

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”**

Д-р Юлиан Георгиев Йорданов

**ВЛИЯНИЕ НА ЕМИГРАЦИЯТА НА ЛЕКАРИ
ВЪРХУ ЗДРАВНАТА СИСТЕМА**

дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен

„доктор”

област на висшето образование: 7. Здравеопазване и спорт,

професионално направление: 7.4 Обществено здраве,

научна специалност: социална медицина и организация на

здравеопазването и фармацията

научни ръководители:

проф.д-р Златица Петрова, д.м

доц.д-р Тодор Черкезов, д.м

София, 2018г.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ

ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР..... 8

1.1. Анализ на здравните системи в съвременния свят	
1.1.1. Възникване, еволюция и управление	8
1.1.2. Здравните системи в развитите страни.....	14
1.1.3. Необходимост от реформи на здравните системи.....	16
1.2. Състояние на националната здравна система в България	
1.2.1. Националната здравна стратегия като платформа за развитие на здравеопазването.....	28
1.2.2. Националната здравна карта- инструмент за определяне на потребностите и ресурсите в здравеопазвателната система.....	42
1.2.3. Качеството на здравеопазването като стратегически приоритет.....	47
1.3. Човешките ресурси в системата на здравеопазването.....	57
1.3.1. Основи на управлението на човешките ресурси.....	58
1.3.2. Анализ на състоянието на човешките ресурси в здравната система.....	64
1.3.3. Анализ на влиянието на нормативната уредба върху състоянието на човешките ресурси	89
1.3.4. Отношение на обществото и медиите към здравната система	91
1.4. Миграционни процеси на здравни специалисти	
1.4.1. Миграция, определение, видове.....	92
1.4.2. Миграция на здравни специалисти в страните от Централна и Източна Европа.....	94
1.5. Влияние на миграцията/емиграцията върху здравната система	
1.5.1. Влияние върху достъпа и качеството на медицинската помощ. Влияние върху пазара на труда и икономически ефекти.....	97

ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ,ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО100

ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ ОТ НАПРАВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ

3.1. Състояние на човешките ресурси в здравеопазването в България.....	104
3.2. Миграция на българските лекари. Мотиви за миграция	110
3.3. Анализ на собствените проучвания	
3.3.1. Анализ на собствените проучвания от издадените от БЛС сертификати на лекарите за периода 01.01.2008– 07.06.2017г.....	114
3.3.2. Анализ на собствените проучвания от проведената анкета за периода м. януари – м. Април 2013г.....	130
3.3.3. Анализ на собствените проучвания от проведената анкета за периода 2014г.-07.06.2017г.	134
3.4. Влияние на емиграцията върху работата на здравната система.....	140

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ142

ЗАКЛЮЧЕНИЕ152

ЛИТЕРАТУРА155

ПРИЛОЖЕНИЯ160

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

- АС – Акредитационен съвет
БВП – Брутен вътрешен продукт
БЛС – Български лекарски съюз
БНП – Брутен национален продукт
БЗС – Български зъболекарски съюз
ЕС – Европейски съюз
ЕК – Европейска комисия
ИАЛ – Изпълнителна агенция по лекарствата
КМП – Качество на медицинската помощ
КТД – Колективен трудов договор
МЗ – Министерство на здравеопазването
НРД – Национален рамков договор
НЗОК – Национална здравноосигурителна каса
НЗС – Национална здравна стратегия
НС – Народно събрание
НСИ – Национален статистически институт
ОПЛ – Общопрактикуващи лекари
ПМО – Продължаващо медицинско обучение
ППР – Продължаващо професионално развитие
РЛК – Районна лекарска колегия
СЗО – Световна здравна организация
УИН – Уникален идентификационен код
УС на БЛС – Управителен съвет на български лекарски съюз
ОЕСД – Организация за икономическо сътрудничество и развитие
Phare – ФАР Програма на Европейския съюз за подпомагане държавите от Централна и Източна Европа при подготовката им за присъединяване към Европейския съюз

ВЪВЕДЕНИЕ

Световната здравна организация дефинира здравето като „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липса на болест или недъгавост”.

През 1978г. на Конференцията за първична здравна помощ в Алма-Ата, СЗО обяснява здравето като „стремеж на хората да получат такова ниво на здраве, което ще им позволи да водят социално и икономически продуктивен живот”.

През 1995г. СЗО прави оценка на световните промени в демографията, епидемиологията, околната среда, политически и социален статус и адресира належащите потребности в развиващите се държави и нуждата от здравен мениджмънт в индустриалните държави. СЗО призовава за международно съгласуване на „цели свързани с равнопоставеността и устойчивото развитие на здравеопазването”.

През 1999г. СЗО приема за своя основна цел „постигане на максимално ниво на здраве за всички хора”.

Здравеопазването представлява провеждане на много голям брой разнообразни услуги за промоция на здравето, профилактика на болестите, диагностика, лечение и рехабилитация, чрез които се формира крайния продукт – подобряване на здравето на индивида, семейството, общността или цялото общество. Произвеждането на тези услуги изисква наличието в дадено време на определени ресурси – човешки, финансови, материално-технически и технологични, информационни, организационни и природни.

Подготовката, разпределението и осигуряването на наличността на тези ресурси по време и място следва да стане в съответствие с приоритетите и целите, в зависимост от проблемите, които трябва да се решават .

Приоритетите на здравеопазването произтичат от динамиката на здравето на нацията. Въз основа на тях се избират и формулират целите, които здравеопазването трябва да постигне в дадения времеви хоризонт. Целите обаче трябва да са съобразени с наличните или очаквани ресурси в определени времеви етапи. Осигуряването на симетрия между здравните цели (произтичащи от приоритетите в здравето на нацията) и здравните ресурси (с етапите на тяхната подготовка) ще балансира здравеопазването

с основните проблеми на здравето на нацията /73,74/. Здравните потребности винаги надвишават и ще надвишават ресурсите, с които разполага дадена страна. За недостиг на ресурси за здравеопазването се говори и в най-богатите страни. Поради това не може да бъде постигнат баланс между здравни потребности и здравни ресурси. Напълно възможно е обаче да се постигне симетрия между целите (основани на приоритетите) и здравните ресурси на страната.

Всяка здравеопазна система функционира благодарение на ресурсите, с които разполага. Управлението на ресурсите е свързано с ефективността при ползването им, качеството на предоставяната медицинска помощ и отчитаните здравни резултати /51/.

Основният ресурс във всяка една организация са хората. Публичното здравеопазване е сложна социално-икономическа система, в която присъстват няколко елемента – цели, задачи, практическа дейност, човешки ресурси и качество на живот. Постигането на целите, изпълнението на задачите и ефективното функциониране на тази система е невъзможно без човешките ресурси, работещи в нея. Безвъзвратно е остаряла идеята, че здравеопазването е само полагане на лекарски труд. В съвременните високотехнологични здравеопазни системи намират място не само медицински специалисти, но и икономисти, юристи, информатици, статистици, психолози, специалисти по мениджмънт и др. Наличието на широк спектър от различни професии в здравеопазването създава безусловната необходимост от единен език, единен стил на мислене и единен стил на действие между представителите на многобройните професии /16/. Важно е да се знае, че във всяка здравеопазна система преобразуването касае налични (ограничени) ресурси в желани резултати, съответни на определените и поставени цели. Обемът на ресурсите – размер, количество, качество, зависи винаги от степента на икономическото развитие на страната и възможността на обществото да заделя “пари за здраве”. От това следва, че ефективността на управлението е от изключително значение – т.е. отношението на резултата (ползата) към ресурсите на дадена здравна организация /5,41/.

Недостатъчната до липсваща у нас през последните 20 години държавна политика за управление на човешките ресурси в областта на здравеопазването, както и ясна визия за решаване на общите проблеми на работещите в системата на здравеопазване доведе до миграцията и емиграцията на здравни професионалисти с тенденция към засилващ се недостиг на медицински персонал – лекари и медицински сестри /64,68/. Една от основните причини е започналата и недовършена реформа в

здравната система и липсата на ясна визия за това как да се случи, липсата на здравна стратегия, приета с консенсус и реализираща се от политическите партии, които са на власт. Причина са и лоша политика на обучение и квалификация; недостатъчни стимули и липса на мотивация на здравните кадри; липса на стратегическо планиране и адекватна политика на финансиране и инвестиции; емиграция в чужбина. Политическите промени, довели до свободно движение на хора, стоки и услуги дадоха старта на този процес/90/. Икономическите кризи и териториалните диспропорции засилват миграционните процеси. Присъединяването на България към ЕС, признаването на дипломите за висше и средно специално образование и бавните до липсващи решения на икономически и професионални проблеми дадоха силен тласък на емиграцията в последните няколко години /86/. Разликите в благосъстоянието на цели общества и различни обществени и професионални групи стоят в основата на движещите мотиви за емиграция. Тези различия се измерват с икономически показатели на макро и микро равнище, като брутен вътрешен продукт, ниво на безработица, равнище на доходите, структура на доходите и потреблението, индекси на човешко и социално развитие, както и измерителите на субективно благоденствие /69/.

Лекарският труд е важен елемент при предоставянето на здравни услуги и очакваният бъдещ глобален недостиг, на тази категория персонал е сериозен проблем за здравните системи и здравната политика, както на развиващите се, така и на развитите страни. Набирането на здравни специалисти от развиващите се страни е един от основните начини на развитите страни за справянето им с недостига от медицински кадри.

В този смисъл глобализацията на пазара на труд при лекарите като свободна професия се отразява негативно на здравните системи на развиващите се страни, към които спада и България /109/.

Загубите, които понася страната ни, се изразяват най-вече в невъзможността да се осигури необходимата качествена помощ на гражданите, както и ограничаване достъпа до редица здравни услуги. Не е за пренебрегване и факта, че обучението на медицинските специалисти у нас е изцяло субсидирано от държавата, т.е. при емигрирането им обществото губи инвестициите, които е вложило в обучението им.

Съгласно либерални принципи в икономическата политика на ЕС, България не може да предприеме мерки, свързани с ограничаване на правото на емигриране на висококвалифицирани кадри, защото това противоречи на

доминиращите възгледи, според които никоя от засегнатите страни не може да наложи преки административни забрани към нейните граждани, относно избора на място на работа и професионална реализация.

Намаляващият брой на тази категория здравни специалисти, наред с миграционните движения е световен проблем. Основната дилема пред всички държави е как да се балансират правата и нуждите, както на медицинските специалисти, така и на пациентите, като отговор на този въпрос все още не е намерен еднозначно /92/. Поради това много международни изследователи се опитват да потърсят причините, които водят до засилена миграция на тези специалисти да практикуват професията си в други страни, мотивацията им, както и факторите, които оказват влияние върху всичко това. На базата на задълбочени и широкообхватни проучвания се опитват да предложат ефективни мерки за разрешаване на съществуващите проблеми на трудовите пазари.

ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1.1. Анализ на здравните системи в съвременния свят

1.1.1. Възникване, еволюция и управление на здравните системи

Осигуряването на медицински грижи за цялото население е едно от големите предизвикателства на общественото здравеопазване. Правителствата от всички политически окраски развиват дейност в областта на здравеопазването като застрахователи, осигурители и регулатори на общественото здравеопазване. Обществото ще има много причини да издига общественото здраве за всички, точно колкото изисква всеобщо образование и грамотност. В края на 19-ти и началото на 20-ти век, националните интереси се рedefинират така, че да включват и целокупното здраве на населението, особено що се отнася до работниците, войниците и националния престиж. Отговорността за здравето на нацията включва мерки за предпазване от заболявания, но също така и за финансиране и предплащане за медицинските и болничните грижи. Националната политика постепенно обхваща мерки за укрепване здравето, структурите за оценка на здравето на нацията, модификацията на политиката съобразно променящите се нужди.

Здравето на населението изисква свободен достъп до медицински и болнични услуги, както и до профилактични грижи и здравословна среда. Гръцките и римските градове са назначавали лекари, които да осигурят безплатно здравеопазване за бедните и за робите. Средновековните гилдии са осигурявали безплатни медицински услуги за своите членове. През 1883 г., Германия въвежда задължителното национално здравно осигуряване за работниците си, тъй като се нуждае от здрави работници и войници, които да й дадат политическо предимство. През 1911 г., британският министър на финансите Лойд Джордж, институционализира чрез Националния осигурителен акт, като задължително здравно осигуряване за работниците и техните семейства. През 1918 г., след Октомврийската революция, Съветският Съюз създава цялостна държавна здравна система, като поставя ударението върху предпазването, осигуряването на безплатни грижи на цялата територия на страната.

През 20-те години на 20-ти век, националното здравно осигуряване се разширява и обхваща много части на Европа. След Голямата депресия от 1930-те години и

надеждите, предизвикани от победата във Втората световна война, се приема важно социално и здравно законодателство с цел осигуряването на здравеопазване за населението на Великобритания, Канада и Съединените щети. Във Великобритания лейбъристкото правителство създава Национална здравна служба. В Канада се осъществява едно постепенно подобряване на социалното законодателство в периода 1940-1970 г., включително и създаването на национална пенсионна и здравноосигурителна програма. В САЩ, социалното законодателство идва по-късно, поради провалянето на националната осигурителна система в Конгреса през 1946 г. и силната идеологическа опозиция, с която се посреща „социализираната медицина“. Все пак през 1965 г. се създава всеобща осигуровка на населението на възраст над 65 години (Medicare), а скоро след това се осъществява и осигуряване на бедните (Medicaid). В края на 20-ти век всяка държава признава значението на здравето за социалното и икономическото благополучие на населението /92/.

Терминът здравна система може да бъде приложен към формализираната структура или мрежа от функции, които си взаимодействат, за да повлияят пряко или непряко върху посрещането на здравните нужди на населението посредством здравноосигурителната система или здравните служби. Частното здравно осигуряване все още е преобладаващият модел в САЩ, но възрастните хора и бедните се осигуряват с правителствена здравна осигуровка; държавата търси начини за постигане на универсално здравно осигуряване. Предплащането на здравните услуги посредством общ данък се възприема в много държави, а в други – плащане на вноски от работниците и работодателите в социално-осигурителната система. Както развитите, така и развиващите се страни включват във финансирането не само здравните грижи, но също и изследователската дейност и обучението на здравните професионалисти /18/.

Индустриалните страни се срещат с все по-големи трудности що се отнася до растящите цени в областта на здравните грижи. Въпреки, че здравеопазването дава работа на много хора в развитите държави, отделянето на средства от брутния национален продукт (БНП) е основен фактор за стимулирането на реформата в здравеопазването. Има много държави, които се стремят да бъдат в крак с растящите цени и конкуренцията за други социални нужди като образованието, намирането на работа и социалното благополучие – всичките от голямо значение за националното здраве. Някои икономически теории не отдават на човека никаква друга стойност, освен като на производител. Либералните и социалдемократическите политически

философии възприемат една етична гледна точка и социална отговорност за здравето. И двата подхода са единни по отношение на това, че здравето има социална и икономическа цена. Успехът на общественото здравеопазване предизвиква голямо увеличение на дела на възрастните хора сред населението, като повдига много етични и икономически въпроси за потреблението на здравни грижи, осигуряването с услуги, както и системи за социална подкрепа /7/.

В развиващите се държави осигуряването на здравни услуги за цялото население е недостижима мечта. Ограничените ресурси и прекалено големите разходи за високи технологии в столиците не оставят много място за основни грижи за градската и селската беднота. Въпреки, че е постигнат голям прогрес по отношение приложението на фундаментални първични грижи от основно значение като имунизации и пренатални грижи, все още има милиони случаи на предотвратими болести, поради липсата на елементарни програми за базисни първична и вторична профилактика /34/.

Национални здравни системи

Осигуряването на достъп до здравни грижи за всички е основен принцип на Новото обществено здравеопазване. Медицинските грижи са важни не само за индивида, но също и за населението като цяло, тъй като разполагат с ефективни методи за предпазване от много заболявания и за спиране на развитието на други. Въпреки значимостта си, медицинските грижи сами по себе си не са достатъчни за създаване на висок стандарт на здравеопазване за населението. Човек може да има достъп до медицинска помощ, но лични или обществени рискови фактори могат да доведат до здравословни проблеми, които медицинската помощ може само да се опита да облекчи. Наличността и достъпа до грижи трябва да се разглежда в контекста на действията на индивида и на обществото за предпазване от заболявания и за промоция на здравето /9,46,70/.

Повечето индустриални държави са реализирали национални здравни програми под формата на здравноосигурителни системи или национални здравни служби. Всяка е била разработена в политическия контекст на държавата и продължава да се развива с нейния собствен и с международния опит. Развиващите се страни също се борят да постигнат всеобщ достъп до грижи и здраве за всички, чрез разширяване на първичната здравна помощ и плановете за социално подпомагане, които предоставят социални придобивки на работниците. Движейки се нагоре по стълбицата на икономическото

развитие, развиващите се страни също се обръщат към проблема за това как да постигнат справедливост в достъпа до здравни грижи, а също така и за разширяването на финансовата основа на здравните грижи чрез национално здравно осигуряване.

Всяка национална здравна система има свои особености и проблеми. Тяхното управление изисква продължително оценяване, основано на широко развит персонал по здравен мениджмънт, обучен в областта на информационните системи и включване на обществото чрез професионални организации и групи от поддръжници. Не съществува единствен, определен „златен стандарт“ на план за осигуряване на всеобщ достъп до здравни грижи, който е подходящ за всички страни. Всяка страна развива и модифицира програма за национално здравеопазване, съобразно нейните собствени културни потребности и налични ресурси. Моделите на здравни грижи непрекъснато се развиват, така че страните могат и трябва да се учат една от друга.

Медицинската помощ има географски, културни, социални и психологични, а така също и финансови ограничения. Отстраняването на финансови бариери е необходимо, но не е достатъчно за оптимално здравеопазване. Равенството и минималните междурегионални и социодемографски различия при достъпа до качествени здравни грижи, са жизненоважни за добрите общественоздравеопазни стандарти. Необходимите услуги са не само онези, които се предоставят при търсене от пациента, но включват и онези, които достигат до цялото население, особено до хората от рискови групи, които имат по-малки възможности да търсят подходящи грижи.

Програма, която предоставя еднакъв достъп за всички, може да не постигне своята цел за по-добро здраве на населението, ако не е придружена от прилагане от страна на държавата на закони за здравословна околна и трудова среда, храна и хранене, както и стандарти за вода, подобрени здравни услуги в селата, по-високо образователно равнище и предоставяне на здравна информация за обществото. Необходими са допълнителни национални програми за промоция на здравето изобщо и за намаляване на специфичните рискови фактори за заболяемостта и смъртността. Отговорността за здравето лежи не само върху медицинските и другите здравни професионалисти, но също така върху обществото и неговите изпълнителни институции, правителствени и доброволни организации, а също и върху индивида, семейството и неформалните групи на хора със сходни интереси.

Индивидуалният достъп до основен пакет от услуги като предплатена придобивка (напр. осигуровка) е неразделна част от една успешна национална здравна програма.

Всяка страна се отнася към този въпрос според своите средства и традиции, но тези придобивки трябва да бъдат оценявани с оглед на това кои са най-ефективни и при най-ниски разходи посрещат епидемиологичните и демографски потребности. Плащанията за сърдечна трансплантация могат да се простират отвъд възможностите на една здравна система, но ранното и решително овладяване на острия миокарден инфаркт е ефективно на скромна цена. Подобрените диети, намаляването на тютюнопушенето, както и физическите упражнения са даже по-ефективни и по-малко скъпи. Профилактиката е ефективна що се отнася до намаляване на разходите и би трябвало винаги да се отчита при изработването на приоритети в пакета от услуги.

Еволюция на здравните системи

Историята на общественото здравеопазване е пряко свързана с еволюцията на мисленето по отношение на здравето. Древните общества, по един или друг начин, разбират връзката между санитарните условия общественото здравеопазване, както и ролята на личната хигиена, храненето и физическата активност. Светостта на човешкия живот (Pikuah Nefesh) на практика постановява човешката отговорност за спасяването на живота и е извлечена 1500 г. пр.н.е. от Законите на Мойсей. Научната и етична основа на медицината също се основава на ученията на Хипократ в четвърти век преди новата ера. Хигиената и доброто хранене са заложени в древното общество, включително и задължението за грижа за бедните. Това са етичните основи, на които се крепят усилията за запазване на живота, дори и това да става за сметка на други религиозни или граждански задължения.

Социалните и религиозни системи, които свързват болестите с греховете и наказанията, наложени от по-висши сили, което не изключва интервенция на обществото, освен в случаите на облекчаването на болката и страданието, което е проява на божията воля. Раждането на децата се обвързва с императива „ще раждаш децата си с болка“. Здравеопазването се разглежда като религиозна и благотворителна отговорност за облекчаване страданията на грешника.

Ясната нужда и отговорността на обществото да се предпазва от зараза с инфекциозни болести бива осъзната особено от пандемията – от проказа, чума, сифилис, едра и дребна шарка. Болестите развивали устойчивост, а прагматичните мерки били възприемани постепенно, като имали за цел да контролират разпространението на тези болести; някои от тези мерки са изолацията на прокажените,

карантината на корабите и затварянето на обществените бани. Епидемиологичните проучвания на холерата, тифа, професионалните заболявания и болестите, характеризиращи се с недостига на някои хранителни съставки или елементи, започват да демонстрират причинните връзки и ефективните начини на интервенция. Даже през 20-ти век, практиката на общественото здравеопазване продължава да функционира на оперативна основа дълго преди цялостната основа на причинността да бъде изработена. Организациите, занимаващи се с обществено здравеопазване се стремят да осигуряват основни санитарни и други мерки.

Традицията за предварително заплащане на здравните грижи води началото си от древни времена, когато общински лекари, назначени от местните власти са оказвали медицинска помощ за бедните и за робите. През средните векове, църквата е доставяла благотворителни грижи за бедните. През периодите на Средновековието и Ренесанса, гилдиите са осигурявали предварително платени здравни привилегии за техните членове. По-късно те са се развивали в приятелски общества, програми за взаимоподпомагане, които се грижат за погребения, пенсии и здравни застрахователни помощи за членовете си. През 20-ти век, те се развиват в спонсориращи съюзи и частни здравноосигурителни фондове.

Обществено осигуряване. Отто фон Бисмарк, канцлер на Германия, въвежда първият план за национално здравно осигуряване на работници. Той следва предходното законодателство в Германия, установяващо компенсации за работниците в железниците (1838 г.) и задължителните милосърдни общества за миньорите (1854 г.). Работническите компенсации и другите привилегии са били разширени през 1871 г. за много работници и други индустрии, като тези в домашните услуги, работниците в мините, заводите и каменните кариери и моряците. Законодателството на Бисмарк от 1883 г. е било предназначено да подобри здравето на работниците и техните семейства и особено на потенциалните новобранци в армията, също както да отложи политическото напредване на социалистическите партии. Програмата се основава на принципа на общественото осигуряване, включващ осигурителни вноски по месторабота, с приноси и от работодателя, и от работника, за покриване на медицинските грижи, помощите за безработица и пенсиите на работни.

1.1.2. Здравните системи в развитите страни

В изготвения от Алианса за здравна политика и научни изследвания при СЗО документ „Преглед на концептуални бариери и възможности, пред които са изправени здравните системи в проучванията за стратегия на Световната здравна организация Steven J. Hoffman, John Arne Rottingen, Sara Bennett, John N. Lavis, Jennifer S. Edge, Julio Frenk представят 41 различни типа здравни системи, които са класифицирани като три системни рамки - фокусирани върху цялата система на здравеопазването, под-рамки, фокусирани върху определени компоненти на здравната система и свръх-рамки, фокусирани върху това как другите обществени системи взаимодействат със системата на здравеопазването.

Таблица №1: Категоризация на 41 рамки на здравеопазни системи

Цел	Под-рамка	Рамка	Свръх-рамка
Разбирателство и взаимодействие	<ul style="list-style-type: none"> • Yett, <i>et al.</i>, University of Southern California, 1972; • Kutzin, WHO Regional Office for Europe, 2001; • Mills, <i>et al.</i>, World Bank, 2006; 	<ul style="list-style-type: none"> • Evans, University of British Columbia, 1981, (“Actors Framework”); • Roemer, University of California, 1991 (“Basic Interactions Framework”); • WHO, 2000 (“Health Systems Performance Framework”); • Khaleghian & Das Gupta, World Bank, 2004; • WHO, 2007 (“Building Blocks”); • Global Fund, 2008; • Mikkelson-Lopez, <i>et al.</i>, Geneva Health Forum, 2010; 	<ul style="list-style-type: none"> • Hsiao & Heller, International Monetary Fund, 1997; • Atun & Menabde, Imperial College, 2008 (“Systems Thinking Framework”); • Veillard, <i>et al.</i>, Canadian Institute for Health Information, 2011;
Сравнение	<ul style="list-style-type: none"> • Feldstein, <i>et al.</i>, Harvard University, 1972; • Feldstein & Friedman, Department of Health, Education and Welfare, 1976; • Nixon & Ulmann, University of York, 2006; 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechel, <i>et al.</i>, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010 (“HiT Template”); 	<ul style="list-style-type: none"> • Hurst, OECD, 1992 (“Fund Flows and Payment Framework”); • Anell & Willis, Swedish Institute for Health Economics, 2000; • Hurst & Jee-Hughes, OECD, 2001; • Docteur & Oxley, OECD, 2003; • Anand & Bärnighausen, University of Oxford and Harvard University, 2004; • Siddiqi, <i>et al.</i>, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009;

Информирани промени	<ul style="list-style-type: none"> • WHO, 2008 (“Primary Healthcare”); • Savel, <i>et al.</i>, Centers for Disease Control and Prevention, 2010; 	<ul style="list-style-type: none"> • Frenk, Mexican Health Foundation, 1994 (“Reform Framework”); • Londoño & Frenk, Inter-American Development Bank & Mexican Health Foundation, 1997; • Sicotte, <i>et al.</i>, University of Montreal, 1998 (“Integrated Performance Framework”); • Mills & Ranson, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2001; • Population Health and Wellness, British Columbia Ministry of Health Services, 2005; • Commonwealth Fund, 2006; • Van Olmen, <i>et al.</i>, Institute of Tropical Medicine Antwerp, 2010; 	<ul style="list-style-type: none"> • Cassels, 1995; • World Bank, 2007 (“Healthy Development”);
Оценка	<ul style="list-style-type: none"> • Ergo, <i>et al.</i>, USAID, 2011 	<ul style="list-style-type: none"> • Aday, <i>et al.</i>, University of Texas, 1998 (“Behavioural Healthcare Framework”); • Roberts, <i>et al.</i>, Harvard University, 2003 (“Control Knobs Framework”); • Ramagem & Raules, Pan American Health Organization, 2008; • International Health Partnership, 2008; 	<ul style="list-style-type: none"> • Arah, <i>et al.</i>, University of Amsterdam, 2006; • Shakarishvili, <i>et al.</i>, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2011;

В изследването си „Здравеопазни системи. Концептуална рамка за сравнение” авторите посочват следната класификация /виж Табл. №2/ на здравеопазните системи /Council of Europe, 2006/.

Табл. №2: Типове здравеопазни системи

Изследване	Изследвани параметри	Тип система
Field (1973)	Собственост Автономия на лекарите	Система на плуралистично здраве Система на здравно осигуряване Система на здравни услуги Социализирана здравна система
Terris (1978)	Основна организационна единица	Обществено подпомагане Здравно осигуряване Национална здравна служба
Frenk and Donabedian (1987)	Държавен контрол върху производството на здравни грижи Основа за приемливост	Например, Национална здравна служба (NHS) в социалистическите страни, Националната здравно-осигурителна система в Германия, или Medicaid в САЩ
OECD (1987)	Покритие Финансиране Собственост	Модел на NHS Социален модел на осигуряване Частен модел на осигуряване
Blank and Bureau (2004)	Държавата участва във: Финансиране Осигуряване	Модел на NHS Социален модел на осигуряване Частен модел на осигуряване

<p>Различни автори, напр. Hassenteufe I & Palier (2007) Moran (1999)</p>	<p>Покритие Финансиране</p> <p>Основна организационна единица Консумация Снабдяване Производство</p>	<p>Здравноосигурителна система тип Бисмарк Национална здравна служба тип Бевъридж Укрепването на управлението и контрола от държавата Държавно обезпечаване Държавни организации Несигурни управление и контрол</p>
--	--	---

Според някои български автори /П.Салчев, И.Семерджиев, и др./ здравните системи могат да се типологизират на основата на протичащите в тях дейности и процеси.

Типовете системи могат да се разделят на основата на вида и акцента на медицинските и немедицинските дейности и процеси.

Според медицинските дейности и процеси здравните системи са:

- С предимно клинична насоченост;
- С промотивно превантивна насоченост;
- С комплексен подход.

Според немедицинските дейности:

- Политически модели – консервативен, етатистки (държавен) и либерален;
- Според вида на финансиране на системата;
- Според начина на заплащане на доставчиците на здравни услуги;
- Според организационните схеми;
- Други

1.1.3 Необходимост от реформи в здравните системи

Тъй като профилактиката постепенно се превръща в съществен елемент на цялостните медицински грижи, различията между общественото здравеопазване и клиничната медицина все повече намаляват. Много държави са в процес на здравна реформа, мотивирани от нуждата за рационално разпределение на ресурсите и осигуряване на по-голям достъп на здравни грижи. Основни стимули или основания за реформа са необходимостта от ограничаване на разходите, регионалното равенство и съхраняване или развиване на еднакъв достъп и качество на здравните грижи /51/.

В някои условия здравната система може да не успее да бъде в синхрон с развитието на профилактиката и клиничната медицина. В някои страни акцентът е поставен върху развитието на медицинските и болнични грижи и е пренебрегнато развитието на важни дейности за намаляване на здравните рискове. Процесът на реформа изисква установяване на стандарти за измерване на здравния статус и балансиране на услугите за оптимизиране на резултатите. Поставянето на подходяща цел, например постигане на 95% имунизации сред децата, като част от националната имунизационна програма, изисква създаване на система за мониториране на изпълнението и стимулиране на промените /51/.

Дадена здравна система може да претърпи провал при адаптирането към променящите се потребности на населението поради липса или неефективно прилагане на здравно-информационни програми. Като резултат са възможни сериозни грешки при разпределението на ресурсите и развитието на високоспециализирани болнични сектори, за сметка на профилактиката и първична помощ /68/. Необходимо е всички видове здравни служби да развият механизми за правилно събиране и анализиране на необходимата информация, за мониториране на заболяемостта и други здравни индикатори, като оползотворяване на болничния капацитет, амбулаторни грижи и модели на профилактика. Например, Националната здравна служба във Великобритания периодично преминава процес на частично реструктуриране за подобряване на ефикасността на услугите. Това включва организационни промени и децентрализация чрез промяна на начините за регионално разпределение на ресурсите.

Докато демографските и епидемиологични тенденции са част от една продължителна еволюция, здравните системи се повлияват от технологичния прогрес, финансовите и организационни промени. Възникват нови проблеми и нужда от преоценка на приоритетите за постигане, както и на ефективни методи за насочването им. Реформите създават неочаквани проблеми, като професионално или обществено недоволство, което трябва да бъде оценено, мониторирано и адресирано като част от еволюцията на общественото здравеопазване /51/.

Необходимост от реформа в здравеопазването

Реформата представлява съвкупност от различни по вид и характер дейности (правни, икономически, финансови, организационни и др.), чрез които се извършва трансформацията от един здравно-политически модел към друг.

В Р.България в продължение на повече от четиридесет години системата на здравеопазване се развива по модела на държавен монополизъм с централизирано управление и финансиране. Този модел е характерен за всички социалистически страни през втората половина на XX век .

Настъпилата дълбока обществена промяна в страната след 10.XI.1989 г. и новото държавно устройство изискват реформи във всички сектори на общественоекономическия живот, включително в здравеопазването.

Три са основните причини, които определят неизбежната необходимост от реформа в здравеопазването на страната ни:

1. Влошеното и влошаващо се здравно състояние на населението;
2. Доказаната неефективност на съществуващата система на здравеопазване;
3. Новите тенденции в развитието на страната:
 - утвърждаване на демокрацията
 - утвърждаване на пазарната икономика
 - приобщаване към европейските стандарти и ценности

Реформата на извънболничната и болничната помощ като трансформационен процес има основна цел да отстрани основните характеристики на съществуващия социалистически модел:

- пълна държавност
- строга йерархичност
- задължително райониране
- задължителен първи контакт по местоживеене или месторабота
- данъчно събиране на средствата
- бюджетно разпределение на средствата

Този модел, в съчетание с недобри управленски решения, поражда неефективност в системата и води до редица отрицателни последици:

- развитие на огромна материална база, несъобразена с малката територия на страната и броя на обслужваното население
- неадекватна структура на болничните легла спрямо потребностите от хоспитализация
- дублирана система за първична помощ - участъков лекар, заводски лекар, училищен лекар
- ниска използваемост на ресурсите

- недостатъчна материално-техническа осигуреност
- изоставане в прилагането на иновативни и ефективни медицински технологии
- нисък икономически стандарт и демотивация на медицинските съсловия
- слабо участие на обществото и съсловията във формирането на здравната политика

Несъответствието на съществуващото у нас здравеопазване до 10.XI.1989г.с общоевропейските стандарти и ценности се изразява в няколко насоки:

- липса на реална защита на правата на гражданите по отношение закрилата на тяхното здраве

- липса на плурализъм в собствеността - равнопоставени обществен и частен сектор

- ориентация на здравеопазването към предлагането, а не към търсенето на медицинска помощ

- пренебрегване значението на непрекъснатото обучение и квалификация на персонала

- елиминиране или непълно изпълване на важни фактори във формирането на здравната политика - съсловни организации, неправителствени организации, пациентски сдружения, медии.

От направения анализ, към който трябва да прибавим и влошените здравно-демографски показатели, става ясно, че здравната реформа в този исторически период е без алтернатива. Налице е и, макар и трудно постигнат, общественно-политически консенсус като важно условие за стартиране на реформата.

Цел, съдържание и основни параметри на здравната реформа

Реформата на здравеопазването означава да се преустанови възпроизвеждането на системата в съществуващия вид и да се преобразува в съответствие стандартите, принципите и опита на страните от Европейската общност.

Във връзка с това националната здравна политика е преориентирана към постигането на дългосрочни и близки цели.

Дългосрочни цели:

Тяхното постигане е свързано с разработване и реализиране на дългосрочни национални програми за профилактика на заболяванията, промоция на здравето,

оптимизиране на системата на медицинската помощ. Целите се насочват към решаване на следните групи проблеми:

- оздравяване на околната среда (трудова, обитаема, за отдых)
- здравословния начин на живот - с всички негови компоненти
- ограничаване на вторичните рискови фактори
- утвърждаване на европейски стандарти в системата на медицинската помощ, особено по отношение на качеството.

Близки цели :

Тяхното съдържание е осигуряването на необходимата медицинска помощ чрез неотложна реформа на системата за медицинска помощ в две насоки:

- структурна реформа
- финансова реформа

Структурна реформа на медицинската помощ

Целта на структурната реформа е да отстрани отрицателните страни на медицинската помощ и да създаде адекватни възможности за нейното развитие и подобряване.

Обект на структурната реформа са: първичната медицинска помощ /ПИМП/, специализираната доболнична медицинска помощ /СИМП/, болничната помощ /БП/, снабдяването с лекарства, управленската структура.

Поради изключителното значение на ПИМП за задоволяване на базисните потребности на населението, реформата в тази област се явява основен приоритет на националната здравна политика/34/. Съществуващата до момента амбулаторно-поликлинична мрежа е заменена с институцията на **общопрактикуващия** лекар, която е самостоятелна като финансиране и управление, избира се свободно от всеки гражданин, оказва първична медицинска помощ на него и семейството му. ПИМП има няколко основни характеристики:

-осъществява се от избран от гражданите общопрактикуващ лекар, собственик на практиката, в която работи, с помощен персонал, на който е работодател. Той извършва,интегрира и координира всички медицински и медико-социални дейности, свързани с проблема на пациента. Дейността си общопрактикуващият лекар упражнява самостоятелно, в отделна лекарска практика, или в групова практика.

-общопрактикуващият лекар е на „входа“ на системата и извършва регулация на пациентопотока в няколко посоки - решава проблемите на пациента при себе си, насочва ги към специалист или болница, тогава когато състоянието на пациента изисква специализирана консултация или стационарно лечение.

-възнаграждението на лекарите от ПИМП се определя най-общо по две линии – за брой записани пациенти (капитационен принцип) и за извършена дейност (по договора с РЗОК).

Специализираната помощ в доболничното здравеопазване има за цел да оказва консултативно – диагностична дейност и лечение в доболнични условия, което е икономически по-изгодно, а за пациента по-щадящо и приемливо. Основните характеристики за този вид помощ са:

- извършва се от лекари специалисти по различните клинични специалности с направление от ОПЛ.

-оказва се в диагностично-консултативни и медицински центрове или в амбулаторни практики за индивидуална специализирана медицинска помощ. Тези структури имат самостоятелна юридическа регистрация като търговски дружества за доболнична помощ.

-възнаграждението на лекаря специалист се оформя според броя на извършените прегледи на пациентите, които са го избрали.

Болничната помощ се оказва от лечебни заведения, които като структура и дейност отговарят на нормативните изисквания за болница. Трябва да притежава четири обособени блока: консултативно-диагностичен, стационарен, административно-стопански и болнична аптека. Болниците са публични и частни, но са равнопоставени по закон.

-пациентите постъпват в болница само ако проблемите им не могат да бъдат решени в доболничната помощ или ако състоянието е рязко влошено и се налагат спешни мерки.

-постъпването на пациентите в болница става по няколко пътя – с направление от ОПЛ, с направление от специалист от доболничната помощ, след преглед в спешното приемно отделение или след преглед в консултативно-диагностичния блок на болницата. Така се оформят два пациентопотока - за спешен прием и за планов прием. Спешният прием е безотказен, а плановият е регулиран и може да бъде отложен в рамките до един календарен месец.

-лечението на пациентите се извършва по предварително регламентирани и договорени клинични пътеки или амбулаторни процедури, които са алгоритъм за качество в болничната дейност.

-заплащането на болничната дейност е свързано с приходоизточниците – основно от договореното с РЗОК, от бюджета на Министерството на здравеопазването - за дейности, контролирани от държавата - спешна помощ, трудова експертиза, здравно-консултативна помощ за деца с увреждания, както и от потребителски такси.

Финансова реформа в медицинската помощ

Целта на финансовата реформа е да се въведат икономически механизми за саморегулация на медицинската помощ, да се рационализират разходите в тази област, да се постигне нарастване на средствата на базата на по-висока ефективност и повишеното качество на медицинската дейност.

Обект на финансовата реформа са източниците на финансиране и финансовите отношения в здравеопазването.

Източници на финансиране и финансови отношения

С премахването на централизираната и въвеждането на плуралистична система на здравеопазване, финансирането от единствен източник-държавният бюджет, бе заменено с финансиране от различни приходоизточници/18/ .

С приемането на Закона за здравно осигуряване в страната бе възприет здравно-осигурителен модел със задължителен характер по принципа на солидарността - всички плащат здравни вноски, медицинска помощ ползват тези, които се нуждаят.

Здравното осигуряване е дейност по набирането на здравноосигурителните вноски, управлението на набраните средства и тяхното разходване за заплащане на здравни дейности, услуги и стоки, предвидени в Закона за здравното осигуряване, Националния рамков договор и договорите по доброволното здравно осигуряване (застраховане).

С въвеждането на този закон се промени:

-начина на набиране на финансовите средства

-въведена бе договорна система в здравеопазването (подписване на Национален рамков договор и индивидуални договори между изпълнителите и здравната каса)

-създадена бе Националната здравноосигурителна каса – орган, отговорен за закупуването от името на гражданите на медицински и здравни услуги

-създадена бе възможност за развитието на пазар на доброволното здравно осигуряване

-регламентирани бяха правата и задълженията на здравноосигурените лица

-регламентирани бяха размерите на здравноосигурителните вноски – на базата дохода на осигуряващото се лице и се внасят от работодателя или ведомството на осигурения в съотношение 50:50.

Други приходоизточници за здравеопазването са:

-държавният бюджет за дейности, които задължително се покриват от държавата
- спешна медицинска помощ, трудово-лекарска експертиза на работоспособността и др.

-потребителски такси и други регламентирани плащания от пациента

-дарения и спонсорства от фирми и частни лица.

Критичен анализ на резултатите, недостатъци и грешки

За реформи в българското здравеопазване се говори от 1990г. Началните опити за промяна в системата се оказват неуспешни, поради наличието на стара нормативна база - Законът за народното здраве от 1973г., носещ философията на 60-те и 70-те години.

Най-заинтересовани от смяна на системата в здравеопазването се оказват лекарите и стоматолозите, които са и най-ощетени от нея. Характерно за България е, че движещите сили на здравната реформа са основно медицинските съсловия и най-вече възстановения Български лекарски съюз. Под техния постоянен натиск политическите и държавни институции са принудени да предприемат действия за промяна в статуквото. През 1991г е възстановена частната медицинска практика, а през 1992г. е създадена работна група към Министерството на здравеопазването по остойносттаването на медицинските дейности. През 1993г същата е разширена с участие на неправителствения сектор и е поставена задачата за изработване на единен и съгласуван модел, който да бъде в основата на бъдещия закон за здравно осигуряване. Правна основа на здравната реформа и практически неин старт са новите закони приети от Народното събрание в периода 1998-1999г.а именно - Закон за здравното осигуряване, Закон за лечебните заведения, Закон за съсловните организации на

лекарите и стоматолозите. Основно са изменени и други два закона - Закона за народното здраве и Закона за лекарствените средства и аптеките в хуманната медицина.

През м.март 1999г. започва да функционира НЗОК. През м.април 2000г. е подписан първият рамков договор между НЗОК и съсловните организации на лекарите и стоматолозите. Той е ориентиран само към доболничната помощ, а болничната помощ е включена една година по-късно - 2001г.

Бюджетът на НЗОК през 2000г. е малко над 257 милиона лева. Петнадесет години по-късно бюджетът на НЗОК надхвърля 3 милиарда лева.

Изминалото време от старта на здравната реформа е достатъчно, за да се направи здравно-политически анализ на резултатите, да се идентифицират проблемите, да се видят слабостите и грешките.

За съжаление провежданата здравна политика близо четвърт век след демократичните промени в България не доведе до очакваните резултати. Здравно-демографските показатели са едни от най-негативните сред Европейските страни. Ниска е ефективността на медицинското обслужване и въпреки непрекъснато увеличаващите се разходи за здравеопазване, няма подобрене в качеството. Установява се изоставане от стандартите и напредъка на европейската медицина. Силно е изразено общественото недоволство от нивото на медицинското обслужване.

Резултатите от здравната реформа са незадоволителни, тъй като реализацията на промените се осъществява най-вече по метода на пробите и грешките.

През последните две десетилетия здравните реформатори допускат значителен брой грешки : методологични, системни и внедрителски.

Методологични грешки

1.Фалшиви представи за идеален модел на здравеопазване - моделът „Бисмарк” се възприема като магическа пръчка за решаване на проблемите на българската здравна система. В желанието си да отрекат модела „Семашко” и да подчертаят прозападна ориентация, здравните стратегии показват, че не са запознати със сложните взаимодействия между политическите, икономическите, историческите и културни фактори, формиращи здравните системи, както и с трудноустановимия баланс между публичния и частния сектор.

2.Фалшиви дилеми - поставянето на дневен ред въпроси като „повече пазар или повече държава в здравеопазването” , „частна собственост или публична собственост”

само отклоняват вниманието от истинската роля на регулирания пазар и конкуренцията в условията на плурализъм, където всяка форма има своето основание и право да съществува.

3.Отсъствие на прецизен SWOT анализ на системата - не са анализирани в дългосрочен план силните и слабите страни, възможностите и заплахите. Първият подобен анализ е направен през 2008г. , но някои предимства са загубени изцяло.

4.Разпространяване на митологеми, поради липса на професионален опит и компетентост - „в бедните страни всички са еднакво бедни и нездрави” - неправилно, защото във всички общества съществува разслоение, а в българското е налице силна поляризация на икономическия статус на хората. „Въвеждането на диагностично-свързаните групи е краткосрочен процес. С този метод на заплащане ще бъдат икономисани значителни средства”. Истината е точно обратна. За въвеждане на ДСГ е необходима 10-15г. предварителна подготовка и за това са нужни значителни финанси.

5.Оттеглянето на държавата от водещата ѝ роля във функционирането и промяната в здравната система - това води до много негативни последици: липса на регионално здравно планиране, неефективност във финансирането, създаването на сив икономически сектор, слабости в кадровата политика, поддържане на непреструктуриран болничен сектор, отказ от водеща роля в промоцията на здравето, опасно изчакване и невмешателство в сфери и проблеми, които изискват бързи действия.

6.Непрекъснати промени в здравната система, които са по-скоро от техническо естество - само затрудняват изпълнението на дейността, но не я променят.

7.Прехвърляне на неудобните реформи на следващото правителство - превръща се в постоянна практика на българските правителства.

8.Губи се връзката между избраните цели и разработените стратегии за тяхното изпълнение.

9.Отсъствие на анализ и оценка за полезността от вземаните реформаторски решения.

10. Прехвърляне на разходите между институциите, а не редуцирането им - разходите се прехвърлят от НЗОК и МЗ към пациентите (доплащане за екипи, лекарства, консултативи, медицински изделия); от НЗОК към болниците (много клиничните пътеки са недофинансирани, което води до дългове); от болниците към

фирмите доставчици (на практика фирмите субсидират болниците); от болниците към лекаря (намалени възнаграждения) и др.

Системни грешки

1.Реформиране на спешната помощ преди цялостната здравна реформа - без съобразяване с бъдещите промени в ПИМП, СИМП и болничната помощ.

2.Реформата стартира само в доболничната помощ - при старта заплащането в доболничната помощ е по нови правила и в пъти по-добро отколкото в болниците. Това неравенство има силен негативен ефект и той се поддържа през целия ход на реформата.

3.Скоростно „превръщане” на участъковите лекари и други специалисти в общопрактикуващи лекари с независимост – без да са запознати със същността на общата медицина, без компетенции в тази област, без възнаграждението им да е свързано с качеството на обслужване. Вместо очакваното подобрене в първичната помощ се развиват обратни процеси - незадоволително лечение, слаба профилактика, ръст на хоспитализациите.

4.Неефективна организация на ПИМП –възложен е голям пакет от здравни задължения, трудно изпълними от един лекар, трудна специализация по обща медицина, отсъства управление на ОПЛ - той е едноличен търговец и това ерозира отношението „лекар - пациент”. Липсват адекватни стимули за заплащане на ОПЛ според крайните здравни резултати.

5. Заплащане на болничните услуги, респективно заплатите на болничния персонал въз основа на клиничните пътеки – тази система на заплащане стимулира количеството, а не качеството. Създава се подход, ориентиран към заболяването или към лекаря, но не към болния като личност. Не се прилага прокламираният принцип „парите вървят след пациента”, а на практика „парите вървят след заболяването”.

6.Недостатъчно реално финансиране на здравеопазването - липса на баланс във финансирането на различните дейности (ПИМП, СИМП, БП, лекарства), нарушаване на бюджетния процес, прехвърляне на средства на осигурени лица към неосигурени, КП са недофинансирани, непрозрачно определяне на болничните бюджети, разрастването на неформалните плащания от населението.

7.Бавно изграждане на електронното здравеопазване - съчетано със слаба отчетност, липса на прозрачност, неясно определените здравни пакети и ниските

възнаграждения са питателна среда за функционирането на вътрешна корупционна система.

8.Отсъства фокус върху промоцията на здравето и профилактиката на болестите - това води до хипертрофия на болничната помощ и силно увеличаване ръста на хоспитализациите с неконтролируемо увеличаване на разходите.

9.Липса на достатъчно подготвени мениджъри - част от този кадрови дефицит е свързан с неправилния избор (най-често по политически признак). Ключови управленци в здравната политика не притежават нито опит, нито компетентност във вземането на правилните за системата решения.

10.Неправилно формиране на елементите на конкуренцията - на практика отсъства конкуренция за по-добро качество, а тя е в плоскостта на по-голямото количество. Няма пряка конкуренция при сключване на договори от изпълнителите на медицинска помощ. Налице е монопол на НЗОК. Доброволните фондове не са допуснати до реално конкурентно участие на здравния пазар. Въпреки,че предлагането надхвърля търсенето, това не води до намаляване цените на услугите.

Внедрителски грешки на здравната реформа

1.Несъздаване на достатъчно чувство за спешност - решения, които трябва да се приемат бързо се отлагат под предлог, че ще бъдат атакувани от опозицията, че ще предизвикат негативен обществен резонанс, че ще бъдат отразени негативно в медиите.Това блокира инициативността и навременното решаване на проблемите, задълбочава кризата и може да доведе до хаос.

2.Несъздаване на достатъчно силна ръководна коалиция – обикновено здравно-политическите концепции се зараждат в главите на няколко съветници, които убеждават министъра, че това е точната експертиза. Най-често той формира работна група, която да развие идеите и да ги предложи в готов за приложение вид. Липсва обсъждане в широк експертен и обществен план, отсъства търсенето на коалиция за подкрепа. Това дава възможност на опозицията да се обедини и да спре промяната.

3.Липса на ясна визия - при липса на такава се работи на парче и се попада в хаоса на несистемното изготвяне на закони, наредби и други нормативни документи. Например Законът за здравето, който е фундаментален, се приема последен, след като вече са приети новите закони за здравния сектор.

4. Неспособност за увличане на широки обществени кръгове и медицинското съсловие в реформата, поради недостатъчно разяснение и липса на комуникация.

5. Несистемно планиране и несъздаване на краткосрочни цели – мнозинството от хората не биха продължили тежкия път на реформите, ако не видят убедителни доказателства в рамките на една - две години, че се постигат определени резултати.

6. Прекалено ранно обявяване на победата - докато промените не се подготвят добре, докато не се реализират и не станат част от общата култура на здравеопазването, не трябва да се обявява „войната“ за спечелена.

След отбелязване на първите резултати са необходими постоянни системни усилия за разрешаване на по-големите проблеми на българското здравеопазване, които включват цялостно предефиниране на системата и въвеждане на нови реинженерингови проекти/51/.

Това е същността на т.нар. „реформа на реформата“.

1.2. Състояние на националната здравна система в България

1.2.1. Национална здравна стратегия като платформа за развитие на здравеопазването.

Националната здравна стратегия е призвана да отрази стратегическия подход за решаване на здравните проблеми на нацията. В нея трябва да се очертаят пътищата за преодоляване на дисбалансите в здравеопазването, за преустановяване негативните тенденции в здравето на нацията и за постепенно постигане на европейските стандарти на здравните дейности /45,46/.

Националната здравна стратегия съдържа основните дългосрочни предначертания за развитие на здравеопазването. Тя е **основата за формиране на здравната политика на страната** ни. Поради това, в нея се посочват стратегически здравни приоритети и цели /5/. Конкретните задачи и начинът за тяхното изпълнение са разработени в Национален план за действие за 2001 – 2005г. /за Национална здравна стратегия „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България“ /45/, План за действие към Национална здравна стратегия 2008 – 2013г./46/ и План за действие за изпълнение на Националната здравна стратегия 2014 – 2020г.

От старта на здравната реформа в България през 1999 – 2000г. са разработени три Национални здравни стратегии:

1. Национална здравна стратегия „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България” обхващаща период 2001 – 2010г. с План за действие към нея за периода 2001 – 2006г.
2. Национална здравна стратегия 2008 – 2013г. с приложение на План за действие по стратегическите направления обхващащи същия период.
3. Национална здравна стратегия 2014 – 2020г. с приложение на План за действие по стратегически направления обхващащи същия период.

Тук може да се добави и Стратегията за реструктуриране на болничната помощ приета с Решение на Министерския съвет № 762 от 19 ноември 2002г., която също ще бъде разгледана в настоящата разработка.

Национална здравна стратегия „ПО-ДОБРО ЗДРАВЕ ЗА ПО-ДОБРО БЪДЕЩЕ НА БЪЛГАРИЯ”.

Изготвена за периода 2001 – 2010г. и План за действие към националната здравна стратегия за периода 2001 – 2006г. /45/

Основните приоритети на тази национална стратегия са:

- * Преустановяване на негативните тенденции и създаване условия за подобряване здравето на нацията;
- * Развитие на структурно-институционалните промени на здравната система, с оглед повишаване на нейната ефективност;
- * Стабилизиране и развитие на функциите и структурите на общественото здравеопазване;
- * Развитие на създадените нови икономически отношения в здравеопазването и на стимулите за високо качество;
- * Децентрализация и подобряване на управлението и развитие на междусекторното сътрудничество, обществените комуникации и евроинтеграцията;
- * Адаптиране на човешките ресурси в здравеопазването към новите икономически условия и професионални изисквания.

Във връзка с тези шест приоритета се поставят следните цели:

1. За преустановяване негативните тенденции в здравето на нацията и създаване условия за неговото подобряване изпъкват пет ключови области, от които

произтичат целите, свързани със: здравето на бременните, новородените и децата и рехабилитацията на хората с физически недъзи; начина на живот; намаляване на преждевременната смърт от исхемична болест на сърцето, мозъчен инсулт, злокачествени новообразувания и злополуки; намаляване заболяемостта и тежестта на боледуването от захарен диабет, бронхообструктивни състояния и психични нарушения; ограничаване заболяемостта и смъртността от заразни болести, заболявания от контаминирани храни, СПИН.

2. По отношение на структурно институционалните промени на здравната система и повишаване на нейната ефективност: развитие на системата за лечебна помощ в съответствие със Закона за лечебните заведения и стандартите в западноевропейските страни; стимулиране развитието на здравни заведения за потребностите на определени групи лица (нуждаещи се от медико-социални грижи, хронично болни, терминално болни); разработване и въвеждане на система за управление на качеството и на системата за акредитация на здравни заведения и части от тях.

3. За стабилизирането и развитието на системата за обществено здравеопазване: създаване на нормативната основа за системата за обществено здравеопазване и въвеждането ѝ в действие; усъвършенстване на Държавния санитарен контрол; повишаване капацитета на общественото здравеопазване.

4. Развитие на икономическите отношения и взаимодействия в областта на здравеопазването: развитие и разширяване на договорната система; развитие на медицинския опит и изграждане на капацитет за оценка на медицинските технологии; усъвършенстване на нормативната система за здравното осигуряване; изграждане на информационна система на здравното осигуряване.

5. По отношение подобряването на управлението и развитието на междусекторното сътрудничество и евроинтеграцията в здравеопазването: поддържане на процеса на децентрализация и повишаване управленската автономия и отговорност на териториалните държавни органи и общинските органи на здравеопазването, както и на здравните заведения; изграждане на единна информационна система и интегриране на телекомуникационната система на здравеопазването към националната и европейската система; изграждане и развитие на система на обществени комуникации и медийна политика в областта на здравеопазването; създаване на система за инвестиционните и иновационните дейности в здравеопазването; изграждане на

система за здравноосигурителен надзор; повишаване на управленския капацитет и компетентност на здравната система и развитие на обучението на управленския персонал по мениджмънт, икономика и информатика в здравеопазването.

6. По адаптирането на човешките ресурси в здравеопазването към новите икономически условия и професионални изисквания: преквалификация и преразпределение на медицинските кадри. Осигуряване на алтернативна заетост на медицинския персонал извън рамките на системата; уеднаквяване на учебните програми с тези от европейските страни за създаване на възможности за свободно движение на специалисти; създаване условия за непрекъснато обучение и участие в научно-изследователската дейност; подготовка на кадрите в системата на здравеопазване за работа в условията на здравно осигуряване.

Основните приоритети на тази национална здравна стратегия по пътя на обединена Европа са:

- * Успешно провеждане на реформата в организацията и финансирането на системата на здравеопазване;

- * Поставяне на управленски и граждански акцент по въпросите на общественото здраве;

- * Хармонизация на законодателството и развитие на инфраструктурата, институциите и човешкия капацитет в здравеопазването за извършване на произтичащите задължения.

Реализирането на тези приоритети би трябвало да се осъществи чрез:

- * Участие в Програмите и фондовете на Европейския съюз в търсене на техническа и финансова подкрепа на реформите в здравеопазването, както и в програмите, финансиращи проекти в областта на общественото здраве;

- * Оценка и насърчаване подобряването на ноу-хау и съоръженията, свързани с упражняването на контрол върху разпространението на заразни болести и насърчаване на ранното участие в мрежата на Общността по въпросите на упражняване на контрол върху разпространяване на заболяванията;

- * Организиране на редовни срещи по въпросите на присъединяване към Европейския съюз, свързани със здравеопазването между български експерти и експерти от страните – членки, за идентифициране на приоритетите за сътрудничество и обмяна на информация по установяване на приоритети и разпределение на инвестициите;

* Развиване на свързаните със здравеопазването изследвания, включително тези, свързани с присъединяване към ЕС и обмяна на опит по използване на информационни системи и технологии във връзка със здравеопазването;

* Поощряване обмяната на опит и подпомагане осъществяването на връзки с неправителствените организации в страните – членки и НПО, които проявяват активност в здравеопазването.

Положителните страни във тази национална стратегия:

- след приемането на законодателната база, посочва ясно пътя за преформиране на здравната система, нещо за което до този момент се говореше, но нямаше политическа воля и смелост да бъде извършено;

- участието в разработването и подкрепата на националната стратегия от водещи специалисти към СЗО като Антонио Дюран (представляващ Регионалното бюро на СЗО за Европа към МЗ), д-р Марк Данзон (Генерален директор на Европейското регионално бюро на СЗО).

- осигуряване подкрепата на екип здравни експерти на Световната банка под ръководството на Андрю Воркинг (Директор за България в Световна банка) подsigуряващо в известна степен и подпомагащо финансирането на проекта. Трябва да се отбележи, че в Плана за действие към програмата са **фиксиращи размера на средствата и източниците за финансиране.**

- обществения консенсус и очакване за старт на дълго отлаганите промени в здравеопазването.

Като основна **негативна оценка** може да се посочи **неосигуряването на политически консенсус за Националната здравна стратегия и скоро след смяна на политическата власт през 2001г. фактически бе преустановено нейното изпълнение както в цялост, така и в редица детайли от нея.** Това доведе до противоречиви действия на управляващите и нормативни промени „на парче”, което доведе до степен в обществото да се заговори за хаос в здравеопазването.

Стратегия за реструктуриране на болничната помощ в Република България / средносрочно 2002 – 2006г./

С решение № 762 от 19.11.2002г. Министерският съвет прие Стратегия за реструктуриране на болничната помощ и План за действие към нея.

Тъй като трудно може да се отдели болнична от доболнична помощ, особено що се касае за Национална стратегия, то в този документ се третира и въпроси за доболничната помощ.

Стратегията, въпреки че бе приета от правителството, не намери подкрепа и остана само като един документ, поради което не е необходимо да се разглежда в подробности. Трябва да се отбележи, че в стратегията има заложен редица противоречия. Неясноти по отношение закриването на общински болници – по какви критерии би станало това (напр. брой преминали болни или /липса на/ осигуреност с персонал..., отдалеченост – крайграничните и планински райони, районите с лоша инфраструктура, лоши финансови резултати, отказ от съфинансиране от съответната община и др.).

По отношение необходимото финансиране, в Плана за действие за периода 2002 – 2006г. изцяло се разчита на недоговорени пари от Световната банка, както и по програмата ФАР, която беше спряна. В плана се отбелязва, че неосигурените средства са в размер на 163 375 000лв., което практически означава, че той не би могъл да бъде реализиран.

Национална здравна стратегия 2008 – 2013г.

Очертаващите се нови проблеми и въпроси в здравеопазването, променените икономически условия, както и присъединяването на България към ЕС, налагат анализ на ситуацията в здравната система и актуализиране насоките на бъдещото ѝ развитие поради:

- * непълнота и несъгласуваност между отделните нормативни документи /законови и подзаконови нормативни актове/, липса на действителна оценка за ефективността на извънболничната помощ, както и на потребностите на населението от болнична помощ;

- * Ограничен достъп на част от населението до здравни услуги по финансови и организационни причини;

- * Ограничен достъп до извънболничната помощ на населението живеещо в малките населени места, в планинските и отдалечени райони;

- * Нарушено съотношение между разходи за лекарства и разходите за медицински дейности;

* Задържане на високи цени на лекарствените продукти и неудовлетвореност на населението от отделни характеристики на лекарствоснабдяването;

* Забавяне реформата в болничната помощ;

* Преобладаване на индивидуалните практики /близо 90%/ пред груповите практики в доболничната помощ, спешната и болничната помощ;

* Качество на медицинското обслужване, което не отговаря на очакванията на обществото;

* Предимство на лечебните дейности в сравнение с дейностите по здравна промоция и превенция на болестите;

* Недостатъчно финансиране на дейностите в системата на здравеопазването и по-специално липса на адекватна политика за финансово осигуряване на дейностите за продължаващо лечение, рехабилитация, сестрински грижи и домашно лечение;

* Влошаване демографските, социалните и здравните индикатори със значителна разлика между градското и селското население.

Приоритетите на Здравната стратегия са формулирани както следва:

1. Внедряване на подхода „Здраве във всички политики”.
2. Подобряване здравето състояние на населението чрез провеждане на активни ефективни и ефикасни промотивни, профилактични лечебни и рехабилитационни дейности, с акцент към социалнозначимите заболявания.
3. Създаване и развитие на човешките ресурси и повишаване техният социален и икономически статут.
4. Осигуряване на финансова устойчивост на системата на здравеопазването.
5. Подобряване достъпа, качеството и ефективността на спешната и извънболнична медицинска помощ.
6. Преструктуриране, оптимизиране и ефективно управление на болничната помощ.
7. Създаване на интегрирана система за електронен обмен на данни в здравеопазването.

На основата на тези приоритети са разработени стратегическите цели на Националната здравна стратегия и са разработени предизвикателствата по отношение на:

- управление на системата;

- финансиране на здравната система;
- човешки ресурси;
- опазване на общественото здраве;
- извънболнична помощ;
- спешна медицинска помощ;
- дентална медицинска помощ;
- болнична помощ;
- лекарствоснабдяване;
- психиатрична помощ;
- здравна система – насочена към гражданите;
- равнопоставеност в здравеопазването;
- доброволно здравно осигуряване /46/.

Националната Здравна Стратегия 2008 - 2013, бе приета от правителството в края на неговия мандат и реално не можа да стартира и именно затова в съдържанието ѝ откриваме несериозни обещания, нелогични действия и чисти неистини. Това е напълно закономерно, тъй като ангажиментите на нейните автори приключват с приключването на мандата на правителството, а това е много преди крайния срок на стратегията.

Като цяло стратегията обаче изглежда добре структурирана, многоаспектна и целяща създаването на съвременно европейско здравеопазване, достойно място на медицинското съсловие и грижа на държавата за опазване на общественото здраве. В същото време в документа има много неточности и нелогични съждения, а в екшън плана за изпълнение на стратегията се вижда едно абсолютно нелогично и несериозно отношение към изпълнението на задачите, които си поставя стратегията. В този план за действие абсолютно пожелателно и относително се ангажират ведомства и организации, които и сега са доказали своята неефективност, а с вменяването им на още ангажименти е абсолютно сигурно, че ще се провалят. Почти за никоя от целите и задачите в екшън-плана не е посочено перото, с което ще бъде осигурено финансирането на изпълнението им. Говори се за бюджет на МЗ, на НЗОК и др., които както е известно са недофинансирани и недостатъчно обезпечават основната им дейност, а какво остава за допълнително вменени им дейности по изпълнение на стратегията. В същото време процента от БВП, който се определя за здравеопазване в

закона за държавния бюджет не е увеличен, така че да покрие финансирането на новите цели и задачи от стратегията.

В документа се говори, че ще се въведе конкурентно начало в системата на финансиране на здравеопазването, като се запази задължителното здравно осигуряване и в него се включат частните здравноосигурителни фондове. Никъде обаче не се говори за здравно застраховане, което бе афиширано в коалиционния партньорски консенсус по въпроса за промяна на модела на здравното осигуряване. Според авторите, националната здравна стратегия дава добра база за реализиране на реструктурирането на здравния сектор, приватизация и електронно здравеопазване. Не е изяснено обаче, как ще се осъществят спорните промени в сектора, свързани с демонополизацията на касата.

По отношение на функциониране на здравната система в стратегията се коментират няколко момента:

- Първият е визирането на подписаният браншови Колективен трудов договор /КТД/ за отрасъл „Здравеопазване”, в който гръмка и декларативно са заложили добри стойности на минимално заплащане в сектора, но се пропуска уточнението в заключителните разпоредби на КТД, че тези цифри са „допустими само при добри финансови резултати” на болниците, които както знаем са търговски дружества и страдат от хронично недофинансиране от НЗОК по клинични пътеки, общински бюджет и бюджет на МЗ.

- Вторият момент, който се коментира е, че въпреки многобройните нормативни актове по отношение на акредитацията на лечебните заведения е налице слабост в осигуряването на качествено лечение на национално ниво и обвързването му с финансирането. Не се уточнява обаче, че това е така в резултат на слабо ръководство на МЗ.

- Третия коментиран момент е създаването на интегрирана информационна система на национално ниво. В документа се казва, че нейното изграждане стартира през м. септември 2006г., когато е подписан договора за реализацията ѝ. Пише също така, че системата ще бъде завършена в средата на 2008г. и ще започне да функционира от м. октомври 2008г. Тези твърдения бяха откровена неистина и звучаха обидно и несериозно за всеки професионалист, ангажиран с функционирането на здравната система на България.

По отношение на финансирането на здравната система се изнасят тъжни и стряскащи данни. Става ни ясно, че здравната ни вноска е двойно по-малка в сравнение с другите страни от ЕС, че около един милион граждани не участват в здравноосигурителния процес, а както ни е известно качествено здравеопазване струва скъпо и в България и в Англия, например .

На фона на констатираните неблагоприятия основните предизвикателства в сферата на финансирането са много общи и пожелателни.

По отношение на човешките ресурси в системата на здравеопазването данните са отново тъжни. Констатира се липса на медици в това число и лекари, и медицински сестри. Съотношението между лекари и медицински сестри е двойно по-малко в сравнение с другите страни от ЕС. Отново обаче тази статистика не се коментира, както и факта че тя е в следствие на това, че значителен брой от лекарите и сестрите на България или изцяло напускат системата или напускат страната, за да работят навън за достойно заплащане на положения от тях високо квалифициран труд. Както и при финансовите неблагоприятия на здравната система, така и при човешките ресурси основните предизвикателства и задачи са несериозни, общи и пожелателни.

В заключение могат да се формулират общи грешки на стратегията:

1. Мъгляви, неконкретизирани или двусмислени цели;
2. Липса на прецизно обоснована и дефинирана стратегия;
3. Ограничен набор от техники за промяната;
4. Липса на оценка на ситуацията и главно липса на обратна връзка;
5. **Липса на визия за решаване на проблемите свързани с човешките ресурси.**

Национална здравна стратегия 2014 - 2020г.

Националната здравна стратегия (2014-2020) е водещият стратегически документ, който конкретизира целите за развитие на системата на здравеопазването до 2020 г. Документът е приет от Министерски съвет на Република България на 21.09.2013г. В последствие е извършена актуализация въз основата на оценка за настъпилите промени през едногодишния период на изпълнение и приетите нови

програмни и стратегически документи, законодателни промени и инициативи, свързани с развитието на страната и на системата на здравеопазване.

Националната здравна стратегия съдържа следните приоритети:

- **Приоритет 1: Създаване на условия за здраве за всички през целия живот.**
- **Приоритет 2: Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати.**
Към този приоритет под политика 2.7. е посочено „Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазване”, което е предмет и на настоящата разработка.
- **Приоритет 3: Укрепване на капацитета на общественото здравеопазване.**

За целта на направеното проучване по-подробно внимание заслужава политика 2.7. „Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазване”. Посочени са основните предизвикателства и проблеми касаещи човешкия ресурс в системата, а именно:

- ✓ Засилен процес на миграция на медицинските специалисти;
- ✓ Устойчива тенденция на намаляване и застаряване на медицинските специалисти, особено в определени области;
- ✓ Липса на устойчива система за продължаващо обучение, обвързана с професионалното развитие.

Проблемите отразяващи състоянието на системата по отношение на човешкия ресурс са точно посочени и би трябвало да определят посоката на действия за преодоляване на тези тревожни факти. Не случайно в „Здраве 2020” на СЗО е посочено: „В здравните системи има недостиг на подходящи хора с подходящи умения, на правилното място, особено медицински сестри и общопрактикуващи лекари. Разпределението на здравните специалисти е неравномерно, характеризиращо се с градска концентрация и селски дефицити.“

Какви са по-важните приоритети и посочени мерки за справяне с тези проблеми отразени в Плана за действие за изпълнение на Националната здравна стратегия 2020:

❖ *Развитие на механизми за определяне и планиране на потребностите от специалисти в здравеопазването по региони и по категории в зависимост от здравно-демографските характеристики на населението.* Тук са отбелязани изготвянето на анализи за осигуреността с медицински специалисти на областно и национално ниво, нещо което от години се знае и ежегодно дискутира. Изработването на Национална здравна карта (срок 2017г.), която и до момента не съществува в правния мир, поради обжалването и по съдебен ред.

❖ *Разработване и въвеждане на единна информационна система за мониториране на персонала в здравеопазването като част от националната здравно-информационна система.* Срока за изпълнение отново е 2017г., но за съжаление и до този момент такава информационна система липсва. Български лекарски съюз е разработил модерен регистър на лекарите в България, но за съжаление той се ползва само за нуждите на БЛС и липсва комуникация с базата данни на МЗ.

❖ *Усъвършенстване на процеса на специализация в здравеопазването, включващо либерализиране на достъпа до специализация и повишаване на изискванията в хода на обучението и при придобиването на специалност.* Крачка в положителна посока бе смяната на Наредба № 34 от 29.12.2006г. с Наредба № 1от 22.01.2015г. на МЗ касаеща придобиването на специалност от лекарите. В последствие бяха установени някои слабости в наредбата и през 2017г. беше създадена съвместна комисия от експерти на МЗ, БЛС, БЗС, в която взеха участие и организации на младите лекари за оптимизиране на наредбата. За съжаление със смяната на екипите в МЗ тази комисия спря да работи.

❖ *Развитие на системата за продължаващо медицинско обучение и повишаване на контрола и отговорността на съсловните организации на медицинските специалисти при организирането и провеждането на обучението.* Системата на продължаващото медицинско обучение отнасяща се до лекарите налага комплексно решение от страна на БЛС, Научните дружества и Висшите медицински училища. Съгласно чл. 182. ал.1от Закона за здравето, съсловните организации на лекарите, на лекарите по дентална медицина, на магистър-фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти организират, координират, провеждат и регистрират продължаващото медицинско обучение на лекарите, на лекарите по дентална медицина, на магистър-фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти при условия и по ред, определени в договори с висшите училища, Българския Червен кръст и Военномедицинската

академия. В почти всички европейски страни ПМО е задължително. Условието за покриване на критериите по ПМО (набиране на определен брой кредити за определено време) е различен за държавите. БЛС създаде Акредитационен съвет, съставен от по 6 представители на УС на БЛС, Съюза на българските медицински специалисти и Висшите медицински университети със статут на висш орган в системата на ПМО. Акредитационният съвет изработи и единната кредитна система за оценка формите на ПМО. Акредитационният съвет прие седем категории на формите на ПМО.

- **Категория А:** лекция, колегиум;
- **Категория Б:** конгреси, симпозиуми, конференции в страната и чужбина;
- **Категория В:** форми на продължително медицинско обучение с предвидено участие на всеки един курсист поотделно: практически упражнения, индивидуално обучение, курсове;
- **Категория Г:** форми на продължително медицинско обучение чрез дистанционно и електронно обучение;
- **Категория Д:** обучение с медицинска литература: научни медицински списания, учебници, монографии;
- **Категория Е:** автори на доклад, лекция, публикация, реферат, постери, доклад за нежелани лекарствени реакции, удостоверен от ИАЛ;
- **Категория Ж:** при полагане на изпит за оценка на придобитите знания.

Кредитирането на формите на ПМО се извършва в Акредитационния съвет по приета методика, а администрирането се извършва в отдела ПМО / ППР към УС на БЛС и РЛК. Кредитните точки се изчисляват на базата на един академичен час от 45 минути и 150 точки за три години. В ПМО участват лекари, работещи в лечебни и здравни заведения. Лекарите ,работещи във фармацевтични фирми, администрации и други могат да участват доброволно. При конгресите, симпозиумите и конференциите, да бъде въведено кредитиране с коефициент на тежест (значимост). В атестацията на специалистите се записват кредитните точки.

Направено бе предложение за промяна в Закона за съсловните организации с оглед ПМО да стане задължително за лекарите в България. За съжаление до този момент няма подкрепа и решение по този въпрос от страна както на МЗ, така и най-вече на депутатите от НС. Съществува и известно неразбиране и дори противопоставяне от страна на лекари от гилдията, на отделни представители от Медицинските университети и Медицинските дружества.

❖ *Разработване на нов модел за заплащане на работещите в здравеопазването, обвързан с образователно-квалификационната степен, професионалната компетентност и постигнатите резултати.* БЛС разработи именно такъв модел, който не еднократно бе обсъждан на различни форуми, но така и не срещна разбиране от страна МЗ, въпреки че в стратегията ясно е отразено, че това е задължение на съсловните организации, а срока за приемането на модела е посочен 2017г.

❖ *Въвеждане на съвременни системи за управление на дейностите по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд в системата на здравеопазване.* В това направление като водещ е посочено МЗ, а като партньори синдикалните и съсловни организации.

Изключително важен е и финансовия план към Националната здравна стратегия 2020. Видно от приложената таблица планираните и реално осигурените средства вложени в здравеопазването се разминават значително. За 2016г. реално са вложени 3 204 000 хил. лева при планирани 3 957 012 хил. лв.; за 2017г. съответно 3 452 000 хил. лв. при планирани 4 105 408лв.; за 2018г. 3 860 000хил. лв. при планирани 4 253 942 по НЗС.

табл. 3 Планирани средства в НЗС 2014-2020г

ПОЛИТИКИ	ПЛАНИРАНИ СРЕДСТВА в хиляди лева						общо
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
I. Национално финансиране	3 584 600	3 957 012	4 105 408	4 253 942	4 343 274	4 434 446	24 678 682
II. Планирани средства по оперативни програми на ЕС по направления		41 100	75 000	92 000	98 000	47 000	353 100
Приоритет 1: Създаване условия за здраве за всички през целия живот		2 000	10 000	15 000	15 000	11 000	53 000
Приоритет 2: Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здр. с-ма, ориентирана към качество и резултати							
Спешна медицинска помощ		20 000	40 000	50 000	50 000	3 000	163 000
Осигуряване на човешки ресурс в здравеопазването		6 100	6 000	5 000	4 000	4 000	25 100
Здравни технологии, иновации и инвестиции		2 000	10 000	10 000	20 000	20 000	62 000

Развитие на електронно здравеопазване		11 000	9 000	12 000	9 000	9 000	50 000
III. Общо за здравеопазването (I+II)	3 584 600	3 998 112	4 180 408	4 345 942	4 441 274	4 481 446	25 031 782

В заключение може да се каже, че в сравнение с предходните национални здравни стратегии, Националната здравна стратегия 2014 – 2020 отговаря най-пълно на изискванията и нуждите на здравеопазната система в България. Общите грешки на стратегията могат да се формулират:

1. Ограничен набор от техники за промяната;
2. Липса на оценка на ситуацията и главно липса на обратна връзка;
3. Липса на финансова осигуреност за реализация на политиките;
4. Липса на визия за решаване на проблемите свързани с човешките ресурси;
5. Липса на реално изпълнение на голяма част от политиките заложи в стратегията, съобразени и с времевите параметри.

За цялостния здравнополитически процес е важно не само формулирането и началното възприемане на дадена политика, но и какво става по-нататък – когато тя се внедрява като закон, организационен модел, професионална и управленска култура. Повечето от здравните политики и стратегии не са успешни именно в практическото им приложение и иначе добре формулирани решения, в практическото си внедряване пораждаат нови непредвидени трудности и конфликти. Слабост на нашата национална здравна политика е доминирането на изолирани краткосрочни приоритети, често променяни или нереализирани, както и изобилието от формулирани приоритети във всеки един момент и подчинени на моментни или конюнктурни фактори /5,73,74/.

1.2.2.Национална здравна карта като инструмент за определяне на потребностите в здравеопазната система

Националната здравна карта на Република България се приема от правителството и е неразделна част от здравната политика. Чрез нея се определят и планират потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ, на база на които трябва да се адаптира структурата на здравната

мрежа и да се планира ефективно и справедливо използване на ресурсите. Националната здравна карта е разработена въз основа на областните здравни карти, като за изготвянето ѝ бе създадена национална комисия. За разработването на областните и Националната здравна карта са използвани показатели за осигуреност на населението с медицински специалисти и болнични ресурси, в т.ч. болнични легла по видове и медицински дейности, както и високотехнологични методи за диагностика и лечение и достъп до системата за спешна медицинска помощ /44/. Структурно Националната здравна карта съдържа:

1. областни здравни карти;
2. конкретни потребности от лекари и лекари по дентална медицина по специалности и специалисти от професионално направление „Здравни грижи“ за осигуряването на достъп на населението до медицинско обслужване в извънболничната медицинска помощ за всички области;
3. конкретни потребности от легла за болнично лечение и медицински дейности по видове и нива на компетентност на съответните структури за всички области;
4. съществуващи лечебни заведения за болнична помощ, лечебни заведения по чл. 10 от Закона за лечебните заведения и лечебни заведения, осъществяващи високотехнологични методи на диагностика и лечение, върху картата на страната ;
5. анализ на състоянието в областите, включително относно необходимите лекари и лекари по дентална медицина по специалности и специалисти от професионално направление „Здравни грижи“ от извънболничната медицинска помощ в областите;
6. видове медицински дейности, които се планират на регионално ниво, съгласно обособените райони по чл. 4, ал. 3 от Закона за регионалното развитие;
7. карта на необходимите високотехнологични методи на диагностика и лечение и свързаната с тяхното прилагане високотехнологична медицинска апаратура ;
8. карта на спешната медицинска помощ, съдържаща брой и местоположение на центровете за спешна медицинска помощ .

Чрез Методиката за изготвяне на регионални и национална здравна карта се определя необходимия минимален брой на лекарите, лекарите по дентална медицина и специалистите от професионално направление „Здравни грижи" в извънболничната медицинска помощ по специалности /44/.

Необходимият минимален брой лекари и лекари по дентална медицина се определя на базата на броя на населението в областта (X) и определени национални показатели за осигуреност с лекари/лекари по дентална медицина в първичната извънболнична помощ на 100 000 души население (П1) по формулата:

Табл. № 4 Необходим минимален брой лекари в ПИМП = $X \cdot П1 / 100\ 000$

ЛЕКАРИ	Осигуреност на 100 000 души население (П1)
Обща медицина	66,6
Дентална медицина	100,0

Определянето на необходимия минимален брой лекари-специалисти по специалности се осъществява на базата на броя на населението в областта (X) и определени национални показатели за осигуреност с лекари специалисти по специалности на 100 000 души население (C1) по формулата:

Табл.№5 Необходим минимален брой лекари-специалисти по специалност = $X \cdot C1 / 100\ 000$ души

Специалност	Осигуреност на 100 000 души население (C1)
Лекари - специалисти по клинични специалности	
Акушерство и гинекология	7,31
Анестезия и интензивно лечение	0,07
Вътрешни болести	0,51
Г гастроентерология	1,79
Детска гастроентерология	0,04
Педиатрия	8,87
Ендокринология и болести на обмяната	4,70
Детска ендокринология и болести на обмяната	0,11
Инфекциозни болести	0,13
Кардиология	12,71
Детска кардиология	0,20
Клинична алергология	0,57
Клинична токсикология	0,01
Клинична хематология	0,24
Детска клинична хематология и онкология	0,01

Кожни и венерически болести	2,74
Медицинска паразитология	0,03
Неврохирургия	0,10
Гръдна хирургия	0,03
Нервни болести	6,86
Детска неврология	0,11
Нефрология	1,09
Детска нефрология	0,10
Ортопедия и травматология	4,33
Очни болести	7,39
Пневмология и фтизиатрия	1,80
Детска пневмология и фтизиатрия	0,21
Психиатрия	1,79
Детска психиатрия	0,03
Ревматология	0,54
Детска ревматология	0,01
Съдова хирургия, ангиология	0,52
Ушно-носно-гърлени болести	3,93
Урология	1,64
Физикална и рехабилитационна медицина	1,41
Хирургия	3,21
Детска хирургия	0,01
Медицинска онкология	0,11
Лекари - специалисти по специалности, свързани с осъществяването на медико-диагностични дейности	
Вирусология	1
Клинична имунология	0,2
Трансфузионна хематология - имунохематологични изследвания	0,5
Клинична лаборатория	2
Клинична микробиология	1
Медицинска паразитология	0,5
Обща и клинична патология	0,5
Образна диагностика	2
Лекари по дентална медицина - специалисти	
Ортодонтия	1
Протетична дентална медицина	2
Пародонтология и заболявания на оралната лигавица	3
Детска дентална медицина	5,4

Оперативно зъболечение и ендодонтия	5
Орална хирургия	5
Дентална клинична алергология	0,2

Необходимият минимален брой на специалистите от професионално направление „Здравни грижи“ в извънболничната медицинска помощ се определят на база на определения необходим минимален брой на лекарите и лекарите по дентална медицина в първичната и специализирана извънболнична помощ по специалности, при спазване на изискванията на съответните медицински стандарти и:

минимално съотношение лекари : специалисти по здравни грижи - 1:1.

минимално съотношение лекари по дентална медицина : специалисти по здравни грижи - 1:0,1.

Разпределението на броя на лекарите и лекарите по дентална медицина в първична извънболнична медицинска помощ в областта се извършва по амбулатории за първична извънболнична медицинска помощ съобразно:

- данните за броя на населението по общини и населени места в съответствие с официалните статистически данни към 31 декември на последната приключила статистическа година;

- състоянието на пътно-транспортната и комуникационната мрежа в областта;
- традиционния пациентопоток и взаимовръзки между населените места.

При разпределението на броя на общопрактикуващите лекари се взема предвид местоположението и броя на съществуващите амбулатории в селата, броя на населението в тях, съществуващата инфраструктура и други, като:

- за амбулатории, обслужващи компактно население в големите населени места (над 6000 души), минималният брой се определя на база осигуреност - 1 лекар на 2000 души;

- за амбулатории, обслужващи населени места с малък брой жители (например няколко села с по 300-500 жители), но разположени наблизо едно до друго, минималният брой се определя на база осигуреност - 1 лекар на 1500 души;

- за амбулатории, обслужващи населени места с по-малък брой жители, но разположени на голямо разстояние едно от друго, минималният брой се определя на база осигуреност - 1 лекар на 1000 души;

При разпределението на броя на лекарите по дентална медицина в първичната

извънболнична помощ се спазват следните параметри за минимален брой на населението, обслужвано от един лекар по дентална медицина:

- За амбулатории, обслужващи компактно население в големите населени места (над 6000 души), минималният брой се определя на база осигуреност - 1 лекар на 1500 души;

- За амбулатории, обслужващи населени места с малък брой жители (например няколко села с по 300-500 жители), но разположени наблизо едно до друго, минималният брой се определя на база осигуреност - 1 лекар на 1000 души;

- за амбулатории, обслужващи населени места с по-малък брой жители, но разположени на голямо разстояние едно от друго, минималният брой се определя на база осигуреност - 1 лекар на 600-700 души /44/.

В болничната медицинска помощ броят на лекарите и тяхната квалификация се определя от изискванията на медицинските стандарти по отделните клинични и параклинични специалности, в зависимост от нивата на компетентност на отделните болнични структури /58/. Болничните легла са определени по вид и групирани в няколко основни групи: терапевтични, хирургични, педиатрични и акушерогинекологични.

Изготвената през 2016г. Национална здравна карта бе атакувана в съда и отменена с решение на ВАС в края на 2017г. В началото на 2018г. новият ръководен екип на МЗ предприе действия за изготвяне на нов вариант на Национална здравна карта.

1.2.3.Качеството на здравеопазването като стратегически приоритет

Една от най-важните цели на реформите в здравеопазването е да се предоставят на населението достатъчни медицински услуги с възможности за по-голям избор и с по-добро качество на разумна цена. До неотдавна качеството на здравните грижи се възприема само като зависимост от професионалното изграждане на медицинските кадри. Това качество, свързано с личностите, се допълва впоследствие с качеството на структурите след появата на критерии, позволяващи оценката на единството личности-структури. Напоследък в световната литературата се акцентира се на факта, че пациентите са въведени в този процес на глобална оценка на качеството чрез

удовлетворяването на техните нужди. През различните периоди международните здравните институции поставят различни акценти върху елементите на качеството- **период на осигуряване на свободен достъп** до здравни грижи, **период на повишаване на ефективността** на общественото здравеопазване и медицинската дейност, за да се достигне до **препоръките на Съвета на Европа:**

- *Безопасността на пациента да бъде включена в здравните политики, свързани с подобряването на качеството;*
- *Всяка страна да разработи последователна и детайлна политика за безопасността на пациента;*

Всяка страна да стимулира развитието на система за отчитане на медицинските грешки .

Концептуална основа на качеството в здравеопазването. Оценка на качеството.

Качеството е незаменим компонент на съвременното здравеопазване и може да бъде постигнато чрез подходящ мениджмънт на наличните ресурси. Повишаването му изисква промени, но не всяка промяна е подобрение. Ако една система не се промени, може да се очаква само, че тя ще продължава да дава същите резултати. По думите на Д. М. Беруик „Всяка система работи перфектно за постигането на резултатите, които тя постига”. В тази фраза се съдържа и основната идея на съвременната теория за повишаване на качеството: степента на представяне е характеристиката на системата. В здравеопазването се сблъскваме с особени трудности при определяне на качеството поради многообразието на потенциалните „клиенти” на здравни услуги: пациентите и техните семейства, здравните професионалисти, осигурителите, държавата и др. Разглеждането на различните аспекти на качеството предполага познаване на специфичните изисквания към качеството на всяка една от тези групи:

За пациентите качеството се основава на множество критерии, при които субективността има голяма роля за крайната удовлетвореност. За тях качествена е тази услуга, чието реално предоставяне се приближава максимално до очакванията им. За пациента е важно да бъдат ликвидирани симптомите на болестта, а самата болест - предотвратена или прекъсната. Пациентите обръщат най-голямо внимание на резултатността, достъпа до медицинска помощ и отношението на медицинските специалисти към тях. Ако очакванията им се оправдаят, те по-добре изпълняват медицинските предписания. Така характеристики, отнасящи се до удовлетвореността на пациентите, влияят непосредствено върху здравето на населението.

За здравните професионалисти качеството се отнася до скала за оценка на професионализма, базирана на способността за използване на диагностични и терапевтични техники при оптимални условия по отношение на ефикасност, сигурност и предоставяне в подходящ момент. Според тях качеството изисква наличие на навици, ресурси и условия, необходими за подобряване здравето на пациента, знания и умения да се изпълняват професионални задължения, възможности за повишаване на квалификацията, подходящи условия за работа и удовлетвореност от адекватно заплащане.

За финансиращите институции, качеството се интерпретира чрез изисквания за извършване на “стратегическо” закупуване на медицинската помощ в полза на пациентите по вид, обем и качество (адекватност на предоставените грижи, сигурност, ефективност, достъпност, разумно използване на всички видове ресурси, контролиране на цената).

Дефиниции и концепции за качеството

Едно общоприето определение за качеството предполага, че изделията и услугите са качествени, когато отговарят на очакванията на потребителя или качеството представлява определена степен на удовлетвореност на клиента от предоставената му стока или услуга. Непрекъснатото преливане от добро и качествено производство към повишена пазарно търсене и реализация на качествения продукт е в основата на дуалистичния характер на качеството, което от една страна зависи от производителя, а от друга от потребителя. Качеството в здравеопазването не е нов термин. Изисквания в това отношение са заложи още в клетвата на **Хипократ** „**Лекарят трябва да обслужва нуждите на пациента и да не му вреди**”. В различните речници качеството се определя като „**степен на отличното**”, а според теорията за всеобщо качество може да се използва следното определение „**Прави по правилен начин това, което е правилно**”. Съвременната общоприета дефиниция на качество в международния стандарт ISO/ DIS 9000: 2000 е: „възможността на съвкупност от присъщи характеристики на продукт, система или процес да изпълнява изискванията на потребители и други заинтересовани страни”. На основата на това определение, качеството на медицинския продукт (както и на здравната система или процес) се дефинира като, „степента, в която съвкупността от характеристики на медицинския продукт (напр. диагностични изследвания, лечебни интервенции и т.н), на медицински процес (напр. диагностичен, терапевтичен, рехабилитационен и т.н.)

или на система (напр. на извънболнична помощ, на болнична и т.н.) позволява задоволяването на определени здравни потребности на пациентите или други заинтересовани страни (например друго лечебно заведение)". В доклада с препоръки N-R 97 на Европейската здравна комисия, качеството е определено като "чертите и характеристиките на един продукт или услуга, които му дават възможност да задоволи изразените или вътрешни нужди" .

Според А. Донабедиан, един от основоположниците на медицинската квалитология, 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.

Концепцията на Донабедиан разглежда качеството на услугите като функция от три компонента:

- 1) **Структура**, обхваща следните елементи: сгради, техника, оборудване, човешки ресурс, организационна структура и управление;
- 2) **Процес** - всички аспекти на предоставяне на услугата;
- 3) **Резултат** - краен резултат или ефект на услугата.

Според него някои елементи на качеството се измерват лесно, имайки предвид субективната преценка на лекаря и пациента. Привидно лесната оценка води след себе си редица проблеми свързани със:

- а) своевременността на дадена медицинска помощ;
- б) времето, което преминава след получаването на медицинската помощ;
- в) характера на медицинската помощ (спешна или планова).

Това показва, че характерът на оценката се влияе изключително много от фактора време. Двата вида качество на медицинската помощ – **оптимално и максимално**, според Донабедиан са в тясна зависимост от разходите за получаване на качествен болничен продукт. Неоправдано високите разходи за минимално повишаване на качеството са погрешно мотивирани, а от друга страна за постигането на добра ефективност могат да бъдат мобилизирани и други фактори, като например квалификацията на персонала. Въпреки, че концепцията на А. Донабедиан е всепризната и крайъгълен камък в световната квалитология, тя е критикувана в отделни нейни части. Така например J.K.Berg и H.V.Vuori критикуват процесуалния подход като непълен, тъй като липсват данни за поведенческите реакции на лекарите и понякога за нивото на медицинските знания.. D.Pendleton et al. и R.Savage

подчертават по същия повод и липсата на взаимна връзка между медицинските дейности и крайния резултат в определени случаи. **Резултативният подход**, като стеснено схващане за определяне само на физическо, социално и психическо здраве, без да се вземе под внимание удовлетвореността на двете групи пациенти и лекари, също е критикуван от редица автори. Друг концептуален подход измерване на КМП (КБМП) е този на Maxwell, при който се използват критерии за оценка, които не са свързани единствено със здравния резултат.

Концепцията на Maxwell включва 6 измерения на качеството:

1) **Достъп до здравна помощ.** Определя възможността индивидът или населението да получат здравни услуги. Идеята за достъпа може да бъде определена още и като “разпределителен” или “технически” достъп:

а) “разпределителен”, “отпускан” достъп – обикновено се използва за описание на разпределението на услугите, въз основа на нуждите определени на база географско местонахождение и население. Равният достъп е основния принцип, който трябва да се съблюдава,

б) “технически” достъп - описване на възможността на потребителите за достъп на услуги , които са в съответствие с техните изисквания

2) **Релевантност (уместност и съответствие).** Отнася се до избор на интервенция, която най-вероятно ще доведе до постигане на желания резултат и очакваната здравна полза надхвърля достатъчно евентуалните негативни последствия. Доброто качество на здравната помощ и релевантността означават навреме да бъде извършено “правилното нещо, по правилния начин и на правилния пациент”.

3) **Сигурност / безопасност на здравната помощ.** Определя се като степента до която се избягват потенциалните рискове и непреднамерената вреда е намалена до минимум в процесите на доставяне на здравна помощ. Сигурността / безопасността включва:

- механизмите и причините за грешките;
- откриване на грешките;
- методи за минимизиране и предотвратяване на грешките.

Същевременно трябва да бъде осигурена безопасността/сигурността както на персонала, така и на посетителите в здравни заведения.

4) **Ефективност и ефикасност на здравната помощ.** Отнася се до степента, до която дадено лечение, интервенция или услуга постига желан резултат при реални условия.

5) **Продуктивност / икономичност.** Представлява степента, до която е отчетена полза от приложените медицински грижи, при минимум усилие и ресурси и максимална обща полза. Стремежът е да се постигне оптимална комбинация от различни видове лечение и услуги с цел максимизиране на общите ползи (резултати) от наличните ресурси.

6) **Участие на потребителя (потребителски фокус).** Означава да направиш човека, който получава резултата или продукта от някой процес или система, център на този процес или система.

Участието на потребителя е най-важно за развитието на подобряване на качеството. Като начин за измерване на качеството на развитие и подобряване на здравната помощ, изпълнителите на здравни услуги започват да разбират, че пациентите, техните семейства и приятели имат предимство като **експертни свидетели** на здравна помощ.

Концепцията на СЗО за качество на медицинската помощ 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”.

Най-общо се разглеждат 3 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 на 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 предоставящите здравната помощ и пациентите. Нивото на качеството в социално - психологическата сфера се измерва със **степената на съгласуваност на социално определени ценности, норми и очаквания.**

3) **Икономически аспект.** Отразява относителните разходи за единица **ползност** 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:

Тези три концепции са основата за развитието на КМП и у нас, като водещите български автори в квалитологията са Л. Иванов, Н. Стефанов, М. Попов, Т. Костадинова, Р. Димова, Т. Иванова и др. Те допринасят изключително много за опознаването им и работата по създаването на българска позиция. При всички случаи на оценка на КМП трябва да се подчертае, че **комплексният подход на оценка е най-всеобхватен и всеки един метод има своите предимства и недостатъци**. Повечето автори в света признават, че липсата на надеждна теоретична обосновка за КМП водят до различни вариабилности, но в основата на всички подходи е тази на А. Донабедиан. В България освен дисертационните трудове на Л. Иванов, Р. Димова, И. Баташки, З. Петрова разглеждащи тези проблеми, излизат различни публикации от гореспоменатите и други автори, с които се допринася за развитието на българската позиция за КМП. Според Е. Апостолов качеството на медицинската помощ се проявява в процеса на производство и потребление на здравните услуги и се измерва чрез промяна в изходното и крайно състояние на здравето в резултат от ефекта на медицинската услуга (1). Докато в много производства дейността на човека може да бъде заменена от различни машини или роботизирани системи, анализът и вземането на медицинско решение е основен приоритет на лекаря - специалист, което го прави незаменим. Това прави КМП в много голяма степен зависима от човешкия фактор в сравнение с производството на стоки или на някои други.

Твърденията на по-голяма част от изследователите потвърждават правилото, че значително по - сложен и труден е процесът на измерване и оценяване на качеството на услугите, в сравнение с качеството на изделията. Тези твърдения са основани и на факта, че качеството на медицинската помощ не винаги може да бъде измерено и оценено, поради отдалечения ефект на здравния и медицински резултат. Определенията за качество в здравеопазването отразяват спецификата на произведения продукт (здравна услуга), която се характеризира с това, че: **(а) потреблението ѝ става в момента на производството; (б) не може да се складира и съхранява; (в) качеството не е трайно, варира в зависимост от извършителя на услугата в момента; (г) отношенията между потребителя и производителя са**

асиметрични. Съществена разлика между здравните услуги и другите продукти и услуги е, че никой не ги използва за удоволствие, а тяхното търсене и потребление става по принуда. Сериозните различия се концептуализират в следното: (а) при създаването на различните изделия производственият процес, в който се проявява технологичното качество е независим от сферата на потреблението и (б) продуктите които се създават в стопанските отрасли са стандартизирани. **В здравеопазването услугите, особено в БЛЗ зависят от диагнозата, стадия и развитието на болестта, както и от професионалните умения, квалификацията, познанията и уменията на медицинските специалисти.** Поради това стандартизираните подходи при лечението на пациентите са изключително трудни. Ето защо при реалното проявяване на качеството в лечебната дейност винаги могат да се очакват различни вариации на медицинската услуга.

Структурна характеристика на качеството на медицинския продукт

Елементите на качеството/компоненти на качеството трябва да отговарят на две условия: (а) да е възможно да се установи степента на тяхното присъствие в продукта, т.е. да се оцени изпълнението на услугата и (б) да е възможно тяхното измерване. Целта на измерването е да се установят и идентифицират вариациите в хода на процеса. **Условията на качеството** включват онези съставки на околната среда, в които протича произвеждането на здравния продукт (БП) и се формира неговото качество. **Фактори на качеството** са онези условия, които осъществяват съществено позитивно влияние върху елементите на качеството. Факторите на качеството могат да бъдат под формата на задължителни нормативни изисквания (стандарти за качество, клинични пътеки), организационни условия и мерки за квалификация, пазарни фактори, конкуренция, потребителски натиск и др.

Компоненти на качеството

Съвременното интерпретиране на проблема за качеството в здравеопазването, отразява ключовата концепция за разглеждане на компонентите на качеството: достъпност, своевременност, ефективност, ефикасност, продуктивност, непекъснатост, приемливост, уместност, безопасност, професионална компетентност и техническа обезпеченост, междуличностни взаимоотношения, удобство, удовлетвореност. Всяка една от тези характеристики трябва да се разглежда в светлината на специфични условия, в контекст на конкретен етап от оказването на

медицинска помощ. Всички те имат отношение към клиничния и организационния аспект на предоставените медицински грижи.

Достъпност

Това е възможността всички да получават една и съща медицинска помощ. Достъпът до лечебните заведения не трябва да зависи от географски, икономически, социални, културни, организационни и езикови бариери.

Своевременност/ адекватност

Диагностиката и лечението трябва да бъдат предоставено в подходящия за това момент и съответно, достатъчно на симптомите на болестта, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие или усложнение на заболяването.

Ефективност

Това е установена полза от прилагането на дадена медицинска технология и лечение при реални условия, т.е. фактически полезния резултат. Чрез ефективността се отчита степента, при която извършените процедури и дейности са предоставени в съответствие с изискванията за добра медицинска практика, с цел достигане на оптимален резултат.

Ефикасност

Способността на дадена интервенция или процедура да донесе ползата, каквато процедурата би донесла в идеални условия. Идеалните условия са строго контролирани и наблюдавани условия, например в рамките на рандомизирани контролирани клинични проучвания.

Продуктивност

Степента, до която е отчетена полза от приложените медицински грижи, при минимум усилия и ресурси.

Непрекъснатост (приемственост)

Това е степента, при която отделният епизод от медицински грижи се координира и интегрира в общата схема на предоставяне на медицинска помощ. Тази характеристика означава, че пациентът получава изцяло необходимата медицинска помощ без прекъсвания, забавяне, излишни повторения в процеса на диагностиката и лечението. Спазването на този принцип се осигурява от това, пациентът да бъде наблюдаван от един и същ лекар, да се водят точни вписвания в медицинските документи, чрез точна организация и приемственост между различните нива и служби.

Приемливост

Това е степента, при която услугите съвпадат или надвишават очакванията на информираните потребители.

Уместност

Това е степента, при която потенциалните ползи от интервенцията превишават възможния риск. За оценка се използва относителната степен на използваемост на дадени интервенции.

Сигурност /Безопасност

Това е степен на предотвратяване на потенциален риск при предоставяне на медицинска помощ. Безопасността води до минимум риск от възможни травми, инфекции, странични ефекти на лечението и други нежелани последици. 2) Релевантност (уместност и съответствие). Отнася се до избор на интервенция, която най-вероятно ще доведе до постигане на желания резултат и очакваната здравна полза надхвърля достатъчно евентуалните негативни последици. Доброто качество на здравната помощ и релевантността означават навреме да бъде извършено “правилното нещо, по правилния начин и на правилния пациент”. Сигурността / безопасността включва:

- механизмите и причините за грешките;
- откриване на грешките и
- методи за минимизиране и предотвратяване на грешките.

Същевременно трябва да бъде осигурена безопасността/сигурността както на персонала, така и на посетителите в лечебни и здравни заведения.

Професионална компетентност и техническа обезпеченост

Това е степента, при която изпълнението на процедурите от медицинските специалисти е в съответствие със съвременните стандарти и познания.

Междупersonностни взаимоотношения

Това са взаимоотношения между медицинския персонал и пациентите, медицинските професионалисти и техните ръководители, организациите по здравеопазване и населението като цяло.

Удобство (комфорт)

Тук се включват външния вид на здравните заведения, персонала, материалните обекти, комфорт, чистота, конфиденциална обстановка и др.

Удовлетвореност

Качеството на медицинската помощ се оценява от пациентите и медицинските специалисти. За пациентите удовлетвореността е постигане на съвпадение между техните очаквания, нужди и реално получената медицинска помощ. Според медицинските специалисти качеството изисква наличие на навици, ресурси и условия, необходими за подобряване здравето на пациента, знания и умения да се изпълняват професионални задължения. В най-добрия случай, представа за качеството на здравните услуги се получава при измерване на всеки един от тези компоненти. Необходимо е комплексно оценяване на тези компоненти, а не поотделно. От теоретична гледна точка *структурният подход* е най-слабият от използваните подходи за оценка на КМП, макар че много често се прилага в медицинската практика.

Процесуалният подход, според Donabedian се заключава в това да се определи “какво и как се прави или е било направено” от лекаря на пациента. Според класическия модел, очертан от автора, “процесът” обединява два едновременно свързващи се компонента: техническото качество и качество на интерперсоналните взаимоотношения между лекар и пациент – комуникация, съпричастност, етичност и т.н.

Резултативният подход, включва измерване и оценяване на ефектите от медицинската помощ върху здравното състояние на отделния индивид или група от индивиди, като се пренебрегват всички други фактори като възраст, пол, раса, социален статус и други. R. Baker и R. Brook разглеждат резултата като по-широко понятие, в което включват освен промените във физическото, психичното и социалното състояние на пациента и неговата удовлетвореност след извършване на определена медицинска процедура. Комплексното прилагане на трите подхода дава най-пълна, валидна и достатъчна информация за оценка на качеството на медицинската помощ.

1.3. Човешките ресурси в системата на здравеопазването

Ресурси на здравната система

Здравни ресурси са всички материали, персонал, съоръжения, средства, и всичко, което може да се използва за предоставяне на здравни грижи и услуги. На

входа на здравната система са ресурсите, които чрез преобразуване процеса на управление (мениджмънт) се превръщат в резултати на изхода.

Основно ресурсите са четири вида: материални, човешки, финансови и време. Материалните и финансовите ресурси във времето са необходимо условие за реализация възможностите на човешките ресурси. От човешките ресурси зависи осигуряването на останалите видове ресурси и тяхното използване. Липсата или недостатъчността на един или друг ресурс може да повлияе неблагоприятно другите ресурси и да понижи ефективността на здравната система или здравната организация /51/. Например липсата на специалисти води до дефицит в консултативната дейност по определени медицински специалности или неизползването на определена налична медицинска апаратура, от което следва недостатъчност от определени медицински дейности в дадена болница или регион. Основни елементи на изхода са резултатите от определена степен на преобразуване на ресурсите. Резултатите отразяват степента на постигане на поставените цели .

1.3.1.Основи на управлението на човешките ресурси

Най-важният ресурс за всяка организация са хората. Те представляват интелектуален и социален капитал, нематериален актив, който създава стойност, постига резултати, реализира цели. Най-конкурентноспособни са организациите, които успяват да привлекат качествените кандидати от пазара на труда и от конкурентните фирми и умело да ги мотивират да вложат всичко в работата си /13/.

В исторически план съществуват най-общо два модела на управление на човешките ресурси, които се различават по акцентите на управлението:

Мичиганската бизнес школа приема човешките ресурси като всеки друг ресурс. Тук най-важни са икономическите мотиви. Цената на работната сила трябва да бъде приемлива за организацията. Трудът на работещите трябва да води до най-големи ползи за организацията. На работещите трябва да се създадат такива условия, че икономическата изгода, извлечена от труда им да бъде максимална. Личността на отделния служител и човешките взаимоотношения нямат толкова голямо значение.

Харвардският модел на управление на човешките ресурси е на другия полюс. Той набляга на човешките взаимоотношения и на човешката себerealизация. Хората са тези, които оказват голямо влияние върху състоянието на организацията във всеки

момент и са пряко свързани с крайния резултат. Философията на Харвардския модел е постигане на ангажираност на работещите в организацията с нейните цели, хармония между отделните елементи в организацията, компетентно и мотивирано участие на работещите при изпълнение на задачите. Служителят е личност с качества, компетенци и вътрешна мотивация, които ако се насочват към постигане на поставените цели, се превръщат в капитал.

Възприемането на човешкия фактор като най-ценния капитал на организацията е достатъчно основание за неговото адекватно управление и се счита за едно от основните предизвикателства на съвременния мениджмънт/38/.

В „Стратегията за развитие” на Европейския съюз се дава следното определение:

Човешкият капитал е съвкупност от знания, умения и способности, въплътени в хората и придобити чрез образование, обучение и опит, които допринасят за увеличаване на тяхната производителна сила. /72/

Мениджмънтът на човешките ресурси е система от дейности, чрез които ефективно се използва персоналът за постигане на целите на здравната организация и същевременно се удовлетворяват потребностите на работещите хора.

Ефективното управление на човешките ресурси в организацията не включва само правилен подбор, обучение, разпределение на кадрите и контрол върху дейността им, а означава да се ръководят мислещи субекти със съответните знания, умения и способности, да се формира и утвърждава у тях ново съзнание и нов манталитет, определени чрез комплекс от адекватни мотивиращи въздействия за активизиране на тяхното целенасочено, инициативно и съзидателно поведение.

Управлението на човешките ресурси не може да бъде ефективно без да се познават техните **специфични особености**:

1. Човешките ресурси не са собственост на организацията. За разлика от финансовите и материалните ресурси, с които мениджъра може да разполага както намери за добре, служителите могат да напуснат организацията, когато са недовлетворени.

2. Човешките ресурси се ползват дългосрочно - не са за еднократна употреба, както зареждане с материали, консумативи или осигуряването на определен финансов ресурс.

3. Човешките ресурси не са взаимозаменяеми в повечето случаи – трябва не въобще служители, а такива с конкретна квалификация, знания и компетентности.

4. Човешките ресурси трудно променят местоположението си и предназначението си. Те са необходими на определено място за конкретна работа.

5. Човешките ресурси имат динамично и непредвидимо поведение. За разлика от другите ресурси хората се развиват, изменят, мислят, творят, усъвършенстват се, т.е. непрекъснато се променят и могат да действат непредвидимо.

6. Човешките ресурси се влияят от междуличностни отношения - в процеса на работа неминуемо възникват разнообразни отношения, създават се неформални групи, които влияят върху организацията.

7. Човешките ресурси притежават чувство за справедливост. Тази морално-етична категория е важен мотивиращ фактор, както и нарушеното чувство за справедливост може да се окаже в основата на множество и труднопреодолими конфликти.

Външни и вътрешни фактори в управлението на човешките ресурси:

Външни фактори:

1. Възприетият икономически модел в страната.

Най-общо се наблюдават три модела:

-административно-разпоредителен модел - със силна държавна регулация във всички области. Характерен за страни с преобладаваща държавна собственост, централизирано планиране, административно разпределение на ресурсите. Управлението на човешкия фактор е чрез командно-административни подходи и твърди ценности.

-либерално-пазарен модел - държавата не участва пряко в икономиката, дейността на икономическите субекти е свободна. Човешките ресурси се ръководят от управленския екип на организацията. Колективните трудови отношения са ограничени. Предпочитат се индивидуалните трудови договори. Мениджмънтът поема малки ангажменти в социалната област.

-социална пазарна икономика - правителството поддържа връзка с представителните организации на служителите и работодателите и обсъжда с тях провежданата икономическа и социална политика. Колективните трудови договори са обичайна практика. Чрез своите синдикални и съсловни организации работниците и служителите участват във вземането на решения, свързани с развитието на човешкия фактор.

2. Държавната политика в областта на човешките ресурси - законодателство, институции;

3. Глобализацията на икономиката - наличие на глобална конкуренция, която принуждава организациите да се реструктурират с всички произтичащи от това последици за човешкия фактор;

4. Реалностите на националния трудов пазар - търсене на работници и специалисти, ниво на безработица, ниво на заплащане и др.

5. Демографски тенденции - застаряване на работния потенциал, образователна, етническа и културална структура на населението.

6. Икономическата стабилност на страната - дестабилизацията на икономиката води до инфлация, понижаване на жизненото равнище, закриване на работни места, дисбаланс на трудовия пазар.

7. Технологичният прогрес - мощното развитие на технологиите тотално променя начина на мениджмънт на човешките ресурси. Изисква се друга структура, квалификация и мотивация на работещите, намалява числеността на заетите в производството.

Вътрешни фактори:

1. Формата на собственост – обикновено управлението на човешките ресурси в държавните и общински организации е по-тромаво, движи се в ограничени рамки. Ръководителите не са достатъчно мотивирани да усъвършенстват системата, а и често липсват условия за това. По тази причина публичният сектор е с по-ниска ефективност и конкурентноспособност и това е тенденция в световен мащаб.

2. Размерът на организацията-Европейската комисия класифицира организациите в четири групи:

-микроорганизации- до 10 служители

-малки организации- от 10 до 100 служители

-средни организации- от 100 до 500 служители

-големи организации- над 500 служители

Управлението на човешките ресурси в тези организации е много различно и се обуславя от принципно различните условия и структура.

3. Финансовото състояние на организацията - влияе пряко върху управлението на човешките ресурси. Развитието на човешкия потенциал винаги е по-добро във финансово стабилните и проспериращи организации.

4.Организационната култура - стилът и начина на ръководство, поведението на хората в организацията, готовността за възприемане на промяната, взаимоотношенията в работната среда и др.

5.въвеждането на нови технологии-технологичните промени провокират промени в потребностите от персонал,критериите за наемане на персонал,програмите за обучение,системите на заплащане в организацията.

Система за управление на човешките ресурси

Представява съвкупност от относително обособени компоненти, които се намират във взаимодействие помежду си и са насочени към обогатяване на трудовия потенциал на организацията, включително нарастване на делът на служителите в нея, носители на човешки капитал /36/.

Ключови компоненти при изграждане на системата за управление на човешките ресурси:

1.Прогнозиране на потребностите, планиране на потребностите, набиране, подбор и назначаване на човешките ресурси.

2.Оценяване на трудовото представяне на човешките ресурси.(текущо-ежемесечно или тримесечно; годишно - атестиране на персонала).

3.Обучение, професионално развитие, кариерно развитие.

4.Управление на възнагражденията на човешките ресурси (парични възнаграждения и придобивки).

5.Създаване на здравословни и безопасни условия на труд.

Системата за управление на човешките ресурси се влияе от посочените по-горе фактори на външната и вътрешната среда. Системата има вход и изход. На входа на системата постъпват ресурси с определени количествени и качествени характеристики, които чрез съвкупност от дейности се трансформират в резултати. На изхода, чрез принципа на обратната връзка, се анализира ефективността на системата.

Ефективността представлява съотношението между резултатите, които се получават на изхода и разходите, които се правят на входа. Разходите се определят сравнително лесно, защото имат количествено измерение. Резултатите от функционирането на системата се определят по-трудно, защото не винаги са количествено измерими - има и т.нар.косвени резултати. Комплексната оценка за ефективността от прилаганата система за управление на човешките ресурси в крайна

сметка трябва да даде отговор по какъв начин и в каква степен тази система допринася за реализиране на организационните цели /36.38/

Мениджмънтът на човешките ресурси в здравеопазването се базира на няколко основни постановки:

-това са уникални ресурси - индивидуалното и общественото здраве са водеща ценност в обществото, компетентностите на медицинските специалисти са такива, че не могат да бъдат замествани или заменяни от други.

-това са задължителни ресурси – медицинските стандарти изискват определен брой специалисти с необходимата квалификация за всяка структура и за всяка дейност в системата на здравеопазването

-това са скъпи ресурси – обучението на здравните професионалисти е продължително - тяхната квалификация и специализация изискват не само технологично време, но и голямо лично финансово участие, поради което те имат висока себестойност. Колкото е по-висока тяхната квалификация, толкова разходите на организацията за тях нарастват.

-това са развиващи се ресурси - професията им максимално изисква придобиване на нови знания, умения и компетентности, изграждане на задължителна система за следдипломна квалификация.

-това са недостатъчни ресурси – поради свободата на пазара на работната сила и възможността за избор, все повече се наблюдава придвижване на медицинските специалисти към по-добрите практики – с повече условия за разгръщане на потенциала им и по-добра оценка за труда им. Това поражда недостатъчност от медицински кадри в национален и регионален мащаб, диспропорции в разпределението на специалистите, свръхконцентрация в големите градове и др.

Структурата на човешките ресурси в здравеопазването трябва да гарантира изпълнението на основите стратегически цели:

- промоция на здравето и профилактика на болестите;
- първични здравни грижи за населението;
- диагностика, лечение на болестите;
- рехабилитация и възстановяване на здравето;
- осигуряване на спешната медицинска помощ.

1.3.2. Анализ на състоянието на човешките ресурси в здравната система

Търсене и предлагане на работа на медицинските специалисти

Едно от фундаменталните изисквания пред устойчивото функциониране на системата на здравеопазване е нейното адекватното обвързване на ресурси и резултати. Въпреки това пазарът, на който се купува ресурсът труд, е слабо изследван у нас. Целта на подобни изследвания е да се избегнат структурните несъответствия между търсенето и предлагането на работна сила, които винаги имат дългосрочен характер. Усилията трябва да се съсредоточат и върху взаимодействието на системите на висшето образование с пазара на труда в здравеопазването, тъй като завършилите висше образование следва да имат възможност да продължат необходимата квалификация, определена от потребностите от медицински услуги. Разривът между тези две системи засяга най-силно баланса на здравната система, защото не позволява да се реализират адекватно ефектите от образованието. Дори високо образована работна сила може да не окаже позитивно въздействие върху системата, ако нейните компетенции не отговарят на изискванията на пазара на труда.

Икономическата дефиниция на недостига на работна сила обичайно се различава от тази, която се определя единствено на медицинска основа. Дефиницията е базирана на допускането как характеристиките на даден пазар за професионалисти се отклонява от този, при съвършена конкуренция.

За целите на планирането е важно как се използва трудът – и как се комбинира с останалите фактори на производство – което определя едновременно обема на предоставяните здравни услуги и цената на труда в сектора. Предлагането на труд има низходяща крива, което предполага, че по-високото заплащане на даден пазар ще привлече повече работна сила или ще се изрази в повече работни часове.

Степента, до която субституцията между ресурсите е възможна дали между капитал и труд, или между различните видове медицински труд, е ключов въпрос за планирането на персонала в системата и детерминира ефективността на предоставянето на медицински услуги от лечебните заведения.

Трябва да се има предвид, че факторите, които определят търсенето на труд са опосредствани от търсенето на здравни услуги. Това означава, че анализът на работната сила трябва да се фокусира върху способността на персонала да предостави необходимите или търсени медицински услуги. Базираният на нуждата от медицински

специалисти подход при планирането на персонала трябва да стане доминантен при определянето на изискванията към работната сила в сектора.

На теория търсенето на даден производствен ресурс зависи от неговата производителност. Съответно неговата цена (заплата) в сравнителен план ще е по-висока от тази на по-ниско производителния ресурс, което се наблюдава и на пазара за труд в областта на здравеопазването (напр. в специалностите кардиология, неврохирургия, травматология и ортопедия и др.). Заедно с това, търсенето на необходимите фактори за производство (напр. лекари с конкретна специалност) е опосредствано от цените на крайната продукция, в случая цените на заплащаните от НЗОК клинични пътеки.

Налага се изводът, че производителността и обучението на доставчиците на медицински услуги са едни от най-важните детерминанти за взаимодействието между търсенето и предлагането на труд.

Относително бързи промени в нивата на предлагането на труд са възможни при професии, за които са необходими минимална степен на образование и обучение. Броят на новите лекари специалисти и другите професионалисти, за които е необходима по-висока степен на образование и квалификация обаче е детерминиран от достъпа до медицинско образование, както и от решенията на студентите, направени години по-рано. Известен факт е, че изискванията пред практикуването на лекарската професия са много високи и са поставени още на входа на системата, в опит държавата да регулира обема на използваните ресурси. Държавните политики са подложени на силен натиск за контролиране на разходите чрез елиминирането на ненужни медицински услуги и повишаване на производителността на лекарите, но въпреки това рядко се постигат желаните ефекти.

Посредством образование и квалификация студентите по медицина правят инвестиции в човешки капитал. Решението да се инвестира в човешки капитал се асоциира с всички направени разходи за инвестицията, включително и алтернативните разходи. Бъдещите студенти по медицина ще сравнят възвръщаемостта от медицинското образование с това на други възможни професионални направления и ще изберат най-високата. В случай, че средната норма на възвръщаемост от медицинското образование е висока и нараства може да означава, че лекарите стават все по-оскъден ресурс, предполагайки недостиг в сравнително кратък период от време.

Въз основа на тези предпоставки, донякъде е разбираемо защо способността на пазарните сили и институционалните корекции да приспособят дисбалансите на пазара за медицински труд са силно затруднени в България.

Планиране на човешките ресурси в здравеопазването

Съгласно съществуващите определения и класификации за същността на управлението на човешките ресурси и функциите и дейностите, които то включва, планирането е управленска функция, която се осъществява посредством оперативните функции и дейности, свързани с управлението на човешките ресурси.

Планирането на системата от човешките ресурси е относително самостоятелна управленска функция, но и тясно свързана, взаимодействаща си с дейностите по планирането на другите елементи от дейността на организацията: производство, маркетинг, иновации, инвестиции, финанси и други. Планирането на необходимите човешки ресурси по количествени и качествени характеристики и тяхното осигуряване, стимулиране и развитие се предопределя от развитието на организацията, от нейните стратегически цели и планове за производството, инвестициите и другите дейности и ресурси. Същевременно планирането в областта на човешките ресурси в лечебното заведение предопределя ефективността на всички дейности извършвани в него, стабилността, корпоративната култура.

По своята същност планирането на човешките ресурси се предопределя от политиката на лечебното заведение, в т.ч. и в областта на персонала. Включва дейности като:

- ✓ анализ и диагноза на състоянието, развитието и използването на работната сила;
- ✓ прогнози за потребността и източниците за осигуряване на персонал, за производителността на труда и работното време, за развитието на човешкия фактор и други;
- ✓ планове и програми за системата на човешките ресурси;
- ✓ организация и контрол по реализацията на стратегиите, плановете и програмите.

Планирането в управлението на човешките ресурси има за свой обект:

- ✓ система от човешки ресурси като цяло в количествено и качествено отношение като елемент от организационната структура;

- ✓ потребността от работна сила и източниците за нейното осигуряване, т.е. търсенето и предлагането на труд в организацията;
- ✓ развитието на кадрите в организацията, въвеждането на новоназначените, обучението, трудовата кариера;
- ✓ формирането на системата от човешки ресурси в организацията чрез дейностите по набирането, подбора, назначаването и освобождаването чрез предвиждане и планиране на вътрешното и външното движение на персонала;
- ✓ развитието на индивидуалните и колективни отношения, участието на трудещите се в управлението, собствеността и финансовите резултати.

Планирането на човешките ресурси е определяне на точния брой хора с определени качествени характеристики за съответните работни места за всеки даден момент от развитието на лечебното заведение или като система за намиране на съответствието между потребностите от работна сила и наличността на човешки ресурси вътре в организацията.

Планирането включва и прогнозиране през годината кои и колко служители ще напуснат структурата, в която работят по едни или други причини. За тази цел и на период от полугодие е необходимо извършването на анализ за състоянието и движението на човешки ресурси в лечебното заведение, прогнозиране на движението на персонала и съставяне на план за предлагане на труд.

Текуществото на персонала е трудно за предвиждане, тъй като изборът и решението принадлежи на отделния индивид и се определя от редица социални, икономически, финансови, психологически и семейни фактори.

Затова се използват различни подходи:

- ✓ Проучване на мненията и настроенята на работещите за нагласата да напуснат по собствено желание;
- ✓ Анализ и оценка на текуществото през последните години и на причините и факторите, довели до това;
- ✓ Прогнозиране на евентуалното текучество.

Набиране и задържане на медицински специалисти

Медицинските заведения съществуват в относително конкурентна среда с ограничени ресурси и управлението на тези ресурси определя конкурентните им

предимства. Поради това целта на стратегическото управление в една такава организация е човешките ресурси да се използват максимално ефективно. Основна задача на мениджърите на здравни заведения е да открият най-добрите практики в управлението на човешките ресурси – планиране, подбор, обучение и задържане на наетия персонал.

Набирането на персонал е една от най-важните стратегически дейности на една организация. По същество процесът на подбор и набиране на персонал е предопределяне на количеството и качеството (равнище на образование и професионална подготовка, квалификация, производителност) на работната сила, трудовите отношения, мотивацията и други характеристики на човешкия фактор.

Вътрешните източници включват заетите вече в болницата. Предимствата на вътрешните източници са:

- ✓ Персоналът на болницата е добре познат, оценяван за своята работа в нея и ръководството добре познава както възможностите, така и недостатъците на конкретните служители. Този подход дава възможност за по-добър избор и могат да се очакват малко изненади;
- ✓ При използването на вътрешни кадри се правят по-малко разходи – за съобщения, реклами, обяви и др.

Недостатъците са:

- ✓ Забавяне на обновяване на системата от човешки ресурси, което може да доведе до „застаряване“;
- ✓ Увеличаване на възможностите за влошаване на социално-психологическия климат в трудовия екип и конкуренция, когато мястото е престижно, с високо заплащане, кандидатите са повече от един.

Външните източници на практика съдържат повече възможности за болницата да намери най-подходящите служители. Използват няколко подхода:

- ✓ Набиране на персонал директно от учебните заведения – означава наемането на млади хора без трудов стаж и опит, без практически умения, но с добра теоретична подготовка, амбициозни и енергични;
- ✓ Наемане на опитни кадри от конкурентни лечебни заведения – това е сигурен начин за набиране на високо квалифицирани служители, но едновременно е и най – скъпия подход, тъй като е необходимо да се предоставят по-добри условия – по-високо заплащане, социално-битови придобивки и др;

- ✓ Набиране на персонал чрез институциите на пазара на труда – служби по заетостта, бюра по труда, организации и агенции, които посредничат при набиране.

Качеството на човешките ресурси, тяхното равнище на образование, професионална подготовка и квалификация предопределя ефективността на труда и имиджа на лечебното заведение. Развитието на системата от човешки ресурси е една от най-важните функции от управлението и се осъществява в съответствие с бъдещото развитие на лечебните заведения.

Управлението на системата от човешки ресурси включва допълнително дейности като: въвеждане в организацията и на конкретното работно място на новоназначените служители, обучение – професионална подготовка, квалификация и преквалификация, израстване в йерархията или планиране на кариерата на специалистите.

Успешната адаптация на практика е успешна социализация на новия служител в колектива на лечебното заведение. Социализацията на персонала е процес на интегриране на новите служители, при които индивидът и организацията взаимодействат, за да бъдат по-лесно възприети и усвоени определени професионални и социални ценности и норми на поведение. Процесът е насочен към постигане на взаимни цели: новоназначеният да се почувства комфортно в новата среда и така организацията да спечели един лоялен и всеотдаен служител.

Социализацията се определя като дейност, извършвана пряко от ръководството, с цел запознаване на новия служител с организацията на работа, социалните придобивки и безопасните условия на труда, общите условия на трудов договор и естеството на работа в отдела, в който ще работи лицето. Това е един непрекъснат процес, започващ от първия контакт с работодателя и приключващ с оптималното интегриране на новите служители в колектива на лечебното заведение. Той изисква цялостна и интегрирана управленска програма, включваща много задълбочена, както предварителна, така и текуща, а също и последваща дейност по организирането, провеждането, контролирането и анализирането на ефективността на тази дейност.

В лечебните заведения за болнична помощ се използват стандартните процедури за наемане на необходимия персонал – подбор по автобиография, интервю, конкурс, препоръки от предишни работодатели и др.

Изборът често е обективно ограничен поради липсата на квалифицирани кадри. Голяма част от предизвикателствата, свързани с работната сила са сходни във всички подсистеми – спешна, първична, специализирана, болнична, дългосрочни грижи. Съществува сериозен проблем с привличането и задържането на лекари със специалност и специалисти по здравни грижи. Независимо от това съществуват разлики сред публичните и частните доставчици. Например в болничната система мениджърите на публичните заведения изразяват силна загриженост по отношение на липсата на специализирани кадри, докато от частните заведения са по-умерени. Дори мениджърите на лечебни заведения споделят, че често се налага използването на консултанти за разглеждане на сложни клинични случаи като използването на тази алтернатива е с относителен дял 83,3% в заведенията за болнична помощ. Болничните заведения не изпитват затруднения само с персонала, ангажиран пряко с предоставянето на медицинската услуга, а и с медицинската диагностика (рентгенолози, лаборанти) и помощния персонал.

Независимо от това, големите здравни центрове както и университетски болници нямат съществен проблем при набирането на персонал. Мениджърите на тези заведения споделят, че тяхна основна грижа е сами да организират обучението на необходимите им специализирани кадри и да ги задържат чрез съответните стимули.

Във всички подсистеми несъответствието между търсене и предлагане на работна сила в селските и трудно достъпни райони е значително по-голямо в сравнение с урбанизираните територии.

В края на 2014 г. на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения в страната практикуват 28 842 лекари . Лекарите по дентална медицина са 7 013, като 6 500 от тях са сключили договор с НЗОК. В сравнение с 2012 г. техният брой се увеличава с 9.1%. Медицинските специалисти по здравни грижи, които работят на основен трудов договор в лечебните заведения, са 48 158, а другият персонал с немедицинско образование - 39 200 души.

Табл. №6 Брой здравни специалисти и осигуреност на населението със здравни кадри

Медицински персонал

	2011	2012	2013	2011	2012	2013
	брой			на 10 000 души от населението		
Лекари	28411	28643	28937	38.8	39.3	39.9
Лекари по дентална медицина	6655	6706	7247	9.1	9.2	10.0
Медицински специалисти по здравни грижи	47427	47806	48463	64.7	65.6	66.9
Население на един						
лекар	258	254	250	x	x	x
лекар по дентална медицина	1101	1086	1000	x	x	x

Осигуреността с лекари в края на 2013 г. е 39.9 на 10 000 души от населението, а с лекари по дентална медицина - 10.0 на 10 000 души от населението. В края на 2014г. 1 лекар се пада на 250 души население средно за страната. За лекарите по дентална медицина този показател е 1 на 1027 души. Показателят за осигуреност с лекари по области варира от 189 /Плевен/ до 385 /Разград/ души на 1 лекар, като най-висока е осигуреността на населението с лекари в областите, в чиито центрове има медицински университети и университетски болници. Стойности над средния за страната има показателят за областите: Плевен, София (столица), Варна, Пловдив, Стара Загора, Ловеч.

Най-ниски са стойностите на показателя в областите Разград (цитиран), Кърджали, Силистра и Перник.

Наблюдава се съществен недостиг на работна сила. Възможно е това да се дължи на факта, че делът на работещите пенсионирани медицински специалисти е сравнително висок. Съществуват наблюдения, че връзката между степента на образование и доходите е по-слаба при пенсионирани кадри, което води до определена латентност на пазара. Също така голяма част от заетите пенсионери извършват дейности, които не отговарят на тяхното образователно равнище и квалификация.

На този етап, средната възраст на медицинския персонал нараства и е твърде вероятно тенденцията да се запази в дългосрочен аспект. Мениджърите във всички подсистеми считат, че застаряването и проблемите с пазара на труда в здравния сектор създават търсене на човешки ресурси, които настоящите управленски подходи към работната сила и работните места няма да могат да ги разрешат. Застаряването на

работната сила се очаква да доведе до силен натиск върху големите медицински заведения, в болничната система.

На теория съществува пряка връзка между задържането на персонала и предоставянето на качествена медицинска услуга. Често обаче това условие се подценява поради голямата стагнация на пазара за медицински кадри по някои специалности като "неонетология"; "патоанатомия" и "патофизиология", както и "анестезиология", "кардиология", "ендокринология", "травматология", "интензивна медицина" и др. Отсъствието на задължително продължаващо обучение на персонала, свързано с подобряване на резултатите допринася за слабата зависимост. При медицинските сестри, клиничните лаборанти и акушерки също има голямо текучество, което допълнително влошава качеството на предоставяните услуги.

Най-големите предизвикателства при задържането на персонала са с финансов аспект: липса на конкурентни компенсации (напр. болничните специалисти са възнаграждавани по-ниско от специалистите в извънболничния сектор или големите университетски центрове); финансова подкрепа за продължаващо обучение; липса на наставнически програми и пр.

Обучение и квалификация на медицинските специалисти

Обучението е системен процес за обогатяване на знанията, уменията и нагласата на работещите с цел те да съответстват в най-голяма степен на изискванията за заеманите длъжности.

Принципите на обучение, гарантиращи успеха му са:

- ✓ Здравните специалисти трябва да бъдат мотивирани да се обучават и непрекъснато да повишават своите знания, умения и професионална квалификация. За това е необходимо те да бъдат информирани за оценката на ръководството за съответствието на техните знания и умения с изискванията за заеманите длъжности.
- ✓ Необходимо е още да имат ясна представа какво трябва да постигнат в резултат на обучението, като равнище на знания и умения, способности и поведение, както и до каква промяна в заплащането водят новите знания и умения, благодарение на които се увеличава професионалния и трудов принос на работещия в лечебното заведение;

- ✓ Процесът на обучение за всеки от включените в него, трябва да бъде насочван и ръководен;
- ✓ Обучението трябва да задоволява потребностите на хората и да бъде активен, а не пасивен процес и обучаваните да участват активно в конкретната обучителна програма;
- ✓ Използват се подходящи методи, които отчитат равнището на подготовката на обучаваните и техните интереси.
- ✓ Разработването на индивидуален план за развитието на всеки член на персонала, съобразен с досегашното ниво на професионален опит и умения, личностна мотивация и психологическата характеристика, допринася за осъществяване на целите и задачите, поставени пред здравната организация.

Непрекъснатото обучение и поддържането на квалификацията би могло като минимална база да се осъществи, чрез вътреболнични организационни форми или финансиране на обучението в други институции:

- ✓ колегиуми с обсъждане на проблемни болни;
- ✓ участие в общи колегиуми;
- ✓ провеждане на клинично-патоанатомични срещи;
- ✓ участие в национални и регионални здравни форуми;
- ✓ организиране на обучителни курсове в рамките на лечебното заведение “Здравен мениджмънт” и “Здравни грижи”;
- ✓ организиране на обучителни курсове за работа с медицинска документация, включително и с документи, попълвани по клинични пътеки или договорирани болнични пътеки с ДЗОФ
- ✓ участие на лекари по утвърден план в курсове за следдипломна квалификация, включително и за извършване на високоспециализирани дейности;
- ✓ участие на специалистите по здравни грижи в курсове за следдипломна квалификация.

Кариерно развитие и организационна култура

Кариерното развитие е процес на натрупване на знания, умения и компетентности при изпълнение на определени длъжности в конкуренция с другите и води до:

- ✓ повишаване на качеството на диагностично-лечебния процес;

- ✓ поемане на нови задължения и отговорности;
- ✓ получаване на допълнително трудово възнаграждение.

Кариерното развитие включва целия път на човека – избор на професия, образование, период на зрялост, когато хората са в най – силния период на своята кариера. Днес ударението се поставя върху „учене през целия живот”, както и множеството преходи в кариерата.

Постигането на целите на организацията изисква ефективен обмен на информация. Ако служителите не умеят да обменят информация по между си, те не могат да работят съвместно, както и да формулират цели и респективно да ги постигат екипно.

Хората, които трябва да формират и провеждат съвременната здравна политика гледат на специализиращите лекари като огромен контингент от висококвалифицирана работна ръка, която работи без пари.

Лекарите специализанти нямат нормативно уредени доходи, нямат право на отпуск и майчинство, не им се признава осигурителен стаж. Те извършват денонощен труд, който не се заплаща като такъв. Работят на базата на тристранния договор между специализанта, медицинския университет и базата. С този документ с неясен статут се нарушават правата на специализантите, които са поставени в неравностойно положение по отношение на финансирането и на обучението. В настоящата ситуация е абсурдно да се плаща, и то при условие, че е налице дефицит на кадри в системата. Затова и 84% от завършващите медицина вече емигрират в чужбина. Като пример може да се посочи Германия, където средното възнаграждение на специализантите е 3.3 хил. евро, а в същото време те използват и безплатно общежитие.

Продължаващото медицинско обучение (ПМО) е законова възможност за поддържане и усъвършенстване на професионалната квалификация на работещите в здравеопазването, като това обучение е вид следдипломно обучение, което се осъществява наред с придобиването на специалност.

По своята същност то представлява непрекъснато обучение след придобиването на правото за упражняването на професия под формата на курсове, индивидуално обучение, програми за професионална квалификация за придобиване на определена правоспособност, програми за дистанционно обучение.

Съгласно чл.182, ал.1 от Закона за здравето (ЗЗ) съсловните организации на лекарите, на лекарите по дентална медицина, на магистър-фармацевтите и на

медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти организират, координират, провеждат и регистрират продължаващото медицинско обучение на лекарите, на лекарите по дентална медицина, на магистър-фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти при условия и по ред, определени в договори с висшите училища, Българския Червен кръст и Военномедицинската академия.

Управление и мотивиране на персонала

Мотивацията на хората за труд се превръща в една от основните предпоставки за организационната ефективност и успешно развитие. За да осъществяват своята мисия и просперираат в динамично изменящата се среда, лечебните заведения, трябва да разчитат на своите служители – на уменията и способностите им, както и на техните усилия, на желанието им да вложат от себе си. Ако лечебните заведения не са в състояние да мотивират своите сътрудници, да ги ангажират, да ги накарат да се почувстват част от едно голямо цяло и да придадат смисъл на живота им в труда, те са обречени на неуспех.

Последствията за организацията са високо равнище на текучество и ниска ефективност. Всяко лечебно заведение влага в определена степен средства и енергия за обучение, продължителна квалификация и професионално развитие на своите служители. Но не всяка организация успява да задържи своите членове, да използва техният капацитет и да получи възвращаемост на онова, което е инвестирала в тях. Така необходимостта от привързаност и мотивация за резултати се разглежда в две посоки. Въпросът е не само да се задържат хората на работа, но и те да се мотивират да влагат усилия и да допринасят за постигането както на своите лични цели, така и за целите на организацията.

Мотиви и мотивация

Едно от значенията на термина „мотив” е подбуда, подтик, подбудителна причина, повод за някое действие. Мотивът е “нещо в личността (потребност, идея, психично състояние или емоция), което я подтиква към действие”. Според Ханс Селие (“Стрес без дистрес”, 1974 г.) живите същества се мотивират от различни подбуди, между които една от най-важните е егоистичното желание да поддържат собственото си съществуване, да бъдат живи и щастливи. Удовлетворяването на човешките

инстинктивни импулси, потребността от самоизразяване, импулсът за трупане на богатство и за придобиване на власт, подтикът към съзидателен труд, както и много други мотиви заедно обслужват нашите действия. Следователно целесъобразно е тези желаниа да се разглеждат в цялата им съвкупност, а не поотделно и да се анализира тяхната роля и биологичното им значение в поддържането на хомеостазиса, на равновесието както за индивида, така и в рамките на обществото.

В сектора на здравеопазването през последните две десетилетия настъпиха редица значими промени, както в икономически, така и в социален план. Проблемите, с които трябва да се справят организациите, ако искат да оцелеят и да се развиват са многоплатови и различни по своя характер. Сред тях най-дълбоките са свързани с преструктурирането на здравеопазната система, промяна в юридическия статут и преструктуриране на лечебните заведения, с повишената конкуренция и потребността от конкурентоспособност, със спецификата на частния бизнес.

В личностен план това води до криза в ценностите и нагласите за труд, които са в пряка връзка с вътрешната мотивация на хората. Тези процеси са най - силно изразени в преосмислянето на труда и на мястото на човека в организацията. Лечебните заведения, като икономическа и социална организация не са стабилни, подложени са на множество влияния и моралното задължение на личността да влага усилия и да остане, има стойности, различни от предишните във времето.

Мотивите са фактори за въздействие върху човешкото поведение. Те могат да се определят още като подбуди, които много често са неосъзнати от хората отчасти или напълно. Една отделно разглеждана подбуда на човешкото поведение се определя като мотив, а взаимодействието на повече подбуди (мотиви) на човешкото поведение - като мотивация. Само когато има яснота по това кои мотиви определят трудовото поведение, може да се направят разсъждения и изводи за най-подходящите мерки, които биха дали импулс за положително трудово поведение.

Мотивацията не може да бъде постигната насила. Тя е много повече от израз на една култура, която не само има сложно значение, но и се прилага в организациите по различни начини.

Мотивацията е:

- ✓ винаги свързана с потребностите на индивида, с неговата психическа нагласа и наклонности към задоволяването им;

- ✓ процес и засяга поведенския избор, насоченост, цели и наградите, получавани за дадени дейности.

Вътрешна и външна мотивация

Вътрешна мотивация са онези вътрешнопсихични фактори, продукт преди всичко на възпитание, но също така и на нагласа, генетично наследяване, интуиция и други, които влияят на хората да се държат по определен начин, или да следват определена цел. Тези фактори включват чувството за отговорност, възможността на хората да се развиват и ползват умения и способности, свободата на действие, възможностите за развитие, интересната работа и т.н.

Несъмнено, една организация, каквато и мотивационна система да създаде, трудно би могла да преодолее липсата на съответната нагласа – резултат, например, от възпитанието на един човек. Поради тази причина системата за подбор трябва да служи като организационен механизъм, който да умее да “пресеява” хората, при които отсъства или не е достатъчна вътрешната мотивация за осъществяването на организационните цели. Външна мотивация е системата от мениджърски действия, средства и подходи за мотивиране на служителите към постигането на целите на организацията. Тя включва фактори, с които се влияе върху индивидуалното поведение. Външните стимули често могат да имат бърз и силен ефект, но рядко продължителен, за разлика от вътрешните, които имат дълбок и траен ефект поради това, че са присъщи на индивида, а не са му наложени отвън. От друга страна, не бива да се забравя, че двете форми на мотивация – вътрешна и външна, са взаимно свързани и си въздействат една на друга. (13)

В редица организации се разработва т.нар. „мотивационен профил на човешките ресурси“. Чрез него се установява равнището на мотивация на служителите и се идентифицират факторите, водещи до демотивация. Демотивацията може да се дължи на редица слабости в дейността по мотивирането, по-важните от които са:

- несправедливо трудово възнаграждение, уравниловка;
- мотивиране чрез страх –уволнение, наказание и др.;
- подценяване различията между хората;
- слабо внимание към творческите личности;
- мнителност към инициативните личности;
- недоверие към сътрудниците;
- липса на критерии за оценка на труда и за кариерно развитие;
- псевдодемократичен стил на ръководство, двойни стандарти, задкулисие.

В медицинската практика мотивацията е сложен процес. Тя не може да се разглежда единствено и само на базата на икономическия интерес. Като високохуманна професия тук нещата са многопластови - мотивиращите фактори се обогатяват с ценности, залегнали в морално-етичния фундамент на медицината и нейното развитие от Хипократ до наши дни. Повече от другаде тук са присъщи мотивите от висшите нива - его-статус и реализация. Грижа на здравния мениджър е да намери баланса между удовлетворяване на потребностите на дефицита /ниските нива/ и потребността от самореализация / висшето ниво /.

Управленски подходи към мотивацията

Съвременните подходи към мотивацията са две основни групи – на потребностите (теории на Хенри Мъри; на Маслоу; двуфакторна теория на Фредерик Хърцбърг; теория за справедливостта на Адамс и др.) и на процеса (теория за мотивацията на Лаймън Портър и Едуард Лоулър; теория за целите; теория на подсилването) и включват постановките и практиката на посочените най-приложими теории.

Теоретично, основна роля при за задържане и мотивиране на персонала в системата играят и финансовите, и нефинансовите стимули, въздействащи по определен начин на всяка от страните, участваща в процеса при предоставяне на здравната услуга. Стимулите, създадени от различни системи на основни и допълнителни възнаграждения, и тяхното въздействие върху мотивацията на персонала, могат да бъдат комплексни. При нефинансовите мотивационните фактори са свързани с характера и със същността на работата и те довеждат до удовлетворение, когато са в достатъчна степен, другата група са т.нар. хигиенни фактори. Те са външни фактори и са свързани със средата в която се работи. Стабилността на работното място се счита за съществен елемент от пакета стимули за персонала. Сложността на механизма по управление на възнагражденията е само една от трудностите, свързани с управлението на човешките ресурси в лечебните заведения за болнична помощ.

Често се обсъжда и изследва хипотезата доколко парите са мотивиращ фактор. В здравния сектор също се наблюдават съществени различия в гледната точка на мениджърите и на медицинския персонал по отношение на мотивиращите фактори. Мениджърите обикновено считат, че основен мотивиращ фактор е заплащането, докато лекарите и специалистите смятат, че това е удовлетвореността от работата.

Независимо от общия случай, в някои от големите болници се наблюдават управленски практики, насочени към предоставяне на някои нефинансови стимули на персонала. Според мениджърите на големите болници удовлетвореността от работата се основава на възможностите за развитие в управляваните от тях многопрофилни центрове. Част от стимулите включват задължително ежегодно участие в минимум три научни форуми, като конференции, семинари, конгреси и определен брой публикации. Това носи на лекарите повече точки, което им позволява да правят повече на брой операции и съответно води и до по-високо заплащане. Повишаването на квалификацията е съществено за мотивацията на персонала като при специалистите в болничната система делът е съществен .

Наличието на най-интензивни и интересни случаи в големите болници дава възможност за много добър опит и интересна и динамична работа. Съществува възможност за реализация на почти всички видове специализации, гарантирана заетост след специализацията, възможност за специализация в чужбина. Високият брой на клинични случаи спомага за получаване на сравнително по-добро заплащане на база резултати от дейността. Особено в големите многопрофилни болници, всяко болнично отделение има своите финансови показатели и ако са изпълнени, те се вземат под внимание при оценката на резултатите и дължимата компенсация на наетия персонал.

Мениджърите споделят, че мотивират персонала с допълнително заплащане, като не подценяват възможностите за повишаване на основните заплати над договорените в националното рамково споразумение. Половината от средствата от допълнително заплатените дейности, които влизат в болницата, се връщат като възнаграждения на персонала, който ги е изработил или развитие на структурата.

Не по-малко важни мотивиращи фактори са наличието на съвременна медицинска техника, възможността за високо технологични дейности, възможност за професионално развитие в съвременни медицински области, както и индивидуален подход към всеки специалист. В отделни случаи се наблюдава стремеж за повишаване удовлетворението на персонала и резултатите от дейността му чрез преустройство на работното място и промяна на отговорностите на лекарите и специалистите по здравни грижи.

Финансовите условия са мотивиращ фактор със съществено значение за задържането и развитието на персонала в българската здравна система.

На теория, за да има успех системата за възнаграждения, обвързана с резултатите, трябва да разчита на обща идея за справедливост, възприета от персонала. Това е от още по-голямо значение за "плоски" организации, каквито са болничните структури, където възможностите за повишаване са ограничени. Различията в брутната месечна заплата влияят силно демотивиращо върху персонала и решението им за оставане в българската здравна система. Според теорията, вътрешна справедливост на заплащането се постига, когато служителите и работниците, заемащи длъжност с еднакви отговорности и задължения и работещи при еднакви условия получават еднакъв или много близък размер базово заплащане.

Според теорията на справедливостта хората субективно определят съотношението между полученото възнаграждение и изразходваните усилия и го съпоставят с възнаграждението на други хора, изпълняващи аналогична работа. Ако сравнението показва дисбаланс или несправедливост, възниква психологично напрежение.

Мениджърът трябва да съумее да намали напрежението и да възстанови справедливостта. Осигуряването на справедливост в системата на заплащане може да се постигне, когато персоналът се включи при вземането на решения относно моделите на заплащане, като правилата се спазват последователно и без изключения и др. Ако човек прецени една ситуация като несправедлива, той може да използва различни начини да възстанови справедливостта чрез: искане за увеличение на заплатата; напускане на работа; намаляване на вложените усилия. Намаляването на интензивността на труда пряко въздейства върху производителността, докато миграционните процеси се отразяват върху устойчивостта на здравната система като цяло.

Мениджъри в болничната система считат регулациите, определящи заплащането в здравната система за непрозрачни и вътрешнопротиворечиви, поради което трябва да бъдат променени. Също така промяна се налага и в други вътрешно-административни за лечебните заведения регулации, които имат отношение върху качеството на работа. Всяка една промяна в заплащането неизбежно е свързана с две основни групи – онези, които губят от промяната и онези, които печелят от нея. Например, промяната на механизма на заплащане може да се отрази в нарастване или намаление в търсенето на здравен персонал в различните категории; да намали доходите на лекарите; да повиши или намали финансовия риск от загуба, разпределян между доставчика и финансиращата институция и пр.

Основният въпрос, върху който е необходимо да се съсредоточат усилията е как да се съчетаят предпочитанията на всички страни в процеса по предоставяне на здравната услуга. Поради това успешните реформи са опосредствани от политически стратегии, които са адресирани пряко към заинтересованите страни и съответно подкрепени от тях.

Текучество на медицински специалисти

В страната ни се наблюдава засилваща се тенденция към недостиг на медицински персонал – лекари и медицински сестри. Това е резултат от липсата на държавна отговорност за решаване на общите проблеми на работещите в системата на здравеопазване у нас.

Причините за това са много: лоша политика на обучение и квалификация; недостатъчни стимули и липса на мотивация на здравните кадри; липса на стратегическо планиране и адекватна политика на финансиране и инвестиции; емиграция в чужбина.

Емиграцията на здравни професионалисти нараства в последните години. Политическите промени, довели до свободно движение на хора, стоки и услуги дадоха старта на този процес. Икономическите кризи и териториалните диспропорции засилват миграционните процеси. Присъединяването на България към ЕС, признаването на дипломите за висше и средно специално образование и бавните до липсващи решения на икономически и професионални проблеми дадоха силен тласък на емиграцията в последните няколко години. Разликите в благосъстоянието на цели общества и различни обществени и професионални групи стоят в основата на движещите мотиви за емиграция. Тези различия се измерват с икономически показатели на макро и микро равнище, като брутен вътрешен продукт, ниво на безработица, равнище на доходите, структура на доходите и потреблението, индекси на човешко и социално развитие, както и измерителите на субективно благоденствие.

Въпреки, че посочените по-горе показатели за добра осигуреност с лекари и специалисти по здравни грижи - над средните равнища за държавите от ЕС, в различните региони на България междурегионалните различия са огромни. Например, ако в София се падат 478 лекари на 100 000 население, то в Ямбол осигуреността е 235 на 100 000. Сериозен проблем е и недостигът на лекари по някои специалности - нефрология, пневмология и фтизиатрия, анестезиология и интензивно лечение, УНГ

болести, психиатрия, инфекциозни болести, клинична патология и др. Дисбаланс съществува на регионално ниво, на ниво специалност, на ниво лечебни заведения, на ниво общини.

Част от миграционните потоци са насочени от по-малките градчета към големите населени места, което нанася сериозни последици върху свободния избор на лечебно заведение, осигурения свободен достъп, адекватно предоставяне на здравни услуги и в крайна сметка върху качеството на живот в малките населени места. Миграционни потоци има от публичния към частния сектор. Това е много труден за идентификация и описание процес, поради факта, че обикновено здравните кадри работят и в двата сектора, което лишава от ефективност работата на здравеопазната система, създава безпорядък и е източник на икономически загуби. Миграцията се отразява и върху мениджмънта на лечебните заведения, като намалява резултатността и иновативността им.

Трансграничните миграционни процеси са насочени към държави с високо и стабилно икономическо развитие, с модерно здравеопазване и по-добри условия на труд.

Резултатите от емиграцията за системата се оценяват предимно като негативни, като се посочва загубата на квалифицирани кадри със своите знания, умения и опит, придобити след скъпо за обществото държавно образование и разклатено доверие в системата. Единственият положителен момент е споделянето с колеги на придобития в чужбина опит след завръщането в родината.

Някои други позитивни ефекти за индивида са натрупването на нови професионални и комуникативни умения, придобиване на нова култура и по-високо професионално самочувствие, по-добра финансова обезпеченост. Негативните ефекти за индивида са разрушаване на семействата, трудности при преодоляване на езиковата бариера, трудности при адаптирането към чужда култура и правила.

Факторите, благоприятстващи решението за миграция са ниското заплащане на труда, дисбалансите в заплащането по специалности, липса на специалисти по други медицински специалности, което затруднява силно работата, недостиг на средства за консумативи и липса на модерно оборудване.

Не съществува механизъм за събиране на данни за миграцията на здравните професионалисти и за наблюдение на миграционните потоци както на ниво ЕС, така и в Европа като цяло. Липсата на данни за емиграцията на лекарите е всеобщ проблем.

По аналогичен начин стои и въпросът с медицинските специалисти по здравни грижи. Причините за това положение са много.

През последните години, заради оптимизирането на здравната система, намаляваха болничните легла, а заедно с тях се редуцира и персоналът.

В ЕС средно на 100 000 жители се падат 745 медицински сестри, у нас те са 425 на сто хиляди.

Много сериозни диспропорции се забелязват в заплащането на лекарския труд и труда на специалистите по здравни грижи на ниво специалност, болници и региони. Заплащането е много по-високо при специалистите по инвазивна кардиология, кардиохирургия, кардиология и значително ниско при детски болести, пневмология и фтизиатрия, физиотерапия. По-високо по принцип е заплащането в областни и университетски болници, поради държавните субсидии, финансиране по проекти и извършването на платени клинични проучвания в сравнение с общинските болници. По данни на Института по социални и синдикални изследвания средната работна заплата в здравеопазването е с 15% по-ниска в общественения сектор и с 3% - в частния, а възнагражденията на жените са средно със 100 лева по-малко от тези на мъжете.

„Изтичането” от системата на утвърдени специалисти пък води до загуба на инвестиции в хора и време, нарушава работата на съгласувани професионални екипи и приемствеността в квалификацията им. Емиграцията на лекарите е наложена от невъзможността да бъдат лекари съобразно собствените си разбирания, както и да удовлетворяват собствените си стремежи и потребности. Разговорът за емиграцията на българските лекари е болезнен : защото трудно е балансирането между правата на личността и разочарованието, че българската държава „дарява” с обучени лекарски кадри далеч по-богати от нея държави, които напоследък дори се състезават да привличат млади специалисти.

Прогнозите са, че през 2020 г. около 15% от здравното обслужване на населението в Европа няма да бъде осигурено с кадри. В последните години лекарската емиграция в Европа се отличава с голяма динамика. Доскоро движението е от Източна към Западна Европа, а днес миграцията не е така еднопосочна. Германски лекари, въпреки високото заплащане там, напускат системата и се отправят към Швейцария, Великобритания, САЩ, Швеция. Там, въпреки по-ниското заплащане, намират привличащи фактори – по-кратка продължителност на работната седмица, относително

по-ниско натоварване, по-малка йерархичност, възможност за изследователска работа в работно време и социални облекчения за семействата им.

Страните – членки на ЕС от 2004 г., Литва, Естония, Унгария, Полша, преди нас се сблъскаха с проблема емиграция и това, което България може да вземе от техния опит, са стъпките за установяване на количествения размер на явлението и многофакторните му зависимости. Такива са текущо наблюдение на лекарската работна сила, проучване на емиграционните намерения на лекарите, оценка на професионалната и възрастовата структура на заминаващи и оставащи лекари в страната.

Факторите, които спомагат за миграция на медицински персонал в страната или извън нея са:

- ✓ възможности за продължаващо обучение и кариерно развитие;
- ✓ по-високи възнаграждения
- ✓ по-добри работни условия
- ✓ наличие на вакантни позиции във водещи медицински центрове, често придружени с активно набиране на персонал
- ✓ ефективен мениджмънт.

В допълнение на изброените фактори, влияещи на решението за мигриране на медицинските професионалисти са наличието на национални политики и международни споразуменията за движение на хора в ЕС, които улесняват заетостта в други страни от съюза.

Негативите, произхождащи от високата гъвкавост и мобилност на работната сила в сектора се свързват с намалената възможност за изграждане на компетентности и кариера на заетите в медицинските заведения у нас. Инвестициите в образование и квалификация от страна на работодателите стават нежелани, което намалява инвестициите на равнище организация. Друг потенциален риск от високата мобилност на работната сила е свързан с по-ниското качество на предоставяната медицинска услуга. Посочените негативи се свързват и с намаления достъп до необходимите здравни услуги.

В международен план, позитивните страни на високата мобилност на работната сила се свързват със засилване на промените, дължащи се на въвеждането на нови технологии и засилването на конкурентния натиск от страна на националната и интернационалната конкуренция/19/. Болничните заведения, които са в период на спад

на търсенето на предлаганите услуги, ще бъдат в състояние да съкратят излишните работни места. Заедно с това, могат да се създадат нови работни места в частния сектор, където работодателите не са принудени да се съобразяват с високите постоянни разходи, свързани с работното място.

Като цяло, нарастването на гъвкавостта на пазара на труда в крайна сметка може да се използва като катализатор на необходимите реформи в здравния сектор, доколкото тази гъвкавост ще улесни и ще намали разходите за реструктуриране.

Прогнози в развитието на човешкия потенциал в здравеопазването.

Оценката и прогнозите на човешките ресурси в сектора на болничната помощ все още не са достатъчно разпространени в България. Липсата на сравнителни публични оценки, които да дават обобщена картина на състоянието и възможностите на лечебните заведения за използването на наличните човешки ресурси и предоставянето на медицински услуги на пациентите, е в голям ущърб на мениджмънта у нас. Това може да бъде отчетено като сериозен пропуск при разработването на политиките в сектора.

Основен приоритет на мениджмънта на всяка медицинска структура е управлението на нейните човешки ресурси. Ръководейки се от основната цел на здравната система, а именно: осигуряване на достъп до медицински услуги, отговарящи по количество, качество и цени, съответстващи на потребностите и съобразени с възможностите на гражданите, болничните мениджъри трябва да постигнат възможно най-добрата мотивация на човешкия капитал.

Независимо от присъщата специфика и обхвата на дейности, характерни за всяка болнична администрация и управление, могат да се отличат закономерности, произтичащи от еднаквата отговорност при предоставяне на медицински услуги, обезпечени пряко с дължимите здравни осигуровки или косвено от трансфери от държавата, които да бъдат съпоставени с други медицински структури. Тази възможност обаче се подценява от мениджърите в здравните заведения. Голяма част от тях смятат, че нямат конкуренция, което означава че подценяват установената монополната позиция, доколкото пречките пред навлизането на частни доставчици на пазара на здравни услуги е сравнително затруднено от държавните политики през годините след последната реформа в сектора. Теоретично, разширяването на информираността на здравните мениджъри за съотношението човешки ресурси -

резултати, в подобни на управляваната от тях структура, ще даде възможност за подобър избор и съответствие между предоставянето на медицинските услуги и нуждите и предпочитанията на потребителите.

Моделите за планиране на работната сила в лечебните заведения зависят от действителното функциониране на пазарите на труд и по-специално – от заместването на лекарски труд с друг вид медицински специалности. Те се базират на възприемането на дейностите на медицинските заведения като производствени процеси, които трансформират ресурсите труд, капитал и др., в резултати/ефекти. Специализацията на лекарите, така както и неравномерното разпределение между градските и селски области до голяма степен възпрепятства планирането.

До голяма степен нагласите на мениджърите в лечебните заведения за подобряване на качеството и обема на човешките ресурси в сектора са силно негативни. Най-голям недостиг се очаква в специалностите „хирургия”, „анестезиология”, „патология” и др. Основните проблеми идват от липсата на приемственост на професионалните специфики и стеснени възможности за продължаващо обучение по дадена специалност. Според мениджърите условието за заплатена специализация демотивира младите лекари да специализират и често води до корупционни практики. Демотивацията на студентите поражда опасения за ниско ниво на подготовка и придобити умения по време на специализацията.

Особено внимание трябва да се обърне на реализацията на завършващите медицински специалисти в системата на здравеопазване в България и мотивацията на студенти, които са в последна година на обучението си, за да бъдат мотивирани да практикуват професията в България.

За успешното осъществяване на политиката по управление на човешките ресурси на здравното заведение е много важно да се постигнат балансираните връзки между всички използвани ресурси, които могат да повлияят на бъдещата стратегия за развитие. Регламентираните стандарти, с които се определят численостите на персонала в държавните и общински здравни заведения и разходите за издръжка на дейностите в тях, за които държавата предоставя бюджетни средства, също ограничават възможностите на мениджърите. По този начин централната власт упражнява непосредствен контрол върху ресурсите, предоставени за управление на мениджърския състав на здравните заведения. Централизираното определяне на числеността на

персонала значително ограничава възможността за повишаване на ефективността при управление на човешките ресурси.

Механизмите на финансиране и начините на управление на човешките ресурси пряко засягат параметрите на бъдещия трудов ресурс. Счита се, че всеки механизъм за заплащане притежава комбинация от стимули, които насърчават лекарите/специалистите да действат по специфичен начин по отношение обема и качеството на услугите, както и въздействат върху избора им да търсят възможности за по-високо заплащане на труда си.

Методите за заплащане въздействат силно върху поведението на наетия персонал. Следователно съществено внимание трябва да бъде обърнато на конструирането на нова система на заплащане на здравните услуги в контекста на социалното здравно осигурителни схеми и ескалирането на здравните разходи. Подходящият механизъм на заплащане трябва да е стимулиращ конкуренцията сред доставчиците на медицински услуги и да спомага за повишаване на производителността.

Въвеждането на **система на заплащане** в дадена организация изисква формиране на политика от страна на ръководството, насочен към:

-минимални и максимални равнища на заплащане- съобразно общата икономическа ситуация в страната, възможностите на организацията, свързани с финансово-икономическото състояние, колективното договаряне и др.

-структурата на работната заплата - каква част от брутното възнаграждение ще се формира от основната заплата, каква част - от допълнителните полагаеми се плащания и каква част от допълнителните непостоянни плащания.

-преминаването от едно ниво на заплащане към друго (обикновено по-високо) - по какви критерии, в кои случаи, по каква технологична схема.

Очакванията на работодателя и служителите по отношение на възнагражденията често се разминават. Работодателят счита, че осигурява добри възнаграждения на служителите и очаква от тях по-активно участие в трудовия процес и по-добри резултати. Служителите считат, че заслужават по-добри възнаграждения за своя труд.

Мениджърските умения изискват търсене и намиране на пресечната точка между тези противоположни интереси, които могат да предизвикат непреодолими конфликти. При всички случаи, заплащането на положения от служителите труд,

трябва да се намира под непрекъснато наблюдение от страна на мениджъра и да се предприемат превантивни и адекватни действия, които да поддържат мотивацията.

Условия на труд

Здравословните и безопасни условия на труд са неотменно човешко право и затова са важна насока в управлението на човешките ресурси във всяка организация. Освен това те пряко влияят върху ефективното участие на служителите в трудовия процес. Неадекватните трудови условия могат да доведат до трудови злополуки, професионални заболявания, а от там - до трайно намалена трудоспособност с преки последици не само за потърпевшия служител, но и за работодателя (плащане на болнични, обезщетения, търсене на по-лека работа и др.)

Съществуват много нормативни документи, задължаващи работодателя да предприема мерки за общото оздравяване на трудовата среда и конкретни действия за определени работни места със специфични вредности. Задължително е участието на службите по трудова медицина, които правят експертизата на проблемите.

Мениджърският подход към политиката по създаване на здравословни и безопасни условия на труд следва да се обосновава не само на принудата - изискванията на законодателството, но и на осъзнатата необходимост от отстраняване на наличните и потенциални вредности, минимизиране на риска, мотивиране и обучение на персонала за безопасно трудово поведение.

Мениджмънтът на човешките ресурси в здравеопазването е комплексна дейност и зависи от много фактори - здравната политика по този проблем, ролята на професионално-съсловните организации, политиката на висшите учебни заведения по приема и обучението на студенти, съществуващата система за следдипломна квалификация и продължаващо обучение, мотивацията на кадрите, обществените оценки и др. На нивото на здравната организация, мениджмънтът на човешките ресурси е безспорен приоритет на здравния мениджър. Той е този, който генерално регулира съотношението, взаимовръзките и ролята на различните съсловия и професионални групи, отговаря за добрата мотивация, така че всеки служител да е съпричастен и отговорен за постигане целите на организацията.

1.3.3 Анализ на влиянието на нормативната уредба върху състоянието на човешките ресурси

При анализ на причините за Реформата в здравеопазването би могло да се посочат три основни групи – крайно неблагоприятен здравен и демографски статус на населението, неефективност на съществуващата система с невъзможност за съвременно технологично развитие и тежко несъответствие между остарелите общественно-икономически отношения в здравеопазването и променените икономически и социални условия в другите области на обществения живот. Всъщност основните причини бяха свързани с човешкия фактор – хората работещи в здравеопазването и пациентите. Ниският обществен статус на медицинските специалисти и ниското заплащане на труда им, както и невъзможността да се прави съвременна медицина за пациентите са основните и непосредствени причини за осъществените промени.

- Застаряване на населението, трайна тенденция на негативно развитие на здравно-демографските индикатори и увеличаване на хроничните заболявания и инвалидността. Процесът на застаряване е най-значимият демографски феномен на нашето съвремие, който характеризира населението на по-голямата част от страните на Европа, в т.ч. и Р. България. Демографското застаряване има все по-значим отзвук в различни сфери на социално-икономическия живот на страната и особено в областта на здравеопазването. Хората в напреднала възраст като брой се увеличават все повече. Те по принцип се нуждаят от повече и по-специални медицински грижи, а това означава и повече разходи;
- Непрекъснато свиващия се брой и относителен дял на икономически активното население, предизвикано от ниската раждаемост и интензивната емиграция на предимно млади хора. Намалява броя на младите и работещите, които заплащат за здравни услуги;
- Невъзможност на съществуващата здравната система да отговори адекватно на нуждите от медицинско и дентално обслужване;
- Недостатъчност на средствата и нерационално използване на възможностите на профилактиката и превенцията;
- Невъзможност на съществуващата система да отговори на повишените изисквания на обществото да получава здравни услуги с високо качество, съвременни средства на лечение – лекарствени продукти и медицински

технологии и на желанието за повече информираност. По-добрият жизнен и икономически стандарт, по - високото ниво на здравна култура и информираност, както и активното участие на гражданите в обществения живот, засилват желанията на обществото като цяло за равен и улеснен достъп до здравни грижи с високо качество (в технически, професионален и човешки аспект), доставяни своевременно и с най-добри перспективи за бързо възстановяване на здравето;

- Липса на информираност сред пациентите. Пациентите стават все повече образовани, самостоятелни и познаващи правата си. Те искат да участват в процеса на лечението си и в процеса на здравеопазването;
- Липса на стандарти и организация за контрол на качеството;
- Влошаване на качеството на здравните услуги в лечебните заведения, управлявани от държавата;
- Неефективно управление на здравния сектор, свързано с липса на: планиране; разпределение на средства съгласно здравните потребности; ефективност на вложените средства; контрол върху качеството на диагностично-лечебния процес и осигуряване на качеството на този процес.

Динамиката в законодателството и много от нормативните текстове са приемани в отговор на тези три основни групи причини за Реформа в здравеопазването и в отговор на желанията на определени професионални, съсловни и икономически кръгове с единствената цел да се удовлетворят икономически интереси.

Друга част от текстовете са създадени, за да решат временно проблеми на здравеопазването, но последващо развитие не се отбелязва.

Трета част от текстовете са приети в отговор на предложенията и обществен натиск от синдикатите, съсловните и пациентски организации, представяйки адекватно интересите и очакванията на широкия кръг работещи в системата на здравеопазване и пациентите.

В законовата уредба липсва синхрон и отражението на политическа визия, дългосрочна стратегия, възможности за широк и качествен обществен контрол, както и на политическата и държавна отговорност за организацията, функциите и постигнатите резултати на здравната система в сферата на нейната мисия за осигуряване на определен и по-добър здравен статус на нацията.

Здравната политика е системата от решения в дългосрочен план, чрез които се оценява обществената приемливост, здравния, икономическия и социален ефект на предприеманите здравни дейности и инициативи по отношение на поставените цели и необходимите средства и подходи за осъществяването им.

1.3.4. Отношение на обществото и медиите към здравната система

Неблагополучията на здравната реформа, дефектите на здравеопазната система и популистичното използване на проблемите около тях създаде крайно негативно отношение на цялото общество към сектора.

След като една нова система не работи ефективно по отношение на продукта, който произвежда – по-добро здраве, е нормално общественото недоволство да се насочи към институциите и хората, които движат, поддържат и регулират процесите в нея. За съжаление реакциите и отношението на политиците се формира в посока на отхвърляне на политическите отговорности за несвършеното и прехвърлянето на тези отговорности към участниците в системата – институции и здравни специалисти. По този начин институциите и човешките ресурси на здравеопазната система са превърнати в своеобразен буфер, който предпазва правителствата от социално напрежение и недоволство.

Българското общество не е удовлетворено от своята здравеопазна система, но няма достоверна информация какви са скритите проблеми и механизми, които обуславят неефективността и как проблемите биха могли да се решат без социални сътресения и създаване на още по-голямо социално недоволство.

Медиите участват също в създаването на определени представи за здравеопазната система. Наред с аналитични и предизвикващи размисъл статии, в медийното пространство изобилстват материали със зловещи заглавия и коментари, които въздействат върху първосигналния човешки инстинкт за самосъхранение или мотивират желанието за борба с обществения враг, чието лице е изваяно с подробностите на кръвожаден извънземен, слязъл от кадрите на научнофантастичен филм.

Друга идеологема е, че лекарите получават страшно много пари, убиват пациенти и мислят само икономическото си благополучие.

Българските лекари, медицински и други специалисти, независимо дали са практикуващи или работят в администрацията са високо етични и морални професионалисти, въпреки че те също страдат по някакъв начин от сегашната здравеопазна система.

Медиите играят важна роля за формиране на общественото мнение по различни въпроси. Независимо, че не може да се контролира информацията, селектирана от журналистите за публикуване поради тяхната автономност и спазване на принципа „новината продава“ (Bennet, 2009), необходимо е да се създадат определени правила за комуникация на събитията, касаещи здравето, лечението и последствията от него върху човека предвид чувствителността на тази тема. Създаването на негативен образ на работещите в здравеопазването, както и публикуването на съобщения и мнения за „нови“, недобре проверени методи за диагностика и лечение, води единствено до задълбочаване на проблемите, но не и до намиране на адекватни решения.

Негативното отношение на обществото, вкл. изразено и в масмедиите към здравната реформа и здравеопазната система е резултат от стабилна политическа визия, адекватна за здравеопазването държавна политика и съответните промени, насочени към изграждане на здравеопазна система, насочена към осигуряване на по-добро здраве за нацията.

1.4 Миграционни процеси на здравните специалисти

1.4.1. Миграция, определение, видове

Миграцията е преместване на хора с цел смяна на местоживеенето.

Миграциите могат да бъдат:

- **Вътрешни** - преместване на хора в границите на държавата, което в българския език е възприето да се нарича с общата дума миграция;
- **Външни** - преместване на хора извън общността им - държавата, континента.

По отношение на трайността си миграциите биват:

- **Временни** - сезонни или с намерение за няколко години;
- **Трайни (постоянни)** - с намерение за продължителен период от време, понякога за цял живот.

И временните и трайните миграции в редица случаи се оказват, че са станали трайни или се превръщат във временни.

фиг. 1 Миграционни процеси-2006г.



Миграционни процеси през 2006 г.: със синьо - положителни; с оранжево - отрицателни

По отношение на формите на миграция, външните миграции биват:

Емиграция - напускане на местоживеенето;

Миграция - пристигане на ново местоживеене;

Реемиграция - завръщане след временна емиграция;

Мобилността на хората в трудоспособна възраст е важен фактор от гледна точка на икономиката и спомага за намаляване на безработицата и подобряване на доходите като проблем на личността и семейството/20/. От друга страна, вътрешната миграция може да причини обезлюдяване на цели региони или силно влошаване на икономическото им състояние.

Професионалната и географската мобилност в Европа все още е ограничена и често се затруднява от бариери в квалификационните системи, проблеми при признаването на квалификации или недостатъчното консултиране. Тук основна роля имат по-специално програмите за обмен и мобилност на ЕС.

Имиграция е доброволното преселване на хора от едно място на друго, най-често от една държава в друга. Под имигрант се разбира човек, който се заселва за постоянно или поне за дълъг период от време в друга страна и дори получава ново гражданство. Туристите и временните работници не се считат за имигранти. Имиграцията може да бъде вътрешна и външна.

Мигриралите хора се наричат по различен начин:

- емигранти — спрямо напуснатата страна или
- имигранти — спрямо приемащата страна.

Най-често срещаните причини са:

- Икономически
- Политически
- Религиозни
- Военни
- Исторически

Миграцията на здравни професионалисти във връзка с разширяването на ЕС (2004 г., 2007 г.) се определя като самостоен географски модел на миграция.

1.4.2. Миграционни процеси на здравни специалисти в страните от Централна и Източна Европа.

Миграцията на медицинските специалисти заплашва здравните услуги в Европейския съюз и трябва да се намери единно решение за справяне с този проблем. Това становище е изразено на неформална среща на здравните министри от ЕС през м. април 2011г. Възнагражденията на работещите в сектора в Западна Европа са до шест пъти по-високи в сравнение с тези от Източна Европа. Като резултат от това много от тях напускат родните си страни с надеждата за по-добра реализация в чужбина. **Миграцията от определени страни членки на ЕС е толкова интензивна, че заплашва безопасността на здравните услуги в тях.** Според еврокомисарят по здравеопазване Джон Дали „Има все по-голяма нужда от здравни услуги, но заетите в сектора намаляват. Това е един порочен кръг и въпросът е как да излезем от него. Европейските директиви трябва да намерят решение”. В ЕС има недостиг на 1 милион служители в здравния сектор, твърди Миклош Шоска, Министър на здравеопазването към Министерството на националните ресурси в Унгария. Според него „Членките на ЕС се сблъскват с проблеми, които трябва да бъдат поставени на европейско ниво. Обществото застарява и определени страни от ЕС имат нужда от радикални промени в здравните им системи”.

Миграцията на медицински професионалисти се наблюдава в европейския регион на СЗО още от 40-те години на миналия век, отчита доклад на Световната здравна организация, озаглавен „Миграцията на здравен персонал в Европейския регион на СЗО” от 2009 г. И тогава, както и в наши дни, миграцията е от държави с по-ниски към държави с по-високи доходи. По данни на Организацията за икономическо

сътрудничество и развитие (OECD) за 2008 г., европейската държава с най-голям дял на лекарите, внесени отвън, е Великобритания (37,5%), следвана от Ирландия (30,1%). Норвегия, Финландия и Дания също разполагат с много на брой чужди лекари. В началото на 20-ти век между 30 и 50% от новорегистрираните сестри във Великобритания идват отвън, и то от държави с по-ниски доходи. Британските медици пък мигрират към Австралия, Канада и други англоговорящи държави с високи доходи, отчита СЗО.

Предвид факта, че миграцията обикновено е икономически обусловена, за никого не е изненада, че основните губещи в този процес напоследък са новоприетите членки на ЕС, включително и България.

В Естония например медиците мигрират основно към богатите „съседни“ – Финландия и Швеция, които могат да им предложат доста по-високи възнаграждения. Според Иви Нормет от здравната дирекция на естонското социално министерство. „Положението е много лошо, защото и Естония, както много други европейски страни, премина през икономическа криза и няхахме възможността да повишим заплащането на медицинските специалисти така, както те очакват“. Съсловните организации в Естония дори са декларирали намеренията си да започнат стачни действия с искания за повишаване на заплатите. „Като представител на правителството обаче, аз мога да кажа, че от следващата година (2013г. б.а.)ще имаме възможност да увеличим заплатите им с 3 до 5%. Това обаче едва ли ще ги удовлетвори. А, междувременно положението при някои медицински специалности в Естония е такова, че дори и един лекар да напусне страната, това ще бъде проблем“ отбелязва Иви Нормет.

В Полша, според Гражина Рогала-Павелчик, президент на Дружеството на медицинските сестри и акушерките в Полша, засилената миграция на медици и най-вече на медицински сестри вече е овладяна. Това се е случило след предприети мерки от правителството, което обаче е станало под натиска на синдикатите и съсловните организации. Сега сестрите в Полша са около 300 000 или 6-7 пъти повече от лекарите. Проблем е обаче, че страната напускат най-квалифицираните и способните от тях, което създава проблем с качеството на медицинските грижи. Медиците в Полша протестират, организирани от синдикатите, за по-добри условия на работа.

Хърватия засега няма сериозен проблем с миграцията на медици, защото държавата все още не е член на Евросъюза по думите на д-р Мариан Цезарик зам.-министърът на здравеопазването в Хърватска: „С оглед на бъдещото ни приемане през

септември 2013 г. един от главните проблеми, с които ще се сблъскаме, е заминаването на медицинските кадри в останалите страни-членки”, прогнозира той. Според д-р Цезарик и сега в Хърватска има недостиг на около 2000 лекари, а най-сериозен е дефицитът на анестезиолози, радиолози и хирурзи.

Румъния. През първата година на членството в ЕС 10% от всички лекари в страната (4 990) са получили сертификати за работа в чужбина. В същата година са емигрирали 3% от всички румънски лекари (1 421). През 2008 г. сертификати са издадени на 1 252 лекари, но данните за 2010 г. показват увеличени нива на емиграция. Има очаквания тази тенденция да продължи в следващите 10 – 15 години.

Словакия. В периода 2004 – 2009 г. са издадени на лекари 311 сертификата за работа в чужбина, удостоверяващи придобита специалност. Данни на Асоциацията на болниците в Словакия сочат, че приблизително 100 здравни професионалисти напускат страната всеки месец. По данни на Министерство на здравеопазването и на ЕК годишно от Словакия емигрират 1 500 здравни професионалисти.

Унгария. Данните от 2004 г. насам показват, че Унгария се е превърнала в страна източник на здравни кадри главно за страните стари членки на ЕС. Миграционните нива на всички групи здравни професионалисти се променят слабо от 2004 г. и остават сравнително стабилни.

Данните от 2004 г. сочат най-значим дял на т. нар. ретроспективно сертифициране – издаване на сертификати на здравни професионалисти, които вече работят извън Унгария.

В периода 2004 – 2008 г. дялът на лекарите пожелали издаване на сертификати се движи в границите 2 – 2,7% от всички лекари в системата.

Анкетното проучване на потенциалната емиграция сред унгарски лекари и специализанти в периода 2004 – 2008 г. извежда следните данни – средният миграционен потенциал в тези групи се движи между 60% и 70% със среден дял на правещите постъпки за емиграция 10%. Последният показател в някои групи лекари достига 20%.

Литва. През първата година на членство в ЕС 2,7% от всички лекари в системата са получили сертификати за работа в чужбина. Този показател на потенциалната емиграция достига стойност от 1,4% в периода 2005 – 2006 г. и спада на 0,9% през 2009 г. вследствие на предприетите от правителството политики за съхраняване на собствените човешки ресурси.

България е на едно от челните места в света по „изтичане на мозъци”, показва доклад на Световния икономически форум. По мение на академик Дамян Дамянов в резултат от масовата миграция страната ни е загубила около 40 млрд. лв. през последните 10 години . И ако в първите години от прехода най-често напускаха страната ни IT-специалисти, учени и младежи, които искат „да видят свят”, то след влизането ни в Евросъюза сред най-активните са медицинските професионалисти, чиято квалификация се признава на територията на държавите-членки. Така за кратко специалистите по здравни грижи станаха дефицитни, а предстоящата криза с лекарите с очертаващия се вече недостиг в много медицински специалности,тепърва ще изявява себе си.

През следващите 10-20 години в здравеопазването ни може да настъпят сериозни проблеми с недостига на медицински специалисти. Миграцията е една от причините за това, но не е единствената. Дефицитът на хора в определени функции и специалности има потенциал да дестабилизира цялата система и да индуцира още по-голям отлив на специалисти.

1.5. Влияние на миграцията/емиграцията върху здравната система:

1.5.1 Влияние върху достъпа, качеството. Влияние върху пазара на труда и икономически ефекти.

Резултатите от емиграцията за системата се оценяват предимно като негативни, като се посочва загубата на квалифицирани кадри със своите знания, умения и опит, придобити след скъпо за обществото държавно образование и разклатено доверие в системата. Средната възраст на лекарите у нас е 52 години. Страната започва да изпитва недостиг на лекари специалисти, тъй като има значителен брой незаети лекарски длъжности не само в непривлекателните райони. Значителният брой млади, способни лекари сред емигрантите влияе върху количествената осигуреност на българското население с лекари, както и върху влошаване на качествената им структура, води до застаряване на лекарския състав, възпира естествения процес на кадрово обновление.

По същия начин стои и въпросът със медицинските специалисти по здравни грижи. Професията губи своята привлекателност, защото работещите са изключително натоварени. Липсва система да продължаващо обучение на медицинските сестри. Нормативна уредба, която регламентира степените на компетентност и квалификация

за медицинските сестри липсва. Това води до липса на възможности да се договаря заплащане на сестрите, съответно на тяхната квалификация. „Изтичането” от системата на утвърдени специалисти пък води до загуба на инвестиции в хора и време, нарушава работата на съгласувани професионални екипи и приемствеността в квалификацията им. Резултатите от досегашната контролна дейност на ИАМО през анализирания 8-годишен период (2010 – 2017 г.) показват, че основните причини, довели до нежелани сериозни събития по време на диагностично-лечебния процес, се отнасят до слабости в организацията и мениджмънта, т.е. наблюдава се процес на допускане на системни грешки, които се дължат както на липса на кадри, неравномерното им разпределение, недостатъчна квалификация, така и на голямата „бумащина“ (задължение за отчитане на извършената дейност от медицинските специалисти), както и все по-често срещания се Бърнаут синдром сред медицинските специалисти /42/. Значителните нива на емоционално изтощение и намалена работоспособност, отново са в резултат от същността на медицинската професия, в основата на което стоят прекомерните физически и емоционални претоварвания, характерни за този вид труд..

- В редица случаи се констатира, че **не е оказана своевременна или достатъчна по обем медицинска помощ**, което води до късно диагностициране и забавяне на лечението на пациентите. Основни причини за което, могат да бъдат влошена организация по приема поради липса, недостатъчен или неквалифициран персонал в спешните приемни отделения

- Една от най-често срещаните констатации е **непълнотата на медицинската и друга документация**, отнасяща се към анализирания проблем. Това означава **липса на доказателство за извършените** от медицинските специалисти **дейности**, както и води до **нарушаване на непрекъснатостта на лечебно-диагностичния процес** в рамките на и между лечебните заведения.

- **Липса на подписани информирани съгласия**, като пациентите продължават да твърдят, че не са получили необходимата информация за предстояща процедура. Това означава, че не е налице директна комуникация между тях и лекуващия ги лекар, а по-скоро – само изискване на подписи на документи, предоставени им от други членове на персонала (медицинска сестра, регистратор, др.). Следователно, процесът на попълване и подписване на информирано съгласие е

формален, без да се осъзнава отговорността и елементите на защита на този документ за самия лекар.

- **Липса или неспазване на вътрешни правила за осъществяване на организацията на лечебно-диагностичния процес**, което показва не упражнен или неефективен контрол от страна на ръководството на лечебното заведение, част от което са и началници на клиники / отделения.

- **Неизяснена е терминологията на медицинската грешка** и нейните разновидности, което затруднява процеса на отчитане и предприемане на съответни действия за извършване на подобрения поради страх от наказание, изолация и др. за медицинския персонал.

- **Налице е недостатъчен контрол върху правоспособността и квалификацията** на медицинските специалисти, както и върху правилата за организация на лечебно-диагностичния процес, което води до допускане на пропуски от момента на приемане на пациент в дадено лечебно заведение.

Закриването на лечебни заведения е свързано с огромни промени в социалния статус на човешките ресурси в регионалното здравеопазване – безработица, работа в други населени места, трудни транспортни комуникации, работа в нови екипи, понякога преквалификация или работа по друга специалност, а не по придобитата. Тежкото финансово положение на лечебните заведения влияят върху финансовия статус на работещите в тях, поради нередовно или частично заплащане на полагащите се трудови възнаграждения, забавянето понякога с месеци или незаплащането на работните заплати. Работата на лекарите и специалистите по здравни грижи едновременно в извънболничната и болничната помощ не е в състояние да компенсира недостатъчното заплащане на труда. Държавата не отделя достатъчно публични ресурси за здравеопазване и не предлага защитни механизми за отдалечени региони и такива и със слабо икономическо развитие, но протектира и активно съдейства за създаването на нови лечебни заведения и разкриването на нови дейности, които се финансират от тези ресурси. Следователно системата на финансиране на болничната помощ в България е силно отворена, либерализирана и нерегулирана – всеки юридически субект, изпълнител на болнична помощ би могъл да влезе в нея, но и всеки ползва предимно публичен ресурс. Съгласно либерални принципи в икономическата политика на ЕС, България не може да предприеме мерки, свързани с ограничаване на правото на емигриране на висококвалифицирани кадри, защото това

противоречи на доминиращите възгледи, според които никоя от засегнатите страни не може да наложи преки административни забрани към нейните граждани, относно избора на място на работа и професионална реализация.

Тенденцията, която се откроява е с нарастването на степента на негативизъм по отношение на статуса, заплащането, отношението на обществото, недостатъчното кариерно развитие на медицинските специалисти, се увеличава намерението за текучество от професията, лечебното заведение или страната ни. Освен това, ако специалистите преценят, че възнагражденията, които получават са несправедливи и значително подценяват техния труд, има вероятност да постъпват и по следните начини:

- Да намаляват вложенията от тях усилия в конкретната дейност
- Да търсят начини за компенсиране на разликата между заплащане и вложени усилия, чрез някои допълнителни изгоди -ползване на нерегламентирани или удължаване на регламентираните почивки, използване на служебни ресурси за лични цели и др.
- Да отсъстват по-често от работното си място и активно да си търсят нова работа.

ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

1. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Основната цел на проучването е да изследваме влиянието на миграцията на медицинските специалисти върху работата на здравната система с цел предотвратяване нарушаване на достъпа и влошаване в качеството на медицинските услуги.

За реализирането на тази цел си поставихме следните ЗАДАЧИ:

От литературния обзор:

- Преглед на създаването, развитието и управлението на здравните системи.
- Анализ на здравните стратегии, с оглед решаване на здравните проблеми на нацията.
- Диференциране на понятията миграция и мобилност, емиграция, имиграция, реемиграция.

- Изследване на състоянието на миграцията и емиграцията на лекарите в страните от Централна и Източна Европа

Задачи, свързани със собственото проучване:

- Разработване на инструментариум за изследване на миграционните процеси на лекарите в България – анкетна карта.
- Анализ на Регистърът на БЛС на заявите и получили сертификати лекари, желаещи да специализират/работят в чужбина.
- Анализ на причините, довели до засилената емиграция на българските лекари.

Научна хипотеза:

Оказва ли влияние емиграцията на българските лекари върху здравната система: нагласи, фактори, резултати, перспективи.

Материал и методика на проучването

В резултат от така поставените основни задачи са конкретизирани обектът на наблюдение, единиците и признаците им.

Обект на настоящето проучване са Регистър на БЛС и на заявите и получили сертификати лекари, желаещи да специализират/работят в чужбина.

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

Първият компонент включва проучване и анализ на създаването, развитието и управлението на здравните системи, на здравните стратегии,

Вторият от компонентите включва диференциране на понятията миграция и мобилност, емиграция, имиграция, реемиграция. Изследване на състоянието на миграцията и емиграцията на лекарите в страните от Централна и Източна Европа

Третият от компонентите включва заявите и получили сертификати лекари, желаещи да специализират/работят в чужбина (възраст, професия, специалност, страна).

- Базите данни на Българския лекарски съюз (БЛС) и Българската асоциация на специалистите по здравни грижи (БАСГ) и проучване на Институт "Отворено общество" – София в извадка от 50 заведения в доболничната и болничната помощ.
- Анкетно проучване, като въпросите в анкетата (Приложение 1) са насочени към изследване на:

Причини/мотиви за заминаване, брой на издадени удостоверения, намерения за завръщане, удовлетвореност от пребиваването в чужбина, проблеми при завръщането с намирането на работа.

Подборът е случен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. В същинското проучване е спазен алгоритъм за попълване на анкетни карти.

Логическа единица на изследването са анкетираните заявите и получили сертификати лекари, желаещи да специализират/работят в чужбина.

Техническа единица на изследването е Регистъра на БЛС.

Период , място и обхват на изследването:

Данните, които анализирахме при проучването са от издадените сертификати от БЛС на лекарите желаещи да специализират или работят в чужбина за периода 2008 – м. юни 2017 г. Анкетите и интервютата извършени за периода 01.01.2014г. – м. юни 2017г. Трябва да се отбележи - не всеки издаден сертификат означава, че лекарят задължително е напуснал страната. За периода 2008 – м. юни 2017г. са издадени общо 4306 сертификата. От тях 2359 са били мъже, а 1947 – жени. Със специалност са били 2296 лекари (между тях има с две и три специалности общо 325), а без специалност 2100. Най-често сертификати са издавани на лекари със специалностите Анестезиология и интензивно лечение – 218, Хирургия – 215, Акушерство и гинекология – 159, Вътрешни болести – 155, Педиатрия – 105, Психиатрия - 104.

По отношение страните, за които са издадените сертификати най-често са за Англия – 1512, Германия – 1103, Франция – 327, Ирландия - 225. Прави впечатление, че за САЩ са издадени само 14 сертификата.

За да може да се добие по-реална преценка за процеса на миграция на лекарите (емиграция и реемиграция), причините, структурата (възраст, пол, сем. положение), квалификацията и трудовия стаж, дестинациите за емиграция, намеренията за реемиграция и наличието на проблеми при осъществяването ѝ, изготвихме анкетна карта, която бе предоставена на желаещите лекари да получат сертификат от БЛС. (вж. Приложение 1). Анкетата бе стартирана от 01.01.2014г. За периода до м. юни 2017г. бяха анкетираны (при част от лекарите допълнително бе проведено и интервю) общо 1335 лекари.

Анкетата е изготвена в Катедрата по здравен мениджмънт и Централния офис на БЛС. Всички въпроси в използваните анкетни карти са внимателно подбрани. Спазени са

добрите практики за формулиране, дефиниране и подбиране на възможни отговори по отношение на въпросите.

Документи на проучването

Основните документи, които се използват за набирането на първичната информация са:

1. Бази данни от литературния обзор, доклади, документи и публикувани стратегии показващи политики, принципи и начини на функциониране на системата.
2. Регистър на БЛС - издадени сертификати на лекари - възрастово разпределение, по специалност, по Университет, страни за които са заминали.
3. Анкетна карта за нагласите на лекарите при получаване на сертификат за специализация/работа в чужбина.

Ограничения

Резултатите от настоящото проучване следва да бъдат тълкувани с оглед на няколко потенциални източника на отклонение. Поради спецификата на провежданото изследване тези потенциални отклонения не могат да бъдат пренебрегнати, съответно могат да бъдат разгледани като:

- Липса на отговор поради нежелание да споделят намеренията си;
- Отклонение при адресирането на проучването, неверни данни от Регистъра;
- Отклонения при селектирането;
- Отклонения поради пристрастие на респондента.

Методи на проучването

Използвани са следните методи в дисертационния труд:

Социологически методи:

Документален метод – проучена е нормативната уредба в областта на здравеопазването, публикуваните стратегии и концепции за развитие на здравеопазването, състоянието на здравните системи в Европа, НЗК, годишни доклади на НЦЗА, ИАМО , публикации на БЛС и др.

Анкетен метод – анкетираните са заявили и получили сертификати лекари, желаещи да специализират/работят в чужбина. (Приложение 1)

Социологически проучвания

Интервю

Методи за обработка на информацията:

В разработката са използвани описателни и статистически методи:

- Графичен анализ – за визуализация на получените резултати с цел пълно и ясно интерпретиране на информацията.
- Регресионен анализ.
- Метод на средните величини.

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

За таблична и графична обработка и презентация са използвани продукти на Microsoft Office, както и продукти на Apple.

ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ ОТ НАПРАВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ

3.1. Състояние на човешките ресурси в здравеопазването в България

По осигуреността с медицински специалисти – лекари и специалисти по здравни грижи, България има позиции над средните за страните от ЕС /фиг. № 2 и фиг. № 3/. Добрата осигуреност с медицински персонал е предпоставка (но не и знак за равенство) за по-висок капацитет на здравеопазната система – по производителен и мощен здравен сектор, оптимално удовлетворяване на здравните потребности, по-качествени здравни грижи и по-висок здравен статус на населението.

В България се наблюдава ситуацията на сравнително добра обща осигуреност предимно със специалисти – лекари, но при тежки диспропорции (фиг. № 4 и фиг. № 5). Регионалното разпределение на медицинските специалисти – лекари и специалисти по здравни грижи е непропорционално и дисбалансирано, което води не само до затруднен достъп на населението до здравни грижи, но създава определени проблеми

при работата на медицинския персонал – в някои региони се работи в намален числен състав или при липса на някои специалисти, които са твърде важни за местното здравеопазване. Това влошава качеството на предоставяната медицинска помощ и определено влияе върху ефективността и резултатността медицинския труд.

Табл. № 7: Медицински персонал в лечебните заведения в България 2009 – 2011 г.

Година	Лекари	Дентални лекари	Мед.специалисти по здравни грижи и лица, завършили медицински колеж
2009	27 988	6 493	48 099
2010	27 977	6 355	47 468
2011	28 411	6 655	47 427

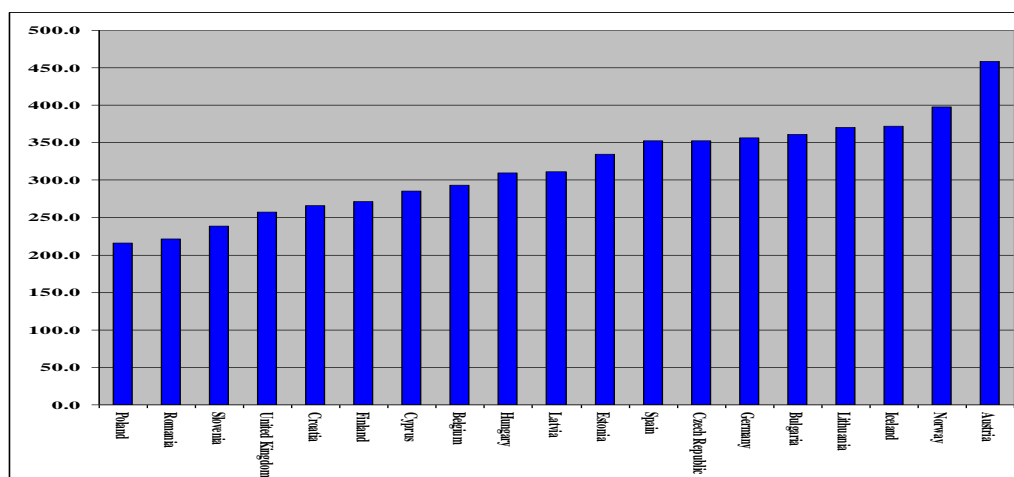
Източник: НСИ, Здравеопазване; 2012 г.

Таблица № 8: Мед.специалисти по здравни грижи и лица, завършили медицински колеж 2009 – 2011 г. в България.

Година	Общо	Фелдшери	Акушерки	Мед. сестри	Лаборанти /клинични и рентгенови/	Зъботехници	Сан. инспектори	Други
2009	48 099	2 534	3 289	31 961	5 932	1 350	824	2 209
2010	47 468	2 417	3 247	31 786	5 765	1 280	816	2 157
2011	47 427	2 439	3 270	31 609	5 837	1 514	486	2 272

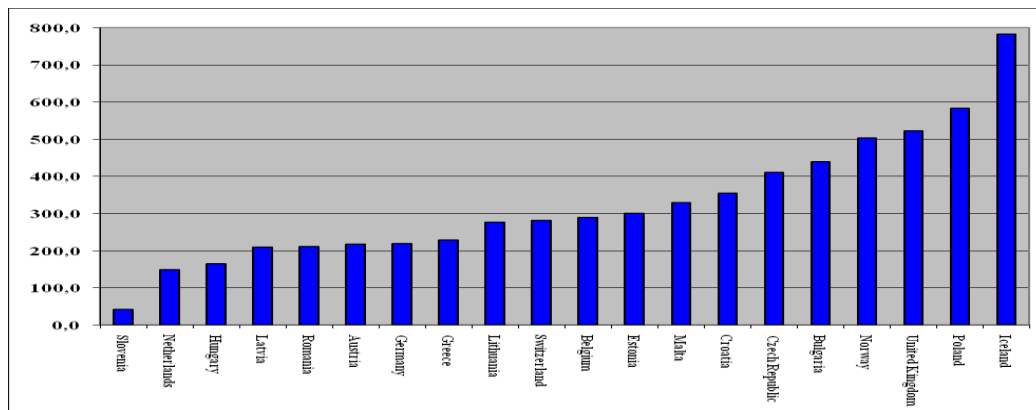
Източник: НСИ, Здравеопазване; 2012 г.

фиг. 2: Лекари на 100 000 население в някои страни на ЕС - 2008 г.



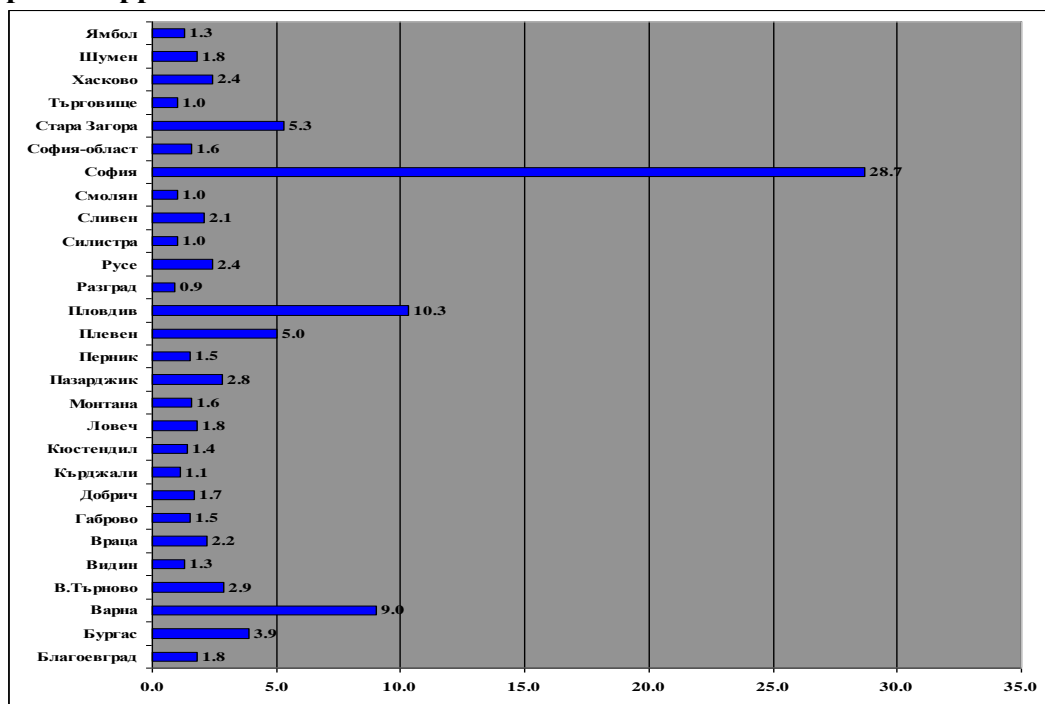
Източник: Eurostat, Yearbook, 2011

фиг. № 3: Специалисти по здравни грижи и други на 100 000 население население в някои страни на ЕС - 2008 г.



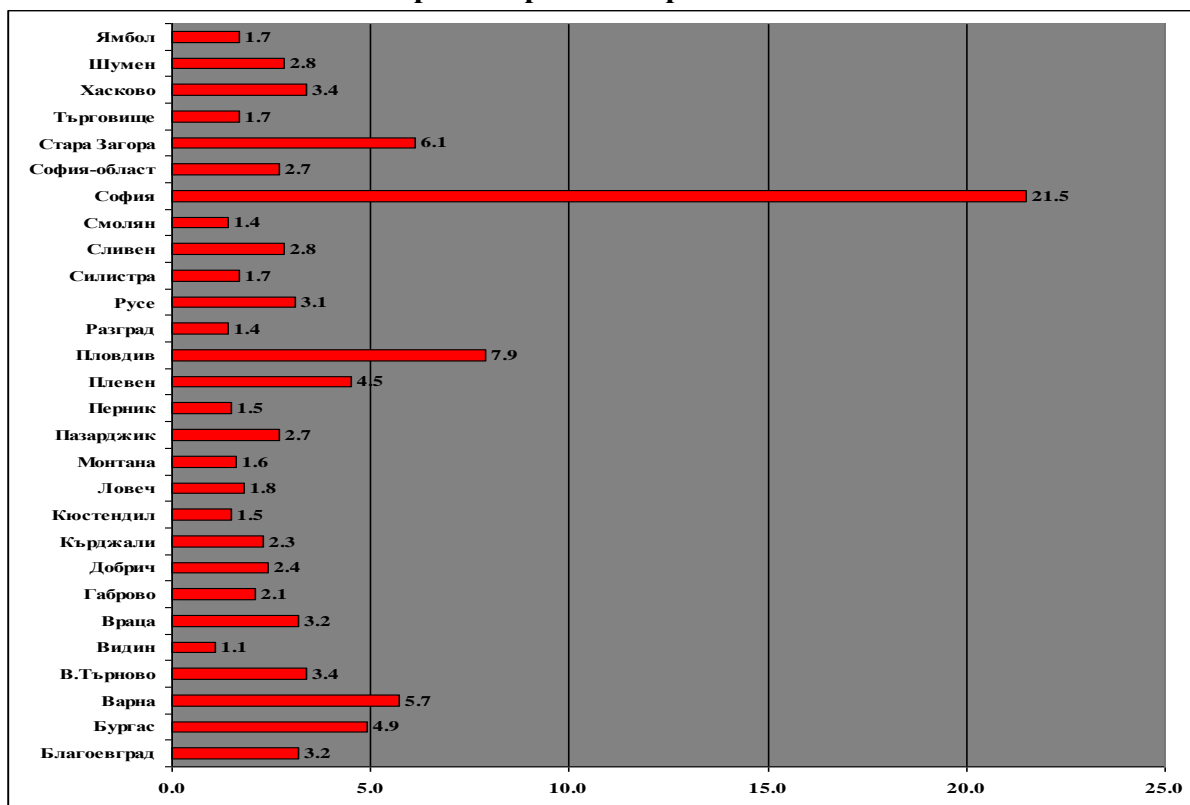
Източник: Eurostat, Yearbook, 2011

Фиг. № 4: Разпределение на лекарите по области в % от общия брой лекари, регистрирани в БЛС



Източник: Институт „Отворено общество”, 2012 г.

фиг. № 6: Разпределение на специалистите по здравни грижи по области в % от всички специалисти по здравни грижи в страната



Източник: Институт „Отворено общество“, 2012 г.

Видно от представените по-горе данни, близо 1/3 от лекарите и 1/5 от специалистите по здравни грижи от общия им брой в страната, са регистрирани в София.

В болничната помощ работят 33.5%, а в извънболничната помощ 29.0% от лекарите, регистрирани в БЛС. Съответно в болничната и извънболничната помощ работят 61.4% и 9.9 % от специалистите по здравни грижи. Като безработни са регистрирани 0.4 % от лекарите и 0.4 % от специалистите по здравни грижи. Демографската справка на Български лекарски съюз към 31.12.2017 г. показва, че възрастовото разпределение на лекарите в България е следното: 9.48% са на възраст до 30г., 10.07% от 31 до 40г., 19.03% от 41 до 50г., 34.96% от 51 до 60г., 19.3% от 61 до 70г. и 7.17% над 70г.

Към 03.04.2018г.данните за възрастовия състав на лекарите по региони са следните:

Табл. № 9 Регионално разпределение на лекарския състав – брой членове на РЛК и възрастова характеристика

Демографска справка към 03.04.2018															
	Общо		До 30		От 31-40		От 41-50		От 51-60		От 61-70		Над 70		
	Бр. чл.	%	Общо	% от ЛК	Бр. чл.	% от ЛК	Бр. чл.	% от ЛК	Бр. чл.	% от ЛК	Бр. чл.	% от ЛК	Бр. чл.	% от ЛК	
Благоевград	843	2.64 %	100.00 %	39	4.63 %	53	6.29 %	130	15.42 %	354	41.99 %	198	23.49 %	69	8.19 %
Бургас	1334	4.18 %	100.00 %	95	7.12 %	100	7.50 %	282	21.14 %	496	37.18 %	258	19.34 %	103	7.72 %
Варна	3003	9.40 %	100.00 %	408	13.59 %	410	13.65 %	562	18.71 %	840	27.97 %	579	19.28 %	204	6.79 %
Велико Търново	865	2.71 %	100.00 %	43	4.97 %	35	4.05 %	143	16.53 %	391	45.20 %	189	21.85 %	64	7.40 %
Видин	337	1.06 %	100.00 %	4	1.19 %	16	4.75 %	50	14.84 %	162	48.07 %	77	22.85 %	28	8.31 %
Враца	650	2.04 %	100.00 %	37	5.69 %	40	6.15 %	120	18.46 %	257	39.54 %	129	19.85 %	67	10.31 %
Габрово	435	1.36 %	100.00 %	9	2.07 %	16	3.68 %	66	15.17 %	180	41.38 %	130	29.89 %	34	7.82 %
Добрич	484	1.52 %	100.00 %	22	4.55 %	26	5.37 %	82	16.94 %	199	41.12 %	115	23.76 %	40	8.26 %
Кърджали	358	1.12 %	100.00 %	37	10.34 %	44	12.29 %	59	16.48 %	106	29.61 %	67	18.72 %	45	12.57 %
Кюстендил	427	1.34 %	100.00 %	14	3.28 %	16	3.75 %	62	14.52 %	224	52.46 %	82	19.20 %	29	6.79 %
Ловеч	469	1.47 %	100.00 %	7	1.49 %	16	3.41 %	70	14.93 %	232	49.47 %	111	23.67 %	33	7.04 %
Монтана	401	1.26 %	100.00 %	3	0.75 %	16	3.99 %	84	20.95 %	188	46.88 %	74	18.45 %	36	8.98 %
Пазарджик	760	2.38 %	100.00 %	50	6.58 %	39	5.13 %	136	17.89 %	314	41.32 %	139	18.29 %	82	10.79 %
Перник	340	1.06 %	100.00 %	11	3.24 %	10	2.94 %	55	16.18 %	174	51.18 %	68	20.00 %	22	6.47 %
Плевен	1707	5.35 %	100.00 %	211	12.36 %	223	13.06 %	330	19.33 %	561	32.86 %	289	16.93 %	93	5.45 %
Пловдив	3481	10.90 %	100.00 %	499	14.33 %	493	14.16 %	638	18.33 %	1072	30.80 %	543	15.60 %	236	6.78 %
Разград	263	0.82 %	100.00 %	18	6.84 %	19	7.22 %	50	19.01 %	91	34.60 %	60	22.81 %	25	9.51 %
Русе	796	2.49 %	100.00 %	77	9.67 %	74	9.30 %	161	20.23 %	293	36.81 %	125	15.70 %	66	8.29 %
Силистра	284	0.89 %	100.00 %	14	4.93 %	14	4.93 %	64	22.54 %	89	31.34 %	59	20.77 %	44	15.49 %
Сливен	617	1.93 %	100.00 %	33	5.35 %	38	6.16 %	120	19.45 %	223	36.14 %	155	25.12 %	48	7.78 %
Смолян	323	1.01 %	100.00 %	15	4.64 %	26	8.05 %	38	11.76 %	133	41.18 %	72	22.29 %	39	12.07 %
София-град	9737	30.49 %	100.00 %	1369	14.06 %	1306	13.41 %	1699	17.45 %	2764	28.39 %	1956	20.09 %	643	6.60 %
София-област	621	1.94 %	100.00 %	6	0.97 %	12	1.93 %	124	19.97 %	240	38.65 %	171	27.54 %	68	10.95 %
Стара Загора	1539	4.82 %	100.00 %	122	7.93 %	147	9.55 %	364	23.65 %	620	40.29 %	208	13.52 %	78	5.07 %
Търговище	282	0.88 %	100.00 %	15	5.32 %	11	3.90 %	64	22.70 %	103	36.52 %	62	21.99 %	27	9.57 %
Хасково	676	2.12 %	100.00 %	32	4.73 %	36	5.33 %	87	12.87 %	300	44.38 %	158	23.37 %	63	9.32 %
Шумен	530	1.66 %	100.00 %	25	4.72 %	20	3.77 %	87	16.42 %	219	41.32 %	122	23.02 %	57	10.75 %
Ямбол	371	1.16 %	100.00 %	11	2.96 %	15	4.04 %	81	21.83 %	143	38.54 %	88	23.72 %	33	8.89 %
Общо	31933	100.00 %	100.00 %	3226	10.10 %	3271	10.24 %	5808	18.19 %	10968	34.35 %	6284	19.68 %	2376	7.44 %

Табл № 10 Регионално разпределение на лекарския състав по брой и пол

Обща справка по брой и пол към 03.04.2018						
	Общо		Мъж		Жена	
	Бр. чл.	% Бр. чл.	Бр. чл.	% Пол	Бр. чл.	% Пол
☒ Благоевград	843	2.64 %	367	44 %	476	56 %
☒ Бургас	1334	4.18 %	585	44 %	749	56 %
☒ Варна	3003	9.40 %	1164	39 %	1839	61 %
☒ Велико Търново	865	2.71 %	376	43 %	489	57 %
☒ Видин	337	1.06 %	151	45 %	186	55 %
☒ Враца	650	2.04 %	286	44 %	364	56 %
☒ Габрово	435	1.36 %	162	37 %	273	63 %
☒ Добрич	484	1.52 %	198	41 %	286	59 %
☒ Кърджали	358	1.12 %	182	51 %	176	49 %
☒ Кюстендил	427	1.34 %	193	45 %	234	55 %
☒ Ловеч	469	1.47 %	200	43 %	269	57 %
☒ Монтана	401	1.26 %	192	48 %	209	52 %
☒ Пазарджик	760	2.38 %	351	46 %	409	54 %
☒ Перник	340	1.06 %	135	40 %	205	60 %
☒ Плевен	1707	5.35 %	757	44 %	950	56 %
☒ Пловдив	3481	10.90 %	1582	45 %	1899	55 %
☒ Разград	263	0.82 %	114	43 %	149	57 %
☒ Русе	796	2.49 %	341	43 %	455	57 %
☒ Силистра	284	0.89 %	129	45 %	155	55 %
☒ Сливен	617	1.93 %	277	45 %	340	55 %
☒ Смолян	323	1.01 %	141	44 %	182	56 %
☒ София-град	9737	30.49 %	4267	44 %	5470	56 %
☒ София-област	621	1.94 %	245	39 %	376	61 %
☒ Стара Загора	1539	4.82 %	683	44 %	856	56 %
☒ Търговище	282	0.88 %	120	43 %	162	57 %
☒ Хасково	676	2.12 %	320	47 %	356	53 %
☒ Шумен	530	1.66 %	215	41 %	315	59 %
☒ Ямбол	371	1.16 %	166	45 %	205	55 %
Общо	31933	100.00 %	13899	44 %	18034	56 %

При специалистите по здравни грижи разпределението по възраст е следното: до 30 г. – 4.1%; 31-45 г. – 36.3%; 46-60 г. – 44.9% и над 60 г. – 14.6%.

Възрастовото разпределение на здравните специалисти – лекари и специалисти по здравни грижи сочи една тревожна тенденция - „застаряване” на човешките ресурси в здравеопазването. Като се има предвид, че 26.47% или повече от ¼ от лекарите са над 60г., при общо за страната застаряващо население изискващо и повече здравни услуги, неравномерното разпределение на лекарите в страната с концентрация предимно в големите университетски градове, то в близките години може да се очаква криза в осигуряването на достатъчно квалифициран персонал, респективно влошаване качеството на медицинската помощ.

3.2 Миграция на българските лекари. Мотиви за миграция.

Налице е значителен емиграционен потенциал сред българските лекари и дипломиращи се медици. Неговите нива са единствено сравними, но същевременно и по-високи от измерените сред българското население като цяло през 1996 г., една от най-тежките години на преходния период. По-високите дялове на потенциалните мигранти сред по-младите възрастови групи потвърждават валидността на вече известна закономерност в миграцията въобще – емигрират по-младите. Наблюдаваните най-високи стойности на емиграционния потенциал сред дипломиращите се медици е основание да се говори за поколенческа промяна, стимулираща миграцията.

Преобладаващите дялове на потенциалните дългосрочни мигранти и преселници потвърждават по отношение на българските лекари, че преход от постоянна към временна миграция в сектора на здравеопазването няма да се състои.

Като цяло резултатите извеждат реалната възможност българската здравеопазна система да се превърне в „донор” на лекари за системите на страните стари членки на ЕС (кръгла маса по миграцията на българските лекари – март 2012г. гр. Варна).

Според Б.Захариев България със сигурност трябва да бъде причислена към страните-донори на медицински персонал – нетният поток от медицински специалисти е със знак минус. България почти няма входящ поток от медицински персонал от други страни, но има немалък емиграционен поток.

Важен въпрос е дали лекарите и медицинските сестри се завръщат в България след определено време или обичайно емигрират за постоянно. Много изследвания, включително в икономиката на здравеопазването, твърдят, че временната миграция може да бъде дори полезна за изпращащата страна, както поради трансферите от чужбина, които са много важни за някои икономики, така и поради факта, че завърналият се специалист може да е обогатен с полезни знания и умения, които е нямало как да придобие в собствената си страна. Тези благоприятни сценарии обаче съвсем не са гарантирани. Дори има основание да се мисли, че нередко се случва обратното – кратко отиване с цел обучение или получаване на квалификация може да премине в постоянен престой.

Търсенето на лекари и медицински сестри в по-развитите страни непрекъснато нараства. Причините за това са няколко. Едната е отливът на специалисти от

медицинската професия. Това е трудна професия, изискваща себеподдаване и непрекъснато обучение.

По данни на БЛС значителна част от лекарите преминават през различните форми на продължаващо медицинско обучение за да повишат своята квалификация, независимо от възрастта и това прави лекарската професия уникална:

ПМО - участници и форми за периода 2015-2017г.

За посочения период по години са представени данните за общия брой на участниците във различните форми на ПМО, тяхната възрастова структура, както и видовете проведени форми на ПМО и участниците в тях.

2015г.

Общ брой участници – 5879/индивидуални 4448

Участници по възрастови групи

30-40г. – 437
40-50г. – 990
50-60г. – 2111
60-70г. – 1010
70-80г. – 189
80-90г. – 24

Форми на ПМО участници

Конгрес - 1372
Конференция - 2232
Семинар - 992
Симпозиум - 215
Курс - 339
Дистанционно обучение – 37
Индив. Обучение - 2

2016г.

Общ брой участници – 5797/индивидуални 4646

Участници по възрастови групи

30-40г. – 344
40-50г. – 989
50-60г. – 2168
60-70г. – 1077
70-80г. – 187
80-90г. – 30

Форми на ПМО участници

Конгрес - 674
Конференция - 2147
Семинар - 540
Симпозиум - 594
Курс - 210
Дистанционно обучение – 1591
Индив. Обучение - 20

2017г.

Общ брой участници – 3617/индивидуални 3015

Участници по възрастови групи

30-40г. – 310
40-50г. – 573
50-60г. – 1110
60-70г. – 578
70-80г. – 76
80-90г. – 8

Форми на ПМО участници

Конгрес - 930
Конференция - 1887
Семинар - 185
Симпозиум - 161
Курс - 236
Дистанционно обучение – 115
Практически курс - 5

В крайна сметка медицинската професия е съчетание от най-нови знания и специфичен опит - едни от най-трудните за придобиване умения. Затова е добре да се подготвим, че през следващите десетилетия може да се наложи да водим трудна битка за достатъчно здравни специалисти, които да осигурят нормалната работа на нашето здравеопазване в конкуренция с други по-лесни и нерядко – по-добре заплатени професии и с много по-привлекателни места за упражняване на медицинската професия, някои от които са съвсем близки (в ЕС) и все по-достъпни.

За формирането на миграционното решение най-важните причини са:

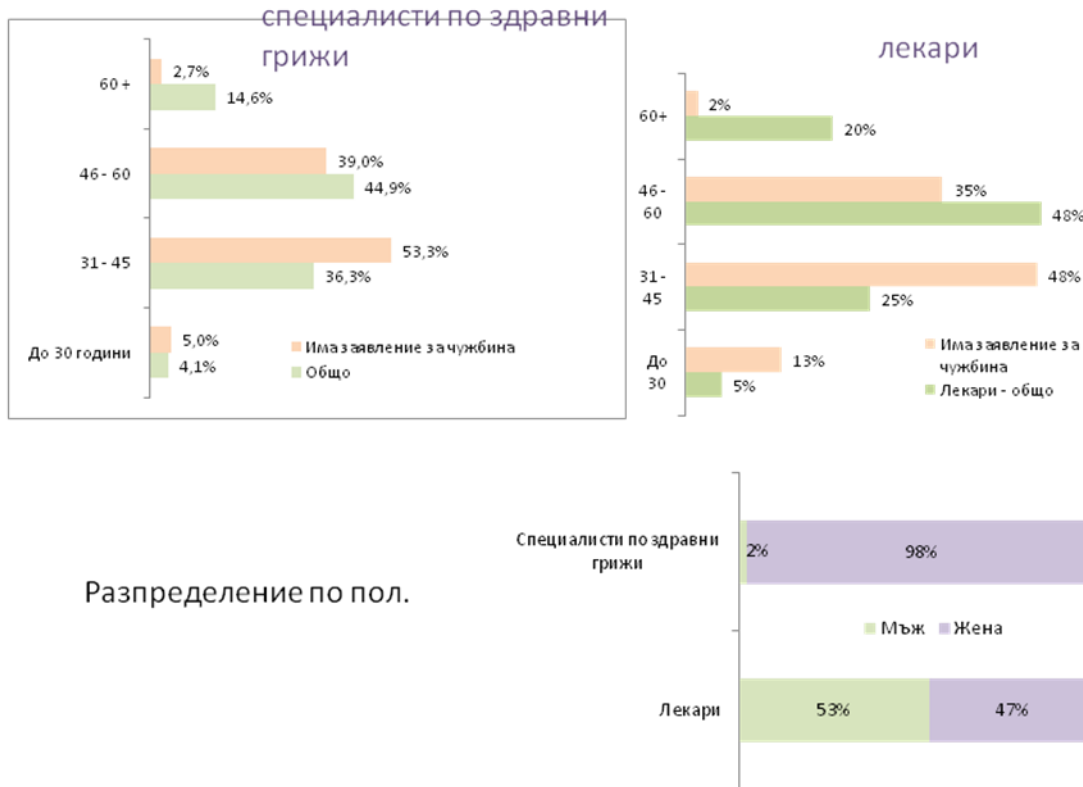
- професионалната реализация в центъра на житейската си удовлетвореност;
- положителната оценка и предизвикателно трудни цели, като част от обща авантюристична житейска нагласа и постоянен интерес към новото;
- материалното благополучие;
- стремеж към самоусъвършенстване като ръководна ценност от най-голяма важност;
- желание за благополучие на децата си (родени и неродени) и тази ценност е от най-важните;
- възприемат българската си културна идентичност като важен аспект на собственото аз и желаят да я съхранят, но оценяват миграцията като преодолимо препятствие пред практикуването на културната си идентичност.

В проучване на Институт „Отворено общество“ през 2012 като основни причини за миграцията се сочат по-добро заплащане, по-добри условия на труд, възможност за кариерно развитие, високият стандарт на живот, владеенето на чужд език, умора от несвършеното от здравната реформа, липса на доверие във водената здравна политика и др. Факторите, благоприятстващи решението за миграция са ниското заплащане на труда, дисбалансите в заплащането по специалности, липса на специалисти по други медицински специалности, което затруднява силно работата, недостиг на средства за консумативи и липса на модерно оборудване.

По данни на институт „Отворено общество“ възрастта на заминаващите за работа в чужбина медицински специалисти е по-ниска от тази на оставащите.

фиг. 5 Разпределение на заминаващите здр. специалисти по възраст и пол
 Източник: Институт «Отворено общество»

Възрастта на заминаващите за работа в чужбина специалисти по здравни грижи и лекари е по-ниска от тази на оставащите.



Важен фактор в мотивацията за напускане на страната е и дисбалансът в заплащането на отделните медицински специалисти.

Според редица автори корените на този проблем не трябва да се търсят основно в разликите на ниво управление на болниците. Основните причини са в небалансираното финансиране по клинични пътеки, при което малка част от пътеките генерират излишък, а голямата част – дефицит. Така, в зависимост от местната епидемиологична обстановка, от профила и размера на здравното заведение, се появяват с различна острота проблеми с издръжката, един от симптомите на които са големите дисбаланси в заплащането по функции и специалности. Тези проблеми също стимулират напускането на медицински персонал.

Болниците, а и организациите и екипите, доставящи медицински услуги в доболничната помощ се крепят на сложни професионални и човешки взаимоотношения в трудна и понякога стресираща среда. В такива организации и екипи има крехък

баланс между различните функции и специалности, който, веднъж нарушен, може да рефлектира върху работата на всички специалисти.

Анализът показва, например, че недостатъчният брой медицински сестри е добър предиктор за вероятността за напускане и на лекарския персонал и на медицинските сестри. Проблемът вероятно не е само в това, че там, където има недостиг на медицински сестри натоварването е най-голямо не само за нелекарския, но и за лекарския персонал. Само по себе си натоварването в болниците не е свързано с по-голяма склонност към напускане, дори напротив – умерено голямото (но не екстремно) натоварване увеличава вероятността за задържане на персонала. Наблюдения в тази посока са правени и в други здравни системи (Doiron & Jones) . Изводът по-скоро трябва да бъде, че намаляването на едни медицински специалисти може да предизвика поемането на неприсъщи функции при други или пък да доведе до невъзможност да изпълняват добре работата си. Това от своя страна може да генерира напрежение в екипите и да породи конфликти с пациенти и техни близки. При всички положения се вижда, че намаляването на един вид специалисти може да индуцира недостиг и при други. Поуката е, че системата на здравеопазването може да бъде много чувствителна към структурни дисбаланси на всичките си нива.

3.3. Анализ на собствените проучвания

3.3.1 Анализ на собствените проучвания от издадените от БЛС сертификати на лекарите за периода 01.01.2008г. – 07.06.2017г.

От 2008г. Българският лекарски съюз води статистика на издадените сертификати за работа на лекари в чужбина. Без този документ е невъзможно започването на работа или специализация в чужбина. Разбира се, издаването на този документ не означава, че потенциалният кандидат е заминал и е започнал работа или специализира в друга държава, но в голям процент това е достоверно.

Възрастта на лекарите до 30г.- 441, до 40г. – 368, до 50г. – 319, до 60г. – 166, над 60г. – 41. Според семейното положение: семейни – 676, несемейни – 651. Държавите, в която желаят да отидат са: за държава от ЕС – 1207, за държава в Европа, но извън ЕС – 21, за САЩ – 4, а за други държави – 93. Като причина за заминаването 379 сочат специализация, 254 – квалификация, 77 – научна работа, 833 – по-добро заплащане, по

семейни причини – 231, професионална реализация 662, неудовлетворение от състоянието на здравната система – 543, други – 51. Общият брой надхвърля анкетираните, тъй като дадохме възможност да бъде попълнена повече от една причина. От получените сертификати 919 за първи път изискват такъв, а на 405 и преди е бил издаван. От анкетираните 1621 са заявили, че имат намерение да се върнат в България, а 486, че нямат такова намерение. 81 от анкетираните са съобщили, че при завръщането си са имали проблем, а 609 не са отбелязали такъв. От завърналите се 655 са заявили, че са удовлетворени от работата в чужбина и 82 са съобщили за неудовлетвореност.

Издадени сертификати от БЛС през 2008г.

Според издадените сертификати за 2008 г., които са 327 (вж. Приложение 2), най-голям брой са издадени на лекари завършили МУ - София – 151, следват МУ – Варна с 53, МУ - Пловдив с 48, МУ – Плевен с 45 и МУ – Ст. Загора с 25. Единични бройки са за МУ в Крайова, Македония, Московски МУ. При разпределението по пол преобладават мъжете 191, срещу жени – 136. Най-предпочитани дестинации са Англия – 166, Германия – 46, Франция – 43, Испания – 11. Прави впечатление, че за САЩ са издадени само 3 сертификата. При специалностите с водещо място са Вътрешните болести – 18, Анестезиология и интензивно лечение – 15, Акушерство и гинекология – 11, Хирургия – 11, Детски болести – 10. Има издадени сертификати на лекари с две специалности – 24 и с три специалности - 3. Общо за лекари със специалност са издадени 187 сертификата, а за лекари без специалност – 140.

Издадени сертификати от БЛС през 2009г.

Според издадените сертификати за 2009 г., които са 440 (вж. Приложение 3), най-голям брой са издадени на лекари завършили МУ - София – 183, следват МУ – Варна с 88, МУ – Плевен с 65, МУ - Пловдив с 55, и МУ – Ст. Загора с 32, Русия - 5. Единични бройки са за МУ в Румъния, Сърбия, Македония, Ташкент. При разпределението по пол преобладават мъжете 249, срещу жени – 191. Най-предпочитани дестинации са Англия – 239, Германия – 71, Франция – 30, Испания – 8, Швеция – 8, Холандия - 5. Прави впечатление, че за САЩ не са издадени сертификати.

При специалностите с водещо място са Анестезиология и интензивно лечение – 30, Хирургия – 18, Вътрешни болести – 15, Неврология - 14, Акушерство и гинекология – 10, , Детски болести – 9. Има издадени сертификати на лекари с две специалности – 43 и с три специалности - 3. Общо за лекари със специалност са издадени 217 сертификата, а за лекари без специалност – 223.

Издадени сертификати от БЛС за 2010 г.

Според издадените сертификати за 2010 г., които са 501 (вж. приложение 4), най-голям брой са издадени на лекари завършили МУ - София – 245, следват МУ – Варна с 86, МУ – Плевен с 79, МУ - Пловдив с 55, и МУ – Ст. Загора с 26, Русия - 3. Единични бройки са за МУ в Австрия, Македония, Иран. При разпределението по пол преобладават мъжете 291, срещу жени – 210. Най-предпочитани дестинации са Англия – 227, Германия – 83, Франция – 36, Испания – 14, Ирландия 14, Швеция – 10, Белгия – 10, Холандия - 6. За САЩ са издадени само 2 сертификата. При специалностите с водещо място са , Хирургия – 37, Анестезиология и интензивно лечение – 24, Вътрешни болести – 24, Образна диагностика – 16, Неврология - 15, Психиатрия – 19, Акушерство и гинекология – 18, , Детски болести – 15, Ортопедия и травматология - 12 . Има издадени сертификати на лекари с две специалности - 24 и с три специалности - 2. Общо за лекари със специалност са издадени 289 сертификата, а за лекари без специалност – 212.

Издадени сертификати от БЛС за 2011 г.

Според издадените сертификати за 2011 г., които са 507 (вж. Приложение 5), най-голям брой са издадени на лекари завършили МУ - София – 195, следват МУ – Варна с 105, МУ – Плевен с 70, МУ - Пловдив с 68, и МУ – Ст. Загора с 57, Русия - 7. Единични бройки са за МУ в Македония, Иран, Турция, Румъния. При разпределението по пол преобладават мъжете 259, срещу жени – 248. Най-предпочитани дестинации са Англия – 166, Германия – 46, Франция – 43, Испания – 11, Ирландия 8, , Белгия – 6, Италия - 5. За САЩ са издадени само 3 сертификата. При специалностите с водещо място са Хирургия – 29, Анестезиология и интензивно лечение – 27, Вътрешни болести – 25, Акушерство и гинекология – 23, Психиатрия – 23, Детски болести – 12, Обща медицина – 10. Има издадени сертификати на лекари с

две специалности - 21. Общо за лекари със специалност са издадени 263 сертификата, а за лекари без специалност – 244.

Издадени сертификати от БЛС за 2012 г.

Според издадените сертификати за 2012 г., които са 447 (вж. Приложение 6), най-голям брой са издадени на лекари завършили МУ – София – 162, следват МУ – Плевен с 123, МУ – Варна с 81, МУ – Пловдив с 44, и МУ – Ст. Загора с 28, Русия – 5. Единични бройки са за МУ в Чехия, Гърция, Турция. При разпределението по пол преобладават мъжете 240, срещу жени – 207. Най-предпочитани дестинации са Германия – 168, Англия – 136, Франция – 23, Швеция – 16, Ирландия – 13, Белгия – 6. За САЩ са издадени само 1 сертификат. Прави впечатление появата на нови държави като Норвегия – 9, Дания – 9, Швейцария – 6, както и държави извън Европа, ОАЕ – 6, Кувейт – 6, Катар – 2, Австралия – 2, Канада – 1. При специалностите с водещо място са Хирургия – 23, Анестезиология и интензивно лечение – 17, Вътрешни болести – 18, Акушерство и гинекология – 10, Обща медицина – 13, Ортопедия и травматология – 10, Очни болести – 10. Има издадени сертификати на лекари с две специалности – 35 и с три специалности – 2. Общо за лекари със специалност са издадени 216 сертификата, а за лекари без специалност – 231.

Издадени сертификати от БЛС през 2013г.- 408 бр.

Според издадените сертификати за 2013 г. които са 408 (вж. Приложение 7), най-голям брой са издадени на лекари завършили МУ - София – 169, следват МУ – Плевен с 85, МУ – Варна с 67, МУ - Пловдив с 51, МУ – Ст. Загора с 29. Единични бройки са за МУ в Чехия, Русия, Украйна, Словакия. При разпределението по пол преобладават мъжете 218, срещу жени – 190. Най-предпочитани дестинации са Германия, Англия, Ирландия, Франция, Швеция. За САЩ няма издаден сертификат. При специалностите с водещо място са Хирургия – 19, Вътрешни болести – 18, Неврология – 15, Анестезиология и интензивно лечение – 13, Психиатрия – 13, Акушерство и гинекология – 12, Детски болести – 10. Общо за лекари със специалност са издадени

225 сертификата, а за лекари без специалност – 183. Има издадени сертификати на лекари с две специалности – 39.

Издадени сертификати от БЛС през 2014г.

Според издадените сертификати за 2014 г. които са 548 (вж. Приложение 8), най-голям брой са издадени на лекари завършили МУ - София – 242, следват МУ – Варна с 112, МУ – Плевен с 73, МУ - Пловдив с 67, МУ – Ст. Загора с 41. Единични бройки са за МУ в Русия, Ирак, Индия, Украйна. При разпределението по пол преобладават мъжете 302, срещу жени – 246. Най-предпочитани дестинации са Германия - 190, Англия - 173, Ирландия - 40, Франция - 36, Швеция - 21. За САЩ има издаден само 1 сертификат. При специалностите с водещо място са Хирургия – 26, Анестезиология и интензивно лечение – 25, Акушерство и гинекология – 24, Детски болести – 18, Вътрешни болести – 16, Ортопедия и травматология - 13, Психиатрия – 12, Неврология - 12. Общо за лекари със специалност са издадени 303 сертификата, а за лекари без специалност – 245. Има издадени сертификати на лекари с две и повече специалности – 47.

Издадени сертификати от БЛС през 2015 г.

Според издадените сертификати за 2015 г. които са 524 (вж. Приложение 9), най-голям брой са издадени на лекари завършили МУ - София – 223, следват МУ – Варна с 110, МУ – Плевен с 101, МУ - Пловдив с 60, МУ – Ст. Загора с 14. Единични бройки са за МУ Украйна, Индия и др. При разпределението по пол преобладават мъжете 304, срещу жени – 220. Най-предпочитани дестинации са Германия - 154, Англия - 138, Ирландия - 47, Франция - 45, Швеция - 26. За САЩ няма издаден сертификат. При специалностите с водещо място са Хирургия – 33, Акушерство и гинекология – 29, Анестезиология и интензивно лечение – 27, Очни болести – 16, Детски болести – 14, Вътрешни болести – 9, Образна диагностика – 9, Ортопедия и травматология - 10. Общо за лекари със специалност са издадени 291 сертификата, а за лекари без специалност – 233. Има издадени сертификати на лекари с две и повече специалности – 41.

Издадени сертификати от БЛС през 2016г.

Според издадените сертификати за 2016 г. които са 430 (вж. Приложение 10), най-голям брой са издадени на лекари завършили МУ - София – 178, следват МУ – Варна с 91, МУ – Плевен с 67, МУ - Пловдив с 56, МУ – Ст. Загора с 22. Единични бройки са за МУ Украйна - 3, Русия – 3, Узбекистан, Сирия, Македония и др. При разпределението по пол преобладават мъжете 220, срещу жени – 210. Най-предпочитани дестинации са Германия - 121, Англия - 117, Ирландия - 41, Франция - 39, Швеция – 15, ОАЕ - 12. За САЩ са издадени 2 сертификата. При специалностите с водещо място са Анестезиология и интензивно лечение – 28, Акушерство и гинекология – 18, Хирургия – 15, Очни болести – 14, Вътрешни болести – 12, Обща медицина – 12, Образна диагностика – 10, Детски болести – 9, Ортопедия и травматология - 7. Общо за лекари със специалност са издадени 230 сертификата, а за лекари без специалност – 200. Има издадени сертификати на лекари с две и повече специалности – 40.

Издадени сертификати от БЛС през 2017 г.

За 2017г. БЛС е издал „Сертификат за добра медицинска практика” на **390** лекари. Разпределението по пол показва почти еднакво съотношение между жени и мъже. Прави впечатление, че лекарите с друго гражданство са немалка част – 66, а двама са с двойно гражданство. Това са чуждестранни студенти, завършили медицина в България, след което са се регистрирали в БЛС, за което им е издаден УИН (уникален идентификационен код).

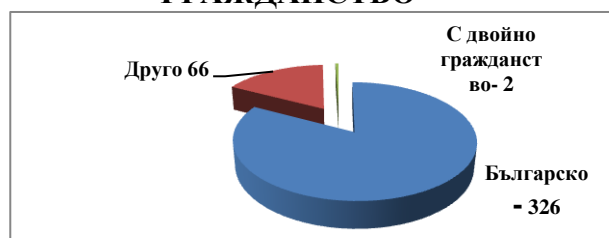
фиг.6 Разпределение по пол

РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ПОЛ



фиг.7 Разпределение по гражданство

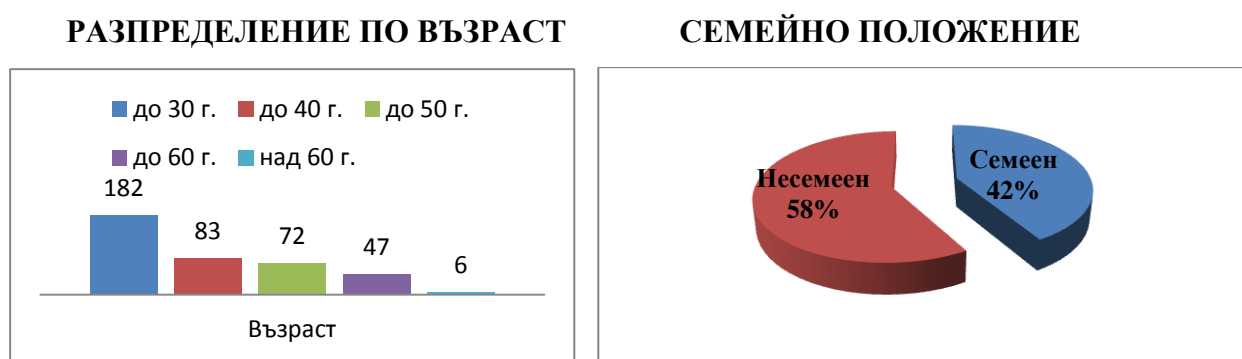
ГРАЖДАНСТВО



Разпределението по възраст показва, че 47% или близо половината пожелали издаването на сертификат са под 30 години т.е. младите лекари, което също е един тревожен факт във връзка и със застаряващата лекарска гилдия в България.

Преобладават несемейните лекари, които получават сертификати, което отново показва тенденцията младите и необвързани колеги да желаят да специализират или работят в чужбина.

фиг. 8 Разпределение по възраст 2017г. **фиг. 9** Семейно положение 2017г.



Статистически незначима е разликата между лекарите без специалност и такива с придобита специалност. Тук следва да се отбележи, че има лекари с 2 и дори 3 специалности, което означава лишаване на здравната система от изградени специалисти.

фиг. 10 Лекарите с/без специалност 2017г.



Преобладаващата част от лекарите са с трудов стаж над 5 години, но прави впечатление, че без трудов стаж по специалността са 53%. 13% изобщо нямат трудов стаж, което показва, че тези лекари от студентската скамейка желаят директно да работят/специализират в чужбина.

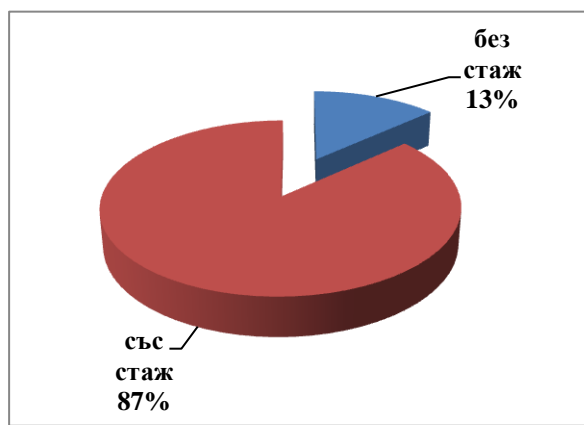
фиг.11 Общ трудов стаж 2017г.



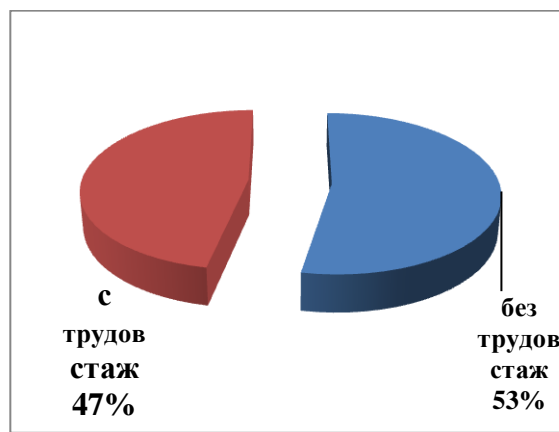
фиг.12 Трудов стаж по специалността



фиг. 13 Трудов стаж



фиг.14 Трудов стаж по специалността



Предпочитаната дестинация от лекарите е за страни от Европейския съюз – 91%. Значително по-малко са желаещите да заминат за страни в Европа извън ЕС – 3%, а за САЩ е изявил желание само 1 лекар. Страни в Азия, Близкия изток, Африка са посочени в 6%. Това е и отражение на общата тенденция за миграцията на медицински специалисти от Източна и Централна Европа към страните от Западна Европа.

Един от най-интересните и важни въпроси, които зададохме в нашата анкета бе причината, поради която лекарите желаят да напуснат страната. Дадохме възможност за отговор на повече от един въпрос, тъй като най-често причините са комплексни. Най-голям процент – 26% касае по-доброто заплащане. На следващо място е професионалната реализация – 23% следва специализацията – 16%. Необходимо е да обърнем внимание и на неудовлетвореността от здравната система – 15%, но като обща

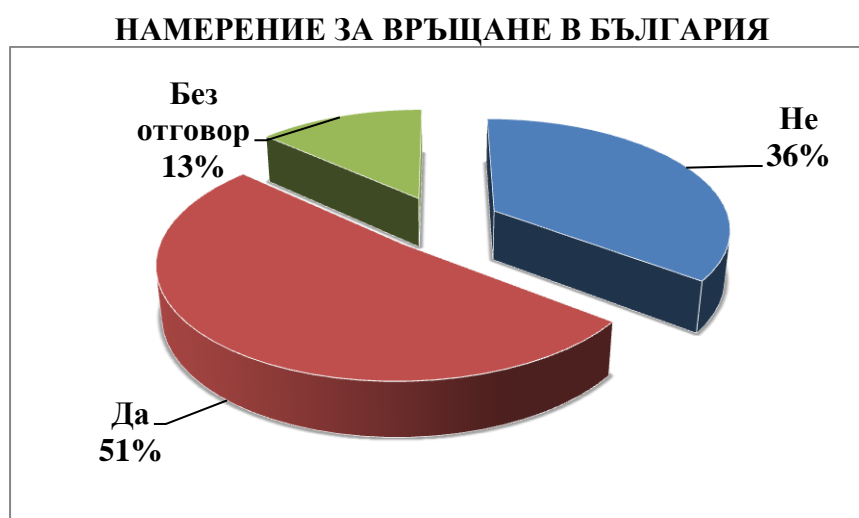
бройка това са почти 132 лекари или 1/3 от всички 390, на които е издаден сертификат.

Фиг.15 Причини за заминаване 2017г



Един от въпросите, които дават ясен отговор за миграционните намерения на лекарите е намерението на получилите сертификат лекари да се завърнат в България. Тук трябва да направим уточнението, че част от тях имаха притеснение да отговорят на този въпрос с оглед дали това няма да се отрази в издаването/неиздаването на сертификата. **51% от лекарите са изявили готовност да се завърнат в България след приключване на тяхната специализация, квалификация или работа, но е значителна и броят на тези, които са отговорили, че не възнамеряват да се върнат в България – 138 лекари.** Ако вземем предвид и тези, които не са дали ясен отговор по една или друга причина, то цифрата е определено притеснителна.

фиг.16 Намерение за завръщане в страната 2017г.



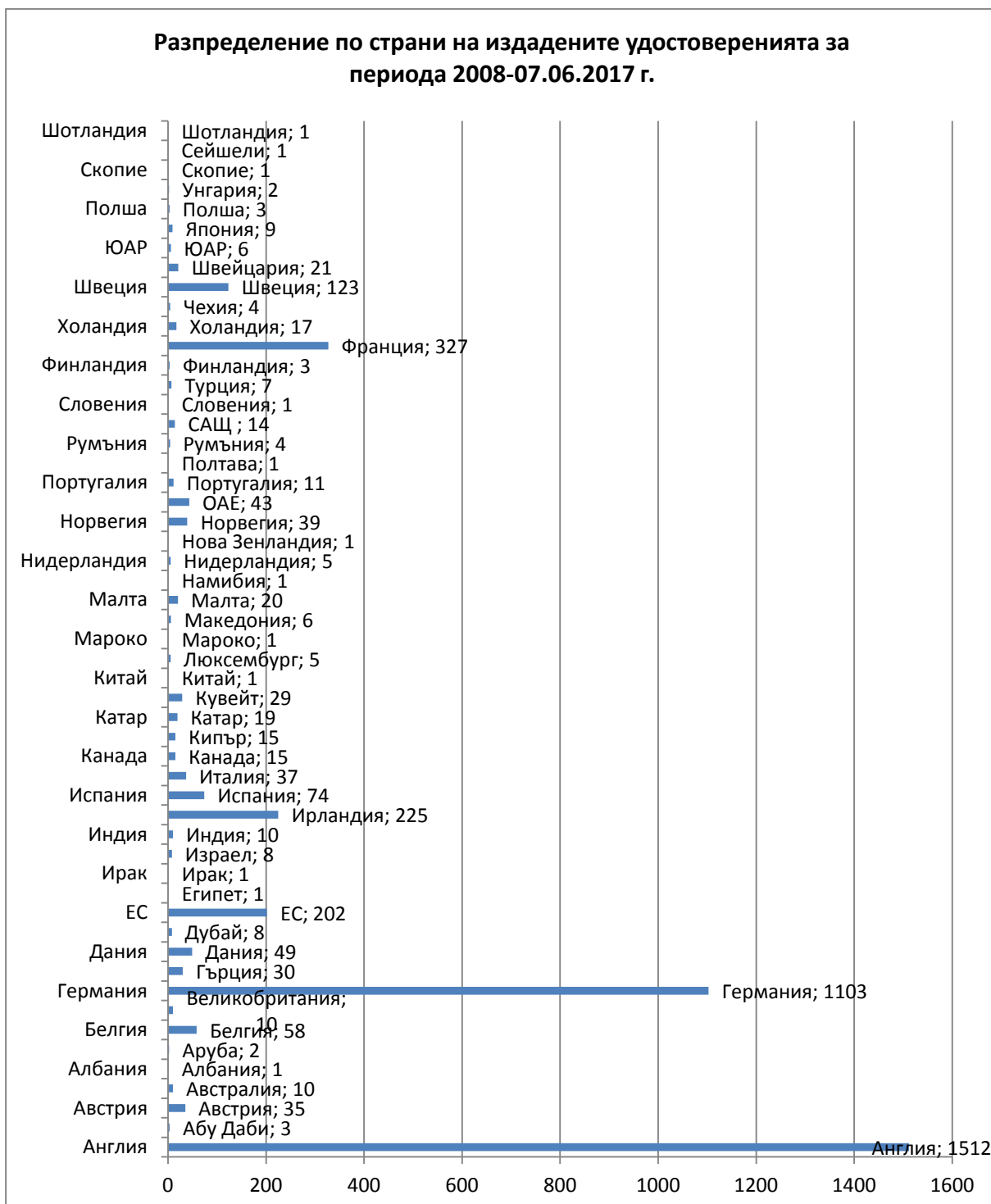
Обобщавайки данните могат да се направят следните **изводи**:

- броят на желаещите лекари да специализират/работят в чужбина се запазва в годините на трайно високо ниво, без тенденция за намаляване, средно 450 лекари
- най-голям е броят на сертификатите издадени от БЛС на лекарите дипломирали се в МУ-София, като до 2011г МУ – Варна е бил втори, а от 2012г. МУ – Плевен е втори;
- Най-желаната дестинация е била Англия, следвана от Германия и Франция, но за последните години след 2012г. Германия е трайно най-предпочитаната държава като дестинация. След нея е Англия, а трайно в последните години на трето място е Ирландия. Като четвърта предпочитана страна остава Франция. Твърдо на следващо място като предпочитание е Швеция.
- Според специалността на лекарите водещи са хирурзи, анестезиолози, вътрешни болести, психиатри, невролози;
- Общо за периода 2008- 07.06 2017г. са издадени сертификати на 4306 лекари. Прави впечатление високият брой на високо квалифицирани лекари с две и дори три специалности (общо 325 за посочения период);
- Съотношението мъже/жени е в полза на мъжете, като общо за мъжете през периода 2008 – 07.06.2017 г. са издадени 2359 сертификата, а за жените 1947;
- Съотношението лекари със/без специалност е 2296/2010. Следва да се отбележи, че до 2011г. това съотношение е било в полза на лекарите със специалност, докато 2012 и 2013г. броя на издадените сертификати на лекари без специалност е по-голям като тази тенденция се запазва и досега.

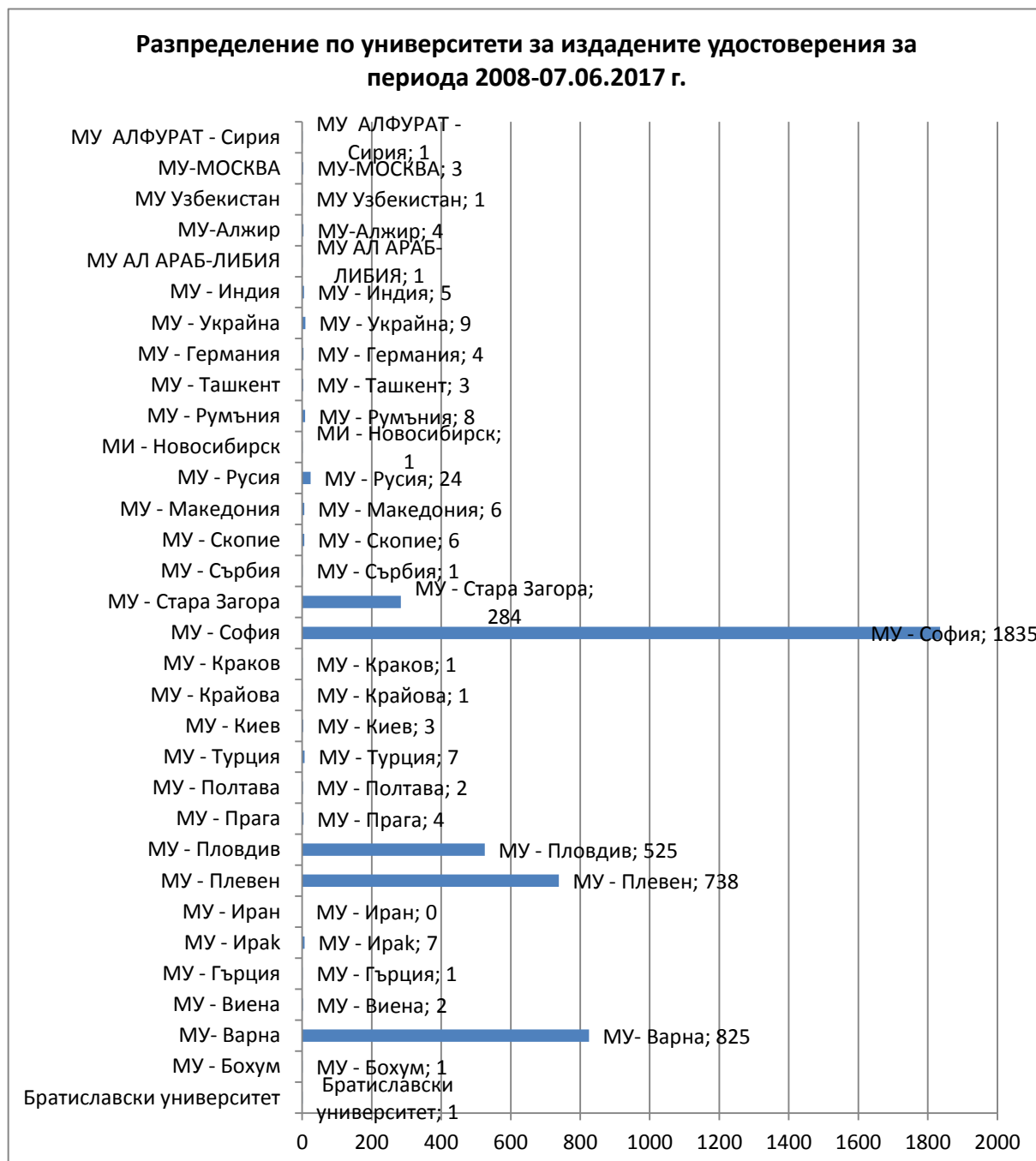
Обобщен анализ на издадените от БЛС сертификати на лекарите за периода 01.01.2008г. до 07.06.2017г.

За периода 2008 – 07.06.2017 г. От Български лекарски съюз са издадени общо 4317 удостоверения за добра медицинска практика.

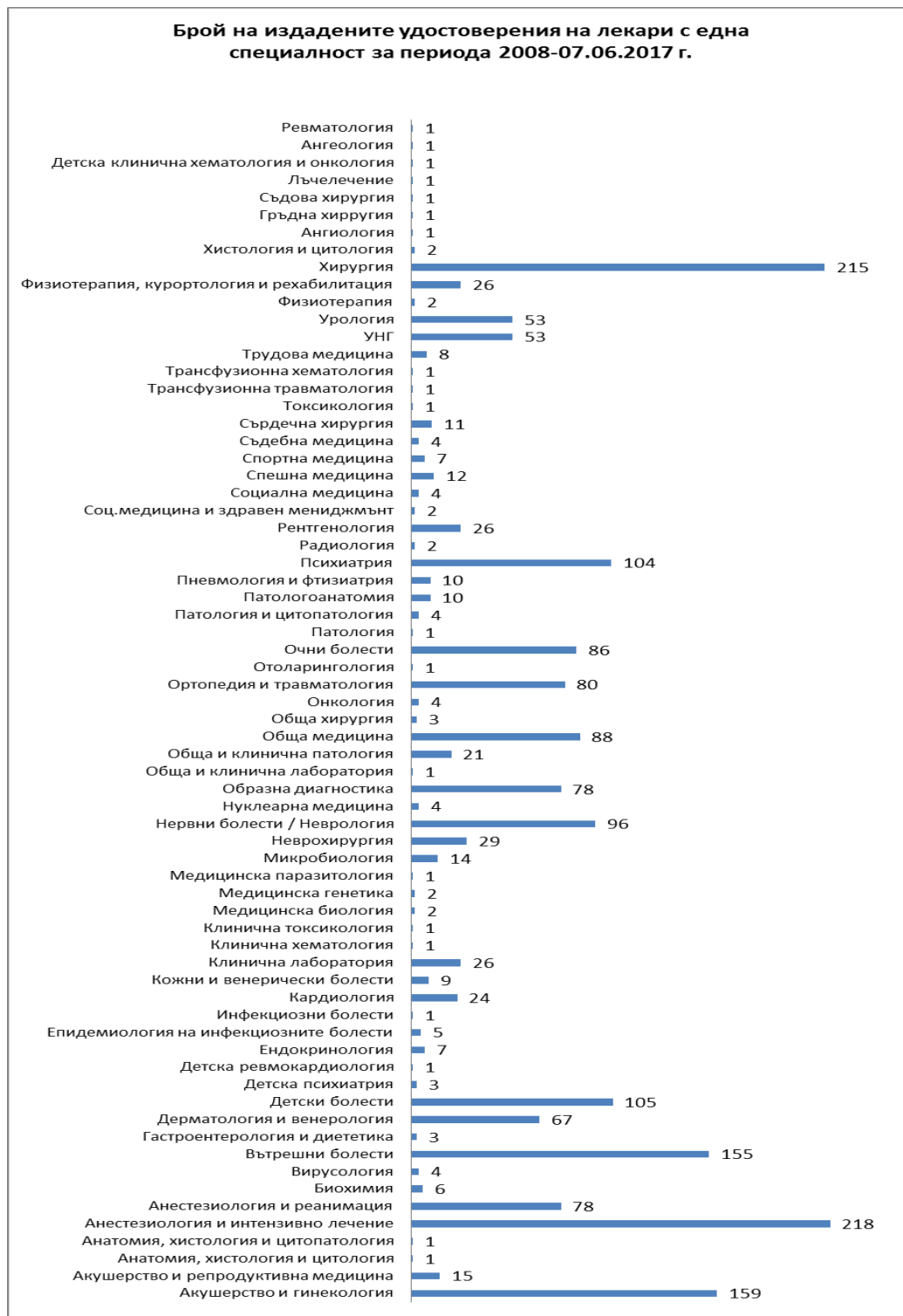
фиг. 17 Предпочитани дестинации



фиг. 18 Разпределение по мед. университети, които са завършили заминаващите

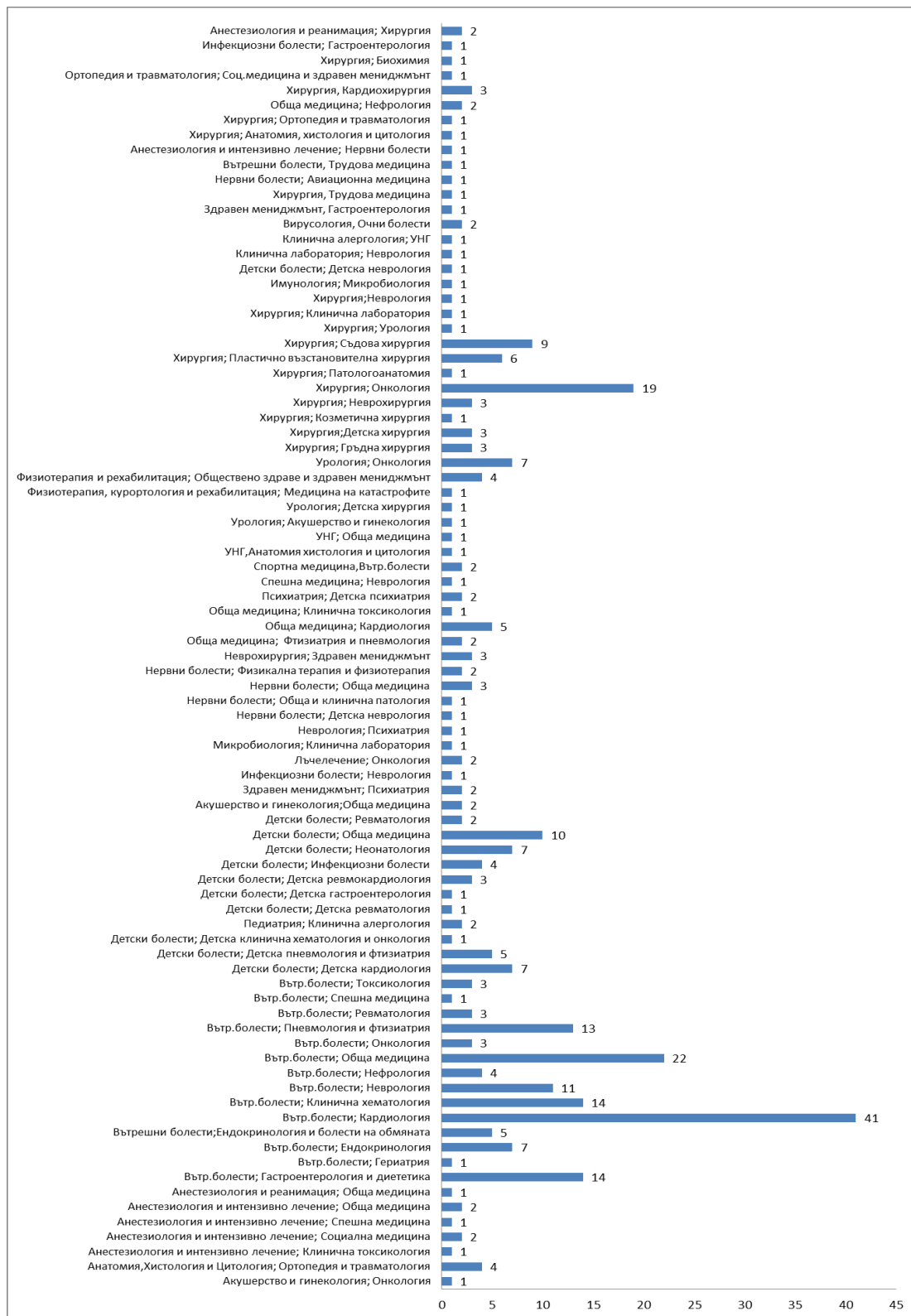


фиг. 19 *Общо издадени удостоверения на лекари с една специалност*



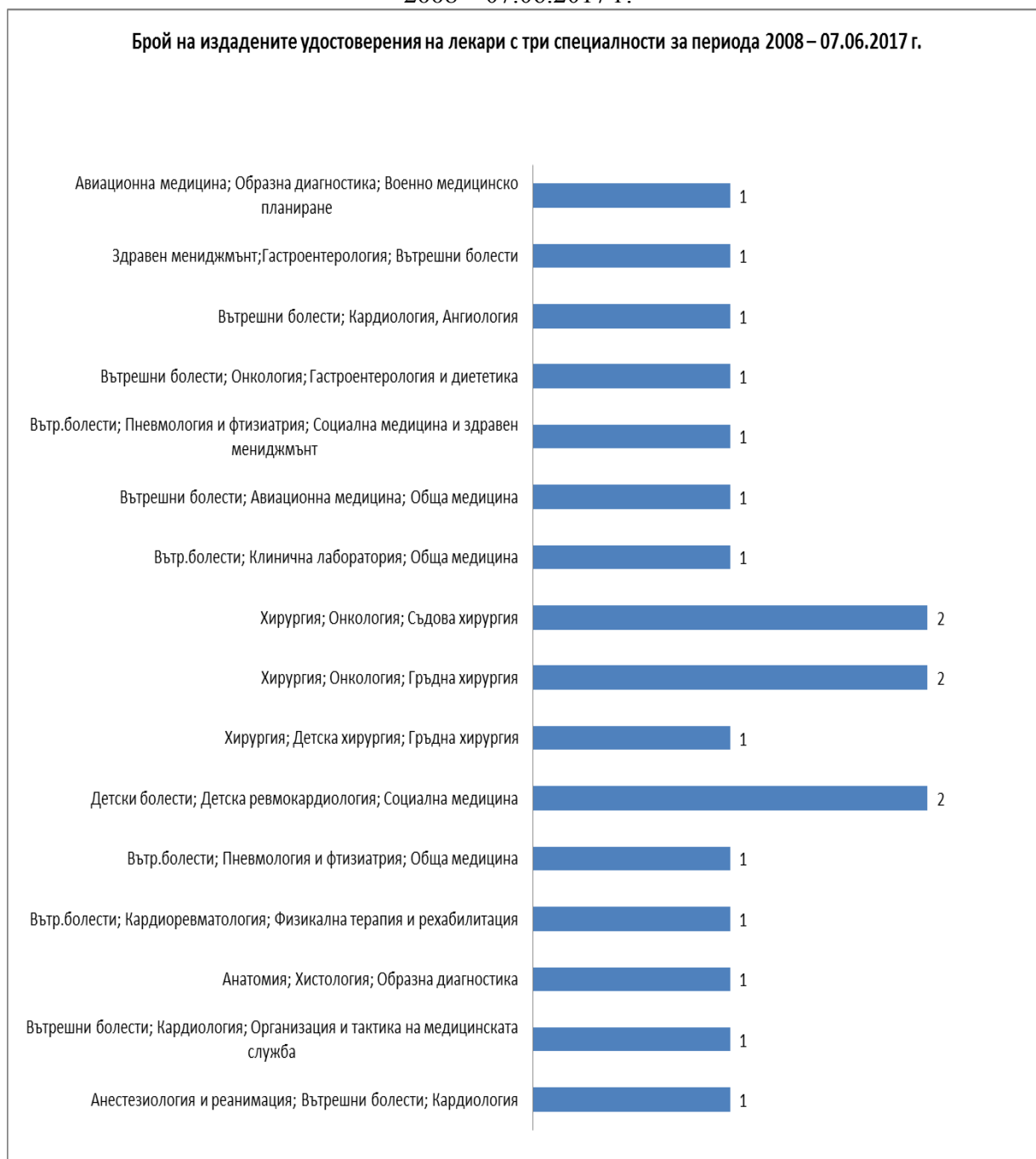
Фиг.20 Общо издадени удостоверения на лекари с две специалности

Брой на издадените удостоверения на лекари с две специалности за периода
2008 – 07.06.2017 г.



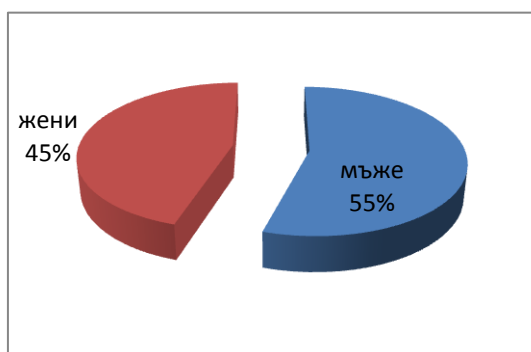
фиг.21 Общ брой на издадените удостоверения на лекари с три специалности

Брой на издадените удостоверения на лекари с три специалности за периода
2008 – 07.06.2017 г.

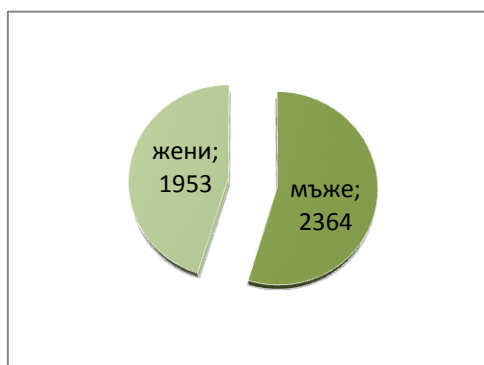


Разпределение на издадените удостоверения по пол за периода 2008-07.06.2017 г.

фиг.22 Процентно разпределение

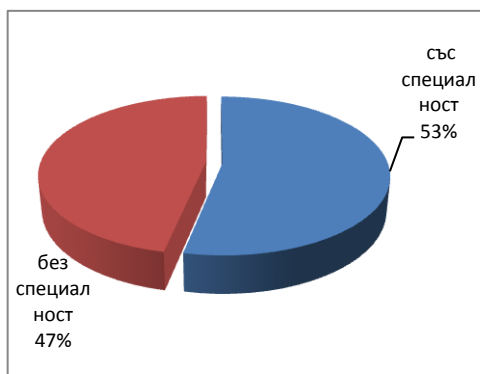


фиг.23 Разпределение като брой

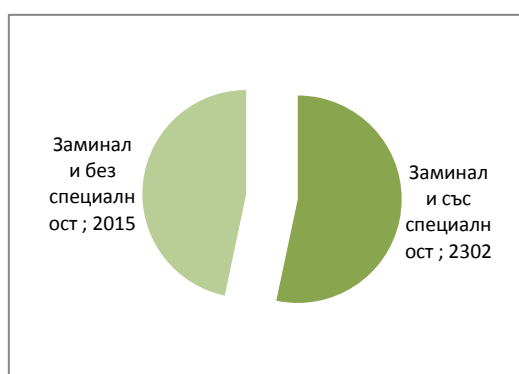


Издадените удостоверения на лекари с/без специалност за периода 2008-07.06.2017г.

фиг. 24 Процентно разпределение



фиг. 25 Разпределение по брой



Анализът на данните от Регистъра на БЛС за издадените сертификати през последните 9 години, и проведеното анкетно проучване за 2017г., както и тези за предходните 5 години показват, че емиграцията на лекари в последните години остава трайно висока. Политическите промени, довели до свободно движение на хора, стоки и услуги дадоха старта на този процес. Икономическите кризи и териториалните диспропорции засилват миграционните процеси. Присъединяването на България към ЕС, признаването на дипломите за висше и средно специално образование и бавните до липсващи решения на икономически и професионални проблеми дадоха силен тласък на емиграцията в последните няколко години. Разликите в благосъстоянието на цели общества и различни обществени и професионални групи стоят в основата на движещите мотиви за емиграция. Тези различия се измерват с икономически показатели на макро и микро равнище, като брутен вътрешен продукт, ниво на

безработица, равнище на доходите, структура на доходите и потреблението, индекси на човешко и социално развитие, както и измерителите на субективно благоденствие.

Очакваният дефицит от здравни специалисти, все по-осезателно чувстващия се дефицит от лекари – патолози, неонатолози, анестезиолози, педиатри, хирурзи, изисква намирането на спешни решения за редуциране на емиграцията. Трябва да се изработи и консенсусно приеме Национална здравна стратегия, включваща и Национална стратегия по човешките ресурси. Това ще доведе до стабилизиране на системата, повишаване заплащането на лекарите, увеличаване възможността за професионална реализация – специализация и квалификация. Постепенното и ежегодно повишаване на процента от БВП за Здравеопазване (между 3.9 и 4.1% в България от години и трайно най-нисък от страните в ЕС) биха изиграли решаваща роля за задържане на специалистите в областта на здравеопазването.

Политиките в областта на миграцията и задържането на специалистите в България трябва да бъдат насочени към основните причини и решаване на конкретните проблеми, които са фактори, влияещи върху тези процеси – повишаване доходите, осигуряване на кариерно развитие, достъпност и качество на специализациите за младите лекари. Доходите имат решаваща роля само до някаква степен, а след удовлетворяване на основни материални потребности значение придобиват други професионални и социални фактори, високо оценявани от лекарите – възможностите за професионално усъвършенстване, по-добрите условия на труд, по-благоприятната колегиална атмосфера, намаление на стресогенните елементи в работната среда.

3.3.2 . Анализ на собствените проучвания от проведената анкета за периода м. януари – м. април 2013г.

Както бе отбелязано по-горе, издаването на сертификат от БЛС на лекарите не означава, че те задължително ще напуснат страната. Валидността на издадения сертификат е 6 месеца и ако до този момент лекарят не го е ползвал се налага да му бъде издаден нов. За да може да се добие по-реална преценка за процеса на миграция на лекарите (емиграция и реемиграция), причините, структурата (възраст, пол, сем. положение), квалификацията и трудовия стаж, дестинациите за емиграция, намеренията за реемиграция и наличието на проблеми при осъществяването ѝ, изготвихме анкетна карта, която бе предоставена на желаещите лекари да получат сертификат от БЛС.(вж.

Приложение 1). Анкетата бе стартирана от 01.01.2013г. За периода от началото на годината до 15.04.2013г. бяха анкетирани (при част от лекарите допълнително бе проведено и интервю) общо 129 лекари. Мъжете бяха 74, а жените – 55. Възрастта на лекарите до 30г.- 42, до 40г. – 33, до 50г. – 33, до 60г. – 20, над 60г. – 1. По отношение на семейното положение: семейни – 78, несемейни – 51. Със специалност са 72 лекари, а без специалност – 57. Според общия трудов стаж до 1г. – 16, до 3г. – 10, до 5г. – 16, над 5г. – 75, а по отношение на трудовия стаж по специалността до 1г. – 3, до 3г. – 10, до 5г – 4 и над 5г. – 49. Държавите като дестинация, в която желаят да отидат лекарите: за държава от ЕС – 117, за държава в Европа, но извън ЕС – 3, за САЩ – 1, а за други държави – 12. Като причина за заминаването 42 сочат специализация, 16 – квалификация, 6 – научна работа, 92 – по-добро заплащане, по семейни причини – 21, професионална реализация 51, недоволство от състоянието на здравната система – 33, други – 2. Общият брой надхвърля анкетираните, тъй като дадохме възможност да бъдат попълнени повече от една причина. От получените сертификати 97 за първи път изискват такъв, а на 37 и преди е бил издаван такъв. От анкетираните 78 са заявили, че имат намерение да се върнат в България, а 38, че нямат такова намерение. 31 от анкетираните са съобщили, че при завръщането си са имали проблем с намирането на работа, а 4 не са имали такъв проблем. От завърналите се 47 са заявили, че са удовлетворени от работата в чужбина и няма такива, които да са съобщили за неудовлетвореност.

Графични резултати от проведената анкета за периода 01.01.2013г.–15.04.2013г.

фиг.26 Разпределение по пол 2013г.



фиг. 27 Разпределение по възрастови групи 2013г.



Разпределението по пол показва, че има лек превес в полза на мъжете, а в разпределението по възраст трябва да се отбележи, че във възрастта до 40 години желаещите да заминат в чужбина са 58% или близо 2/3 от получените сертификати. Преобладават лекарите, които са семейни и това може да се обясни, не само със желанието цялото семейство да търси реализация в чужбина, но и с това, че част от специалистите желаят да отидат при вече работещи в чужбина съпруг или съпруга.

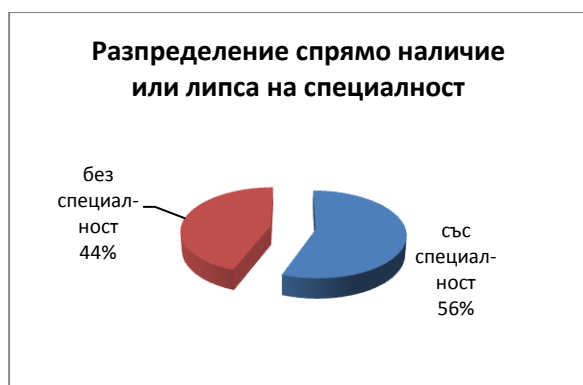
фиг.28 *Разпределение по гражданство положение за 2013г.*



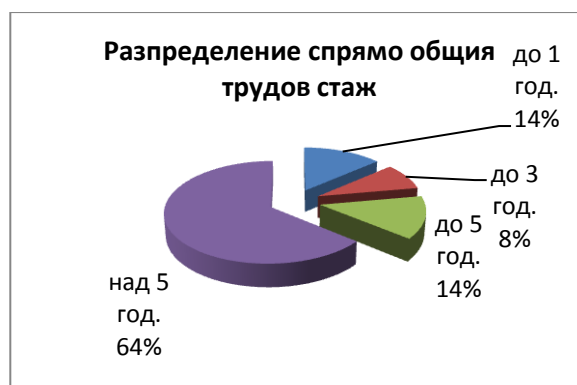
фиг. 29 *Разпределение по семейно положение за 2013г.*



фиг. 30 *Разпределение с/без специалност стаж за 2013г.*

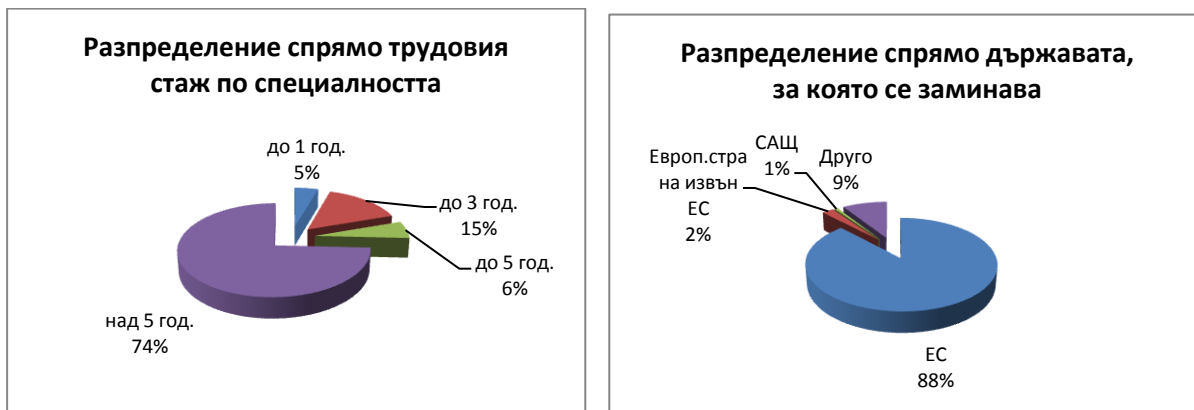


фиг.31 *Разпределение по общ трудов стаж за 2013г.*

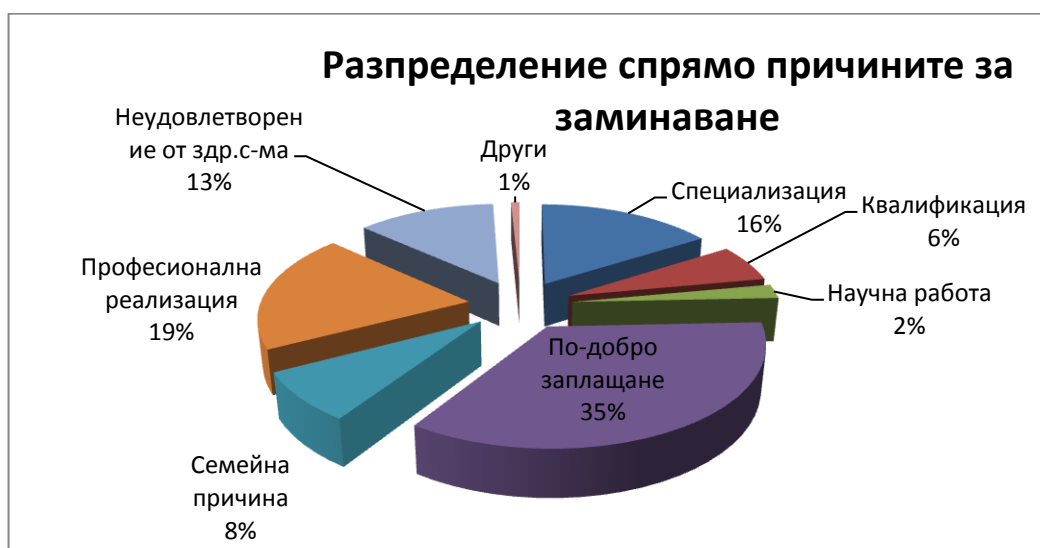


Преобладаващата част от лекарите получили сертификати са с придобита специалност и трудов стаж над 5 години, което показва, че това са вече лекари с утвърдена практика и знания имайки предвид, че над 75% от тях са с трудов стаж по специалността.

фиг.32 Стаж по специалността- 2013г. фиг.33 Предпочитана дестинация- 2013г.



фиг.34 Причини за заминаване през 2013г.



Фиг.35 Повторно издаване на сертификат през 2013г



фиг. 36 Желание за връщане в България през 2013г.



Анализирайки данните от проведеното анкетно проучване допълнено и с интервю на част от лекарите попълнили анкетната карта, могат да се направят следните **изводи**:

- Съотношението мъже/жени е в полза на мъжете 1.32/1 (57/43);
- Много висок процент на младите лекари, желаещи да работят в чужбина – 58%. Възрастовото разпределение по десетилетия показва най-високо ниво на лекарите до 30г. – 32%, като се запазва трайно високо за възрастта до 40г. – 26% и до 50г. – 26%, след което рязко спада до 60г. – 15% и над 60г. Само 1%;
- Преобладават лекарите, които са семейни – 60%. Това можем да свържем с предлагането в последните години на работа и на втория член на семейството.
- Висок е процента на лекарите с над 5г. общ трудов стаж – 64% и изключително висок за лекарите с над 5г. трудов стаж по специалността – 74%, т.е. лекари с придобили добър опит и квалификация;
- В посочените причини за заминаване като определящи могат да се посочат специализацията и квалификацията (общо 35%) и по-доброто заплащане (35%). Следва да отбележим и сравнително високия процент на неудовлетвореност от състоянието на здравната система (13%);
- Интересен е фактът, че голям процент – 67% или 2/3 от заминаващите желаят да се върнат в България. Този резултат трябва да се прецени внимателно, тъй като при проведените интервюта много от лекарите се притесняваха, дали отговорите им няма да бъдат причина за неиздаването им на сертификата.

3.3.3. Анализ на собствените проучвания от проведената анкета за периода 2014г. – 07.06.2017г.

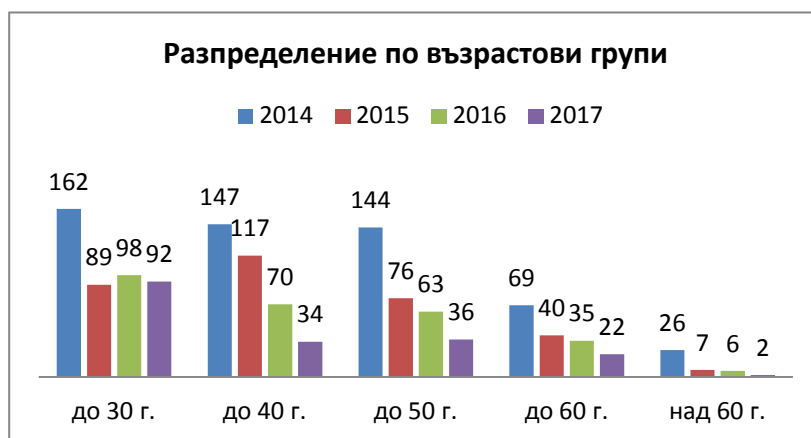
За периода от 01.01.2014г. до 07.06.2017г. бяха анкетирани (при част от лекарите допълнително бе проведено и интервю) общо 1335 лекари. Възрастта на лекарите до 30г.- 441, до 40г. – 368, до 50г. – 319, до 60г. – 166, над 60г. – 41. По отношение на семейното положение: семейни – 676, несемейни – 651. Със специалност са 72 лекари, а без специалност – 57. Според общия трудов стаж до 1г. – 16, до 3г. – 10, до 5г. – 16, над 5г. – 75, а по отношение на трудовия стаж по специалността до 1г. – 3, до 3г. – 10, до 5г.

– 4 и над 5г. – 49. Държавите като дестинация, в която желаят да отидат лекарите: за държава от ЕС – 1207, за държава в Европа, но извън ЕС – 26, за САЩ – 4, а за други държави – 93. **Като причина за заминаването:**

379 сочат специализация, 254 – квалификация, 77 – научна работа, 833 – по-добро заплащане, по семейни причини – 231, професионална реализация 662, недоволство от състоянието на здравната система – 543, други – 51. Общият брой надхвърля анкетираните, тъй като дадохме възможност да бъдат попълнени повече от една причина. От получените сертификати 919 за първи път изискват такъв, а на 405 и преди е бил издаван такъв. От анкетираните 721 са заявили, че имат намерение да се върнат в България, а 486, че нямат такова намерение. 81 от анкетираните са съобщили, че при завръщането си са имали проблем с намирането на работа, а 609 не са имали такъв проблем. От завърналите се 655 са заявили, че са удовлетворени от работата в чужбина и 82, които са отбелязали неудовлетвореност.

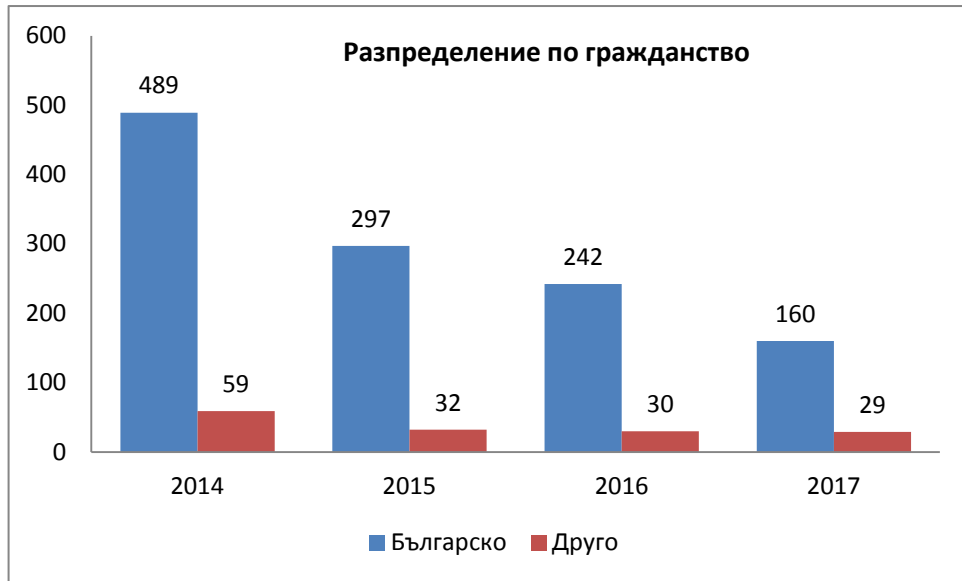
Обобщена статистика за периода 2014 - 13.06.2017 г.

фиг. 37 Разпределение по възрастови групи



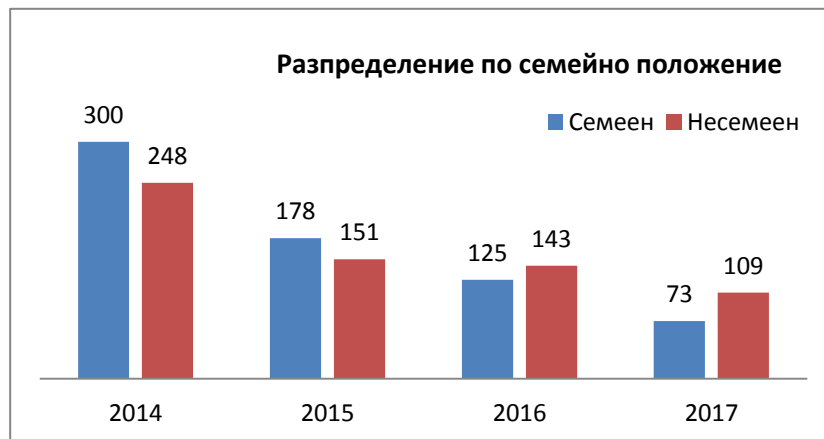
Преобладаващата част от лекарите получили сертификати е на възраст до 40г., което предполага загуба за здравеопазването в България на млади специалисти, така необходими при неблагоприятните демографски показатели на населението и най-вече тези при лекарите – застаряващи специалисти, много от които в пенсионна и над пенсионна възраст.

фиг. 38 Разпределение по гражданство



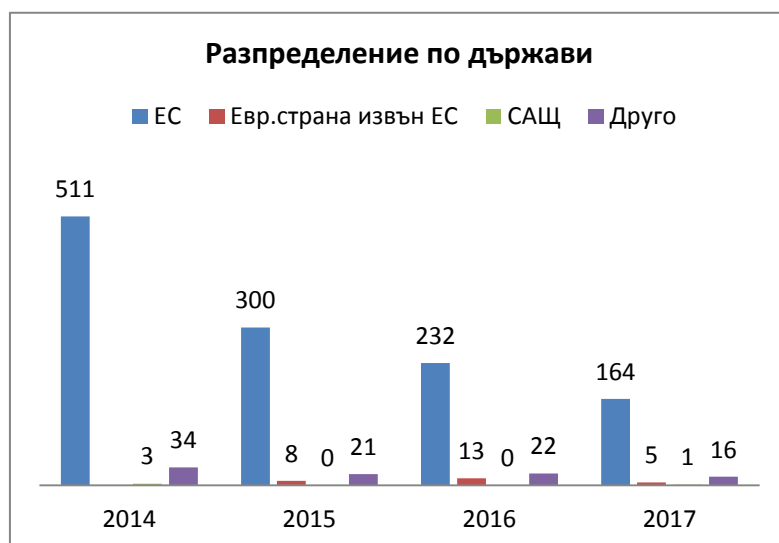
Има не малко лекари, които не са с българско гражданство. Това са студенти от различни страни, предимно извън страните от Европейския съюз, които след дипломирането си, изявяват желание за връщане в страната, от която са дошли. Не може да не отбележим и факта, че някои от тях, използвайки членството на България в ЕС, след като вземат УИН от регионалната структура на БЛС и на базата на него сертификат за добра медицинска практика от БЛС, могат да специализират и/или работят в страна от ЕС.

Фиг.39 Семейно положение



Прави впечатление, че до 2015г. преобладават лекарите със семейства, но след това тенденцията е несемейни лекари да имат преобладаващо искане за издаване на сертификати, което може да се обясни и със значителния процент на новозавършили лекари, веднага да се отправят за чужбина.

фиг.40 Предпочитани дестинации



Страните от Европейския съюз безспорно са предпочитаната дестинация за работа или специализация. Не може да не отбележим и факта, че за САЩ желание да заминат са единици. Това може да се свърже с различната система на обучение, както и (не)признаването на дипломите. Съвсем различна е тенденцията за страните от Западна Европа и най-вече Англия, за които най-предпочитаната дестинация на лекарите за миграция е САЩ.

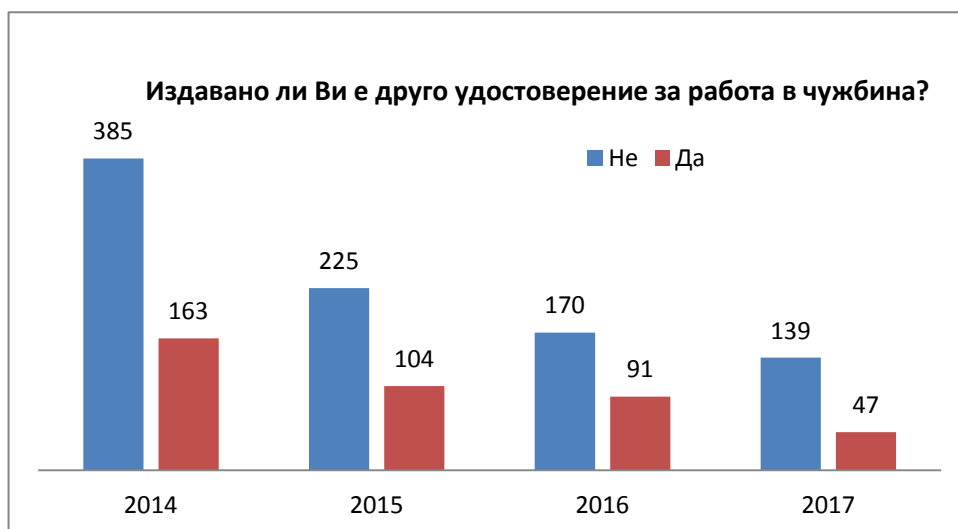
Фиг.41 Причини за заминаване



Причините за заминаване на лекарите недвусмислено показват, че материалният стимул е водещият при вземане на решение за заминаване в чужбина. Трябва да се има предвид, че ако сумираме професионалните причини за заминаване, а именно специализация, квалификация и професионална реализация, то те излизат като първа причина за заминаващите. Не трябва да се пренебрегва и високият процент на посочилите като причина и неудовлетворението от здравната система. Анализирайки

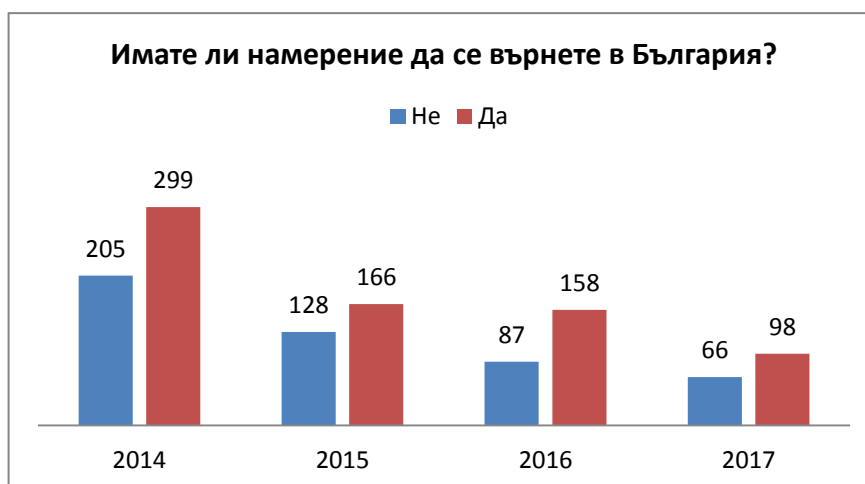
данните по години може да се направи корелация между сътресенията в здравната система (неподписване на НРД, честата смяна на министри на здравеопазването, множеството промени в основните закони в здравеопазването – Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване, Закона за лечебните заведения) и завишаването на броя на желаещите да получат сертификат за добра медицинска практика от БЛС.

фиг.42 Повторно издаване на сертификат



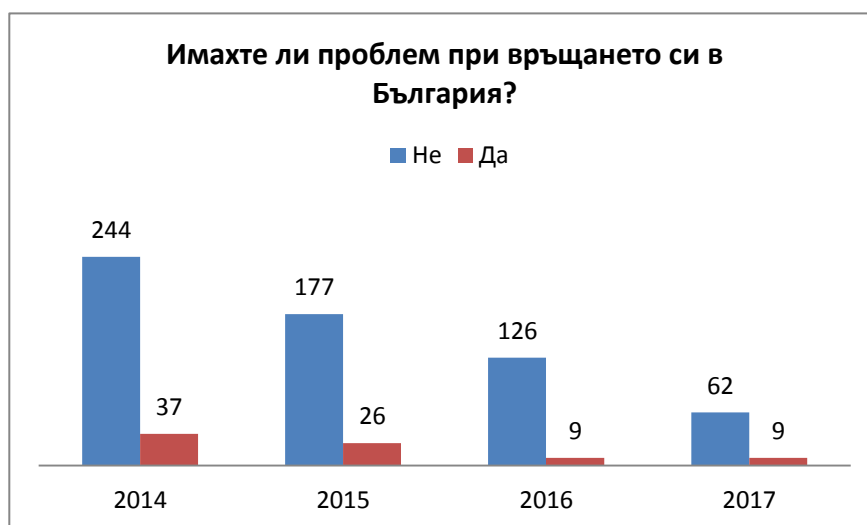
Издадените повторно сертификати, показват че част от лекарите, след пребиваването си в чужбина са се завърнали в България. В тази група влизат и колеги, които дават дежурства в клиники от Западна Европа (напр. анестезиолози, офталмолози и др.), както и такива, които по една или друга причина, не са могли да заминат в срока на валидността на издадения сертификат, който е 6 месеца.

фиг.43 Намерение за завръщане в България

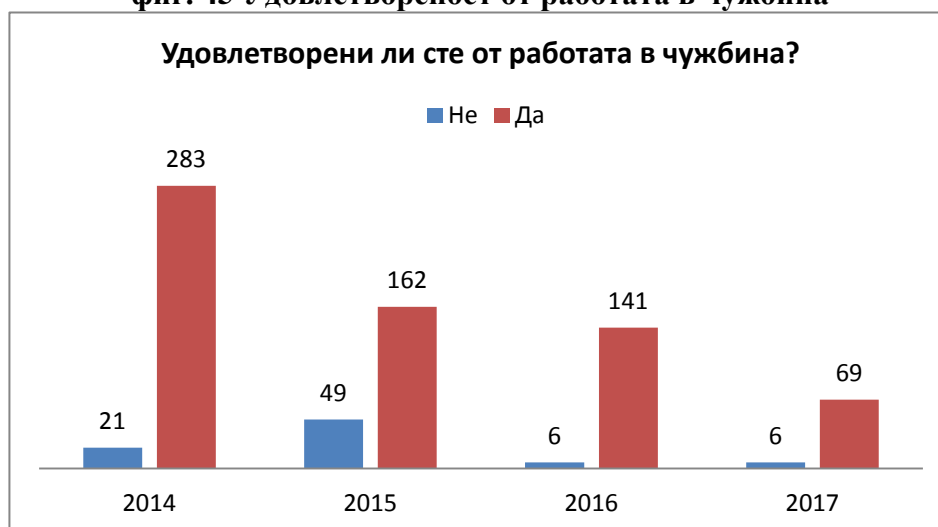


По-големият процент е на лекарите, които са изявили желание за завръщане в България, след завършване на специализацията или квалификацията по специалността. Трябва да се отбележи, че някои лекари в проведеното интервю или при попълване на анкетната карта съобщават за притеснение относно това, какво ще отразят и дали това няма да окаже влияние за издаването на сертификата. Въпреки, че на всички е обяснено, че това не може по никакъв начин да се случи относно издаването на сертификат, то отразените данни в анкетата трябва да се приемат внимателно.

фиг. 44 Проблеми при завръщането в България



фиг. 45 Удовлетвореност от работата в чужбина



Много висок процент е удовлетвореността на лекарите, които са били в чужбина за специализация, квалификация или работа. Завръщането им в България след специализацията, квалификацията или работата в чужбина, не е създавало проблем при тяхната професионална реализация в България. Случаите, които са отбелязани в табл. 100, се дължат предимно на трудност при намирането на работно място отговарящо на тяхната придобита квалификация и специализация.

3.4. Влияние на емиграцията върху работата на здравната система

Миграцията на здравните професионалисти влияе върху работата на здравната система и нейните резултати. Това влияние се усилва с увеличаване на миграцията в Европа. Миграцията на здравните професионалисти влияе върху здравната система чрез промяна в състава на здравните кадри. Дори когато промяната изглежда пренебрежима, тя може да доведе до видими последици, в следните случаи:

- миграцията продължава дълго време
- наблюдава се повишаване броя на мигрантите
- в системата е установен крехък баланс на професионалния микс – миграцията на няколко професионалисти с рядка квалификация и умения е в състояние да окаже значим ефект върху работата на здравната система.

Влиянието на миграцията върху здравната система е често непряко и е част от сложна причинна верига. Последициите на миграцията са трудно уловими поради това, че често са непреки, не се разпознават лесно и не настъпват веднага. Освен това може да са несъществени на национално ниво, но много значими на регионално и на ниво лечебно заведение.

Миграцията на здравните професионалисти засяга количествената осигуреност със здравни кадри, професионалния микс в системата и териториалното разпределение на професионалистите в страната. По този начин миграцията непряко влияе върху качеството на здравето обслужване.

В страните от Югоизточната европейска здравна мрежа (в това число и България) емиграцията на здравни професионалисти е една от причините за недостиг на кадри и за тяхното неадекватно географско разпределение. Останалите причини включват пренасочване на здравни кадри към градовете и извън здравния сектор. Недостигът,

неадекватното териториално разпределение и емиграцията на здравни кадри затрудняват достъпа на населението в тези страни до здравно обслужване.

До десет години в България ще се усети драматично проблема с недостига на медицински кадри. Статистическите данни показват, че в този период половината от лекарите у нас ще се пенсионират, в същото време повече от половината новозавършили ще емигрират.

Българският лекарски съюз неведнъж изказва становище и алармира за разрастващия се проблем и призовава да се предприемат незабавни мерки срещу изтичането на българските медицински специалисти. В тяхното обучение държавата инвестира немалко за изграждане на знанията и уменията, но не получава очакваната възвръщаемост.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

ИЗВОДИ

В страната ни се наблюдава засилваща се тенденция към недостиг на медицински персонал – лекари и специалисти по здравни грижи. Това е резултат от липсата на държавна отговорност за решаване на общите проблеми на работещите в системата на здравеопазване у нас.

Причините за това са много: лоша политика на обучение и квалификация; недостатъчни стимули и липса на мотивация на здравните кадри; липса на стратегическо планиране и адекватна политика на финансиране и инвестиции; емиграция в чужбина.

Емиграцията на здравни професионалисти нараства в последните години. Политическите промени, довели до свободно движение на хора, стоки и услуги дадоха старта на този процес. Икономическите кризи и териториалните диспропорции засилват миграционните процеси. Присъединяването на България към ЕС, признаването на дипломите за висше и средно специално образование и бавните до липсващи решения на икономически и професионални проблеми дадоха силен тласък на емиграцията в последните няколко години. Разликите в благосъстоянието на цели общества и различни обществени и професионални групи стоят в основата на движещите мотиви за емиграция. Тези различия се измерват с икономически показатели на макро и микро равнище, като брутен вътрешен продукт, ниво на безработица, равнище на доходите, структура на доходите и потреблението, индекси на човешко и социално развитие, както и измерителите на субективно благоденствие.

Въпреки, че показателите за добра осигуреност с лекари и специалисти по здравни грижи в България е близо до средните равнища за държавите от ЕС, в различните региони на България междурегионалните различия са огромни. Например, ако в София се падат 478 лекари на 100 000 население, то в Ямбол осигуреността е 235 на 100 000. Сериозен проблем е и недостигът на лекари по някои специалности - нефрология, пулмология и фтизиатрия, анестезиология и интензивно лечение, УНГ болести, психиатрия, инфекциозни болести, клинична патология и др. Дисбаланс съществува на регионално ниво, на ниво специалност, на ниво лечебни заведения, на ниво общини.

Част от миграционните потоци са насочени от по-малките градчета към големите населени места, което нанася сериозни последици върху свободния избор на лечебно заведение, осигурения свободен достъп, адекватно предоставяне на здравни услуги и в крайна сметка върху качеството на живот в малките населени места.

Миграционни потоци има от публичния към частния сектор. Това е много труден за идентификация и описание процес, поради факта, че обикновено здравните кадри работят и в двата сектора, което лишава от ефективност работата на здравната система, създава безпорядък и е източник на икономически загуби. Миграцията се отразява и върху мениджмънта на лечебните заведения, като намалява резултатността и иновативността им.

Трансграничните миграционни процеси са насочени към държави със високо и стабилно икономическо развитие, с модерно здравеопазване и по-добри условия на труд.

Резултатите от емиграцията за системата се оценяват предимно като негативни, като се посочва загубата на квалифицирани кадри със своите знания, умения и опит, придобити след скъпо за обществото държавно образование и разклатено доверие в системата. Единственият положителен момент е споделянето с колеги на придобития в чужбина опит след завръщането в родината.

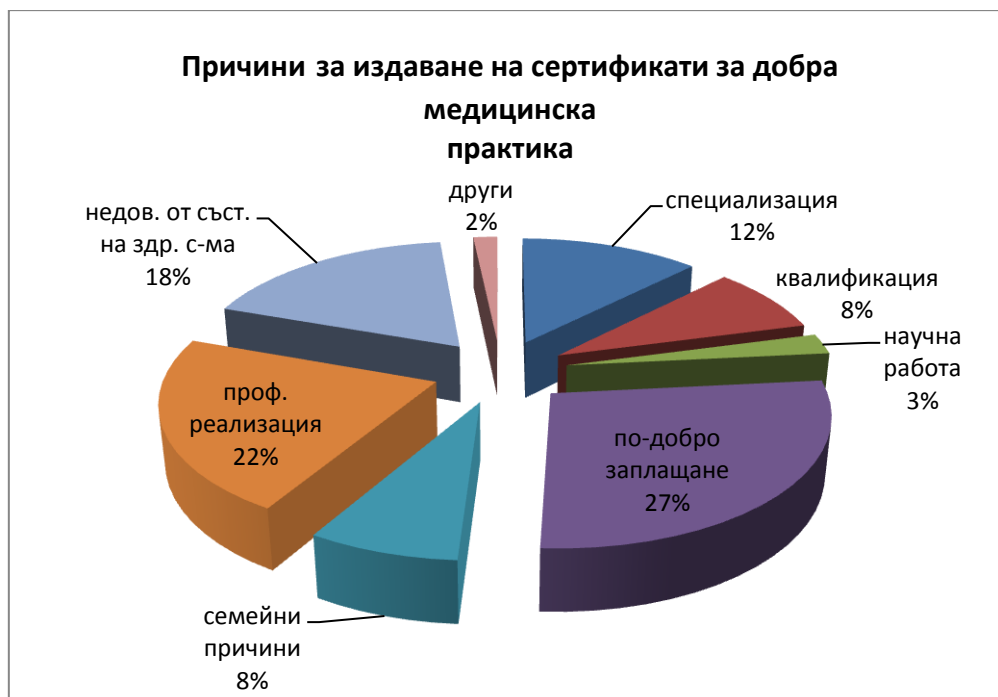
Някои други позитивни ефекти за индивида са натрупването на нови професионални и комуникативни умения, придобиване на нова култура и по-високо професионално самочувствие, по-добра финансова обезпеченост. Негативните ефекти за индивида са разрушаване на семействата, трудности при преодоляване на езиковата бариера, трудности при адаптирането към чужда култура и правила.

През 2008 година Българският лекарски съюз е издал удостоверения за добра медицинска практика на 327 български лекари, 440 през 2009, 501 през 2010 г., 507 през 2011 г., 447 през 2012г., 408 през 2013 г., 548 през 2014г., 524 през 2015г., 430 през 2016г., 370 през 2017г. Средно годишно заявяват 450 лекари, като се забелязва тенденция на намаляване през 2017 г. Липсва информация дали всички тези лекари вече работят извън страната, но цифрите са впечатляващи.

В проучване на Институт „Отворено общество“ през 2012 като основни причини за миграцията се сочат по-добро заплащане, по-добри условия на труд, високият стандарт на живот, владенето на чужд език, умора от несвършеното от здравната реформа, липса на доверие във водената здравна политика и др.

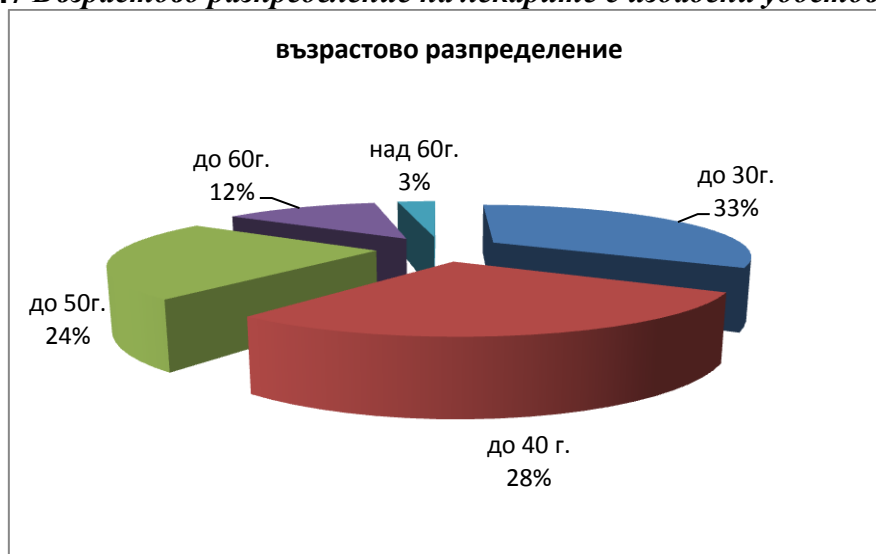
По данни от проведената от нас анкета на 833 лекари за времето от 01.01.2014г. до 07.06.2017г. на първо място като причина са посочили по-доброто заплащане – 27%. Следват професионалната реализация – 22%, специализация – 12%. Сравнително висок е броят на лекарите, които посочват като причина и неудовлетворението от състоянието на здравната система – 18%.

фиг. 46 Причини за издаване на сертификати за добра мед. Практика



Като възрастово разпределение 61% от лекарите са на възраст до 40 г., което неминуемо ще се отрази върху функционирането на здравната система с оглед застаряващото население в България, респективно и в лекарската гилдия. От друга страна не са малко и лекарите от 50 до и над 60 годишна възраст – 15%, които са изградени специалисти, а някои от тях и от специалности, в които има дефицит на кадри.

фиг. 47 Възрастово разпределение на лекарите с издадени удостоверения



По специалности най-много мигрират лекари със специалност обща медицина и вътрешни болести, анестезиология и интензивно лечение, хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия, психиатрия, неврология, очни болести, ортопедия и травматология и образна диагностика. Най-много удостоверения за лекари са издадени за Великобритания, Германия и Ирландия, следвани от Франция, Швеция, Испания, Норвегия, Италия и Белгия.

Не съществува механизъм за събиране на данни за миграцията на здравните професионалисти и за наблюдение на миграционните потоци както на ниво ЕС, така и в Европа като цяло. Липсата на данни за емиграцията на лекарите е всеобщ проблем.

Средната възраст на общопрактикуващите лекари у нас е 52 години. Страната започва да изпитва недостиг на лекари специалисти, тъй като има значителен брой незаети лекарски длъжности не само в непривлекателните райони. Значителният брой млади, способни лекари сред емигрантите влияе върху количествената осигуреност на българското население с лекари, както и върху влошаване на качествената им структура, води до застаряване на лекарския състав, възпира естествения процес на кадрово обновление.

По същия начин стои и въпросът със медицинските специалисти по здравни грижи. Правителството не предприема никакви мерки за повишаване на ниските възнаграждения на медицинските сестри. Не бяха въведени сестрински практики, заплащането на нощните дежурства е символично. Професията губи своята привлекателност, защото работещите са изключително натоварени. Все още прохода

система да продължаващо обучение на специалистите по здравни грижи. Нормативна уредба, която регламентира степените на компетентност и квалификация за специалистите по здравни грижи липсва. Това води до липса на възможности да се договаря заплащане на сестрите, съответно на тяхната квалификация.

Засилва се тенденцията към постоянно намаляване на броя на специалистите по здравни грижи в страната. В момента те са по-малко в сравнение с 1990 година. Рязко намаляват кандидатстващите за тази професия. В същото време с много бързи темпове нараства миграцията на професионалистите по здравни грижи, като се предвижда огромен дефицит на кадри. Голяма част от специалистите по здравни грижи напускат професията и се ориентират към по-добре платени и по-престижни професии. Съгласно препоръките на Световния съвет на сестрите една медицинска сестра трябва да обслужва 4 пациенти. За нашата страна този стандарт към настоящия момент е неизпълним. Оптималното съотношение между броя на лекари и сестри в болничните лечебни заведения е 1 към 2. В момента в България това съотношение е обърнато и на 1 лекар се пада 0.9 медицинска сестра.

При специалистите по здравни грижи предпочитани за миграция държави са Великобритания, Италия, Германия, Кипър, Белгия, САЩ, Гърция, Австрия и Франция.

„Изтичането” от системата на утвърдени специалисти пък води до загуба на инвестиции в хора и време, нарушава работата на съгласувани професионални екипи и приемствеността в квалификацията им. Емиграцията на лекарите е наложена от невъзможността да бъдат лекари съобразно собствените си разбирания, както и да удовлетворяват собствените си стремежи и потребности. Разговорът за емиграцията на българските лекари е болезнен и неспокоен, защото трудно е балансирането между правата на личността и разочарованието, че българската държава „дарява” с обучени лекарски кадри далеч по-богати от нея държави, които напоследък дори се състезават да привличат млади специалисти. Нещо повече, освен доброто заплащане по време на специализацията им (между 2000 и 3000 евро) и осигуряването на жилище, в последните години се предлага намирането на работа на съпруга/съпругата. Тази политика е продиктувана и от данните на ЕС, че към 2020г. се очаква дефицит на 1 милион здравни специалисти в рамките на съюза.

Провежданата десетилетия наред здравна реформа е създавала различни дисбаланси при лекарите - на регионално ниво, на ниво специалност, на ниво лечебни заведения, на ниво общини. Миграционните процеси в последните години са показателни - от по-

малките градчета към големите населени места, от публичния към частния сектор, от болничната към извънболничната помощ, трансгранични миграционни процеси.

Миграцията е довела до сериозни негативни последици върху свободния избор на лечебно заведение, адекватното предоставяне на здравни услуги и в крайна сметка върху качеството на живот в малките населени места – създаден е безпорядък, който е източник на икономически загуби.

Тя води и до други негативни последици - разрушаване на семействата, трудности при преодоляване на езиковата бариера, трудности при адаптирането към чужда култура и правила. Негативните ефекти за системата също са налице - загуба на квалифицирани кадри със знания, умения и опит, придобити след скъпо за обществото и индивида държавно образование и разклатено доверие в системата.

Препоръки

В изследването си даваме конкретни насоки, в които би било полезно да се вземат мерки. Необходима е оценка на състоянието на наличните човешки ресурси и определяне на реалните потребности от кадри в здравеопазването по региони, категории, специалности и възрастови групи. Те следва да бъдат отразени в Национална дългосрочна стратегия за развитие на човешките ресурси в здравеопазването.

Разработване и въвеждане на информационна система за регистрация и мониториране на персонала в здравеопазването, в т.ч. и на мигриралите кадри. Създаване на стройна концепция за квалификация и надграждащо продължително обучение на медицинските и немедицинските специалисти в системата на здравеопазването, трябва да са следващите стъпки.

Според съсловната организация трябва да се подобри системата за професионално развитие и израстване на здравните специалисти. Те имат нужда от мерки за оползотворяване потенциала им, предоставяне на съизмерими професионални хоризонти със съответни материални и нематериални измерения.

Изключително важно е международното сътрудничество по въпросите на работната сила в здравеопазването, посочва се в анализа. Важна е водещата роля на ЕС както в процесите на планиране, обучение, следдипломна квалификация и продължаващо обучение, така и по въпросите на мобилността на кадрите от различни нива.

Изграждане на ефективна административна система, гарантираща съответност между знания, умения, постижения и достъп до професионални ресурси и осигуряване на

заплащане, което съответства на професионалната квалификация и позволява инвестиране в професионално развитие, са крайно необходими мерки, според лекарския съюз.

Към Парламента и Министерство на здравеопазването:

Очакваният дефицит от здравни специалисти, все по-осезателно чувстващия се дефицит от лекари – патолози, анестезиолози, педиатри, хирурзи, изисква намирането на спешни решения за редуциране на емиграцията.

Трябва да се изработи и консенсусно приеме Национална здравна стратегия, включваща и Национална стратегия по човешките ресурси. Това ще доведе до стабилизиране на системата, повишаване заплащането на лекарите, увеличаване възможността за професионална реализация – специализация и квалификация.

Постепенното и ежегодно повишаване на процента от БВП за Здравеопазване (между 3.9 и 4.1% в България от години и трайно най-нисък от страните в ЕС) биха изиграли решаваща роля за задържане на специалистите в областта на здравеопазването.

Бъдещето развитие на българската здравеопазна система би следвало да е свързано с две основни европейски стратегии:

Здравната стратегия на ЕС „Заедно за здраве: Стратегически подход за ЕС 2008-2013 г.“. Основната идея на документа е, че „Здравето е в основата на човешкия живот и затова то трябва да бъде обект на ефикасни политики и действия в държавите-членки, на равнище ЕО и в световен мащаб.“

„Европа 2020“ е стратегията на ЕС за растеж през следващото десетилетие. Основната теза на стратегията е, че в условията на един променящ се свят ЕС трябва да стане интелигентна, устойчива и приобщаваща икономика. Тези три взаимно подкрепящи се приоритета трябва да помогнат на ЕС и държавите-членки да постигнат високи нива на заетост, производителност и социално единство.

Съюзът поставя пет амбициозни цели – в областта на заетостта, иновациите, образованието, социалното приобщаване и климата/енергията, които трябва да бъдат постигнати до 2020 г. Всяка държава-членка прие свои собствени национални цели във всяка от тези области. Конкретни действия на равнище ЕС и на национално равнище служат за основа на стратегията.

Бъдещето развитие на здравната система в контекста на европейските норми и ценности включва следните мерки:

Създаването на обществено приета здравна стратегия, с безусловното участие на широки обществени кръгове, освободени от тесни лобистки интереси и представляващи пациенти, здравни специалисти, синдикати, политически сили и експерти по обществено здраве е първата и неотменима стъпка в процеса на промени за изграждане на съвременна и ефективна здравна система.

Най-значимият елемент в системата на стратегическо планиране на здравните ресурси са човешките. Не е възможно да съществува качествена система на здравеопазване без най-важният фактор – здравните специалисти.

Разработване на стратегия за реализация и развитие на човешките ресурси е акт от първостепенно значение за системата. Стратегията и планът за практическото ѝ приложения трябва да включват всички възможни направления и механизми, които да осигурят необходимият кадрови потенциал в системата.

Стратегията за човешките ресурси в здравеопазването трябва задължително да разглежда управлението на миграционните процеси и създаването на мотивация на медицинските специалисти за работа в България.

Политиките в областта на миграцията и задържането на специалистите в България трябва да бъдат насочени към основните причини и решаване на конкретните проблеми, които са фактори, влияещи върху тези процеси.

Доходите имат решаваща роля само до някаква степен, а след удовлетворяване на основни материални потребности значение придобиват .

Към БЛС, МУ:

– възможностите за професионално усъвършенстване, по-добрите условия на труд, по-благоприятната колегиална атмосфера, намаление на стресогенните елементи в работната среда.

С оглед осигуряване на достатъчен и висококвалифициран персонал и гарантиране на устойчивото му развитие се налага провеждането от МЗ в партньорство с всички основни фигури в здравната система (професионални организации, висши училища, национални центрове и др.) на неотложни дейности, като:

➤ Оценка на състоянието на наличните човешки ресурси и определяне на реалните потребности от кадри в здравеопазването по региони, категории, специалности и възрастови групи, отразени в Национална дългосрочна стратегия за развитие на човешките ресурси в здравеопазването.

- Разработване и въвеждане на информационна система за регистрация и мониториране на персонала в здравеопазването, в т.ч. и на мигриралите кадри.
- Създаване на стройна концепция за квалификация и надграждащо продължително обучение на медицинските и немедицинските специалисти в системата на здравеопазването.
- Подобряване на системата за професионално развитие и израстване - превръщането и в система, която търси и оползотворява потенциала на лекарите, представяйки им съизмерими професионални хоризонти под формата на обстойна мрежа от професионални нива със съответни материални и нематериални измерения. Една от важните стъпки в тази посока бе създаването на Акредитационния съвет към БЛС по продължаващото медицинско обучение/продължаващото професионално развитие.
- Изключително важно е международното сътрудничество по въпросите на работната сила в здравеопазването, основаващо се на обща терминология и показатели, на достоверни и сравними данни и предполагащо наличието на единни индикатори за оценка на качеството на специалистите в здравеопазването. Тук важна е водещата роля на ЕС както в процесите на планиране, обучение, следдипломна квалификация и продължаващо обучение, така и по въпросите на мобилността на кадрите от различни нива.
- Необходимост от превръщането на БЛС от професионална организация в организация със специални интереси с цел да защити името на професията, която обединява, стратегическата си визия за развитието на професията и да отстои достойната си позиция в публичното и обществено пространство. БЛС трябва да повлияе на правенето на политиките, които директно рефлексират върху лекарското съсловие, да ангажира общественото мнение по начин, различен от тиражирането в медиите „дамгосване” на професията и преди всичко да увери собствените си членове, българските лекари, че БЛС е институцията, която защитава своите професионалисти, интересите, достойнството на професията и нейното развитие.
- Да се подпомогне изграждането в лекарското съсловие на съзнание за колективния елемент в постигането на целите на професията (колективно съзнание), реализиращо се като взаимна подкрепа и координирана активност в преследването на общи интереси.

➤ Изграждане на ефективна административна система, подпомагаща и гарантираща съответност между знания, умения, постижения и достъп до професионални ресурси.

➤ Осигуряване на заплащане, което съответства на професионалната квалификация, на интензивността на труда, позволява инвестиране в професионално развитие, характеристиката се със сигурност и предвидимост по отношение на измеренията му и получаването му във времето.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Факторите, определящи решението на медицинските специалисти да емигрират могат да бъдат разделени в няколко групи:

- Фактори, свързани с политиката в сферата на здравеопазването, включително заплащането на труда на медицинските специалисти. Дисбалансите в заплащането по функции и специалности са особено силен фактор, който насочва вниманието отново към финансирането по клинични пътеки и дефицитите и излишъците в системата, които имат потенциала да създават грешни стимули.
- Фактори, свързани процеса на работа в болниците, взаимоотношенията в екипите и работната среда. Тази група от фактори не е откъсната от първата. Политиките в сферата на здравеопазването имат силно влияние върху процесите в екипите от здравни специалисти, практиките в доболничната помощ и болниците. Организацията на финансирането и недостигът на средства могат да взаимодействат по различен начин с местната епидемиология и да доведат до проблеми в болничната помощ, които на пръв поглед изглеждат като организационни, а всъщност са структурни. Това не означава, че управлението няма значение. ИОО-София има събрана информация за определени типове мениджърски практики на организационно ниво в здравеопазването, които ще бъдат предмет на допълнителен анализ.
- Индивидуални фактори. Тук най-силен фактор е възрастта. С нейното напредване намалява вероятността от емиграция. Така че високата средна възраст на лекарите и специалистите по здравни грижи за момента има задържащ ефект върху миграцията на вече работещите. В системата обаче има малко млади специалисти, което навежда на мисълта за проблеми с привлекателността на медицинската професия в България и за емиграция в ранен етап от кариерата или преди нейното започване. Връзката между медицинското образование и човешкия ресурс в здравеопазването следва да бъде предмет на специален анализ.

Изводът от този предварителен анализ, е че в здравеопазването ни през следващите 10-20 години може да има сериозни проблеми с недостига на медицински специалисти. Миграцията е една от причините за това, но не е единствената. Дефицитът на хора в определени функции и специалности има потенциала да дестабилизира цялата система и да индуцира още по-голям отлив на специалисти. Затова сигналите за проблеми не

бива да бъдат пренебрегвани. Дефицитът на медицински специалисти се очертава като глобален проблем, изискващ активна политика.

В съображение за решаване на проблемите с кадровото обезпечаване със лекари и специалисти по здравни грижи, са приемане на Национална стратегия; подобряване на общественото мнение за мястото, ролята и функциите на здравните специалисти – важна роля трябва да играят правителството, държавните институции, медиите, синдикатите, съсловните организации, неправителствените организации на пациенти и потребители; поемане на отговорности от страна на желаещите да получат образование по здравна специалност по държавна поръчка, че ще работят определено време в даден регион и/или за определено време в България; достойно заплащане на здравния персонал и обществена морална подкрепа и др.

ПРИНОСИ

Настоящият дисертационен труд има научно-приложени приноси в следните няколко направления:

1. Направено е системно проучване върху емиграцията на българските лекари като национален проблем, разгледан в контекста на европейските и световни реалности и тенденции в мобилността на здравните професионалисти.

2. Представена е подробна характеристика на емигриращите лекари по пол, възраст, семейно положение, професионален стаж и квалификация, наличие на една или повече специалности.

3. Изследвано е влиянието на факторите-мотиватори върху вземането на решение за емиграция и степента на нагласа за завръщане в страната.

4. Проучени и анализирани са отрицателните ефекти на емиграцията на лекари върху националната здравна система: дисбаланс в количествената осигуреност на здравни кадри, регионални диспропорции, липса на възвръщаемост от значими инвестиции в обучението на лекарите, влошаване на възрастовата характеристика на човешките ресурси в здравеопазването, влошаване на качеството на медицинските дейности.

5. Посочени са негативни тенденции и криза в осигуряването на лекари като цяло и по определени клинични специалности в следващите десет години.

6. Обоснована е необходимостта от вземане на спешни мерки и провеждане на целенасочена държавна политика за подобряване на професионалния и социален статус на лекарите и засилване на общественото признание към лекарската професия.

7. Предложено е разработване и реализация на Национална стратегия за развитие на човешките ресурси в здравеопазването в дългосрочен план.

Литература:

1. Ангелов, С., Националната здравна карта-елемент от съвременното мрежово общество, сп. Икономически алтернативи, бр. 2, 2011 г., с. 73-86
2. Апостолов, Паунов, Т. Икономика и ефективност на здравеопазването. София, МФ, 1984; 50
3. Бежарова, С. Емиграция на българските лекари в годините след 1989 г. Дисертационен труд, 2009.;
4. Борисов, В. Мениджмънт на качеството на здравното обслужване. Въведение в Закон за лечебните заведения. Сборник нормативни актове, 4 издание, Сиби, 2011;
5. Борисов, В., Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика, 2006, София;
6. Борисова, Б. Мотивацията-ключов проблем на здравния мениджмънт, сп. Медицински мениджмънт и здравна политика, бр. 2, 2004 г
7. Борисова, Б., Р. Златанова-Великова, Актуални управленски проблеми на
8. извънболничната медицинска помощ, сп. Здравна политика и мениджмънт, бр. 3, 2015 г.
9. Воденичаров Ц. и експертна група, Здравеопазване: Отговорност, свободен избор и солидарност, Кръгла маса на “Бъдещето на здравната реформа: Възможен ли е политически консенсус?”, Институт “Отворено общество”, Март, 2005;
10. Воденичаров, Ц. Седемте разлики между медика и мениджъра, С., 2003 г.
11. Воденичарова, А. Съвременни предизвикателства пред професионалния здравен мениджмънт, сп. Медицински меридиани, бр. 2, 2015 г., с. 17-20
12. Воденичарова, А., Мениджърска компетентност в сферата на здравеопазването, сп. Здраве и наука, бр. 3, 2016 г., с. 29-33
13. Владимирова, К., К. Спасов, Н. Стефанов, Управление на човешките ресурси – Организационно развитие, 1998 г.
14. Гайдарджиева, В., Регионална политика, Акад. изд. Ст. Загора, 2013 г.
15. Генев Стр., Общественият контрол върху средствата за здравеопазване е ключов механизъм за осъществяването на концепцията за по-добро здравеопазване, сп. Синди, бр. 1, 2011 г., София;
16. Генев С., Зл. Петрова „Човешките ресурси в здравната система на Р България в периода след демократичните промени”, сп. „Здравна политика и мениджмънт”, под печат;
17. Георгиев Д., И. Костов, Е. Петрова-Джеретто, Ал. Гилова, Зл. Петрова, „Нагласи на медицинските специалисти за безопасността като елемент на качеството на медицинските дейности“, доклад, I в Международна конференция по Обществено здравеопазване, „ От Европейска към Национална здравна политика“, 9-10 октомври, 2017 г, София
18. Гладилов Ст., Е. Делчева, Икономика на здравеопазването, 2009 г., София;
19. Деливерска, М., Св. Гаров, Медико-социални аспекти на бежанската вълна в Европа, изд. ”За буквите”, С., 2016 г.
20. Деливерски, Й., Мигрантите. Актуални проблеми и перспективи, изд. „За буквите”, 2017 г.
21. Дискусия „Човешките ресурси в здравеопазването“, организирана от Институт „Отворено общество“, София, 20.07.2012 г.;
22. Дракър, П., Мениджмънт на предизвикателствата през XXI век, изд. „Класика и стил”, 2000 г.
23. Евростат, Публикации. Анализи. База данни. www.epp.eurostat.ec.europa.eu;
24. Закон за здравето. Сборник нормативни актове, 4 издание, Сиби;
25. Закон за здравното осигуряване. Обн. ДВ. бр. 70 от 19 юни 1998 г и изменения; Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина. Обн. ДВ. бр. 31 от 13 април 2007 и изменения;
26. Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина. Обн., ДВ, бр. 83 от 21.07.1998 г. и изменения;

27. Захариев,Б. Емиграция на медицинските специалисти,<http://politici.bg/>, бр.06/12
28. Захов,В.,Управление на човешките ресурси в лечебните заведения, сп. Здравна политика и мениджмънт, бр.6,2008г.,с.83-54
29. Захов,В.,Стратегии и модели на управление на човешките ресурси в лечебните заведения,Симелпрес,С.,2011г.
30. Захов,В.Управление на професионалната кариера на медицинските специалисти-част от ефективния мениджмънт на човешките ресурси в лечебните заведения, Здравен мениджмънт,Филвест,С.,2009г.
31. Златанова-Великова,Р.,Зл.Петрова,А.Янакиева,Б.Борисова,Здравен мениджмънт,изд.ФОЗ,2018
32. ЗлатановаР.,Т.Златанова,А.Воденичарова,Б.Борисова,Ст.Великов,Стратегическата роля на общопрактикуващия лекар във връзката първична –специализирана помощ.Обществено здравеопазване в условията на криза.Годишник на ФОЗ,изд.Наука и общество,2015г.,с. 110-125
33. Златанова,Т.,Ц.Петрова –Готова, Инструменти на финансов мениджмънт в здравеопазването,публикувано в Методологични подходи за икономическа оценка на здравните програми,изд.Горекспрес,С.,2015г.
34. Златанова,Т., Р.Златанова-Великова,Първичната извънболнична медицинска помощ-проблеми и перспективи,изд.Дидакта консулт,2008г.
35. Иванов, Л. Подходи и методи за оценка на качеството на медицинското обслужване. Здравната реформа в България, I част, Македония прес 1997, 306-346;
36. Илиев,Й.,Системи за управление на човешките ресурси,2016г.
37. Илиев,Й.,Мотивация на персонала,изд.Люрен,София,1995г.
38. Казаков,Ат.,Човешкият капитал,УИ „Стопанство”,София,2001г.
39. Кафеджиева-Делчева,Е.,Планиране на човешките ресурси в здравеопазването,сп. Българско списание за обществено здраве, бр.1,2015г.
40. Колева,Ст.,Взаимодействие и хармонизация в системата на управление на човешките ресурси,сп.Икономически алтернативи,бр1,2011г.
41. Комитов Г., Стр. Генов, Мениджмънт на ресурсите – приоритет на здравната реформа; Българската здравна реформа през погледа на пациента и специалиста, 2009, София;
42. Контролна дейност на ИАМО- доклади – 2010-2017г.
43. Минчев, В. (2006) ‘Съвременната българска емиграция’ в Конвергенция и европейски фондове. Доклад за Президента на Република България, София: Публикации на Българска народна банка: 135-144.
44. Министерство на здравеопазването,Методика за изготвяне на Областна здравна карта,заповед №РД-01-428 /22.12.2017г.
45. Национална здравна стратегия „ По -добро здраве за по-добро бъдеще на България”- София, МЗ, 2001г;
46. Национална здравна стратегия 2008 – 2013г. и План за действие към нея. Обн. ДВ. Бр.107 от 16 декември 2008г.;
47. Национална програма „Медицински стандарти /2001-2007/”,решение№ 602 на МС от 20.08.2001г.
48. Национална стратегия за осигуряване, контрол и постоянно подобряване на качеството на медицинските дейности. София, МЗ, 2002;
49. Павлова,Г.Качество на медицинската дейност и заплащане труда на медицинските специалисти в България,сп.Здравна политика и мениджмънт,бр.4,2017,стр.18-26
50. Проект на Федерация на синдикатите в здравеопазването към КНСБ 2007-2013г „Развитие и реализация на човешките ресурси в отрасъл „здравеопазване“, Оперативна програма „ Развитие на човешките ресурси“
51. Петрова,Зл.,Т.Черкезов,Здравна политика.Управление на ресурсите и качеството на медицинските дейности,изд.МУ-София ,2017г.

52. Петрова,З.,Е.Петрова-Джеретто,А.Гилова,Управление на риска в медицинската практика.Дължимо поведение на медицинските специалисти,сп.Здравна политика и мениджмънт,бр.4,2017г.
53. Петрова Зл., Е. Петрова.,“ Състояние на човешките ресурси в здравната система на Р България и причини за миграцията на българските лекари““ сп. Асклепий , кн 2, 2013 г, 85-96 стр.
54. Петрова Зл., Е. Петрова .,“Фундаментални права и здравно обслужване“, сп. Асклепий, кн 2, 2013г, 97-104 стр.
55. Петрова Зл., Е. Петрова-Джеретто, „Професионален, етичен или организационен проблем са медицинските грешки?“, Сборник статии, „Европейските етични стандарти и българската медицина” София 2014 , стр. 45-451
56. Петрова – Джеретто,Е., Г. Петрова, З. Петрова, „ Аспекти на информираното съгласие и добра практика на ИАМО“, сп. Здравна политика и мениджмънт“ 2017, том 17 , кн.1 стр.31-35
57. Петрова, Зл, Е. Петрова, „Правни, етични, професионални и опганизационни измерения на медицинските грешки”, доклад, Първи конгрес на СБМС и БЛС, Пловдив, 29-30 ноември, Пловдив,2013
58. Петрова Зл., Е. Петрова, „Фундаментални права и здравно обслужване”, доклад, Професионален, етичен или организационен проблем са медицинските грешки?”, сборник доклади , Девета национална конференция по етика с международно участие, Европейските етични стандарти и българската медицина, 25 и 26 октомври 2013
59. Petrova- Geretto E., Zl. Petrova, „Migration processes in Bulgarian healthcare- motives and motivation””,17 international med.congress, Batumi 7-10 sept , 2016 г
60. Петрова Зл, Г. Павлова, Е. Петрова –Джеретто, „Роля и място на ИАМО и БЛС в осигуряване на качеството на медицинската помощ“, доклад, Международна конференция РОНО - Румънска асоциация за болнична помощ, 5-6 октомври, Букурещ
61. Петрова Зл., К. Чамов, Ст.Гладилов, Качество в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции, София, Health media group, 2008;
62. Петрова, Зл., С. Генов. Мениджмънт на здравната система в България. София, Health media group, 2013;
63. Петрова,Зл.,Стр.Генов,Управление на здравната система,монография, Хелт медия,София,2013г.
64. Петрова,Зл.,Измерения на лекарската миграция през погледа на БЛС, Международна конференция „Лекари и мобилност”,София, 22-23.11.2012г.
65. Политика на качеството в здравните системи в страните кандидатки за членство в ЕС. Състояние и перспективи., The federal Ministry of Social
66. Рохова,М.,Осигуреност с човешки ресурси на здравната система- национален и регионален аспект, сп.Управление и устойчиво развитие,бр4,2011г.,с.93-97
67. Стоянова,Р.Текучество на медицинските сестри в Южен централен район на Р.България-нагласи,фактори,перспективи,дисертационен труд, МУ-гр.Пловдив,2015г.
68. „Стратегия за реструктуриране на болничната помощ в Република България”- 2002г.;
69. Тодорова,Р.,Миграция на медицинските кадри и системи на здравеопазване.Предизвикателства пред България като държава членка на ЕС,Научна конференция,сборник,2012г.
70. Тулчински Т., Е. Вараикова. Ново обществено здравеопазване. София, Фондация „Отворено общество”.
71. Цачева,Н.,Здраве на работната сила в България, С.,ВМА,2007г.
72. Чамов К., Н. Щерева, Европейският съюз: управленски структури, здравна политика и програми, Здравен мениджмънт, №1, 2006;
73. Черкезов,Т.,Регионални здравни приоритети,монография,изд.АБ,2013г.

74. Черкезов, Т., Б. Борисова, Регионалните здравни приоритети. специфично отражение на националната здравна политика, сп. Медицински меридиани, бр.3, 2013г.
75. Черкезов, Т., Нерешени стратегически дилеми в здравеопазването, пораждащи конфликти, сб. Конфликтология и съвременност, бр.3, 2008г.
76. Черкезов, Т., Трите ключа на промяната/трите К в здравеопазването/, МУ, ФОЗ, Българско списание за обществено здраве, т.6, бр.1, 2014г.
77. Харизанова, М., Др. Бояджиев, Н. Миронова. Управление на човешките ресурси-инвестиция в бъдещето, Авангард Прима, С., 2006г.
78. Христова, Т., Мениджмънт на човешките ресурси, Princes, 1996г.
79. Attracting and retaining health workers in the Member States of the South-eastern Europe Health Network. Policy brief, WHO, 2011. Centre of Excellence. Department of Health, UK.
80. Blumenthal D. New steam from an old cauldron. The physician-supply debate. *N Engl J Med.* 2004;350:1780–7. doi: 10.1056/NEJMp033066.
81. Buchan J. Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In: Dubois CA, McKee M, Nolte E, editor. *Human resources for health in Europe.* Berkshire (UK) – New York (USA); Open University Press; 2006. pp. 41–62
82. Bundred, P. and Levitt, C. "Medical migration: who are the real losers?," *The Lancet* (356), 2000, pp. 245-246.
83. Council conclusions on investing in Europe's health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration. 3053rd Employment, Social Policy Health And Consumer Affairs Council meeting, Brussels, 7 December 2010.
84. Developing a better skilled, more productive workforce, NHS.
85. Dieleman, M., T. Hilhorst. Governance and human resources for health. *Human Resources for Health* 2011, 9:29. Doi:10.1186/1478-4491-9-29.;
86. Dussault, G., I. Fronteira, J. Cabral. Migration of health personnel in the WHO European Region. WHO, 2009.;
87. Dumont JC, Zurn P. Organisation for Economic Co-operation and Development OECD International Migration Outlook Annual Report, 2007 Edition. OECD Publishing; 2007. Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration.
88. European Union Health Policy Forum: Recommendations on mobility of health professionals [monograph on the Internet] Brussels: EU Health Policy Forum. 2003.
89. Forcier MB, Simoens S, Giuffrida A. Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Hum Resour Health.* 2004;1:12. doi: 10.1186/1478-4491-2-12.
90. GREEN PAPER On the European Workforce for Health. Commission of the Europeax Communities, Brussels, 10.12.2008 COM(2008) 725.;
91. Gunnarsdóttir, S., A. Rafferty. Enhancing working conditions. In: *Human resources for health in Europe.* Dubois, C., M. McKee, E. Nolte (Eds.). Open University Press, 2006, p. 155 – 173.;
92. Hamilton K, Yau J. The global tug-of-war for health care workers [monograph on the Internet] Washington: Migration Policy Institute; 2006.
93. Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries. Edited by Wismar, M., C. Maier, I. Glinos, G. Dussault, J. Figueras (Eds.). WHO, 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.;
94. ICN. International Migration of Nurses: Trends and Policy Implications. Geneva: International Council of Nurses; 2005.
95. Improving staff engagement: a practical toolkit. NHS Employers / November 2009 Briefing 68.;
96. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Executive summary. WHO Global policy recommendations, 2010.;

97. Jakubowski E, Hess R. The market for physicians. In: McKee M, MacLehose L, Nolte E, editor. Health policy and European Union enlargement. Berkshire (England): Open University Press; 2004. pp. 131–142.
98. Jamison, D., Bobadilla, J.-L., Hecht, R., Hill, K., Musgrove, P., Saxenian, H. and Tan, J.-P. World Development Report 1993: Investing in Health, Oxford University Press, 1993.
99. Kingma, M. "Nurses on the Move: A Global Overview," Health Serv Res. (42(3 Pt 2)), 2007 June, pp. 1281-1298.
100. Millar, J., (2006). System Performance is the Real Problem;
101. Nicholas S. The challenges of the free movement of health professionals. In: McKee M, MacLehose L, Nolte E, editor. Health policy and European Union enlargement. Berkshire (England): Open University Press; 2004. pp. 82–108.
102. Permanent Working Group of European Junior Doctors (PWG) Handbook of Policy Statements An update of the 1997 handbook. Oporto: PWG; 2001. Medical manpower in Europe by the year 2000: from surplus to deficit pp. 38–41.
103. Report on the open consultation on the Green Paper on the European Workforce for Health. European Communities, 2009.;
104. Sermeus, W., L. Bruyneel. Investing in Europe's health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration. Summary report of the three Policy Dialogues Leuven, Belgium, 26-30 April 2010.;
105. Simoens S, Hurst J. The OECD Health Project Towards high performing health systems. Policy studies. Paris: OECD Publications; 2004. Matching supply with demand for the services of physicians and nurses
106. Talent for tough times: how to identify, attract and retain the talent you need. NHS Employers / November 2009 Briefing 65.;
107. Technical Meeting on Health Workforce Retention in Countries of the South-eastern Europe Health Network, Bucharest, 28–29 March 2011. WHO, 2011.;
108. Wiskow, C., T. Albrecht, Carlo de Pietro. How to create an attractive and supportive working environment for health professionals. WHO, 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
109. World Health Organization . Human resources and national health systems. Shaping the agenda for action [monograph on the Internet] Geneva: World Health Organization; 2003.
110. World Health Organization . The world health report 2006: working together for health. Geneva; World Health Organization; 2006.
111. Wharrad, H. and Robinson, J. "The global distribution of physicians and nurses," Journal of Advanced Nursing (30(1)), 1999, pp. 109-120.
112. WHO. The World Health Report 2006—Working Together for Health. Geneva: World Health Organization, 2006.

Приложение 1

АНКЕТНА КАРТА №

1.

(име, презиме, фамилия) - инициали

2. Пол

МЪЖ	жена
-----	------

3. Възраст до:

до 30 год.	<input type="checkbox"/>
до 40 год.	<input type="checkbox"/>
до 50 год.	<input type="checkbox"/>
до 60 год.	<input type="checkbox"/>
над 60 год.	<input type="checkbox"/>

4.Гражданство:

Българско	<input type="checkbox"/>
Друго	<input type="checkbox"/>

5.Семейно положение:

семеен	несемеен
--------	----------

6. Специалност:

 не да

Вид специалност:

.....
.....

7. Общ трудов стаж:

 до 1 год.

8. В коя РЛК

до 3 год.
до 5 год.

но

БЛС

членувате?

.....

9. Трудов

 над 5 год.

стаж по специалността:

до 1 год.

до 3 год.

до 5 год.

над 5 год.

10. За коя държава заминавате:

ЕС

Европ. страна извън ЕС

САЩ

Друго

11. Причини за заминаване (може да се посочи повече от една):

Специализация

Квалификация

Научна работа

По-добро заплащане

Семейна причина (съпруг, съпруга или близки работещи в чужбина)

Професионална реализация

Неудовлетворение от организационната здравна система

Други (какви?)

.....
.....

12. Издавано ли ви е до момента друго удостоверение от БЛС за чужбина ?

не

да

Ако отговора е да, коя година?.....

13. Имате ли намерение (след реализиране на причината за заминаването Ви, след завършване на специализацията, квалификацията и т.н.) да се върнете в България?

не

да

14. Ако сте били в чужбина (за работа, специализация, квалификация, научна работа или др.), имахте ли проблем с намирането на работа при завръщането Ви в България?

не

да

15. Удовлетворени ли сте от пребиваването си в чужбина?

не

да

Причини:

.....
.....

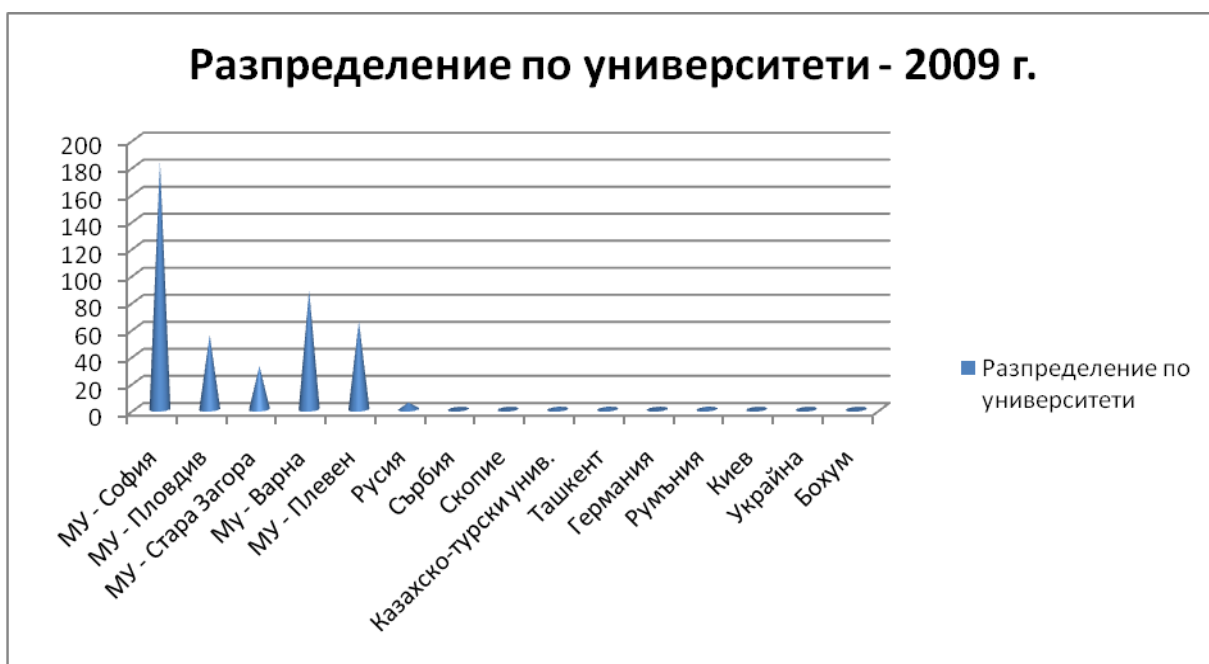
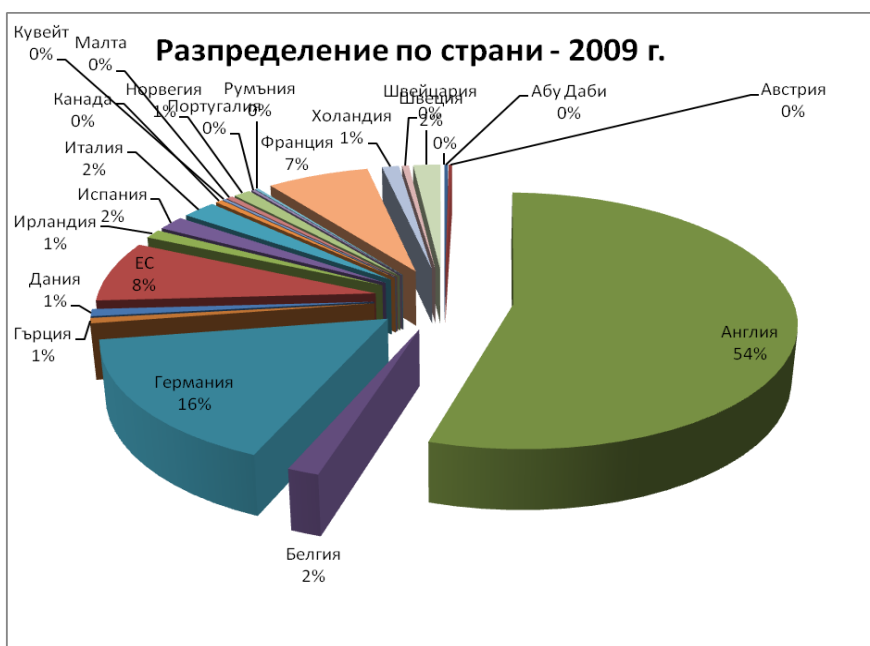
Благодарим Ви за отделеното време!

Приложение 2

Данни за издадените сертификати от БЛС през 2008г.

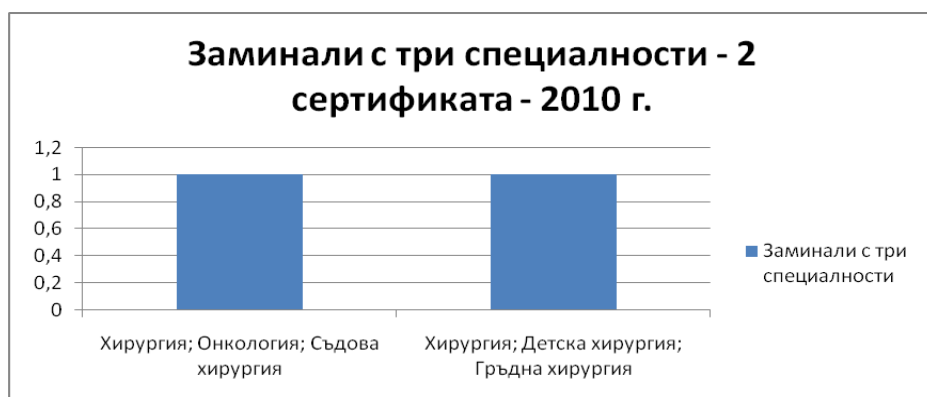
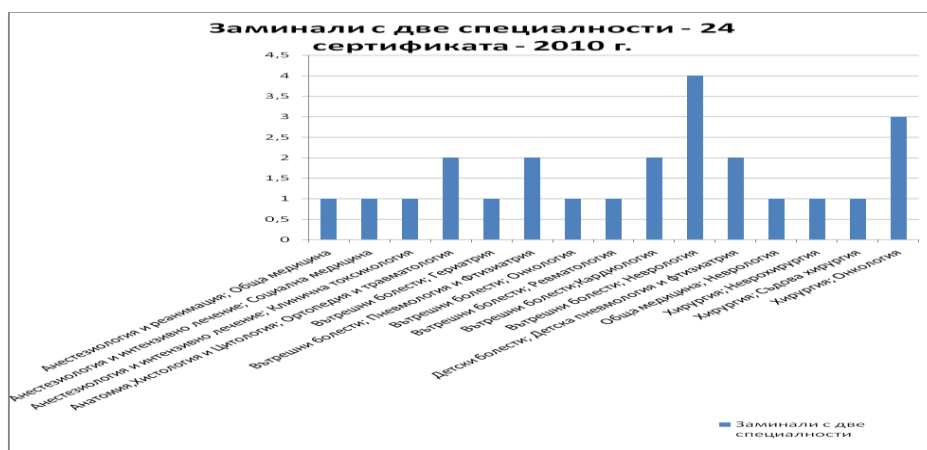
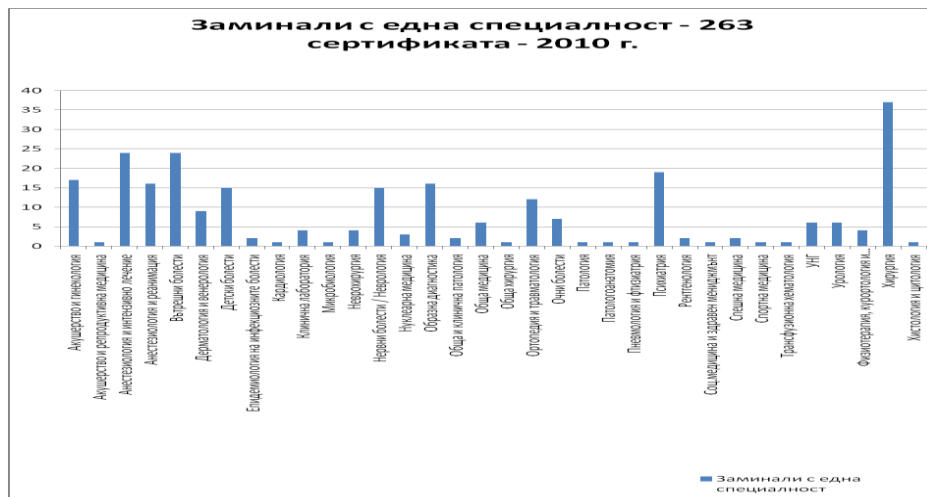


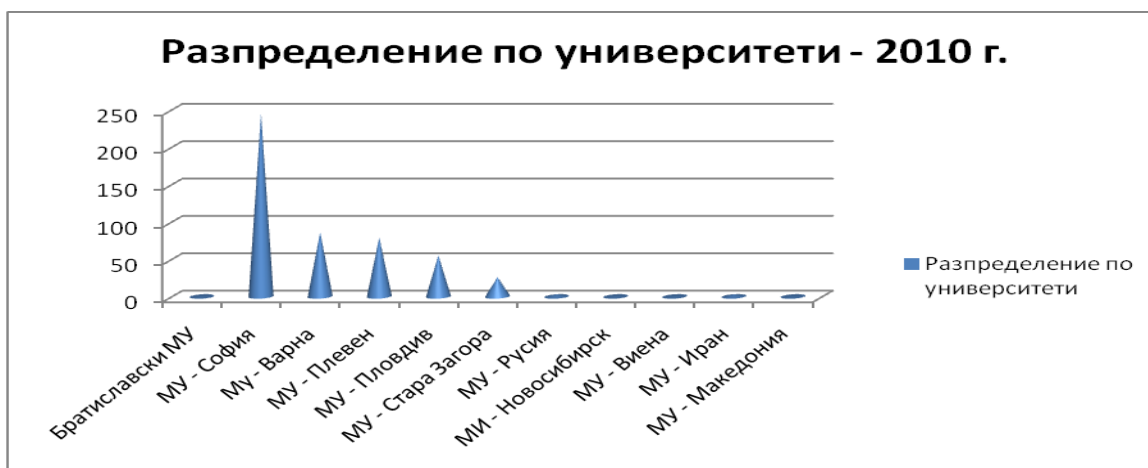
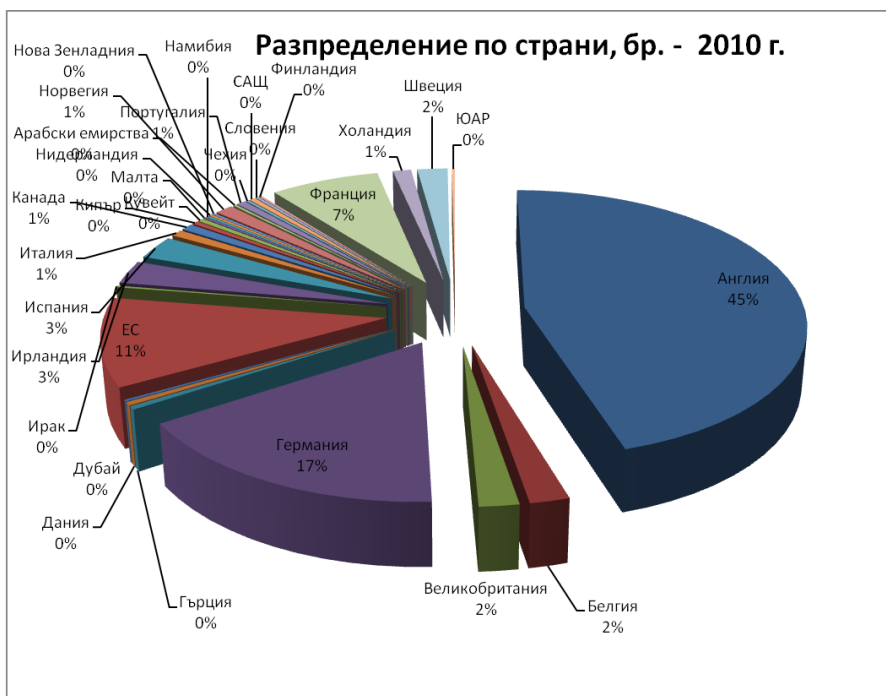




Приложение 4

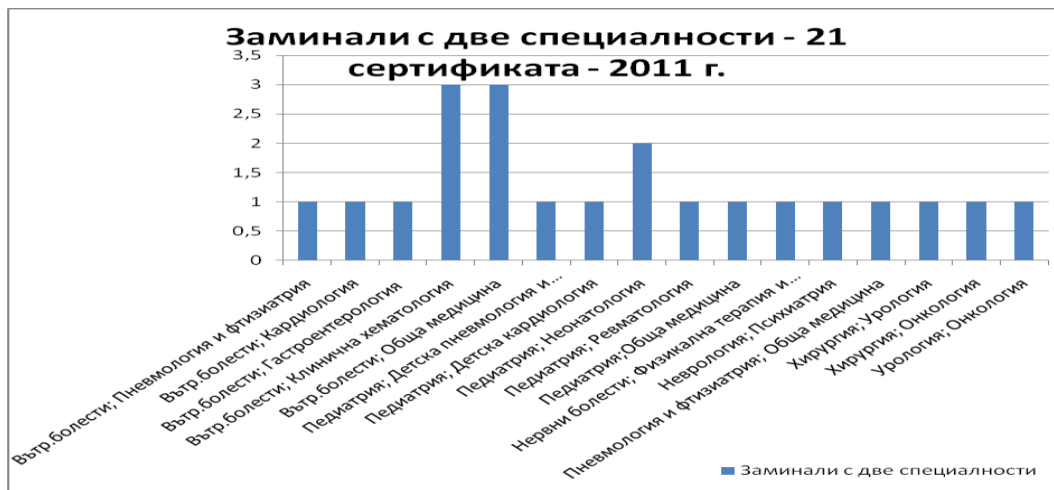
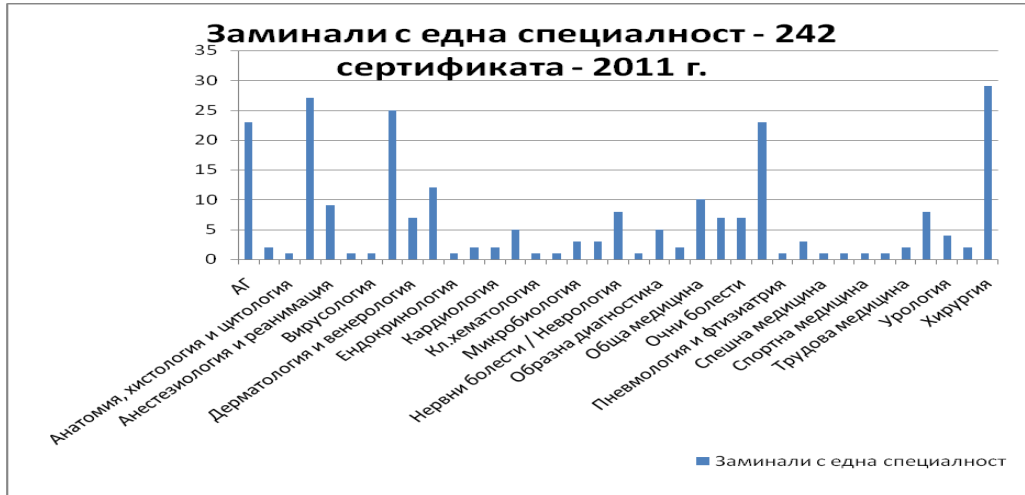
Данни за издадените сертификати от БЛС през 2010г.





Приложение 5

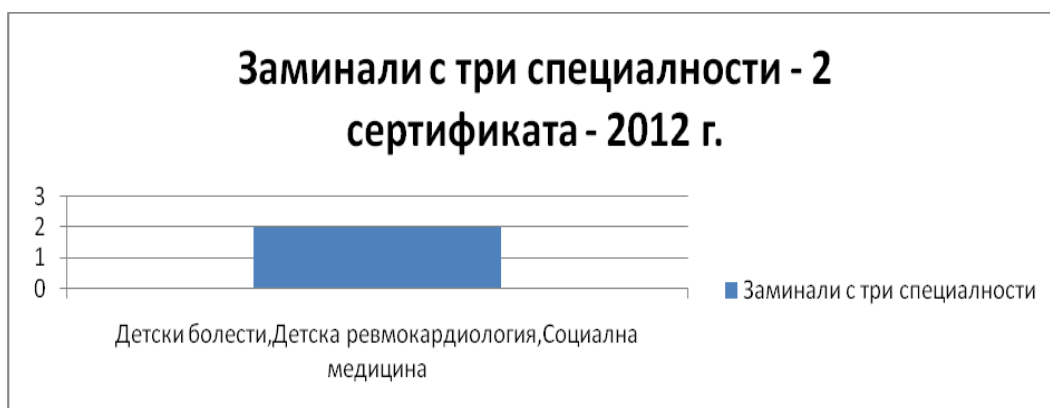
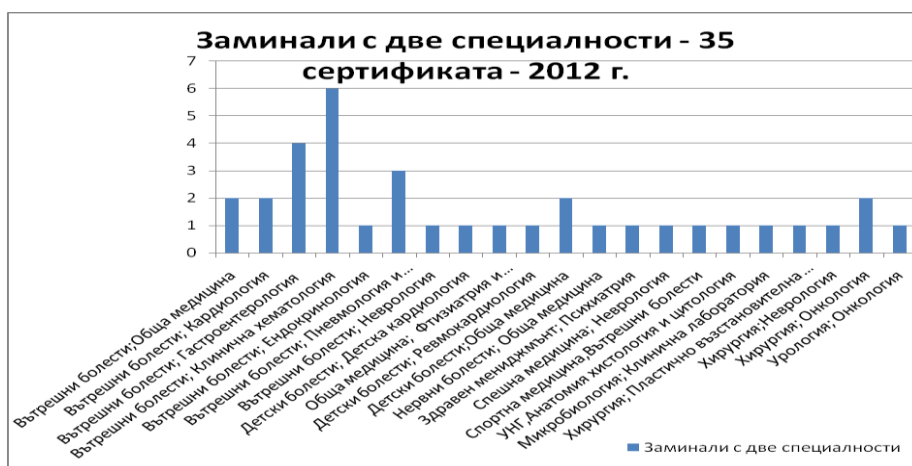
Данни за издадените сертификати от БЛС през 2011г.

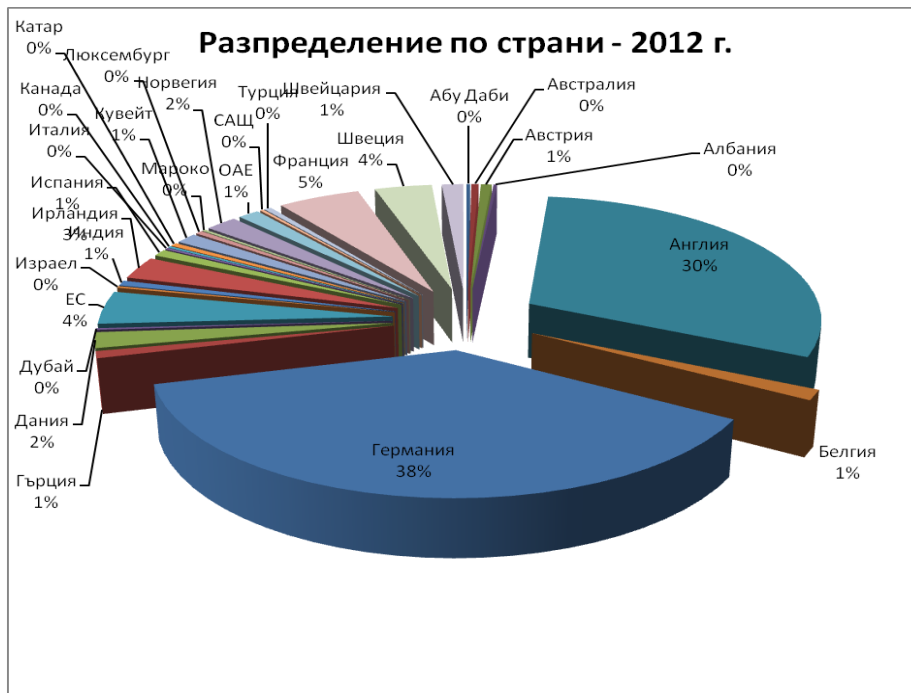


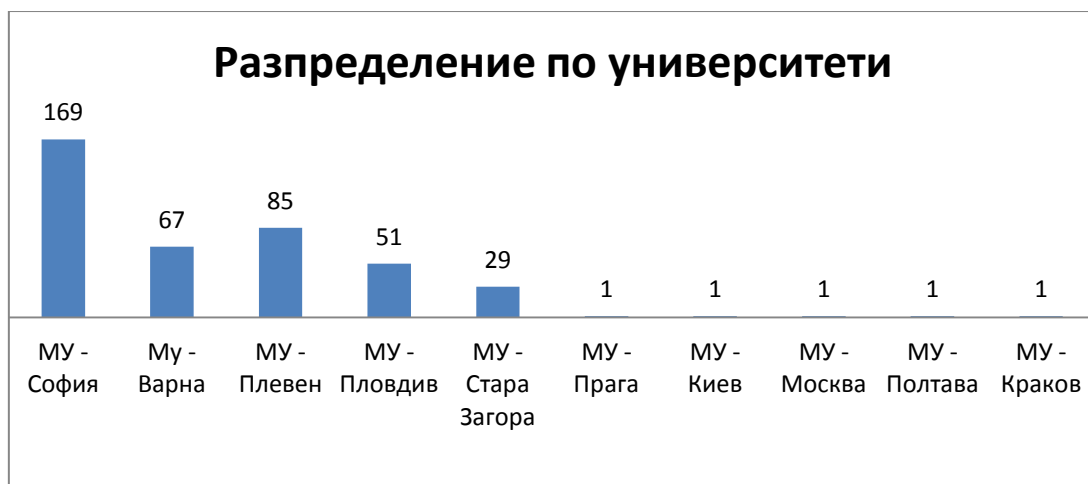


Приложение 6

Данни за издадените сертификати от БЛС през 2012г.





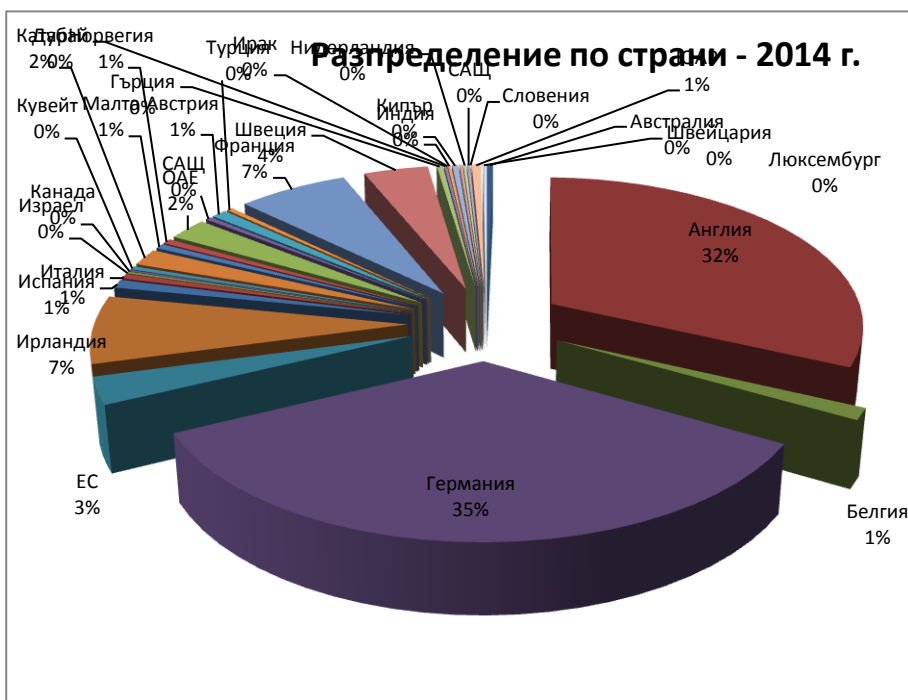


Обобщено графично представяне на заминали лекари с/без специалност



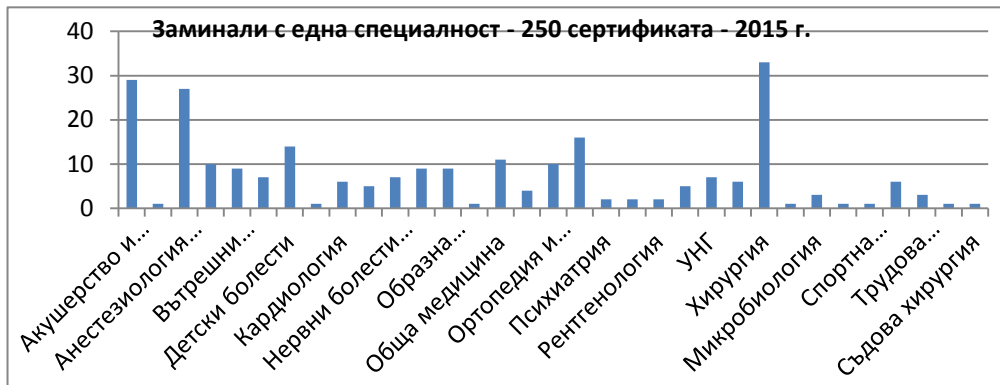
Данни за издадените сертификати от БЛС през 2014г.



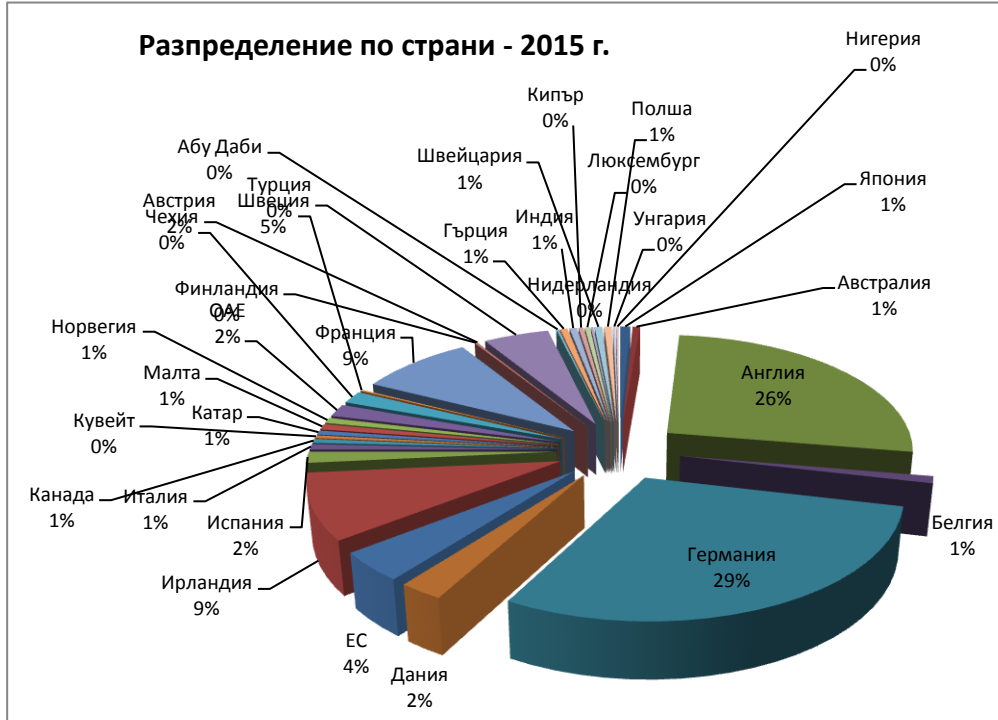


Приложение 9

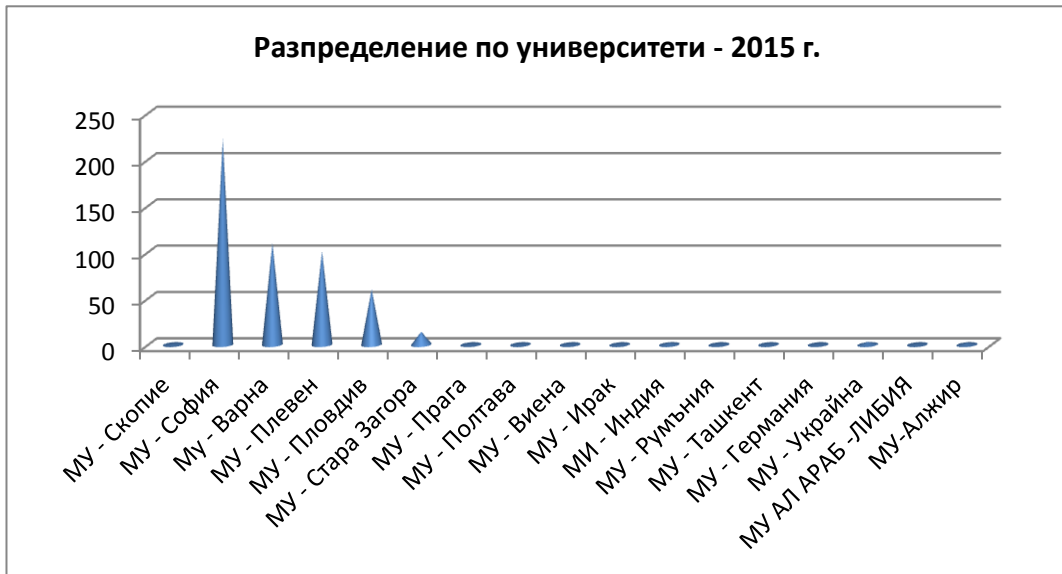
Данни за издадените сертификати от БЛС през 2015г.



Разпределение по страни - 2015 г.



Разпределение по университети - 2015 г.



Приложение 10

Данни за издадените сертификати от БЛС през 2016г.

