

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

Борянка Веселинова Борисова

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

Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен
„Доктор” по „Социална медицина и организация на здравеопазването
и фармацията”

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

София 2013

Съдържание

1. Въведение – актуалност и значимост на проблема (4)

2. Литературен обзор

- 2.1. Основни понятия (8)
- 2.2. Проблемът за приоритетното място и значение на първичната медицинска помощ в националната здравна система (11)
- 2.3. Нарастващата роля и отговорности на общопрактикуващия лекар в съвременните условия (18)
- 2.4. Необходимост от публичен дебат и публична оценка на дейността на общопрактикуващия лекар (31)
- 2.5. Публичната оценка на ОПЛ в контекста на правата и задълженията на пациентите (33)
- 2.6. Мнението на пациентите – от подценен към първостепенен критерий за оценка на ОПЛ (35)
- 2.7. Необходимост от сътрудничество и комуникация между пациента и неговия личен лекар (48)
- 2.8. Роля на пациента в регулирането на дейността в общата лекарска практика (52)
- 2.9. Констатации на проведени социологически проучвания върху общата лекарска практика (54)

3. Цел, задачи и методика на изследването (57)

4. Анализ на резултатите от изследването

- 4.1. Мотивация на пациентите за свободен избор и смяна на ОПЛ (62)
- 4.2. Предварителна информираност на пациента преди избора на личния лекар (74)
- 4.3. Честота и структура на посещенията при ОПЛ (76)
- 4.4. Проблемът време в медицинското обслужване (83)
- 4.5. Проблеми на достъпа до ОПЛ (85)
- 4.6. Мнение за организацията на дейността на ОПЛ (88)
- 4.7. Оценка на качеството на здравните услуги (91)
- 4.8. Комуникация и сътрудничество между лекар и пациент (98)
- 4.9. Ниво на удовлетвореност на пациентите от ОПЛ (103)
- 4.10. Оценка на причините за пропуски в дейността (112)
- 4.11. Препоръки на пациентите (116)

- 5. Обсъждане и обобщение. Мнението на пациента като предпоставка за ефективен мениджмънт на общата медицинска практика (119)**
- 6. Заключение – изводи и препоръки (123)**
- 7. Приложение (132)**
- 8. Литература (140)**

Ключови думи и термини:

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

1. Въведение – актуалност и значимост на проблема

Започналата през 2000 година здравна реформа в България не е уникално явление, а е част от общия процес на всеобщи организационни промени във всички национални здравни системи в света. Но както отбелязват анализаторите, здравната реформа в България, за разлика от развитите страни, не бе частична промяна от типа усъвършенствуване на системата, а доведе до фундаментални и кардинални промени в принципите на управление, финансиране, структура и организация на медицинския труд, както и до нови социални отношения в здравеопазването (17, 18, 21).

Това прави значително по-труден стратегическия и оперативния мениджмънт на здравната система в България в процеса на осъществяваната организационна промяна. Свидетелство за това са постоянните медийни дебати с изразен критичен оттенък по различни проблеми на здравното обслужване на населението. Същевременно **дефицитът на целенасочена медийна политика** в здравеопазването прави повечето от тези дебати ниско ефективни. Освен това медиите **не се използват за един широк публичен дебат** по генерални въпроси на здравната реформа и нейното управление, а се публикуват главно злободневни материали, конфликтни казуси и т.н.

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

здравеопазването. В тази насока е важно да се съобразяват принципите на съвременната концепция за медицина, основана на доказателства, съответно **здравна политика, основана на доказателства**. Както подчертават наши водещи експерти (Ц.Воденичаров и съавтори), нужно е всяко здравно-политическо решение за промяна да бъде прецизно обосновано и доказано с оглед крайната ефективност на промяната (21). Обосновката на доказателствата за характера на дадена промяна в здравеопазването трябва да изхожда както от научни анализи, така и от широк обществен дебат. Но в тази насока има сериозни пропуски. В контекста на нашето изследване е важно да подчертаем, че основна слабост на провежданата здравна реформа бе ограниченият и почти **липсващ публичен дебат** относно целите, механизмите и ресурсите на здравната реформа.

Една от илюстрациите за промяна без ясни доказателства е тежкият **дисбаланс и асиметрия** в развитието на задължителното и доброволното здравно осигуряване у нас, при което последното заема доста скромно място в системата и изостава в развитието си.

В някои публикации се поставя основателно въпросът за необходимостта от стратегическа преоценка на досегашната организационна промяна и на законовата база на здравеопазването. Анализите показаха, че не се постигна желаният оптимален контрол върху качеството на медицинското обслужване от страна на осигурените лица, което позволява да съществува документно отчитане на неизвършена дейност (фиктивна дейност) и на практика недостоверна информация за обема и структурата на медицинската дейност.

Глобалната промяна в нашата национална здравна система засегна основите на нейната нормативна база (серия нови закони за здравеопазването), приоритетите на здравната система, принципите на управление, връзката между различните сектори на здравеопазването,

правата на пациента и етичните взаимоотношения „лекар-пациент”. Всичко това има определен ефект и отражение върху мнението, оценката и удовлетвореността на пациентите (на гражданите и обществото) от качеството на оказваната медицинска помощ.

Според А. Димова, Мир. Попов и М. Рохова „поставянето на пациента в центъра на здравната система и въвеждането на конкурентни отношения между лечебните заведения са едни от основните принципи, декларирани в редица национални програми за осъществяването на здравната реформа. Информираният избор на лечебно заведение от пациентите е предпоставка за развитие на конкурентни отношения, които са ефективна форма за контрол и стимул за повишаване на качеството” (54)

Днес и в бъдеще мнението, оценката и удовлетвореността на пациентите стават все по-важни, защото те пряко влияят върху отношението, мотивацията и поведението на пациентите, свързано с тяхното здраве – за избора на лекар или лечебно заведение, за своевременното търсене на медицинска помощ или обратното, късно обръщане към лекар, за доверието към здравната система, за етичните взаимоотношения „лекар-пациент”. В крайна сметка мнението, оценката и удовлетвореността на пациентите от здравеопазването в цялост или от отделни негови сектори, стават все по-важни фактори за качеството и общата ефективност на здравното обслужване.

Тези съображения са особено важни в областта на първичната медицинска помощ, където основна водеща фигура е общопрактикуващият лекар (ОПЛ, личен лекар). В този сектор на здравеопазването особена важност придобиват проблемите на комуникация и сътрудничество между лекаря и пациента, които от своя страна са зависими от редица психологически и социологически фактори. Първичната медицинска помощ е не само най-масова, но тя създава също така нови социални отношения в здравеопазването и нова култура на здравното поведение.

За цялостната и достоверна оценка на ефективността на общата лекарска практика е нужно, наред с другото, постоянно анализиране на конкретна социологическа информация, изхождаща от пациентите, получаващи конкретните здравни услуги от ОПЛ. Но подобна социологическа информация все още е дефицитна и се подценява както от НЗОК, така и от самите ОПЛ.

Тъй като принципът на съвременните здравни реформи е осъществяване на промяна, ориентирана към пациента (потребителя), очевидно е, че информацията за мнението и оценката на пациента трябва да се превърне във важна и задължителна **предпоставка за ефективното управление** на здравеопазната дейност изобщо и по-специално на първичната медицинска помощ, която има приоритетно място и мисия в здравното обслужване на населението.

2. Литературен обзор

Настоящият литературен обзор се основава на налични публикации в две посоки – а/ публикации, посветени на ролята и функциите на общата лекарска практика и б/ публикации, посветени на анализа на социологическа информация относно мнението на пациентите за ролята и функциите на ОПЛ.

2.1. Основни понятия

Понятието общопрактикуващ лекар най-напред възниква и се утвърждава във Великобритания.

Според определението в тази страна общопрактикуващ лекар (General Practitioner - GP) е практикуващ лекар, който лекува остри и хронични заболявания и осигурява профилактика и здравно образование за всички възрасти и от двата пола. Общопрактикуващият лекар (ОПЛ) има определени умения в лечението на хората с множество здравни проблеми и съпътстващи заболявания. Във Франция наименованието на ОПЛ е лекар генералист или само доктор (médecin généraliste - docteur). В Канада САЩ аналогичното наименование е семеен лекар (family doctor).

Обща практика е съществена базова част на медицинската помощ във всички страни. По своята същност и съдържание общата практика е **пряко свързана** с понятието първична медицинска помощ, въведено от СЗО на конференцията в Алма Ата (1978).

Първичната медицинска помощ и Общата медицинска практика са релевантни понятия. Самото понятие Обща медицина отразява отделна медицинска специалност, включваща съвкупност от знания, практически умения и правила на поведение.

Като **специалност** общата медицина е сложна съвкупност от:

1. Принципи и правила за организацията и технологията на първичната медицинска помощ, извършвана от един лекар с помощта на екип от сътрудници;
2. Мултидисциплинарни медицински (клинични и неклинични) и немедицински знания;
3. Медицински и немедицински умения за извършване на определени видове дейности (комуникативни, манипулативни, интелектуални и др.);
4. Правила на поведение и на отношение с болните, здравите, семейството и общността като цяло (76, 77)

Съдържанието на общата медицинска практика включва редица важни функции:

- 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.

Общата медицинска практика няколко **специфични 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.

В този контекст би следвало да се доуточни и прецизира значението на двата термина обща медицинска практика и първична медицинска помощ в български превод. Това е нужно, защото точните термини предопределят точната визия за общопрактикуващия лекар и философията на неговата дейност.

Обща медицинска практика (респ. общопрактикуващ лекар - ОПЛ) и първична медицинска помощ като термини получиха широка гражданственост у нас. Но техният смислов превод е дискуссионен според нас (и в съответствие с консултация с доц. Б. Дудева, специалист по английски език). Тази дискуссионност е свързана със следните съображения:

1. Обща медицинска практика . от английски **General practice (General practitioner – GP)**. Впечатлява, че в английския вариант няма думите „медицинска” и „лекар” (те се подразбират).

Синонимите на General са: *всеобщ, общ, основен, базов, генерален, главен, ръководящ*.

В термина General practice (General practitioner – GP) англичаните са включили смисъла на всички други синоними, при което синонимът *общ* не е пръв по значимост. По такъв начин терминът General practitioner – GP се възприема като *всеобщ, основен, базов, генерален, главен, ръководящ* в здравните проблеми и дела на своите пациенти (базов лекар).

ОПЛ е не просто „общо”практикуващ, а базово, генерално практикуващ (интегрално, координиращо) и трябва да е **водеща, ключова, интегрираща фигура** в здравната система изобщо. Това е най-същностната мисия и философия на т.нар. в България ОПЛ. Това е смисълът и предназначението на неговото съществуване. Затова в Англия

гражданите с особен *респект* казват „My GP”, а у нас не е формирана подобна психологична нагласа, което е бариера за реализиране на генералната роля на ОПЛ.

В този смисъл по-сполучлив е френският вариант на наименованието: **лекар-генералист** или използваното в някои страни наименование за **Обща медицина – Интегрална медицина**.

2. Първична медицинска помощ – преведена от английския термин **Primary health care** Той бе международно утвърден от СЗО на историческата Алма-атинска конференция 1978 г., а в България тогава бе въведен директно от руския неправилен превод Первичная медико-санитарна помощ (впрочем руският термин е малко по-адекватен от българския, тъй като включва и думата *санитарная*).

В този термин нито една от оригиналните английски думи не е преведена коректно както в буквален (филологически), така и в смислов (медико-професионален) аспект.

В речника **Primary** има следните синоними: основен (основен цвят), първостепенен, главен, първичен. Синонимът *първичен* не е водещ, но у нас е категорично възприет, което поражда някои проблеми Терминът *първична помощ* най-често се асоциира с първа помощ, респ. бърза, спешна помощ (грешка, която често се прави и от студенти медици, когато за пръв път чуят този термин, и от пациенти). Преводът на **health** е еднозначен - здраве. В превода на **care** синонимите са: грижа, внимание, обгрижване, попечителство, наблюдение (от лекар), обичам (някого), като изобщо липсва синоним *помощ*, т.е. думата, която фигурира в българския вариант на този термин.

Следователно, **Primary health care** в един прецизен буквален и смислов превод не е първична медицинска помощ, а би трябвало да бъде *Базови здравни грижи* или *Първостепенни здравни грижи*, но не Първична медицинска помощ.

Терминът грижа има много по-широко и всеобхватно, базово, дори витално значение от термина помощ (означаващ инцидентни, епизодични актове – например, майката се **грижи** за детето си, а не просто му оказва помощ).

Налага се изводът, че в резултат на прибързания автоматичен превод на внедрените два основни термина в здравеопазването, смисълът на тези термини като понятия е деформиран и стеснен. Според нас това не е просто лингвистичен проблем, а **кардинален концептуален и организационен** проблем на цялата наша национална здравна система, на здравната политика и в частност на стратегическия здравен мениджмънт.



2.2. Проблемът за приоритетното място и роля на първичната медицинска помощ в националната здравна система

В съвременните здравни системи приоритетното място и роля на първичната медицинска помощ е неоспоримо, официално признато и възприето. Това признание намира място в здравно-политическите приоритети и в законовата база на различните страни в света. Исторически приоритетът на първичната медицинска помощ се наложи след приемането на концепцията и стратегията на СЗО през 1978 година на световната конференция в Алма Ата.

Нужно е да се подчертае, че първичната медицинска помощ представлява доста широк спектър от дейности. В Алмаатинската декларация е посочено, че минимумът от първични здравни грижи включва: здравно възпитание на населението, осигуряване на рационално хранене, хигиена на околната среда, профилактично-лечебни грижи за

майките и децата, имунизации, профилактика на социално-значимите заболявания, осигуряване на лечение за най-разпространените заболявания и травми и достъпност на най-необходимите лекарства.

Редица експерти считат, че по своята същност първичната медицинска помощ е **фундаментална концепция**.

Първичната здравна помощ има изключително важно значение, поради това, че тя е най-масовата и близка за оказване медицинска помощ, която **формира и общественото мнение** за състоянието на системата на здравеопазване като цяло.

Днес, независимо от националните специфики и различия, се наблюдават общи приоритетни направления в здравната политика на европейските страни, едно от които е преориентация от болничната помощ към разширяване на първичната (базова) медицинска помощ. Развитите европейски страни все повече поставят първичните здравни грижи сред водещите приоритети на своите здравни системи. Ярки примери за приоритетно място на първичната медицинска помощ има в страни като Великобритания, Швеция, Дания, Финландия, Холандия, Испания и др.

Като пример цитираме Англия, която има показател 65,09 ОПЛ на 100,000 жители. В България този показател се движи около 70 на 100,000 жители. През последните години броят на ОПЛ в Англия ежегодно нараства около 3%.

Според английски експерти отношението „Общопрактикуващи лекари – специалисти (консултанти)” влияе върху показателите на общественото здраве. Там където **лекарите-генералисти са повече от специалистите** показателите на общественото здраве са по-добри (164).

По традиция и понастоящем огромна част от ресурси на здравеопазването отиват за болничната помощ. Това се демонстрира с феномена **свъръххоспитализация**, 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). Свърхмодерните и свърхскъпи болнични комплекси се преценяват като неадекватни за цялостното и ефективно справяне с тази патология. Според В. Борисов суперболницата има ограничени функции за лекуването на малка част от пациентите, които експертите наподобяват върха на **пирамида** с широка основа от стандартни масови заболявания и за които не е оправдан прекаленият тясноспециализиран подход.

За да се преодолее този нарастващ дисбаланс, се налага постоянно утвърждаване на първичните (базови) здравни грижи като основа за здравната система на всяка една страна (12, 24, 47).

Във връзка с това се прогнозира, че в националните здравни системи ще бъде необходима съществена **преориентация** и преразпределение на ресурсите с оглед значимите приоритетни функции, които трябва да изпълни първичната медицинска помощ (общата лекарска практика).

Централна фигура в системата на първичните здравни грижи е лекарят с общ профил, който е изграден специалист по обща медицина, добре запознат с медико-социалните проблеми на пациентите. В някои страни той е наричан общопрактикуващ лекар (G.P.- General practitioner), в други страни - лекар-генералист, семеен лекар или личен лекар. Главната задача на лекаря по обща медицина е да по-срещне базовите, **най-масови здравни потребности** на населението, да сведе до разумен минимум препращането на пациентите към тесните специалисти и болниците. Така лекарите от общ профил стават положителен организационен и икономически фактор на всяка национална здравеопазна система.

Според Ц. Валентинова, М. Горанов основните характеристики на първичната здравна помощ са нейната **достъпност, превантивност, продължителност, изчерпателност и координираност на**

извършваните консултации, както и разбирането на медицинския, психологичния и социалния контекст на здравето.

В редица западноевропейски страни броят на лекарите-генералисти е по-голям от този на тесните специалисти (например във Великобритания общопрактикуващите лекари са около 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).



Фиг.1. Място на първичната медицинска помощ в здравната система (19)

Стратегията на Световната здравна организация за първичната медицинска помощ определи общата практика като първостепенен приоритет на съвременните здравни реформи. Общопрактикуващият лекар по същество изпълнява функциите на личен лекар, който е най-доверения и най-близкия до пациента медицински професионалист.

У нас в системата на общата лекарска практика все още не е определено нужното място на редица важни елементи и аспекти на първичната медицинска помощ, каквито са: 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) .

Ето защо многостранните проблеми в дейността на общопрактикуващия лекар (ОПЛ) в нашата страна следва да бъдат обект на повишено внимание от страна на здравните политици, здравните мениджъри и на самото общество. В този контекст проличава ролята на оценката на пациента и на **публичния дебат** относно дейността и проблемите на общопрактикуващия лекар в нашата страна.

Заслужава внимание сравнителният анализ на Ек. Александрова за ОПЛ в Германия и България. Авторката подчертава, че поставяне на ОПЛ на входа на системата и във ФРГ, и в България се използва като мярка срещу прекалената употреба и даже злоупотреба със здравноосигурителната система. Съществено е, обаче, да отбележим **подходите, възприети в двете здравноосигурителни системи към утвърждаването на ОПЛ**. В България институцията на ОПЛ се създаде и започна да функционира като задължителна за осигурените в НЗОК съгласно Закона за здравното осигуряване. В Германия личният лекар се предлага на осигурените като вход към системата, като на тези, които го използват се предлагат **различни финансови и други бонуси**. Последствията от двата подхода са различни. В Германия институцията на личния лекар се утвърждава и разширява бавно и неправолинейно, но успоредно с формиране на убеждението на осигурените, че тя им носи здравни и финансови ползи.

В България, според анализа на Е. Александрова, задължителното въвеждане на ОПЛ вероятно допринася и за установената през последните години тенденция за прекалено висок процент прегледи при специалисти, а в същото време личният лекар се превръща в своеобразен разпределител на направления към тези специалисти.

Очевидно е, че германският подход води до друг тип поведение и до **дълготрайни и положителни психологически нагласи** при осигурените, ползващи се от услугите на ОПЛ. Българският подход води до бързи организационни и финансови резултати, но бе придружен с някои трудности при утвърждаването на ролята на ОПЛ в представите на българския пациент (3).



2.3. Нарастващо значение, роля и отговорности на общопрактикуващия лекар в съвременните условия

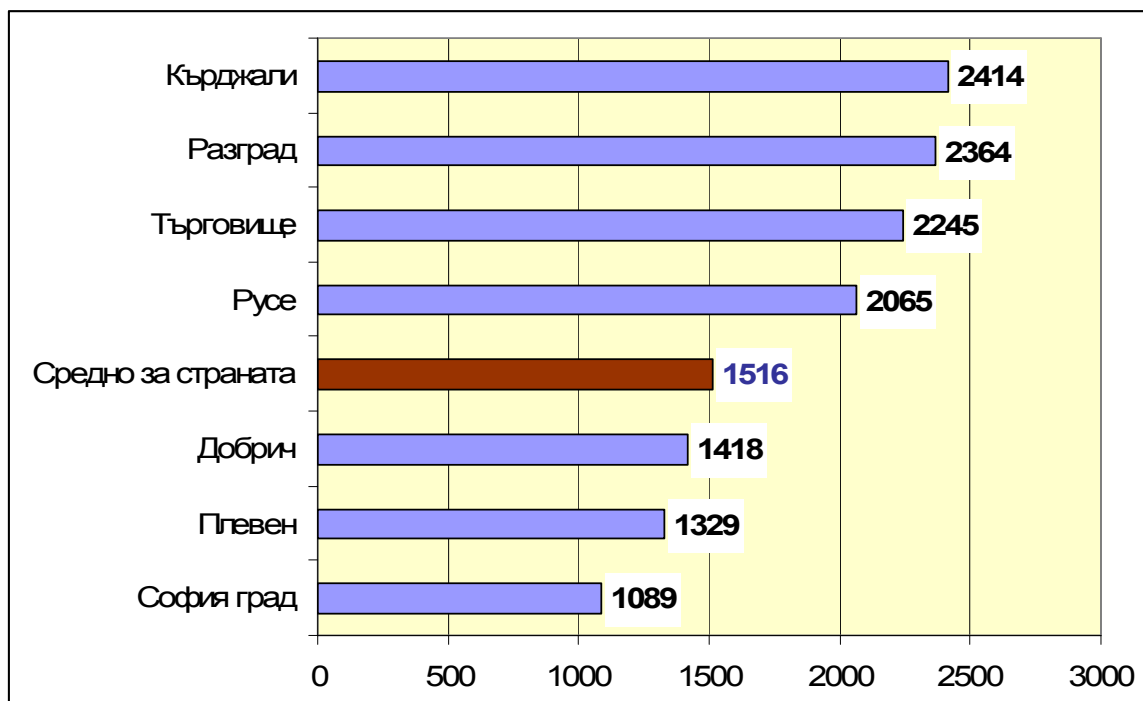
Както посочихме, общата медицинска практика е въведена и утвърдена в най-голяма степен във Великобритания. Чрез нея се реализират в ежедневната практика идеите на първичната медицинска помощ като комплексна стратегия.

У нас ОПЛ като институция и функция бе въведен през 2000 г., когато броят на ОПЛ е 5146. В края на 2011 г. броят на общопрактикуващите лекари в страната е 4996 или 16.5% от всички практикуващи лекари в страната. Това прави **средно 1516 жители на един ОПЛ**. Незаетите общи лекарски практики през 2011г. са 533, предимно в отдалечени и труднодостъпни населени места (70).

Съществуват значителни **регионални различия** в броя население средно на 1 ОПЛ, което е особено важен нерешен организационен

проблем. Най ниска осигуреност с ОПЛ се наблюдава в областите Кърджали, Разград, Търговище и Русе, а най-висока в София-град, Плевен и Добрич (фигура 1).

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



Броят на ОПЛ по договор с НЗОК показва тенденция към умерено нарастване до края на 2004 година и стационариране през 2005 и 2006. След 2007 има тенденция към **намаляване броя на ОПЛ в страната**. Докато в почти всички области броят на ОПЛ е намалял, **в София има нарастване** (макар и минимално) с 1,5% през 2011 спрямо 2010 г.

Преобладаваща форма на индивидуалната практика – 3569 индивидуални практики за първична медицинска помощ, което съставлява 95.61% организация на работа на ОПЛ е от функциониращите практики и 83% от работещите в тях общопрактикуващи лекари.

Груповите практики, които дават по-добри възможности за осигуряване на качествена първична извънболнична помощ, са само **4,79%**, за разлика от европейските страни, където съотношението е силно

изтеглено в полза на груповите практики. През 2011 г. индивидуалните практики са 3809, а груповите практики са 249 (70).

По данни на Националната Асоциация на Общопрактикуващите лекари в България към края на 2010 г. **37 % от ОПЛ имат призната специалност по обща медицина.**

Средствата, изразходвани за ПИМП, представляват 7,1% от общо направените разходи за здравноосигурителни плащания в страната през 2011 г. Средствата, изразходвани за капитация съставляват 55% от общата стойност на извършената в ПИМП дейност. През 2011 г. се въведе нов вид заплащане на капитационен принцип, като заплатените средства за осигуряване на постоянен денонощен достъп за медицинска помощ на здравноосигурени лица възлизат на 5 180,9 хил. лева и съставляват 13,3% от изразходваните средства за ПИМП.

Заплащане за осигуряване на **постоянен денонощен достъп** на здравноосигурени лица до медицинска помощ са получили 66% от практики, изпълнители на ПИМП, като този процент е най-висок в Кюстендил - 90%, София град – 88% и Пловдив - 87%, най-нисък в Монтана - 4% и София област – 24%.

Счита се, че главни **предимства** на общата медицинска практика са трайната връзка между лекарите и избраните ги пациенти, интегрираният характер на оказваните медицински услуги, повсеместна достъпност на тези услуги, ангажирането на пациента и на семейството в решаване на техните здравни проблеми, възможност за координация с лекарите от останалите сектори на здравеопазването.

Задължителни **предпоставки** и **условия** за ефективна дейност на ОПЛ са следните:

1. Наличие на 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;

Развитието на ПМП, респ. общата медицинска практика, създава нови отношения „лекар-пациент”, ново поведение 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 с пациентите. 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 (16).

У нас общата медицинска практика и общопрактикуващият лекар са въведени в началото на здравната реформа през 2000 година. **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 лекарска работа са твърде разнообразни. Например посещението при лекар може да е само поради необходимост от разговор 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.

Специално внимание заслужава една от малкото публикации, посветени на нерешени управленски проблеми на общата медицинска практика, чиито автори са Ив.Стамболова и Ст.Стамболов. В нея се подчертава, че ОПЛ стои в основата на пирамидата на здравната система. Анализът е изграден върху анкета с общопрактикуващи лекари в София. Установява се голям диапазон на броя пациенти в една лекарска практика - най-малката практика се обслужва 540 пациента а най-голямата. обслужват 2400 лица.

Сериозен проблем за обслужване от ОПЛ се явяват пациентите, които търсят медицинска помощ, но не са здравноосигурени. От всяка пациентска листа те съставляват около 10 %. Според авторите относителната тежест на всяка от дейности на ОПЛ е следната:

Вид дейност	Отн. дял (%)
Лечебно-диагностична	66.6
Профилактична	20.7
Диспансерна	10.0
Трудово-експертна	2.7

Авторите считат, че тези четири основни направления логично най-голям относителен дял заема лечебната дейност, който лекарите посочват и като основен вид дейност. След нея се нарежда профилактичната дейност. Въпреки, че дейностите по промоция на здравето и профилактика са първата стратегическа цел, възникват проблеми в първичната помощ с реализирането им главно поради недостатъчното финансиране.

Средствата, заложи в цената за профилактичен преглед не са достатъчни. Подобно на клиничните пътеки в болничната помощ те са недофинансирани и това налага здравно осигурени пациенти да заплащат някои изследвания или ако те се назначат от ОПЛ и надхвърлят лимитите му за изследвания трябва да се заплатят от самия лекар (102).

Обсъжда се съществуващото понастоящем заплащане на ОПЛ чрез т.нар. **капитационно заплащане** при което парите следват пациента. При този вид заплащане лекаря получава сума, съобразена с възрастта на пациента и здравния риск за децата и хората над 65 години. Извършената анкета показва, че 60% от ОПЛ категорично не са удовлетворени от прилагане на капитационния принцип на заплащане на труда им в Първичната медицинска помощ, а 33% са само частично удовлетворени. В литературата се посочва, че най-добри ефекти върху справедливостта и качеството се получават от прилагане на смесени системи за финансиране. По-нататък в статията се посочва, че недостатъчното финансиране на общите практики поставя редица проблеми, с които **ОПЛ като мениджъри** трябва да се справят самостоятелно. Пациентите и здравната каса защитавайки своите интереси поставят лекаря в Първичната помощ пред трудни дилеми: добър баланс на практиката или хуманизъм; добро качество на дейността или прегледи за всички нуждаещи се. Тези проблеми изправят лекаря пред необходимостта да търси възможности и предприема действия в противоречие и нарушение на редица разпоредби. Като най-широко разпространено нарушение се явява неотразяването на извършения преглед, за който съответно не се издава амбулаторен лист и не се отчита. Две трети от анкетирания лекари посочват, че са извършвали това нарушение по необходимост - за да пестят време, консумативи, за да избегнат проблеми с евентуални проверки и др. (102).

Съществен проблем в дейността на ОПЛ е отпускането на **направления** за прегледи при специалист на пациентите, което става

предпоставка за междуличностни проблеми и **конфликти между ОПЛ и пациента**, за последваща смяна на лекаря и дори за инциденти от влошаване на състоянието на пациента вследствие на нереализиран преглед при специалист. Всички тези причини, настоящи или евентуални получават развързка в интерес на пациента и в ущърб на лекаря. Надвишаването на лимитите за тези талони е съпроводено с проверка от здравната каса и заплащане на извършените на пациента прегледи от специалист, лично от лекаря, който е издал талона за преглед. Така ОПЛ ежедневно се натоварва (психически и финансово) със ситуации за издаване на талон за преглед, за който счита, че не е необходим, но не желае да се конфронтира с болния човек. Този проблем съпътства ежедневието на повече от 90 % от лекарите в първичната медицинска помощ. В търсене на причините за това поведение Ив. Стамболова и Ст. Стамболов установяват, че най-често то се оправдава с желанието на лекаря да се избегне открит конфликт с пациентите, които настояват, че след като са здравноосигурени трябва да могат да ползват правата си за получаване на компетентно становище от специалист за тяхното заболяване. Широката информационна кампания на НЗОК за правата на пациентите доведе до повишаване на тяхната правна култура, но недостатъчните ресурси в здравната система не могат да покрият претенциите на потребителите на здравни услуги. Средствата с които разполага касата са достатъчни едва за един талон годишно на пациент, а желанията на пациентите са значително по-големи. ОПЛ като **филтър на системата** за достъп на пациентите до специализирана помощ става пресечна точка на недоволството на пациентите и възможностите на здравната каса по този въпрос (102).

Авторите правят обобщението, че в търсене на баланса между потребностите и изискванията на пациентите, възможностите на здравната система и собствените си възможности и интереси ОПЛ губи спокойствие

и търпение да дочака справедливата оценка на държавата и обществото за неговия труд и принос към здравето на нацията. Необходим е добър мениджмънт в здравната система, който да осигурява възможности да се преодолеят посочените проблеми и противоречията на законодателството, за да продължи ОПЛ успешно дейността си (102).

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.

В България са въведени „Правила за добра медицинска практика на ОПЛ” (2008 г.), изградени на базата на утвърден световен и европейски опит, стандартите за добра практика на фамилните лекари във Великобритания, Холандия и Австралия и са съобразени с националните ни особености. Основните принципи на Правилата за добра медицинска практика са (97):

- Професионална компетентност по обща медицина
- Добри комуникативни умения
- Достойно отношение към пациентите

- Етичност в поведението към пациенти и колеги
- Умения за работа в екип.

Освен въпросите на добрата клинична дейност и поддържането на квалификацията в структурата на тези Правила има специална глава **„Отношения с пациентите”** – по проблемите на добрите комуникации, партньорството между лекар и пациент, поддържане доверието, етични аспекти на дейността и др. Подчертава се, че ОПЛ трябва „да общува активно с пациентите”, „да изслушва, пита и уважава мнението на пациентите за здравето им и адекватно да реагира на техните тревоги и предпочитания”, а също да уважава правото на пациентите си да участвуват във вземането на решения, касаещи здравето им”.

Впечатлява наличието на специален пункт за **достъпността** и в частност необходимост от схема за „посещения на предварително записани и непланирани пациенти” и осигуряване на „възможност за консултация по телефона”.

Същевременно впечатлява, че в тези Правила за добра медицинска практика почти **не са засегнати организационните въпроси** в дейността на ОПЛ, които имат решаващо значение за неговата ефективност и за удовлетвореността на неговите пациенти. В частност, изобщо не се споменава за необходимост от домашни посещения, които са особено болезнен проблем в общата медицинска практика и са предпоставка за редица конфликтни ситуации между лекар и пациент.

Наред с безспорните предимства на общата медицинска практика в анализ на Сдружението на ОПЛ в България (2005 г.) са посочени някои основни **дефекти на общата медицинска практика:**

- Ограничена достъпност на хората
- Лимитирана клинична свобода на общопрактикуващите лекари
- Недостатъчно разнообразие на извършваните превантивни, клинични и медико-социални дейности

- “дирижирано” обслужване на голяма част от болните
- Неприемливо качество на нивото на медицинските дейности
- Висок относителен дял на времето за работа с медицински документи и немедицински дейности (77)

Според анализа съществуват две групи фактори, които оказват **отрицателно влияние** върху общата медицинска практика:

а/ Вътрешни фактори

- Недостатъчна професионална компетентност на голяма част от общопрактикуващите лекари
- Липса на достатъчен по брой и вид специалисти в постоянния екип на общопрактикуващия лекар
- Ограничено приложение на холистичното и проблемно-ориентирано поведение към хората в състояние на болест и здраве
- Индивидуалната организация на практиките за първична медицинска помощ
- Недостатъчната мотивация на лекарите за работа в първичната медицинска помощ

б/ Външни фактори

- Недостатъчен размер на средствата за финансиране на първичната медицинска помощ от задължителното здравно осигуряване
- Липса на държавно финансиране на дейности, свързани с определени групи от населението и здравни проблеми
- Недобрата система на заплащане на общопрактикуващите лекари от организациите на задължителното здравно осигуряване
- “Бедно” нормативно стопанство за първичната медицинска помощ и лоши правила, които водят до дискриминация и ограничение
- “Неподходяща” система за специализация на лекарите по обща медицина

- Недостатъчни възможности и готовност за сътрудничество на държавните, обществени и граждански организации за оказване на социални и медико-социални дейности при определени групи от болните и населението
- Неадекватно разбиране и поведение на професионалната организация на лекарите за мястото, ролята и значението на първичната медицинска помощ и на общопрактикуващите лекари като самостоятелна професионална група

Като основни заплахи за първичната медицинска помощ посоченият анализ посочва:

- 1) Промяна в модела на първичната медицинска помощ
- 2) Разширяване и увеличаване на ограничителните и дискриминационните правила за първичната медицинска помощ при обслужване на болните
- 3) Увеличаването на неудовлетвореността на населението от здравната реформа и свързването ѝ с първичната медицинска помощ
- 4) Влошаването на управляемите от медицинските дейности здравни резултати (77).

Дискутабилен продължава да е въпросът за **ролята на ОПЛ в спешната медицинска помощ** на своите пациенти. В някои страни (САЩ) този проблем е обект на загриженост и постоянно обсъждане. Това доведе до развитието на политика за участие на семейните лекари в спешната медицина и формирането след 2010 г. на специална група с интереси в спешната медицина.

Има официално становище на Американската академия на семейните лекари (*American Academy of Family Physicians*) "Критичните предизвикателства за семейна медицина: Предоставяне на спешна медицинска помощ оборудване на семейните лекари за 21 век" (117). Според този документ нужно е да се гарантира, че семейните лекари са

част от бъдещето на спешната медицина. Семейни лекари се обучават в цялостта на медицинска помощ и като такива, са квалифицирани да предоставят спешна помощ в най-различни условия в селските и отдалечените селища. Затова е нужно допълнително обучение и стипендии за спешна медицина. По повод предубеждението и подценяването на семейните лекари от тесните специалисти се препоръчва конкуренцията между специалностите да се замени със сътрудничеството, което признава важната роля на семейните лекари в спешна медицинска помощ.

Американските автори анализират успешното интегриране на семейна медицина с обучение и практика по спешна помощ в други страни, например, канадския модел, който позволява на семейните лекари да получат сертификация и опит в практиката и процедурите на спешната медицина. Международните модели показват положителния ефект от подготовката на семейни лекари, осигуряващи спешна медицинска помощ и по този начин те могат да служат като пример за американската система.

Позицията Американската академия на семейните лекари подчертава силните ефекти от участието на семейните лекари в спешната медицинска помощ в специфични райони на страната: "За по-голямата част от днешната спешна медицина има специализирани консултанти и съвременни технологии, които са лесно достъпни в големия град. Но в селските и дистанционно отдалечени райони липсват тези ресурси и технологии и семейните лекари зависят от собствените си най-добри клинични умения и преценки. В тези области идеалният лекар е общопрактикуващ с опит в спешната медицина" (117).

В Правилата за добра медицинска практика на ОПЛ в Република България въпросът за спешната помощ е засегнат бегло и много общо в смисъл, че „лекарят трябва да съдейства”. Не е ясно на кого да съдейства.

Като обобщение на този раздел следва да подчертаем, че Стратегията на Световната здравна организация за първичната медицинска помощ

определи общата практика като първостепенен приоритет на съвременните здравни реформи. Общопрактикуващият лекар по същество трябва да изпълнява функциите на личен лекар, който е **най-доверения и най-близкия** до пациента медицински професионалист.

Ето защо многостранните проблеми в дейността на общопрактикуващия лекар (ОПЛ) в нашата страна следва да бъдат обект на повишено внимание от страна на здравните политици, здравните мениджъри и на обществото.

Общата медицина е специфична съвкупност от знания, умения и правила за поведение. Тя изисква от общопрактикуващите лекари **комплексни мултидисциплинарни знания** (медицински, социални, психологически, юридически и др.), а също така комуникативни, организационни, педагогически умения и правила за поведение при болните, здравите, семейството и общността като цяло.

Принципът на свободния избор на ОПЛ от страна на пациента замени предишната система на участъковите лекари, основани на териториален принцип на медицинско обслужване. И затова обществото възлагаше **големи надежди** на ОПЛ – подобрен достъп до лекаря, повишено качество на медицинската помощ, по-голяма отзивчивост към нуждите на пациента, нови сигурни стандарти на медицинската етика в дейността на ОПЛ и т.н. Някои публикации на наши автори показват, че тези надежди **не са реализирани** в достатъчна степен (3, 7, 21).

В тази насока интерес представляват някои факти: - без преглед през годината са повече от половината от пациентите в списъка на ОПЛ (при хората в активна възраст до 80%); - ОПЛ почти не познава здравното и социалното състояние на своя контингент; - той не е на пълноценно разположение на своите пациенти, няма мотивацията и нагласата за активни домашни посещения; - очебиешко намалява броят на профилактичните прегледи; - принижено е вниманието към здравето на

подрастващите; - липсва нормативна методика за контрол и оценка на дейността на ОПЛ (110).

Според д-р Стр. Генов, един от водещите наши експерти по мениджмънт на здравните ресурси, липсата на ясни и точни критерии и алгоритми за поведение на ОПЛ води до лечебно-диагностичен процес с трудна предсказуемост на ефекта и с **неясна отговорност** за здравето на неговите пациенти. Придобива особена актуалност проблемът за цялостния ангажимент и отговорността на ОПЛ за здравето на пациентите в неговият списък.

ОПЛ у нас функционира вече тринадесета година, но за ефекта от неговата досегашна дейност все още **няма цялостна официална оценка** - експертна, обществена и политическа. Няма достатъчно конкретни проучвания върху общественото мнение и удовлетвореност от качеството на дейността на ОПЛ.

В същото време редица от проблемите обективно съществуват, имат нарастваща острота и вълнуват широки слоеве от населението. Това са въпроси, свързани преди всичко с организацията на труда на ОПЛ, неговия работен график, особено за домашни посещения, бюрократичен формализъм и прекомерна документация, обосноваността на потребителската такса; координацията и взаимовръзката на ОПЛ с другите звена на здравната система и особено с болниците; масовите профилактични прегледи (скрининг) на рисковите контингенти от населението и в частност на децата и подрастващите; някои етични аспекти и редица други (21, 24).

Според В. Чобанова в момента общопрактикуващите лекари у нас използват само част от огромния потенциал, който имат. Авторката счита, че ОПЛ са уморени от непрекъснатата борба с институциите, от липсата на възможност за дневна, седмична и годишна почивка, от унищожителни санкции за минимални документални пропуски. Проблеми поражда и

специализацията по Обща медицина, която е условие за практикуване на професията сега и в бъдеще (111).

Поради това според Чобанова професията на ОПЛ е нежелана - в последните години практически няма новозавършили лекари, които да се насочват към обща практика. Средната възраст на ОПЛ в България расте, само за една година 32 ОПЛ са напуснали практиката си. Тези проблеми на ОПЛ все още чакат своето решение.

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

В тази насока има широки перспективи за инициативи на неправителствените и пациентските организации.

Това показва, че е обективна необходимостта от по-широк **публичен и експертен дебат** върху проблемите на ОПЛ и подходите за тяхното ефективно решаване.



2.4. Необходимост от публичен дебат и публична оценка на дейността на общопрактикуващия лекар

Необходимостта от публичен дебат и публична оценка на здравеопазните дейности се посочва в публикациите на редица наши и чужди автори (Ц. Воденичаров, М. Попов, М. Абрашева, Т. Веков, Д. Сиджимова, В. Борисов, К. Пасхалидис, S. Golinowska, S. Aragon). В тези

публикации проличава, че обществената оценка на медицинската дейност е глобален нерешен проблем.

Някои анализи на обществената оценка за здравната реформа установяват доста **ниска информираност** на гражданите и на пациентите относно целите, средствата и сроковете на здравната реформа. На този фон е установена доста **ниска обществената удовлетвореност** от промяната в здравеопазването. Това обосновава необходимостта от мониторинг на общественото и професионалното мнение за хода на здравната реформа като се дава приоритет на мнението на пациентите.

За тази цел е нужно стимулиране на обществения дебат относно цялостната организационна промяна в здравеопазването и в частност проблемите в дейността на общопрактикуващия лекар.

Специално внимание на този въпрос отделят Зл. Петрова и В. Борисов в статията «Обществената оценка като критерий за здравната реформа». Според авторите данните за общественото мнение за здравната реформа в България са оскъдни. Това е частен израз на **трайното подценяване на обществения дебат** и на общественото мнение в процеса на управлението на здравната реформа у нас. Основателно авторите подчертават, че социологическата информация като осигурява системен мониторинг на общественото мнение, ще позволи да се регулират процесите на промяна в здравеопазването от гледна точка и в съзвучие с обществените нагласи, очаквания, удовлетвореност и оценки.

В крупната монография на А. Димова, М. Попов М. Рохова „Здравната реформа в България” специално се подчертава дефицитът на публичен дебат и оценка на процесите в здравната система в започнатата през 2000 година здравна реформа. Преди стартирането на тази реформа в началото на 90-те години 64% от анкетираните пациенти оценяват първичната и специализираната медицинска помощ като „лоша” и „много лоша”. Обществото по това време има нагласата за кардинална промяна и очаква

адекватна реформа в здравеопазването. Затова интересът към започнатата здравната реформа е твърде голям (54).

Но според авторите още в началото „като че ли закъснява или **липсва непосредственият и активният диалог** между здравното ведомство и медицинските специалисти и между здравната система и обществото. Появява се информационен вакуум. Популярността на здравната реформа и конкретно на здравното осигуряване е могла целесъобразно да се използва, но това не е станало и тази популярност остава в анализите на историята”. Като обобщение А. Димова и съавтори считат, че са били **пренебрегнати комуникациите** с гражданите и професионалистите относно целите, съдържанието и сроковете на здравната реформа.

Поради това възниква обективна нужда от текущо събиране и анализиране на специфична социологическа информация относно мнението на пациентите за най-масовата и пряко достъпна до тях здравна услуга – първичната медицинска помощ . Подобна информация обаче продължава да се подценява на всички нива на здравната система, в т.ч. и в общата лекарска практика. Липсата на такава информация сериозно затруднява конструктивния здравно-политически, управленски и публичен дебат за подобряване на качеството на първичната медицинска помощ.



2.5. Публичната оценка на ОПЛ в контекста на правата и задълженията на пациентите

Ключов проблем в съвременните здравни реформи е гарантирането и спазването на правата на пациента.

Моделът за правата на пациента подчертава избора и свободата на човека като най-важните морални ценности за здравеопазната система.

Възможността на пациента сам да избира своя личен лекар, лекуващ лекар, болница, осигурителен фонд и др. се свързва с идеята за независимостта на потребителя на здравни услуги. Въвеждането на механизми за защита правата на пациента допринася за по-голямата адекватност и чувствителност на медицинското обслужване към желанията и исканията на пациентите (Ц. Воденичаров и С. Попова).

По данни на Ал. Пампоров според собствената преценка на пациентите едва 19,8% от тях са запознати с правата си. Авторът подчертава тревожният факт, че значителна част от изследваните лица (15,3%) изобщо **не се интересуват от информацията относно здравните си права**. Това налага разширяване на здравната просвета чрез проактивен подход на доставчиците на медицински услуги, съчетан с ефективен контрол за спазване на правото на информираност на пациентите.

Обстойното проучване на Ал. Пампоров 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. Тук проблемът не е проблем на здравна просвета и култура. Той е преди всичко проблем на **противоречива и непълна законодателна рамка**, която не позволява да се очертае ясно кои са страните и какви са параметрите на здравноосигурителното правоотношение. На второ място, 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 (78).

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.

Според Ал. Пампуров главният мотив гражданите да не търсят защита на здравните си права е **загубата на доверие** в държавните институции, в съда и в НЗОК. Доверието на гражданите в НЗОК е ниско – 33,8% от гражданите изобщо нямат доверие на Здравната каса; 41% се доверяват в малка степен, и **само 15,8% се доверяват на Здравната каса** (78).



2.6. Мнението на пациентите – от подценен към първостепенен критерий за оценка на ОПЛ

Оценката като важна управленска функция се осъществява чрез използване на конкретна информация за степента на постигането на определени цели. Понастоящем характерна грешка на оценката е, че тя често се основава на лични или случайни впечатления на мениджъра, а не на цялостна достоверна информация по предварително установени критерии за обективните резултати от изпълнението на дадено решение.

Според водещи български експерти в хода на здравната реформа на практика липсваше ефективен публичен дебат. Неоправдано бе **подценена ролята на общественото мнение** и в частност удовлетвореността на

пациентите от процесите на промяна в здравеопазването. Мнението на пациентите не е станало критерий за оценка на дейността на ОПЛ.

В официалните анализи на тази промяна имат описателен характер, като въпросът за общественото мнение, оценка и удовлетвореност от промените в здравеопазването изобщо не се засягат. Този факт е показателен за хода на нашата здравна реформа от нейното начало, той говори за чисто административен подход към проблемите на нашата национална здравна система.

Функцията оценка се реализира чрез пълноценна информация, имаща различни аспекти – организационни, медико-социални, медико-икономически, демографски, социологически, етични.

Важно е да се подчертае, че оценката следва да се основава не само на количествен, но и на качествено анализ на процесите в здравната система. Недостигът на социологическа информация затруднява както количественият, така и качественият анализ на медицинската дейност, който наред с другото има важни социологически и етични аспекти. В крайна сметка всичко това се превръща в бариера за вземането на правилни управленски решения в здравеопазването.

Все още силно изразен е дефицитът на социологическа информация в управлението на здравната реформа в нашата страна. Както показват анализите на някои автори, няма достатъчно пълни и добре анализирани данни за общественото мнение, за обществените очаквания и обществената удовлетвореност от промяната в здравеопазването.

Липсата на социологическа информация за мнението на пациентите е едновременно причина и следствие на почти липсващия публичен дебат във всички етапи на здравната реформа – в нейния замисъл и концепция, в нейното реализиране и в оценката на нейните първи резултати (позитивни или негативни). В същото време в редица други страни именно благодарение на адекватно отношение към обществената оценка за

здравната реформа здравните политици и мениджъри успешно преодоляват нейните рискове и негативни тенденции и вземат своевременни социално приемливи управленски решения за оптимизиране на процесите на промяна в интерес на общественото здраве.

Социологическата информация ще позволи да се регулират процесите на промяна в здравеопазването от гледна точка на обществените нагласи, очаквания, удовлетвореност и оценки.

Схема 1. Място на информацията за общественото мнение в здравната реформа (по К. Пасхалидис)



Конкретните емпирични изследвания у нас върху общественото мнение за здравната реформа показват ниска степен на удовлетвореност и серия нереализирани очаквания от промяната в здравеопазването (54). Според сравнителния анализ на здравните реформи в България и Гърция, осъществен от К. Пасхалидис обществената оценка на готовността за здравна реформа и в двете страни е крайно неблагоприятна, като по-силно изразена е в България. Ниска е информираността на населението относно целите, средствата и сроковете на здравната реформа (84).

Анализът на общественото мнение за здравната реформа не е самоцелен. Той може да бъде фактор за по-ефективно управление на промяната чрез по-широко гражданско участие при вземането и реализирането на управленските решения за промяна в здравеопазването.

Информацията, получавана от **обществения дебат**, е необходима за по-ефективен стратегически мениджмънт на нашата здравна реформа. Някои анализи на обществената оценка за здравната реформа установяват доста ниска информираност на гражданите и на пациентите относно целите, средствата и сроковете на здравната реформа. На този фон доста ниска е обществената удовлетвореност от промяната в здравеопазването. Това обосновава необходимостта от мониторинг на общественото и професионалното мнение за хода на здравната реформа като се дава приоритет на мнението на пациентите. За тази цел е нужно стимулиране на обществения дебат относно цялостната организационна промяна в здравеопазването и реалното състояние на качеството на здравните услуги.

В публикациите на А. Димова, Мир. Попов и М. Рохова, на Т. Rose и на други автори се обосновава, че **гражданското участие** трябва да бъде задължителен компонент на либерализиращата се здравна система и основен фактор за нейното организационно и морално стабилизиране. Според анализа на авторите необходимо е нормативно и законово да се даде възможност на гражданите не само да изказват мнения, но и широко

да участват и да съдействуват за решаването на здравните проблеми и за развитието на здравната система. Актуален е въпросът за гражданското участие за подпомагане на управлението на здравните и на лечебните заведения (5, 18). В този аспект нови, по-широки и мащабни измерения и насоки придобива дейността на **неправителствените и пациентските организации** (т.нар. трети сектор в САЩ).

Публичният дебат за здравната реформа е важен и от гледна точка на оценка на качеството на здравеопазната дейност. В редица публикации се предлагат комплекс от критерии за оценка на качеството (Зл. Петрова, К. Чамов, Ст. Гладилов и др.). Все повече се утвърждава становището за общественото мнение (мнението на пациентите) като първостепенен критерий за качеството на медицинската помощ.

От друга страна, качеството е всепризнат и общоприет приоритет на всяка една здравна реформа – тя се замисля и реализира в името на по-високот качество на медицинската помощ на населението. Ето защо обществената оценка за процесите на здравната реформа придобива значението на ключов и водещ критерий за генералната оценка на процесите на промяна в здравеопазването. В тази насока е очевидна неотложната нужда от разработване и установяване на **информационна система** за динамичен мониторинг на общественото мнение (нагласи, очаквания, удовлетвореност) от провежданата в страната здравна реформа. Подобна система ще бъде предпоставка за по-обосновани от гледна точка на обществените потребности здравно-политически решения и за по-ефективно управление на здравната реформа в процеса на нейната практическа реализация.

В процеса на публичния дебат за здравната реформа могат да се изразяват многообразни мнения, оценки и идеи. Проблем на стратегическия мениджмънт на здравната реформа е как да се кумулира, обобщи и анализира тази огромна и многообразна информация. Тук е

ролята на експертите. Принципно важно е тяхното участие в самото провеждане на публичните дебати, в събирането, анализирането и обобщаването на информацията от тези дебати за целите на предстоящите управленски решения относно здравната реформа.

В съвременните условия все по-голямо внимание се отделя на изследване мнението и отношението на пациентите към осъществяващите се здравни реформи. Ориентацията на нашето здравеопазване към пазарни механизми на управление и приоритетът на качеството на здравните услуги очертава в нова светлина ролята на пациента в цялостния процес на здравната реформа.

Според редица експерти трябва да се преодолее установеното подценяване на удовлетвореността на пациентите като критерий за оценка качеството на здравното обслужване и на ефекта от провежданите промени в здравната система.

Не е основателно разпространеното гледище, че мнението на пациентите има субективен характер и се отнася повече за междуличностни отношения, поради което не е надежден критерий за качеството на медицинската помощ. Но обективен факт е, че възприятията и удовлетвореността на пациентите влияят върху тяхното поведение, например при избор на лекар, при „бягство” от медицинските заведения и търсене на други средства за лечение – екстрасенси народни лечители, самолечение и други, при неизпълнение на предписан лечебен режим, подаване на жалби срещу медицински персонал и т.н.

Редица автори подчертават все по-нарастващата необходимост от анализ и познаване на мнението на пациентите относно различни аспекти на медицинската дейност (М.Попов, В. Борисов, Ал. Пампуров, Зл. Петрова, К. Пасхалидис и др.).

Като потребители на здравни услуги хората в ролята на пациенти проявяват висок интерес към тези услуги, към тяхната организация и

качество. Това обстоятелство може и трябва да се използва от здравните мениджъри за събиране на конкретна информация за характера и качеството на разнообразните здравни дейности и за нейното ефективно управление и целенасочване.

По този начин на практика общественото мнение, обществените нагласи и оценки могат да станат надежден и ефективен инструмент на управлението на разнообразните здравеопазни дейности.

Както подчертава К. Пасхалидис следва да се съобразява, че в нашето съвремие общественото мнение е много динамичен изменящ се феномен и особено в периоди на организационна промяна в здравеопазването.

Включването на гражданите в процеса на управлението и организацията на здравната дейност позволява да се интегрират по-добре ценностите, културата, стила на мислене и нуждите на обществото в областта на здравеопазването.

Проблемът за гражданското участие в здравеопазването все повече привлича вниманието на здравните политици и стратегии. Според т.нар. стълба на гражданско участие на S. Arnstein то се реализира в следните степени: манипулация (най-ниска степен), терапия, информиране, консултиране, спечелване на благоразположение, партньорство, делегиране на власт, граждански контрол.

Гражданското (общественото) участие се възприема като форма на управление на социалния капитал и като възможност за постигане на сплотено общество, както и като средство за намаляване на социалната изолация в обществото. Това е особено важно за сферата на здравеопазването. Редица анализи показват, че прилагането на традиционните форми за демократична изява единствено посредством политически представители все повече изживява своето време и дава път на гражданското участие (Д. Атанасова).

Счита се, че гражданското участие в здравеопазването, освен оптимизирането на здравно-политическите и управленските решения, има следните предимства:

- Ефективно използване на ограничените ресурси;
- Вземане на решения, съобразени с потребностите и ценностите на общността;
- По-голяма подкрепа в практическото осъществяване на различни здравни програми;
- Получаване на обратна връзка от самите граждани;
- Нарастване на чувството за упражняване на контрол и прилагане на правата и властта, която е вменена на отделния гражданин в съвременното общество, както и за неговите отговорности.

Специално внимание в тази насока заслужава проучването на оценката и отношението на пациентите към дейността на общопрактикуващите лекари. Наличието на някои неясни регламенти в работата на ОПЛ, необходимостта от изпълнение на много административни дейности, наред с чисто лекарските им задължения, честите промени от страна на НЗОК и лошата информираност на пациентите за техните права води до едни или други **противоречия** между личните лекари и пациентите.

По данни от изследванията на Р. Златанова най-голям е относителният дял на анкетираните ОПЛ – 69.7% ($\pm 4.46\%$), които имат рядко конфликти с пациентите си. На второ място са тези, които нямат конфликти – 21% ($\pm 3.95\%$) и само 7.3% ($\pm 2.52\%$) от обхванатите лични лекари са често в противоречие с пациентите си. Като най-честа причина за конфликт анкетираните ОПЛ посочват липсата на направления за консултация със специалисти - 31.78%, последвана от недостатъчното средства за медико-диагностични изследвания – 13.2%. Недостатъчната обща и медицинска култура на пациентите е в основата на редица

претенции от тяхна страна за неоснователни консултации със специалисти и излишно назначаване на **ненужни изследвания**, според 7.33% от анкетираните ОПЛ (Р. Златанова, 2006).

Нерядко конфликтът е с другите пациенти (9,5%), докато чакат реда си да влязат в кабинета и 7.7% са имали пряк конфликт с личния си лекар. Липсата на направления за изследвания и консултации се посочва като най-честата причина за конфликт – 16.4% от анкетираните пациенти. На второ място е дългото чакане пред кабинета, последвано от липсата на осигурен ред за влизане при личния лекар (7.7%).

Първостепенно място при проучване мнението на пациентите има въпросът за тяхната удовлетвореност от общопрактикуващите лекари. Около половината от пациентите (53.2%) са напълно удовлетворени, удовлетворени отчасти са 30.1%. Само 3.9% не са удовлетворени от своите ОПЛ. Следователно в голямата си част пациентите одобряват получаваните услуги от личния си лекар.

Обобщената оценка на пациентите по отношение на оказаната медицинска помощ от техните лични лекари е следната: добра оценка дават 34.1% от анкетираните, много добра – 26.7% и отлична – 23.2% (фигура 1).

Оценката на пациентите за личния си лекар може да бъде представена и чрез доверието, което те му гласуват (фигура 2).

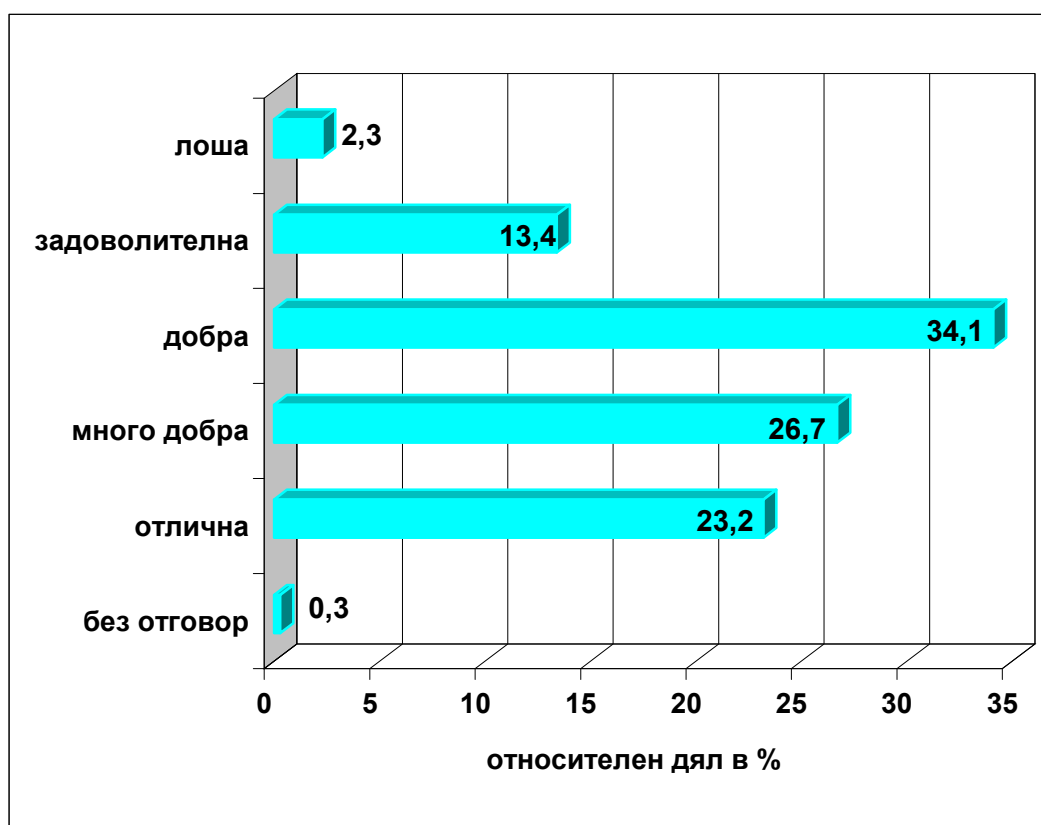
Установява се, че голямото доверие на пациентите към личния им лекар намалява с 10.9% след излизане от кабинета. Паралелно с това се увеличава относителния дял на хората (с 8.6%), които имат малко доверие към ОПЛ преди влизане в кабинета, след излизането им. Почти два пъти се увеличава и относителният дял на отговорилите, че нямат доверие на избраните от тях лични лекари след излизане от кабинета.

На фигура 1 и фигура 2 са представени някои резултати от интересното изследване на Р. Златанова. Те свидетелствуват за проблеми в общата лекарска практика, които се нуждаят от по-нататъшен анализ и

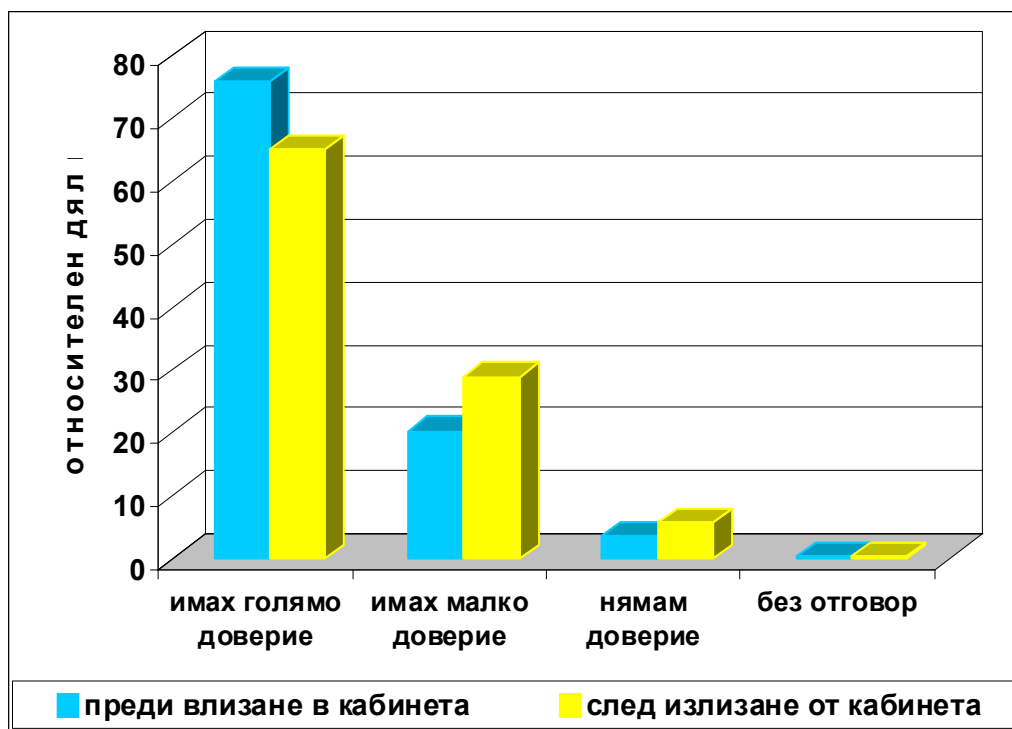
ефективно решаване. Специално важно място сред тези проблеми заемат оценката на качеството от страна на пациентите и доверието на пациентите на ОПЛ като техен личен лекар.

Авторката подчертава нуждата от целенасочено изучаване на проблемите на качеството на първичната медицинска помощ с оглед осигуряване на ефективен цялостен мениджмънт и контрол върху качеството на здравното обслужване от ОПЛ.

Фиг. 1. Оценка на медицинската помощ, оказвана от ОПЛ по мнение на пациентите (Р. Златанова)



Фиг. 2. Сравнително представяне доверието на пациентите към ОПЛ преди влизане и след излизане от кабинета



Гръцкият автор К. Пасхалидис е направил сравнително проучване на мнението на български и гръцки граждани за различни проблеми на здравната реформа и в частност за мнението на пациентите за техните лични лекари. По данни на автора анкетираните лица дават незадоволителна оценка на компетентността на личните лекари. Известен процент от анкетираните считат, че избраният от тях лекар не е способен да окаже компетентна медицинска помощ.

Прави впечатление, че оценката на тази компетентност на личния лекар е приблизително еднаква и за българските, и за гръцките граждани. Това показва, че в очите на пациентите избраният личен (семеен) лекар все още не е станал в пълния смисъл техен личен лекар и това се отнася особено за ситуацията в България. Според сравнителните данни на автора мнението на български и гръцки жители за професионалните възможности на личния лекар е следното (в⁰):

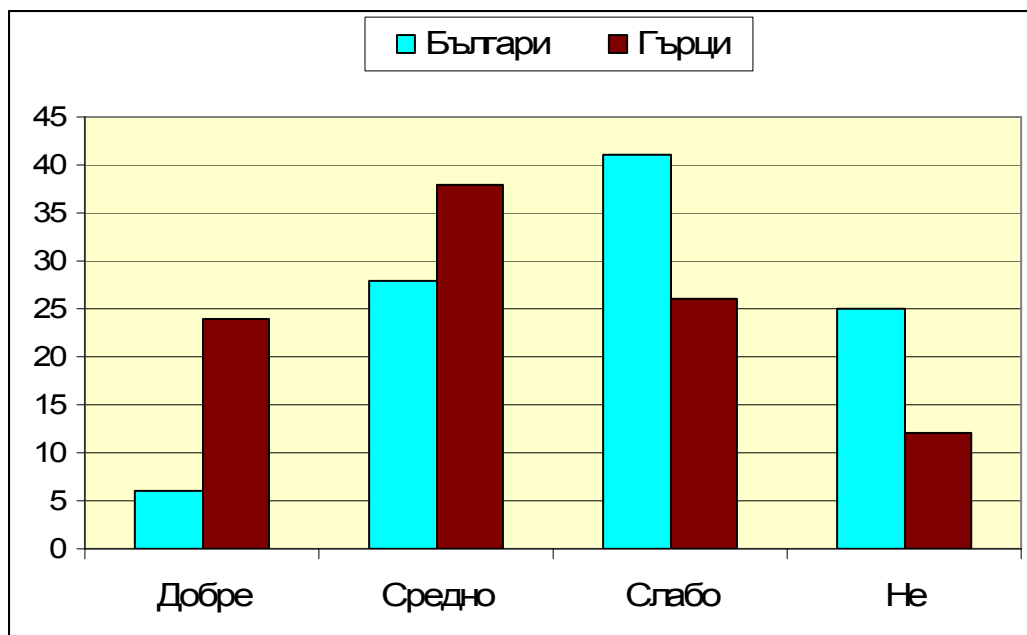
Доколко избраният личен лекар е способен да окаже компетентна медицинска помощ:	Български жители	Гръцки жители
Изцяло	22,0	20,9
В известна степен	44,8	47,8
В малка степен	27,2	22,3
Не	6,0	9,0

Особено интересни и показатели на данните на същия автор за това доколко личният лекар познава цялостното здравно състояние на своите пациенти. Както се вижда от следващата таблица и диаграмата оценката на българските граждани по този показател е значително по-лоша от тази на гръцките граждани:

Лекарят познава здравното състояние на пациентите:	Бълг. Жители %	Гръцки жители %
В голяма степен	6,3	24,0
Средно	28,1	38,4
В малка степен	40,8	25,6
Не го познава	24,8	12,0

На следващата диаграма нагледно са представени данните на К. Пасхалидис доколко личните лекари познават в цялостното здравно състояние на своите пациенти. Вижда се, че според голям процент от анкетираните личните лекари слабо познават или въобще не познават цялостното здравно състояние на своите пациенти. А това безспорно се отразява неблагоприятно върху крайната ефективност и качеството на общата лекарска практика.

Фиг.3. Доколко личните лекари познават в цялостното здравно състояние на своите пациенти (К. Пасхалидис)



Тези данни показват, че има редица проблеми в ежедневната дейност на ОПЛ, чиите причини според К. Пасхалидис не могат да се анализират и да се оценят достоверно без добре да се познава мнението на пациентите.

Като обобщение на този раздел следва да подчертаем, че е подценена приоритетната роля, която трябва да играе в нашето здравеопазване ОПЛ се нуждае от постоянен анализ и оценка. В тази насока полезна информация може да се получи чрез мнението и удовлетвореността на пациентите. В хода на здравната реформа неоправдано бе **подценена ролята на обществения дебат** и в частност мнението и препоръките на пациентите. Необходимо е създаване на **система** за постоянно събиране и анализ на информация за мнението, очакванията и удовлетвореността на пациентите от дейността на ОПЛ с оглед подобряване качеството на първичната медицинска помощ в нашата страна.



2.7. Необходимост от сътрудничество и комуникация между пациента и неговия личен лекар

През последното десетилетие в световен мащаб нараства интересът към процеса на комуникация в кабинета на лекаря.

Медицинската дейност, наред с всичко друго, е и специфично социално взаимодействие. Проблемът на подобно взаимодействие най-често е в това, че единият е в позиция на сила, а другият не е. Но това разграничение според редица експерти не е полезно или вярно в съвременния свят. В този смисъл прякото взаимодействие и сътрудничество между лекаря и пациента в общата медицинска практика е абсолютна необходимост. (Майкъл Балинт и съавтори, А. Ефтимова, М. Балашкова, Т.Златанова, Р.Златанова и др.).

Сътрудничеството и комуникацията между пациента и неговия лекар е обект на специален социокултурен анализ

В тази насока А. Ефтимова прави анализ на психологическите и социалните аспекти на общуването между лекаря и пациента, като подчертава. Неоснователно е социалните роли „лекар-пациент” да се фокусират повече върху лекаря. Лекарите и пациентите изпълняват различни роли в ежедневието, но в лекарския кабинет те придобиват роля, с която съгласуват поведението си.

Лекарят и пациентът влизат в равноправни взаимоотношения, затова те и двамата би трябвало да владеят комуникативни стратегии, за да бъде ефективно тяхната комуникация. В страни, където грижите за здравето са под контрола на държавата, широко се разискват проблемите на **отношението „лекар – пациент”**: тяхното общуване чрез емпатия, споделената отговорност между тях, правата на пациента на пълна

информация, и активното участие на пациента във вземането на решения чрез принципа на информираното съгласие.

Според американски автори в общуването лекар-пациент има **контрол на комуникативната ситуация** – доминира лекарят, който не възприема пациента като равен на себе си в социален, икономически, образователен и интелектуален смисъл и т.н. Той приема, че неговите познания и експертност му дават право да установи **асиметрични отношения** с пациента, в които лекарят говори, а пациентът слуша без въпроси.

Степента на контрол, упражнявана от лекаря и пациента, обуславя четири типа отношения и взаимодействие „лекар-пациент” (56):

- *патерналистки* (висок контрол на лекаря и нисък на пациента);
- *консуматорски* (нисък контрол на лекаря и висок на пациента);
- *взаимен* (лекарят и пациентът имат висока степен на контрол);
- *отсъстващ* (лекарят и пациентът имат ниска степен на контрол).

Според А. Ефтимова у нас **патерналистският модел е всеобщ**, с малко изключения. Той означава, че лекарят налага схема на поведение при лечението, липса на каквото и да било обяснение или обсъждане на диагнозата и лечението. Този **вертикален модел** корелира със структурата на властта и социално-професионалното разделение. Пациентът все повече се “инфантилизира”, т.е. търпи отношение като към послушно дете от “таткото лекар”, който го пази, но същевременно и постепенно го дисквалифицира в интеракцията.

Затова съвременните експерти издигат принципа за комуникация, поставяща **в центъра пациента**, което означава пациентът да е въввлечен в собственото си лечение, да има чувство за контрол над него, за лична отговорност, да е убеден, че чрез активността и начина си на живот влияе върху процеса на оздравяване (56).

Тъй като общопрактикуващият лекар е този, с когото пациентът общува най-често, лекарят и пациентът имат по-директни и близки

взаимоотношения и следва да бъдат по-равнопоставени в своята отговорност за качеството на здравните услуги. Прегледът при лекар-специалист е повече регламентирано и официален.

В интересната дискуссионна статия на Вл. Недков „Имам ли личен лекар? За смисъла на активната връзка между лекар и пациент” се обсъжда проблемът за Законовата норма и отношенията ОПЛ - пациент

Законът само очертава границите, в които лекари и пациенти имат да изминат дълъг път към взаимно сближаване. Според един нов тип цялостна (холистична) медицина.

Данните на Т. Златанова и Р. Златанова показват, че само 44% ± 7.0 / от пациентите са на мнение, че техния личен лекар ги слуша винаги внимателно. Според 45.6% ± 7.3 / ОПЛ често ги слуша внимателно. Не е малък и делът на тези пациенти, които са на мнение, че при разговор с общопрактикуващия си лекар, той ги слуша рядко внимателно – 7.2%, а 3.2% считат че никога лекарят не ги слуша внимателно. Тези резултати показват, че още в началото на контакта между личният лекар и пациента се намалява доверието на пациентите към последващото поведение и действия на лекаря спрямо тях. 22.1% от анкетираниите пациенти, които отговарят, че когато разговарят с личния си лекар, той винаги пише нещо на компютъра и едновременно говори с тях. Или като цяло в една или друга степен личният лекар не внимава.

Обясняването от страна на лекаря към пациента трябва да бъде разбираемо за пациента. Лекарите, които пренебрегват **обясняването** на пациентите много често **компроментират** цялата консултация, което довежда до повторно посещение или търсене на медицинска помощ от друг лекар. Според 15 % от пациентите при назначаване на лекарства ОПЛ им обяснява набързо за начина и времето на вземане на лекарствата (57).

Според Р. Leu двата главни проблема в комуникацията „лекар-пациент” са следните:

1. Когато пациентите са недовлетворени от информацията, която им дава лекаря за техния здравен проблем.
2. Когато пациентът не следва дадените му от лекаря съвети за лечение и поведение.

Добрата комуникация между тези две страни способства за по-високо взаимно доверие, за по-пълна взаимна информираност относно проблемите на здравето на пациента и по този начин става фактор на качеството на здравните услуги. Данните от проучвания на V. Francis в общи лекарски практики разкриват много по-висока удовлетвореност от пациентите с добри комуникации. Недоволството от пациентите и тяхното последващо недостатъчно следване съветите на лекаря са често поради **неспособността им да разберат и да запомнят това, което обикновено доста бързо или неясно им е казано от лекаря** (139).

Във връзка с изложеното комуникационните умения на семейния лекар трябва да бъдат осъзнати и признати като приоритетни в неговата професионална оценка. Наложително е **комуникационните умения** да бъдат регламентирани като задължителен елемент в професионалната оценка и акредитацията на лекарите в първичната медицинска помощ (57).

Все повече се утвърждава становището, че пациентите и лекарите трябва да работят заедно, да общуват и си сътрудничат пълноценно. Такова сътрудничество е съществена част специално в работата на ОПЛ. Лекарите и пациентите, независимо, че са две различни групи от хора, трябва да имат единна цел – точно разпознаване на здравните проблеми и ефективното им решаване в интерес на пациента.



2.8. Роля на пациента в регулирането на дейността в общата лекарска практика

В контекста на изложеното в предишните две глави е очевидно, че в съвременното здравеопазване и в частност в общата лекарска практика, пациентът не е само пасивен обект на въздействие от медицинския персонал. Пациентът е активен участник в здравеопазния процес и партньор на лекаря.

В гражданското общество здравната система се нуждае освен от официалната отчетна статистическа информация и от широка социологическа информация за очакванията, нагласите и удовлетвореността на пациентите. Това осигурява *прозрачност* (т.е. гласност, откритост, дискутиране), която е невъзможна без ефективни комуникации „общество - здравна система”. В тази насока се получава представа за степента на удовлетвореност на желанията, за реализация на очакванията и за причините на възникнали или възможни конфликтни ситуации в процеса на здравното обслужване (5).

От своя страна подобна **информационна прозрачност** осигурява свободен достъп на гражданите до процеса на вземане на решения и участие във властта.

В областта на първичната медицинска помощ събирането на подобна социологическа информация от гражданите (извън отчетната информация) създава благоприятни условия за прогнозиране и управление на професионалното и организационното поведение на медицинския персонал в общата лекарска практика.

В общата лекарска практика все още има редица нерешени организационни проблеми. Тяхното ефективно решаване не може да се осъществи без прякото и активно участие на пациента.

Един от базовите проблеми, който отдавна се нуждае от решение е регулирането на приема на пациентите при ОПЛ (Д. Димитрова). Належащо е въвеждането на т.нар. регулиран прием, който е прост по своя механизъм, но много ефективен. Той означава предварително планиране на посещенията при лекаря с предварително записване на определен час. Това е практика повсеместно въведена в работата на стоматолозите (денталните медици). По данни на Д. Димитрова в по-голямата част от амбулаториите на за първична медицинска помощ (67,1%) не се използва система за предварително записване на час за посещение при ОПЛ. Само 17,1% от пациентите имат предварително определен час за преглед. Но същевременно около половината от записалите час за прием при лекаря не го спазват. Това обстоятелство е една от главните причини за продължителното чакане пред лекарския кабинет, неудовлетвореност и конфликтни ситуации с пациентите (49).

В установяването на регулиран прием (с предварително записване на час) важна роля може да играе пациентът, който трябва да **промени своята нагласа** за неотложен прием и спонтанно посещение по негово решение и във всяко време на лекарския кабинет. В тази насока трябва да се създадат надеждни гаранции за комуникационна и информационна достъпност и особено гарантирана възможност за телефонен контакт с ОПЛ (за предварително записване и за консултации). По данни на Д. Димитрова само 34% от пациентите са напълно или отчасти удовлетворени от получаваните съвети и консултации по телефон, затруднения за телефонна връзка с амбулаторията за първична медицинска помощ са имали 36%, а 46% никога не са правили опит да получат информация по телефон (49).

Както личи от някои сравнителни анализи често мненията на лекарите и пациентите по различни въпроси се различават. Затова както препоръчват К. Пасхалидис, Т. Веков и други автори, трябва да се улесни и

активизира дейността на неправителствените пациентски организации като полезен коректив и регулатор на процесите на здравното обслужване на населението и в частност в областта на първичната медицинска помощ.



2.9. Констатации на проведени социологически проучвания върху общата лекарска практика

Социологическите проучвания конкретно върху общата лекарска практика в нашата страна са относително малобройни.

Един от първите социологически анализи на свободния избор на лекар у нас е осъществено от Цв. Авджиева през 1997 г., когато още не беше въведена системата на общата лекарска практика . В рамките на Програма ФАР като дипломна работа Авджиева разработва темата „Резултати от свободния избор на лекар (отношение на населението към лекарите)”, в която изнася интересни данни за позитивната нагласа и оценка на възможността в онзи период за свободния избор на лекар (2). Трябва да посочим, че цитираната разработка на Цв. Авджиева е първата подобна у нас по проблемите на свободния избор на лекар.

Общата лекарска практика през последните дванадесет години след началото на здравната реформа е обект на проучвания от Р. Златанова, Д. Димитрова, Цв. Валентинова, В. Младенова, Зл. Петрова, А. Димова, Мир. Попов. Авторите анализират редица решени и нерешени проблеми в дейността на ОПЛ – удовлетвореност на пациентите, проблемът за свободния избор на ОПЛ и др.

В рамките на общо изследване върху хода на здравната реформа през 2008 година А. Димова, Мир. Попов и М. Рохова анализират интересна

социологическа информация относно мнението на пациентите за техните лични лекари. Оценка на качеството: Средно 24% от гражданите дават негативна оценка за качеството на получената от ОПЛ медицинска помощ, като най-ниска е оценката на жителите на столицата и във възрастовата група до 30 години.

Анализира се проблемът време . 2,9% от ползвалите медицинска помощ заявяват, че са чакали повече от 30 минути за преглед при своя ОПЛ (за възрастовата група до 50 години този процент е 75%%, а конкретно за София - 82,9%).

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 анкетирания им е отказан преглед от ОПЛ, а на 27,3% е отказано направление за специализирана помощ.

Според К. Пасхалидис все по-ясно се чувства ограничеността на тясно професионалната медицинска оценка на процесите на промяна в националните здравни системи. Все по-изявена и по-остра става потребността от динамичен анализ на информация за отношението, мнението и удовлетвореността на обекта на медицинската помощ (населението) относно осъществяващата се здравна реформа.

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

Данните показват, че над половината от гражданите по света имат личен лекар (или поне лекар, към когото се обръщат за повечето от проблемите и оплакванията си).

Страните от Азия като Китай, Япония, Южна Корея, Пакистан и Русия имат относително нисък коефициент на препоръка на лекаря, делът на доволните от лекарите си е по-нисък от дела на недоволните, за разлика от САЩ, Канада и Бразилия.

В Европа, някои страни са с висок процент, препоръчващи лекаря си (Австрия, Испания, Швейцария), а други, като Франция, Италия, Великобритания, Холандия и България, са около или **под средната степен на удовлетвореност** от своя лекуващ лекар.

Най-висок е процентът на жителите, които са доволни от лекаря си и биха го препоръчали, в Австралия и Швейцария.

България е на 16-о място по индекса за бъдеща препоръка. Около 40% от анкетираните българи обаче 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.

Критерият „бих/не бих препоръчал“ се счита за доказано **по-точен измерител** на удовлетвореността, отколкото директният въпрос „харесвам/не харесвам“. Този критерий е с по-обоснован мотивационен заряд и смисъл за пациентите. Ето защо той убедително се предлага от водещи световни експерти.

Ето защо според водещи експерти на здравната политика (М. Попов, Ц. Воденичаров, В. Борисов, 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.

Ролята на общественото мнение за управление на здравната система все още е подценявана като се изхожда от погрешната идея, че населението не е компетентно по сложните въпроси на управлението и организацията на здравеопазването. Поради това общественото мнение не се изучаваше и

не се познаваше неговата влияние – стимулиращо или задържащо - върху процесите на здравната реформа.

На този фон следва да подчертаем, че ролята на общественото мнение в регулирането на различни социални процеси и тенденции отдавна е доказана и анализирана в общосоциологическата литература.



3. Цел, задачи и методика на изследването

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

За постигането на тази цел си поставихме следните задачи:

1. Да се направи обстоен литературен анализ на научните публикации, отразяващи обществената оценка и мнението на пациентите за техните лични лекари.
2. Да се покаже и обоснове значението на мнението на пациентите като критерий за оценка на ОПЛ и качеството на тяхната дейност.
3. Да се разработи конкретен въпросник за провеждане на анонимна социологическа анкета с определен контингент пациенти.
4. Да се изяснят мотивите за избор на личен лекар и неговата смяна от страна на пациентите.
5. Да се анализират нагласите, мнението и удовлетвореността на пациентите от техните лични лекари и препоръките за подобряване организацията и качеството на тяхната дейност.
6. Да се обосноват организационни подходи за подобряване на дейността на ОПЛ и повишаване на тяхната приоритетна роля в общата система на здравно обслужване на населението.

За целите на настоящето проучване разработихме специален въпросник и за да го апробираме проведохме предварителна (пилотна) анкета през м. март 2012 година на 156 случайно избрани пациенти. Въпросникът съдържа предимно закрити въпроси с готови варианти на отговори с оглед по-доброто стандартизиране и обработка на получената

първична информация. Окончателната анкета е проведена на 645 пациенти (с непреднамерен случаен подбор), от които 330 са от два квартала на София (Надежда и Дианабад) и 315 от няколко областни града (типологично избрани) – Плевен, Враца, Велико Търново, Видин, Кърджали и Стара Загора. Анкетирани са само възрастни пациенти над 18 години. Анкетата е анонимна и бе попълвана индивидуално от пациентите в момента след посещението им при ОПЛ. Този момент бе избран с оглед пациентът да има по-актуални и по-непосредствени впечатления за дейността на своя ОПЛ и същевременно да е независим от лекаря към момента на анкетирането (с оглед получаването на максимално възможни достоверни отговори).

Анкетата е проведена през м. септември, октомври и ноември 2012 г.

Техническа единица е ДКЦ, на чиято на територия са разположени кабинетите на ОПЛ. Логическа единица е пациент след посещението му в кабинета на ОПЛ.

Както посочихме, въпросникът съдържа главно въпроси от закрит тип. Включени са и въпроси от полузакрит тип, предполагащи възможност и за свободни (нестандартни) отговори от страна на респондентите (анкетираните лица). Някои от въпросите дават възможност за повече от един отговор в рамките на представените готови варианти.

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

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

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

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

Дескриптивен анализ на мнения, мотивация, оценки и отношения на пациентите към дейността на ОПЛ;

Сравнителен анализ;

Алтернативен анализ;

Вариационен анализ;

Сравняване на резултатите чрез t– критерий.

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

За ефективното използване на посочените методи е ползвана методична и консултативна помощ на медицински статистик.

Обработката на материала и количествените анализи е чрез статистически пакет приложни програми - SPSS 12.0 и STATGRAF. За графична обработка, онагледяване и презентация е използвана програмата Excel на Microsoft Office.

Статистическата разлика на показателите е оценявана при критично ниво на значимост $P < 0.05$, т.е. гаранционна вероятност 95%.



4. Анализ на резултатите от изследването

Здравната реформа в България, започнала през 2000 година, определи като безспорен приоритет общата лекарска практика, респ. общопрактикуващия лекар (ОПЛ). Функциите, които пое ОПЛ по същество го поставят в позицията на водеща фигура в медицинското обслужване и фактически личен лекар на неговите пациенти. В това се крие един от ключовите проблеми на нашето съвременно здравеопазване – доколко и как ОПЛ реализира ролята си на личен лекар. В този контекст е реализирано **конкретно емпирично изследване**, чиито данни представяме в настоящата глава.

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

4.1. Мотивация на пациентите за свободен избор и смяна на ОПЛ

Специално внимание отделяме на анализа на проблема за свободния избор, респ. смяна на ОПЛ – мотивация, реални възможности и ограничения на този избор.

Ст. Гладилов и Цв. Петрова подчертават, че изборът на семеен лекар получи признанието на нашето общество като етап в демократизацията на здравната система. В условията на пазарна икономика в здравеопазването изборът на семеен лекар и на лечебно заведение ще влияе стимулиращо за повишаване качеството и културата на медицинското обслужване.

Според В. Младенова и съавтори честотата на смяна на личния лекар е добър **обективен показател** за удовлетвореността на пациентите, както и реална възможност за избор, гарантирана от Националния Рамков Договор (НРД). Данните на авторите показват, че 66,8% от анкетираните лица не са

сменяли семейния си лекар от началото на здравната реформа (две години към момента на изследването). 24,1% са го сменяли един път, 6,2% - два пъти и 2,3% - три пъти. Като най-чести причини за смяната на ОПЛ се посочват: напускане на населеното място и проблеми с получаване на направления за специалист.

По-обстойно са анализирани причините за смяна на ОПЛ от Р. Златанова през 2005 г. (58). Според нейните данни никога не са сменяли личния си лекар 66.9% от анкетираните потребители на медицинска помощ, а веднъж са го сменили 27% и 5,8% са сменили повече от два пъти своя ОПЛ. Като най-честа причина за смяна на личния лекар анкетираните пациенти са посочили дългото чакане пред кабинета за обслужване (12.1%), последвано от недаване на направления за специалисти (11.3%) и неудовлетвореност на пациентите от осъщественото им лечение (9.3%). Сравнително нисък процент са посочили като причина липсата на достатъчно внимание от страна на ОПЛ и отказ за домашни посещения при повикване от пациента.

Според изследването на Д. Димитрова удовлетвореността на пациентите е свързана с наличието на реална възможност за свободен избор на ОПЛ. Данните показват, че 82% от пациентите са имали възможност свободно да изберат своя личен лекар, но 18% считат, че не са имали такава възможност (главно неградски жители). 67% от анкетираните съобщават, че са имали затруднения при вземането на решение за своя избор на лекар. Като основен фактор, влияещ върху избора на ОПЛ, се сочи местоположението на амбулаторията за обща практика. След този фактор се нарежда мнението на други хора за този ОПЛ и притежаването на специалност. Почти никакво значение няма пола и етническата принадлежност на лекаря.

В настоящия раздел анализираме някои проблеми и аспекти на свободния избор на общопрактикуващ лекар – честота на смяната му,

причини за смяната, възможности и трудности за реализиране на свободен избор на ОПЛ и други.

Първичната информация е събрана чрез анонимна индивидуална социологическа анкета. Анкетирани са случайно избрани пациенти от София и няколко областни градове. Признаците на наблюдение, съдържащи се в специално съставения въпросник, обхващат широк въпрос, свързани с мнението на пациентите за организацията на дейността на ОПЛ, удовлетвореността на пациентите и в частност тяхната нагласа и мотивация за свободен избор на ОПЛ.

Табл.1. Начин на вземане на решение за избор на ОПЛ

Въпрос: Спомнете си как избрахте настоящия си личен лекар?

Как е взето решение за избор на ОПЛ:	Брой	Процент
Аз самостоятелно, защото го познавах лично	141	21,9%
По съвет на членове на моето семейство	149	23,1%
По съвет на познати и приятели, записани при този лекар	260	40,3%
Случайно, просто за да сменя предишния ми личен лекар (от който бях недоволен)	95	14,7%
Всичко	645	100,0

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

По данни от анкетата по-голямата част от пациентите не са сменяли своя личен лекар от началото на здравната реформа.

По-голяма част от анкетираните не са сменяли личния си лекар (60,2%). Един път са го сменяли 30,1%, а два, три и повече пъти 9,7%. Прави впечатление, че жените по-често са правили тази смяна в сравнение с мъжете (табл.2 и фиг.1). Това корелира с по-критичното отношение и по-висока изискателност на жените към дейността на ОПБЛ, отразено и в другите раздели на дисертацията. Вероятно това е свързано и с по-високата честота на общата заболяемост при жените, установявана многократно при епидемиологични изследвания.

Табл. 2. Честота на смяна на личния лекар

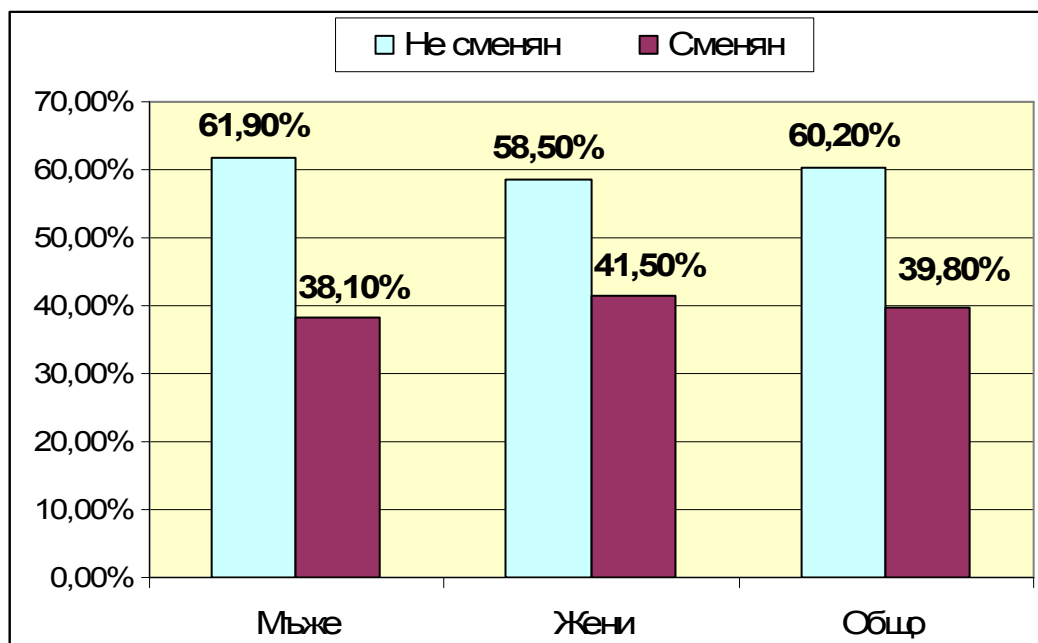
Въпрос № 4: Сменяли ли сте досега личния си лекар:

Смяна на личния лекар	Мъже Брой - %	Жени Брой - %	Общо Брой - %	P
Не	192 – 61,9%	196 – 58,5%	388 – 60,2%	<0,01
Един път	96 – 31,0%	98 – 29,3%	194 – 30,1%	<0,01
Два пъти	21 – 6,8%	34 – 10,1%	55 – 8,5%	>0,05
Три и повече пъти	1 – 0,3%	7 – 2,1%	8 – 1,2%	>0,05
Всичко	310 -100,0	335 -100,0	645 – 100,0	

Смяната на ОПЛ зависи не само от личните мотиви и желание на пациентите, но и от реалната възможност (възможните варианти) за подобна смяна. Колкото е по-малко селището, толкова и възможностите (вариантите) за смяна са по-ограничени и съответно честотата на смяната е по-малка, независимо от мотивите на пациентите. В по-малките селища това е една **обективна бариера за смяна на ОПЛ**, независимо от неговите качества и доколко пациентите му са удовлетворени от дейността му. В тази насока свидетелстват и данните от таблица 3 и фигура 2, които съдържан сравнителна информация за честотата на смяната в конкретен срез - столичния град София и в областните градове. Вижда се, че в милионния град София реализираната смяна на личните лекари е с по-висока честота от тази в областните градове, които са с население

максимум до 150 хиляди жители и освен това броят на ОПЛ към броя на населението е по-неблагоприятен от този в столицата. В София тази смяна е значително по-честа (48,8%) в сравнение с областните градове (30,5%). Наблюдаваната разлика е статистически значима.

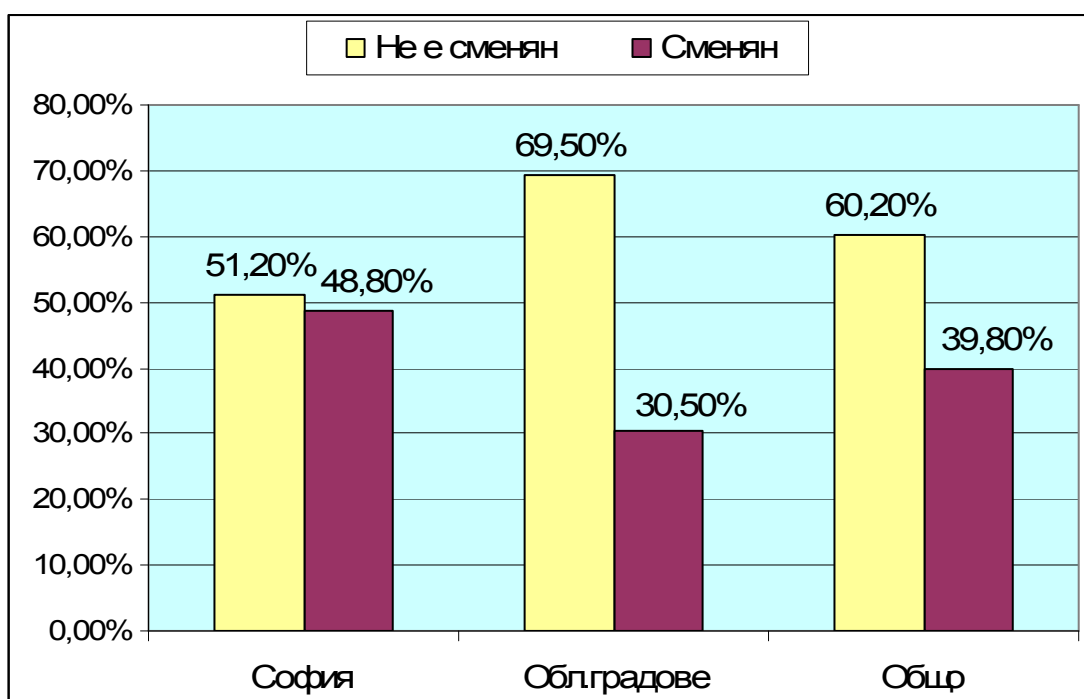
Фиг.1. Честота на смяна на личния лекар



Следователно, важен фактор за посочената разлика е по-голямата възможност за избор на ОПЛ, която дава милионният град София. Тук общият брой на ОПЛ в рамките на целия столичен град е многократно по-голям от всички други градове и софийските жители имат много повече предоставени реални **възможности и варианти за избор** между много повече лични лекари в сравнение с провинциалните градове, а също и за реализиране на евентуална бъдеща мотивация за смяна на вече избрания от тях ОПЛ. Така средният брой жители на един ОПЛ в София-град е 1089, докато във всички областни градове той е значително по-висок, например в Кърджали този показател е 2414 жители на един ОПЛ.

Табл. 3. Смяна на личния лекар в София и в областните градове

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

Фиг. 2. Смяна на личния лекар в София и в областните градове

Един от въпросите на проведената анкета се отнася до **потенциалната смяна** на личния лекар (или мотив за вероятната бъдеща смяна). На фигура 3 личи, че показателят за потенциалната смяна е малко по-нисък, но близък по стойности до този на реално осъществената смяна на личен лекар от страна на пациентите.

Това следва да се има предвид, тъй като определен процент от пациентите могат продължително време да имат колебливо намерение и неясна мотивация за смяна на своя личен лекар преди реално да

осъществят тази промяна. Следователно, независимо, че формално и документално тези пациенти не са сменили ОПЛ, те към момента на анкетирането по същество не го чувстват като свой личен лекар.

Личи също така, че честотата на намерението за смяна на личния лекар зависи от редица фактори: **местоживеене** (столица, провинция), **пол** и **възраст** на пациентите (табл.3 и фигури 3, 4, 5).

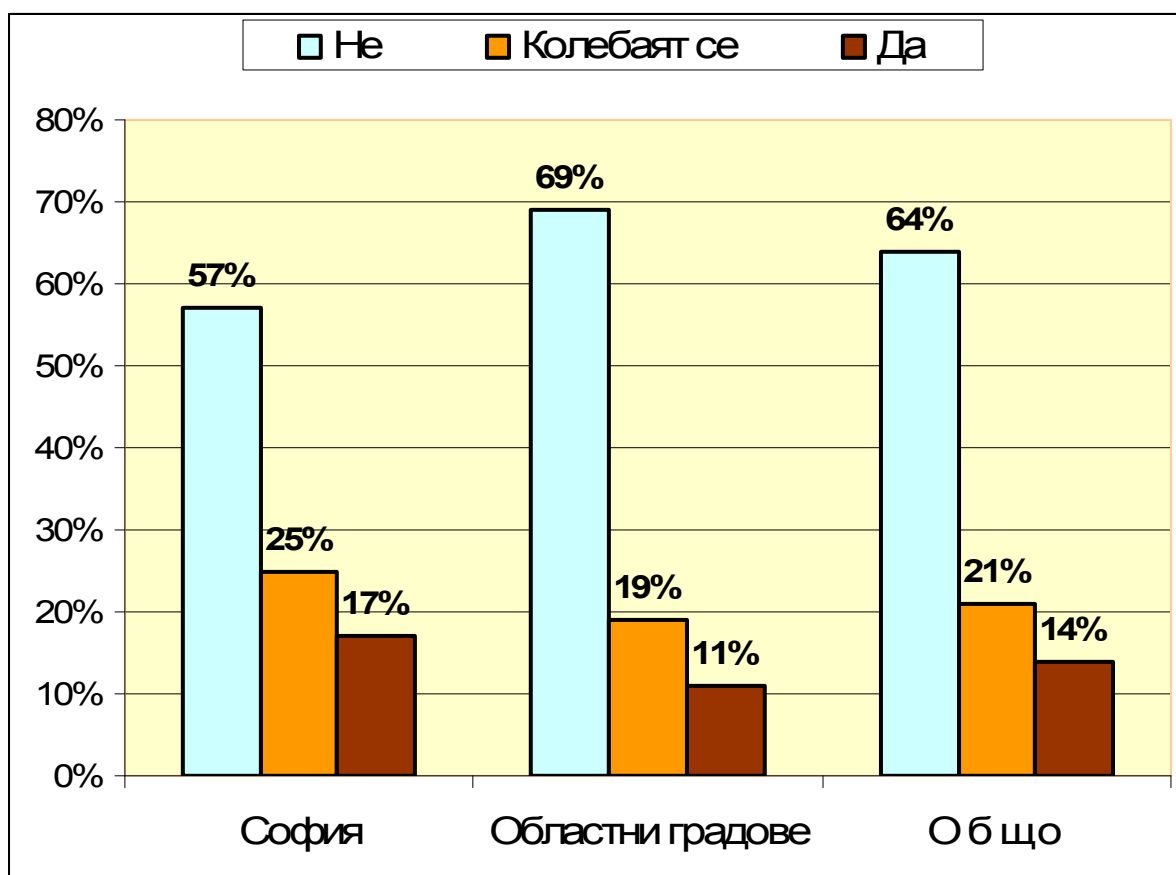
От таблица 4 и фигура 3 личи, че потенциалната смяна на ОПЛ (нагласа за смяната му) е по-висока сред пациентите от София в сравнение с областните градове. Тази разлика съответства на установената аналогична разлика между показателите на реализираната смяна на ОПЛ в София и областните градове.

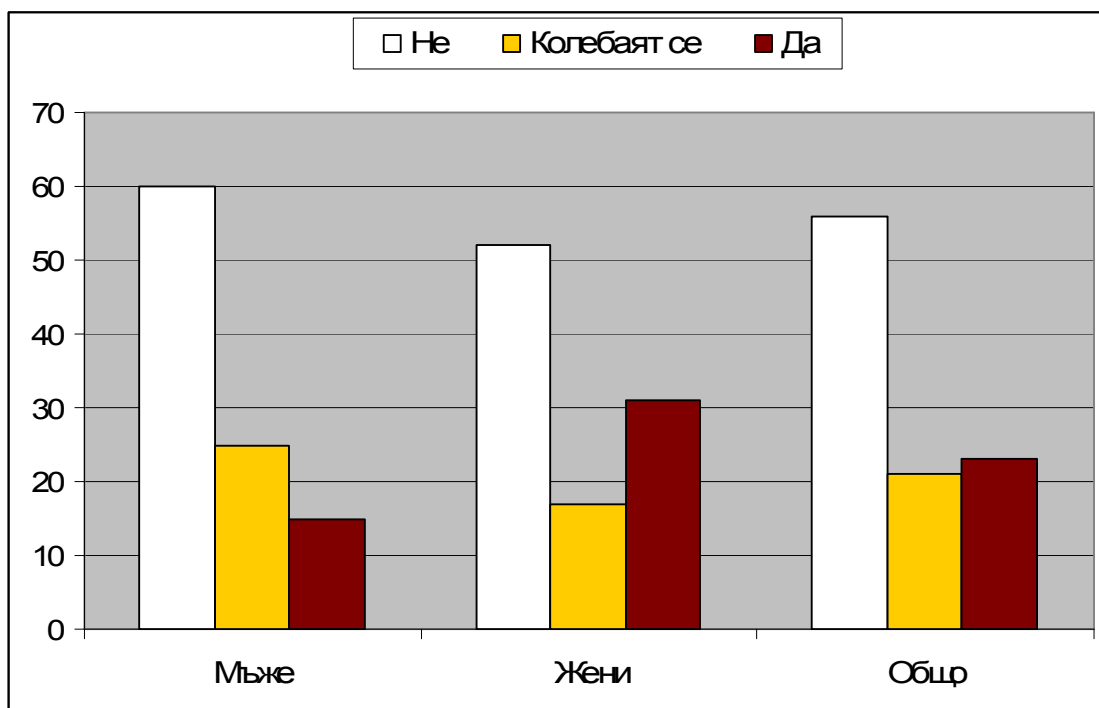
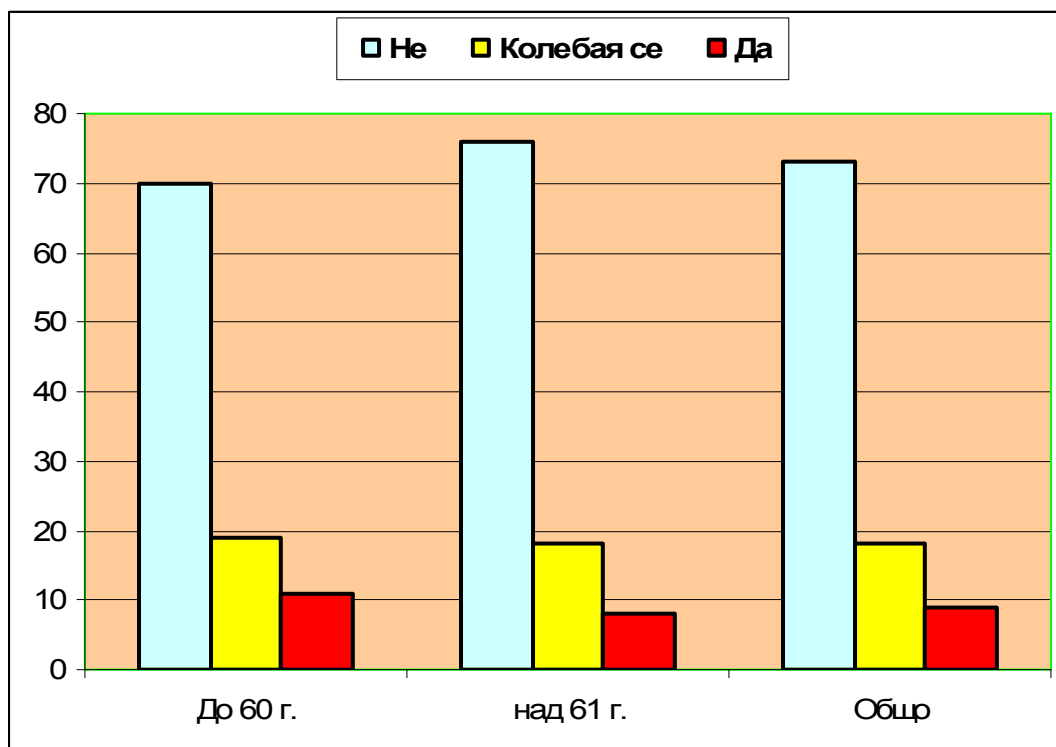
По пол намерението за смяна е по-силно изразено у жените в сравнение с мъжете, което също съответства на различията в реализираната смяна на ОПЛ при мъжете и жените.

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

Табл. 4. Потенциална смяна на ОПЛ според местоживеене*Въпрос:* Имате ли намерение да смените настоящия си личен лекар?

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

Фиг. 3. Потенциална смяна на ОПЛ

Фиг. 4. Потенциална смяна на личния лекар (по пол)Въпрос: Имате ли намерение да смените настоящия си личен лекар**Фиг. 5. Потенциална смяна на личния лекар (по възраст)**Въпрос: Имате ли намерение да смените настоящия си личен лекар

От данните на таблица 5 се вижда, че **водещите три мотива** за смяна на личния лекар са: 1.Проблеми за получаване на направления към специалист; 2. Дълго чакане пред кабинета за преглед и 3.Отказ за домашни посещения при нужда. Следващите относително чести мотиви за смяна на ОПЛ са „Невъзможно откриване на лекаря по телефона при нужда”, „Нежелание да разговаря и да ми обяснява проблемите” и „Нежелание да се определя предварително час за преглед”.

Впечатлява, че голям процент от мотивите за смяна са свързани с възможността за получаване на направление за специалист, което отразява недостатъчното доверие на пациентите в професионалните способности и квалификация на своя личен лекар, независимо дали това недоверие е оправдано или неоправдано.

По-конкретният анализ показва, че около половината от мотивите за смяна по същество са от **организационно естество** - липса на предварително определяне на час за преглед, дълго чакане пред кабинета на лекаря, невъзможното му откриване по телефона при нужда, липса на медицинска сестра, чести отсъствия на лекаря от кабинета и др.

Специално внимание заслужават мотивите „невъзможно откриване на личния лекар по телефона” и „отказ на домашни посещения при нужда”. Те говорят за недостатъчна степен на ангажираност и реална връзка на личния лекар с неговите пациенти и за неясно регламентиране на неговите конкретни задължения относно потребностите, очакванията и претенциите на пациентите.

Проблемите на комуникацията между личния лекар и пациента са мотиви за неговата смяна при 17,0%. Тези мотиви по-конкретно изхождат от нежеланието на личния лекар да разговаря и да дава разбираеми обяснения по здравни въпроси на своите пациенти и недостатъчно отношение и внимание към комплексните им здравни проблеми. Това показва, че комуникационният проблем е актуален критерий за общата

оценка на качеството на дейността на ОПЛ. Неговите **комуникационни умения** по един или друг начин са неотделима част от общите му професионални умения и компетентност, следователно са и фактор на ефективността на неговата дейност.

Известна част (9,1%) от мотивите за смяна на ОПЛ са някои организационни слабости и затруднения при посещението на пациента в лекарския кабинет. По-конкретно това е поради нежеланието на лекаря да определя **предварително час за преглед** на своите пациенти (липсва т.нар регулиран прием на пациенти). Независимо от ниската честота, този проблем е много важен в организационен аспект. Той трябва да се определи като сериозен пропуск в организацията на дейността на ОПЛ.

Нужно е да се отбележи, че докато денталните лекари у нас по традиция имат добре установен регулиран прием (предварително записване на час за преглед), който дава добри резултати и се посреща охотно от пациентите, то при ОПЛ това все още е голяма рядкост.

Регулираният прием на пациенти в извънболничната помощ изобщо и в частност в общата медицинска практика е утвърден и изпитан в повечето национални здравни системи в Европа.

Липсата на **регулиран прием** на пациентите при ОПЛ води не само до тяхната неудовлетвореност, но и до излишно чакане пред кабинетите, загуба на време, неравномерна часова натовареност на лекаря и напрежение по време на прегледа на пациентите, конфликтни ситуации и в крайна сметка до влошаване качеството на първичната медицинска помощ. Очевидна е необходимостта от едно по-конкретно анализиране на тези проблеми и оценка на възможностите за ускорено внедряване на регулиран прием на пациенти с оглед по-добра организация на медицинския труд.

Табл. 5. Мотиви на пациентите за смяна на личния лекар

Въпрос № 5: Ако сте сменяли личния си лекар каква е причината, за да го смените с друг лекар (възможни са повече от един отговор):

Мотиви за смяна	Брой	Процент
Лекарят смени местоживеенето си	1	0,3%
Аз смених местоживеенето си	2	0,6%
Проблеми за получаване на направления към специалист (1)	65	20,4%
Дълго чакане пред кабинета за преглед (2)	60	18,7%
Некачествено лечение	20	6,3%
Недостатъчно внимание към здравните ми проблеми	25	7,9%
Нежелание да разговаря и да ми обяснява проблемите	29	9,1%
Невъзможно откриване по телефона при нужда	31	9,7%
Отказ за домашни посещения при нужда (3)	41	12,9%
Нежелание на лекаря да ми определя предварително час за преглед	29	9,1%
Други причини (слаба организация на работата на лекаря, липса на медицинска сестра, чести отсъствия от кабинета)	15	4,7%
Всичко	318*	100,0

* Броят на отговорите е по-голям от броя на анкетираните лица, сменяли своя ОПЛ (257), защото на този въпрос е дадена възможност за повече от един отговор.

Организационно процесът на смяна на ОПЛ от страна на пациентите съгласно нашето законодателство е максимално облекчен. Огромната част от анкетираните (97,9%) отговарят, че не са имали трудности при смяната на своя личен лекар. Заедно с това може да се отбележи, че тази смяна може да става само периодично, а не във всеки пожелан от пациента момент, както е в някои страни, например Великобритания. Този въпрос, макар и незначителен на пръв поглед, също може да се обсъжда, защото отлагането на смяната на личния лекар с месеци може да повлияе на мотивите за тази смяна, както и изобщо тя да не се осъществи.

На въпроса „В какви интервали от време трябва да става смяната на личния лекар” анкетираните лица дават следните отговори: : на 1 година – 29,3%, на 6 месеца – 31,2%, на 1 месец – 22,1, във всеки момент, когато

пожелае пациентът – 17,4%. Вижда се, че огромната част от пациентите за са смяна на ОПЛ в интервал по-кратък от една година.



4.2. Предварителна информираност за личния лекар

Съществен фактор за устойчивия избор на личен лекар има предварителната информираност на пациентите (преди избора) за професионалните качества на този лекар.

Данните на таблица 6 показват, че по-голяма част от пациентите (62,3%) по същество и предварително не познават професионалните качества на лекаря, когото избират. Това е една сериозна предпоставка за случаен избор, от което е вероятно по-късно да последва мотивация за по-честа смяна на личния лекар от страна на пациентите, феномен, който считаме, че може да отрази с термина **мотивационен кръговрат**. Тъй като понастоящем няма механизъм и система за пълноценно и широко информиране на населението относно професионалната биография и качества на ОПЛ, проблемът за високата честота на случайният избор на ОПЛ става все по-актуален.

Табл. 6. Предварителна информираност за ОПЛ - общо

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

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

Табл.7. Предварителна информираност за ОПЛ в София и в областни градове

Иформирани		Брой	Процент	Р
София	Да	105	31,8%	<0,001
	Не	225	68,2%	
	<i>Всичко</i>	330	100,0	-
Областни градове	Да	138	43,8%	<0,001
	Не	177	56,2%	
	<i>Всичко</i>	315	100,0	-
О б щ о		645	100,0	-

От таблица 7 се вижда, че само една трета от пациентите предварително са информирани относно професионалните качества на избирания от тях лекар. Тази доста ниска информираност обуславя много честия случаен избор на ОПЛ от страна на пациентите и е една от вероятните причини на честата мотивация за реализирана или нереализирана бъдеща смяна на ОПЛ.

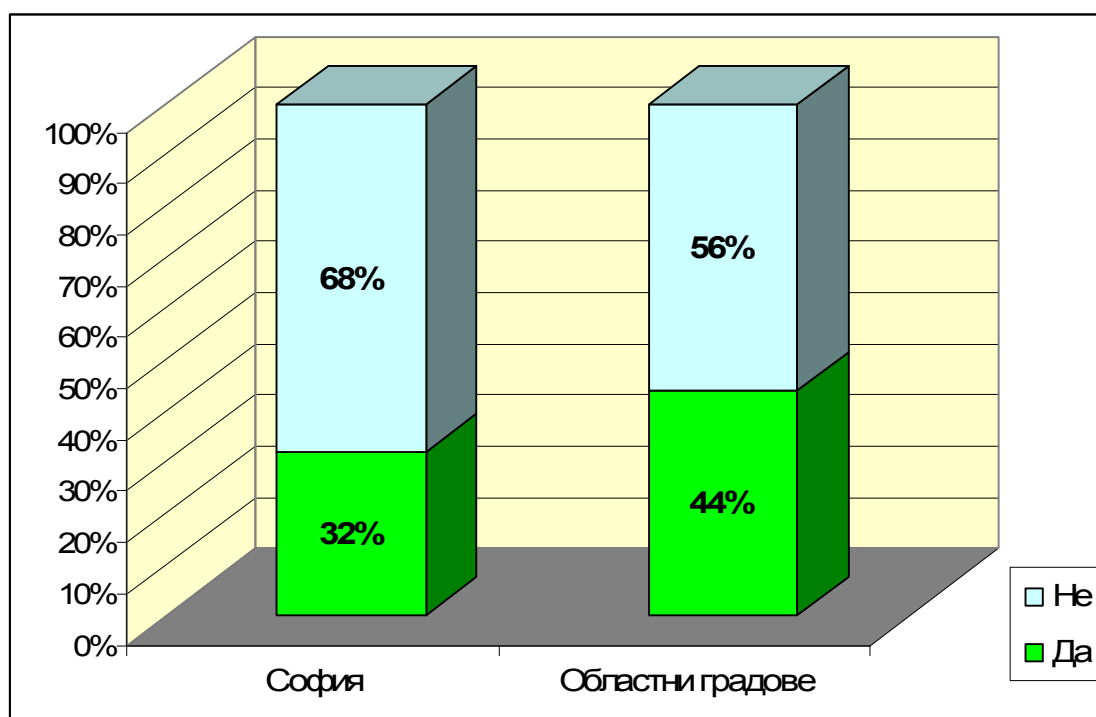
В този контекст според нас, както вече посочихме, може да се говори за своеобразен **мотивационен кръговрат** в процеса на избор и смяна на ОПЛ, който се обуславя от съчетанието на няколко фактора: ниският процент на избор (респ. смяна) на ОПЛ чрез самостоятелно решение, честият избор при случайни обстоятелства и слабата или липсваща предварителна информираност за професионалните качества на избирания лекар. По този начин една недостатъчно изяснена мотивация за избор на ОПЛ поражда мотивация за нов избор (смяна) на лекаря от страна на пациента с вероятност този процес да продължи (като фактическа реализация и или потенциално, само като нагласа)

Установява се статистически значима разлика в информираността за избирания личен лекар между анкетираните пациенти в София и в областните градове (таблица 7 и фигура 6). Информираниостта на

пациентите от областните градове е по-висока (44%) в сравнение със София (2%). Това вероятно е в зависимост от по-малкия брой население, респективно по-малкия брой ОПЛ, между които имат да избират пациентите, откъдето и вероятността да ги познават в по-висока степен в сравнение с условията на милионния град София.

Тези данни показват необходимостта от създаване на система на достъпна информация относно професионалната характеристика на общопрактикуващите лекари, която да бъде на разположение в процеса на избор от пациентите.

Фиг.6. Предварителна информираност за ОПЛ в София и в областни градове



4.3. Честота и структура на посещенията при ОПЛ

Важен показател за обема дейността на ОПЛ е честотата на посещенията на отделните пациенти (по повод заболяване) при ОПЛ и

честотата на профилактичните прегледи. Този показател е едновременно количествен и качествен, тъй като дава информация за както за обема, така и за структурата и ориентацията на дейността на ОПЛ – доколко неговата дейност е само определен процент от пациентите му или е относително равномерно разпределена между тях и какъв е балансът между чисто лечебната и профилактичната му дейност.

Както се вижда от данните на таблица 8, значителен процент от анкетираните лица изобщо не са имали посещения при своя личен лекар през последната година – общо 43,1%, за София 46,4% и за областните градове 39,7%.

Фактът, че значителна част от пациентите в списъка на ОПЛ (между една трета и половината) фактически не са имали контакт с него в течение на една година е сериозен организационен проблем в първичната медицинска помощ. На практика обхватът на дейността на ОПЛ е значително по-малък от очаквания според броя на неговите пациенти. Заедно с това, за пациентите, с които през годината ОПЛ не е имал никакъв контакт, той е техен личен лекар само по документация, а не по съществуването на предопределените му функции и мисия.

Табл. 8. Сравнителни данни за честота на посещенията при ОПЛ в София и областни градове

Въпрос: Колко пъти сте посещавали кабинета на личния си лекар през последната година (освен профилактичните прегледи)

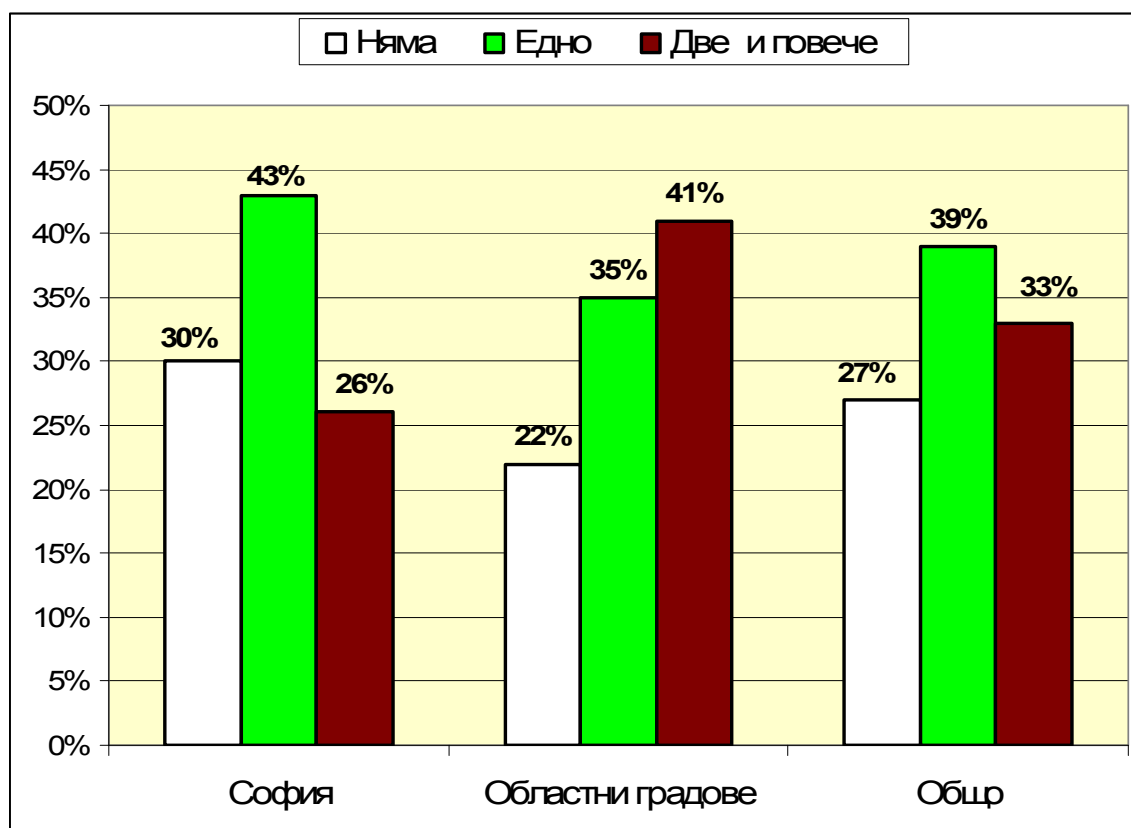
Анкетирани пациенти от	Показател	Посещения при ОПЛ през последната година			Общо	Р
		Няма	Едно	Две и повече		
София	Брой	153	89	88	330	<0,01
	Процент	46,4%	27,0%	26,7%	100,0	
Областни градове	Брой	125	121	69	315	
	Процент	39,7%	38,5%	21,9%	100,0	
О б щ о	Брой	278	210	157	645	
	Процент	43,1%	32,6%	24,3%	100,0	

Табл. 9. Сравнителни данни за честота на профилактичните прегледи в София и областни градове

Въпрос: Колко профилактични прегледи сте имали при вашия личен лекар през последната година?

Анкетирани пациенти от	Показател	Профилактични прегледи при ОПЛ през последната година			Общо	Р
		Няма	Едно	Две и повече		
София	Брой	100	144	86	330	<0,01
	Процент	30,3%	43,6%	26,1%	100,0	
Областни градове	Брой	71	112	132	315	<0,01
	Процент	22,5%	35,6%	41,9%	100,0	
Общо	Брой	171	256	218	645	
	Процент	26,5%	39,7%	33,8%	100,0	

Фиг.7. Сравнителни данни за профилактични прегледи в София и областни градове



Според отговорите в анкетата структурата на поводите за посещение при ОПЛ е следната:

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

Важна функция на ОПЛ е дейността му в областта на **промоция на здравето и превенцията на болестите**. В тази насока основен и лесно установим показател е броят на извършените **профилактични прегледи** средно на един пациент за една година.

От отговора на въпроса „Колко профилактични прегледи сте имали при Вашия личен лекар през последната година” личи, че броят на съобщените профилактични прегледи е общо 573, което се равнява на 0,89 профилактични преглед средно на анкетирано лице. Въпреки, че тази толкова ниска стойност на показателя за профилактичните прегледи не изхождат от официална отчетна документация, тя е достатъчен повод за **преоценка** на структурата на дейността на ОПЛ и в частност за относителния дял на профилактичната дейност в тази структура.

За анкетираните от София броят на съобщените профилактичните прегледи е 271 или средно 0,82, а за областните градове е 302 или средно 0,96 на едно анкетирано лице. Вижда се, че средният брой на профилактичните прегледи е по-малък от броя на анкетираните, което е доста ниска стойност на този показател. Но тези стойности са значително по-високи в сравнение с данните на Д. Димитрова от 2009 г. – средно 0,28 на анкетиран пациент.

Данните показват, че съотношението на броя на пациентите със и без профилактични прегледи е също с неблагоприятни стойност. Общо 73,5%

имат, а 26,5% нямат профилактични прегледи, като за София този процент е по-висок (30,3%) от областните градове (22,5%). По данни на Д. Димитрова 44,4% са имали профилактичен преглед в рамките на една година. По данни от официалната статистика за 2011 г. относителният дял на обхванатите с профилактични прегледи лица над 18 години е 35%.

Тези данни корелират с почти пълното **отсъствие на здравно просветна дейност** на ОПЛ. По данни на пилотното проучване само двама пациенти са отговорили, че са слушали здравни беседи от личния си лекар. Също така тези данни корелират с много ниския процент на домашни посещения от ОПЛ (при 23,9% от анкетираните), както и със слабото познаване на конкретните семейно-битови условия на техните пациенти – според анкетираните 53% от ОПЛ не познават техните семейно-битови условия. Данните по тези показатели са относително по-благоприятни в областните градове в сравнение в София

Това показва, че обемът на профилактичната дейност в общата медицинска практика е крайно незадоволителен и в тази насока се изискват целенасочени усилия на ОПЛ в бъдеще.

Това наше становище съвпада с резултатите от изследване, осъществено Ал. Пампоров в Институт „Отворен общество” (78). Според неговите данни профилактичен преглед в рамките на последните 12 месеца са си направили 46,3% от анкетираните лица, а 35,1% са си правили профилактичен преглед преди повече от година, 18,6% никога не са посещавали лекар профилактично. Тези данни са много впечатляващи. От една страна, това също представлява показател за **невисока здравна култура** сред анкетираните, но от друга, свидетелства, че общопрактикуващите лекари не се ангажират достатъчно с провеждането на профилактика, дейността им в тази насока е скромна по обем.. Според Ал. Пампоров това е сериозна слабост в цялата система и представлява **нарушаване на здравноосигурителните права** на гражданите.

**Фиг.8. Съотношение на пациентите със
и без профилактични прегледи**

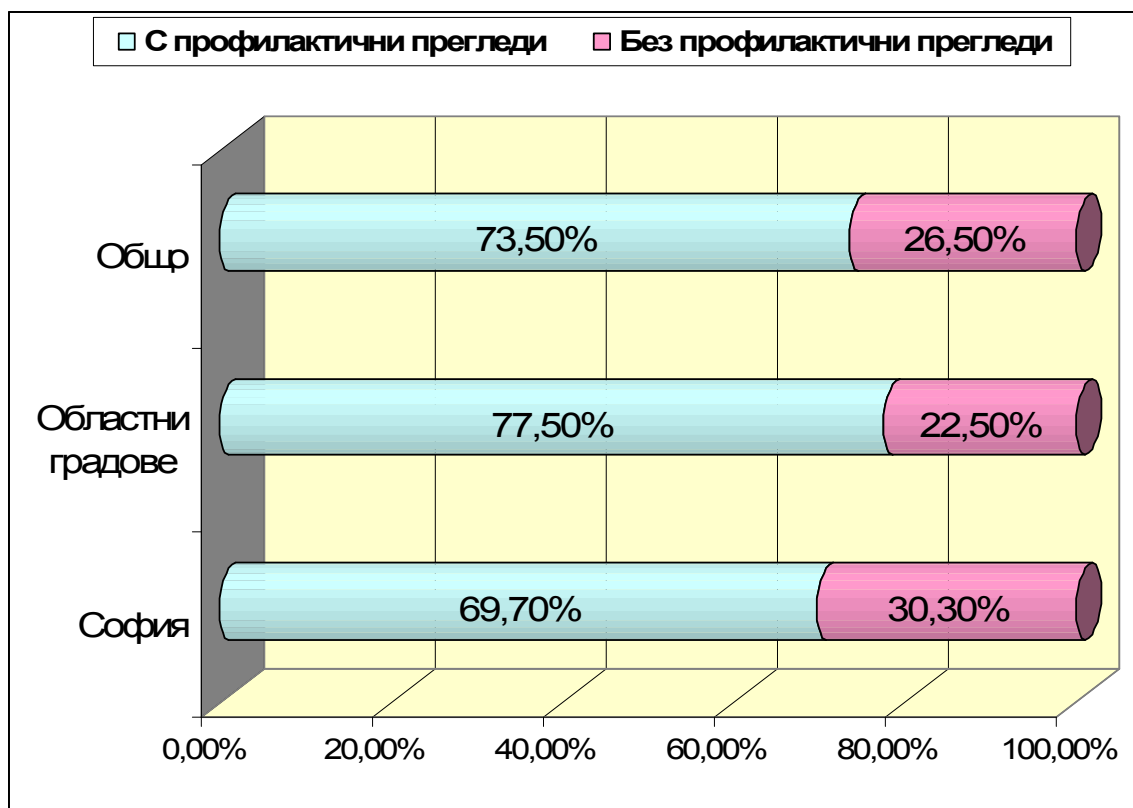


Табл. 10. Посещения на ОПЛ в дома на пациента

Въпрос: Колко пъти досега личният лекар ви е посетил в дома?

Анкетирани пациенти от		Домашни посещения на ОПЛ			Общо	Р
		Няма	Едно	Две и повече		
София	Брой	259	29	42	330	<0,01
	Процент	78,5%	8,8%%	12,7%	100,0	
Областни градове	Брой	232	37	46	315	
	Процент	73,7%	11,7%	14,6%	100,0	
О б щ о	Брой	491	66	88	645	
	Процент	76,1%	10,2	13,6	100,0	

Табл.11. Степен на познаване на семейно-битовите условия на пациентите от страна на ОПЛ

Въпрос: Доколко личният ви лекар познава семейно-битовите условия?

Степен на познаване		София	Областни градове	О б щ о
В значителна степен	Брой Процент	58 17,6%	65 20,6%	123 19,1%
В известна степен	Брой Процент	88 26,7%	91 28,9%	179 27,8%
В малка степен	Брой Процент	130 39,4%	119 37,7%	249 38,6%
Не ги познава изобщо	Брой Процент	54 16,4%	40 12,7%	94 14,4%
Всичко	Брой Процент	330 100,0	315 100,0	645 100,0

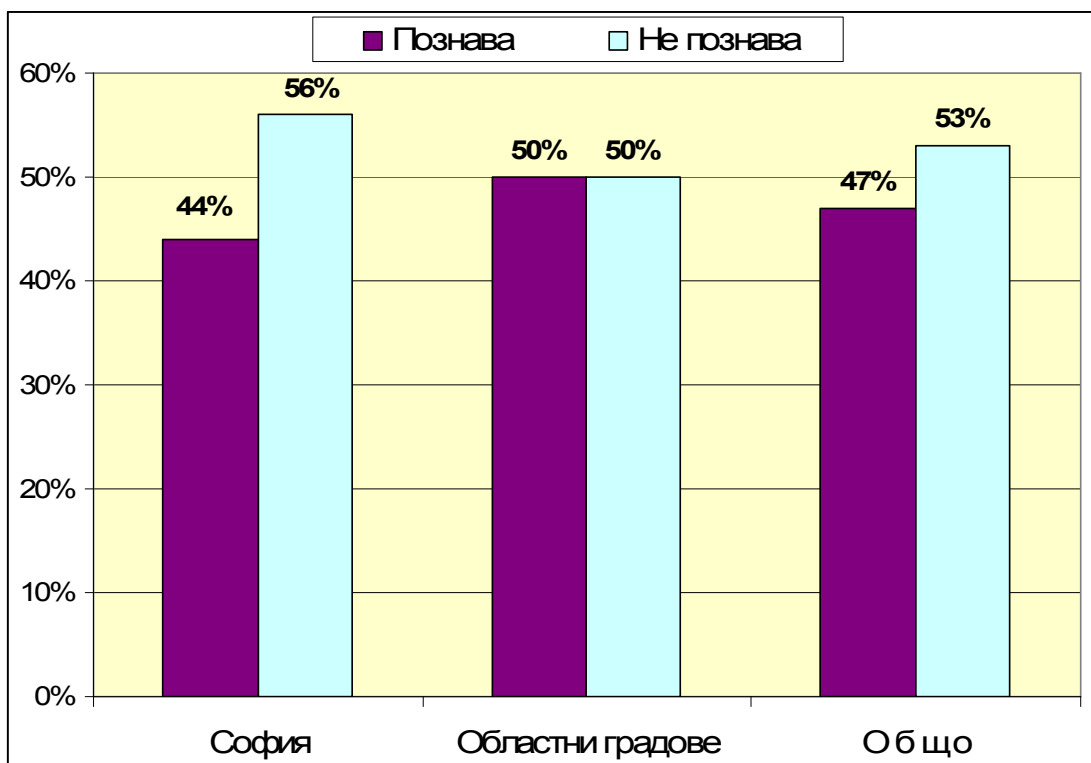
Един от важните индикатори доколко ОПЛ са станали реално лични лекари на своите пациенти е степента на познаване на техните семейно-битови условия и начин на живот.

Според отговорите на значителен процент от анкетираните (53%) техните ОПЛ **не познават** изобщо или достатъчно техните семейно-битови условия. Този показател има относително по-благоприятна стойност при пациентите от областните градове, независимо че и там той също е нисък като абсолютна стойност (табл.11 и фиг.9)

Тези данни корелират с ниския процент на активните посещения на ОПЛ (по негова инициатива) в дома на пациента (табл.10). Подобни посещения не е имало при 76,1% от анкетираните лица. Налага се впечатлението, че дейността на ОПЛ е изключително кабинетна, което стеснява неговите промотивна и профилактична роля на истински пълноценен личен лекар.

Фиг.9. Степен на познаване на семейно-битовите условия на пациентите от страна на ОПЛ

Въпрос: Доколко личният лекар познава семейно-битовите ви условия?



4.4. Проблемът време при здравното обслужване от ОПЛ

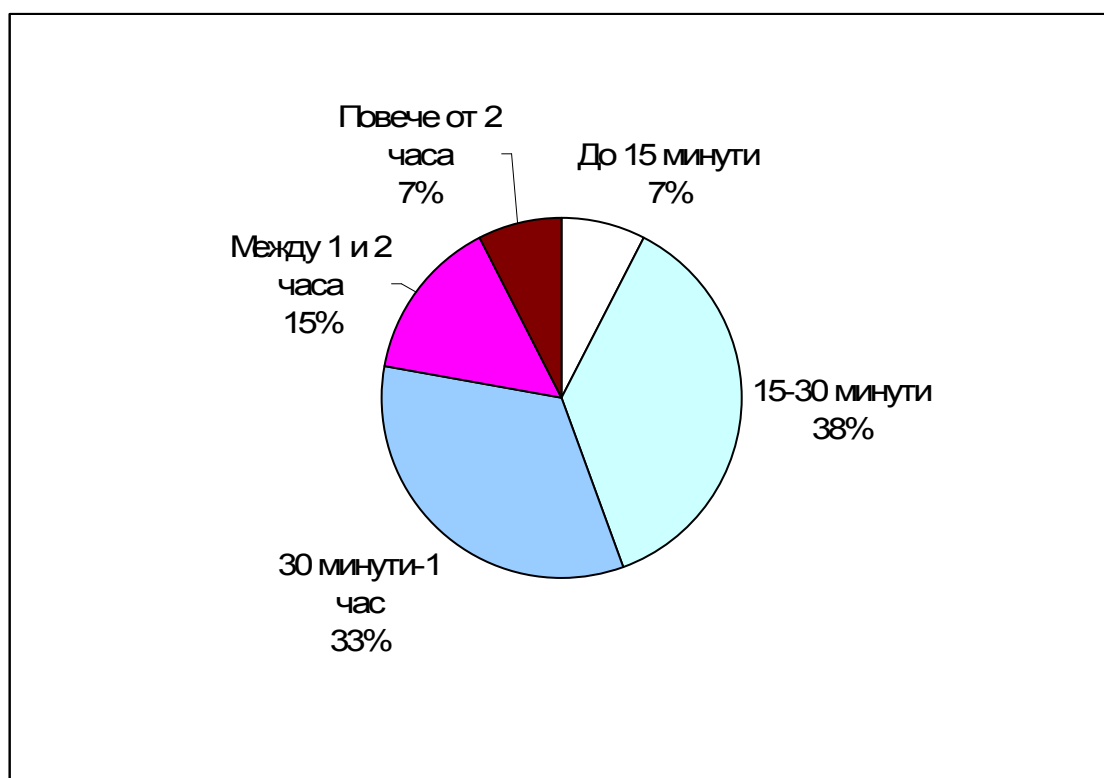
Напоследък все повече експерти подчертават огромната и нарастваща роля на времето като незаменим ресурс в здравеопазната дейност. Времето е ресурс както за медицинските специалисти, така и за пациентите, които те обслужват. Рационалното изразходване на времето на медицинския персонал е първостепенно условие за добра организация на медицинската помощ. Това особено се отнася за дейността на ОПЛ.

Различните аспекти на разходите на време във връзка с медицинската помощ, оказвана от ОПЛ имат важно значение за мнението и удовлетвореността на пациентите.

Проведена бе експресна анонимна анкета (пилотна) на част от анкетираните пациенти (285) непосредствено след тяхно посещение в кабинета на ОПЛ. От тези пациенти само 47 (16,5%) са имали предварително определен (записан) час за преглед при своя личен лекар. Липсата на регулиране приема на пациентите по принцип увеличава загубите на време за чакане от страна на пациентите, нарушава правилния ритъм на дейността на ОПЛ, а в някои случаи води и до конфликтни ситуации. На въпроса за времето на чакане пред лекарския кабинет отговорите са представени на фигура 10.

Фигура 10. Време за чакане пред кабинета на ОПЛ

Въпрос: Колко време чакахте преди да влезете при лекаря:



Оценката на пациентите за продължителността на престоя, респ. прегледа при ОПЛ също заслужава внимание. Поради трудността за точната субективна оценка на продължителността на този въпрос предвидихме само два варианта на отговор: до 5 минути и повече от пет

минути. На този въпрос са отговорили само част от анкетираните (общо 285 души) със следните резултати:

Престой в кабинета на ОПЛ до 5 минути – 47,7% (брой 136)

Престой в кабинета повече от 5 минути – 52,3% (брой 149)

Независимо от наличието на определен субективен елемент в тази оценка, високият процент на краткия престой в кабинета на ОПЛ така или иначе е впечатляващ.



4.5. Проблеми на достъпа до ОПЛ

Достъпът на пациентите до медицинска помощ е постоянно актуален и дискутиран проблем в целия свят. Този проблем има специфична и висока значимост в общата медицинска практика.

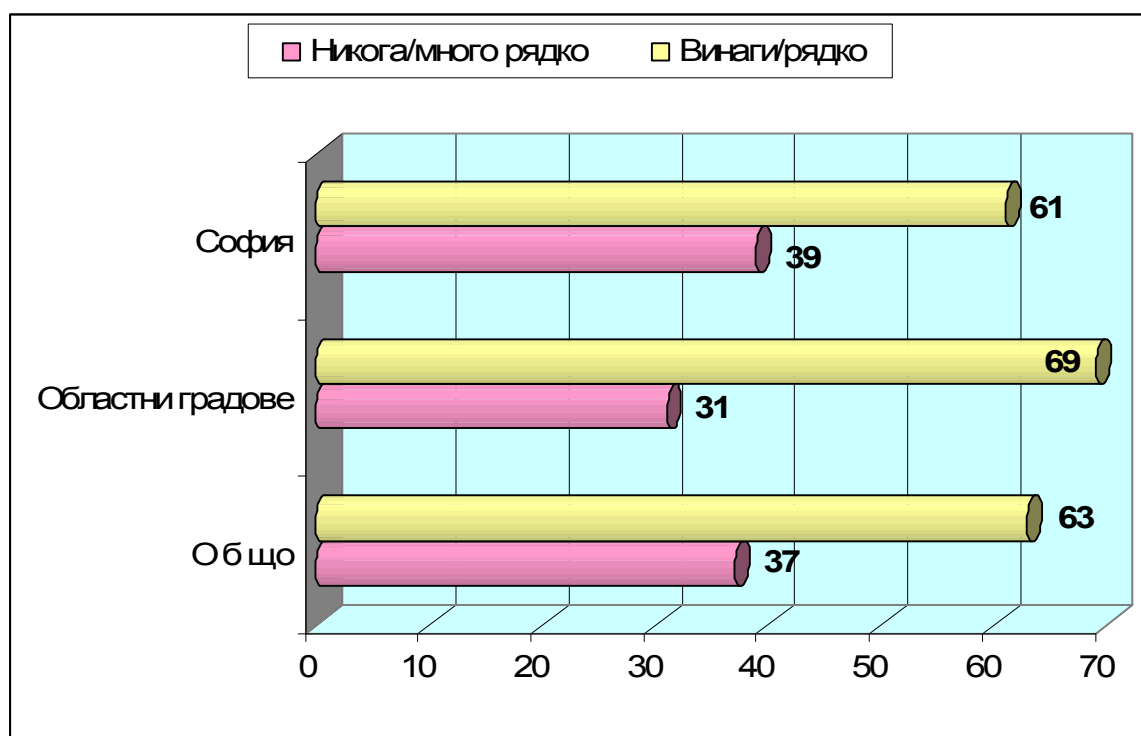
Идеален безпрепятствен достъп на пациентите до лекаря във всеки момент естествено е невъзможен, поради ред обективни фактори. Проблемът е по-скоро как да се гарантира регулиран добре организиран достъп чрез добре обмислено съчетаване на възможностите на лекаря и обективните потребности на пациента.

Възможностите на пациентите за достъп до техния личен лекар трябва да се разглеждат **в по-широк контекст** – от една страна достъпът за консултации и преглед в кабинета, а от друга страна, за домашни посещения и за телефонен контакт с лекаря през и извън работното му време. На таблица 12 и фигура 11 са представени възможност за телефонен контакт с личния лекар. Вижда се, че само 43,1% имат винаги телефонен контакт с ОПЛ, а значителен процент от пациентите (почти половината) имат трудности за такъв контакт.

Табл.12. Достъп и възможност за контакт с личния лекар

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

Отговори	София		Областни градове		О б щ о		Р
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	
Винаги	136	41,2	146	46,4	278	43,1	<0,01
Рядко	65	19,7	72	22,9	128	19,8	<0,05
Много рядко	55	16,7	48	15,2	107	16,6	>0,05
Никога	51	15,5	38	12,0	93	14,4	<0,05
Не е търсен по телефон	23	7,0	11	3,5	34	5,3	
Всичко	330	100,0	315	100,0	645	100,0	

Фиг.11. Възможност за успешен телефонен контакт с ОПЛ (%)

В тази насока е и въпросът за **отзивчивостта** и съответно честотата на **отказа** на повиквания за домашни посещения от страна на личния лекар (табл.13 и фигура 12). Нерегулираните, нередовни и редки домашни

посещения на пациентите са един все още нерешен организационен проблем на общата лекарска практика в България. Според данните от анкетата само 45,9% от анкетираните не са имали отказ за домашни посещения на личния лекар при нужда. Останалите 54,1% са имали по един, два или повече откази на домашни посещения от личния си лекар. Или обобщено, повече от половината пациенти **имат откази за посещение** от ОПЛ при повикване от тяхна страна. И както се вижда от сравнителните данни, процентът на тези откази е по-висок в София в сравнение с областните градове (в които са анкетирани случайно подбраните пациенти). Различията в отказите за домашни посещения между София и областните градове са статистически значими ($p < 0.01$).

Това е един от сериозните проблеми в организацията на общата лекарска практика у нас, който се изтъква и от други автори и изисква адекватно решение в бъдеще в интерес на качеството на първичната медицинска помощ. Проблемът е сложен и за изясняване, и за решаване. Нужно е да се проучи с епидемиологични методи по-детайлно реалната потребност на пациентите от медицинска помощ в дома. На самият факт на много рядко посещение на ОПЛ в дома на неговите пациенти поставя под въпрос истинската му роля на личен лекар.

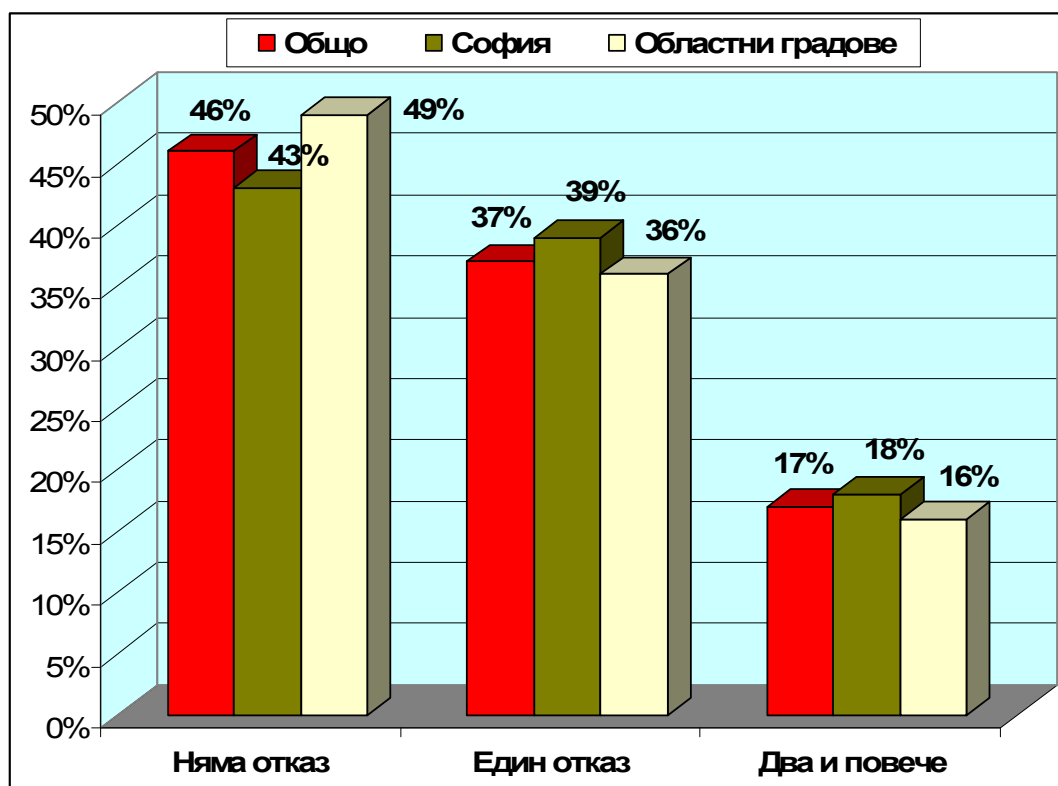
Табл.13. Отказ на домашни посещения от личния лекар

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

	Общо	Областни градове	София
Два и повече	108 – 16,7%	49 – 15,6%	59 – 17,9%
Един отказ	241 – 37,4%	113 – 35,8%	128 - 38,8%
Няма отказ	296 – 45,9%	153 – 48,6%	143 – 43,3%
	645 – 100%	315 – 100%	330 – 100%

Фиг. 12. Отказ на повикване за домашни посещения от личния лекар

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



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

Резултатите от нашата анкета не съответстват на изискванията на Наредба № 40 за основния пакет здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, според която „ОПЛ осигурява непрекъснатост на медицинските грижи”, в частност оказва медицинска помощ в дома на пациента в рамките на основния пакет и оказва медицинска помощ при спешни състояния до пристигане на екип на спешна медицинска помощ или хоспитализация на пациента.

Големият процент на отказ за домашни посещения и на невъзможност за телефонна връзка на пациентите с ОПЛ свидетелства, че тези изисквания на един основен нормативен документ все още трудно се реализират в живата практика.



4.7. Мнение за организацията на дейността на ОПЛ

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

Мнението на пациентите по този въпрос са отразени в таблица 14 и фигура 13. Вижда се, че по-малко от половината анкетирани лица (47,9%) дават положителна оценка на организацията на дейността на ОПЛ. С незначително различие по-добра е оценка в този аспект дават анкетираните лица от областните градове.

Най-съществените **слабости в организацията** на дейността, подредени по честота, са представени на таблица 14.

Като водещи организационни слабости са посочени дългото чакане пред кабинет, липса на определен час за преглед чрез предварително записване, недостатъчен разговор и внимание към пациента и малкото време за преглед. Всяка от посочените слабости има своята роля за общото впечатление за дейността на лекаря. Тази оценка на пациентите изисква специално внимание от гледна точка на мениджмънта на общата медицинска практика.

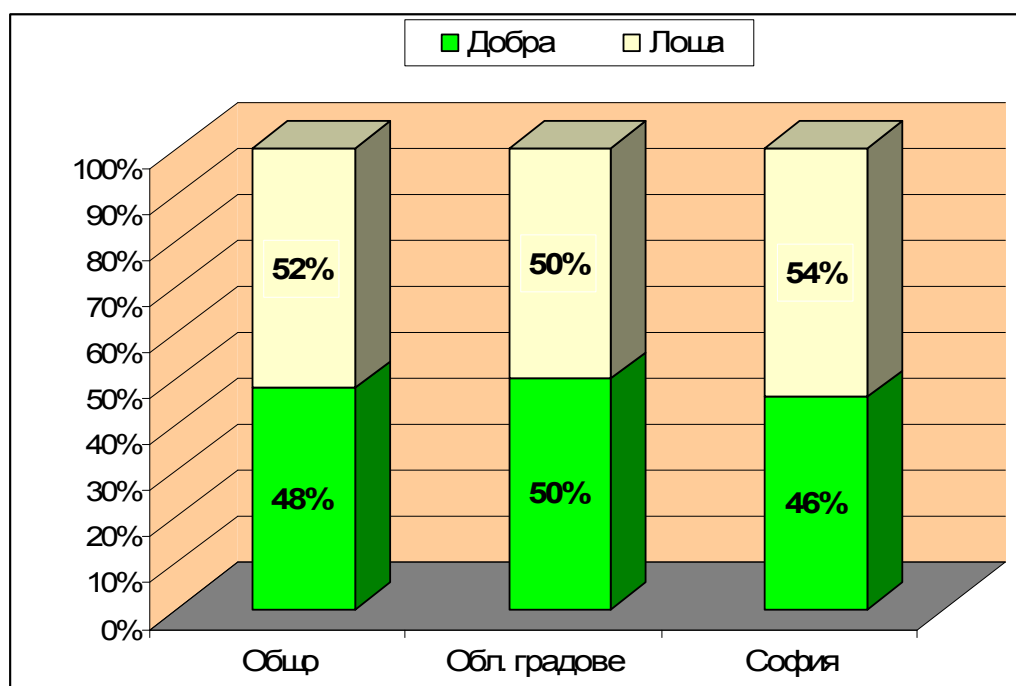
Табл.14. Мнение на пациентите за организацията на дейността на ОПЛ

Въпрос: Каква оценка давате на организацията на дейността на вашия личен лекар по време на работния му график:

Отговори	София		Областни градове		О б щ о		Р
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	
Добра	53	16,1	55	17,5	108	16,7	<0,05
По-скоро добра	99	30,0	102	32,4	201	31,2	<0,05
По-скоро лоша	124	37,6	105	33,3	231	35,8	<0,01
Лоша	54	16,4	53	16,8	105	16,3	>0,05
Всичко	330	100,0	315	100,0	645	100,0	

Прави впечатление, че всички посочени организационни слабости са с по-висока честота в София спрямо областните градове, с изключение на дългото чакане за преглед.

Фиг.13. Мнение на пациентите за организацията на дейността на ОПЛ
(окрупнени стойности в %)



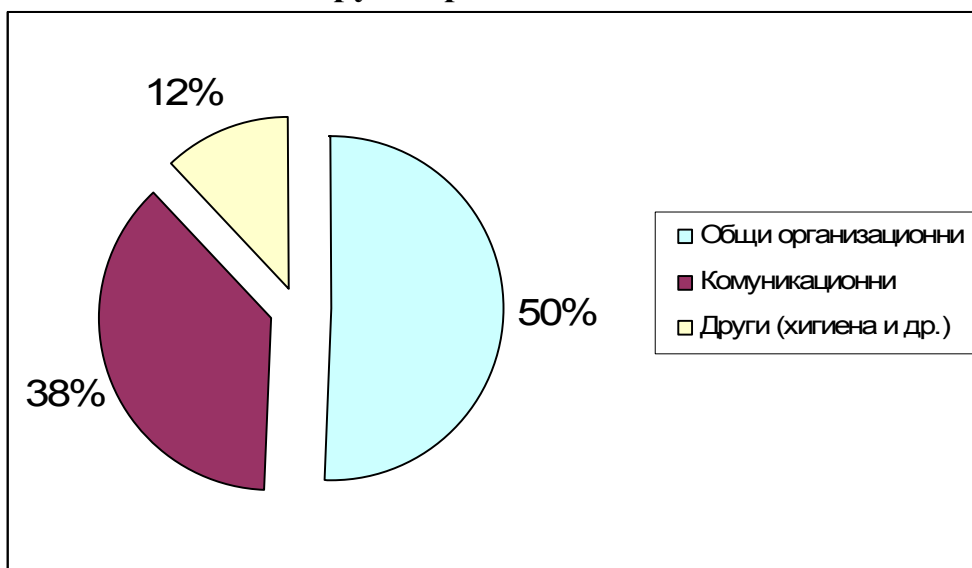
Според данните съществуват многообразни организационни слабости, които са следните видове (таблица 15):

Табл.15. Слабости в организацията на дейността на ОПЛ (честота - в интензивен показател на 100 анкетирани лица)

Отговори	София		Областни градове		О б щ о	
	Брой отговори	На 100 анк.лица	Брой отговори	На 100 лица	Брой отговори	На 100 анк.лица
Дълго чакане за преглед	99	30,0	97	30,8	196	30,4
Няма предварително определен час за преглед	96	29,1	77	24,4	173	26,8
Недостатъчен разговор и внимание към пациента	74	22,4	62	19,7	134	20,8
Малко време за преглед	57	17,3	53	16,8	110	17,1
Няма ясно установен ред за прием на пациентите	43	13,0	40	12,7	83	12,9
Неспазван работен график	45	13,7	31	9,8	76	11,8
Лоша хигиена и обстановка в кабинета	38	11,5	37	11,7	75	11,6
Всичко	449	136,1	397	126,0	844	130,9

- Броят на отговорите (общо 844) е по-голям от броя на анкетираните лица, поради възможност за повече от един отговора на този въпрос.

Фиг. 14. Основни групи организационни слабости



Разгледани в един по-обобщен вид посочените многообразни организационни слабости могат да бъдат обособени и подредени в следните три групи (фиг.13):

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

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



4.8. Оценка на качеството на здравните услуги от пациентите

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

Табл.15. Мнение на пациентите за качеството на медицинската помощ от ОПЛ

Въпрос: Как оценявате качеството на медицинска помощ от личния лекар:

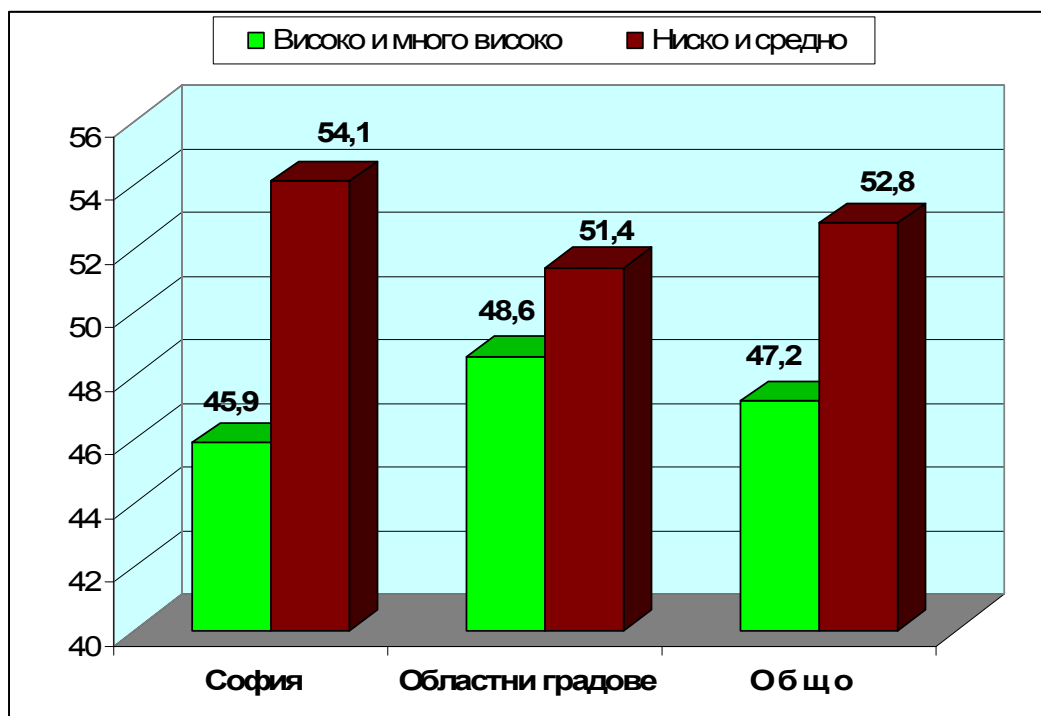
Оценка	София		Областни градове		О б щ о		Р
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	
Много високо	45	13,6	40	12,7	85	13,2	>0,05
Високо	107	32,4	113	35,9	219	34,0	<0,01
Средно	131	39,8	123	39,0	254	39,4	>0,05
Ниско	47	14,2	39	12,4	86	13,3	<0,05
Всичко	330	100,0	315	100,0	645	100,0	

Както личи от таблица 15 и фигура 14 сред разнообразните мнения натежават оценките с ниво средно и високо. В обобщената оценка (фигура 14) 47,2% от анкетираните оценяват качеството като високо и много високо, а 52,8% като ниско и средно. По-висока оценка дават анкетираните лица от областните градове в сравнение със София (статистически значима разлика при $P<0,01$).

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

Освен директния въпрос за оценка на качеството в анкетата бяха включени и някои **косвени въпроси** (в ролята на контролни въпроси), които допринасят за получаването на по-пълна и по-достоверна представа за цялостното мнение на пациентите относно качеството на здравните услуги. Данните от тези косвени (контролни) въпроси са представени във фигура 15, таблица 16 и фигура 16.

Фиг.14. Мнение на пациентите за качеството на медицинската помощ от ОПЛ (в %)



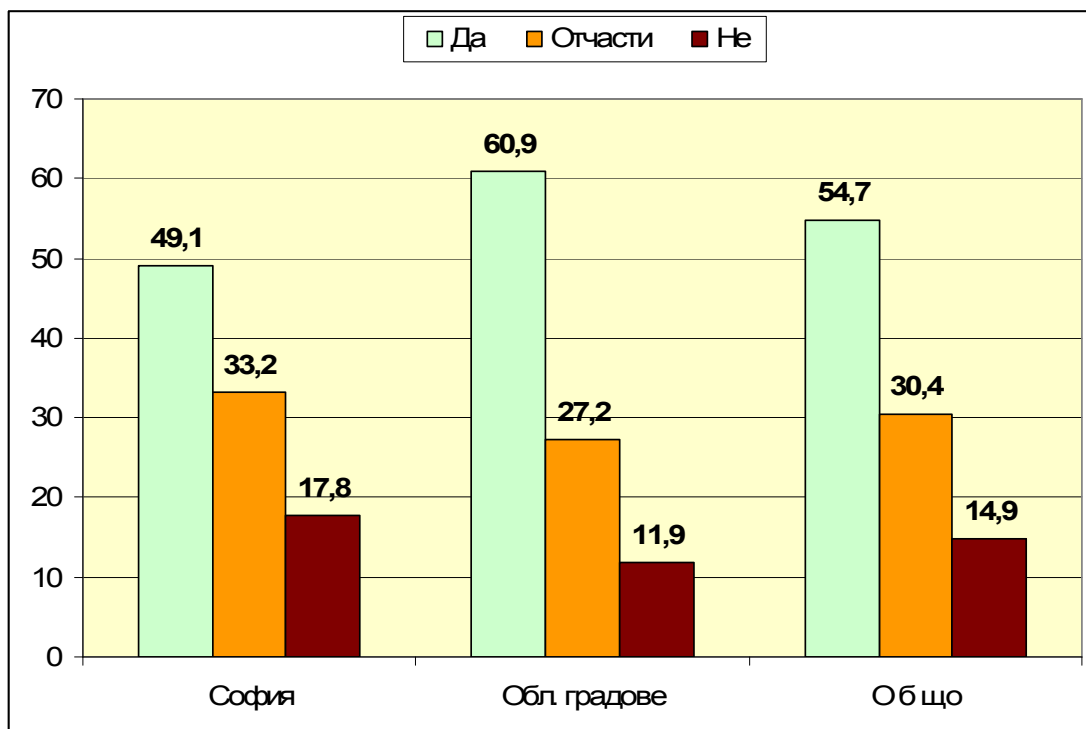
Въпросът към анкетираните „Решен ли бе проблемът ви, поради който посетихте кабинета на лекаря” **конкретизира** тяхната оценка относно качеството на здравните услуги, получавани от ОПЛ. На фигура 15 са представени резултатите от отговорите на този въпрос. Общо повече от половината пациенти (54,7%) преценяват, че е решен техния проблем при посещението на ОПЛ. Този процент е по-висок в областните градове (60,9%) в сравнение със София (49,1%).

При анализа на отговорите на този въпрос следва да се има предвид структурата на поводите за посещението при ОПЛ (раздел 4.4, стр.81), която показва, че огромен процент от посещенията са за изписване на лекарства (25,9%) и за документи (6,1%), а за клиничен преглед по повод остро заболяване са 9,2% и за преглед по повод хронично заболяване – 22,3%. Следователно близо една трета от посещенията са изключително за решаване на документални проблеми. Следователно, мнението за степента

на решаването на проблемите при посещение на ОПЛ не отразява само чисто клиничко-диагностични и лечебни проблеми.

Фиг.15. Степен на решаване проблемите на пациентите при посещение в кабинета на ОПЛ

Въпрос: Решен ли бе проблемът ви, поради който посетихте кабинета на лекаря?



Отговорите на аналогичен въпрос, които индиректно дават информация за оценката на пациента за качеството на медицинската помощ от ОПЛ са дадени на таблица 16 и фигури 16,17 и 18. Вижда се, че ОПЛ е предпочитан избор на място за медицинска помощ за по-малко от половината анкетирувани лица (44,0%). Голям процент пациенти директно се самонасочват, по един или друг начин, към тесен специалист.

Следователно **маршрутът на пациентите** при нужда от медицинска помощ е доста разнообразен и много често той не започва от ОПЛ.

Както личи от представените данни, ориентацията на началния пункт в маршрута на пациентите при повечето от тях (56%) е ориентиран към други лекари – директно към тесни специалисти или познати лекари. Това

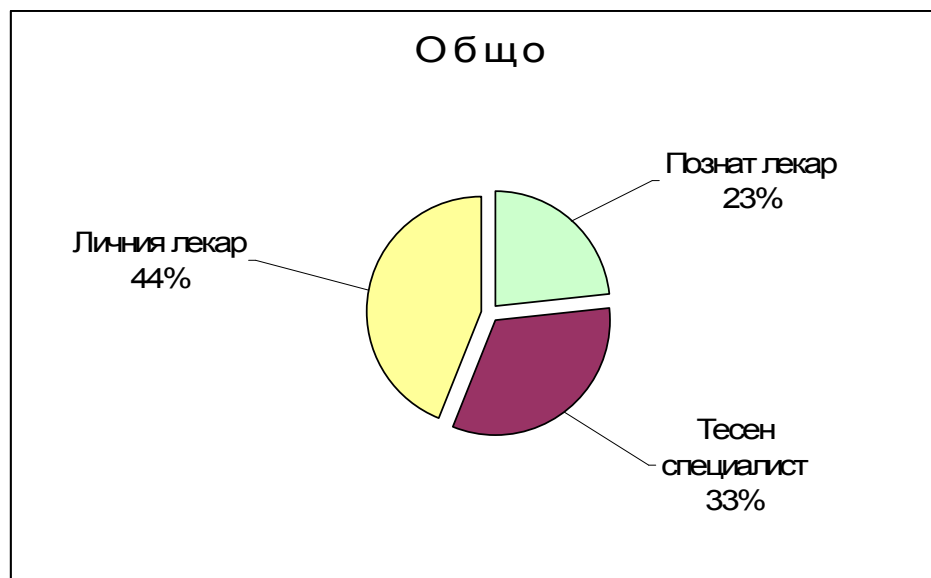
означава, че маршрутът на пациентите е доста сложен и нерегулиран и най-често неговият старт не е ОПЛ. Това е един важен индиректен критерий за качество на общата медицинска практика.

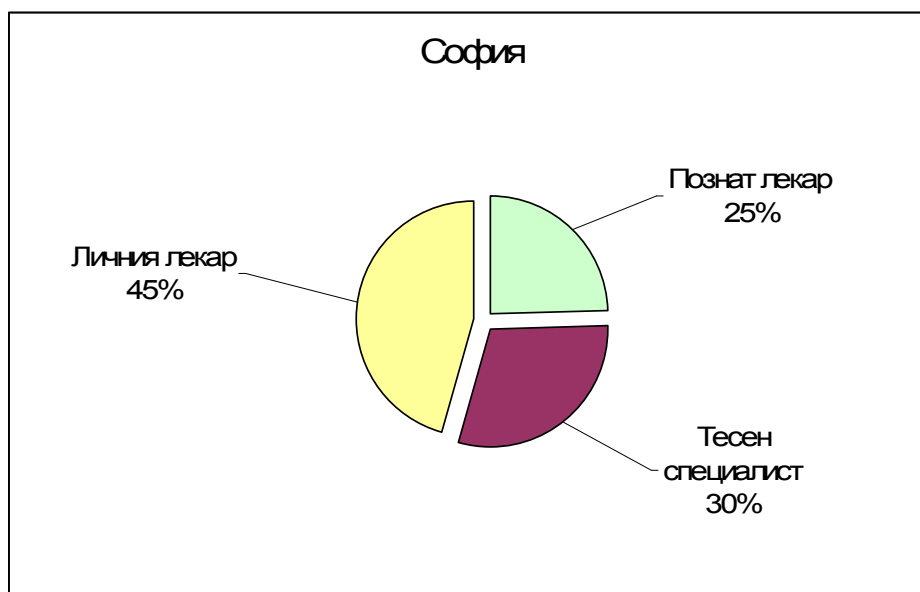
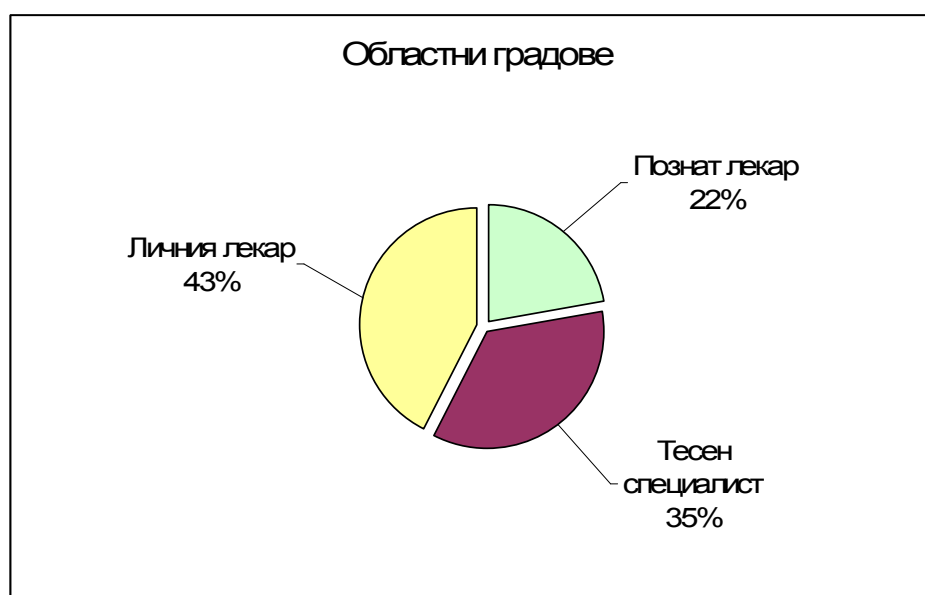
Табл.16. Предпочитан избор на място на медицинска помощ от страна на пациента

Въпрос: Когато имате някакъв здравен проблем към кого преди всичко предпочитате да се обърнете за помощ?

Предпочитан избор	София		Областни градове		Общо		Р
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	
Познат лекар	81	24,5	70	22,2	151	23,4	<0,01
Тесен специалист	99	30,0	111	35,2	210	32,6	<0,01
Личния лекар	150	45,5	134	42,5	284	44,0	>0,05
Всичко	330	100,0	315	100,0	645	100,0	

Фиг.16. Предпочитан избор на място за медицинска помощ



Фиг.17. Предпочитан избор на място за медицинска помощ**Фиг.18. Предпочитан избор на място за медицинска помощ**

Представените данни на фигури 16, 17 и 18 показват, че 44% от анкетираните пациенти при възникнал здравен проблем предпочитат да потърсят личния си лекар, но повече от половината (56%) имат предпочитание не личния лекар, а към други лекари и главно тесни специалисти. Тази тенденция в известна степен е по-изразена в областните градове в сравнение със София. Предпочитание на тесния специалист в

София има при 30%, а в областните градове при 35,2% от пациентите (разликата е статистически значима при $P < 0,01$).

Както вече отбелязахме, функцията на ОПЛ е да бъде **интегратор и координатор** на цялостната медицинска помощ на своите пациенти. Затова критерий за оценка на ОПЛ е доколко той познава цялостното здравно състояние на своите пациенти. На таблица 17 представяме сравнение на нашите данни по този критерий с по-ранни данни на Д. Димитрова (2009 г.) и гръцкия автор К. Пасхалидис (2003 г.). Вижда се определена разлика в показателите от двете изследвания.

Данните от настоящето изследване показват, че има напредък към по-добро познаване на цялостното здравно състояние на пациентите от ОПЛ. Докато според Пасхалидис през 2003 година ОПЛ са познавали в голяма степен здравните проблеми 34,4% от своите пациенти, то според нашите данни този показател е вече 49,0%. Но този показател е по-благоприятен в изследването на Д. Димитрова от 2009 г. Очевидно ОПЛ трябва да познава **в много по-голяма степен** общите здравни проблеми на своите пациенти, а не само техните епизодични моментни здравни проблеми, които довеждат пациента на посещение в лекарския кабинет.

Табл. 17. Сравнително представяне данни

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



4.9. Комуникация и сътрудничество между лекаря и пациента

Както бе посочено в литературния обзор, добрата комуникация, сътрудническо и взаимодействие между лекаря и пациента е важно условие за ефективност на първичната медицинска помощ.

На таблица 18 и фигура 18 са представени два аспекта на взаимодействието лекар-пациент – а/ **степеня на обсъждане** и участие на пациента в диагностично-лечебния процес и б/ **чия е активната позиция и инициатива** (на лекаря или пациента) **при вземане решение за направление** към специалист.

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

Данните показват, че лекарят не винаги иска мнение и съгласие на пациента по различните диагностично-лечебни процедури. При 44,3% лекарят изобщо не иска или рядко иска мнението на пациента. Общо при 35,5% лекарят винаги иска мнението на пациента, като за София този процент е по-висок (39,1%), а за областните градове е по-нисък (31,7%). Разликата е статистически значима при $P < 0,001$.

Представените по-горе данни свидетелствуват за наличие на сериозни проблеми в сътрудничеството и комуникацията между ОПЛ и пациента. От страна на лекаря има силно налагане на **стандартна схема на поведение** на пациента и пациентът не е активно въввлечен в процеса на собственото си лечение, няма чувство за контрол над него. Това е известният от литературата **патерналистки модел**.

Същевременно е налице много активна позиция, контрол и главна инициатива на пациента при решението за направление към специалист,

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

Вижда се, че общо при 65% решението за получаване на направление към специалист е главно по инициатива и настояване на пациента, т.е. лекарят е в пасивна позиция. За София този показател е по-нисък (63%) от областните градове (69%).

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

И в двата посочени по-горе модела отчетливо се изявяват т.нар **асиметрични взаимоотношения** „лекар-пациент”, които са непреодоляна бариера за тяхното пълноценна комуникация и сътрудничество в диагностично-лечебния процес.

Табл.18. Пациентът като участник във вземането на решения от ОПЛ във връзка с медицинското му обслужване

Въпроси: ■ Когато личният лекар ви дава направление за тесен специалист по чия инициатива става това?
 ■ Преди да ви окаже някакъв вид медицинска помощ лекарят иска ли вашето мнение и съгласие?

Лекарят иска мнение и съгласие на пациента:	Решение за направление към специалист				Общо	
	По инициатива на личния лекар		По инициатива и настояване на пациента			
	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Винаги	113	49,8	116	27,7	229	35,5
Често	49	21,6	82	19,6	131	20,3
Рядко	31	13,7	58	13,8	89	13,8
Не	34	15,0	163	38,9	197	30,5
Всичко	226-35%	100,0	419-65%	100,0	645	100,0



Табл. 19. Пациентът като участник във вземане на решения от ОПЛ във връзка с медицинското му обслужване (за София)

Лекарят иска мнение и съгласие на пациента:	Решение за направление към специалист				Общо	
	По инициатива на личния лекар		По инициатива и настояване на пациента			
	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Винаги	71	59,7	58	27,5	129	39,1
Често	15	13,0	43	20,3	58	17,6
Рядко	17	14,6	31	14,5	48	14,5
Не	16	13,4	79	37,6	95	28,8
Всичко	119	100,0	211	100,0	330	100,0

Табл. 20. Пациентът като участник във вземането на решения от ОПЛ във връзка с медицинското му обслужване

(за областни градове)

Лекарят иска мнение и съгласие на пациента:	Решение за направление към специалист				Общо	
	По инициатива на личния лекар		По инициатива и настояване на пациента			
	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Винаги	40	40,0	60	27,9	100	31,7
Често	32	32,0	40	18,4	72	22,8
Рядко	12	12,0	29	13,3	41	13,0
Не	16	16,0	86	40,2	102	32,4
Всичко	100	100,0	215	100,0	315	100,0

Сътрудничеството между лекаря и пациента е двупосочен процес, в който участват лекарят и пациентът. Но решаваща роля в този процес играе мотивацията и нагласата на лекаря за комуникативност по време на срещата с пациента. В този аспект демонстрирането на прибързаност и отегчение по време на прегледа смущава и потиска процеса на комуникация, която е неотменим фактор на ефективността на медицинската дейност.

Според данните от таблица 21 относително малка част от анкетираниите пациенти (27,8%%) считат, че по време на прегледа лекарят е показвал прибързаност и отегчение.

Фиг.19. Инициатива за получаване на направление към специалист

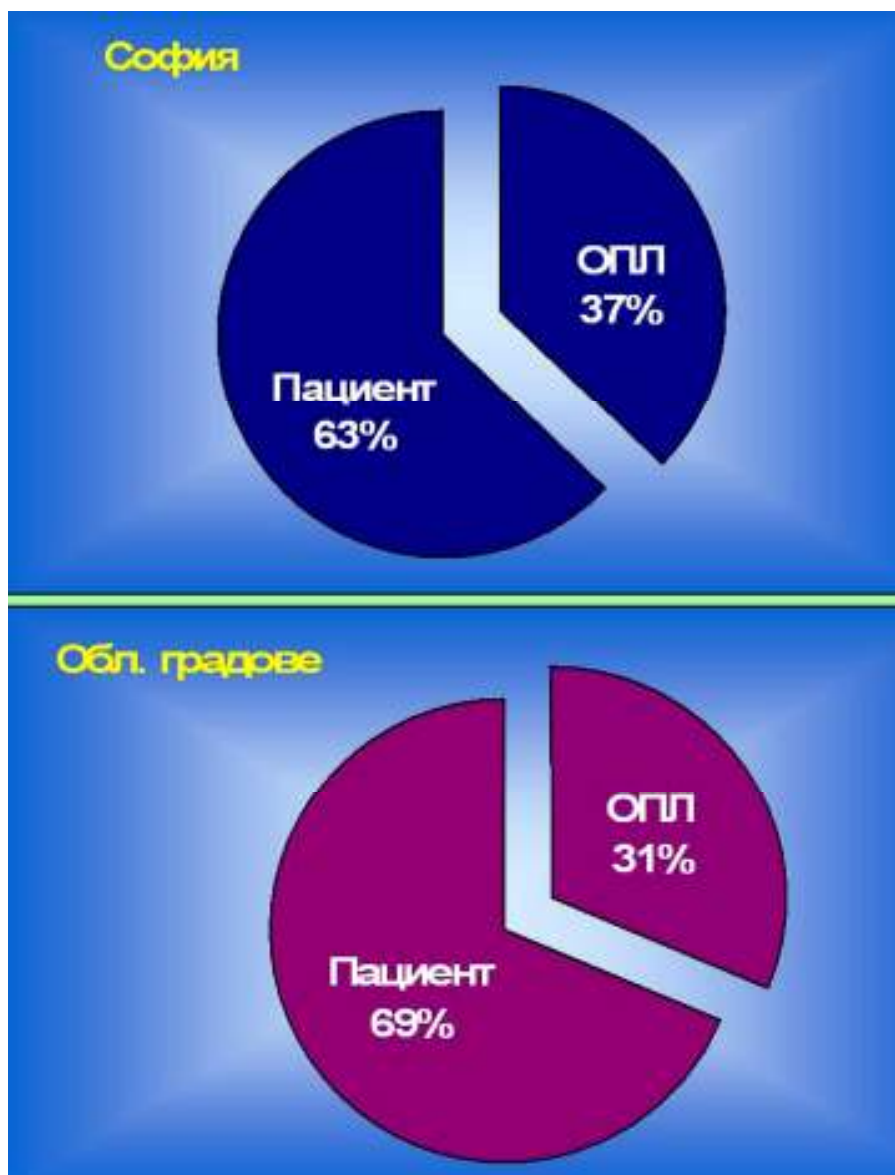


Табл.21. Нагласа за комуникативност на лекаря

Въпрос: По време на посещение при вашия лекар има ли случаи, когато чувствате, че сте му в тежест и той бърза да псе освободи от вас?

Отговори	Брой	Процент	P
Много често	99	15,4	<0,001
Често	136	21,1	<0,001
Рядко	330	51,2	<0,001
Никога	80	12,4	<0,001
Всичко	645	100,0	

4.10. Удовлетвореност на пациентите от ОПЛ

Важен обобщаващ показател за оценката на пациентите за дейността на личния лекар е тяхната удовлетвореност.

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

По официални данни от НЗОК през 2011 г. в НЗОК са постъпили общо **134 жалби** от здравно-осигурени за дейността на ОПЛ. На база на съществуващата нормативна уредба за **основателни са признати 36 и за неоснователни 77**. Впечатляващ е много малкият брой на жалбите. Жалбите са по повод на:

- отказ на ОПЛ да издаде служебна бележка, удостоверяваща извършените задължителни имунизации и профилактични прегледи на деца;
- отказ на специалист за насочване за хоспитализация;
- качество на оказаната дентална помощ;
- възникнали морално-етични проблеми в отношенията „ОПЛ-пациент”
- отказ на направление за специалист;
- неоснователно заплащане от ЗЗОЛ на потребителска такса по чл. 37 от Закона за здравно осигуряване;
- неспазване на графика за работа, отказване на домашни посещения;
- неоказване на медицинска помощ на ЗЗОЛ;
- неполучаване на документ за платена потребителска такса;

Удовлетвореността на пациентите погрешно се подценява като критерий за оценка на медицинската дейност и в частност на ОПЛ, тъй като се счита, че тя е субективна. Но като се има предвид, че

медицинската дейност по същество е общуване между лекар и пациент, което има редица психологически аспекти, ние считаме, че удовлетвореността трябва да бъде един от основните критерии и показатели, без които не може да има цялостна оценка на ОПЛ.

Това се доказва от различни изследвания и в частност от проведеното от WIN (Световна независима мрежа за маркетингови проучвания) и асоциация «Галъп интернешънъл» в 23 страни по света. По данни от това изследване България е на 16-о място по индекса за бъдеща препоръка (показателят „бих/не бих препоръчал/а”). Около 60% от пациентите, посетили личния си лекар в последната година, не биха го препоръчали на свой познат или приятел, т.е. това е индиректен критерий-измерител за висока степен на неудовлетвореност от ОПЛ.

По нашите данни общата удовлетвореност на пациентите от личния лекар е отразена на таблици 22 и фигура 20.

От данните личи, че общо 53,8% от анкетираните са високо и средно удовлетворени от своя личен лекар. Но същевременно почти половината (46,2%) са ниско удовлетворени или изобщо неудовлетворени. Тази степен на удовлетвореност е близка до данните на Р. Златанова по проучване ат 2005 година (58).

Наблюдава се значимо различие в удовлетвореността на мъжете и жените (таблица 23).

Жените показват сравнително по-ниска удовлетвореност от своя личен лекар в сравнение с мъжете. 49,2% от жените са високо и средно удовлетворени, а при мъжете този процент е 58,5%. Конкретните причини за тази разлика между оценката на мъже и жени за ОПЛ са комплексни, но може да се предположи, че жените са **по-взискателни** по принцип и често са с **по-усложнени здравни проблеми**, което води до по-големи очаквания и претенции към техния личен лекар, откъдето и по-ниската им удовлетвореност от него в сравнение с тази на мъжете.

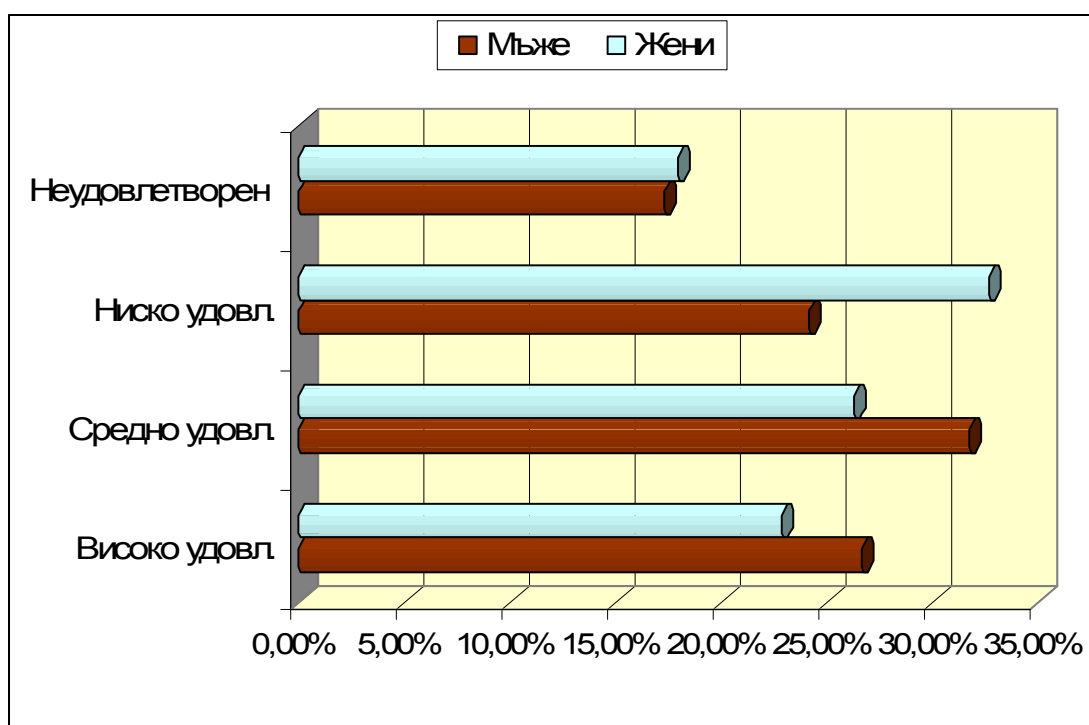
Табл. 22. Обща удовлетвореност на пациентите от ОПЛ

Въпрос: Преценете обобщено доколко сте удовлетворен от вашия личен лекар:

Отговори	Брой	Процент
Високо удовлетворен	160	24,8
Средно удовлетворен	187	29,0
Ниско удовлетворен	184	28,5
Неудовлетворен изобщо	114	17,8
	645	100,0

Табл. 23. Обща удовлетвореност на пациентите от ОПЛ по пол

Отговори	Мъже брой	Мъже %	Жени брой	Жени %	P
Високо удовлетворен	85	26,7%	75	22,9%	<0,001
Средно удовлетворен	101	31,8%	86	26,3%	<0,001
Ниско удовлетворен	77	24,2%	107	32,7%	<0,001
Неудовлетворен изобщо	55	17,3%	59	18,0%	>0,05
Всичко	318	100,0	327	100,0	

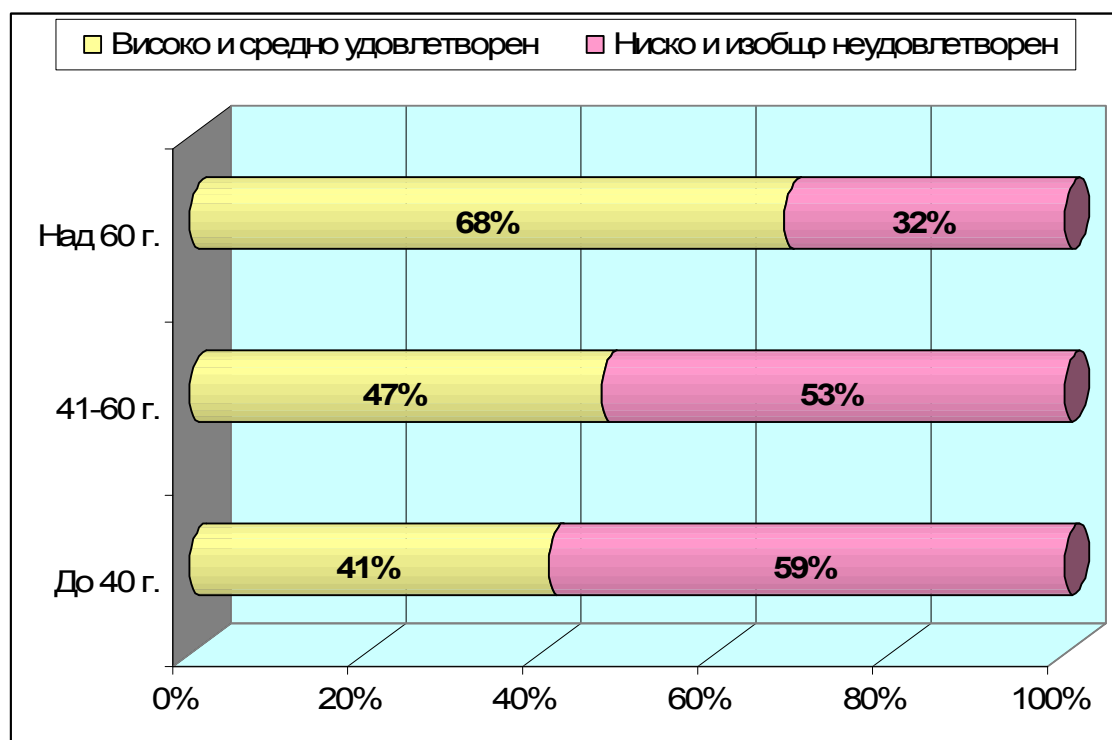
Фиг. 20. Обща удовлетвореност на пациентите от ОПЛ по пол

Чувството на удовлетвореност има връзка и с възрастта на пациентите. Както се вижда от таблица 24 и фигура 21 нивото на удовлетвореността нараства с възрастта. Най-висока удовлетвореност има сред пациентите над 60 години и най-ниска във възрастовата група до 40 години.

Табл. 24. Обща удовлетвореност на пациентите от ОПЛ по възраст

Отговори	Възрастови групи		
	До 40 г.	41-60 г.	Над 60 г.
Високо удовлетворен	33 – 20,0%	51 – 22,7%	76 – 29,8%
Средно удовлетворен	35 – 21,2%	54 – 24,0%	98 – 38,4%
Ниско удовлетворен	65 – 39,4%	79 – 35,1%	40 – 15,7%
Неудовлетворен изобщо	32 – 19,4%	41 – 18,2%	41 – 16,1%
Всичко	165-100,0	225 – 100,0	255 – 100,0

Фиг.21. Удовлетвореност по възрастови групи



Установяването на степените на удовлетвореност на пациентите от ОПЛ е предимно количествен подход. Тези степени са само част от общия проблем за удовлетвореността, която се обуславя от сложен комплекс обективни и субективни фактори.

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

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

Тъй като отговорът на този въпрос е свободен анкетираните лица са дали доста разнообразни и нестандартни отговори, които най-общо могат да се стандартизират и подредят в шест относително еднородни групи. Дадени обобщено в таблица 25, тези групи включват следните по-конкретни елементи:

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

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

3. Организация на приема и прегледа на пациенти – време за чакане пред кабинета, достатъчно/недостатъчно време за преглед, ефективен разговор с пациента, предварително записване на час за

преглед, достатъчно работно време по график, хигиена на лекарския кабинет, наличие на потребителска такса и др.

4. Направление за специалист – отделен елемент на организацията на труда, който даваме в самостоятелна група, поради голямото му значение, фиксирано от анкетираните лица в отговорите им.

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

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

Табл.25. Причини за удовлетвореност-неудоветвореност

Въпрос: От какво сте най-доволен или най-недоволен в работата на вашия личен лекар (свободен отговор)

(честота - в интензивен показател на 100 анкетирани лица)

Причина		Най-доволни от		Най-недоволни от	
		Брой отговори	На 100 анк.лица	Брой отговори	На 100 анк.лица
Общо	Организация на приема	111	17,2	280	43,4
	Направление за специалист (отказ)	222	34,4	239	37,1
	Домашни посещения (отказ)	156	24,2	163	25,3
	Телефонна връзка с ОПЛ	14	2,2	160	24,8
	Квалификация, професионализъм	68	10,5	87	13,5
	Отношение „лекар-пациент”	17	2,6	45	7,0
	В с и ч к о	588	91,2	974	151,0

Забележка: Броят на отговорите е различен от броя на анкетираните лица по две причини: а/ някои от анкетираните лица не са дали отговори на този въпрос и б/ Някои от анкетираните лица са дали повече от два отговора на този въпрос.

От данните на таблица 25 и фигура 22 се вижда, че в съзнанието на пациентите водещи причини за тяхната позитивна или негативна оценка за дейността на ОПЛ са три – а/ организацията на лекарския труд и приема на

пациентите (на първо място дългото чакане пред кабинета), б/ отзоваване или отказ на домашни посещения и в/ възможността да се получи направление за специалист. Доста отчетлива е разликата между София и областните градове по този показател. В областните градове позитивната оценка е по-висока в сравнение със София.

В общия **баланс** на позитивните и негативните отговори по всички причини за удовлетвореност по-изразена е негативната оценка. Само в София по-изразена е позитивната оценка за причината „направление за специалист“, а в областните градове по-изразена е позитивната оценка за причината „отношение лекар-пациент“

Следва да отбележим, че някои от отговорите на анкетиранията лица са доста емоционални или **предизвикателни** и не се поддават на класификация, например (цитираме като казуси): *„Трябва да си отделя един работен ден отпуск, за да мога да посетя личния си лекар“*; *„Преглежда по пет човека едновременно“*; *„Безумно уникално чакане“* и др.

Два от отговорите са особено характерни: *„Никога не ми е отказвал направление“* и *„За какво да ходя при личния лекар, за да му дам 2.70 лева за направление ли?“*.

Подобни отговори са показателни за това, че позитивната оценка и удовлетвореност на пациента **се мотивира** не от добра информираност и ясно впечатление за дейността и за качествата на неговия личен лекар, а често от **второстепенен критерии** (в случая възможността да се получи направление за специалист). Този типичен отговор може да бъде индикатор за две неща:

- ОПЛ още не е поел ролята на истинският компетентен и доверен личен лекар на своите пациенти;
- Пациентите все още скептично и неправилно оценяват диагностично-лечебните възможности и роля на ОПЛ и го

възприемат повече като лекар-разпределител („диспечер”), чиято главна функция е да притежава и раздава направление.

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

Фиг.22. Баланс „удовлетвореност-неудовлетвореност” по три водещи критерия (в %)

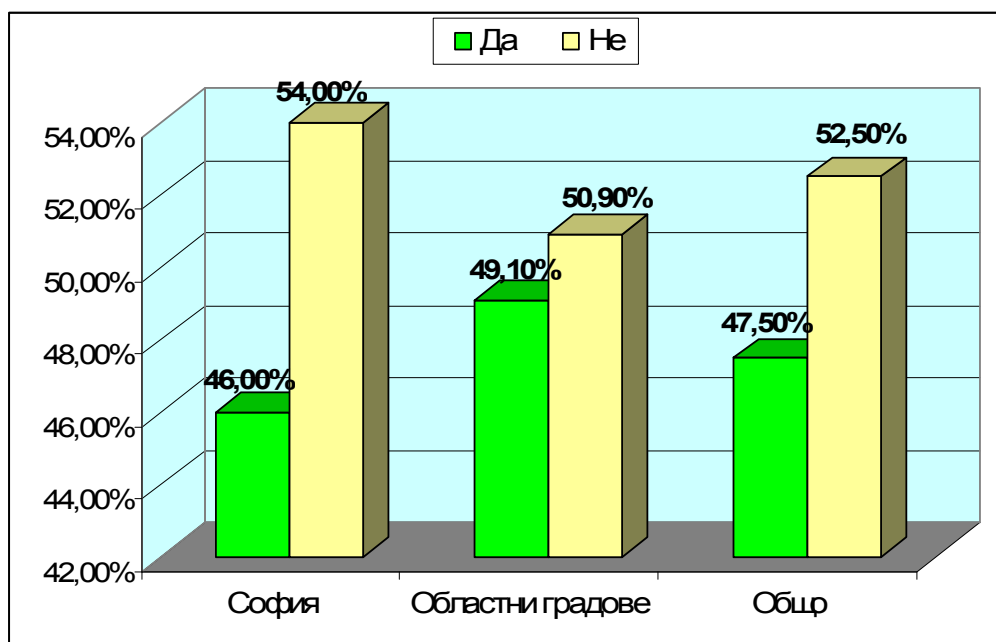


През последните години за анализ и оценка на удовлетвореността на пациентите се използва критерият „бих/не бих препоръчал”, който се счита точен измерител на удовлетвореността, като допълнение към директния въпрос „харесвам/не харесвам“.

На фигура 23 са представени резултатите от отговорите на този въпрос сравнително за София и областните градове.

Фиг.23. Удовлетвореност според индиректния критерий „препоръчване”

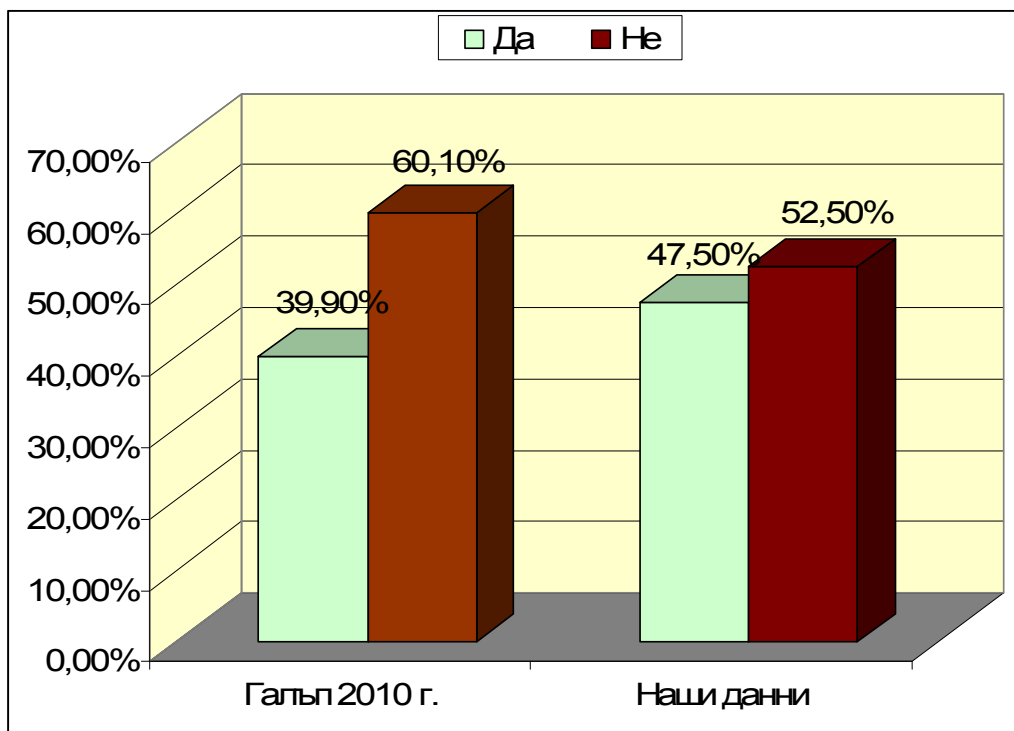
Въпрос: Бихте ли препоръчали Вашият сегашен личен лекар на свои познати или приятели



Вижда се, че общо по-малко от половината анкетирувани биха препоръчали своя личен лекар на други хора. В областните градове по този показател са налице относително по-благоприятни стойности от тези в София, макар и с малка разлика. Виждаме, че показателят „препоръчване” допълва общата оценка за качеството и по този начин се получава цялостна информация в този аспект.

Заедно с това данните от нашата анкета по този показател са по-благоприятни в сравнение с данните от международното изследване на Галъп от 2010 г., в което само около 40% от пациентите препоръчват своя личен лекар (фигура 24).

Фиг.24. Удовлетвореност според индиректния критерий „препоръчване” (сравнителни данни)



В контекста на удовлетвореността на пациентите интерес представлява въпросът към кого предпочитат най-напред да се обърнат при наличие на здравен проблеми Според данните на Цв. Валентинова и М. Горанов 74,13% от анкетираните отговарят, че при наличието на здравен проблем предпочитат първо да се консултират с личния си лекар. Както вече бе посочено, според нашите данни при възникнал здравен проблем 44% от анкетираните предпочитаният избор за консултация и лечение е ОПЛ (табл. 16, раздел 4.8).



4.10. Оценка на възможните причини за пропуски в дейността на ОПЛ

Проблемът за лекарските пропуски и грешки все по-често се дискутира в световния медицински печат. Тук нямаме за задача да представяме конкретни данни за такива пропуски и грешки, а само анализираме мнението и оценките на анкетирани пациенти относно възможните причини за пропуските и грешките в дейността на ОПЛ. На таблица 26 е представена оценка чрез коефициент по петобална скала на възможните причини за пропуски и грешки .

Табл.26. Причини за възможни грешки и пропуски в дейността на ОПЛ

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

Причини	Коефициент - осреднена степен на причините			Р
	О б щ о	София	Обл.градове	
Преумора на лекаря	2.21	2.05	2.36	<0.01
Недостатъчна квалификация	2.18	2.06	2.32	<0.05
Недостатъчно внимание към пациента	2.51	2.55	2.47	>0.05
Лоша организация на труда на лекаря	2.73	3.03	2.43	<0.01

Мнението на анкетираните лица за възможните причини на пропуски и грешки е показателно. На първо място те поставят лошата организация на труда на лекаря. Това е особено изразено за София, където коефициентът на тази причина е най-висок (3,03). На второ място е „Недостатъчно внимание към пациента” (2,47), следвано от преумора на лекаря и недостатъчна квалификация.

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

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

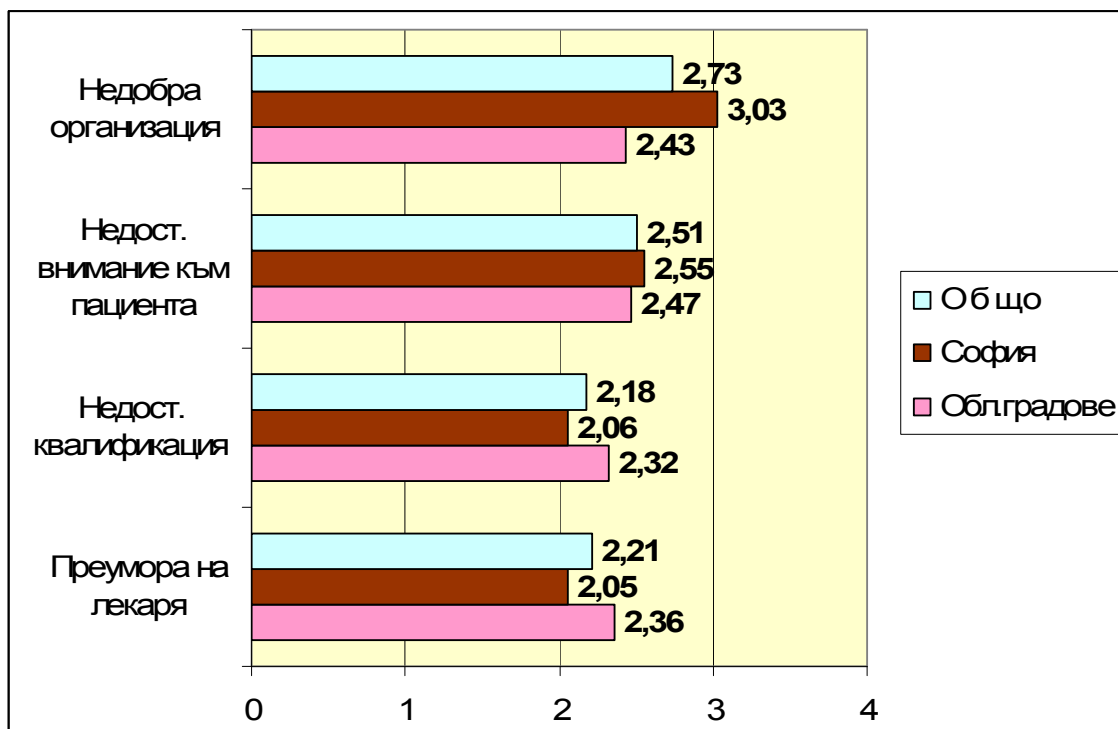
Представената относително ниска значимост на квалификацията на лекаря като фактор на пропуски и грешки е логична и реалистична, защото анкетираните пациенти не са експерти. И те правилно в своите оценки не поставят акцент върху квалификацията, осъзнавайки, че оценката на квалификацията не е напълно по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

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

Наред с другото данните показват известни различия между София и областните градове в оценката и в ранжиране значимостта на отделните причини за възможните и реални пропуски в дейността на лекарите.

В сравнение с анкетираните в областните градове, анкетираните в София придават по-голяма значимост на лошата организация на лекарския труд, а недостатъчната квалификация и преумората на лекаря е с по-висока стойност в областните. Това говори за известни различия и специфика в условията и дейността на ОПЛ в столичния град и в провинциалните градове, както и за различия между субективните представи, изисквания и мнение на пациентите от градове с различна големина. .

Фиг.25. Причини за възможни грешки и пропуски в дейността на ОПЛ (коефициент по 5-бална оценка)



Тези резултати от анкетата заслужават специално внимание в управленски аспект. Очевидна е нуждата от едно по-обстойно проучване на пропуските в организацията и управлението на общата лекарска практика в България, тъй като тези проблеми продължават да са извън вниманието както на практическите здравни мениджъри у нас, така и на изследователите в областта на здравния мениджмънт. По наше мнение именно организацията и управлението на дейността на ОПЛ е един от най-

слабо изучената тема у нас (с изключение на дисертацията на Р. Златанова).



4.11. Препоръки на пациентите

В практико-приложен аспект в анкетата бе включен въпрос за препоръки на пациентите към бъдещата работа на ОПЛ.

Табл.27. Препоръки за подобряване дейността на ОПЛ

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

Забележка: Броят на отговорите е по-голям от броя на анкетираните, поради възможността за даване на повече от една препоръка

Данните от таблица 27 показват най-честите препоръки, които анкетираните пациенти дават към своите лични лекари за подобряване на бъдещата им дейност.

Ранговото подреждане на тези препоръки показва, че на първите пет места по честота се нареждат следните препоръки:

1. Да няма ограничения за пращане при специалист,
2. Гарантирани домашни посещения при нужда
3. По-добри отношения „лекар-пациент”
4. Предварително записване на час за преглед
5. По-добра организация на приема и прегледа на пациенти

Вижда се, че тези препоръки засягат главно организацията на дейността на личния лекар. Личи също, че ранговото подреждане на тези препоръки в значителна степен съвпадат с причините за неудовлетвореност на пациентите, представени в глава 4.10 (стр.102).

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

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

Впечатляваща е препоръката „*Заплащането на лекаря да зависи и от мнението на пациентите за него*”. Колкото и спорен да е този въпрос, той заслужава в бъдеще специално да се анализира в управленски аспект. Това

е важно при настоящата ситуация като се знае, че понастоящем заплащането на ОПЛ е на **капитационен принцип**, без връзка с обема и качеството на неговия труд, а също и без оглед мнението на пациента, който е клиент и консуматор на услуги (в случая здравни) от един ЕТ (едноличен търговец – в случая ОПЛ).

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

Очевидно пациентите изпитват нужда от повече грижи и активно отношение от страна на ОПЛ, но те се чувстват не само като пасивен обект на въздействие и желаят подобряване на взаимодействието си със своя личен лекар в по-общ план, включително и в подобряване организацията, регулирането и контрола на неговата дейност.

Дадените препоръки могат да бъдат полезни в две насоки:

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

5. Обобщение

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

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

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

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

Ефективната организация и управление на дейността във всеки сектор на здравната система изисква динамичен мониторинг, анализ и оценка на комплексна информация.

Освен рутинната статистическа информация първичната медицинска помощ все по-голяма става необходимостта от медико-социологическа информация в различни аспекти, която да представи дейността на ОПЛ през погледа на неговите пациенти: взаимоотношения „лекар-пациент”, мотиви на пациента за смяна на ОПЛ, очаквания и степен на удовлетвореност, процесите на комуникация и сътрудничество между лекаря и пациента и др.

Този подход е в съзвучие с глобалната тенденция и концепцията за **„здравно обслужване, фокусирано към пациента“**. Според един от водещите автори на тази концепция М. Stewart именно пациентът трябва да бъде „съдия“ на здравното обслужване, съответно неговото мнение и удовлетвореност да бъдат критерий за оценка на здравната дейност (172).

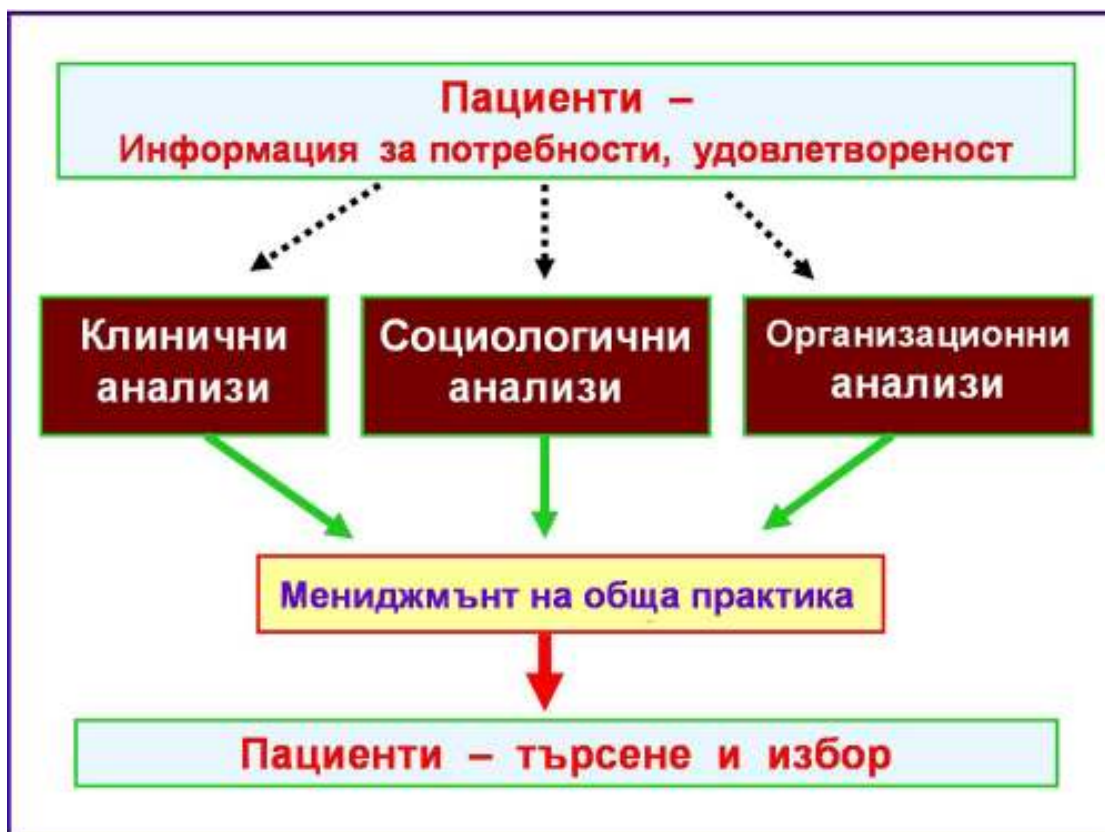
Както показва представеният по-горе анализ подобна системна социологическа информация досега бе подценявана, което по един или друг начин влошава мениджмънта на общата медицинска практика и снижава ефективността на цялостната дейност на ОПЛ.

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

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

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

Фиг.26. Методологичен подход за изграждане на цялостен ефективен мениджмънт на общата медицинска практика



Социологическите анализи на мнението и удовлетвореността на пациентите могат и трябва да бъдат полезно и необходимо допълнение към клиничните и организационните анализи с оглед изграждането на **цялостен ефективен мениджмънт** на общата медицинска практика (фиг.26). Това е важно поради комплексните функции и дейности, които реализира ежедневно всеки ОПЛ и които включват освен чисто клинични аспекти и редица други организационни, социални, психологични, педагогически (здравно-възпитателни), етични и други аспекти.

Съществен елемент на този цялостен ефективен мениджмънт ще бъде добре обоснованият конкретен маркетингов план, който е особено необходим за по-добро прогнозиране и управление на ежедневната дейност на ОПЛ (фиг.27). Следва да отбележим, че **маркетинговият подход**, който в общи линии навлезе през последните години в

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

Фиг.27. Подход за конкретен маркетингов план на ОПЛ



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



5. Заключение – изводи и препоръки

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

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

Според водещи български експерти в хода на здравната реформа на практика липсваше ефективен публичен дебат. Неоправдано бе подценена ролята на общественото мнение и в частност удовлетвореността на пациентите от процесите на промяна в здравеопазването. Мнението на пациентите не е станало критерий за оценка на дейността лечебните заведения и в частност на общата медицинска практика. Очевидна е необходимостта от социологическа информация, която чрез системен мониторинг на общественото мнение, позволява да се регулират процесите на промяна в здравеопазването в съзвучие с обществените нагласи, очаквания, удовлетвореност и оценки.

Изводи

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

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

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

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

5. Според мнението на пациентите обемът на профилактичната дейност на ОПЛ е крайно ограничен. Здравно-просветната дейност е минимална или почти липсваща. Съотношението на броя на пациентите със и без профилактични прегледи е с неблагоприятни стойности. Общо 73,5% имат, а 26,5% нямат профилактични прегледи, като за София този процент е по-висок (30,3%) от областните градове (22,5%). Тези данни корелират с много ниския процент на домашни посещения от ОПЛ (при 23,9% от анкетираните), както и със слабото познаване на конкретните

семеино-битови условия на техните пациенти – според 53% от анкетираните ОПЛ не познава техните семеино-битови условия. Тези два показателя са по-благоприятни в областните градове в сравнение в София. Следователно дейността на ОПЛ е изключително кабинетна, което стеснява неговите промотивна и профилактична роля на истински пълноценен личен лекар.

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

7. Нерегулираните и редки домашни посещения на пациентите са нерешен проблем в общата лекарска практика. Само 45,9% от анкетираните не са имали отказ за домашни посещения, а повече от половината (54,1%) са имали такива откази за посещение. Процентът на отказите е по-висок в София в сравнение с областните градове. Тези данни показват, че по една или друга причина ОПЛ все още не е бил в състояние да изпълни широкият спектър от възлагани му функции на интегратор и координатор на здравното обслужване на своите пациенти, поради което не е бил техен личен лекар по същество.

8. Организацията на ежедневната дейност на ОПЛ е оценена като добра в 47,9%, а лоша в 52,1%. Като водещи организационни слабости са посочени дългото чакане пред кабинет, липса на определен час за преглед чрез предварително записване, малко време за преглед, недостатъчна комуникация и внимание към пациента. Тези организационни слабости са с по-висока честота в София спрямо областните градове, с изключение на дългото чакане за преглед.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17. Дадените препоръки показват, че пациентите изпитват нужда да бъдат не само като пасивен обект на въздействие от страна на лекаря и желаят подобряване на взаимодействието си с него в по-общ план, включително и в подобряване организацията, регулирането и контрола на неговата дейност.

18. Обобщаващият анализ на представените данни показва, че водеща тенденция в оценките на пациентите е незадоволителната роля на ОПЛ като интегратор и координатор на цялостното здравно обслужване на пациентите, дейността му е предимно спонтанна и нерегулирана, поради

което той все още не успява да реализира своята най-важна мисия – да бъде приоритетна фигура и истински личен лекар на своите пациенти.

Препоръки

- Като концепция и стратегия на СЗО първичната медицинска помощ има много широк обхват, не се свежда само до чисто клинично-диагностични и клинично-терапевтични дейности. В този смисъл приоритетната роля и място на общата медицинска практика в здравната система изискват решаването на комплекс от проблеми в доста широк функционален спектър: диагностично-лечебни проблеми, превантивно-промотивни, организационно-управленски проблеми, координационно-комуникационни, социално-медицински, етични и психологични проблеми.

- В тази насока е наложителен нов стратегически и оперативен мениджмънт на общата медицинска практика с особен акцент върху екипния подход в дейността (организиране на групови практики), върху бюджета на времето за кабинетна дейност, за домашни посещения, за лечебна, профилактична и за здравно-възпитателна дейност. Неотложна потребност е също да се внедри регулиран прием на пациентите чрез предварително определяне на час за посещение на лекарския кабинет.

- Нужни са спешни мерки от РЗИ съвместно с областните и общинските власти за съществено повишаване броя на груповите практики за първична медицинска помощ. В тази насока трябва да се създадат условия от социално-икономически, организационен и битов характер за мотивиране на лекарите за заемане на тези практики.

- Поради високата честота на случаен избор на ОПЛ в условия на предварителна неинформираност за неговите професионални качества необходимо е да се въведе механизъм за пълноценно и широко информиране на населението относно професионалната биография и качества на ОПЛ.

- В духа на направените препоръки от пациентите са необходими някои нормативни промени и организационни стандарти в областта на общата медицинска практика с оглед стимулиране на по-целенасочена професионална мотивация на ОПЛ, ориентирана по-конкретно към пациента. Освен функцията му на изпълнител на медицинска помощ трябва ясно да бъдат регламентирани функциите и отговорностите на ОПЛ като мениджър на собствената му обща медицинска практика.

- В съществуващите Правила за добра медицинска практика задължително трябва да се включат организационните въпроси в дейността на ОПЛ, които имат решаващо значение за неговата ефективност.

- Необходимо е, в съответствие с практиката в напредналите европейски страни, в обучението на студентите-медици и на лекарите специализанти да се въведат задължителни учебни модули за комуникационни умения.

- Целесъобразно е периодично извършване на SWOT-анализ на всяка амбулатория за първична медицинска помощ, в който като задължителен оценъчен елемент да се включи емпирична информация за мнението на пациентите (относно силни и слаби страни, бъдещи възможности и рискове).

- Нужно е съвместно МЗ и НЗОК да въведат система от регулярен публичен дебат специално насочен към нерешените проблеми на общата медицинска практика с оглед по-ефективна организация, регулиране и контрол на тази приоритетна дейност здравната система. В тази насока, независимо, че ОПЛ е самостоятелна институция с регистрация и статус на ЕТ (едноличен търговец), ефективността на неговата дейност следва да бъде обект на държавен и публичен контрол.

- Необходимо е неправителствените пациентски организации да обърнат поглед към подценяваната от тях проблематика на общата медицинска практика. Анализът на нагласите, мнението и препоръките на

пациентите трябва да даде по-широки измерения и по-конкретни насоки за дейността на пациентските организации, които да станат **полезен коректив** в дейността на ОПЛ, а в по-генерален аспект и на извършващите се в бъдеще организационни промени в здравеопазването като критерий на либерализиращата се здравна система.

- Необходимостта от динамичен мониторинг и анализ на дейността на ОПЛ изисква освен рутинната статистическа информация да се осигурява и системна социологическа информация в различни аспекти, която да представи дейността на ОПЛ през погледа на неговите пациенти: взаимоотношения „лекар-пациент”, мотиви на пациента за смяна на ОПЛ, очаквания и степен на удовлетвореност, процесите на комуникация и сътрудничество между лекаря и пациента и др.

- Социологическите анализи на мнението и удовлетвореността на пациентите могат да бъдат полезно и необходимо допълнение към клиничните и организационните анализи с оглед изграждането на **цялостен ефективен мениджмънт** на общата медицинска практика. Съществен елемент на този цялостен ефективен мениджмънт ще бъде добре обоснованият конкретен маркетингов план за дейността на ОПЛ.



Въпросник

(Мнение на пациентите за техния личен лекар)

Анкетата е анонимна!

Разчитаме на Вашата отзивчивост. Целта на анкетата е да се подобри здравното обслужване.

1. Пол Мъж / Жена

2. Възраст години

3. Образование

1. Основно 2. Средно 3. Висше

4. Вашата трудова заетост - в момента Вие сте:

1. На работа в публичния сектор
2. На работа в частния сектор - (осигурен / неосигурен)
3. Безработен
4. Пенсионер

5. От колко време сте в списъка на сегашния ви личен лекар:

1. От началото на здравната реформа (12 години)
2. От повече от една година
3. От по-малко от една година

6. Сменяли ли сте досега личния си лекар:

1. Не
2. Да – един път
3. Да – два пъти
4. Да – три и повече пъти

7. Причини за смяна на личния си лекар (може повече от един отговор):

1. Смяна в местоживеенето – моето или на лекаря
3. Проблеми за получаване на направления към специалист
4. Дълго чакане пред кабинета за преглед
5. Некачествено лечение
6. Недостатъчно внимание към здравните ми проблеми, нежелание да разговаря и да ми обяснява проблемите
8. Невъзможно откриване на лекаря по телефона при нужда
9. Отказ за домашни посещения при нужда
10. Невъзможност да си запишвам предварителен час за преглед
11. Други причини, например, слаба организация на работата на лекаря, липса на медицинска сестра, чести отсъствия от кабинета и други (посочете ги)

.....
.....

8. Спомнете си как избрахте сегашния си личен лекар:

1. Самостоятелно
2. По съвет на членове на моето семейство
3. По съвет на познати и приятели, записани при този лекар
4. Случайно, просто за да сменя предишния ми личен лекар (от който бях недоволен)

9. Срегнахте ли някакви трудности при избора на личен лекар:

1. Не
2. Да (какви)

10. Имаште ли следните очаквания от вашия личен лекар и дали са се оправдали или не тези очаквания (Отбележете с кръстче верния отговор)

Очаквания	Предварително очакване	Оправдало се очакване
▪ Високо качество на здравно обслужване		
▪ Достатъчно време за преглед		
▪ Достатъчно време за разговор и обяснения		
▪ Предварително записване на час за преглед		
▪ Минимална загуба на време за чакане		
▪ Домашни посещения при нужда		
▪ Вниманиe, отзивчивост и ангажираност към личните ми здравни проблеми		
▪ Високо взаимно доверие лекар-пациент		
▪ Достъпен телефонен контакт с лекаря		
▪ Периодично слушане на здравни беседи		
▪ Безпроблемно насочване към специалист		
▪ Други		

11. Имаште реална възможност да изберете обосновано и достатъчно информирано личен лекар, съответстващ на вашите изисквания:

1. Имах реална възможност
2. По-скоро имаш възможност
3. По-скоро няма възможност
4. Нямах възможност

12. Доколко бяхте информиран за квалификацията и професионалните качества на своя личен лекар преди да го изберете:

1. Познавах ги
2. По-скоро ги познавах
3. По-скоро не ги познавах
4. Не ги познавах

13. В момента доколко ви е позната квалификацията и професионалните качества на вашия личен лекар:

1. Достатъчно
2. Отчасти
3. Не

14. Ако сте сменяли своя личен лекар, по-доволен ли сте от сегашния си личен лекар в сравнение с предишния:

1. По-доволен
2. Еднакво доволен
3. По-недоволен

15. Имате ли намерение да смените настоящия си личен лекар:

1. Не
2. Колебая се
3. Да

16. В какви интервали от време според вас трябва да става смяната на личния лекар:

1. На 1 година
2. На 6 месеца
3. На 1 месец
4. Във всеки момент, когато пожелае пациентът

17. Каква оценка давате на организацията на дейността на вашия личен лекар по време на работния му график:

1. Добра
2. По-скоро добра
3. По-скоро лоша
4. Лоша

18. Има ли медицинска сестра вашият личен лекар:

1. Да с редовно присъствие при него
2. Да, с нередовно присъствие
3. Не

19. Кое според вас е слабото място в организацията на дейността на лекаря:

1. Неспазване на работния график
2. Няма установен добър ред за приема на пациентите
3. Дълго чакане за преглед
4. Няма определен час за преглед (чрез предварително записване)
5. Малко време за преглед
6. Недостатъчен разговор и внимание към оплакванията на пациента
7. Лоша хигиена и обстановка в кабинета
8. Други

20. Според Вас каква е професионалната квалификация на Вашия личен лекар:

1. Висока
2. По-скоро висока
2. По-скоро ниска
4. Ниска

21. Известно ли ви е дали Вашият личен лекар има призната специалност и каква е тя:

1. Не ми е известно
2. Да, има специалност по

22. Отзивчив ли е личният лекар към здравните ви проблеми:

1. Проявява
2. По-скоро проявява
3. По-скоро не проявява
4. Не проявява

23. Имате ли достъп и възможност да се свържете по телефона с личния си лекар извън редовния му график (за консултация по телефона, за записване за преглед и т.н.):

1. Винаги се свързвам
2. Рядко се свързвам
3. Много рядко се свързвам
4. Никога не се свързвам
5. Не съм го търсил по телефона

- 24. Каква степен на доверие имате за реалното качество на медицинската помощ, която ви оказва личния лекар:**
1. Високо
 2. Средно
 3. Ниско
 4. Нямам доверие
- 25. Колко пъти се посетили кабинета на личния си лекар през последната година (освен настоящето посещение):**
1. Нито един път
 2. Един път
 3. Два и повече пъти
- 26. Колко пъти досега Ви е посетил в дома личният лекар по ваше искане:**
1. Нито един път
 2. Един път
 3. Два и повече пъти
- 27. Колко пъти досега Ви е посетил в дома личният лекар по негова инициатива:**
1. Нито един път
 2. Един път
 3. Два и повече пъти
- 28. Отказвал ли ви е лекарят домашно посещение при ваше повикване :**
1. Нито един път
 2. Един път
 3. Два и повече пъти
- 29. По време на посещение (преглед) при Вашия личен лекар има ли случаи, когато чувствате, че сте му в тежест и той бърза да се освободи от вас:**
1. Много често
 2. Често
 3. Рядко
 4. Никога
- 30. Колко профилактични прегледи сте имали при личния лекар изобщо и през последната година:**
Брой профилактични прегледи: Общо През последната година
- 31. Ако в дейността на личния лекар се случват някои грешки и пропуски на какво се дължат те преди всичко? Моля, дайте Вашата оценка в степени от 1 до 5 (1 – най-слабо проявена причина, 5 – най-силно проявена причина):**
1. На преумора на лекаря - 1 2 3 4 5
 2. На недостатъчна квалификация - 1 3 3 4 5
 3. На недостатъчно внимание към пациента - 1 2 3 4 5
 4. На недобра организация на труда на лекаря - 1 2 3 4 5
- 32. Решаването на здравните ви проблеми понякога налага да информирате личния лекар по лични, интимни и семейни въпроси. Доколко сте склонен са споделяте с него въпроси от подобно естество:**
1. Бих се доверил напълно
 2. Бих се доверил в значителна степен
 3. Бих се доверил в малка степен
 4. Не бих се доверил

33. Преценете каква част от Вашите здравни проблеми може да реши семейният ви лекар самостоятелно, без участие на друг лекар (обобщена лична оценка):

1. Почти всички мои здравни проблеми
2. По-голяма част от здравните ми проблеми
3. По-малка част от здравните ми проблеми
4. Минимална част от здравните ми проблеми
5. Не може да ги реши

34. Когато имате някакъв здравен проблем към кого преди всичко предпочитате да се обърнете за помощ:

1. Към познат или близък лекар
2. Към тесен специалист
3. Към личния си лекар

35. По ваша преценка в каква личният ви лекар познава вашето цялостно здравно състояние:

1. В значителна степен
2. Средно
3. В малка степен
4. Не го познава

36. Доколко личният лекар познава семейно-битовите ви условия:

1. В значителна степен
2. Средно
3. В малка степен
4. Не го познава

37. Как оценявате качеството на медицинската помощ от личния ви лекар:

1. Много високо
2. Високо
3. Средно
4. Ниско

38. Имали ли сте конфликтни ситуации с Вашия личен лекар:

1. Да, често
2. Да, но не често
3. Да, но доста рядко
4. Не

39. Според вас в случай на конфликтни случаи у кого е главната причина:

1. Само в пациента
2. Предимно в пациента
3. Предимно в лекаря
4. Само в лекаря
5. В недобра организация на лекарската дейност

40. Когато личният лекар ви дава направление за тесен специалист по чия инициатива става това:

1. На самия лекар а самия семеен лекар
2. По негова инициатива, но по мое настояване
3. Изцяло по мое настояване
4. По мое настояване с известна съпротива на лекаря

41. Считате ли, че личният лекар ще бъде по-отзивчив към Вас, ако директно му заплащате прегледа:

1. Да
2. Може би
4. Не

42. Случвало ли се е да заплащате за домашно посещение на лекаря:

1. Винаги
2. Често
3. Рядко
4. Никога

43. Личният ви лекар официално е регистриран като едноличен търговец (ЕТ). Считате ли, че това е удачно:

1. Да
2. Не
3. Нямам мнение

44. Когато ви се налага лечение личният лекар информира ли ви достатъчно и ясно относно диагнозата, режима на лечение, очаквани резултати и рискове на лечението:

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

45. Преди да ви окаже някакъв вид медицинска помощ лекарят иска ли вашето мнение и съгласие:

1. Да, винаги
2. Често
3. Рядко
4. Никога

46. Преценете обобщено доколко сте удовлетворен от вашия личен лекар:

1. Високо удовлетворен
2. Средно удовлетворен
3. Ниско удовлетворен
4. Изобщо не съм удовлетворен

47. От какво сте най-доволен или най-недоволен в работата на вашия личен лекар (свободен отговор):

Най-доволен съм от следното:	Най-недоволен съм от следното:

48. Какви препоръки имате за подобряване дейността на вашия личен лекар (възможни са до три отговора):

1. Подобряване организацията на приема и прегледа на пациенти
2. Възможности за предварително записване на час за преглед
3. Гарантирано домашно обслужване при нужда

4. По-добри отношения „лекар-пациент”
5. Спазване правата на пациента
6. По-добра комуникация с пациента и даване на информация за неговите здравни проблеми
7. Периодични здравни беседи на пациенти
8. По-добра квалификация на личните лекари
9. Да няма ограничения за прашане при специалист
10. Възможности за консултация по телефон
11. Заплащането на лекаря да зависи и от мнението на пациентите за него
12. Премахване на потребителската такса
13. Задължително участие на медицинска сестра в работата на лекаря
14. Да има групови лекарски практики с възможности за сътрудничество и взаимни консултации между лекарите
15. Други

Дата

Благодарим за отзивчивостта!

Допълнителна експресна анкета
на пациенти, посетили кабинета на личен лекар
през последната седмица

Анкетата е анонимна!

1. Бяхте ли записали предварително час за последното си посещение при лекаря?

- 1. Да
- 2. Не

2. По какъв повод посетихте кабинета на лекаря:

- 1. Остро заболяване
- 2. Хронично заболяване
- 3. За профилактичен преглед или имунизация
- 4. За изписване на лекарства
- 5. За документ
- 6. За консултация по личен здравен проблем
- 7. Други

3. Колко време чакахте преди да влезете при лекаря:

- 1. До 30 минути
- 2. от 30 минути до 1 час
- 3. От 1 час до 2 часа
- 4. Повече от два часа.

4. Колко време престояхте в кабинета на лекаря:

- 1. По-малко от пет минути
- 2. Повече от пет минути

7. Решен ли бе проблемът ви, поради който посетихте кабинета на лекаря:

- 1. Да
- 2. Отчасти
- 3. Не

8. Получихте ли направление за специалист: 1. Да 2. Не

9. Бихте ли препоръчали Вашият сегашен личен лекар на свои познати или приятели:

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

Дата

Благодарим за отзивчивостта!

5. Литература

1. Абрашева, М. Общественото мнение за здравеопазването: високо и трайно недоверие към лекари и рецепти ”на парче”. В: Етиката в българското здравеопазване, съставители Е. Маринова, С. Попова, 2007, 47-51.
2. Авджиева, Цв. Резултати от свободния избор на лекар (отношение на населението към лекарите). Програма ФАР, дипломен курс по здравен мениджмънт, дипломна работа, 1997, 42 с.
3. Александрова, Ек. Здравното осигуряване в Германия и България. Дисертация, 2012.
4. Асенова, Р. Промоционалната дейност на общопрактикуващите лекари. – Обща медицина, 2007, 2.
5. Атанасова, Д. Гражданско участие във вземането на решения, свързани със здравеопазването. – Социална медицина, 2006, 3, 18-22.
6. Андреева, Сн. Социалният конфликт в здравеопазването. - Контакти, издание на Национална агенция за стратегически изследвания, 1998, 5, 48-52.
7. Балинт М. Лекарят, неговият пациент и болестта. Фондация Невронауки и поведение. София, 1997
8. Балканска, П. Психологически подходи в здравния мениджмънт. Булвест, 1009, 172.
9. Балашкова М., Белчев Бл., Горанов М. Валентинова Цв. Стресогенни фактори в съвременното общество. Сборник научни доклади: Първа национална трипартийна конференция на българското общество за изучаване и борба със стреса. КНСБ, София 2003, стр.383-387
10. М. Балашкова, Цв. Валентинова. Общуването лекар-пациент в общата практика. Сборник доклади от юбилейна научна

конференция с международно участие “Здравеопазването през 21 век”. 30.09-2.10.2010, том2, стр.539-542

- 11.Балашкова М., Цв. Валентинова. Пациент-центрираната комуникация – реалност или предизвикателство за Общопрактикуващите лекари. Scripta Scientifica medica, 2011, vol 43(7), P 169-171
- 12.Балашкова, М. Новото във взаимоотношенията лекар – пациент. Практическа педиатрия, 2000, 4, 12-14.
- 13.Балашкова, М., Г. Горанов. Значимост на комуникативните умения в реализиране здравната грижа за пациента. Една година здравноосигурителна система в Република България – перспективи и предизвикателства, Ст. Загора, 2002, Сб. научни доклади, 19-20.
- 14.Балашкова, М., М. Горанов. Обучение в комуникативни умения на студентите медици – перспективи и предизвикателства. Ст. Загора, 2002, Сб. научни доклади от Юбилейна научна конференция на Медицински факултет към тракийски Университет Ст. Загора, 2002, 2, 254-258.
- 15.Балашкова, М. Обучение в общуване на студентите медици. Обща медицина, 2003, 5, 1, 3-5.
- 16.Балашкова, М., Бл. Бечев, М. Горанов, Цв.Валентинова. Стресогенни фактори в съвременното общество. Сб. научни доклади от Първа Национална конференция за изучаване и борба със стреса, Пловдив, 12-13 септември, 2003, 383-387.
- 17.Борисов, В., Воденичаров, Ц. Реалности на здравната реформа. София, 2000, 50 с.
- 18.Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. С., 2006, 320 с.
- 19.Борисов, В. Синтетична социална медицина. С., 2004, 130 с.

- 20.Борисов, В. Здравната реформа на кръстопът – хаос или мениджмънт. 2008, 140 с.
- 21.Воденичаров, Ц. Съвременната здравна политика е здравната политика базирана на доказателства. - сп. Здравна политика и мениджмънт, 2009, 4, 3- 8
- 22.Воденичаров, Ц. В. Борисов, Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. – Здравен мениджмънт, 2005, 2, 5-15.
- 23.Воденичаров, Ц. И др. Мцинса етика. С., 1996, с. 221.
- 24.Воденичаров, Ц. Нови акценти в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2001,1, 2-3.
- 25.Борисова, Б., Р. Златанова. Мнението на пациентите като критерий за здравното обслужване. - В: «Иновации в общественото здраве – проблеми и предизвикателства», 2011.
- 26.Борисова, Б., Р. Златанова. Необходимост от мениджмънт на времето в общата лекарска практика. – сп. Медицински мениджмънт и здравна политика, 2012, 1, 2-6.
- 27.Борисова, Б. Мотивация на пациентите за свободен избор на ОПЛ и неговата смяна. – Медицински меридиани, 2013, 1, 53-58.
- 28.Валентинова, Ц., М. Горанов, М. Балашкова. Специализацията по обща медицина – перспективи и предизвикателства. - Здравна политика и мениджмънт, 2009, 4, 43-45.
- 29.Валентинова Ц., М. Горанов. Работата в екип - гаранция за качество в общата медицинска практика. Обща медицина. бр.4, 2002, стр. 3-5
- 30.Валентинова Ц., М. Горанов. Оценката на работата на основните екипи според общопрактикуващите лекари. Сборник научни доклади: Юбилейна научна сесия. Стара Загора, 18-20.10.2002, стр.259-263

- 31.Валентинова Ц., М. Горанов. Общопрактикуващият лекар и оценката на неговите пациенти. Сп. Обща медицина, бр.2, 2003,стр. 3-5
- 32.Валентинова Ц. Взаимоотношения между общопрактикуващите лекари и специалистите, работещи в извънболничната медицинска помощ - мнения и препоръки. Сп. Социална медицина, бр. 2, 2003, стр. 17-18
- 33.Валентинова, Цв. Работата на основните екипи в общата практика през погледа на участващите в тях медицински сестри, фелдшери и акушерки. Сп. Социална медицина, бр.3, 2003, стр.40-41
- 34.Валентинова, Цв. Взаимодействие на общопрактикуващите лекари със социалните служби. Сп. Социална медицина, бр. 2, 2004, стр.23-24
- 35.Валентинова Цв. Размер и състав на основните екипи, работещи в практиките за ПЗП. Сп. Здравен мениджмънт, бр. 4, 2004, стр. 44-46
- 36.Валентинова Цв. За ползата от клиничните алгоритми в Първичната здравна помощ. Сп. Обща медицина, бр. 3, 2004, стр.3-5
- 37.Валентинова Цв. Взаимодействие между общопрактикуващите лекари и другите медицински специалисти от здравната система. Сп. Медицински преглед - Медицински мениджмънт и здравна политика, бр.4, 2004, стр. 3-9
- 38.Валентинова Цв. Взаимодействие между общопрактикуващите лекари и училищните медицински сестри. Сп. Медицински преглед - Медицински мениджмънт и здравна политика, бр.1, 2005, стр. 3-7
- 39.Валентинова Цв., М. Горанов, М. Балашкова и С. Велинова. Оценка на следдипломното обучение на общопрактикуващите лекари в Модул1: Основи на общата медицина. Сп. Обща медицина, бр. 1, 2005, стр. 3-5

- 40.Валентинова Цв. Работата на основните екипи в общата практика през погледа на участващите в тях медицински сестри, фелдшери и акушерки. Сп. Социална медицина, бр.1-2, 2005, стр.34-36
- 41.Валентинова Цв. Мениджмънт на екипната дейност в първичната здравна помощ. Сп Здравен мениджмънт, бр. 6, 2005, стр. 6-9
- 42.Валентинова Цв. Показатели за развитие на екипите от първичната здравна помощ. Сп. Обща медицина, бр.1,2006, стр. 3-7
- 43.Валентинова Цв. Работа в екип в Първичната здравна помощ – поведение и роли на екипните членове. Сп. Обща медицина. 2006г.бр.4, стр.3-4
- 44.Валентинова, Цв., М. Горанов, М. Балашкова. Стиливе за решаване на конфликти в екипите от първичната здравна помощ. Сборник доклади от юбилейна научна конференция “Дни на общественото здраве”. 5-7 октомври 2006 г.стр.202-205.
- 45.Валентинова Цв. Конфликти в общата медицинска практика и подходи за разрешаването им. Учебник „Обща медицина – избрани теми” томI, под редакцията на Л. Деспотова-Толева, изд. МУ-Пловдив, 2009, стр.159-166, ISBN: 978-954-9806-89-2
- 46.Веков, Т. Удовлетвореност на пациенти и лекари от здравната реформа и препоръки за нейното управление. – Медицински мениджмънт и здравна политика, 2009, 2.
- 47.Горанов, М., М. Балашкова, С.Велинова, В. Михайлов, П. Николова, Г. Георгиев, Основи на общата медицина, Университетско издателство, Плевен, 2001.
- 48.Горанов, М., Цв. Валентинова, М. Балашкова, В. Недкова. Главни насоки и иновации за осъвременяване на обучението по дисциплината “Обща медицина”. Сборник доклади от юбилейна научна конференция “Дни на общественото здраве” 5-7 октомври 2006 г.стр.188-192

- 49.Димитрова, Д. Достъп на населението в първичната медицинска помощ. Дисертация, Пловдив, 2009, 241 с.
- 50.Гладилов, Ст., Ц. Петрова. Ролята на обществеността в здравеопазването. В: Международна юбилейна 19конференция „Здравеопазването – предизвикателства на промяната”. Сборник доклади, Варна, 2003,, с. 55-57.
- 51.Глутникова, Зл. Първична медицинска помощ. В: Ново обществено здравеопазване, под ред. На В.Борисов, Зл.Глутникова и Ц. Воденичаров, С., 1998, т.І.
- 52.Горанов, М. Доболнични грижи, а не само епизодична „помощ”. - health.bg/.../doc-d-r-mitko-goranov-dobolnichni-g.
- 53.Делчева, Е. и сътр. Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера. София : Научно изследване на УНСС, 2000.
- 54.Димова, А., Попов, М., Рохова, М., Здравната реформа в България – Анализ, 2007, 341 с.
- 55.Еленски, К. Същност и съдържание на понятието „консултация” в общата медицинска практика. (2011) - www.nsoplb.org/obshta-medicina?page=2
- 56.Ефтимова, А. Социалните роли лекар-пациент (социолингвистичен и социокултурен анализ). – Специализиран портал litenet.bg/publish9/aeftimova/socialnite.htm
- 57.Златанова, Т., Р. Златанова-Великова. Оценка на комуни-кационните умения на ОПЛ. - Сп. Медицински меридиани, 2012, 1-2, 48-52.
- 58.Златанова, Р. Организационни проблеми в дейността на общопрактикуващите лекари. Дисертация, 2006.
- 59.Златанова, Р., Т. Златанова, В. Петков. Анализ на правата на пациента. – Здравен мениджмънт, 2005, 6, 10-14.

- 60.Златанова-Великова, Р., Т. Златанова. ПАРАДОКСИТЕ В БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – ЗАДЪЛЖИТЕЛНИТЕ ПРОФИЛАКТИЧНИ ПРЕГЛЕДИ НА ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ. – Обща медицина, 2010, 2.
- 61.Здравната политика в Европейския съюз – поглед отблизо.- www.europe.bg/htmls/page.php?id
- 62.Изследване „Отношения между лекари и пациенти”. В: rummarinova.blogspot.com/2010/11/60.html
- 63.Илиева-Балтова, П., Предоева, А. Съотношението вербални/невербални компоненти в комуникацията лекар-пациент. - Съпоставително езикознание, 1997, № 4, с. 84-95.
- 64.Кой осигурява денонощен достъп до медицинска помощ. www.mh.government.bg/ForThePacient.aspx?...
- 65.Качество на общата медицинска помощ. www.nsoplб.com/uploads/article_documents/quality_gp1.pdf
- 66.Лилов, Ем. Създаване, функциониране и изводи от работата на обществен съвет за подпомагане на здравеопазването по време на криза. Програма ФР, дипломна работа, 1997, 35 с.
- 67.Маринова, П. Конфликти в здравеопазването. 2002, 90 с.
- 68.НАРЕДБА № 40 ОТ 24 НОЕМВРИ 2004 Г. ЗА ОСНОВНИЯ ПАКЕТ ОТ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, ГАРАНТИРАН ОТ БЮДЖЕТА НА НЗОК. В сила от 01.01.2005 г.
- 69.НАРЕДБА № 41 ОТ 21 ДЕКЕМВРИ 2005 Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА "МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТИ ПО ОБЩА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА" – МЗ, Обн. ДВ. бр.1 от 3 Януари 2006г.
- 70.НЦОЗА. ГОДИШЕН ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ ЗА 2011 Г.
- 71.Недков, Вл. Имам ли си личен лекар? За смисъла на активната връзка между лекар и пациент. - www.bb-team.org/articles/2908_imam-li-si-lichen-lekar#ixzz2Gvm33gv3

72. Проучване на общественото мнение за здравната реформа, Алфа Рисърч, София, 2002.
73. Неформални плащания в системата на здравеопазването. Доклад на Институт Отворено Общество, 2008.
74. Изследване на общественото мнение за хода на здравната реформа, Галъп интернешънъл, 2007.
75. Маслоу, А. Мотивация и личност. Кибеа, 2001, 460 с.
76. Основи на общата медицинска практика. Под ред. на Ел. Шипковенска и Дж. Джолис. Програма ФАР, 1998.
77. Общата медицинска практика – препятствия, предизвикателства. www.nsoplb.org/uploads/article.../general_practice_2005.pdf
78. Пампоров, Ал. Основни нарушения на правата на пациентите – социологическа перспектива. В: Правни стандарти и способности за административна и съдебна защита на правата на ползвателите на здравни услуги. Институт Отворено общество, доклад. 2011.
79. Парашкевова Б., Ю. Маринова, Г. Чамова, Св. Димитрова, Г. Петрова, Продължителността на грижата в съвременната обща медицинска практика: рамка за измерване и възможности за приложение, Scripta Scientifica Medica, Varna, vol.43 (7), 2011: 165-168.
80. Парашкевова, Б. и др. Съобщаване на лоши новини в работата на ОПЛ. – Медицински меридиани, 2013, 1, 35-39.
81. Попова С. Социално-етични измерения на здравния мениджмънт, 2004, с. 140.
82. Попова, С. Личност и здраве. С., 1993, с. 168.
83. Пасхалидис К. Обществено мнение като фактор на здравната реформа, Дисертация, 2003, 143 с..
84. Пасхалидис, К. Здравна реформа и общественостно мнение. 2008, 100 с.

- 85.Петева, Ир. ИНФОРМАЦИОННИ АСПЕКТИ НА ВРЪЗКАТА “ДОСТЪПНОСТ-СИГУРНОСТ” НА ОБЩЕСТВЕНО-ЗНАЧИМА ИНФОРМАЦИЯ. - Годишник на секция “Информатика”, Съюз на учените в България, Том 1, 2008, 24-28.
- 86.Петков, В. Удовлетвореност от качеството на медицинската помощ след въвеждането на задължителното здравно осигуряване - Здравен мениджмънт, 4, 2004, № 4, 28-30.
- 87.Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов. Качество в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции. С., 2008, 270 с.
- 88.Петрова, Зл., В. Младенова. Удовлетвореността на пациента от медицинските услуги – компонент на качеството на здравното обсъждане. – Здравен мениджмънт, 2003, 3, 11-15. Петрова, Зл. Очаквания и реалности за качеството на болничната помощ през погледа на пациенти и лекари в условията на здравно осигуряване. В: Етиката в българското здравеопазване, съставители Е. Маринова и С. Попова. 2007, с. 175-195.
- 89.Петрова, Зл. Качеството – приоритет или псевдоприоритет на реформиращото се здравеопазване. – Здравен мениджмънт, 2007, 5, 7-15.
- 90.Петрова, Зл. Оценка на лекарите на системата „Клинична пътека”. – Здравен мениджмънт, 2006, 5, 18-23..
- 91.Права на пациента. Сравнително-правен анализ. Издава парламентарен център за европейско здраве. 2003.
- 92.Плотников, М.В.. Аспекты деструктивности в современных организационных культурах. - Общественные науки и современность, 2006, № 3, 132-148.
- 93.Попов, М., А. Димова. Качеството на първичната медицинска помощ: отражение в съзнанието на пациента. – Социална медицина, 2001, 1, 26-229.

94. Попов, М, Хр. Грива. Реформата на здравеопазната система пред общественото мнение. – Здравна икономика, 1999, 1, 66-79.
95. Попов, М., Б. Давидов. Осигуряване на подкрепата на общественото мнение за реформата на здравната система (активна комуникационна политика в здравеопазването). Фондация Отворено общество, 2000.
96. Правила за добра медицинска практика на общопрактикуващите лекари в Република България. Разработени от В. Маджова, Л. Киров, Ив. Попов и др. www.blsbg.com/index.php?option=com...view...
97. ПРОЕКТ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ ПО ОБЩА МЕДИЦИНА. [www.nsoplб.com/uploads/article.../standart om 2012 proekt.doc](http://www.nsoplб.com/uploads/article.../standart%20om%202012%20proekt.doc)
98. Раданов, Ст. Нарушения при обслужването на здравноосигурените лица - Здравен мениджмънт, 4, 2004, № 2, 50-54.
99. Сиджимова, Д. Връзки с обществеността в сферата на здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2008, 3, 95-99.
100. Спасов, Л., М. Дякова. Стратегии за намаляване неравенствата в здравеопазването – опитът на някои европейски страни. - Здравен мениджмънт, 2007, 2, 74-80.
101. Стамболова, В. Мениджмънт и етика в общата медицинска практика. 2008, 104 с.
102. Стамболова, И., Ст. Стамболов. Актуални проблеми в мениджмънта на общата практика (по мнение на ОПЛ). – Медицински меридиани, 2010, 2, 39-44.
103. Тончева, С. и др. Първична здравна помощ (наръчник). С., 2000, с. 132.
104. Узунова Ю. Към систематичната интерактивност с пациентите в маркетинговите комуникации на лечебните заведения. В сп. “Здравна икономика и мениджмънт” бр. 1/2005 г., стр. 3 – 10.
105. Цонов, П., Л. Бурилкова. За информираността на пациента. – Социална медицина, 1999, 4, 18-22.

106. Чамов, К., А. Кехайов. Технология за избор на приоритети в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2006, 6, 51-56.
107. Черкезова, Л., Трендафилов, Тр. Мнение на пациентите за критериите на медицинското обслужване. – Медицински работник, 1999, 4.
108. Хинков, Хр. Здравната реформа и правата на пациента. Информационен бюлетин на НЗОК, 35, 2000, 13-16.
109. Чешмеджиева, А. Натрапвани резултати и очаквания от провежданата реформа и налагащи се изводи за обективните резултати от внедряването ѝ. - Здравен мениджмънт, 8, 2008, № 5, 17- 21
110. Чобанова, В. ОПЛ за фамилната медицина и проблемите в практиката им. - www.nsoplб.com/.../opl-za-familnata-medicina
111. Шипковенска Е., Л.Касева, По въпроса за свободния избор на лекар, сб. Проблеми на социалната медицина, МА-ЦНИМЗ, том XVIII, С., 1989, с.18-22.
112. Шипковенска Е., П.Цонов, Ст.Христова. Здравната реформа от гледна точка интересите на пациента. - Социална медицина, 3, 1996, с.5-7.
113. Щерев Ат. Здравната реформа в България днес и утре – анализ на здравната реформа, 2005.
114. Щерев, А. Митове в българското здравеопазване. - Здравен мениджмънт, 2007, 2, 11-18.
115. Allen, L. et al. Developing a patient complain tracking system to improve performance. Jt Comm. J. Qual. Improv., 2000, 264, 216-26.
116. American Academy of Family Physicians (AAFP). AAFP Policy on Family Physicians in Emergency Medicine. <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/e/emergencymedicinefamilyphysiciansin.html>

117. American Academy of Family Physicians (AAFP). Critical Challenges for Family Medicine: Delivering Emergency Medical Care, Equipping Family Physicians for the 21st Century? [Position Paper]. <http://www>.
118. Aragon, S. et al. Patient satisfaction questionnaires equally acceptable to patients. – Evidence-based Healthcare, 8, 2004, № 3, 125-127.
119. Arian W. Obtaining the family history for common, multifactorial diseases by family physicians. A descriptive systematic review. - European Journal of General Practice Dec 2009, Vol. 15, No. 4: 231–242.
120. Barnes, M. Researching public participation. Local Government Studies, 25 (4), 1999, 60-75.
121. Bullock K, Rodney WM, Gerard T, Hahn R. “Advanced Practice”: family physicians as the foundation for rural emergency medicine services (Part I). Texas J Rur Health. 2000;17(1):19–29.
122. Bodenheimer, Th. et al. Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. - JAMA, 1999, 281, 2045-2049.
123. British Medical Association. Memorandum of Evidence to the Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration 2004. London: BMA; 2004.
124. British Medical Association. Health Policy and Economic Research Unit Cohort Study of 1995 Medical Graduates: 10th Report. London: BMA; 2005.
125. Calnan M., J. Coyle, S. Williams. Changing perceptions of general practitioner care. European Journal of Public Health 1994; 4; P 108-114
126. Roberts JH. The Feminisation of Medicine. BMJ Career Focus 2005; 330: 13-15.
127. Cohen-Cole, S (1991) The Medical Interview, The Three Function Approach, Mosby-Year Book Cohen-Cole S, Bird J. (2000) 2nd edition Mosby Inc.
128. Cooperation between patient and doctor ...www.kevinmd.com/.

129. Cueto, M. The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care. – American Journal of Public Health, volume 94, Issue 11
130. Davies P. The Non-principal Phenomenon: a threat to continuity of care and patient enablement? Br J Gen Pract 2004; 54(507): 730–733.
131. Department of Health. Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration, 35th Report. London: HMSO; 2005.
132. Department of Health. Our Health, Our Care, Our Say: a new direction for community services. London: DH; 2006.
133. Department of Health Press Release (24/04/06). Annual NHS Census Shows Steady Increase in Staff Numbers.
134. Digby A. The evolution of British General Practice: 1850–1948. Gloucestershire: Clarendon Press; 1999. ISBN 0198205139.
135. E.A.B. van Zalinge, A.L.M. Lagro-Janssen, B. Schadé. - The increasing number of female general practitioners: Why we need to change medical culture. - European Journal of General Practice Jan 2009, Vol. 15, No. 2: 65–66.
136. European health policies - moving towards market in health? - Eurohealth, 9, 2004, 4, 18-21.
137. Family Practice Management - AAFP. - www.aafp.org ›
138. Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH et al. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. British Medical Journal, 1999, 319:358–361.
139. Francis, V. et al. Gaps in Doctor-Patient Communication — Patients' Response to Medical Advice. N Engl J Med 1969; 280:535-540
140. General practitioner - definition of general practitioner. - [www. the free dictionary.com](http://www.the-free-dictionary.com)
141. General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. BMJ, 2004; 328:340.

142. Grumbach K. et al. Resolving the Gatekeeper Conundrum – What Patients Value in Primary Care and Referrals to Specialists. JAMA. 1999; 282; P 261-266
143. Golinowska, S. Changes and reforms of healthcare system in transition countries. European Health Conference, Bulgaria, 2006.
144. Goranov, M., M. Balaschkova. General practice in Bulgaria. The European Journal of General Practice, 1998, March, 4, 1, 37-38.
145. Griffiths, F. Qualitative outcome assessment and research on chronic disease management in general practice. Highlights from a keynote lecture. - European Journal of General Practice Mar 2012, Vol. 18, No. 1: 53–55.
146. Jones L, Fisher T. Workforce Trends in General Practice in the UK: results from a longitudinal study of doctors' careers. Br J Gen Pract 2006; 56: 134–136.
147. Hannes K and all. Implementing evidence-based medicine in general practice: a focus group based study. BMC Family Practice 2005; 6:37.
148. Helman C G. Disease versus Illness in General Practice J R Coll. Gen. Pract. (1981) vol 31 pp 548-62.
149. Hummers-Pradier, E. et al. The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Part 1. Background and methodology. - European Journal of General Practice Dec 2009, Vol. 15, No. 4: 243–250.
150. http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4134019&chk=Z0Evwj 31.
151. Klingenberg A., O. Bahrs, J. Szecseny. How do the Patients Evaluate General Practice. German results from the European Project on Patient Evaluation of General Practice Care. Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 1999; 93(6); P 437-445

152. Ley, P. et al. Improving doctor-patient communication in general practice. - J R Coll Gen Pract. 1976 October; 26(171): 720–724.
153. Lloyd, M. , R. Bor . CommunicatioSn ki l lsf or Medicine, London, Churchill Livingstone 1996, p.180.
154. Managing change in the culture of general practice: qualitative case studies in primary care trusts. – BMJ, 2003; 327:599
155. McKinstry B, Colthart I, Elliott K, Hunter C. The Feminization of the Medical Work Force: implications for Scottish primary care. BMC Health Serv Res 2006; 6: 56.
156. McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. Br Med J 1998; 317: 1354–1360.
157. Mainz J. et al. How do Patients Evaluate Their General Practitioners. Danish Results from a European Study. Ugeskr Laeger. 2000; 162(5); P654-658
158. Nys, H. Patients right in a European healthcare market.- Eurohealth, 8, 2002, 2, 10-11.
159. Pascoe, G. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. Evaluation and Program Planning, Volume 6, Issues 3–4, 1983, p. 185–210
160. Patient Management in General Practice, 22/01/09, Adam's blogblogs.warwick.ac.uk/.../pati.
161. Patient's Rights and Citizen's Empowerment: Through Visions to Reality (1999)
162. Patterson, H . Tutorials in Management in General Practice, 1st Edition 1998, pages: 256
163. PROFILE OF UK GENERAL PRACTITIONERS. - www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_01_JUL06.pdf

164. Puska P, Ståhl T (2010). Health in all policies – the Finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annual Review of Public Health*, 31:27.1–27.14.
165. Rifkin, S. Why health improves: Defining the issues concerning ‘comprehensive primary health care’ and ‘selective primary health care’. - *Social Science & Medicine*, Volume 23, Issue 6, 1986, p. 559–566
166. Rurik, I. General Practice in Europe: Hungary, 2009. - *European Journal of General Practice* Jan 2009, Vol. 15, No. 1: 2–3.
167. Simon, Ch. From generalism to specialty—a short history of General Practice. - *Oxford Journals Medicine InnovAiT* Volume 2, Issue 1 Pp. 2-9. rcgp-innovait.oxfordjournals.org/.../2/1/2.
168. Silverman J, Kurtz S and Draper J, (1998) *Skills for Communicating with Patients*, Radcliffe Medical Press, (2nd edition in preparation)
169. Simon, Ch. From generalism to specialty—a short history of General Practice. - *Oxford Journals Medicine InnovAiT* Volume 2, Issue 1 Pp. 2-9. rcgp-innovait.oxfordjournals.org/.../2/1/2.full
170. Starfield, B. *Primary Care: concept, evaluation, and policy*. New York: Oxford University Press; 1992.
171. Stewart, M. Towards a global definition of patient centred care. The patient should be the judge of patient centred care. - *BMJ*. 2001 February 24; 322(7284): 444–445.
172. Stoffers. J. Evidence, the basis for practice ... and politics! - *European Journal of General Practice* Mar 2012, Vol. 18, No. 1: 1–2.
173. Theodore M. Brown, Marcos Cueto, Elizabeth Fee. The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:1, 62-72
174. Yaman, H., F. Cihan. Medical errors: Preliminary results of a study among Turkish family medicine residents. - *European Journal of General Practice* Nov 2009, Vol. 15, No. 3: 170–171.

175. Wensing M. et al. A Systematic Review of the Literature on patients priorities for General Practice Care. Part1: Description of the Research Domain. Soc. Sci Med. 1998; 47(10); P 1573-1588
176. Windak, A. Harmonizing general practice teachers' development across Europe. - European Journal of General Practice Jun 2012, Vol. 18, No. 2: 77–78.
177. Wilkin D., Gillam S. and Coleman A. (2001) The National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts 2000/2001: Modernising the NHS? Manchester: National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester.
178. Wordsworth S, Skatun D, Scott A, French F. Preferences for General Practice Jobs: a survey of principals and sessional GPs. Br J Gen Pract 2004; 54(507): 740-6.
179. WHITE PAPER Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. - COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES.
180. WHO. Interim report Supporting Health 2020: governance for health in the 21st century. World Health Organization, Regional Office for Europe. 2012.
181. Zlatanova T., R. Zlatanova-Velikova, Evaluation of quality of medical assistance for general practitioners, Second Bulgarian –Greek Scientific Conference “Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: The Challenge of the Cross-border Collaboration”, Plovdiv, 8-10 October 2010, p.16.



Публикации във връзка с дисертационния труд

- 1. Борисова, Б., Р. Златанова.** Мнението на пациентите като критерий за здравното обслужване. - В: «Иновации в общественото здраве – проблеми и предизвикателства», 2012 г.
- 2. Borisova, B.** Need for a sociological approach to assess the general medical practice and its effectiveness. – Asklepios, 2012.
- 3. Борисова, Б.** Мотивация на пациентите за свободен избор на ОПЛ и неговата смяна. – Медицински меридиани, списание за стратегически здравен мениджмънт. – 2013, 1, 49-56.
- 4. Борисова, Б., Р. Златанова.** Необходимост от мениджмънт на времето в общата лекарска практика. – Медицински мениджмънт и здравна политика, 2012, 1, 3-7

Справка за приносите на дисертационния труд

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

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

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

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

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

му функции на интегратор и координатор на здравното обслужване на своите пациенти, поради което не е бил техен личен лекар по същество.

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

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

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

