Фесчиева, дм
5. проф. д-р Миладин Александров Апостолов, дмн

Официални рецензенти :
1. доц. Магдалена Банчева Александрова, дм
3. проф. Евгения Иванова Делчева, ди

Защита на 29.05.2012г. от 13.00

София, 2012

Дисертационният труд е написан на 165 страници и включва 80 оригинални фигури. Използвани са 93 литературни източника, от които 50 на латиница. Във връзка с дисертационния труд са публикувани 4 статии

Дисертационният труд е разгледан и одобрен от катедрен съвет на Катедрата по Здравна политика и мениджмънт и Катедрата по икономика на здравеопазването на Факултет по обществено здраве при Медицински университет – София.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 29.05.2012 г. от 13:00 часа, в зала №7 на Факултет по обществено здраве на МУ – София (гр. София, ул. Бяло море №8).

Материалите по защитата са на разположение във Факултет по обществено здраве и са публикувани на интернет страницата на МУ София

Номерацията на фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

Съдържание

Въведение	1
Цел, задачи и методика на дисертационния труд	3
Резултати и обсъждане Анализ на данните от проучването на лежащо болни пациенти	5
Анализ на данните от проучване на мнението на медицинските специалисти	12
Изводи	30
Препоръки	32
Приноси на дисертационния труд	34
Публикации във връзка с дисертационния труд	35
Цитирания на дисертационния труд	36

Въведение

Влошената национална икономическа среда поставя съвременното българско здравеопазване пред нуждата от нови стратегии за справяне с амплитудата на изразходвания ресурс и получения резултат. Здравно-демографското състояние на населението се е изменило през последните години, като наблюдаваните характеристики са застаряване на населението, хронична заболяемост и инвалидност, които са предпоставка за стремглаво увеличаване на разходите за лекуване и поддържане на здравното състояние на хората. Липсата и недостигът на подходящи здравни заведения за долекуване и постоянни грижи поставя предизвикателства пред българското здравеопазване. Проблемите, свързани с намаляване на медицинския пресонал (недостиг на медицински сестри, лекари, рехабилитатори и т.н.), особено в малките и отдалечени населени места, ограничава достъпа до медицинска помощ и качеството на здравните услуги на нуждаещите се в тези райони пациенти.

В съвременните условия на здравно-демографска и икономическа криза, съчетани с продължаваща реформа и неефективност на здравната система, се изостря необходимостта от въвеждането на алтернативни методи за задоволяване на здравните потребности на населението в страната. Такава алтернатива е услугата „медицински патронаж в домашни условия“. Тя ще осигури грижи с по-голяма достъпност и качество, както и по-високо качество на живот на голяма група от българската популация.

Адекватното полагане на грижи и тяхното обезпечаване за нуждаещите се хора представлява голямо предизвикателство за нашата обществена система. Последователното развитие на социалната и здравноосигурителната система е от съществена необходимост, т. к. в бъдеще ще нараства мястото на проблематиката във връзка с потребността от полагане на грижи в домашни условия. Едно сравнение на възрастовата структура на населението на Република България през последните десетилетия показва значителни различия. Заедно с относителното намаляване на младите хора прави впечатление значително нарастване на по-възрастните хора, особено на възрастовата група над 70 години. Такова развитие се нарича демографско застаряване. Изследвания сочат, че съществува висока корелация между относителната честота от потребност от грижи и възрастта. Въз основа на показаното демографско развитие необходимостта от грижи в бъдеще ще нараства.

Услугата „медицински патронаж в домашни условия“ представлява основни медицински грижи, грижи за болни, респ. за деца, за възрастни и стари хора и психиатрични грижи. Тя се извършва в домашна среда или на територията на пребиваването на болния. Дейността се делегира от съответния лекар – специалист, по негово предписание и под негово наблюдение.

В настоящата научна разработка се разглежда обстойно този въпрос, а именно посочва се важността на проблема и необходимостта от дейността. На

фона на това разработката допринася особено в маркетингов аспект. Маркетинговата концепция като обширна водеща философия предлага възможност за посрещане на растящите потребности на пазара от услугата „медицински патронаж в домашни условия“. Чрез основната идея, пациентът да бъде поставен в центъра като клиент, се създават първоначално рамковите условия за предоставянето на услугата. Разработени са важните особености, свързани с маркетинга и от значение за маркетинга на тази дейност, които, заедно с акцентирането на научните аспекти на основните целеви групи, както и проучванията, проведени сред 300 лежачо болни пациенти в болнични лечебни заведения в страната 400 специалисти, работещи в лечебни заведения в страната, представляват опорната точка на работата като необходима предпоставка за представяне на подходящи маркетингови инструменти.

Дисертационният труд представя маркетинговите инструменти и аспекти в дейността „медицински патронаж в домашни условия“ според потребностите на пациентите. Необходимостта от изработката на систематично изградени маркетингови концепции в тази сфера ясно се подчертава и дава импулси за по-нататъшни разработки и изследователска дейност.

Цел, задачи и методика на дисертационния труд

Целта на дисертационния труд е чрез съчетаване на сравнителния анализ на положителния опит в развитите страни с опита, критичния анализ на приложението на маркетинга в управлението на „Медицинския патронаж в домашни условия“ в Р. България и резултатите от проучване мнението на потребителите и на професионалистите в тази дейност да се определят базовите рамкови условия за разработване на действащ маркетингов план на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“, в който потребителят е поставен в центъра на цялостната организация.

В така формулираната цел на дисертационния труд са заложили следните **изследователски задачи**:

1. Сравнителен анализ на положителния опит на развитите страни.
2. Анализ на различните насоки на маркетинга и възможностите за приложението му в областта на „Медицинския патронаж в домашни условия“.
3. Анализ на данните от анкетно проучване на поведението и потребностите на лежачо болни пациенти.
4. Анализ на резултатите от анкетно проучване на мнението на професионалисти, работещи в лечебни заведения, относно аспектите: потребност, съдържание, изпълнители, организация, финансиране и др.
5. Формулиране на маркетингова политика и основни насоки на маркетингова стратегия при управлението на „Медицински патронаж в домашни условия“.
6. Разработване на препоръки.

Използвани са следните **методи** в дисертационния труд:

1. Сравнителен документален анализ - анализ на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“, описана в чуждестранната научна литература, нормативната уредба в Р. България, както и маркетинговата практика в здравеопазването.
 2. Социологически методи:
 - а. документален метод;
 - б. анкетен метод (анонимна писмена анкета) - анкетирали се лежачо болни пациенти в различни болнични заведения на територията на Р. България;
 - в. мета-анализ – за изясняване на терминологични въпроси на съвременните подходи към маркетинговата проблематика.
 3. Статистически методи:
-

-
- a. анализ на честотни количествени и категорийни разпределения;
 - b. описателни методи: честотен анализ на качествени и количествени променливи;
 - c. графичен анализ.

Обхват на проучванията

Избраният метод за проучване е писмено анонимно анкетиране с открити, полузакрити и закрити въпроси, който е най-широко разпространен в маркетинга.

¹

Първото проучване е проведено сред 300 лежачо болни пациенти в болнични лечебни заведения на територията на цялата страна. Анкетирани са част от пациентите при случаен подбор на респондентите. Анкетирани са пациенти от лечебни заведения в градовете София, Пловдив, Варна, Бургас, Плевен и Пазарджик.

Второто проучване във връзка с дисертационния труд „Маркетинг на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ също е върху част от заетите и е проведено чрез случаен подбор на 400 професионалисти, работещи в лечебни заведения на територията на Република България в периода септември 2011 г. - януари 2012 г.

Емпиричната информация от социологическите изследвания е събрана чрез анонимни анкетни карти, разработени в съответствие с целта и задачите на този дисертационен труд. Данните от проучването са организирани в специално разработена база данни, информацията в която е обработена чрез приложния статистически пакет SPSS (Statistical Package for Social Science).

¹ **Kotler, P.** / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, S. 197

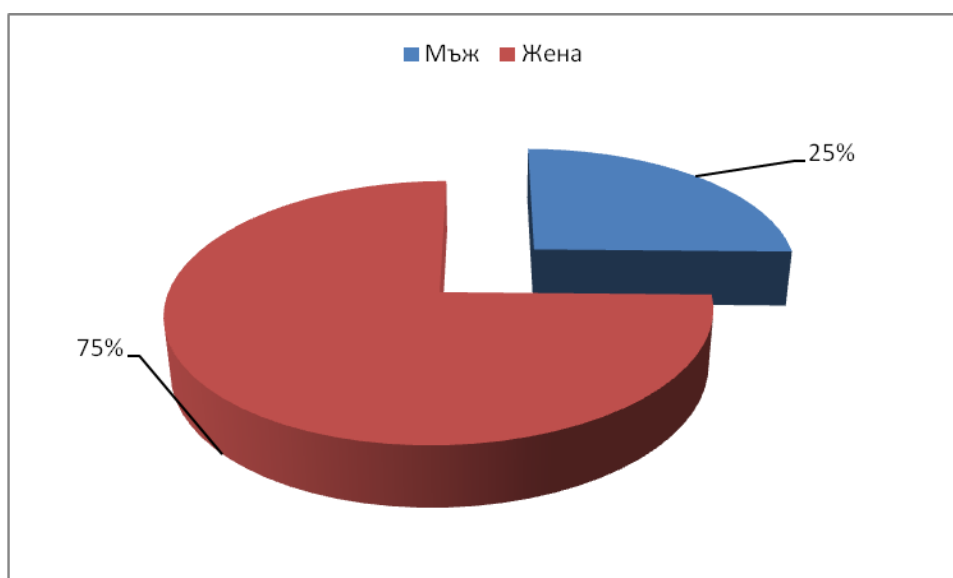
Резултати и обсъждане

Анализ на данните от проучването на лежачо болни пациенти

Проучването е проведено сред 300 лежачо болни пациенти в лечебни заведения на територията на страната. Обхванатите болници се намират в гр. София: УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, Военномедицинска Академия, 5-та МБАЛ; гр. Плевен: УМБАЛ „Георги Странски“; гр. Пловдив: УМБАЛ „Свети Георги“ ЕАД; гр. Варна: МБАЛ „Света Анна - Варна“ АД; гр. Бургас: „МБАЛ – Бургас“ АД, гр. Пазарджик: „Медицински комплекс Хигия“. Анкетираните лежачо болни в различни отделения на болниците пациенти имат пряко отношение към дейността „медицински патронаж в домашни условия“, т.к. те представляват основната таргетна група, към която е насочена тази услуга.

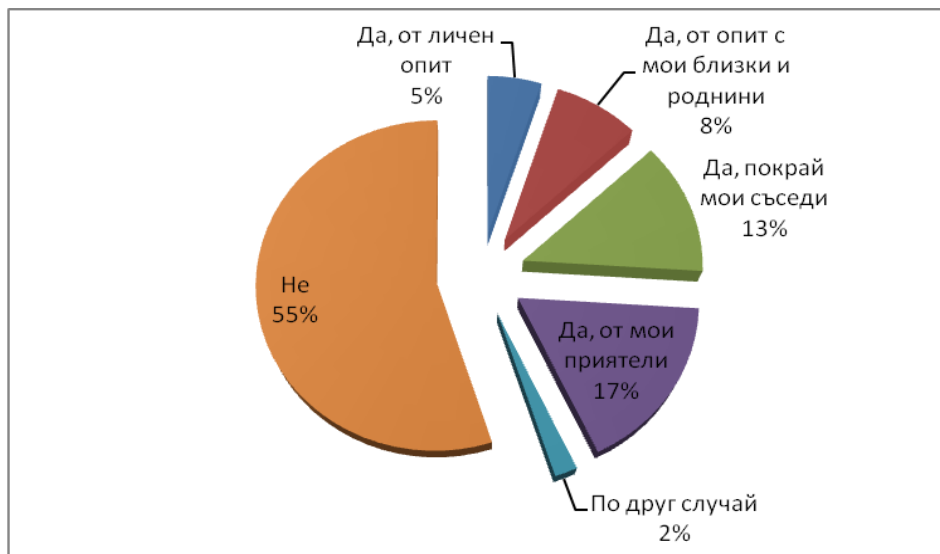
Анкетираните имат пряко отношение към проблематиката на дисертационния труд и са част от таргетната група на дейността „медицински патронаж в домашни условия“. Разпределението по пол на анкетираните е следното: 75% са жени, а 25% са мъже (фиг. 1).

Фиг. 1. Разпределение на анкетираните пациенти по пол.



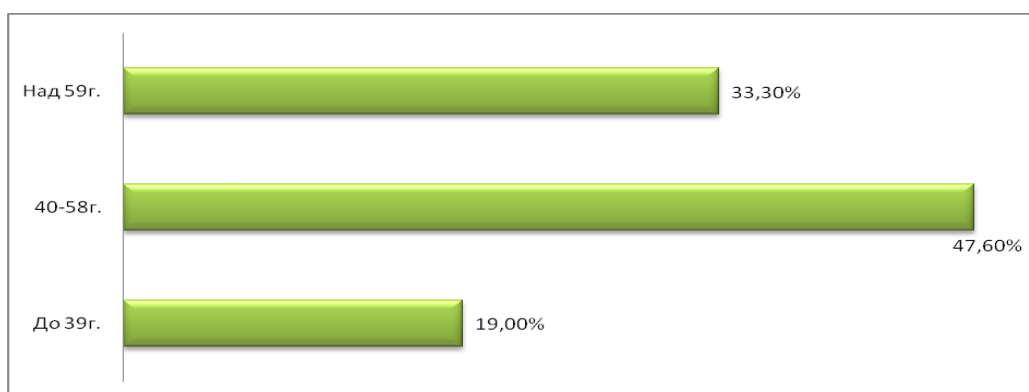
Основна цел на проучването е да се установи, доколко респондентите разполагат с информация за същността на услугата „медицински патронаж в домашни условия“. На въпроса дали те познават тази услуга и ако да – от къде, болшинството от анкетираните (55%) отговарят, че не познават такъв вид обслужване. Тези, които са наясно са получили информацията от личен опит (5%), от близки и роднини (8%), от съседни (13%) и от приятели (17%) (фиг. 2).

Фиг. 2. Степен на информираност за същността на услугата „Медицински патронаж в домашни условия“



Сред анкетираните пациенти, които познават дейността „медицински патронаж в домашни условия“ най-значима е групата на хората на възраст 40-58 г. – 47,7%. Следват групата на тези, които са над 59 години – 33,3% и на лицата под 39 години – 19% (фиг. 3). Фактът, че именно респондентите от трудовоактивната възраст са най-много, води след себе си много социални и икономически последици, както в личен план за самите тях, така и за обществото като цяло.

Фиг. 3. Възрастово разпределение на респондентите



По отношение на обстоятелствата, при които тежко болните и техните близки прибегват до услугата „медицински патронаж в домашни условия“, отговорите на анкетираните се обособяват в следните няколко направления: липса на свободен роднина за гледане на болния и по-добро обгрижване на нуждаещия се от медицинска помощ (фиг. 4). Тези два основни довода свидетелстват за значимостта и обществената потребност от услугата.

Фиг. 4. Обстоятелства, пораждащи необходимостта от услугата „медицински патронаж в домашни условия”



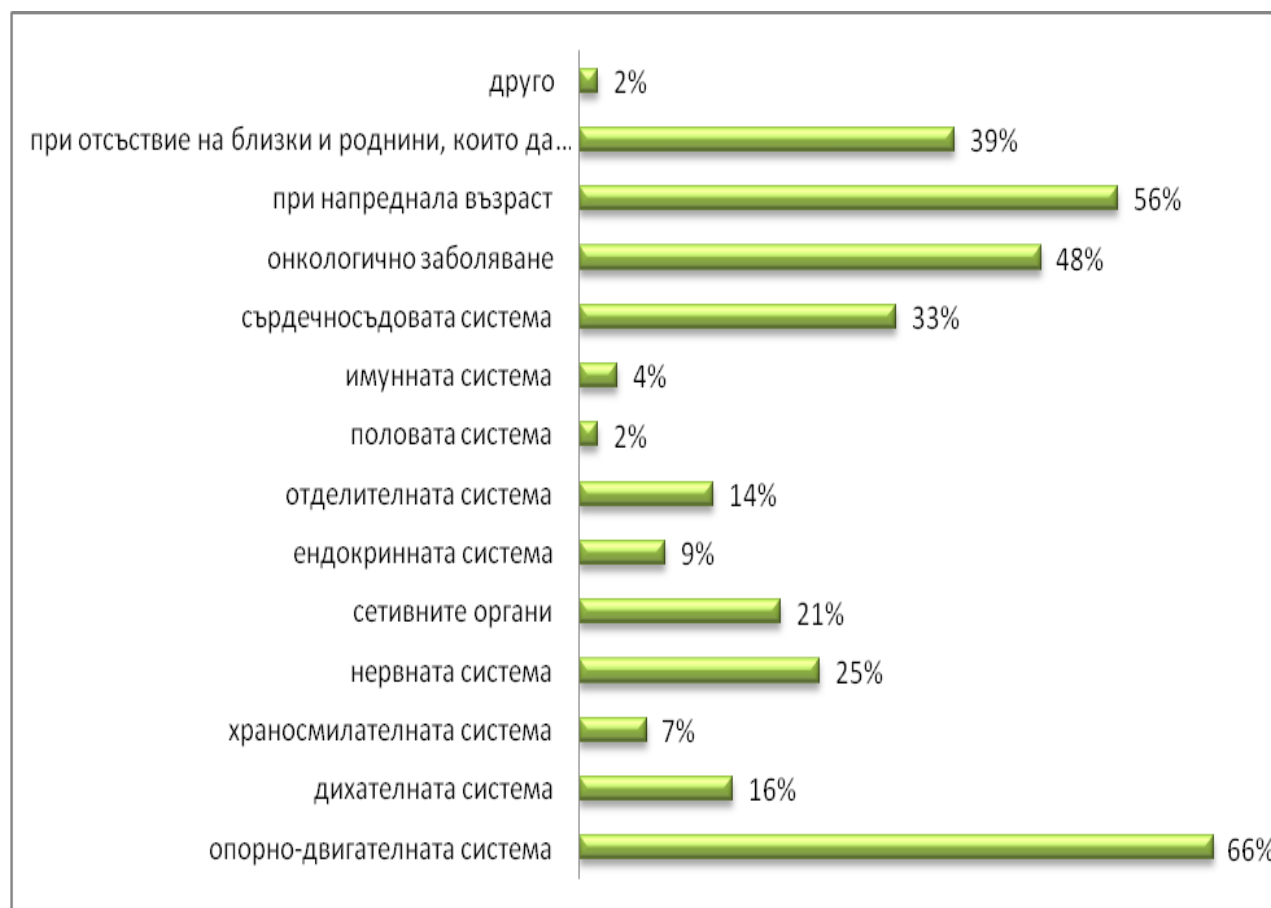
Мнението на анкетираните относно услугите, които се включват в дейността „медицински патронаж в домашни условия”, е свързано основно с домашни посещения от лекар. Другите съществени фактори, които се посочват като предимства на услугата, са ранжирани по следния начин: смяна на превръзки, поставяне на инжекции и др. мед. манипулации; посещение от болногледач, сестринско наблюдение, контролен преглед от лекар; санитарни услуги (фиг. 5).

Фиг. 5. Предпочитани услуги, предоставяни чрез „медицински патронаж в домашни условия”



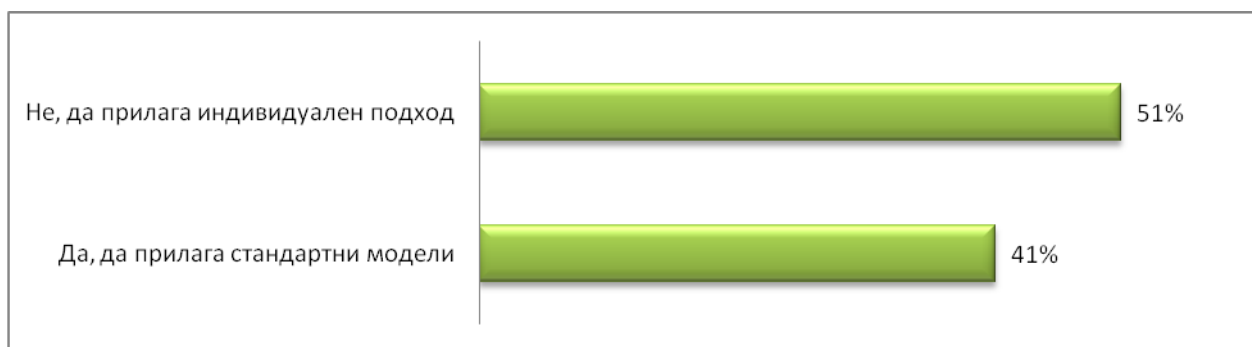
В резултат на проведеното проучване сред 300 лежашо болни пациенти бе установено, че основните причини, поради които се поражда необходимост от медицинска помощ в дома, след приключване на стационарно лечение (фиг. 6), са свързани със заболявания на опорно-двигателния апарат (66%). На второ място респондентите отбелязват проблемите с обгрижването на хората в напреднала възраст (56%). Онкологичните заболявания са ранжирани на трето място в скалата на заболяванията, които налагат продължително лечение в дома и са свързани с потребността за пациента от допълнителна медицинска помощ в домашни условия. 39 % от анкетираните биха се възползвали от тази услуга при отсъствие на близки и роднини, които да помогнат.

Фиг. 6. Условия, при които възниква необходимост от услугата „Медицински патронаж в домашни условия“



Настоящото проучване има за цел да установи конкретни потребности, както и специфични потребности на таргетната група на услугата „медицински патронаж в домашни условия“. Анкетираните бяха запитани относно значимостта на прилагане на модел на поведение, на обгрижване и на етични принципи (фиг. 7). Повече от половината респонденти отговарят, че за тях от значение е индивидуалният подход (51%). 41% от запитаните са на мнение, че обслужващата организация трябва да прилага стандартни модели на поведение, обгрижване и на етични принципи.

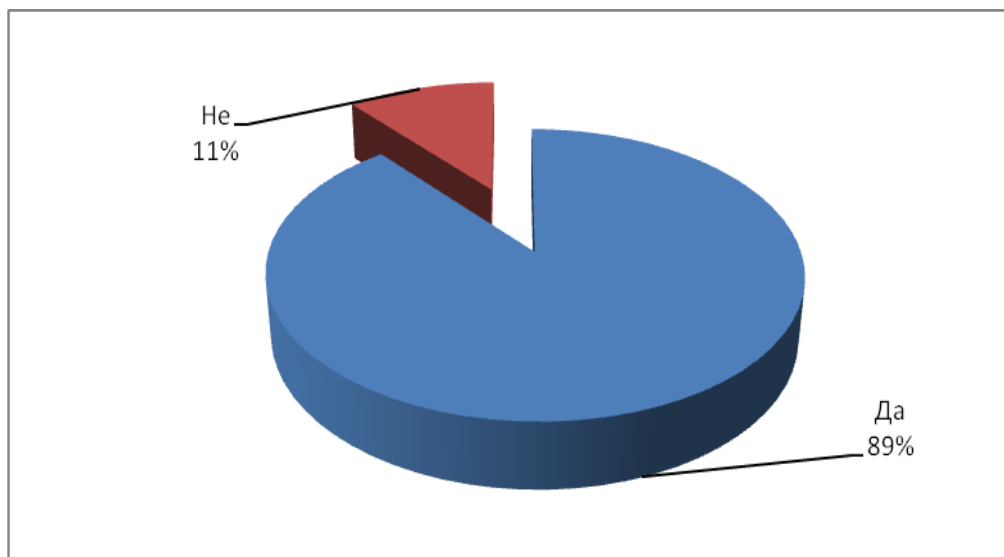
Фиг. 7. Мнение на пациентите относно значението прилагане на модел на поведение, на обгрижване и на етични принципи на обслужващата организация.



Провеждането на продължаващо медицинско обучение е важен елемент при осъществяване на националната здравна политика и целі повишаване и поддържане на квалификацията на медицинските специалисти, извършващи диагностика, лечение и рехабилитация. Повишаването на квалификацията на медицинските специалисти е основна предпоставка за осигуряване на необходимото качество на медицинските дейности и подобряване на тяхната ефективност. От особено важно значение е и провеждането на непрекъснато обучение и квалификация на служителите на обслужващите организации предоставящи услугата „медицински патронаж в домашни условия”. Обучението трябва да съдържа и двете компоненти: теоретична и практическа, и да бъде пряко приложимо в ежедневната работа на специалистите предлагащи тази услуга. Предвид особеностите на дейността е нужно повече практична насоченост на предлаганата информация. За да се осигури качество е необходимо да се вземат под внимание индивидуалните и професионални различия между отделните медицински специалисти включени в непрекъснатото обучение.

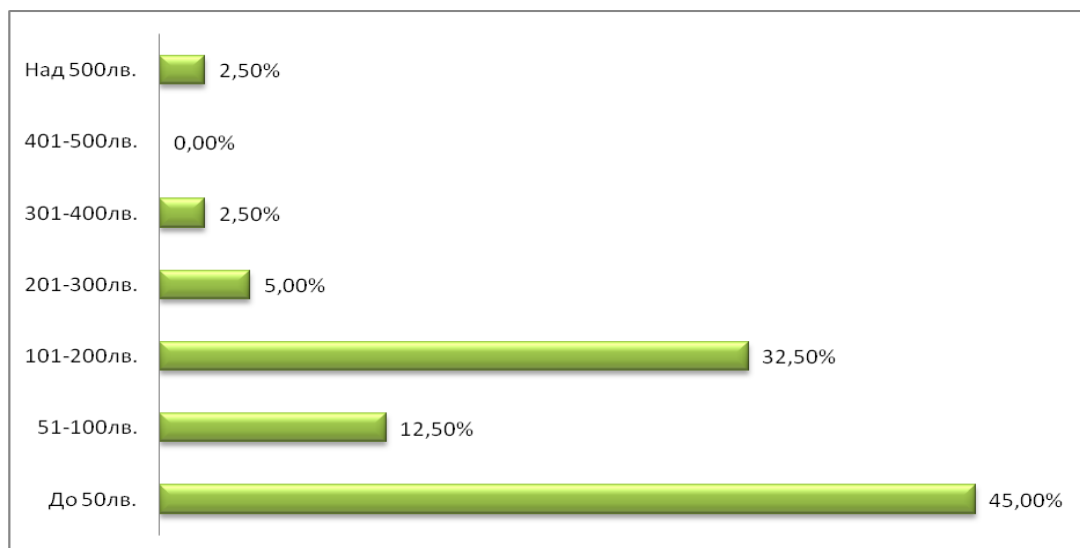
Положителен отговор на въпроса за значението за квалификацията и професионалния опит на служителите на обслужващата организация са дали 89% (фиг. 8). Според 11% квалификацията и опитът не са важна част от услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фиг. 8. Значението на квалификацията и професионалния опит на служителите на обслужващата организация.

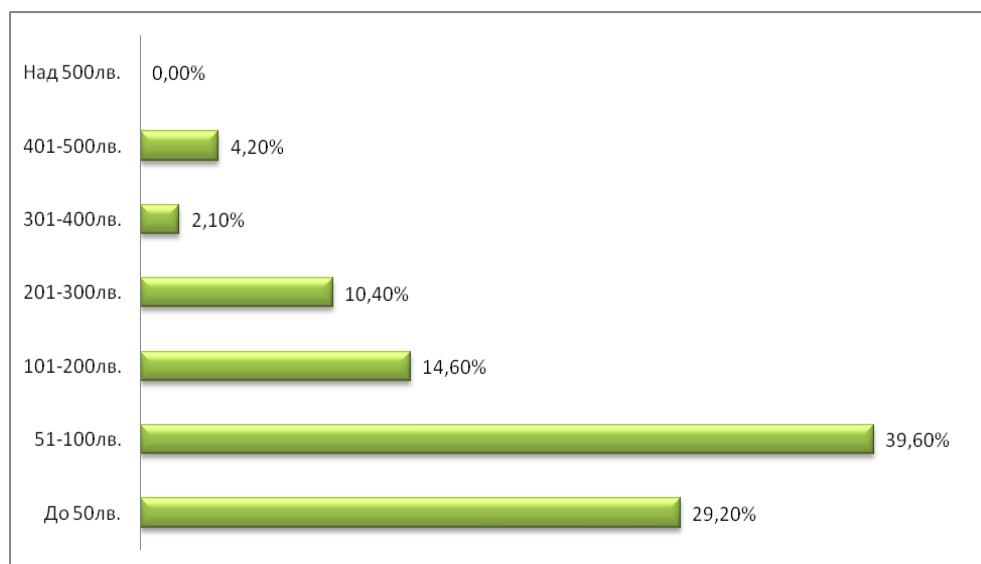


Озадачаващи са резултатите от анкетното проучване на въпроса за финансовите средства, които нуждаещите се биха могли да заделят, за осигуряване на услугата „медицински патронаж в домашни условия”. Болшинството от тези, които определят себе си като запознати със същността на услугата (фиг. 9), посочват, че биха предвидили за нея месечно до 50 лв. (45%), докато хората, които заявяват, че не познават този тип услуга (фиг. 10) в по-голямата си част биха отделили повече пари за нея – 51-100 лв. (39,6%). Трудно е за обяснение именно тази тенденция, при която се твърди, че се познава дадената услуга, която е свързана с използването на специализиран медицински персонал, на заделянето на значително време и усилия и същевременно да се посочва сумата до 50 лв. месечно като релевантна за подобен тип дейност.

Фиг. 9. Средства, които биха се заделяли на месец от запознатите с услугата „Медицински патронаж в домашни условия”.



Фиг. 10. Средства, които биха се заделяли на месец от непознатите с услугата „медицински патронаж в домашни условия”.

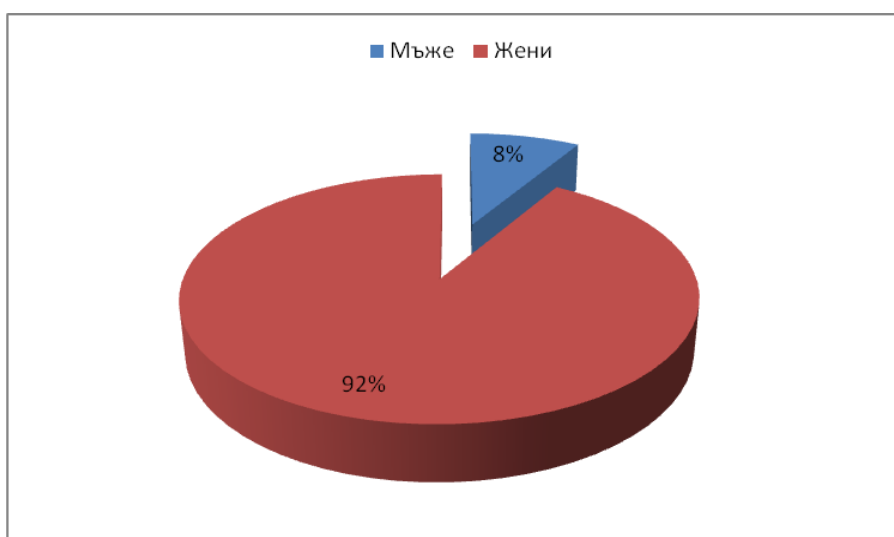


Анализ на данните от проучване на мнението на медицинските специалисти

Второто проучване на дисертационния труд „Маркетинг на дейността медицински патронаж в домашни условия“ е проведено сред 400 специалисти, работещи в лечебни заведения на територията на Република България в периода септември 2011 г. - януари 2012 г. Обхванати са лечебни заведения в гр. София: УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, Военномедицинска Академия, Университетска болница „Александровска“, Университетска акушеро-гинекологична болница „Майчин дом“, 5-та МБАЛ, 1-ва МБАЛ, „АСМП Медицински център София 2000“; гр. Плевен: УМБАЛ „Георги Странски“; гр. Пловдив: УМБАЛ „Свети Георги“ ЕАД; гр. Варна: МБАЛ „Света Анна - Варна“ АД; гр. Бургас: „МБАЛ – Бургас“ АД, гр. Кърджали: МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“. Информацията от емпиричното социологическо изследване е събрана от анкетни карти, изготвени за целите на този научен труд. Данните от проучването са организирани в специална таблица и информацията е обработена посредством статистическата и аналитична програма SPSS (Statistical Package for Social Science). Направен е анализ на едномерните разпределения на всички въпроси, двумерни разпределения, анализ на връзки при качествени фактор и резултат, анализ на връзки при качествен фактор и количествен резултат, анализ на връзки при количествен фактор и количествен резултат, интерпретиране на числовите характеристики и графична илюстрация на данните.

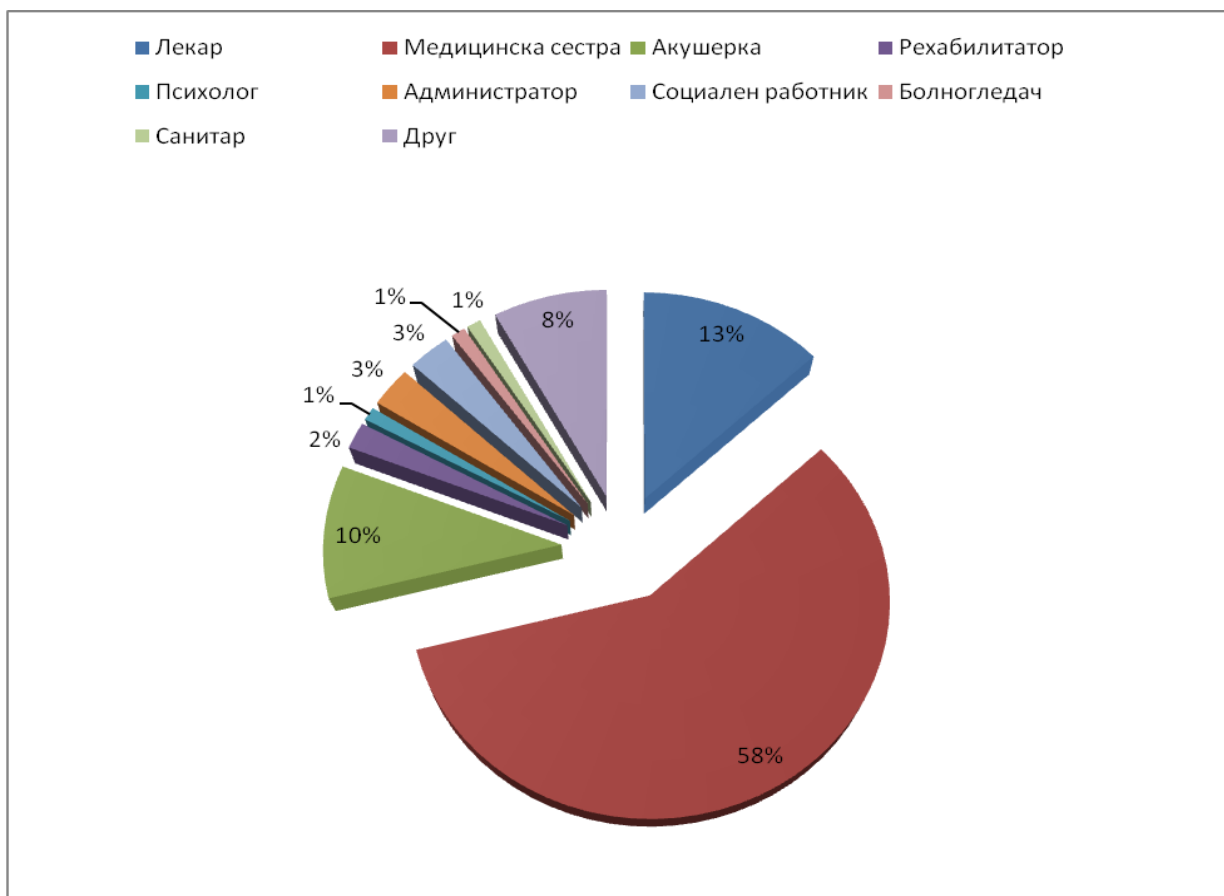
Анкетираните имат пряко отношение към проблематиката на дисертационния труд като едни от възможните изпълнители на услугата „медицински патронаж в домашни условия“. Разпределението по пол на анкетираните е следното: 92% са жени, а 8% са мъже (фиг. 11).

Фиг. 11. Разпределение по пол на анкетираните специалисти.



Сред допитаните мнозинството са медицински сестри (58 %). 13 % са лекари (фиг. 12). Почти толкова са и респондентите, които отбелязват като своя професия акушерството. 1 % са санитарни, 2 % - рехабилитатори, 1 % - психолози, 3 % изпълняват административни задачи, 3 % са социални работници, 1 % - болногледачи. Многобройна е групата, които посочват друга професия (8 %), като например лаборант, оптик, фелдшер, зъботехник и др.

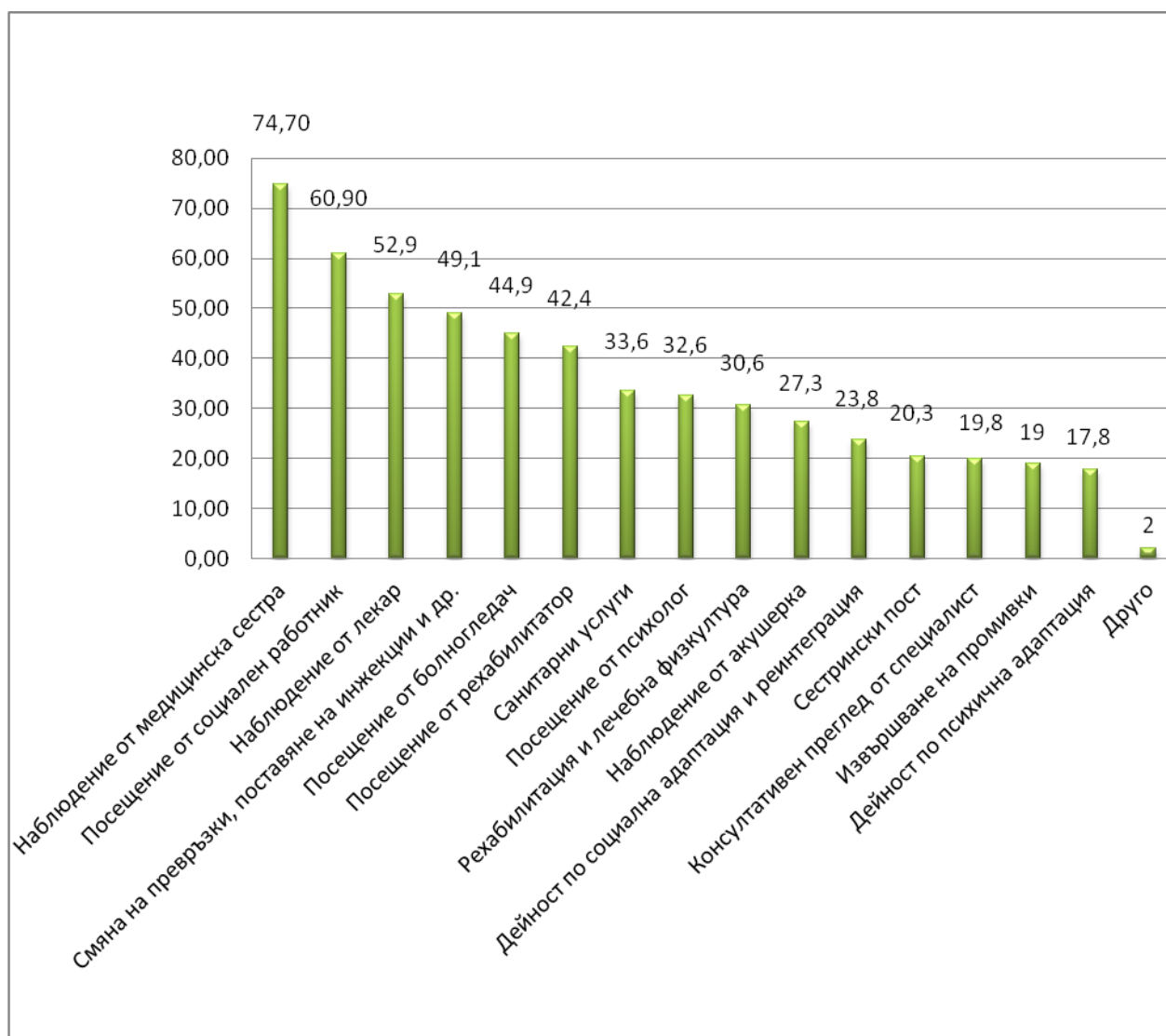
Фиг. 12. Професия.



Мнението на анкетиранияте относно услугите, които се включват в дейността „медицински патронаж в домашни условия“ е представено на фиг. 13. То е свързано основно с домашни посещения и наблюдение от медицинска сестра (74,7 %), посещение от социален работник (60,9 %), наблюдение от лекар (52,9), смяна превръзки, поставяне на инжекции и др. (49,1 %), посещение от болногледач (44,9 %), посещение от рехабилитатор (42,4 %), извършване на санитарни услуги (33,6 %), посещение от психолог (32,6 %), извършване на рехабилитация и лечебна физкултура (30,6 %), наблюдение от акушерка (27,3 %), извършване на дейности по социална адаптация и реинтеграция (23,8 %), осигуряване на сестрински пост (20,3 %), извършване на консултативен преглед от специалист (19,8 %), извършване на промивки (19 %), осъществяване на

дейности по психичната адаптация на пациентите (17,8 %) и други: всички изброени дейности, доставка на храна (2 %).

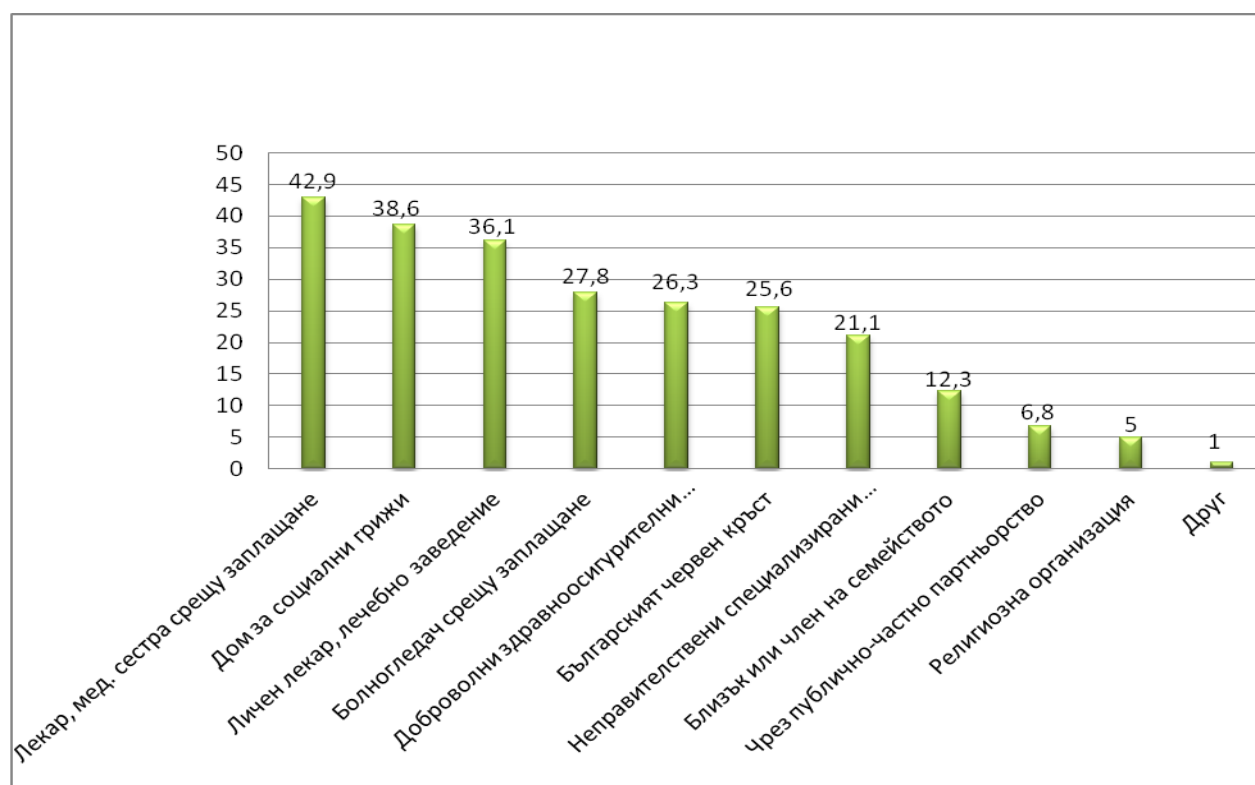
Фиг. 13. Предоставяни услуги от „медицинския патронаж в домашни условия”.



Данните от анкетата посочват като подходящи следните организации за предоставяне на „медицински патронаж в домашни условия“, описани на фиг. 14. С най-голям дял от доставчиците на услугата, респондентите определят лекар и медицинска сестра срещу заплащане (42,9 %), последвани от дом за социални грижи (38,6 %), личен лекар и лечебно заведение (36,1 %). От четвърто до шесто място се наблюдава малка разлика в мнението на специалистите: боногледач срещу заплащане (27,8 %), доброволни здравноосигурителни дружества (26,3 %) и Българският червен кръст (25,6 %). Една пета от анкетираните смятат, че неправителствени специализирани организации трябва да предоставят тази услуга

(21,1 %). 12,3 % от специалистите посочват, че за пациентите могат да се грижат и членовете на семействата им. За сравнение с проучването, проведено сред лежащоболни пациенти, най-голям дял посочват дома за социални грижи (38 %), последван от личния лекар и лечебно заведение (36 %), Българският червен кръст и лекар, медицинска сестра срещу заплащане са отбелязани от 30 %, болногледач срещу заплащане от 24 % и близък или член на семейството от 16 %.

Фиг. 14. Организации, предоставящи услугата „медицински патронаж в домашни условия”.



Според данните от проучването най-често услугата „медицински патронаж в домашни условия“ се търси според специалистите с цел по-добро обгрижване на обслужваното лице от професионалист (63,9 %) (фиг. 15). Половината респонденти (53,6 %) са на мнение, че липсата на свободен роднина също е честа предпоставка за търсене на тази грижа. 42,1 % виждат в невъзможността за продълъг отпуск за гледане на пациента таргетна група. Едва една четвърт смятат, че поради изтощение на членовете на семейството и близките от грижите за болния, човек би потърсил такава организация. 10,3 % смятат за причина проблеми с други роднини.

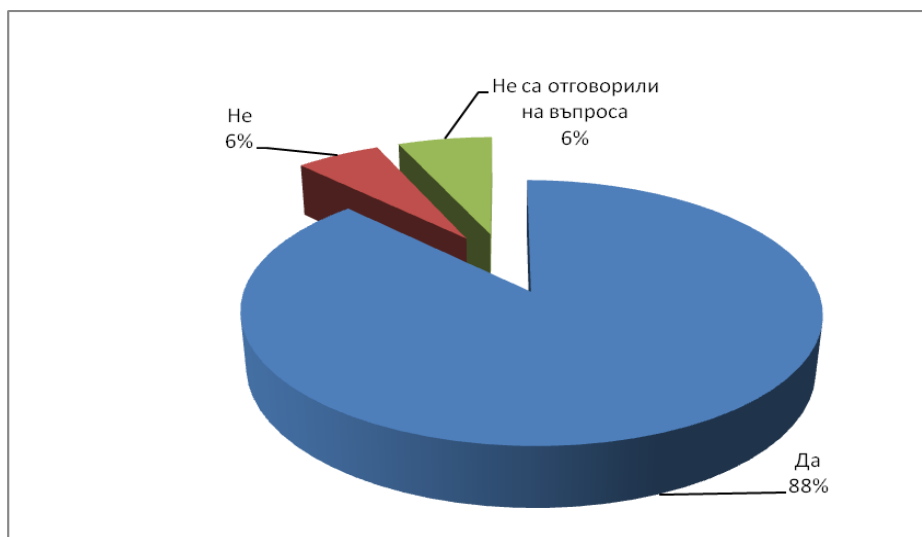
Фиг. 15. Случаи, в които се търси услугата „медицински патронаж в домашни условия“.



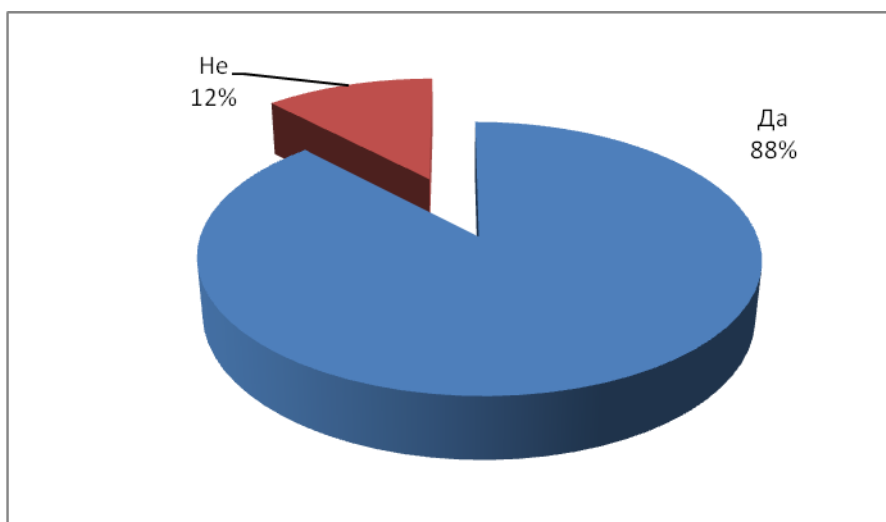
Организирането на дейността по обслужването на пациенти в домовете е свързана с предоставяне на сигурност за тях и техните близки от качествено обслужване. Качеството е величина, която се измерва чрез субективните елементи удовлетвореност, точност, безопасност, защитеност, обезпеченост и т.н. За сигурността на пациентите от съществено значение е кооперирането на обслужващата организация с болнични лечебни заведения в близост до дома на болния. От една страна при нестабилност на състоянието на пациента, той може бързо да бъде транспортиран и приет в болница, което засилва субективният фактор на сигурността при избор на организация за „медицински патронаж в домашни условия“. От друга страна лечебните заведения биха могли да бъдат най-добрият „проводник“² и поръчител на пациентите. От следващата фигура става ясно, как специалистите от лечебните заведения оценяват това сътрудничество. 88 % смятат, че е важно обслужващата организация да си сътрудничи с болнично лечебно заведение в близост. Като мотиви те изтъкват възможността за бърза и адекватна намеса при спешен случай, сигурност за пациента от гледна точка на гаранция за присъствие на всички специалисти, навременна хоспитализация, затваряне на веригата на обслужване на пациентите. От фигурата става ясно, че 6 % смятат, че не е важно сътрудничеството, но те не са посочили никакви мотиви за това мнение. От всички анкетирани 6 % не са дали отговор на въпроса. На фиг. 17 е показан резултата от сравнителния анализ на две от величините. Според 88 % от респондентите, които познават услугата „медицински патронаж в домашни условия“, смятат за важно организацията да си сътрудничи с лечебно заведение в близост.

Фиг. 16. Значение на сътрудничеството на обслужващата организация с лечебно заведение в близост.

² Маркетър



Фиг. 17. Специалистите, които познават услугата, смятат че организацията трябва да си сътрудничи с болнично заведение в близост.



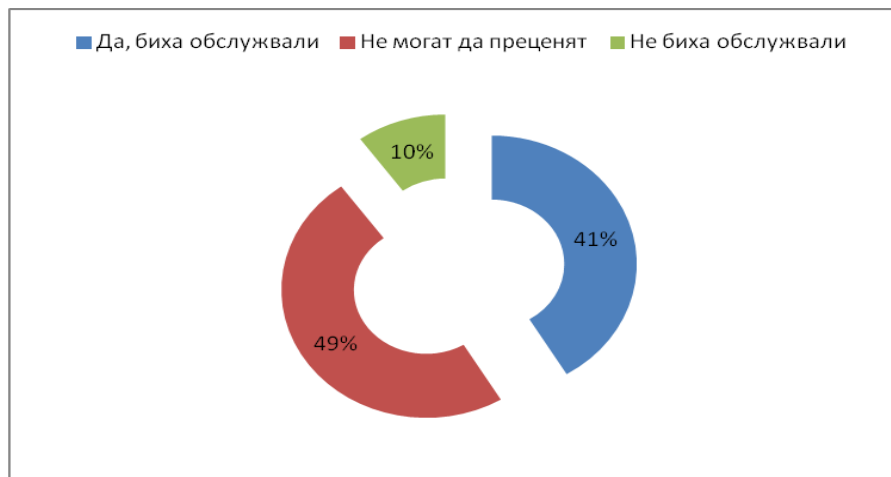
Услугите, предоставяни от организация за „медицински патронаж в домашни условия“ могат да бъдат разнородни. Една от задачите на дисертационния труд и на проучването е да установи какви са потребностите от услугите според специалистите от лечебните заведения. На фиг. 18 са показани резултатите от изследването. Според 68,7 % анкетирани, обслужваното лице има най-голяма нужда от поддържане на личната хигиена. Почти толкова посочват като основна нужда и справянето с болката (68,2 %). От проучването става ясно, че основните нужди са рехабилитация, контрол на симптомите, съдействие и придружаване и водене на свободен разговор и социална комуникация. От събраните данни личи тенденция и към нужда от социални услуги, а не само строго медицински дейности. 5,8 % са посочили и други услуги, от които според тях има нужда пациентът: хранене и поставяне на диета според заболяването, даване на лекарства, психотерапия, както и други строго специфични индивидуални нужди на болния или възрастен човек.

Фиг. 18. Потребности на пациентите според медицинските специалисти.



Съпоставени са резултатите на специалистите, които смятат, че организацията трябва да предлага дейности по психичната адаптация на пациентите (фиг. 19) и дейности по социалната адаптация и реинтеграция на пациентите (фиг. 20) и в същото време имат готовност за обслужване на пациент с деменция. Резултатите и при двете съпоставки са сходни за хората, които не биха обслужвали лице с деменция. Според 41 % (фиг. 19), които определят за необходимо предоставяне на дейности по психична адаптация, биха обслужвали болен с горепосочената диагноза. Около една трета (34 %, фиг. 20) оценяват важността на действията по социалната адаптация и реинтеграция и също биха се грижили за пациент с деменция.

Фиг. 19. Специалистите, които смятат, че организацията трябва да предлага дейности по психичната адаптация на пациента и биха обслужвали лице с деменция.

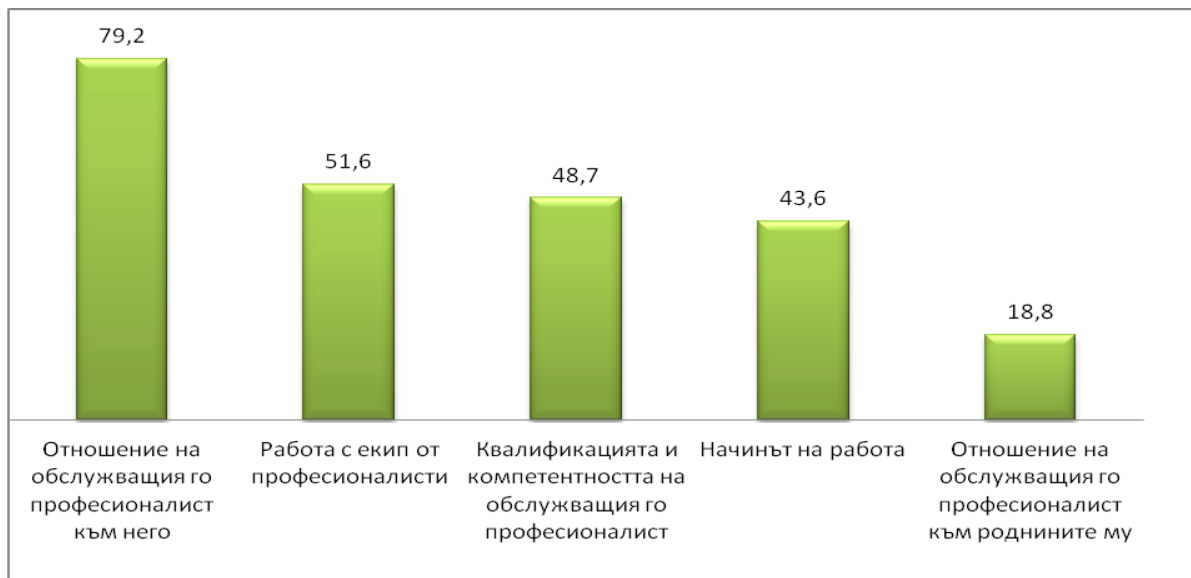


Фиг. 20. Специалистите, които смятат, че организацията трябва да предлага дейности по социалната адаптация и реинтеграция на пациента и биха обслужвали лице с деменция.



Като възможни доставчици на специфичната услуга „медицински патронаж в домашни условия“, специалистите от лечебните заведения са запитани за мнението им кои са най-важните компоненти на грижата, за да бъде обслужваното лице доволно от нея. На фиг. 21 са изобразени отговорите на респондентите. Мнозинството от тях (79,2 %) посочват зададения предварително отговор „отношението на обслужващия го професионалист ...“. Около половината от анкетираните посочват като важни елементите работата с екип от професионалисти (51,6 %), квалификацията и компетентността на обслужващия професионалист (48,7 %) и начина на работа (43,6 %). Едва една пета (18,8 %) смятат за важно отношението на обслужващия професионалист към роднините на пациента.

Фиг. 21. Най-важните компоненти на грижата, влияещи на удовлетвореността на обслужваното лице.



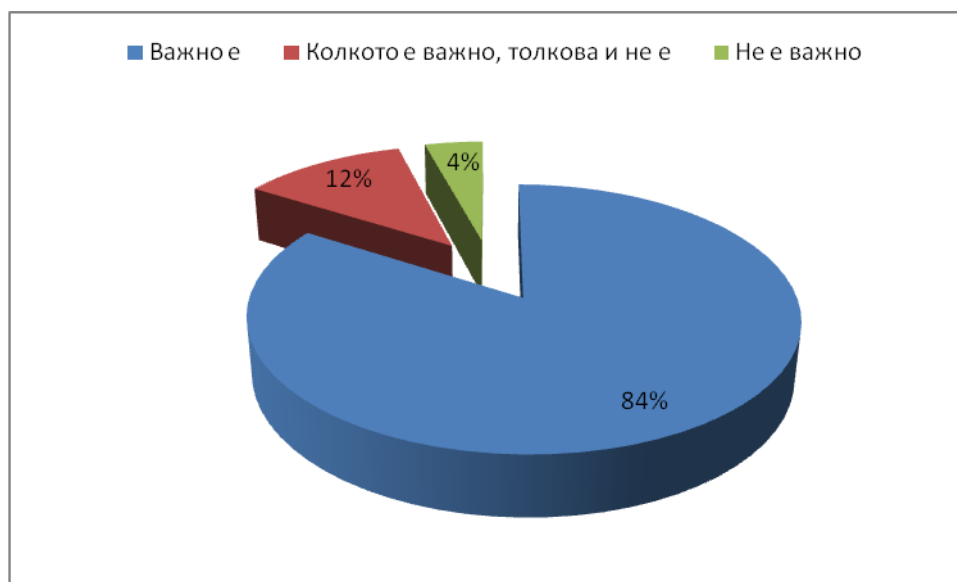
От данните на проучването се оказва, че разпределението на приноса за удовлетвореността на пациента, според запознатите специалисти е сходно с данните от цялото проучване (фиг. 22). Отново на първо място е посочено отношението на обслужващия специалист (79,4 %). Работа с екип от професионалисти са преценили 53,4 %. Квалификация и компетентност са определени от 48 % от респондентите, 43,9 % квалифицират начина на работа и 20,6 % отношението на обслужващия професионалист към роднините на пациента.

Фиг. 22. Мнение на специалистите, които познават услугата, относно приноса за удовлетвореност на пациентите.



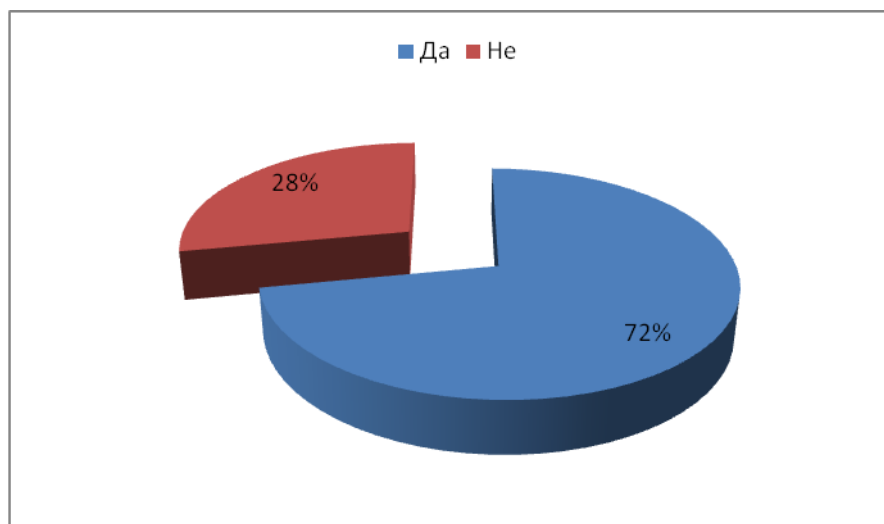
Мнението на запознатите специалисти с услугата не се различава много от общото проучване (фиг. 23). 84 % смятат, че съществува необходимост от посещение в дома на психолог.

Фиг. 23. Необходимост от включване на психолог в обслужващия екип според запознатите с услугата.

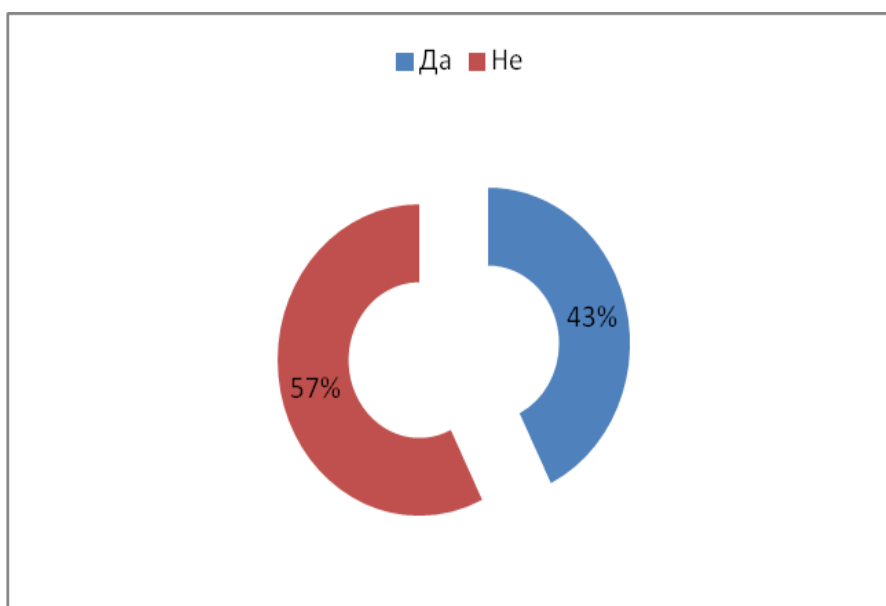


Като отворен въпрос на научната работа ще остане разрешаването на проблема относно финансиране на услугата „медицински патронаж в домашни условия“. На фиг. 24 са изобразени резултатите от съпоставката на последния въпрос (фиг. 23) и от кого следва да се предоставя услугата. Специалистите, които посочват за основен принцип на „медицинския патронаж в домашни условия“ „качеството срещу пари“ и за основен доставчик лекари, медицински сестри и акушерки на повикване срещу заплащане са 72 %. На фиг. 25 са сравнени резултати относно възможността за наемане на болногледач срещу заплащане. Тук по-малко от половината (43 %), посочили за основен принцип „качество срещу заплащане“ виждат възможност за предоставяне на услугата от болногледач срещу заплащане.

Фиг. 24. Специалистите, които посочват за основен принцип на услугата „качество срещу пари“, смятат, че тя трябва да се предоставя от лекар, мед сестра, акушерка срещу заплащане.

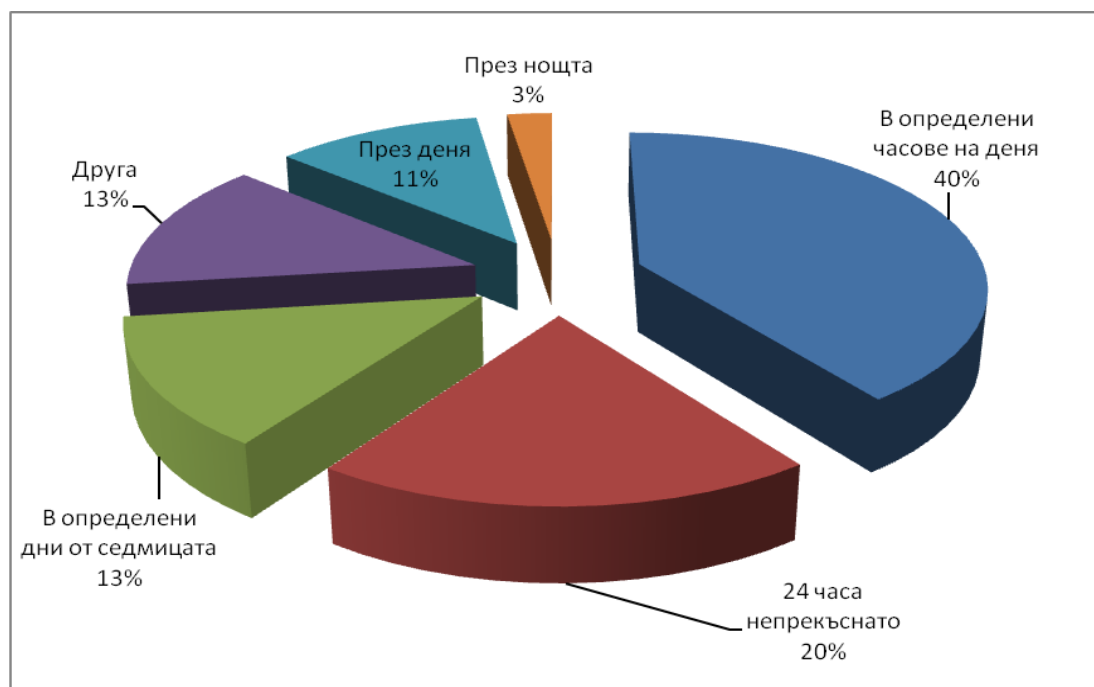


Фиг. 25. Специалистите, които посочват за основен принцип на услугата „качество срещу пари“, смятат, че тя трябва да се предоставя от болногледач срещу заплащане.



Дейността „медицински патронаж в домашни условия“ съдържа сама по себе си уникалния метод на диференциране и изпълнение на посещения в дома според часовете и продължителността, определена от клиента (пациента). Как определят специалистите тази времева рамка се вижда на фиг. 26. Тук не се наблюдава еднозначна тенденция в дадените отговори. 40 % смятат, че подходящото време за предоставяне на тази услуга е в определени часове на деня. Една пета са на мнение, че потребността е от 24 часа непрекъснато. Еднакъв брой специалисти са на мнение, че предоставянето на „медицински патронаж в домашни условия“ е необходимо в определени дни от седмицата, както и друга продължителност (най-честия отговор е зависи от заболяването). 11 % виждат нужда от обслужване през деня, а 3 % през нощта.

Фиг. 26. Продължителност на оказване на услугата „медицински патронаж в домашни условия“.



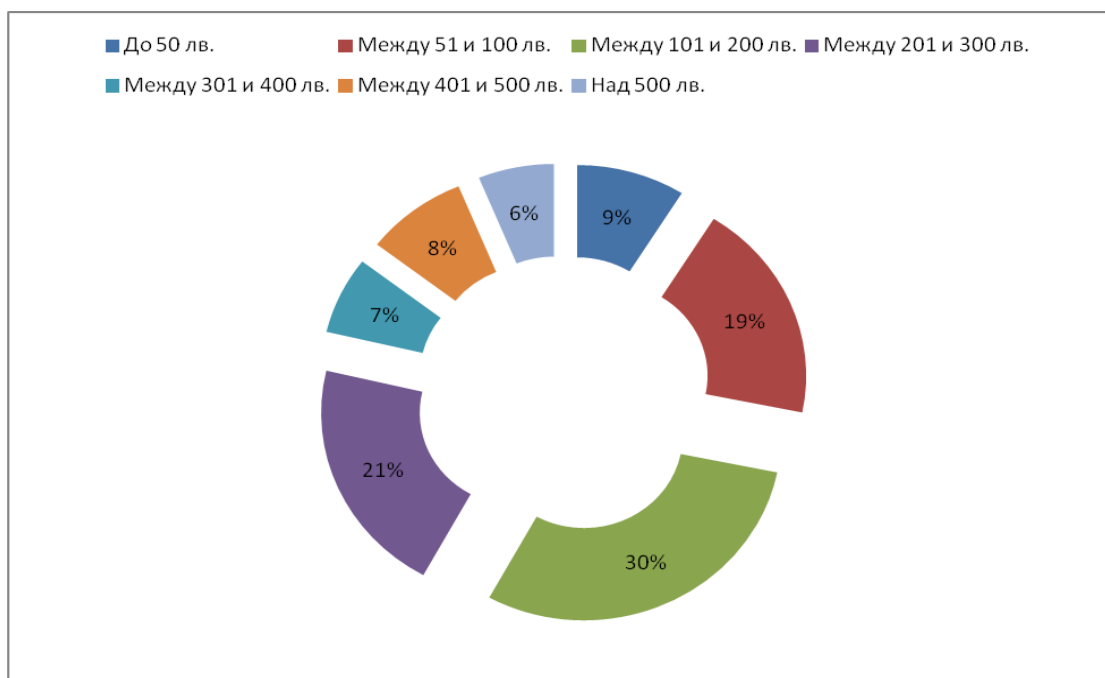
За покриване на всички потребности на нуждаещите се от „медицински патронаж в домашни условия“ пациенти, организацията трябва да разполага със специалисти, които да могат да обслужват специфичните нужди на пациенти с каквото и да е заболяване. Въпреки това се предполага, че при някои заболявания ще има по-голяма нужда от услугата, отколкото при други. Тази хипотеза е потвърдена от отговорите на респондентите за кои случаи смятат, че е нужно това съдействие (фиг. 27). Мнозинството от анкетираните (84,2 %) предполагат заболяванията на опорно-двигателната система. Близко 70 % виждат нужда от услугата при онкологичните заболявания (69,7 %) и при хора в напреднала възраст (67,4 %). Едва 43,4 % от специалистите смятат, че таргетната група включва и заболявания на сърдечносъдовата система.

Фиг. 27. Най-честите случаи, при които е нужен „медицински патронаж в домашни условия“.

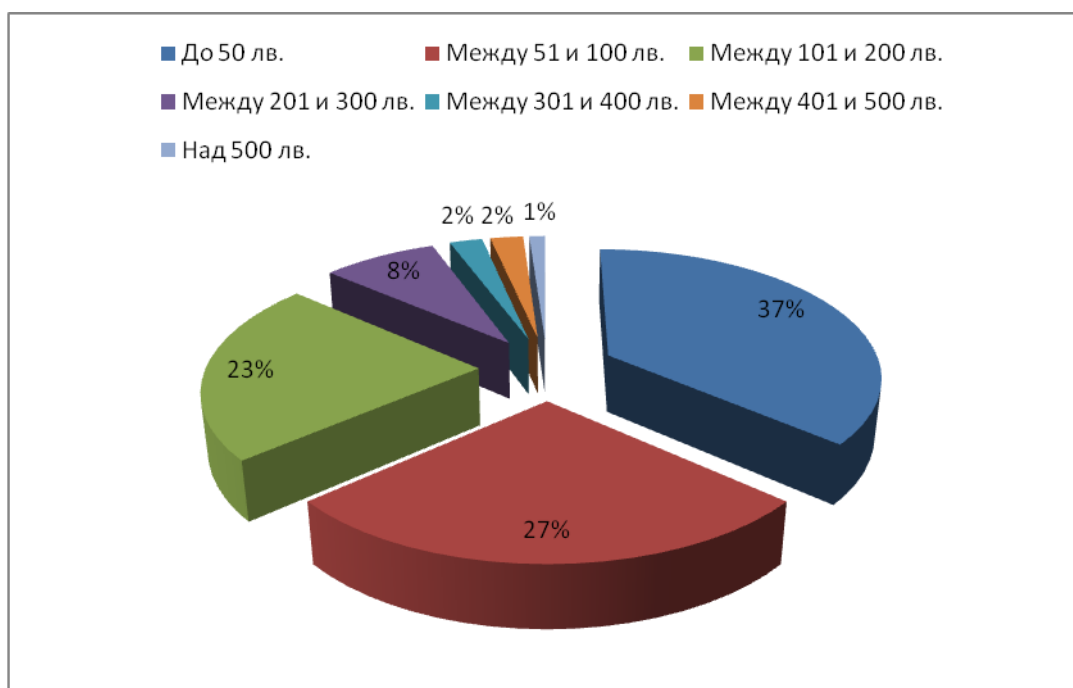


Една от най-проблемните области в сферата на здравеопазването е обезпечаването на финансов ресурс. Така и „медицинският патронаж в домашни условия“ не е изключение. Т.к. тази услуга не се включва в пакета, покриван от Националната здравноосигурителна каса, се предполага, че пациентите и техните близки и роднини ще покриват разходите за тази услуга сами. Според анкетиранияте специалисти от лечебните заведения почти една трета (30 %) биха отделяли между 101 и 200 лв. месечно за този тип услуга (фиг. 28). Около една пета определят бюджет от 51 до 100 лв (19 %) и от 201 до 300 лв. (21 %). За сравнение с проучването, проведено сред лежащо болни пациенти (фиг. 29), 37 % изразяват готовност за отделяне на ресурс до 50 лв. месечно, последвани от 27 %, които биха отделили между 51 и 100 лв. Между 201 и 300 лв. биха отделили 23 %.

Фиг. 28. Средства, които биха отделили медицинските специалисти месечно за „медицински патронаж в домашни условия“.

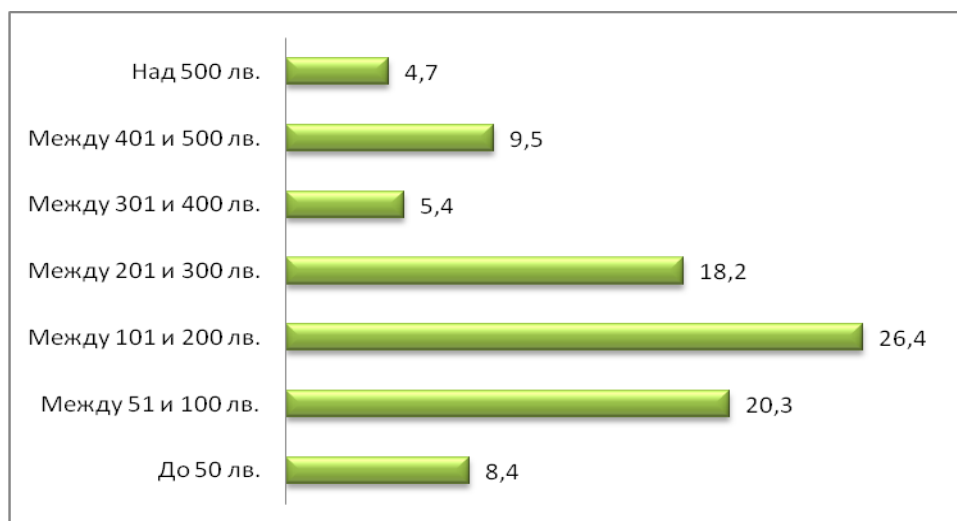


Фиг. 29. Средства, които биха отделили лежащо болни пациенти месечно за „медицински патронаж в домашни условия“.



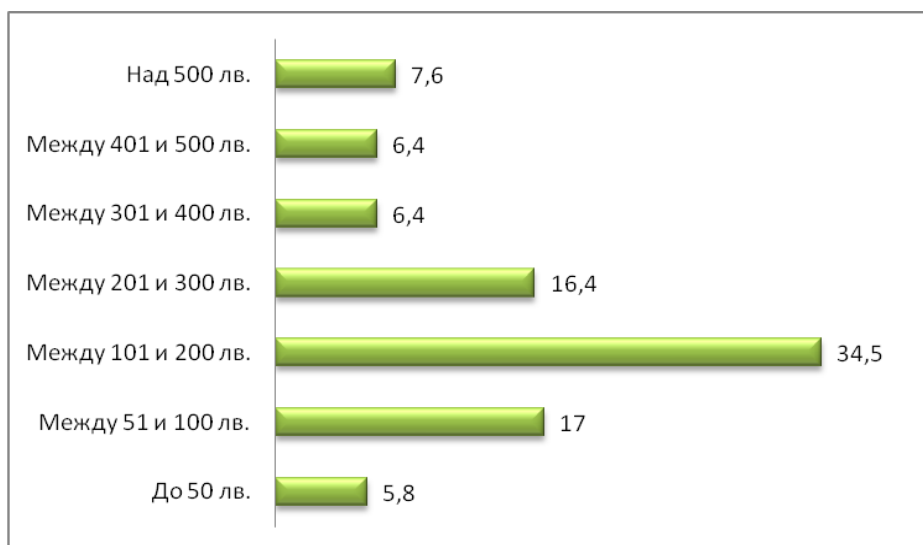
Сходно е разпределението на запознатите с услугата респонденти относно необходимите средства за обезпечаване на грижата в дома (фиг. 30). Най-голям процент (26,4 %) определят сумата от 101 до 200 лв. за възможна. Около една пета посочват сумите между 51 и 100 лв. (20,3 %) и 201 и 300 лв. (18,2 %). Едва 4,7 % посочват месечна сума над 500 лв. за поносима.

Фиг. 30. Мнение на специалистите, които познават услугата, относно необходимите средства месечно.



От посочилите 42,9 % специалисти, на мнение, че „медицинският патронаж в домашни условия“ трябва да се предоставя от лекар, медицинска сестра и акушерка срещу заплащане (фиг. 31), 34,5 % или около една трета посочват подходяща сума от 101 до 200 лв. месечно за осигуряване на грижите в дома. При сравнение на двата въпроса се наблюдава и повишаване на процента специалисти, които определят сумата от над 500 лв. месечно за адекватна.

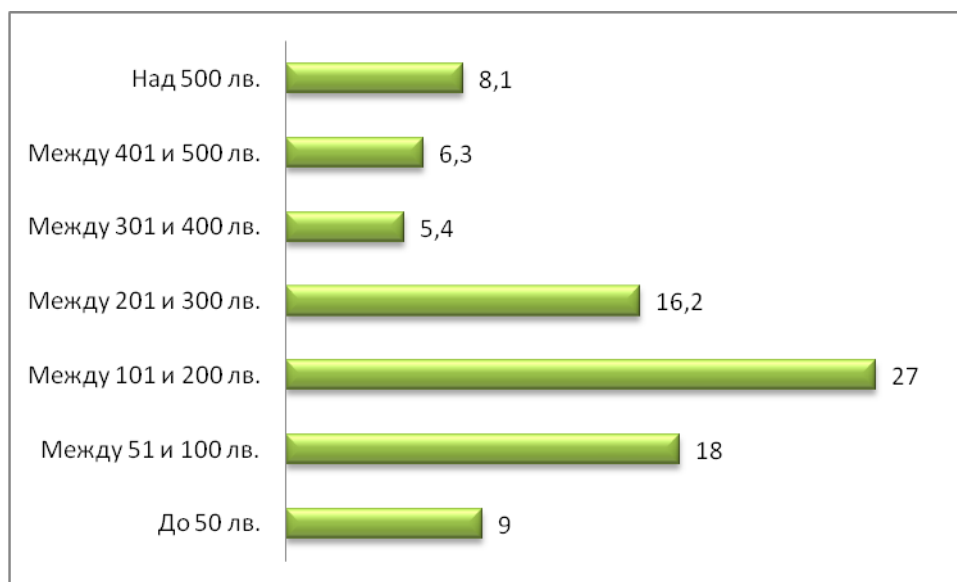
Фиг. 31. Определяне на необходимите средства месечно от специалистите, които смятат, че услугата трябва да се предоставя от лекар, мед сестра, акушерка срещу заплащане.



При сравнение на резултатите от посочилите 27,8 % за предоставяне на услугата от болногледач срещу заплащане и месечните средства, които биха отделили, се забелязва сходно определяне на финансов ресурс (фиг. 32). Основна

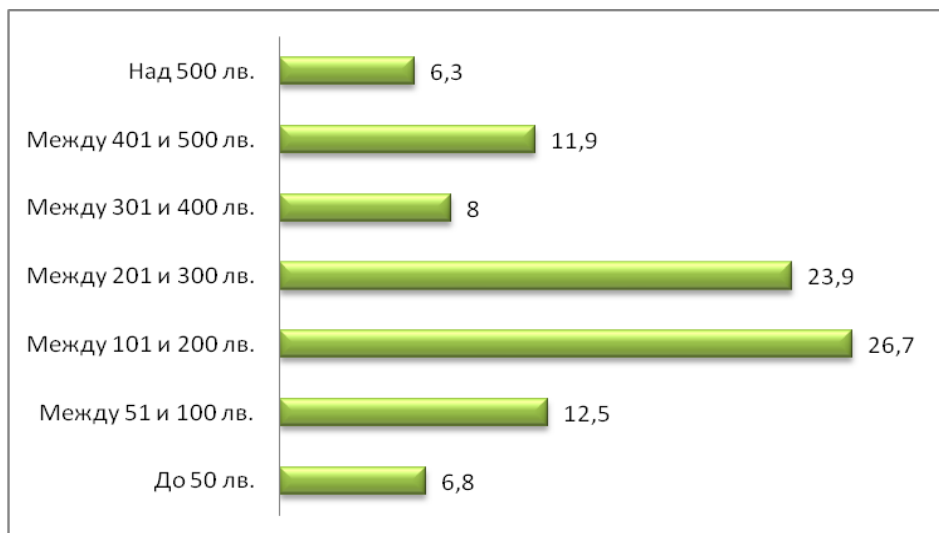
разлика тук се наблюдава при процента специалисти, посочили сумата от над 500 лв. месечно (8,1 %).

Фиг. 32. Определяне на необходимите средства месечно от специалистите, които смятат, че услугата трябва да се предоставя от болногледач срещу заплащане.



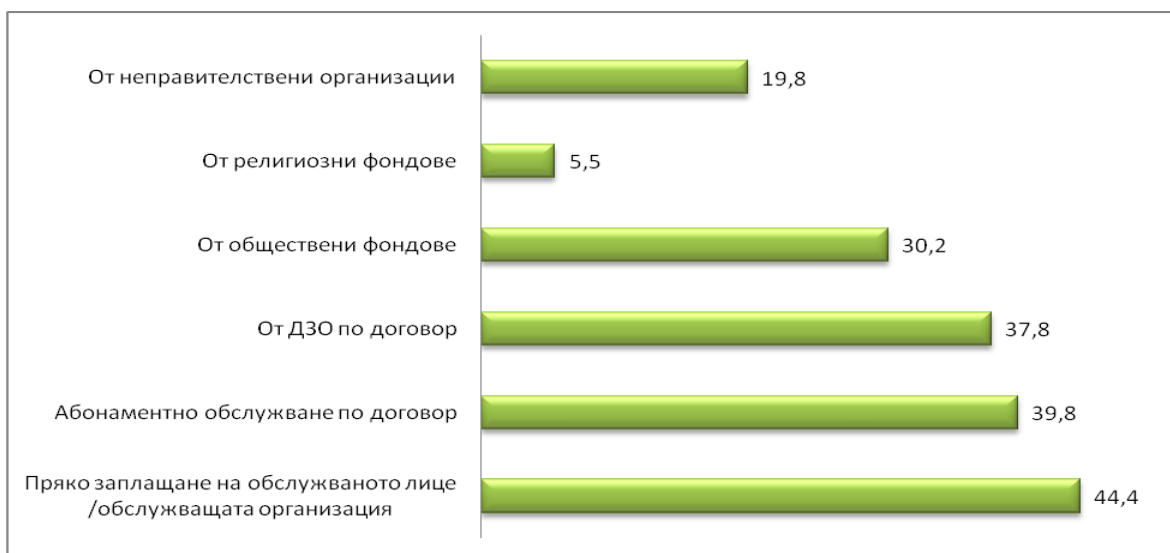
На фиг. 33 са показани данните от съпоставяне на мнението за необходимите средства месечно според анкетираните, които са на мнение, че такъв тип дейност трябва да се заплаща директно на професионалиста или обслужващата организация. Една четвърт (26,7 %) посочват сумата от 101 до 200 лв. за адекватна, 23,9 % - сумата от 201 до 300 лв., 12,5 % смятат, че между 51 и 100 лв. са достатъчни и 11,9 % - сума между 401 и 500 лв. Само 6,3 % определят сумата над 500 лв. подходяща.

Фиг. 33. Определяне на необходимите средства месечно от специалистите, които смятат, че организацията на финансиране на дейността трябва да бъде пряко заплащане на обслужваното лице/обслужващата организация.



От последните фигури става ясно, че тази дейност не би могла да се финансира само чрез заплащане от пациентите. Въпреки това от фиг. 34 става ясно, че почти половината анкетирани (44,4 %) смятат, че дейността „медицински патронаж в домашни условия“ трябва да се финансира чрез пряко заплащане на обслужващата организация. Други 39,8 % са на мнение, че такава услуга би могла да се извършва като абонаментно обслужване по договор. Почти толкова респонденти (37,8 %) виждат възможно финансирането от Частните доброволни здравноосигурителни фондове. Едва 5,5 % си представят подпомагане от религиозни фондове, както е случаят с Каритас България.

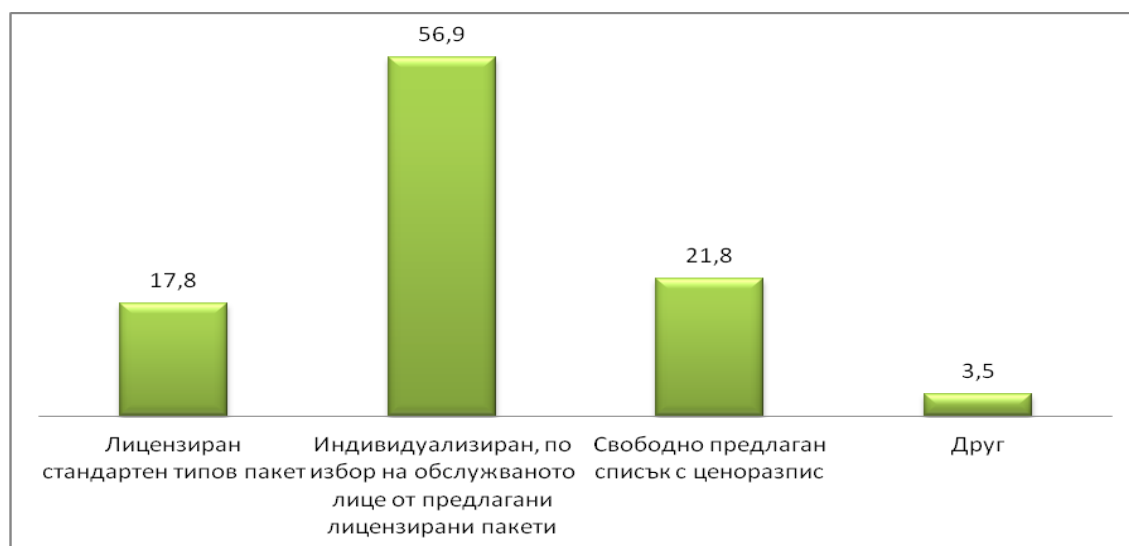
Фиг. 34. Организации, финансиращи дейностите по „медицинския патронаж в домашни условия“.



Основополагащ елемент в ценообразуването и финансирането на дадена услуга е видът на пакета, съдържащ желаните дейности. Специалистите от лечебните заведения смятат (фиг. 35), че най-подходящата форма на пакета от

дейности, услуги и стоки за „медицински патронаж в домашни условия“ е индивидуализирана конфигурация, по избор на обслужваното лице от предлагани лицензирани пакети (56,9 %). Около една пета (21,8 %) намират за удачен свободно предлаган списък с ценоразпис, а 17,8 % лицензиран стандартен типов пакет.

Фиг. 35. Предпочитание на вида на пакетите от дейности, услуги и стоки за „медицинския патронаж в домашни условия“.



Изводи

В резултат на направената разработка могат да се изведат следните изводи:

1. Макар и недостатъчно развита дейността „медицински патронаж в домашни условия“ ще играе важна роля в сферата на здравеопазването. Въз основа на икономическата принуда, но също така и на преференциите на клиентите, ще се създадат различни организации, предлагащи тези специални услуги.
2. За всички доставчици на този вид услуга, независимо от финансирането, важи поставянето на пациента в центъра на вниманието и развиване на спектър от услуги съобразен с неговите желания и очаквания. Решаваща роля за успеха на организацията ще играят познанията по маркетинг в областта. Същественият начин на разглеждане във връзка с това определя посоката на действие към потребителите на услугите. Особено внимание трябва да се отдели на специфичните характеристики на важната целева група.
3. „Медицинският патронаж в домашни условия“ дава възможност за ограничаване и дори намаляване на нарастващите разходи за здравеопазване, в т.ч. и стремглаво нарастващите разходи за болничен престой, при по-ефективно използване на финансовия ресурс.
4. Осигуряването на услугата „медицински патронаж в домашни условия“ може да бъде микс от различни механизми на финансиране и различни обслужващи организации.
5. Същото съдействува за повишаване качеството на живот. При пациенти с тежки заболявания може се подобри или запази здравословното състояние, да се подобри физическият комфорт, режима на хранене, както и физическата активност. Увеличава се способността за самостоятелно извършване на ежедневни дейности, контрол на болката.
6. При тази форма на обслужване се подобрява психичното здраве на пациенти в различни състояния на положителни и отрицателни емоционални състояния, стрес, тревога, удовлетвореност и др.
7. Интегрират се пациенти, възстановяващи се дълго време, в активния професионален, културен и обществен живот. Подобряване на социалната среда и живот.
8. Водещите услуги, които се включват в дейността „медицински патронаж в домашни условия“ според медицинските специалисти са свързани с домашни посещения и наблюдение от медицинска сестра, посещение от социален работник и наблюдение от лекар, а пациентите поставят на първо място домашните посещения от лекар следвани от смяна на превръзки,

поставяне на инжекции и други медицински манипулации, и посещение от болногледач.

9. И двете групи респонденти /пациенти и медицински специалисти/ оценяват като най-натоварваща функция поддържането на личната хигиена на обсъжданото лице, следвана от осигуряването на медицинска помощ и транспортирането на болния/ възрастния човек при необходимост.

Препоръки

От направените изводи могат да се извлекат следните препоръки:

I. Към Министерство на здравеопазването:

1. Въвеждането и съфинансирането на услугата „Медицински патронаж в домашни условия“ ще осигури по-добро медицинско обслужване на лежащо болни, тежко болни и стари хора в домашна среда.
2. Въвеждането и съфинансирането на услугата „Медицински патронаж в домашни условия“ ще намали разходите за болнично лечение на хора, които могат да бъдат обгрижвани в собствения си дом.
3. Въвеждането и съфинансирането на услугата „Медицински патронаж в домашни условия“ в сътрудничество с неправителствени организации ще доближи българската система на здравеопазване до Системите на здравеопазване в развитите страни, доказали ефективността на този вид обслужване.
4. Въвеждане на клинична пътека „медицински патронаж в домашни условия“.
5. Изготвяне на стандартизиран указател за категоризиране на нуждаещите се от грижи в дома пациенти според качествените и количествени потребности на пациента.

II. Към Министерство на труда и социалната политика

1. В сътрудничество с Министерство на здравеопазването и неправителствени организации, касаещо социално слаби групи от населението, както и групи в неравностойно положение, дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ ще осигури на нуждаещи се медицински грижи и по-достоеен живот. По-бързото здравословно и физическо възстановяване би спомогнало за връщане и/или интегриране в нормалната работна среда на човека.

Приноси на дисертационния труд

- Направен е аналитичен обзор на актуалната чуждестранна и българска научна литература, на актуалната правна регламентация и регулация по проблема "Маркетинг на медицинския патронаж в домашни условия" - в чужбина и в Р. България.
 - Формулирана е структурата на маркетинга на дейността "Медицински патронаж при домашни условия" и са определени специфичните политики - продуктова, дистрибуционна, комуникационна, ценова, свързани с нейната реализация.
 - Разработен е типов инструментариум за изследване на реалните потребности и структурата на съответните необходими и достатъчни дейности и услуги за "Медицински патронаж в домашни условия".
 - Върху представителна извадка за страната за първи път е проучено мнението на потребителите и на професионалистите относно дейността "Медицински патронаж в домашни условия", резултатите от което са анализирани.
 - Разработена е методика за системно изучаване, оценка и анализ на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ с цел ефективно планиране, управление и контрол на дейността и инвестираните средства.
 - Предложена е специфична за дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ организация на работа, включваща всички териториални специализирани държавни, общински и частни организации.
-

Публикации във връзка с дисертационния труд

1. **Янакиева А.**, Д. Сиджимова, Т. Димитров: Имплементиране на услугата „медицински патронаж в домашни условия“, Съвременното образование Мисия и Визии, Югозападен университет „Неофит Рилски“, Благоевград, 2010, стр. 523 – 529
2. Воденичаров Ц., **А. Янакиева**, Д. Сиджимова: Потребност от професионално обучение на специалисти за „медицински патронаж в домашни условия“, Осма международна научно-практическа конференция „Преподаване, учене и качество във висшето образование – 2011“, Бояна, 17 – 18 юни 2011 г, стр. 666 – 672
3. Воденичаров Ц., **А. Янакиева**, Д. Сиджимова, Т. Димитров: Потребност от услугата „медицински патронаж в домашни условия“, Списание Здравна политика и мениджмънт, 2011, том 11, № 4, стр. 21 -27
4. **Янакиева А.**, Р. Златанова - Великова: Патронажно обслужване през призмата на медицинските специалисти, Национална конференция за преподаватели и студенти на тема „Здравни грижи – традиции и перспективи“, Медицински колеж „Йорданка Филаретова“, София, 2012 – в печат.

Цитирания на дисертационния труд

В рамките на проекта MATSIQEL „Models for Ageing and Technological Solutions for Improving and Enhancing the Quality of Life“ е докладван следният материал „Health practices for the older people in Bulgaria“ от инж. Мария Стефанова-Павлова , PhD, на 24 и 25.11.2011, в Newcastle, UK , Project Progress Meeting“, базиран на разработката за зачисляване на дисертационен труд „Маркетинг на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“.

Abstract

The aim of the project is to accumulate the expertise for mathematical and computer modelling of ageing processes, including forecasting models for prevention and rehabilitation, and implementation into technological devices (monitors, GPS, telecare, telehealth, recreational games) and instruments (surveys, assessment tools), which could contribute to the improvement and enhancement of the quality of life in the ageing process, and the assessment of impact of factors, such as demography, mobility, health, food, lifestyle, and others to the ageing process. The project is multi-disciplinary and includes specialism from mathematics and statistics, physics, computer science, biomechanical engineering, psychology and neurophysiology, sociology, nursing and health.

В резултат на представяне на материала възниква проект по Еразъм с Германия.
