

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ  
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ,  
„ПРОФ.Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ“, ДМН  
КАТЕДРА „ПРЕВАНТИВНА МЕДИЦИНА“**

**ЛЮБКА ГЕОРГИЕВА АСЕНОВА**

**УСПЕШНО ПЛАНИРАНЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО –  
УСЛОВИЕ ЗА ПОСТИГАНЕ НА ПАЦИЕНТСКА  
УДОВЛЕТВОРЕНОСТ ОТ  
ОПЛ**

**ДИСЕРТАЦИЯ**

**за присъждане на образователна и научна степен “ДОКТОР”**

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

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”

Докторска програма: „Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията”

**НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:**

**Проф. Магдалена Александрова, дм**

**СОФИЯ, 2022 г.**

## **СЪДЪРЖАНИЕ**

**ВЪВЕДЕНИЕ**.....  
стр.4

**ГЛАВА ПЪРВА**  
**ЛИТЕРАТУРЕН**  
**ОБЗОР**.....стр.7

**ГЛАВА ВТОРА**  
**ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО**.....стр.83

**ГЛАВА ТРЕТА**  
**АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ**  
**СОБСТВЕНОТО**  
**ПРОУЧВАНЕ**.....с  
тр.88

**ИЗВОДИ , ПРЕПОРЪКИ И**  
**ПРИНОСИ**.....стр.138

**БИБЛИОГРАФИЯ**.....СТ  
р.143

**ПРИЛОЖЕНИЕ**  
.....стр.152

## **СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ**

- СЗО** – Световна здравна организация;
- ЕС** – Европейски съюз;
- НС** – Народно събрание;
- МЗ** – Министерство на здравеопазването;
- НЗОК** – Национална здравноосигурителна каса;
- РЗОК** – Регионална здравноосигурителна каса;
- БЛС** – Български лекарски съюз;
- РЗИ** – Регионална здравна инспекция;
- СМП** – Спешна медицинска помощ;
- ЛЗ** – Лечебно заведение;
- ОМП** – Обща медицинска практика;
- ГППМП** – Групова практика за първична медицинска помощ;
- ИППМП** – Индивидуална практика за първична медицинска помощ;
- ОПЛ** – Общо практикуващ лекар;
- ПИМП** – Първична извънболнична медицинска помощ;
- ПМП** – Първична медицинска помощ;
- НРД** – Национален рамков договор;
- КП** – Клинични пътеки;

**ЗЛЗ** – Закон за лечебните заведения;

**ЗЛСАХМ** – Закон за лекарствените средства и аптеките в хуманната медицина.

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Развитието на световната медицинска мисъл и практика поставя съществен проблем, стоящ за решаване пред здравеопазването, а именно – качеството на медицинското обслужване. Медицинските услуги са в пряка връзка с нарастващите потребности и желанието на всеки човек непрекъснато да повишава качеството на своя живот към по-добро, за да бъде полезен на себе си, близките и обществото. Повишаващата се информираност на пациентите също е фактор, който води до по-голяма изисквателност към качеството на медицинската помощ.

Качественият продукт едновременно се произвежда, получава, възприема и оценява от всички участници в лечебния процес - пациенти, лекари и финансиращи институции.

Държавите-членки на Европейският съюз използват комбинация от „инструменти“, за да постигнат и поддържат висококачествено медицинско обслужване в цялата система. Тези инструменти включват стандарти за качество, като например минимум от структурни и процедурни изисквания за доставчиците на услуги, акредитация или издаване на удостоверения на доставчиците и системи за наблюдение на качеството, въз основа на получена информация и инспекции. Концепцията за „качество“ е много популярна в специализираната икономическа литература, където понятието, „задоволяване на потребителя“ е модел за качество на предлаганите услуги. Тази тенденция мотивира учени от целия свят да насочат своята изследователска дейност в детайлно проучване на явленията и процесите, оценяващи удовлетворението на потребителя от предлаганите здравни услуги.

Трябва да се отбележи и факта, че на здравето, сега и все повече в бъдеще, се гледа като на право на гражданите. Практиката недвусмислено показва, че използването на пазарни механизми и регулиране в сферата на здравеопазването може сериозно да повлияе върху задоволяването на медицинските потребности на населението. Това се предопределя преди всичко от огромното разнообразие на предлаганите здравни продукти и услуги от различните специалисти и здравни заведения, както и от наличието на голям брой неинформирани и силно зависими от предлагането потребители.

Здравните системи са изправени пред предизвикателството да контролират все по-нарастващите разходи за здравеопазване от една страна и постоянния натиск от страна на потребителите на медицинската помощ за по-голяма по обем и по-качество медицинска помощ. Основна роля за решаване на тези предизвикателства се пада на първичната медицинска помощ, тъй като тя играе ролята на „пазач на входа” и в същото време от нейното качествено функциониране зависи движението на пациентите в следващите нива на здравна помощ и резултатите от тяхното лечение.

Първичната извънболнична медицинска помощ е фундаменталната структура на една рационално функционираща здравна система. Практиката отдавна е доказала, че превенцията на болестите, както и тяхното ранно диагностициране струва много по-малко на обществото, отколкото самото лечение. Резултатите от редица проучвания показват, че държави с добре развита система на първична извънболнична медицинска помощ/ПМП/ се характеризират с по-добър здравен статус на населението и с по-висока удовлетвореност от здравното обслужване, като цяло.

В съвременните представи, качеството е съвкупност от характеристики на медицинските услуги, което не само отговаря на технологични стандарти, но отговаря и на очакванията на пациентите и техните потребности от медицинска помощ.

Качеството може да се подобри, чрез по-високо ниво на стандарт, медицина, базирана на факти и интегративни подходи в грижата за пациента.

Удовлетвореността на пациентите и нейното изследване са във фокуса на маркетинга и маркетинговите изследвания през последните две десетилетия. Повишеното внимание към нея е инспирирано от утвърдилата се в практиката

тенденция за налагане на дългосрочни отношения на общопрактикуващите лекари с техните пациенти.

Успешното планиране (маркетинг) на отношенията цели удовлетвореност, повторение на ползването на медицински услуги в доболничната помощ и настояща и бъдеща лоялност на пациентите на базата на предлагане на търсените от целевия пазар услуги и развитие на дългосрочни програми за отношения с пациентите.

В процеса на здравната реформа характерни промени претърпява, както извънболничния, така и болничният сектор и в частност първичната медицинска помощ, която формално е определена, като първостепенен приоритет.

Глобалната промяна в национална здравна система е засегнала основите на нейната нормативна база /серия нови закони за здравеопазването, приоритетите на здравеопазването, правата на пациента и етичните взаимоотношения "лекар-пациент". Всичко това има определен ефект и отражение върху мнението, оценката и удовлетвореността на пациентите /и обществото/ от качеството на оказваната медицинска помощ.

В съвременните условия на пазарна икономика и конкуренция, ограничените ресурси и понякога неблагоприятна външна среда се нуждаят от правилно управление. В този случай, маркетингът се явява, като една необходима и дори задължителна мениджърска функция. Механичното пренасяне на маркетинговите теории и подходи от сферата на материалното производство, в сферата на услугите, изисква прилагането на твърде внимателен подход и предварително решаване на редица предизвикателства.

Настъпилите фундаментални промени в системата на българското здравеопазване и икономика изискват прилагането на нови подходи за тяхното управление. Като един от най-важните и адекватни на пазарното развитие на съвременната ни икономическа система метод, можем да посочим маркетинговия подход или т.нар. маркетинг - мениджмънт. Последният може да бъде характеризирани, като съвкупност от дейности, които обхващат целия процес на привеждане на ресурсите на организацията в съответствие с изискванията на пазара, което прави изключително важно неговото практическо приложение. Съвременният маркетинг се осъществява в динамична външна среда, в която се променят непрекъснато, както количеството и вида на различните пазарни фактори, така и силата на тяхното влияние върху дейността на здравните

организации.

Успешното планиране (което е един от компонентите на маркетинга) е сравнително нова научна дисциплина, която се развива в тясна връзка и зависимост от практиката. Маркетингът е една сложна дейност и се налага висок професионализъм при нейното провеждане.

Ефективното успешно планиране изисква от медицинските специалисти постоянно да изработват адекватни маркетингови концепции, съответно позициониране и маркетинг - микс, да изучават и моделират поведението на клиентите и осигуряват необходимите финансови средства за маркетинговата дейност.

Всяка една от тези дейности, сама по себе си и в съчетание с другите, може да повлияе изключително положително на дейността на здравната организация, поради което здравните ръководители в развитите страни все повече се стараят да интегрират другите свои основни мениджърски функции с мениджърската функция - маркетинг.

Приложението на маркетинга или на успешното планиране в сферата на здравеопазването води до повишаване удовлетвореността на целевите пазари посредством по-добро разбиране на техните нужди, спомага за привличане на повече ресурси за здравните заведения, подобрява ефективността чрез развитието и предлагането на пазарите на нови продукти и услуги; регулира целите; подобрява комуникациите и ги прави по ефективни и по полезни. Успешното планиране е необходимо не като една отделна мениджърска маркетингова функция, а и за създаването на една тотална маркетингова организация на цялата здравна система.

## **ГЛАВА ПЪРВА** **ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР**

### **Теоретични постановки и практически подходи**

Реформата в здравеопазването е един непрекъснат процес. Той се движи от множество причини, водещи сред които са развитието на науката и в частност медицинската наука. Свързва се с техническата революция с оформянето на

информационното общество, с новостите в редица дисциплини и направления-диагностика и лечение, промяна в патологията, усилена работа на фармацевтичната промишленост, здравната култура на населението и отношението му към собственото здраве, новостите в организациите и управлението на здравната система, нарастващите възможности на обществото за финансиране на здравната система и новото отношение на политиците към нея./ 17,31/

Нашата здравна реформа има редица специфични черти, присъщи само на българското здравеопазване, но наред с това тя отразява и общозначими за световното здравеопазване проблеми.

Стратегическата оценка на всяка здравна реформа е свързана с фундаменталните въпроси за мисията и целите на здравеопазването ,за баланса между целите и средствата на промяната, за ценностните критерии и етичната експертиза на избраната стратегия, за съотношението на „Резултат-ресурси” и за интегралната медико-социално – икономическа ефективност от изразходването на огромни ресурси.

В светлината на теорията на организационната промяна според В. Борисов могат да се очертаят редица рискове и трудности, съпровождащи реформите на националните здравни системи:

- 1.Подмяна на целите със средствата-типична проява на бюрократично мислене;
- 2.Диктат на моди и „магически”рецепти;
- 3.Ограничаване на индивидуалните права на пациента;
- 4.Дестабилизация на здравната организация;
- 5.Неадекватно оптимистични и максималастични очаквания от реформите;
- 6.Недостатъчен баланс на националните традиции и промяната;
- 7.Криза в достъпа на населението до здравни грижи;
- 8.Увлечение към високите технологии и стандарти ;
- 9.Конфликт между клинична свобода и мениджмънт на ресурсите на здравната организация;
- 10.Недостатъчни гаранции за ефективността на частния сектор;
- 11.Взаимно дистанцирани или конфликт между различните категории медицински специалисти.

За практически цели за минимизиране на риска могат да се използват различни методични подходи като: качествено прогнозиране, SWOT-анализ на силните страни и рисковете на външната среда и на възможностите и заплахите от страна на вътрешната среда, мониторинг с оценка резултатите от промяната.

Това е предпоставка за по-труден, по-болезнен и по-драматичен процес на реализиране на нашата здравна реформа.

Добрият пазарен механизъм дава шансове за освобождаване на здравното обслужване от досегашния му бюрократичен подход, от пасивността и недостатъчната мотивираност на медицинския персонал. Маркетинговите прогнози се основават на достоверна базова информация, на заболяемостта и здравните потребности, рисковите фактори, здравната култура, демографската структура на пациентите, териториално разпределение на доходите, очакванията и търсенето на здравни услуги. Чрез тази базова информация маркетинговите прогнози получават максимална конкретност. Прогнозирането може да е чрез качествени методи - те отчитат ролята на външната среда на организацията.

**Фиг. 1.** (Влияние на външната среда, върху здравната организация).



Затова новата парадигма на здравна политика се основава върху нова парадигма на общественото здраве. То е резултат от въздействието на сложен комплекс фактори, само един от които е директното медицинско обслужване. Ето защо новата ориентация на здравната политика надхвърля рамките на

медицинския детерминизъм и се базира върху широк интегрален подход и междусекторно сътрудничество.

Една реалистична здравнополитическа концепция е отражение на три водещи фактори:

а/Здравни потребности на обществото/ здравни приоритети/;

б/Налични /т.е. ограничени/ здравни ресурси;

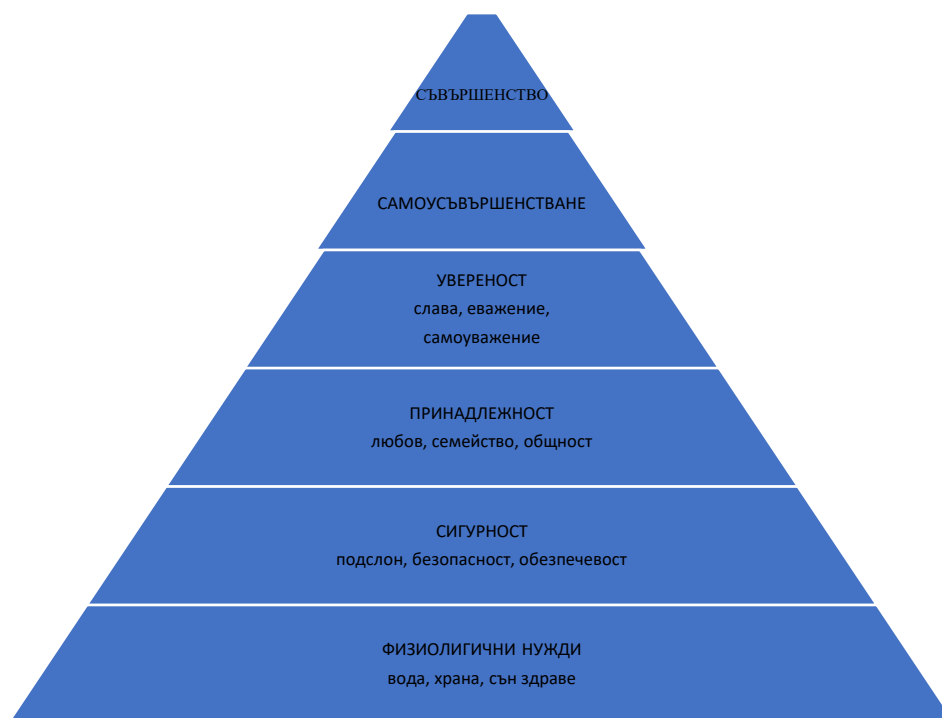
в/Ценностна система на обществото /справедливост, солидарност, социална сигурност, право на здраве и т. н./

Маркетингът свързва двете основни функции в обществото - производство и потребление, чрез процеса на размяна, възникваща на пазара. На практика това означава сделка между продавача и купувача, при която последният купува продукт и плаща дадена възприета цена.

За по доброто разбиране същността на маркетинга се използват следните **научни понятия**:

- **Потребности** – състояние на осъзната незадоволеност. Основните потребности са за храна, дрехи, топлина, следват - сигурност, принадлежност, увереност (влияние, знания), самоусъвършенстване (пирамидата на Маслоу). \12\

**Фиг.2.** Пирамидална структура на потребностите – Ейбрахам Маслоу



- **Нужди** - израз на общите потребности, пречупени през индивидуалното. Ролята на маркетинговия специалист е да повлияе на нуждите, а не на потребностите.

*Нуждите могат да бъдат задоволявани по няколко начина:*

- **натурално стопанство** – всеки сам си произвежда това от което има нужда;

- **децентрализирана размяна** – всеки ходи при другите, за да разменя;

- **централизирана размяна** – търговец купува от всички и те от него.

Така се увеличава ефективността на икономиката.

- **Необходимост** – нуждата става необходимост, когато индивида може и иска да придобие обекта на желание.

- **Продукт** – нещо, което може да удовлетвори нужда или потребност. Трябва да отбележим, че различни продукти могат да удовлетворяват една и съща потребност.

- **Размяна** – процеса на придобиване на желан обект чрез предлагане на друг.

Размяната е един от четирите начина, по който можем да придобием нещо. А те са:

- Производство – да си го направим сами ;
- Принуда – да си го вземем със сила ;
- Молба – да го получим като акт на милосърдие ;
- Размяна – да дадем нещо в замяна.

- **Пазар** – множеството от всички действителни и потенциални купувачи на дадени продукти (стоки, услуги, идеи).

Маркетинговата дейност цели да осигури баланс между няколко вида интереси:

- ✓ на потребителя

- ✓ на фирмата
- ✓ на обществото

Силите на маркетинговата среда оказват влияние върху потребителите /пациентите/ и върху решенията на мениджърите и техния избор на маркетингови дейности. Тези сили предизвикват несигурност и понякога могат да имат обратно влияние върху маркетинговите им усилия, но също така могат да създадат и благоприятни възможности. Това изисква тяхното непрекъснато наблюдение и анализиране./1,17/

## **1. Същност и специфика на Успешното планиране**

### **1.1. Основни понятия**

Необходимостта от прилагане на успешно планиране (здравен маркетинг) в България, ще се увеличава в съответствие с нарастването на очакванията и на критичността на потребителите (пациентите), по отношение на медицинското обслужване и възможностите им за избор, както и поради конкуренцията между здравните заведения. За повечето здравни заведения е предизвикателство да се постигне личната ангажираност на целия персонал по отношение на цялостните резултати от дейността на организацията. В програмата за мотивация обикновено се съдържат много вътрешно-маркетингови действия.

В здравните организации и заведения се появяват все повече проблеми, които могат да бъдат обхванати и разрешени с помощта на успешното планиране. Това е особено типично за въпросите, свързани с нивото на търсене. Чрез маркетинговата информация може да се узнае мнението на клиентите/пациентите/ за предлаганите услуги и за различните компоненти на обслужването, както и за нововъведените програми или дейности и те да се променят или пренасочат така, че да отговарят на очакванията им.

Успешното планиране в здравеопазването се разглежда като една поширока дейност, защото има твърде голям брой пазари. Продуктите на здравните организации са преди всичко различни видове услуги. Регулирането на цените в здравеопазването може да бъде повлияно от количеството и разнообразието на предлаганите услуги на здравните заведения.

Съвременното успешно планиране, (което е аспект на маркетинга) се разглежда като управленски процес, като философия, концепция и технология за управление на производството и фирмата.

*Успешното планиране* -акцентира върху ясното определяне на потребностите и оценките на потребителите. Базира се на това, че ние трябва да произвеждаме и предлагаме на здравния пазар, услуги съобразени с потребностите на хората. Ние ще предлагаме своите услуги само на онези клиенти, които имат специфични потребности.

*Социалната страна на успешното планиране* акцентира върху потребностите и интересите на обществото, като цяло във връзка със законността и морала. На тази концепция следва да се обърне особено внимание, тъй като тя търси отговор на въпросите доколко определени маркетингови дейности не порождават нови здравни, демографски, екологични, енергийни, информационни и икономически проблеми за цялото общество.

## **1.2. Цел на успешното планиране в здравеопазването**

Целта на успешното планиране е да се подпомогнат медицинските организации в техните усилия да оцелеят, за да се удължи живота им и да им се съдейства да бъдат достатъчно гъвкави, когато те оперират в дадена заобикаляща ги среда, чрез по-ефективно обслужване на релевантните съществуващи пазари от конкурентите. Да разбере нуждите и интересите на хората и да им достави онези продукти и услуги, които да ги удовлетворят. Тези продукти и услуги могат да бъдат идеи, дейности, организации или други лица.

В сферата на бизнеса главната цел на организациите е да придобият печалби, като все повече лечебни заведения започват да използват механизмите на маркетинга - от информационните и видео техники до проучването на пазари и развиването на продукти, предназначени за специфични сектори от населението.

## **1.3. Същност на успешното планиране в здравеопазването**

Навлизайки в условията на пазарната икономика, здравните мениджъри у нас все повече чувстват необходимостта от системно обучение по теория на съвременния маркетинг, което трябва да бъде реализирано от съответните учебни и научни центрове. Целта е да се получат повече знания от провеждането на

маркетинговите проучвания и постигане по-успешно планиране на дейностите.

#### **1.4. Специфика на успешното планиране (маркетинга) на здравни услуги /приложение/**

Успешното планиране представлява съвкупност от управленски методи (включително техники на продажба), но той е главно управленски подход, една ориентация и философия на организацията към потребителя и стимулиращо средство за ефективно управление на здравеопазването.

Организацията с маркетингова ориентация е чувствителна към желанията и стремежите на клиентите си. Тя развива такива дейности и продукти, които са в състояние да ги задоволят, поставя ги на разположение на потребителя по ефективен начин и ги оповестява в подходяща форма.

Успешното планиране на медицински услуги отразява общите постановки и принципи на маркетинга, като се отчита спецификата на медицински услуги. В тази насока решаващо е използването на маркетинговата и социалната концепции в условията на силно регулиран пазар и незавършена здравна реформа.

#### ***Приложения на успешното планиране ( здравния маркетинг):***

1. Регулиране нивото на търсене;
2. Подобряване имиджа на услугите;
3. Привличане на ресурси и на хора;
4. Мотивация и ангажиране на персонала;
5. По-добро използване на наличните ресурси;
6. Развиване на нови услуги и програми;

#### **2. Анализ на пазарните възможности на успешното планиране.**

##### **2.1 Мисия, цели и стратегии.**

Мисията дава представа за основните насоки в дейността на организацията и областите, в които е избрала да развива своя бизнес. Тя намира отражение в целите, които организацията си поставя, като същите я конкретизират и детайлизират.

Стратегиите очертават начина и пътищата за достигане на организационни цели в по-дългосрочна перспектива.

За да се разработи и ръководи маркетинговата стратегия е необходимо да се обърне внимание върху някои общи цели на управлението на маркетинга - анализ на пазарните възможности, развитие на маркетинг микса и ефективно ръководство на маркетинговите дейности.

Стратегията на успешното планиране съдържа избора и анализа на целевите пазари и създаването и поддържането на подходящ *маркетинг микс*.

## **2.2. Анализ на пазарните възможности**

Пазарна възможност е налице, когато обстоятелствата позволяват на медицинските заведения да предприемат действия за достигане на определена група клиенти /пациенти/. Способността на организацията да използва тези възможности зависи от вътрешните ѝ фактори и от силите на маркетинговата среда.

Основните вътрешни фактори, които трябва да се имат в предвид при анализа са: целите на медицинската организация, финансовите ресурси, мениджърските умения, силата и слабостта на организацията, както и структурата на разходите.

## **3. Продуктова политика /Banding/. Продуктова програма. Продуктова концепция.**

Основното значение на продуктовата политика се изразява в това, какви продукти се предлагат и как. Познатата продуктова политика от масовия потребителски маркетинг и инвестиционния маркетинг не може да се приложи в спецификата на особеностите на маркетинга за услуги.

В литературата различаваме политика на обслужване в тесен смисъл, която се позовава на програми за избор на алтернативи, и политика на обслужване в широк смисъл. Тя съдържа – политика на марката, обслужване на клиента, политика по жалбите и др.

Една от стратегическите роли на продуктовата политика е създаване на маркетингови активи, които могат да създават трайни предимства на организацията, пред нейните конкуренти. Такъв актив е диференцираната търговска марка. Търговска марка, която е лесно различима сред потребителите /пациентите, може да си позволи по-високи цени и по-голям пазарен дял, тъй като потребителите /пациентите имат по-голямо доверие в продуктите им и действието на покупката става по-лесно. Силната търговска марка предизвиква в

съзнанието на потребителя/пациент асоциации, които влияят благоприятно на покупката и повишават стойността на бранда. /13,21,23/

### **Продуктови програми.**

Задоволяването на потребностите на потребителя/пациента може да се разглежда, като две отделни значими области. Едната представлява съвкупност от основни, фундаментални продукти, а другата от продукти, строго индивидуални за всеки клиент/пациент.

Основната, фундаментална част от програмата се състои от две измерения. Това са нейната ширина и дълбочина. Ширината предлага различните категории, които потребителят може да избере, и от които се нуждае. Дълбочината описва различните варианти за изпълнението на една и съща услуга, решаваща един и същи проблем.

Индивидуалният подход представлява възможностите за определяне на продукта и неговите измерения. Тук се наблюдава широка свобода на действие, тъй като услугата може да бъде отнесена към потенциала, към процеса и към резултата, защото всеки потребител има своите индивидуални характеристики.

Предлагането, отнесено към ресурса, респ. потенциала, представлява набавянето и оборудването в медицинската организация. Анализират се причините за предимствата на пазара на базата на ресурсите на организацията и се описват основните компетенции.

Под понятието „основни компетенции” се разбират свързаните комбинации от вътрешни за медицинските заведения особени способности и умения, които трябва да създадат полза за пациента.

В зависимост от това, върху кой от посочените интереси се акцентира, се пораждат няколко съвременни **маркетингови концепции**:

**Търговската** - акцентира върху допълнителните условия за продажба на продукта чрез реклама и съответни търговски техники. Хората могат да бъдат манипулирани, което означава че може чрез информация и други стимулиращи средства клиентите да станат наши купувачи. Основни средства тук са: реклама, промоция, привилегия при покупката.

**Продуктовата концепция** - акцентира върху високото качество и умерената цена. Изхожда се, че клиентите/ пациентите стават купувачи, при условие че те са сигурни във високото качество на услугите, които купуват и се предлага голямо разнообразие на услуги.

Успешната концепция е тази, която е ориентирана към ползата за пациента.  
/12,18/.

#### **4. Ценова политика.**

По-голяма част от литературата е посветена главно на маркетинга на продукти /стоки/. Продуктите на здравните организации са преди всичко различни видове здравни услуги. Това засяга не само определението „що е продукт”, в сферата на здравеопазването, но и начините на разпределението на различните видове пласментни възможности и канали.

Традиционната маркетингова теория, третираща проблемите на ценовите стратегии, както и теорията и практиката, занимаваща се с поведението на пациентите, също в значителна степен не е релативна за директно приложение в условията на пълната с конкуренция съвременна среда на системата за здравеопазване в различните страни и при различните здравно медицински ситуации. Регулирането на цените в здравеопазването може да бъде повлияно от количеството и разнообразието на предлаганите услуги от лечебните заведения, както и от подхода на определяне на цените, имайки в предвид наличието на неинформирани достатъчно пациенти /потребители/, което прави неприложима директно класическата маркетингова теория. Нещо повече, сега и за в бъдеще се гледа на здравето, като на „право” на гражданите, което предполага етични съображения и императиви, които в традиционната теория на маркетинга почти не са никакъв съществен проблем. Погледнати в исторически аспект, здравните организации в различните страни са преди всичко работещи „не за печалба” /non profit/ институции. Едновременно с това в развитите страни те се стараят да изясняват все по-добре техните отговорности, т.е. какви видове услуги все още те не са предоставили на своите пациенти, с цел пълното задоволяване на техните здравни потребности. От друга страна, работещите за печалба здравни заведения в различните страни в повечето случаи не се съобразяват с със стила на работа на здравни заведения, работещи „не за печалба”, и те не са задължени да правят това. В изследователските среди съществува учудване как тези организации успяват да оцелеят в условията на ограничени ресурси.. Отговорът е еднозначен – те все повече се стараят и успяват да използват най-добри маркетингови стратегии. Ето защо една от основните цели в настоящото изложение е да бъде показана връзката и възможността за прилагане на концептуалната система на

класическия маркетинг при решаване на маркетинговите проблеми в системата на здравеопазването на страните с пазарна икономика.

Ценообразуването е важен елемент в маркетинг-микса на организацията.

Цената изпълнява множество функции:

- ❖ влияе върху равнището на продуктите и от тук върху рентабилността;
- ❖ цената е конкурентен инструмент, който може да се прилага с цел възползване от възможностите, които предлага пазара;
- ❖ тя допринася и за формиране на определени представи у потребителя относно предлагания продукт.

### **Определяне на ценовите цели.**

Определянето на целите в областта на цените е пряко свързано с общите маркетингови цели на медицинската организация. Най-често маркетинговите цели са свързани с оцеляване на медицинските заведения, увеличаване на дохода, завоюване на определен пазарен дял, максимизиране на текущите приходи, увеличаване на продажбите, завоюване на водещи позиции в качеството и други. В съответствие с тях се определят и целите по отношение на цените.

Ценови цели - те са насочени към оцеляване, към печалба, към продажба, към подобряване на качеството.

### **Избор на ценови стратегии.**

Ценовата стратегия характеризира начина, по който трябва да се действа, за да се постигнат поставените от медицинската организация цели в областта на цените.

Най-често срещаните ценови стратегии са:

- Ценови стратегии, свързани с конкуренцията;
- Ценови стратегии в зависимост от особеностите на стоката;
- Пазарни методи на ценообразуване.

### **Особености на цената в сферата на здравеопазването.**

Когато се говори за цената, като елемент на маркетинг-микс комплекса, трябва да се посочат *някои особености в сферата на здравеопазването*, които са свързани преди всичко с икономическата природа на здравните услуги и слабата развитост на пазарните отношения /все още/ в отрасъла. Това са важни

предпоставки водещи след себе си до значително регулиране на цените от различни институции в тази специфична сфера /държавни, съсловни, здравноосигурителни и др./.

В сферата на здравеопазването съществуват различни видове цени. В зависимост от това кой определя цената и кой я плаща, съществуват **две възможности:**

- цената може да се определи от медицинските специалисти, като това зависи от самооценката на лекаря и желанието на клиента да плати / *в пазарни условия*/;

- цената може да се определи и чрез договаряне между лекарите и финансиращите институции, като се установяват цени за видовете манипулации и дейности или чрез административно решение относно размера на цените /*фиксиран цени* /.

В здравеопазването се използват най-често **две групи методи за ценообразуване:**

- **разходни методи**, при които цената се определя като сума от разходите за производството и определен процент печалба;

- методи с отразяване на пазарните фактори /**пазарни методи**/, при които например се отчитат качествата на предлаганите продукти на пазара, цените на конкуренцията, структурата на пазара, наличието и количеството на предлаганите сходни продукти и т.н.

**Ролята на цената и ценообразуването** в здравеопазването е изключително важен и сложен процес. До неотдавна преобладаващата част от производството на медицински услуги, в лицето на обществения сектор, се намираше в сферата на непазарната продукция, като се предоставяше "безплатно" на потребителите. С промените в здравното законодателство и въвеждането на здравноосигурителния принцип на финансиране, а така също и на разрастваща се частна медицинска практика, ролята на цените ще нараства все повече съобразно с темповете на развитие на пазарните отношения.

## **5. Дистрибуционна политика.**

Дистрибуционната политика се определя като **съвкупност от дейности** по доставка на продуктите на потребителите, когато и където те ги търсят.

## **6. Комуникационна политика.**

Медицинските заведения използват различни промоционни методи за комуникация с личностите, групите и организациите. Когато една организация комбинира определени елементи, за да промоцира даден продукт, тази комбинация съставлява комуникационния

Фирмите влагат значителни средства в разработването и внедряването на нови продукти. Фирмите влагат значителни средства в разработването и внедряването на нови продукти микс на този продукт. Той се състои от четири компонента:

- а) Реклама;
- б) Връзки с обществеността;
- в) Лични продажби;
- г) Насърчаване на продажбите.

Комуникационния микс на една медицинска организация е важна променлива част на маркетинг-микса.

Връзките с обществеността представляват широк комплект от комуникационни дейности, използвани за създаване и поддържане на благоприятни връзки между организацията и нейните аудитории.

Могат да се използват различни механизми и средства за въздействие – пресконференции, научни сесии, симпозиуми, изложби, печатни издания, годишни отчети, организиране на делови срещи и други.

#### **6.1. Решения за създаване на нов продукт във фармацевтичната индустрия.**

Бързото развитие на технологиите, което променя потребителските нужди и често предизвиква моралното остаряване на продуктите. Това налага, фирмите да влагат значителни средства в разработването и внедряването на нови продукти.

Нова стока е всяко сериозно изменение във формата, съдържанието и опаковката на стоката, което има значение за потребителя.

Процесът по разработката на нов продукт включва седем етапа:

- генериране на идеи;
- оценка и подбор на идеи;
- разработване и тестване на концепцията за новата стока;
- бизнес анализ;
- същинска разработка на продукта;
- тестов маркетинг;

- комерсиализация на стоката.

**6.2.** Решения за позиционирането на нов продукт във фармацевтичната индустрия.

Позиционирането се отнася до решенията и дейностите, чиято цел е изграждането у потребителя на определена представа за продукта и разграничението му от аналогичните продукти на конкуренцията. Целта му е да се създаде уникална продуктова позиция, която една стока трябва да заеме в съзнанието на потребителите, за да реши в максимална степен техните проблеми.

**6.3.** Решение за премахване на продукт във фармацевтичната индустрия.

Един продукт не може безкрайно да удовлетворява потребителите на целевия пазар и да допринася за постигане на общите организационни цели.

За да поддържа ефективна стокова номенклатура, фирмата трябва да се освободи от някои съществуващи до момента продукти. Този процес се нарича продуктово премахване и преминава през следните етапи:

- преглед на продуктовата линия;
- анализ на премахването;
- решение за премахване.

**6.4.** Решения относно търговската марка във фармацевтичната индустрия.

Търговската марка е име, термин, символ, дизайн или комбинация от тях, която идентифицира продуктите на продавача и ги отличава от тези на конкуренцията.

Тя изпълнява редица функции, най-важните от които са:

- Различителна – тя е знак за различаване и индивидуализиране на стоките на един производител от аналогичните стоки на конкуренцията;
- Защитна – собственикът на марката получава изключително право за ползване и разпореждане с нея;
- Познавателна – изразява се в информацията, която марката дава на потребителя за стоката и нейния производител.
- Гаранционна – марката е средство за диференциация на стоките и може да се използват конкурентната борба;
- Рекламна – марката може да се използва в рекламата, а често е и център на рекламната кампания.

Към марката съществуват редица изисквания – тя трябва да бъде четлива, лесна за произнасяне, лесна за запомняне, да е отличима от конкурентните марки, да бъде трудна за имитация и да няма лошо тълкуване в други страни и езици.

**6.5** Решения относно опаковката, маркировката и етикета на медицинските продукти.

Опаковката е материал, в който се поставя стоката с цел да се запази нейната стойност при транспортиране, съхранение, продажба и експлоатация.

Стратегията за опаковката се вписва в цялостната стратегия за продукта и се взема заедно с решенията за качество, търговска марка, стокова номенклатура.

Маркировката е набор от словесни, цифрови или символни означения, поставени върху опаковката на специален етикет или направо на стоката, които съдържат данни за производителя и за стоката.

Основните функции на маркировката и етикетировката са:

- допринасят за идентификация на марката;
- подчертават и посочват качествата на стоката;
- предоставят информация за производителя ѝ.

Към маркировката и етикета има предявени нормативни изисквания - да не въвеждат в заблуждение, да не се пропуска важна информация, да се посочват правилата за безопасно ползване, да се посочват датата на производство, годност, състав, степен на качество и други.

**В сферата на здравеопазването** концепцията за реализация на достъп до медицински услуги и свързаните с това проблеми не е нов. Известно е, че реален достъп до здравните заведения и здравните грижи има само тогава, когато са осигурени **трите вида достъп**: физически достъп, финансов достъп и достъп за ползване от пациентите на реален пакет от доболнични и болнични здравни грижи.

**7. Видове интеграции - хоризонтална интеграция, вертикална интеграция. концентрична интеграция.**

**Хоризонтална интеграция.**

Организациите принадлежат на един и същ стопански сектор, с еднакво или подобно производство. Целта е печалба от мащабните икономии чрез намаляване на общите разходи. Добър пример в здравеопазването представлява интеграцията на службите "Пране", "Хотелска база", "Лаборатории за клинични анализи",

"Консултации" и др.

### **Вертикална интеграция.**

Процесите на вертикална интеграция позволяват координирането на различни линии услуги от различни фази на производствения процес. Дава възможност за многообразие на организационните форми от най-леките и гъвкави до най-сложните между лечебните заведения от различните нива. Осигурява възможности за контрол върху каналите за набиране на клиенти и разпространение на услугите, чиято гама се разширява непрекъснато, благоприятства комплексното обслужване със здравни услуги и др.

### **Концентрична интеграция.**

Получава се при **обединяване на организации** от различни сектори, които имат нещо общо помежду си, например, един и същ участък от пазара.

Разглеждайки проблемите свързани с дистрибуцията в здравеопазването е необходимо да бъде спомената и дейността на фармацевтичните фирми, които осъществяват производство и пласмент на лекарства или различни други фармацевтични продукти. Освен това, редица фирми произвеждат или осигуряват медицинско оборудване, апаратура, консумативи и други свързани с медицинската практика продукти. В някои случаи дори произвеждащите услуги организации могат да произвеждат и разпространяват някои реални материални продукти .

Здравните организации, чиято основна функция е да произвеждат медицински услуги, когато решават проблемите свързани с дистрибуционната си политика, би трябвало да бъдат насочени преди всичко към реален достъп до продуктите на тяхната дейност. /19,21/

### **Разнообразяване.**

Става въпрос за предприятия, които са свършено различни по производство, стопански сектор, пазари и т.н. Всяка здравна организация трябва да помисли как да направи така, че нейните продукти или услуги да станат достъпни и по възможност *достатъчно време* на разположение на техните пациенти. Специалистите по маркетинг в сферата на здравните услуги - маркетинг използват термина пласмент или "дистрибуция", за да покрият този

аспект в сферата на маркетинга на медицински услуги.

### **Реклама.**

Рекламата е **платена форма на нелична комуникация**, която се предава чрез масмедииите.

**Основните функции** на рекламата са:

- да промоцира продуктите на организацията;
- да стимулира търсенето;
- да уравниресява рекламата на конкурентите;
- да направи продавачите по-ефективни;
- да увеличи употребите на един продукт;
- да напомни и подсили клиентите;
- да намали продажбените флукуации.

Повечето фирми/лечебни заведения се възползват от големите възможности на рекламата и влагат огромни средства за разработване на **ефективни рекламни кампании**.

### **Връзки с обществеността**

Връзките с обществеността **представяват** широк комплект от комуникационни дейности, използвани за създаване и поддържане на благоприятни връзки между организацията и нейните аудитории, клиенти, служители, акционери, конкуренти, правителствени органи и обществото като цяло.

Могат да се използват различни **механизми и средства** за въздействие - пресконференции, брифинги, научни сесии, симпозиуми, изложби, печатни издания, годишни отчети, организиране на делови срещи, коктейли, благотворителност и други.

### **Лични продажби**

Личното продаване е процес на информиране и убеждаване на клиентите да купят продукта чрез лична комуникация в обменна ситуация. То дава най-голяма свобода на маркетинголозите за създаване на послание, което да отговаря точно на информационните нужди на клиента.

Точните дейности, включени в продажбения процес варират между продавачите и се различават според продажбената ситуация. Все пак съществуват някои основни стъпки в процеса на лични продажби, които са:

- подготовка;
- подход към клиента;
- представяне на продукта;
- преодоляване на възраженията;
- приключване;
- последваща дейност.

Достигането на един човек чрез лична продажба струва значително повече, отколкото при рекламата, но усилията на личната продажба имат по-голямо влияние върху клиента, обратната връзка е незабавна, благодарение на което може веднага да се подобри комуникацията

### **Промоция на продажбите**

**Маркетингът е продуктова, ценова, дистрибуционна и комуникационна политика на стоки и услуги.** Дейността по подпомагане, насърчаване и стимулиране на интереса на потребителя/пациента към продукта се нарича *промоция*. Тя се извършва чрез разнообразни комуникационни дейности-разгласа, реклама, лични продажби, връзки с обществеността и се реализира в следната последователност:

- Осъзнаване
- Знание
- Доброжелателно отношение
- Предпочитание
- Убеждение
- Мотивация
- Решение за покупка

**Насърчаването на продажбите** включва разнообразен набор от средства, проектиран с цел стимулиране на по-бърза и/или по-голяма покупка на определени продукти от потребителите.

Търговците се насърчават чрез отстъпки в цените, компенсации, безплатни стоки.

Ефектът от насърчаването на продажбите е краткотраен и затова трябва да се съчетава с останалите елементи на микса.

Създаването на ефективен комуникационен микс е от съществено значение за успеха на маркетинговата стратегия на организацията.

## **8. Теоретични постановки на успешното маркетингово проучване: определение, същност, принципи, цели, видове.**

**8.1.** Маркетинговото проучване представлява процес на системно събиране, обработване, анализиране на маркетингова информация, която има за цел да послужи, като база за вземане на маркетингови решение, които да определят бъдещото поведение на фирмата, с една основна цел - минимизиране на риска и максимизиране на печалбата. Маркетинговите проучвания са важен елемент от маркетинговата информационна система, като резултатите от тях водят до ускоряване и усъвършенстване на процеса на изследване. Провеждането на всяко маркетингово проучване се извършва под определени правила, независимо дали се осъществява от маркетинговите специалисти на фирмата или от наети външни консултанти. ("Международен кодекс за лоялна практика в маркетинговите проучвания"- Париж).

### **8.2.** Основни принципи.

Съществуват няколко основни принципа на маркетингово проучване:

- обект на проучването е точно определен продукт;
- всяко проучване е валидно за даден период от време и за определена територия;
- проучването предхожда всички етапи от движението на продукта до канала за реализация и се отнася за пълната номенклатура на продуктите, които удовлетворяват сходни потребности;
- проучванията на вътрешния пазар трябва да бъдат съобразявани с аналогични продукти на външните пазари;
- резултатите от проучванията трябва да се базират на обективни сведения и факти, които отразяват реалното състояние на изследвания проблем.

### **8.3.** Цели на маркетинговото проучване.

Целите на маркетингово проучване се формулират, актуализират, модифицират съобразно с пазарните тенденции и бъдещи прогнози от лицата наети да извършат проучването и то зависи от материалните приходи на фирмата, в случай, че са натоварени външни консултанти. По принцип планирането на разходите за отделните проучвателни дейности е много трудно и несигурно. На

второ място, целта се определя на базата на ефекта от изследването. Пряк измерител на приноса на проучванията не съществува, но пък със сигурност можем да кажем, че винаги води до намаляване на риска и увеличаване на печалбите.

Целта на маркетинговото проучване е да осигури информация за стопанската конюнктура, особеностите на целевия пазар, продукта, потребителите, посредниците, конкурентите, елементите на маркетинг микса и т.н., която да помогне на фирмата с оглед на правилното ѝ ориентиране при прогнозирането на пазарното поведение на фирмата; подпомага избора за стриктната реализация на фирмената политика; съдейства за бързото преориентиране и реструктуриране на цялата фирмена дейност съобразно променените пазарни условия. В структурата на маркетинговото проучване се включват конюнктурното проучване и специфичното пазарно проучване.

Конюнктурните изследвания отчитат състоянието на пазара и анализират факторите на въздействие върху пазара в краткосрочен план. В следствие на тази основа се разработват пазарните прогнози.

Специфичните пазарни проучвания обхващат маркетинговата дейност като цяло, осигуряват информация и анализират задълбочено и всеобхватно маркетинговата среда фактор по фактор /клиенти, система за пласмент, конкуренти, рекламна политика и пр.

#### **8.4. Видове проучвания.**

- В международната практика са известни и се прилагат **методите на вътрешната структура на проучването**, които биват:

- **пилотни** - събират се предварителни данни във връзка с разнообразните хипотези и формирането на нови идеи;
- **описателни** - описват определени величини ,брой на продажбите и др.;
- **каузални** - проверка на причинно-следствена връзка;
- създаване на **нов продукт** или подобряване на съществуващия;
- **обогатяване** на стоковия асортимент;
- **навлизане на нов пазар** и прогнозирането му и още много други;

- Според **вида на информационния източник** проучванията са:

- от място /кабинетни/;
- на място/полеви/;
- комбинирани.

При **кабинетното проучване** или изследване от място се използва само **вторична информация**, която се черпи както от вътрешни и външни източници. Данните се отнасят най-често до особеностите на:

- **макроикономиката** /брутен национален продукт, производство, внос и износ, търговски алианс, ценови тенденции и пр., основните стопански сектори, демографски тенденции;
- **спецификата и структурата на пазара** - обем, сектори, ниши, потребности и изисквания, участници, тенденции, сезонност и др.;
- **доставчиците** - отраслово профилиране, търговски марки, маркетингови методи, пазарно приложение и поведение;
- **посредниците** - дистрибуционни равнища, традиции, взаимоотношения ;
- **продукта, обект на проучване** - наличност, жизнен цикъл, дизайн, опаковка, предимства и недостатъци от гледна точка на потребителите.

При **полевого проучване** на място се работи основно с **първична информация**. Тя се набира на пазара съобразно с конкретната цел директно от първоизточника (потребители, посредници и др.) като начините за осигуряването ѝ са: наблюдение, експеримент, анкетиране. **Първичната информация бива три вида:**

- **факти** - специфичните, качества на изучавания обект;
- **мнения** - мислите и становищата на определени лидери на общественото мнение, техните предпочитания, оценки и отношения към определен обект;
- **мотивация** - подбудите и задръжките на даден субект за предприемане на определено действие.

• Според **временния обхват** се делят на:

- **постоянни**;
- **епизодични** през определени интервали от време;
- **оперативни** в рамките на дни, седмици, месеци, до една година);
- **краткосрочни и средносрочни**;
- **дългосрочни**.

Оперативните и краткосрочните маркетингови изследвания фирмите обикновено осъществяват самостоятелно, докато средносрочните и дългосрочните възлагат на външни специализирани звена.

• Според **обекта** могат да се подразделят на:

- ситуационен анализ;
- конюнктурни проучвания;
- изследване на страна;
- изследване на пазар;
- изследване на фирма;
- изследване на пазар по страни;
- изследване на пазар по продукти;
- изследване на пазар по фирми;
- изследване по елементите на маркетинг микса (продукт, цена, пласмент, комуникация).

**Конюнктурните изследвания** имат други цели, задачи, методи на провеждане. Понятието "конюнктура" идва от латински език, което означава съединение, обстановка, временна ситуация. **Пазарната конюнктура** - това е съвкупност от текущите пазарни условия (процеси и явления) и достъпи за непосредствено наблюдение, измерване и количествено изучаване. Конюнктурните пазарни процеси анализират текущите промени в пазара и маркетинговата среда на фирмата като цяло. Целта е да се открият и прогнозираат бъдещите пазарни тенденции.

## **9. Етапи на ефективното маркетингово проучване.**

**Определяне на проблема и целите на проучването. Разработване на план за проучване.**

В първата стъпка при процеса на маркетинговото проучване управата трябва предпазливо да определи въпросния проблем.

Втората стъпка в маркетинговия проучвателен процес е да се създаде ефективен и поносим като разходи план за проучвания. Тази стъпка изисква решения за източниците на данни, за подходите на проучването, за инструментите за провеждането му, план за извадка и за методите за контакт. Проучването може да събере първични данни, вторични данни или и двете.

*Първичните данни* се събират за специфични цели или за специфичен проучвателен проект. Вторичните данни са данни, събрани за други цели и на вече съществуващи проекти. Проучвателите обикновено започват процеса с изследване на вторични данни, за да видят дали проблемът може да бъде частично или изцяло решен, без да се събират по-скъпо струващи първични данни.

*Вторичните данни* създават отправната точка за изследването и предлагат преимуществото на ниската цена и наличността си. Важен източник на вторичните данни е **базата от данни за съществуващите или потенциалните потребители** – организирана сбирка от изчерпателни данни за отделни клиенти, потенциални клиенти или евентуални клиенти.

**Проучвателите могат да съберат първични данни за маркетинговото проучване посредством:**

- а/ Чрез наблюдение;
- б/ Чрез обследване;
- в/ Чрез поведенчески данни;
- г/ Чрез експерименти.

• *Проучване чрез наблюдение.* Нови данни могат да се съберат чрез наблюдение на съответните действащи лица и обстановка.

• *Проучване чрез обследване.* Обследването е най-подходящо за описателно проучване като например събиране на информация за познанията на хората, за вярванията, предпочитанията и удовлетворяването им и съпоставяне на тези величини спрямо общото население.

• *Проучване чрез поведенчески данни.* Потребителите оставят следи за поведението си при пазаруване в данните на магазина, в архивите за покупки по каталог или по интернет, както и базите от данни за клиентите. От анализа на тези данни може да се научи много. Покупките на клиентите отразяват техните предпочитания и често са по-надеждни, отколкото отговорите им на въпросите на проучвателите. Хората често съобщават за предпочитанията си към популярни марки, а всъщност купуват други.

• *Проучване чрез експерименти.* Най-сериозно от научна гледна точка е експерименталното проучване. Целта му е да установи причинно-следственото

отношение чрез елиминиране на съпернически си обяснения на заключенията от наблюденията.

Маркетинговите проучватели използват **два основни инструмента** в събирането на **първични данни**:

а/ Въпросници;

б/ Механични устройства.

Поради своята гъвкавост въпросникът е най-често използваният инструмент за събиране на първични данни. Въпросниците трябва да се съставят внимателно, да се проверяват и да се коригират, преди да се използват в голям мащаб. Въпросниците могат да съдържат отворени и затворени въпроси.

**Отворените въпроси** позволяват на респондента да отговори със собствени думи. Тези въпроси често разкриват повече, защото не ограничават отговорите на респондентите, затова са особено полезни и изследователските проучвания.

**Затворените въпроси** предлагат всички възможни отговори, затова е лесно да се интерпретират и класифицират.

Понякога в маркетинговите проучвания се използват и **механични устройства**, а именно:

-Галванометрите измерват интереса или емоциите, предизвикани от дадена реклама или снимка.

- Аудиометърът включен към телевизионният приемник на участник в проучването, регистрира кога апаратът е включен и на коя програма.

• **Маркетинговите проучвания могат да бъдат още:**

1. Рекламни проучвания

2. Мотивационни проучвания

3. Пазарни проучвания – при тях се дефинира пазара

4. Продуктови проучвания – обхващат група от дейности, насочени към определяне вида на продуктите, които ще се предлагат, съобразно изискванията на пазара.

Те включват:

- мероприятия в областта на обслужването на клиента, което осигурява реализация на конкурентно способни продукти.

- информационно проучвателни дейности, които служат за основа на планиране асортимента на продуктите;

## **Необходима информация за маркетинговото проучване.**

Видове информация осигурена най-често в хода на едно маркетингово проучване :

**Първата група** маркетингова информация, която трябва да получи всеки мениджър, това е **информацията относно общите характеристики на пазара:**

- неговият размер;
- кои са потребителите;
- какви са техните изисквания и потребности;
- да се направи сегментация на пазара - по територии, потребителски групи, потребности и изисквания, да бъдат изучени тенденциите - нарастване или спад на пазара, и т.н.

**Втората група информация** би трябвало да даде представа относно **структурата на пазара**, а именно:

- кои са основните участници - местни производители или вносители;
- да се определят пазарните дялове, притежавани от най-големите участници;
- да се прецени как се обслужва пазара - разпределителните мрежи; основните разпространители и продавачи и т.н.

**Трета по вид група информация**, съобразно целите на проучването, може да осведоми мениджърите относно търговските марки и доставчиците:

- как действат те;
- защо успяват на пазара;
- отношението на потребителите към техния имидж и т.н.

**Четвъртият информационен масив**, който много често се набира при маркетинговите проучвания може да даде представа относно **продуктите /стоките или услугите/**, предлагани на пазара:

- техните характеристики по отношение на вид, дизайн, опаковка и различия между тях;
- ниво на иновация;
- жизнен цикъл;
- до каква степен задоволяват потребностите на клиентите;
- необходимост от промяна или от развитие на продуктите и т.н.

Тук се включва информацията даваща възможност за изграждане представата или концепцията за този нов продукт - медицински апарат,

лекарство, медицинска услуга или друго, начинът на представяне на пазара, неговият външен вид и др.

Определянето на цената, разпространението и методите на продажби са други три групи маркетингова информация, която също може да залегне при определени маркетингови проучвания.

Набирането на информацията свързана с рекламата е друг, много често проучван проблем и цел на редица маркетингови проучвания./8/

#### **Изследване на спецификата на дадена страна.**

Изследване на спецификата на дадена страна се прави по следният начин:

- географски и климатични особености;
- традиции, нрави, обичаи, религия, етнически проблеми, система на образование, развитие на науката и технологиите;
- селскостопанска политика и развитие - тенденции и перспективи, краткосрочни и дългосрочни прогнози;
- външнотърговска политика - физически и стойностен обем на стокообмена, географска и продуктова ориентация, степен на интегрираност към световните и европейските икономически структури, чуждестранни инвестиции и пр.;
- пазарно регулиране - икономически и административни регулатори, вътрешен и международен план, (данъци, мита, валутен курс, система на лицензиране, стандарти, лихвен процент и тн.)

- Изследване на пазара;
- Изследване на продукта;
- Изследване на конкуренцията;

**Първи етап** от маркетинговото проучване включва анализа на конкретната пазарна ситуация, т.е. на условията, при които започва изследването. Анализът е базата за разкриване и дефиниране на същността и границите на определен проблем. Наложително е да се направи избор между твърде общото и твърде тясното дефиниране на проблема. След това се договарят задачата и целта на маркетинговото проучване. Целта определя необходимата информация за нейното постигане.

**Дефинирането на проблема** е предпоставка за следващата стъпка - разработване на хипотези за предполагаемите причини за неговото възникване.

Работните хипотези не установяват причинната връзка, а само направленията, в които тя би могла да се търси. След формулирането на конкретния проблем във вид на хипотеза се извършва проверка.

**Хипотезата**, която се приеме или отхвърли, се превръща в основно заключение от проучването.

На **втория етап** се разработва план за проучването:

- източници на информация;
- изследователски подходи;
- изследователски средства;
- план на извадката;
- методи за контакт с анкетираниите.

В **началото на третия етап** се проучва и преценява необходимостта от налична (вторична) информация. Ако се окаже, че е достатъчна, маркетинговото проучване приключва на този етап. В противен случай се търсят допълнителни източници на друга вторична информация и се преминава към събиране на първична информация. Извършва се оценка дали и доколко крайният резултат ще съответства на разходите на време, труд и средства. Въз основа на събраната информация маркетинговото проучване се моделира.

**Интерпретирането** (аналитично - оценъчната дейност) на информацията се извършва на **четвъртия етап**:

- систематизиране и обработване на данните за състоянието и тенденциите на потребителския пазар и прогнозиране на неговото развитие;
- анализиране на получените резултати;
- формулиране на целенасочени изводи и препоръки, съобразени с реалните възможности.

На **последния етап** резултатите от проучването се представят под формата на **писмен доклад** без излишна описателност, с повече схеми, графики. В доклада задължително се правят изводи и се дава конкретно предложение или варианти за вземане на оптимално управленско решение по изследвания проблем. Ефективността на маркетинговото проучване зависи преди всичко от това доколко правилно са дефинирани на първия етап основният проблем и главната цел. Следва проверка в практиката на правилността на взетото решение. Всяка неточност и небрежност по време на маркетинговото проучване се отразяват върху крайният резултат.

### **План за извадка.**

След като реши кои подходи и инструменти ще използва, маркетинговият проучвател трябва да състави план за извадката, който се основава на **три решения**:

#### **• Вид на извадката: кой ще бъде проучван?**

Маркетинговият проучвател трябва да определи “ мишената ” от населението, която ще бъде проучвана. След като се определи видът на извадката, трябва да бъде разработена нейна рамка така, че всеки от целевата група да получава равен или известен шанс да попадне в нея.

#### **• Размерът на извадката: колко души ще бъдат проучени?**

Големите извадки дават по-надеждни резултати от малките, но и извадки от под 1% от населението могат да бъдат надеждни при правилна процедура на извадката.

#### **• Процедура на извадката: как трябва да бъде избраният респондент?**

За да се получи представителна извадка, трябва да бъде съставена вероятностна извадка на населението.

*Вероятностната извадка* дава възможност да се изчислят сигурни граници на грешката в извадката. Когато разходите или времето, необходими за вероятностната извадка са твърде високи, маркетинговите проучватели ще използват *невероятностната извадка*.

### **Методи за контакт.**

След съставяне план за извадка, проучвателят решава как да контактува със субекта. Изборът е: поща, телефон, лични или он-лайн интервюта.

### **Събиране на информация.**

Събирането на данни, обикновено е най-скъпа и най-податлива на грешки. В случая с изследванията възникват основни проблеми като:

1. Респондентите които не са у дома си и трябва да се търси повторен контакт с тях или да бъдат заменени;
2. Някои от тях няма да искат да сътрудничат;
3. Други ще дават предубедени или неискрени отговори.

### **Анализ на информацията.**

Заклучения от събраните данни. Проучвателят първо класифицира данните и след това прилага различни техники и модели за решения и анализ на резултатите.

### **Представяне на заключенията**

При последната стъпка в процеса на маркетингово проучване изследователят представя пред ръководството основните си заключения, които засягат ключовите маркетингови решения.

Както е известно, процесът на мениджмънт, през цялото време изисква от мениджърите да вземат едни или други решения. Някои от решенията могат да не бъдат толкова важни за организацията, други решения обаче, въздействат върху дългосрочните перспективи на организациите и засягат проблемите, свързани с основната им дейност и оцеляване в конкурентната борба. Независимо от степента, в която различните решения засягат дадената организация, за тяхното изработване е необходима точна, достатъчна, адекватна и навременна информация.

Информацията получена от маркетинговите проучвания е част от информацията, която дава възможност и насочва мениджърите да вземат полезни за организацията решения.

### **Информационна система базирана на успешно планиране.**

Всяка фирма трябва да организира насочен към маркетинговите мениджъри силен поток от информация за анализ, планиране, приложение и контрол. Конкурентноспособните компании изучават информационните нужди на мениджърите си и създават маркетингови информационни системи, които да задоволяват тези нужди. Маркетингова информационна система (МИС) се състои от хора, оборудване и процедури, които събират, сортират, анализират, оценяват към вземаните решения в маркетинговата сфера. Тази информация се обработва чрез вършен архив на компанията, маркетингово разузнаване, маркетингови проучвания и анализ за вземане на маркетингови решения.

Маркетинговите мениджъри разчитат на данни от вътрешно ведомствени отчети за поръчки, продажби, цени, разходи, равнища на асортиментна наличност, неразплатени сметки и т.н. Посредством анализа на тази информация те могат да открият важни възможности и проблеми.

Сърцевината на вътрешния архив е *цикълът “поръчки – плащания”*.

Мениджърите по маркетинг се нуждаят от навременни отчети за текущите продажби. Търговските представители /снабдени с лаптоп компютри/ могат да имат достъп до данните за перспективни и настоящи клиенти и да вкарват мигновено данни и отчети за продажбите. Софтуерът за автоматизиране на търговските отдели (АТО) дава възможност на търговските представители да дадат на потенциалните клиенти повече информация и да си водят по подробни бележки. Така например *Alliance Health Care* предоставя на болниците компютри, за да могат да изпращат по електронен път поръчките си до компанията. По този начин *Alliance* намали наличните асортименти, подобри обслужването и увеличи пазарния си дял.

Докато вътрешния архив предоставя данни от резултати, маркетинговото разузнаване доставя данни от случилото се.

### **Система за маркетингово разузнаване.**

Системата за маркетингово разузнаване е комплект от процедури и източници, използвани от мениджърите за сдобиване с всекидневна информация за развитието на събитията в маркетинговата среда. Маркетинговите мениджъри събират маркетингова разузнавателна информация:

- като четат книги, вестници и търговски публикации;
- като разговарят с потребители, доставчици и дистрибутори;
- като проверяват интернет източниците;
- като се срещат с мениджъри на други компании.

Всяка компания може да предприеме шест стъпки към подобряване качеството на разузнавателната си информация.

**Първо**, тя може да обучи и да мотивира персонала си да открива и да докладва за нови развития (на събитията).

**Второ**, компанията може да мотивира дистрибутори, търговци на дребно и други посредници, да и предават разузнавателна информация.

**Трето**, компанията може да научи повече за конкуренцията, която купува нейните продукти:

- като преглежда уебстраниците;
- като участва в събранията на акционерите;
- като разговаря с персонала, доставчиците
- като събира рекламите на конкурентите;

-четат бизнес и търговските публикации и др.

**Четвърто**, фирмата може да създаде съветническа група на потребителите.

**Пето**, компанията може да купи информация от външен доставчик. Тези доставчици събират и съхраняват данни на далеч по-ниска цена, отколкото компанията може да си позволи да изхарчи чрез вътрешна дейност.

**Шесто**, някои компании са създали маркетингови информационни центрове, които събират и разпространяват разузнавателна информация в цялата организация.

Малките компании могат да наемат фирма за маркетингово проучване или да извършат проучването по творчески и с допустими по разходи начини. Те могат да наемат студенти или преподаватели, за да направят проекта (на проучването), да използват интернет. /6, 20/

## **ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

### **1. Понятия, елементи, функции и форми на организацията на ОПЛ.**

В страните от Европейската общност всяко семейство получава първична медицинска помощ от лекаря на обща медицинска практика, който се явява домашен и фамилен лекар. Лекарят на обща медицинска практика в развитите страни е високо квалифициран. Той се формира както по време на университетското си обучение, така и със солидна следдипломна квалификация.

През 1992 година Европейският съюз на общопрактикуващите лекари формулира задачите на лекаря на обща медицинска практика. На първо място се поставят многостранните здравни грижи, които този лекар трябва да е в състояние да осигури на своите пациенти от раждането до смъртта по отношение на всички аспекти на тяхното здраве. Счита се, че работата на общопрактикуващия лекар трябва да започва от профилактиката и да се простира до рехабилитацията, като се отчита семейното, професионалното и социалното обкръжение на пациента. Негова е отговорността за лечението както на острите заболявания, така и за продължителното лечение на пациентите с хронични и нелечими заболявания. Негово задължение е да насочва за консултация с други специалисти, когато това е необходимо и да приема координиращата роля, когато пациентът му се ползва от услугите на други здравни служби. При него се събира и съхранява цялата здравна информация за пациентите му. Лекарят на обща медицинска практика има пълна представа за пациентите си, тяхното обкръжение, социални и други проблеми. Според Левенхорст, работата на общопрактикуващия лекар е „синтез от уникални дейности“. Той лекува пациентите си в кабинета и по домовете им. Една от целите на лекаря на обща медицинска практика е ранната диагностика. Той включва физическите, психическите и социалните фактори в разбиранията си за здравето и болестта, което се изявява в грижите му за неговите пациенти. Той взема първоначалното решение за всеки проблем, който се поставя пред него като лекар, или помага на

пациентите си да вземат сами решение при здравни проблеми с многовариантен изход.

Продължителният му контакт му позволява да събира многократно информация за всеки пациент и той изгражда взаимоотношения на пълно доверие, като я използва само професионално. Общопрактикуващият лекар знае как и кога да се намеси чрез профилактика, лечение и здравна просвета, за да подобри здравето на своите пациенти и техните семейства. Той осъзнава също така, че има професионални отговорности пред обществото.

В страни като Дания, Холандия, Великобритания, Ирландия, Испания общопрактикуващият лекар е ключова фигура/*gatekeeper*/, държащ ключа от вратата на здравната мрежа. В тези страни пациентът задължително преминава през своя домашен лекар и той определя кога и при кой лекар със специализирана практика ще бъде изпратен на консултация и лечение. Този подход поевтинява значително здравните услуги и е заложен в първоначалния вариант на реформата на първичната медицинска помощ у нас, но с известна модификация, а именно „населението избира само своя общопрактикуващ лекар и само по негово назначение осъществява консулт със специалист или получава направление за болница, но срещу допълнително заплащане има право и на пряк достъп до специализираната практика”.

За онагледяване на връзката между меркетинг–микса и пациентската удовлетвореност, трябва да бъдат разгледани и дефинирани две основни понятия – Първична медицинска помощ и качество на медицинската помощ.

#### **Понятия:**

Първична медицинска помощ – „Основна здравна помощ, базираща се на практически, научно обосновани и социално приемливи методи и технологии, които са универсално достъпни за индивидите, техните семейства и обществото, като тази помощ се оказва при пълното участие на населението, в рамките на разходите, които обществото и страната могат да си позволят на всеки етап от своето развитие. Тази помощ се осъществява на нивото на *първия контакт* на индивида, семейството и обществото с националната система на здравеопазване, приближавайки в максимална степен здравната помощ до местоживеене и

месторабота, като същевременно представлява първия по важност елемент от един непрекъснат здравеопазен процес.” [21, 23]

Медицинската помощ е основно понятие, което включва всички дейности по профилактика, диагностиката, лечението и рехабилитацията на появилите се медицински потребности на гражданите, свързани с определен проблем, произтичащ от нарушение на здравето и предизвикващ определено заболяване.

Здравната помощ е по-широко понятие, което освен медицинските мероприятия, насочени към конкретно заболяване, включва и определени мероприятия, които изискват допълнителни познания и действия, насочени към здравето – епидемиологични, здравно-възпитателни, социални, санитарно-хигиенни, управленски и т.н.

Здравните услуги са широк кръг услуги, които освен медицинските (клинични) дейности, включват и дейности по осигуряване на благоприятна жизнена среда и качество на живот, както и такива, които биха спомогнали за бързото адаптиране и ресоциализиране на пациента след разрешаването на медицинския проблем.

#### **Елементи:**

- здравна просвета и култура;
- рационално хранене;
- медико- социални проблеми на майчиното здравеопазване;
- медико- социални проблеми на детското население;
- имунизации срещу основните инфекциозни болести;
- семейното планиране;
- профилактика и контрол върху епидемичните заболявания и травми;
- осигуряване на необходимите основни лекарствени средства.

#### **Функции:**

- Социални грижи;
- Промоция на здраве;
- Лекарствено снабдяване;

- Профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация, експертиза на работоспособността и др.

Моделът „Континуум на здравето” се базира главно върху социалните функции на хората, а не върху наличието на болест. Болестта е само определено ниво на здраве.

Здравето се разглежда като континуум /съединителен сегмент/ между две крайни точки: абсолютно здраве и смърт. Чрез разстоянието между две крайни точки се измерва степента, фазата или нивото на здравето.

*Според определението на СЗО здравето е състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг.*

Това определение предлага изключително широк подход за анализ на човешкото здраве с два акцента:

- Здравето е с триединна същност, интегрираща биологичния, психонлогичния и социалния аспект.

- Здравето следва да се оценява в позитивен аспект, тъй като то е нещо повече от липса на болест.

Здравето корелира с физически аспект на понятието качество на живот.

Качеството е незаменим компонент на съвременното здравеопазване и може да бъде постигнато чрез подходящ мениджмънт на наличните ресурси. Разглеждането на различните аспекти на качеството предполага познаване на специфичните изисквания към качеството на всяка една от следните групи:

- За пациентите, качеството се основава на множество критерии, при което субективността играе голяма роля за крайната удовлетвореност. За тях качествена е тази услуга, чието реално предоставяне се приближава максимално до очакванията им.

- За здравните професионалисти, качеството се отнася до оценка на професионализма, базирана на способността за използване на диагностични и терапевтични техники при оптимални условия по отношение на ефикасност, сигурност и предоставяне на медицинската помощ в подходящ момент.

- За финансиращите институции, качеството се интерпретира чрез изисквания за извършване на ”стратегическо” закупуване на медицинска помощ в полза на пациентите по вид, обем и качество /адекватност на предоставените грижи, сигурност, ефективност, достъпност, контролиране на цената/.

Основен принцип на мениджмънта за качество е „основен и цялостен принцип или схващане за управление и работа на една организация, имащо за цел в дългосрочен план постоянното подобряване качеството посредством фокусиране върху потребителите, като същевременно се постига баланс в потребностите и нуждите на всички останали заинтересовани страни”. Постоянното подобрене има за цел да подпомогне /един или повече/ процеса, в които организацията среща затруднения, като подsigури разглеждането на същите тези процеси в рамките на дейността бенчмаркинг /сравнителен анализ/. Бенчмаркинг е съответно процесът на сравняване дейностите на организацията спрямо подобни дейности, с цел постигане на подобряване на мениджмънта на процесите в бизнеса.

В практически аспект, от гледна точка на процеса на реализация се различават три разновидности на бенчмаркинга със следното предназначение

- бенчмаркинг на най-добрите практики - диагностични, лечебни, рехабилитационни, организационни и др.

- бенчмаркинг на процеси и технологии – в здравеопазването се прилага преимуществено в области като здравна политика, стюардшип, мениджмънт на здравни заведения и др.

- конкурентен бенчмаркинг – прилага се при анализ на конкуренцията в области като производство и търговия.

Последните две форми в технологичен план използват разработени сравнителни стандарти след проучване на конкурентни или сродни организации.

В зависимост от мястото на реализация бенчмаркингът може да бъде:

а/**вътрешен**- когато се осъществява в рамките на здравната организация;

б/**външен**- когато се осъществява извън здравната организация с друга подобна, произвеждаща същите продукти или услуги;

в/**функционален**- когато се сравняват подобни функции и сходни процеси, с такива, осъществявани в друг сектор;

г/**международен**- при които в международен план се сравняват здравни разходи, здравно състояние или ефективност и ефикасност от осъществяваните в различни държави здравни програми.

Концепцията на СЗО за качество на медицинската помощ се базира на мониториране на показатели, свързани със здравето и резултатите от дейността на здравните служби. Следва да се държи сметка за рисковете и ефективността, за емоционалните, социалните, техническите аспекти на качеството, да се обхване цялата организационна структура и възможните отношения между персонал и пациенти. Разглеждат се три взаимосвързани аспекта на здравното обслужване:

1.Технически аспект на качеството. Определя се от начина на приложението на медицинската наука и технология, осигуряващ максимална полезност без увеличение на рисковете за здравето. Нивото на качеството се определя от степента, до която се очаква оказаната медицинска помощ да достигне най-благоприятния баланс на рискове и полезност.

2.Социално-психологически аспект. Отразява нивото на социално-психологическите отношения между предстоящите здравната помощ и пациентите. Нивото на качеството в социално – психологическата сфера се измерва със степента на съгласуваност на социално определени ценности, норми и очаквания.

3.Икономически аспект. Отразява относителните разходи за единица полезност и нивото на качеството зависи от степента на ефективност на здравното обслужване. Според нас всеки модел за качество в здравеопазването трябва да бъде оформен по начин, който позволява да се постигне следното:

-идентифициране на основния набор от мерки за качество за стандартизирано отчитане от всички сектори на здравната индустрия.

-определяне на рамка и капацитет за измерване и отчитане на качеството.

-подкрепа за развитието на мерки за качество, които улесняват и подобряват възможността то да се оценява и подобрява.

-изготвяне на препоръки за изследване и развитие, необходими за напредък в областта на измерване на качеството и неговото отчитане.

-осигуряване на достъп до сравнителна информация за качеството на здравеопазването, като информацията е надеждна, пълна и широко достъпна в публичното пространство.

*Тези три концепции са основата за развитието на качеството на медицинска помощ и у нас, като водещите български автори в квалитологията са: Ц. Воденичаров, В.Борисов, К. Чамов, З. Петрова, М. Попов, Л. Иванова, Т. Иванова и др.*

Огромни са установените човешки и финансови загуби от неправилното разпределение и насочване на здравните ресурси в глобален, регионален и национален план. Това определя потребността от технологии за избор на приоритети в областта на медицинската наука, здравната политика и практическото здравеопазване.

Изборът на приоритети в здравеопазването е противоречив процес поради отсъствието на обществено утвърдени технологии, както и поради често конфликтните интереси на участващи в неговата реализация лица. В значителна степен процесът зависи от наличната информация, подходите за нейната интерпретация, интересите на участващи лица, от политическата конюнктура, ресурсните възможности и финан сиращите организации.

Потребността от избор на приоритети се мотивира от:

-необходимостта за първостепенно по време решаване на здравни проблеми от особена важност или спешност;

-хроничния недостиг на финансови средства в здравеопазването;

-необходимостта от повишаване на качеството и здравната политика при дадено ниво на финансови разходи или инвестиции;

-преустановяване използването на неефективни медицински технологии;

-адекватно въвеждане и ефективно използване на съвременни медицински и здравни технологии.

Изборът на приоритети в медицинската наука има своя характеристика, която освен специфични особености при избора на здравно политически приоритети изисква в допълнение:

-оценка на адекватността на съществуващите знания и ефективността на изследователските интервенции;

-спазване на етичните норми при биомедицинските и социално-медицинските изследвания;

-възможност за реализация и ресурсно осигуряване;

-крайни резултати, внедрими в практиката и водещи до укрепване на изследователския потенциал на институционално и национално ниво и др.

Изборът на приоритети в здравеопазването е комплексен процес, който включва освен здравно политическите аспекти и избор на ефективни здравни интервенции, насочени към приоритетно проблемни групи заболявания, с оглед на техния контрол от системата на здравеопазване. При търсенето на приоритети в клиничен и обществен аспект следва да се знае, че най –разпространените болести сред населението не винаги следва да са приоритет при разпределение на финансовите и материални ресурси, особено когато за тях липсват разход-ефективни интервенции. От друга страна, често срещан подход е използването на едни и същи интервенции при различни групи заболявания, въпреки различната им ефикасност при отделните групи.

#### **Форми на организация:**

*Поликлиничен тип* с различен мултидисциплинарен медицински персонал, където пациентите имат директен достъп не само до общопрактикуващия лекар, но също така до повечето специалисти, представени в медицинското заведение;

*Центрове* с по един или повече общопрактикуващи лекари, работещи заедно с други членове на екипа на ПМП като сестри, социални работници, технически лица, а също и необходимия административен персонал;

*Специализирани типове центрове* с подобен персонал на този представен в основната първична мрежа, но насочен само към грижите за специално заболяване или специална група от хора ;

*Център*- предоставящ само допълнителни сестрински и/или социални услуги на изпратените от общопрактикуващия лекар пациенти.

Общопрактикуващите лекари са на свободна практика без да са физически или административно обвързани с тези центрове;

### **Дейности:**

Профилактика - Система от комплексни мерки насочени към ограничаване на риска от възникване на заболяване, инвалидност и смърт.

Социалната профилактика обхваща мероприятия, насочени към предотвратяване на неблагоприятното действие на социалните фактори върху здравето/индивидуално, групово, обществено/. Целта на тази профилактика е недопускане на заболяване (първична профилактика). Вторичната профилактика „играе ролята” на активен метод насочен към ранно откриване на заболяването, преди пълното разгръщане на клиничната симптоматика и чрез ранно лечение се цели подобряване на прогнозата и намаляване честотата на тежките симптоми и хронифициране на заболяването.

**2.Честота на открити заболявания при профилактични прегледи** /наричана още моментна болестност/- изчислява се като отношение на откритите заболявания към всички проведени профи лактични прегледи.

$$\text{Заболеваемост} = \frac{\text{брой на регистрираните нови заболявания}}{\text{средногодишен брой на населението}} \times 1000$$

$$\text{Болестност} = \frac{\text{брой на регистрираните нови и стари заболявания}}{\text{средногодишен брой на населението}} \times 1000$$

Тези два показателя могат да се определят на 10 000 и на 100 000 население – обратно пропорционално на интензитета на явлението.

**Третичната** профилактика води до предотвратяване на инвалидизацията и социални мероприятия за осигуряване на качествен живот на вече инвалидизираните.

**Диагностика** - съставяне на общ план за изследване на болния, събиране, обработка и анализиране на анамнестичните данни, избор и осъществяване на щадящи методи за обследване на болния, техния анализ и оценка, поставяне на диагноза, съобщаване на диагноза на пациента или неговите близки.

**Болестност** /prevalence/- съвкупност от всички регистрирани сред населението заболявания през дадена календарна година, както новопоявили се, така и съществуващи по-рано.

**Заболеваемост** /incidence/- съвкупност от не появилите се /съответно ново регистрирани/ заболявания сред населението през дадена календарна година.

Под заболеваемост се разбират статистическите данни за разпространението на болестите сред населението. Разграничават се три понятия:

При острите заболявания се броят всяко заболяване, а при хроничните – само първото регистрирано посещение през календарната година.

Предпоставка за изучаване на заболеваемостта е правилното и пълно регистриране на заболяванията. За тази цел са създадени задължителни учетни документи, които се попълват най- често от лекар, медицинска сестра или акушерка и са съобразени с Международна класификация на болестите.

### *МЕЖДУНАРОДНА КЛАСИФИКАЦИЯ НА БОЛЕСТИТЕ*

За правилното и еднозначно регистриране на диагностицираните заболявания, ОПЛ ползват МКБ / Международна Класификация на Болестите/, която е съобразена със съвременните достижения на науката. Международната статистическа конференция в Париж през 1960 година приема първия проект на МКБ и решава във връзка с промените, които настъпват в медицинската наука по отношение на етиологията и патогенезата на заболяванията, да я прередактира всеки 10 години.

МКБ засяга не само заболяванията, но също и травмите и причините за умираанията

МКБ обединява заболяванията с обща етиология, патогенеза и локализация в съответните класове, групи и рубрики.

Всяка трицифрена рубрика има подгрупи от четири цифри.

Функция на лекаря по регистрацията на заболеваемостта. Лекарят, който работи в амбулаторията, независимо от вида на здравното заведение и

специалността си, попълва Амбулаторен дневник, уч. ф. 74, в който се регистрират заболяванията на обърналите се към него лица за медицинска помощ. Този документ е предназначен за машинна обработка. Лекарят използва при попълването „Номенклатура за автоматизирана система” и „Справочник по МКБ”.

Всеки лекар, открил остро заразно заболяване в амбулаторията, в стационара или в дома на пациента, попълва „Бързо известие за заболяване, отравяне, подлежащо на задължително съобщение”, което изпраща в съответната Регионална здравна инспекция. На такава регистрация подлежат: онкологичните и кожно-венерически заболявания, туберкулоза, трудови злополуки, отравяния и др.

При прегледа на пациент в трудоспособна възраст лекарят извършва и експертиза на трудоспособността му. При необходимост издава „Болничен лист за временна нетрудоспособност”.

Общоприетата у нас методика за изучаване на заболеваемостта включва случаите, когато пациентът сам търси медицинска помощ и тези, при които лекарят активно ги издирва чрез профилактичните прегледи. Изчисляват се и данните за хоспитализираните болни и данните за починалите лица. Следователно по тази методика се събират данни за: заболеваемостта по обръщаемостта на пациентите към лечебните заведения; моментната болестност чрез профилактичните прегледи, хоспитализираните болни и заболеваемостта по причини на смъртта.

Всички учетни документи – източници на данни за заболеваемостта са пригодени за компютърна обработка на данните.

Лечение: лекарят на обща медицинска практика има пълна представа за пациентите си, тяхното обкръжение, социални и други проблеми. Общопрактикуващият лекар знае кога и как да се намеси чрез профилактика, лечение и здравна просвета, за да подобри здравето на своите пациенти. Той осъзнава ,че има и професионални отговорности пред обществото.

### **3. Пандемии. Грипни пандемии**

Пандемията е епидемиологичен взрив, който засяга целия свят.

Грипът и острите респираторни заболявания са под точка 16 в списъка в заразните болести:

## **Грип**

-Клинично описание;

-Клинична картина типична за грип, остро начало на заляването, температура по-висока от 39С, с мускулни болки и главоболие.

Лабораторни критерии за диагноза

-Доказване на грипен или РНК вирус;

-Изолиране на вируси;

-Доказване на специфично антитяло.

Класификация на случаите

-Възможен : НП

-Вероятен: случай с типична картина и наличие на епидемична връзка

-Потвърден: случай с типична клинична картина, който е лабораторно потвърден

Остри респираторни заболявания/ОРЗ/.

Клинично описание:

-Заболяване което се характеризира с клинична картина, типична остра вирусна инфекция на дихателната система, например: остро начало, повишена температура, главоболие, общо неразположение и изразени катарални прояви от страна на горните дихателни пътища/хрема, кашлица/.

Лабораторни критерии за диагноза:

-Изолиране на вируси, причиняващи ОРЗ /парагрипни, респираторно-синцитиални, коронавируси, аденовируси, риновируси/;

- Доказване наличието на антиген или нуклеинова киселина на вируси-причиняващи ОРЗ;

-Доказване на специфичен антитяло с двойно серумни проби.

**Класификация на случаите:**

-Възможен: НП;

-Вероятен: случай с типична клинична картина и наличие на епидемична връзка;

- Потвърден: случай с типична клинична картина, който е лабораторно потвърден.

**С Методично указание №9 от 25.09.2000г. за борба с грипа и ОРЗ /острите респираторни заболявания/ утвърдено със Заповед РД 09/657/25.09.2000г. на МИНИСТЪРА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО се определят причинителите на**

грипа и Острите Респираторни Заболявания, особеностите в развитието на епидемичния процес, лабораторната диагностика, мерките за профилактика и контрол и противоепидемичните мерки.

### **Лабораторни критерии**

Поне един от следните тестове:

-PCR в реално време

-Вирусни контури/изисква ниво на безопасност 3

-Четирикратно увеличение на А/Н1N1 специфични неутрализиращи антитела при двойни серумни проби от острата и от леко валесцентната фаза на заболяването, с минимум 10-14 дни разлика.

### **Епидемиологични критерии**

Поне един от следните 3 в седем дневен период преди началото на симптомите:

-Лице, което е било в близък контакт с потвърден случай на А/Н1N1 по време, когато случаят е имал симптоми;

-Лице пътувало до район, в който има документирано предаване от човек на новия грипен вирус А/Н1N1;

-Лице, работещо в лаборатория, в която се изследват проби с новия грипен вирус А/Н1N1.

На 25.04.2009г. Световната здравна организация/СЗО/ съобщи за епидемичен взрив в някои райони в Северна Америка/Мексико/ причинен от непознат досега свински грипен вирус тип А/Н1N1, който се предава от човек на човек.

Поради възможността за бързо разпространение на инфекцията в международен мащаб, СЗО определя ситуацията като критична за общественото здраве.

Министерството на Здравеопазването следи развитието на епидемичната обстановка в тясно сътрудничество с Европейския офис на СЗО и Европейския център за контрол на заболяванията.

Столична РЗИ дава указания във връзка с новия вирус, а Министерството на здравеопазването разпорежда:

1. Да се засили надзора на респираторните заболявания независимо от очакваното сезонно намаляване на заболеваемостта от ОРЗ. Възстановява се ежедневното съобщаване на случаите.

2. Да се събират и изпращат проби от лица със съответните заболявания за изследване в Референтната лаборатория на НЦЗПБ.

3. При пациенти със съответните показания да се извършва насочен преглед и да се направи подробна епидемиологична анамнеза за пътуване в страни с разпространение на щам или за контакт с лица пристигнали от съответните страни с такъв щам.

4. Болничните лечебни заведения да осигурят готовност за приемане на пациенти с подобна симптоматика, при въвеждане на строг противоепидемичен режим на работа.

5. При регистриране на възможен или вероятен случай, незабавно да уведоми СРЗИ с бързо известие и по телефон на дежурен епидемиолог.

### **Класификация на случаите**

1. Случай подлежащ на изследване е - всяко лице което покрива клиничните и епидемиологичните критерии.

2. Вероятен случай - всяко лице което покрива клиничните и епидемиологичните критерии и има положителни лабораторни резултати за вирусна инфекция.

3. Потвърден случай- всяко лице което покрива лабораторните критерии за диагноза

### **Лечение**

- Антивирусни препарати със специфично антивирусно действие
- Relenza- селективен инхибитор на невраминилазата
- Антибиотици

Лични предпазни средства при обслужване на пациентите-измиване на ръцете с вода и сапун или дезинфектант на алкохолна основа, използване на защитна маска, използване на ръкавици за еднократна употреба, носене на подходящи за целта предпазни дрехи, използване на подходящи средства за предпазване и защита на очите.

**Алгоритъм на поведение** – в лечебното заведение за болнична помощ при случай на пандемия е необходимо:

1. Осигуряват се условия за изолация на болния и опазване на протиепидемичния режим в отделението.

2. Потвърждаване на диагнозата с вирусологично изследване. Приемат се антивирусни препарати за стационарно лечение на пациентите.

3. В лечебното заведение за болнична помощ при обслужване на пациентите се съблюдават следните протиепидемиологични изисквания:

- използване на лични предпазни средства при обслужване на пациентите;
- извършване хигиенна дезинфекция на ръцете след манипулации, преглед, сваляне на ЛПС и др.;

- изхвърляне на всички използвани консумативи в съдовете за ОБО;

- провеждане стриктна текуща дезинфекция във всички помещения

- редовно проветряване.

Основното средство за предпазване от ОРЗ и свързаните с него усложнения е имунопрофилактиката с инактивни грипни ваксини. Съставът на ваксиналните шамове ежегодно се актуализира от експертна група към СЗО.

### **Пандемия - COVID-19**

В края на ноември 2019 г. в град Ухан, Централен Китай, е идентифициран коронавирус, наречен SARS-CoV-2. Това става, след като без ясни причини през декември хора развиват пневмония, която не се повлиява от известните методи за лечение.

Има свидетелства за предаване на вируса от човек на човек, като най-бързо се разпространява в средата на януари 2020 г. Няколко страни в Европа, Северна Америка и най-вече в Азиатско-Тихоокеанския район съобщават за случаи на 2019-nCoV. Инкубационният период на вируса е между 2 и 14 дни, но се предава от човек на човек и преди появата на симптоми, както и няколко дена след излекуването. Симптомите включват треска, кашлица и затруднено дишане, като изходът може да бъде фатален.

Първото съобщение за заразени работници от уханския пазар за морска храна е направено на 31 декември 2019 г., като първите симптоми се проявяват три седмици по-рано – на 9 декември 2019 г. Пазарът е затворен на 1 януари 2020 г., а заразените лица са поставени под карантина. Над 700 души, включително над

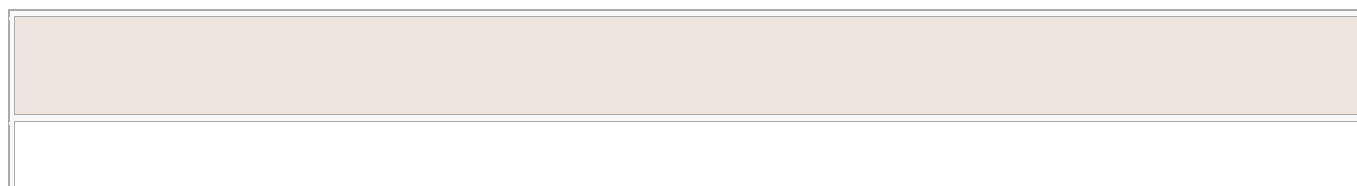
400 здравни работници, които са били в контакт със заразените, са поставени под наблюдение в последствие. След разработването на специален тест за диагностика чрез полимеразна верижна реакция за откриване на инфекцията, наличието на вируса е установено при 41 жители на Ухан. По-късно е потвърдено, че в два от случаите са засегнати цели семейства, едно от които не е посещавало пазара. На 9 януари 2020 г. е регистриран първият смъртен случай на 61-годишен мъж. На 16 януари 2020 г. китайските власти обявяват смъртта на друг 69-годишен мъж в Ухан. Налични са опасения за по-нататъшно разпространяване на заразата по времето около китайската Нова година. На 20 януари Китай съобщава за голямо нарастване в случаите с почти 140 нови пациенти, включително двама души от Пекин и един от Шънджън.

Потвърдените случаи извън Китай включват две жени в Тайланд, един мъж в Япония и една жена в Южна Корея. Въз основа на статистиките за международни пътувания, на 17 януари британски учени изчисляват, че приблизителният брой на заразените е около 1700 души. Към 20 януари броят има 224 лабораторно потвърдени случая: 218 в Китай, два в Тайланд, два в Япония и два в Южна Корея.

Световната здравна организация предупреждава за възможността от по-широко разпространение на заболяването по света. Това е шестата такава класификация след пандемията на свинския грип през 2009 г.

Китайските учени успяват да изолират новия коронавирус 2019-nCoV и установяват, че генетически е между 75 % и 80 % подобен на разразилия се през 2003 г. SARS-CoV.

### Фиг.3. Пандемия от COVID-19





10 000 000+ потвърдени случаи 1 000 000 – 9 999 999 потвърдени случаи 1

**Заболяване**

**Вирус**

**Местоположение**

**Първи случай**

**Дата на първия случай**

**Дата**

**Произход**

**Потвърдени случаи**

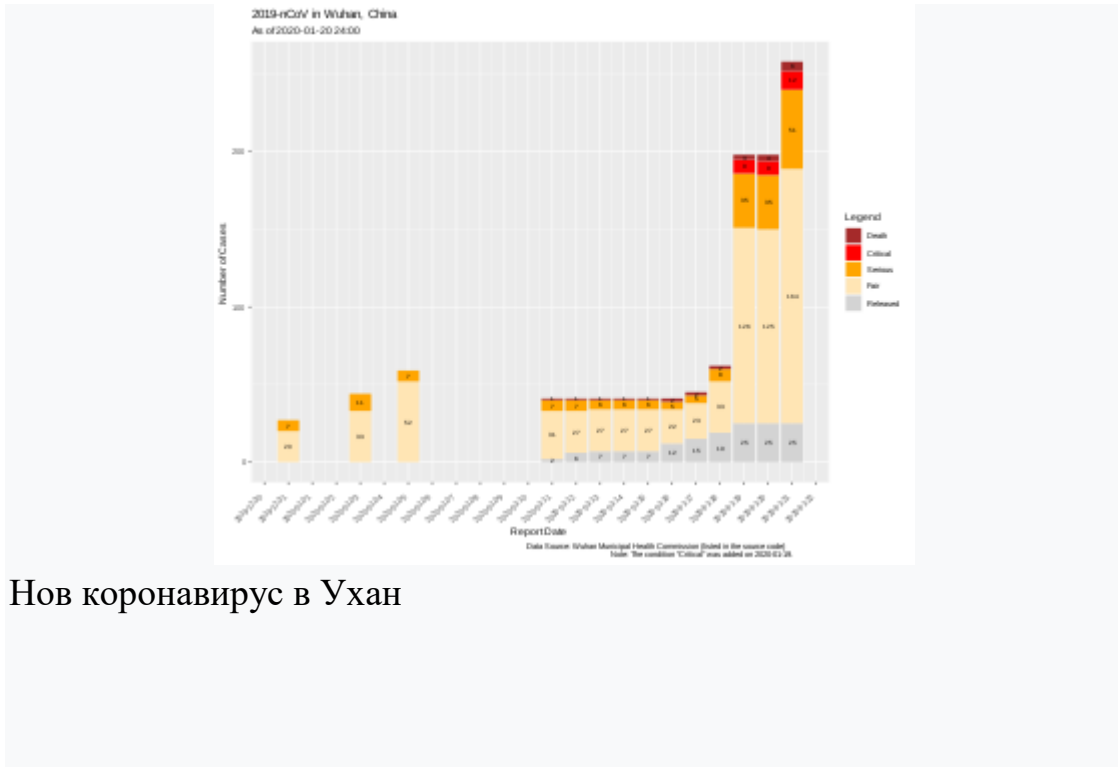
**Предполагаеми случаи<sup>‡</sup>**

**Излекувани**

**Смъртни случаи**

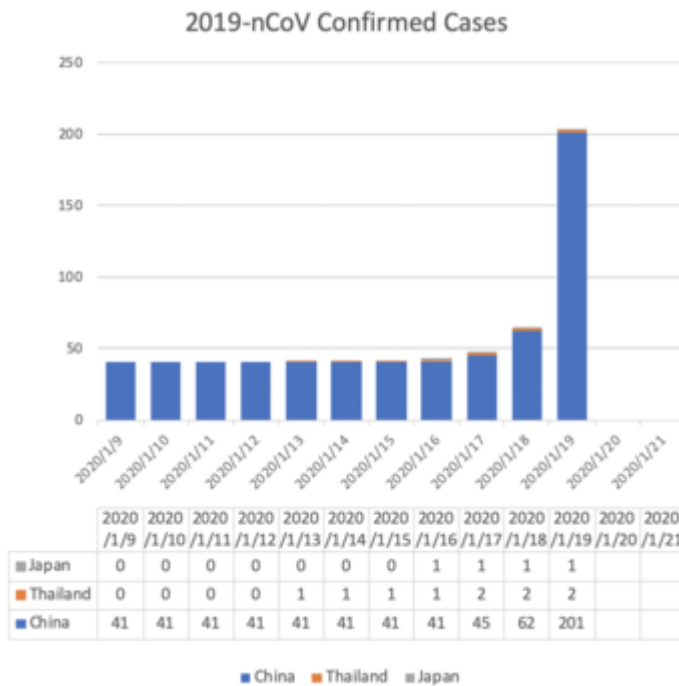
**Територии**

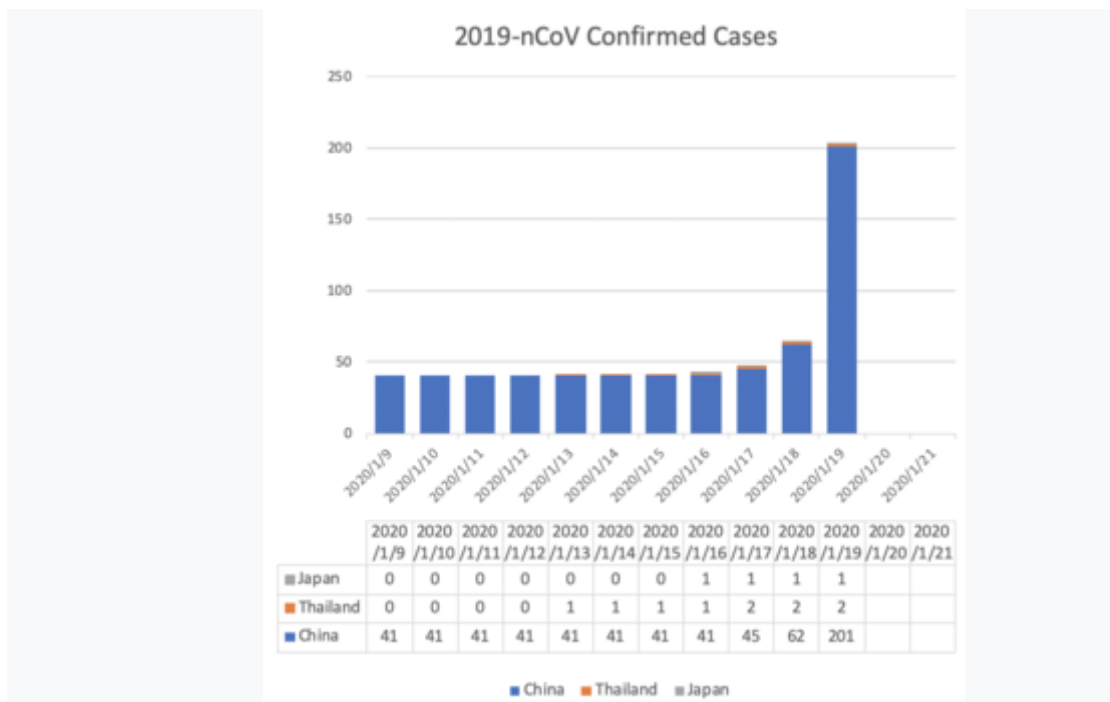
Графика № 1 **Пандемия от COVID-19**



Нов коронавирус в Ухан

Графика № 2. - распространение на Пандемия от COVID-19





**30 декември 2019 г:** Спешно уведомление за лечението на пневмония с неизвестен причинител е издадено от Медицинската Администрация на Уханския общински здравен комитет.

### Потвърдени случаи

Общо потвърдени, глобално случаи на заразени към 5 април 2020 г.: 1 213 199; възстановени случаи: над 290 000 (91%); смъртни случаи: над 65 600 (16%) .

### Хонг Конг

Хонг Конгският център по здравеопазване добавя термина „неиндентифицирана пневмония“ към списъка си със значими заболявания, за да разшири правомощията си в поставянето на пациенти под карантина. Хонг конгското правителство от своя страна намалява посещенията в болниците и въвежда изискването за носене на предпазна маска от посетителите. Проверките по летищата и гарите в посока Ухан са затегнати. През първата седмица на 2020 г. 30 пътници от Ухан са тествани. На 22 януари мъж, пристигнал от Шънджън, развива симптоми типични за пневмония. Предишния месец мъжът е бил в Ухан и след като тестът му се оказва положителен е настанен в болница. Кралица

Мери. друг мъж от Ма Он Шан, който също е посещавал Ухан, се превръща във втори потвърден случай в Хонг Конг.

Местното правителство определя болница Лейди Макълхаус в Сай Кунг за карантинен център. На 23 януари трима души, които са били в близък контакт със заразените, са поставени под карантина.

**Япония**-30-годишен китайски гражданин, който е пътувал до Ухан, развива треска на 3 януари и впоследствие се връща в Япония на 6 януари. Той дава положителна проба за коронавируса по време на посещение в болница между 10 и 15 януари. Той не е посещавал пазара за морска храна Хуанан, но вероятно е бил в контакт с един от заразените в Ухан.

### **Макао**

Към 8 март 2020 г. Макао потвърждава за 10 случая на коронавируса.

### **Италия**

Италия е една от най-засегнатите страни в света. Има около 180 000 заразени към 20 април 2020 г. Броят на смъртни случаи е около 14 000, а страната е под карантина.

### **Иран**

Иран е третата най-засегната държава след Китай, към 14 март 2020 г броят на заразени достига 12 729 души, 611 са починали. Заразени са членове на висшето ръководство на страната, сред които – заместник-министри и депутати, които са контактни към началото на месец март с всички останали членове на правителството и Парламента. В края на февруари 2020 г., Иран обявява отмяна на петъчни молитви и затваря поклоннически събрания, като изключение от обичайната политика на страната.

Към момента не е налично ефективно лечение или ваксина за коронавируса 2019-nCoV, въпреки че тежат опити да бъдат създадени такива. За да се предотврати инфекция, Световната здравна организация препоръчва „често миене на ръцете, покриване на устата и носа при кашляне и кихане... както и избягване на пряк контакт с човек, който проявява симптомите на респираторно заболяване“. Въпреки че няма специфично лечение за човешки коронавирус,

американският Център за контрол и превенция на заболяванията препоръчва на заразените да приемат лекарства за обикновена настинка, да пият течности и да почиват, за да облекчат симптомите. Някои страни изискват от гражданите си да съобщят на личния си лекар при симптоми, подобни на настинка, особено ако са посещавали Китай.

Ситуацията в Ухан е наблюдавана и заради предстоящия трети кръг от олимпийската квалификация на Азиатска футболна конфедерация за жени. На 22 януари конфедерацията обявява, че ще премести мачовете, които са били насрочени за провеждане в Ухан.

Местните власти в различни краища на страната обявяват затварянето на училищата и отлагат началото на новия учебен срок, който обикновено започва в късния февруари или ранния март. Всички учебни заведения от детски градини до университети в цялата Хубейска провинция ще удължат срока на зимната си ваканция, а началото на новия срок ще бъде обявено в бъдещо съобщение. Китайското министерство на образованието също така изисква от всички училища да прекратят провеждането на публични събития и да отложат всички важни изпити. Някои университети, отворени за обществеността, също отказват да приемат посетители. Хунанските власти, а по-късно и тези в Шанхай и Шънджън, забраняват частните уроци и призовават училищата да съобщават за ученици, които са били в Ухан или Хубей по време на зимната ваканция. Полуавтономните региони Хонг Конг и Макао също обявяват промени в учебните си програми.

Макар препоръките на СЗО и американският Център за контрол и превенция на заболяванията (CDC) да се носят защитни маски, има сведения, че масовото носене на маски всъщност има положителен ефект. Агрегиран анализ на статии, свързани с избухването на епидемия от ТОРС през 2003 година показва, че масовото носене на маски е намалило риска от заразяване в Пекин със 70%. Според Айвън Хунг, вирусолог от Хонконгския медицински университет, наличните данни очертават носенето на маска като най-важната мярка за ограничаване на заразата. Маските ограничават разпространението на вируса от асимптоматични носители.

**COVID-19 - допълнително проучване касаещо качеството и удовлетвореността от обслужването в условията на новата пандемия COVID-19 .**

От месец февруари 2020г. и до момента се спускат многократни указания от МЗ, СРЗИ и др. институции за борба с вируса, а на 26.02.2019г. е създаден и Национален оперативен щаб за координиране и борба с новия много заразен и смъртоносен вирус довеждащ до заболяването COVID-19 .

Предполага се, че коронавируса се предават най-често от човек на човек чрез вдишване или отлагане върху лигавици на едри респираторни капки. Други пътища на предаване, срещани при коронавируса са контакт със заразени повърнати материи и инхлация на аерозоли, образувани при медицински процедури.

Клиничната картина на COVID-19 варира от асимптоматично протичане до много тежка форма на пневмония с остър респираторен дистрес синдром, септичен шок и мултиорганна недостатъчност, която може да доведе до смърт.

На база всички тези екстремни епидемиологични мерки се промени и достъпа и комуникацията на общопрактикуващите лекари с пациентите. Създаде се възможност, пациента да не посещава личният лекар а само по телефона да бъдат консултиран и насочван към съответните създадени за целта ковид/ триажни/ зони към Диагностично консултативните центрове или Ковид отделения в болници.

Тази възможност доведе до много негативни реакции от страна на пациентите поради факта ,че техният общопрактикуващ лекар отказват да ги приемат в кабинета, прегледат и чак тогава насочат , ако наистина е Ковид инфекция, към съответната специфична структура. Пациентите се насочваха масово към Ковид зоните и едва след отрицателни бързи антигенни тестове за Ковид , част от тях бяха приемани от личните си лекари с цел консултиране и лекуване на наличното заболяване.

След проведената анкета на 268 лица преминали през ковид / триажна зона на един от столичните Диагностично консултативни центрове за периода 13.11

-30.11.2020г се установи, че около 90 % от пациентите не са удовлетворени от обслужването на Общопрактикуващите лекари в тази епидемиологична обстановка когато се предполага за наличие на ковид вирус при пациентите.

#### 4. Ваксини

**4.1. Ваксини срещу коронавируса - видове и разпространение** Няколко организации по света работят по създаването на ваксина. Американските национални институти по здравеопазване се надяват, че първите тестове върху хора ще могат да се проведат през април 2020 г.

Китайският център за контрол и превенция на зарази започва разработването на ваксини срещу новия коронавирус и провежда тестове на ефективността на вече съществуващи лекарства срещу пневмония. Коалицията за епидемична подготовка и иновации финансира три проекта за ваксина и се надява, че ще може да проведе тестове на такава през юни и да я одобри до една година.

Куинсландският университет в Австралия получава \$10.6 милиона долара от КЕПИ за създаването на ваксинална платформа „молекулярна скоба“.

Компанията *Модерна* разработи РНК ваксина с финансиране от КЕПИ.

*Иновио Фармацевтика* получава грант от КЕПИ и разработва дизайна на ваксина, два часа след получаването на генната последователност. Ваксината се разработва така, че първо да може да бъде тествана върху животни и след доказване на ефективност се прилага и върху хора

Кампанията BioNTech/Pfizer също разработи и пусна РНК ваксина.

Така от декември 2020г се прилагат **двете РНК ваксина**.

При модерния тип mРНК-ваксини, каквито са BioNTech/Pfizer и Moderna, не се инжектира вирус, а директно част от генетичния материал на коронавируса. Тази генетична информация функционира като план за възпроизводството на коронавируси. В резултат на това се стига до имунна реакция, при която се образуват антитела.

От януари беше одобрена и ваксината на AstraZeneca , а по късно и Johnson & Johnson който са векторни ваксини. При тях на организма се внася генетичен

материал от коронавирус, който се размножава там впоследствие и предизвиква имунна реакция. При ваксината на Johnson&Johnson ролята на вектор изпълнява човешки вирус, причиняващ хрема.

През месец март 2020г в България се използват три от посочените по-горе васкини а именно на :

- BioNTech/Pfizer
- Moderna
- AstraZeneca

Към 3 юни 2021 г. СЗО оценява, че ваксините срещу COVID-19 на следните шест производители отговаря на необходимите критерии за безопасност и ефикасност на AstraZeneca, BioNTech/Pfizer , Moderna, Johnson and Johnson, Sinopharm и Sinovac. Предназначението на ваксината е да произвежда имунен отговор в организма към определено заболяване.

Пандемията причинена от коронавирус COVID-19 е глобална здравна криза на нашето време и най-голямото предизвикателство, пред което сме изправени след Втората световна война. От появата си в Азия през 2019 г. вирусът се разпространява на всички континенти.

От края на декември 2020г. започна ваксинация на населението определено по приоритетни групи / фази.

Голямо участие в този процес бе определено и на **Общопрактикуващите лекари**, който изготвиха списъци на желаещите пациенти и започнаха поетапно ваксиниране.

При всички здравноосигурени лица с избран личен лекар задължителните имунизации и реимунизации се извършват след преглед в деня на ваксинирането и са безплатни за пациента.

В тази пандемична обстановка като помощни звена на ОПЛ се разкриха ваксинационни центрове за Ковид и в Диагностично консултативните центрове и към Болничните лечебни заведения. Така от месец януари 2021г започна масова активна ваксинация на желаещото население.

#### **4.2. Задължителни имунизации и реимунизации в България**

Съгласно актуалния Имунизационен календар на Република България се провеждат задължителни профилактични имунизации и реимунизации на определена навършена възраст:

❖ Имунизации.

- **всички новородени** се имунизират с ваксина срещу туберкулоза /БЦЖ/ и срещу хепатит Б до изписването им от родилния дом

- **от втори, трети и четвърти месец** децата се ваксинират срещу дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит, хемофилус инфлуенце тип Б инфекции и пневмококови инфекции, както и срещу хепатит Б, ако ваксината срещу хепатит Б е в състава на многокомпонентна ваксина

- ако хепатит Б ваксината не е в състава на многокомпонентна ваксина, **втора доза се прилага от първия месец и трета доза от шестия месец**

- **между 7 и 10 месечна възраст** на децата без белег от БЦЖ имунизацията в родилния дом се поставя БЦЖ ваксина след отрицателна туберкулинова проба

- **от тринадесетия месец** децата се имунизират с комбинирана ваксина срещу морбили, рубеола и паротит

❖ Реимунизации

- **от дванадесетия месец** - реимунизация срещу пневмококови инфекции, но не по-рано от 6 месеца след прилагане на третия прием

- **от шестнадесетия месец** - реимунизация срещу дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит и хемофилус инфлуенце тип Б инфекции, но не по-рано от 12 месеца след прилагане на третия прием

- **на 6 г. възраст** - реимунизация срещу дифтерия, тетанус, коклюш и полиомиелит

- **на 7 г. възраст** - реимунизация срещу туберкулоза на лицата с отрицателна туберкулинова проба

- **на 11 г. възраст** - реимунизация срещу туберкулоза на лицата с отрицателна туберкулинова проба

- на **12 г. възраст** - реимунизация срещу морбили, рубеола и паротит и реимунизация срещу тетанус и дифтерия
- на **17 г. възраст** – реимунизация срещу тетанус и дифтерия
- при навършване на **25 години**, както и на **всеки 10 години** реимунизация срещу тетанус и дифтерия

#### **4.3. Препоръчителни имунизации.**

Освен задължителните, съществуват и т. нар. препоръчителни имунизации. Те се извършват по желание на пациента срещу заплащане. Прилагат се на пътуващи в региони, в които съществува повишен риск от заразяване с определени ваксина-предотвратими инфекции; в региони ендемични за дадените заболявания, на лица в не имунизационна възраст с придружаващи заболявания и повишен риск от заразяване, и др. Тук се включват ваксини срещу **хепатит А, хепатит Б, грип, коремен тиф, бяс, жълта треска, ваксина срещу дифтерия, тетанус и коклюш (ацелуларна компонента) и с намалено антигенно съдържание на дифтерийната компонента, срещу морбили, паротит, рубеола, срещу менингококови, пневмококови, ротавирусни, хемофилус тип Б инфекции, инфекции с човешки папиломен вирус и др.**

### **ИМУНИЗАЦИОНЕН КАЛЕНДАР НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ 2019**

Навършена възраст	Имунизация против	Ваксина	Начин на приложение
През първите 24 часа след раждането	Имунизация против хепатит Б /първи прием/	Рекомбинантна хепатит Б ваксина Енжерикс	Мускулно, 0,5 мл
От 48-ия час след раждането	Имунизация против туберкулоза	БЦЖ	Вътрекожно 0,1 мл

Втори месец	<p>Имунизация против полиомиелит, дифтерия, тетанус, коклюш, хемофилус, инфлуенце тип Б, хепатит Б</p> <p>първи прием/</p> <p>Имунизация против пневмококи/ първи прием/</p>	<p>Комбинирана шесткомпонентна ваксина срещу дифтерия, тетанус, коклюш, с ацелуларна компонента, инактивирана полиомиелитна ваксина, конюгирана ваксина срещу хемофилус инфлуенце тип Б,рекомбинантна хепатит Б</p> <p>Конюгирана пневмококова ваксина</p>	<p>Мускулно 0.5 мл.</p> <p>Мускулно 0.5 мл.</p>
Трети месец	<p>Имунизация против полиомиелит, дифтерия,тетанус, коклюш, хемофилус инфлуенце тип Б/ втори прием/</p>	<p>Комбинирана шесткомпонентна ваксина срещу дифтерия, тетанус, коклюш с ацелуларна комопонента, инактивирана полиомиелитна ваксина конюгирана ваксина срещу хемофилус, инфлуенце тип Б, рекомбинантна хепатит Б</p>	

	Имунизация против пневмококи/ втори прием/	Конюгирана пневмококова ваксина	Мускулно, 0,5 мл
Четвърти месец	Имунизация против полиомиолит, дифтерия, тетанус, коклюш, хемофилус, инфлуенце тип Б, хепатит Б/трети прием/	Комбинирана шесткомпонентна ваксина срещу дифтерия, тетанус, коклюш с ацелуларна компонента, инактивирана полиомиелитна ваксина, конюгирана ваксина срещу хемофилус, инфлуенце тип Б	
	Имунизация против Конюгирана пневмококова ваксина / трети прием/	Конюгирана пневмококова ваксина	Мускулно, 0,5 мл
Седми месец	Проверка за белег след БЦЖ имунизацията. На децата без белег се прави / 5 МЕ ППД/ и отрицателните се имунизират	БЦЖ	Вътрекожно , 0,1 мл

Дванадесет месеца	Реимунизация против пневмококи, не по-рано от 6 месеца след третия прием / четвърти прием/	Конюгирана пневмококова ваксина	Мускулно, 0,5 мл
Тринадесет месеца	Имунизация против морбили, паротит и рубеола	Триваксина морбили-паротит и рубеола	Подкожно или мускулно, 0,5 мл
Шестнадесет месеца/ не по-рано от една година след трети прием/	Реимунизация против полиомиелит, дифтерия, тетанус, коклюш, хемофилус инфлуенце тип Б / четвърти прием/	Комбинирана петкомпонентна ваксина срещу дифтерия, тетанус, коклюш, с ацелуларна компонента, инактивирана полиомиелитна ваксина срещу хемофилус инфлуенце тип Б	Мускулно, 0,5 мл
Шест години	Реимунизация против полиомиелит, дифтерия, тетанус и коклюш/ пети прием/	Комбинирана четирикомпонентна ваксина срещу дифтерия, тетанус, коклюш с ацелуларна компонента и инактивирана полиомиелитна ваксина	Мускулно, 0,5 мл

Седем години	Реимунизация против туберкулоза/след отрицателна проба Манту/	БЦЖ	Вътрекожно , 0,1 мл
Единадесет години	Реимунизация против туберкулоза/след отрицателна проба Манту/	БЦЖ	Вътрекожно , 0,1 мл
Дванадесет години	Реимунизация против морбили паротит и рубеола  Реимунизация против тетанус и дифтерия	Триваксина морбили- паротит-рубеола  Тета Диф	Подкожно или мускулно, 0,5 мл  мускулно, 0,5 мл
Седемнадесет години	Реимунизация против тетанус и дифтерия	Тета Диф	мускулно, 0,5 мл
От 25-та година през 10 години	Реимунизация против тетанус и дифтерия	Тета Диф	мускулно, 0,5 мл

За здравноосигурени лица, които не са упражнили правото си на избор на личен лекар, задължителните имунизации и реимунизации могат да бъдат извършени безплатно в имунизационния кабинет на всяка **Регионална здравна инспекция** на територията на областните градове.

Грипните пандемии са редки но повтарящи се явления. Сведенията, събрани откакто се води статистика по тези проблеми, сочат, че те възникват на всеки 10-15 години. През 20-ти век са регистрирани три пандемии : през 1968г.с около 40 милиона жертви, през 1957 г. с над два милиона жертви и през 1968 година с около един милион жертви. Тъй като причинява рязък ръст на заболяемостта и

смъртността, пандемии често водят здравните системи да крах и могат да предизвикат сериозни социални сътресения и икономически щети.

Един грипен вирус, който свободно се разпространява от човек на човек, обикновен се разпространява по цял свят в рамките на три месеца след появата си. Тъй като пандемичният щам в повечето случаи е от нов тип, който дотогава не се е появявал сред хората, неговите поражения могат да бъдат много опасни, защото огромният процент от населението няма имунитет към него. Пандемии оказват най-силен натиск върху здравната система, но те могат да доведат също и до значителни социални и икономически сътресения, тъй като засягат голям процент от работната сила, предизвиквайки сериозен дефицит на важни услуги. Това от своя страна, нарушава нормалната търговия и обичайното движение на хора.

Пандемичен вирус може да възникне и вследствие на така наречената „адаптивна мутация“, при която с всеки отделен случай на зараза сред хората вирусите постепенно се приспособяват и мутират в щам, който все по-лесно се разпространява от човек на човек. Смята се, че щам на Испанския грип през 1918 г. е претърпял такива изменения-мутирал е в продължение на неизвестен период от време и накрая е станал изключително заразен за хората.

Подобно на обикновения грипен вирус, пандемичният вирус по всяка вероятност би се разпространявал лесно чрез кашляне или кихане и би бил заразен преди появата на каквито и да били симптоми.

#### **4.4 Законова уредба**

Закона за здравето е част от общото законодателство и урежда обществените отношения свързани с опазване здравето на гражданите, чл.1/ 33.

Чл.63/1. При възникване на извънредна епидемична обстановка министърът на здравеопазването въвежда противоепидемични мерки на територията на страната или на отделен регион.

/2/Мерки по ал.1 на територията на отделни общини могат да се въвеждат и от кмета по предложение на директора на съответната РИОКОЗ.

/3/Държавните и общинските органи създават необходимите условия за изпълнение на мерките по ал.1, а средствата за осъществяването им се осигуряват от републиканския бюджет съответно от общинските бюджети.

/4/При опасност от възникване и епидемично разпространение на заразни болести държавните органи, общините, физически и юридически лица са длъжни да оказват пълно съдействие на органите за държавен здравен контрол.

С МЕТОДИЧНО УКАЗАНИЕ №6 от 21.06.2000 г. за съобщаване, регистрация и отчитане на заразните болести утвърдено със заповед РД 09-488/21.06.2000г. на Министъра на здравеопазването се определя списъка на заразните болести, подлежащи на задължително съобщаване и начина на регистрацията и отчитането им.

С наредба №21 от 18.07.2005г. се определя реда за регистрация, съобщаване и отчет на заразните болести, издадена от Министерството на здравеопазването в сила от 01.01.2006г. обнародван в ДВ брой 62 от 29.07.2005г.

В раздел 2-ри на наредба 21 чл.4 регистрация на заразните болести се извършва от лечебните заведения, от здравните кабинети в училищата, детските заведения, специализираните институции за предоставяне на социални услуги и от регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве /РИОКОЗ/.

Чл.10. В срок от 24 часа след хоспитализация и изписване на болен от заразно заболяване, подлежащо на задължителна регистрация, лечебното заведение за болнична помощ изпраща писмено съобщение по образец-приложение №7, за хоспитализиран/изписан болен до съответната РИОКОЗ.

Чл.12/1/ в случаите на доказано заразноносителство заразноносителите се съобщават с бързо известие само при откриването им.

Чл.13/1/ съобщаването на случаите на грип и ОРЗ се извършват чрез система за сентинелно наблюдение, включваща лечебни заведения за извънболнична помощ в областните центрове.

/2/Лечебните заведения по ал.1 се определят със заповед на директора на съответната РИОКОЗ.

/3/Броят на наблюдаваните по сентинелната система лица не може да бъде по-малък от 10% от населението на града –областен център.

/4/ Лечебните заведения за извънболнична помощ по ал.2 съобщават в РИОКОЗ по телефона и в писмен вид броя на заболялите от грип и ОРЗ, както следва:

1.За периода от 01 ноември до 31 март се изпращат ежедневно за предходния ден.

2. За периода от 01 април до 31 октомври данните се изпращат ежеседмично за предходната седмица.

Общопрактикуващите лекари предписват лабораторни и други видове изследвания; извършват медицински дейности и манипулации под контрол и отговорност, домашни грижи и помощ за болни; участват в предписване на лекарства, осигуряване на превързочни материали и медицински пособия.

#### **5. Основни дейности, клинична компетентност, качества свързани с общопрактикуващия лекар:**

- Профилактика – диспансеризация и работа с определени групи (специални програми);

- Диагностично лечебна функция – дейности, свързани с клиничната практика и компетентност на ОПЛ;

- Промоция на здравето – свързан предимно с работа по специални програми и рискови групи за промоция на здравето им;

- Рехабилитационни дейности;

- Здравно-информационно осигуряване – свързано предимно с организационната функция на общопрактикуващия лекар и управлението на практиката;

- Експертна дейност – изпълнение на експертни функции относно работоспособността.

#### **Клинична компетентност на общопрактикуващия лекар:**

• Да имат знания при формулирането и вземането на подходящи решения, относно проблемите, представени от техните пациенти;

• Да имат умения и знания за извършване на физикален преглед и преглед на психическото състояние на пациентите и да правят правилни прогнози;

• Да имат знания за оценка на симптомите и медицинските показания, да установяват диагнозите, когато е възможно и да вземат клинично решение за по-нататъшно лечение;

• Да имат добри умения и знания в комуникациите и в процеса на консултацията. Това включва способността да слушат внимателно и да обясняват

ефективно на пациента, семейството му, колегите и други, както и възможността да включват пациента във вземането на решение за собственото му здраве;

- Да имат знания които допринасят: за промоция на здравето и профилактиката на болестите;

- Да имат знания и умения за правилно справяне с обикновените спешни медицински състояния;

- Да са в състояние да поддържат коректни, непрекъснати и ежедневни данните за всеки пациент, използвайки форми, които да позволяват лесно идентифициране на информацията за клинични и оценъчни цели./25,26,28/

### **Възможности пред общопрактикуващият лекар:**

- възможност да оценяват здравния статус, нуждите и очакванията на обслужваното в практиката население;

- възможности да планират, организират и ръководят практиката си за да предоставят широк спектър от достъпни здравни услуги, включително острите и хронични заболявания, спешната медицинска помощ, здравната промоция и превантивни дейности;

- възможности да работят като член на многопрофилна, базирана в практиката група и когато е нужно, да поема отговорностите на ръководител на групата. Това включва разбирането и оценката на ролите, отговорностите и уменията на другите здравни кадри – сестри, социални работници, акушерки и други;

- възможности за ефективно използване на ресурсите, например пари, време, умения, едновременно вътре и извън пряката му работа;

- възможности да организират и да се грижат ефективно за клиничната оценка и да имат умения, необходими за въвеждане на промяна в практиката, където оценката показва, че това е необходимо;

- желание за участие в работата на организацията, която планира, съветва и подпомага развитието и ръководството на здравните услуги

(медицинските учебни заведения, професионалните организации, общините и др.).

### **Качества, които трябва да притежава общопрактикуващият лекар:**

- да бъде ангажиран в осигуряването на висококачествени здравни грижи;

- да чувства нуждата и готовността да е винаги достъпен и на разположение на своите пациенти;
- да усеща собствените си ограничения и с готовност да получава помощ от други специалисти;
- поддържане на развитието си в практиката;
- подобряване на качеството на професионалната си дейност чрез активно участие в проверки и качествени гаранции;
- да чувства етичните принципи, които управляват медицинската професия и да се обвърже с тяхното съобразяване и прилагане;
- с готовност да обучава другите, включително колегите си и персонала в практиката и с готовност да придобива необходимите за това умения;
- с готовност да сътрудничи, когато е възможно, за развитието на медицинското знание;

### **Организационни форми на общопрактикуващите лекари.**

Общопрактикуващите лекари осъществяват дейността си в индивидуална, съвместна и груповата практика

#### *Индивидуална практика*

Лекарят работи сам, назначава си помощния персонал, работи със своите пациенти и в резултат на тази дейност формира доходите си.

Предимствата на индивидуалната практика са:

-по-лесно администриране и вземане на решения по отношение на организацията и управлението на практиката;

-лекарят разпределя приходите си в зависимост от потребностите на практиката и личните си желания;

Независимо от предимствата на груповата практика в България, по-голяма част от амбулаториите за първична извънболнична помощ са индивидуални.

Недостатъците на индивидуалната практика са:

-невъзможност за реализация на икономии;

- липса на време за професионално усъвършенстване;
- затруднена обмяна на опит и знания с други колеги;
- по-трудно осигуряване на 24 часово обслужване на пациентите.

#### *Групови практики*

При груповата практика няколко лекари използват общ офис, но всеки си има свои пациенти и формира доходите си, а само някои разходи се поделят между всички лекари от груповата практика.

Основни предимства на груповата практика са:

- по-лесно организиране на свободното време /възможност за почивка, обучение и отсъствие по болест/;
- възможност за подкрепа от колегите в практиката в професионално и лично отношение, споделяне на опит и обмяна на знания;
- икономическа изгода – от общо ползване на техника , помещения, скъпо струваща апаратура, както и споделяне на разходите за наемане на помощен персонал;
- по-лесно осигуряване на 24 часово обгрижване на пациентите от практиката;
- един договор за работа с РЗОК за цялата група

Могат да се посочат и негативните страни на груповата практика:

- необходимост от повече време и усилия за управлението на практиката;
- няма точни правила, кой лекар може да попълни груповата практика ако някой от лекарите отсъства;
- по-трудно вземане на съвместни решения.

#### *Съвместна практика*

При съвместната практика и офисът е един, и пациентите са общи, и разходите се поемат от всички лекари, и доходът е общ.

### **6. Законови рамки свързани с мястото и ролята на ОПЛ в здравната система на България**

Законът за лечебните заведения и Националният рамков договор определят мястото и ролята на ОПЛ в здравната система на България.

ОПЛ е главна фигура в системата на ПМП.

Той регулира достъпа до следващите нива на здравна помощ, като така способства за по-целесъобразно и икономически ефективно използване на ограничените ресурси.

### **Общи изисквания** свързани с дейността на лекарите от ЗЛЗ

Всеки лекар, който желае да извършва първична медицинска помощ може да създаде амбулатория “индивидуална практика за първична медицинска помощ” или да се обедини с други лекари в “групова практика за първична медицинска помощ”. Едно от императивните изисквания на ЗЛЗ е задължителното правило лекаря да упражнява професията си в България, само ако са налице изискванията на ЗЗ за непрекъснатост на професионалния стаж не по-малък от 5 години. Второ императивно изискване е задължително членство в съсловната организация – Български лекарски съюз.

**Административно-правни изисквания в здравеопазването** – регистрация по търговския закон; завършено висше образование по медицина и призната специалност по обща медицина (наличие на дипломи); свидетелство за съдимост – изискване за чисто съдебно минало и удостоверение за вписване в регистъра на районната съсловна организация; заключение от държавния санитарен контрол относно хигиенната годност на кабинета.

С приемането на Закона за лечебните заведения (1999 г.) и предхождащите го Закон за здравното осигуряване (1998 г.), Закон за съсловните организации (1998 г.) и Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина (1995 г.) се затвори цикълът на законодателните актове, които са база за радикални реформи в здравеопазването.

Със Закона за лечебните заведения се очертава правовата рамка и правилата за преобразуване на голяма част от лечебните заведения от публична, държавна и общинска собственост в частна държавна и общинска собственост / със смяната на собствеността върху лечебните заведения и превръщането им в пълноправни пазарни субекти се създават възможности за получаване на собствени приходи от медицинска дейност/. Трансформацията в собствеността върху лечебните

заведения и включването на здравноосигурително заплащане за извършваните здравни услуги по договор с районните здравноосигурителни каси разкриват възможността за изграждане на широк регулиран пазар между обществени и частни равнопоставени пазарни субекти. Здравната реформа се опира в голяма степен на формирането на нова институция в извънболничната медицинска помощ – общо практикуващия лекар. Пациентите в рамките на общината са го избрали по собствено желание и приходите му зависят от това, дали са доволни от професионалното му равнище и от отношението им към тях. Лекарят работи по дефиниран пакет дейности, в който важно място заемат промоцията на здравето и профилактика на болестите, всичко това показва ориентация на дейността към национални и регионални здравни приоритети.

## **7.. Финансиране и механизми на заплащане дейностите на общопрактикуващите лекари.**

Наличието на различни здравеопазни системи в световен мащаб, води и до различни механизми на заплащане на общопрактикуващите лекари, като диференцираме финансирането на ОПЛ (в световен мащаб) на **четири вида**:

1. *Чрез заплата* (заплащане) – независимо от резултатите и обема на извършваните през месеца дейности, (включително и качествените характеристики на обслужваното население), общопрактикуващите лекари получават възнаграждение. Страни с подобен „чист” вид на заплащане са Кипър и Холандия. Възнаграждението се формира на база, брой отработени часове за месеца.

2. *Хонорар* – При тази система възнаграждението се определя от обема на извършените дейности, или по-точно казано, финансовите стимули оказват пряко влияние върху поведението на работещия. Този тип възнаграждение се прилага в страни, като – Франция, Германия, Белгия.

3. *Капитация* – този вид заплащане на медицинските услуги осъществени от ОПЛ се използва в страни като Литва и Унгария. Тук личният лекар получава конкретно диференцирано заплащане за комплексно обслужване на избралите го

и записани в неговите регистри задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ). Някои социо-демографски променливи, като – възраст и пол, оказват влияние. Като позитив или предимство при този метод на заплащане можем да споменем – лесното прогнозиране на необходимите средства за първична медицинска помощ и най-основното – възможността да се контролира изразходването на средства.

*4. Комбинирано заплащане* – видно от името, тук се комбинират капиталацията /за комплексно обслужване на населението/ и заплащането за изпълнение на определени дейности (хонорар за вид услуга). Такъв вид заплащане на дейности са приели доста голям кръг от Европейски държави между, които и България.

Механизмът на финансиране на системата за първична извънболнична помощ се основава на разпоредбите в Националния рамков договор. Осигурителят в лицето на НЗОК заплаща договорената и извършената дейност на изпълнителите на ПИМП. Изпълнителите на ПИМП получават ежемесечно определена сума за всеки записан задължително здравноосигурен пациент – капиталация и за извършена дейност по съответните елементи, подробно описани в НРД - профилактични прегледи, имунизации, диспансерна дейност, дейности по приоритетни програми и др. Плащането се извършва след проверка на съответните документи, удостоверяващи броя на записаните ЗЗОЛ и извършените дейности през съответния месец.

Финансирането на първичната помощ по отношение на медицинските специалисти, заети в нея, може да се извършва по няколко метода, основните от които са:

Капитацията осигурява гарантирано финансиране на ОПЛ за предоставяне на медицински услуги на записаните в пациентската листа, но същевременно намалява частта определена от бюджета на НЗОК за заплащане за реално извършена дейност.

Такса за услуга: плащане за определена предварително диференцирана медицинска дейност /услуга/, предоставена на пациента.

Заплата: плащане на определена сума за месец /седмица/ на медицинските специалисти, които са наети по договор към дадена структура /най-често към държавата/.

В много ограничени случаи се прилага глобален бюджет за финансиране на извънболничната помощ- предимно, когато дейността е организирана в групова практика или центрове.

## **8. Концептуална основа на качеството - дефиниция, качество на предлаганата дейност, управление на качеството в здравеопазването**

Качеството в здравеопазването, (в конкретния случай в първичната медицинска помощ) е незаменим сегмент- то може да бъде постигнато чрез подходящ на наличните ресурси. В почти всички възможни случаи, то изисква промени, но трябва да споменем, че не всяка промяна е подобрене или води до такава. Ако една система не се промени, може да се очаква само, че тя ще продължи да дава същите резултати.

Дефинирането на качеството в здравеопазването е изключително комплицирано поради факта, че тук е на лице широкоспектърно многообразие от потребители на здравните услуги – пациенти и техните семейства, здравните професионалисти, осигурителите на тези услуги, държавата и др. Множеството специалисти в конкретната област посочват, че всеки един ползвател на услугите на здравеопазването обусловени в своеобразни групи, има своите конкретни, специфични изисквания по отношение на качеството:

1. За пациентите, качеството се основава на множество критерии, при които субективността играе голяма роля за крайната удовлетвореност.

2. За здравните професионалисти, качеството се отнася до оценка на професионализма, базирана на способността за използване на диагностични и терапевтични техники при оптимални условия по отношение на ефикасност, осигуреност и предоставяне на медицинска помощ в подходящия момент.

3. За финансовите органи /институции/, качеството се проявява чрез изисквания за извършване на „стратегическо” закупуване на медицинска помощ в полза на пациентите по вид, обем и качество.

Определянето на понятието, качество на медицинската помощ с оглед еднаквото разбиране на неговото съдържание, изисква предварително да се даде първо отговор на въпроса: *Какво представлява качеството въобще?*

Качеството е категория с широка употреба във всички сфери на обществения живот и показва сложната същност на неговото съдържание. Това е и основната причина, то да се определя по различен начин, което дава нееднозначен отговор на въпроса.

#### Дефиниция за качество на предоставена медицинска дейност

Още от зараждането на терминологията за качество при предоставяне на медицински услуги (Хипократова клетва), е заложена и ориентацията му към нуждите на всяка от категориите „клиенти” – пациенти, здравни професионалисти, финансови институции и др.

Според А. Донабедиан, качеството на медицинската помощ се определя, като: степен на достигане на най-голяма полза за здравето на човека без увеличаване на риска за здравето, при оптимален баланс между полза и риск. Съвременната общоприета дефиниция на качеството в международния стандарт ISO/DIS 9000: 2000 е – „възможността от съвкупност на присъщи характеристики на продукт, система или процес да изпълнява изискванията на потребители и други заинтересовани страни”.

На фундамента на това определение, качеството на медицинския продукт (както на здравната система или процес) се дефинира, като „степен, в която съвкупността от характеристики на медицинския продукт (например – диагностични изследвания, лечебни интервенции и т.н.), на медицински процес (напр. диагностичен, терапевтичен, рехабилитационен и т.н) или система (напр. извънболнична помощ, на болнична и т.н) позволява задоволяването на определени здравни потребности на пациентите или други заинтересовани страни.

Друга основна концепция, която е насочена като действие към пациента е тази на Световната здравна организация (СЗО). Тя разглежда качеството, като поставя пациента във фокуса на здравните дейности и усилия – „Предоставяне на всеки пациент на достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности,

които да осигурят най-добър резултат по отношение на здравето, съобразен с актуалното състояние на медицинската наука, при най-добра цена за същия резултат, при минимален ятрогенен риск и достигане на най-голямо удовлетворение по отношение на процедури, резултати и хуманно отношение”.

#### Качество на прилаганата от ОПЛ дейност

Към настоящият момент, във времена на интензивна динамика на развитие и промени, касаещи както здравеопазването като цяло, така и болничната и първичната извънболнична медицинска помощ, водят до изменение на нагласите, очакванията и социалните ценности на населението. Общопрактикуващите лекари в момента се намират под натиска на необходимост за задържане на разходите, нови форми на мениджмънт на предлаганите услуги, високи изисквания към предлагания от тях „болничен” продукт и др. Превръщането на личния лекар в „пазарен субект” предполага те да бъдат разглеждани като работници в предприятие, специализирани в производството на медицински услуги. Качеството на предлагания от тях продукт има своите социални и икономически аспекти, изразяващи се в:

1. Участие на потребителя при формирането и оценката на качеството.
2. Ролята на качеството на медицинския продукт за повишаване качеството на живота и посредством него приносят му към развитието на социалната вътрешна съгласуваност в обществото.
3. Балансът между качество и цена, който се постига чрез създаване на продукт с необходимото качество (от гледна точка на потребностите и приемлива цена от гледна точка на потребителя).
4. Икономически механизъм. Най-осезаемо въздействие имат пазарните условия и механизми, както и материалното стимулиране за постигнатото високо качество.
5. Инвестиционна дейност. Стратегията за подобряване на качеството изисква разходи за обучение, квалификация, иновативна техника и технологии.

#### *Управление на качеството на здравна услуга*

В днешно време за да имаме продукт способен да се котира на своеобразния здравен „пазар”, той трябва да притежава една основна и важна характеристика – качество. Всяка една организация и съставляващите я градивни единици трябва да се основават на качеството на предлаганата от тях услуга. Съответно всеки ръководител в здравеопазването трябва да може да управлява това качество. Едно

основно понятие в тази насока е „Тоталното управление на качеството”, а за негов основоположник се счита А. Figenbaum .

Високото ниво и качество на един продукт или услуга е на лице, едва тогава когато имаме постоянно подобряване качеството на същия. Именно поради това, качеството може и трябва да бъде управлявано. Основните предпоставки за да бъде проведен правилен мениджмънт на качеството са:

- Всеки е доставчик и клиент;
- Процесите, а не служителите са проблем;
- Всеки служител е отговорен за качеството;
- Проблемите могат да бъдат избегнати, а не само поправени;
- Качеството може да бъде измерено;
- Повишаването на качеството може да бъде постоянно;
- Стандартът за качество няма дефекти;
- Целите са базирани на изисквания;
- Цикълът на живот струва нещо, а не е крайна цена;
- Ръководството участва и трябва да ръководи;
- План и организация на подобряване на качеството;

Изброените градивни елементи ни насочват, че основният фокус се хвърля върху клиента или потребителя. Нуждите на потребителите трябва да бъдат поставени на първо място и задоволени. Съществуват, както вътрешни, така и външни потребители на организациите предоставящи здравни услуги. Вътрешните потребители обикновено включват - лекари и служители, както и други структури в организацията, като лаборатории, приемни кабинети и обслужващи звена. Под външни потребители разбираме най-вече – пациенти, посетители, осигурителни организации, застрахователни компании и регулаторни организации.

Взимайки в предвид гореизложеното, може да се обобщи, че при наличието на успешен мениджмънт на качеството при какъвто и да е вид предлагана здравна услуга, това е успешна предпоставка за наличие на **пациентска удовлетвореност**. Тук е необходимо да се отбележи, че описаното ще бъде на лице единствено и само тогава, когато се постигне „златна среда”, между очакванията на доставчиците (ОПЛ) и изискванията на пациента на личния лекар.

## **Пациентите като потребители на медицински услуги**

Осъществяването на връзка на потребителите/пациентите на медицински услуги с извънболничната медицинска помощ до голяма степен зависи от доверието в личния лекар и степента на удовлетвореност от качеството на предоставените им здравни грижи.

Важна функция на ОПЛ е осигуряване на населението с рецепти/протоколи за лекарства и лекарствени средства- особено значение тази функция има при хронично болни пациенти, които се нуждаят ежемесечно от рецепти за живото зависими медикаменти.

Търсенето на медицински услуги се обуславя от здравните потребности. Съответствието на очакванията на гражданите от медицински услуги е една от фундаменталните цели на здравната система и в някои страни все повече се отдава значение на очакванията на гражданите. Проучването на очакванията е важно за изясняването на причините за удовлетвореност или неудовлетвореност на населението от взаимодействието със системата на здравеопазване. Политиката на много от правителствата на държавите от ЕС е да проучват потребностите на гражданите от медицински услуги като се прави паралел между тях и другите цели на системата на здравеопазване.

### **Очаквания на пациентите в процеса на лечението си.**

Пациентите имат различни очаквания. Те се сблъскват с много направления, които нямат връзка с клиничните резултати или собственото здравно състояние. Например междуличностните аспекти в процеса на лечение са важен елемент от удовлетворяването на потребностите на пациентите. В раздел втори от доклада на СЗО за състоянието на здравеопазването в света се разглежда съответствието на очакванията на гражданите като централна цел в системата на здравеопазването. За това в очакванията на пациентите са включени и всички технически взаимодействия по време на лечението в системата на здравеопазване а именно:

1. Уважение към личността на пациента (и човешкото достойнство);
2. Автономност;
3. Конфиденциалност;
4. Комуникация;

5. Внимание;
6. Качество, основано на удобство;
7. Достъп до социална поддръжка;
8. Избор на болнично заведение и лекуващ лекар.

Проведено е проучване по отношение на дългосрочно внимание по опазване на общественото здраве в Европейската общност, публикувано през месец декември 2007 г. (Health and long-term care in the European Union; Fieldwork: May – June 2007; Publication: December 2007).

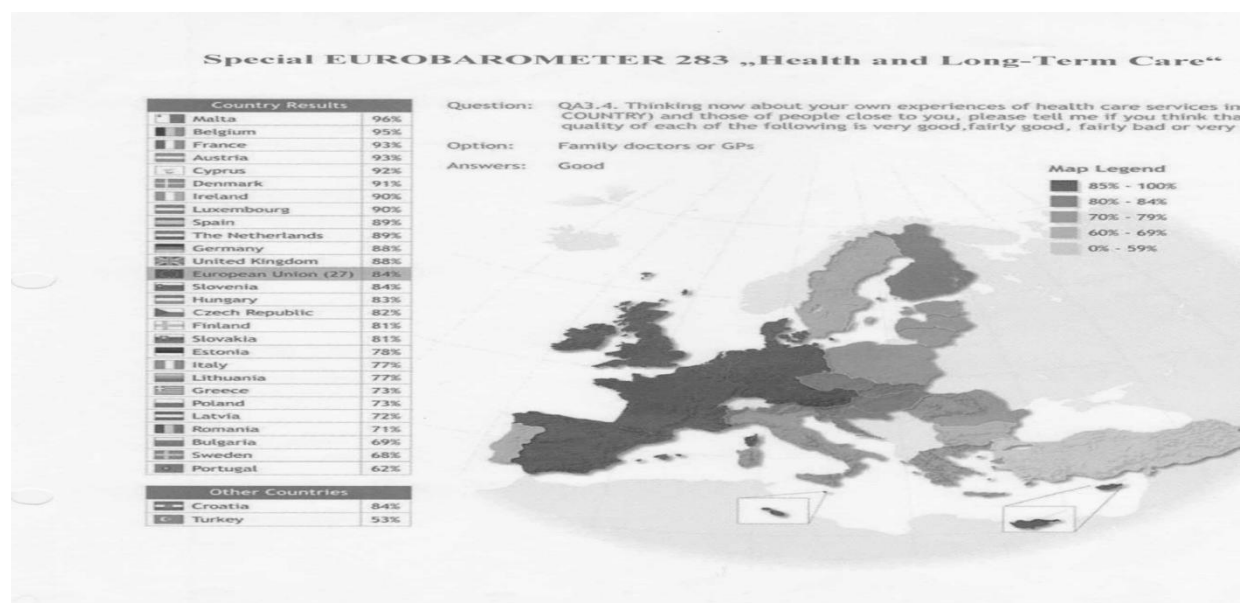
Предложеното от общопрактикуващи лекари гарантирано качество на здравни грижи в Европа се възприема от гражданите като: много добро – 30%; сравнително добро – 54% и качествено – 32%.

Само 2% от ненавършилите пълнолетие граждани намират полаганите здравни услуги от общопрактикуващите лекари за много лоши.

На база на това проучване се оказва, че в повечето държави членки на Европейската общност, пациентите са удовлетворени от гарантираното качество на обслужването от общопрактикуващите лекари. Има и страни, където степента на удовлетвореност е по-ниска, което се вижда от фигурата по-долу.

С най-ниска удовлетвореност от качеството на предлаганите здравни грижи от личния лекар са страните: Португалия – 62%, Швеция – 68% и България – 69%. Най-ниска оценка дават гражданите на Турция – само 53% от тях дават положителна оценка на работата на общопрактикуващия лекар. (фиг.4)

Фиг.4.

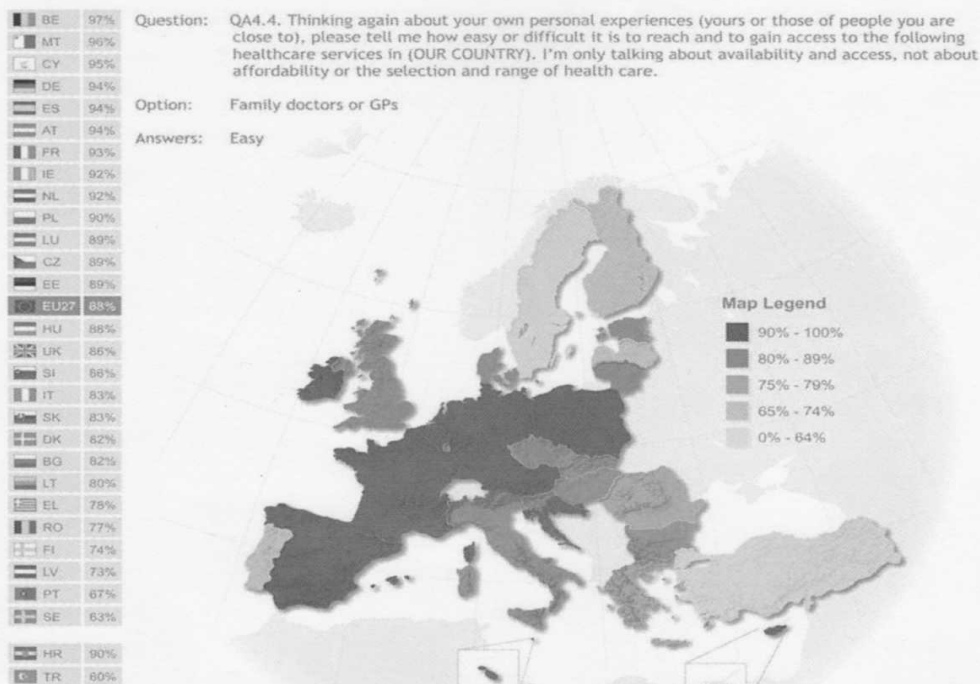


На зададения въпрос относно достъпността до общопрактикуващите лекари, като цяло европейците считат, че достъпът до техният лекар е много лесен – 42%, лесен – 46%, много труден – 9%, труден – 2% и не зная – 1%. Само 1 на 10 европейца изказват по критично становище.

Наблюдава се различие в нивото на достъпност до ОПЛ в страните от Европейската общност. (фиг. 5)

Фиг. 5.

## Special EUROBAROMETER 283 „Health and Long-Term Care“



На въпроса: За Вас лично или за Ваш близък, Вашият личен лекар бил ли е достъпен Европейците отговарят – 21% личния лекар е бил много лесно достъпен, 23 % определят като относително достъпен, 43 % - не много достъпен, 9% - недостъпен и 2 % - нямат отговор.

## ПОДХОДИ ЗА ПРОУЧВАНЕ НА УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА ОТ КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ

През 1984 г. известният японски учен Нориаки Кано разработва концепция – Създаване на привлекателни качества (Atractive Quality Creation), основана на

проявление на продуктите и услугите, предизвикващи възхищение у потребителя. Анкетата, която създава Кано позволява да се разделят характеристиките на продуктите и услугите на три типа: 1) Задължителни, 2) Без промяна и 3) Привлекателни. Тези характеристики съответно трябва да удовлетворяват три типа потребности: 1) Очакване, 2) Желание и 3) Възхищение.

**Очаквани (expected) потребности** - удовлетворението на тези потребности, ние чакаме и считаме за очевидни и задължителни. Например очакванията на пациентите за поддържането и спазването на хигиенните норми в лекарските кабинети. При удовлетворението на подобни очаквания, означава, че производителя остава в бизнеса. При неудовлетвореност на тези очаквания, потребителя си тръгва, а при удовлетвореност, той остава и продължава да гледа по-нататък, към желаните потребности. Например колкото по-малко е времето за чакане пред лекарските кабинети в извънболничната помощ, толкова са по-доволни пациентите.

**Желани (desired) потребности** – колкото по-удовлетворени са тези потребности, толкова е по-доволен потребителя.

Потребности, будещи **възхищение** (exited) – удовлетворението на такива потребности, предизвиква възхищение у потребителя, защото той не очаква от производителя такова разбиране на неговите собствени желания.

Например - възможно е да бъде оптимизиран процеса на информиране на пациентите. Той да бъде активен от страна на личните лекари, което се заключава в използването на различни канали за комуникация като e-mail, телефон, факс, sms, т.е. информирането да не става само чрез закачане на писмени съобщения на вратите пред лекарските кабинети.

По-нататък Кано извежда и характеристиките на продуктите, които биват:

- Задължителни (must-be);
- Едномерни характеристики (one-dimensional);
- Привлекателни (attractive) характеристики;

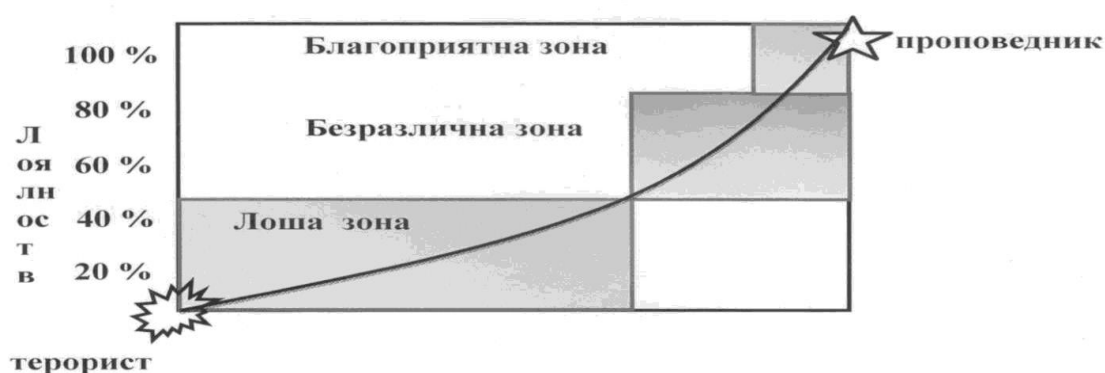
Този модел, се характеризира със степен на удовлетвореност на пациента, съобразно нивото на качество на продукта/услугата така, че да се постигне „възбуждащо удоволствие“ при клиентите /пациентите

В дългосрочните отношения с потребителите компаниите целят запазване на своите клиенти/пациенти, увеличаване процента на постоянните купувачи,

което предполага създаване и укрепване на клиентска лоялност. Посочват се три зони на потребителска лоялност (граф. 3):

- Лоша /зона/ с недовлетворени клиенти. Характеризира се с негативно настроение;
- Безразлична /зона/ на потребителска несигурност;
- Благоприятна /зона/ на редовни клиенти.

**Графика 3**



Нарастващия брой редовни клиенти/пациенти е стратегическа задача за бизнеса. Борбата за постоянно повишаване степента на клиентска/пациентска лоялност обикновено е за сметка на потребителски несигурните групи. Задачата на организацията /фирмата/ е привличане и запазване на клиентска/пациентска т. е. стимулиране на ре-покупка. По този повод, д-р Е. Деминг, пише в своята книга „Изход от кризата” – „ На нас не ни е достатъчно да имаме потребител, който просто да е удовлетворен. Недовлетвореният потребител, разбира се, ще си тръгне от нас. За съжаление удовлетвореността на клиента може да се оттегли, при което се счита, че самият клиент не губи много, но може да си купи нещо по-добро. Печалбата в бизнеса идва от постоянни купувачи, които се хвалят с Вашия продукт или услуга и привличат своите приятели”.

Изследването на потребителската удовлетвореност е свързано с оценката на конкурентно способността на дадена организация /фирма, компания/ и на степента на съответствие на нейните продукти/услуги и на потребителските

изисквания – очаквания. Изследването показва потребителския отговор на пазара и „белите петна“ в маркетингането, извежда характеристиките на продукта/услугата, които се нуждаят от доразвиване и усъвършенстване; подпомага и направлява усилията за подобряване на маркетинговото предложение.

Потребителската удовлетвореност е обект на множество дефиниции в научната литература. При дефинирането ѝ различните автори са обединени в рамките на два основни подхода /Anderson E.W./ (2003):

- Дефиниране на потребителската удовлетвореност, като функция на несъответствието – удовлетвореността се разглежда като резултат от субективна оценка и настъпва след сравняване на очакванията и изпълнението Oliver R. L. (2003).

- Дефиниране на потребителската удовлетвореност като функция на възприятието – акцента се поставя върху възприятията на потребителите.

Едно детайлно описание на това твърдение е дадено от Б. Младенова (2000).

Тя изтъква, че *удовлетвореността представлява обща емоционална реакция с различна степен на интензивност, която има специфично време на проявление (детерминирана е във времето съобразно ситуацията) и ограничена продължителност и е насочена към основни атрибути на предложението/продукта (избор, покупка, потребление).*

Концептуалната същност на клиентска/пациентска удовлетвореност предполага при нейното изучаване да бъдат открити следните основни аспекти:

1. Ясно да бъдат дефинирани атрибутите (характеристиките) на предложението, подлежащи на оценка от потребителите и изследване от страна на изследователите.

2. Да бъде избрана подходяща методология: да се изготви извадка от реални потребители – клиенти; да се определят мястото и времето на изследване, такива, че те да обхващат търсената емоционална реакция; да се изберат такива методи за събиране и анализ на информацията, които да позволяват да се изведат приоритетите за подобряване на дейността.

Проучването на потребителската удовлетвореност най-често се свързва с подобряването на качеството на продуктите/услугите. Заложено е и в

международния стандарт ИСО 9000:2000, където се посочва: „Международния стандарт помага да се усвои подходът към процеса на разработка, внедряване и повишаване на ефективността на системата за управление на качеството, насочена към удовлетвореност на потребителя, чрез изпълнение на неговите изисквания” Хил, Н., Б. Селф (2004).

За да се подобри качеството на стоките и услугите съобразно потребителските изисквания, в специализираната литература е изведен алгоритъм за изследване на удовлетвореността, при който се преследват няколко цели Желев С. (2000):

1. Установяване на показателите, от които зависи удовлетвореността или неудовлетвореността на потребителите;
2. Определяне на темите и измеренията, към които се отнасят съответните показатели.
3. Измерване на равнището на удовлетвореността (неудовлетвореността) по всеки един показател от собствената марка и марките конкуренти.
4. Измерване важността на всеки показател.

В рамките на едно цялостно проучване, което следва да отговори на четирите цели, може да бъдат използвани алтернативни методи.

В началния **първи етап**, когато следва да се установят показателите, от които зависи удовлетвореността, са подходящи качествените методи, такива като дълбочинните интервюта и дискусиите в групи.

При **втория етап** за измерване близостта на показателите е доказана приложимостта на клъстерния анализ, факторния анализ, както и допитване до потребителите. Измерването на важността и степента на удовлетвореност по всеки показател се осъществява най-добре чрез допитване до потребителите.

#### **Обобщение.**

Развитието на икономиката все повече утвърждава и налага водещата роля на маркетинга в управлението на медицинските заведения. В момента на пазара на медицински услуги предлагането и по-голямо от търсенето, изискванията на потребителите /пациентите/ растат непрекъснато, а лоялността им към отделните медицински заведения намалява. Ето защо сега водеща фигура на пазара е потребителя /пациентът/, за спечелването на когото всяко медицинско заведение – организация, трябва да си изгради образ и стратегия, които да го отличават от конкурентите.

Маркетинговата стратегия се привежда в действие с набор от средства и методи – с т. нар. Маркетинг-микс, съчетаващ вече посочените традиционни инструменти на маркетинга. Приложението на маркетинг-микса в пазарната действителност предполага особено внимание към първия му елемент – продуктът.

За да предостави удовлетворяващ маркетинг-микс, медицинската организация трябва да вземе под внимание и цената на продукта, най-малкото защото тя трябва да бъде приемлива за потребителите /пациентите/. Освен това ценовите решения могат да окажат многобройни влияния върху останалите елементи на микса.

Важно място в маркетинг-микса заема и дистрибуционната политика на предоставящите медицински услуги, от които зависи потребителят /пациентът/ за да се сдобие с продукта, който му е необходим в желаното от него време, място и размер.

Последният, но не и по важност, елемент на маркетинг-микса са комуникациите. Използването на подходящото съчетание на дейностите по рекламата, връзките с обществеността, личните продажби и насърчаването на продажбите, води до утвърждаване на имиджа на медицинската фирма и нейните продукти и създават система за комуникации на организацията с нейните клиенти /пациенти/, партньори, конкуренти и обществото като цяло.

Широката гама взаимозаменяемост между различните маркетинг елементи изисква *добро планиране* при оформяне на предложенията, при което е необходимо интегрирането на всичките маркетинг-елементи да стане по най-подходящия начин.

## **ГЛАВА ВТОРА**

### **ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО**

#### **1. Цел на проучването**

**Целта на настоящото проучване е да се изследват нагласите и очакванията на пациентите, относно подобряването и повишаване качеството и достъпността до предлаганите медицински услуги от общопрактикуващите лекари.**

#### **2. Задачи произтичащи от изпълнението на поставената цел:**

1. Да се изясни значението на настоящия маркетинг на здравни услуги, като основен управленски подход и възможностите за прилагане му при решаване на маркетинговите проблеми в здравеопазването.
2. Да се направи анализ на състоянието на пазара на здравните услуги и регулирането му в условията на действащата здравноосигурителна система.
3. Да се анализира необходимостта от оценка на здравните потребности и необходимите ресурси за удовлетворяването им.
4. Да се проучат съвременните подходи за разработване на адекватен маркетинг-микс на здравната организация.

5. Да се изясни същността, технологията и елементите на провеждане на маркетинговите проучвания.
6. Оценка на удовлетвореността на пациентите от качеството на предлаганите им медицински услуги и се формулират препоръки за тяхното усъвършенстване.

### **3. Методи и етапи на проучването.**

За събиране на първоначалната информация в изследването се приложиха следните методи:

#### **Социологически метод.**

##### **А. Анкетен метод – пряка индивидуална анкета.**

Проучването се базира на конкретно създадена за целите на изследването анкетна карта.

Въпросникът съдържа 20 айтема и е от затворен тип, което допринася за статистическата тежест на резултатите.

Точността на получените данни, се базира на осъществения многоаспектен и прецизен логически анализ на всеки един попълнен въпросник.

Настоящият въпросник има за цел да измери възприятията на пациентите относно ползваните услуги за първична медицинска помощ, включително и качеството на здравните грижи, достъпа до медицински такива и възникнали затруднения, /препятствия/ от финансов характер.

**Б Документален метод** – официални писменни материали /документи/ издадени от държавни и общественни институции (Народно събрание, Министерство на здравеопазването и др.) имащи отношение към настоящото проучване.

##### **В. Статистически метод за обработка на информацията.**

**- Вариационен анализ.**

**- Корелационен анализ.** .

**- Софтуерни продукти** – използван е Microsoft базиран инструмент за обработка и статистически анализ в графична среда на данни - пакет SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) V 22.0

**- Графичен анализ** – за визуализация на получените резултати. Ползваните продукти са базирани на версиите: Microsoft Office Word 2010, Microsoft Excell, Microsoft Smartart.

В помощ на така ситуираното проучване ще бъдат използвани **статистически инструменти за анализа на някои от получените резултатите**. За основна ще бъде използвана Теория: Хи-квадрат ( $\chi^2$ ) метод, (позната в статистическите среди, като критерий на Пирсън за вида на разпределението).

Методът е разработен от английския статистик К. Пирсън. По своята същност това е статистически метод за проверка на хипотези от класа на непараметричните методи. Чрез него могат да се решават различни типове практически задачи. По-важните от тях са: при изследване наличието на връзка между явления, представени чрез променливи на слабите скали на измерване; при изследване закона на разпределение на единиците от една съвкупност; при изследване на някои от условията за приложение на други статистически методи и анализи. Методът се основава на т.нар.  $\chi^2$  - разпределение, което притежава редица свойства. Едно от основните предимства на метода се крие във факта, че като непараметричен метод за проверка на хипотези не изисква познаването на закона на стохастичното разпределение. Нещо, което при слабите скали на измерване е почти невъзможно. Хи – квадрат методът е пригоден за изследване на връзки от корелационен тип, каквито са болшинството в социално-икономическата сфера. Чрез метода се търси отговор на въпроса, доколко предполагаема зависимост (или някакъв друг тип връзка) съществува обективно, неслучайно и се проявява като такава сред изследвана съвкупност от единици. Използването на метода предполага предварително едновременно групиране на единиците по значенията на онези признаци, чрез които са индикирани изследваните явления, т.е. да се разполага с двумерни, тримерни и многомерни емпирични честотни разпределения под формата на таблици. Методът е конструиран така, че се основава на сравнението на две разпределения. Едното – емпирично, такова, каквото се наблюдава в действителността, а другото – теоретично, какво би имало, ако между изследваните явления не съществува обективно връзка. От съпоставянето на тези две разпределения се изгражда критерий, въз основа на който се проверява наличието (респ. отсъствието) на изследваната предполагаема връзка.

Процедура на приложение на Хи–квадрат методът – по същество това е статистическа проверка на хипотези и преминава през следните етапи:

**Първият етап:** Дефиниране на хипотези

Нулевата хипотеза ( $H_0$ ) гласи, че между двете изследвани явления не съществува обективна връзка. Доколкото се наблюдава някаква връзка, то тя е плод на действието на случайни влияния.

Алтернативната ( $H_1$ ) хипотеза е предположението, че между двете изследвани явления съществува обективна, неслучайна връзка.

**Вторият етап:** Фиксиране на равнището на значимост – определяне размера на риска за грешка ( $\alpha$ );

**Третият етап:** Определяне на емпиричната характеристика – за Хи-квадрат методът се използва  $\chi^2$  - разпределение;

**Четвърти етап:** Изчисляване на емпиричната характеристика по формулата:

$$\chi_{em}^2 = \sum_i \sum_j \frac{(f_{ij} - \widehat{f}_{ij})^2}{\widehat{f}_{ij}}$$

Където:

$\chi_{em}^2$  – оценяваната емпирична характеристика на хипотезата;

$f_{ij}$  – фактически наблюдавания брой случаи;

$\widehat{f}_{ij}$  – теоретически очаквания брой случаи;

$\sum_i \sum_j$  – двойна сума;

**Пети етап:** Определяне вида на критичната област ( $W$ ) – Хи-квадрат методът предполага едностранна (десностранна) критична област;

**Шести етап:** Определяне на теоретичната характеристика – намира се в таблицата за  $\chi^2$  - разпределение при дадено равнище на значимост и степени на свобода:

$$\chi_t^2 = \left\{ \begin{array}{l} \alpha = 0.05 \\ f = (p - 1)(k - 1) \end{array} \right\}$$

**Седми етап:** Вземане на решение – сравняват се емпиричната и теоретичната характеристика. Ако  $\chi_{em}^2 > \chi_t^2$  нулевата хипотеза се отхвърля и се приема за вярна алтернативната, т.е. при избраната вероятност за сигурност може да се твърди, че между изследваните явления съществува обективна, неслучайна връзка. И обратното ако  $\chi_{em}^2 \leq \chi_t^2$  нулевата хипотеза се приема, т.е. при съответната вероятност за сигурност не може да се докаже статистически значима връзка между изследваните явления;

**Осми етап:** Формулира се извод относно статистическата значимост на изследваното явление.

#### 4. Работна хипотеза.

Степента на пациентска удовлетвореност в извънболничната медицинска помощ се определя от качеството на предлаганите медицински услуги.

Степента на удовлетвореност на пациентите в доболничната помощ се влияе пряко от достъпността до медицински услуги.

Степента на удовлетвореност на пациентите в доболничната помощ зависи от професионалната компетентност на общопрактикуващите лекари и от личното отношение към потребителите на здравни услуги.

#### ***Предмет на проучването.***

• **Степента на пациентската** удовлетвореност от медицинското обслужване, осъществявано от общопрактикуващите лекари в извънболничната помощ.

#### ***Обект и обем на проучването.***

• Обект на настоящото проучване са 400 пациенти, подбрани на случаен принцип и посетили общопрактикуващи лекари от различни лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ на територията на гр. София – ж.к. Връбница -1, ж.к. Връбница -2, ж.к. Обеля -1 и ж.к. Обеля – 2.

#### ***Единици на наблюдение.***

##### **1. Логическа единица.**

Логическа единица на проучването са всички лица от мъжки и женски пол навършили 18 годишна възраст, като се спазваха принципите на доброволност и анонимност.

##### **2. Техническа единица.**

Техническа единица са лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ, където са проведени прегледите и са назначени изследванията и лечението.

#### ***Признаци на наблюдението.***

**1. Факториални** – пол, възраст, образование, семеен статус и др.

**2. Резултативни** – степен на информираност за здравето състояние, удовлетвореност от качеството на медицинските услуги, провеждани профилактични прегледи и др.

**3. Място на проучването.** Анкетата обхваща пациенти живеещи на територията на гр. София.

**4. Време на проучването** – настоящото проучване е проведено през второто полугодие на 2019 и четвърто тримесечие на 2020г.

#### **5. Организиране на проучването.**

Изследването е планирано, организирано и проведено с личното участие на изследвателя.

Участниците подробно са запознати с целите и задачите на проучването. Авторът на изследването, самостоятелно събира информацията получена от пациентите за всеки общопрактикуващ лекар от първична извънболнична медицинска помощ.

*Дизайн на проучването./фиг.6/*



*Източници за набиране на информация.*

- Мнение на пациентите;
- Официални данни и документация от нормативни и законодателни актове.

## **ГЛАВА ТРЕТА**

### **АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ СОБСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ ЗА УДОВЛЕТВОРНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ, ОБСЛУЖВАНИ ОТ ОПЛ**

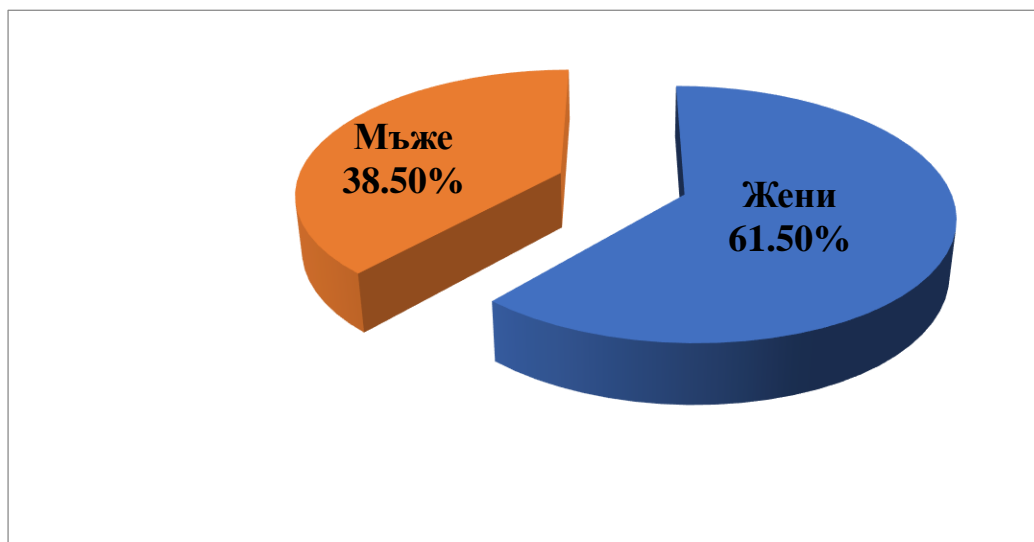
Настоящото проучване включва 400 лица, живущи на територията на район „Връбница – 1” и „Връбница - 2”, гр. София. При провеждането на анкетното проучване, бяха спазени принципите на доброволност и анонимност. Достоверността на проучването се базира на факта, че изследваните лица живеят на територията на район „Връбница” а техните общопрактикуващи лекари са от различни лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ (в различни райони на гр. София).

За да бъде определена нагласата и удовлетвореността на пациентите от качеството на предлаганите услуги от ОПЛ, на попълнените анкетни карти ще бъде осъществена обработка и анализ на констатраните данни.

*При така проведеното изследване се констатира следното:*

**I. Разпределението по пол** показва значително преобладаване на жените – 61,5%, пред мъжете –38,5%.- това е отразено и на фиг. 7

**Фиг. 7.** Разпределение на анкетираните лица по пол.

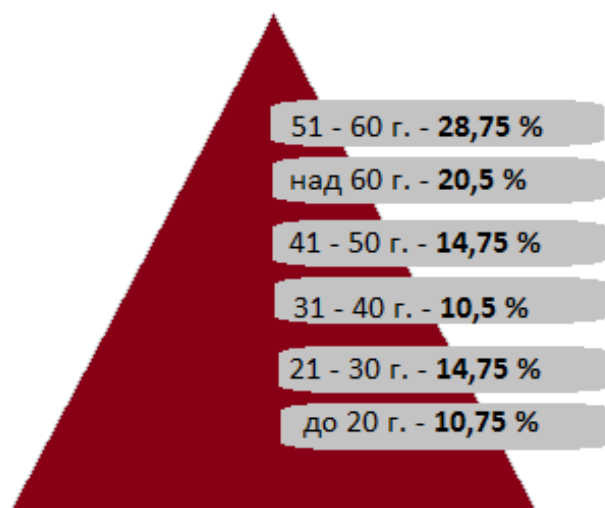


**2. По възрастови групи се констатира следното:**

1. Преобладават лица от група 51-60 г./**28,75 %**/, следвани от възрастовата група над 60 г./**20,5%**/, 41-50 г. **14,75%**/.

Останалите възрастови групи са представени със следните дялове-

21-30 г. - /**14,75%**/; 31-40 г. - /**10,50%**/, а до 20 г. - /**10,75 %**/.



**Фиг. 8.** Възраст на анкетираните лица

Преобладават лицата от групите 51-60 г. и тези над 60 г., поради факта, че те представляват основната (или най-голямата) група от заболели лица.

**3.** Проверка за зависимост между **възрастта** на пациентите и оценката на здравното им състояние:

**H<sub>0</sub> (Нулева хипотеза)** – двете променливи са независими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и оценката на здравното им състояние не съществува закономерна връзка;

**H<sub>1</sub> (Алтернативна хипотеза)** – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и оценката на здравното им състояние съществува закономерна връзка;

**Риск за грешка първи род ( $\alpha$ )** – 0,05;

**Проверка** –  $\chi^2$  анализ;

**Емпирична характеристика** – изчислената  $\chi^2$  емпирична стойност и равнището на значимост са представени в **табл. 1**

**Таблица № 1.**  $\chi^2$  анализ

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост(Sig.)
$\chi^2$ на Пирсън	542,893	10	<b>0,000</b>

	Стойност	Равнище на значимост(Sig.)
<b>Коефициент на Крамер</b>	<b>0,824</b>	<b>0,000</b>

#### Вземане на решение:

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) <  $\alpha$  (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. *между възрастта на пациентите и оценката на здравето им съществува закономерна връзка;*

**Сила на връзката** – измерена чрез **коефициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,824**, което може да бъде тълкувано като силна сила на връзката;

**4.Анализирайки анкетното проучване се установи, че голям брой от анкетираните лица, притежават сравнително високо образователно ниво, а именно:**

46,25 % са със средно образование, 38,50 % са с висше и само 15,25 % са с основно./ фиг.9/

Това ни дава основание да считаме, че получената информация е адекватна и реалистична.

Таблица №2. Разпределение на анкетираните пациенти по образование според възрастта.

	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Начално или основно	22	39	0	0	0	0	61
	36,1%	63,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Средно	21	20	42	59	43	0	185
	11,4%	10,8%	22,7%	31,9%	23,2%	0,0%	100,0%
Висше	0	0	0	0	72	82	154
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	46,8%	53,2%	100,0%

Общо	43	59	42	59	115	82	400
	10,8%	14,8%	10,5%	14,8%	28,8%	20,5%	100,0%

Проверка за зависимост между образованието на пациентите и оценката на здравното им състояние:

**H<sub>0</sub> (Нулева хипотеза)** – двете променливи са независими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и оценката на здравното им състояние не съществува закономерна връзка;

**H<sub>1</sub> (Алтернативна хипотеза)** – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и оценката на здравното им състояние съществува закономерна връзка;

**Риск за грешка първи род ( $\alpha$ )** – 0,05;

**Проверка** –  $\chi^2$  анализ;

**Емпирична характеристика** – изчислената  $\chi^2$  емпирична стойност и равнището на значимост са представени в **табл. 3**;

**Таблица №3.  $\chi^2$  анализ**

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост (Sig.)
<b><math>\chi^2</math> на Пирсън</b>	266,654	4	<b>0,000</b>

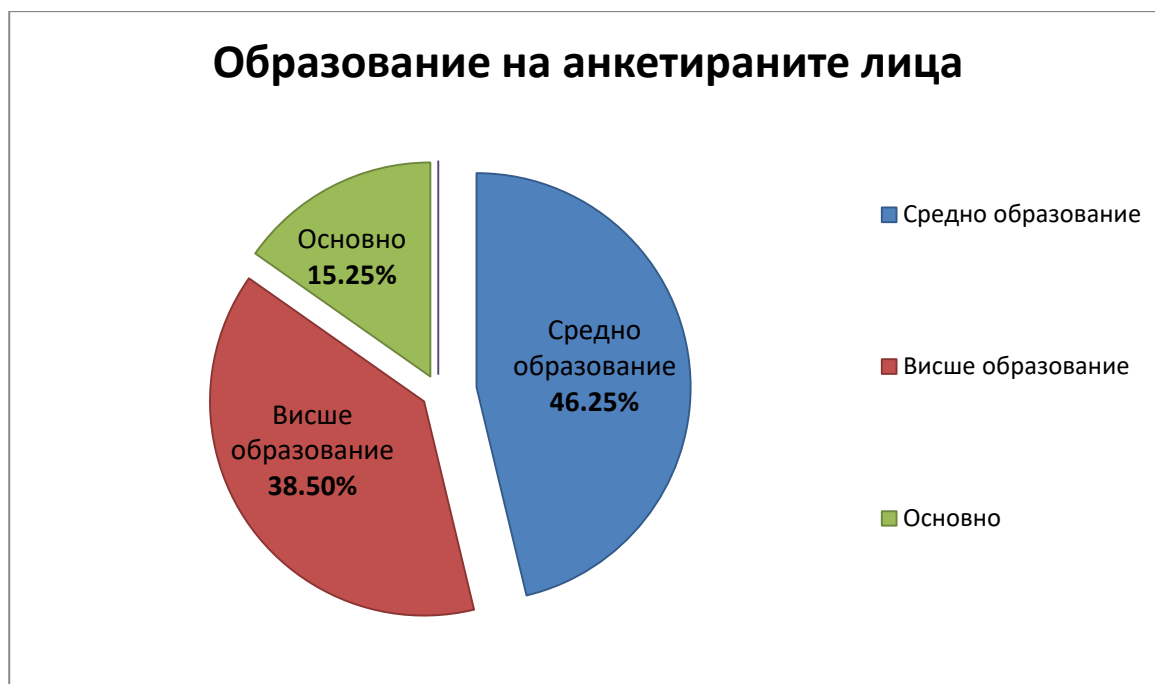
	Стойност	Равнище на значимост (Sig.)
<b>Коефициент на Крамер</b>	<b>0,577</b>	<b>0,000</b>

**Вземане на решение:**

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) <  $\alpha$  (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. между образованието на пациентите и оценката на здравето им съществува закономерна връзка;

Сила на връзката – измерена чрез коефициента на Крамер, който в случая има стойност 0,577, което може да бъде тълкувано като средна сила на връзката;

Фиг. 9. Образователен ценз на анкетиранията лица.



5. При самооценка на анкетиранията лица, относно тяхното здравословно състояние се стигна до следните изводи:

Таблица №4.

Здравословно състояние	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Добро	109	39	148

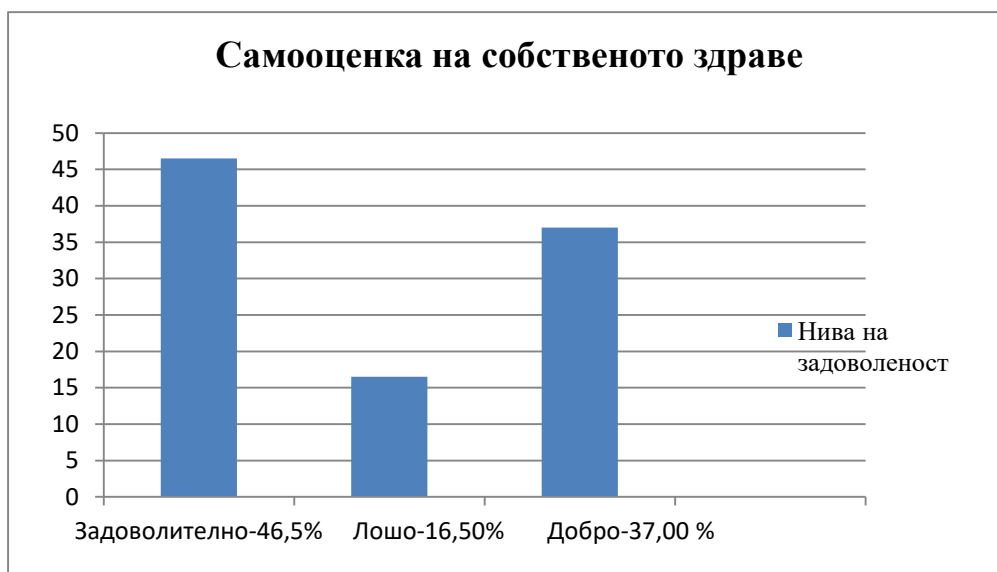
	73,6%	26,4%	100,0%
<i>Задоволително</i>	104	82	186
	55,9%	44,1%	100,0%
<i>Лошо</i>	33	33	66
	50,0%	50,0%	100,0%
<i>Общо</i>	246	154	400
	61,5%	38,5%	100,0%

Таблица №5 . Здравословно състояние спрямо възрастта

Здравословно състояние	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Добро	43	52	20	33	0	0	148
	29,1%	35,1%	13,5%	22,3%	0,0%	0,0%	100,0%
Задоволително	0	7	22	26	115	16	186
	0,0%	3,8%	11,8%	14,0%	61,8%	8,6%	100,0%
Лошо	0	0	0	0	0	66	66
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Общо	43	59	42	59	115	82	400
	10,8%	14,8%	10,5%	14,8%	28,8%	20,5%	100,0%

Влияние върху високия процент пациенти, определящи здравословното си състояние като лошо – 16,5 % /: графика 4/се обуславя от предикторите:

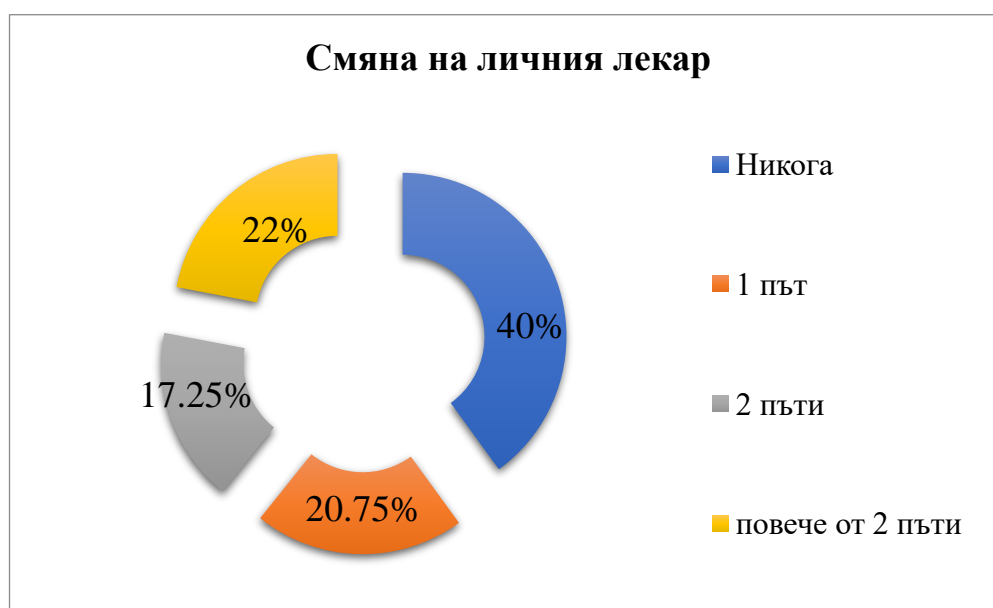
- емоционално състояние в момента на анкетата,
- проблеми със Здравната каса при отпускане на лекарствени продукти
- медии,
- често посещение при личния лекар от хронично болни пациенти и др.



**6. Смяната на общопрактикуващият лекар**, също е показателна за удовлетвореността на пациентите. Възможността за личен избор, е гарантирана от Националният рамков договор и Закона за Здравното осигуряване.

От анкетиранияте лица:

- 40% никога не са сменяли ОПЛ,
- 20.75% - един път,
- 17.25% - два пъти
- 22 % - повече от два пъти



Фигура №10 Честота на смяна на семейния лекар

Таблица № 6 . Смяна на личния лекар спрямо възрастта

Смяна Личен лекар	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Не	27	29	22	38	21	23	160
	16,9%	18,1%	13,8%	23,8%	13,1%	14,4%	100,0%
1 път	0	7	20	21	35	0	83
	0,0%	8,4%	24,1%	25,3%	42,2%	0,0%	100,0%
2 пъти	16	23	0	0	33	0	72
	22,2%	31,9%	0,0%	0,0%	45,8%	0,0%	100,0%
Повече от два пъти	0	0	0	0	26	59	85
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	30,6%	69,4%	100,0%
Общо	43	59	42	59	115	82	400
	10,8%	14,8%	10,5%	14,8%	28,8%	20,5%	100,0%

В настоящата анкета са конкретизирани вероятните причини за смяна на ОПЛ :

- смяна на района по местоживеене,
- неудовлетвореност от работата на личния лекар,
- недоволство от отношението на ОПЛ към пациента,
- затруднен достъп до специалисти и т.н.

*От данните се вижда, че са налице водещи три мотива за смяна на личния лекар, а именно:*

А.Проблеми за получаване на направления към специалист /голям процент от мотивите за смяна са свързани с невъзможността за получаване на направление за специалист/.

Б. Дълго чакане пред кабинета за преглед;

В. Отказ за домашни посещения при нужда.

Чести мотиви за смяна на ОПЛ са "Невъзможно откриване на лекаря по телефона при нужда", „ Нежелание да се определя предварително час за преглед”.

Специално внимание заслужават мотивите ”невъзможно откриване на личния лекар по телефона” , „отказ на домашни посещения при нужда”

Всичко това говори за недостатъчна ангажираност и реална връзка на личния лекар с неговите пациенти и за неясно регламентиране на неговите конкретни задължения относно потребностите, очаквания и претенции на пациентите. Проблемите за комуникация между личния лекар и пациента са мотиви за неговата смяна. Тези мотиви изхождат от нежеланието на личния лекар да разговаря и да дава разбираеми обяснения по здравни въпроси на своите пациенти и недостатъчно внимание към комплексните им здравни проблеми.

**7. За по-обективна представа на удовлетвореността си, участниците в анкетата оценяват своя личен лекар по десетобалната система.**

При изчисляване на средната оценка се има предвид стойността, която най-често се повтаря в извадката, а не средната стойност на получените резултати.

Това се налага за да не се получат нереално високи или нереално ниски резултати.

Цялостната оценка, която дават пациентите на семейните лекари е положителна.

Средната оценка на ОПЛ за гр.София от живущи в район Връбница е 8-9 по десетобалната система т.е. малко над средното ниво.

**Таблица №7.** Оценка на пациентите за личния си лекар (в диапазона 0 -10).

Оценка личен лекар	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
2	18	5	23
	78,3%	21,7%	100,0%
3	28	11	39
	71,8%	28,2%	100,0%

4	17	10	27
	63,0%	37,0%	100,0%
5	5	5	10
	50,0%	50,0%	100,0%
6	7	21	28
	25,0%	75,0%	100,0%
7	66	15	81
	81,5%	18,5%	100,0%
8	64	30	94
	68,1%	31,9%	100,0%
9	41	57	98
	41,8%	58,2%	100,0%
Общо	246	154	400
	61,5%	38,5%	100,0%

Таблица №8

Оценка личен лекар	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
2	5	18	0	0	0	0	<b>23</b>
	21,7%	78,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
3	28	11	0	0	0	0	<b>39</b>
	71,8%	28,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
4	10	10	7	0	0	0	<b>27</b>
	37,0%	37,0%	25,9%	0,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
5	0	5	5	0	0	0	<b>10</b>
	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
6	0	15	13	0	0	0	<b>28</b>

	0,0%	53,6%	46,4%	0,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
7	0	0	16	39	26	0	<b>81</b>
	0,0%	0,0%	19,8%	48,1%	32,1%	0,0%	<b>100,0%</b>
8	0	0	1	20	73	0	<b>94</b>
	0,0%	0,0%	1,1%	21,3%	77,7%	0,0%	<b>100,0%</b>
9	0	0	0	0	16	82	<b>98</b>
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,3%	83,7%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>43</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>59</b>	<b>115</b>	<b>82</b>	<b>400</b>
	<b>10,8%</b>	<b>14,8%</b>	<b>10,5%</b>	<b>14,8%</b>	<b>28,8%</b>	<b>20,5%</b>	<b>100,0%</b>

**Таблица № 8. Оценка на личния лекар спрямо възрастта**

**1. Направена е проверка за зависимост между възрастта на пациентите и оценката, която дават те на личния си лекар:**

**$H_0$  (Нулева хипотеза)** – двете променливи са независими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и оценката, която дават на личния си лекар не съществува закономерна връзка;

**$H_1$  (Алтернативна хипотеза)** – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и оценката, която дават на личния си лекар съществува закономерна връзка;

**Риск за грешка първи род ( $\alpha$ )** – 0,05;

**Проверка** –  $\chi^2$  анализ;

**Емпирична характеристика** – изчислената  $\chi^2$  емпирична стойност и равнището на значимост са представени в **Таблица 9**;

**Таблица №9.  $\chi^2$  анализ**

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост(Sig.)
<b><math>\chi^2</math> на Пирсън</b>	899,573	35	<b>0,000</b>

	Стойност	Равнище на значимост(Sig.)
<b>Коефициент на Крамер</b>	<b>0,671</b>	<b>0,000</b>

### Вземане на решение:

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) <  $\alpha$  (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. *между възрастта на пациентите и оценката, която дават на личния си лекар съществува закономерна връзка*;

**Сила на връзката** – измерена чрез **коефициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,671**, което може да бъде тълкувано като средна сила на връзката;

### 2. Проверка за зависимост между образованието на пациентите и оценката, която дават на личния си лекар:

**H<sub>0</sub> (Нулева хипотеза)** – двете променливи са независими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и оценката, която дават на личния си лекар не съществува закономерна връзка;

**H<sub>1</sub> (Алтернативна хипотеза)** – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и оценката, която дават на личния си лекар съществува закономерна връзка;

**Риск за грешка първи род( $\alpha$ )** – 0,05;

**Проверка**– $\chi^2$  анализ;

**Емпирична характеристика** – изчислената  $\chi^2$  емпирична стойност и равнището на значимост са представени в **Таблица 10**;

**Таблица №10. 1  $\chi^2$  анализ**

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост (Sig.)
<b><math>\chi^2</math> на Пирсън</b>	535,418	14	<b>0,000</b>

	Стойност	Равнище на значимост (Sig.)
<b>Коефициент на Крамер</b>	<b>0,818</b>	<b>0,000</b>

### Вземане на решение:

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) <  $\alpha$  (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. *между образованието на пациентите и оценката*, която дават на личния си лекар **съществува закономерна връзка;**

**Сила на връзката** – измерена чрез **коэффициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,818**, което може да бъде тълкувано като силна сила на връзката;

**8. Издаването на направления за консултация** със специалист или лабораторно изследване при нужда, е било:

- безпроблемно в 36% от случаите,
- 51,75% споделят за малък проблем,
- за 12,25% се е оказало голямо предизвикателство

**Таблица №11.** Проблем при получаване/издаване на направления.

Направление	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Малък проблем	150	57	207
	72,5%	27,5%	100,0%
Без проблем	57	87	144
	39,6%	60,4%	100,0%
Голям проблем	39	10	49
	79,6%	20,4%	100,0%
Общо	246	154	400
	61,5%	38,5%	100,0%

Таблица № 12. Проблем при получаване/издаване на направления според възрастта

Направление	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Малък проблем	6	30	21	19	94	37	<b>207</b>
	2,9%	14,5%	10,1%	9,2%	45,4%	17,9%	<b>100,0%</b>
Без проблем	27	29	2	20	21	45	<b>144</b>
	18,8%	20,1%	1,4%	13,9%	14,6%	31,3%	<b>100,0%</b>
Голям проблем	10	0	19	20	0	0	<b>49</b>
	20,4%	0,0%	38,8%	40,8%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>43</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>59</b>	<b>115</b>	<b>82</b>	<b>400</b>
	<b>10,8%</b>	<b>14,8%</b>	<b>10,5%</b>	<b>14,8%</b>	<b>28,8%</b>	<b>20,5%</b>	<b>100,0%</b>



Фиг.11 Процентно представяне на пациентите получили направления

Сравнително високият процент пациенти, които са имали проблем с получаването на направление за консултация със специалист или лабораторни изследвания – общо около 64 %, корелира с по-голямата необходимост от специализирана допълнителна помощ на по-възрастното население и с критичната самооценка за здравословното си състояние на анкетираните.

**9. На въпроса за отзоваването на личният лекар при повикване на домашно посещение,** по-голяма част от респондентите отговарят, че най-често не се е налагало посещение от личният лекар. Такъв отговор дават 31.25 % от анкетираните.

На следващо място, запитаните лица отговарят, че в повечето от случаите, личният лекар се е отзовавал на тяхната молба за посещение – 25.25%.

Статистически пренебрежими резултати се посочват по отношение на посещаемостта в диапазона

- *винаги* -16.25%,
- *понякога* – 15.75 %
- *никога* – 11.5%.

**Графика №5.** Домашно посещение на личния лекар при повикване.

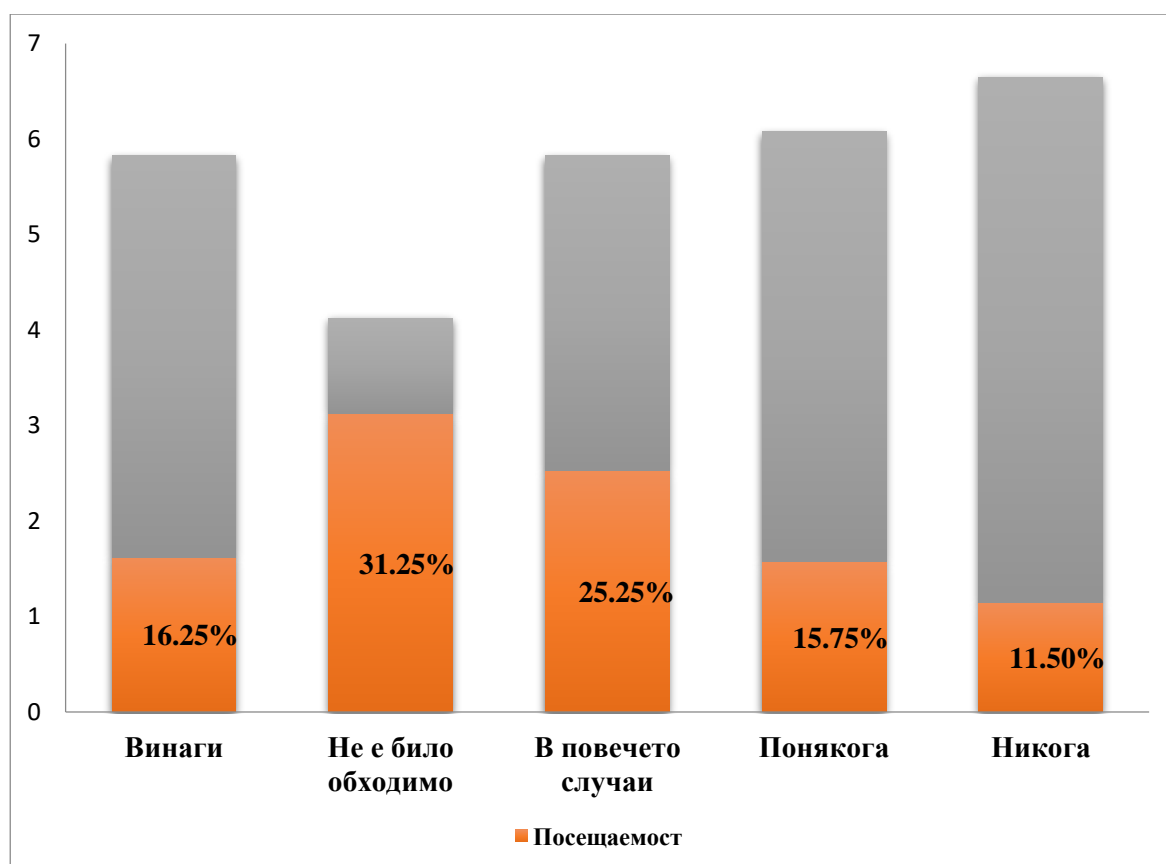


Таблица №13. Домашно посещение на личния лекар при повикване според възрастта

Домашно посещение	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Никога	35	10	45
	77,8%	22,2%	100,0%
Понякога	36	27	63
	57,1%	42,9%	100,0%
В повечето случаи	60	41	101
	59,4%	40,6%	100,0%
Винаги	28	38	66
	42,4%	57,6%	100,0%
Не съм се нуждаел от домашно посещение	87	38	125
	69,6%	30,4%	100,0%
<b>Общо</b>	<b>246</b>	<b>154</b>	<b>400</b>
	<b>61,5%</b>	<b>38,5%</b>	<b>100,0%</b>

Нерегулираните и редки домашни посещения на пациентите са нерешен проблем в общата лекарска практика.

Тези данни показват, че по една или друга причина ОПЛ все още не е бил в състояние да изпълни широкия спектър от възлаганите му функции на интегратор и координатор на здравното обслужване на своите пациенти, поради което не е бил техен личен лекар по същество.

**11. Резултатите получени от анкетното проучване, по отношение честотата на извършване на профилактични прегледи е доста притеснителна.** Осезателна част от пациентите споделят, че през последната година не са осъществявали профилактични прегледи. Бройката на тези лица надхвърля 6.25%.

Коректно би било да се отбележи, че е необходимо все пак да има и активна позиция (от страна на самите пациенти), по отношение на горе цитираните

прегледи и редовното посещение при личният лекар. Данните корелират с почти пълно отсъствие на здравно просветна дейност от страна на ОПЛ.



Фиг.12 Честота на профилактичните прегледи

Таблица №14

Профилактичен преглед	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Никога	15	10	<b>25</b>
	60,0%	40,0%	<b>100,0%</b>
Понякога	83	30	<b>113</b>
	73,5%	26,5%	<b>100,0%</b>
В повечето случаи	100	49	<b>149</b>
	67,1%	32,9%	<b>100,0%</b>
Винаги	9	20	<b>29</b>
	31,0%	69,0%	<b>100,0%</b>
	39	45	<b>84</b>

Не съм посещавал личния си лекар	46,4%	53,6%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>246</b>	<b>154</b>	<b>400</b>
	<b>61,5%</b>	<b>38,5%</b>	<b>100,0%</b>

Профилактичен преглед	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Никога	0	0	10	15	0	0	<b>25</b>
	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
Понякога	27	55	24	7	0	0	<b>113</b>
	23,9%	48,7%	21,2%	6,2%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
В повечето случаи	0	0	8	20	84	37	<b>149</b>
	0,0%	0,0%	5,4%	13,4%	56,4%	24,8%	<b>100,0%</b>
Винаги	16	4	0	9	0	0	<b>29</b>
	55,2%	13,8%	0,0%	31,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
Не съм посещавал личния си лекар	0	0	0	8	31	45	<b>84</b>
	0,0%	0,0%	0,0%	9,5%	36,9%	53,6%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>43</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>59</b>	<b>115</b>	<b>82</b>	<b>400</b>
	<b>10,8%</b>	<b>14,8%</b>	<b>10,5%</b>	<b>14,8%</b>	<b>28,8%</b>	<b>20,5%</b>	<b>100,0%</b>

Таблица №15

1. Проверка за зависимост между *възрастта* на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи:

**H<sub>0</sub> (Нулева хипотеза)** – двете променливи са независими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи не съществува закономерна връзка;

**H<sub>1</sub> (Алтернативна хипотеза)** – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи съществува закономерна връзка;

**Риск за грешка първи род( $\alpha$ )** – 0,05;

**Проверка**– $\chi^2$  анализ;

**Емпирична характеристика** – изчислената  $\chi^2$  емпирична стойност и равнището на значимост са представени в **табл. 16**;

**Таблица №16. 1.  $\chi^2$  анализ**

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост (Sig.)
<b><math>\chi^2</math> на Пирсън</b>	491,275	20	<b>0,000</b>

	Стойност	Равнище на значимост (Sig.)
<b>Коефициент на Крамер</b>	<b>0,554</b>	<b>0,000</b>

**Вземане на решение:**

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) <  $\alpha$  (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. между

възрастта на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи **съществува закономерна връзка**;

**Сила на връзката** – измерена чрез **коефициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,554**, което може да бъде тълкувано като средна сила на връзката;

**2.Проверка за зависимост между образованието на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи:**

**H<sub>0</sub>(Нулева хипотеза)** – двете променливи са независими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи не съществува закономерна връзка;

**H<sub>1</sub>(Алтернативна хипотеза)** – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи съществува закономерна връзка;

**Риск за грешка първи род( $\alpha$ )** – 0,05;

**Проверка**– $\chi^2$  анализ;

**Емпирична характеристика** – изчислената  $\chi^2$  емпирична стойност и равнището на значимост са представени в табл. 17

**Таблица №17  $\chi^2$  анализ**

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост (Sig.)
<b><math>\chi^2</math> на Пирсън</b>	271,381	8	<b>0,000</b>

	Стойност	Равнище на значимост (Sig.)
<b>Коефициент на Крамер</b>	<b>0,582</b>	<b>0,000</b>

**Вземане на решение:**

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) <  $\alpha$  (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. между образованието на пациентите и честотата на извършените им профилактични прегледи **съществува закономерна връзка;**

**Сила на връзката** – измерена чрез **коефициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,582**, което може да бъде тълкувано като средна сила на връзката;

На база всички тези анализи се стига до извода че обемът на профилактичната дейност в общата медицинска практика е крайно незадоволителен и в тази насока се изискват целенасочени усилия от ОПЛ в бъдеще.

Според Ал. Пампоров, Институт „Отворено общество”, профилактични прегледи са преминали в рамките на последните 12 месеца- 46% от анкетираните лица, 35% са преминали профилактични прегледи преди повече от година, а 18,6% никога не са посещавали лекар за профилактични прегледи. Данните са впечатляващи, което е показател за не висока здравна култура сред анкетираните, но от друга страна, свидетелства, че общопрактикуващите лекари не се ангажират достатъчно с провеждането на профилактика.

Резултатите от анкетираните лица за дейността на ОПЛ в тази насока е скромна по обем, което е сериозна слабост в цялата система и представлява нарушаване на здравноосигурителните права на пациентите.

**12. Във връзка с търсенето по-спешност на личен лекар**, анкетираните лица са лаконични, посочвайки, че (общо 41.00 %) са търсили поне веднъж през годината съдействие за спешен преглед от него.

Една не малка част (приблизително) 20.05 % посочват, че не са се нуждаели от услугите му, а 38.5 % от участниците в допитването посочват, че доста често през тази година им се е налагало да търсят неговите услуги.

Таблица №18

Спешно личен лекар	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Не	52	30	<b>82</b>
	63,4%	36,6%	<b>100,0%</b>
Да, 1 път	98	66	<b>164</b>
	59,8%	40,2%	<b>100,0%</b>
Да, многократно	96	58	<b>154</b>

	62,3%	37,7%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>246</b>	<b>154</b>	<b>400</b>
	<b>61,5%</b>	<b>38,5%</b>	<b>100,0%</b>

Таблица №19

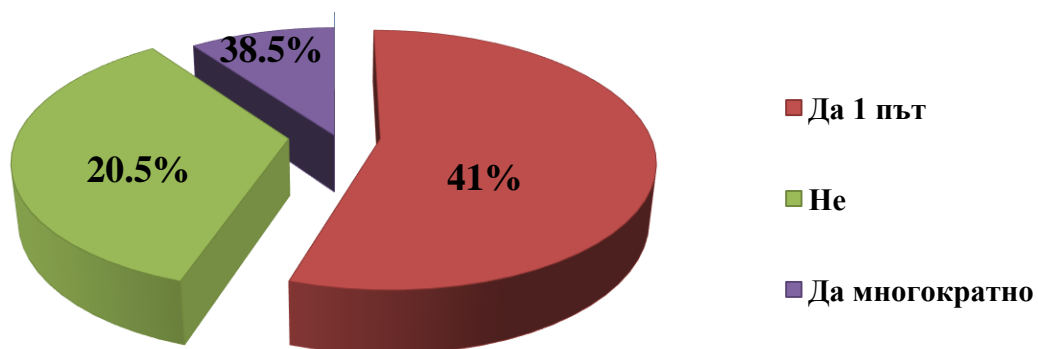
<b>Спешно личен лекар</b>	<b>Възраст</b>						<b>Общо</b>
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Не	0	0	10	39	33	0	<b>82</b>
	0,0%	0,0%	12,2%	47,6%	40,2%	0,0%	<b>100,0%</b>
Да, 1 път	0	0	0	0	82	82	<b>164</b>
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	<b>100,0%</b>
Да, многократно	43	59	32	20	0	0	<b>154</b>
	27,9%	38,3%	20,8%	13,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>43</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>59</b>	<b>115</b>	<b>82</b>	<b>400</b>
	<b>10,8%</b>	<b>14,8%</b>	<b>10,5%</b>	<b>14,8%</b>	<b>28,8%</b>	<b>20,5%</b>	<b>100,0%</b>

Тук все пак трябва да отчетем и субективната оценка на респондентите за термина – спешна помощ и от кого трябва да бъде потърсена тя. Нужно е да се проучи, (чрез епидемиологични методи) по-детайлно, реалната потребност на пациентите от медицинска помощ в дома.

Самият факт, че много рядко общопрактикуващите лекари осъществяват посещения в дома на своите пациенти, поставя под въпрос истинската му роля на личен лекар.

**Фиг.13.** Търсене на личния лекар по спешност.

### Годишно търсене на спешна помощ от Л.Л.



*Налагало ли Ви се е да търсите Вашия личен лекар по спешност :*

Не	Да 1 път	Да многократно
20.50 %	41.00 %	38.50 %

Таблица №20

**13. По отношение търсенето на съдействие от спешна медицинска помощ поради отсъствието или липсата на личният лекар, повечето 27.50% от запитваните лица отговарят, че не им се е налагало да търсят услугите на СМП.**

Респективно 26.25 % споделят, че по някога им се е налагало да търсят спешна медицинска помощ и само 46.25 % отговарят с „Да” на липсата на съдействие от личния лекар и прибегване до услугите на спешните центрове за медицинска помощ. Фиг. 14

**Фиг. 14.** Търсене на спешна медицинска помощ



Таблица №21

<i>Налагало ли Ви се е да търсите услугите на спешна медицинска помощ</i>		
Да	Понякога	Не
46,25 %	26.25%	27,50 %

Таблица №22

Спешна медицинска помощ	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Да	106	79	<b>185</b>
	57,3%	42,7%	<b>100,0%</b>
Не	56	54	<b>110</b>
	50,9%	49,1%	<b>100,0%</b>
Понякога	84	21	<b>105</b>
	80,0%	20,0%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>246</b>	<b>154</b>	<b>400</b>
	<b>61,5%</b>	<b>38,5%</b>	<b>100,0%</b>

Таблица №23

Спешна медицинска помощ	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Да	0	0	34	59	68	24	<b>185</b>
	0,0%	0,0%	18,4%	31,9%	36,8%	13,0%	<b>100,0%</b>
Не	43	59	8	0	0	0	<b>110</b>
	39,1%	53,6%	7,3%	0,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>

Понякога	0	0	0	0	47	58	<b>105</b>
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	44,8%	55,2%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>43</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>59</b>	<b>115</b>	<b>82</b>	<b>400</b>
	<b>10,8%</b>	<b>14,8%</b>	<b>10,5%</b>	<b>14,8%</b>	<b>28,8%</b>	<b>20,5%</b>	<b>100,0%</b>

**14. По отношение достъпността в езиково отношение на предоставената от лекуващия лекар информация, една доста голяма част от отговорите показват, че пациентите са разбрали за какво точно става въпрос.**

Таблица №24

Информация от личен лекар	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
В повечето случаи	166	105	<b>271</b>
	61,3%	38,7%	<b>100,0%</b>
Винаги	32	30	<b>62</b>
	51,6%	48,4%	<b>100,0%</b>
Понякога	48	19	<b>67</b>
	71,6%	28,4%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>246</b>	<b>154</b>	<b>400</b>
	<b>61,5%</b>	<b>38,5%</b>	<b>100,0%</b>

Таблица №25

Информация от личен лекар	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
В повечето случаи	8	27	42	59	115	20	<b>271</b>
	3,0%	10,0%	15,5%	21,8%	42,4%	7,4%	<b>100,0%</b>
Винаги	0	0	0	0	0	62	<b>62</b>
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	<b>100,0%</b>
Понякога	35	32	0	0	0	0	<b>67</b>
	52,2%	47,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>43</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>59</b>	<b>115</b>	<b>82</b>	<b>400</b>
	<b>10,8%</b>	<b>14,8%</b>	<b>10,5%</b>	<b>14,8%</b>	<b>28,8%</b>	<b>20,5%</b>	<b>100,0%</b>

На зададеният въпрос пациентите отговарят:

- В повечето от случаите или 67.65 % са разбрали за какво ги информира техният лекар.

- Никога не са имали проблем (в разбирането на предоставената информация) ,15.50 %,

- Само 16.75 % (понякога) са наясно за какво заболяване/лечение им говори лекуващия. /фиг. 15/

**Фиг. 15** На достъпен език ли е предоставената информация от личния лекар.



**15.** Приблизително около две трети от пациентите 69.75% са **удовлетворени от информацията**, която са получили в кабинета на лекаря за заболяването, начините на лечение и необходимите изследвания. Това е визуализирано в таблица № 26

Таблица №26

	Пол	Общо
--	-----	------

Удовлетвореност от личният лекар	Жени		Мъже	
	Численост	Процент	Численост	Процент
Да, удовлетворен съм	184		95	
		65,9%		34,1%
Не, не съм удовлетворен	21		28	
		42,9%		57,1%
Не съм получил никаква информация	29		16	
		64,4%		35,6%
Не мога да преценя	12		15	
		44,4%		55,6%
<b>Общо</b>	<b>246</b>		<b>154</b>	
		<b>61,5%</b>		<b>38,5%</b>

Таблица №27

Удовлетвореност личен лекар	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Да, удовлетворен съм	43	59	42	59	76	0	279
	15,4%	21,1%	15,1%	21,1%	27,2%	0,0%	100,0%
Не, не съм удовлетворен	0	0	0	0	0	49	49
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Не съм получил никаква информация	0	0	0	0	39	6	45
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	86,7%	13,3%	100,0%
Не мога да преценя	0	0	0	0	0	27	27
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
<b>Общо</b>	<b>43</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>59</b>	<b>115</b>	<b>82</b>	<b>400</b>
	<b>10,8%</b>	<b>14,8%</b>	<b>10,5%</b>	<b>14,8%</b>	<b>28,8%</b>	<b>20,5%</b>	<b>100,0%</b>

1. Проверка за зависимост между възрастта на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря:

**H<sub>0</sub> (Нулева хипотеза)** – двете променливи са независими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря не съществува закономерна връзка;

**H<sub>1</sub> (Алтернативна хипотеза)** – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между възрастта на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря съществува закономерна връзка;

**Риск за грешка първи род( $\alpha$ )** – 0,05;

**Проверка**– $\chi^2$  анализ;

**Емпирична характеристика** – изчислената  $\chi^2$  емпирична стойност и равнището на значимост са представени в /табл. 28/

**Таблица №28.  $\chi^2$  анализ**

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост(Sig.)
<b><math>\chi^2</math> на Пирсън</b>	455,248	15	<b>0,000</b>

	Стойност	Равнище на значимост(Sig.)
<b>Коефициент на Крамер</b>	<b>0,616</b>	<b>0,000</b>

**Вземане на решение:**

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) <  $\alpha$  (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. между възрастта на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря съществува закономерна връзка;

**Сила на връзката** – измерена чрез **коефициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,554**, което може да бъде тълкувано като средна сила на връзката;

**2. Проверка за зависимост между образованието на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря:**

**H<sub>0</sub> (Нулева хипотеза)** – двете променливи са независими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря не съществува закономерна връзка;

**H<sub>1</sub> (Алтернативна хипотеза)** – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между образованието на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря съществува закономерна връзка;

**Риск за грешка първи род( $\alpha$ )** – 0,05;

**Проверка**– $\chi^2$  анализ;

**Емпирична характеристика** – изчислената  $\chi^2$  емпирична стойност и равнището на значимост са представени в /табл. 29/

**Таблица №29.  $\chi^2$  анализ**

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост (Sig.)
<b><math>\chi^2</math> на Пирсън</b>	210,049	6	<b>0,000</b>

	Стойност	Равнище на значимост (Sig.)
<b>Коефициент на Крамер</b>	<b>0,512</b>	<b>0,000</b>

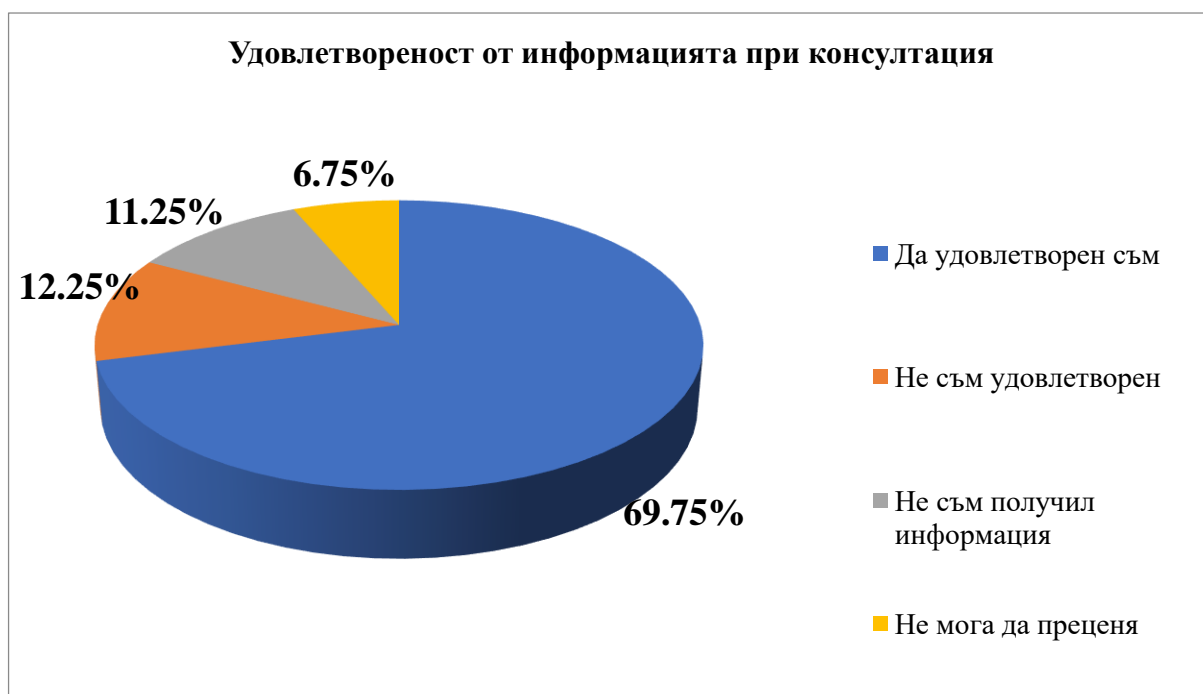
**Вземане на решение:**

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) <  $\alpha$  (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. между образованието на пациентите и удовлетвореността им от информацията, която са получили в кабинета на лекаря, **съществува закономерна връзка;**

**Сила на връзката** – измерена чрез **коэффициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,512**, което може да бъде тълкувано като средна сила на връзката;

В същото време 12.25% не са удовлетворени от обема и качеството на получената информация, 11.25% смятат, че не са получили адекватно обяснение относно тяхното заболяване, а само 6.75 % не са в състояние да преценят

**Фиг. 16.** Удовлетвореност на пациента от консултативната информация.



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

**16. Пациентската оценка по отношение спазването на правата им** показва сравнително висока степен на удовлетвореност - повече от половината пациенти –68.00 % са доволни от спазването на правата им, недоволни са–20.75 %.

Може да се отбележи, че съществува все пак и една не-малка част от тях, които не могат да преценят това – 11.25 %, което говори за непознаване на собствените им права.

Таблица №30

Спазване на правата	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Да, много съм доволен	184	88	<b>272</b>
	67,6%	32,4%	<b>100,0%</b>
Не, не съм доволен	41	42	<b>83</b>
	49,4%	50,6%	<b>100,0%</b>
Не мога да преценя	21	24	<b>45</b>
	46,7%	53,3%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>246</b>	<b>154</b>	<b>400</b>
	<b>61,5%</b>	<b>38,5%</b>	<b>100,0%</b>

Таблица №31

Спазване на правата	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Да, много съм доволен	43	59	42	59	69	0	<b>272</b>
	15,8%	21,7%	15,4%	21,7%	25,4%	0,0%	<b>100,0%</b>
Не, не съм доволен	0	0	0	0	4	79	<b>83</b>
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%	95,2%	<b>100,0%</b>
Не мога да преценя	0	0	0	0	42	3	<b>45</b>
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	93,3%	6,7%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>43</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>59</b>	<b>115</b>	<b>82</b>	<b>400</b>

	<b>10,8%</b>	<b>14,8%</b>	<b>10,5%</b>	<b>14,8%</b>	<b>28,8%</b>	<b>20,5%</b>	<b>100,0%</b>
--	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------

Визирайки гореописаното, може да се потърси връзка между високия процент пациенти, които определят здравословното си състояние, като лошо и високия процент пациенти, които смятат, че не се спазват правата им в достатъчна степен/табл.№31/

**Фиг. 17.** Спазване правата на пациента.



Правото на здраве е неприкосновено човешко право, изискващо на всеки човек да бъдат създадени условия за постигане на високо ниво на здраве. Гарантирането на правото на здраве е свързано със спазването на принципите на човешките права:

- справедливост,
- равнопоставеност,
- право на участие при вземане на решения,
- недискриминация,
- прозрачност и др.

В конвенцията за защита правата на човека е определено, че „Правото на живот на всеки, се защитава от закона. Никой не може да бъде умишлено лишен от живот, освен в изпълнение на съдебна присъда при извършено престъпление, предвидено в закона”

В Конституцията на Република България е записано :

- Гражданите имат право на здравноосигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, по ред определен със закон.

- Здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни сигурителни вноски.

- Държавата закриля здравето на гражданите.

**17. Дейността на ОПЛ е изключително кабинетна, което стеснява неговите**

Загриженост личен лекар	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Никога	14	9	<b>23</b>
	60,9%	39,1%	<b>100,0%</b>
Понякога	26	12	<b>38</b>
	68,4%	31,6%	<b>100,0%</b>
В повечето случаи	89	88	<b>177</b>
	50,3%	49,7%	<b>100,0%</b>
Винаги	115	28	<b>143</b>
	80,4%	19,6%	<b>100,0%</b>
Не съм посещавал личния си лекар през последните 12 месеца	2	17	<b>19</b>
	10,5%	89,5%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>246</b>	<b>154</b>	<b>400</b>
	<b>61,5%</b>	<b>38,5%</b>	<b>100,0%</b>

промотивна и профилактична роля на истински пълноценен личен лекар.

Таблица №33

	Възраст	Общо
--	---------	------

	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Никога	0	6	3	0	14	0	<b>23</b>
	0,0%	26,1%	13,0%	0,0%	60,9%	0,0%	<b>100,0%</b>
Понякога	0	12	0	0	26	0	<b>38</b>
	0,0%	31,6%	0,0%	0,0%	68,4%	0,0%	<b>100,0%</b>
В повечето случаи	0	0	2	20	75	80	<b>177</b>
	0,0%	0,0%	1,1%	11,3%	42,4%	45,2%	<b>100,0%</b>
Винаги	43	41	20	39	0	0	<b>143</b>
	30,1%	28,7%	14,0%	27,3%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
Не съм посещавал личния си лекар през последните 12 месеца	0	0	17	0	0	2	<b>19</b>
	0,0%	0,0%	89,5%	0,0%	0,0%	10,5%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>43</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>59</b>	<b>115</b>	<b>82</b>	<b>400</b>
	<b>10,8%</b>	<b>14,8%</b>	<b>10,5%</b>	<b>14,8%</b>	<b>28,8%</b>	<b>20,5%</b>	<b>100,0%</b>

**Проверка за зависимост между отношението на личния лекар към пациентите и оценката, която пациентите дават на личния лекар:**

**$H_0$  (Нулева хипотеза)** – двете променливи са независими помежду си, т.е. между отношението на личния лекар към пациентите и оценката, която пациентите дават на личния лекар не съществува закономерна връзка;

**$H_1$  (Алтернативна хипотеза)** – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между отношението на личния лекар към пациентите и оценката, която пациентите дават на личния лекар съществува закономерна връзка;

**Риск за грешка първи род ( $\alpha$ )** – 0,05;

**Проверка** –  $\chi^2$  анализ;

**Емпирична характеристика** – изчислената  $\chi^2$  емпирична стойност и равнището на значимост са представени в /табл. 34/

**Таблица №34.  $1\chi^2$  анализ**

	Емпирична характеристика	Степени на свобода	Равнище на значимост (Sig.)
<b><math>\chi^2</math> на Пирсън</b>	562,136	28	<b>0,000</b>

	Стойност	Равнище на значимост (Sig.)
<b>Коефициент на Крамер</b>	<b>0,593</b>	<b>0,000</b>

### **Вземане на решение:**

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000)  $< \alpha$  (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. между отношението на личния лекар към пациентите и оценката, която пациентите дават на личния лекар **съществува закономерна връзка;**

**Сила на връзката** – измерена чрез **коефициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,593**, което може да бъде тълкувано като средна сила на връзката;

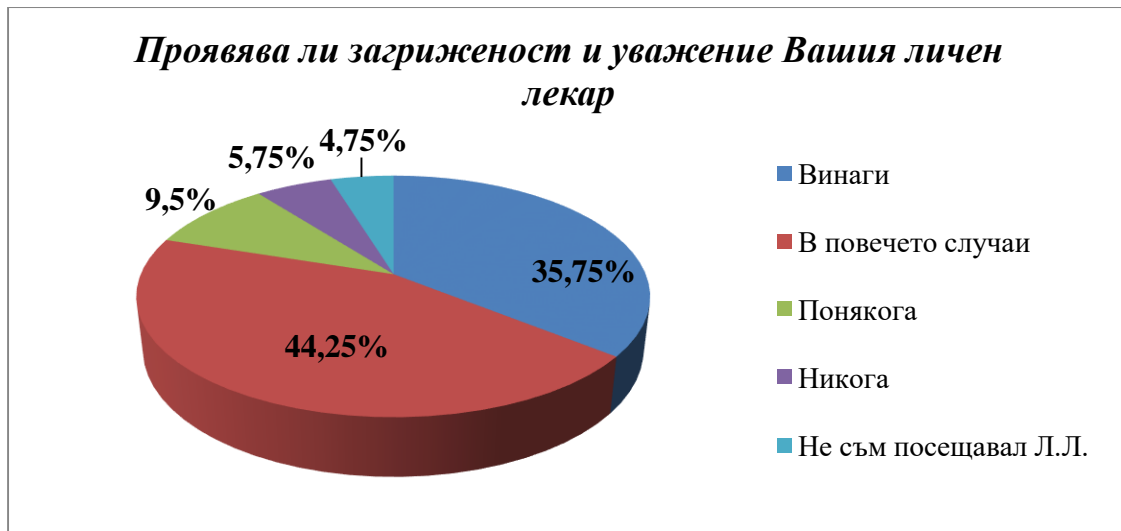
*Пациентите показват висока степен на задоволство от отношението на лекарите към тях - „винаги” или „в повечето случаи” лекарите проявяват внимание, загриженост, уважение, отзивчивост.*

Такъв отговор (обединявайки двата показателя /критерия за оценка/), посочват- 80% от анкетиранияте.

Известно недоволство, (понякога) изказват 9.5% от изследваните лица.

Напълно недоволните (никога не са били доволни от предлаганата услуга) са само 5.75%.

Тук е коректно да отбележим и още един незначителен (от статистическа гледна точка резултат), а именно –4.75 % от анкетиранияте споделят, че не са посещавали личния си лекар в близките месеци.



**ИГ. Фиг.18.** Доволни ли сте от отношението на личния лекар към Вас.

**18. Задоволството на пациентите от квалификацията на личния лекар** и медицинското обслужване, определя и желанието им да препоръчат своя ОПЛ и на други пациенти, поради следните посочени от анкетираните лица факти:

- на първо място заради качеството на обслужването
- на второ място е посочена квалификацията на лекаря
- на трето, но не последно по значимост място е отделеното внимание и грижи.

Само една статистически пренебрежима бройка от 6%, не биха препоръчали своя личен лекар на роднини и близки.

Основен мотив за препоръчване на даден ОПЛ на други лица са осъществените очаквания за добро лечение. фиг.19

**Фиг. 19.** Основни причини за препоръка на Вашия личен лекар на други лица.

### Критерии за препоръка

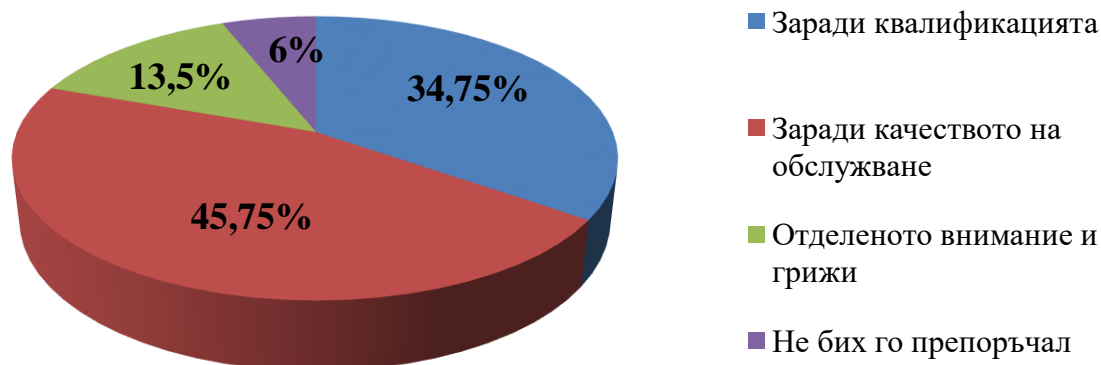


Таблица №35

Препоръка личен лекар	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Да, заради добрата квалификация и висок професионализъм	85 61,2%	54 38,8%	<b>139</b> <b>100,0%</b>
Да, заради високото качество на лечението и медицинското обслужване	107 58,5%	76 41,5%	<b>183</b> <b>100,0%</b>
Да, заради вниманието и индивидуалното отношение	40 74,1%	14 25,9%	<b>54</b> <b>100,0%</b>
Не бих го препоръчал	14 58,3%	10 41,7%	<b>24</b> <b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>246</b> <b>61,5%</b>	<b>154</b> <b>38,5%</b>	<b>400</b> <b>100,0%</b>

Таблица №36

Препоръка личен лекар	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Да, заради добрата квалификация и висок професионализъм	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 1,4%	106 76,3%	31 22,3%	<b>139</b> <b>100,0%</b>
Да, заради високото качество на	43 23,5%	59 32,2%	42 23,0%	39 21,3%	0 0,0%	0 0,0%	<b>183</b> <b>100,0%</b>

лечението и медицинското обслужване							
Да, зареди вниманието и индивидуалното отношение	0	0	0	0	3	51	<b>54</b>
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%	94,4%	<b>100,0%</b>
Не бих го препоръчал	0	0	0	18	6	0	<b>24</b>
	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
Общо	43	59	42	59	115	82	<b>400</b>
	10,8%	14,8%	10,5%	14,8%	28,8%	20,5%	<b>100,0%</b>

Информацията за удовлетворението на пациентите е важен маркетингов подход. Измерването на удовлетвореността служи и като важен инструмент за одит и подобряване на качеството във всички видове здравни организации. Резултатите от проучването за удовлетворението на пациентите могат да се използват за по-нататъшно подобряване на качеството на резултатите за пациентите.

Всяка оценка е насочена към установяване на степента за постигането на целите определени от системата.

Оценката на качеството в здравеопазването трябва да покаже как и доколко се подобряват резултатите от здравното обслужване, отразени в здравния статус, функционалната дееспособност на населението, психо-социалното благополучие и удовлетвореността на пациентите.

Експертите подчертават острата необходимост да се преодолее подценяването на удовлетвореността на пациентите като критерий за оценка качеството на здравното обслужване.

Проучване на качеството на здравното обслужване може да се основава на директен или индиректен подход. За да се осъществи директен мониторинг на качеството, се препоръчва текущата информация за резултатите да бъде включена в специална банка данни/ например данни за усложненията, данни за смъртността, за вътрешболничните инфекции, за изхода от лечението и др./.

Ако директната информация за резултатите не може да бъде получена в хода на обслужването, препоръчва се провеждането на прости и лесно изпълними изследвания.

Например, след известен период пациентите могат да бъдат анкетираны по телефона или с въпросник по пощата относно резултати от оказаната им медицинска помощ. Тази информация също може да се включи в базата данни, за да се използва при оценката на качеството.

Качеството на здравното обслужване трябва да се оценява и чрез следващите критерии:

- безопасност;
- удовлетвореност на пациентите;
- икономическа и социална ефективност;
- равенство на шансовете/социална справедливост/;
- приемлива цена;
- достъпност;
- адекватност;
- крайни резултати на здравното обслужване/здравен статус/.

Оценката на качеството по тези критерии може да бъде средство за засилване отговорността в процеса на здравното обслужване. При това може да се постави под съмнение правомерността на съществуване на досегашната клинична свобода на лекарите да използват все повече ресурси тогава, когато няма доказателства, че като резултат ще бъде получена максимално възможна полза.

**19. По отношение закупуването на лекарствени материали**, голяма част от анкетираните отговарят, че на първо място се доверяват на лекуващия лекар.

Това са 64 % от анкетираните.

На второ място, запитваните лица споделят, че са склонни да се доверят на своя фармацевт – 12.75 %,

Друга част се ръководят от:

- информацията споделена от роднини, приятели и познати – 8.75%.

- след тях, като источник на доверенна информация, анкетираните лица посочват информацията налична в интернет мрежата – 8.5%,

- с най-малко доверие се ползват рекламите на подобен род продукти и съответно доверието към тяхното действие – 6%.

**Фиг.20** Закупуване на лекарства.



Таблица №37

Допитване за лекарства	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Личен лекар	167	88	<b>255</b>
	65,5%	34,5%	<b>100,0%</b>
Аптекаря	21	30	<b>51</b>
	41,2%	58,8%	<b>100,0%</b>
Интернет	20	14	<b>34</b>
	58,8%	41,2%	<b>100,0%</b>
Приятели или познати	18	17	<b>35</b>

	51,4%	48,6%	<b>100,0%</b>
Реклами по телевизията	20	4	<b>24</b>
	83,3%	16,7%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>246</b>	<b>153</b>	<b>399</b>
	<b>61,7%</b>	<b>38,3%</b>	<b>100,0%</b>

Таблица №38

Допитване за лекарства	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Личен лекар	27	29	40	59	73	27	<b>255</b>
	10,6%	11,4%	15,7%	23,1%	28,6%	10,6%	<b>100,0%</b>
Аптекаря	0	29	1	0	21	0	<b>51</b>
	0,0%	56,9%	2,0%	0,0%	41,2%	0,0%	<b>100,0%</b>
Интернет	0	0	0	0	0	34	<b>34</b>
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	<b>100,0%</b>
Приятелите или познати	16	1	0	0	18	0	<b>35</b>
	45,7%	2,9%	0,0%	0,0%	51,4%	0,0%	<b>100,0%</b>
Реклами по телевизията	0	0	0	0	3	21	<b>24</b>
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	87,5%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>43</b>	<b>59</b>	<b>41</b>	<b>59</b>	<b>115</b>	<b>82</b>	<b>399</b>
	<b>10,8%</b>	<b>14,8%</b>	<b>10,3%</b>	<b>14,8%</b>	<b>28,8%</b>	<b>20,6%</b>	<b>100,0%</b>

През последните години се наблюдава истински бум на иновативни лекарствени терапии, които подобряват и удължават човешкия живот. Специализираните иновативни терапии ще са водещ фактор в развитието на глобалния фармацевтичен пазар и в следващите години.

Откриването на правилното лечение в правилния момент за конкретен човек е голямото предизвикателство. Това е така най-вече поради факта, че са налични и леснодостъпни големи масиви от данни (кои от тях коректни, кои не) по отношение действието на различни фармацевтични продукти.

В основата на тази тенденция е интеграцията на данни и анализи и разпространението им във виртуалното пространство.

**19. Относно качеството на обслужване,** предложено от медицинския персонал (представен в случая от ОПЛ), една сравнително голяма бройка, (32 %) от анкетираните лица, дават своята положителна –много добра оценка.

Около 18.25 %, споделят, че получената медицинска помощ, спрямо тях е на доста добро ниво.

Като задоволителна, определят своята оценка 14 % от запитваните.

На последно място в своеобразната оценъчна скала, са поставени отговорите с най-крайна формулировка, а именно:

-отлично качество на медицинското обслужване – 31.75 % и

-респективно лоша медицинска преценка качеството на работа 4%.

/фиг.21/.

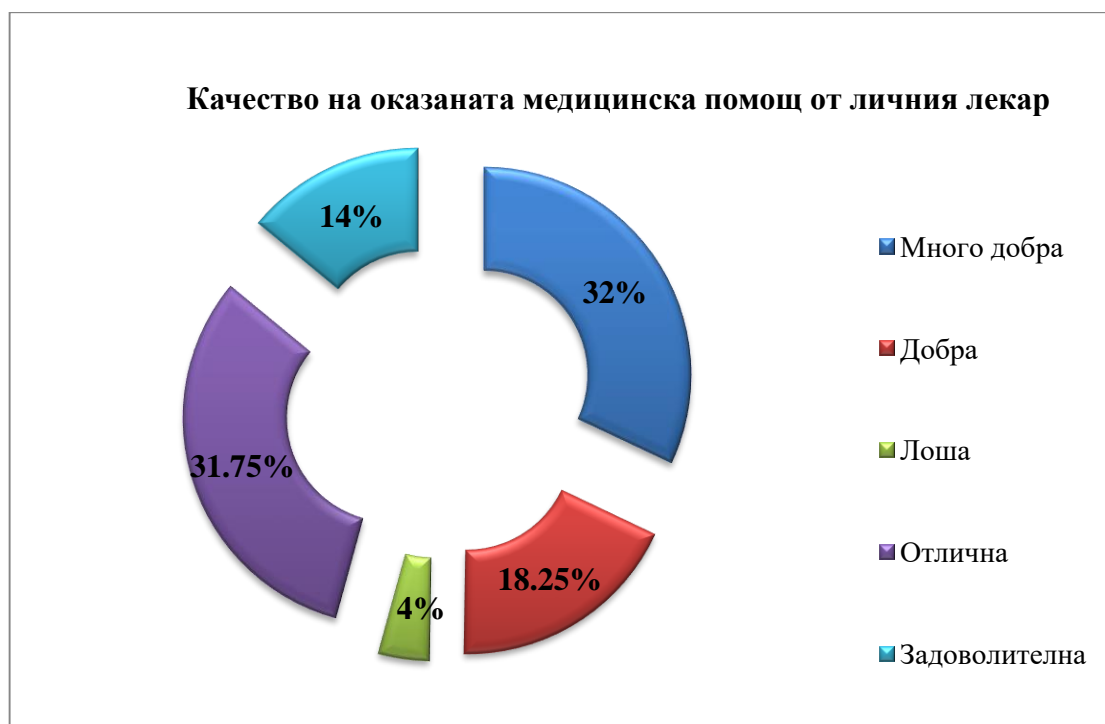


Таблица №39

Оценка медицинска помощ личен лекар	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Отлична	68	59	127
	53,5%	46,5%	100,0%

Много добра	79	49	<b>128</b>
	61,7%	38,3%	<b>100,0%</b>
Добра	59	14	<b>73</b>
	80,8%	19,2%	<b>100,0%</b>
Задоволителна	29	27	<b>56</b>
	51,8%	48,2%	<b>100,0%</b>
Лоша	11	5	<b>16</b>
	68,8%	31,3%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>246</b>	<b>154</b>	<b>400</b>
	<b>61,5%</b>	<b>38,5%</b>	<b>100,0%</b>

Таблица №40

Оценка медицинска помощ личен лекар	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Отлична	16	30	13	7	61	0	<b>127</b>
	12,6%	23,6%	10,2%	5,5%	48,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
Много добра	27	29	20	13	21	18	<b>128</b>
	21,1%	22,7%	15,6%	10,2%	16,4%	14,1%	<b>100,0%</b>
Добра	0	0	4	10	22	37	<b>73</b>
	0,0%	0,0%	5,5%	13,7%	30,1%	50,7%	<b>100,0%</b>
Задоволителна	0	0	0	29	0	27	<b>56</b>
	0,0%	0,0%	0,0%	51,8%	0,0%	48,2%	<b>100,0%</b>
Лоша	0	0	5	0	11	0	<b>16</b>
	0,0%	0,0%	31,3%	0,0%	68,8%	0,0%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>43</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>59</b>	<b>115</b>	<b>82</b>	<b>400</b>
	<b>10,8%</b>	<b>14,8%</b>	<b>10,5%</b>	<b>14,8%</b>	<b>28,8%</b>	<b>20,5%</b>	<b>100,0%</b>

Проверка за зависимост между оценката на пациентите на оказаната медицинска помощ и оценката, която пациентите дават на личния лекар:

**H<sub>0</sub> (Нулева хипотеза)** – двете променливи са независими помежду си, т.е. между оценката на пациентите на оказаната медицинска помощ и оценката, която пациентите дават на личния лекар не съществува закономерна връзка;

**H<sub>1</sub> (Алтернативна хипотеза)** – двете променливи са зависими помежду си, т.е. между оценката на пациентите на оказаната медицинска помощ и оценката, която пациентите дават на личния лекар съществува закономерна връзка;

**Риск за грешка първи род( $\alpha$ )** – 0,05;

**Проверка**– $\chi^2$  анализ;

**Емпирична характеристика** – изчислената  $\chi^2$  емпирична стойност и равнището на значимост са представени в **таблица. 41**;

**Таблица №41.  $\chi^2$  анализ**

	Емпирична характеристика а	Степени на свобода	Равнище на значимост (Sig.)
<b><math>\chi^2</math> на Пирсън</b>	291,306	28	<b>0,000</b>

	Стойност	Равнище на значимост (Sig.)
<b>Коефициент на Крамер</b>	<b>0,427</b>	<b>0,000</b>

**Вземане на решение:**

Изчисленото равнище на значимост е по-малко от избрания риск за грешка – Sig. (0,000) <  $\alpha$  (0,05), следователно има основание да бъде отхвърлена нулевата хипотеза и да бъде приета алтернативната, т.е. между оценката на пациентите на оказаната медицинска помощ и оценката, която пациентите дават на личния лекар съществува закономерна връзка;

**Сила на връзката** – измерена чрез **коефициента на Крамер**, който в случая има стойност **0,427**, което може да бъде тълкувано като средна сила на връзката;

**20. Във връзка с повишаване качеството на здравните услуги** (на генерално ниво), значителна бройка от анкетираните лица – 44.75 %, посочват, че това може да се случи единствено, чрез увеличаване на здравните осигуровки.

Приблизително 32.75% от лицата са на мнение, че за да може да се случи това, е необходимо гласуване от държавата на бюджет, който може да покрие напълно необходимите разходи за здравеопазване.

Една не малка част от запитваните споделят, че би било най-удачно да бъде развито частното здравно осигуряване. Това са 10 % от посочените отговори.

На последно място, респондентите посочват възможността за конкурентна среда (в лицето на повече от една здравна каса), като источник на повишаване на качеството при отдаване/получаване на здравни услуги – 5.75 %.

Една много малка част от запитваните заявяват, че не биха могли да отговорят компетентно на този въпрос. Отговор – „Не мога да преценя”, са посочили 6.75 % от участниците в анкетното проучване.

Таблица №42

Подобряване на обслужването	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Повишаване на здравната осигуровка	16 8,9%	30 16,7%	22 12,2%	1 ,6%	91 50,6%	20 11,1%	<b>180</b> <b>100,0%</b>
Частното здравно осигуряване	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	20 50,0%	20 50,0%	0 0,0%	<b>40</b> <b>100,0%</b>
Повече от една Здравна каса	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	22 100,0%	<b>22</b> <b>100,0%</b>
Увеличаване на финансирането от държавата	27 20,6%	29 22,1%	20 15,3%	14 10,7%	1 ,8%	40 30,5%	<b>131</b> <b>100,0%</b>
Не мога да преценя	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	24 88,9%	3 11,1%	0 0,0%	<b>27</b> <b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>43</b> <b>10,8%</b>	<b>59</b> <b>14,8%</b>	<b>42</b> <b>10,5%</b>	<b>59</b> <b>14,8%</b>	<b>115</b> <b>28,8%</b>	<b>82</b> <b>20,5%</b>	<b>400</b> <b>100,0%</b>

Таблица №43

Подобряване на обслужването	Пол		Общо
	Жени	Мъже	

Повишаване на здравната осигуровка	111	69	<b>180</b>
	61,7%	38,3%	<b>100,0%</b>
Частното здравно осигуряване	11	29	<b>40</b>
	27,5%	72,5%	<b>100,0%</b>
Повече от една Здравна каса	17	5	<b>22</b>
	77,3%	22,7%	<b>100,0%</b>
Увеличаване на финансирането от държавата	90	41	<b>131</b>
	68,7%	31,3%	<b>100,0%</b>
Не мога да преценя	17	10	<b>27</b>
	63,0%	37,0%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>246</b>	<b>154</b>	<b>400</b>
	<b>61,5%</b>	<b>38,5%</b>	<b>100,0%</b>

Графика 6. Критерии за повишаване на здравното обслужване.

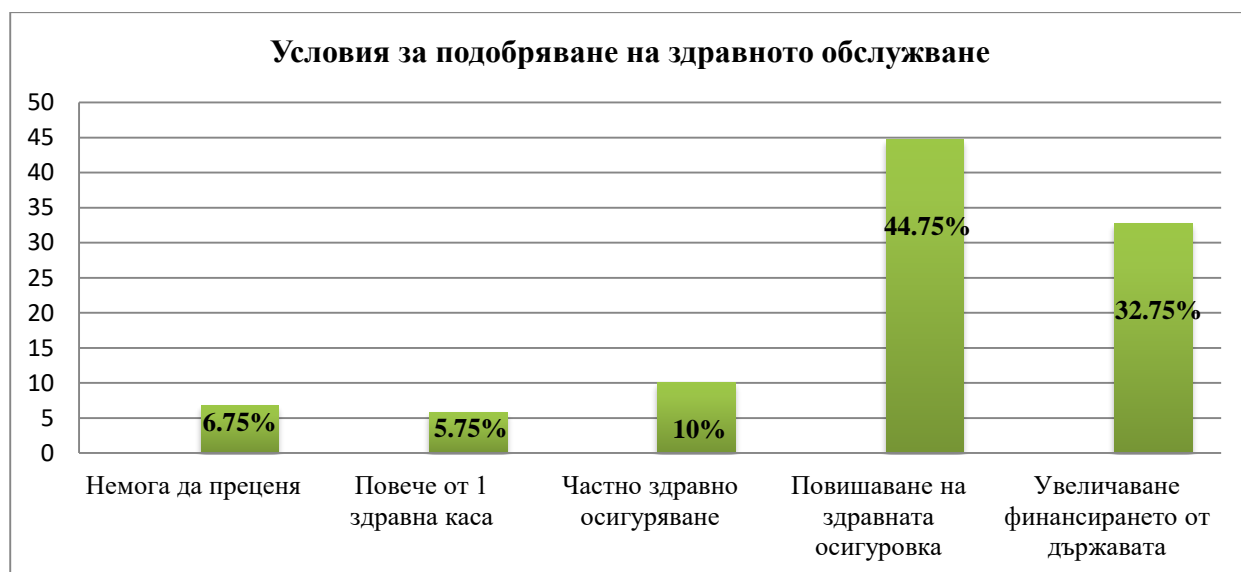


Таблица №44

<i>Колона 1</i>	<i>Колона 2</i>	<i>Колона 3</i>	<i>Колона 4</i>	<i>Колона 5</i>
Не мога да преценя	Повече от 1 здравна каса	Частното здравноосигуряване	Повишаване на здр.осигуровка	Увеличаване финансирането от държавата

<b>6.75 %</b>	<b>5.75%</b>	<b>10.00 %</b>	<b>44.75 %</b>	<b>32.75 %</b>
---------------	--------------	----------------	----------------	----------------

В контрапункт на описаното по-горе, все още (според данните от проведената анкета), повечето от запитаните лица споделят, че „набавят” необходимата си здравна информация от специализирани телевизионни и здравни предавания - 47.25 %.

Друга, не по-малка част от тях отговарят, че необходимата им информация е предложена единствено от техният личен лекар (28.75%). Едва – 13.75 % от анкетираните отговарят, че набавят важната за тях информация (от медицинско естество) чрез интернет базирани източници и само 10.25 % черпят тази информация от брошури и листовки. Фиг. 22

**Фиг. 22.** Информираност за случващото се в здравеопазната система

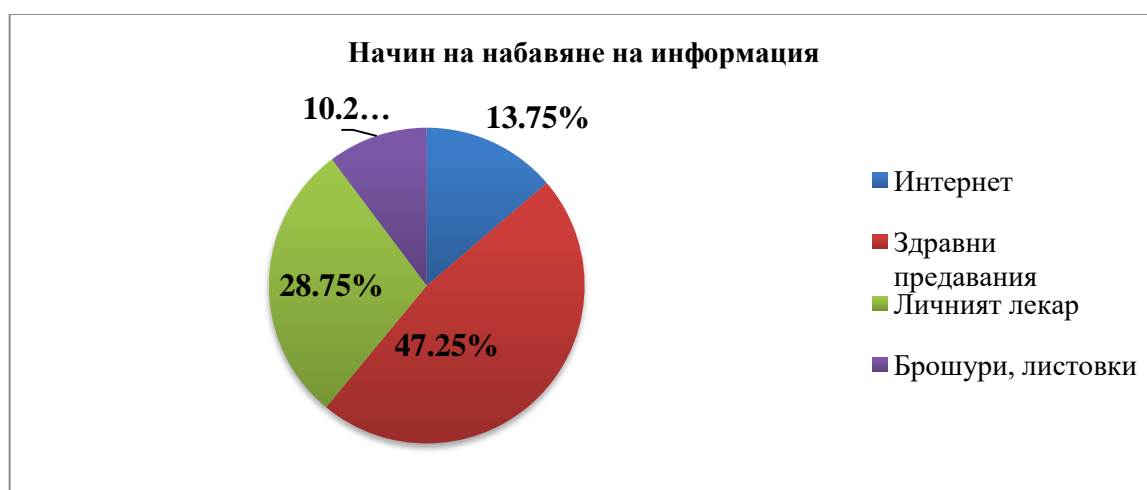


Таблица №45

Информация здравеопазване	Пол		Общо
	Жени	Мъже	
Специализирани здравни предавания	131 69,3%	58 30,7%	<b>189</b> <b>100,0%</b>
Интернет	36 65,5%	19 34,5%	<b>55</b> <b>100,0%</b>
Брошури, листовки	34 82,9%	7 17,1%	<b>41</b> <b>100,0%</b>
Личен лекар. Интернет	45 39,1%	70 60,9%	<b>115</b> <b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>246</b>	<b>154</b>	<b>400</b>

	<b>61,5%</b>	<b>38,5%</b>	<b>100,0%</b>
--	--------------	--------------	---------------

Таблица №46

Информация здравеопазване	Възраст						Общо
	до 20 години	21 - 30 години	31 - 40 години	41 - 50 години	51 - 60 години	над 60 години	
Специализирани здравни предавания	0	0	0	34	114	41	<b>189</b>
	0,0%	0,0%	0,0%	18,0%	60,3%	21,7%	<b>100,0%</b>
Интернет	23	32	0	0	0	0	<b>55</b>
	41,8%	58,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
Брошури, листовки	0	0	0	0	0	41	<b>41</b>
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	<b>100,0%</b>
Личен лекар. Интернет	20	27	42	25	1	0	<b>115</b>
	17,4%	23,5%	36,5%	21,7%	,9%	0,0%	<b>100,0%</b>
<b>Общо</b>	<b>43</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>59</b>	<b>115</b>	<b>82</b>	<b>400</b>
	<b>10,8%</b>	<b>14,8%</b>	<b>10,5%</b>	<b>14,8%</b>	<b>28,8%</b>	<b>20,5%</b>	<b>100,0%</b>

Съвременният потребител на здравни услуги има нов профил - той използва възможностите на интернет и проявява висок интерес към модерните технологии за наблюдение на личния си здравен статус, дистанционно или от дома, за да може сам да контролира своето здраве.

Пътят на здравеопазването минава през мобилните технологии, които го правят по-достъпно и съобразено с пациентите.

Информацията е в основата на доброто управление. По тази причина тя е важен елемент за вземането на управленски решения и разпределянето на другите ресурси. Мениджърът в същото време може да бъде ефективен само тогава, когато разполага с релевантната, нужна и истинска информация.

Набавянето на информация изисква следването на следните стъпки:

**1. Определяне на конкретните информационни потребности-**необходими са отговори на следните въпроси:

а/ Каква информация ми е необходима за постигане на поставените цели?

б/ От къде може да се достави информация, която е избрана?

в/ Каква е информацията –външна за организацията или може да се получи от вътрешните отдели?

**2. Набавяне на нужната информация.** Това е свързано със съществуването на информацията, достъпността ѝ и нейната трансформация за целите на мениджмънта.

**3. Обработване на набавената информация.** Тук става въпрос за обработка на информацията с цел получаване на подходящи форми на представяне за нейното използване. Това зависи отново от формата в която сме получили информацията и от това, за какво решение ни трябва тя.

**4. Съхранение на информацията.** Това е техническото запаметяване на ресурса- информацията трябва да бъде защитена, както и лесно, удобно и бързо да бъде достъпна при следващата нужда от нея.

**5. Прилагане на информацията.** В зависимост от това дали информацията се тълкува и прилага правилно, зависят и резултатите от управлението на организацията.

Наличието на информационно осигуряване на процесите е задължителен елемент за развитието на здравеопазването, както и за контрола върху резултатите.

## **ОБОБЩЕНИЕ**

В България все още на някои важни елементи и аспекти на първичната медицинска помощ в системата на общата лекарска практика не се обръща необходимото внимание. Такива са: екипния подход и значимостта на груповата лекарска практика.

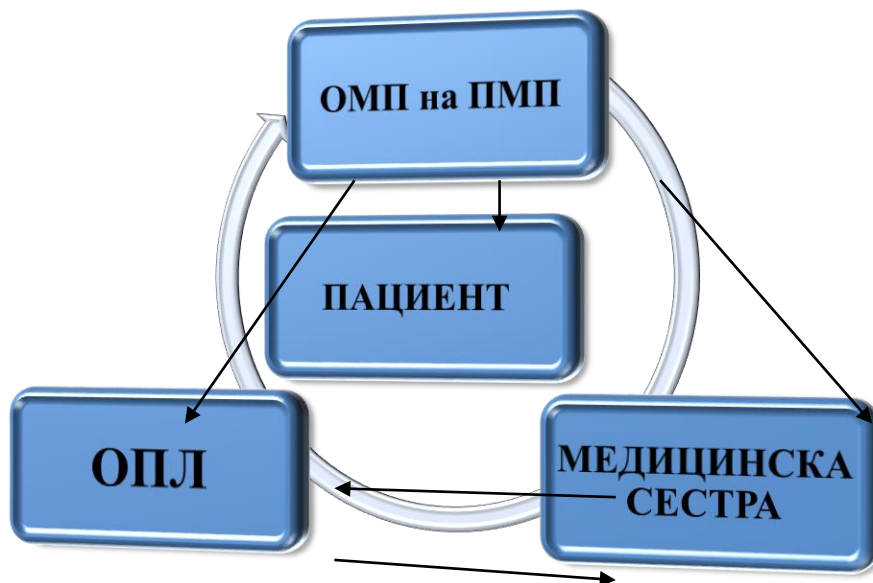
Известно е, че в България броят на действащите ОПЛ е около 16% от всички лекари в страната. Мястото на първичната медицинска помощ в здравната система нагледно се илюстрира от следната схема (Балашкова, 2000, Воденичаров, 2001, Горанов, 2001).



Фиг.23

Световната здравна организация определя първичната медицинска помощ като първостепенен приоритет на съвременните здравни реформи. Общопрактикуващият лекар (личен лекар) е най-доверения и близък до пациентите медицински професионалист.

**Схема 1.** Модел на поведение на пациента в ОМП на ПМП



Пациентът се явява ключов елемент и се намира в центъра на системата при взаимодействието между Общопрактикуващия лекар и медицинската сестра.

Според Борисов, В. , Стамболова, Ив. развитието на първичните медицински грижи и тяхното утвърждаване трябва да са ориентирани не само към лекаря, но и към всички членове на неговия екип – медицински сестри, психолози, акушерки и др

Според водещите български експерти в хода на здравната реформа на практика липсва ефективен публичен дебат.

Нашите данни категорично определят подценената роля на общественото мнение и в частност удовлетвореността на пациентите от процесите на промяна в здравеопазването.

Мнението на пациентите все още не е станало критерий за оценка на дейността на лечебните заведения и в частност на общата медицинска практика.

Очевидна е необходимостта от социологическа информация, която чрез системен мониторинг на общественото мнение, позволява да се регулират процесите на промяна в здравеопазването в съзвучие с обществените нагласи, очаквания, удовлетвореност и оценки.

Приоритетното място и роля на първичната медицинска помощ са неоспорими. Първичната медицинска помощ, респ. общата медицинска практика

е не само първи етап в медицинската помощ, но създава и нови отношения „лекар – пациент”, нови етични проблеми и нова здравна култура, която включва промоция на здравето, превенция на болестите и здравословния начин на живот.

Изследването на степента на удовлетвореност на пациентите, свързано с качеството на първичната медицинска помощ е от съществено значение за установяване, какво е тяхното мнение за доставчиците на медицински услуги с цел удовлетворяване на очакванията им от здравни потребности. То следва да е изходно начало при изграждането на маркетингови предложения на съвременния етап от развитието на пазарната икономика и в частност на пазара на здравни услуги.

Осъществяването на здравната реформа у нас е немислимо без нов управленски стил на всички нива в здравеопазната система и без адекватно използване на методите и подходите на съвременния маркетинг-мениджмънт и бизнес-планиране.

Повишаването на ефективността в системата на здравеопазването налагат създаването и прилагането на нови подходи, стратегии и инструменти за управление.

Маркетингът е управленски процес, чрез който се осигурява баланс между удовлетворяването на няколко вида интереси в условията на пазара:

- на потребителите;
- на организацията;
- на обществото.

Съчетаното решаване на интересите на потребителите и на организацията става чрез механизма на конкуренцията - осигуряването на по-желани, по-качествени, по-достъпни и по-ефективни стоки или услуги в сравнение с конкурентите.

Следва да се отбележи, че поради липса на традиции в прилагането на маркетингови принципи (включително и в приоритетите при разпределението на средства в един оскъден бюджет) малко здравни организации могат да си позволят проучване на пациентската удовлетвореност. Все по-осезателно се усеща необходимостта от подобни проучвания. Наблюдава се тенденция за

нарастване на броя на организациите, осъзнаващи необходимостта от проучване на степента на удовлетвореност у техните пациенти. Това поставя нови задачи пред управлението на организациите от здравната система, която в съчетание със съвременните постижения на маркетинговите проучвания следва да отговори на потребностите на пазара на здравни услуги.

Опитът на Японските здравнозастрахователни компании е отличен пример от какви принципи трябва да се ръководи съвременния бизнес. Трябва да се мисли за потребителите и начините за постигане на клиентска лоялност.

Не трябва да се забравя че:

- Удовлетворението на потребителите – това не е просто стремеж да се удовлетвори потребителя на здр.услуги. Производителят или доставчикът на продукти и услуги не е длъжен да установява каква е степента на тази удовлетвореност. Удовлетворението на потребителите е онова ниво на задоволство, което се определя от самите тях.

- Удовлетвореността на потребителите – това е постигане на подобрение по отношение грижите за всеки потребител, което е резултат от дейността на цялата организация /едноличен търговец, фирма или компания/, която го обслужва, а не само на единици, влизащи в директен контакт с потребителите;

- Удовлетвореността на потребителите не означава, използване на средства в големи размери – ако очакваме клиентите да купуват удовлетворение, означава, че е малко вероятно да успеем.

Фокусирането върху този важен сектор от общественото здраве означава преди всичко търсенето и намирането на съществуващи обективни и субективни предпоставки, условия и причини гарантиращи подобряване на качеството на предлаганите медицински услуги и здравни грижи в ПМП. В резултат на този процес, който има за цел да интегрира потребностите на пациентите и тяхното задоволяване, може да се даде отговор на кардиналния въпрос: „Как изборът на здравословен начин на живот да се оценява като лична саморегулация и самореализация на всеки пациент посещаващ първичната медицинска помощ”.

**В ЗАКЛЮЧЕНИЕ** може да се обобщи, че основния акцент в проведеното собствено проучване се базира върху приложения съвременен системен подход,

чрез който става възможно да се направи анализ и оценка на удовлетвореността на пациентите свързана с качеството на предлаганите медицински услуги от общопрактикуващите лекари.

Маркетинговите прогнози се основават на достоверна базова информация, заболяемостта и здравните потребности, рисковите фактори, здравната култура, демографската структура на пациентите, териториално разпределение на доходите, очакванията и търсенето на здравни услуги.

В контекста на казаното редица научни доказателства в тази насока формулират ролята и значението на комуникационния процес между ключовите сегменти в системата „лекар – пациент”

Цялостната анализирана картина ни показва значимостта и приоритетността на изучавания проблем и е ясен знак (ориентир) за необходимостта от добра екипна работа в ОМП и ПМП.

Посоченото до тук се явява като надежден инструмент гарантиращ по-правилно управление, което ще рефлектира положително върху задоволяването на медицинските потребности на населението.

Ето защо експертите осъществяващи дейността си в разглежданата област могат да използват получените в проучването данни и предложените препоръки, като концентрират усилията си в целенасочени, нови по-ефективни (понякога коригиращи) действия и адекватни решения.

Нашите данни категорично определят подценената ролята на общественото мнение и в частност удовлетвореността на пациентите от процесите на промяна в здравеопазването.

Измервайки нивата на удовлетвореност и неудовлетвореност е възможно да се достигне до следните изводи - до каква степен здравните услуги са достъпни до населението, на какво ниво е гарантираната сигурност на пациента и на какво равнище е спазването на основните човешки права.

Желанието на пациентите да препоръчат своя ОПЛ на други хора (свои близки, роднини и приятели), както и да му се доверят отново се базират на удовлетвореност от качеството на получената услуга, информацията която те получават от него и отношението към тях.

Традиционно обусловената специфична характеристика на психофизиологичните качества на балканските народи – изразяващи се в недоверие (специфично качество за повечето българи), така и тези в настоящото изследване,

желаят следното - преглед при повече от един лекар, като това включва едновременна консултация и с общопрактикуващ лекар и със специалист.

Здравните потребности на населението, имат една специфична особеност-колкото в по-висока степен се задоволяват, толкова повече обективно нарастват здравните потребности. Осигуряването на по-достъпна и квалифицирана медицинска помощ предявява нови потребности, особено от първична и вторична профилактика на заболяваията. Следователно, очертава се една непрекъсната спирала в разширяване и усъвършенстване на медицинска помощ.

## ИЗВОДИ

1. Дискутираните резултати от проведеното проучване по категоричен начин сочат, че в настоящият момент в България е налице не толкова дефицитна информация, а по-конкретно липса на заинтересованост или нехайство от страна на потребителите по отношение предоставяните здравни услуги или пакети. Тази информационна потребност значително би повлияла удовлетвореността на потребителите на здравни услуги, освен че се предоставят допълнителни научно доказани интеграционни и комплексни съвременни направления. Нашите данни категорично определят подценената ролята на общественото мнение и в частност удовлетвореността на пациентите от процесите на промяна в здравеопазването.

2. Наблюдава се тенденция от динамичен маркетинг като управленски процес в условията на пазара на здравните услуги, с оглед оптимизиране взаимоотношението между предлаганите услуги и потребителя на здравни услуги.

3. Успешното планиране в първичната извънболнична медицинска помощ е правилен мениджърски подход, водещ до успехи при решаване на актуални проблеми, касаещи общественото здравеопазване.

4. Въвеждането на елементи на пазарния механизъм в здравеопазването все още не създават истинска пазарна среда и реален пазар на здравни услуги. Независимо от това, конкуренцията остава важна движеща сила за развитието на лечебната помощ с акцент приоритетите на маркетинговите

аспекти на ефективостта на мениджмънта и на здравнозастрахователните системи за качеството на предлаганите пакети на медицински услуги.

5. Данните от настоящото научно изследване показват, че основна причина за смяна на личния лекар е неудовлетвореност от качеството на предлаганото лечение и здравни услуги. Необходима е по-тясна координация и взаимна информираност между болнична и доболничната помощ.

6. Голяма степен от потребителите на извънболнична медицинска помощ очакват по-добро от предлаганото медицинско обслужване. В това отношение основен приоритет на мениджъри е осигуряването на целенасочена организирана дейност за комуникация и предварително информиране на техните пациенти.

7. Като допълнителен утилитарен подход бихме посочили нуждата от допълване знанията на ОПЛ по отношение на: мениджмънт на общата практика, компютърни умения и компетентен подход към нормативната база, които до настоящият момент не са застъпени достатъчно в програмата на специалистите по обща медицина.

8. Настоящата научна разработка показва, че успешното планиране предоставя надеждна информация относно конкретните потребности на пациентите, както и за състоянието на пазара на медицински услуги, което ни дава основание да предложим следните препоръки.

## **ПРЕПОРЪКИ**

### **Към медицинските и немедицинските специалисти в сферата на здравеопазването**

#### **Към МЗ:**

1. Изготвяне на концептуално нова рамка, формираща стимулирането на иновативни подходи за повишаване качеството на предлаганата услуга от общопрактикуващите лекари.
2. Мениджмънт на времевия ресурс на служителите в практиките за първична медицинска помощ с оглед неговото оптимизиране.
3. Реформиране на финансовата обеспеченост на общопрактикуващите лекари, поради факта, че същата до голяма степен определя и крайните резултати от тяхната дейност.
4. Разработване на система за участие на пациентите в управлението и (до голяма степен в) контрола на средствата за извънболнична помощ, чрез

въвеждане на методика за възстановяване на изразходваните финансови средства от страна на пациента към лекаря.

## **Към МОН и МУ**

1. За провеждане на ефективно продължаващо обучение е необходимо създаването на нормативна уредба, която да регламентира ясно условията, реда, критериите, изискванията и контрола при осъществяване на такъв вид обучение, както и задълженията и прерогативите на всички участници в процеса, като осигури възможности за качествено провеждане на продължаващото обучение, необходимите ресурси и контрол, което ще гарантира високо ниво на професионална квалификация.

2. Прилагане на стратегии за развитие на капацитета на българското здравеопазване чрез подготовка на кадри/лекари, специалисти по здравни грижи и др., които да са теоретично и практически подготвени за нуждите на системата на здравеопазване на всички нива.

3. Държавата да подобри устойчивостта на здравната система, за да се гарантира, че тя е в състояние да осигури висококачествено здравно обслужване за всички свои граждани както сега, така и в бъдеще.

4. Необходимо е здравните институции да извършват текущи конкретни анализи на потребностите от специализирана извънболнична помощ, като се вземат предвид предпочитанията на българския пациент, но в аспекта на здравноосигурителния финансов ресурс, с който обществото разполага.

5. Етапът на формулиране на политиката и нейното управление да включва процеса на разработване на подхода, който задава рамката-съдържанието и посоката, на политическото управление чрез легитимните институции.

МЗ, РЗИ, общинските ръководства, както и обществеността да продължат партньорството за промоция на здравето, насочено към:

- фокусиране върху здравните проблеми на населението като цяло;
- целенасочени действия за елиминиране на рисковите фактори;
- подкрепа на факторите, водещи до по-добро здраве на населението;
- поощряване участието на обществото като цяло и индивида при дефиниране на проблемите и вземане на решения за целенасочени дейности;

- подкрепа за подходяща здравна, социална и екологична политика;
- окуражаване участието на здравните професионалисти в здравното възпитание и здравната просвета.

## **ПРИНОСИ**

Изложеното в настоящия дисертационен труд ни помага да систематизираме следните приноси:

1. От теоритично естество може да бъде класифициран опитът ни да допринесем за по-достъпна, своевременна и ефективна извънболнична помощ.

2. Подробно са изследвани градивни характеристики обуславящи качеството на първичната извънболнична медицинска помощ в няколко нейни аспекта – процесуални, структурни и резултативни.

3. Добрият пазарен механизъм дава шансове за освобождаване на здравното обслужване от досегашния му бюрократичен подход, от пасивността и недостатъчната мотивираност на здравния персонал.

4. Чрез маркетинговата информация може да се узнае мнението на пациентите за предлаганите здравни услуги и за различните компоненти на обслужването, както и за нововъведените програми или дейности и те да се променят или пренасочат така, че да отговарят на очакванията им.

5. От образователно естество можем да определим нашата цел за допълване и доусъвършенстване на обучението съпътстващо студентите и специализантите в Медицинските университети , което успешно да ги подготви за действителността на първичната медицинска практика.

## **ПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА :**

1. Александрова, М. Комуникация и комуникационни умения при обучението на медицински сестри, КОНТАКТ, изд. ТЕМТО, София, 2007;

2. Александрова, М., Съвременни тенденции в обучението на медицински сестри, София, 2008;
3. Борисов, В., Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика, изд. Филвест, София, 2006;
4. Борисов, В., Причини и пропуски в дейността на ОПЛ според мнението на пациентите, спис. Здравна политика и мениджмънт, Т. 13, 1, 2013;
5. Борисов, В., "Здравен мениджмънт", том 1, 2004 год. Изд. Филвест, 231с.
6. Борисов, В., К.Кирилов, Маркетинг в здравеопазването. Въведение в здравния мениджмънт,. Изд. ф. "Лукс", 1995год., с. 93-101.
7. Борисов, Б., Ц.Воденичаров, Реалности на здравната реформа. Изд. "Филвест", 2000 год., 35 с.
8. Борисов, Б.,Плуралистични модели във финансовия мениджмънт на медицинското обслужване. Автореферат на дисертационен труд за присъждане на ОНС "Доктор" София, 2011, 43 с.
9. Борисов. В.,Цекомир Воденичаров ., Кирилов К., Кънчо Ч, Ново Обществено Здравеопазване, ", 1998 г, АКВАГРАФИКС ООД, стр.287-295.
10. Брешков, И., М.Ботушарова, Маркетинг на услугите. УИ "Стопанство", 1990год., 156 с.
11. Борисов, В., Зл.Глутникова, Ц.Воденичаров Ново обществено здравеопазване. Изд. "Акваграфикс", , 1988г., с. 237-296.
12. Борисов, В., Здравна политика и мениджмънт.,ГРАФИК КОНСУЛТ ООД, София, 1998г.
13. Воденичаров, Ц., Десет принципа на медика и мениджъра, изд., Симел прес, София, 2010;
14. Воденичаров, Ц., Седемте разлики между медика и мениджъра, изд. ДАК, София, 2003;
15. Воденичаров, Ц., С. Попова, Социална медицина, Екопринт, София, 2009;
16. Гладилев, Ст., А. Янакиева, А. Воденичарова, Маркетинг в здравеопазването. Изд.Принцепс Маринови ООД, София, 2015г.,с.147-161;
17. Грънчарова, Г., Управление на здравните грежи, изд. МУ Плевен, 2005;
18. Горанова-Спасова, Р., С. Славчев, Е. Радев. Промоция на естественото хранене като елемент на социалната отговорност за здравето, Интердисциплинна Гражданска Академия, Факултет по обществено

здраве, МУ - София, НТС по Машиностроене, Контакт 2019, 25 октомври 2019, София, , ISSN 1313-9134.

19. Димитрова, Д., Достъп на населението в ПМП, Дисертационен труд, Пловдив, 2009;
20. Желев, С., Маркетингови изследвания за маркетингови гешения, София, 2000;
21. Закон за здравето (ДВ бр. 85 изм. доп. бр. 88, 2005; изм. бр. 76/2007).
22. Закон за лечебните заведения (ДВ, бр. 62/1999; бр. 108/2000).
23. Закон за здравето осигуряване. (ДВ, бр. 83/1998).
24. Закон за съсловните организации на лекари и стоматолози.
25. Златанова, Р., Организационни проблеми в дейността на ОПЛ, Дисертационен труд, София, 2006;
26. Златанова, Г., Ц. Петрова- Готова., В, Гончев., Р.Златанова- Великова., Удовлетвореност на пациентите в здравеопазването. Интердисциплинарната идея в действие. 32 Научно- Технологична сесия. Контакт 2013. Изд. "Темпо", София, 2013, 241.
27. Иванов, Г., Д. Димитрова, Въведение в общата медицина и общата медицинска практика, Пловдив, 2010;
28. Калахан, Д., Целите на медицината. Новите приоритети. Изд. "Темпо", 1998г., с.104;
29. Кирилов К., Маркетинг в здравеопазването .София, 2001г., 160с.
30. Кирилов, К., Маркетинг в здравеопазването. Изкуството да печелим пациенти. Мед. изд-во "Арсо" , 2000г., с.160.
31. Котляр, Ф., За маркетинга, изд. Класика и стил, София, 2003;
32. Класова, С., Иванов, П. Въведение в маркетинга. Университетско издателство 1999г., с.44.
33. Младенова, Г., Маркетингови анализи, София, 2000;
34. Маккормик, М., Онова, което не се преподава дори в Харвард. Изд. "Апис 90" , 1992г., с.224.
35. Маринова, З., Основи на пазарната икономика. Изд. "Хермес", Пловдив, 1995, с. 215.
36. Маринова, Е., Маркетинг, IV-ТО изд., Изд. "Princers", 1996, с.416.
37. Младенова, Г., Стратегическо маркетингово планиране. УИ

- "Стопанство", 1998г., с.203.
38. Петрова З, Чамов К, Гладилев С. Качество в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции. С., 2008, 270 с. 48.
  39. Петрова З, Младенова В. Удовлетвореността на пациента от медицинските услуги – компонент на качеството на здравното обслужване. Здравен мениджмънт, 2003, 3, 11-15.
  40. Петрова, З. Качеството – приоритет или псевдоприоритет на реформиращото се здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2007, 5, 7-15. 50.
  41. Попов М, Димова А. Качеството на първичната медицинска помощ: отражение в съзнанието на пациента. – Социална медицина, 2001, 1, 26-229.
  42. Попов М, Димова А. Първичната медицинска помощ: пациентът пред входа на лекарската амбулатория. Медицинска практика, бр. 3, 2001.
  43. 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](http://www.nsoplb.org/uploads/article_documents/gmp_gps_2008.pdf)
  44. Приложение № 3 НРД 2007. София, Обн. ДВ. 2006г.
  45. Радев, Е., Маркетингови подходи в здравеопазването – Проблеми и тенденции., изд. „Горекс Прес”, 2020, София;
  46. Радев Е., С. Славчев. Психически стрес и бърнаут синдром – Фактори. Спис. Медицински меридиани, „Крахът на здравноосигурителния модел в България”, година - IX, бр. 1, г. София, 2018 г., стр. 40 – 44., ISSN 1314 – 1090.
  47. Радев Е., Л. Асенова, С. Славчев. Системи за маркетингово разузнаване, Интердисциплинна Гражданска Академия, Факултет по обществено здраве, МУ- София, НТС по Машиностроене, Контакт 2019, 25 октомври 2019, София, , ISSN 1313-9134.
  48. Радев Е, Р. Горанова-Спасова, С.Славчев.Определение приоритетов и проблем, характерных для реформы в здравоохранении. VIII Международная научно –прастическая конференция.Задбальский государственны университет ,с.230, г.Чита, 2019 г., ISBN 978-5-9293-2325-6

49. Славчев, С., Е. Радев. Промоция на здравето, като стратегия и приоритет на здравната политика. Спис. Медицински меридиани., бр. № 3, 2018 г., стр. 16 – 21., ISSN 1314 – 1090.
50. Сотирова, Д., Бизнес-етика. Изд. ИНИ "Индустри Идея", 1995г., 191 с.
51. Спасов Л, Дякова М. Стратегии за намаляване неравенствата в здравеопазването – опитът на някои европейски страни. Здравен мениджмънт, 2007, 2, 74-80.
52. Стамболова, Ив., Организационни проблеми на сестренските грижи в ПМП, дисертационен труд, София, 2006;
53. Стамболова И, Стамболов С. Актуални проблеми в мениджмънта на общата практика (по мнение на ОПЛ). Медицински меридиани, 2010, 2, 39-44.
54. Стамболова В. Мениджмънт и етика в общата медицинска практика. 2008, 104 с.
55. Хил, Н., Б. Селф, Г. Роше, Измерения удовлетворености потребителя по стандарту ИСО 9000 – 2000, изд. Технология, М., 2004;
56. Христов Н и др. Факти и анализи за първичната здравна помощ в България. В: Първичната здравна помощ в България . Институт отворено общество, София, 2011.
57. Шипковенска, Е., Дж. Джолис, Основина общата медицинска практика, София, 1998;
58. Шопова, К., Социално-медицински подходи в ПМП, Дисертационен труд, София, 2002;
59. Шопов Д. Асклепий №1 ,X, изд. Изток- Запад, стр 87.91;
60. Юркова, К., Обществено здраве, изд. Горекс прес, София, 2001;
61. Alam, MZ., Aman R., Hafizullah M. Patients awareness survey in a tertiary carehospital. JPMI 2008; 22: 266 -9.
62. Al-azami SF, Mohammed AM, Hanafi MI, Patients satisfaction with primary health care in Cuwait after electronic medical record implementation. J Egypt Public Health Assoc 2006; 81: 277-300.
63. Al-Dousari H, Al Mutawa A, Ai Mithen N. Patient satisfaction according to type of primary healthcare practitioner in the capital health region,

- Kuwait. *Kuwait Medical Journal* 2008;40:31-8.
64. Al-Qatari GM, Haran D. Determinants of satisfaction with primary health care settings and services among patients visiting primary health care centres in Quateef, eastern Saudi Arabia. *Middle East Journal of Family Medicine* 2008;6:3-7.
  65. 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.
  66. Ansari Z. A review of literature on access to primary health care. *Aust J Prim Health* 2007; 13(2):80-95.
  67. 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.
  68. 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.
  69. 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. 139.
  70. Bartlett D. Preparing for the coming consumer revolution in health care. *J Heal Care Finance*, 1997; 23(4): 33-9.
  71. 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.
  72. 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.
  73. Boerma W. Profiles of general practice in Europe: an international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht: Universiteit Maastricht; 2003.
  74. Borre H. Patient satisfaction. An attribute or indicator of quality of care? *Quality review bulletin*, 1978; 13: 108-8.
  75. 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.
76. 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.
  77. 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.
  78. 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.
  79. Danish KF, Khan UA, Chaudhry T, Naseer M. Patient satisfaction; An experience at IIMC-T railway hospital. *Rawal Med J* 2008;33:245-8.
  80. 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.
  81. 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.
  82. 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).
  83. 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.
  84. Dobrossy L. *Prevention in primary care: recommendations for promoting good practice*. Copenhagen: World Health Organization for Europe; 1994.
  85. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund, Quarterly*, 1966, 44: 166-203.
  86. Donabedian A. *A guide to medical care administration*. Washington, American Public Health Association, 1969.
  87. Donabedian A. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge, Harvard university press, 1973.

88. Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. Ann Arbor, Health administration press, 1980.
89. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Health administration press, 1980.
90. Donabedian A. The quality of care – how can it be assessed? JAMA, Sept. 23/30, 1988, Vol. 260, No 12: 1743-1748.
91. Donabedian A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. Inquiry, 1988, 25: 173-192.
92. Drph L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. Journal of Family Practice 2001; 50:161.
93. Drucker P: Managing for the Future. New York: Harper Collins, 1992.
94. 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.
95. 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.
96. 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.
97. 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.
98. Erumban A, De Jong S. Cross-country differences in ICT adoption: A consequence of Culture? Journal of World Business 2006; 41:302-314.
99. Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. London: Polity; 1990.
100. 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](http://ec.europa.eu/health/ph_programme) 2006.
101. 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.
102. Ferrer R, Hambidge S, Maly R. The essential role of generalists in health
103. Fleming D. The European study of referrals from primary to secondary care.

- Rijksuniversiteit Limburg; 1993.
104. Fleming D. Continuity of care: a concept revisited. *European Journal of General Practice* 2000; 6:140-150.
  105. 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.
  106. Griffin J. The future of primary care: papers from a symposium held on 13th september 1995. 1996. London, Office of Health Economics. 141
  107. Groenewegen P. The shadow of the future: institutional change in health care. *Health Aff (Millwood)* 1994; 13(5):137-148.
  108. 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.
  109. 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-Noordhoff; 2003. 155-172.
  110. Grol R, Smits A, Fransen A, Van Weel C. Continuïteit in de huisartsgeneeskunde [Continuity in family medicine]. *Huisarts en Wetenschap* 1987; 30:275-279.
  111. Hennen B. Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity. *J Fam Pract* 1975; 2(5):371-372.
  112. 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.
  113. 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.
  114. Ishikawa K. *What is Total Quality Control? The Japanese way*. Englewood Cliffs, Prentice-Hill, 1985.
  115. Kotler, Ph., Roberta N. Clarke. *Marketing for Health Care Organizations*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, USA, 1987, p.545.

116. Kotler, Ph., *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control*, 8th Edition. Prentice Hall International, Englewood Cliffs, New Jersey, USA, 1994, p. 801.
117. 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.
118. 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.
119. 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.
120. 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.
121. 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.
122. 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.
123. Saultz J. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med* 2003; 1(3):134-143.
124. Schmid A, Cacaе 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).
125. Shewhart W. *Economic control of quality of manufactured product*. New York (1931): D. Van Nostrand Company. pp. 501.
126. 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.
127. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994 Oct 22; 344(8930):1129-33.
128. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and echnology. New York: Oxford University Press, Inc.; 1998.
129. Van der Zee J, Kroneman MW. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Serv Res* 2007; 7:94-105.
130. Vuori H. Primary health care in Europe – problems and solutions *Community Med* 1984; 6(3):221-231.
131. Weiner J, Starfield B. Measurement of the primary care roles of office-based physicians. *Am J Public Health* 1983; 73(6):666-671.
132. 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.
133. Westert G, Groenewegen P. Regional disparities in health care supply in eleven European countries: does politics matter? *Health Policy* 1999; 47(2):169-182.
134. World Health Organization. *The World Health Report 2008: primary health care now more than ever*. 2008. Geneva, World Health Organization.
135. 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.
136. [www. Ec.europa. eu/public opinion/artikles/ebs-283.PDF](http://www.Ec.europa.eu/public_opinion/artikles/ebs-283.PDF)

## **Приложение:1**

### **АНКЕТА КАРТА**

за проучване на степента на удовлетвореност на пациентите от качеството на медицинските услуги на общопрактикуващите лекари в гр.София – район Връбница

Уважаеми пациенти,

Моля отговорете на всички въпроси в тази анкета, като отбележите верния отговор с кръстче. За всеки въпрос трябва да изберете само един отговор. Анкетата е анонимна. Събраната информация ще бъде използвана като изследване за оценка на удовлетвореността Ви от оказаната Ви медицинска помощ от семейните лекари.

Попълва се от пациента. Може да участват пациенти, навършили 18 години.

1. Пол:

Жена

Мъж

2. Каква е Вашата възраст?

до 20 години

21 - 30 години

31 - 40 години

41 - 50 години

51- 60 години

над 60 години

3. Образование?

начално или основно

средно

висше

4. Как оценявате здравословното си състояние?

Добро

Задоволително

Лошо

5. Сменяте ли личния си лекар?

- Не
- 1 път
- 2 пъти
- Повече от два пъти

6. Каква оценка бихте дали на Вашия личен лекар по скала от 0 до 10?

- 0 Много лош лекар
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Много добър лекар

7. При издаване на направление за преглед при специалист или лабораторно изследване имали ли сте проблеми?

- Малък проблем
- Без проблем
- Голям проблем

8. При повикване на домашно посещение, колко често Вашият личен лекар се е отзовавал?

- Никога
- Понякога
- В повечето случаи

- Винаги
- Не съм се нуждаел от домашно посещение

9. През годината колко често сте се преглеждали профилактично?

- Никога
- Понякога
- В повечето случаи
- Винаги
- Не съм посещавал личния си лекар

10. Налагало ли се е да търсите Вашия личен лекар по спешност през годината?

- Не
- Да, 1 път
- Да, многократно

11. Налагало ли се е да викате Спешна медицинска помощ, защото не сте намерили Вашия личен лекар през годината?

- Да
- Не
- Понякога

12. Информацията за здравето Ви състояние, предоставя ли ви на достъпен език вашия личен лекар?

- В повечето случаи
- Винаги
- Понякога

13. Удовлетворени ли сте от информацията, която получавате в кабинета на лекаря за заболяването, начините на лечение и необходимите изследвания и консултации?.

- Да, удовлетворен съм
- Не, не съм удовлетворен
- Не съм получил никаква информация
- Не мога да преценя

14. Като пациент доволни ли сте от спазването на правата ви?

- Да, много съм доволен
- Не, не съм доволен
- Не мога да преценя

15. Проявява ли загриженост и уважение към Вас личният ви лекар? Доволни ли сте от отношението му към Вас.

- Никога
- Понякога
- В повечето случаи
- Винаги
- Не съм посещавал личния си лекар през последните 12 месеца

16. Бихте ли препоръчали Вашия семеен лекар на близки и познати?

- Да, заради добрата квалификация и високия професионализъм
- Да, заради високото качество на лечението и медицинското обслужване
- Да, заради вниманието и индивидуалното отношение
- Не бих го препоръчал

17. При закупуване на лекарства Вие се допитвате до?

- Личен лекар
- Аптекаря;
- Интернет;
- Приятели или познати;
- Реклами по телевизията.

18. Каква е според Вас оценката на медицинската помощ оказана от личния Ви лекар?

- Отлична;
- Много добра;
- Добра;
- Задоволителна;
- Лоша.

19. Кое според Вас ще доведе до подобряване на обслужването в здравеопазването?

- Повишаване на здравната осигуровка;
- Частното здравно осигуряване;
- Повече от една Здравна каса ;
- Увеличаване на финансирането от държавата;
- Не мога да преценя.

20. От къде Вие черпите информация за случващото се в системата на здравеопазването?

- Специализирани здравни предавания;
- Интернет;
- Брошури , листовки
- Личен лекар. Интернет

БЛАГОДАРЯ ЗА ВРЕМЕТО, КОЕТО ОТДЕЛИХТЕ!