

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Катедра „Социална медицина”

Д-Р НИКОЛАЙ МИЛЕНОВ ХРИСТОВ

КАЧЕСТВО НА ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

за присъждане на образователна
и научна степен „доктор”

Научна специалност: Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ: ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН

София, 2014 г.

Съдържание

1. Въведение ……..... 4
2. Литературен обзор ..…….... 6
2.1. Първична медицинска помощ – същност и значение …..……. 6
2.2.Качество на първичната медицинската помощ.....…….. 15
2.3. Първичната медицинска помощ в България…….... 17
2.4. Проектът QUALICOPC ……..…. 25
2.5. Заключения……..…….. 28
3. Цел, задачи, материали и методи …….. 30
4. Анализ и обсъждане на резултатите…….……..... 38
4.1. Анализ на резултатите от анкетните проучвания……. 38
4.2. Обсъждане на резултатите……..…… 68
5. Изводи ……..... 71
6. Препоръки …….. 73
7. Приноси ……..... 74
8. Приложения 75
9. Литература ……... 136
10. Публикации във връзка с дисертационния труд ……. 145

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

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

Въведение

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Първична медицинска помощ – същност и значение

Всички здравни системи в света имат за цел да подобрят здравето на населението (172). Въпреки това различните страни организират своите системи на здравеопазване по различен начин в отговор на собствения си политически, икономически, социални, демографски и културен контекст (143) Европейската интеграция по отношение на мобилността на здравните специалисти и пациенти и засилената нужда за интегрирано предоставяне на здравни услуги (75), направи много за увеличаване на политическото внимание към различията между здравеопазните системи. Покачващите се разходи за здравеопазване, застаряването на населението, по-сложни здравни нужди, липсата на отчетност и неефективност в предоставянето на здравни грижи са само няколко критични предизвикателства, пред които са изправени повечето системи на здравеопазване в Европа (100,107,126,156,160). Още от Декларацията от Алма Ата на СЗО през 1978 г., укрепване на ниво първична медицинска помощ на системите на здравеопазване се счита от ключово значение за справяне с конкретните предизвикателства в здравеопазването (например нарастващите разходи и полинорбидността на застарялото население) и подобряване на цялостното функциониране на системата на здравеопазване. Въпреки това, все още има дебат за наличните научни доказателства за преимуществата на ПМП. Основно внимание се отделя на първото ниво на системата на здравеопазването, където хора да представят своите здравословни проблеми и където се посрещат по-голямата част от здравните потребности (156). Силната първична медицинска помощ се предполага да допринесе положително за постигането на целите на здравната система, включително подобрено здраве на населението и достигане на устойчивост и предвидимост на здравните разходи. Това може между другото да се заключи от богатство на харти, резолюции и изявления от правителствата и неправителствени организации от целия свят. Сред последните примери са Резолюция WHA62.12, в която СЗО настоява държавите-членки да засилят своите системи на здравеопазване чрез ценностите и принципи на първичната медицинска помощ; и Доклада за 2008 на СЗО, изразяващ необходимостта от предоставяне на здравните услуги по-близо до населението, т.е. в общността (153,175). Вижда се ясен фокус върху първичната медицинска помощ в политиките на много държави. Укрепване на услуги за първична медицинска помощ е приоритет на реформите в здравеопазването в Европа. Причините за промяна обаче, заедно с

прилаганите на стратегии, не винаги са сходни във всички части на Европа. В Западна Европа се набляга на първичната медицинска помощ, за да се отговори на въпросите, свързани с повишаването на разходи и промяна в модела търсенето. Страните от Централна и Източна Европа се борят за фундаментално подобряване на работата на цялата система на здравеопазване. Подходите и модели на реформи на първичната медицинска помощ широко варират в различните страни. Някои страни са опитали системни интервенции, които съчетават правни, структурни реформи, организационна, и финансиране. Повечето страни обаче се докосват по един или повече аспекти на първичната медицинска помощ, като например промени в осигуряването на доставката на услуги чрез въвеждане на основани на доказателства протоколи; подобряване на общопрактикуващия подход на първичната медицинска помощ чрез подобряване на академичната основа на общия практика; или въвеждане на финансови стимули за пациентите или доставчици да стимулират дългосрочните взаимоотношенията между медицински специалисти и пациенти (79, 80, 82-85).

В резултат на това разнообразие, различни конфигурации на първичната медицинска помощ могат да бъдат открити в рамките на Европейския регион на СЗО. Въпреки значителните инвестиции в развитието на първичната медицинска помощ, малко внимание се обръща на систематично измерване на вариациите на първичната медицинска помощ в Европа. Няма един-единствен източник на информация, която да дава основна информация за организацията и предоставянето на основни услуги за грижи в цяла Европа. Например, международно сравнима информация за това колко средства са инвестирани от страните в първичната медицинска помощ, колко специалисти първична медицинска помощ са активни и какъв е размера на възнаграждението, което получават; не е лесно достъпна или не съществува. Има много причини за тази ситуация. Основна причина е липсата на обща определение на първичната медицинска помощ, която да може да улавя промяната в организацията и моделите на услуги за доставка. Например, границите между първичната медицинска помощ, специализирани грижи, обществено здраве и социални грижи може да се различават в различните страни; професионалисти, които са част от ПМП работната сила в една страна може да не са в друга. Това изисква консенсус за ясна концептуализация на първичната медицинска помощ в Европейския регион на СЗО и ЕС. Друга важна причина за липсата на актуална сравнителна информация за първичната помощ е липсата на опит при повечето европейски страни да инвестират в събирането на надеждни и валидни данни за функционирането на първичната

медицинска помощ. Макар политически интерес към първичната медицинска помощ да изглежда значителен в момента, това все още не е достатъчно подкрепено с необходимите финансови средства и информационна инфраструктура за реализация на систематичен мониторинг на първичната медицинска помощ. Проблем 2: липса на доказателства за причините и последствията от силната първична медицинска помощ Липсата на съпоставима информация за първична медицинска помощ в цяла Европа, ограничава възможностите за предоставяне на бенчмарк информация относно функционирането на първичната медицинска помощ с цел формирането на политика, идентифициране на силните черти или опции за подобряване на функционирането на първичната медицинска помощ, както и да обяснят промяна в силата на първичната медицинска помощ между страните. Освен това, без такава сравнима информация, не е възможно научно да се провери дали първичната помощ наистина допринася за по-добри здравни резултати, намаляване на разходите и подобряване на качеството на здравните грижи в Европа, както това са демонстрирали няколко американски проучване(73,124,150,156).

Регулирането и организация на здравеопазването, а оттам и първичната медицинска помощ, все още е до голяма степен национална отговорност в Европейския съюз. Въпреки това, с постепенното сближаване на контекстите на здравеопазването и националните здравни политики (например фокусирани около споделени ценности на солидарност, равенство в здравето, достъпност на здравеопазването) и общоевропейските политики, засягащи здравеопазването (напр формалното право на ползване на здравни услуги и в други страни-членки на ЕС), значението на европейския подход за изучаване на националните проблеми на първична медицинска помощ става всепо-очевидно.

През годините Европейският съюз е финансирал няколко проучвания на първичната медицинска помощ, допринасяйки за текущото разбиране за някои аспекти на доставката на услуги и организацията на ПМП (65, 72, 97, 131). Първото е Concerted Action Committee on Health Services Research (COMAC-HSR) през 1985 г. в Европейската икономическа общност. Тази програма, финансира първия общоевропейски семинар по обща практика през 1987, а също и проучвания на връзките на общопрактикуващите лекари с медицински специалисти и болници в 12 страни (72). European Study of Referrals from Primary Care to Secondary Care също е финансирано от тази програма (97). А група на общопрактикуващите лекари (която участва в международна работна среща) със специален интерес към изучаването националните различия в първичната

медицинска помощ изследва в 15 страни на поведението при насочване към специалист на общопрактикуващи лекари. Но първото проучване на европейско равнище (обхваща 32 страни) е съфинансирано от Европейската комисия (DG Research) преди двайсет години, и проучва важен аспект на първичната медицинска помощ: доставката на грижи в общата практика. European Study of General Practitioners' Task Profiles прави сравнителен обзор на разнообразието в организацията на общата практика в Европа. Изследването изяснава връзката между особеностите на националната здравната система и предоставяне на услуги в общата практика (65, 66). През 2006 г., European Commission's Public Health Programme (DG SANCO) призна необходимостта от актуален преглед на международно сравнимата информация за структурата, процеса и резултатите от първичната медицинска помощ в Европа в работния си план за 2006 (94). Той изрично призовава за научни изследвания чрез "сътрудничество между държавите-членки, за да се подобри информираността и знанията за развитието на общественото здраве", както и за " събиране и предоставяне на информация за първична медицинска помощ и средства за засилване на съпоставимостта на данни и да се създаде основа за рутинно събиране на данни ".
Основно внимание при влизането в системата на здравеопазване е осигуряването на достъпна, цялостна грижа в амбулаторен контекст за пациентите, както и координиране процесите на грижите за пациенти в цялата система (156). Микса от предоставяни на ниво ПМП услуги може да се различава силно в различните страни. Най-често срещаните първоначални грижи в Европа са общопрактикуващите лекари / семейни лекари, но и общи интернисти, педиатри, стоматолози, свързани с тях здравни специалисти, терапевти (например физиотерапевти, логопеди), специалисти по психично-здравни услуги в общността (например психиатри, психолози) и медицински сестри, всички те част от първичната работна сила (111, 123, 168, 174). Достъпността на първичната медицинска помощ може да се определи като лекотата, с която пациента достига до услуги за първична медицинска (118). Първичната медицинска помощ в идеалния случай осигурява достъпни грижи за всички пациенти с всякакъв вид здравословни проблеми, независимо от възраст, пол, или всяка друга лична особеност (95).Когато ПМП се организира по начин, който улеснява достъпа (96), целите на лечението могат да се достигнат преди здравните проблеми да станат по-тежки (104). Достъпа до първична медицинска помощ се влияе, наред с други неща, от финансовите бариери за консултация и географската достъпност на първичния доставчик (69). Основно внимание се отделя на възможно най-изчерпателното предоставяне на здравни

услуги, за да се справи с голямото разнообразие на основни потребности, които съществуват в общността (157). Boerma (65) е определил четири области, които определят всеобхватността на услуги за първична медицинска помощ, предоставени от доставчиците на първична медицинска помощ. Първо, оказване на неотложна медицинска помощ, както и педиатрични грижи, здравословни проблеми на жените, и психо-социални проблеми. От друга страна, прилагането на обичайни медицински манипулации от малката хирургия. Третата област ес занимава с управление на болестта на пациента с хронични заболявания. Четвъртата област обхваща дейностите в превантивната медицина и здравното образование. Осигуряването на приемственост на грижите е основен атрибут на ПМП (116). В литературата не се намира единна дефиниция (109). Hjortdahl (75) определя приемствеността на грижите като единствен източник на грижа за пациенти за продължителен период от време, независимо от наличието или отсъствието на специални проблеми, или вида на проблемите. Непрекъснатост на грижите е обаче много по-сложна, отколкото просто отражение на продължителността на контакта пациент-лекар (101). Непрекъснатостта на грижите за пациентите е междуличностна, хронологична, географска, интердисциплинарна и информационна (113). Saultz (147) прави преглед на медицинската литература на непрекъснатост на грижите и стига до заключението, че приемствеността най-добре може да се определи като йерархия от 3 измерения, в които аспектите на Hennen (113) са интегрирани, т.е .: информационна, лонгитудинална и междуличностна приемственост. Информационната приемственост се отнася до наличието на всеобхватна информация за предишни здравни срещи на пациента към всеки доставчик, който се грижи за пациента, независимо от местоположението на лекаря (147). Лонгитудиналността предполага връзка между пациент и доставчик на първичната грижа, която надхвърля рамките на отделни епизоди на заболяване. Междуличностната приемственост на първичната медицинска помощ се отнася до качеството на взаимоотношенията, които, в идеалния случай, се развиват в силна връзка между пациенти и техните лекари, характеризираща се с чувство на отговорност за предоставянето на координирана и цялостна грижа, както и чувство на доверие и лоялност (98). Координацията на грижи се дефинира като способността на доставчиците на първична медицинска помощ да насочват и използват грижи от други части на здравеопазването, така че съвместно със специалист да се посрещнат нуждите на пациента (124). Първичната медицинска помощ се предлага от различни дисциплини, включително

медицински и парамедицински работници, терапевти и социални работници, важното е да е налично чувство за координацията на грижите за пациентите в рамките на самото равнище на първичната медицинска помощ (68, 112, 173). Следователно, за да се постигне силна координираща роля за първична медицинска помощ е необходимо да се създадат механизми на място за осигуряване на координация на грижите за пациентите между доставчиците на първичната медицинска помощ, както и да се гарантира координацията на грижите за пациентите между първичната медицинска помощ и други нива на здравната система (105). Ефективната комуникация с пациентите се явява основно изискване за координирани грижи (154). Тя изисква признаване на взаимозависимостта на здравните специалисти в рамките на системата на здравеопазване. Само когато здравните специалисти предоставят всички необходими допълнителни грижа за пациентите, ще се достигне плавен процес на грижите за пациентите в системата (138). Без координация на грижите, грижите за пациентите ще бъде фрагментирана и ще се разпадне, което по-специално ще бъде проблематично за пациенти с хронични или множествени здравни проблеми (68). Доставката на услуги за първична медицинска помощ е вероятно да бъде повлияна от структурните елементи на система за здравеопазване. Съществено е разграничението между управлението на първичната медицинска помощ, развитието на работната сила в първичната медицинска помощ, и икономическите условия на функциониране на първичната медицинскапомощ.

Управлението е по-висша функция с това, че контролира всички аспекти на първичната медицинска помощ. То обхваща задачите на определяне на визия и управлението на грижи в областта на здравеопазването, упражнявайки влияние чрез регулиране и застъпничество (например защита на правата на пациентите) и събиране и използване на информация (например за оценка на изпълнението или за управление на качеството) Основната работна сила грижи се определя от профила на професионалистите в първичната медицинска помощ които съставляват основната работна сила (например вид на медицинските професионалисти и изискванията към обучението им), както и длъжността, която заемат в системата на здравеопазването (напр статут и отговорности)(124,163).

Икономическите условия на първичната медицинска помощ, са до голяма степен оформени от модела на финансиране на здравеопазването за (по-голямата част от) населението (например данъци, здравни осигуровки или частни средства), общите разходи за здравеопазване и първичната медицинска помощ, състоянието на заетостта

на доставчици на първична медицинска помощ (заплата заети доставчици, или самостоятелно заети доставчици с / без договор (и) с здравни услуги или застраховки, както и доходите на заетите в първичната медицинска помощ (111, 115, 160). В обобщение, силната първичната медицинска помощ осигурява достъпна, цялостна грижа в амбулаторна среда за пациентите и координира грижата за пациентите в цялостната система на здравеопазване, с подкрепата на подходяща структура на управление на първичната медицинска помощ, икономическите условия и достатъчно добре развитата работна сила в ПМП. Следователно, първичната медицинска помощ е в същността си многоизмерна концепция и ще изисква използването на множество индикатори.

Изследванията в първичната медицинска помощ често се отнася само единични измерители на първичната медицинска помощ, като приемственост на грижите или достъпност (68, 78, 99, 132, 137, 160). Въпреки че тези изследвания са полезни и необходимо за увеличаване на нашето разбиране на механизмите, които стоят зад тези индикатори, те не осигуряват поглед в първичната медицинска помощ като многоизмернаконцепция.

Важно изследователско пространство в първичната медицинска помощ е качеството на грижите (110, 118, 142). Van den Hombergh et al. (90, 91, 128) са разработили инструмента European Practice Assessment за оценка на качеството на управление на първичната медицинска практика в Европа. Елементи от този инструмент могат да бъде много полезни за мониторинг на първичната медицинска помощ, но самият инструмент е фокусиран върху качеството на процеси в практиката, вместо на системни функции, като например достъпност или координационен капацитет на първичната медицинска помощ. Task profile study, която е извършена сред общопрактикуващите лекари в Европа от Boerma (65, 66) предоставя инструмент за измерване на всеобхватността на грижите. Първият опит да се измери силата на първичната медицинска помощ с признание на неговите мултидисциплинарни компоненти е извършено от Starfield (124, 156, 125, 155, 165) като дефинира 10 компоненти, които заедно определят концепцията на първичната медицинска помощ. Тези компоненти са регулиране, финансиране, типа личен лекар, достъп, лонгитудиналност, първия контакт, всеобхватност, семейна центрираност и ориентация към общността (86, 124, 157, 158). Те се основават на множеството дефиниции, които съществуват на ниво първична медицинска помощ, и са широко приети в литературата (130, 135, 159, 168, 171). Въпреки че инструмента на Starfield изследва ключови измерения на първична медицинска помощ, методи за

измерване са ограничени (158). Още повече, методиката отчита специфичните американски условия и не е непременно приложима в европейски контекст (125, 165). Още през 1977 г. Sidel и Sidel (167) посочват, че ПМП е отражение на икономическата, социално-политическа и културна история на обществото, както и на здравеопазването. Въпреки че емпирични доказателства за за това твърдение липсват, други автори също са посочили, че силната първичната медицинска помощ най-вероятно ще изисква готовност за отделяне на значителни финансови ресурси, политическа воля, обществена ангажираност и благоприятен контекст на системата за здравеопазване (107,108,151).

Икономиката на страната не само ще се отрази на размера на наличните ресурси за първичната медицинска помощ, но също така и на гамата от възможности за политиците да структурират и организират система на здравеопазване. Страните с високи доходи принципно могат да си позволят да основат своята здравна система повече върху (скъпата) болнична помощ, отколкото върху ПМП (175). Въпреки че това може да доведе до неефективност (108), удовлетвореността на пациетните често е по-висока, когато здравните системи предлагат директен достъп до специалист, за разлика от системата gatekeeping за регулирането на достъпа до болнична помощ (164). В допълнение, първичната медицинска помощ е сравнително по-евтина стратегия (за разлика от специализирани грижи), за да се разшири лечебна грижа като отговор за справяне с възникващите незаразните заболявания, което би могло да бъде особено привлекателно за страните със средни доходи, като в Източна Европа, за разлика от високоразвитите.

Няколко проучвания са показали, че и политическия състав на правителството на страната е свързани с приоритетите на здравната политика (64, 108, 122, 136); страни с предимно социалдемократическо управление (например скандинавските) имат за цел да се постигне универсализъм и справедливост, да се предостави преразпределителна роля на системата за социална сигурност, да се предоставят щедри социални помощи и да имат силна държавна намеса (62, 106, 170). Предоставянето на ПМП може да се разглежда като политика засилваща равенството в обществото (86, 88, 93). Отделно, държавно управляваните системи на здравеопазване (например NHS) могат сравнително лесно да започнат мащабни реформи, в сравнение със страните с осигурителен или либерален модел, тъй като политиката на изпълнение зависи от сътрудничеството на застрахователите (93,122,136,141).

Няколко изследвания са показали, че различия в ценностите на обществото също могат

да обяснят вариации в приоритетите на здравната политика (148); доставката на услуги и медицинска комуникация (77, 92, 144), търсенето на здравни услуги (166) и дори изхода от лечението (92). Ценностните системи влияят на политическите решения например да се инвестира ли в по-високи технологии и специализирани грижи в сравнение с първичната медицинска помощ; да се регулира ли достъпа чрез gatekeeping система в противовес на индивидуалната отговорност на пациенти; дали пациентите използват неформални здравни грижи (например предпочитания за неформална семейна среда в сравнение с професионална медицинска помощ); като и какви очаквания имат от комуникацията (например съвместно вземане на решение или патерналистиченподход).

Издигнати са и хипотези, че страни, в които хората ценят високо правителствено участие (в сравнение с индивидуалната отговорност) в осигуряването на благосъстоянието имат относително силна структура и услуги в първичната медицинска помощ ; страни, в които хората ценят семейството имат относително слаба структура на ПМП; а страни където хората ценят използването на науката и новите технологии също проявяват склонност да неглижират ПМП. Досегашната доказателствена база от изследвания сочи, че здравни системи базирани на развити първични грижи се представят по-силно от тези на страни неглижиращи ПМП. Изследването на Starfield от 1994 г. сред 11 страни демонстрира за първи път този ефект и поставя началото на световна дискусия. Установено е, че страните с ориентация към първичната медицинска помощ имат по-ниски разходи за здравеопазване, по-малка употреба на лекарства, и по-високо ниво на здраве на населението. От тогава, няколко проучвания са предоставили доказателства за ползите от силна първичната медицинска помощ, по отношение на по-доброто възможности за контрол на разходите, подобряване на качеството на здравните грижи, по-добро здраве и по-малко неравенство в здравето (73, 124, 150, 156). Ефективността на здравеопазването несъмнено се повишава чрез осигуряването на ефективен скрининг и филтриране на здравето проблеми (избягване на ненужни препратки към скъпи средно грижи) (69, 104, 157), което води до по-ниски разходи и по-бавното им нарастване. От друга страна Kroneman и сътр. (2006) показват, че страни със система gatekeeping (често се използва като индикатор за силата на първичната медицинска помощ) имат по-ниско възприемано от пациента качество на ПМП спрямо страни с директен достъп доспециалист(164).

Хоспитализация може да бъде избегната, когато хоспитализацията за дадено състояние

може да бъде предотвратена чрез ефективни и достъпни първична здравни грижи (129). В тази връзка, вече се използва термина ambulatory care sensitive conditions (ACSCs), с който се означават заболявания (например захарен диабет, бронхиална астма и ХОББ) податливи на превенция и лечение в амбулаторни условия. Изследванията на Ansari и сътр. (58, 61, 169) показват, че по-високите цени на ACSCs в даден географски райони могат да отразяват недостатъчност на първичната медицинска помощ; лошо разпределение на първичните ресурси; съществуването на бариери пред достъпа до услуги за първична медицинска помощ; проблеми в непрекъснатост на грижите; или неефективно използване на ресурсите. Този положителен ефект от наличието на доставчици на първична медицинска помощ при първия контакт грижа за намаляване на предотвратимите хоспитализациите бе потвърдено и от други изследвания, най-вече в САЩ (59, 60, 102, 127). Така, когато първичната медицинска помощ осигурява навременни и ефективни здравни услуги, рядко се очаква да се появят здравословни проблеми, които не биха могли да бъдат решени в рамките на първичната помощ. Немалко досегашни изследвания намират положителна асоциация между развитата система за първична медицинска помощ и здравето на населението(58, 115, 133,134). Равенството в здравето е все още слабо застъпена, но все по-важна област на научните изследвания в ПМП (103). Това е отсъствие на системни и потенциално поправими различия в здравния статус на различни групи от населението. Изучава се чрез сравняване в отделни групи от населението на здравни изходи, чувствителни на интервенции в ПМП. Преглед на литературата проведен от Starfield (146) е установил, че инвестициите в първичната медицинска помощ произвеждат повече равенство в сравнение с вариантите на инвестиции в националната система на здравеопазване като цяло.

Качество на първичната медицинска помощ

В областта на медицината и здравеопазването изследванията на качеството се появяват в началото на 20 век с публикациите на Flexner (100) и Codman (71) в САЩ. Лидерът и всепризнат авторитет в тази област е Donabedian (79-85). В настоящето изложение се ползва основната схема на Donabedian за качеството като структура, процеси и резултати. Важен въпрос при оценяването на качеството е и какви индикатори за качество да се подберат в конкретното изследване. Близък до индикаторите за качество е проблемът за удовлетвореността на пациентите.

Удовлетвореността на пациентите може да се приеме и като неизменен атрибут на качеството, а не просто един от възможните индикатори (67, 70, 152, 176, 177). Bartlett предупреждава пророчески, че здравеопазването трябва да се подготви за революция на потребителите (63).

На съвременния етап качеството се разглежда в контекста на задоволяването на човешките потребности от стоки и услуги. Като отправна точка в тази област служат изследванията на Shewhart (149). Той пръв обръща внимание на обективния аспект (физическите характеристики на продукта) и субективната оценка на потребителя, както и необходимостта да се контролира както продукта на изхода, така и производствения процес. Deming (76) пък пръв посочва, че лошото качество на работа не може да се вменява във вина на отделни служители, а представлява системна грешка в организацията на работа. Постепенно се утвърждава разбирането за ролята на потребителя като фактор като за оценката, така и за формирането на разбирането за качество. Потребителят (пациента в здравеопазването) е в крайна сметка господар на пазара и с неговите желания, потребности и търсене следва да се съобразява прозводителя (в здравеопазването – доставчика на медицински услуги). В тази връзка Drucker (87) отбелязва, че един удовлетворен клиент е сигурен показател за качество. Водещия японски авторитет Ishikawa (117) нарича определените от потребителя характеристики на качеството „действителни", а тези от производителя – „заместващи", и счита последните само като предпоставка за достигане на „същинското" качество, т.е. това съществуващо в съзнанието на потребителя.

В здравеопазването качеството на медицинските услуги се оценява в трите направления, предложени от Donabedian:

- **Структура**: сгради, нает персонал, организация на екипите, административно управление, апаратура и консумативи;
- **Процеси**: диагностика, лечение, превенция, рехабилитация, проследяване и достъпа до всички тези услуги;
- **Резултати**: здравния „продукт" в смисъл на промяна в здравословното състояние на пациента и субективната му удовлетвореност.

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

съответствие с наличните ресурси"; определение непълно (комплекс от изисквания и критерии), а и с неудачно позоваване на ефективността (ефективността влиза в противоречие с качеството и не може да бъде официален приоритет в публичния сектор на икономиката – здравеопазване, образование, социални услуги).

Първичната медицинска помощ в България

Организацията на първичната медицинска помощ в България е определена в Закона за лечебните заведения от 1999 г. (53). В него са поставени основните изисквания относно видовете практики, регистрацията на практиките, дейностите, които могат да извършват лекарите работещи в тези практики и т.н.

Основните дейности, които лекарите работещи в амбулаториите на първичната медицинска помощ извършват са определени в Закона за лечебните заведения, а именно:

1. Дейност по:
   а) диагностика, лечение, рехабилитация и наблюдение на болни;
   б) консултации;
   в) профилактика;
   г) диспансеризация (2005 г.);
2. Предписване на:
   а) лабораторни и други видове изследвания;
   б) извършването на медицински дейности и манипулации под техен контрол и отговорност;
   в) обема, вида домашни грижи и помощ за болни;
   г) лекарства, превързочни материали и медицински пособия;
3. Извършване на експертиза на временна нетрудоспособност;
4. Наблюдение и оказване на медицинска помощ при бременност и майчинство;
5. Наблюдение, контрол и полагане на грижи за физическото и психическото развитие на лица до 18 години;
6. Извършване на дейности по здравна промоция и профилактика, включително профилактични прегледи и имунизации;
7. Издаване на документи, свързани с тяхната дейност;
8. Насочване на пациенти за консултативна и болнична помощ.
9. Лечение на болен и в дома му, когато състоянието на болния налага това.

В чл. 13 на Закона е поставено изискването към лекарите, които работят в индивидуалните практики да имат призната специалност по обща медицина. Лекарите, работещи в груповите практики могат да притежават и друга медицинска специалност.

Основния пакет за първична извънболнична помощ в България включва (40):

I. Здравно-информационни дейности, свързани със запознаването на пациента с:

- структурата, организацията и работния график на лечебното заведение;
- съдържанието на промотивния, превантивния, профилактичния, диагностично-лечебния и рехабилитационния пакет на лечебното заведение;
- неговите права и задължения

II. Промоция на здравето

- Комплексна оценка на здравните проблеми на пациента и семейството
- Семейно планиране и контрацепция
- Рисков подход – обслужване на групи с повишен медицински риск, обособени по възрастов, полов или друг признак

III. Профилактика на заболявания

- изпълнение на семейни програми относно превенция на: безплодието, полово предавани инфекциозни заболявания и СПИН, нежелана бременност, инфекциозни болести и паразитози, зависимости, лица със злокачествени заболявания на репродуктивната система, психичните разстройства,
- Работа с групи с повишен здравен риск - оценка на рисковите фактори за здравето на пациента; оценка на вредни навици, водещи до увреждане на здравето; обща оценка на здравния риск (напр. Сърдечно-съдови заболявания, Захарен диабет, Злокачествени новообразувания)
- Дейности по национални здравни програми – финансират се от бюджета на Министерството на здравеопазването съобразно съответните програми
- Профилактични прегледи, съгласно Наредба за профилактичните прегледи и диспансеризацията

IV. Диспансеризация

Диспансеризация на лица със заболявания, съгласно Наредба за профилактичните прегледи и диспансеризацията

V. Контрол на инфекциозни заболявания, съгласно изисквания на подзаконови нормативни документи:

- Карантина на заразно болен;
- Карантина на контактни лица
- Разясняване на пациента и контактните лица на изискванията за поведение и предпазен режим при съответното инфекциозно заболяване
- Извършване на имунизации според утвърдения от министъра на здравеопазването имунизационен календар

VI. Диагностично-лечебна дейност

- Първични и вторични прегледи
- Оказване на медицинска помощ при спешни състояния и поддържане на жизнените функции на територията на лечебното заведение до пристигане на екип на център за спешна медицинска помощ или хоспитализация на пациента
- Оказване на медицинска помощ в дома на пациента по преценка на общопрактикуващия лекар, в рамките на основния пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК
- Извършване на манипулации;
- Домашните посещения;
- Съвместна консултация с друг лекар специалист;
- Назначаване и проследяване провеждането на хигиенно-диетичен режим
- Извършване или назначаване на клинико-лабораторни изследвания, апаратни диагностични изследвания;
- Оценка на растежа и развитието при децата (0 – 18 г.)

VII. Други дейности, свързани с диагностика и лечение

Насочване за консултация

Насочване и дейности по осигуряване на планова хоспитализация

Проследяване на пациент след дехоспитализация

Изготвяне на индивидуален план за рехабилитация

VIII. Дейност по медицинска експертиза

IX. Общопрактикуващият лекар осигурява постоянен денонощен достъп до консултация по телефон, в амбулаторията или в дома на пациента по преценка на самия общопрактикуващ лекар.

Медицинския стандарт за обща медицинска практика (38, 39, 52) в България дава редица насоки за оценяване за качество на първичната медицинска помощ, както следва:

С термините "обща медицина" се обозначава самостоятелна медицинска

специалност, а с "обща медицинска практика" - специфична медико-социална дейност и вид лечебно заведение (синоним на практика за първична медицинска помощ). В много отношения те се отличават от класическите медицински специалности и дейности. Това се отразява както върху формата, така и върху съдържанието на стандартите като специфични измерители на качеството. В страните с добре функциониращи системи за първична медицинска помощ се използват стандарти, които по форма и вид са подобни на тези от този документ.

Стандартите са ориентирани към качеството на индивидуалната работа на общопрактикуващите лекари и на условията за нейното извършване.

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

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

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

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

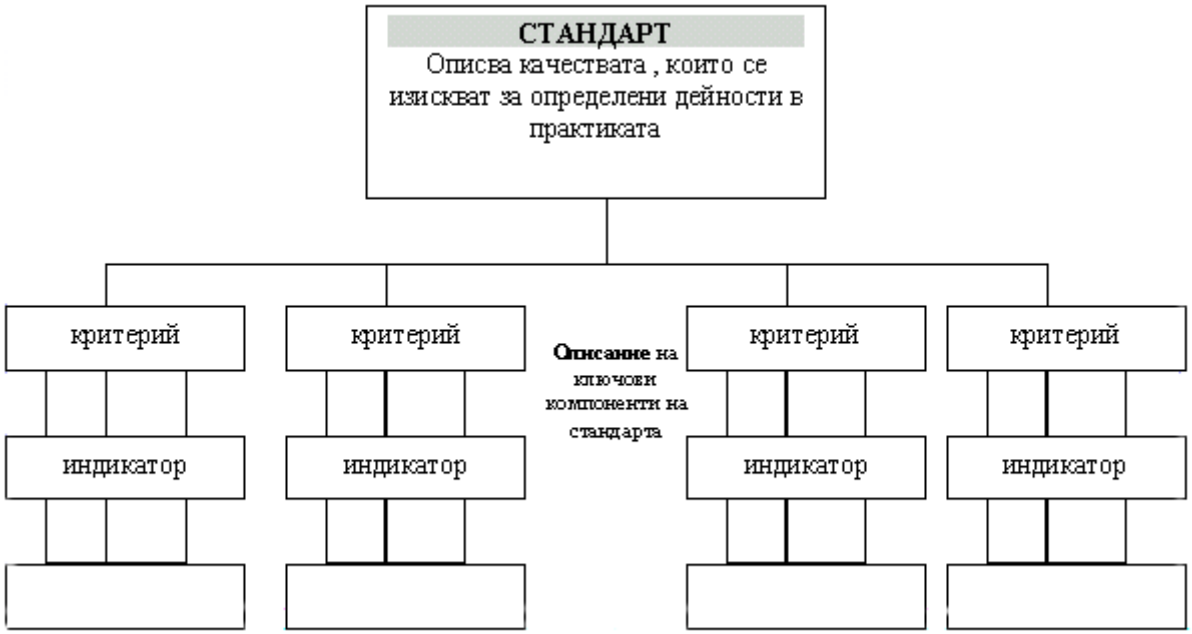
Повечето от стандартите са свързани със "структурата и процесите", като в следващите години ще бъдат добавени и стандарти за "резултатите", след като се натрупа съответният опит.

Поради сложното съдържание на общата медицинска практика за осигуряване и измерване на качество на различните видове клинични (диагностика, лечение, рехабилитация), превантивни и медико-социални дейности, извършвани от общопрактикуващите лекари, ще трябва да се използват предварително разработени технологични схеми, указания (guidelines), протоколи и др., които са общи и за останалите медицински специалности.

Стандартите имат значение в две направления: първото - всеки общопрактикуващ лекар да може да направи структурирана самооценка на своята практика, и второто - да се подготвят условия за въвеждане на акредитацията в системата на първичната медицинска помощ като основна технология за измерване и оценка на качеството.

При създаване на стандартите се използва утвърденият в науката тристепенен модел за описание, измерване и оценяване на качеството на медицинската помощ. Той включва три елемента: стандарт, критерий, индикатор (показател).

На схемата е показана връзката между стандарти, критерии и индикатори.



Под "стандарт" се разбира кратко и обобщено "описание" на състоянието на различни страни от "структурата", "процесите" и "резултатите" на практиката и нейната дейност, наличието или постигането на които осигурява приемливо качество, т.е. на достатъчна "полезност" на медицинската помощ. При някои стандарти в това описание могат да бъдат включени и количествени стойности.

Съдържанието на стандарта се декомпозира на конкретни компоненти - критерии, които се измерват и оценяват с помощта на индикатори (показатели).

След по-голяма част от критериите са посочени индикатори (показатели), които са "измерими", и с това се създават възможности да се оцени дали критерият е "покрит" или "не".

Някои от индикаторите имат основно значение при определяне дали даден критерий е "покрит". Те са отбелязани със символ флагче (Р) непосредствено до индикатора.

За да се даде отговор дали е постигнат даден стандарт, се измерват и

оценяват критериите чрез съответните индикатори.

Един стандарт е "постигнат", когато се "покриват" всички критерии, свързани с него.

Приемливо качество на общата медицинска практика ще има само когато са постигнати всички стандарти.

Изработването и прилагането на стандартите не означава и не изисква всички общи медицински практики в страната да са еднакви. Едно от големите предимства е тяхното разнообразие.

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

Стандартите са съвкупност, част от които лесно могат да се измерват и оценяват и от други, при които това става трудно. Въпреки това съществуват доказателства, че опитните общопрактикуващи лекари могат и извършват информирана оценка на тези аспекти на общата практика, които не могат да бъдат количествено и цифрово измерени. Това биха могли да бъдат важни страни на качеството, които трябва да се подобрят.

Признавайки голямото разнообразие на общите медицински практики в страната, всеки процес на оценка, свързан със стандартите, трябва да се основава и на здравия разум и да не се стреми към санкциониране или изключване на практики от участие в дейност само въз основа на формални основания.

Непостигането на стандартите показва, че общата медицинска практика и общопрактикуващият лекар имат проблеми с качеството, а това трябва да бъде стимул за извършване на дейности за неговото подобряване, а не за санкциониране.

Предлаганите стандарти са само началният етап от развитието на системата за оценяване на качеството. Никога няма да има окончателен документ със стандарти, а само текущ пакет. Стандартите винаги ще бъдат обект на преразглеждане, консултации и продължаваща критична оценка от страна на професионалната общност. Стандартите се преразглеждат периодично, за да се включват новите доказателства и постижения на медицината и практиката.

Така както общата медицинска практика продължава да се развива, така и стандартите ще продължават да се усъвършенстват.

Общопрактикуващият лекар като собственик и ръководител на практиката може да се намира в договорни отношения с различни финансиращи организации (Национална здравноосигурителна каса, доброволни здравноосигурителни компании и фондове, фирми, фондации, частни лица и др.). Те могат да договорят специални изисквания към условията, дейността, документирането, отчитането и др., но във всички случаи те трябва да бъдат съобразени с Националните стандарти, които имат универсално значение.

В приложение № 3 (53) на Националния рамков договор за 2007 са дадени и редица специфични индикатори за оценяване на качеството в първичната извънболнична медицинска помощ:

I. Индикатори за качество на процеса са:

1. брой на извършените профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 години, които не са на диспансерно наблюдение, спрямо общия брой лица от същата категория, записани при ОПЛ; отнася се за целеви групи: рак на млечната жлеза (жени над 40 г.), хипертония (ЗЗОЛ от 30 до 50 г.) и диабет (ЗЗОЛ от 30 до 50 г.);
2. изпълнение на изискванията на програмата по майчино здравеопазване;
3. изпълнение на програмата по детско здравеопазване за проследяване на здравословното състояние на лица на възраст от 0 до 18 години;
4. брой на осъществени имунизации спрямо общия брой подлежащи на имунизация лица, съгласно изискванията на утвърдения от министъра на здравеопазването имунизационен календар;
5. съответствие на прегледи по брой и периодичност съобразно изискванията на НРД 2006 г.;
6. изпълнение на предхоспитализационен минимум, описан в клиничните пътеки;
7. спазване на консенсусно приети правила за диагностично-терапевтично поведение;
8. осигуряване на непрекъснатост на медицинските грижи на регистрираните ЗЗОЛ;
9. своевременност при хоспитализация - брой отклонения от кл. пътеки, дължащи се на несвоевременна хоспитализация.

II. Индикатори за качество на резултата са:

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

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

1.1.1. инсулинонезависим диабет:

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

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

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

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

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

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

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

Изследванията върху първичната медицинска помощ в България се фокусират върху различни аспекти на организацията, качеството и ефективността на ПМП (1, 18, 21-23, 34, 41, 43, 55, 56).

Елементи на качеството на първичната медицинска помощ у нас са изследвани от Димова Р (29-32), Попов М (50, 51), Златанова Т (35-37), Борянова Б (10), Петрова З (47, 49).

Наблюдава се засилен интерес към възприемането на гледната точка на пациента за полученото медицинско обслужване, а не само организационни аспекти на предлагането или финансирането на първичните грижи, което е в пълен унисон със съвременния общоевропейски подход (13, 24, 45, 46, 48, 50).

Проектът QUALICOPC

Проектът QUALICOPC (качеството и цена на първичната медицинска помощ в Европа) има за цел да анализира и сравни как първичната здравна помощ в 34 европейски страни се представя по отношение на качество, разходи и собствен капитал. QUALICOPC е проект, финансиран от ЕС в рамките на Седмата рамкова програма. Проектът QUALICOPC се осъществява от международна мрежа от партньорски институти и е координиран от NIVEL (Холандски институт за изследвания на здравните услуги).

Проектът QUALICOPC включва 31 европейски държави, които са 26 държави-членки на Европейския съюз (ЕС), както и Исландия, Македония, Норвегия, Швейцария и Турция. Австралия, Канада, Нова Зеландия също участват в изследването. Проучването цели да даде отговор на въпроса с какво са свързани силните системи за първична медицинска помощ и какво въздействие имат силните системи за първична медицинска помощ върху националните системи за здравеопазване. Добрите практики ще бъдат идентифицирани и разпространени. Резултатите от проучването ще бъдат разпространени сред научната общност, политици и други заинтересовани страни в здравеопазването(140).

Основно внимание е отделено на първото ниво на здравни грижи, където хората да представят своите здравословни проблеми и където по-голямата част от лечебни и профилактични здравни нужди на населението биват удовлетворени. Затова услугите за първична медицинска помощ трябва да бъдат на разположение в близост до мястото, където хората живеят, без пречки за достъп. Основното внимание на общопрактикуващия лекар се фокусира върху лицето в неговия или нейния социален контекст, по-скоро, отколкото върху отделни заболявания. Смесицата от дисциплини, които съставляват ПМП може да се различава в различните страни, но общата практика или семейна практика се счита като ядрото на ПМП (145).

Научните изследвания, включително и в Съединените щати, са предоставили доказателства за ползите от добре развити системи за първична медицинска помощ, по отношение на по-добра координация и приемственост на грижите и по-добри възможности за контрол и устойчивост на разходите за здравеопазване (126,156,160). Въпреки това, тъй като значението на някои от тези изследвания за ситуацията в Европа е ограничено, са необходими по-задълбочени анализи, за да потвърдят тези

констатации. Разнообразието от модели на организация и предоставяне на здравни услуги, намиращи се в Европа, са благоприятни обстоятелства, за да се ангажират задълбочени изследвания върху качествата на първичната медицинска помощ за системите на здравеопазване като цяло. Богатото разнообразие на регулаторни механизми, схеми за финансиране и видове финансови и нефинансови стимули за доставчиците, както и потребители на услуги, дават възможност на Европа да бъде лаборатория за сравнителни изследвания и басейн на добри практики (107).

QUALICOPC започна през 2010 г. и продължи до 2013 г. Данните се събират в 31 европейски държави (27-те държави от ЕС, Исландия, Норвегия, Швейцария и Турция) и в Австралия, Израел и Нова Зеландия. Това проучване използва подход за събиране на данни на три нива: на системата, практика и пациент. Проучванията са проведени сред общопрактикуващите лекари (ОПЛ) и техните пациенти. Тези изследвания имат за цел да придобием представа за професионалното поведение на ОПЛ и на очакванията и действията на своите пациенти. Важен аспект на това проучване е, че въпросник на всеки един пациент може да бъде свързан с въпросник на собствените лични лекари. За да се съберат данни в структурата или на национално равнище, проучването използва съществуващите източници на данни , като например базата данни на Primary Health Care Activity Monitor for Europe (PHAMEU). Анализите на данните ще се извършва с помощта на няколко нива модели.

Целта на QUALICOPC е да се оцени първичната медицинска помощ в Европа въз основа на критерии за качество, справедливост и разходи. За тази цел, информация за различни настройки и националните стратегии за първична медицинска помощ ще бъдат свързани с: индикатори на системата на здравеопазване (като достъп, справедливост и ефективност на разходите), индикатори за качеството на процеса на предоставяните услуги в първичната медицинска помощ и показатели за качеството на първичната медицинска помощ, така както това се възприема субективно от пациентите.

За да се улесни тази оценка, ще бъдат проучени следните асоциации:

• структури на първичната медицинска помощ и резултати, свързани с ненужна хоспитализация;

• Структурата на първичната медицинска помощ, свързана с качеството на предоставяните услуги;

• Структурата и процесът на първичната медицинска помощ, свързана с възприеманите резултати от пациентите;

• структурата и процеса на качеството на първичната медицинска помощ, свързани с разходите;
• Структурата на първичната медицинска помощ, свързани с достъпа и равнопоставеността;
• Добри практики в интегрираното първичната медицинска помощ в Европа.
Като първа част от проекта бяха разработени следните въпросници за това изследване:
• Въпросникът за ОПЛ измерва професионални дейности и задачи, качеството на доставената грижа и аспекти на достъпността;
• Вторият въпросник има за цел да измери възприятие на пациентите на услуги за първична медицинска помощ, включително и качеството на здравните грижи, достъп до медицински грижи и реалните пречки на разходите;
• Въпросникът ценности на пациентите търси какво пациентите намират за важно.

Проучванията в Европа са сред общо 7000 общопрактикуващи лекари и 70 000 пациенти.
Във всяка страна проучването се провежда със случайна извадка от общите практики (около 220 за всяка страна), както и сред пациентите, посещаващи обща практика попаднала в извадката (по 10 на практика). Проектът ще доведе до база данни за около 7000 лекари и 70 000 пациенти. За успешно събиране на данни са назначени национални координатори във всички страни. Тези координатори са отговорни за превода на въпросниците, изготвяне на национална случайна извадка от лекари, наемането на лекари и организацията на изследването с пациенти.

Заключения

От направения литературен обзор могат да се изведат следните заключения:

1. Съвременните схващания за организация на здравеопазването поставят ударение върху приоритетното развитие на ПМП.

2. ПМП има потенциала да се справи с основните предизвикателства пред националните здравни системи – социални детерминанти на здравето, променен модел на заболеваемостта към преобладаване на хронифициращи незаразни заболявания, полиморбидност на застарялото население, повишени претенции и очаквания на пациентите към качеството на получаваното медицинско обслужване, неудържимо нарастване на разходите за здравеопазване дължащо се на комбинация от вече споменатите фактори и натиска за въвеждане на скъпи медицински технологии.

3. ОПЛ се явяват основния доставчик на ПМП и именно върху тях трябва да се фокусират както провежданите изследвания, така и реформите в здравеопазването.

4. Здравната политика насочена към ПМП се основава на разбирането, че силната система на първични грижи може да укрепи цялостната здравна система, както и да повиши равнището на здраве на големи групи от населението в условията на поносими, устойчиви и предсказуеми разходи за здравеопазване.

5. Амбициозните цели на ПМП не могат да се достигнат без обезпечаване на високо качество, а е необходимо и да се избегне сравнението с болничната помощ в неблагоприятна светлина.

6. Качеството на ПМП е в единството на структура, процеси и резултати, но фокусът все повече се измества към резултатите, не толкова в смисъл на опит да се измери положителна промяна в здравния статус, колкото в смисъл на висока удовлетвореност на пациентите от услугите.

7. През годините на съществуването си ЕС вече е финансирала няколко транснационални изследвания на ПМП с двояката цел да се изяснят отделни аспекти на ПМП и да се открие оптималната методика за оценяването й, включително на качеството.

8. Методологията на поредния общоевропейски проект в ПМП – QUALICOPC, предоставя отлична възможност на страните-членки да оценят качеството на първичните грижи в страните си.

9. В България НРД и медицинските стандарти дават много изисквания към качеството на ПМП както и техники за оценяването му (предимно в аспектите му структури и процеси, но не ирезултати), но за съжаление поднесени в разхвърлян и несистемен вид, а самите ОПЛ нямат никакви стимули да работят в посока повишаване на качеството.

10. Резултатите от работата по проекта QUALICOPC в България ни позволяват да сверим часовниците си с високоразвитите европейски страни, позволяват ни да проверим доколко реалните практики съответстват на предписанията на НРД и стандарта по обща практика и допълват със значителна по обем база данни досегашните резултати получени от български изследователи на ПМП.

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

ЦЕЛ:

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

ЗАДАЧИ:

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

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

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

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

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

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

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

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

ОБЕКТ НА НАБЛЮДЕНИЕ

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

КРИТЕРИИ ЗА ВКЛЮЧВАНЕ В ПРОУЧВАНЕТО

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

ЛОГИЧЕСКА ЕДИНИЦА НА НАБЛЮДЕНИЕ

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

ПРИЗНАЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ

Признаци на наблюдение в изследването са:

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

МЯСТО НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ПРОУЧВАНЕТО

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

ИЗВАДКА

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

ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ПРОУЧВАНЕТО

Индивидуалната емпирична информация е събирана в продължение на 3 месеца.

ВРЕМЕ НА ПРОУЧВАНЕТО

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

ВИД НА ПРОУЧВАНЕТО

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

ДОСТОВЕРНОСТ

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

ТОЧНОСТ

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

ИЗПОЛЗВАН ИНСТРУМЕНТАРИУМ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Лична информация

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

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

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

РАБОТНА ХИПОТЕЗА

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

МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ ЗА ОБРАБОТКА И АНАЛИЗ НА ПЪРВИЧНИТЕ ДАННИ

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

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

1. Дескриптивен анализ:

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

2. Тестове за изследване на зависимости между описателни данни:

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

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

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

Резултатите от проведените анализи се представят чрез:

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

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

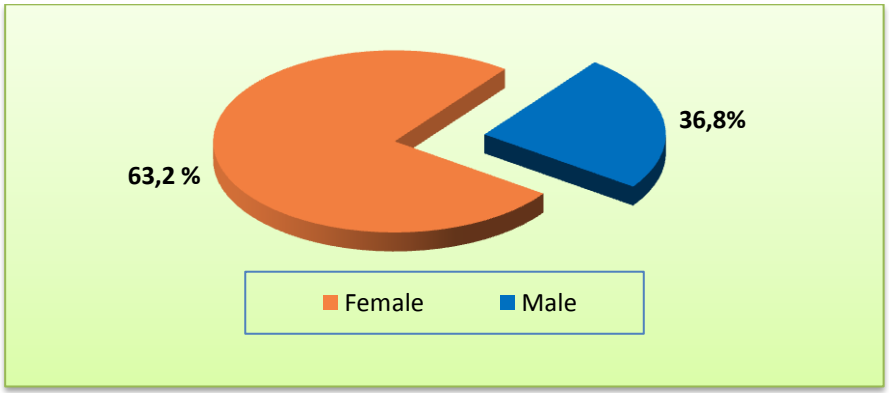
- **Графичен анализ** – за онагледяване на получените резултати.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Въпросник 1 – общопрактикуващи лекари

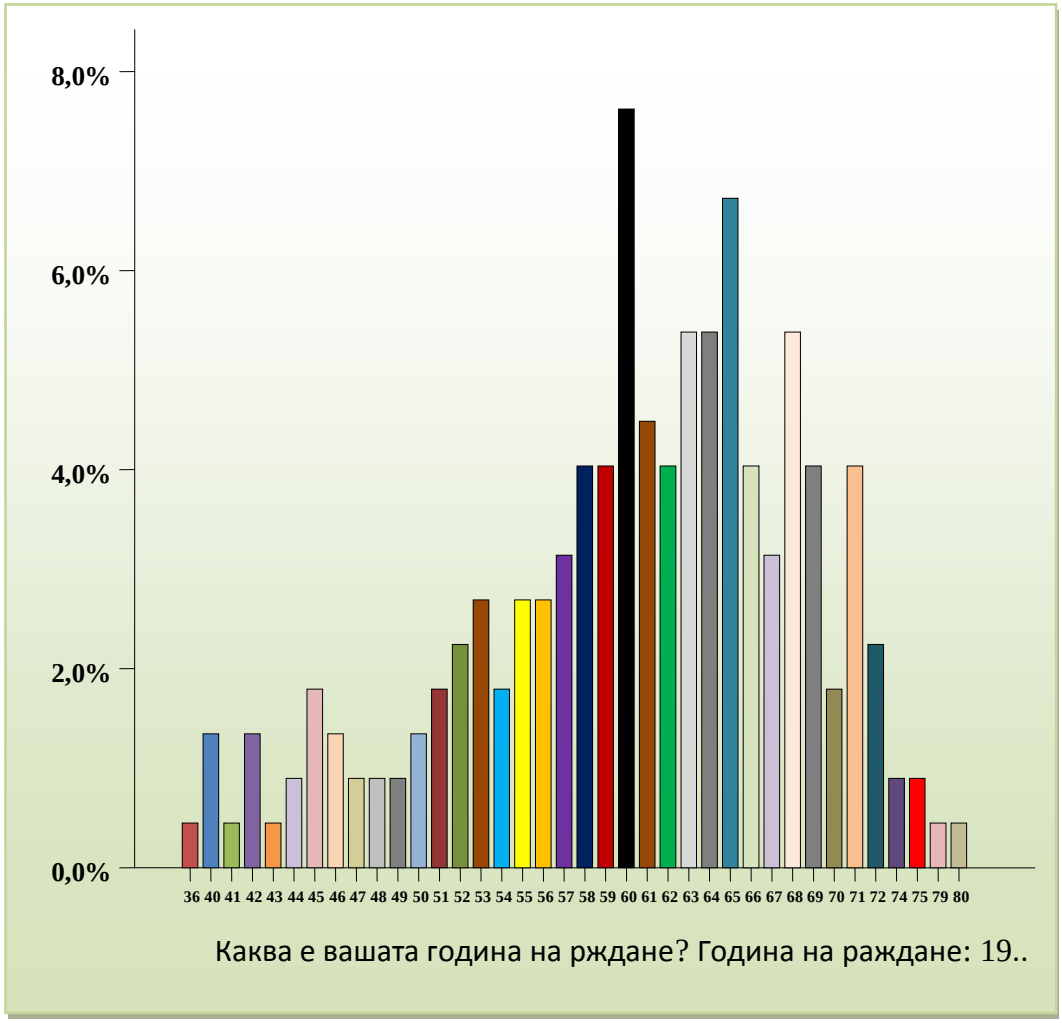
Социално-демографските характеристики на изследваните лица показват определени измерения, описани по-долу.

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



Фиг. 1: Процентно разпределение по пол

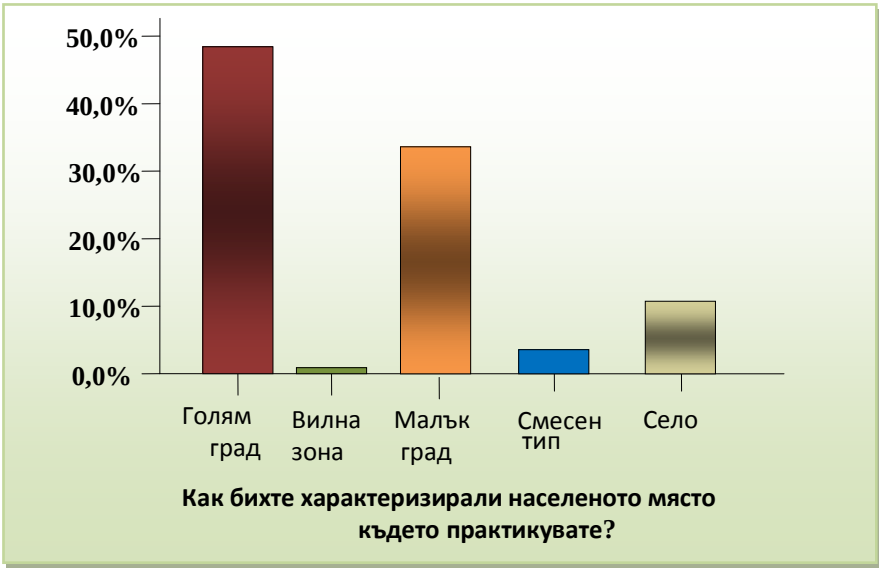
От своя страна, разпределението по възраст показва, че най-много са лекарите във възрастовата група от 51 до 60 г. Относителните дялове по възраст според годината на раждане са отразени във фигура 2.



Фиг. 2: Процентно разпределение по година на раждане

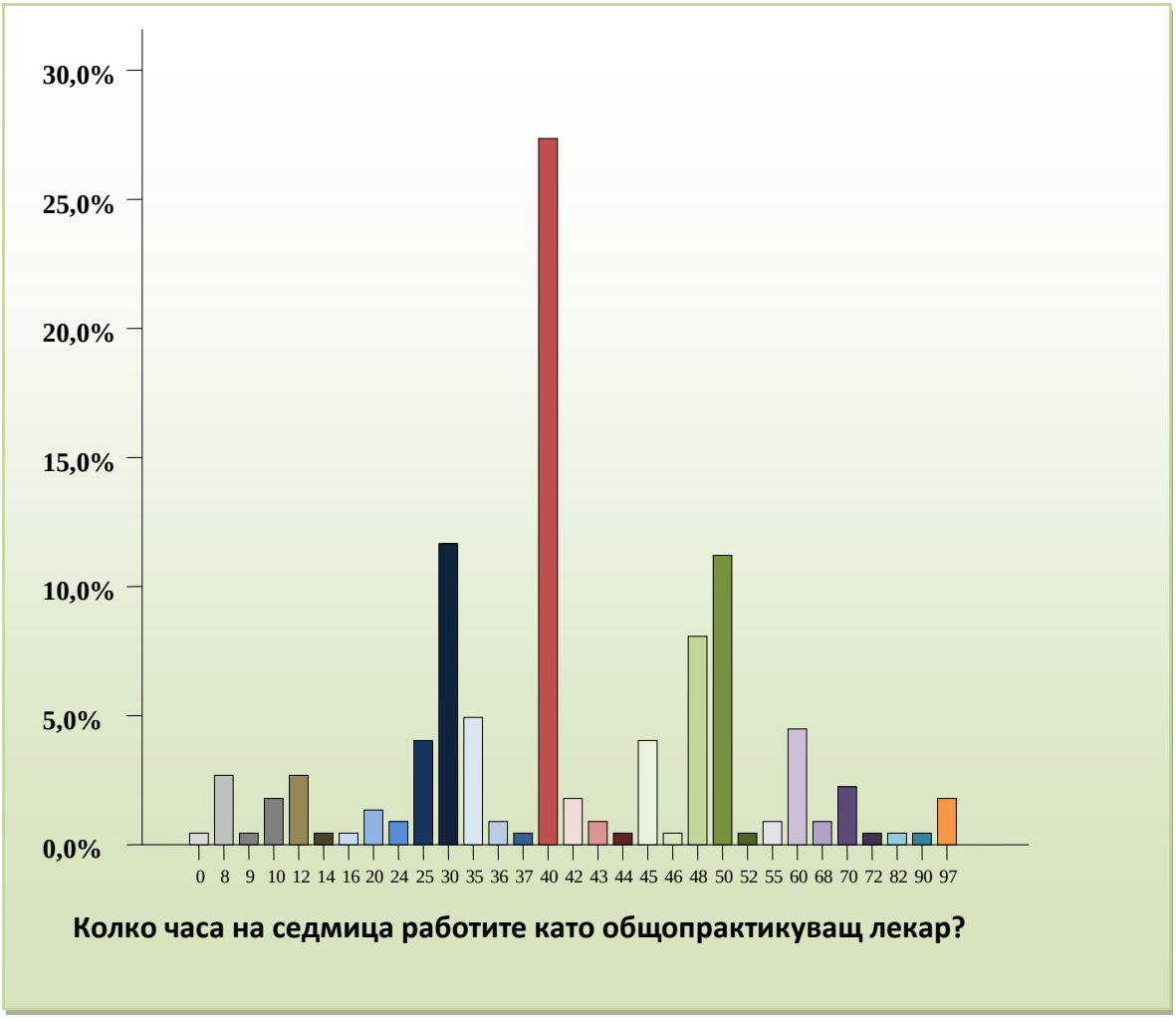
По отношение на особеностите на общите практики се наблюдават следните закономерности:

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



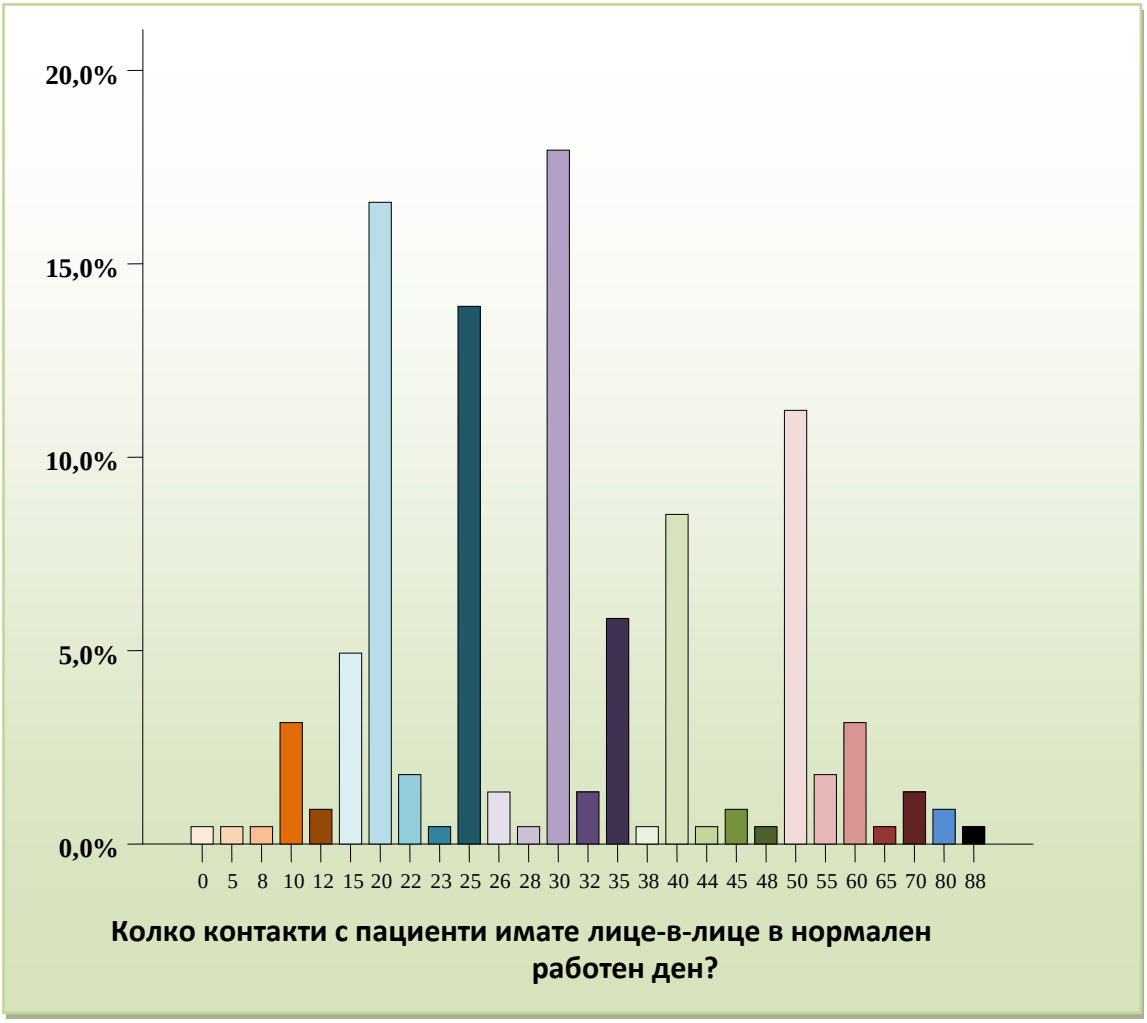
Фиг. 3: Процентно разпределение по населено място

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



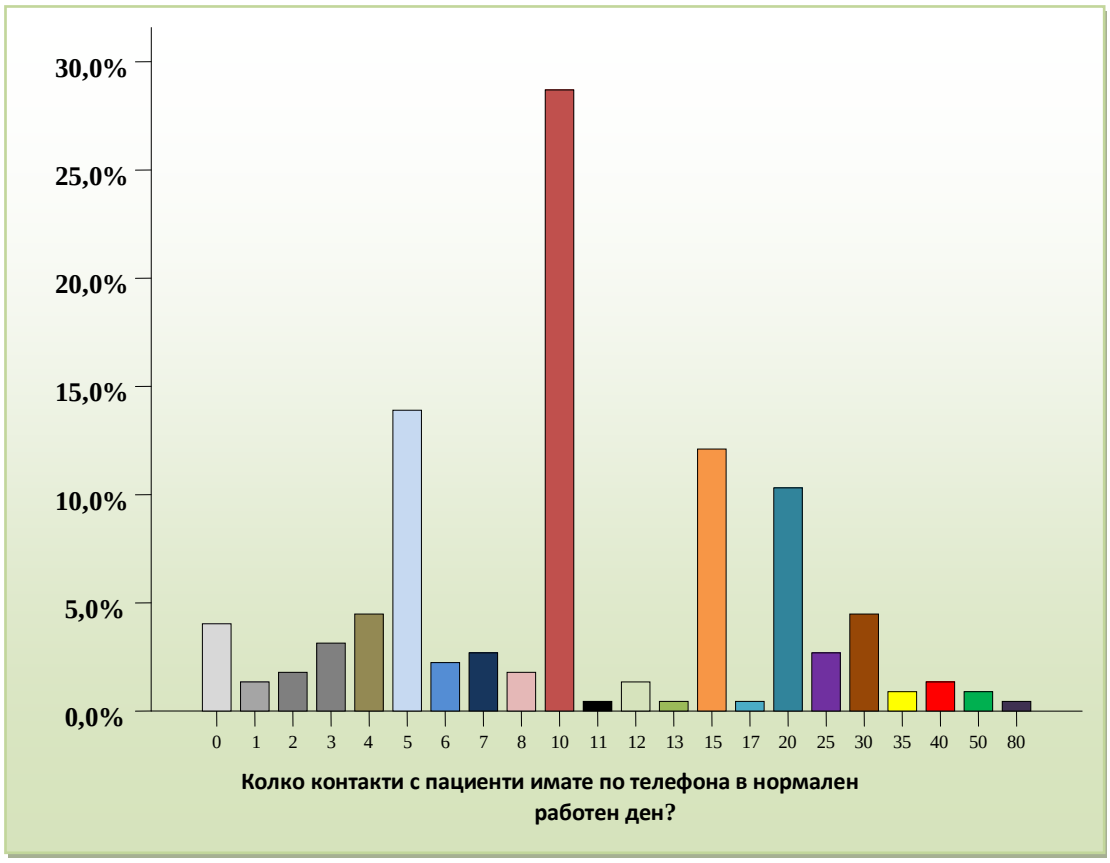
Фиг. 4: Процентно разпределение по седмична натовареност в часове дневно

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



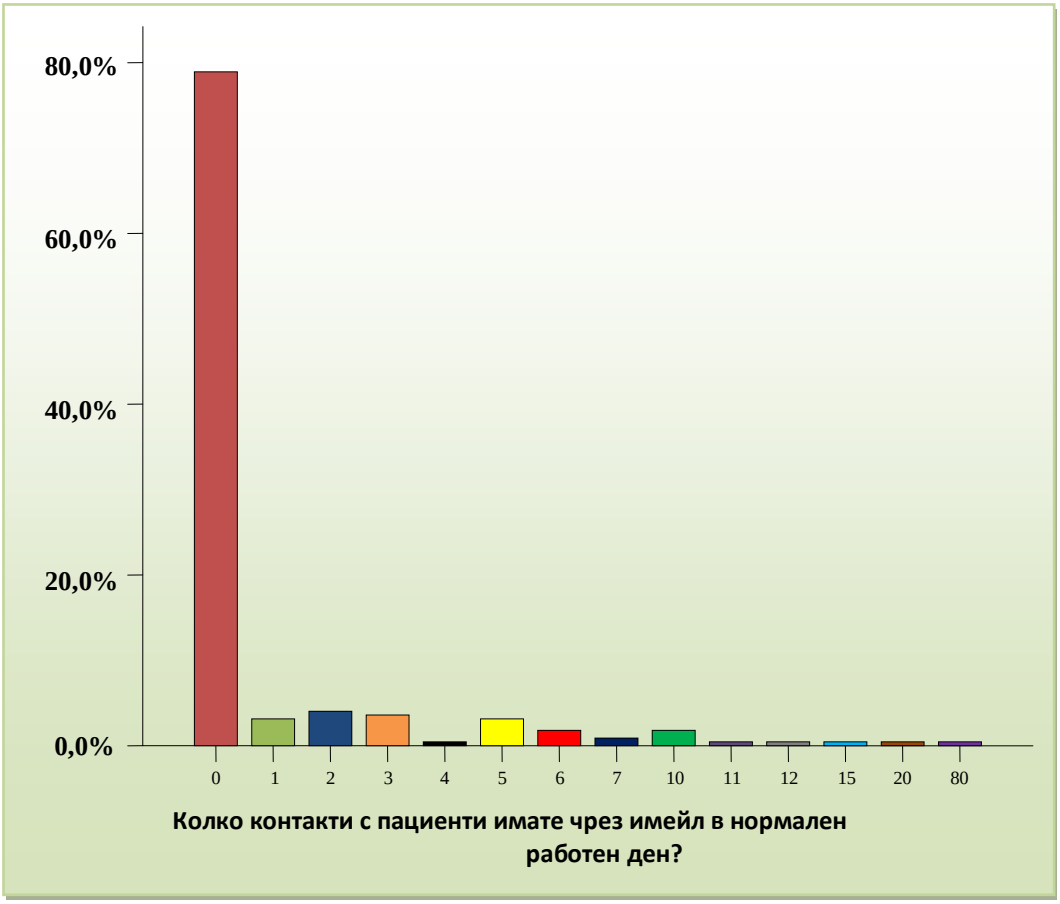
Фиг. 5: Процентно разпределение по дневна натовареност в брой пациенти

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



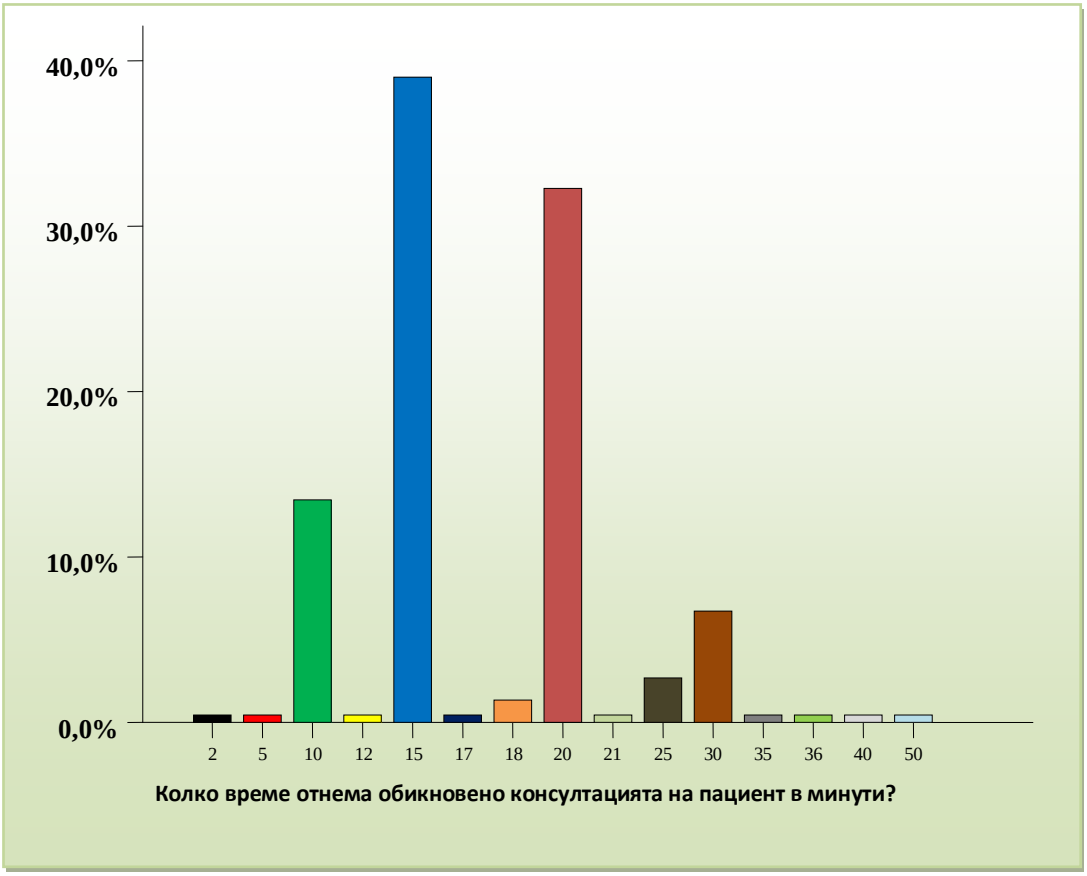
Фиг. 6: Процентно разпределение по брой консултирани по телефона дневно

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



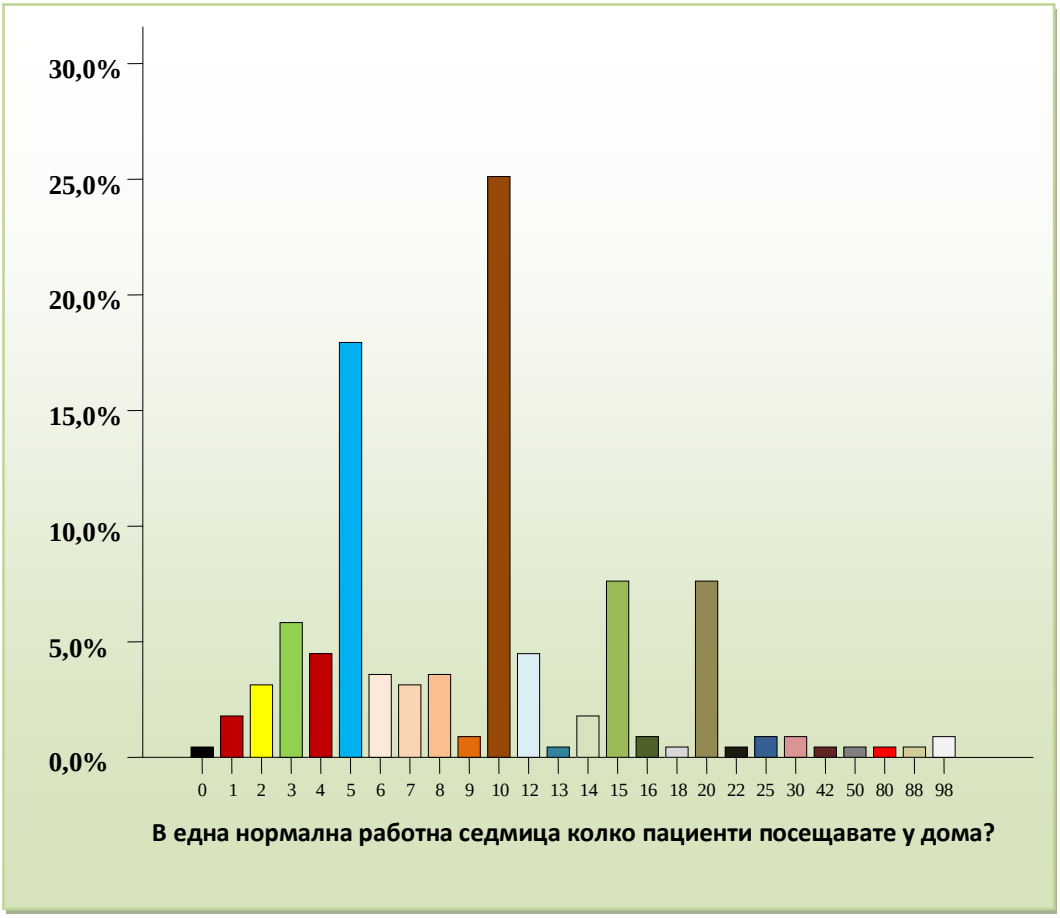
Фиг. 7: Процентно разпределение по брой консултирани чрез имейл дневно

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



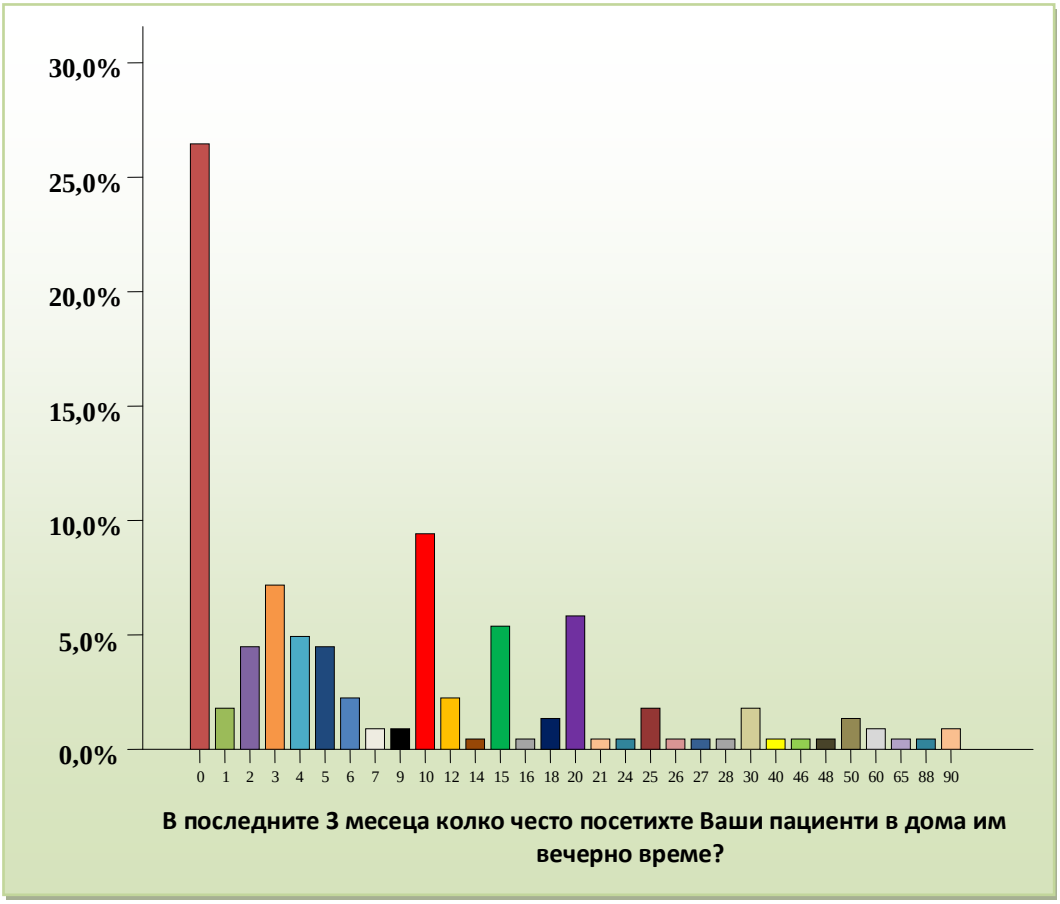
Фиг. 8: Процентно разпределение по отделяно време на пациент

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



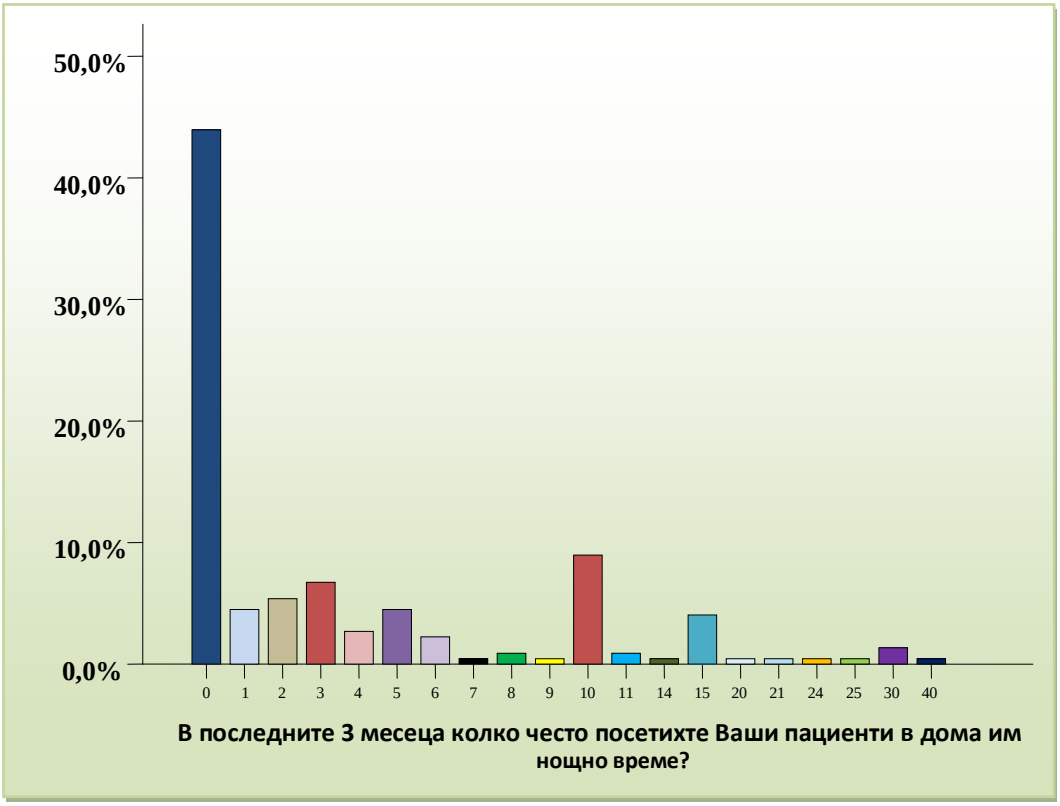
Фиг. 9: Процентно разпределение по брой домашни посещения на седмица

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



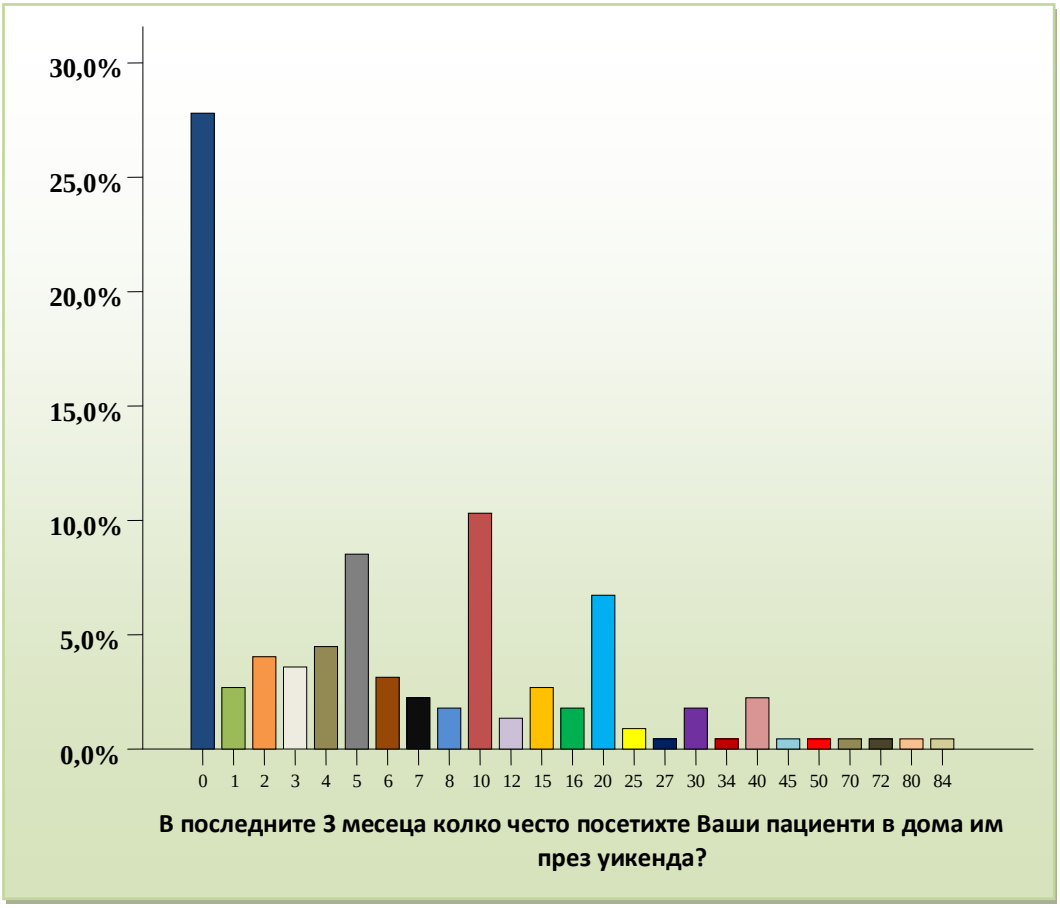
Фиг. 10: Процентно разпределение по брой вечерни посещения на тримесечие

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



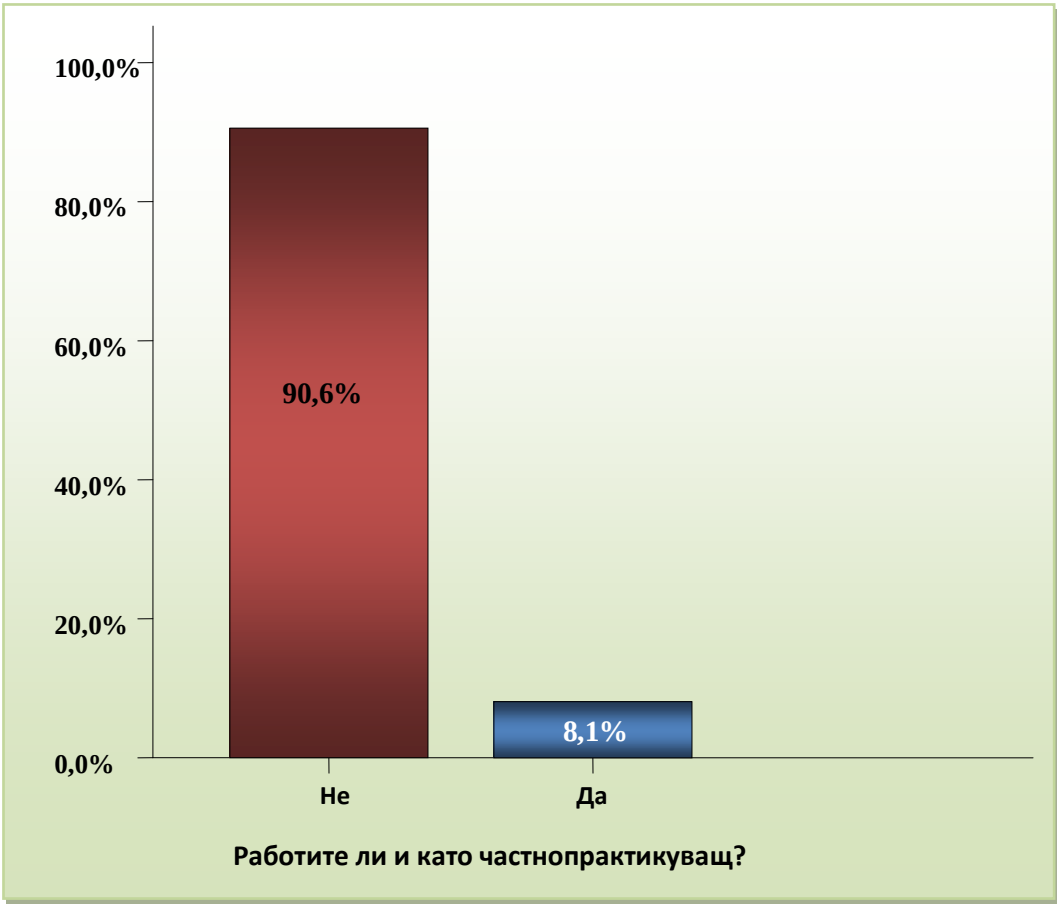
Фиг. 11: Процентно разпределение по брой нощни посещения на тримесечие

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

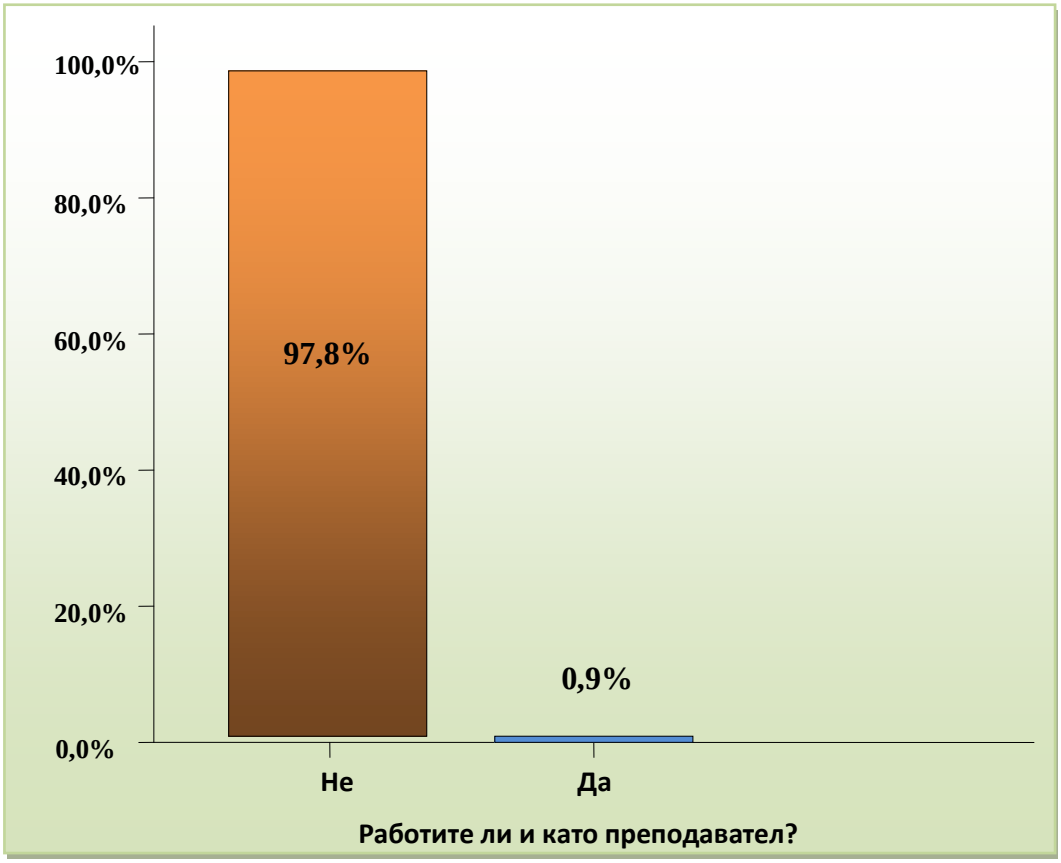


Фиг. 12: Процентно разпределение по брой посещения през уикенда на тримесечие

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

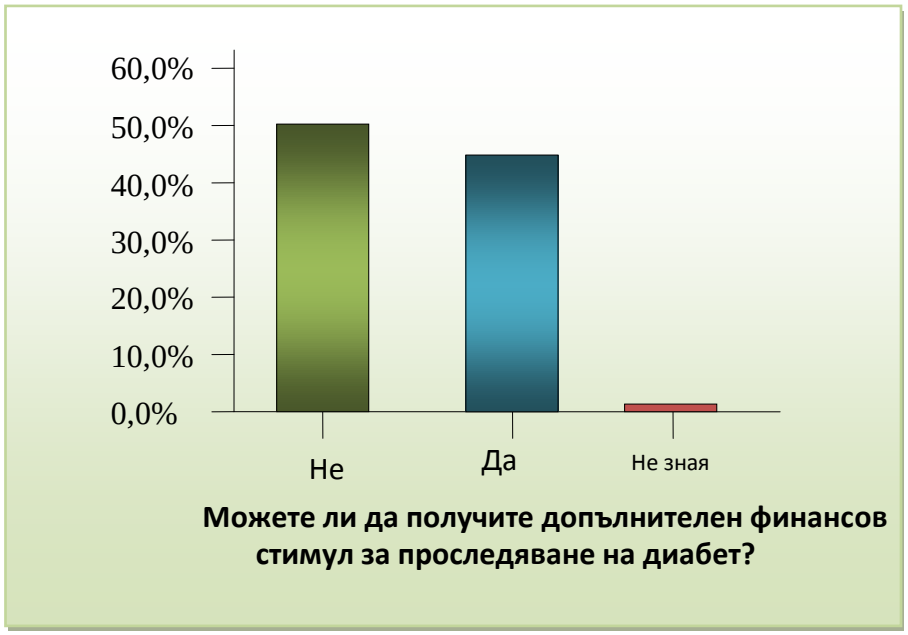


Фиг. 13: Процентно разпределение по брой работещи втора работа



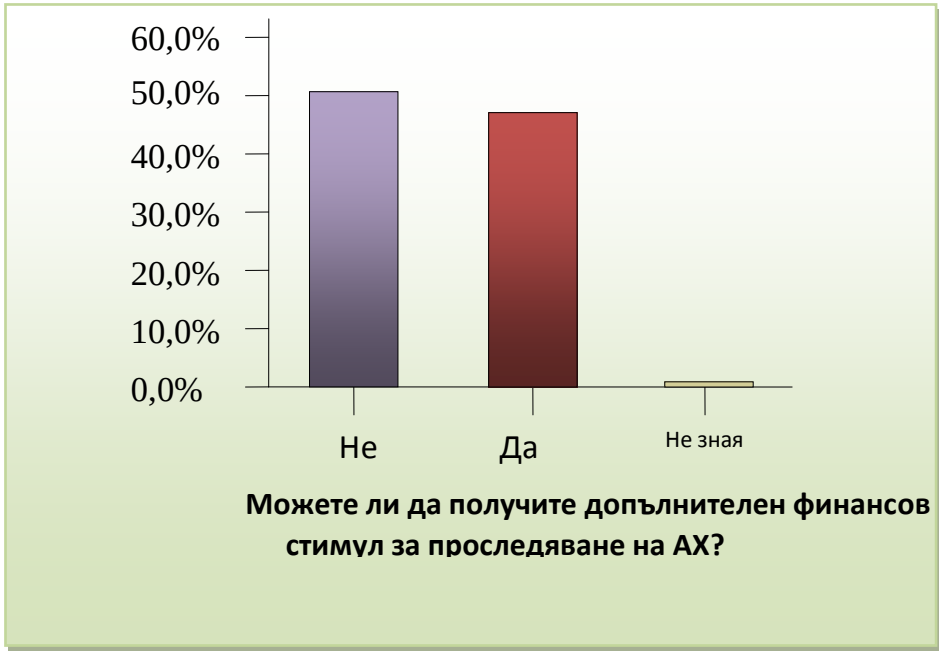
Фиг. 14: Процентно разпределение по брой работещи втора работа

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



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

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



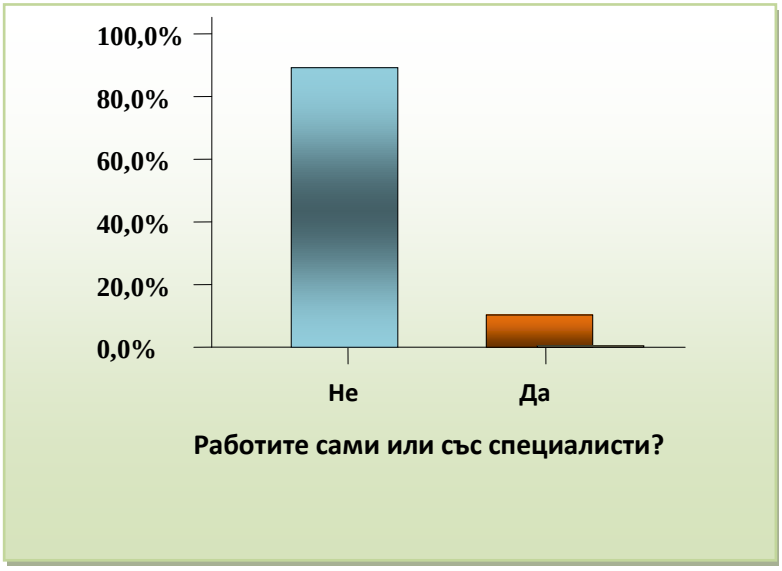
Фиг. 16: **Можете ли да получите допълнителен финансов стимул или бонус за проследяване на пациенти с хипертония?**

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



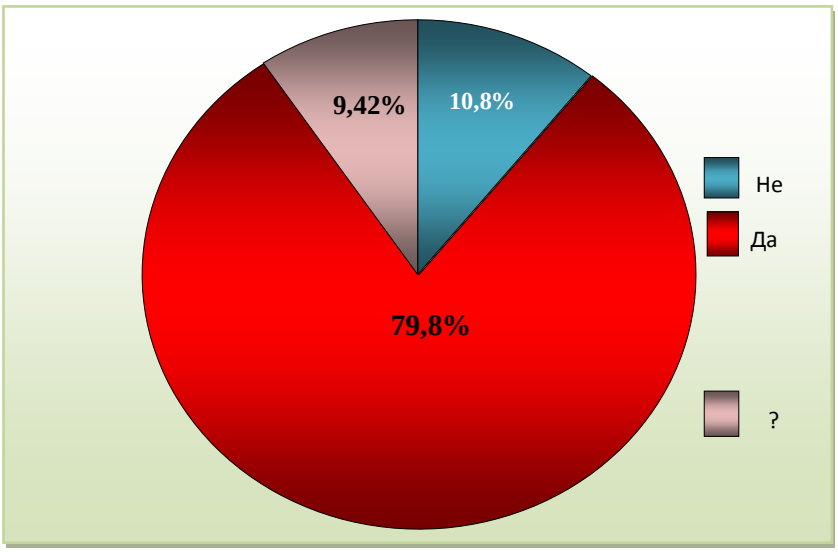
Фиг. 17: **Процентен дял на независимо работещите ОПЛ**

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



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

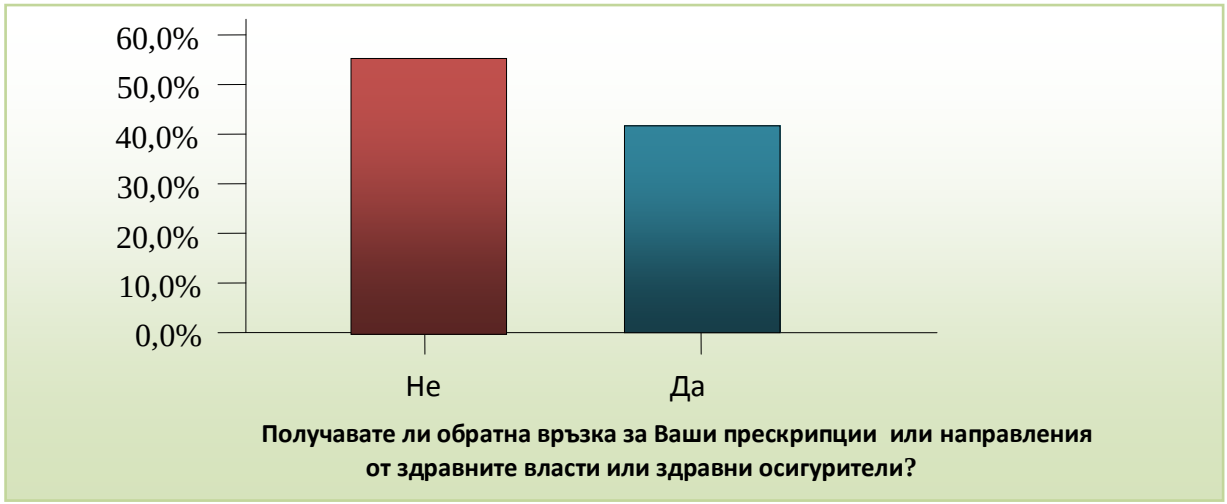
На въпроса Работи ли медицинска сестра във Вашата практика/център? преобладаващото мнозинство ОПЛ – 79,8%, отговарят утвърдително. В 10,8% от общите практики не работи медицинска сестра. Учудващо висок е процентът на отговорите Не зная – 9,42%. Резултатите са представени на фигура 19.



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

На въпроса оценяващ вертикалното интегриране на общата практика Получавате ли обратна връзка за Ваши прескрипции или направления от здравните власти или здравни

осигурители, 124 ОПЛ – 57,1% отговарят с Не, а 93 ОПЛ – 42,9%, отговарят с Да. Резултатите са представени на фигура 20.



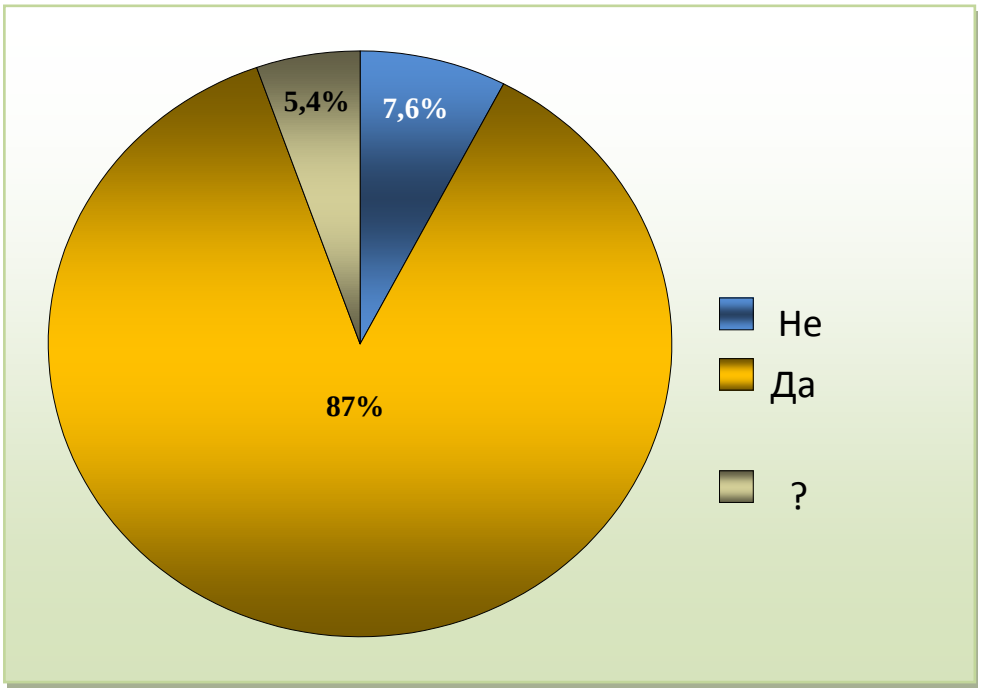
Фиг. 20: **Процентен дял на получаващите обратна връзка ОПЛ**

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



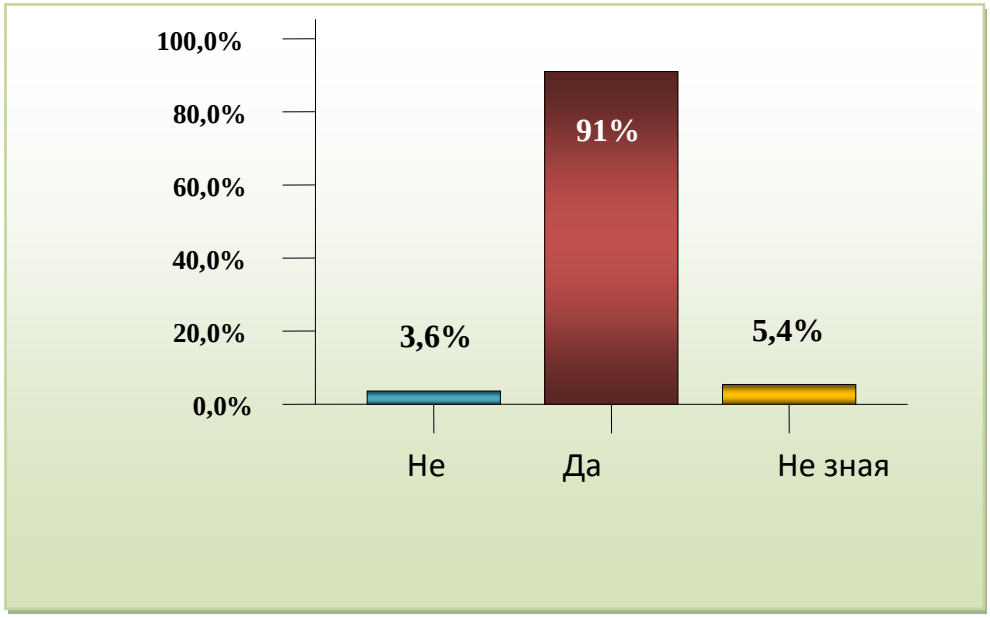
Фиг. 21: **Процентен дял на проучилите удовлетвореността**

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



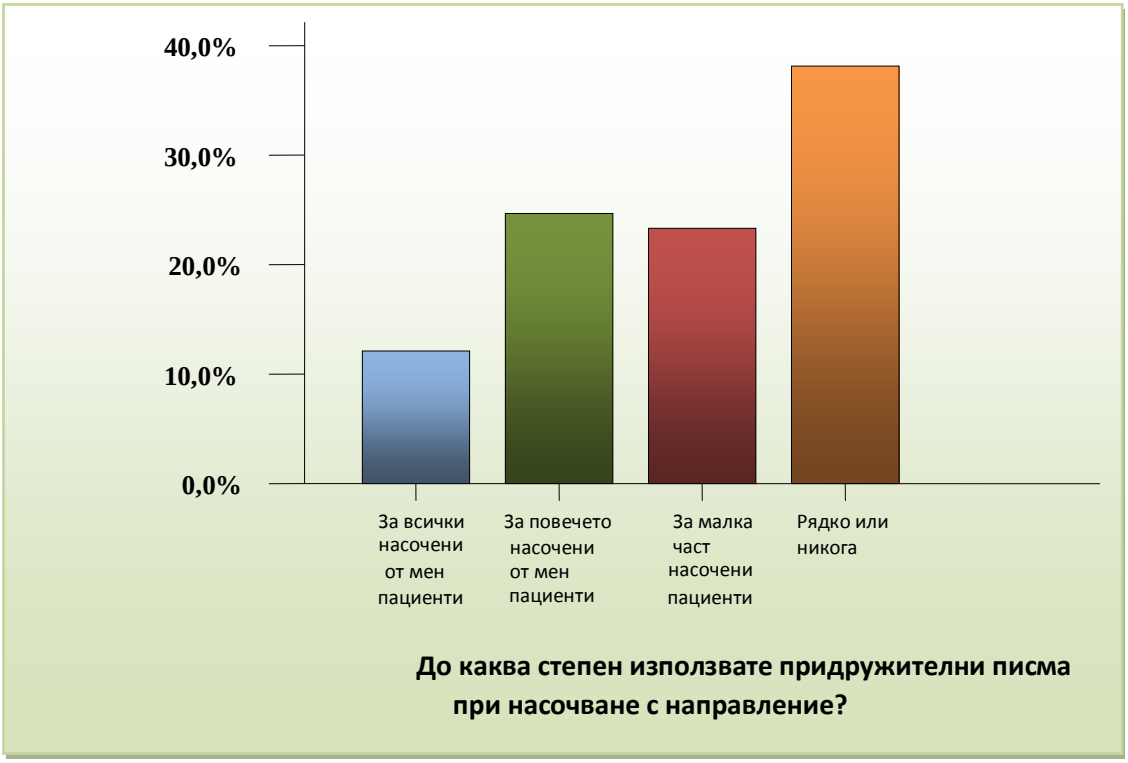
Фиг. 22: **Лекарска чанта за спешни случаи и домашни посещения**

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



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

На въпроса До каква степен използвате придружителни писма (включително детайли по предполагаемата диагноза и възможните тестови резултати), когато насочвате пациент към специалист с направление, 27 ОПЛ – 12,3% отговарят за всички насочени пациенти, 55 ОПЛ – 25,1%, отговарят за повечето насочени пациенти, 52 ОПЛ – 23,7% отговарят за малка част от насочените пациенти, а цели 85 ОПЛ – 38,8%, отговарят с рядко или никога. Резултатите са представени на фигура 24.



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

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

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

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

По отношение оборудването на общите практики у нас отговорите на анкетираните показват следните абсолютни числа и процентни дялове на ОПЛ, които **не са оборудвани с**:

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

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

В моята практика/център – 95 души от 215 отговорили с относителен дял 44,2%. С **Директен достъп извън моята практика/център (резултати в рамките на 48 часа)** са отговорили 124 общопрактикуващи с относителен дял 57,7%.

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

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

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

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

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

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

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

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

Въпросник 2 – пациенти (ценности и нагласи на пациентите)

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

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

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

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

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

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

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

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

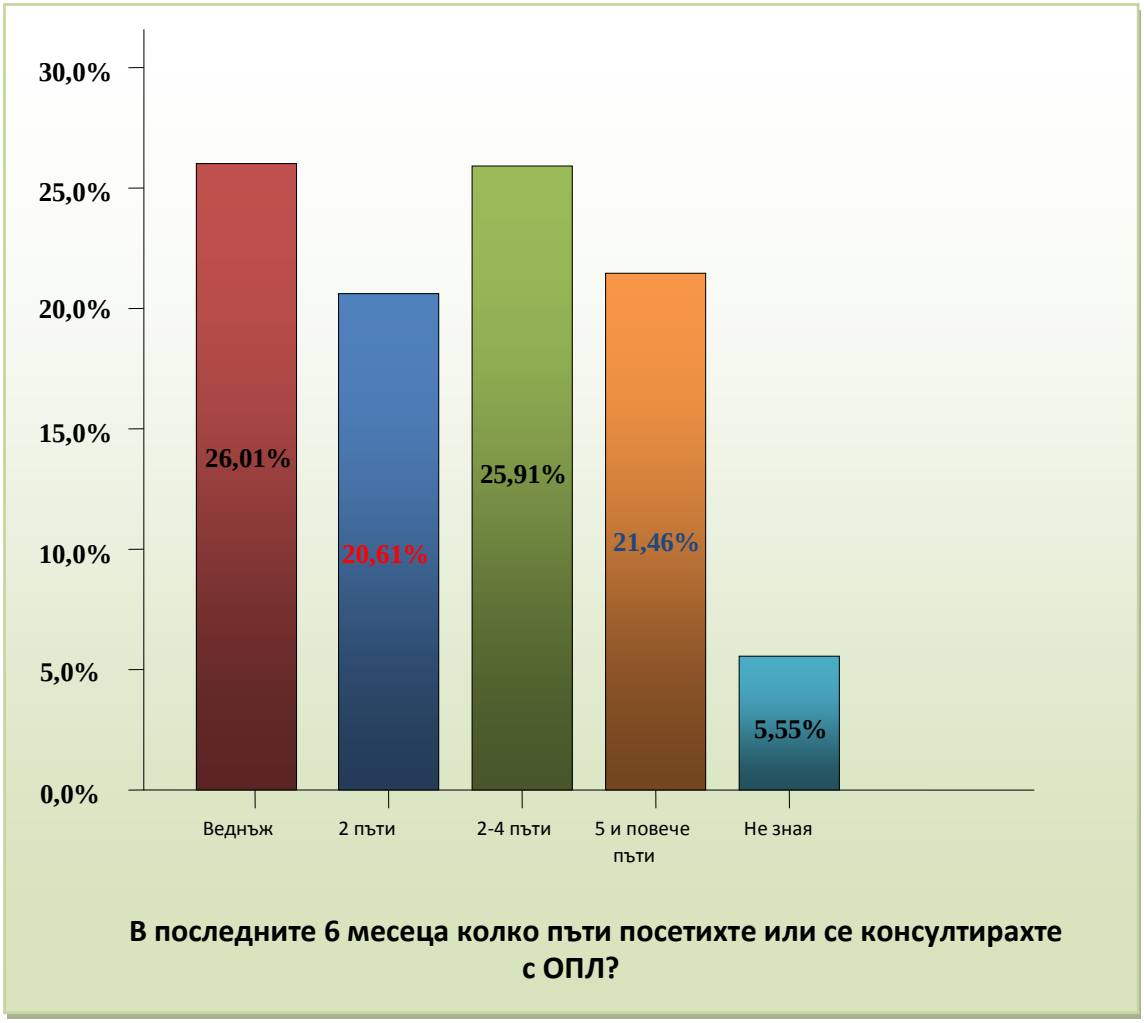
Табл.4: **Какво пациентите считат за важно**

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

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

Въпросник 3 – пациенти (опит на пациентите)

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



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

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

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

Табл.6: **Впечатления на пациентите**

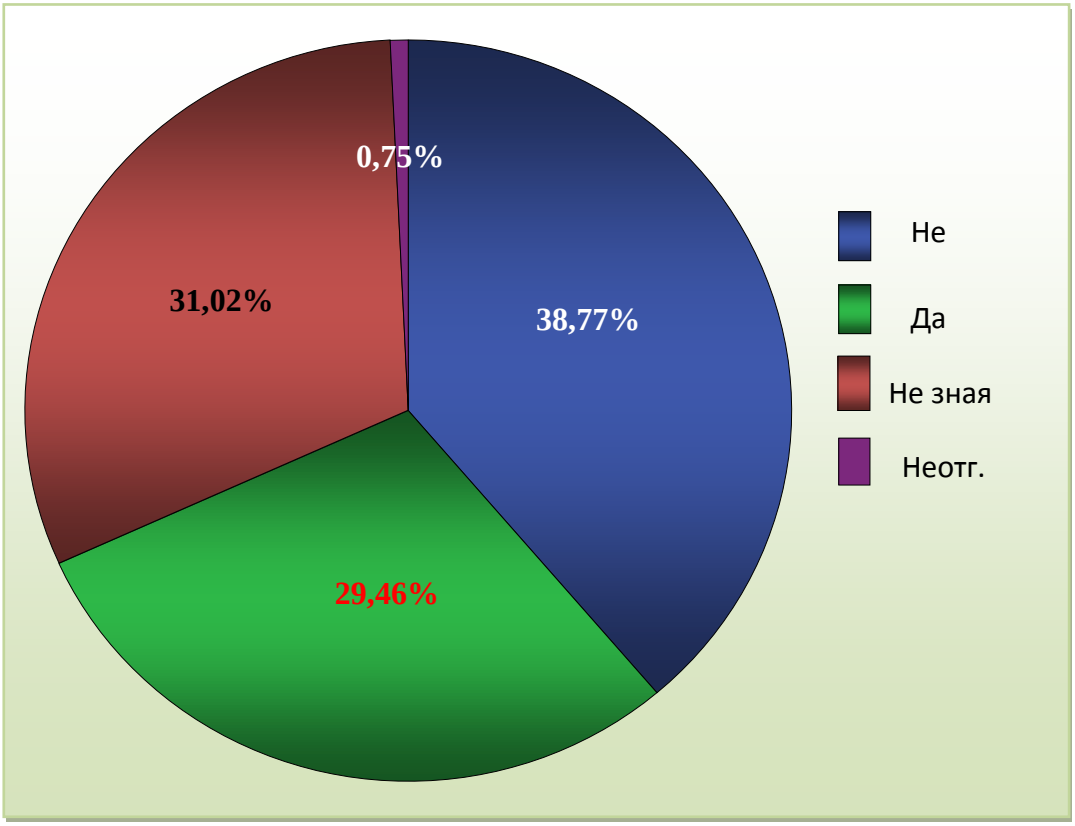
	Лекарят знае важни неща за състоянието ми	Лекарят познава битовите ми условия	Този лекар може да помогне не само с медицински, но и лични проблеми	След посещението чувствам, че мога се справям с проблемите си
Не	206	642	637	232
Да	1610	1075	729	1346
Не зная	166	251	600	392

Табл.7: **Впечатления на пациентите**

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

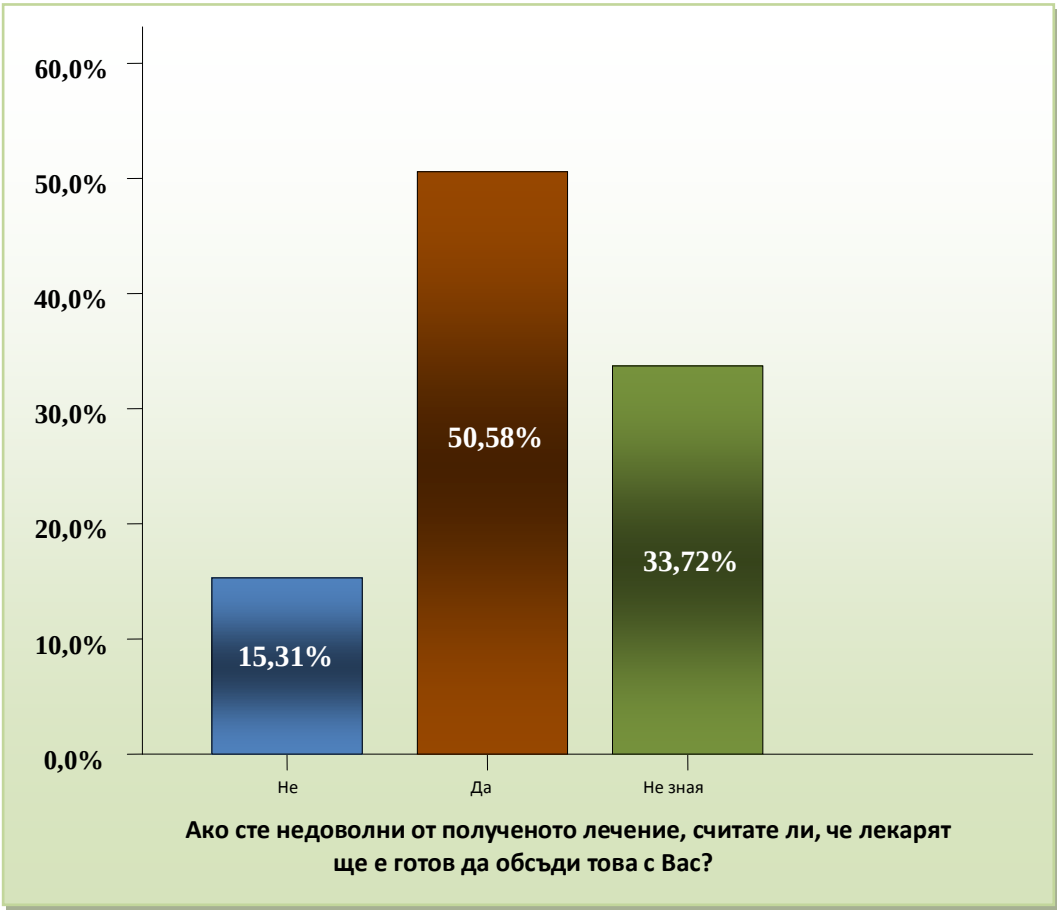
Табл.8: **Впечатления на пациентите**

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



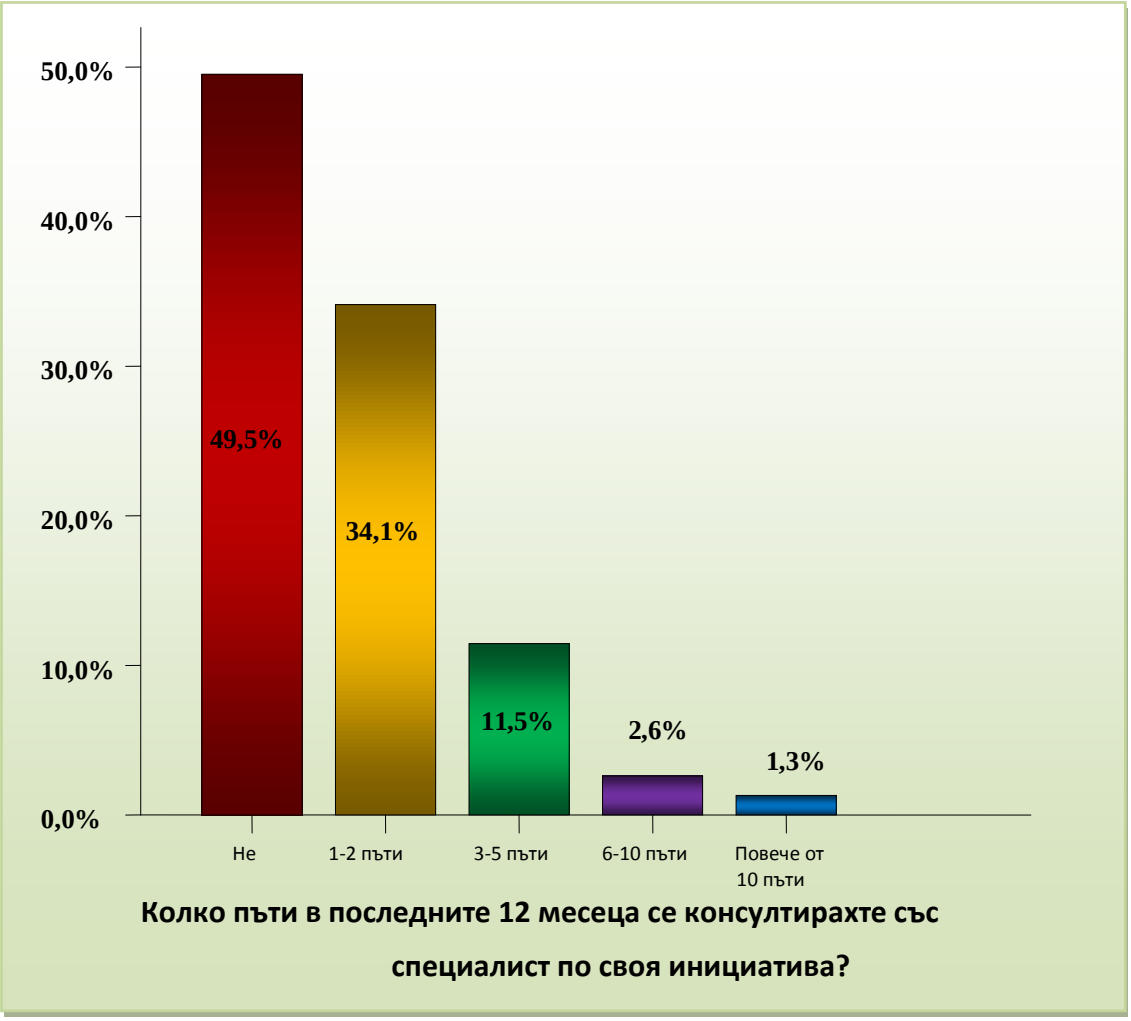
Фиг. 26: **Труден ли е достъпа до ОПЛ вечер, нощем и през уикенда?**

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



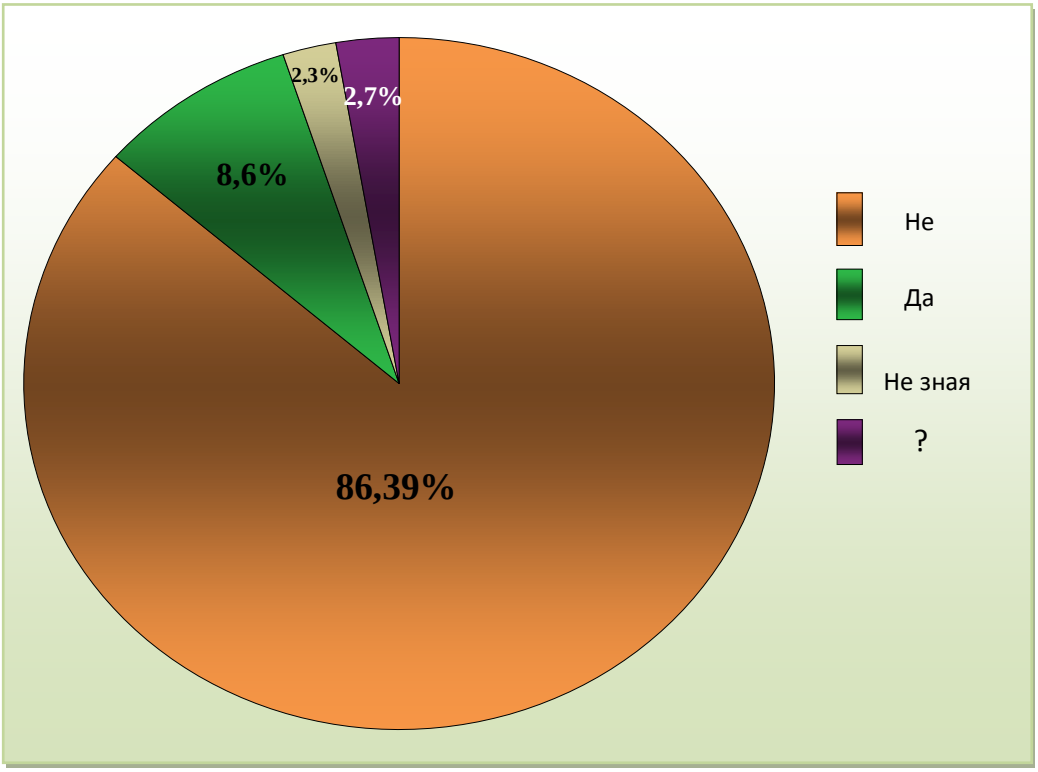
Фиг. 27: **Процентен дял на отговорилите пациенти**

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



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

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



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

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

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

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

ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ИЗВОДИ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ПРЕПОРЪКИ

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

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

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

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

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

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

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

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

ПРИНОСИ

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

Научно-теоретични приноси:

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

Научно-образователни приноси:

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

Научно-приложни приноси:

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

Приложение 1: Въпросник

Общопрактикуващи лекари

Лична информация

1. Вие сте мъж или жена?
❒ Мъж
❒ Жена

2. Коя е Вашата година на раждане? Моля попълнете:
Година на раждане: 19__

3. Извън тази страна ли сте родени?
❒ Не
❒ Да

Вашата практика

4. Как бихте характеризирали мястото, където практикувате понастоящем?
❒ (Централна зона на) град
❒ Предградие
❒ (Малък) град
❒ Смесен градско-селски тип
❒ Село

5. Какъв е (приблизителният) размер на обслужваното от Вашата практика население?
Ако нямате формален списък, моля оценете броя хора, които разчитат на Вас за първична медицинска помощ (в групова практика: оценете Вашия дял от населението).
Брой пациенти: ____

6. До каква степен смятате, че населението обслужвано от Вашата практика се сравнява със средното национално равнище по отношение на следните категории:

	Под средното	Средно	Над средното	Не зная
1. Възрастни хора (над 70 години)	❒	❒	❒	❒
2. Социално слаби хора	❒	❒	❒	❒
3. Имигранти	❒	❒	❒	❒

Вашите задължения

7. Колко часове на седмица работите като ОПЛ (<u>изключвайки</u> допълнителна заетост и услуги на повикване или извън работно време)?
___ часове на седмица

8. Колко от тези часове прекарвате в директни пациентски грижи (консултации, домашни визити, телефонни консултации)? ___ часове на седмица

9. Колко контакти с пациенти имате в нормален работен ден?

1. Лице в лице във Вашия кабинет (брой) ___ на ден
2. По телефона ___ на ден
3. Чрез e-mail ___ на ден

10. Колко време отнема обикновено консултация на пациент във Вашия кабинет? ___ минути (Отворен)

11. В една нормална работна седмица, колко пациенти виждате:

1. На домашни визити ___ на седмица
2. В болница ___ на седмица
3. В домове за възрастни хора ___ на седмица

12. В последните три работни месеца (без да се броят празнични дни), колко често и за колко време имахте задължения през вечери, нощи и уикенди:

1. През вечер(и) ___ пъти; общо ___часове
2. През нощ(и) ___ пъти; общо ___часове
3. В събота или неделя ___ пъти; общо ___часове

13. Освен Вашата работа като ОПЛ в тази практика, имате ли и други платени професионални задължения? (възможен е повече от един отоговор)

❒ Не
❒ Да, като лекар (не ОПЛ) на частни пациенти
❒ Да, в институция (напр. старчески дом, затвор)
❒ Да, като фирмен лекар
❒ Да, в медицинското образование
❒ Да, друго

14. Какво е приблизителното време, което отделяте на следните дейности на месец?

	До 2 часа	2-5 часа	5-10 часа	10-15 часа	Повече от 15 часа
1. Четене, курсове или образование	❒	❒	❒	❒	❒
2. Преподаване	❒	❒	❒	❒	❒
3. Изследвания, изработване на норми и др.	❒	❒	❒	❒	❒

Заетост и доход

15. Като ОПЛ, самонает ли сте или на заплата?

❒ На заплата с наемаща институция
❒ На заплата при друг ОПЛ
❒ Самонает с договор (и) със здравна служба или осигурител
❒ Самонает без договор

16. За всеки от следните компоненти моля укажете дали допринасят за Вашия доход и ако да, в какъв процент?

❒ Заплата __%
❒ Капитационни плащания (фиксирана сума на пациент за определен период от време) __%
❒ Такса за услуга от трета страна __%
❒ Директни плащания от пациенти __%
❒ Заплащане за представяне (например обвързано с достигане на цели)__ %
❒ Други източници __%

17. Получавате ли заплащане за:

1. Телефонни консултации ❒ Да ❒ Не

2. Email консултации ❒ Да ❒ Не

18. Получавате ли специално заплащане (по-високо от това за обичайни консултации) за: ❒ Да ❒ Не

1. Контакти с пациенти през вечери/ уикенди ❒ Да ❒ Не
2. Домашни посещения

19. Плащат ли Ви, за да бъдете достъпен за пациенти през вечерите / уикендите (В допълнение към друго възможно заплащане за самите контакти)? ❒ Да ❒ Не

20. Можете ли да получите допълнителен финансов стимул или бонус за:

1. Проследяване на пациенти с диабет ❒ Да ❒ Не ❒ Не зная
2. Проследяване на пациенти с хипертония ❒ Да ❒ Не ❒ Не зная
3. Достигане на цели свързани със скрининг или профилактика ❒ Да ❒ Не ❒ Не зная
4. Брой направления под определено равнище ❒ Да ❒ Не ❒ Не зная
5. Наличие на пациенти в неравностойно положение в практиката Ви ❒ Да ❒ Не ❒ Не зная
6. Работа в отдалечен район

21. Какъв беше Вашият (приблизителен) годишен брутен доход като ОПЛ (преди облагане с данъци и изключвайки разходи по практиката и за персонал) през 2010 (изразено в местната валута)? ____

Персонал във Вашата практика

22. Сами ли работите или в общи помещения с един или повече ОПЛ и/или медицински специалисти? Моля, попълнете и техния брой Еквиваленти на пълно аботно време (ЕПРВ). (Например: един лекар работещ 5 дни в седмицата и 2 други лекари, всеки работещ по 2 дни в седмицата, което прави 1.8 ЕПРВ).

	ЕПРВ
❒ Сам/а	
❒ С други ОПЛ в общи помещения, а именно __ ОПЛ (попълнете броя им)	брой ___ ЕПРВ
❒ С медицински специалист(и) в общи помещения, а __ специалисти (попълнете броя им)	брой ___ ЕПРВ
❒ Както с ОПЛ, така и с медицински специалисти в общи помещения; техният общ брой е: __ (попълнете броя им)	брой ___ ЕПРВ

23. Работят ли служители с някоя от следните специалности във Вашата практика/център?	Да	Не	Не зная
	❒	❒	❒

	Да	Не	Не зная
1. Рецепционист/медицински секретар	❒	❒	❒
2. Медицинска сестра			
3. Фелдшер (или друг с функция между сестра и лекар)	❒	❒	❒
4. Лабораторен техник	❒	❒	❒
5. Мениджър на центъра или практиката (който не е лекар)	❒	❒	❒
6. Санитарен инспектор/сестра домашни грижи	❒	❒	❒
7. Психиатрична сестра	❒	❒	❒
8. Акушерка	❒	❒	❒
9. Физиотерапевт	❒	❒	❒
10. Зъболекар	❒	❒	❒
11. Аптекар	❒	❒	❒
12. Социален работник	❒	❒	❒

Обезпечаване на качество

24. Използвате ли клнични насоки (стандарти) при лечение на следните? Моля отбележете още дали смятате, че тези насоки са базирани на последните налични научни доказателства:	*Употреба*	*Базирани на последните налични научни доказателств*
1. Сърдечно-съдови заболявания	❒ Да ❒ Не	❒ Да ❒ Не ❒ Не зная
2. Астма или ХОББ	❒ Да ❒ Не	❒ Да ❒ Не ❒ Не зная
3. Депресия	❒ Да ❒ Не	❒ Да ❒ Не ❒ Не зная
4. Диабет	❒ Да ❒ Не	❒ Да ❒ Не ❒ Не зная
5. Хипертония	❒ Да ❒ Не	❒ Да ❒ Не ❒ Не зная

25. В последните 12 месеца, случвало ли се е следното във Вашата практика/център?	
1. Проверка на медицинската документация от здравна институция или застраховател?	❒ Да ❒ Не
2. Обратна връзка за Вашите прескрипции или направления от здравна институция или застраховател?	❒ Да ❒ Не
3. Неформална обратна връзка от колеги ОПЛ (във формат рецензия или визитация в практиката)?	❒ Да ❒ Не
4. Проучване на удовлетвореността на Вашите пациенти?	❒ Да ❒ Не
5. Информация получена от работещи в общността или местни власти относно проблеми на здравето или благосъстоянието в обслужваната от Вашата практика област?	❒ Да ❒ Не

Безопасност на пациента

26. Прилагат ли се следните мерки за безопасност във Вашата практика?

1. Има списък със спешните лекарства, които трябва да са в наличност	❒ Да ❒ Не ❒ Не зная
2. Всички лекарства се съхраняват безопасно (недостъпни за деца, пациенти)	❒ Да ❒ Не ❒ Не зная
3. Острите и режещи инструменти се изхвърлят в специален контейнер	❒ Да ❒ Не ❒ Не зная
4. Има достатъчно налични пожарогасители	❒ Да ❒ Не ❒ Не зная

27. Обучен ли е персоналът на рецепцията във Вашата практика/център в първа помощ?	❒ Да ❒ Не ❒ Не зная ❒ Неприложимо (няма такъв персонал)

28. Може ли някой, който чисти офиса Ви да разгледа пациентските файлове (документи)?

❒ Да ❒ Вероятно ❒ Не

Оборудване в практиката

29. Моля, отбележете оборудването използвано в практиката Ви, от Вас или Вашия персонал:

Лаборатория
❒ Хемоглобинометър
❒ Тест набор за кръвна глюкоза
❒ Холестерол метър
❒ Брояч на кръвни клетки

Образна диагностика
❒ Офталмоскоп
❒ Проктоскоп
❒ Отоскоп
❒ Гастроскоп
❒ Сигмоидоскоп
❒ Рентген
❒ Ултразвук за коремна кухина/плод
❒ Микроскоп

Функционални проби
❒ Аудиометър
❒ Велоергометър
❒ Тонометър
❒ Пийк-флоу метър
❒ Спирограф
❒ Електрокардиограф
❒ Апарат за измерване на кръвно налягане
❒ TENS (транскутанна електрическа нервна стимулация)
❒ Инфузионен набор
❒ Лекарска чанта за спешни случаи и домашни посещения

Други
❒ Урологичен катетър
❒ Коагулометър
❒ Набор за малка хирургия
❒ Набор за поставяне на шевове
❒ Дефибрилатор
❒ Спринцовки за еднократна употреба
❒ Ръкавици за еднократна употреба
❒ Хладилник за лекарства и ваксини
❒ Ресусцитационно оборудване

30. Как получавате достъп до лаборатории?

❒ В моята практика/център
❒ Директен достъп извън моята практика/център (резултати в рамките на 48 часа)
❒ Директен достъп извън моята практика (резултати след повече от 48 часа)
❒ Недостатъчен достъп

31. Как получавате достъп до рентгенова апаратура?

❒ В моята практика/център
❒ Директен достъп извън моята практика/център (резултати в рамките на 48 часа)
❒ Директен достъп извън моята практика (резултати след повече от 48 часа)
❒ Недостатъчен достъп

Локализация на практиката

32. Какво е разстоянието по път от (главната) сграда на Вашата практика до:

	В същата сграда	По-малко от 5 km	5-10 km	11-20 km	Повече от 20 km
1. Най-близката ОПЛ практика (не във Вашата група или център)	❒	❒	❒	❒	❒
2. Най-близката консултативна/амбулаторна клиника (независима или част от болница)	❒	❒	❒	❒	❒
3. Най-близката многопрофилна или университетска болница	❒	❒	❒	❒	❒

Работни часове

33. Колко часа е отворена за пациенти в един типичен работен ден Вашата практика/център?

____ часа за работен ден

34. Възможно ли е за Вашите пациенти да посетят Вашата практика/център:

1. След 18h00 (поне веднъж седмично) ❒ Да ❒ Не
2. В събота или неделя (поне веднъж месечно) ❒ Да ❒ Не

Помощ в извънработно време

35. Когато Вашата практика/център са затворени, как пациентите Ви получават достъп до (неспешни) медицински услуги?

❒ Неприложимо (Винаги съм на разположение за моите пациенти)
❒ На разположение съм на ротационен принцип с група ОПЛ
❒ Не съм на разположение, но други ОПЛ са достъпни на ротационен принцип
❒ Други лекари (не ОПЛ) осигуряват

помощ в извънработно време
❒ Други уговорки

Система на уговаряне на часове и време на изчакване

36. Какъв процент от Вашите консултации с пациенти са уговорени предварително? Около _____%

37. Имате ли часове за непланиран прием? ❒ Да ❒ Не

Достъп на пациентите

38. В последните 12 месеца правили ли сте някога едно от следните, за да снижите финансовите бариери пред социално слаби пациенти: ❒ Да ❒ Не

1. Предоставяне на безплатни лекарства ❒ Да ❒ Не
2. Изписване на най-евтините генерици
3. Отказ от таксуване (напр. доплащане) ❒ Да ❒ Не
4. Изпращане на пациента с направление към евтини или безплатни вторични грижи ❒ Да ❒ Не

39. В последните 12 месеца, колко често сте наблюдавали пациенти да отлагат посещения по финансови съображения? ❒ Често ❒ Рядко ❒ Никога

Нови пациенти

40. Ако поемете нови пациенти в практиката си, получавате ли медицинските им досиета от техните предишни лекари?
❒ Да, винаги или обикновено
❒ Само понякога
❒ Рядко или никога

41. Ако поемете нови пациенти в практиката си, Вие или Вашата сестра, провеждате ли встъпителна беседа?
❒ Да, винаги или обикновено
❒ Само понякога
❒ Рядко или никога

42. Какви ограничения прилагате по отношение поемането на нови пациенти? (Възможен е повече от един отговор)
❒ Няма ограничения (приемам всеки)
❒ Не поемам нови пациенти над определен брой
❒ Не поемам нови пациенти над определена възраст
❒ Не поемам нови пациенти над обслужвания географски район
❒ Използвам период на изчакване за нови пациенти
❒ Дали ще ги поема зависи от медицинската история на пациента

❒ Други условия

43. Предоставяте ли здравни грижи на лица, когато не получавате заплащане за това (например неосигурени или нелегални имигранти)?

❒ Да, винаги
❒ Само при спешни случаи
❒ Не
❒ Такива хора не идват в моята практика
❒ Непроложимо (в моята страна се заплаща за обслужване на неосигурени или нелегални имигранти)

Съхраняване на медицински досиета

44. Как съхранявате медицинските досиета на пациентите?

❒ Поддържам досиета, освен за минимални или тривиални оплаквания
❒ Поддържам досиета на всички редовно идващи пациенти
❒ Поддържам досиета, освен ако е много натоварено
❒ Поддържам досиета рутинно на всички пациенти по списък
❒ Не зная

45. Коя система на клинична класификация използвате за медицинските си досиета?

❒ МКПМ
❒ МКБ-9
❒ МКБ-10
❒ Друга
❒ Неприложимо (Не използвам компютър за медицинските си досиета)

46. Системата на медицинските Ви досиета включва ли нормално следната информация:
(Отбележете всички валидни)

❒ Неприложимо (Не използвам компютър за медицинските си досиета)
❒ Жилищна ситуация
❒ Етническа принадлежност
❒ Фамилна история на пациента (напр. депресия, рак)
❒ Тегло и ръст на пациента
❒ Тютюнопушене
❒ Кръвно налягане
❒ Причини за контакт
❒ Диагноза
❒ Предписани медикаменти
❒ Резултати от тестове

47. В последните 2 години, използвали ли сте системата си на медицински досиета, за да направите селекция на пациентите си на база възраст, диагноза или риск? (Отбележете всички валидни)

❒ Неприложимо (Не използвам компютър за медицинските си досиета)
❒ По възрастова група (напр. тези над 50)
❒ По диагноза или здравен риск (напр. Диабет или хипертония)
❒ Според приеманите медикаменти (напр. Пациенти на множествена терапия)
❒ Такива, които се нуждаят от напомняне за профилактика или проследяване

Компютризирано поддържане на медицинските досиета

48. За коя от следните цели използвате компютър във Вашата практика? (Отбележете всички валидни)

❒ Неприложимо (Не използвам компютър)
❒ Уговаряне на часове
❒ Издаване на документи за плащане
❒ Издаване на рецепти
❒ Поддържане на записи от консултациите
❒ Издаване на направления
❒ Търсене на медицинска информация в Интернет
❒ Изпращане на рецепти до аптеките

Колабориране

49. Колко често се срещате лице в лице с представители на следните професии:

	Рядко или никога	По-рядко от 3 пъти годишно	На всеки 1-3 месеца	По-често от веднъж месечно
1. Друг ОПЛ	❒	❒	❒	❒
2. Медицинска сестра	❒	❒	❒	❒
3. Специалист в извънболнична помощ	❒	❒	❒	❒
4. Специалист в болничната помощ	❒	❒	❒	❒
5. Аптекар	❒	❒	❒	❒
6. Сестра в домашни грижи	❒	❒	❒	❒
7. Акушерка	❒	❒	❒	❒
8. Физиотерапевт	❒	❒	❒	❒
9. Социален работник	❒	❒	❒	❒

50. Колко често искате съвет (напр. по телефона) от следните медицински специалисти?

	Рядко или никога	По-рядко от 3 пъти годишно	На всеки 1-3 месеца	По-често от веднъж месечно
1. Педиатър	❒	❒	❒	❒
2. Интернист	❒	❒	❒	❒
3. Гинеколог	❒	❒	❒	❒
4. Хирург	❒	❒	❒	❒
5. Невролог	❒	❒	❒	❒

6. Дерматолог	❒	❒	❒	❒
7. Гериатър	❒	❒	❒	❒
8. Психиатър или друг специалист по ментално здраве	❒	❒	❒	❒
9. Радиолог	❒	❒	❒	❒

51. Извършват ли Вашата сестра или помощник независимо:
- ❒ Неприложимо (Нямам сестра)

1. Имунизация — ❒ Да ❒ Не
2. Промоция на здраве (напр. даване на съвети по стила на живот) — ❒ Да ❒ Не
3. Рутинни прегледи на хронично болни пациенти (напр. диабет) — ❒ Да ❒ Не
4. Малки процедури (напр. пробиване на ухо, обработка на рана) — ❒ Да ❒ Не

52. До каква степен използвате придружителни писма (включително детайли по предполагаемата диагноза и възможните тестови резултати), когато насочвате пациент към специалист с направление? Вие използвате писма:
- ❒ за всички насочени пациенти
- ❒ за повечето насочени пациенти
- ❒ за малка част от насочените пациенти
- ❒ рядко или никога

53. До каква степен медицинските специалисти Ви информират след като са приключили лечението или диагностицирането на Вашите пациенти?
- ❒ (Почти) винаги
- ❒ Обикновено
- ❒ Понякога
- ❒ Рядко или никога

54. След като пациент е бил изписан, колко време отнема да получите карта за болен изписан от стационара от болницата, най-често използвана от Вашите пациенти?
- ❒ 1-4 дни
- ❒ 5-14 дни
- ❒ 15-30 дни
- ❒ Повече от 30 дни
- ❒ Рядко получавам или никога не получавам
- ❒ Не зная

Първи контакт

55. До каква степен пациентите от популацията обхванатата от Вашата практика (хората, които обичайно се обръщат към Вас за първична помощ) използват Вас като лекар за първи контакт при следните здравни проблеми? (Това се отнася само за първия контакт, не за по-нататъшното диагностициране или лечение).

	(Почти) винаги	Обикновено	Понякога	Рядко/ Никога
1. Дете с обрив	❒	❒	❒	❒
2. Дете с упорита кашлица	❒	❒	❒	❒
3. Дете над 7 с напикаване	❒	❒	❒	❒
4. Дете на 8 с проблеми със слуха	❒	❒	❒	❒
5. Жена на 18 за орална контрацепция	❒	❒	❒	❒

6. Жена на 20 за потвърждаване на бременност	❒	❒	❒	❒
7. Жена на 35 с нередовна менструация	❒	❒	❒	❒
8. Мъж на 24 със стомашна болка	❒	❒	❒	❒
9. Мъж на 45 с болка в гърдите	❒	❒	❒	❒
10. Мъж на 50 с изгорена ръка	❒	❒	❒	❒
11. Мъж на 50 с остър зъбобол	❒	❒	❒	❒
12. Жена на 50 с бучка в гърдата	❒	❒	❒	❒
13. Жена на 60 с влошаващо се зрение	❒	❒	❒	❒
14. Жена на 60 с полиурия	❒	❒	❒	❒
15. Жена на 60 с остри симптоми на парализа/пареза	❒	❒	❒	❒
16. Мъж на 70 със ставна болка	❒	❒	❒	❒
17. Жена на 75 с умерено забравяне	❒	❒	❒	❒
18. Мъж на 35 с навехнат глезен	❒	❒	❒	❒
19. Мъж на 29 с хронична болка в гърба	❒	❒	❒	❒
20. Мъж на 28 с първа конвулсия	❒	❒	❒	❒
21. Мъж на 45 с тревожност	❒	❒	❒	❒
22. Малтретирано дете на 13	❒	❒	❒	❒
23. Двойка с проблеми във връзката	❒	❒	❒	❒
24. Мъж със суицидни наклонности	❒	❒	❒	❒
25. Жена на 50 с психо-социални проблеми	❒	❒	❒	❒
26. Мъж на 32 със сексуални проблеми	❒	❒	❒	❒
27. Мъж на 52 с алкохолна зависимост	❒	❒	❒	❒
28. Мъж на 50 с финансови проблеми				

Управление на заболяването

56. До каква степен сте ангажирани в лечението и проследяването на пациенти от популацията обхванатa от Вашата практика, със следните диагнози (хората, които обичайно се обръщат към Вас за първична помощ)?

	(Почти) Рядко/ винаги Никога	Обикновено	Понякога	
1. Хипертиреоидизъм	❒	❒	❒	❒
2. Хроничен бронхит	❒	❒	❒	❒
3. Хордеолум (ечемик)	❒	❒	❒	❒
4. Язва на дванадесетопръстника	❒	❒	❒	❒
5. Херниирала дискова лезия	❒	❒	❒	❒
6. Остър мозъчно-съдов инцидент	❒	❒	❒	❒
7. Застойна сърдечна недостатъчност	❒	❒	❒	❒
8. Пневмония	❒	❒	❒	❒
9. Перитонзиларен абсцес	❒	❒	❒	❒
10. Улцеративен колит	❒	❒	❒	❒
11. Салпингит	❒	❒	❒	❒
12. Сътресение на мозъка	❒	❒	❒	❒
13. Болест на Паркинсон	❒	❒	❒	❒
14. Неусложнен диабет II тип	❒	❒	❒	❒
15. Ревматоиден артрит	❒	❒	❒	❒
16. Депресия	❒	❒	❒	❒
17. Миокарден инфаркт	❒	❒	❒	❒

57. В последните 12 месеца, били ли сте ангажирани в програма за управление на заболяването, базирана на клинични насоки? ("Програмите за управление на заболяването" са мулти-дисциплинарни подходи отвъд индивидуалната практика за справяне с пациенти с хронични състояния или рискови фактори. Такива програми често работят с насоки или протоколи).

❒ Да
❒ Не

Медицински манипулации

58. До каква степен следните дейности по отношение на на пациенти от популацията обхванатa от Вашата практика се извършват от Вас (или Вашия персонал), а не от медициснки специалист. Например, ако изваждането на треска се извършва винаги от Вас, маркирайте в съответната

(Почти) винаги	Обикновено	Понякога	Рядко/ Никога

кутийка.

1. Изваждане на треска или растящ навътре нокът	❒	❒	❒	❒
2. Отстраняване на мастна киста от скалпа	❒	❒	❒	❒
3. Зашиване на рана	❒	❒	❒	❒
4. Ексцизия на брадавица	❒	❒	❒	❒
5. Поставяне на катетър	❒	❒	❒	❒
6. Премахване на чуждо тяло от окото	(Почти) винаги	Обикновено	Понякога	Рядко/ Никога
7. Фундоскопия	❒	❒	❒	❒
8. Ставна инжекция	❒	❒	❒	❒
9. Пункция на максиларен синус	❒	❒	❒	❒
10. Парацентеза (на тъпанчето)	❒	❒	❒	❒
11. Слагане на гипс	❒	❒	❒	❒
12. Бинтоване на глезен	❒	❒	❒	❒
13. Криотерапия (брадавици)	❒	❒	❒	❒
14. Хващане на венозен път	❒	❒	❒	❒

Профилактика и здравно образование

59. Кога Вие, или Вашият персонал, измервате кръвно налягане? (възможен е повече от един отговор)

❒ Във връзка с подходящи клинични състояния
❒ По молба
❒ Рутинно при амбулаторен контакт с възрастни (независимо от причината за визитата)
❒ При възрастни, когато съм помолен

60. Кога Вие, или Вашият персонал, измервате кръвен холестерол? (възможен е повече от един отговор)

❒ Във връзка с подходящи клинични състояния
❒ По молба
❒ Рутинно при амбулаторен контакт с възрастни (независимо от причината за визитата)
❒ При възрастни, когато съм помолен
❒ Не правим това

61. Кога Вие, или Вашият персонал, вземате цервикални натривки за скрининг на злокачествено заболяване? (възможен е повече от един отговор)

❒ Във връзка с подходящи клинични състояния
❒ По молба
❒ Рутинно при амбулаторен контакт с жени в риск
❒ При жени, когато съм помолен
❒ Не правим това

62. До каква степен сте ангажирани в	Неангажиран	Във връзка с	В групови сеанси или

здравното възпитание по отношение на следните теми: (възможен е повече от един отговор)	нормални контакти	специални програми
1. Тютюнопушене	❒	❒ ❒
2. Хранене	❒	❒ ❒
3. Злоупотреба с алкохол	❒	❒ ❒
4. Физическа активност	❒	❒ ❒

63. Вие или Вашият персонал анагажирани ли сте в следните дейности?	Ангажирани	Неангажирани
1. Родилна помощ	❒	❒
2. Проследяване на бременността	❒	❒
3. Имунизиране на деца (по програма)		
4. Педиатрична консултация на деца под 4	❒	❒
5. Семейно планиране/контрацепция	❒	❒
	❒	❒
6. ТВ скрининг (по програма)	Ангажирани	Неангажирани
7. Противогрипна ваксинация (по програма)	❒	❒
8. Палиативни грижи	❒	❒
	❒	❒

64. През последните 12 месеца, предлагали ли сте специални сеанси или клиники за следните групи пациенти?	
1. С диабет	❒ Да ❒ Не
2. Хипертоници	❒ Да ❒ Не
3. Бременни	❒ Да ❒ Не
4. Възрастни хора	❒ Да ❒ Не

Отговорност към общността

65. Ако се сблъскате с някое от следните при Вашите контакти с пациенти, ще съобщите ли на властите?	Да	Вероятно да	Вероятно не	Не	Не зная
1. Повтарящи се професионални злополуки	❒	❒	❒	❒	❒
2. Постоянни дихателни проблеми при хора, живеещи близо до определено производство	❒	❒	❒	❒	❒
3. Повтарящи се случаи на хранителнно отравяне при хора, живеещи в определен регион	❒	❒	❒	❒	❒

Достъпност

66. През последните 12 месеца, приблизително колко седмици общо отсъствахте от практиката си поради:

1. Посещения на конференции и други

образователни дейности	___ седмици
2. Изследователска дейност	___ седмици
3. Ваканции	___ седмици
4. Заболяване	___ седмици

Удовлетвореност от работата

67. До каква степен сте съгласни със следните твърдения?	Силно съгласен	Съгласен	Несъгласен	Силно несъгласен
1. Чувствам, че някои аспекти от работата ми нямат смисъл	❒	❒	❒	❒
2. Моята работа все още ме интересува, както е било винаги досега	❒	❒	❒	❒
3. Работата ми е претрупана с излишни административни подробности	❒	❒	❒	❒
4. Изпитвам твърде много стрес в настоящата си работа	❒	❒	❒	❒
5. Да си ОПЛ е уважавана професия	❒	❒	❒	❒

Приложение 2: Въпросник

Пациенти – ценности

Лична информация	
1. Вие сте мъж или жена?	❒ Мъж ❒ Жена
2. Коя е Вашата година на раждане? Моля попълнете:	Година на раждане: 19__
3. Къде сте роден/а?	❒ В тази страна ❒ В друга страна от ЕС ❒ В европейска страна извън ЕС ❒ В страна от Азия ❒ В Африка на север от Сахара ❒ В Африка на юг от Сахара ❒ В Северна Америка ❒ В Централна или Южна Америка ❒ В Австралия или Нова Зеландия
4. Къде е родена майка Ви?	❒ В тази страна ❒ В друга страна от ЕС ❒ В европейска страна извън ЕС ❒ В страна от Азия ❒ В Африка на север от Сахара ❒ В Африка на юг от Сахара ❒ В Северна Америка ❒ В Централна или Южна Америка ❒ В Австралия или Нова Зеландия
5. Какво е Вашето семейно положение?	❒ Женен/омъжена (с деца в дома) ❒ Женен/омъжена (без деца в дома) ❒ Съжителство с партньор с деца ❒ Съжителство с партньор без деца ❒ Неженен/неомъжена с деца ❒ Неженен/неомъжена без деца
6. Как бихте описали Вашата професионална заетост? (Възможен е повече от един отговор)	❒ Нает (включително държавен служител) ❒ Самонает или семеен бизнес ❒ Студент (без заплащане от работодател) ❒ Търсещ работа (безработен) ❒ В невъзможност да работя поради заболяване или инвалидност ❒ Пенсиониран ❒ Предимно у дома (включително гледане на деца и др.)
7. Какво е Вашето образование?	❒ Без образование ❒ Начално образование, начален етап на основното образование ❒ Прогимназиален етап на основното образование

	❒ Средно общо образование - непрофилирано ❒ Професионални програми – професионална квалификация след средно образование ❒ Висше образование - бакалавър ❒ Висше образование - магистър
8. Колко добре говорите официалния език на страната?	❒ Гладко/майчин език ❒ Достатъчно добре ❒ Сравнително добре ❒ Лошо ❒ Не го говоря
9. Как бихте описали настоящето си местожителство?	❒ (Център) град ❒ Предградие ❒ (Малък) град ❒ Вилна зона ❒ Село
10. В сравнение със средните доходи в България, как бихте описали дохода на Вашето домакинство:	❒ Много под средното ❒ Под средното ❒ Около средното ❒ Над средното ❒ Много над средното
Вашето здраве	
11. Как бихте описали здравето си като цяло?	❒ Много добро ❒ Добро ❒ Достатъчно добро ❒ Лошо
12. Казвал ли Ви е някога лекар, че имате едно от следните: 1. Хипертония (високо кръвно налягане) 2. Сърдечно заболяване 3. Диабет 4. Астма или емфизем 5. Ревматизъм 6. Раково заболяване 7. Депресия 8. Дългогодишни стомашни проблеми 9. Мигрена	Да Не Не знам ❒
Какво считате най-важно за Вас	
13. Колко важно е следното за Вас: 1. Лекарят да е учтив 2. Лекарят да задава въпроси за здравния Ви проблем 3. Да разбирате ясно какво се опитва да обясни лекаря 4. Да се доверявате на лекаря си 5. Лекарят да Ви пита и за други	Не е важно Донякъде важно Важно Много важно ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒

оплаквания, освен тези, с които идвате				
6. Персоналът да е учтив по телефона, когато уговаряте посещение	❒	❒	❒	❒
7. Персоналът на рецепцията да е любезен и услужлив	❒	❒	❒	❒
14. Колко важно е следното за Вас:	Не е важно	Донякъде важно	Важно	Много важно
1. Лекарят да знае важна информация за здравословното Ви състояние	❒	❒	❒	❒
2. Лекарят да разполага с медицинската Ви документация	❒	❒	❒	❒
3. Лекарят да познава личната Ви ситуация (напр. работа или семейно положение)	❒	❒	❒	❒
4. Да чувствате, че сте в състояние да се справяте по-добре със здравословния проблем/заболяването си след неговото посещение	❒	❒	❒	❒
5. Лекарят да спазва обещанията си и уговорките Ви във времето	❒	❒	❒	❒
15. Колко важно е следното за Вас:	Не е важно	Донякъде важно	Важно	Много важно
1. В практиката на лекаря Ви да има дълго работно време	❒	❒	❒	❒
2. Да можете да уговорите лесно посещение при лекаря	❒	❒	❒	❒
3. Да можете да откриете лесно лекаря по телефона	❒	❒	❒	❒
4. Обслужването вечер, нощем и през почивните дни да е ясно указано в кабинета	❒	❒	❒	❒
5. Практиката на лекаря да се намира близо до Вашата месторабота или местоживеене	❒	❒	❒	❒
6. Да чакате кратко време на телефона, когато се обаждате в кабинета на лекаря	❒	❒	❒	❒
Доколко сте съгласни с начина на осъществяване на лекарските визити				
16. Моля изберете подходящата цифра под всяко становище, за да укажете степента, в която сте съгласни или несъгласни с него:	Силно несъгласен	Несъгласен донякъде	Нито съгласен нито несъгласен	Съгласен донякъде	Силно съгласен
	1	2	3	4	5
	❒	❒	❒	❒	❒
Преди консултацията с Вашия ОПЛ					
1. Трябва да мога да посетя своя лекар без да се налага да съобщавам					

на рецепционист или сестра предварително подробности за здравословния ми проблем	❒	❒	❒	❒	❒
2. Лекарят трябва да е подготвен за консултацията чрез предварително прочитане на медицинската ми документация	❒	❒	❒	❒	❒
3. Трябва да се подготвям за консултацията чрез водене на дневник на симптомите и подготвяне на въпросите, които искам да задам	❒	❒	❒	❒	❒
4. Трябва да мога да доведа член от семейството/приятел с мен на консултацията, ако смятам, че това е от полза	❒	❒	❒	❒	❒
През време на консултацията с Вашия ОПЛ					
5. Лекарят трябва да ме кара да се чувствам добре дошъл като слуша внимателно и осъществява контакт с очи	❒	❒	❒	❒	❒
6. Лекарят не трябва да ми създава усещането, че бърза да приключи консултацията	❒	❒	❒	❒	❒
7. Лекарят трябва да е наясно с моите лични, социални и културални особености	❒	❒	❒	❒	❒
8. Лекарят не трябва да има предразсъдъци поради моята възраст, религия, пол, социален живот, културна среда и др.	❒	❒	❒	❒	❒
9. Лекарят трябва да лекува мен като личност, а не просто медицинския ми проблем	❒	❒	❒	❒	❒
10. Лекарят трябва да демонстрира уважение като не ме прекъсва и се държи подобаващо по време на прегледа	❒	❒	❒	❒	❒
11. Лекарят трябва да ме приема на сериозно	❒	❒	❒	❒	❒
12. Лекарят трябва да пита дали имам въпроси	❒	❒	❒	❒	❒
13. Лекарят трябва да пита дали съм разбрал всичко	❒	❒	❒	❒	❒
14. Лекарят трябва да знае кога да ме насочи към медицински специалист	❒	❒	❒	❒	❒
15. Лекарят не бива да допуска консултацията да бъде прекъсвана от телефонни разговори и др.	❒	❒	❒	❒	❒

16. Лекарят трябва да ми осигурява допълнителна информация относно здравния ми проблем, напр. с брошури	❒	❒	❒	❒	❒
17. Лекарят трябва да ми дава информация за надеждни източници на информация, напр. уеб-сайтове	❒	❒	❒	❒	❒
18. Трябва да си съставя ясна представа какво да обсъждам на консултацията	❒	❒	❒	❒	❒
19. Трябва да съм подготвен да задавам въпроси и да си водя бележки	❒	❒	❒	❒	❒
20. Трябва да съобщавам на лекаря всеки здравен проблем или причина за моето посещение	❒	❒	❒	❒	❒
21. Трябва да съм честен и да не се притеснявам да говоря за здравния си проблем	❒	❒	❒	❒	❒
22. Трябва да съм да говоря свободно за моята употреба на друго лечение, включително самолечение и алтернативна медицина	❒	❒	❒	❒	❒
След консултацията с Вашия ОПЛ					
23. Лекарят трябва да ми даде всички тестови резултати, включително ако не показват отклонения	❒	❒	❒	❒	❒
24. Лекарят трябва да ми даде възможност за контакт с и-мейл ако имам по-нататъшни въпроси	❒	❒	❒	❒	❒
25. Лекарят трябва да ми даде ясни указания какво да правя ако нещата се влошат	❒	❒	❒	❒	❒
26. Трябва да се придържам към предписания лечебен режим	❒	❒	❒	❒	❒
27 Трябва да информирам лекаря си за ефектите от лечението ми	❒	❒	❒	❒	❒
28. Трябва да съм в състояние да се срещам с друг лекар ако смятам, че е необходимо	❒	❒	❒	❒	❒

Приложение 3: Въпросник

Пациенти – опит

Лична информация	
1. Вие сте мъж или жена?	❒ Мъж ❒ Жена
2. Коя е Вашата година на раждане? Моля попълнете:	Година на раждане: 19__
3. Къде сте роден/а?	❒ В тази страна ❒ В друга страна от ЕС ❒ В европейска страна извън ЕС ❒ В страна от Азия ❒ В Африка на север от Сахара ❒ В Африка на юг от Сахара ❒ В Северна Америка ❒ В Централна или Южна Америка ❒ В Австралия или Нова Зеландия
4. Къде е родена майка Ви?	❒ В тази страна ❒ В друга страна от ЕС ❒ В европейска страна извън ЕС ❒ В страна от Азия ❒ В Африка на север от Сахара ❒ В Африка на юг от Сахара ❒ В Северна Америка ❒ В Централна или Южна Америка ❒ В Австралия или Нова Зеландия
5. Какво е Вашето семейно положение?	❒ Женен/омъжена (с деца в дома) ❒ Женен/омъжена (без деца в дома) ❒ Съжителство с партньор с деца

	❒ Съжителство с партньор без деца ❒ Неженен/неомъжена с деца ❒ Неженен/неомъжена без деца
6. Как бихте описали Вашата професионална заетост? (Възможен е повече от един отговор)	❒ Нает (включително държавен служител) ❒ Самонает или семеен бизнес ❒ Студент (без заплащане от работодател) ❒ Търсещ работа (безработен) ❒ В невъзможност да работя поради заболяване или инвалидност ❒ Пенсиониран ❒ Предимно у дома (включително гледане на деца и др.)
7. Какво е Вашето образование?	❒ Без образование ❒ Начално образование, начален етап на основното образование ❒ Прогимназиален етап на основното образование ❒ Средно общо образование - непрофилирано ❒ Професионални програми – професионална квалификация след средно образование ❒ Висше образование - бакалавър ❒ Висше образование - магистър
8. Колко добре говорите официалния език на страната?	❒ Гладко/майчин език ❒ Достатъчно добре ❒ Сравнително добре ❒ Лошо ❒ Не го говоря
9. Как бихте описали настоящето си местожителство?	❒ (Център) град ❒ Предградие ❒ (Малък) град ❒ Вилна зона ❒ Село
10. В сравнение със средните доходи в България, как бихте описали дохода на Вашето домакинство:	❒ Много под средното ❒ Под средното ❒ Около средното ❒ Над средното ❒ Много над средното
Вашето здраве	
11. Как бихте описали здравето си като цяло?	❒ Много добро ❒ Добро ❒ Достатъчно добро ❒ Лошо
12. Казвал ли Ви е някога лекар, че имате едно от следните: 1. Хипертония (високо кръвно	Да Не Не знам ❒ ❒ ❒

налягане) 2. Сърдечно заболяване 3. Диабет 4. Астма или емфизем 5. Ревматизъм 6. Раково заболяване 7. Депресия 8. Дългогодишни стомашни проблеми 9. Мигрена	❒ ❒
Вашият лекар	
13. Имате ли личен лекар (например ОПЛ), с който обичайно се консултирате когато възникне здравен проблем?	❒ Да, лекарят, който тъкмо посетих ❒ Да, но друг лекар в тази практика или център ❒ Да, но друг лекар от някъде другаде ❒ Не, нямам личен лекар
14. Ако личният Ви лекар не е лекарят, който току-що посетихте, какъв вид лекар е той/тя?	❒ ОПЛ ❒ Специалист по вътрешни болести ❒ Акушер-гинеколог ❒ Друг ❒ Не се отнася до мен (това е моят личен лекар)
15. Ако имате личен лекар, от колко време Ви обслужва?	❒ По-малко от 6 месеца ❒ Между 6 месеца и 1 година ❒ Между 1 и 3 години ❒ Повече от 3 години ❒ Не се отнася до мен (нямам личен лекар)
16. В последните 6 месеца, колко често сте посещавали или сте се консултирали с лекаря, когото току-що посетихте?	❒ Това беше първия път в последните 6 месеца ❒ Веднъж преди това посещение ❒ 2 до 4 пъти ❒ 5 или повече пъти ❒ Не мога да кажа
17. В последните 6 месеца, колко често сте посещавали или сте се консултирали с лекар *различен* от Вашия ОПЛ или другия лекар (но не в болници или спешни отделения)?	❒ Никога ❒ Веднъж ❒ 2 до 4 пъти ❒ 5 или повече пъти ❒ Не мога да кажа
Току-що приключилата консултация	
18. Коя беше водещата причина за посещението Ви при лекаря днес? (възможен е повече от един отговор)	❒ Бях болен или не се чувствах добре ❒ За медицински преглед ❒ За изписване на рецепта ❒ Да получа направление ❒ Да получа медицинско удостоверение ❒ За второ мнение ❒ Друга причина
19. Припомнете си току-що	Силно Съгласен Несъгласен Силно

приключилата консултация. До каква степен сте съгласни със следното: 1. Лекарят беше учтив 2. Лекарят ме изслуша внимателно 3. Лекарят едва ме погледна докато говорехме 4. Лекарят ми задаваше въпроси относно моя здравен проблем 5. Всъщност не можех да разбера какво се опитва да ми обясни лекаря 6. Лекарят ми отдели достатъчно време 7. Доверявам се на този лекар 8. Бих препоръчал този лекар на приятел или роднина 9. Лекарят задавше въпроси и за други проблеми, освен този, за който дойдох	съгласен несъгласен ❒
20. Припомнете си днешното посещение. До каква степен сте съгласни със следното: 1. Когато се обадих да уговоря час, хората на телефона бяха любезни. 2. Хората на рецепцията бяха любезни и услужливи	Силно съгласен Съгласен Несъгласен Силно несъгласен Не знам ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒
21. Припомнете си днешното посещение: 1. Могат ли хората в чакалнята да чуят какво се казва на рецепцията? 2. Могат ли хората в чакалнята да чуят или видят какво се случва в кабинета на лекаря?	❒ Да ❒ Не ❒ Не знам ❒ Неприложимо (няма рецепция) ❒ Да ❒ Не ❒ Не знам
22. В последните 12 месеца изпитвали ли сте езикови проблеми с Вашия ОПЛ?	❒ Да ❒ Не ❒ Не се отнася до мен (нямам ОПЛ)
23. Ако изпитате нужда от преводач в разговора Ви с ОПЛ от тази практика, налична ли е такава услуга?	❒ Никога не се нуждая от преводач ❒ Нуждая се от преводач и вече има налична такава услуга ❒ Нуждая се от преводач и обикновено има налична такава услуга ❒ Нуждая се от преводач и понякога има налична такава услуга ❒ Нуждая се от преводач и никога няма налична такава услуга ❒ Не знам
24. Колко достъпна е практиката/центъра за пациенти в инвалиден стол или проходилка?	❒ Много лесно ❒ Лесно ❒ Трудно

	❒ Невъзможна за достъп
Лекарят, който посетихте днес	
25. Помислете за лекаря, който посетихте днес. Съгласни ли сте със следното: 1. Той/тя знае важни неща за здравословното ми състояние 2. Той/тя разполага с медицинската ми документация подръка 3. Той/тя знае моите отговорности у дома, в работата или на училище 4. Този лекар не се занимава само с медицински проблеми, но може да помогне и с лични проблеми и тревоги 5. След това посещение мога да се справям по-добре от преди с моя здравословен проблем/заболяване 6. Този лекар държи на уговорките и обещанията си	Силно съгласен Съгласен Несъгласен Силно несъгласен Не знам ❒
26. В последните 12 месеца, този лекар говорил ли Ви е как да останете здрави? (например за диета, алкохол или тютюнопушене)	❒ Да ❒ Не ❒ Не знам
27. В последните 2 години, питал ли Ви е този лекар за лекарствата, които приемате (също и тези предписани от други лекари)	❒ Да ❒ Не ❒ Не знам
28. Напомнял ли Ви е този лекар някога (например с писмо) да дойдете в кабинета му за изследване или тест? (напр. потивогрипна ваксинация, скрининг за злокачествено заболяване или изследване на зрението)	❒ Да ❒ Не ❒ Не знам
Достъп до практиката	
29. Помислете за практиката, която посетихте днес. Съгласни ли сте със следното: 1. Приемните часове са твърде ограничаващи 2. Лесно е да се уговори час 3. Трудно е да се свържеш с лекар по телефона 4. Ясно е указано как да получиш обслужване вечерта, през нощта и през уикендите 5. Практиката е твърде далеч от мястото, където живея или работя 6. Когато се обадих в практиката трябваше да чакам твърде дълго, за	Силно съгласен Съгласен Несъгласен Силно несъгласен Не знам ❒

да говоря с някой	
30. Колко време обикновено Ви отнема, за да пътувате от дома си до: 1. Тази практика 2. Предпочитания от Вас аптекар 3. Най-близката болница	По-малко от 20 мин. 20-40 мин. 40-60 мин. Над 1 час Не знам ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒
31. Направихте ли уговорка за това посещение при лекаря?	❒ Да ❒ Не
32. Ако отговорът е да, колко дни трябваше да изчакате за това посещение?	❒ Направих уговорката по-рано през деня ❒ Направих уговорката вчера ❒ Чаках 2-7 дни ❒ Чаках повече от седмица ❒ Не се отнася до мен ❒ Не знам
33. Колко дълго чакахте днес между пристигането си в практиката и началото на косултацията?	❒ По-малко от 15 минути ❒ 15-30 минути ❒ 30-45 минути ❒ 45-60 минути ❒ Повече от час ❒ Не знам
34. Ще Ви посети ли този лекар у дома ако пожелаете това?	❒ Най-вероятно да ❒ Може би ❒ Най-вероятно не ❒ Не знам
35. Възможно ли е да посетите тази практика: 1. В събота или неделя? 2. След 18h00 (през поне един ден от седмицата)?	 ❒ Да ❒ Не ❒ Не знам ❒ Да ❒ Не ❒ Не знам
36. Предлага ли тази практика час със свободен достъп (walk-in hour)?	❒ Да ❒ Не ❒ Не знам
Достъп в извън-амбулаторни часове	
37. Съгласни ли сте със следното: 1. Вечер, нощем или през уикендите, е трудно да се срещнеш с <u>какъвто и да е</u> лекар 2. Ако посетите лекар, различен от Вашия личен лекар вечер или през уикенда, той или тя е наясно със здравословното Ви състояние	Силно съгласен Съгласен Несъгласен Силно несъгласен ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒
Лечение оказвано от персонала в практиката	
38. В последните 12 месеца, случвало	Да Не Не знам

ли Ви се е едно от следните в тази практика? 1. Лекарят или персоналът се отнесоха зле с Вас 2. Други пациенти бяха лекувани по-рано или по-добре от Вас 3. Лекарят се безпокоеше твърде много за заплащане 4. Лекарят или персоналът показаха неуважение поради етническата Ви принадлежност 5. Лекарят или персоналът показаха неуважение поради пола Ви	❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒
Опит с тази практика	
39. В последните 12 месеца, случвало ли Ви се е когато и да било <u>в тази практика</u>: 1. Сметнах, че изследвания или прегледи се повтарят ненужно 2. Сметнах, че съм получил погрешно леарство или грешна доза 3. Сметнах, че съм получил погрешни резултати от изследване или рентгенография	Да Не Не знам ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒
40. Има ли пощенска кутия в практиката където да подадете оплакване ако не сте доволни?	❒ Да ❒ Не ❒ Не знам
41. Ако сте недоволни от лечението, което сте получили, считате ли, че лекарят ще бъде готов да обсъжда това с Вас?	❒ Да ❒ Не ❒ Не знам
Достъпност	
42. В последните 12 месеца, случи ли Ви се да отложите или отмените посещение при този лекар или друг ОПЛ, когато се нуждаехте от такова? 43 Ако да: коя беше най-важната причина, поради която не посетихте ОПЛ? (възможен е повече от един отговор)	❒ Да ❒ Не ❒ Финансови причини ❒ Не бях осигурен ❒ Не можах да стигна дотам (физически) ❒ Бях твърде зает ❒ Друга причина
Направления	
44. Нуждаете ли се от направление от Вашия ОПЛ преди да посетите специалист?	❒ Да ❒ Не ❒ Не знам
45. Колко пъти в последните 12 месеца се консултирахте със специалист по собствена инициатива?	❒ Нито веднъж ❒ Веднъж или два пъти ❒ 3 до 5 пъти

	❒ 6 до 10 пъти ❒ Повече от 10 пъти
46. Съгласни ли сте със следните твърдения: 1. Ако посетя друг ОПЛ различен от моя, той/тя разполага с цялата необходима информация за мен 2. Ако съм насочен, моят ОПЛ информира специалиста за заболяването ми 3. След проведено лечение от специалист, моят ОПЛ знае резултатите 4. След лабораторен тест обикновено получавам резултатите 5. Ако съм насочен, моят ОПЛ ме информира предварително какво да очаквам там 6. Трудно е да получиш направление за специалист от моя ОПЛ	Силно Съгласен Несъгласен Силно съгласен несъгласен ❒
Контакт с други медицински специалисти	
47. В последните 12 месеца колко често посещавахте спешно отделение в болница по собствена инициатива?	❒ Нито веднъж ❒ Веднъж ❒ 2 или 3 пъти ❒ 4 или повече пъти
48. Защо отидохте в спешното отделение вместо при ОПЛ? (възможен е повече от един отговор)	❒ Не беше нещо, с което ОПЛ може да се справи ❒ По финансови причини ❒ В спешното отделение се чака по-малко ❒ Спешното отделение осигурява по-добри грижи ❒ Спешното отделение има по-удобни работни часове ❒ До спешното отделение се стига по-лесно ❒ Друга причина(и)
49. В последните 12 месеца, били сте реглеждани или лекувани от сестра в практиката на Вашия ОПЛ?	❒ Да ❒ Не ❒ Не знам
Здравеопазването в България	
50. Повечето хора биха ли посетили ОПЛ по повод на следното? 1. Срязан пръст, нуждаещ се от зашиване 2. Отстраняване на брадавица 3. Рутинни прегледи	Да Вероятно да Вероятно не Не Не знам ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒ ❒

4. Проблеми със зрението	❒	❒	❒	❒	❒
5. Кожни алергии	❒	❒	❒	❒	❒
6. Помощ за спиране на тютюнопушене	❒	❒	❒	❒	❒
7. Съвет за избор на старчески дом за член от семейството	❒	❒	❒	❒	❒
8. Дете със силна кашлица	❒	❒	❒	❒	❒
9. Изписване на орален контрацептив	❒	❒	❒	❒	❒
10. Стомашна болка	❒	❒	❒	❒	❒
11. Остър зъбобол	❒	❒	❒	❒	❒
12. Бучка в гърдата	❒	❒	❒	❒	❒
13. Инфекция на пикочния мехур	❒	❒	❒	❒	❒
14. Навехнат глезен	❒	❒	❒	❒	❒
15. Хронична болка в гърба	❒	❒	❒	❒	❒
16. Тревожност	❒	❒	❒	❒	❒
17. Малтретиране	❒	❒	❒	❒	❒
18. Сексуални проблеми	❒	❒	❒	❒	❒
19. Проблеми свързани с алкохолизъм	❒	❒	❒	❒	❒
20. Финансови проблеми	❒	❒	❒	❒	❒
21. Проблеми във връзката	❒	❒	❒	❒	❒
	❒	❒	❒	❒	❒

51. Ако се нуждаете от следните здравни услуги днес, ще се наложи ли да платите от джоба си?	Не плащам част от цената	Плащам	Плащам изцяло	Не знам
1. Посещение при ОПЛ	❒	❒	❒	❒
2. Инжектиране на лекарства изписани от ОПЛ	❒	❒	❒	❒
3. Посещение при специалист с направление от ОПЛ	❒	❒	❒	❒
4. Посещение от ОПЛ във Вашия дом през работно време на практиката	❒	❒	❒	❒
5. Посещение от ОПЛ във Вашия дом вечер или през уикенда	❒	❒	❒	❒
6. Болничен престой	❒	❒	❒	❒

52. Колко важно би било за Вас да видите лекар ако имате:	Много важно	Доста важно	Донякъде важно	Не е важно
1.Загуба на тегло от повече от 5 кг в месец, в който не сте на диета	❒	❒	❒	❒
2. Недостиг на въздух при леки упражнения или лека работа	❒	❒	❒	❒
3. Болка в гърдите при упражнения	❒	❒	❒	❒
4. Загуба на съзнание или колапс	❒	❒	❒	❒
5. Главоболие за повече от ден	❒	❒	❒	❒
6. Коремна болка за повече от ден	❒	❒	❒	❒

53. Очаквате ли да имате полза от домашно посещение на ОПЛ при:	Да	Не	Не знам
1. Стомашни проблеми	❒	❒	❒
	❒	❒	❒
	❒	❒	❒

2. Болка в рамото или врата	❒	❒	❒	
3. Нервност	❒	❒	❒	
4. Разстройство	❒	❒	❒	
5. Възпалено гърло	❒	❒	❒	
6. Главоболие	❒	❒	❒	
7. Чувство на умора	❒	❒	❒	
8. Грип				
9. Световъртеж				

54. Съгласни ли сте със следните твърдения:	Силно съгласен	Съгласен	Несъгласен	Силно несъгласен
1. Като цяло, на лекарите може да се вярва	❒	❒	❒	❒
2. Като цяло, на хората може да се вярва	❒	❒	❒	❒
3. Нямам достатъчно възможности при избор на ОПЛ	❒	❒	❒	❒

Приложение 4: Медицински стандарт обща медицина

МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ ПО ОБЩА МЕДИЦИНА

Стандартът е ориентиран към условията за извършване на индивидуалната работа на общопрактикуващите лекари като при неговото спазване се създават възможности за постигане на качество на медицинската помощ.

Стандартът не е система за измерване и оценяване на качеството, а представлява конкретни изисквания към условията за извършване на медицинската помощ, при постигането и/или спазването на които тя има свойства и характеристики, които позволяват да се задоволяват потребностите на болните. Стандартът по Обща медицина конкретизира изискванията на общите стандарти за качество, приети в страната, в зависимост от специфичните условия на общата медицинска практика и като такъв е единствено задължителен за изпълнение в първичната помощ.

Под "изисквания" се разбира кратко и обобщено "описание" на състоянието на различни страни от "структурата" и "процесите" и „резултатите" в практиката, наличието или постигането на които осигурява приемливо качество, т.е. на достатъчна "полезност" на медицинската помощ. При някои от изискванията в това описание могат да бъдат включени и количествени стойности.

Съдържанието на изискванията се декомпозира на конкретни компоненти - критерии, които се измерват и оценяват с помощта на индикатори (показатели).

След част от критериите са посочени индикатори (показатели), които са "измерими", и с това се създават възможности да се оцени дали критерият е "покрит" или "не".

Някои от индикаторите имат основно значение при определяне дали даден критерий е "покрит". Те са отбелязани със символ флагче (🏳) непосредствено до индикатора. Покриването на основните индикатори е задължително за осигуряване на качеството на дейността в общата практика. Препоръчителните индикатори са такива, които по независещи от общопрактикуващите лекари причини в момента, в страната, не могат да бъдат изпълнени от част от амбулаториите за първична медицинска помощ. Тяхното превръщане в основни, в бъдеще, ще доведе до допълнително повишаване на качеството на общата медицинска помощ.

За да се даде отговор дали е постигнато дадено изискване, се измерват и оценяват критериите чрез съответните индикатори (когато са налични).

Едно изискване е "постигнато", когато се "покриват" всички задължителни критерии, свързани с него. В някои от критериите са включени и препоръчителни индикатори, т.е. те са незадължителни.

Условия за приемливо качество на общата медицинска помощ ще има само когато са постигнати всички задължителни изисквания.

1. ОСНОВНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА МЕДИЦИНСКАТА СПЕЦИАЛНОСТ ОБЩА МЕДИЦИНА

1.1. Дефиниция, основни цели и задачи на специалността

С термина "Обща медицина" се обозначава самостоятелна медицинска специалност и академична дисциплина, а с термина "Обща медицинска практика" - специфична медико-социална дейност и вид лечебно заведение (синоним на обща медицинска помощ и на амбулатория (практика) за първична медицинска помощ).

Според WONCA EUROPE „Общата медицина е академична и научна дисциплина и клинична специалност със собствено образователно съдържание, научни изследвания, доказателствена база и клинична дейност, ориентирани към първичната медицинска помощ.”

Общата медицинска практика е особена форма на първичната медицинска помощ. Тя представлява дългосрочно медицинско обслужване и грижи за здравите и болните, независимо от възрастта и пола и вида на здравните проблеми, от избран оттях лекар в условията на общността. При нея се отделя многостранно внимание на личността, семейната и социалната среда. Грижите за болните включват голямо разнообразие от медицински и немедицински дейности, които са съобразени с жизнените условия, представите на болния за болестта, здравето и неговата готовност за сътрудничество.

В много отношения те се отличават от класическите медицински специалности и дейности.

1.2. Основни характеристики на съвременната обща медицина

Има няколко основни характеристики на съвременната обща медицина, сред които най-важно значение имат:

- първи медицински контакт в системата на здравеопазване, предоставя свободен и неограничен достъп, като се занимава с

всички здравословни проблеми на здравите и болните, независимо от възрастта, пола, или каквито и да било други характеристики;

- използва ефективно ресурса от здравни грижи, като ги координира, сътрудничи с други професионалисти от първичната помощ, управлява взаимодействието с другите специалности;

- използва човек-центрирания подход, насочен към личността и семейството;

- активно включва пациента в решаването на неговите здравни проблеми;

- използва специфичен процес на консултиране, базиран на връзката лекар/пациент и ефективната комуникация между тях;

- осигурява продължителна и непрестанна грижа, съобразена с нуждите на пациента;

- прилага специфичен процес на вземане на решения, съобразен с болестността и заболеваемостта в общността;

- лекува едновременно остри и хронични проблеми на отделния пациент;

- взема решения при неопределени заболявания на ранен етап от развитието им, които може да изискват неотложна намеса;

- извършва промоция на здравето и профилактика на заболяванията;

- посреща здравословните проблеми в техните физически, психологически, социални, културни и поведенчески аспекти;

- взаимодейства с публичните и държавни институции при ситуации, касаещи общественото здраве

Крайната цел на общата медицина е да постигне максимално използване на потенциала за здраве на болните и здравите в първичната медицинска помощ.

1.3. Видове дейности в обхвата на специалността Обща медицина

В общата медицинска практика се извършват разнообразни по вид и същност медицински и немедицински дейности, които изискват особена компетентност от лекарите и останалия медицински персонал:

- Клинични дейности – диагностични, лечебни, рехабилитационни дейности, мониторинг на болни с хронични заболявания, грижи за терминално болни;
- Превантивни дейности – промотивни, профилактични и протекционни дейности за здравите и болните;
- Медико-социални дейности – консултации на семейството и обществта, посредничество, социално подпомагане;
- Медико-педагогически дейности – обучение на персонала, на студенти и лекари;
- Управленчески дейности – поставяне на цели, планиране, организиране, кординиране, мотивиране, анализ, оценка и контрол на дейността на практиката;
- Икономически дейности – определяне на бюджет, анализ, оценка и контрол на приходи и разходи.

1.4. Интердисциплинарни дейности между общата медицина и другите медицински специалности, взаимодействие и координация.

Осигуряването на качествена и ефективна първична медицинска помощ изисква взаимодействие с различни видове медицински специалисти и лечебни заведения.

Лекарят, изпълняващ дейности по обща медицина, преценява необходимостта от интердисциплинарни дейности (изследвания, консултации с другите медицински специалисти, хоспитализации) в зависимост от конкретните здравни нужди на пациента.

Интердисциплинарните дейности могат да включват:

- консултация със специалист от друга медицинска специалност;
- насочване на пациентите за извършване на клинико-лабораторни, образни и други изследвания;
- насочване на пациентите за болнично лечение;

- насочване на пациентите към лечебни заведения за рехабилитация, продължително лечение, хосписи и др.;

- насочване на пациентите към специализирани центрове за диагностика и лечение (онкологични, психиатрични, дермато-венерологични);

- насочване на пациентите за медицинска експертиза.

2. ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЛИЦАТА, ОСЪЩЕСТВЯВАЩИ ПРОФЕСИОНАЛНАТА ДЕЙНОСТ

2.1. Изисквания към лицата, осъществяващи професионална дейност по Обща медицина

- Титулярът на практиката притежава придобита специалност Обща медицина, което се удостоверява с документ, освен в случаите, изрично вписани в закона за ЛЗ.
- В практиката могат да работят и други лекари, наети от титуляра.
- Лекарите в практиката притежават сертификати от ежегодни участия в продължаващо медицинско обучение за ОПЛ.
- Лекарят/ите в практиката извършват самостоятелно или в екип с други специалисти от практиката или други лечебни заведения дейностите, специфични за общата медицинска практика, и носи/ят отговорност за тяхното качество и ефективност.

2.2. Изисквания към дейността на специализанта по Обща медицина

- Има завършено висше медицинско образование
- Изпълнява утвърдената от съответното висше учебно заведение програма за специализация по Обща медицина
- Извършва самостоятелно всички дейности, специфични за общата медицинска практика и носи отговорност за тяхното качество и ефективност

2.3. Изисквания към медицинските специалисти, осъществяващи здравни грижи

- Медицинските специалисти имат подготовка, компетентност и опит за извършване на дейностите, които са определени като техни задължения в длъжностните им характеристики.
- Извършват дейността си при стриктно спазване на правилата за конфиденциалност.

2.4. Изисквания към други лица, осъществяващи професионална дейност,

имаща отношение към специалността (технически сътрудник, регистратор, счетоводител и др.)

- Имат професионална компетентност, съответстваща на длъжностните им характеристики.
- Извършват дейността си при стриктно спазване на правилата за конфиденциалност.

3. ИЗИСКВАНИЯ ЗА ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ДЕЙНОСТТА ПО ОБЩА МЕДИЦИНА В ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

3.1. Изисквания към структурата за осъществяване на дейността

Критерий 3.1.1. **Практиката разполага с кабинет за извършване на консултации (прегледи) за всеки лекар, който в даден момент работи там.**

Индикатори:

- А. Всеки лекар разполага с кабинет, отговарящ на санитарно-хигиенните норми, предназначен специално за неговите консултации (прегледи) през амбулаторното време в практиката, независимо дали тя е индивидуална или групова.

Критерий 3.1.2. ***В амбулаторията има условия, които създават удобства и безопасност за пациентите и за персонала.***

Индикатори

- А. Кабинетът е подходящо осветен, като осветлението отговаря на действащите в страната санитарно-хигиенни норми за дейността.
- Б. В кабинета има медицинска кушетка и работно бюро.
- В. В амбулаторията има създадени удобства за преглед и консултация на деца в кърмаческа възраст.

Г. В кабинета се поддържа подходяща за сезона температура на въздуха.

Критерий 3.1.3. ***Практиката разполага с чакалня, която отговаря на нормативните изисквания.***

Индикатори

- А. В практиката има чакалня с не по-малко от 2 места за сядане.

Б. Чакалнята е осветена съобразно санитарно-хигиенните норми и се поддържа температура според сезона на годината.

Критерий 3.1.4. ***Практиката разполага с помещения за извършване на манипулации и дейности, включени в основния пакет за ПИМП.***

Индикатори

- А. Практиката има манипулационна, която е обозначена с табела.
- Б. Помещението отговаря на приетите в страната санитарно-хигиенни норми.

Критерий 3.1.5. ***Практиката разполага с тоалетни и мивки, които са лесно достъпни за ползване от пациентите и другите посетители.***

Индикатори

- А. В сградата на практиката има тоалетни и мивки, които са лесно достъпни за ползване от пациентите и другите

посетители.
Б. Тоалетните са означени с табела и такава, указваща къде се намират.

Критерий 3.1.6. ***В практиката има телекомуникационна система, съответстваща на потребностите й.***

Индикатори
- А. Практиката разполага с телефон/и (стационарен и/или мобилен) за връзка.
- Б. В практиката има писмена информация (табели и др.) поставена на място видно и достъпно за пациентите, съдържаща телефонните номера на практиката, вкл. и мобилните телефони.

Критерий 3.1.7. ***В практиката винаги има необходимите стерилни инструменти.***

Критерий 3.1.8. ***В практиката са осигурени условия за физическа достъпност до помещенията и предлаганите услуги***

Индикатори
- А. Собственикът на помещенията е осигурил условия за достъп на хора с физически увреждания и на майки с детски колички.

Б. В близост до входа на практиката има възможност за спиране на автомобили.

3.2. Изисквания за медицинска апаратура, оборудване и техника

Критерий 3.2.1. ***Практиката разполага с медицинско оборудване, необходимо, за да осигури цялостни медицински грижи, което задължително включва:***
- стетоскоп
- апарат за артериално налягане и набор от маншети за деца;
- неврологично рефлексно чукче;
- ЕКГ апарат;
- глюкомер с набор ленти;
- саморазгъващ се балон за обдишване;
- ръстомер, теглилка, теглилка за деца, детски ръстомер;
- хирургични инструменти съобразно нуждите на практиката
- набор за амбулаторни гинекологични прегледи;
- гинекологичен стол;
- подвижна инструментална маса;
- таблици за изследване на зрителна острота и за изследване на цветно зрение.

Индикатори
- А. Наличие на медицинското оборудване.

Б. В практиката, в зависимост от вида й, интересите и потребностите на лекарите в нея може да има допълнителни апарати и инструменти.
- В. Всеки общопрактикуващ лекар има достъп до

оборудването, което е общо за двама или повече ОПЛ (индивидуални или групови практики).

Критерий 3.2.2. ***В практиката има „лекарска чанта", подходяща за транспортиране на основни инструменти, лекарства и консумативи, необходими при посещения в дома на пациентите.***

Индикатори

- А. Наличие на „лекарска чанта" в практиката.
- Б. Когато се използва извън амбулаторията, "лекарската чанта" съдържа задължително: стетоскоп; сфигмо-манометър; термометър; ръкавици; живото спасяващи лекарствени средства (по преценка на лекаря), които са в срок на годност; различни размери спринцовки и игли; консумативи (превързочни средства).

В. Общопрактикуващият лекар може да добавя в "лекарската чанта" и други инструменти и консумативи съобразно спецификата на пациентската си листа.

Критерий 3.2.3. ***В практиката има условия за подходящо съхранение на ваксините***

Индикатори

- А. Практиката притежава хладилник.
- Б. Хладилникът е в изправност и температурата се следи редовно, като се регистрира.

Критерий 3.2.4. ***Материали и консумативи, които са нетрайни (като лекарствени продукти, ваксини, медицински изделия и др.), не се съхраняват или използват след изтичане на срока на годност.***

Индикатори

- А. В практиката и в "лекарската чанта" няма лекарствени продукти, ваксини и медицински изделия с изтекъл срок на годност.

3.3. Изисквания за персонала в общата медицинска практика

Видът и количеството на персонала се определя от титуляра на практиката в зависимост от броя на записаните в практиката пациенти, характера на практиката (отдаленост, разпръснатост), здравните потребности на пациентите.

Критерий 3.3.1. ***Практиката има достатъчен брой постоянен и/или временно нает персонал, който може да осигурява своевременно и в пълен обем медицинските услуги, договорени с осигурителя/осигурителите.***

Индикатори

- А. Наличие на съответствие на броя на лекарите спрямо нуждите на ЛЗ (определени от броя и структурата на пациентската листа), което осигурява цялостно извършване на основния пакет от медицински услуги.

Б. Наличие на съответствие на броя на помощния медицински персонал (мед. сестри, акушерки, регистратори и др.) спрямо

нуждите на ЛЗ с оглед осигуряване на основния пакет от медицински услуги.

Критерий 3.3.2. ***Задълженията и отговорностите на членовете на екипа на практиката са точно и ясно определени***

Индикатори

- А. В практиката за всяка длъжност има разработена длъжностна характеристика.
- Б. Персоналът на практиката е запознат със съдържанието на длъжностните характеристики, които са подписани от него.
- В. В обучителните практики има правила, определящи задълженията на лекаря обучител и обучавания лекар.

3.4. Изисквания към процеса на осъществяване на дейността

Критерий 3.4.1. ***Практиката има определени часове за амбулаторен прием на пациенти и за домашни посещения.***

Индикатори

- А. В графика на работното време има определени часове за амбулаторен прием, които са съобразени с броя на пациентите и вида на практиката.
- Б. Часовете за амбулаторен прием се спазват.
- В. В графика за работното време има часове за домашни посещения и за женска и детска консултация, които се определят съобразно броя и структурата на пациентската листа.
- Г. Основната дейност и дейността по женската и детската консултация могат да се извършват и извън посочените в графика часове по преценка на ОПЛ съобразно с нуждите на пациентите.
- Д. В практиката има определен от лекаря ред за достъп на пациентите в амбулаторията.
- Е. В практиката се осигурява прием с предимство на деца до 1 година и на бременни жени.

Ж. Практиката има система за назначаване на часове за посещения.

З. В практиката е предвидена възможност за назначаване на консултации при необходимост и удължаване на времето за консултации

И. Практиката осигурява достъп до медицинска помощ извън работния график самостоятелно; чрез съвместен график с други ЛЗ за ПИМП или чрез договаряне на извършването на тази дейност с други ЛЗ или специално създадени за тази цел структури.

Критерий 3.4.2. ***Общопрактикуващият лекар извършва домашни посещения на своите пациенти, когато прецени, че такива са необходими, в рамките на работния график.***

Индикатори:

- А. Извършените домашни и други посещения се документират.

Критерий 3.4.3. ***В практиката могат да се извършват специализирани и***

високоспециализирани медицински дейности в случай, че е налична необходимата апаратура и квалификация за същите

Индикатори:
- А. Наличие на необходимата апаратура
- Б. Наличие на изискваната квалификация за извършването на дейностите

Критерий 3.4.4. *Практиката осигурява на пациентите необходимата информация във връзка с осъществяваните медицински услуги.*

Индикатори
- А. Пациентите имат на разположение информационни материали, които задължително съдържат:
  - имената на лекарите, работещи в практиката
  - адрес и телефон на практиката
  - приемни часове
  - информация за получаване на медицинска помощ извън работното време на практиката
- Б. На общодостъпно място в практиката е предоставена информация за обема на дейностите и изследванията, включени в годишния профилактичния преглед.
- В. На общодостъпно място в практиката е предоставена информация за подлежащите на задължителни профилактични имунизации за годината

Критерий 3.4.5. *В практиката за първична медицинска помощ всеки общопрактикуващ лекар има пълна автономност при вземане на решения, отнасящи се до клиничната и превантивната дейност.*

Индикатори
- А. Лекарят (лекарите) самостоятелно решава към какви специалисти или консултанти да насочва своите пациенти.
- Б. Лекарят (лекарите) самостоятелно решава за какви изследвания и диагностични процедури да изпраща пациентите си.
- В. Лекарят (лекарите) самостоятелно определя индивидуалната схема за проследяване състоянието на отделните пациенти.

Критерий 3.4.6. *Практиката има достъп до справочни материали и източници на информация от областта на клиничната и превантивната медицина.*

Индикатори
- А. В практиката има осигурен достъп до актуални медицински и немедицински справочници, както и учебници, монографии, нормативни актове и др., свързани с общата медицинска практика. Това може да включва и компютърно базирани програми.
- Б. Персоналът в практиката има достъп до периодични издания (списания и др.) от областта на общата медицина (абонамент, интернет достъп и др.).

Критерий 3.4.7. *Продължителността на медицинските консултации е достатъчна, за да осигури качествено медицинско обслужване.*

Това означава, че средната продължителност трябва да бъде около 10 минути, като действителната продължителност на посещенията варира според клиничната необходимост.

Стандарт 3.4.8. *Пациентите, регистрирани в практиката, могат да получат информация или консултация по телефона.*

Индикатори:
- А. Практиката предоставя по подходящ начин (листовки, табла и др.) информация на пациентите за установените принципи и процедури за провеждане на телефонни консултации.

Критерий 3.4.9. *Персоналът на практиката ин формира пациентите за възможните разходи за лечение, изследвания и процедурите, преди тяхното започване.*

Индикатори
- А. Персоналът на практиката информира пациентите за възможни допълнителни разходи, които може да се наложи да заплатят за собствена сметка за изследвания (образни, клинико-лабораторни и др.) или за консултация с друг медицински специалист, преди извършването на лечебно-диагностични дейности и процедури.
- Б. Пациентите са информирани за реда и начина на заплащане на съответните медицински услуги.
- В. В практиката има поставен на достъпно място ценоразпис за медицински услуги извън пакета дейности, заплащани от НЗОК.

Критерий 3.4.10. Практиката познава организациите, които предлагат здравни и други обществени услуги в нейния район, и работи с тях, когато е необходимо, за да съдейства на пациента да получи оптимални грижи.

Критерий 3.4.11. Документацията, изпращана до други изпълнители на медицинска помощ (писма и формуляри), съдържа достатъчно информация, за да гарантира на пациентите получаването на оптимални грижи.

Индикатори
- А. Лекарят (лекарите) попълва медицинското направление в съответствие с правилата за добра клинична практика и нормативните изисквания.
- Б. Насочването към друг специалист се отбелязва в медицинския запис на пациента, който се съхранява на електронен и/или хартиен носител.

Критерий 3.4.12. Практиката участва или сътрудничи в изпълнението на обществени програми за промоция на здравето и профилактика.

Индикатори
- А. Лекарят (лекарите) информира пациентите за програмите за здравна промоция и профилактика и насърчава участието им

в тези от тях, които смята за подходящи.
Б. Практиката може да участва в обществени програми за ограничаване на тютюнопушенето, на консумацията на алкохол, за повишаване на двигателната активност, рационално хранене и намаляване на затлъстяването и в такива за профилактика на заболяванията - различни програми за скрининг.

Критерий 3.4.13. В практиката се осигурява медицинска помощ на пациентите в съответствие с постиженията на съвременната медицина.

Индикатори

А. Практиката разполага със съвременни ръководства за поведение, клинични наръчници и указания за извършване на добра доказателственобазирана клинична дейност, които използва при диагностиката и лечението на различните заболявания.

Критерий 3.4.14.Пациентите получават достатъчно информация за целите, значението, ползата и рисковете, свързани с изследвания, направления или лечение, които лекарят им предлага, за да могат да изразят информирано съгласие.

Индикатори

А. Лекарят (лекарите) задължително информира пациентите за целите, значението, ползата и рисковете от предлаганите изследвания, направления или лечение, което се регистрира в медицинските записи.
Б. В практиката има печатна информация (листовки, брошури или др.), която пациентите могат да използват в подкрепа на разясненията за диагностиката и лечението на техните заболявания.

Критерий 3.4.15. Практиката осигурява на пациентите информация как да се предпазват от заболявания и да се грижат за здравето си.

Индикатори

А. Практиката разполага с различни материали и източници на информация (табла, брошури или компютърни програми) относно възможността за предпазване на пациентите от заболявания.

Критерий 3.4.16. В практиката се осъществява здравна профилактика и дейности за ранно откриване на заболяванията (медицински скрининг) съгласно действащите нормативни актове.

Индикатори

А. Провеждането на периодични медицински прегледи на деца, бременни и др. лица от рискови групи се извършва съгласно действащите нормативни актове и се отразява в медицинските записи.
Б. В медицинските записи на пациентите се вписват данни относно:
- провеждане на имунизации съгласно имунизационния календар;
- провеждане на скрининг за ранно откриване на заболявания

(в зависимост от приетите в страната скринингови програми).

Критерий 3.4.17. Лекарите в практиката извършват дейности за контрол на хроничните заболявания в съответствие с действащите нормативни документи

Индикатори:
- А. В практиката се извършва диспансеризация на пациентите с хронични заболявания в съответствие с нормативните изисквания.
- Б. В практиката се извършва наблюдение на състоянието и лечение на диспансеризираните пациенти съобразно нормативните документи и препоръките в приетите ръководства за поведение на ОПЛ при различни заболявания и състояния.

Критерий 3.4.18. В практиката се поддържат медицински записи за всеки пациент на електронен и/или хартиен носител.

Индикатори
- А. За всеки пациент в практиката има медицински запис.
- Б. Всеки медицински запис съдържа:

- датите на консултациите;
- причините за консултациите;
- диагностичните дейности;
- диагнозите съгласно МКБ 10 ;
- предписаните лекарствени средства (дадените указания за употреба и др.);
- документиране на направленията към други здравни специалисти;
- когато на ОПЛ е предоставена информация за проведени консултации и лечение от други специалисти, клинико-лабораторни, инструментални и образни изследвания, данни от епикризи, ОПЛ включва в медицинския запис онази част, която преценява че е важна за диагностично-лечебния процес;
- идентификация на лекарите.

Критерий 3.4.19. В практиката се поддържа конфиденциалност, поверителност и сигурност на медицинските записи на пациентите.

Индикатори
- А. Достъпът на външни лица до медицинските записи на пациентите е ограничен.
- Б. Персоналът на практиката използва данните от медицинските записи на пациентите при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни.

Критерий 3.4.20. При поискване от страна на пациента практиката изготвя резюме или копие от медицинския запис и му го предоставя.

Индикатори
А. В медицинския запис се отразява искането за изпращане на информация, както и къде е изпратена тя.

Критерий 3.4.21. Медицинските записи на пациентите съдържат резултатите от

извършваните диагностични изследвания, както и кореспонденцията, свързана с тях.

Индикатори А. Лекарят (лекарите) преглежда резултатите от диагностичните изследвания и кореспонденцията, свързана с пациентите, и предприема действия, ако това е необходимо, за уведомяване на пациентите.

Критерий 3.4.22. Медицинските записи на пациенти, с които не се работи, се съхраняват в практиката.

Индикатори ☞А. Индивидуалните медицински записи на пациенти се съхраняват за срокове, определени с нормативни актове. (за уточняване – за какъв срок да се съхраняват амбулаторните листа? ред за съхраняване от пациента)

Критерий 3.4.23. Медицинската помощ в практиката винаги и при всички обстоятелства се оказва при зачитане на правата на пациентите независимо от пол, възраст, религия, етническа принадлежност, сексуална ориентация или здравословно състояние.

Индикатори ☞А. Лекарят (лекарите) и персоналът оказват медицинска помощ на пациентите без дискриминация на основание пол, възраст, религия, етническа принадлежност, сексуална ориентация или здравословно състояние.

Критерий 3.4.24. Условията, в които се извършват консултациите и прегледите, осигуряват конфиденциалност на пациентите.

Индикатори ☞А. В кабинета (кабинетите)за консултация има условия за осигуряване на визуална и звукова изолация по отношение на останалите помещения.

☞Б. На пациентите е осигурено защитено от директно наблюдение място (например зад параван или екран), където се събличат.

Критерий 3.4.25. Пациентът има право да откаже или отхвърли всяко лечение, процедура или съвет.

Индикатори ☞А. В медицинския запис се вписва всеки отказ на пациента от предлагано лечение или диагностични изследвания.

☞Б. При отказ на пациента от предлагано лечение или диагностични изследвания, ОПЛ се съобразява с взетото от пациента решение и предприема възможни действия, които не противоречат на волята на пациента.

Критерий 3.4.26. Пациентът има право да потърси второ мнение от друг изпълнител на медицинска помощ.

Индикатори ☞А. При изявено желание на пациента да потърси второ мнение от друг изпълнител на медицинска помощ, общопрактикуващият лекар оказва нужното съдействие за това и го информира за разходите, които могат да възникнат.

Критерий 3.4.27. В практиката се разглеждат оплаквания, мнения и забележки на пациентите.

Индикатори
- А. В практиката има документация за постъпилите оплаквания, мнения и забележки на пациентите .

Критерий 3.4.28. Присъствието на трето лице, наблюдаващо или включено в клиничната дейност, е възможно само с изричното съгласие на пациента.

Индикатори
- А. Пациентите са предварително информирани и са дали своето съгласие, когато в практиката има студенти, специализанти или други медицински специалисти, които участват като наблюдатели и извършват медицински консултации, прегледи или изследвания.

Б. Ако в практиката се извършва обучение, на видно място в чакалнята е поставена табела с информация за това.

Критерий 3.4.29. Включването на пациенти в събирането на персонифицирана здравна информация за научни изследвания е възможно само с тяхното изрично писмено съгласие и след като са получили писмени и устни разяснения за научния проект.

Индикатори
- А. В практиката има документация за писменото съгласие на пациентите, включени в научни изследвания.

Критерий 3.4.30. При необходимост в амбулаторията се оказва спешна медицинска помощ.

Индикатори
- А. В амбулаторията се оказва медицинска помощ на болни с животозастрашаващи състояния до пристигане на екип на ЦСМП.

Критерий 3.4.31. В практиката има осигурена защита за предотвратяване на неправомерен достъп до лекарства и документи със специален режим, които се съхраняват в практиката.

Индикатори
- А. Лекарствените средства на специален режим в практиката се съхраняват в заключен шкаф или сейф.
- Б. Медицинските записи, бланки на административни и други официални документи, с които може да се злоупотреби, се съхраняват на места с ограничен достъп на външни лица.

Критерий 3.4.32. Помещенията на практиката постоянно се поддържат в добро санитарно-хигиенно състояние.

Индикатори
- А. Помещенията на практиката се почистват редовно.

Критерий 3.4.33. В практиката се използват подходящи апарати, инструменти и методи за почистване, дезинфекция и обеззаразяване.

Индикатори
- А. В практиката има утвърдени процедури и правила за почистването, дезинфекцирането и обеззаразяването на помещенията в съответствие с действащите нормативни документи.

Б. При разливане на кръв и телесни течности персоналът прилага стандартни предохранителни мерки съгласно действащите нормативни документи.

Критерий 3.4.34. Персоналът на практиката спазва утвърдените процедури за ограничаване на инфекциите.

Индикатори

А. В практиката има достъпни за ползване мивки във всяко помещение за клинична дейност.

Б. Лекарят (лекарите) и персоналът в практиката винаги си мият ръцете преди и след всяка процедура, която включва пряк физически контакт с пациента, кръв или телесни течности.

В. Лекарят (лекарите) и персоналът в практиката разполагат със и използват лични предпазни средства при работа с кръв, телесни течности, заразни материали и др.

Г. В практиката има утвърдени процедури в писмен вид за контрол върху инфекциите.

Критерий 3.4.35. В практиката се извършва подходящо и своевременно почистване на инструментите преди стерилизация.

Индикатори

А. В практиката има утвърдени процедури в писмен вид за почистване и/или дезинфекция на инструментите преди стерилизация в съответствие с действащите нормативни документи

Критерий 3.4.36. В практиката се използват само стерилни инструменти.

Индикатори

А. За стерилизация на инструментите се използва:
(а) собствена апаратура за стерилизация (сух стерилизатор или автоклав) и /или
(б) апаратура за стерилизация извън практиката (сух стерилизатор или автоклав) и /или
(в) инструменти за еднократна употреба.

Б. Стерилизацията се извършва в съответствие с действащите нормативни документи.

В. Инструментите се съхраняват по начин, който осигурява тяхната стерилност.

Г. В практиката се контролира и документира процесът на стерилизация на инструментите (когато такава се извършва в практиката)

Критерий 3.4.37. В практиката се извършва разделно съхранение на опасните отпадъци от дейността и битовите отпадъци.

Индикатори

А. Контейнерите за събиране на опасните отпадъци отговарят на изискванията в нормативните документи и са означени с надпис.

Б. Опасните отпадъци се унищожават по ред определен от нормативните документи.

Критерий 4.3.38. В помещенията на практиката(кабинети, чакалня, манипулационни и др.) не се разрешава пушене.

Индикатори А. В чакалнята на практиката има знак "Пушенето забранено".

Критерий 3.4.39. На лекарите и персонала в практиката се осигуряват условия на труд в съответствие със Закона за здравословни и безопасни условия на труд.

Индикатори
- А. Обзавеждането в кабинетите и офисите на практиката са съобразени с изискванията за безопасност и ергономия на труда.

Б. На целия персонал се предлагат и извършват подходящи имунизации съобразно техните задължения в практиката.
- В. В практиката има установени правила за действие в случаите на нараняване с остри предмети.
- Г. В практиката има установени правила за безопасна инжекционна практика

3.5. Документация, характерна за специалността

- В общата медицинска практика се използва документация, съобразена със спецификата на дейността и действащите нормативни актове.

- В условията на обща медицинска практика информираното съгласие (запознаване и съгласие от страна на пациента с назначените диагностични изследвания, консултации и предписаното лечение) се изявява чрез полагане на подписа на пациента в амбулаторния лист.

3.6. Изисквания към резултата от осъществяване на дейността

3.5.1. Количествени показатели за осъществяване на дейността - критерии за обхващане на пациентите с планови дейности:

- степен на обхващане на децата с профилактични прегледи (относителен дял)

- степен на обхващане на лицата над 18 години с профилактични прегледи (относителен дял)

- степен на обхващане на децата до 18 години със задължителни имунизации съгласно имунизационния календар

- степен на обхващане на възрастните със задължителни имунизации съгласно имунизационния календар

- степен на съвпадаемост между насочваща диагноза при хоспитализацията на пациентите и приемната диагноза на

лечебното заведение за БП

- степен на обхващане с диспансеризация на лицата с установена/и диагноза/и

Стойностите на количествените показатели ще бъдат определени след въвеждане на информационна система за ПИМП.

3.5.2. Критерии за качество на осъществяваната медицинска дейност

3.5.2.1. Критерии за оценка на процесите в общата медицинска практика

- **адекватност** – съответствие на процесите на диагностика, лечение и рехабилитация с действителните потребности на пациентите

- **релевантност** – съответствие на процесите на диагностика, лечение и рехабилитация с изискванията на ръководствата за поведение или други нормативни документи

- **комплексност** – пълнота на извършените дейности (диагностика, лечение и рехабилитация) съобразно изискванията на ръководствата за поведение или други нормативни документи

3.5.2.2. Критерии за резултатите от извършените дейности

- **ефективност** – относителен дял на болните с промени в състоянието след извършване на медицинските дейности

- **удовлетвореност** – относителен дял на болните според степента на удовлетвореност (напълно удовлетворен, частично удовлетворен, неудовлетворен)

- **преживяемост на болните с добро качество на живот** – времето (месеци), през които болните с хронични заболявания са в състояние на компенсация

Стойностите на отделните критерии се определят по експертен начин до създаването на специализирана информационна система.

3.5.3. Критерии за достъпност на медицинската помощ

- В практиката пациентите извън случаите на спешност могат да получат час за консултация в рамките на период до 2 работни дни.

- В практиката има информационни материали как може да се получи медицинска помощ извън работния график на амбулаторията

- В практиката има осигурена възможност за телефонна консултация в рамките на работния график на амбулаторията

Оценката за критериите за качество се извършва само от общопрактикуващи лекари със специалност по Обща медицина – титуляри на амбулатории за първична извънболнична медицинска помощ и специална подготовка като експерти по оценяване въз основа на приетите стандарти.

4. СТАНДАРТЪТ И РАЗНООБРАЗИЕТО НА ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА

Изработването и прилагането на стандарта не означава и не изисква всички амбулатории за първична медицинска помощ в страната да са еднакви, което представлява едно от големите предимства - тяхното разнообразие (по вид, местоположение, брой и структура на регистрираните пациенти, теренни условия, инфраструктура и др.).

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

Стандартът е съвкупност от изисквания, критерии и индикатори, част от които лесно могат да се измерват и оценяват и от други, при които това става трудно.

Признавайки голямото разнообразие на общите медицински практики в страната, всеки процес на оценка, свързан със стандарта, трябва да се основава и на здравия разум и да не се стреми към санкциониране или изключване на практики от участие в дейност само въз основа на формални основания.

3. БЪДЕЩО РАЗВИТИЕ НА СТАНДАРТА

Предлаганият стандарт е само етап в развитието на системата за създаване на приемливо качество в първичната медицинска помощ. Стандартът винаги ще бъде обект на преразглеждане, консултации и продължаваща критична оценка от страна на професионалната общност на общопрактикуващите лекари. Поради многообластния и специфичен характер

на общата медицинска практика, общопрактикуващите лекари трябва да се съобразяват само с медицинския стандарт по обща медицина. Той ще се преразглежда периодично, за да се включват новите доказателства и постижения на медицината и практиката.

Лист за самооценка на общопрактикуващия лекар за съответствие със стандарта

Общопрактикуващият лекар може да използва това резюме за самооценка на практиката и да реши дали отговаря на критериите и изпълнява всеки стандарт. Използването на листа за самооценка става едновременно с пълния текст на стандарта. В листа за самооценка са включени само изискванията, за които са определени измерими критерии.

Изисквания	Индикатори	Описание	Задължителен	Отговаря	Частично отговаря	Не отговаря
3.1.1	А.	Кабинет за всеки лекар, работещ в момента	да			
3.1.2	А	Осветление	да			
	Б	Наличие на кушетка и работно бюро	да			
	В	Удобства за преглед на малки деца	да			
	Г	Подходяща за сезона температура	не			
3.1.3	А	Наличие на чакалня с поне 2 места за сядане	да			
	Б	Осветление и подходяща за сезона температура в чакалнята	не			
3.1.4	А	Наличие на манипулационна	да			

	Б	Манипулационната отговаря на хигиенните норми	да			
3.1.5.	А	Наличие на достъпни тоалетни и мивки	да			
	Б	Указателна табела за тоалетните	не			
3.1.6.	А	Наличие на телефон	да			
	Б	Информация за пациентите за телефона/ите на практиката	да			
3.1.7.		Стерилни инструменти	да			
3.1.8	А	Достъп за хора с увреждания и детски колички	да			
	Б	Паркинг близо до входа на амбулаторията	не			
3.2.1.	А	Наличие на оборудване	да			
	Б	Допълнително оборудване	не			
	В	Достъп до общо оборудване и техника	да			
3.2.2	А	Наличие на „лекарска чанта”	да			
	Б	Съдържание на „лекарската чанта”	да			
	В	Други инструменти и консумативи в „лекарската чанта”	не			
3.2.3.	А	Наличие на хладилник	да			

	Б	Контрол на температурния режим	да			
3.2. 4.	А	Липса на продукти, ваксини и изделия с изтекъл срок на годност	да			
3.3. 1	А	Брой на лекарите	да			
	Б	Брой на помощния медицински персонал	не			
3.3. 2.	А	Наличие на длъжностни характеристики	да			
	Б	Персоналът е запознат с длъжностните характеристики	да			
	В	Наличие на правила за задълженията на обучителя и обучавания в обучителните практики	да			
3.4. 1.	А	Часове за амбулаторен прием в графика	да			
	Б	Спазване на часовете за амбулаторен прием	да			
	В	Часове за домашни посещения, женска и детска консултация	да			
	Г	Възможност за извършване на дейността извън посочените в графика часове	да			
	Д	Определен от лекаря ред за достъп на пациентите в амбулаторията	да			
	Е	Прием с предимство на деца до 1 г. и бременни жени	да			
	Ж	Система за назначаване на часове	не			

	З	Възможност за назначаване на консултации при необходимост и удължаване на времето за консултации	не			
	И	Достъп до медицинска помощ извън работния график	не			
3.4.2.	А	Документиране на домашните посещения	да			
3.4.3.	А	Наличие на специализирана апаратура	да			
	Б	Наличие на изискваната квалификация	да			
3.4.4.	А	Информационни материали за пациентите	да			
	Б	Информация за годишния профилактичен преглед	да			
	В	Информация за подлежащите на задължителни имунизации	да			
3.4.5.	А	Самостоятелност на лекаря за насочване на пациентите за консултация	да			
	Б	Самостоятелност на лекаря за определяне на необходимите изследвания и процедури	да			
	В	Самостоятелно определяне на индивидуалната схема за проследяване на пациентите	да			
3.4.6.	А	Достъп до справочници, учебници, нормативни актове и др.	да			
	Б	Достъп до периодични издания	не			

3.4. 7.		Средна продължителност на консултациите около 10 минути	не			
3.4. 8	А	Информация за пациентите за провеждането на телефонни консултации	да			
3.4. 9.	А	Информиране на пациентите за възможните разходи преди започването на изследванията, процедурите и лечението	да			
	Б	Информация за пациентите за реда и начина на заплащане на медицинските услуги	да			
	В	Ценоразпис на достъпно място	да			
3.4. 10		Взаимодействие с организациите, предлагащи здравни и други обществени услуги в района	не			
3.4. 11	А	Попълване на медицинското направление в съответствие с правилата за добра клинична практика и нормативните изисквания	да			
	Б	Отбелязване на насочването към друг специалист в медицинския запис на пациента	да			
3.4. 12	А	Информиране на пациентите за програмите за здравна промоция и профилактика	да			
	Б	Участие в обществени програми за здравна промоция, профилактика и скрининг	не			
3.4. 13	А	Наличие на ръководства за поведение, клинични наръчници и др.	да			

3.4. 14	А	Информиране на пациентите за целите, значението и ползата от изследванията, консултациите и лечението	да			
	Б	Печатна информация (листвки, брошури) за пациентите	не			
3.4. 15	А	Практиката разполага с различни материали и източници на информация за възможността за предпазване на пациентите от заболявания	да			
3.4. 16	А	Провеждане на периодични прегледи на деца, бременни и др. лица и отразяване на прегледите в медицинските записи	да			
	Б	Вписване на имунизациите и проведения скрининг за заболявания	да			
3.4. 17	А	Диспансеризация на пациентите съгласно нормативните документи	да			
	Б	Наблюдение на диспансеризираните пациенти съгласно нормативните документи и препоръките за поведение	да			
3.4. 18	А	Наличие на медицински запис за всеки пациент	да			
	Б	Съдържание на медицинския запис	да			
3.4. 19	А	Ограничен достъп на външни лица до медицинските записи	да			
	Б	Персоналът използва данните от медицинските записи при спазване на ЗЗЛД	да			
3.4.	А	Отразяване на искането за резюме	не			

20		или копие от медицинския запис				
3.4. 21	А	Уведомяване на пациентите за резултатите от изследванията	не			
3.4. 22	А	Съхранение на медицински записи, с които не се работи	да			
3.4. 23	А	Медицинска помощ се оказва на всички пациенти без дискриминация на основание пол, възраст, религия, етнос и др.	да			
3.4. 24	А	Наличие на условия за конфиденциалност	да			
	Б	Наличие на защитено от директно наблюдение място за събличане на пациентите	да			
3.4. 25	А	Вписване на отказа на пациентите в медицинския запис	да			
	Б	При отказ на пациента ОПЛ се съобразява с решението на пациента и предприема възможни мерки, които не противоречат на волята на пациента	да			
3.4. 26	А	Съдействие на ОПЛ за получаването на второ мнение при желание на пациента	да			
3.4. 27	А	Документи за постъпилите оплаквания, мнения и забележки на пациентите	да			
3.4. 28	А	Пациентите са информирани и са дали съгласие, когато в практиката има външни лица	да			
	Б	Наличие на табела с информация за това, че в практиката се провежда	не			

		обучение				
3.4. 29	А	Писмено съгласие на пациентите, включени в клинични проучвания	да			
3.4. 30	А	Оказване на медицинска помощ на болни с животозастрашаващи състояния до пристигане на екип на ЦСМП	да			
3.4. 31	А	Съхранение на лекарствените средства на специален режим в заключен шкаф или сейф	да			
	Б	Съхранение на документите и медицинските записи на места с ограничен достъп на външни лица	да			
3.4. 32	А	Редовно почистване на помещенията	да			
3.4. 33	А	Наличие на утвърдени процедури и правила за почистване, дезинфекция и обеззаразяванена помещенията	да			
	Б	Прилагане на стандартни предохранителни мерки съгласно дейтващите нормативни документи	да			
3.4. 34	А	Наличие на мивки във всяко помещение за клинична дейност	да			
	Б	Миене на ръцете преди и след всеки пряк контакт с пациента	да			
	В	Наличие на лични предпазни средства	да			
	Г	Наличие на утвърдени процедури за контрол върху инфекциите	да			
3.4.	А	Наличие на утвърдени процедури за почистване и/или дезинфекция на	да			

35		инструментите преди стерилизация				
3.4.36	А	Стерилизация на инструментите	да			
	Б	Извършване на стерилизацията в съответствие с нормативните документи	да			
	В	Съхранение на стерилизираните инструменти	да			
	Г	Контролиране и документиране на процеса на стерилизация	не			
3.4.37	А	Контейнери за опасните отпадъци	да			
	Б	Унищожаване на опасните отпадъци	не			
3.4.38	А	Табелка „Пушенето забранено”	не			
3.4.39	А	Обзавеждане на кабинетите и офисите	да			
	Б	Подходящи имунизации на персонала	не			
	В	Установени правила за действие в случаите на нараняване с остри предмети	да			
	Г	Правила за безопасна инжекционна практика	да			

ЛИТЕРАТУРА:

1. Асенова Р. Промоционалната дейност на общопрактикуващите лекари. – Обща медицина, 2007, 2.
2. Балашкова М, Валентинова Ц. Пациент-центрираната комуникация – реалност или предизвикателство за общопрактикуващите лекари. Scripta Scientifica medica, 2011, vol 43(7), P 169-171.
3. Балашкова М. Новото във взаимоотношенията лекар – пациент. Практическа педиатрия, 2000, 4, 12-14.
4. Балашкова М. Обучение в общуване на студентите медици. Обща медицина, 2003, 5, 1, 3-5.
5. Борисов В., Воденичаров Ц. Реалности на здравната реформа. София, 2000, 50 с.
6. Борисов В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. С., 2006, 320 с.
7. Борисов В. Здравната реформа на кръстопът – хаос или мениджмънт. 2008, 140 с.
8. Борисова Б, Златанова Р. Необходимост от мениджмънт на времето в общата лекарска практика. Медицински мениджмънт и здравна политика, 2012, 1, 2-6.
9. Борисова Б. Мотивация на пациентите за свободен избор на ОПЛ и неговата смяна. Медицински меридиани, 2013, 1, 53-58.
10. Борисова Б. Оценка на дейността на ОПЛ чрез мнението на пациентите. Дисертация, София, 2013.
11. Валентинова Ц, Горанов М, Балашкова М. Специализацията по обща медицина – перспективи и предизвикателства. Здравна политика и мениджмънт, 2009, 4, 43-45.
12. Валентинова Ц, Горанов М. Работата в екип - гаранция за качество в общата медицинска практика. Обща медицина. бр.4, 2002, стр. 3-5.
13. Валентинова Ц, Горанов М. Общопрактикуващият лекар и оценката на неговите пациенти. Обща медицина, бр.2, 2003,стр. 3-5.
14. Валентинова Ц. Взаимоотношения между общопрактикуващите лекари и специалистите, работещи в извънболничната медицинска помощ - мнения и препоръки. Социална медицина, бр. 2, 2003, стр. 17-18.
15. Валентинова Ц. Работата на основните екипи в общата практика през погледа на участващите в тях медицински сестри, фелдшери и акушерки. Социална медицина, бр.1-2, 2005, стр.34-36.
16. Валентинова Ц. Взаимодействие на общопрактикуващите лекари със социалните служби. Социална медицина, бр. 2, 2004, стр.23-24.
17. Валентинова Ц. Размер и състав на основните екипи, работещи в практиките за ПЗП. Здравен мениджмънт, бр. 4, 2004, стр. 44-46.
18. Валентинова Ц. За ползата от клиничните алгоритми в Първичната здравна помощ. Сп. Обща медицина, бр. 3, 2004, стр.3-5.
19. Валентинова Ц. Взаимодействие между общопрактикуващите лекари и другите медицински специалисти от здравната система. Медицински мениджмънт и здравна политика, бр.4, 2004, стр. 3-9.
20. Валентинова Ц. Взаимодействие между общопрактикуващите лекари и училищните медицински сестри. Медицински мениджмънт и здравна политика, бр.1, 2005, стр. 3-7.
21. Валентинова Ц. Мениджмънт на екипната дейност в първичната здравна помощ. Здравен мениджмънт, бр. 6, 2005, стр. 6-9.

22. Валентинова Ц. Показатели за развитие на екипите от първичната здравна помощ. Обща медицина, бр.1, 2006, стр. 3-7.
23. Валентинова Ц. Работа в екип в Първичната здравна помощ – поведение и роли на екипните членове. Обща медицина, 2006, бр.4, стр.3-4.
24. Веков Т. Удовлетвореност на пациенти и лекари от здравната реформа и препоръки за нейното управление. Медицински мениджмънт и здравна политика, 2009, 2.
25. Воденичаров Ц. Съвременната здравна политика е здравната политика базирана на доказателства. Здравна политика и мениджмънт, 2009, 4, 3- 8
26. Воденичаров Ц, Борисов В, Гладилов С, Чамов К, Кръшков Д. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2005, 2, 5-15.
27. Воденичаров Ц. Нови акценти в здравеопазването. Здравен мениджмънт, 2001,1, 2-3.
28. Димитрова Д. Достъп на населението в първичната медицинска помощ. Дисертация, Пловдив, 2009, 241 с.
29. Димова Р, Иванов Г. Качество на общата медицинска помощ – същност и подходи за определяне. Социална медицина, бр. 2, 2000.
30. Димова Р, Иванов Г. Разработване на критерии и определяне на стандарти за измерване и оценяване на качеството на първичната медицинска помощ. Сб. Научни трудове на Съюза на учените – Пловдив, 2000.
31. Димова Р. Качество на общата медицинска помощ – същност, съдържание, определяне и управление. Дисертация, Пловдив, 2003.
32. Димова Р. Фактори влияещи върху удовлетвореността на пациентите от обслужването в първичната медицинска помощ 6 месеца след старта на здравната реформа. Сб. Научни трудове на Съюза на учените – Пловдив, 2001.
33. Закон за лечебните заведения. Обн., ДВ, бр. 62 от 9.07.1999 г., доп., бр. 88 от 8.10.1999 г., изм., бр. 113 от 28.12.1999 г., попр., бр. 114 от 30.12.1999 г., изм. и доп., бр. 36 от 2.05.2000 г., бр. 65 от 8.08.2000 г., в сила от 8.08.2000 г., бр. 108 от 29.12.2000 г., в сила от 1.01.2001 г.
34. Златанова Р. Организационни проблеми в дейността на общопрактикуващите лекари. Дисертация, 2006.
35. Златанова Р, Златанова Т, Петков В. Анализ на правата на пациента. Здравен мениджмънт, 2005, 6, 10-14.
36. Златанова-Великова Р, Златанова Т. Парадоксите в българското здравеопазване – задължителните профилактични прегледи на лица над 18 години**.** Обща медицина, 2010, 2.
37. Златанова Т, Великова Р. Оценка на комуникационните умения на ОПЛ. Медицински меридиани, 2012, 1-2, 48-52.
38. Медицински стандарт по обща медицина. www.nsoplb.com/uploads/article_documents/**standart**_om_1.doc
39. Наредба №41/21.12.2005 г. за утвърждаване на „медицински стандарти по обща медицинска практика". Издадена от Министерство на здравеопазването, Обн. ДВ. Бр. 1 от 3 януари 2006 г.
40. Наредба №40/24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Обн. ДВ, бр. 112 от 23.12.2004 г., в сила от 1.01.2005 г.
41. Неформални плащания в системата на здравеопазването. Доклад на Институт отворено общество, 2008.

42. Пампоров А. Основни нарушения на правата на пациентите – социологическа перспектива. В: Правни стандарти и способи за административна и съдебна защита на правата на ползвателите на здравни услуги. Институт отворено общество, доклад, 2011.
43. Парашкевова Б и др. 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.
44. Парашкевова Б. и др. Съобщаване на лоши новини в работата на ОПЛ. Медицински меридиани, 2013, 1, 35-39.
45. Пасхалидис К. Здравна реформа и обществено мнение. 2008, 100 с.
46. Петков В. Удовлетвореност от качеството на медицинската помощ след въвеждането на задължителното здравно осигуряване. Здравен мениджмънт, 4, 2004, № 4, 28-30.
47. Петрова З, Чамов К, Гладилов С. Качество в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции. С., 2008, 270 с.
48. Петрова З, Младенова В. Удовлетвореността на пациента от медицинските услуги – компонент на качеството на здравното обсужване. Здравен мениджмънт, 2003, 3, 11-15.
49. Петрова, З. Качеството – приоритет или псевдоприоритет на реформиращото се здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2007, 5, 7-15.
50. Попов М, Димова А. Качеството на първичната медицинска помощ: отражение в съзнанието на пациента. – Социална медицина, 2001, 1, 26-229.
51. Попов М, Димова А. Първичната медицинска помощ: пациентът пред входа на лекарската амбулатория. Медицинска практика, бр. 3, 2001.
52. Правила за добра медицинска практика на общопрактикуващите лекари в Република България. Разработени от Маджова В, Киров Л и др. http://www.nsoplb.org/uploads/article_documents/gmp_gps_2008.pdf
53. Приложение № 3 НРД 2007. София, Обн. ДВ. 2006г.
54. Спасов Л, Дякова М. Стратегии за намаляване неравенствата в здравеопазването – опитът на някои европейски страни. Здравен мениджмънт, 2007, 2, 74-80.
55. Стамболова В. Мениджмънт и етика в общата медицинска практика. 2008, 104 с.
56. Стамболова И, Стамболов С. Актуални проблеми в мениджмънта на общата практика (по мнение на ОПЛ). Медицински меридиани, 2010, 2, 39-44.
57. Христов Н и др. Факти и анализи за първичната здравна помощ в България. В: Първичната здравна помощ в България . Институт отворено обшество, София, 2011.
58. Ansari Z, Barbetti T, Carson NJ, Auckland MJ, Cicuttini F. The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: rural and urban perspectives. Soz Praventivmed 2003; 48(1):33-43.
59. Ansari Z. A review of literature on access to primary health care. Aust J Prim Health 2007; 13(2):80-95.
60. Ansari Z. The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care. Aust J Prim Health 2007; 13(3):91-110.
61. Arrindell W, Steptoe A, Wardle J. Higher levels of state depression in masculine than in feminine nations. Behaviour Research and Therapy 2003; 41:809-817.
62. Bambra C. Going beyond The three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research. Journal of Epidemiology and Community Health 2007; 61:1098-1102.

63. Bartlett D. Preparing for the coming consumer revolution in health care. J Heal Care Finance, 1997; 23(4): 33-9.
64. Boerma W. Local housing scheme and political preference as conditions for the results of a health centre-stimulating policy in The Netherlands. Health Policy 1989; 13(3):225-237.
65. Boerma W, van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. European GP Task Profile Study. Br J Gen Pract 1997; 47(421):481-486.
66. Boerma W. Profiles of general practice in Europe: an international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht: Universiteit Maastricht; 2003.
67. Borre H. Patient satisfaction. An attribute or indicator of quality of care? Quality review bulletin, 1978; 13: 108-8.
68. Bosch van den W, Freeman G. Coordination and continuity of care. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D et al., editors. Oxford textbook of primary medical care: principles and concepts (Volume I). Oxford: Oxford University Press; 2004. 267-273.
69. Campbell J, Freeman G, Jenner D, Schofield T, Whillier D. The future of access to general practice-based primary care medical care. Informing the debate. 1-38. 2004. London, Royal College of General Practitioners.
70. Clearby P, McNeil B. Patient satisfaction as an indicator of quality of care. Inquiry, 1988; 25: 25-33.
71. Codman E. A study in hospital efficiency. Boston, 1912.
72. Crombie D, van der Zee J, Backer P. The Interface Study Birmingham. 1990. Birmingham, Commission of the European Communities COMAC-HSR in collaboration with the European General Practice Research Workshop.
73. Delnoij D, Van M, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? J Health Serv Res Policy 2000; 5(1):22-26.
74. De Maeseneer J, van Driel M, Green L, Van Weel C. Translating research into practice : the need for research in primary care. The Lancet 2003; 362:1314-1319.
75. De Maeseneer J, Roberts R, Demarzo M, Heath I, Sewankambo N, Kidd M et al. Tackling NCDs: a different approach is needed. The Lancet 2012; 379:1860-1861.
76. Deming, W. Statistical Adjustment of Data. Dover (1964).
77. Deschepper R, Grigoryan L, Stalsby Lundborg C, Hofstede G, Cohen J, Van der Kelen G et al. Are cultural dimensions relevant for explaining cross-national differences in antibiotic use in Europe? BMC Health Services Research 2008; 8:123-132.
78. Dobrossy L. Prevention in primary care: recommendations for promoting good practice. Copenhagen: World Health Organization for Europe; 1994.
79. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund, Quarterly, 1966, 44: 166-203.
80. Donabedian A. A guide to medical care administration. Washington, American Public Health Association, 1969.
81. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, Harvard university press, 1973.
82. Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. Ann Arbor, Health administration press, 1980.
83. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Health administration press, 1980.
84. Donabedian A. The quality of care – how can it be assessed? JAMA, Sept. 23/30, 1988, Vol. 260, No 12: 1743-1748.

85. Donabedian A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. Inquiry, 1988, 25: 173-192.
86. Drph L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. Journal of Family Practice 2001; 50:161.
87. Drucker P: Managing for the Future. New York: Harper Collins, 1992.
88. Eikemo T, Huisman M, Bambra C, Kunst A. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. Sociology of Health and Illness 2008; 30(4):565-582.
89. Elola J, Daponte A, Navarro V. Health indicators and the organization of health care systems in Western Europe. Am J Public Health 1995; 85(10):1397-1401.
90. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, van den Hombergh P, Brinkmann H, Szecsenyi J et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. Fam Pract 2005; 22(2):215-222.
91. Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S, Broge B, Boffin N, Marshall M et al. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. Fam Pract 2006; 23(1):137-147.
92. Erumban A, De Jong S. Cross-country differences in ICT adoption: A consequence of Culture? Journal of World Business 2006; 41:302-314.
93. Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. London: Polity; 1990.
94. European Commission HaCPD. Call for Proposals 2006. Adopting the EU 2nd Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013. http://ec europa eu/health/ph_programme 2006.
95. European Observatory on Health Care Systems and Policies. Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. Open University Press; 2006.
96. Ferrer R, Hambidge S, Maly R. The essential role of generalists in health care systems. Ann Intern Med 2005; 142(8):691-699.
97. Fleming D. The European study of referrals from primary to secondary care. Rijksuniversiteit Limburg; 1993.
98. Fleming D. Continuity of care: a concept revisited. European Journal of General Practice 2000; 6:140-150.
99. Fletcher R, O'Malley M, Fletcher S, Earp J, Alexander J. Measuring the continuity and coordination of medical care in a system involving multiple providers. Med Care 1984; 22(5):403-411.
100. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. New York, The Carnegie foundation, 1910.
101. Flocke S. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. J Fam Pract 1997; 45(1):64-74.
102. Forrest C, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditure. Journal of Family Practice 1996; 43:40-48.
103. Friedberg M, Coltin K, Pearson S, Kleinman K, Zheng J, Singer J et al. Does affiliation of physician groups with one another produce higher quality primary care? J Gen Intern Med 2007; 22(10):1385-1392.
104. Green L, Philips Jr R, Fryer G. The nature of primary medical care. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D et al., editors. Oxford textbook of primary medical care: principles and concepts (Volume I). Oxford: Oxford University Press; 2004. 3-9.
105. Griffin J. The future of primary care: papers from a symposium held on 13th september 1995. 1996. London, Office of Health Economics.

106. Groenewegen P. The shadow of the future: institutional change in health care. Health Aff (Millwood) 1994; 13(5):137-148.
107. Groenewegen P, Dixon J, Boerma W. The regulatory environment of general practice: an international perspective. In: Saltman R, Busse R, Mossialos E, editors. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Buckingham: Open University Press; 2002. 200-214.
108. Groenewegen P, Delnoij D. De Nederlandse gezondheidszorg in Europees perspectief [The Dutch health care system from a European perspective]. In: Aakster C, Groothof J, editors. Medische sociologie. Zesde druk ed. Groningen/Houten: Wolters-Noordhof; 2003. 155-172.
109. Grol R, Smits A, Fransen A, Van Weel C. Continuïteit in de huisartsgeneeskunde [Continuity in family medicine]. Huisarts en Wetenschap 1987; 30:275-279.
110. Grol R, Baker R, Roberts R, Booth B. Systems for quality improvement in general practice. European Journal for General Practice 1997; 3:65-68.
111. Health Council of the Netherlands. European primary care. 2004/20E, 1-120. 16-12-2004. The Hague, Health Council of the Netherlands.
112. Heideman J, Laurant M, Lin N, Verhaak P, Wensing M, Grol R. De samenwerking tussen huisartsen en de GGZ is voor verbetering vatbaar [The collaboration between general practitioners and mental health care can be improved]. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2006; 84:22-28.
113. Hennen B. Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity. J Fam Pract 1975; 2(5):371-372.
114. Hjortdahl P. Continuity of care. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D et al., editors. Oxford textbook of primary medical care: principles and concepts (Volume I). Oxford: Oxford University Press; 2004. 249-252.
115. Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. Int J Qual Health Care 2008; 20(5):308-313.
116. IJzermans J. Continuïteit in de zorg: realiteit of een mythe [Continuity of care: reality or myth]? Huisarts en Wetenschap 1993; 36:41-43.
117. Ishikawa K. What is Total Quality Control? The Japanese way. Englewood Cliffs, Prentice-Hill, 1985.
118. Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project: conceptual framework paper. DELSA/HEA/WD/HWP(2006)3. 2006. Paris, OECD.
119. Kringos D, Boerma W, Spaan E, Pellny M, Karakaya K. Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey: a survey-based pilot project in two regions of Turkey. 2008. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe. Primary care in the WHO European Region.
120. Kringos D, Boerma W, Spaan E, Pellny M, Son I, Korotkova A. Evaluation of the organizational model of primary care in the Russian Federation a survey-based pilot project in two rayons of the Moscow oblast. 2009. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe. Primary care in the WHO European Region.
121. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv Res 2010; 10:65-78.
122. Kroneman M, Maarse H, van der Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. Health Policy 2006; 76(1):72-79.
123. Lember M. Revaluation of general practice/family medicine in the Estonian health care system. European Journal of General Practice 1996; 2:72-74.

124. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Services Research 2003; 38(3):831-865.
125. Macinko J, Almeida C, et al. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. Int J Health Plann Manage 2004; 19(4):303-317.
126. Macinko J, Starfield B, and Erinosho T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. J Ambulatory Care Manage, Vol. 32, No. 2, pp. 150-171, 2009.
127. Mark D, Gottlieb M, Zellner B, Chetty V, Midtling J. Medicare costs in urban areas and the supply of primary care physicians. Journal of Family Practice 1996; 43:33-39.
128. Marshall M, Leatherman S, Mattke S. Selecting indicators for the quality of promotion, prevention and primary care at the health systems in OECD countries. 1-48. 2004. Paris, OECD.
129. Meeuwesen L, Van den Brink-Muinen A, Hofstede G. Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? Patient Education and Counseling 2009; 75:58-66.
130. Mullan F. The 'Mona Lisa' of health policy: primary care at home and abroad. Health Aff (Millwood) 1998; 17(2):118-126.
131. Nuttall J, Hood K, Verheij T, Little P, Brugman C, Veen R et al. Building an international network for a primary care research program: reflections on challenges and solutions in the setup and delivery of a prospective observational study of acute cough in 13 European countries. BMC Fam Pract 2011; 12:78.
132. Oona M, Kalda R, Lember M, Maaroos H. Family doctors' involvement with families in Estonia. BMC Fam Pract 2004; 5:24.
133. Parchman M, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. Journal of Family Practice 1994; 39(2):123-128.
134. Parchman M, Noel P, Lee S. Primary care attributes, health care system hassles, and chronic illness. Med Care 2005; 43(11):1123-1129.
135. Parker A, Walsh J, Coon M. A normative approach to the definition of primary health care. Milbank Mem Fund Q Health Soc 1976; 54(4):415-438.
136. Pelone F, Kringos D, Romaniello A, Valerio L, Lazzari A, Ricciardi W et al. The measurement of relative efficiency of general practice and the implications for policy makers. Health Policy 2012; DOI: 10.1016/j.healthpol.2012.05.005.
137. Poulton B, West M. Effective multidisciplinary teamwork in primary health care. J Adv Nurs 1993; 18(6):918-925.
138. Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. Qual Health Care 1999; 8(1):16-21.
139. Primary health care. WHO, Switzerland, 1978.
140. QUALICOPC http://www.nivel.nl/en/qualicopc/
141. Rasanathan K, Villar Montesinos E, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary healthcare and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. Journal of Epidemiology and Community Health 2011; 65:656-660.
142. Rigby M, Roberts R, Williams J, Clark J, Savill A, Lervy B et al. Integrated record keeping as an essential aspect of a primary care led health service. BMJ 1998; 317(7158):579-582.
143. Ros C, Groenewegen P, Delnoij D. All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems. Health Policy 2000; 52(1):1-13.

144. Saltman R, Figueras J. European health care reform. Analysis of current strategies. Geneva: WHO Regional Publications; 1997.
145. Saltman R, Rico A, and Boerma W. Primary care in the driver's seat? European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
146. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Fam Pract 2006; 23(3):308-316.
147. Saultz J. Defining and measuring interpersonal continuity of care. Ann Fam Med 2003; 1(3):134-143.
148. Schmid A, Cacae M, Götze R, Rothgang H. Explaining health care system change: problem pressure and the emergence of "Hybrid" health care systems. J Health Polit Policy Law 2010; 35(4).
149. Shewhart W. Economic control of quality of manufactured product. New York (1931): D. Van Nostrand Company. pp. 501.
150. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Wulu J, Xu J. Primary care, social inequalities and all cause, heart disease and cancer mortality in US counties: a comparison between urban and nonurban areas. Public Health 2005; 119(8):699-710.
151. Sidel V, Sidel R. Primary health care in relation to socio-political structure. Social Science and Medicine 1977; 11:415-419.
152. Sixma H et al. Quality of care from the patient's perspective – from a theoretical conspect to new measuring instruments. Health expectations, Vol. 1, 1998.
153. Sixty-Second World Health Assembly. Primary health care, including health system strengthening. Resolution WHA62.12. 2009.
154. Starfield B, Simborg D, Horn S, Yourtee S. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. Med Care 1976; 14(7):625-636.
155. Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. JAMA 1991; 266(16):2268-2271.
156. Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994 Oct 22; 344(8930):1129-33.
157. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press, Inc.; 1998.
158. Starfield B. The importance of primary care to health. http://medicalreporterhealth.org/tmr0699/importance_of_primary_care_to_he.htm. 1999.
159. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy 2002; 60(3):201-218.
160. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. Sep 2005; 83(3): 457–502.
161. Starfield B. State of the art in research on equity in health. J Health Polit Policy Law 2006; 31(1):11-32.
162. Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? Journal of Epidemiology and Community Health 2011; 65(8):653-655.
163. Svab I, Pavlic D, Radic S, Vainiomaki P. General practice east of Eden: an overview of general practice in Eastern Europe. Croat Med J 2004; 45(5):537-542.
164. Tenbensel T, Eagle S, Ashton T. Comparing health policy agendas across eleven high income countries: Islands of difference in a sea of similarity. Health Policy 2012; 106(1):29-36.
165. Van den Hombergh P, Grol R, van den Hoogen HJ, van den Bosch WJ. Assessment of management in general practice: validation of a practice visit method. Br J Gen Pract 1998; 48(436):1743-1750.

166. Van der Zee J, Kroneman MW. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. BMC Health Serv Res 2007; 7:94-105.
167. Vuori H. Primary health care in Europe – problems and solutions. Community Med 1984; 6(3):221-231.
168. Weiner J, Starfield B. Measurement of the primary care roles of office-based physicians. Am J Public Health 1983; 73(6):666-671.
169. Weissman J, Gatsonis C, Epstein A. Rates of avoidable hospitalizations by insurance status in Massachusetts and Maryland. The Journal of the American Medical Association 1992; 268(12):2388-2394.
170. Westert G, Groenewegen P. Regional disparities in health care supply in eleven European countries: does politics matter? Health Policy 1999; 47(2):169-182.
171. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf. 1978.
172. World Health Organization. World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. 2000. Geneva, World Health Organization.
173. World Health Organization. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? 1-18. 2004. Copenhagen, World Health Organization.
174. World Bank. Review of experience of family medicine in Europe and Central Asia. Volume 1. 32354-ECA, 1-47. 2005. World Bank.
175. World Health Organization. The World Health Report 2008: primary health care now more than ever. 2008. Geneva, World Health Organization.
176. Yarnold P et al. Predicting patient satisfaction: a study of two emergency departments. J Behav Med, 1998; 21(6): 545-63.
177. Zanenchuk J et al. Patients; desires and expectations for medical care: a challenge to improving patient satisfaction. Am J Med, 1999; 14(1): 21-7.

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

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