

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
Катедра „Здравни грижи“

УПРАВЛЕНИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ -
СЪСТОЯНИЕ НА СЕСТРИНСКАТА РАБОТНА СИЛА И
ИНОВАТИВНИ МЕРКИ ЗА ПРИВЛИЧАНЕ И ЗАДЪРЖАНЕ НА
МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ

Дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”

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

Мария Веселинова Спасова

Научен ръководител:

Проф. Иванка Стамболова, дм

София, 2019 г.

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

БАПЗГ – Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи

ЕС – Европейски съюз

ЗСОМСААМС – Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти

ЗСОМСААМСЗПФ – Закон за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите

МОТ – Международна организация на труда

НЕПР – Национален електронен професионален регистър

НСИ – Национален статистически институт

ОИСР – Организация за икономическо сътрудничество и развитие

ООН – Организация на обединените нации

ППО – продължаващо професионално обучение

СДО – следдипломно обучение

СЗГ – специалисти по здравни грижи

СЗО – Световна здравна организация

СЕDEFOP – Европейски център за развитие на професионалното обучение

ICN – International Council of Nurses

EFN – European Federation of Nurses Associations

MDGs – Millennium Development Goals

SDGs – Sustainable Development Goals

Съдържание

ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
I. ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРТУРЕН ОБЗОР	7
1. Концепцията за управлението на човешките ресурси	7
1.1. Управлението на човешките ресурси като научна дисциплина.....	7
1.2. Управление на персонала, управление на човешките ресурси, управление на човешкия капитал.....	9
2. Човешките ресурси в здравеопазването	15
2.1. Стратегически документи в областта на управлението на човешките ресурси в здравеопазването – международен и европейски контекст.....	16
2.2. Национални стратегии в областта на човешките ресурси в здравеопазването	20
3. Управление на човешките ресурси в здравните грижи	26
3.1. Сестринската работна сила – състояние и предизвикателства	28
3.2. Иновативни мерки за привличане и задържане на медицински сестри.....	31
3.3. Медицинските сестри като част от икономиката, базирана на знанието.....	52
3.4. Сертификация и кариерно развитие на медицинските сестри в България.....	65
3.5. Инвестиции в развитие на сестринството.....	69
4.Обобщение на литературния обзор	75
II. ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ	77
1. Цел, задачи и работна хипотеза	77
2. Предмет, материал, методика и организация на проучването	78
III. ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.	88
1. СЪСТОЯНЕ НА СЕСТРИНСКАТА РАБОТНА СИЛА.....	88
1.1. Възрастово-полов състав на медицинските сестри, упражняващи професията си в България	88
1.2. Участие на сестринската работна сила в учене през целия живот	102
1.3. Сертификация и кариерно развитие на медицинските сестри	114
2. МЕРКИ ЗА ПРИВЛИЧАНЕ И ЗАДЪРЖАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В БЪЛГАРИЯ	118
1. Професионално-демографска характеристика на изследваните лица.....	118
2. Предприемани инициативи за привличане и задържане на медицински сестри	121
3. Мнение на ръководителите по здравни грижи относно подкрепата за обучение.....	128
4. Регулиране на професията на медицинската сестра	132
5. Финансово стимулиране на медицинските сестри.....	139
6. Професионална, лична подкрепа и стил на управление	146

7. Обобщение на резултатите от анкетното проучване	155
IV. ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ПРИНОСИ	160
ИЗВОДИ.....	160
ПРЕПОРЪКИ.....	163
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	165
ПРИНОСИ.....	167
БИБЛИОГРАФИЯ.....	168
ПРИЛОЖЕНИЕ	177

ВЪВЕДЕНИЕ

Във време на глобализация, процесите на трансформация и иновация са основни за всички сфери на икономическия и социалния живот. Нетърговските дейности в социалния сектор придобиват все по-голяма значимост и в развитите страни броят на работните места в здравеопазването и образованието непрекъснато расте. Проблемите, които възникват в здравния сектор са застаряването на работната сила и задълбочаващо се неравновесие между все по-голямото търсене и намаляващото предлагане на работен потенциал. Застаряването на работната сила като цяло и работната сила в здравеопазването са теми, които са обект на активно обсъждане през последното десетилетие. Това е така, защото в голяма част от развитите икономики нивото на раждаемост пада под нивото на трудоспособното население, същевременно продължителността на живота се удължава благодарение на по-доброто здравно обслужване, а това от своя страна води до работна сила, неспособна да поддържа икономическите нужди на много страни. Здравните политици и мениджърите в здравеопазването са изправени пред предизвикателството да търсят и прилагат иновативни мерки за привличане и задържане на медицински сестри. Международните и европейски препоръки за инвестиции в сестринството се фокусират в следните насоки: създаване на нови работни места в здравния сектор, инвестиции в по-добро образование на медицинските специалисти, обучение през целия живот, създаване на привлекателна работна среда, повишаване на стартовите заплати на медицинските сестри. Привличането и задържането на сестрински персонал са функционални части на процеса на управление на човешките ресурси в здравните грижи. Те са приоритет за всяка здравна организация, която желае и работи за постигането на своята мисия и цели. Глобалният недостиг на медицински сестри в здравните системи по света поставя високи изисквания пред здравните политици и мениджъри - да възприемат стратегиите за наемане и задържане на работа на медицинските сестри като ключов момент от действията, свързани с осигуряването на безопасна и ефективна грижа за здравето на населението.

Настоящата тема е провокирана от актуалността на проблема за ефективното управление и развитие на човешките ресурси в здравните грижи. Предмет на изследването са състоянието на сестринската работна сила – възрастова структура, участие в продължаващо обучение и кариерно развитие. Акцентът се поставя върху мерките за привличане и задържане на медицински сестри в нашата страна.

Поставено е и ограничително условие, а именно човешките ресурси в здравните грижи се изучават само от гледна точка на професията „Медицинска сестра“. Изследването на състоянието човешките ресурси от тази професия е продиктувано от факта, че медицинските сестри са най-многобройната професионална група сред специалистите по здравни грижи у нас и същевременно стават все по-оскъден ресурс в здравната ни система.

Проучването на възрастовата структура показва, че медицинските сестри в България застаряват изпреварващо спрямо сестринската работна сила в Европейския съюз. Независимо от тази тенденция, анализът на участията в продължаващо обучение установи, че медицинските сестри изпълняват своя професионално-етичен ангажимент като активно надграждат и актуализират знанията и уменията си и могат да бъдат характеризирани с определението „учещи професионалисти“.

Направеният преглед на стратегиите и предприетите действия в последните пет години показват засилване на обществения интерес в страната ни към професията на медицинската сестра. Въпреки това, необходими са общи действия от здравни политици и мениджъри, партньорства между институции на различни нива, така че привличането и задържането на медицински сестри да бъде не кампанийна дейност, а дългосрочен и далновиден политически ангажимент, основан на гаранцията за пълноценната здравна грижа.

На базата на резултатите от изследването, на направените оценки и очертаните проблеми са изведени и систематизирани основни изводи за състоянието на човешките ресурси в здравните грижи.

1. ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРТУРЕН ОБЗОР

1. Концепцията за управлението на човешките ресурси

1.1. Управлението на човешките ресурси като научна дисциплина

Динамичното развитие на съвременното общество налага изисквания за реформиране на здравните системи и възприемане на нови подходи за управление на здравните организации и човешките ресурси в тях. Здравеопазването е отрасъл с висока трудоемкост и един от най-големите икономически сектори в ЕС, като на него се падат около 17 млн. работни места (8 % от всички работни места). Застаряващото население и нарастващото търсене на здравни услуги са гаранция за това, че секторът на здравеопазването ще остане основен двигател на заетостта в бъдеще (48). В системите на здравеопазването работят хора с различни професии и квалификация. От всички професионални групи най-многобройни са медицинските специалисти по „Здравни грижи“. Към декември 2017 г. броят на лекарите у нас е 30078, а на специалистите по здравни грижи 46702, от които медицински сестри - 30955¹. В България има редица негативни демографски процеси, които се отразяват и на човешките ресурси в сферата на здравеопазването. Тревожните тенденции за намаляване под критичния минимум на медицинските сестри в страната и бързото увеличаване на тяхната средна възраст трябва да бъдат изследвани и анализирани, за да се предприемат навременни мерки за преодоляването им. Необходимостта от ефективно използване на ресурсите в здравеопазването при непрекъснато нарастващи потребности на населението от грижи променя и ролята на медицинските сестри. Значимостта им за ефективното функциониране на лечебните заведения е безспорна и техният принос трябва да получава все по-голяма признателност чрез стимулиране на активното им участие в мениджмънта на здравната организация и човешките ресурси в нея.

За системата на здравеопазване е характерен системният модел на мениджмънт. При него ресурсите на входа на системата (човешки, финансови, материални и времеви) се преобразуват в здравни резултати на изхода. Получените резултати отразяват степента на постигане на заложените цели. Резултатите, към които се стреми здравната система са: ниска заболеваемост, качество на живот, удовлетвореност на

¹ Национален статистически институт - МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ ПО "ЗДРАВНИ ГРИЖИ" В ЛЕЧЕБНИТЕ И ЗДРАВНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ НА 31.12.2017 Г. ПО СТАТИСТИЧЕСКИ РАЙОНИ И ОБЛАСТИ

пациента. Ако не се осъществява преобразуване на ресурсите в резултати, управленски процес липсва. За да се постигне преобразуването, процесът включва четири компонента: структура, задачи, технологии и хора. Именно чрез хората мениджърите изпълняват своите функции. Поради това мениджмънтът на човешките ресурси заема възлово място в мениджмънта на ресурсите въобще (7).

Управлението на човешките ресурси е едно от направленията в обхвата на социалната дисциплина мениджмънт. „Интересът към мениджмънта и неговото изучаване се ражда с появата на големите организации – бизнес корпорации, организации за гражданско обслужване и голяма постоянна армия, което е нещо ново за обществото от края на XIX век“ (21). Възникването на управлението като наука се свързва с името на Фредерик Тейлър (1856 – 1949 г.), който е автор на ключови идеи в управлението и поставя началото на научния мениджмънт. Според Тейлър, научният мениджмънт е основан на схващането, че има един-единствен „най-добър начин“ дадена работа да бъде свършена и той е хората да подхождат към задачата и да бъдат контролирани, награждавани и наказвани в съответствие с изпълнението ѝ. Задачата на мениджмънта се свежда до това да планира и контролира работата.

Преходът от индустриално общество към ера на информацията и знанията е обективна реалност за 21-ви век. Характерни за новата ера са повишената сложност и непредсказуемост на проблемите; нарастващи темпове на промяна; глобализация; Интернет; по-кратки цикли на иновациите и др. През 2010 г. американският футурист и визионер Алвин Тофлър в свое интервю пред българското списание „Мениджър“ споделя, че „до 20-25 години ние няма да оцееем, ако използваме същите организационни структури, които използваме днес, а ще трябва да изобретим нови корпоративни и социални форми на управление.“ Реалностите налагат промяна в стила, организацията и методите на работа на мениджърите на здравните грижи, техните ценности и управленска култура, знания, умения, нагласи и компетентност. **Сотирова Д. (2007)** посочва, че „Съвременният мениджър е постмодерен мениджър [...], той се опитва да предлага гъвкави, динамични, съобразени с културния контекст управленски стратегии“(63). Културният контекст в нашата страна предопределя водеща роля в управлението на лечебните заведения да има лекарят. Това не е случайно - „Българската култура е с голяма дистанция към властта, искаща силен водач. В такива

страна предпочитанията са за здравна система, в която има повече лекари и по-малко медицински сестри (Гърция, България в сравнение с Холандия). Най-много сестри на брой от населението има в държави с малка дистанция спрямо властта и „женствени“ култури: над 30 сестри на 1000 души в Норвегия, докато на другия полюс са Турция и Мексико с под 2 сестри на 1000 души” (62).

1.2. Управление на персонала, управление на човешките ресурси, управление на човешкия капитал

При прегледа на литературни източници по мениджмънт (2) (5) (21) (34) (43) (82) (93) (104) беше установено, че управлението на хората в организациите се разглежда в три основни аспекта - управление на персонала, управление на човешките ресурси, управление на човешкия капитал. Всеки от аспектите се формира на базата на това какво значение мениджмънтът придава на човека в организацията. Според **Дойновска, Р. (2013)**, в рамките на здравната организация между управлението на персонала и управлението на човешките ресурси може да бъде поставен знак за равенство, защото „... във всяка организация управляваме освен машините и хората. И не е важно дали ще ги наричаме „човешки ресурси“ или „персонал“ (20). Ако поставяме акцента върху това как управляваме, бихме могли да възприемем равнозначното звучене на термините, но според нас, теориите за управлението на човешките ресурси и човешкия капитал надграждат и допълват теорията за управлението на персонала като фокусират върху централната роля на индивида в процеса на мениджмънт.

Нашето разбиране е, че в сравнително кратката 100-годишна история на науката управление се формира градация (Фиг. 1) в теоретичните възгледи за управлението на хората в организациите.



Фиг. 1 Развитие на управлението на хора в организациите

В дисертационния труд разглеждаме концепцията за управление на човешките ресурси в здравните грижи като по-съвременна форма на мениджмънт, изместваща управлението на сестринския персонал.

Управление на персонала

Управлението на персонала като важна функция в управлението на компаниите, официално е признато през 1890 г. в САЩ. Управлението на персонала се разглежда като социално детерминирана дейност, включваща от една страна оперативни функции по планиране, набиране, подбор, назначаване, квалификация и заплащане и от друга, дейност, ориентирана към потребностите и интересите на работниците и служителите. Поради тази й насоченост, тя се определя като управленска дейност, осъществявана от линейните мениджъри и с по-нисък статус в общото управление. Моделът на икономически рационалния човек на Фредерик Тейлър разглежда служителите като трудова сила, като наети работни ръце, които са подчинени и зависими от организацията. Според Тейлър „При нашата система на работника просто се казва какво да направи и как да го направи. Всяко подобрене, което той направи по отношение на дадените му заповеди, е фатално за успеха му“ (34). Както посочва **Price, A. (2007)** мениджърите и служителите в традиционните отдели по управление на персонала не са разбирали бизнес процесите, защото са имали мислене и начин на говорене, които са отдалечени от мисленето и начина на говорене на останалите мениджъри (маркетинг мениджъри, финансови мениджъри, по производството и иновациите и др.). Най-ярките различия се откроявали при тези, които имали образование в областта на психологията и социологията. Така дейността на отделите, отговарящи за персонала оставала в страни от работата на другите отдели и в това се е проявила по-слабата роля на управлението на персонала (122).

Управление на човешките ресурси

Управлението на човешките ресурси като теоретично направление възниква през 80-те години на XX век. Според **Guest, D. (1990)** „Мениджърите сякаш предлагат привлекателна алтернатива на изкривения имидж на управлението на персонала и на реториката на традиционните индустриални отношения.“ (105)

Етимологията на думата „ресурс“ откриваме във френския език и нейното буквално значение е „възможност“ или „резервен източник на всичко“ (148).

Антонимът на „възможност“ е „невъзможност“. Невъзможността на организациите да съществуват без хората в тях предопределя и ценността на човешкия ресурс. Според **Бойкова К. (2005)** „От една страна човешките ресурси са също такива ресурси, както и останалите ресурси на организацията. За доставянето и използването както на веществените, така и на човешките ресурси, работодателят прави определени разходи, при което се ръководи от чисто икономически основания и мотиви. От друга страна обаче, човешките ресурси притежават редица специфични характеристики, по които съществено се отличават от веществените ресурси на организацията – инвестициите в човешките ресурси непрекъснато се увеличават“(5). За човешките ресурси в здравеопазването и в частност в здравните грижи това важи с особена сила, тъй като в последните години се наблюдава ускорено развитие на здравните технологии, а то от своя страна поставя изискване за непрекъсната актуализация на знанията и уменията на здравните специалисти, така че да са способни да посрещат новите предизвикателства. Според друго определение на **Господинов, Д. (2012)** „Човешките ресурси представляват най-важния актив на една организация. Това са хората, които работят в нея, заедно със своите знания, компетентности и трудова мотивация. Те осъществяват дейността на организацията, иновират я, развиват организацията и самите себе си. В съвременните организации човешките ресурси са основният източник на конкурентни преимущества, посредством техните способности, знания, воля за промяна” (17).

В своето „Ръководство за управление на човешките ресурси“, **Майкъл Армстронг (2014)** дава широко определение за процеса на управление на човешките ресурси: „Управлението на човешките ресурси (УЧР) се занимава с всички аспекти на това как хората биват наемани и управлявани в организациите. Той обхваща дейностите по стратегическо управление на човешките ресурси, управлението на човешкия капитал, управлението на знанията, корпоративната социална отговорност, организационното развитие, ресурсното осигуряване (планиране на работната сила, набиране и подбор, управление на таланти), обучение и развитие, управление на изпълнението и възнагражденията, взаимоотношенията между служителите, благоденствието на служителите и предоставянето на услуги на служителите” (82).

Различията, които установихме между управление на персонала и управление на човешките ресурси могат да се дефинират в три основни аспекта – **по отношение на**

същността на управленския процес, по отношение на избрания подход, по отношение на резултатите от дейността.

Същност на управленския процес – управлението на персонала се разглежда като обикновена съвкупност от отделни персонални функции в организацията, докато управлението на човешките ресурси се базира на идеята за хората като основен ресурс. Както посочва **Стамболова, И. (2008)** мениджмънтът в лечебното заведение е едновременно процес и дейност. Процесът фокусира върху здравните процедури, които подредени в последователност формират технологията на лечение и грижи, а дейностите са насочени към субекта и обекта на управление – здравният мениджър и човешките ресурси в здравната организация (служители и пациенти) (64).

Управленският подход – при управлението на персонала управленският подход е функционален, основава се на функциите, а при управлението на човешките ресурси е системен – разглежда организацията като система, а управлението на хората като част от тази система. 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.

Резултати от дейността – при управлението на персонала резултатите от дейността се оценяват по изпълнението на конкретни мероприятия (предварително планирани), които организацията трябва да осъществи; при управлението на човешките ресурси резултатите се оценяват спрямо постигнатите цели и променените икономически резултати на организацията. Според **Кузнецова, Д. (2012)** „България е изостанала значително в сравнение с развитите страни по отношение на използваните практики при управлението на човешките ресурси в здравните системи. Здравеопазването у нас все още е затворена система, в която човешките ресурси с техните изисквания и потребности остават на заден план. [...]. Това, което е необходимо в здравеопазването е възприемането на нов подход на управление, който да се концентрира едновременно върху потребностите на медицинските специалисти и

нуждите на обществото. Подход, при който основните решения в сектора се определят от изискванията и очакванията на потребителите на здравни услуги, както и на изпълнителите на медицински услуги.” (39).

С цел онагледяване на двата типа управление на хора, предлагаме разработените от **John Bratton** и **Jeff Gold (2007)** двадесет и седем измерения, в които се откриват различия между управлението на персонала и управлението на човешките ресурси.

Табл. 1 Различия между управление на персонала и управление на човешките ресурси

№	Измерение	Управление на персонала (УП)	Управление на човешките ресурси (УЧР)
Вярвания и допускания			
1	Договор	Внимателно и подробно разписване на договорите	Целта е да се отиде „отвъд договора“
2	Правила	Ясно определяне на правилата	Ориентация към „Мога да направя“; нетърпимост към „правилото“
3	Дейности по управлението	Процедури	Нуждите на бизнеса
4	Поведение	Норми/обичаи и практика	Ценности/Мисия
5	Задача на мениджъра	Мониторинг	Поддържане/ Роля на грижещ се
6	Естество на отношенията	Плуралистични ²	Унитаристични ³
7	Конфликт	Институционализиран	С по-слаба значимост в сравнение с УП
Стратегически аспекти			
8	Ключови отношения	Управление на труда	Ориентация към клиента
9	Инициативи	Частични/Откъслечни	На равни начела/от всички
10	Корпоративен план	Ориентиран към количеството продукция	Ориентиран към целта
11	Вземане на решения	Бавно	Бързо
Управленска линия			
12	Стил на мениджмънт	Транзакционно лидерство (състоящо се от 2 компонента: 1) управление чрез изключенията и 2) вероятни възнаграждения)	Трансформационно лидерство – динамично лидерство, при което лидерът формира мотивите, ценностите и целите на подчинените си
13	Ключови мениджъри	Личен състав	Генерален мениджър и линейни мениджъри
14	Комуникация	Индириктна	Директна
15	Стандартизация	Висока („равенството е проблем“)	Ниска („равенството е неуместно“)
16	Ценни управленски умения	Договаряне	Подпомагане

² Плурализъм – потвърждение или допускане на множество мнения, възгледи или гледни точки по даден въпрос

³ Унитаризъм – литературно течение, според което писателят трябва да изобразява колективния живот и преживяванията на колектива; пълно съгласие, консенсус

Лостове на управлението			
17	Подбор	Отделна, незначителна задача	Интегрирана, ключова задача
18	Заплащане	На база оценка на работата (фиксираны ставки)	В зависимост от представянето
19	Условия	Договарят се отделно с всеки служител	Съгласуват се със служителя
20	Управление на труда	Колективно трудово договаряне	Чрез индивидуални договори
21	Взаимоотношения	Регулирани чрез средствата на труда и обучения	Маргинализирани (с изключение на преговорите за смяна на модели)
22	Работни позиции и степени	Много	Малко
23	Комуникация	Ограничена	Активна, открита
24	Модел на работа	Разделение на труда	Работа в екип
25	Справяне с конфликти	Постигане на временно примирие	Управление на работната среда и налагане на фирмена култура
26	Обучение и развитие	Контролиран достъп до курсове	Обучаващи организации
27	Интервенции спрямо работещите	Процедури за управление на персонала	Голям обем от културни, структурни и управленски стратегии

По John Bratton, Jeff Gold (2007)

Източник: Doaei, H., Najminia, R. How far does HRM differ from PM, European Scientific Journal, 2012 р. 161-171 (94)

Управление на човешкия капитал

Разглеждането на хората като капитал може да се анализира в два аспекта – от една страна чрез преносното значение на думата „капитал“, а именно нещо с голяма ценност и от друга страна като имплементиращо банковия термин, означаващ „стойност, включвана в дейността за получаване на печалба“.

По отношение на управлението на човешкия капитал, в литературата се откриват спорни постановки. **Armstrong M. (2014)** го разглежда като част от сложния процес на управлението на човешки ресурси, а **Миланова А. и Найденова П. (2013)** считат, че „концепцията за управление на човешкия капитал се появява като съвременен вариант на управлението на човешките ресурси, който от своя страна измества управлението на персонала“ (43). Според друго определение на **Bontis et al. (1999)** „Човешкият капитал представлява човешкият фактор в организацията; комбинацията от интелигентност, умения и експертиза придават на организацията нейният отличителен облик. Човешките елементи в организацията са тези, които могат да учат, да променят, да създават иновации чрез упражняване на творчески натиск и ако са мотивирани правилно, могат да осигурят оцеляване на организацията в дългосрочен план (82).”

Armstrong, M. (2014) определя човешкия капитал като съставен от **интелектуален капитал, социален капитал и организационен капитал**. Интелектуалният капитал това са запасите от знания, с които разполага организацията, нематериалните ресурси,

които заедно с материалните ресурси представляват пазарната или общата стойност на даден бизнес. Социалният капитал е елемент на интелектуалния капитал и се състои от знанията и уменията, придобити по линия на взаимоотношенията в организацията и извън нея. Организационният капитал е институционализираното знание, което притежава организацията, организирано в бази данни, наръчници, ръководства и др.

Най-често цитираното в литературата определение за човешки капитал е това на **Хенрих Крул (2008)**: „човешкият капитал на дадена организация е съвкупността от специфични черти и особености, вплътени в служителите ѝ (знания, умения, способности, мотивация), които имат определена стойност и са източник на бъдещи доходи както за работещия – собственика на човешкия капитал, така и за организацията, която при определени условия използва този капитал“ (35). В Националната здравна стратегия 2020 на Министерството на здравеопазването, определението на Крул е разширено и работещите в системата на здравеопазването са разгледани като основен капитал. Този капитал обхваща съвкупността от техните знания, умения, компетентности, способности, здравословно състояние и работоспособност, мотивация и поведение в труда, които имат определена стойност и са източник на сегашни и бъдещи доходи както за медицинските специалисти - носители на човешкия капитал, така и за системата, която при договорени условия използва този капитал.

2. Човешките ресурси в здравеопазването

Мениджмънтът на човешките ресурси има ключово значение за развитието на здравните системи. Неслучайно „дневният ред“ в света е обърнат към здравето и здравеопазването. В проведена през септември 2016 г. 71-ва асамблея на Организацията на обединените нации (ООН), с тревога е заявено, че поради застаряването на населението и повишаващият се брой на хората, страдащи от хронични заболявания, до 2030 г. се очаква потребностите от здравни специалисти да нараснат до 40 милиона, което означава необходимост от удвояване на световната работна сила в здравеопазването. Това налага да бъдат предприети спешни действия, защото в противен случай, дефицитът на здравни кадри в страните с ниски и средни доходи ще достигне 18 милиона, а това ще създаде предпоставки да се застраши постигането на

визията за универсално здравно покритие (117). Европейската комисия изчислява, че без прилагането на мерки за посрещане на предизвикателствата по отношение на човешките ресурси в здравеопазването, до 2020 г. ще има недостиг от около 1 милион здравни професионалисти в ЕС - 230 000 лекари, 150 000 стоматолози, фармацевти, кинезитерапевти и 590 000 медицински сестри. Тази цифра ще се удвои, ако се вземат предвид и хората, извършващи спомагателни, парамедицински дейности и хората, необходими за оказване на дългосрочни грижи (89).

2.1. Стратегически документи в областта на управлението на човешките ресурси в здравеопазването – международен и европейски контекст

Човешките ресурси са във фокуса на съвременните политики в здравеопазването в глобален аспект. Редица международни документи акцентират върху първостепенната значимост на здравните специалисти за развитието на здравните системи и осигуряването на универсално здравно покритие.

Стратегията на СЗО „Здраве 2020” набляга на нуждата да се подобри цялостния процес на здравеопазването, чрез изясняване на социалните фактори, които го определят. В политиката на стратегията се разчита на специалистите по здравни грижи да се реализират така, че здравните системи да предоставят достъпни, ефективни, интегрирани и „приятелски” ориентирани към пациента здравни грижи.

В доклад на Международния сестрински съвет от 2006 г. (International Council of Nurses – ICN) „Глобалният недостиг на регистрирани сестри: приоритетни сфери за въздействие” е определено, че постигането на Целите на хилядолетието (MDGs – Millennium Development Goals) по отношение на здравето е застрашено поради недостатъчните инвестиции в човешките ресурси в здравеопазването и липсата на ефективни действия за развиването и поддържането на подходящо подготвена и мотивирана работна сила. Определени са пет сфери за въздействие:

- *Макроикономическа политика и финансиране на здравния сектор* – според ICN е наложително финансирането на здравеопазването да бъде такова, че да гарантира развитието на персонала и поддържането на квалифицирана работна сила в здравния сектор.

- *Планиране и регулиране на работната сила* – необходимо е създаване на стратегически планове на национално ниво за планиране на човешките ресурси в здравеопазването. Само така биха могли да се гарантират постигането на националните цели в областта на здравето и подобряването здравето на нацията.

- *Подобряване условията на работната среда* – неблагоприятните работни условия, в които медицинските сестри упражняват професията си са една от причините да има отлив от професията и липса на интерес у младите хора да се обучават за медицински сестри. Медицинските сестри са подложени на тежки натоварвания, множество професионални рискове, прекомерен извънреден труд, негъвкави графици, лоши практики за управление на човешките ресурси, неефективни стимули, липса на възможности за кариерно развитие. Необходими са мерки за подобряване на работната среда, за да се постигне удовлетвореност от работата, да се повишат мотивацията и ефективността на сестринския труд и от там да се постигне и удовлетвореност на пациентите.

- *Подбор и задържане на работа на медицинските сестри; неравномерно разпределение и миграция* – трудности при наемане на работа и задържане на медицинските сестри в професията срещат както работодателите в развиващите се страни, така и тези в развитите.

Подобно на проблема с наемането и задържането на работа на медицински сестри, развитите и развиващите страни срещат проблеми и с неравномерното разпределение и миграцията на медицински сестри. Най-сериозни затруднения се наблюдават при набиране на работна ръка и запазване на медицинските сестри в селските и отдалечени райони. Сестрите често предпочитат да мигрират към градските райони, където те имат по-добри възможности за професионално развитие и по-удовлетворяващи социални и икономически условия.

- *Участие на медицинските сестри в управленския процес* – предизвикателствата, пред които е изправена професията на медицинската сестра в резултат на непрекъснато променящите се условия на работната среда изисква от медицинските сестри да притежават ефективни лидерски и управленски умения, да са подготвени да управляват в условия на бърза промяна, в глобализиращия се свят, в свят на ограничени финансови и човешки ресурси (130).

Препоръката на Международния съвет на сестрите (ICN) към политиците и здравните мениджъри е да възприемат стратегиите за наемане и задържане на работа на медицинските сестри като ключов момент от действията, свързани с осигуряването на безопасна и ефективна грижа за здравето на населението.

Според здравната стратегия на ЕС от 2007 г. „Заедно за здраве – стратегически подход на ЕС”, специалистите по здравни грижи имат изключителна роля за правилното функциониране на цялата здравеопазна система, като част от лечението, рехабилитацията, профилактиката и промоцията на здраве (133).

През септември 2015 г. Организацията на обединените нации (ООН) приема новите 17 цели за устойчиво развитие (Sustainable Development Goals – SDGs), които са разписани в документа „Трансформиране на нашия свят: Дневен ред 2030 за устойчиво развитие“. Доброто здраве и благоденствието са поставени като глобална цел №3. За постигането на тази глобална цел са формулирани 13 цели, обхващащи всички основни здравни приоритети:

Първата цел е постигане на универсално здравно покритие – Universal Health Coverage (УНС)

Три от целите са продължение на тези, заложи в Целите на хилядолетието 2000 – 2015 (Millennium Development Goals – MDGs) - 1) намаляване на детската смъртност; 2) подобряване на здравословното състояние на майките и намаляване на смъртността; 3) борба с ХИВ/СПИН, малария и други болести;

Пет цели адресират хроничните заболявания, менталното здраве, употребата на вредни субстанции (алкохол, наркотици, тютюн), нараняванията и проблемите, свързани с околната среда;

Четири цели са свързани с начина на изпълнение и постигане на устойчиво развитие, като една от тях насочва към **предприемане на мерки за значително увеличаване на финансирането на здравеопазването, за подбор, развитие и обучение и запазване на здравните специалисти** в развиващите се страни, особено в най-слабо развитите и развиващите се малки островни държави (103).

В стратегическия документ, приет от СЗО през март 2016 г. „Глобална стратегия за човешките ресурси в здравеопазването: Работна сила 2030“ главната цел е „Подобряване на резултатите в областта на здравеопазването, социалното и

икономическото развитие чрез осигуряване на универсална достъпност, обхват и качество на работната сила в здравеопазването чрез адекватни инвестиции за укрепване на здравните системи и прилагане на ефективни политики на национално, регионално и световно равнище.“ Конкретни цели по отношение на човешките ресурси в здравеопазването са:

Цел 1 Да се оптимизират производителността и качеството на работната сила, както и нейното въздействие върху здравеопазването чрез предоставяне на базирани на доказателства политики за човешките ресурси, допринасяне за здравословния живот и благополучие, ефективно универсално здравеопазване, устойчивост и укрепване на здравните системи на всички нива.

Цел 2 Инвестициите в човешките ресурси да съответстват на настоящите и бъдещите нужди на населението и здравните системи, като се вземат предвид динамиката на пазара на труда и образователните политики; да се обърне внимание на недостига и разпределението на здравните специалисти с цел да се постигнат максимално подобряване на здравните резултати, социалното благополучие, създаването на работни места и икономическия растеж.

Цел 3 Да се изгради капацитет на институциите на национално, регионално и световно ниво за ефективно управление на обществената политика и управлението на мерките по отношение на човешките ресурси в здравеопазването.

Цел 4 Да се оптимизира събирането на информация за човешките ресурси в здравеопазването с цел осъществяване на мониторинг и осигуряване на отчетност за изпълнението на националните и регионалните здравни стратегии и глобалната стратегия за здраве (102).

Планирането, регулирането и управлението на здравната работна сила изискват широко междусекторно сътрудничество (92). В тази посока са и действията, посочени в подписаната от повече от 70 страни Дъблинската декларация „Бъдещето на здравната работна сила“. Документът е приет на глобален форум по въпросите на работната сила в здравеопазването, проведен на 17-18 ноември 2017 г. в Дъблин, Ирландия. Основните акценти в декларацията се основават на разбирането, че инвестициите в човешки капитал водят до по-бързи темпове на развитие и икономически растеж, а

стратегическите инвестиции в работната сила от социалния и здравния сектор са от изключителна важност за общия просперитет. Поради това е постигнато съгласие за:

- 1) създаване на международен фонд „Многостранно партньорство в областта на здравето“, който да подпомага страните в усилията им чрез иновативни подходи да разширяват здравната си работна сила;
- 2) приемане на петгодишен екшън-план „Работим за здраве“ (2017 – 2021) за действия в областта на заетостта в здравния сектор и приобщаващ икономически растеж;
- 3) изграждане на Международна платформа за работещите в здравния сектор, която има за цел да мониторира мобилността на здравните специалисти;
- 4) инвестиции в обучение и повишаване привлекателността на работните места в здравния сектор;
- 5) създаване на условия за привличане и задържане на младите хора към сектора на здравеопазването; това е от решаващо значение за недопускането на прогнозирания до 2030 г. дефицит от 18 милиона здравни специалисти в глобален мащаб (95).

2.2. Национални стратегии в областта на човешките ресурси в здравеопазването

Националната здравна стратегия 2020 и концепцията на Министерство на здравеопазването „Цели за здраве 2020“ са стратегически документи на националната здравна политика. Приети са през 2015 г. в съзвучие с Европейската рамка за политики в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благосъстояние „Здраве 2020“ и като израз на поет ангажимент от страна на българската държава за реализация на политиката на СЗО, определяща здравето като основен ресурс и актив за обществото.

В двата документа е отразена необходимостта от създаване на предпоставки за подобряване на качествените характеристики на човешките ресурси чрез усъвършенстване на системата за публично финансиране на здравните услуги, въвеждане на съвременни по-ефективни методи за планиране, организация и управление на здравните и лечебни заведения, прилагане на профилактични програми за укрепване и опазване на здравето, подобряване на медицинското образование и продължаващото обучение.

Отчетени са сериозните проблеми в областта на човешките ресурси в здравеопазването и това налага провеждане на активна политика, чрез която да се

подобри планирането, университетското обучение, специализацията и продължаващото обучение, икономическият и социален статус на работещите в системата на здравеопазването и намаляване на темпа на вътрешна и външна миграция. Реализацията на политиката в областта на човешките ресурси изисква да бъде извършена с активното сътрудничество на различни институции – министерства, професионални организации, висши училища, национални центрове, лечебни заведения и др., имащи отношение към развитието на човешките ресурси. Основа на дейностите е прилагане на най-добрите практики в управлението на човешките ресурси – планиране, подбор, обучение и задържане на наетия персонал, съобразени с потребностите на медицинските специалисти и нуждите на обществото, постигнати в страните от ЕС и съобразно неговите регламенти и директиви.

В концепцията „Цели за здраве 2020“ са заложили следните основни дейности за реализация на целите:

- *Осигуряване на човешки ресурси за гарантиране на потребностите на населението от качествена и достъпна медицинска помощ чрез:*
 - Определяне на потребностите от кадри в здравеопазването по региони, категории, специалности в зависимост от здравно-демографските характеристики на населението;
 - Разработване и въвеждане на единна информационна система за мониториране на персонала в здравеопазването като част от националната здравно-информационна система;
 - Създаване на механизми за обвързване на приема за обучение на медицинските специалисти (лекари, специалисти по здравни грижи и др.) с установените потребности и дисбаланса в осигуреността с кадри в системата;
 - Регламентиране на изисквания за осигуреност с кадри на отделните нива на системата на здравеопазване на базата на критерии за равнопоставен достъп на населението до различните видове медицинска помощ;
 - Въвеждане на икономически стимули за повишаване на интереса към обучение и специализация на медицински специалисти в области, в които има сериозен дефицит на кадри;

- Създаване на условия за разширяване на функциите на специалистите по здравни грижи, с което да се даде възможност за осъществяване на специфични дейности и услуги, свързани с дългосрочни грижи, палиативни грижи и др.;
 - Регламентиране на нови категории персонал в системата на здравеопазване – лекарски асистенти, парамедици и др.
- *Усъвършенстване на системата за обучение и квалификация, гарантираща качеството на медицинската помощ чрез:*
- Актуализиране на учебните програми във висшите училища, насочени към разширяване на практическите умения на медицинските специалисти с приоритет към основните здравни проблеми и съвременните технологии на здравна дейност;
 - Усъвършенстване на процеса на специализация на кадрите в здравеопазването, включващо либерализиране на достъпа до специализация и повишаване на изискванията в хода на обучението и при придобиването на специалност;
 - 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.
- *Подобряване на условията на труд и заплащане на работещите в системата на здравеопазване чрез:*
- Разработване на нов модел за заплащане на работещите в системата на здравеопазването, обвързан с образователно-квалификационната степен и постигнатите резултати;
 - Въвеждане на съвременни системи за управление на дейностите по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд в системата на здравеопазване (32).

Националната здравна стратегия 2020 е представена като „разказ за едно по-добро бъдеще“. През 2019 г. сме свидетели на един неслучил се разказ. Системата на здравеопазване и главно механизмите на финансиране на здравните дейности продължават да са обект на размисъл за реформиране. Докато добрите намерения остават „на хартия“ и не намират реализация, проблемите се множат, а напрежението сред изпълнителите на здравни услуги ескалира. Липсват икономически стимули, които да мотивират и повишат интереса на младите хора да се обучават за придобиване на професионална квалификация по професия „Медицинска сестра“. Така идеята за

създаване на механизми за обвързване на приема за обучение на медицински специалисти с установените потребности губи своят смисъл. Едностранното увеличаване на броя на приеманите за обучение медицински сестри не води до положителен ефект, тъй като има недостиг на кандидати. В потвърждение на това е Проектът от март 2019 г. на Решение на Министерския съвет за утвърждаване броя на приеманите за обучение студенти и докторанти във висшите училища и научните организации на Република България през учебната 2019 - 2020 година (58). Проектът предвижда прием на 618 медицински сестри, което е с 84 по-малко, в сравнение с предходната учебна година, когато с Решение №341 на Министерски съвет от 21.05.2018 е определен прием на 702 медицински сестри. В условия на критичен недостиг на медицински сестри, намаляването на броя на приеманите за обучение може да се разглежда като знак за задълбочаваща се криза. Поради това една от целите на нашето проучване е да установим как в средносрочна перспектива осигуреността с медицински сестри се влияе от броя на приеманите за обучение.

За работещите в системата на здравеопазване медицински сестри, в периода на действие на Националната здравна стратегия има частично постигнати резултати, но те са крайно незадоволителни. Подписаният на 08.11.2018 г. Колективен трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“ определя начална основна месечна заплата за медицински сестри не по-малко от 900,00 лв. и допълнително месечно трудово възнаграждение за придобит трудов стаж и професионален опит - 1% върху основното трудово възнаграждение. На медицинските специалисти по здравни грижи се заплаща допълнително трудово възнаграждение за придобита специалност в размер на 50,00 лв. (петдесет) лева, за придобита квалификационна степен: професионалист с издаден първи сертификат 20,00 (двадесет) лева, професионалист с издаден втори и последващ сертификат – 40,00 (четиридесет) лева. Независимо, че съгласно чл.2, ал.1 на КТД 2018 е посочено, че „Договореностите в този колективен трудов договор се прилагат във всички лечебни заведения по смисъла на Закона за лечебните заведения, независимо от тяхната функционална или административна подчиненост и форма на собственост“, неговото действие е ограничено. Причините за това са, че не във всички лечебни заведения има изградени синдикални структури, а там, където ги има често КТД не се подписва. Такъв пример са лечебните заведения, чийто принципал е община. При тях

стойностите на началните основни месечни заплати не могат да бъдат постигнати поради недостатъчен финансов ресурс. Друг нерешен проблем, съпътстващ упражняването на сестринската професия от началото на здравната реформа у нас е липсата на единен и ясен регламент за формиране на възнагражденията на медицинските сестри. Анализ на експерти от Министерство на здравеопазването от месец март 2019 г. установява, че всяко лечебно заведение за болнична помощ прилага своя собствена методология за формиране на фонд работна заплата. Така, медицинските сестри, изпълняващи едни и същи задачи, свързани с оказване на здравни грижи, получават различни възнаграждения в отделните лечебни заведения. Подобна практика е в разрез с идеята на Международната организация на труда (ILO), че за равен труд се полагат равни възнаграждения.

Съгласно чл. 17а на Закона за лечебните заведения, от 2015 г. „в медицинския, медико-денталния и диагностично-консултативния център могат да се разкриват звена, в които лекарски асистенти, медицински сестри или акушерки самостоятелно оказват здравни грижи“. Тази разпоредба дава право на медицинските специалисти за самостоятелна практика, в рамките на компетенциите им, регламентирани с Наредба №1 от 08.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. Поради липсата на нормативен акт относно възможности за финансиране на този тип дейност, подобни практики са изключителна рядкост в нашата страна. Първите разкрити през април 2018 г. самостоятелни сестринска и акушерска практика са в ДКЦ „Чайка“ гр. Варна. Звеното за оказване на самостоятелни сестрински грижи предоставя здравни грижи и медицинско наблюдение включително в домашна среда, в подкрепа на хора с увреждания и хронични заболявания, хирургично болни, дехоспитализирани от лечебни заведения, онкологично болни пациенти с хронични рани, болни с диабетно стъпало, болни с декубитални рани, обработка на рани и поставяне на специфични превръзки, въвеждане на лекарствени продукти и инфузионни разтвори по лекарско назначение. Звеното за самостоятелни акушерски грижи предоставя пренатални, постнатални и патронажни грижи в извънболничната помощ от висококвалифицирани акушерки за подрастващите, бременните жени, младите майки и новородените деца.

Тези практики са реализация на целта, свързана с разширяване на функциите на специалистите по здравни грижи, с което да се даде възможност за осъществяване на специфични дейности и услуги, свързани с дългосрочни грижи, палиативни грижи и др. За съжаление, самостоятелната практика в ДКЦ „Чайка“ е единствената в страната ни и това поставя под въпрос възможностите за професионална реализация на специалистите по здравни грижи и в частност медицинските сестри в системата на извънболничната помощ. Още през 2009 г. **Борисов, В.** пише „Актуалните тенденции за разширяване на дейностите за долекуване, продължително лечение и рехабилитация, за палиативни грижи, за домашни грижи и за хосписно дело, просто не могат да бъдат реализирани без решаващото участие и роля на медицинските сестри. Тези дейности в Европа са приоритетна и дори автономна функция именно на медицинските сестри“(8). Десет години по-късно усещането за неравнопоставеност на сестринската професия спрямо другите съсловия в здравеопазването продължава да бъде реалност. Според **Грънчарова, Г. (2005)** „За да заемат централното си положение сестрите трябва да спрат да се държат като подтисната група, да не проявяват „хоризонтално насилие”, а да се подкрепят и действат автономно. Само с общи усилия те могат да поемат водачеството и да упражняват влияние при оказване на здравните грижи“ (18).

Нерешените проблеми в областта на здравните грижи у нас са множество. Те, както и конкретни действия за решаването им са посочени в *Стратегията за развитие на здравните грижи в Република България 2013 – 2020 г.*, на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи. В стратегията се отдава приоритет на качеството и контрола на здравните грижи и развитието на човешките ресурси в здравните грижи – планиране, подбор, управление, квалификация и заплащане на труда. В нея също така са посочени необходимите действия по отношение на опазване на общественото здраве чрез здравни грижи, по-активно участие на специалистите по здравни грижи в системата на извънболничната помощ чрез създаване на групови и индивидуални практики по здравни грижи, действия за подобряване на грижите за майките и децата, разработване и прилагане на добър мениджмънт на здравните грижи в болничната и в спешната медицинска помощ, развитие на научния изследователски капацитет в медицинските университети и осигуряване връзката между науката и прилагането на научните разработки в практиката на специалистите по здравни грижи. В стратегията

са заложили показатели за оценка и мониторинг на изпълнението. Документът обхваща целия спектър от здравни грижи, оказвани в системата на здравеопазването и показва визията за развитие на съвременното сестринство у нас, чрез ефективно управление, автономност на дейностите и висока степен на отговорност с цел постигане на качество на здравната услуга.

3. Управление на човешките ресурси в здравните грижи

В съвременната система на здравеопазване е необходимо ръководителите по здравни грижи да бъдат не само мениджъри, но и лидери, да се отличават с автономност и независим дух, да са способни да формулират целите пред своите екипи като ги обвързват с мисията и целите на здравната структура, в която те работят и развиват своята професионална компетентност. Ефективното управление на здравните грижи изисква от техните ръководители да притежават знания и умения, които да им позволяват отговорно да вземат управленски решения и да организират изпълнението им от управляваните екипи. Мениджмънтът на човешките ресурси има двуединна същност: той цели както ефективно използване на персонала за постигане на целите на здравната организация, така и удовлетворяване на потребностите и очакванията на работещите хора (53).

„Управлението на сестринския персонал, за постигане целите на здравните грижи в различните лечебни заведения и техните структури, е сложен и труден процес. Сестринският персонал в отделенията осъществява денонощно наблюдение и грижи за пациенти в тежко състояние, което предполага тяхната висока мотивираност, доверие и добър психоклимат. Главните и старшите медицински сестри, освен че трябва да се ползват с необходимия авторитет, трябва да имат и знания и умения за осъществяване на деликатната управленска дейност. Те управляват специалисти, които трябва да бъдат добри професионалисти, носещи отговорност за живота и здравето на обгрижваните пациенти“ (66).

Условията в нашето здравеопазване, приближаващи се с ускорени темпове към европейските, изискват и нови здравни ръководители. Те трябва да интегрират аналитичния медицински поглед на лекаря, на ръководителя по здравни грижи и

синтетичния усет на икономиста. Новият здравен мениджър трябва да бъде едновременно конструктор, организатор и реализатор на системата за управление в ръководената от него здравеопазна структура (74). Заедно с това, сложните процеси на управлението в здравеопазването изискват от съвременния здравен ръководител изключително точни знания по организация, управление и икономика на здравеопазните структури, за да може да вземе бързи, добре аргументирани и адекватни на конкретната ситуация решения (30).

Класическото разбиране за основните функции по управлението на човешките ресурси е, че те включват процесите по привличане, подбор, задържане, освобождаване от работа, развитие и целесъобразно използване на човешките ресурси в организацията (2) (5) (18). Нови измерения в областта на управлението на човешките ресурси откриваме в изследване на тема „Изграждане на коучинг култура за управление на промяната“, проведено през 2018 г. от Международната коучинг федерация (ICF) и Human Capital Institute (HCI). Изследването проучва мнението на 432 служители, на които предстои да заемат мениджърска позиция в различни компании в цял свят. Респондентите са представители на милениалите, поколението “Y” (родените през 80-те и 90-те години), които до 2020 г. ще заемат половината от работните места в света. Според тях мениджърът от ново поколение трябва да притежава три важни умения: 1) способност да вдъхновява и да създава у екипа усещане за привързаност към компанията; 2) да е емоционално интелигентен; 3) да е коуч/наставник, който умее да въздейства на своите подчинени с цел развиване на техния потенциал.

Според изследването за 67% от служителите най-важно е признанието и кариерното развитие. По-младите от тях се стремят да притежават широк спектър от качества, така че да бъдат по-лесно приспособими в различни ситуации. Това ги прави по-гъвкави и ценни кадри, в които си струва да се инвестира. Но и нуждата от подкрепяща фигура, която да ги обучава и води става все по-голяма. Ето защо голяма част от представителите на поколението „Y“, взели участие в проучването са категорични, че не желаят шефове, а наставници (коучове), които да им помагат да постигат професионалните си цели (99). В контекста на резултатите от това проучване и определените от Ulrich, D. (137) роли и компетентности на специалиста по управление

на човешките ресурси бихме могли да синтезираме и рамката на компетентности, които трябва да притежават ръководителите по здравни грижи:

Табл. 2 Рамка на компетентностите на ръководителите по здравни грижи, според адаптиран модел на David Ulrich

Роля	Компетентност
Адвокати на специалистите по здравни грижи и пациентите	като изпълнители на медиативна функция, ръководителите по здравни грижи от една страна защитават интересите на медицинските сестри в своя екип; от друга страна, защитават интересите на пациента посредством отговорността за осигуряване на качествени и безопасни здравни грижи;
Мениджъри на кариерата	приоритетно организират и мониторират продължаващото обучение и развитието на познания, умения и качества, които допринасят за високото качество на оказваните здравни грижи и с това повишават имиджа на лечебното заведение.
Стратегически партньори	Професионалисти притежаващи клинични и управленски умения, партниращи с всички останали ръководители в лечебното заведение, така че да се постига баланс на целите – добри финансови резултати в лечебното заведение, съчетани с удовлетворяващи услуги за пациента.
Наставници	Осъществяват управлението на човешките ресурси като наставляват, делегират отговорности, насърчават и акцентират върху силните страни на членовете на екипа.
Отлични комуникатори	Определят общи цели и етични принципи, така че членовете на екипа да знаят какво се очаква от тях и да се установи добра комуникация между мениджъра и екипа от подчинени; в ситуация на конфликт не допускат емоционални решения; отстояват етичните принципи във взаимоотношенията в екипа и в грижата за пациента.
Лидери на промяната	В случай на промяна не допускат нарушаване на стабилността в ръководената единица, тъй като познават взаимосвързаните елементи в отделението и в здравната организация като цяло – цели, методи, подходи за работа, човешки ресурси, мотивационни фактори и др.

3.1. Сестринската работна сила – състояние и предизвикателства

Развитието на съвременните здравни системи изправя здравните политици и здравните мениджъри пред предизвикателството да търсят и прилагат мерки, чрез които да се преодолява неравновесието между все по-голямото търсене и

намаляващото предлагане на работен потенциал в здравния сектор. Недостигът и застаряването на работната сила като цяло и работната сила в здравеопазването са теми, които са обект на активно обсъждане през последното десетилетие. Това е така, защото в голяма част от развитите икономики нивото на раждаемост пада под нивото на трудоспособното население, същевременно продължителността на живота се удължава благодарение на по-доброто здравно обслужване, а това от своя страна води до работна сила, неспособна да поддържа икономическите нужди на много страни (10).

В доклад на Европейската комисия „State of Health in the EU – България: Здравен профил за страната 2017“ се посочва, че „(Бъдещата) работна сила е изправена пред тежък недостиг и постоянен проблем с миграцията. Най-вече има големи регионални различия в разпределението на общопрактикуващите лекари и голям недостиг на медицински сестри. Специалистите в сферата на здравеопазването мигрират към други държави в търсене на по-добри перспективи за кариерно развитие и по-добро заплащане. Необходими са политики за решаване на тези проблеми, за да може да се гарантират достатъчни човешки ресурси и комбинация от умения в дългосрочен план“ (127).

Традиционните методи за справяне с недостига на медицински сестри като увеличаване на приема в университетите, подобряване на производителността им и международното набиране на персонал може да се окажат недостатъчно ефективни [...]. За да се сведе до минимум недостигът на работната сила и да се посрещнат нарастващите изисквания за здравно обслужване на застаряващото население, от работодателите ще се изисква разработване на нови стратегии за заетост, които да мотивират по-възрастните медицински сестри да удължават трудовия си живот. Предизвикателствата, свързани с мениджмънта на застаряваща работна сила изискват внимателно стратегическо планиране и мерки, които включват изграждане на здравословна работна среда, създаваща условия за активно и здравословно стареене (129).

Данни от национално проучване на сестринската работна сила в САЩ сочат, че през 2015 г. 50% от регистрираните медицински сестри са на 50 и повече години, а само 9,5 % са на възраст под 30 години (116). Новозеландското здравно министерство отчита за 2015 г. средна възраст на медицинските сестри 46,3 години (108). Според данни на **Koff, S. (2016)** средната възраст на медицинските сестри в Европейския съюз през 2012 г. е 43 години с тенденция към повишаване (111). Преглед на източници от

международния научен обмен дава следната информация (макар и за ограничен брой държави) за средната възраст на медицинските сестри в отделните европейски държави:

Табл. 3 Средна възраст на медицинските сестри в Европа

Държава	Средна възраст (години)	към година:
Полша (146)	50,13	2015
Унгария (84)	над 45	2016
Словакия (119)	47	2016
Великобритания (132)	над 45	2017
Словения (113)	над 50	2018

В документ на Международния сестрински съвет (ICN) от 2015 г. „Медицинските сестри и застаряващата работна сила“ се посочва, че ако тенденцията на застаряване остане неадресирана, текущият недостиг на медицински сестри ще се задълбочи. Особено сериозни проблеми ще срещнат страни, в които на пазара на труда навлизат малък брой новодипломирали се сестри (118). Като една от тези страни можем да посочим България, където в последните 20 години изборът на професия „Медицинска сестра“ от страна на младите хора е силно ограничен или продиктуван от мотив за емиграция. Като причини за отлив от професията могат да бъдат посочени ниският ѝ обществен престиж и трудовото възнаграждение, което често е близко минималната работна за страната. Доказателства за подценената роля на медицинската сестра откриваме в изследване на **Събев, Н.**, проведено през 2015 г., в което е установено, че „пренебрежимо и тревожно малък е делът на лицата, които биха се консултирали с професионалист по здравни грижи – медицинска сестра или акушерка по повод налични оплаквания от различно естество“ – повишена температура, болки в корема, сърцебиене, обща отпадналост, болки в опорно-двигателния апарат и главоболие (70). Според друго изследване на същия автор и **Андре, Г. (2014)** е установено, че индексът на качество на живот на медицинските сестри е невисок и граничи с ниските му стойности в зоната под 50 условни единици (У.Е.). Индексът се измерва в границите от 0 до 100 У.Е. Според Psychiatric Research Unit WHO Collaborating Centre in Mental

Health по-висок индекс означава по-високо качество на живот. Изводите на авторите на изследването „дават достатъчно основания на ръководствата на лечебните заведения за предприемане на мерки в посока на: оптимизиране на работния процес; адекватно възмездяване на труда; намиране на възможности за допълнително стимулиране за постигнати резултати в работата; рекреационни и мотивационни дейности за медицинските сестри“ (71).

3.2. Иновативни мерки за привличане и задържане на медицински сестри

Планирането, привличането, подборът и задържането на персонала са функционални части на процеса на управление на човешките ресурси и са приоритет за всяка здравна организация, целяща постигането на своята мисия и цели. Налични са научни доказателства, че лечебните заведения, които имат добре развита система за наемане и задържане на персонала, имат и по-добри оценки за качеството на предоставяната здравна грижа. Например, болниците с коефициент на текучество под 12% регистрират по-ниски стойности на смъртност при пациентите, в сравнение с болниците, чиито коефициенти на текучество са 22% или повече. Способността да се задържат служителите и да се намали коефициентът на текучество е съществена характеристика на успешния процес на дългосрочно планиране на човешките ресурси (138). Ефикасното функциониране на здравните системи се основава на поддържането на компетентни и мотивирани човешки ресурси. Според дефиницията на **Birch, St. (2002)** (85), която се цитира и в доклад на Световната здравна организация от 2006 г. „Работим заедно за здраве“ (133) планирането на човешки ресурси в здравеопазването цели да се осигури точният брой хора с правилните умения и на точното място в точното време, за да осигурят необходимите услуги на правилните хора. **Геров, А. (1999)** разглежда планирането на персонала в три етапа: планиране на потребностите, планиране на осигуряването, планиране на използването на човешките ресурси (16). **Стамболова, И. и Чанева Г. (2014)** разглеждат метода на линейния хронометраж като особено ефективен в условията на стационара. „Методът на линейния хронометраж се определя като гъвкав, практичен и особено ефективен за изчисляване на необходимия брой

медицински сестри в условията на болничното обслужване“ (66). Базирана на хронометража, но включваща и други параметри е и методиката, предложена от БАПЗГ за изчисляване на необходимия персонал (медицински сестри), приложима при разработване на стандарти. Потребностите от медицински сестри се определят съобразно заетостта на леглата (брой обгрижвани пациенти) и времето, необходимо за оказване на здравни грижи за всеки пациент. Методологията разглежда полаганите от медицинската сестра грижи като преки и непреки. Реалното работно време се изчислява след приспадане на дните в платен годишен отпуск, отпуск поради заболяване и дни за обучение. Предвидена е и възможност за назначаване на определен брой болногледачи, в случай че не може да бъде постигнат изчисленият брой медицински сестри (42).

Подборът в организацията има важно значение в дейността по управление на човешките ресурси. **Подборът** представлява процес на избор на най-квалифицирания индивид сред няколко кандидата за конкретно работно място или длъжност (6). От квалификацията, знанията, уменията и професионалната подготовка на персонала зависи, в голяма степен, производителността на труда и ефективността на работата в организацията. Набирането и подборът на персонал са невъзможни без предварителна оценка и анализ на трудовия процес в организацията, от гледна точка на работните задължения и отговорности, взаимовръзките между работните места, условията на труд и планиране на необходимия брой и състав на персонала, както в количествено така и в качествено отношение. Подборът на кадри е дейност, която се базира на обявяване на критерии, чрез които се подбират най-добрите кандидати за дадена длъжност.

В процеса на подбор и назначаване на медицински сестри на работа се използват редица методи и техники, приложими във всички сфери на икономиката. Следва да се подчертае, че когато се прави избор измежду кандидати за работа практически се преследват две цели: тази на работодателя - да се оцени пригодността на кандидата за длъжността, за която той кандидатства; и втора, на самия кандидат - да оцени организацията, в която иска да работи. Сестринската професия спада към групата „човек – човек“ или т.нар. социономически професии. Това налага при осъществяване на подбор да се вземат предвид индивидуалните особености на личността – способностите за бързо и умело изпълняване на сестринските функции, с минимален риск от грешки (67).

Исторически са познати четири метода за подбор на персонал, които се прилагат и при привличане и подбор на медицински сестри: британски, немски, американски и китайски метод (19) (66). При британския метод се акцентира върху биографията на кандидата, семейните традиции и полученото образование. При немския метод се изисква представяне на документи с препоръки, които предварително се анализират внимателно. Американският метод акцентира върху проверката на интелектуалните и творческите способности на кандидата, психологическите тестове и наблюдения в неформална обстановка. Китайският метод се основава на писмените изпити, чрез които кандидатите доказват знанията си по история, своята писмена грамотност и т.н. Практика е да се пише есе относно бъдещата работа, за която се кандидатства. В последните десетина години особено се акцентира върху ролята на мотивационните писма, автобиографиите на кандидатите за работа и интервютата с тях. По-време на интервютата все по-често се поставя акцент върху знанията на медицинските сестри, свързани с професионалната етика (121) – „когато говорим за добра етика на клинично ниво, то това означава, не само добри аргументи, но и способност да се навлезе в потребностите, болката и страданието на пациентите“ (15). Практиката в нашата страна е по-скоро компилация от посочените методи или включва части от тях. В процеса на подбор и назначаване на медицински сестри в лечебното заведение традиционно у нас са ангажирани главната и старша медицинска сестра, отдел „Човешки ресурси“. „Колкото управлението на здравните грижи е по-децентрализирано, толкова е по-голямо въвлечането на сестрите-мениджъри от по-ниско ниво в процеса на подбор на персонал за нуждите на отделните звена или отделения (18)“. Подборът на медицински специалисти у нас е затруднен, най-вече поради техния недостиг. Поради това съсредоточихме нашия обзор върху конкретни примери, в международен и национален аспект относно стратегиите и практиките за привличане и задържане на медицински сестри. Като отправна точка в разработката на настоящия раздел взехме основната идея на бенчмаркинга за търсенето на най-добрия пример. В изложението по-долу представяме някои стратегически подходи, подкрепени с конкретни примери за действията, предприети в различни държави и у нас, за привличане и задържане на медицински сестри и други медицински специалисти.

Мерки за привличане и задържане на медицински сестри – примери от САЩ и някои европейски държави

Според данни на Американската сестринска асоциация (ANA), базираща се на американското статистическо бюро по заетостта, до 2022 г. е необходимо да бъдат обучени 1,1 млн. медицински сестри, за да не се допусне недостиг и да се осигури заместването на 500 000-те медицински сестри с предстоящо пенсиониране. Тревожните данни изискват действия. **Wood, D. (2009)** от AMN Health Care - американска организация, която работи в областта на подбора на здравен персонал обобщава 9, базирани на доказателства насоки за задържане на медицинските сестри в лечебните заведения:

1. *Създаване на правилната култура* – медицинските сестри искат да практикуват в среда, в която могат да бъдат успешни и да осигурят видовете грижи, които са обучени да предоставят;
2. *Осъществяване на самоуправление* – работодателите да провеждат интервюта с медицинските сестри преди да ги наемат, за да им споделят мисията и ценностите на организацията и само, ако кандидатите ги споделят, тогава да ги назначават. Ако те искат да изградят успешна кариера, вместо само „работа”, тогава ще се прояви и самоуправлението;
3. *Вслушване в идеите и опита на медицинските сестри и предприемане на действия, според тях* – някои от лечебните заведения в САЩ измерват удовлетвореността на медицинските сестри чрез системни проучвания. Резултатите показват, че в лечебните заведения, в които се отчита удовлетвореността на медицинските сестри и които се вслушват в мнението на медицинските сестри са с по-добри показатели относно задържането на сестринския персонал.

Пример: В Мемориалната болница в Мористаун, Ню Джърси са монтирани таванни елеватори, с които повдигането и придвижването на тежко болни пациенти е автоматизирано. В това лечебно заведение е постигнато ниво на задържане на персонала от 95,5 %. Ръководството се гордее с факта, че се вслушва в тревогите на медицинските сестри и насърчава сестрите от всички отделения да изработват собствени проекти, съобразно нуждите от промени на работното място.

4. *Създаване на добра колаборация между медицински сестри и лекари* – например: медицинските сестри участват заедно с лекари и други специалисти в дейностите по оценка на качеството на медицинската дейност.

5. *Развитие на лидери* – в Медицински център „Свети Йоан“ в Сейнт Луис е разработена програма за развитие на кариерата iCare. На медицинските сестри са осигурени кариерни наставници, с които те се срещат и обсъждат стъпките за постигане на професионално развитие и израстване в кариерата. Този медицински център е постигнал под 1 % текучество на медицински сестри.

6. *Прилагане на адаптационни програми за длъжността „медицинска сестра“ на новозавършили сестри* – такива програми са стартирани през 2002 и към 2016 година 250 лечебни заведения в САЩ са ги въвели. Тези програми са със срок 12 месеца и комбинират работа и учене. Целта е да се осъществи плавен преход между учебния и работния процес. Медицинските сестри, участващи в тези програми получават 90% от възнаграждението, предвидено за позицията след завършване на програмата. Веднъж седмично участват в обучение, имат ментор и веднъж месечно имат организирани срещи със свои колеги от програмата. На тези срещи обсъждат наученото до момента, както и професионалното си развитие. Според американски експерти, в национален мащаб, текучеството на новозавършили медицински сестри е 30.0%, но в лечебните заведения, където има въведена адаптационна програма, текучеството е сведено до 5.0%.

7. *Оказване на професионална подкрепа и развитие на медицинските сестри*

Пример с детската болница във Финикс, където е разработена 14 седмична клинична учебна програма, която допълва академичната подготовка с познания за педиатричните грижи. Експерти по човешки ресурси от тази болница отчитат, че за петгодишния период от въвеждането ѝ задържането на нови служители се е повишило от 60 на 90.0%.

8. *Връщане към здравните грижи* – Националният здравен алианс създава програма за „Възвръщане към грижите за болния“. В съответствие с тази програма, медицинските сестри са освободени от ангажименти, свързани с попълване на документация и са оставени по-дълго време да полагат грижи за пациентите. Програмата е приложена в отделенията на няколко болници. В резултат, проучванията показват, че

удовлетвореността на сестрите от работата им се е повишила, а текучеството е намаляло.

9. *Споделяне на успеха* – това е съществен подход, благоприятстващ повишаването на мотивацията за работа и удовлетвореността. За целта са разработени и се прилагат „стимулиращи програми за медицински сестри”. Например, сестрите планират и следят постиженията си, независимо дали това са участия и представяне на конференция, завършен курс за следдипломно обучение или друга обучителна програма, получени благодарности от пациентите или някакви други постижения, касаещи работата им. Ръководителят на отделението оценява най-успешната сестра и тя може да получи бонус от \$2000 за постиженията си през годината. За медицинските сестри, които имат повече от 15 години трудов стаж в едно и също лечебно заведение се отпускат 5 дни допълнителен платен отпуск (141).

В книгата си „Добри дела“, основоположникът на съвременния маркетинг **Филип Котлър (2014)** описва кампанията за бъдещето на медицинските сестри на международната фирма Johnson & Johnson (33). Кампанията стартира в Америка през 2002 г. като национален проект, който продължава и до днес. Надсловът на кампанията е „Посрещни бъдещето. Посрещни новото поколение медицински сестри“ (Meet the future. Meet the new generation of nursing). Основната цел на проекта е издигане авторитета на професията на медицинските сестри, набиране на повече нови и задържане на работещите сестри и наставници. Кампанията включва множество инициативи в национален мащаб и на локално ниво в щатите Калифорния, Мичиган, Масачузетс, Тенеси, Джорджия, Ню Джърси, Ню Йорк, Илинойс, Пенсилвания, Флорида и Тексас. Някои прояви на кампанията са:

- ✓ От 2011 г. *телевизионни предавания* представят на живо медицински сестри и тяхната важна роля за хората в здравен и емоционален аспект. Предаването „Медицинските сестри лекуват“ се излъчва и по здравния канал на компанията Johnson & Johnson;
- ✓ Видео клипове, чрез които в поредица от епизоди се разказва за „Един ден от живота на медицинските сестри“;
- ✓ *Рекламни материали* (за периода 2002 – 2012 г. на училища, университети, лечебни заведения и сестрински организации са предоставени 30 млн. броя), които дават

информация за дейности, които извършават медицинските сестри – грижи за хората в общността, посещения по домовете, сестра в училище, грижи за хронично болни, наставничество на млади специалисти и др.;

✓ *Интернет страница* www.discovernursing.com, предлага дистанционно обучение, поддържащи курсове, важни събития в живота на сестрите и линкове към ресурси в интернет, включително информация за медицински сестри от други страни;

✓ *Промоционални материали* – до 2011 година са раздадени 75 000 тениски с надпис „Стани сестра“ на студенти и преподаватели по време на кандидат-студентски кампании и 300 000 стикери за автомобили „Сестрите спасяват живот“;

✓ *Страница в социалната мрежа* фейсбук: Nursing Notes by Johnson & Johnson (Бележки за медицинските сестри от Джонсън и Джонсън), която към септември 2017 година има 214 564 харесвания и 207 275 последователи, а към април 2019 последователите са се увеличили с повече от дванадесет хиляди и достигат 219 712 души.

Въпросите, свързани с човешките ресурси в здравеопазването и по-конкретно със стратегиите и действията за привличането и задържането на медицински специалисти се разглеждат и на най-високо европейско ниво. През 2013 г. Европейската комисия възлага на Европейската асоциация по здравен мениджмънт (ЕАЗМ) провеждането на изследване, което има за цел да набележи и представи за анализ ефективни стратегии за привличане и задържане на специалисти в сферата на здравеопазването. То също така цели да предостави информация и да осигури отправна точка за разработването на организационни стратегии и политики по отношение на човешките ресурси в Европа. Резултатите от изследването са обобщени в доклад от 2015 г. „Привличане и задържане на медицинските специалисти в Европа“ (83) (123). Докладът се позовава на препоръките на СЗО от 2010 г. за привличане и задържане на здравните кадри и посочва кои са факторите за успех:

1. *Образование* - предлагане на възможности за непрекъснато професионално развитие, осигуряване на възможности за обучение и работа в сферата на здравеопазването за млади хора и/или безработни от необлагодетелствани райони; възползване от опита на маркетингова или комуникационна агенция при

реализацията на национални рекламни кампании за привличане на млади хора към образование в сферата на здравеопазването и пълноценно използване на социалните медии;

2. *Регулиране* - преглед на обхвата на практиката на медицинските специалисти. Осигуряване на възможности за поемането на повече отговорности и за смяна на задълженията с цел увеличаване на привлекателността на професията (най-приложимо за професията на медицинските сестри);

3. *Финансови стимули* - съчетаване на финансови стимули с други видове мерки за привличане и задържане, например образователни интервенции, възможности за напредване в кариерата и добра работна среда, тъй като сами по себе си финансовите стимули рядко са достатъчни, за да се подобри привличането и задържането на кадри;

4. *Професионална и лична подкрепа* - изграждане на подкрепяща работна среда, реализиране на дейности в подкрепа на физическото и емоционалното здраве на персонала, осигуряване на детски заведения и услуги за подпомагане на персонала при съчетаването на професионалните и семейните задължения;

5. *Други видове интервенции* - включване на мерки от различни области в пакети по привличането и задържането на кадри.

Докладът на ЕАЗМ разглежда няколко практически казуса, които са групирани в осем теми. В настоящата разработка се спираме на седем от тях, предлагащи стратегии и практически действия за привличане и задържане на медицински сестри.

Привличане на младите хора към сектора на здравеопазването

За решаването на проблема с недостига на медицински сестри през 2010 година провинция Залцбург (Австрия) предлага пакет от мерки, който включва:

1. Инициативи, с които сестринството да стане по-популярно и обществеността да бъде запозната с дейностите, извършвани от медицинските сестри;
2. Създаване на възможности на безработни лица да се обучават за медицински сестри като курсът на обучение се заплаща от провинция Залцбург и лечебното заведение, в което се провежда клиничната практика;
3. Задържане на медицинските сестри чрез подобряване на условията на труд;

4. Провеждане на информационни кампании с участието на множество партньори, осъществяващи дейност в здравния и социалния сектор.

Като част от мерките през 2012 и 2013 сред ученици е проведена социална кампания „Погрижи се за своята мечта“. Резултатите от нея са дали окуражаващи резултати. Организаторите отчитат удвояване на кандидатите за обучение в сестринските училища и нарастване със 100 кандидати годишно за обучение по специалност „Медицинска сестра“ в университетите.

Във Фландрия (Белгия) е въведена функция „Посланик на здравните грижи“ като част от екшън плана „За да работят работещите в здравеопазването“. Главна цел на посланика е да привлече колкото може повече заинтересовани лица, които да се обучават за медицински сестри, помощник сестри и болногледачи. С помощта на PR агенция е проведена информационна кампания на централно ниво, която в последствие се възприема и от местни организации. В хода на кампанията е създадена и Платформа за професионални консултации в здравеопазването. Най-важните параметри, отчитащи успеха на дейността на Посланика на здравните грижи са удвоеният брой на новоприетите студенти и намаляването на свободните работни места в сектора на здравните грижи. Също така отчетената висока посещаемост на фейсбук страницата на кампанията показва, че посланията са достигнали до целевата група.

В периода 2009 – 2011 година консорциум от министерствата на образованието и здравеопазването на Дания, датските региони, датските общини, професионални организации и колежи провежда 3-годишна кампания Hvid Зона за набиране на кандидати за обучение в здравния сектор, по-конкретно в специалности „медицинска сестра“, „рентгенов лаборант“ и „медицински лаборант“. Разходите за кампанията са разпределени пропорционално между участниците в консорциума. Резултатите са впечатляващи - за три години относителният дял на обучаващите е нараснал с 53.0 % - за „медицинска сестра“, с 84.0 % - за рентгенов лаборант и с 81.0% - за „медицински лаборант“.

Осигуряване на обучение, възможности за образование и научни изследвания за професионално развитие през целия живот

Програма „Летящ старт“ за новопостъпващи медицински сестри и акушерки - програмата е разработена от Националната здравна служба (НЗС) на Шотландия в

партньорство с медицинските университети и е финансирана от шотландското правителство. Реализира се чрез специално разработен сайт, в който е въведено учебно съдържание, организирано в 10 модула. Всеки новоназначен преценява в кои учебни модули да се включи, съобразно индивидуалните потребности. Участниците в програмата могат да разчитат на наставник, чиято роля е да оказва помощ в процеса на обучение и да подпомага успешното завършване на обучението. Възприемането на програмата и насърчаването за участие в нея е различно в цялата страна – на места обучението е задължително, на места – пожелателно. Ефектите от програмата "Летящ старт" върху набирането и задържането на квалифициран персонал в рамките на НЗС не са напълно измерени, главно поради липса на данни с необходимото качество. Въпреки това, резултатите от проучванията показват, че повечето професионалисти смятат участието си в нея за положителен опит, особено във връзка с развитието на клиничните умения и самочувствието.

Привличане на медицински сестри чрез разширяване на практиката и усъвършенстване на функциите

Във **Финландия** през 2012 година стартира проект Nuhtasuo Haltuun. Проектът е разработен, защото здравният център Nuhtasuo, предлагащ първична здравна помощ повече от 10 години изпитва недостиг на общопрактикуващи лекари и медицински сестри. Персоналът на здравния център години наред настоява да бъдат наети повече медицински сестри след като не могат да бъдат привлечени общопрактикуващи лекари. Общинските власти, обаче не са съгласни с подобна идея, защото във Финландия, "културната" идея, че лекарите трябва да осигуряват всички грижи за здравето е много силна. През 2012 г. ситуацията става критична и общината се съгласява да похарчи по различен начин парите, предназначени за общопрактикуващите лекари. Щатното разписание в медицинския център е променено: назначени са 4 медицински сестри на пълно работно време, 1 социален работник и един физиотерапевт на $\frac{1}{2}$ длъжност и 1 заместваща медицинска сестра на $\frac{2}{3}$ длъжност. Ръководството на здравния център е поето от медицинска сестра. Оценката на необходимите грижи за пациентите се прави от регистрирани медицински сестри, които са преминали допълнително обучение. Те решават дали пациентът трябва да посети здравния център и ако е така, дали трябва да бъде прегледан от общопрактикуващ лекар или от медицинска сестра. В резултат, повечето пациенти се консултират само от медицинските сестри. Основен фактор за

ефективното функциониране на новия начин на работа е, че медицинските сестри са опитни и добре образовани. Друг важен фактор е, че проектът Nuhtasuo Haltuun е реализиран от персонала на здравния център Nuhtasuo, поради което организационната промяна изисква разходването на минимални средства. Четирите допълнителни медицински сестри получават възнаграждения от финансовия ресурс, предвиден за заплати на двамата лекари, чиито работни позиции остават незаети. Допълнителното обучение - курс за предписване на лекарства е заплатен от работодателя (€ 5 000) и той е компенсирал времето за обучение от 20 учебни дни (т.е. медицинските сестри получават заплатата в дните за обучение). От гледна точка на персонала, проектът се оценява като успешен. Медицинските сестри имат усещането, че знанията и уменията им са използвани по по-добър начин, а това рефлектира върху удовлетворението им от работата. Общото усещане на пациентите също е добро и смятат, че качеството на услугите се е подобрило. Оценките за качество на грижите за хронично болни пациенти също чувствително се подобряват след старта на проекта.

В **Чехия**, през 2009 г., в отговор на недостига на медицински сестри, чешкото правителство взема решение да субсидира редица курсове за придобиване на специалност. Определени са 7 специалности – интензивни грижи, интензивни грижи в педиатрията, операционна сестра, психиатрични грижи, сестрински грижи в общността, организация на здравни услуги и управление на здравни услуги. Програмата за субсидиране е обща програма, достъпна за всички професионалисти по здравни грижи. През 2014 г. са определени общо 600 места, като 300 от тях са за сестри. Общият бюджет е около 2,200,000 евро. Субсидията се получава от работодателите като с нея те финансират всички разходи за обучението, вкл. за пътуване и храна, разходи за заплати по време на обучението, както и разходи за заплати на допълнителен персонал, който да замести обучаващите се сестри. От 2009 г. на годишна база са одобрени между 485 и 694 места за обучение. За съжаление, няма данни за получателите на субсидиите, така че не е ясно колко от тях всъщност остават в сестринската професия.

Осигуряване на добра работна среда чрез професионална автономност и участие на работещите

Проектът **Vuurtzorg** в **Холандия** е емблематичен пример за обявената от експертите по мениджмънт промяна в организационните отношения през XXI век, чрез прилагане на принципа на самоуправление в здравните грижи. **Vuurtzorg** е основана през 2006 г.

Тя въвежда нов начин на работа, в който медицинските сестри предоставят домашни грижи в самостоятелно организирани екипи, подкрепени от новите технологии и минимален управленски надзор. Екипите за домашни грижи на Vuurtzorg работят самостоятелно и разпределят задачите помежду си. Те организират работата на офиса, настаняването на пациенти, планиране на грижите, работни графици, планирането на отпуски, изпълняват административни функции, ангажирани са с наемането на нови служители, отчитат резултатите на екипа и т.н. Vuurtzorg е много успешна в набирането и задържането на персонал (от 100 през 2007 г. до 8000 през 2014 г.), отчита ниски нива на текучество и ниско ниво на отсъствия поради заболяване (<2% в сравнение със средно 6,5% през 2007 г. за бранша). Буртзъорг е отличен като "Най-добър работодател на Холандия" през 2007, 2011, 2012 и 2014 г. Vuurtzorg не получава външно финансиране за стартиране на дейността си. Започва с един малък екип от медицински сестри и постепенно се разраства. Началните разходи за нов екип са приблизително € 25,000.

Повишаване на привлекателността на болничната работна среда чрез подобряване на практиките, които осигуряват повече време за семейството

През 2009 г. нотингамският тръст на университетските болници /Нотингам/, разработва програма „Здраве и благоденствие“, чиято цел е да въздейства върху удовлетвореността, привличането и задържането на персонала. Тази програма включва множество дейности за подобряване на физическото и емоционалното състояние на служителите – ежеседмично участие във фитнес програми, семинари за справяне със стреса, на тримесечие измерване на нивата на стреса и др. Внедряването и изпълнението на програмата се оценява като демонстрация на мениджърски ангажимент от високо равнище. Ключов елемент за успеха на програмата е работата в партньорство – назначено е лице, което координира изпълнението на дейностите по програмата, работи се в партньорство с медицински сестри, които са специализирали в областта на трудовата медицина, създадени са външни партньорства с благотворителна организация. Създадена е работна група, която наблюдава изпълнението на стратегията и планове за действие. В резултат на внедряването на програмата, лечебното заведение подобрява организационния си профил и подобрява атрактивността си за медицинските специалисти.

Завръщане на медицински специалисти към професионалната практика

Във **Великобритания, Малта, Ирландия** и други европейски държави са разработени курсове, които предлагат актуализиране на знанията на дълго време не практикували професията медицински сестри и акушерки. Повечето курсове са базирани на образователни мерки и атрактивни финансови условия за връщане в практиката на медицинските специалисти, финансирани са от националните власти и са напълно безплатни за обучаемите. На европейско ниво се счита, че подобна мярка като набиране на бивши професионалисти би имала повече ползи в сравнение с разходите, които биха били платени за същия брой студенти в специалности „Акушерка“ и „Медицинска сестра“.

Във **Великобритания**, в партньорство, университетът „Нортумбрия“ и едно лечебно заведение от район Алнуик разработват програма за обучение на медицински сестри, които повече от три години не са упражнявали професията си. Обучението за медицинските сестри е напълно безплатно и се финансира от Националната здравна служба. Отчитането на това, какъв брой от преминалите обучение в последствие започват работа се осъществява чрез ПИН-а (персоналният идентификационен номер от Сестринския и акушерски съвет – NMC). Анализът на удовлетвореността от проведеното обучение за 2013/2014 г. показва висока удовлетвореност с оценка 4,2 при максимално възможни 5 точки.

Осигуряване на благоприятна работна среда за застаряващата работна сила

За интервенциите, свързани със съхраняване работоспособността на застаряващата работна сила са характерни разнообразието от мерки, стриктен организационен подход и осигуряването на значителни финансови ресурси.

В **Германия** от 2000 г. насам е създаден немски социален холдинг, осигуряващ грижи за възрастни. Ръководството на холдинга се фокусира върху все повече застаряващата работна сила и търси начини за подпомагане, съхраняване на работоспособността и по-продължително задържане на своите по-възрастни служители. Мерките, които социалният холдинг предприема са обвързани с мотото „Ние сме на възраст над 50 и какво от това?“ Програмата на дружеството включва инвестиции в превенция и промоция на здраве, курсове за продължаващо обучение, гъвкаво работно

време и др. Прилагането на мерките се осъществява в сътрудничество с Агенцията по заетостта и образователни институции. Социалният холдинг отчита, че независимо от значителният размер на инвестициите в застаряващата работна сила, рентабилността му се е повишила.

Стратегии и дейности за привличане и задържане на медицински сестри в България

В условията на критичен недостиг и налични данни, че недостигът у нас се покрива от пенсионирани медицински сестри или от такива заемащи повече от една длъжност, всяка мярка за повишаване интереса към професията на медицинската сестра е от изключителна важност. В периода 2013-2018 г. са предприети редица действия на национално и локално ниво за привличане и задържане на медицинските сестри у нас – инициативи за изменения и допълнения на нормативни документи, реализация на проекти и разкриване на стипендиантски програми, с цел финансово стимулиране на студенти в направление „Здравни грижи“, информационни кампании за популяризиране на професията „Медицинска сестра“ и др. Конкретни примери за предприетите действия предлагаме в изложението по-долу.

Дейности и кампании за популяризиране на професиите от направление „Здравни грижи“

Университетите, осъществяващи обучение в направление „Здравни грижи“ привличат студенти чрез различни инициативи като провеждане на дни на отворените врати, презентации на професиите от студенти пред ученици в гимназиален курс, „Ден на кандидат-студента“, студентски научни сесии по „Здравни грижи“, информационни кампании, разкриване на нови специалности. Като примери могат да бъдат посочени:

✓ дните на отворените врати в Медицински университет - Варна, които се провеждат от 2013 г. Инициативата дава възможност на учениците да се запознаят със специалностите и учебните програми, както и с възможностите за реализация след завършване на образованието си. Настоящи студенти отговарят на въпроси за обучението, изпитите и студентския живот на бъдещите си колеги;

- ✓ студентска научна сесия по „Здравни грижи“, която МУ – Плевен организира ежегодно от 2013 г.;
- ✓ проведената през май 2017 г. кампания за популяризиране на професията на медицинската сестра на МУ – София под надслов „Да избереш най-благородната професия в помощ на обществото, семейството и себе си – професията на медицинска сестра!“ (28).
- ✓ също през май 2017 г. в УМБАЛ - Русе е организиран Ден на отворените врати за студенти – медицински сестри. Целта на инициативата е да бъдат привлечени студентите, завършващи факултета по обществено здраве и здравни грижи на Русенския университет.
- ✓ По повод 5-ти май „Международен ден на акушерката“, през 2017 г. БАПЗГ с участието на студенти и акушерки от цялата страна провежда мащабната кампания за популяризиране на акушерската професия под надслов „Аз съм акушерка и съм до теб!“;
- ✓ Активности на БАПЗГ по повод международната кампания на СЗО и ICN - Nursing Now: 2017 г. Национална инициатива за есе „Очите, които не мога за забравя“, 2018 г. Национален конкурс за есе „Предизвикателството за работя в България“, 2019 г. Национална кампания за превенция на агресията срещу медици под надслов „Призвани сме да лекуваме, а не да воюваме“.

Регулиране на професията

Много важен момент за регулацията на сестринската професия е назначаването със заповед на министъра на здравеопазването от 12 май 2016 г. на национален консултант по здравни грижи. Част от ангажиментите на националния консултант са да работи съвместно с Министерството на здравеопазването за остойностяване на труда на специалистите по здравни грижи и да участва в разработването на политиките, отнасящи се до професионалното развитие на съсловието. Регламентирането на тази позиция е свидетелство за стратегически здравен мениджмънт, базиран на интегралния подход в управлението на здравеопазването.

По отношение на регулирането на професионалната дейност на медицинските сестри, съществен момент е и детайлното разписване в медицинските стандарти на

изискванията и специфичните дейности на медицинските специалисти, осъществяващи здравни грижи. Към Националния съвет по качество на БАПЗГ, през август 2017 г. са създадени работни групи, които разработват стандартите относно специалните грижи, които медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти извършват в лечебните заведения за болнична и извънболнична помощ. Чрез въвеждането на стандарти по здравни грижи към медицинските стандарти се цели осигуряването на оптимално качество на здравните грижи, както и създаване на механизъм за защита правата на пациентите и правата на работещите. Важно значение имат и предложенията, свързани с изискванията, осигуряващи минимална обезпеченост със специалисти по здравни грижи в зависимост от обема на необходимите здравни грижи, съобразно броя и тежестта на пациентите в съответната структура, както и допълнителните изисквания за квалификация на специалистите по здравни грижи, които осигуряват развитие към по-добро качество на оказваните грижи – задължително продължаващо медицинско обучение, притежаван сертификат, придобита специалност. Според **Борисова, С. (2017)** въвеждането на стандарти в практиката на медицинската сестра е необходимо и то трябва да бъде подкрепено от разработване на документация за отразяване на дейността на сестрата. Прилагането на стандарти и сестринския процес в практиката на медицинската сестра имат важно значение за внедряването „на иновационни подходи в сестринството, както и за утвърждаването на сестринската професия като автономна“ (9). **Тончева, С. (2018)** предлага въвеждане на супервизия и наставничество в сестринството като ефективен и иновативен подход за постигане на автономност на сестринската професия. „Супервизията може да допринесе за прилагане на стандарти в практиката, подкрепя и окуражаване, и сигурност за пациента. Супервизията може да има мощно и решаващо значение за бърза адаптация, за развитие на човешките ресурси и ограничаване на текучеството, особено в сектори с интензивно натоварване на медицинските сестри“ (72).

Финансови стимули

Безспорен факт е, че нивата на заплащане на труда на медицинските сестри у нас са в пъти по-ниски в сравнение с тези в повечето страни-членки на ЕС. В общия случай нивото на квалификация и вложеният труд превишават възнаграждението. През

последните години, обаче се наблюдават някои практически действия, които предлагат финансови стимули за привличане и задържане на медицински сестри.

В Програмата за управление на правителството на Република България за периода 2017-2021 г. е заложена цел „Развитие на човешките ресурси в системата на здравеопазването“. За постигането на тази цел са предвидени конкретни мерки, една от тях е Мярка 493: Разработване и обсъждане на нов модел за заплащане на работещите в системата на здравеопазването, обвързани с образователно-квалификационната степен и постигнатите резултати (57). В изпълнение на тази мярка през юли 2017 година Министерство на здравеопазването инициира създаването на **Стандарт за определяне на заплащането в сферата на здравеопазването**, съвместно с Министерство на финансите. Стандартът предвижда разработването на ясен механизъм за определяне на заплатите и допълнителното материално стимулиране на различните категории персонал в лечебните заведения. В средата на 2019 г. стандартът все още не е факт. На 17 юни 2019 г. влезе в сила Наредба № 5 за утвърждаване на стандарти за финансова дейност, прилагани от държавните и общинските лечебни заведения за болнична помощ и комплексни онкологични центрове. Наредбата регламентира управлението на човешките ресурси като задължава лечебните заведения държавна и общинска собственост и КОЦ да създадат вътрешни правила за набиране и подбор на кадри, определяне на трудовите възнаграждения, повишаване на квалификацията и професионално развитие на персонала. Едновременно с това трябва да бъдат въведени критерии и правила, по които да се определят средствата за работна заплата в съответното лечебно заведение, вкл. допълнително материално стимулиране за постигнати резултати. Новият регламент създава рамка, но не оправдава очакванията на медицинските специалисти за ясен механизъм при формиране на техните възнаграждения.

Сред финансовите стимули могат да се посочат заложените в **Колективните трудови договори** от 2016 и 2018 г., допълнителни трудови възнаграждения за медицинските специалисти по здравни грижи: за придобита специалност – 50,00 лв.; за професионалист с придобит първи сертификат за професионална квалификация – 20,00 лв.; за професионалист с придобит втори и следващ сертификат за професионална квалификация – 40,00 лв.

През 2015 година у нас е проведена кампанията „Млад медик“, която е инициирана от вестник „Стандарт“, а партньори са Министерство на здравеопазването, Български лекарски съюз, Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи и Дарик радио. Кампанията е подкрепена от фармацевтичната компания „Новартис“. В конкурса участват девет медицински сестри от различни университети в страната. Трите победителки са наградени от „Новартис“ с едногодишна стипендия от 400,00 лева месечно, а останалите шест участници БАПЗГ награждава с поемане на разходите за семестриалните такси за учебната 2015-2016 г.

Към финансовите стимули за привличане на студенти за обучение в приоритетни за държавата професии се отнася и мярката, предложена от Министерството на образованието и науката (МОН). В качеството на управляващ орган по Оперативна програма „Наука и образование за интелигентен растеж“, МОН залага 10,5 млн. лева за предоставяне на стипендии на студенти; 3 млн. лв. от средствата се предоставят за специални постижения. В тази категория, програмата отчита, че 142 медицински сестри са получили еднократно по 200,00 лв. през зимния семестър на учебната 2016/2017 учебна година. За летния семестър средствата са повишени до 300,00 лв. на студент.

Друга мярка е стартираният през октомври 2014 г. от Министерство на здравеопазването проект **„Специфични предизвикателства за здравето на ромското население“**, финансиран със средства от Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Норвежкия финансов механизъм 2009-2014. Заложените дейности в него са насочени към студенти, докторанти и специализанти от ромски произход, които се обучават в медицински специалности в България: медицина, дентална медицина, фармация, управление на здравните грижи, трудова медицина и работоспособност, както и обучаващите се за лаборанти, медицински сестри, акушерки, рехабилитатори, помощник-фармацевти и др. медицински специалности и специалности в медицински висши учебни заведения. Предоставена е финансова подкрепа на 135 студенти, докторанти и специализанти от ромски произход за покриване годишните такси за обучение и ежемесечни стипендии. Проведени са обучения по застъпничество, реализирано в рамките на летни лагери.

Стипендиантски програми

Недостатъчният брой медицински сестри е причина все повече **лечебни заведения да предлагат стипендии** за студенти - медицински сестри, както и договор за работа веднага след завършване на образованието. Примери се откриват за няколко лечебни заведения: в периода 2010 - 2015 г. в УМБАЛСМ „Пирогов“ е разработена мотивационна програма за привличане на медицински сестри. Тя е насочена към служители с немедицинско образование. Тези служители участват в обучение за преквалификация по професия „Медицинска сестра“ и лечебното заведение заплаща семестриалните такси в продължение на целия курс на обучение. В допълнение, на дипломираните служители е гарантирано работно място за период от 3 години. Друг аспект на мотивационната програма, касаещ задържането на медицински сестри е допълнителното материално стимулиране, което получават медицинските сестри, придобили специалност „Анестезиология и интензивни грижи“. В съответствие с договореност между Русенския университет и лечебните заведения в гр. Русе, през 2014 г. студентите от специалности „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ работят срещу стипендия от 100,00 лв. месечно, която получават в продължение на 12 месеца. Софийската МБАЛ „Света София“ има стипендиантска програма за учебната 2017/2018 за студенти, завършили I-ви курс. Средства са предвидени за пет студента, като размерът е 300,00 лв. месечно. Целта на ръководството на болницата е да подкрепи студентите по време на обучението им, да фокусира върху практическата подготовка, да създаде стимул за работа и перспектива за младите хора в областта на здравеопазването, като им гарантира и работно място по специалността. „ЕЛПИДА“ е стипендиантската програма на частната софийска болница МБАЛ „Надежда“. Тази програма предвижда медицински сестри и акушерки да се обучават на територията на лечебното заведение в неангажираното с учебни занятия и практическо обучение време по предварително изработен план-график. Средствата, които са предвидени са 300 лв. месечно (3600лв. годишно) за студенти 2-ри курс; 400 лв. месечно (4800 лв. годишно) за студенти 3-ти курс. Завършилите програмата стипендианти сключват трудов договор за работа в МБАЛ „Надежда“ за 4 години.

Университетската болница „Свети Георги“ в Пловдив отпуска през 2017 година 20 стипендии за студентите от специалността „Медицинска сестра“. Мярката се прилага за

първи път от лечебното заведение и цели да осигури подкрепа по време на обучението, както и да привлече и задържи млади медицински специалисти. Размерът на стипендията зависи от успеха – за студенти с успех 4,50 – 5,50 са предвидени между 150 и 170 лева, а за тези с успех над 5,50 – 200,00 лв. С тази мярка болницата се опитва да реши проблема с непрекъснатата нужда от медицински специалисти. Освен стипендията, студентите имат и гарантирано работно място в лечебното заведение след завършването си. Идеята е младите новопостъпили сестри да облекчат работата на текущо работещите екипи.

Тъй като проблемът с недостига на медицински сестри е проблем на цялото общество, има редица добри примери за действия на някои общински власти в страната:

- В Община Самоков е взето решение за академичната 2017/2018 г. да бъдат отпуснати 5 стипендии за обучение на медицински сестри и акушерки. Реализацията на идеята изисква МБАЛ – Самоков да сключи договор за работа със стипендиантите, като лечебното заведение заплаща семестриалните такси за 4-годишния срок на обучение.

- Община Горна Оряховица е учредила **фонд за финансова подкрепа на млади лекари и медицински сестри**. Целта е да бъдат привлечени млади здравни специалисти, за може да продължи дейността на общинското лечебно заведение. В края на 2016 година в лечебното заведение работят 133 медицински сестри, голяма част от които са в пенсионна или предпенсионна възраст, а нови кандидати няма.

- С решение на Общинския съвет от декември 2016 г., Община Павликени осигурява стипендии за желаещи да се обучават за медицински сестри. Финансирането е предложено от общинската болница, където не достигат медицински кадри. МБАЛ - Павликени поема и разходите за транспорт на желаещите да учат подобен профил във Велико Търново или Плевен.

- За академичната 2017/2018 г. съобразно дефицитните за района специалисти Община Генерал Тошево отпуска 3 стипендии – една за медицински лаборант и две за медицински сестри. Предвидените средства са съответно 400,00 лв. и 350,00 лв. Поставено е изискване след завършване на обучението медицинските специалисти да упражняват професията си на територията на финансиращата община.

- През март 2018 г. Столична община в партньорство с Факултет „Обществено здраве“ на Медицински университет – София открива програма за финансово подпомагане на 10 студенти, обучаващи се по специалността „Медицинска сестра“. Основна цел на програмата е младите специалисти да имат стимул да работят в общинските лечебни заведения. Условието за отпускане на 300,00 лв. месечно са завършен първи курс, успех от следването не по-нисък от много добър (4,50), писмени препоръки от преподавател и оставане на работа в системата на общинското здравеопазване за период от 3 години, след завършване на обучението.

- Като индиректна форма на финансиране разглеждаме и възможността за безплатно обучение по специалност „Военна медицинска сестра“ с придобиване на образователно-квалификационна степен „бакалавър“. Специалността е разкрита през 2017 г. от МУ-Варна, Висшето военноморско училище „Н. Й. Вапцаров“ и Военномедицинска академия – София. Мотивиращите фактори за избор на тази професия са няколко като по-важните от тях са свързани с факта, че за студентите няма такси за обучение, паралелно с придобиването на образователно-квалификационна степен „бакалавър“ по специалност „Медицинска сестра“ се придобива и военна специалност „Медицина“ с четвърта степен на професионална квалификация, професионалната реализация след завършване е гарантирана с 10-годишен договор за работа.

От прегледа на предприетите мерки за привличане и задържане на медицински сестри у нас установяваме, че активностите са по-скоро с локален и временен характер, инспирирани са в резултат на недостига на човешки ресурси. Мерките не съставляват елементи на националната здравна политика, а са реализирани от отделни участници в здравната система. Необходими са и допълнителни стимули, които да увеличат привлекателността на професията на медицинската сестра. ***При недостиг на кадри, експерти по човешки ресурси препоръчват повишаване на финансовата и професионалната подкрепа за новозавършващи студенти, както и инвестиции в продължаващо професионално обучение и възможности за кариерно развитие на наличните кадри.***

3.3. Медицинските сестри като част от икономиката, базирана на знанието

Препоръката на СЗО от 2010 г. за привличане и задържане на здравните кадри посочва, че един от факторите за успех е образованието. В доклади на Световната банка, разработвани в разстояние на 20 години – през 1998 и 2018 се посочва, че за страните, които стоят начело на световната икономика, балансът между познание и ресурси се е изместил толкова много към познанието, че то се превръща в може би най-важният фактор, определящ стандарта на живот – повече от земята, от средствата за производство, от труда. Днес най-напредналите в технологично отношение икономики са наистина базирани на знанието (142). Икономиките, чиито граждани имат по-високи знания и умения бележат по-бърз растеж. Високата грамотност стимулира икономическото развитие и се отразява в по-добри здравни резултати (143).

Предприсъединителният етап и влизането на България в ЕС през 2007 г. са свързани с кардинални промени в националното законодателство в областта на медицинското образование и професионална квалификация. Промените се отнасят не само до базовото образование на медицинските сестри, но са свързани и с нови възможности за придобиване на бакалавърски и магистърски степени по управление на здравните грижи, участия в различни форми на продължаващо обучение, изграждане на научна кариера с придобиване на най-високата степен на висшето образование “доктор” и заемане на академични длъжности.

Базово обучение на медицинските сестри

Обучението по професия “Медицинска сестра” у нас има над 120-годишна традиция. За развитието на сестринството в България започва да се говори едва след Освобождението на страната през 1878 г. (65). Историческата справка по-долу илюстрира развитието на сестринското базово образование (38) (55):

Табл. 4 Обучение на медицински сестри от 1894 до 2007 г.

Период	Наименование на обучаващата институция	Ниво на завършването образование	Продължителност на обучението и минимално входящо образователно ниво
от 2007	Медицински университет (МУ) или университет с факултет по общественото здраве	Висше образование, ОКС “Бакалавър”	4 години - след средно образование и приеман изпит
1997 - 2006 г.	Медицински колеж (МК) към Университет	Висше образование на ОКС “Специалист”	3 години - след средно образование и приеман изпит
1990 - 1997 г.	Полувисш медицински институт (ПМИ)	Полувисше медицинско образование	2,5 години - след средно образование и приеман изпит
1981- 1990 г.	Институт за подготовка на здравни кадри със средно-специално образование (ИПЗКССО)	Средно-специално медицинско образование	2 години - след средно образование и приеман изпит
1975 - 1981 г.	Полувисш медицински институт (ПМИ)	Полувисше медицинско образование	2 години - след средно образование и приеман изпит
1945 - 1974	Обединено медицинско училище (ОМУ)	Средно специално образование	2 години - след средно образование и приеман изпит
1900 - 1945	Софийско сестринско училище	Средно образование	1 г. до 1910 г. 2 г. – след 1910 г.
1894 - 1899	Славянска беседа и Александровска болница		13 месеца - 10 месеца – лекции и практика - 3 месеца стаж

В настоящия момент в страната има девет висши учебни заведения, в които се провежда обучение на медицинските сестри: Медицински университет – София (и филиал в гр. Враца), Медицински университет – Пловдив, Медицински университет – Плевен, Медицински университет – Варна (и филиали в градовете Шумен, Велико Търново и Сливен), Софийски университет „Св. Климент Охридски“, Тракийски университет – Стара Загора (и филиал в гр. Хасково), Русенски университет „Ангел Кънчев“, Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ – Бургас и Югозападен университет „Неофит Рилски“, гр. Благоевград. Обучението се основава върху Наредбата за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „медицинска сестра“ и „акушерка“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“, при следните условия:

- ✓ прием - след средно образование и полагане на писмен конкурсен изпит и събеседване

- ✓ форма на обучение - редовна
- ✓ продължителност - 4 учебни години с минимален хорариум от 4600 часа
- ✓ обучението включва теоретична и клинична подготовка:

теоретичната подготовка се осъществява чрез задължителни учебни дисциплини не по-малко от 7 семестъра и минимален задължителен хорариум от 1860 часа

клиничната подготовка се осъществява чрез клинична практика и преддипломен стаж: клиничната практика се провежда от първи до седми семестър, включително, с продължителност - не по-малка от 1860 часа; преддипломният стаж е не по-малко от един семестър (20 учебни седмици) и не по-малко от 880 часа.

Обучението по специалността „медицинска сестра” завършва с единен държавен изпит по общи и специални сестрински грижи – теория и практика.

“Бакалвърското медицинско образование дава отговор на новите здравни реалности и потребности за подготовка на медицински специалисти, притежаващи професионална подготовка, мотивация, адаптивност и конкурентоспособност за пълноценна и адекватна професионална реализация и развитие” (73). Хармонизираното с европейските стандарти обучение дава достъп на медицинските кадри до международния трудов пазар. Този факт поставя пред високи предизвикателства работодателите в сектора, тъй като нивата на заплащане на тази категория труд са в пъти по-ниски в сравнение с голяма част от страните-членки на ЕС. Освен това много чужди експерти признават, че качеството на обучението на медицинските сестри в България е добро. Така сестринският труд се явява лесноконвертируем на европейския пазар.

Обучение на ръководители по здравни грижи

Реформирането на здравната ни система през 90-те години на ХХ век и преходът от централизирано регулиране към система, базирана на пазарни механизми, налагат нови изисквания пред управлението на човешките ресурси в здравните грижи. За сестрите мениджъри вече е необходим широк спектър от познания, компилиращ управленската наука и новосъздаващата се нормативна база в областта на здравното, трудовото, административното, гражданското и наказателното законодателство: Конституция, Кодекс на труда, Закон за здравето, Закон за лечебните заведения, наредби на

Министерството на здравеопазването, национални и браншови синдикални решения и др. Създаването на ново поколение здравни мениджъри в областта на здравните грижи започва с разкриването през 1995 г. на Факултет „Сестринско дело“ към Медицински университет – София. Този факултет дава началото на обучението по специалност „Управление на здравните грижи“ с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ в България. През 1996 г. в Плевен е открит и вторият факултет в страната за обучение на здравни кадри в здравните грижи. В последствие се разкрива обучение в Пловдив, Варна и Стара Загора. В софийския Факултет „Сестринско дело“ за първи път се създават учебни програми по дисциплината „Управление на здравните грижи“, която е с хорариум 270 часа. Темите са напълно нови, съответни на тематиките в европейските страни и същевременно адаптирани към условията в нашата страна (65). Десет години след началото на обучението, с Постановление №215 от 18.06.2017 г. е приета и Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалността „Управление на здравните грижи“ за образователно-квалификационните степени „магистър“ и „бакалавър“ от професионално направление „Обществено здраве“. Наредбата регламентира минималното входящо образователно равнище и хорариума, който за лица с придобита специалност „Медицинска сестра“ не може да бъде по-малък от 990 часа(45). В сравнение с първоначално разработените учебни програми, хорариумът е утроен, което е показателно за успешното развитие на това професионално направление.

За медицинските сестри, които търсят реализация в обособен раздел от медицинската наука е създадена възможност за придобиването на специалност в системата на здравеопазването. Регламентът на това обучение е създаден през 2008 г. с Наредба №34 на МЗ (сегашна Наредба №1 от 22 януари 2015 г.) В съответствие с тази наредба медицинските специалисти с висше образование по специалност от професионално направление „Здравни грижи“ могат да специализират в петнадесет клинични специалности и една неклинична.

Научна кариера на медицинските сестри

Медицинските сестри имат възможност за кариерно израстване чрез придобиване на образователна и научна степен „доктор“. Акредитирани програми за обучение в област

на висшето образование „Здравеопазване и спорт“ и професионално направление „Обществено здраве“ предлагат всички медицински университети в страната ни - МУ – София, МУ – Пловдив, МУ – Плевен и МУ – Варна. Възможност за придобиване на ОНС «доктор» в докторска програма «Управление на здравни грижи» към 2019 г. е предложена от един медицински университет – МУ – Варна. Хабилитирането на медицинските сестри е реализация на европейската идея „сестри обучават сестри“ и един от пътищата за преодоляването на медикрацията в здравната ни система.

Учене през целия живот и продължаващо обучение на медицинските сестри

В съответствие с реформаторската програма на Европейския съюз, през 2000 г. е приета Лисабонската стратегия, чиято стратегическа цел е до 2010 г. европейската икономика да бъде най-конкурентоспособната в света, динамична, основана на знания икономика с повече и по-добри работни места и по-висока социална кохезия. Постигането на тази цел изисква изключително внимание към осигуряването на подходящо образование и професионално обучение за подобряване пригодността за заетост на работната сила.

В областта на здравеопазването, човешките ресурси се разглеждат като ресурси, които имат ключово значение за неговото развитие (104). Според **Питър Дракър (2005)** „Здравеопазването и образованието би трябвало да продължат да бъдат основни „разрастващи се сектори“ – поне така сочат демографските тенденции.“ Намаляването на раждаемостта и увеличаването на броя на възрастното население, Дракър определя като най-поразителното и най-неочакваното явление, което няма прецедент в историята на света. Тенденциите, които се очертават са свързани със значителни вътрешни промени за секторите на здравеопазването и образованието – „[...] преход от обучение на деца към последващо обучение на високообразовани възрастни квалифицирани работници. Вероятно предстоящите промени в сферата на здравеопазването – във всяка една от развитите страни – ще бъдат по-радикални и скоротечни.“(21) Информационният век и ускореното навлизане на нови технологии поставят пред здравните мениджъри изискването да възприемат непрекъснатото обучение на здравните специалисти като ключова инвестиционна стратегия (134). В международен аспект за продължаващото обучение на медицинските сестри няма единна терминология. Срещат се термини като „продължаващо обучение“, „учене през целия

живот“, „развитие на професионалните умения“, „продължаващо професионално развитие“ и други. Най-често използваният термин е „продължаващо професионално развитие“ (continuous professional development - CPD) (124). Според Европейската федерация на сестринските асоциации (EFN), CPD е част от ученето през целия живот и то се определя така: „Продължаващото професионално развитие е непрекъснат процес на личностно израстване, усъвършенстване на способностите и реализиране на пълния потенциал на професионално активните хора. Постигането на това е възможно чрез получаване на широк спектър от знания, умения и опит, които не се придобиват по време на базовото обучение или рутинната работа“ (96). ***Продължаващото обучение, в литературата се определя както система, която предлага възможности за медицинските сестри да поддържат, подобряват и разширяват своите знания и опит.*** Така чрез ППО се постига двупосочен ефект – от една страна кариерно развитие на здравните професионалисти и от друга – повишаване качеството на здравните услуги (3) (87) (125) (136).

Динамиката на днешния свят изисква от всеки да поддържа, надгражда и усъвършенства своите знания и умения непрекъснато, а за медицинските сестри, които упражняват регулирана професия това е ключов елемент от професионалното им развитие. Една от основните цели на продължаващото професионално обучение (ППО) е да допринесе за придобиването на нови знания и умения, чрез които да бъдат посрещани потребностите на съвременната медицинска практика. Важността и значението на непрекъснатото обучение в сестринството са подчертани още през 1975 година в резолюцията, приета от Международния сестрински съвет (ICN) на конференция в Сингапур. „В светлината на бързите научни, технологични и социални промени, ICN е убеден в значението на продължаващото сестринско обучение, за да се осигури безопасна и ефективна медицинска помощ.“ (120). Почти половин век по-късно, продължаващото сестринско обучение продължава да бъде във фокуса на ICN. В партньорство със Световния алианс за продължаващо обучение (WCEA) е създадена глобална мрежа за продължаващо обучение, която ще предлага възможности за обучение на медицинските сестри по целия свят. В доклад на Европейската комисия от 2015 г. се посочва, че „непрекъснатото професионално развитие (НПР) и ученето през целия живот (УЦЖ) са крайъгълни камъни за професионално израстване“ (128).

Същият документ определя ННР като „етичен ангажимент на всички здравни специалисти, изпълнението на който гарантира актуални професионални знания и допринася за повишаване качеството на грижите за пациента.“

Планът за действие на Европейската комисия за здравната работна сила на ЕС адресира ННР като инструмент, свързан с безопасността на пациентите в контекста на трансграничната мобилност на здравните специалисти и пациентите в ЕС.

В България, ученето през целия живот на медицинските сестри е дефинирано в Закона за здравето и ЗСОМСААМСЗПФ с термина продължаващо медицинско обучение. Стратегическите документи, които акцентират върху важността на ученето през целия живот в нашата страна са: Националната стратегия за продължаващо професионално обучение 2005 – 2010, Национална стратегия за учене през целия живот за периода 2008 – 2013, Национална стратегия за учене през целия живот за периода 2014-2020.

Стратегиите дефинират **продължаващото професионално обучение** като обучение на лица над 16 години за придобиване, разширяване и усъвършенстване на професионалната квалификация с цел подобряване на пригодността за заетост, подпомагане на професионалната кариера и индивидуалното развитие. **Ученето през целия живот** е определено като процес на усвояване и придобиване на знания и умения чрез формално и неформално обучение и учене, и чрез самостоятелно учене в продължение на цялата жизнена дейност на човека. Ученето през целия живот се разглежда от позиция на обществото като един от най-важните фактори за развитие и усъвършенстване на професионалната реализация и насърчаване на активното участие на гражданите в икономическия живот.

У нас, изграждането на системата за продължаващо професионално обучение (ППО) на специалистите по здравни грижи с кредитиране на участията във формите продължаващо обучение започва с приемането през 2005 г. на Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти (ЗСОМААМС) в отговор на предстоящото членство на страната ни в Европейския съюз. В началото на XXI век хармонизирането на българското законодателство с европейското постави нови изисквания не само към базовото, но и към продължаващото обучение на здравните професионалисти. Законът за здравето – чл. 182 и ЗСОМААМСЗПФ дефинират участниците в системата на ППО:

1. БАПЗГ - организира, координира, провежда, регистрира и контролира продължаващото обучение на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти при условия и по ред, определени в договори с висшите медицински училища и базите за следдипломно обучение (чл. 8, т.7 от ЗСОМААМСЗПФ);
2. Висши медицински училища и бази за следдипломно обучение – провеждат продължаващото обучение на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти;
3. Главна медицинска сестра (акушерка, рехабилитатор) – планира и организира следдипломното обучение на медицинските специалисти в лечебното заведение с образователна степен, по-ниска от „магистър“;
4. Съвет по здравни грижи – консултативен орган на главната медицинска сестра (акушерка, рехабилитатор) по планирането и провеждането на следдипломното обучение на медицинските специалисти в лечебното заведение с образователно –квалификационна степен „бакалавър“ и „професионален бакалавър“;
5. Специалисти по здравни грижи – участват в организирани форми на ППО.

Наред с групата на горепосочените участници - организиращи, координиращи, планиращи и обучаващи, съществена роля относно възможностите и мотивацията за участия на специалистите по здравни грижи в ППО има и групата на страните, подписващи Колективния трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“:

6. Министър на здравеопазването, синдикати и работодатели – подписват Колективен трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“, където на договаряне подлежи възможността за ползване на платен служебен отпуск за посещение на конгреси, конференции и др.

Развитието на ефективна система за продължаващо обучение в контекста на ученето през целия живот е подчинено на активното взаимодействие на всички посочени участници (Фиг. 2). Ясното формулиране и координиране на отговорностите в системата на ППО за специалистите по здравни грижи е предпоставка за осигуряване на високо качество на обучението чрез предлагане на разнообразни форми на обучение, които да отговарят на потребностите на медицинските сестри и на останалите професионалисти от направление „Здравни грижи“. Съществуването на добра

колаборация между отделните участници в системата на ППО е от ключово значение по отношение на формирането на култура и мотивация за учене през целия живот.



Фиг. 2 Участници в системата на продължаващо обучение на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти

През 2016 г. с промяна в ЗСОМААМС (чл.39, ал.5) се поставя императивно изискване за участия в ППО на всички специалисти по здравни грижи. Тази регулация е въведена с цел на пациентите и обществото да бъде гарантирано, че предоставяните здравни грижи са качествени, ефективни, безопасни и базирани на етични принципи. Инструментът на базата, на който се осъществява регистрацията на участията в продължаващо обучение е Единната кредитна система за оценка на формите на продължаващо обучение на специалистите по здравни грижи (ЕКС). Физическото отразяване на кредитните точки се извършва в Националния електронен професионален регистър (НЕПР), който БАПЗГ води и поддържа в съответствие с чл. 8, т.2 от ЗСОМААМСЗПФ.

Формите на продължаващо обучение, които подлежат на кредитна оценка са организирани в осем категории и включват участия в курсове, научни конгреси, семинари, симпозиуми, конференции, абонаменти за научни издания, дистанционно

обучение и др. Според **Балканска, П. (2010)** за човешките ресурси в здравните грижи подходящи са освен обученията за повишаване на професионалната квалификация и обученията, насочени към развитие на потенциална на участниците за работа в екип, към сплотяване на екипа и изграждане на отношения на доверие и сътрудничество в екипа, отделението и лечебното заведение. Комбинацията от надграждането на професионалната компетентност и развитието на меки умения има потенциала да доведе до ползи за обучаващите се в няколко аспекта:

1. Усъвършенстване на уменията за работа в екип;
2. Повишаване на мотивацията за работа и удовлетвореността, респ. качеството на индивидуалното и организационното изпълнение;
3. Засилване на усещането за приобщеност и повишаване на лоялността към организацията;
4. Взаимно опознаване на членовете на екипа, нарастване на доверието между тях;
5. Развиване на компетентността на общуване в група и екип и стимулиране на уменията за съгласуване на усилията и търсене на нестандартни решения;
6. Релаксиращ ефект, емоционално разтоварване от напрежението във всекидневното, отпускане и разчупване на стереотипното поведение (4).

Обученията като част от системите за управление на човешките ресурси имат въздействие върху ангажираността на служителите. Проучванията показват, че обученията допринасят за повишаването на доверието на служителите към организацията, подобряват се качеството на извършваните дейности, екипната работа и сътрудничеството, развива се хуманно отношение (107). Чрез обученията се развиват гражданските добродетели и проактивността към участие в различни събития и срещи, инициирани от организацията, както и учтивост и подход към търсене на общ език и кооперативност (81).

Наред с развитието на меки умения, за съвременната медицинска сестра, важни са и дигиталните компетентности. Информационните технологии са навлезли във всички сфери на нашия живот и са неотменна част от професионалната ни дейност. Образованието и обучението не правят изключение. Поради това, в отговор на промените в социално-икономическите условия и динамичното развитие на информационните технологии, от 2015 г. БАПЗГ предлага възможност на

професионалистите по здравни грижи да надграждат своите знания и умения чрез иновативната форма на дистанционно обучение.

Съгласно определението на CEDEFOP дистанционно обучение е обучение, при което преподавателят и учещият не са в постоянен непосредствен контакт и контактуват предимно чрез подходящи комуникационни медии: електронни медии, телекомуникации, кореспонденция, Интернет, чрез мултимедийни продукти и др. При дистанционното обучение се използват предварително разработени учебни курсове и пакети с учебна документация за учещите, които включват печатни материали (учебни книги и допълнителна информация), аудио и/или видео записи, дискове, както и точни инструкции за организацията и провеждането на обучението. Учещият учи самостоятелно в избрано от него време, място и стратегия на учене, като поддържа периодични контакти с обучител (инструктор, тютор, наставник, курсов консултант).

Както посочват **Lahti, M., Hättönen, H et al.(2014)** трансферът на знания сред медицинските специалисти чрез дистанционна форма на обучение е също толкова ефективен, колкото и ученето в традиционна форма (112). Експерти на ЮНЕСКО и правителствата на развитите страни споделят мнението, че е-обучението е единственото средство, което може да осигури на хората ниво на квалификация, съответстващо на изискванията на информационното общество. На e-learning технологиите се разчита за приучаването на младите хора към нов стил на образование, развиващ техните умения и навици за обучение, продължаващо през целия живот. Ето защо електронното обучение, даващо възможност необходимите на обществото кадри да бъдат подготвени за минимално време и при минимални разходи, се откроява като приоритет още от началото на XXI век в образователните реформи на страни като САЩ, Великобритания, Канада, Австралия, Германия, Франция и др. (145).

На европейско ниво, рамката за обучение е поставена чрез стратегическия документ «Обучение и образование 2020». Целта на политиката на Европейския съюз (ЕС) е да се подкрепят действия в национален мащаб и да се помага при преодоляването на общи предизвикателства, като застаряващите общества, недостига на умения на работната сила, развитието на технологиите и глобалната конкуренция. Първа сред стратегическите цели, заложи в документа е превръщането на ученето през целия живот в реалност. Новите технологии, предлагани чрез ИКТ инструментите, се

разглеждат като възможност за отваряне на образоването и обучението и повишаване на тяхната ефективност. В близко бъдеще се очаква приблизително 90% от работните места да изискват умения в областта на цифровите технологии. Поради това е от съществено значение системите за образование и обучение да осигуряват тези умения (69).

Дистанционно обучение е област от образованието, която се фокусира върху дизайна на педагогически, технологични и индустриални системи, които имат за цел да предоставят обучение на участниците, които не са физически на определено място. **Mielke, D. (1999)** дефинира дистанционното обучение като „метод на обучение, при който учащият физически е отделен от преподавателя и учебното заведение.“ Този метод може да се прилага самостоятелно или в комбинация с други форми на обучение, включително традиционния начин на обучение „лице в лице“ (face-to-face instruction) (115). При всяко дистанционно обучение е необходимо да има преподавател, един или повече учащи и учебен курс или програма, която преподавателят да преподава на учащите. При дистанционното обучение, както и при традиционното, се изисква учащите да бъдат изпитвани, оценявани, да им се дава помощ, където е необходимо и да бъдат подготвени за изпити. За тази цел е необходимо да има двупосочна комуникация. Ученето може да бъде индивидуално или групово, като и в двата случая то може да става без физическото присъствие на преподавателя. Учебният материал трябва да бъде структуриран в такава форма, че да позволява ученето от разстояние.

Дистанционното обучение придобива все по-голяма популярност. За това има няколко причини. Първо, дистанционното обучение чрез e-learning отваря нови възможности за учащите, които иначе не биха могли да участват в учебния процес. Такива потенциални учащи са например хората, които са затруднени да отидат в учебното заведение по една или друга причина, тези които живеят и работят на далечно място. Второ, дистанционното обучение с Интернет позволява да се обучават голям брой учащи с относително малко преподаватели, което означава по-ниски разходи. Трето, желаещите да учат имат възможността да продължават своето обучение през целия си живот без значение къде и как живеят. Така впоследствие цялото общество има полза, защото много повече хора успяват да получат образование, да повишават своята квалификация.

Реализацията на дистанционното продължаващо обучение създава възможности да бъдат преодолените факторите, които ограничават достъпа на специалистите по здравни грижи до системата на продължаващото обучение:

1. Географски – традиционната форма на обучение е съсредоточена в големите градове на страната. Това се превръща в сериозна бариера за голяма част от съсловието. Глобализацията и бързите темпове в развитието на технологиите вече създадоха възможности за достъп до Интернет в малките населени места, дори и в селата. Чрез системата на e-learning специалистите по здравни грижи от отдалечените краища на страната могат да бъдат равнопоставени на тези, живеещи в големите регионални центрове и столицата на страната. Териториалните ограничения са преодолените и всеки един представител на съсловието има равен достъп до електронно базираната система за продължаващо обучение.

2. Социални – професиите на медицинската сестра, акушерката, лаборанта и др. са много отговорни и изключително натоварващи. Неслучайно тези професии са включени в Списъка на регулираните професии. Намаляващият брой на тези професионалисти води до натовареност по-висока от присъщата за отрасъла. Поради тази причина здравните специалисти са и физически ограничени в достъпа до традиционната обучителна система. В този смисъл системата за e-learning се превръща в необходимост и решение, защото е съобразена с ограничения бюджет на времето и предлага свободата всеки да се обучава в избран от него момент.

3. Икономически – за голяма част от специалистите по здравни грижи месечното възнаграждение е близко до минималната работна заплата за страната и всъщност бюджетното ограничение е най-сериозната бариера за включване в каквито и да било форми на продължаващо обучение. В редки случаи работодателите в здравеопазването отделят средства за квалификация и повишаване на уменията на своя персонал, а централизирания характер на обучението у нас допълнително допринася за високите разходи за обучение и образование (тук се включват разходи за заплащане на курс или такса участие в конференция, пътни разходи, разходи за нощувка, дневни и др.). Чрез електронната система на обучение, разходите на специалистите по здравни грижи се свеждат до разход за достъп до Интернет и таксата за съответния курс.

Тъй като в България няма култура за учене през целия живот, повишаването на квалификацията и преквалификацията на населението в трудоспособна възраст може да зависи от предоставянето на по-добри стимули. Делът на българите на възраст 25 - 64 години, които са включени в образование и обучение (1,5 % през 2012 г.) трайно е под средното за ЕС ниво (9 % през 2012 г.; ЕК 2013 г.). Проучването BLISS на Световната банка от 2016 г. установява, че едва 7 % от населението на България в трудоспособна възраст е участвало в обучение за подобряване на уменията през 2015 година. Причините за неучастието варират в широки граници в зависимост от статуса на пазара на труда: за заетите основната причина е липсата на време, докато безработните в голяма степен не са били информирани за подходящите възможности за обучение, а неактивните лица съобщават за липса на интерес (40).

Както вече беше посочено за медицинските сестри, продължаващото обучение има ключова роля, защото то гарантира качествени и ефективни здравни грижи. Създадени са множество възможности за участие в продължаващо обучение, но въпреки това изследвания в тази област показват, че има медицински сестри, които не участват поради различни причини. Някои от тях са финансови (необходимост от лично финансиране), липса на подкрепа от страна на работодателя, семейни ангажименти (125) (140). По данни от неофициални проучвания на БАПЗГ бариерите пред участие в ППО, които посочват медицинските сестри у нас напълно кореспондират с тези, установени за чуждестранните им колеги. Към тези бариери можем да добавим и възрастта като ограничаващ фактор. „Мотивацията за професионално развитие на професионалистите по здравни грижи и нагласите им за участие в продължаващо обучение, както и интересът им към научноизследователска работа и допълнително обучение имат пряка връзка с възрастта – за съжаление с увеличаване на възрастта, мотивацията намалява“ (31).

3.4. Сертификация и кариерно развитие на медицинските сестри в България

Паралелно с изграждането на системата за кредитиране на участията във форми на продължаващо обучение за специалистите по здравни грижи е регламентирана и сертификацията за професионална квалификация на медицинските сестри и останалите специалисти по здравни грижи. *Сертификатът за професионална квалификация* е

документ, който гарантира на притежателя му, че е професионалист, признат от съсловната организация като лице, което отговаря на европейските стандарти за упражняване на професията и е един от необходимите документи, които позволяват на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти да преминават в степени за професионална квалификация (26) (56).

Участници в процеса на сертификация на медицинските сестри:

1. БАПЗГ чрез Националния съвет по качество (НСК) – съгласно Устава на съсловната организация, НСК има широк кръг от правомощия, касаещи кариерното развитие на професионалистите по здравни грижи. Те включват изработване на проекти на наредби за компетенциите на професионалистите по здравни грижи и предлагане на Министъра на здравеопазването на критерии за професионалните степени на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти в съответствие с професионалната им квалификация и трудов стаж; издаване на сертификати за квалификация по професията; изготвяне на становища по проекти на нормативни актове в областта на здравните грижи; ръководство на дейностите по продължаващото обучение на специалистите по здравни грижи и утвърждаване програмите за провеждането му; разработване на единната кредитна система за провеждане на продължаващото обучение; изработване и актуализация на правила за добра практика по здравни грижи за упражняване на професията от медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти (75);

2. Регионални колегии на БАПЗГ – регионалните представители на БАПЗГ опосредстват връзката между професионалистите по здравни грижи и сертифициращият орган НСК; проверяват валидността на документите, подавани за сертификация; лобират пред ръководители на лечебни заведения, органи на местната власт и синдикални структури за допълнителни финансови стимули на лицата с висока степен на професионална квалификация, удостоверена със сертификат от съсловната организация.

3. Главна медицинска сестра (акушерка, рехабилитатор) и Съвет по здравни грижи – участват в процеса на планирането, организирането и провеждането на

продължаващото обучение с цел да се стимулира кариерното развитие на здравните специалисти.

4. Ръководители на лечебни заведения – в ролята си на работодател, ръководителите по здравни грижи имат ангажимента да изграждат и поддържат добре мотивирана и квалифицирана работна сила. Работодателят е този, който следва да планира инвестиции в продължаващо обучение и стимулиране на висококвалифицираните с цел задържането им на работното място, на което са вложени ресурси в кариерното развитие.

Тъй като сертификацията е процес, базиран на продължаващото обучение и тук съществена роля имат участниците в подписването на Колективния трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“ – Министерство на здравеопазване, синдикати и работодателски организации. Финансовото стимулиране на сертификацията като част от кариерното израстване подлежи на колективно трудово договаряне.



Фиг. 3 Участници в процеса на сертификация

Качеството на здравните грижи, осигуряването на безопасността на пациента и кариерното развитие на всички здравни специалисти се постигат чрез професионална практика, участие в продължаващо професионално обучение и учене през целия живот. Основните европейски документи, които адресират необходимостта от поддържане на знанията и уменията на медицинските специалисти са: Препоръка на Съвета на ЕС

относно безопасността на пациентите, включително профилактиката и контрола на инфекциите, свързани със здравните грижи от 2009 г., Директива 2011/24/ЕС за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, Директива 2013/55/ЕС (предишна 2005/36/ЕО) относно признаването на професионалните квалификации. Съобразно изискванията на тези нормативни документи, Закона за съсловната организация и Закона за признаване на професионални квалификации.

През 2016 г. Националният съвет по качество към БАПЗГ разработва Квалификационна рамка за професионално развитие на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти (29). Квалификационната рамка е инструментът за оценка на кариерното развитие на специалистите по здравни грижи. Според нея, през първата година от трудовия си стаж специалистите по здравни грижи (СЗГ) са в първо квалификационно ниво и работят под наставничество и супервизия. След първата година СЗГ могат да кандидатстват за получаване на първи сертификат за професионална квалификация, с което преминават във второ квалификационно ниво и могат да работят самостоятелно в рамките на компетенциите си (без наставник и супервизия). Преминаването в трето ниво е обвързано с получаване на втори сертификат при изпълнени конкретни изисквания – 5 години след първи сертификат и участия във форми на продължаващо обучение, които са кредитирани по Единната кредитна система на БАПЗГ с минимален брой от 150 кредитни точки. След петгодишен период СЗГ имат възможност да получат трети сертификат, който удостоверява четвърто квалификационно ниво. За да стане това те трябва да са придобили високи професионални компетентности, самостоятелност и отговорност като се дават три възможности. Според първата възможност професионалистите по здравни грижи трябва да са натрупали 10-годишен професионален опит в едно клинично направление или друга сфера в здравно-социалните дейности и да са набрали 100 кредитни точки от продължаващо обучение. Втората възможност е при натрупани 150 кредитни точки от участия в различни форми на продължаващо обучение, кредитирани от БАПЗГ. И третата възможност е 10-годишен професионален стаж и изпит, организиран от Националният съвет по качество на БАПЗГ.

Третото и четвъртото квалификационно ниво дават възможност на специалиста по здравни грижи да изпълнява самостоятелни дейности, да бъде наставник и да регистрира и управлява самостоятелна практика за здравни грижи или включваща здравни грижи.

През следващите 5-годишни периоди сертификацията продължава като професионалистите по здравни грижи ще преминават в по-високо квалификационно ниво при условие, че са събрали 150 кредитни точки от продължаващо обучение. В момента финансирането на квалификационните нива е намерило място в КТД 2018. Необходими са обаче и други законови лостове, които да гарантират, че за всяко квалификационно ниво професионалистът по здравни грижи ще получава съответна финансова добавка към месечното си трудово възнаграждение.

3.5. Инвестиции в развитие на сестринството

Здравният сектор е основен и нарастващ източник на заетост. След икономическата криза от 2008 г. и последвалото световно икономическо забавяне, бързият растеж на заетостта в здравния и социалния отрасъл контрастира значително спрямо други сектори. В страните от ОИСР заетостта в здравеопазването и социалната работа нараства средно с 48% между 2000 и 2014 г. През същия период повечето държави отбелязват спад в броя на работните места в селското стопанство и промишлеността.

Като цяло заетостта в здравния и социалния сектор е значителна и продължава да расте. Служителите в здравната и социалната сфери съставляват около 11% от общата заетост за страните от ОИСР през 2014 г., като нарастват с приблизително 9% спрямо 2000 г. Прогнозите на статистиката на Норвегия сочат, че до 2060 г. до 38% от работната сила в Норвегия може да работи в сектора на здравеопазването. В Китай текущата работна сила в здравеопазването от близо 10 милиона души, показва недостиг и бавен растеж в съответствие с глобалните норми и нормите за групата на доходите. Доклад на СЗО от 2016 г. (144) показва, че до 2022 г. здравеопазването ще генерира 7,5 милиона директни работни места в Индия. Традиционната и допълваща медицинска работна сила може да формира съществен компонент на здравната работна сила в много страни. Инвестициите в здравния сектор могат да бъдат продуктивни. По-здравото население е по-продуктивно, поради това подобряването на здравето оказва

позитивен ефект върху икономиката. По данни на експерти от Международната организация на труда (109) ако 2% от БВП бъдат инвестирани в образователни, здравни и социални услуги, това би довело до повишаване на общите равнища на заетост с 2,4 до 6,1 процентни пункта. Изчислено е, че работните места, създадени чрез такива инвестиции ще бъдат заети от жени, като те ще съставляват 59 -70% от работната сила в сектора на грижите. Също така подобни инвестиции биха допринесли за увеличаване на процента на заетост при жените между 3,30 и 8,20% .

Роля на държавата като инвеститор

В най-общ план ролята на държавата е свързана със създаването и провеждането на политики за ускоряването на икономическия растеж: стимулиране на нарастването на капитала, повишаване на качеството на работната сила, повишаване нивото на технологично развитие, ефективността на използване на ресурсите и др. Политиките на държавно ниво имат ключово значение за усъвършенстване и ускоряване на процесите на развитие, за функционирането на пазара на труда, за регулирането на безработицата, за намаляване на социалните неравенства, за създаването на необходимите условия и предпоставки за стимулиране на нарастването на инвестициите в здравеопазването и в човешките ресурси, предоставящи здравни услуги, в предлагането на ефективни начини за разпределение на ресурсите и т.н. В доклад на **Catton H. (2018)**, разглеждащ стартовите заплати на медицинските сестри в страните членки на ICN за период 2006 – 2016 се установява, че въпреки текущия и прогнозирания недостиг, заплащането не се използва като лост за подобряване на набирането или задържането на медицински сестри. За някои държави макроикономическият приоритет е да се намали дългът, а инвестициите в сестрински грижи са зависими от икономическия растеж и просперитета. Въпреки това, медицинските сестри не са изолирани от икономическите условия, които оказват влияние върху ежедневието им и техният избор се основава на настоящите и бъдещи икономически перспективи. Следователно, *решенията на потенциалните медицински сестри да влязат в професията ще бъдат отчасти базирани на стартовата заплата и перспективите за разумна прогресия в кариерното развитие и заплащането* (90). Социалният и икономическият потенциал на заетите в сферата на здравеопазването не би могъл да се реализира без волята на

правителствата за осъществяване на реформи, свързани с повишаване броя на медицинските специалисти в интерес на здравето на всички граждани. Създаването на продуктивна здравна работна сила изисква правителствата да инвестират в повече и по-добро образование на медицинските специалисти, обучение през целия живот и създаване на привлекателна работна среда (143).

Инвестиции от страна на работодателите

Един от основните постулати в управлението на човешките ресурси е този, според който служителите са основният ресурс на организациите. В тази връзка работодателите имат мотив да инвестират в основния си ресурс. Наред с възнаграждението и допълнителното финансово стимулиране, обучението на служителите представлява инвестиция в кадровия потенциал. Според **Геров, А. (1999)** тази инвестиция трябва да се обмисля и планира така, както всяка друга инвестиция на капитал, защото съществува риск инвестициите в обучение да се окажат частично или напълно погрешни, ако придобитите за сметка на работодателя знания не се използват чрез подходяща продължителна работа в организацията (16). **Стоянова, Р. (2015)** посочва, че медицинските сестри, които не виждат перспективи за кариерно развитие са положително настроени към текучество – отказ от упражняване на професията, промяна на работното място или емиграция (68). Тук се очертава ключовата роля на работодателите и главните медицински сестри, които в качеството си на управляващи човешките ресурси имат възможности да планират инвестиции в обучение, така че да стимулират мотивацията за кариерно развитие и така да ограничат въздействието на този фактор върху нагласите за текучество. Според **Воденичаров, Ц. (2009)** средствата, изразходвани за обучение на персонала са най-ефективната и най-перспективна инвестиция, която работодателят прави (13). От гледна точка на болничния мениджмънт здравните грижи обичайно се считат за разходи, а не като дейности, генериращи приходи. Това е така, защото лечебните заведения не получават пряко реимбурсиране на осигуряването на здравните грижи, за разлика от услугите на лекарите. Така мениджмънтът е слабо мотивиран за осигуряването на правилната "доза" сестрински грижи, така че да се отговори на различните нужди на пациентите. Като се има предвид общата тенденция, свързана със заплащането на здравните грижи

не може да се очаква, че директното плащане на разходите за здравни грижи ще се осъществи. Поради това трябва да се предприемат други мерки. Една от тях е свързана с наличието на доказателства, че увеличаването на броя на медицинските сестри води до по-добри здравни резултати за пациентите. Така на лечебните заведения се спестяват непредвидени разходи в резултат от влошено състояние на пациентите (79) .

Международни и европейски препоръки за инвестиции в сестринството

Международните и европейски препоръки за инвестиции в сестринството се фокусират в следните насоки: създаване на нови работни места в здравния сектор, инвестиции в по-добро образование на медицинските специалисти, обучение през целия живот, създаване на привлекателна работна среда, повишаване на стартовите заплати на медицинските сестри.



Фиг. 4 Доброто здраве: основен път към икономическия растеж и развитие

Източник: **Working for health and growth: investing in the health workforce, Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth, WHO 2016**

В доклад от 2016 г. на Комисията на високо равнище към ООН по въпросите на икономическия растеж и устойчивостта на работната сила в здравеопазването се посочва, че здравният сектор е ключов икономически сектор, създаващ множество работни места. Единственият начин за постигане на универсално здравно покритие е

насърчаването на създаване на нови работни места в здравния сектор, в световен мащаб.

Постигането на универсално здравно покритие и гарантирането на глобална здравна сигурност са възможни само чрез инвестиции в работната сила в здравеопазването. Инвестициите в работна сила в здравеопазването се разглеждат като такива, които допринасят за създаването на стабилни здравни системи и по-силни икономики. На инвестициите в здравеопазването се поглежда от три гледни точки: 1) доброто здраве допринася за икономическия растеж 2) съществуват пътища за пренасочване на инвестиции в системата на здравеопазването, чрез които да се постигне икономически растеж и създаването на нови работни места 3) съществуват нови доказателства за това, че разходите за здравеопазване не са в тежест на икономиката, а по-скоро имат отношение към повишаване на продуктивността.

В стратегията на СЗО „Глобални стратегически насоки за подкрепа на сестринството и акушерството 2016 – 2020“ се посочва, че медицинските сестри и акушерките имат потенциала да реорганизират здравните дейности и начина на предоставянето на здравните грижи. За това, обаче е необходима регулация и подкрепа за развитие на тези професии. В тази връзка, стратегията адресира четири ключови теми:

1. Осигуряване на образована, компетентна и мотивирана работна сила на всички нива в здравните системи
2. Участие на медицинските сестри и акушерките при формиране на политики, разработване на програми за развитие на професиите и вземане на решения, базирани на доказателства
3. Целенасочени действия за максимално повишаване на капацитета и потенциала на медицинските сестри и акушерките чрез създаване на професионални партньорства за образование и продължаващо професионално обучение
4. Мобилизиране на политическа воля за инвестиции в ефективно, базирано на доказателства развитие на сестринската и акушерска работна сила (101) (139).

Поради факта, че има научни доказателства, за това че „инвестициите в здравните грижи се възвръщат, тъй като наличието на достатъчно мотивиран и добре обучен персонал намалява смъртността и повишава качеството на грижите“ (78), през май 2019

г. Европейската федерация на сестринските асоциации (EFN) отправя призив на високо политическо ниво. Този призив, под надслов „Инвестициите в здравни грижи спасяват живот“ е насочен към кандидатите за евродепутати, от които се изисква да поемат ангажимент, че инвестициите в човешките ресурси, осигуряващи здравни грижи ще са политическа реалност в държавите-членки на Европейския съюз за периода 2019 – 2025 г. Конкретните насоки, в които EFN апелира за целенасочени инвестиции са:

1. Инвестиции в образование и обучение: Осигуряване на инвестиции на Европейско и национално ниво – гарантиране, че модернизираната Директива за взаимно признаване на професионалните квалификации 2013/55/ЕС е правилно транспонирана в националните образователни програми и дава възможност за развитие на обучението така, че да се осигурят знания и умения за усъвършенствана квалификация и ефективни и ефикасни здравни грижи.

1.1. Усъвършенстване на продължаващото професионално развитие, което е гаранция за висок професионализъм и осигуряване на здравни грижи, необходими в 21 век – модерни, основани върху научни доказателства, позволяващи бърза и лесна адаптация на работната сила към промените и социалните предизвикателства.

1.2. Подходящи инвестиции в медицинското образование, с акцент върху професионалистите по здравни грижи, които са най-голямата професионална група в здравеопазването. Целта е постигане на по-добри резултати за пациентите, по-висока удовлетвореност у работещите, по-ефикасни интегрирани грижи.

2. Подкрепа за развитие: осигуряване на безопасна, здравословна работна среда, възможност за продължаващо обучение и кариерно израстване, научно-изследователска дейност и стимули на работното място.

3. Справедливи условия на труд: за да се преодолее настоящия недостиг на кадрови потенциал в ЕС, е нужно ефективно планиране на работната сила, отчитайки баланса на професионалния и личния живот, както и стриктно спазване на стандартите за брой медицински сестри на смяна, съобразно спецификите на лечебните заведения.

Всяка стратегия трябва да предвиди как да задържи опитните професионалисти и как да направи професиите от направление „Здравни грижи“ привлекателни за младите хора, които да изберат професии, необходими и ценени от обществото.

4. Пациент-центрирани грижи и промоция на здраве: на професионалистите по здравни грижи трябва да им бъде осигурена възможност да осъществяват автономни дейности по промоция на здраве. Европа трябва да инвестира в трансформация от болнични към извънболнични грижи в общността, в иновативни грижи с използване на електронни приспособления. Промоцията на здравословен начин на живот трябва да се отчита като един от важните индикатори за социалните измерения на здравната система. Необходими са политики за подкрепа на пациентите и ангажираност на обществото за подобряване на качеството, безопасността и отговорността на здравните системи, с пълно признаване на ролята, която медицинските сестри изпълняват за подобряване на достъпа до здравни грижи.

5. Научните изследвания – информирани политически решения: изследователската дейност в професионално направление „Здравни грижи“ трябва да получи признание като основен стълб при изграждане на политики за грижи, базирани на научни доказателства. Също така, необходимо е финансиране на бъдещи изследователски програми, резултатите от които ще осигурят информирани решения за правилни политики за професионално развитие в името на пациента (97).

4.Обобщение на литературния обзор

Съвременните здравни системи, особено тези в Европа са изправени пред сериозни предизвикателства, свързани с осигуряването и задържането на медицински специалисти в условията на застаряващо население и нарастващи нужди от медицински грижи и услуги. Обобщаването на информацията от литературния обзор откроява следните сфери на въздействие в областта на сестринството:

- ✓ Мениджърите на човешките ресурси са изправени пред предизвикателството да търсят и прилагат иновативни мерки за привличане и задържане на медицински сестри поради застаряването на сестринската работна сила;
- ✓ Стратегическите документи, касаещи развитието на сестринската професия очертават нови подходи за управление на човешките ресурси в здравеопазването, с насоченост едновременно върху потребностите на медицинските специалисти и нуждите на обществото. Основните решения в сектора се определят от изискванията и очакванията на потребителите на здравни услуги, както и на

изпълнителите на медицински услуги. В центъра на здравните грижи стоят пациентите и гаранциите за качество на здравното обслужване. Поради това инвестициите в образование, продължаващо обучение и кариерно развитие на медицинските сестри имат ключово място в съвременните здравни политики.

Продължителната здравна реформа в нашата страна постави акцент върху промяната на структурните единици, предоставящи услуги и върху финансовите механизми, обезпечавщи функционирането на системата. В дългосрочен план, проблемите на човешките ресурси в здравните грижи и по-конкретно тези на сестринството са подценявани. От друга страна, като страна-членка на Европейския съюз България е част от глобализиращия се свят и макар с известно изоставане инкорпорира в здравната си политика очертаните международни и европейски препоръки за развитието на сестринството. Именно този аспект на здравната политика е обект на нашия научен интерес. Въпреки наличието на знания за критичния недостиг, както и прогнози за предстояща „кадрова криза“ до 2030 г. (30) в научната и аналитична литература липсва детайлна информация за възрастовата структура, за развитието на продължаващото обучение, процеса на сертификация и кариерно развитие на медицинските сестри у нас, както и за мерките за привличане и задържане на медицински сестри.

II. ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ

1. Цел, задачи и работна хипотеза

Цел: Настоящото изследване има за цел да проучи и анализира състоянието на сестринската работна сила, наличието на мерки за привличане и задържане на медицински сестри, както и стила за управлението им и да предложи модел за повишаване ефективността при управление на човешките ресурси в здравните грижи в Република България.

За постигането на целта са дефинирани следните задачи:

1. Да се проучат теоретико-методологични въпроси на управлението на човешките ресурси като обща концепция и в конкретика - управлението на човешките ресурси в здравеопазването и здравните грижи;
2. Да се проучи и анализира състоянието на сестринската работна сила с цел да се:
 - 1.2.1. установи възрастовата структура на човешките ресурси, представени от медицинските сестри, упражняващи професията си в Република България
 - 1.2.2. определи осигуреността с медицински сестри на 100 000 души население
 - 1.2.3. разработи прогнозен модел за състоянието на сестринската работна сила в средносрочна перспектива до 2022 г.
3. Да се проучи и анализира повишаването на професионалната квалификация на медицинските сестри чрез участия в продължаващо професионално обучение (ППО)
4. Да се проучи и анализира кариерното развитие на медицинските сестри чрез участието им в процеса на сертификация.
5. Да се проведе анкетно проучване с ръководители по здравни грижи, което да установи:
 - прилагат ли се в лечебните заведения за болнична помощ мерки за привличане и задържане на медицински сестри

- стилът на управление, демонстриран от ръководителите по здравни грижи – управление на персонала или управление на човешките ресурси?
6. Да се направи анализ и оценка на проведеното проучване, за да се предложи модел за ефективно управление на човешките ресурси в здравните грижи в РБългария.

Работна хипотеза: Съществува недостиг на медицински сестри в България и това застрашава функционирането на здравната система. Работещите медицински сестри са част от функциониращия човешки капитал на здравеопазването, но тенденцията на застаряването им не се обвързва с достатъчно мерки за привличане и задържане на медицинските сестри.

2. Предмет, материал, методика и организация на проучването

2.1. Предмет на проучването

Проучването има дескриптивен характер, тъй като цели да характеризира моментното състояние на сестринската работна сила. Постигането на целта на проучването очертава и предмета на разглеждане, който включва: срезово проучване на възрастовата структура на сестринската работна сила, ретроспективен анализ на участието на медицинските сестри в различни форми на продължаващо обучение, ретроспективен анализ на кариерното развитие на медицинските сестри и мерките, прилагани от ръководителите по здравни грижи за привличане и задържане на медицински сестри, както и стилът на управление на човешките ресурси в здравните грижи.

2.2. Обхват на проучването (изследван контингент)

Проучването обхваща **34 696 единици на наблюдение**, от които:

- 22841 медицински сестри, регистрирани в Националния електронен професионален регистър на БАПЗГ за определяне на средна възраст и изследване на участията в продължаващо обучение;
- 11378 медицински сестри със сертификат за професионална квалификация;
- 477 ръководители по здравни грижи, взели участие в анкетно проучване.

2.3.Организационни направления на проучването:

Поставените основни задачи формират две направления на проучването, в които са определени обектът на наблюдение, единиците и признаците на наблюдение.

1. Първо направление - включва проучване и анализ на състоянието на сестринската работна сила в три аспекта:

1.1.Изследване на възрастовата структура на сестринската работна сила

1.2.Изследване на участията на медицинските сестри във форми на продължаващо обучение

1.3.Изследване на кариерното развитие на медицинските сестри чрез проучване и анализ на процеса на сертификация

2. Второ направление - реализира се чрез провеждане на анкетно проучване сред ръководители по здравни грижи с цел получаване на тяхното мнение за това в каква степен в лечебните заведения за болнична помощ у нас се прилагат мерки за привличане и задържане на медицински сестри, а също така и какъв стил на управление доминира сред ръководителите по здравни грижи – управление на персонала или управление на човешките ресурси.

По отделните направления на проучването дефинирахме следната методология:

Първо направление

Проучване и анализ на състоянието на сестринската работна сила

Обект на проучването: Медицински сестри, регистрирани в Националния електронен професионален регистър (НЕПР) на БАПЗГ.

Логическа единица на наблюдението: всяка медицинска сестра, регистрирана в НЕПР

Техническа единица на наблюдението: база данни от Националния електронен професионален регистър на БАПЗГ

Поради триаспектния формат конкретизирахме за:

Аспект 1: Възрастова структура на сестринската работна сила

Обем на проучването: за изследване и анализ на възрастовата структура на медицинските сестри от Националния електронен професионален регистър (НЕПР) на БАПЗГ, беше направена извадка включваща 22841 медицински сестри, работещи в България.

Критерии за включване в изследването:

- ✓ Да упражнява професията си на територията на Република България
- ✓ Да е с активно членство в съсловната организация, съгласно разпоредбата на ЗСОМСААМСЗПФ

Аспект 2: Изследване на участията на медицинските сестри във форми на продължаващо обучение

Обем на проучването: изследването на участията на медицинските сестри във форми на продължаващо обучение се основава на извадка от 22 841 медицински сестри с общ брой регистрирани участия в продължаващо обучение – **86 866**.

Критерии за включване в изследването:

- ✓ Да има регистрирани в НЕПР кредитни точки от участия във форми на продължаващо обучение в наблюдавания период.

Аспект 3: Изследване на кариерното развитие на медицинските сестри чрез проучване и анализ на процеса на сертификация

Обем на проучването: изследването на кариерното развитие на медицинските сестри се базира на извадка за издадените от БАПЗГ и регистрирани в НЕПР през наблюдавания период първи и втори сертификат за професионална квалификация ($n_{1+2} = 11757$; $n_1 = 11378$; $n_2 = 379$)

Критерии за включване в изследването:

- ✓ Да има издаден първи сертификат за професионална квалификация
- ✓ Да има издаден втори сертификат за професионална квалификация

Място на проучването: Данните са обобщени според класификацията на териториалните единици в Република България NUTS2 – райони на планиране и NUTS3 – области (28 регионални колегии на БАПЗГ в цялата страна, съвпадащи с териториалното деление на Република България).

Време на проучването: възрастовата структура на медицинските сестри се проучва към 31.12.2017 г.; участията във форми на продължаващо обучение и сертификация се проучват за период 01.06.2006 – 31.12.2017г. (датата 01.06.2016 г. съвпада с началото на регистрацията в НЕПР на кредитни точки за участията на медицинските сестри във форми на продължаващо обучение и с началото на процеса на сертификация).

Инструменти за проучването: Microsoft SQL Server и SQL Server Reporting Services

Органи на проучването: Проучването е извършено самостоятелно от автора и след писмено разрешение от председателя на БАПЗГ за достъп до база данни от НЕПР.

Източници за набиране на информацията:

- ✓ Национален електронен професионален регистър (НЕПР) на БАПЗГ
- ✓ Данни от НСИ (Инфостат) и Евростат

Второ направление

Анкетно проучване сред ръководители по здравни грижи

Обект на проучването – обекти на изследване са прилаганите мерки за привличане и задържане на медицински сестри у нас, както и стилът на управление сред ръководителите по здравни грижи – управление на персонала или управление на човешките ресурси.

Обем на проучването – в проучването участват ръководители по здравни грижи, заемачи длъжности „Главна медицинска сестра“, „Директор по здравни грижи“ и „Старша медицинска сестра“ (n= 477).

Логическа единица на наблюдението: анкетираните ръководители по здравни грижи от УМБАЛ, МБАЛ и други лечебни заведения за болнична помощ (СБАЛ, ЦПЗ, ДПБ, КОЦ)

Критерии за включване в проучването:

- Да заемат длъжност „Главна медицинска сестра“, „Директор по здравни грижи“ или „Старша медицинска сестра“
- Да имат не по-малко от 1 година стаж на ръководна длъжност в област „Управление на здравните грижи“

Техническа единица на наблюдението: лечебни заведения за болнична помощ – УМБАЛ, МБАЛ, други - СБАЛ, ЦПЗ, ДПБ, КОЦ и др. във всеки от шестте района на планиране – Северозападен, Северен централен, Североизточен, Югоизточен, Югозападен, Южен централен.

Признаци на наблюдение: Признаците на наблюдение са **количествени** – за периода на заемане на мениджърска позиция и **качествени** – за прилагани мерки за привличане и задържане на медицински сестри и резултатите от тях, за отношение към продължаващото обучение и сертификатите за професионална квалификация, към възможността за упражняване на самостоятелна практика, към колеги от екипа, към пациентите, за мнение относно начини за формиране на работната заплата, стратегии за справяне с конфликти на работно място и др.

Място на проучването: лечебни заведения за болнична помощ от всеки район на планиране по класификацията NUTS2:

Северозападен (Видин, Враца, Ловеч, Монтана, Плевен)

Северен централен (Велико Търново, Габрово, Разград, Русе, Силистра)

Североизточен (Варна, Добрич, Търговище, Шумен)

Югоизточен (Бургас, Сливен, Стара Загора, Ямбол)

Югозападен (Благоевград, Кюстендил, Перник, София, София-столица)

Южен централен (Кърджали, Пазарджик, Пловдив, Смолян, Хасково)

Време на проучването: 01.08.2018 – 20.10.2018 г.

Инструмент за проучването: анкетна карта, самостоятелно попълвана от респондентите

Организация на проучването:

Проучването беше планирано, организирано и проведено с личното участие на изследователя.

За изследване мнението на ръководителите по здравни грижи е формирана проста случайна извадка. Целевата съвкупност е определена на базата на *Регистър на Министерство на здравеопазването на лечебните заведения за болнична помощ, центровете за психично здраве, центровете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове, домовете за медико-социални грижи и диализните центрове*. Избран е подход на емпирично проучване с онлайн анкета като е използван един критерий за структуриране на извадката – тип на лечебно заведение. Поради това, за всяко от регистрираните 357 лечебни заведения за болнична помощ (без лечебните заведения за акушерство и гинекология), от всяка от двадесет и осемте области на страната, беше направен преглед на уеб сайта с цел съставяне на списък на главни медицински сестри с публично достъпна електронна поща (n=160).

Разпространението на анкетните карти до главните сестри и чрез тях до старшите медицински сестри (n=160) е изпълнено чрез изпращане на електронни писма.

Разпространението на анкетните карти до главните сестри (n=28), членове на Националния съвет на главните сестри (НСГС) при БАПЗГ е изпълнено със съгласието на председателя на БАПЗГ – г-жа Милка Василева и със съдействието на председателя на НСГС – главна сестра Жанета Стоянова.

При осъществяване на проучването са спазени принципите за **доброволност на участието и представителство от всеки от шестте района на планиране**.

Използвана е пряка анонимна, индивидуална анкета.

Общият обем на реализираната извадка е 480 върнати анкетни карти, като от тях на електронен носител 168, на хартиен носител 312; от тях валидни анкетни карти 477, невалидни – 3.

Ограничения на проучването:

- (1) Информационно ограничение: не всички лечебни заведения за болнична помощ имат публикувана информация за електронна поща, поради което в проучването

участват само главни и старши сестри, работещи в лечебни заведения, за които има публично достъпен имейл адрес.

- (2) Ръководители по здравни грижи (n=87), които формират дял от 18,24% от всички анкетирани са участвали в проучването индивидуално и са изпратили анкетните си карти от лични електронни пощи, което в известна степен нарушава принципа за конфиденциалност. Въпреки това може да се твърди, че резултатите са с висока степен на достоверност и дават добра представа за мнението на ръководителите по здравни грижи в България по отношение на поставените в анкетната карта въпроси.

Източници за набиране на информацията:

- мнение на ръководители по здравни грижи, заемащи длъжността „Главна медицинска сестра“/“директор по здравни грижи“ и „Старша медицинска сестра“
- Препоръки на СЗО за привличане и задържане на медицински сестри, доклад на Европейската комисия от 2015 г. „Привличане и задържане на медицинските специалисти в Европа“ (обучение, регулиране, финансово стимулиране, професионална и лична подкрепа), както и на изведените от Bratton и Gold (84). индикатори за различие между функциите по управление на персонала и управление на човешките ресурси (виж. стр. 13 от настоящия дисертационен труд).
- Литературни източници, отнасящи се до управлението на персонала, човешките ресурси и човешкия капитал

Съдържание на анкетната карта:

Анкетната карта е разработена за целите на настоящото проучване и съдържа 28 въпроса - 20 закрити и 8 полузакрити, структурирани в 6 направления:

Въпроси, отнасящи се към предприемани конкретни инициативи за привличане и задържане на медицински сестри

2 въпроса от тип „Закрит“ и 1 въпрос от тип „Полузакрит“

Въпроси в областта на подкрепата за обучение на медицинските сестри

3 въпроса от тип „Закрит“

Въпроси, свързани с фактор „Регулиране“

7 въпроса – 5 закрити и 2 полузакрити

Въпроси в областта на финансовото стимулиране на медицинските сестри

4 въпроса – 1 закрит и 3 полузакрити

Въпроси, касаещи професионалната, личната подкрепа и стила на управление

8 въпроса – 7 закрити и 1 полузакрит

Въпроси, свързани с личностната характеристика на изследваните лица

4 въпроса – 3 закрити и 1 полузакрит

Работни дефиниции:

Мерки за привличане и задържане на медицински сестри – комплекс от целенасочени действия на мениджмънта на лечебното заведение, които съответстват на потребностите на медицинските сестри и дават степен на увереност, че служителите работят за постигането на общата цел на организацията.

Управление на персонала – социално детерминирана дейност, включваща от една страна оперативни функции по планиране, набиране, подбор, назначаване, квалификация и заплащане и от друга, дейност ориентирана към потребностите и интересите на работниците и служителите.

Управление на човешките ресурси - „Управлението на човешките ресурси (УЧР) се занимава с всички аспекти на това как хората биват наемани и управлявани в организациите. Той обхваща дейностите по стратегическо управление на човешките ресурси, управлението на човешкия капитал, управлението на знанията, корпоративната социална отговорност, организационното развитие, ресурсното осигуряване (планиране на работната сила, набиране и подбор, управление на таланти), обучение и развитие, управление на изпълнението и възнагражденията, взаимоотношенията между служителите, благоденствието на служителите и предоставянето на услуги на служителите“ (82).

Методи на проучването

- 1. Исторически метод** – приложен е за изучаване на стратегическите насоки в развитието на сестринската работна сила в международен и национален план.
- 2. Социологически методи:**

- 2.1.Документален метод** – използван е за проучване на теоретико-методологични въпроси на управлението на човешките ресурси като обща концепция и в конкретика - управлението на човешките ресурси в здравеопазването и здравните грижи; за установяване на мерките за привличане на медицински сестри в международен и национален план; за проучване на системите за продължаващо обучение и сертификация у нас;
- 2.2.Анкетен метод** – за събиране на първична социологическа информация от ръководители по здравни грижи с цел да се установи в каква степен в лечебните заведения у нас се прилагат мерки за привличане и задържане на медицински сестри, а също така и какъв стил на управление доминира сред ръководителите по здравни грижи – управление на персонала или управление на човешките ресурси.
- 3. Оперативно аналитична обработка на данни (OLAP)** – за извличане, подбор, групиране, статистическа обработка, визуализиране и анализ на данни от НЕПР на БАПЗГ за възрастово-полова структура на медицинските сестри, както и участията им във форми на продължаващо обучение и в процеса на сертификация.
- 4. Ретроспективен и перспективен анализ** – за изучаване на изменението на резултативни показатели за изминал период от време (осигуреност с медицински сестри на 100 000 души население) и за изследване динамиката на показателя осигуреност с медицински сестри на 100 000 души в перспектива.
- 5. Сравнителен анализ** – на базата на три стратегии за учене през целия живот е разработен сравнителен анализ на постигането на заложените критерии и индикативни стойности по отношение на създадените възможности за участие на медицинските сестри във форми на учене през целия живот.
- 6. SWAT анализ** – за получаване на комплексна оценка чрез съпоставка на силните и слабите страни на дистанционното обучение и кариерното развитие на медицинските сестри с възможностите и заплахите в здравната система.

7. Статистически методи:

7.1.Методи на описателната статистика

- 7.1.1. Вариационен анализ за количествени променливи** – средна стойност, стандартно отклонение, стандартна грешка на средната, 95% доверителен интервал на средната, минимум, максимум;
- 7.1.2. Честотен анализ на качествени променливи** (номинални и рангови) – включва абсолютни честоти, относителни честоти (в проценти) и кумулативни относителни честоти (в проценти)
- 7.1.3. Метод на експоненциално изглаждане** – трендов модел за прогнозиране на осигуреността с медицински сестри
- 7.1.4. Графичен анализ** – за представяне на получените резултати в табличен и графичен вид е използван MS Excel

7.2.Методи за проверка на хипотези

- 7.2.1. Т-тест на Стюдънт** - за проверка дали средноаритметичните стойности за две независими извадки са статистически значимо различни
- 7.2.2. Метод хи-квадрат (Chi-square test) или Точен тест на Фишер (Fisher's exact test)** – за търсене на връзка между две качествени променливи

7.3.Други методи

7.3.1. Трансформиране на променливи

7.3.2. Използване на претеглени средни стойности и стандартни отклонения

За критично ниво на значимост приехме $\alpha = 0,05$, при което нулевата хипотеза се отхвърля при р-стойност по-малка от α .

Статистическата обработка на данните е извършена със софтуерен продукт IBM SPSS Statistics 13.0

III. ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.

1. СЪСТОЯНИЕ НА СЕСТРИНСКАТА РАБОТНА СИЛА.

1.1. Възрастово-полов състав на медицинските сестри, упражняващи професията си в България

1.1.1. Характеристика на обекта на анализ

За целите на настоящото изследване бе направена извадка от Националния електронен професионален регистър (НЕПР) на БАПЗГ. Наблюдаваната съвкупност е многомерна, формирана е на базата на следните признаци: възраст, пол, професия: „Медицинска сестра“, вписан в НЕПР, с активно членство в БАПЗГ, упражняващ професията си на територията на Република България към 31.12.2017 г. Наблюдаваните единици от съвкупността са 22841, във възрастов диапазон от 22 до 78 години, от които жени - 22751 и мъже - 90. Разпределението на единиците на наблюдение е на възрастови групи и на регионален принцип. Данните са обобщени според класификацията на териториалните единици в Република България NUTS2 – райони на планиране и NUTS3 – области (28 регионални колегии на БАПЗГ в цялата страна, съвпадащи с териториалното деление на Република България).

Индикаторите, които са обект на анализ са: възраст, пол, средна възраст, коефициент на стареене, коефициент на демографско заместване.

1.1.2. Брой и възрастова структура на сестринската работна сила

Работещите медицински сестри съставляват функциониращия човешки капитал на здравеопазването у нас. Една от характеристиките, чрез които се оценява състоянието на този капитал е възрастовата структура. От нея зависят качеството и количеството на ресурсите, съставляващи сестринската работна сила.

Според данни от Националния статистически институт към 31.12.2017 г. броят на медицинските сестри в България е 30955. Към същата дата, наблюдаваните единици, по данни от НЕПР на БАПЗГ са 22841 и съставляват 73,78 % от работещите медицинските сестри у нас. Попадналите в проучваната от нас извадката медицински сестри са на средна възраст 51 години ($M=50,97$; $SD=10,17$).

Табл. 5 Възрастова структура на сестринската работна сила в България – към 31.12.2017 г.

Възраст	Жени	Мъже	Общо	% от всички жени м.с.	% от всички мъже м.с.	% общо
22-24	126	1	127	0,55	1,11	0,56
25-29	528	15	543	2,32	16,67	2,38
30-34	732	22	754	3,22	24,44	3,30
35-39	1493	22	1515	6,56	24,44	6,63
40-44	3102	18	3120	13,63	20,00	13,66
45-49	4655	8	4663	20,46	8,89	20,42
50-54	2601	1	2602	11,43	1,11	11,39
55-59	3802	0	3802	16,71	0,00	16,65
60-64	4248	1	4249	18,67	1,11	18,60
65-69	1254	2	1256	5,51	2,22	5,50
70-74	191	0	191	0,84	0,00	0,84
75-78	19	0	19	0,08	0,00	0,08
Общо	22751	90	22841	100	100	100

Източник: НЕПР на БАПЗГ и собствени изчисления

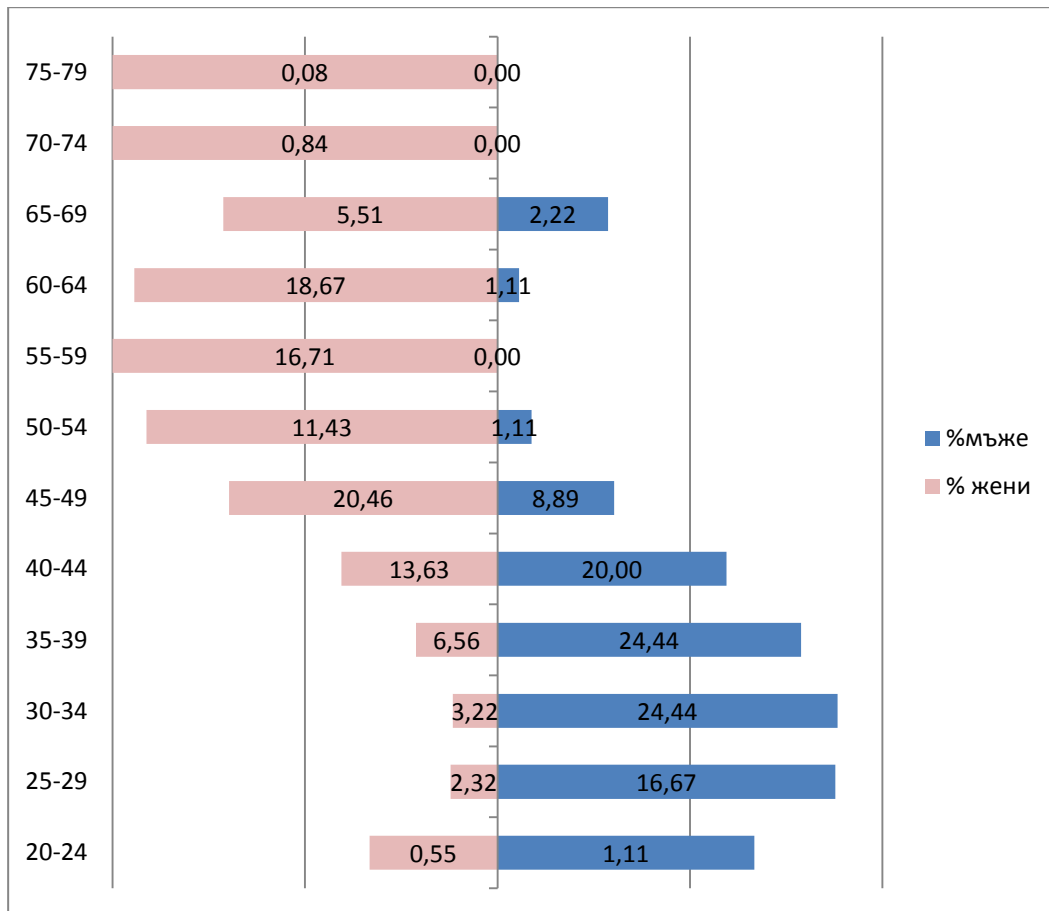
Най-високите дялове по индикатор възраст се наблюдават във възрастовите групи 40-44 г., 45-49 г., 50-54 г. 55-59 г. като те формират дял от 62,11% (n=14160). Същевременно медицинските сестри на възраст до 35 г. заемат дял от едва 6,23% (n=1386) в структурата на сестринската работна сила. В края на 2017 г. работещите медицински сестри над 60-годишна възраст са 5712 и формират дял от 25,02%.

От гледна точка на демографията, застаряването на населението се отчита спрямо възрастта за пенсиониране, която в различните държави варира и за долна граница на остаряването се възприема възраст 60-65 години. За 2017 година, у нас границите за населението в трудоспособна възраст са 61 години за жените и 64 години за мъжете⁴.

Един от демографските показатели, прилаган за измерване на застаряването е **коэффициентът на стареене (К60+)**, който се представя като отношение между броя на лицата над 60-годишна възраст към броя на лицата от всички възрасти. Стойността на К60+ за сестринската работна сила у нас към 31.12.2017 г. е **25,02%** (5715/22841), което

⁴ В България възрастовите граници за разпределение на населението по категориите под, във и над трудоспособна възраст са определени съгласно Наредбата за пенсиите и осигурителния стаж, приета с Постановление № 30 на МС (ДВ, бр. 21/17.03.2000 година).

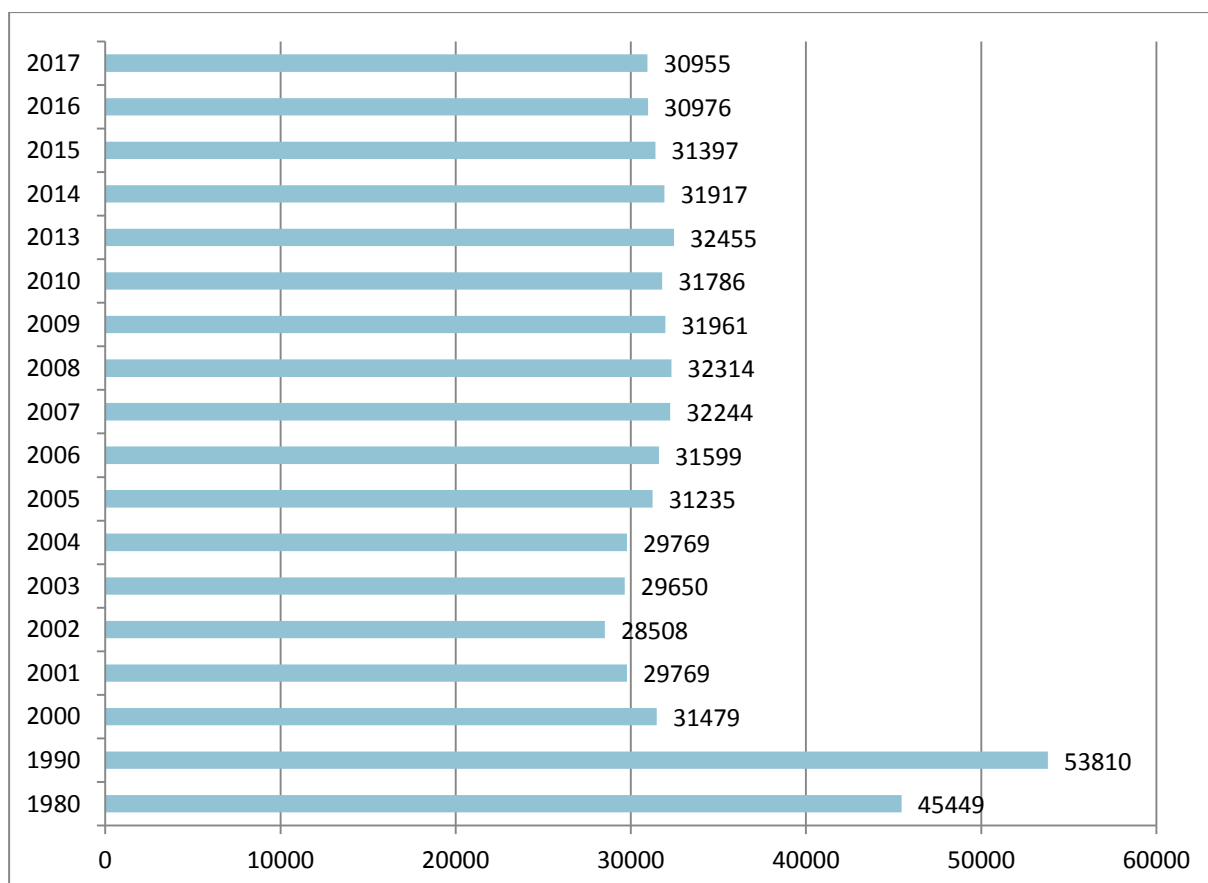
според класификацията на Едуард Росет (126) определя, че сестринската работна сила е в ситуация на демографско застаряване ($K_{60+} > 12\%$).



Фиг. 5 Възрастова пирамида на сестринската работна сила към 31.12.2017 г.

Изведените данни показват неблагоприятна възрастова структура и отразяват тенденцията на застаряване на сестринската работна сила у нас, като особено силно тя е изразена при жените (фиг. 5). Броят на медицинските сестри над 70-годишна възраст, които упражняват професията си е 210 като местоработата им обхваща широк спектър от лечебни заведения както в извънболничната, така и в болничната помощ. Най-възрастните медицински сестри, упражняващи професията си са на възраст 78 години, те са 4 на брой и работят на територията на регионални колегии Варна, Стара Загора, Пловдив и в София област. Ниският размер на пенсиите в страната ни принуждава медицинските сестри да продължават да работят във възраст, която от социална и икономическа гледна точка се определя като „над трудоспособна”. Тази ситуация носи рискове най-вече за пациентите, тъй като грижата за тях е поверена на медицински сестри, които често поради липса на мотивация не са актуализирали своята

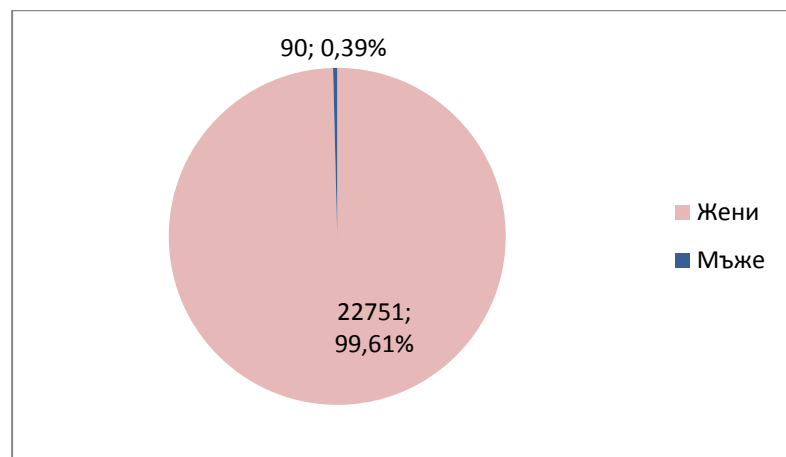
професионална квалификация чрез участия във форми на продължаващо обучение, а и са изложени на риска от характерния за професията Burn-out синдром. Като причини за ниския относителен дял на млади медицински сестри може да се посочат недалновидната политика на всички правителства от началото на прехода към пазарна икономика и до сега, продължителната здравна реформа и последващият от тях отлив от професията, поради недостойното възнаграждение и недооценяване на значимостта ѝ за функциониране на здравната система. Най-яркият пример за обезличаване на сестринството у нас е ситуацията в периода от 1990 до 2000 г., когато броят на медицинските сестри намалява с 22331 (фиг.6), което е реален спад от 41,5%. Причината за драстичното намаляване на броя на упражняващите професията медицински сестри е намаляването на болничните легла с 32 % в периода 1997-1998 г. и извършените съкращения, най-мощни сред медицинските сестри и акушерките.



Фиг. 6 Брой медицински сестри по години (1980-2017)

Данни: НСИ, ИС Инфостат 2019

Сестринската работна сила у нас е силно феминизирана (99,60%), с дял на мъжете от едва 0,40% (фиг. 7), за разлика от други държави, в които този дял през 2017 г. в Нова Зеландия достига 9.0 % (131), - в Австралия – 10,8%, в САЩ - 9,6%, а във Великобритания – делът на мъжете медицински сестри е 11,5% (80).



Фиг. 7 Разпределение на сестринската работна сила по пол

В проучване, проведено през 2018 г. Николов, С., Т. Алексиева и Д. Димитрова отбелязват, че липсата на мъже в сестринската професия у нас се дължи не толкова на ниското заплащане, а преди всичко на думата „сестра“ в наименованието ѝ (52). С други думи липсата на еквивалент в мъжки род на професията „Медицинска сестра“ се явява лингвистичен фактор, ограничаващ избора на мъжете за обучение и практикуване на тази професия. От друга страна, в множество проучвания на състава на работната сила се посочва, че феминизирането на професиите, сред които и сестринската, се дължи на ниско заплащане и национална култура. За това, че „Медицинска сестра“ ще продължи да бъде преимуществено женска професия свидетелстват и данни на Международната организация на труда (МОТ). Според експерти на МОТ, ако 2% от БВП бъдат инвестирани в образователни, здравни и социални услуги, това би довело до повишаване на общите равнища на заетост с 2,4 до 6,1 процентни пункта. Изчислено е, че работните места, създадени чрез такива инвестиции ще бъдат заети от жени, като те ще съставляват 59 -70% от работната сила в сектора на грижите (109).

Видно от табл. 6 в единадесет области в България няма нито една медицинска сестра от мъжки пол като относителният им дял спрямо жените медицински сестри е най-висок в областите Видин (1,9%), Плевен (0,82%) и Пазарджик (0,77%), а най-нисък в области Шумен (0,18%), Варна (0,22%) и Добрич (0,23%). При съотнасяне на броя на жените медицински сестри спрямо броя на мъжете, установяваме, че съотношението мъж:жена в сестринската професия е 1:253.

Табл. 6 Средна възраст на медицинските сестри в България към 31.12.2017 г.

№	Район на планиране	Медицински сестри към 30.12.2017, брой			Средна възраст, години		
		Жени	Мъже	Общо	Жени	Мъже	Общо
Северозападен							
1	Видин	158	3	161	50,96	45,33	50,86
2	Враца	682	5	687	47,16	35,00	47,07
3	Ловеч	472	0	472	53,61	N/A	53,61
4	Монтана	360	0	360	49,36	N/A	49,36
5	Плевен	852	7	859	50,28	33,43	50,15
Общо за района		2524	15	2539	49,97	37,00	49,89
Северен Централен							
6	Велико Търново	702	0	702	52,49	N/A	52,49
7	Габрово	460	0	460	53,79	N/A	53,79
8	Разград	194	1	195	51,64	57,00	51,67
9	Русе	836	3	839	49,57	25,67	49,48
10	Силистра	346	0	346	51,13	N/A	51,13
Общо за района		2538	4	2542	51,51	33,50	51,49
Североизточен							
11	Варна	1374	3	1377	50,12	37,00	50,21
12	Добрич	433	1	434	52,05	32,00	52,12
13	Търговище	393	1	394	48,93	67,00	48,97
14	Шумен	544	1	545	51,17	42,00	51,14
Общо за района		2744	6	2750	50,54	41,17	50,52
Югоизточен							
15	Бургас	1118	4	1122	49,58	37,00	49,54
16	Сливен	604	2	606	51,74	32,00	51,68
17	Стара Загора	1356	4	1360	51,37	34,61	51,32
18	Ямбол	392	0	392	53,95	0,00	53,95
Общо за района		3470	10	3480	51,15	35,00	51,10
Югозападен							
19	Благоевград	809	4	813	49,99	43,25	49,95
20	Кюстендил	199	0	199	56,05	N/A	56,05
21	Перник	232	0	232	56,59	N/A	56,59
22	Столична	5823	30	5853	51,43	34,70	51,35
23	София обл.	214	0	214	54,08	N/A	54,08
Общо за района		7277	34	7311	51,64	36,44	51,57
Южен централен							
24	Кърджали	549	0	549	46,50	N/A	46,50
25	Пазарджик	649	5	654	51,49	31,20	51,33
26	Пловдив	2044	13	2057	49,81	34,31	49,73
27	Смолян	312	0	312	54,52	N/A	54,52
28	Хасково	644	3	647	51,15	34,00	51,07
Общо за района		4198	21	4219	50,19	34,71	50,12
Общо за страната		22751	90	22841	50,97	36,16	50,96

Източник: НЕПР и собствени изчисления

1.1.3. Средна възраст на сестринската работна сила

Средната възраст е най-добрият показател за демографската ситуация на населението или групи от населението (126). Общата средна възраст на сестринското съсловие у нас е 51 години (Табл. 6) Този резултат недвусмислено отразява застаряването на сестринската работна сила. Наблюдава се съществена разлика от близо 15 години (14,81 години) между средната възраст, установена за жените медицински сестри ($\bar{x} = 50,97$) и средната възраст на мъжете, упражняващи професия „Медицинска сестра“ ($\bar{x} = 36,16$). Разликата е статистически значима при 95% доверителен интервал на средната възраст [44,95 ÷ 56,98].

Анализът на данните по райони на планиране показва, че най-ниска е средната възраст на медицинските сестри в Северозападен район на планиране (49,89 г.), където работят най-малко сестри (n=2539). Най-висока е средната възраст в Югозападен район на планиране (51,57 г.), същевременно в този район броят на сестрите е най-голям (n=7311).

От гледна точка на разпределението на медицинските сестри по области (регионални колегии на БАПЗГ), данните от проучването показват (Табл. 6), че най-млади са медицинските сестри в област Кърджали, а най-възрастни са медицинските сестри – в област Перник. Проведеният t-test за независими извадки (independent samples t-test) на Стюдънт установи статистически значимо различие ($p < 0,0001$) на средната възраст в двете наблюдавани области (Кърджали - $M=46,50$, $SD=11,26$; Перник – $M=56,59$, $SD=8,42$). Причината за тази голяма разлика според нас се дължи на вътрешна миграция, която е по-силно изразена в пернишка област поради близостта ѝ до столицата София. Традиционно, посоката, в която се осъществява вътрешната миграция е от малки населени места към по-големи и развити градове и от лечебни заведения с публично финансиране към частни лечебни заведения. Това са основни констатации, които се наблюдават в резултат на обезлюдяването на неразвитите и отдалечени райони, а и се съобщават както от работодатели в здравеопазването, така и от БАПЗГ. В интервала от време, включен в проучването не беше намерена информация за провеждан официален мониторинг на движението на сестринската работна сила, поради това не се откриват конкретни данни за честотата на вътрешни миграции и числеността на мигриращите вътре в страната медицински сестри.

В девет области на страната средната възраст е в интервала 51 – 52 години, а в седем, тя е между 53 и 56 години (Табл. 6). Данни от собствено проучване (65), проведено през 2014 г. сочат, че средната възраст на медицинските сестри тогава е била 50 години. В резултат на очертаното демографско състояние на сестринската работна сила, от една страна беше потвърдена тезата за задълбочаващ се процес на стареене на медицинските сестри и от друга дава основания да се счита, че мениджърите на здравните грижи у нас изпитват затруднения при осъществяване на подбор по критерий възраст.

По данни на НСИ средната възраст на населението в България в края на 2017 г. е 43,6 години (47). Възрастта на медицинските сестри в Европа през 2012 г. е 43 години (111). При 95% доверителен интервал на средната възраст [44,95 ÷ 56,98] беше намерена значима разлика в средната възраст на населението у нас, средната възраст на медицинските сестри в ЕС и средната възраст на сестринската работна сила в България.

Тенденцията на застаряване на сестринската работна сила рефлектира и върху структурирането ѝ по критерии **трудоспособна** и **над трудоспособна** възраст.



Фиг. 8 Медицински сестри в трудоспособна и над трудоспособна възраст към 31.12.2017 г.

Делът на медицинските сестри в трудоспособна възраст е 80,22%, (n=18322) от тях на 19,64% (n=4484) предстои навършване на пенсионна възраст до 2022 г. Приблизително същият е делът на работещите в над трудоспособна възраст (61-78 г.) -

19,78% (n=4519). При тези данни може да се очаква, че в средносрочна перспектива, до 2022 г. сестринската работна сила ще работи само с 60 % от своя капацитет - в случай, че 39,42% предпочетат да се възползват от правото си да не участват в работната сила и тенденцията на застаряване сред медицинските сестри се запази на същите нива.

Структурният индекс, съотнасящ броят на работещите медицински сестри в над трудоспособна възраст спрямо броя на медицинските сестри в трудоспособна възраст (4519/18322) показва, че една медицинска сестра в трудоспособна възраст се съотнася към 0,25 медицинска сестра в над трудоспособна възраст или всяка пета медицинска сестра у нас е пенсионерка (76).

В хода на проучването установихме тревожни данни за две области в страната ни. В област Кюстендил делът на медицинските сестри, упражняващи професията в пенсионна възраст е 76,0% спрямо дела на сестрите в трудоспособна възраст, а в област Перник 86% от работещите медицински сестри са в пенсионна възраст (табл. 7).

Табл. 7 Дял на медицинските сестри в пенсионна възраст спрямо медицинските сестри в трудоспособна възраст

РК/Област	Работещи МС* в над трудоспособна възраст (бр.)	Брой МС в трудоспособна възраст	Дял на МС в пенсионна възраст спрямо МС в трудоспособна възраст, в %
Кюстендил	86	113	76%
Перник	107	125	86%

*МС – Медицински сестри

Посочените данни дават основание да считаме, че кризата за сестринска работна сила се придвижва към своя върхов период. Пред пациентите в посочените области стои рискът да бъдат лишени от здравни грижи, а работодателите там са изправени пред предизвикателството да търсят работещи механизми не само за привличане на новозавършили медицински сестри, но и за задържане на работните им места на квалифицираните медицински сестри, които са в над трудоспособна възраст и тези, на които предстои навършване на пенсионна възраст. Тук следва да се подчертае, че за интервенциите, свързани със съхраняване на работоспособността на застаряващата работна сила са характерни разнообразието от мерки, стриктен организационен подход и осигуряването на значителни финансови ресурси (83).

Данните, установени за дела на медицинските сестри в трудоспособна и над трудоспособна възраст отразяват общата тенденция на застаряване на работната сила в страна ни като цяло. Според доклад на Световната банка от 2013 г., базиращ се на прогнози на ООН, до 2050 г. трудовите ресурси на България се очаква да намалее с 40% (27). В доклад на Министерство на труда и социалната политика (МТСП) от октомври 2015 г. се посочва, че населението в трудоспособна възраст е над 60,0% от цялото население и намалява, а относителният дял на населението в над трудоспособна възраст е над 24,0%. В същото време, населението в под трудоспособна възраст е под 15,0% от цялото население в страната (1).

1.1.4. Осигуреност с медицински сестри в България на 100 000 души население

Наред с данните за сестринската работна сила, събрани от Националния електронен регистър на БАПЗГ, наблюдаваме и данните от националната статистика. Националният статистически институт прогнозира числеността на населението до 2080 г. Прогнозата е направена при три хипотези – реалистична, оптимистична и песимистична. Всяка от тях дефинира намаляване на населението (54). Анализът на данните, които наблюдаваме се основава на реалистичната прогноза. Съвкупностите на населението и на медицинските сестри се дефинират като моменти и се установяват към определен критичен момент. За настоящата статистика този критичен момент е 31.12 на съответната година. Основните показатели, обект на наблюдението са „Прираст на медицинските сестри“ и „Осигуреност с медицински сестри на 100000 души от населението“ (Табл. 8)

Табл. 8 Осигуреност с медицински сестри на 100 000 души население

Година	Население към 31.12., (брой)	Медицински сестри към 31.12., (брой)	Прираст на медицинските сестри спрямо предходната година, в %	Медицински сестри на 100000 души, (брой)
2008	7606551	32314	0,22	425
2009	7563710	31961	-1,09	423
2010	7504868	31786	-0,55	424
2011	7327224	31609	-0,56	431
2012	7284552	32059	1,42	440
2013	7245677	32455	1,24	448
2014	7202198	31917	-1,66	443
2015	7153784	31397	-1,63	439
2016	7101859	30976	-1,34	436
2017	7050034	30955	-0,07	439

Данни: Инфостат (НСИ) и собствени изчисления

Ретроспективният анализ на показателя „Прираст на медицински сестри“ показва, че прирастът за десетгодишен период (2008-2017) е отрицателен, с изключение на незначителен положителен прираст през 2008, 2012 и 2013 г. Показателят „Осигуреност с медицински сестри на 100000 души население“ е в границите от 423 до 448, като прави впечатление, че неговите стойности се повишават в резултат на намаляване на броя на населението, а не поради нарастващ брой на медицинските сестри в системата на здравеопазване.

За да проследим динамиката на показателя „Осигуреност с медицински сестри на 100 000 души“ в средносрочна перспектива (до 2022 г.), чрез трендов модел, базиран на метода на експоненциално изглаждане определихме прогнозната стойност за броя на медицинските сестри през 2018 г. (Табл. 9)

Беше използвана формулата:

$$S_t = \alpha \cdot Y_{t-1} + (1-\alpha) \cdot S_{t-1}, \text{ където:}$$

S_t – изгладени стойности

Y_t – фактически стойности

α – коефициент на тежест ($0 < \alpha < 1$)

Табл. 9 Брой медицински сестри през 2018 г. (прогнозна стойност)

t	Год.	Yt	$\alpha = 0,1$	$\alpha = 0,9$
1	2008	32314	32314	32314
2	2009	31961	32314	32314
3	2010	31786	32279	31996
4	2011	31609	32320	31807
5	2012	32059	32249	31629
6	2013	32455	32230	32016
7	2014	31917	32253	32411
8	2015	31397	32219	31966
9	2016	30976	32137	31454
10	2017	30955	32021	31024
Прогнозна. ст-ст	2018		31914	30962

Изчислено беше средното абсолютно отклонение (MAD) на грешката на прогнозата: при $\alpha=0,1$; MAD=535,59; при $\alpha=0,9$; MAD=324,07. Поради това приехме прогнозна стойност за брой медицински сестри през 2018 г. – 30962.

Установеният прогнозен брой на медицинските сестри през 2018 г. вземем за базов при разработване на средносрочна прогноза. Прогнозата се основава на решенията на Министерски съвет за броя на приеманите за обучение медицински сестри в периода 2014-2018 г., броя на медицинските сестри, на които предстои навършване на пенсионна възраст по данни на НЕПР на БАПЗГ и реалистична прогноза на НСИ за броя на населението до 2080 г. Прогнозата се основава и на следните допускания:

- 1) всички приети за обучение в периода 2014 – 2018 г. се дипломират и избират да упражняват професията „Медицинска сестра“ у нас;
- 2) медицинските сестри, на които предстои навършване на пенсионна възраст излизат от работната сила.

При направените допускания се изчислява нетен входящ поток на медицински сестри в системата (НВПМСС), който представлява разликата между влизащите в работната сила медицински сестри и излизащите поради пенсиониране.

$$\text{НВПМСС} = \text{ДМС} - \text{ПМС}, \text{ където:}$$

ДМС - брой дипломирани медицински сестри в съответната година

ПМС – брой медицински сестри, навършващи пенсионна възраст в съответната година

Основният фактор, който оказва влияние върху прогнозната величина е нетният входящ поток на медицинските сестри в системата, поради което, с него коригираме прогнозният им брой.

Табл. 10 Прогнозен модел за осигуреност с медицински сестри на 100 000 души население до 2022 г.

Нормативен акт	Прием (брой)	Година на дипломиране	ДМС (брой)	ПМС (брой)	НВПМСС	Прогноза за населението (реалистична), НСИ	Медицински сестри (прогнозен брой)	Медицински сестри на 100000 души
РМС 293/13.05.2014	739	2018	739	1196	-457	7047846	30505	433
РМС 343/18.05.2015	562	2019	562	1032	-470	7008240	30035	429
РМС 328/03.05.2016	569	2020	569	937	-368	6966907	29667	426
РМС 236/27.04.2017 и РМС за изм. на РМС 236 от 13.09.2017	715	2021	715	712	3	6927757	29670	428
РМС 341/21.05.2018 г. 2018	702	2022	702	607	95	6888826	29765	432
Общо	3287	-	3287	4484	-1197	-	-	-

*РМС – Решение на Министерски съвет

В резултат от приложението на модела се установява, че тенденцията за намаляване на осигуреността с медицински сестри ще се запази до 2020 г. От 2021 г. повишеният брой на приеманите за обучение медицински сестри през 2017 г., по-малкият брой сестри с предстоящо пенсиониране и намаляващото население оказват влияние върху осигуреността в посока на увеличаване. Въпреки това, трендът е към намаляване на осигуреността с медицински сестри в прогнозната 2022 г. спрямо базовата 2018 г.

При горепосочените допускания приложихме коефициента на демографско заместване (Z%) спрямо сестринската работна сила. Съпоставихме броя на приеманите за обучение медицински сестри (n=3287) с броя на медицинските сестри, навършващи пенсионна възраст (n=4484) в периода 2018 – 2022 г. и установихме, че на всеки 100 медицински сестри, на които предстои да напуснат работната сила ще има 73 медицински сестри, които да се включат в нея (Z=73,31%). Тази тенденция е обяснима. Сестринската професия губи своята атрактивност поради дългосрочното и систематично подценяване на нейната значимост не само в лечебния процес, но и в здравната система изобщо.

Съгласно данни на Евростат за 2015 г. средната стойност на показателя за осигуреност на 100 000 души население в рамките на Европейския съюз е 740. Осигуреността варира в широки граници от 135 медицински сестри в Хърватска до 1733 в Норвегия (98).

В ЕС 29, България се нарежда на едно от последните места като заема 26-то място. Според нашия прогнозен модел, за да бъдат постигнати средноевропейските нива на осигуреност към началото на 2018 г. са необходими 52448 медицински сестри, което определя недостиг от 21951 сестри. През 2022 г. недостигът ще възлиза на 21664. При допускането, че прирастът на работна сила се базира само на новозавършили медицински сестри и при запазване на настоящото ниво на осигуреност, на страната ни ще са необходими не по-малко от 30 години, за да бъде постигната средноевропейската осигуреност от 740 на 100000 души население.

1.1.5. Съотношение лекар:сестра

Почти от 15 години потребността от медицински сестри не се определя спрямо броя на практикуващите лекари. Според философията, приета на Световния конгрес на Международния Сестрински Съвет (ICN) в Тайпе (2005г.) медицинската сестра не обгрижва лекаря, а болния и здравия човек и е приета норма – *една медицинска сестра се грижи за четирима болни. Всеки следващ болен за обгрижване увеличава вероятността за влошаване качеството на предоставените здравни грижи.* Въпреки това, проучихме и съотношението лекар:сестра. Съгласно данни от Евростат, актуални към юли 2018 г., за 2016 г. съотношението лекар: сестра в Европа е 1:2,04. Съпоставка на броя на лекарите спрямо броя на медицинските сестри по данни на НСИ към 31.12.2017 г. показва 30078 лекари към 30955 медицински сестри или 1:1,03. За България се установява двойно по-ниска осигуреност на медицински сестри спрямо лекарите. Маркова, С. отбелязва същото съотношение още през 2006 г. (41). При тези данни потребността от медицински сестри спрямо броя на лекарите възлиза на 61359, което формира дефицит от 30404 медицински сестри. Дейностите по здравни грижи са изключително важна част от лечението, рехабилитацията, профилактиката и промоцията на здраве. При два пъти по-ниско от установеното в Европа съотношение лекар:медицински сестри, обаче тези дейности не биха могли да бъдат извършвани с необходимото качество и това неминуемо рефлектира върху удовлетвореността на пациентите от системата на здравеопазване изобщо.

Установената негативна тенденция в демографската ситуация при съсловието на медицинските сестри, както и очертаните песимистични прогнози са показателни за неблагоприятни условия, а и перспективи, и обуславят както ограничеността на човешките ресурси в здравните грижи понастоящем, така и задълбочаването на този процес в бъдеще. Количественият недостиг на човешки ресурс налага необходимост от повишаване на качеството на наличния човешки ресурс, така че да се посрещат нуждите от все по-качествени здравни грижи. За постигането на тази цел функционират системи за продължаващо професионално обучение и сертификация на медицинските сестри, които дават възможност да се оцени състоянието на сестринската работна сила посредством нейното движение към по-високи квалификационни нива след придобиване на базова диплома за упражняване на професията „Медицинска сестра“.

1.2. Участие на сестринската работна сила в учене през целия живот

1.2.1 Възможности за участие на медицинските сестри в продължаващо обучение

В началото на ХХІ век житейската философия «никога не е твърде рано или твърде късно да учиш» се превръща в мисия за много и различни обучаващи организации. В тази връзка на базата на преглед на приоритетите и сферите на въздействие, заложені в трите взаимно надграждащи се национални стратегии за учене през целия живот (*Национална стратегия за продължаващо професионално обучение за периода 2005-2010 - НСППО 2005-2010, Национална стратегия за учене през целия живот за периода 2008-2013 – НСУЦЖ 2008-2013, Национална стратегия за учене през целия живот за периода 2014-2020 – НСУЦЖ 2014-2020*) предлагаме описание на напредъка, който е постигнала България в областта на продължаващото професионално обучение (ППО) на специалистите по здравни грижи и в частност на медицинските сестри. За постигането на целта приложихме методичен подход за мониторинг с оценка на резултатите от промяната. Мониторингът се отнася за период 2005 – 2017 г., като 2005 г. е избрана поради факта, че тогава е приет и обнародван Законът за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и той определя Българската асоциация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти (БАПЗГ) като организацията, която организира, координира, провежда, регистрира и контролира продължаващото обучение на медицинските сестри.

В хода на нашия анализ (Табл. 11) установихме, че важноста на продължаващото обучение на медицинските сестри е оценена високо от БАПЗГ. Това се доказва от резултатите, които наблюдаваме по седем от приоритетите и сфери на въздействие, заложені в трите национални стратегии за учене през целия живот (*НСППО 2005-2010, НСУЦЖ 2008-2013 и НСУЦЖ 2014-2020*). Ключовите условия за инкорпориране на продължаващото обучение в практиката на медицинските сестри са изпълнени. Всяка от 28-те регионални колегии на БАПЗГ има възможност да организира различни форми на ППО за своите членове. По този начин достъпът на специалистите по здравни грижи, в това число на медицинските сестри е осигурен във

всички области на страната според класификацията на териториалните единици за статистически цели NUTS 3 (28 области). Сключените 2244 договора в периода 2006-2017 г. (Табл. 12) между БАПЗГ и обучаващи институции са гаранция за постигната ефективност на взаимодействието между тази група участници в сложния процес на предоставяне на ППО. Разнообразието от форми на продължаващо обучение, кредитирано по Единната кредитна система на БАПЗГ също е релевантно към действията за подобряване на достъпа. Важно е да се отбележи, че БАПЗГ е синхронизирала развитието на ППО и в унисон с дигитализацията се свят и тя е първата съсловна организация в здравеопазването, която е въвела дистанционното продължаващо обучение през 2015 г. Сродни организации като Български лекарски съюз и Български фармацевтичен съюз предлагат дистанционна форма на своите членове от 2016 г. (БЛС) и 2018 г. (БФС). Други аспекти на напредъка в областта на цифровите технологии е съществуващата още от 2011 г. онлайн възможност за печат на удостоверения с кредитни точки за участия в различни форми на ППО, както и създадената електронна библиотека, която предоставя безплатен достъп до множество електронни ресурси в областта на здравните грижи (статии, доклади, мнения на експерти, връзки към други платформи, предлагащи безплатно дистанционно обучение). Качеството на ППО е гарантирано двустранно, от една страна от институциите, които го предоставят, от друга страна от прилаганата от БАПЗГ предварителна оценка на програмите за обучение.

Табл. 11 Възможности пред българските медицински сестри за участие в учене през целия живот

Документ	Приоритети и сфери на въздействие	Напредък на България в областта на ППО за медицински сестри – възможности, предлагани от БАПЗГ (2005-2017 г.)
НСППО 2005–2010	Усъвършенстване условията за достъп до продължаващото професионално обучение	<ul style="list-style-type: none"> • Равни възможности за достъп до ППО - във всички области на страната (28 регионални колегии) • От 2006 г. се прилага Единна кредитна система за оценка на формите на продължаващо обучение на специалистите по здравни грижи • Разнообразие от форми на ППО – курсове, научни конгреси, семинари, симпозиуми, конференции, абонаменти за научни издания, дистанционно обучение и др.
НСУЦЖ 2008-2013	Подобряване на възможностите за достъп до учене през целия живот	
НСППО 2005–2010	Постигане ефективност на взаимодействието и координацията на институциите, ангажирани с продължаващото професионално обучение	<ul style="list-style-type: none"> • Създаден административен капацитет за ефективна координация между участници, обучаващи институции и кредитираща обучението организация – БАПЗГ - на национално и регионално равнище • От 2006 г. се поддържа и ежегодно актуализира регистър на договорите, сключени с БАПЗГ за кредитиране формите на продължаващо обучение. Регистърът съдържа систематизирана информация за търсене и предлагане на ППО. Достъпът до Регистъра е публичен.
НСППО 2005–2010	Осигуряване на високо качество на продължаващото професионално обучение	<ul style="list-style-type: none"> • Качеството на ППО е гарантирано от институциите, които го предоставят и имат утвърдени традиции в предоставянето му (висши медицински училища и бази за следдипломно обучение). • Осигурен контрол на качеството чрез предварителна оценка на програмите за обучение от страна на кредитиращата организация – БАПЗГ.
НСУЦЖ 2008-2013	Осигуряване на качество и ефективност на ученето през целия живот	
НСППО 2005–2010	Повишаване на инвестициите в продължаващото професионално обучение	<ul style="list-style-type: none"> • Създадена възможност за участия в ППО без заплащане на такси от страна на медицинските сестри или срещу такса в размер на 1% от минималната работна заплата за страната (МРЗ)
НСУЦЖ 2014-2020	Създаване на инструменти и платформи за електронно обучение	<ul style="list-style-type: none"> • От 2015 г. функционира платформа за дистанционно обучение, която предлага възможности за участия в продължаващо обучение без откъсване от местоработата и местоживеенето.
НСУЦЖ 2014-2020	Осигуряване на достъп до формите на УЦЖ чрез културни институции (библиотеки, читалища, музеи)	<ul style="list-style-type: none"> • От 2003 г. излиза от печат списание „Здравни грижи“, което е една от научните платформи на сестринството у нас; • През 2016 г. е създадена електронна библиотека в сайта на БАПЗГ
НСУЦЖ 2014-2020	Въвеждане на мерки за идентифициране и преодоляване на бариерите пред мобилността за учене, разширяване на нейния обхват и въвеждане на система за мониторинг	<ul style="list-style-type: none"> • От 2006 г. е въведена система за мониторинг чрез регистрация на участията в продължаващо обучение в Националния електронен професионален регистър (НЕПР) • От 2011 г. е създадена онлайн възможност всеки участник във форми на ППО да генерира обща справка за участията си, както и документ (удостоверение), доказващ конкретно участие.

1.2.2. Участия на медицинските сестри в продължаващо обучение от старта на кредитирането през юни 2006 г. до декември 2017 г.

Продължаващото професионално обучение (ППО) е неделима част от професионалния живот на медицинската сестра. Поради това неговата достъпност е от ключово значение за професионалното развитие на здравните специалисти. За целите на настоящия анализ разглеждаме броя на участията на медицинските сестри във форми на продължаващо професионално обучение спрямо общата класификация на териториалните единици за статистически цели - NUTS 2. Разпределението е посочено в Табл. 12.

Табл. 12 Регионално разпределение на участията на медицински сестри във форми на ППО (2006 – 2017 г.)

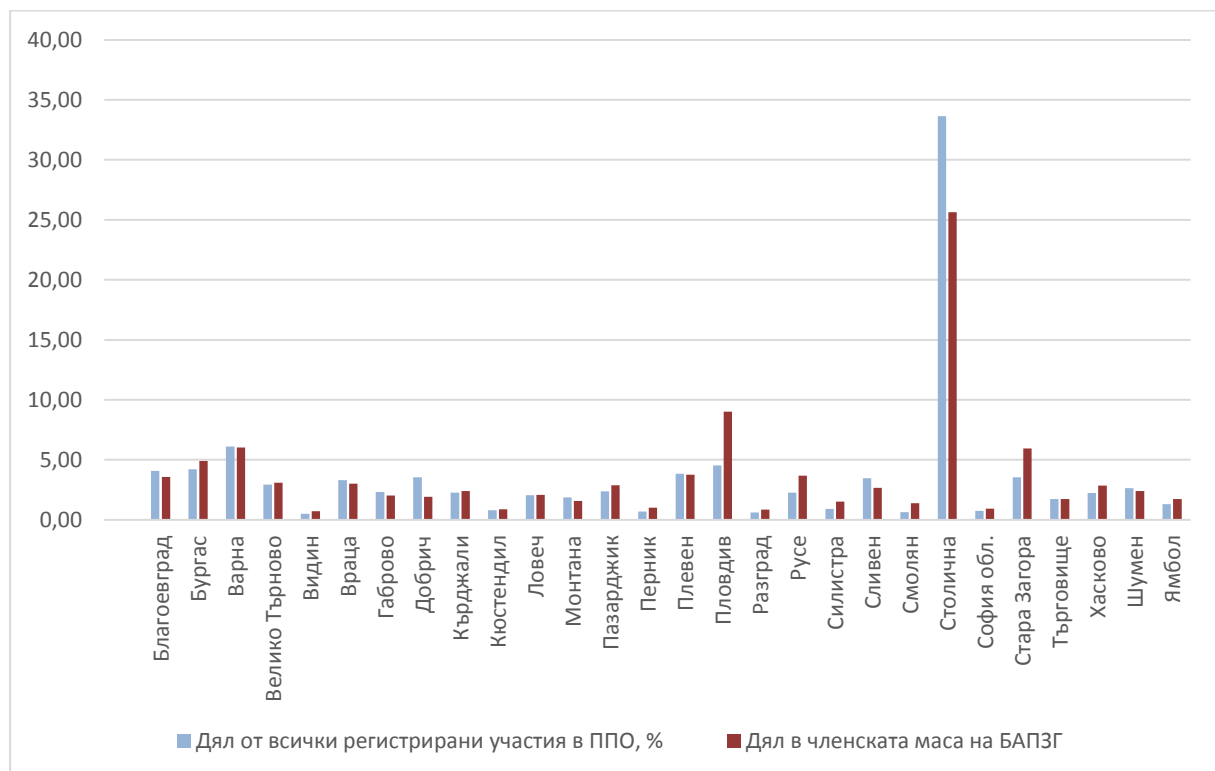
Район на планиране NUTS 2	Участия в ППО (2006 - 2017), (бр.)	Регистрирани медицински сестри към 31.12.2017, (бр.)	Дял от всички регистрирани участия в ППО, (%)
BG 31 Северозападен (Видин, Враца, Ловеч, Монтана, Плевен)	10038	2539	11,56
BG 32 Северен централен (Велико Търново, Габрово, Разград, Русе, Силистра)	7840	2542	9,03
BG 33 Североизточен (Варна, Добрич, Търговище, Шумен)	12177	2750	14,02
BG 34 Югоизточен (Бургас, Сливен, Стара Загора, Ямбол)	10874	3480	12,52
BG 41 Югозападен (Благоевград, Кюстендил, Перник, София, София - столица)	35484	7311	40,85
BG 42 Южен централен (Кърджали, Пазарджик, Смолян, Хасково, Пловдив)	10453	4219	12,03
Общо	86866	22841	100

Източник: НЕПР на БАПЗГ

Анализът на базата данни, изведени от НЕПР на БАПЗГ за наблюдавания дванадесетгодишен период показва, че общият брой на участията във форми на продължаващо обучение за професия „Медицинска сестра“ е $n=86866$ като в регионален аспект не се наблюдава съществена диференциация. Наблюдаваните данни са показателни за това, че на централно и на регионално ниво БАПЗГ е създавала ефективни механизми за повишаване на качеството на човешките ресурси в здравните грижи чрез постигането на равен достъп по отношение на предлаганите възможности за продължаващо професионално обучение. На базата на структурни индекси установихме, че най-висок е дялът на участията в продължаващо обучение в

югозападен район на планиране, който формира 40,85% (n=35484) от всички участия в ППО. За този резултат приемаме факта, че в югозападния регион попада столицата София, в която работят най-много медицински сестри (n=5853) – повече от всеки един район, разглеждан по отделно. Резултатите също така показват, че е необходимо активизиране на участията във форми на ППО на медицинските сестри от Северен централен регион, тъй като там се формира най-нисък дял на участията - 9,03% (n=7840).

В потвърждение на тезата, че не съществуват регионални диспропорции по отношение на ППО са и сравнителните данни за дела на участията в ППО и дела на медицинските сестри в членската маса на БАПЗГ за всяка от двадесет и осемте области на страната. Видно от фиг. 9 в 24 области на България делът на участията (85,71%) в ППО и делът на медицинските сестри в членската маса са приблизително равни, което е показател за равнопоставеност по отношение на достъпа и участията в учене през целия живот в регионален аспект.



Фиг. 9 Участия на медицинските сестри във форми на продължаващо обучение, разпределение по области
Източник: НЕПР на БАПЗГ

Развитието на ефективна система за продължаващо обучение в контекста на ученето през целия живот е подчинено на активното взаимодействие на участниците в процеса на предоставяне на ППО. На база на сключените договори в периода 2006-2017 г. БАПЗГ е извършила регистрацията на проведените обучения. След като ранжирахме броя на участниците спрямо отделните организатори на ППО, установихме, че основна роля в следдипломното обучение на медицинските сестри у нас имат БАПЗГ и нейните регионални колегии, с дял в структурата на ППО от 36,29%, фармацевтичните и други фирми в областта на здравеопазването, с дял от 28,04% и Медицински университет – София, с дял от 18,46% (Табл. 13).

Табл. 13 Организатори на ППО за медицински сестри (2006-2017)

Организатор на ППО	Брой участници в ППО	Дял в структурата на ППО, в %
БАПЗГ и РК на БАПЗГ	31525	36,29
Фармацевтични и други фирми в областта на здравеопазването	24357	28,04
Медицински университет - София	16039	18,46
Лечебни заведения (УМБАЛ, МБАЛ, ЦСМП, ДКЦ)	9613	11,07
Институти, асоциации, фондации, медицински научни дружества	4122	4,75
МУ- Пловдив - Медицински колеж	836	0,96
Национални центрове (НЦТХ, НЦЗПБ, НЦР, НЦОЗА ⁵)	310	0,36
БЧК	29	0,03
Тракийски университет - Стара Загора Медицински колеж	27	0,03
Русенски университет "Ангел Кънчев"	8	0,01
Общо	86866	100

Източник: НЕПР на БАПЗГ (данни: към 31.12.2017 г.)

Прави впечатление фактът, че медицинските университети (с изключение на МУ – София) и университетите, в които се осъществява обучение на медицински сестри заемат дял под 1% в структурата на ППО. Този резултат се дължи на обстоятелството, че организатор на обучението е не самият университет, а регионална колегия на

⁵ НЦТХ - Национален център по трансфузионна хематология
НЦЗПБ - Национален център по заразни и паразитни болести
НЦР - Национален център по радиобиология
НЦОЗА - Национален център по обществено здраве и анализи

БАПЗГ, по чиято покана университетски преподаватели провеждат форми на продължаващо обучение.

Регистрираният брой участия (n=86866) на медицински сестри във форми на ППО е показателен от една страна за осъзната от страна на медицинските сестри необходимост от личностно израстване и усъвършенстване на способностите за реализиране на пълния им потенциал, и от друга - за постигната добра колаборация между отделните участници в системата на ППО, която е от ключово значение за формирането на култура и мотивация за учене през целия живот.

Динамичният анализ на данните от НЕПР на БАПЗГ за участията на медицинските сестри в продължаващо обучение установи две силно изразени тенденции (Табл. 14).

Табл. 14 Темп на прираст на участията в ППО (2006-2017)

Година	Брой участия на медицински сестри във форми на ППО (Yi)	Темп на прираст, базисен (T), в %	Темп на прираст, верижен (T), в %	Брой договори по чл.7, т. 8 от ЗСОМСААМСЗФ
2006	4334	0	-	64
2007	14306	230,09	230,09	213
2008	16027	269,80	12,03	277
2009	8639	99,33	-46,10	196
2010	6764	56,07	-21,70	188
2011	7761	79,07	14,74	228
2012	7350	69,59	-5,30	222
2013	6266	44,58	-14,75	196
2014	3867	-10,78	-38,29	172
2015	3165	-26,97	-18,15	122
2016	4817	11,14	52,20	154
2017	3570	-17,63	-25,89	212
Общо	86866	-	-	2244

През 2007 и 2008 г. се наблюдава значителен ръст на участията във форми на ППО ($T_{2007}=230.09\%$; $T_{2008}=269.80\%$) спрямо базисната 2006 г. Въпреки, че до 2013 г. се запазва тенденцията за прираст на участията в ППО спрямо 2006 г., през 2009 г. наблюдаваме значителен спад от 46,10% спрямо предходната година. Тази негативна тенденция бихме могли да обясним като резултат от световната финансова криза (2008 – 2010), когато съкращаването на инвестициите в работна сила в здравния и социалния сектор се отразяват неблагоприятно на сестринството в цяла Европа (91). В

потвърждение на неблагоприятната тенденция са и данните за намаляващ брой на сключените договори за кредитиране на формите на продължаващо обучение с 47,5%, от 277 през 2008 до 188 през 2010 г. След 2009 г. за кратък период, до 2012 се наблюдава плавна тенденция на повишаване на регистрираните участия. От 2013 г. до края на 2017 г. трендът остава негативен, с изключение на 2016 г., когато прирастът спрямо предходната година е 52,20%. Независимо от това, ръстът на участията в ППО остава далеч от стойностите, регистрирани в пиковата 2008 г.

Като основна причина за наблюдаваните негативни тенденции считаме необходимостта от самофинансиране от страна на медицинските сестри на участията в продължаващо обучение. Основният инвеститор в професионалното развитие и квалификация на медицинските сестри би трябвало да бъде работодателят. Препоръката на СЗО е, че здравните мениджъри трябва да възприемат непрекъснатото обучение на здравните специалисти като ключова инвестиционна стратегия поради ускореното навлизане на нови технологии. При липса на работодателска активност в тази посока, следва да се търсят възможности за държавни инвестиции или проектно финансиране, при условие, че продължаващото обучение е задължително за всички, упражняващи регулирана медицинска професия.

С цел установяване на дела на активно участващите в ППО медицински сестри разглеждаме тяхното разпределение според броя на регистрираните участия (Табл. 15).

Табл. 15 Разпределение на медицинските сестри според броя на участията им във форми на ППО

Регистрирани участия в ППО			
№	(2006 - 2017)	Медицински сестри, (бр.)	Общо участия, (бр.)
1	Едно участие	3517	3517
2	Две участия	2551	5102
3	Три и повече участия	9128	78247
4	Без регистрирани участия	7645	0
Общо		22841	86866

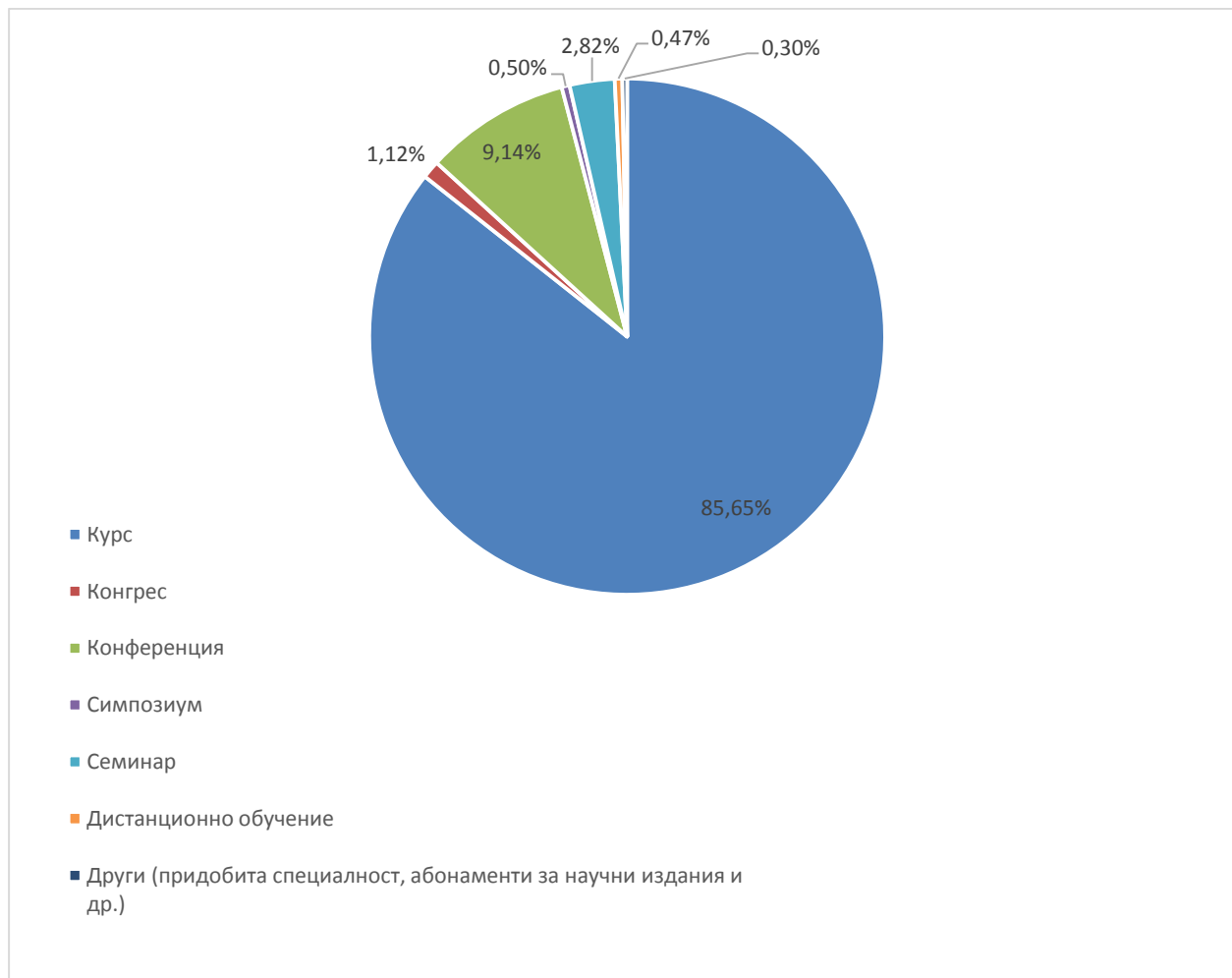
Получените резултати при разпределението на медицинските сестри по показател „Брой регистрирани участия“ показват висок дял от 66,53% (n=15196) на участвалите в различни форми на ППО за наблюдавания период. Най-активните, с три и повече участия съставляват 40,00% от регистрираните медицински сестри (n=9128) и

техните участия формират дял от 90,00% от всички регистрирани обучения (n=78247). Делът на медицинските сестри без нито едно регистрирано участие възлиза на 33,47% (n=7645). Причините за наличието на голяма група медицински сестри без изявен интерес към продължаващо обучение отдаваме на вече широко известни факти по отношение на сестринството у нас – застаряване на работната сила, недостатъчен брой медицински сестри (при недостиг на човешки ресурси натовареността върху наличните се повишава, а това рефлектира върху липса на време за повишаване на професионалната квалификация), липса на финансови стимули за придобита допълнителна квалификация и необходимост от лично финансиране на обученията, в условия на много ниски нива на заплащане на сестринския труд. В проучването BLISS на Световната банка, публикувано през 2016 г. е установено, че едва 7 % от населението на България в трудоспособна възраст е участвало в обучение за подобряване на уменията през 2015 година (40). На база този показател, независимо от очертаните негативни тенденции и бариерите пред участията в продължаващо обучение бихме могли да определим медицинските сестри като „**учещи професионалисти**“, тъй като тяхната активност за поддържане и разширяване на знанията и уменията (66,53%) надхвърля общата за страната с **почти десет пъти**. Този факт е ярко свидетелство за това, че съсловие на медицинските сестри е активен участник в икономиката на знанието и професионалното му развитие следва европейските насоки, според които продължаващото обучение е „етичен ангажимент на всички здравни специалисти, изпълнението на който гарантира актуални професионални знания и допринася за повишаване качеството на грижите за пациента“ (128).

1.2.3. Форми на продължаващо обучение, в които участват медицинските сестри

Осигуряването на високо качество на продължаващото обучение изисква многообразие на формите, чрез които то се предоставя. Многообразието от своя страна е фактор за постигане на многопластово и широкоаспектно развитие на професионалните знания и умения. Съгласно Единната кредитна система (ЕКС) на БАПЗГ участията на специалистите по здравни грижи във форми на продължаващо обучение се оценяват в различни категории – курс, конгрес, конференция, симпозиум, семинар, дистанционно обучение, други форми (придобита специалност, абонаменти за

научни издания, обучители и др.) Какви са активностите на медицинските сестри по отношение на участията във форми на ППО в разглеждания период 2006 – 2017 г. представяме на Фиг. 10.



Фиг. 10 Участия на медицинските сестри в различни форми на ППО

Анализът на данните установи, че най-предпочитаната форма на ППО от медицинските сестри е курсът. Делът на участията в курс е 85,65% (n=74400). Следващите по значимост форми са конференцията и семинарът, но с доста по-скромни дялове от 9,14% (n=7940) и 2,83% (n=2457). През наблюдавания период, регистрираните участия в конгреси са 973 и формират дял от 1,12 %. С дялове под 1% са участията в симпозиуми (0,50%; n=430), дистанционно обучение (0,47%; n=408) и други (придобита специалност, абонаменти за научни издания и др. – 0,30%; n=258). Разглеждано през призмата на дигитализацията се свят и предимствата на ниската цена, обучение в удобно време и място, прави впечатление твърде ниският дял на

участията в дистанционно продължаващо обучение. За този резултат биха могли да бъдат посочени няколко причини. От една страна, това е фактът, че онлайн обучението е нова форма на обучение, от друга страна стоят данните от наше собствено проучване, проведено през месец октомври 2017 г. сред 109 професионалисти по здравни грижи от гр. София, над 70,00% от които заявяват, че предпочитат присъственото обучение. Дистанционна форма избират по-малко от една четвърт от медицинските сестри – 23,00%. Този резултат напълно колаборира с резултатите от броя на участниците в дистанционни курсове. В проучване на **Александрова, М.** от 2007 г. е установено, че има медицински сестри, „желаещи разкриване на възможности за дистанционно обучение“, въпреки това „При анализа на предпочитанията за формите и методите на обучение се откроява желанието на медицинските сестри за обучение на работното място. Някои от тях изявяват желание за обучение по индивидуални програми, повече лични контакти с преподавателите, работа с малки групи и дискусиите“ (3). Несъмнено, това са предимства, които заедно с традиционните нагласи за провеждане на обучение ще отстъпват бавно във времето. Въпреки това, нашето виждане е, че намаляващият брой на специалистите по здравни грижи в страната голямата им ангажираност прогресивното навлизане на новите технологии ще наклонят везните към практичното решение - да се използват все по-широко възможностите на електронното обучение.

В подкрепа на нашето разбиране, че дистанционната форма на продължаващо обучение има потенциала да се развие като предпочитана форма за повишаване на професионалната квалификация, разработихме SWAT анализ на предлаганото от БАПЗГ обучение. В резултат на този анализ установихме, че към началото на 2018 г. дистанционното обучение има множество конкурентни предимства и дава отлични възможности в практически план. За развитието му обаче, са необходими мерки и активна държавна политика, в посока на преодоляване на очертаните слаби страни и намаляване на въздействието от възможните заплахи.

* * *

**SWAT анализ на дистанционна форма на продължаващо обучение,
предлагана от БАПЗГ**

Силни страни	Слаби страни
<ul style="list-style-type: none"> • Специалистите по здравни грижи упражняват регулирани професии и участието им в продължаващо обучение е задължително (ЗСОМСААМСЗПФ – чл. 39, т.5) • Наличие на нормативна база, регламентираща дистанционната форма на обучение (ЕКС) на специалистите по здравни грижи; • Наличие на опит при провеждане и регистрация на продължаващо обучение; • Собствена платформа за дистанционно обучение; • Авторитетни преподаватели, разработващи учебното съдържание; • Актуалност на предлаганите теми; • Ниска цена на обучението • Наличие на 28 регионални колегии за бързо разпространение на информация относно дейности и резултати; 	<ul style="list-style-type: none"> • Недостатъчно финансиране в сферата на здравеопазването и слабо застъпено участие на работодателите при заплащане на продължаващо обучение на специалистите по здравни грижи ; • Липса на обвързаност между висока квалификация и съответстващо възнаграждение; • Демотивация на младите специалисти да се квалифицират в специалности в областта на здравните грижи; • Ниско заплащане на труда на специалистите по здравни грижи, което е предпоставка за излизане от професията; • Неувереност на специалистите по здравни грижи поради недостатъчно добра компютърна грамотност;
Възможности	Заплахи
<ul style="list-style-type: none"> • Подобряване и разширяване на достъпа до продължаващо обучение; • Повишаване на квалификацията чрез продължаващо електронно обучение без откъсване от местоработата и местоживеенето; • Повишаване качеството на предоставяните здравни грижи; • Включване на все по-голям брой специалисти по здравни грижи в ученето през целия живот; • Форум за контакт между колеги и споделяне на опит 	<ul style="list-style-type: none"> • Броят на специалистите по здравни грижи в страната е под критичният минимум; • Претоварен работен график на специалистите по здравни грижи - ограничен бюджет на времето за обучение; • Демографски проблем при съсловието на професионалистите по здравни грижи; • Несъответствие между квалификацията на специалистите по здравни грижи и изискванията на потребителите за все по-качествени и ефективни здравни грижи.

1.3.Сертификация и кариерно развитие на медицинските сестри

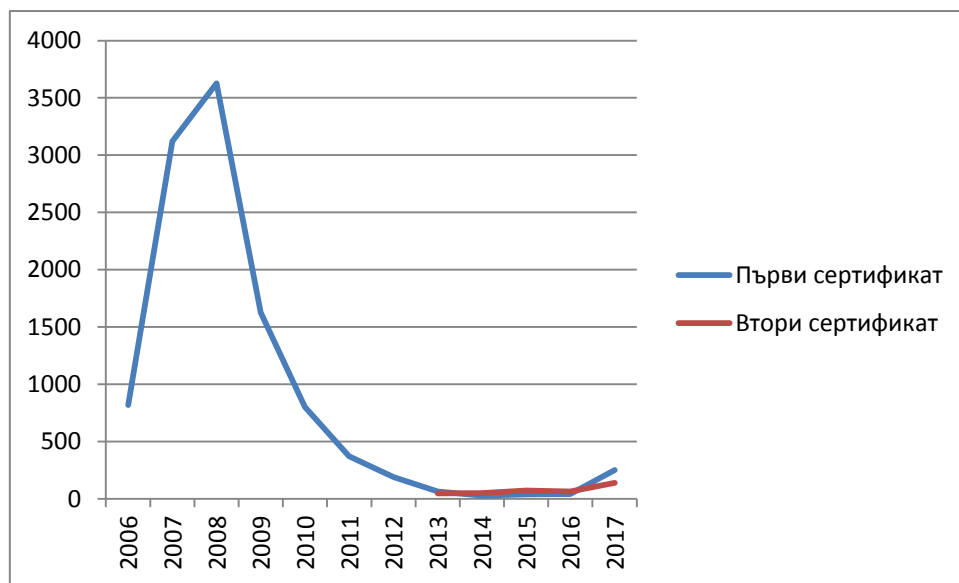
Както вече беше посочено процесите на сертификация и кредитиране на формите на продължаващо обучение за медицински сестри в България започват през 2006 г. От този момент до края на 2017 г. първи сертификат за професионална квалификация и достигнато второ ниво според Квалификационната рамка за професионално развитие на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти имат почти половината (49,81%) от регистрираните в БАПЗГ и упражняващи професията си медицински сестри (Табл. 16). Този резултат е показателен за високото качество на сестринската работна сила у нас и нейният стремеж към кариерно развитие, което се основава на принципа, че сестринската професия трябва да отговаря на променящите се обществени потребности.

Табл. 16 Сертифицирани медицински сестри (2006-2017)

Район на планиране NUTS 2	Сертифицирани медицински сестри (2006 - 2017), (бр.)		Регистрирани медицински сестри към 31.12.2017, (бр.)	Дял на сертифицирани с първи сертификат, (%)	Дял на сертифицирани с втори сертификат, (%)
	Първи сертификат	Втори сертификат			
BG 31 Северозападен (Видин, Враца, Ловеч, Монтана, Плевен)	888	45	2539	34,97	1,77
BG 32 Северен централен (Велико Търново, Габрово, Разград, Русе, Силистра)	1017	12	2542	40,01	0,47
BG 33 Североизточен (Варна, Добрич, Търговище, Шумен)	1664	63	2750	60,51	2,29
BG 34 Югоизточен (Бургас, Сливен, Стара Загора, Ямбол)	1696	46	3480	48,74	1,32
BG 41 Югозападен (Благоевград, Кюстендил, Перник, София, София - столица)	4568	182	7311	62,48	2,49
BG 42 Южен централен (Кърджали, Пазарджик, Смолян, Хасково, Пловдив)	1545	31	4219	36,62	0,73
Общо	11378	379	22841	49,81	1,66

За разлика от почти равномерното разпределение на участията в продължаващо обучение, в процеса на сертификация се наблюдават регионални диспропорции. Най-голям дял сертифицирани медицински сестри установяваме в Югозападен (62,48%) и Североизточен район (60,51%), а почти два пъти по-малко са медицинските сестри със

сертификат в Южен централен (36,62%) и Северозападен район на планиране (34,97%). На фона на високия дял медицински сестри от второ квалификационно ниво, прави впечатление ниският дял (1,66%) на сестрите от трето квалификационно ниво, според Квалификационната рамка за професионално развитие на БАПЗГ. Независимо от установеното активно участие във форми на продължаващо обучение и придобити 150 кредитни точки като условие за придобиване на втори сертификат, се наблюдава слабо изразен интерес към втора сертификация. Видно от динамиката на сертифицирането (Фиг. 11) пикът на сертификацията е през 2008 г. и подобно на тенденциите, установени за продължаващото обучение, и тук от 2009 г. се наблюдава значителен спад.



Фиг. 11 Динамика на сертификацията на медицинските сестри в периода 2006-2017 г.

Отчетеният намален брой сертифицирани медицински сестри не е случаен, той е резултат от промяна в чл.7, ал.2 на ЗСОМСААМС, обнародвана в „Държавен вестник” брой 41 от 02 юни 2009 г. Текстът „В наредбата по ал. 1 се определят изискванията за упражняването на професиите и за придобиването на професионалните степени от медицинските сестри и акушерките в съответствие с нивото на професионалната им квалификация и трудов стаж.” е изменен така: „С наредбата по ал. 1 се определят и професионалните дейности, които извършват здравните асистенти и лекарските асистенти.” Тази промяна противоречи на всички препоръки за вземане на ефективни мерки за обучение, задържане и устойчивост на работната сила. Медицинските сестри губят мотивация за участие във форми на продължаващо обучение и не намират

сертификата за професионална квалификация за необходимо доказателство за тяхното професионално развитие, тъй като вече няма регламент, на базата на който сестрите да бъдат степенувани и в съответствие с по-високата степен да получават и по-високо възнаграждение.

От 2017 г. негативният тренд се обръща (Фиг. 11) като броят на издадените първи сертификати нараства пет пъти ($Y_{2016} = 41$; $Y_{2017} = 252$), а на издадените втори сертификати се удвоява ($Y_{2016} = 65$; $Y_{2017} = 140$). Причина за това е подписаният през октомври 2016 г. Колективен трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“. В този КТД за първи път за професионална квалификация на медицинските сестри, удостоверена със сертификат се предвижда допълнително възнаграждение от 20,00 лв. за първи сертификат и 40,00 лв. за втори сертификат. Ясно се откроява корелацията между квалификация и възнаграждения и това е съвсем логично, тъй като всяко участие в обучение е свързано с разходи на време и средства. Тези разходи могат да започнат да се осмислят като инвестиции в кариерно развитие само, ако срещу тях стои справедлива оценка на повишените знания, умения и компетенции. За да има успех системата на възнаграждения, обвързана с резултатите, трябва да разчита на обща идея за справедливост, възприета от служителите. Това е от голямо значение за «плоски» организации, каквито са лечебните заведения.

Системата за кариерно развитие на медицинските сестри у нас е добре регламентирана. Тя е система в развитие и все още не разгърнала пълния си потенциал. Чрез разработеният SWAT анализ направихме опит да изведем силните страни и възможностите пред медицинските сестри, както и да очертаем слабите страни и заплахите, които се явяват фактори, възпрепятстващи кариерното развитие.

Въпреки международните и европейски препоръки за инвестиции в сестринската работна сила и стимулиране на обучението през целия живот, у нас все още съществуват бариери пред кариерното развитие, за преодоляването на които не е достатъчно само усилието на здравните мениджъри, а необходима политическа воля.

* * *

SWAT анализ на кариерното развитие на медицинските сестри

Силни страни	Слаби страни
<ul style="list-style-type: none"> • Законов регламент за повишаване на професионалната квалификация чрез продължаващо обучение – Чл. 39, т.5 от ЗСОМСААМСЗПФ • Работеща система на продължаващо обучение • Наличие на квалификационна рамка за професионално развитие • Работеща система за сертифициране на професионалната квалификация • Нарастваща роля на медицинските сестри в предоставянето на висококачествени, достъпни, равнопоставени и ефективни здравни грижи • Ключова роля на ръководителите по здравни грижи - планират и организират следдипломното обучение на медицинските специалисти 	<p>Бариери пред участието в ППО:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Финансови – необходимост от лично финансиране на ППО • Липса на достатъчна активност от страна на работодателите, често работодателите не отчитат повишената професионална квалификация на медицинските сестри • Липса на държавни инвестиции в ППО (Липса на стипендиантска програма за придобиване на специалност - за лекари и стоматолози има разработена такава по линия на проектно финансиране) • КТД не се сключва във всички лечебни и здравни заведения и допълнителното възнаграждение за придобит сертификат за професионална квалификация не се заплаща
Възможности	Заплахи
<ul style="list-style-type: none"> • Равен достъп и многообразие от форми на ППО • Възможности за участия в безплатни курсове за ППО • Целево държавно или проектно финансиране на продължаващото обучение • Повишаване качеството на предоставяните здравни грижи 	<ul style="list-style-type: none"> • Недостатъчна осигуреност с медицински сестри • Значителен дял на медицински сестри в пенсионна възраст с ниска мотивация за повишаване на квалификацията • Претоварен работен график и ограничен бюджет на времето за обучение • Отлив от сестринската професия

2. МЕРКИ ЗА ПРИВЛИЧАНЕ И ЗАДЪРЖАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В БЪЛГАРИЯ

Съгласно препоръките на СЗО от 2010 г. успешните организационни стратегии и политики, свързани с привличане и задържане на човешките ресурси в здравните грижи трябва да бъдат насочени към подкрепа за обучение, регулиране на професията на медицинската сестра, прилагане на системи за финансово стимулиране на медицинските сестри, професионална и лична подкрепа (стил на мениджмънт).

С цел изясняване прилагат ли се препоръчаните и доказали своята ефективност иновативни мерки за привличане и задържане на медицински сестри и доколко успешни са те в нашата страна, проучихме мнението на ръководители по здравни грижи – главни и старши медицински сестри.

1. Професионално-демографска характеристика на изследваните лица

Разпределението на респондентите в реализираната извадка от 477 главни и старши медицински сестри е представено в таблица 17. Организацията на данните е според критерии „Длъжност“, „Период на заемане на мениджърска позиция“, „Тип на лечебно заведение“ и „Район на планиране“.

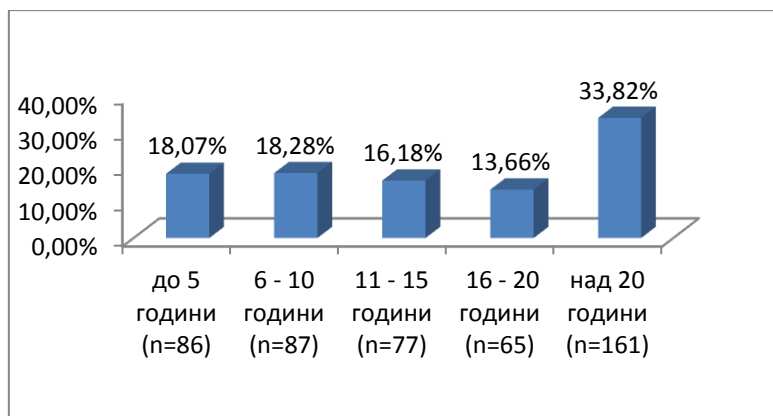
Табл. 17 Професионално-демографска характеристика на изследваните лица

Променливи	Брой	Дял в %
Длъжност:		
Директор по здравни грижи	1	0,21
Главна медицинска сестра	63	13,21
Старша медицинска сестра	413	86,58
Период на заемане на мениджърска позиция:		
до 5 години	86	18,03
6 – 10 години	87	18,24
11 – 15 години	78	16,35
16 – 20 години	65	13,63
Над 20 години	161	33,75
Тип лечебно заведение:		
УМБАЛ	187	39,20
МБАЛ	258	54,09
Други (СБАЛ, ЦПЗ, ДПБ, КОЦ и др.)	32	6,71
Район на планиране:		
Северозападен (Видин, Враца, Ловеч, Монтана, Плевен)	96	20,13
Северен централен (В. Търново, Габрово, Разград, Русе, Силистра)	56	11,74
Североизточен (Варна, Добрич, Търговище, Шумен)	65	13,63
Югоизточен (Бургас, Сливен, Стара Загора, Ямбол)	50	10,48
Югозападен (Благоевград, Кюстендил, Перник, София, София – град)	147	30,82
Южен централен (Пловдив, Пазарджик, Смолян, Кърджали, Хасково)	63	13,21

В изследването участват ръководители по здравни грижи от шестте района на планиране в България. Високият относителен дял от 30,82% (n=147) на анкетираните в Югозападен район се дължи на факта, че в него попада София-град, където концентрацията на лечебни заведения е най-голяма и броят на медицински сестри е най-висок, в сравнение с всяка една от 27-те области на страната.

Друг основен позиционен показател е типът на лечебното заведение. Проучването е проведено сред ръководители по здравни грижи от различни типове лечебни заведения за болнична помощ като най-висок е делът на анкетираните лица от многопрофилни болници за активно лечение - 54,30% (n=259), следвани от респондентите в университетски многопрофилни болници – 38,99 % (n=186). Ръководителите по здравни грижи от „Други“ лечебни заведения формират дял от 6,71% (n=32). Високият дял на изследваните лица, представители на многопрофилни лечебни заведения се дължи на факта, че в системата на здравеопазване у нас повечето лечебни заведения са с многопрофилна насоченост (156 - МБАЛ и 18 - УМБАЛ по данни на Регистъра на лечебните заведения за болнична помощ на Министерство на здравеопазването).

От особена важност беше да установим какъв управленски опит имат участвалите в проучването ръководители по здравни грижи, тъй като предметът на изследването включва анализ на мерките за привличане и задържане на медицински сестри и установяване на доминиращия стил на управление сред ръководителите по здравни грижи. Периодът на заемане на мениджърска позиция е представен в 5 категории. В голямата си част, анкетираните ръководители по здравни грижи имат дългогодишен управленски опит. Делът на медицинските сестри, заемащи мениджърска позиция над 20 години е 33,75% (n = 161), а ръководителите с опит до 10 години формират дял от 36,37% (n=173). Това разпределение на извадката предполага от една страна широкоаспектни познания за управлението на човешките ресурси и от друга създава предпоставки за постигане на баланс на отговорите между различни поколения мениджъри на здравните грижи.



Фиг. 12 Разпределение на ръководителите по здравни грижи според периода на заемане на мениджърска позиция

В условията на критичен недостиг и установените в проучването ни данни за възрастовата структура на медицинските сестри у нас, всяка мярка за повишаване интереса към професията на медицинската сестра е от изключителна важност. Изследването на мерките, предприемани за привличане и задържане на медицински сестри включва няколко групи мерки: активности за популяризиране на професията сред младите хора, привличане на безработни лица, задържане на работните им места на навършили пенсионна възраст медицински сестри, подкрепа за обучение, регулиране на професията, финансови стимули (директни и индиректни), професионална, лична подкрепа и стил на управление.

Според приетите от нас критерии, на база установена оценка на ръководителите по здравни грижи за резултата от прилаганите мерки за привличане и задържане на медицинските сестри в България бяха сформирани две групи - група с положителна оценка (179 ръководители по здравни грижи) и група с отрицателна оценка (294 ръководители по здравни грижи) (Табл. 18).

Табл. 18 Оценка на ръководителите по здравни за резултата от мерките за привличане и задържане на медицински сестри в лечебното заведение, в което работят

Група	Честота (бр.)	Отн. дял в %
Положителна оценка	179	37,8
Отрицателна оценка	294	62,2
Общо	473	100

*трима от запитаните не са дали оценка

Получената отрицателна оценка (62,2%) за резултата от прилаганите в лечебните заведения за болнична помощ мерки за привличане и задържане на медицински сестри е показателна за нашата хипотеза, че мерките са недостатъчни. В хода на анализа

проследяваме последователно и в детайли резултатите от анкетната карта. Чрез тях изясняваме какви мерки се прилагат и кои от тях ръководителите по здравни грижи оценяват като ефективни за преодоляване на кризата с работната сила, представена от медицинските сестри у нас.

2. Предприемани инициативи за привличане и задържане на медицински сестри

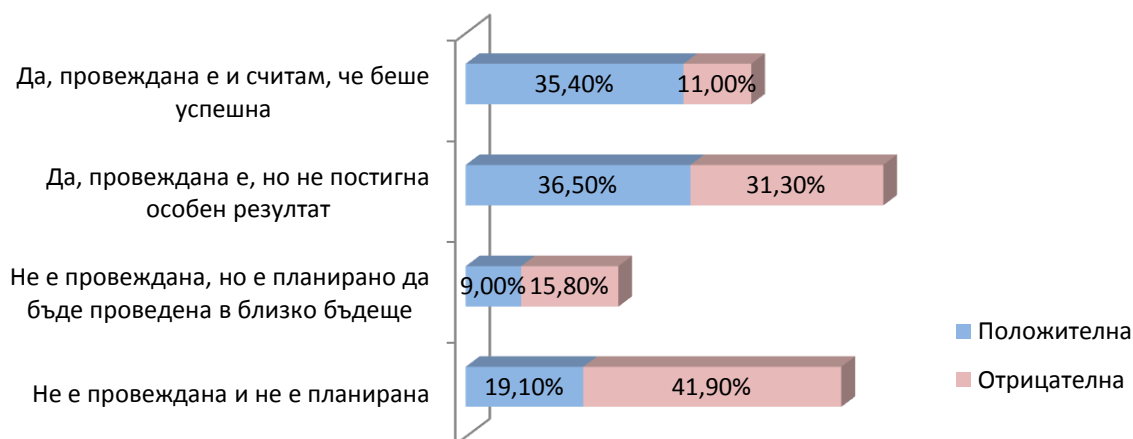
От проведеното анкетно проучване сред ръководителите по здравни грижи в шестте района на планиране относно инициирането на кампания за популяризиране на сестринството с цел привличане на младите хора към професията „Медицинска сестра“ (Табл. 19) се установява, че в 53,60% (n=253) от случаите, такава кампания е провеждана, като успешна е оценена от 96 (20,34%) ръководители, а отговор „Да провеждана е, но не постигна особен резултат“ са дали 33,26% (n=157) от ръководителите по здравни грижи. Тревожен факт е, че въпреки критичният недостиг на медицински сестри у нас 33,05% (n=156) от запитаните отговарят, че подобна кампания не е провеждана и не е планирана. Ръководителите, посочили намерение за провеждане на кампания в бъдеще заемат относителен дял от 13,35% (n=63). Интерес представлява съпоставката на резултатите по отделни райони. В пет от районите Северен централен, Североизточен, Югоизточен, Югозападен и Южен централен, оценката на ръководителите по здравни грижи за проведена, но неуспешна кампания превишава оценката за проведените успешни кампании. Получените резултати дават основание да считаме, че ръководствата на изследваните лечебни заведения полагат усилия за популяризиране на професията „Медицинска сестра“, но съществуват и външни фактори, които възпрепятстват очаквания положителен ефект. Като такива фактори могат да бъдат посочени ниското възнаграждение, все още ограничените възможности за кариерно развитие и ниският обществен престиж на професията.

Табл. 19 Сравнителен анализ на отговорите на въпроса иницириана ли е кампания за популяризиране на сестринството в отделните статистически райони

Отговори	Честота	Северо-западен	Северен-централен	Северо-източен	Юго-източен	Юго-западен	Южен-централен	Общо
Да, провеждана е и считам, че беше успешна	Брой	19	14	7	2	40	14	96
	Отн. дял в %	19,79	25,00	10,94	4,00	27,97	22,22	20,34
Да, провеждана е, но не постигна особен резултат	Брой	16	22	23	12	49	35	157
	Отн. дял в %	16,67	39,29	35,94	24,00	34,27	55,56	33,26
Не е провеждана, но е планирано да бъде проведена в близко бъдеще	Брой	11	9	9	9	19	6	63
	Отн. дял в %	11,46	16,07	14,06	18,00	13,29	9,52	13,35
Не е провеждана и не е планирана	Брой	50	11	25	27	35	8	156
	Отн. дял в %	52,08	19,64	39,06	54,00	24,48	12,70	33,05
Общо	Брой	96	56	64	50	143	63	472
	Отн. дял в %	100	100	100	100	100	100	100

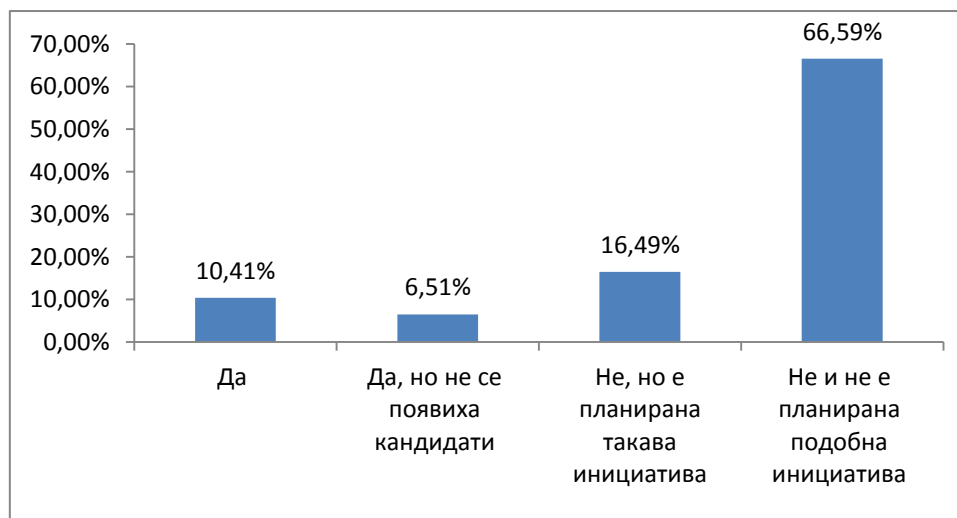
*5 лица не са дали отговор на този въпрос

При сравнение на данните между провеждани кампании за популяризиране на сестринството и оценката на ръководителите по здравни грижи за резултатите от тази мярка за привличане и задържане на медицински сестри, с точният тест на Фишер установихме наличие на статистически значима зависимост ($p < 0,0001$). Когато кампании са провеждани наблюдаваме дялове на положителна оценка 35,4% и 36,5%. Липсата на кампания за популяризиране на сестринството кореспондира с висок дял на отрицателната оценка 41,9% (Фиг. 13). Това означава, че по-широкото приложение на подобна мярка би имало позитивен ефект върху насочването на интереса на младите хора за обучение по професия „Медицинска сестра“.



Фиг. 13 Оценка на проведени кампании за популяризиране на сестринството

От получените отговори на въпроса „В последните пет години мениджмънтът на Вашето лечебно заведение предлагал ли е възможности за заплащане обучението на безработни лица за придобиване на професия „Медицинска сестра?““ установяваме изразена слаба активност на мениджърите на лечебни заведения за използване на трудовия потенциал на безработни лица. Само 10,41% (n=48) от респондентите посочват, че подобна инициатива е провеждана, а в 6,51% от случаите е предложено заплащане на обучението, но не са се появили кандидати. Значителен е относителният дял на посочилите, че инициатива за заплащане обучението на безработни лица не е планирана е 66,59% (n=307) – фиг. 14



*16 от запитаните не са дали отговор на въпроса

Фиг. 14 Предлагани възможности за заплащане на обучението на безработни лица за придобиване на професия „Медицинска сестра“

Независимо от установения малък брой проведени и планирани инициативи, интерес представлява тяхното регионално разпределение (Табл. 20)

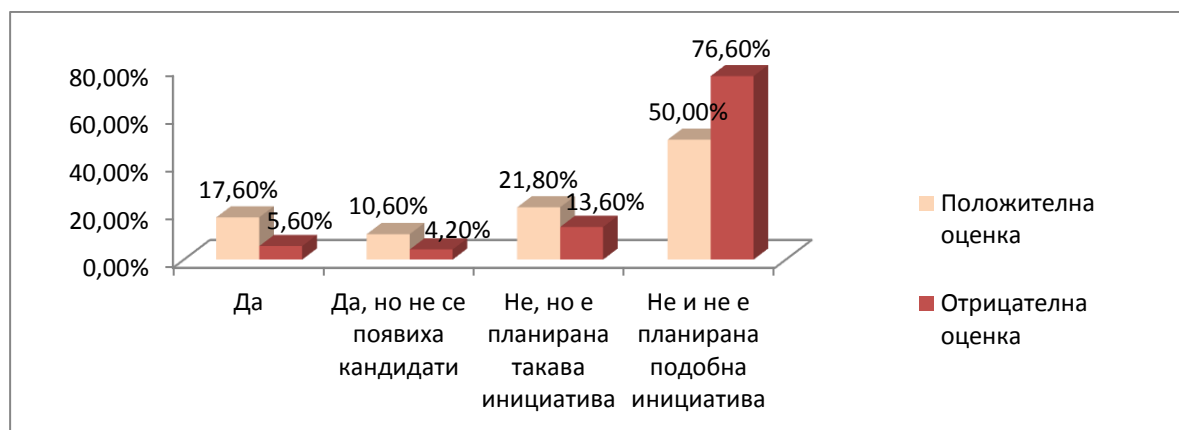
Табл. 20 Проведени и планирани инициативи за заплащане обучението на безработни лица за придобиване на професия "Медицинска сестра"

Район на планиране	Проведена инициатива		Планирана инициатива	
	Брой	Отн. дял	Брой	Отн. дял
Северозападен	4	5,26%	7	9,21%
Северен централен	14	18,42%	6	7,89%
Североизточен	5	6,59%	7	9,21%
Югоизточен	4	5,26%	4	5,26%
Югозападен	31	40,79%	39	51,32%
Южен централен	18	23,68%	13	17,11%
Общо	76	100,00%	76	100,00%

Най-активни в осъществяването и планирането на инициативи за заплащане обучението на безработни лица за придобиване на професия „Медицинска сестра“ са здравните мениджъри от Югозападен район, следвани от тези в Южен централен. Най-слаба активност наблюдаваме в Северозападен и Югоизточен район.

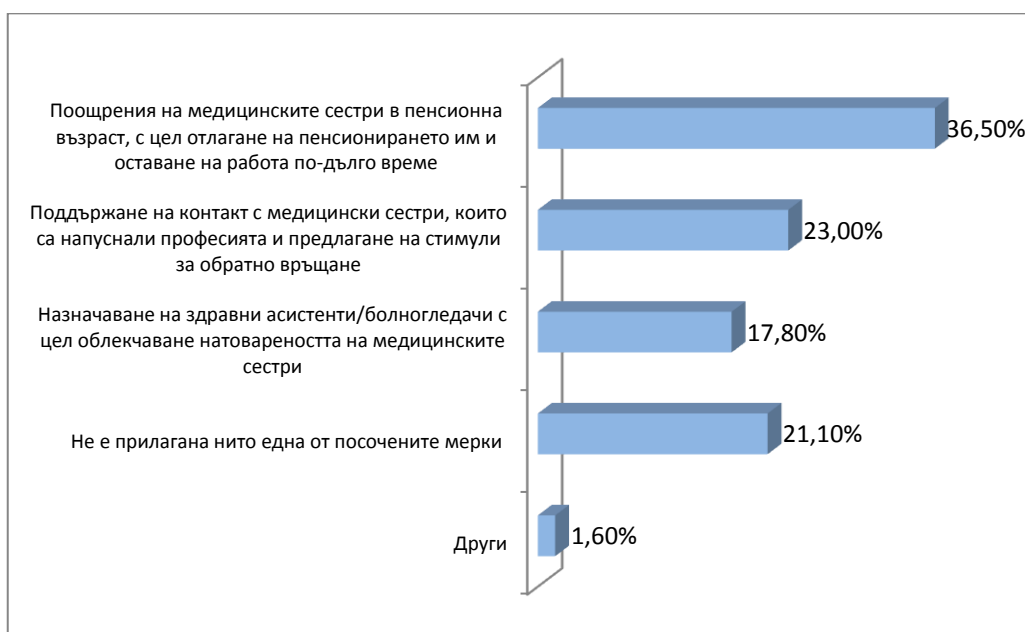
Нашето допускане относно установените резултати (Фиг. 14) е, че се дължат на факта, че успешното достигане до безработни лица изисква от една страна времеви и финансов ресурс и от друга - някои конкретни дейности като идентифициране и установяване на контакт, информиране и мотивиране на безработните лица с оглед активизирането им за участие в 4-годишно обучение и заетост в последствие. Друг аспект на слабата активност за приложение на подобна мярка е липсата на утвърден финансов механизъм, по който обучението може да бъде финансирано, както и липсата на мотивиращо стартово възнаграждение за придобилите специалност „Медицинска сестра“, което да стимулира преквалификацията на безработни лица.

Точният критерий на Фишер установи, че има статистически значима зависимост ($p < 0,0001$) между оценката на запитаните ръководители и наличието на инициативи за заплащане обучението на безработни лица за придобиване на професия „Медицинска сестра“ (Фиг. 15). Делът на лицата, дали положителна оценка при проведена инициатива е 17,6% ($n=30$), а делът на лицата, които дават отрицателна оценка при липсата на тази мярка е 76,6% ($n=219$).



Фиг. 15 Оценка на резултата от инициативи за заплащане обучението на безработни лица за придобиване на професия „Медицинска сестра“

Видно от резултатите, представени на Фиг. 16 мениджърите в здравеопазването разчитат най-вече на задържането на работните им места на медицинските сестри в пенсионна възраст (36,5%). В 23,0% от случаите, респондентите посочват, че се прилага и по-малко популярната мярка за стимулиране връщането на медицински сестри, които са напуснали професията. Почти една пета (17,8%) от участвалите в проучването ръководители по здравни грижи посочват, че в изследваните лечебни заведения за болнична помощ има практика за назначаване на лица с придобита професионална квалификация по професии „Здравен асистент“ и „Болногледач“.



Фиг. 16 Прилагани мерки за привличане и задържане на медицински сестри

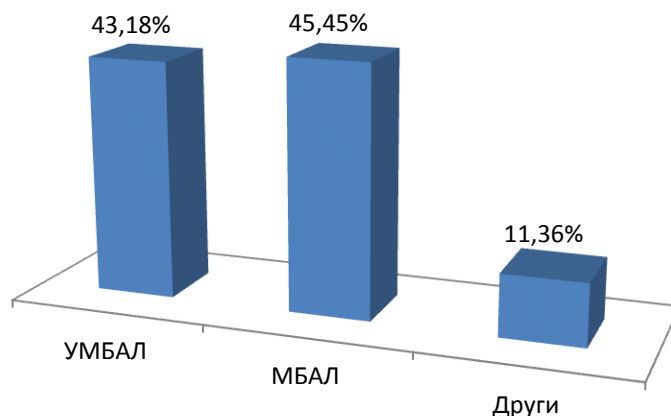
Мерките за привличане и задържане на медицински сестри могат да бъдат разнообразни. Поради това, въпросът предполагаше и свободни отговори. В свободните си отговори, ръководителите по здравни грижи са посочили и следните мерки:

□ „При спешна нужда назначаваме пенсионирани медицински сестри от нашето лечебно заведение“ (Главна медицинска сестра, УМБАЛ, Югозападен район на планиране);

□ „Не, не се поощряват пенсионери, дори работят на по-ниско възнаграждение“ (Старша медицинска сестра, УМБАЛ, Северозападен район);

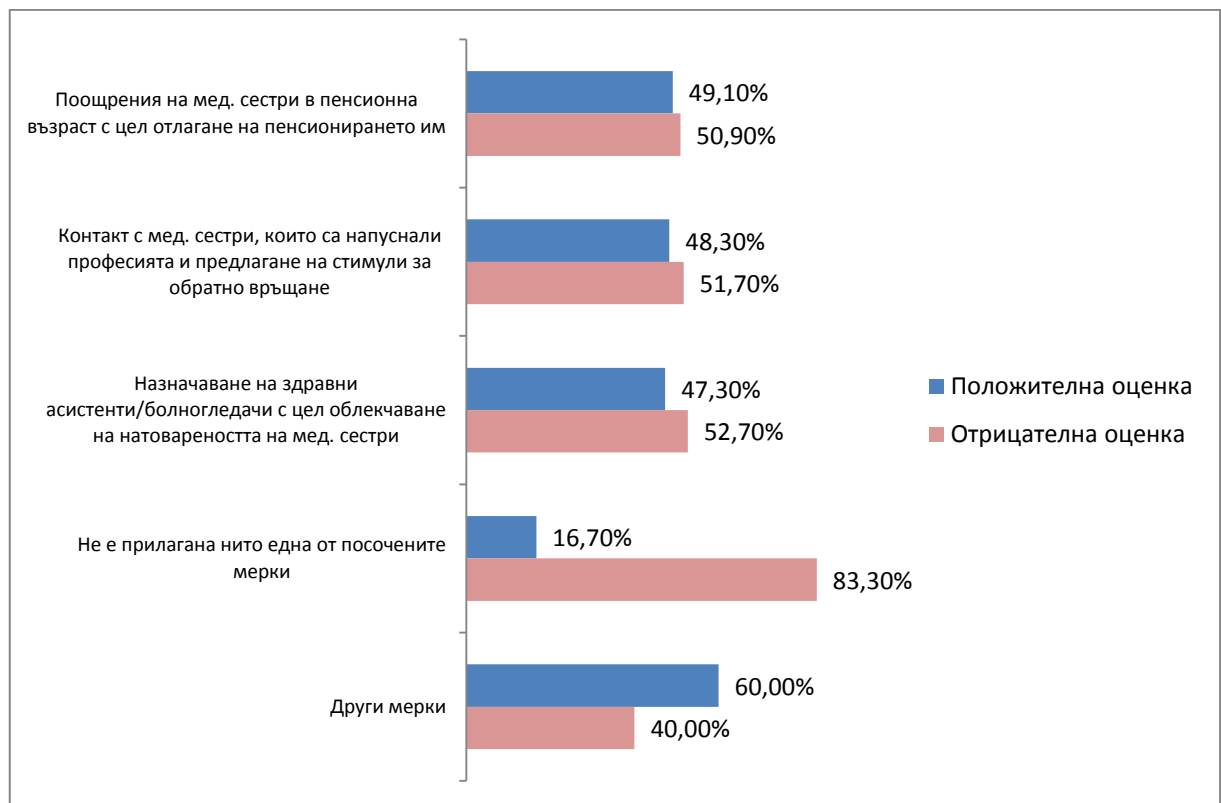
- „Провеждане на разговори със студенти, обучаващи се за медицински сестри за и запознаването им с работата по отделения“ (Главна медицинска сестра, УМБАЛ, Северен централен район);
- „Финансово стимулиране, участие в продължаващо обучение“ (Главна медицинска сестра, МБАЛ, Южен централен район);
- Има разработена програма за преквалификация на работещи санитарни, желаещи да получат образование за медицински сестри“ (Старша медицинска сестра, МБАЛ, Югозападен район);
- „Назначават се технически секретари в кабинети поради липса на сестри“ (Старша медицинска сестра, МБАЛ, Южен централен район);
- „Назначаване на технически сътрудници“ (Главна медицинска сестра, МБАЛ, Северозападен район);
- „Отпускани стипендии на студенти по здравни грижи – мед.сестри и акушерки, срещу ангажимент за работа за определен срок в МБАЛ“ (Главна медицинска сестра, МБАЛ, Северен централен район);
- „Изготвяне на работен график, съобразен с желанията за почивка.“ (Старша медицинска сестра, МБАЛ, Югозападен район).

В условията на критичен недостиг на медицински сестри, тревожен е резултатът по отношение на липсата на мерки за привличането и задържането им. Над една пета (21,1%) от изследваните лица посочват, че не се прилагат мерки, като този резултат е почти изравнен по отношение на лечебните заведения от тип УМБАЛ и МБАЛ (фиг.17).



Фиг. 17 Липса на мерки за привличане и задържане на медицински сестри (по тип лечебно заведение)

Точният критерий на Фишер установи, че има статистически значима зависимост между прилагането на такива мерки за привличане и задържане на медицински сестри и оценката ръководителите по здравни грижи за резултата от приложението им ($p < 0,0001$). Тази зависимост се изразява най-вече в сигникативната разлика, която наблюдаваме в процентните съотношения (16,70% срещу 83,30%), когато не се прилагат мерки и в процентните съотношения (60,00% срещу 40,00%) когато се прилагат „Други“ мерки за привличане и задържане на човешките ресурси в лечебното заведение. (Фиг. 18)

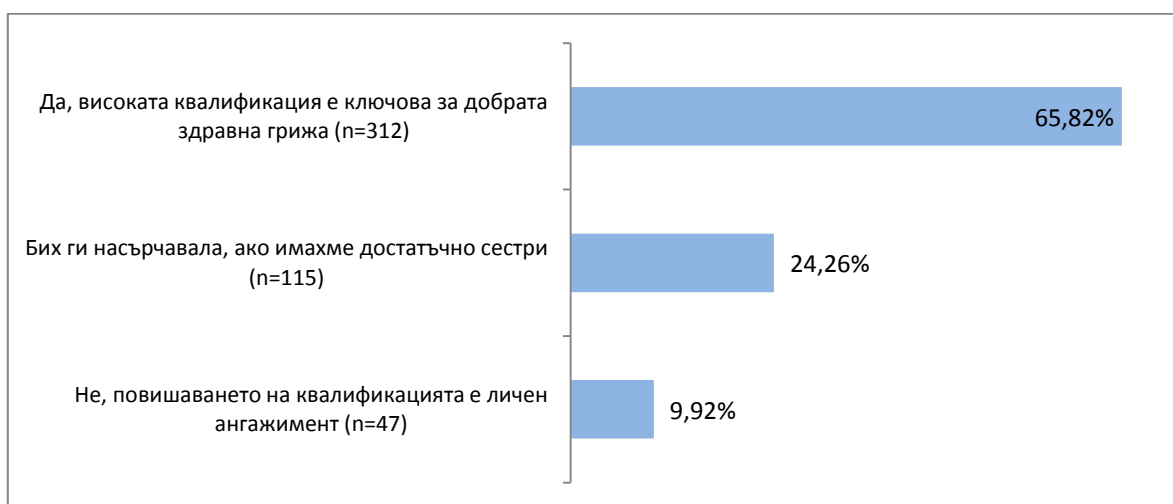


Фиг. 18 Оценка на резултатите от прилагане на мерки за привличане и задържане на медицински сестри

Близки положителни и отрицателни оценки на ръководителите по здравни грижи наблюдаваме по отношение първите три от посочените мерки – поощрения на медицинските сестри в пенсионна възраст с цел отлагане на пенсионирането им, поддържане на контакт с медицински сестри, които са напуснали професията си и стимулиране на обратното им връщане, назначаване на здравни асистенти/болногледачи. Получените отговори ни насочват към извода, че в условия на недостиг на медицински сестри, положителни ефекти в процеса на привличането и задържането им могат да бъдат постигнати чрез приложението на комбинации от разнообразни и иновативни мерки, съобразени с реалностите в здравната ни система.

3. Мнение на ръководителите по здравни грижи относно подкрепата за обучение

Продължаващото обучение е изключително важен аспект от управлението на човешките ресурси в здравните грижи. Това е така, защото упражняването на регулирана професия, каквато е сестринската, изисква учене през целия живот и изграждане на компетентна работна сила, която да отговори на повишените очаквания на обществото към медицинските специалисти. На въпроса „Насърчавате ли медицинските сестри от Вашия екип за участия в различни форми на продължаващо обучение?“ наблюдаваме силно изразена позитивна нагласа към продължаващото обучение - доминира отговорът „Да, високата квалификация е ключова за добрата здравна грижа“ (65,82%), а 24,26% от запитаните биха насърчавали участия в продължаващо обучение, ако е наличен достатъчен брой сестри в лечебното заведение (Фиг. 19).



*3 лица не са дали отговор на този въпрос

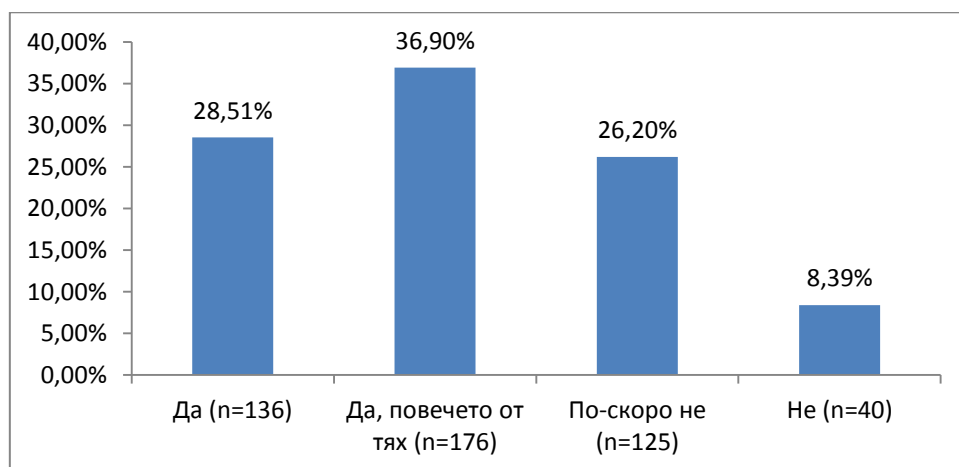
Фиг. 19 Отношение на ръководителите по здравни грижи към участия във форми на продължаващо обучение

Тези резултати кореспондират с установените от нас позитивни нагласи към участия на медицинските сестри в различни форми на продължаващо обучение, а също така свидетелстват за оформянето на ръководителя по здравни грижи като „Мениджър на кариерата“. Мениджърът на кариерата приоритетно организира и мониторира продължаващото обучение и развитието на познания, умения и качества, които допринасят за високото качество на оказваните здравни грижи и с това повишават имиджа на лечебното заведение.

В 9,92% от случаите ръководителите по здравни грижи посочват, че продължаващото обучение е оставено на доброто желание на самите медицински сестри и не е задача на

мениджмънта. В общия случай, подобно отношение има демотивиращ ефект върху професионалното развитие и създава предпоставки за влошаване на качество на здравните грижи. Към поставения от нас въпрос е добавен коментар от участник в проучването: „Да, но само аз мисля, че високата квалификация е ключова. 80 % са пенсионери и не желаят да се квалифицират, а и нито един Управител в нашата област не финансира курсове и участия във форуми.“ (Главна медицинска сестра, УМБАЛ, Югозападен район на планиране).

С цел да установим как ръководителите по здравни грижи оценяват процеса на сертификация на медицинските сестри, проучихме мнението им относно самооценката на медицинските сестри за професионалното им представяне след придобит сертификат за професионална квалификация (Фиг. 20). Прави впечатление високият дял на отговорите в положителната скала (65,41%). Този резултат е показателен за ролята на сертификата като инструмент за признаване на професионална квалификация, но и като фактор за повишена самооценка на притежаващите го. Колебливи в оценката си са над една четвърт (26,20%) от запитаните. Тази колебливост е обяснима и според нас е до голяма степен свързана с факторите, възпрепятстващи кариерното развитие (виж SWAT анализ на кариерното развитие, стр. 117). Категорични, че сертификатът не допринася за повишаване на професионалната самооценка на медицинските сестри са 8,39% от запитаните, като 65,0% от тях са представители на МБАЛ, 30,0% на УМБАЛ и 5,0% на други лечебни заведения за болнична помощ.



Фиг. 20 Мнение на ръководителите по здравни грижи относно самооценка на професионалното представяне на медицинските сестри с придобит сертификат за професионална квалификация

Стимулирането на медицинските специалисти за участия във форми на продължаващо обучение и подкрепата за кариерно развитие са елементи от процеса на управлението. Само желанието на ръководителите по здравни грижи, обаче не е достатъчно, необходима е и организационна подкрепа на ниво стратегически мениджмънт. За да установим какво е мнението на ръководителите по здравни грижи по отношение на лечебното заведение като организация, ангажирана с повишаването на професионалната квалификация, попитахме: „Как бихте определили лечебното заведение, в което работите?“ Ранжирането на отговорите (Фиг. 21) показва, че 35,38% от анкетираните ръководители определят лечебното заведение, в което работят като „обучаваща организация“, която инвестира в повишаването на квалификацията на наетите медицински сестри. Този резултат насочва вниманието към лидерите в „обучаващите“ лечебни заведения. Редовите медицински сестри могат да направят сравнително малко за промяна на организационната култура. Здравните мениджъри и ръководителите по здравни грижи са тези, от които се очаква да изградят организационна култура, която да подкрепя ученето, да въвеждат механизми за събиране и систематизиране на знанията, да стимулират различните виждания и да насърчават иновациите.



*5 лица не са дали отговор на този въпрос

Фиг. 21 Мнение на ръководителите по здравни грижи относно обучаващата функция на лечебното заведение, в което работят

Мнение, че е на лице традиционно лидерство, с елементи на авторитарна организационна култура споделят около една трета от респондентите (30,30%). Според

тях лечебното заведение предоставя контролиран достъп до курсове и обучения за медицински сестри. Относителният дял на ръководителите по здравни грижи, които считат, че курсовете и обученията не са приоритет за лечебното заведение, в което работят е 17,58%.

Важно беше да установим какъв е типът на лечебното заведение, в което квалификацията на служителите е подценена управленска функция. Анализът на данните показва, че най-голям е дялът на респондентите от МБАЛ (59,04%), следвани от ръководителите по здравни грижи, работещи в УМБАЛ (32,53%), а най-нисък е относителният дял (8,43%) на работещите в лечебни заведения от тип „Други“ (СБАЛ, ЦПЗ, ДПБ, КОЦ).

През призмата на обучението и развитието по Bratton и Gold (86) (виж стр.17), откриваме, че не се наблюдава сигнификативно голямо различие между стиловете на управление. Контролираният достъп до курсове е посочен от 30,30% от респондентите в нашето проучване. Достъпът до обучение, филтриран през контрол, кореспондира с управлението на персонала. За управлението на човешките ресурси е характерно проявлението на организацията като „обучаваща организация“, като такава, болницата е определена от 35,38% от участниците в изследването. Фактът, че това е мнението на най-много от запитаните е в голяма степен показателен резултат за ориентацията към по-либерален стил на управление.

В потвърждение на тази тенденция е и установената с точният тест на Фишер статистически значима зависимост ($p < 0,0001$) в оценките на ръководителите по здравни грижи по отношение на лечебното заведение като организация, ангажирана с повишаването на професионалната квалификация и ефекта върху привличането и задържането на медицински сестри. От табл. 21 се вижда, че най-високата и положителна оценка (52,54%) за резултата от привличане и задържане на медицински сестри е дадена на лечебните заведения от тип „обучаваща организация“. Подкрепата за обучение се явява привличащ и задържащ фактор. Близки в положителната и отрицателната оценка са ръководителите по здравни грижи по отношение на лечебните заведения, които са определили като „организация, предоставяща контролиран достъп до курсове и обучения“. Получените резултати са показателни за стремежа на

ръководителите по здравни грижи към установяване на организационна култура, подкрепяща ученето и кариерното развитие на медицинските сестри.

Табл. 21 Оценка на ръководителите по здравни грижи относно лечебното заведение като организация, ангажирана с професионалната квалификация на медицинските сестри

Ръководителите по здравни грижи определят лечебното заведение, в което работят като:	Положителна оценка		Отрицателна оценка	
	Брой	Отн. дял	Брой	Отн. дял
„обучаваща организация“, която инвестира в повишаването на квалификацията на наетите медицински сестри	93	52,54%	73	25,10%
организация, предоставяща контролиран достъп до курсове и обучения за медицински сестри	56	31,64%	87	29,90%
организация, в която курсовете и обученията за медицински сестри не са приоритет	12	6,79%	70	24,00%
Не мога да преценя	16	9,03%	61	21,00%
Общо	177	100,00%	291	100,00%

4. Регулиране на професията на медицинската сестра

Дейностите по набиране и подбор на персонал са ключови моменти в управлението на човешките ресурси. Разглеждането на получените резултати през класификацията на стила на управление на Bratton и Gold дава значителен превес на управлението на персонала пред управлението на човешките ресурси (Фиг. 22). Участвалите в проучването ръководители по здравни грижи определят функцията си по подбор на човешки ресурси по-скоро като една от многото ръководни задачи (62,18%), отколкото като ключова задача (35,26%).



Фиг. 22 Оценка на ръководителите по здравни грижи за функцията им по подбор на човешки ресурси

На ръководителите по здравни грижи беше дадена възможност и за свободни отговори относно функцията им по подбор на човешки ресурси. Техните отговори са релевантни към установения общ резултат. Независимо от подготовката, знанията и уменията на главните и старши сестри, с квалификация по управление на здравните грижи, функцията по подбор е нарушена поради характерният в последните години дефицит на медицински сестри:

- „Смятам, че това е една от основните ми задачи като ръководител, но тъй като **няма кандидати на практика подбор не се извършва**“; (Главна медицинска сестра, МБАЛ, Югоизточен район на планиране)
- „През последните години **не може да се осъществи подбор, поради липса на кадри**“; (Старша медицинска сестра, МБАЛ, Северозападен район на планиране)
- „Към настоящия момент **подборът се състои в даване на шанс на всеки, който представи диплом за СЗГ**“ (Главна медицинска сестра, МБАЛ, Югоизточен район на планиране)
- „Тази функция за съжаление отпадна, тъй като липсват кадри. На работа приемам всеки, който пожелае да работи в отделението.“ „**При 5 и повече свободни места и 6 пенсионери не може да се мисли дори за подбор**“; (Старша медицинска сестра, УМБАЛ, Северен централен район)
- „Няма кандидати за работа, за да има подбор“; (Главна медицинска сестра, СБАЛ, Югозападен район на планиране)
- „Решава началника“(Старша медицинска сестра, УМБАЛ, Югозападен район на планиране);
- „Ръководството не се съобразява с мнението на старшите медицински сестри.“ (Старша медицинска сестра, УМБАЛ, Югоизточен район на планиране)
- „Проблемът с привличане и задържане на мед. сестри в лечебните заведения е много сериозен. **Липсата на мед. сестри опорочава подбора на персонала** - липсват кандидати. Остават на работа мед. сестри над пенсионна възраст, което затруднява мотивацията за развитие и повишаване на квалификацията.“ (Главна медицинска сестра, ЦПЗ, Северен централен район)

- „Персоналът е крайно недостатъчен, едвам връзваме графици, а от работещите 80 % са пенсионери. А и те работят не от любов към ЛЗ, а защото 290-300 лв. пенсия е бедствена.“ (Главна медицинска сестра, МБАЛ, Югозападен район на планиране)

В резултат на неефективно планиране на работната сила, повече от 10 години нашата страна изпитва дефицит на медицински сестри. Това е проблем на национално ниво, който допринася за това централна функция като подбора на човешки ресурси да е придобила второстепенно значение в йерархията на задачите на ръководителите по здравни грижи. Всъщност създаването на екип стартира с подбора на бъдещите членове на този екип. Тази стъпка е от съществено значение за създаването на добър екип, тъй като от нея зависи кой – с какви професионални и личностни характеристики ще го гради. Нарушената функция на подбора води до невъзможност за ефективно планиране на работната сила с отчитане на баланса на професионалния и личния живот, както и стриктно спазване на стандартите за брой медицински сестри на смяна, съобразно спецификите на лечебните заведения.

В процеса на подбор и назначаване на медицински сестри в лечебното заведение са ангажирани главната, старшата медицинска сестра и отдел „Човешки ресурси“. В резултат на нашето проучване установихме, че се прилага екипен подход с водеща роля на ръководителите по здравни грижи (Фиг. 23).



Фиг. 23 Участници в процеса на подбор на медицински сестри

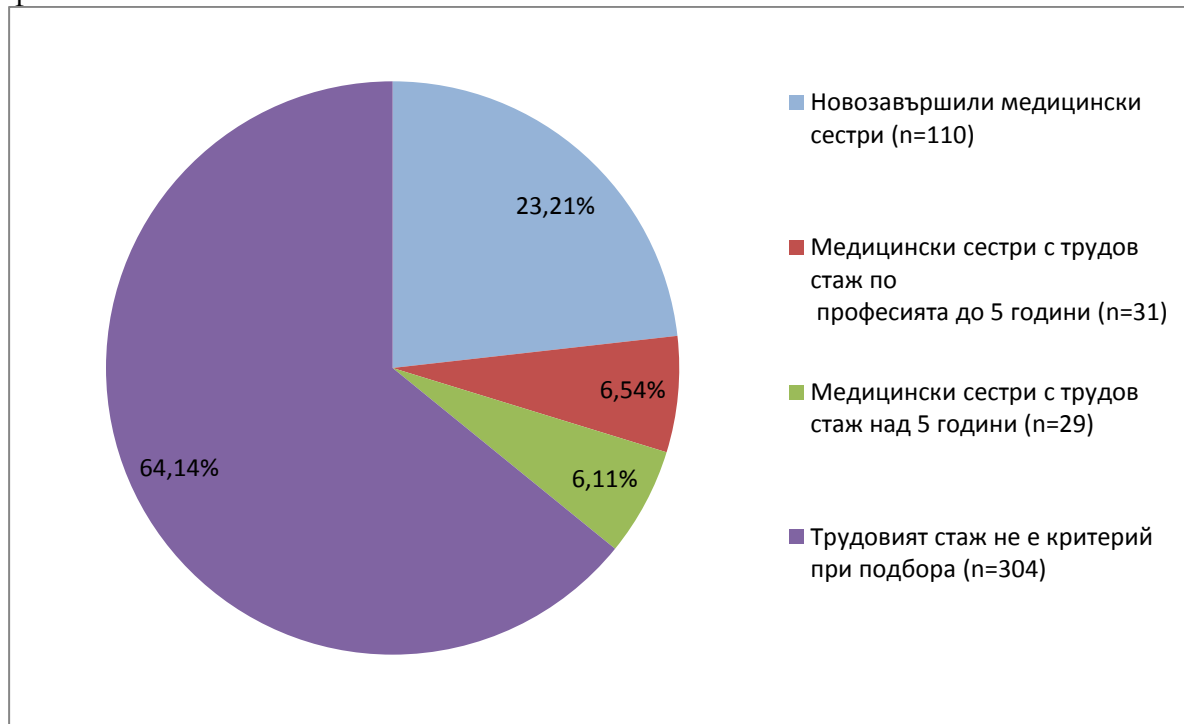
В 46,62% от случаите подборът се осъществява съвместно от главната и старшата медицинска сестра; че подборът се прави само от главната сестра, посочват 21,10% от

респондентите. Според 15,19% от запитаните, ангажирана с подбора е само старшата медицинска сестра. Прави впечатление много слабо застъпеното участие на отдел „Човешки ресурси“ в осъществяването на подбора на редови медицински сестри. Само в 3,38% от случаите, ръководителите по здравни грижи не участват в подбора и това е задача на отдел „Човешки ресурси“. Подборът, като екипна дейност, в която участват отдел „Човешки ресурси“ на лечебното заведение, главната и старша медицинска сестра е определен от 9,70% от респондентите. Причината за този резултат според нас се дължи на недофинансирането на лечебните заведения и невъзможността в някои лечебни заведения за поддържане на обособен отдел, който да е ангажиран с управлението на човешките ресурси. Така се налага изводът, че функциите на специалистите от такъв отдел са поети от ръководителите по здравни грижи. Това, без съмнение, рефлектира върху тяхната по-висока натовареност и невъзможност за постигане на оптимална ефективност при управлението на човешките ресурси. Същевременно точният тест на Фишер установи статистически значима зависимост ($p=0,015$) между оценката на ръководителите по здравни грижи за резултатите от привличането и задържането на медицински сестри и това кои експерти са ангажирани с извършаване на подбора. Участието на отдел „Човешки ресурси“ се отчита като фактор за положителна оценка на резултата от подбора (Табл. 22). Присъствието на такъв отдел в структурата на лечебното заведение, несъмнено корелира с постигането на по-добри резултати, както при управлението на човешките ресурси, така и на организацията като цяло. Това от своя страна рефлектира върху по-висока ефективност и професионална удовлетвореност на медицинските специалисти.

Табл. 22 Оценка на резултата от подбора на медицински сестри

Участници в подбора на медицински сестри	Честота		Положителна оценка		Отрицателна оценка		Общо	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Отдел "Човешки ресурси"	Брой		49		14		63	
	%		16,20%		8,00%		13,20%	
Главната медицинска сестра	Брой		1		0		1	
	%		0,30%		0,00%		0,20%	
Старшата медицинска сестра на отделението, за което има вакантни длъжности	Брой		253		160		413	
	%		83,50%		92,00%		86,60%	
Общо	Брой		303		174		477	
	%		100,00%		100,00%		100,00%	

За привличане и оставане на работа в лечебното заведение най-големи усилия полагат главните и старшите медицински сестри. Какви са техните предпочитания за наемане на сестри на вакантни длъжности показваме с графичното изображение на фиг.24

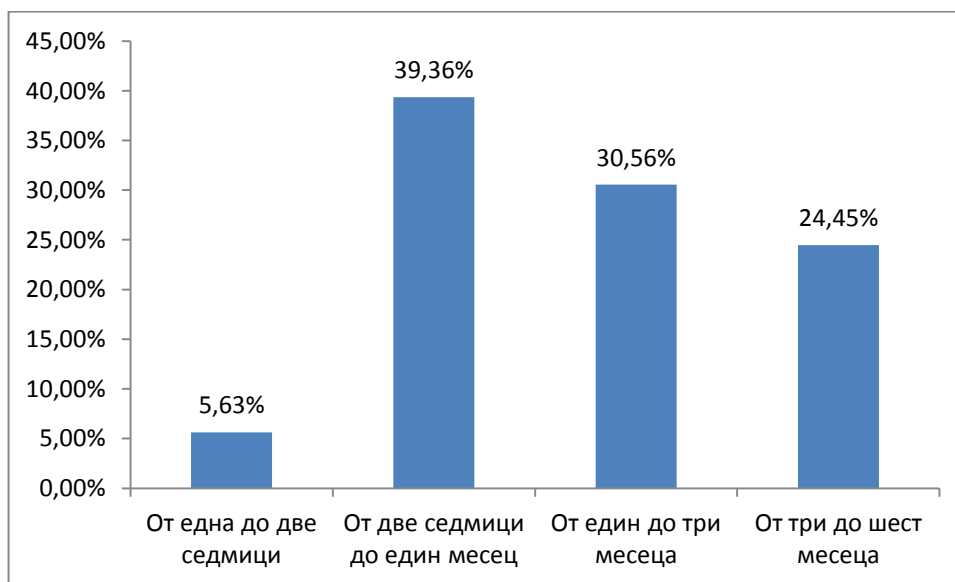


Фиг. 24 Предпочитания на ръководителите по здравни грижи за наемане на медицински сестри на вакантни длъжности

Желание за назначаване на новозавършили медицински сестри споделят почти една четвърт от запитаните ръководители по здравни грижи (23,11%). Опитни медицински сестри, с над 5 години трудов стаж предпочитат едва 6,11 %, а според 64,14% от ръководителите по здравни грижи трудовият стаж не е критерий при подбора. Този резултат потвърждава вече установената нарушена функция на подбора и беше очакван, тъй като недостигът на работна сила в сестринството е фактор за обективно ограничение на избора. От друга страна този резултат може да се разглежда и в етичен аспект като изразено предпочитание на ръководителите по здравни грижи за формиране на разнородни екипи, за да се осигурява приемственост и обогатяващи социални отношения, базирани на междупоколенчески различия.

След осъществяването на подбора и назначаването на медицински сестри в лечебното заведение, за ръководителите по здравни грижи е важно да осигурят плавното въвеждане на новоназначените сестри в естеството на работата и

организационната култура. Този процес се осъществява посредством адаптационни програми. От запитаните ръководители, 83,10% (n=394) посочват, че в лечебното заведение, в което работят се прилага адаптационна програма. Групирането спрямо различната продължителност на програмите е изобразено на Фиг. 25.



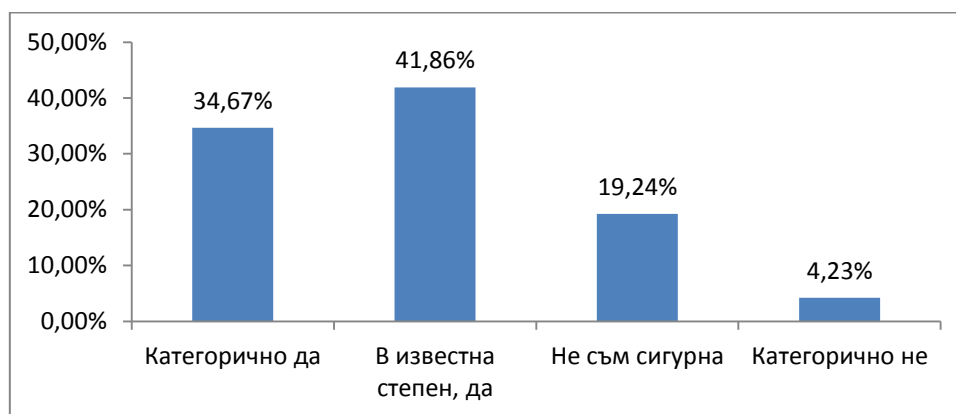
Фиг. 25 Продължителност на адаптационната програма за новоназначени медицински сестри

При изследване на оценката на ръководителите по здравни грижи за резултата от приложението на адаптационна програма за новоназначени медицински сестри (Табл.23) се вижда, че и в двете групи оценките са близки – положителна (88,10%) и отрицателна (79,90%). Точният тест на Фишер, обаче показва, че има основание да се счита, че наличието на адаптационна програма е значимо за резултата от мерките за привличане и задържане на медицински сестри ($p=0,023$), а срокът на програмата не влияе върху резултата ($p=0,323$).

Табл. 23 Приложение на адаптационна програма за новоназначени медицински сестри

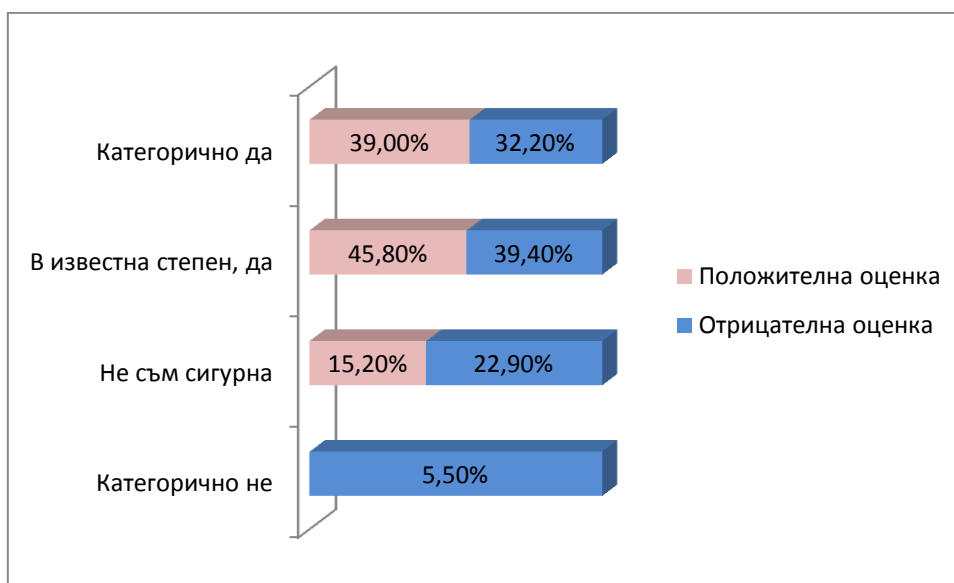
Адаптационна програма за новоназначени медицински сестри	Положителна оценка		Отрицателна оценка	
	Брой	Отн. дял	Брой	Отн. дял
Прилага се	156	88,10%	234	79,90%
Не се прилага	21	11,90%	59	20,10%
Общо	177	100,00%	293	100,00%

Самостоятелната практика на медицинските сестри у нас е нормативно регламентирана, но все още е рядко срещана. Поради това, попитахме ръководителите по здравни грижи дали определят възможността за самостоятелна практика като фактор за повишаване привлекателността на професията (Фиг. 26). Категорични в положителния си отговор са 34,67% от запитаните. Колебливи в отговора си са повече от половината (61,10%), а 4,23% изразяват недоверие към самостоятелната дейност на медицинската сестра. Тези данни дават основание да считаме, че ръководителите по здравни грижи осъзнават високата отговорност, която биха поели медицинските сестри при реализация на възможността за самостоятелна практика и същевременно изпитват несигурност по отношение на справянето с тази отговорност. Такъв е и изводът на Тончева С., според която „Все още не е ясно дали сестринската професия може да се справи с последиците от самостоятелността и отговорностите. Необходим е супервайзор – подготвена медицинска сестра, която да има „поглед отгоре“ и ограничава допускане на грешки във вреда на пациента“ (72).



Фиг. 26 Самостоятелната практика на медицинските сестри като фактор за повишаване привлекателността на професията

Въпреки, че точният тест на Фишер установи статистически значима зависимост ($p=0,012$) в оценките на ръководителите по здравни грижи относно самостоятелната практика на медицинските сестри като фактор за повишаване привлекателността на професията и тук се проявява тяхната колебливост (Фиг. 27). Категорични в положителната си оценка са 39,0% от запитаните, а несигурни и с отрицателна оценка относно самостоятелната практика на медицинските сестри са 22,9% от ръководителите.



Фиг. 27 Оценка на самостоятелната практика на медицинските сестри като фактор за повишаване привлекателността на професията

5. Финансово стимулиране на медицинските сестри

Възнаграждението е основен икономически фактор, който е пряко свързан с привличането и задържането на човешки ресурси. Поради това, в настоящото проучване наблюдаваме оценката на ръководителите по здравни грижи относно начина на формиране на възнаграждението и наличието на система за финансово стимулиране чрез директни и индиректни финансови стимули.

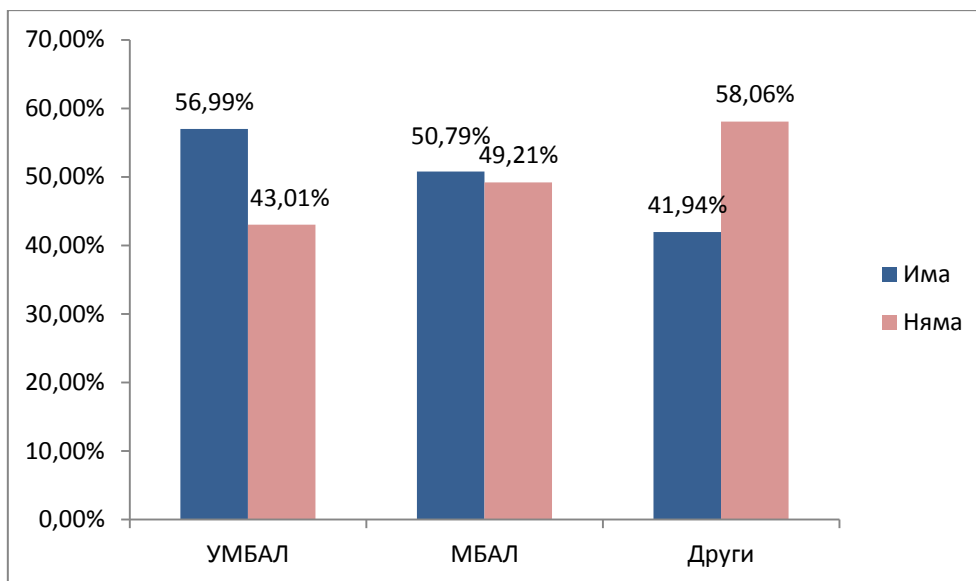
На въпроса „Как смятате, че трябва да се формира заплащането на медицинската сестра?“ се откроява мнението (76,65%), че то трябва да се формира като комбинация от фиксирана, твърда сума и плаваща добавка, в зависимост от обема, степента и качеството на изпълнение на задачите. Само 7,22% (n=34) считат за приемливо заплащането да бъде фиксирана, твърда сума. Сравнително нисък е дялът 13,38% (n=63) и на тази част от ръководителите по здравни грижи, за които оценката на труда трябва да се отразява „като сбор от цените на извършените дейности, ако те са остойностени“. Според нас тази плаха оценка се дължи на чисто търговския характер и елементът на несигурност, който се съдържа в такъв тип формиране на възнаграждението – за дейност. На „друго“ мнение са 2,76% (n=13), а 6 са предпочели да не дават отговор на въпроса (Фиг 28.).



Фиг. 28 Мнение на ръководителите по здравни грижи относно начина на формиране на възнаграждението на медицинските сестри

Теоретично, основна роля за задържане и мотивиране на човешките ресурси в системата на здравеопазване играят както финансовите, така и нефинансовите стимули. Поради това, анкетираните ръководители по здравни грижи трябваше да посочат директни и индиректни финансови стимули, които се прилагат в тяхното лечебно заведение. Интерес представлява фактът, че на въпроса „Има ли във Вашето лечебно заведение, разработена система за финансово стимулиране на медицинските сестри?“ с „Да“ са отговорили 247 от анкетираните (52,67%) и с „Не“ – 222-ма (57,33%). В същото време на въпросите за наличието на директни и индиректни стимули в лечебното заведение, отговор за прилаган тип директен финансов стимул са дали 469 ръководители и за индиректни финансови стимули – 468. Нашето допускане е, че тази разлика се появява в резултат на налични стимули, но със силно ограничен размер, което води до усещането у респондентите за отсъствие на стимули.

Според типа на лечебното заведение, честотното разпределение на отговорите за наличие или отсъствие на разработена система за финансово стимулиране на медицинските сестри е изобразено на Фиг. 29:



Фиг. 29 Разработена система за финансово стимулиране на медицинските сестри

По отношение на директните стимули бяха получени общо 469 отговора, които обработихме и класирахме според честотата на избора (Фиг. 30) .



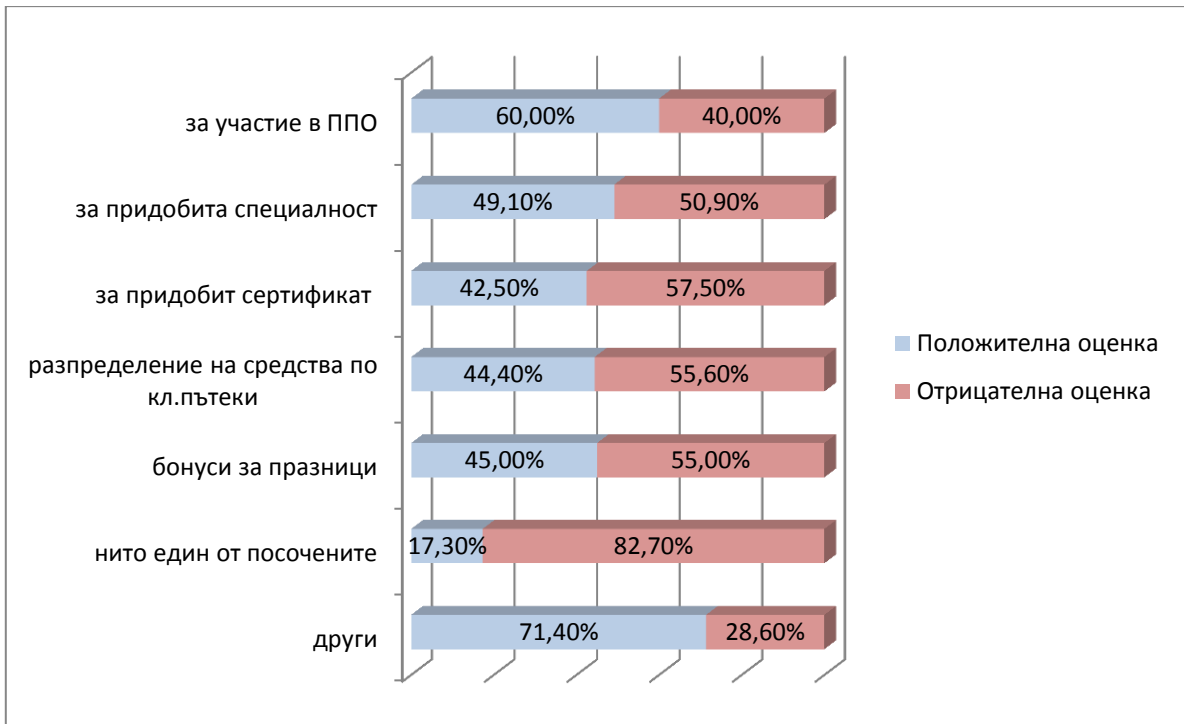
Фиг. 30 Ранжиране на директните финансови стимули в лечебните заведения

Под формата на свободен отговор в групата от „Други директни финансови стимули“, двама от респондентите са посочили „Методика за оценка и отчитане на индивидуалното изпълнение на служебните задължения“ (Главна медицинска сестра, УМБАЛ, Северен централен район); „Допълнително финансово стимулиране на база изпълнение на обема задачи и качество на извършените дейности, заплащане за работа

в опасни условия на труд.“ (Главна медицинска сестра, УМБАЛ, Северен централен район).

Очаквано най-често прилаганият директен финансов стимул за медицинските сестри е добавка към възнаграждението от разпределение по клинични пътеки (60,41%). Прави впечатление слабо застъпеното стимулиране при повишаване на професионалната квалификация. Само 8,53% от респондентите посочват, че към възнаграждението има допълнително материално стимулиране за участие във форми на продължаващо професионално обучение, а за придобита специалност и сертификат за професионална квалификация се формират еднакви дялове от 22,60%. Тези данни дават основание да направим извод, че договореностите по Националния колективен трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“ се прилагат частично и че това е демотивиращ фактор, който намалява интереса към участие в продължаващо обучение, обучение за придобиване на специалност и към участие в процеса на сертификация. Така въпреки текущия и прогнозирания недостиг, заплащането не се използва като лост за подобряване на набирането или задържането на медицински сестри. Както посочва **Catton, H.(2018)** „медицинските сестри не са изолирани от икономическите условия, които оказват влияние върху ежедневието им и техният избор се основава на настоящите и бъдещи икономически перспективи. Следователно, *решенията на потенциалните медицински сестри да влязат в професията ще бъдат отчасти базирани на стартовата заплата и перспективите за разумна прогресия в кариерното развитие и заплащането* (90).“

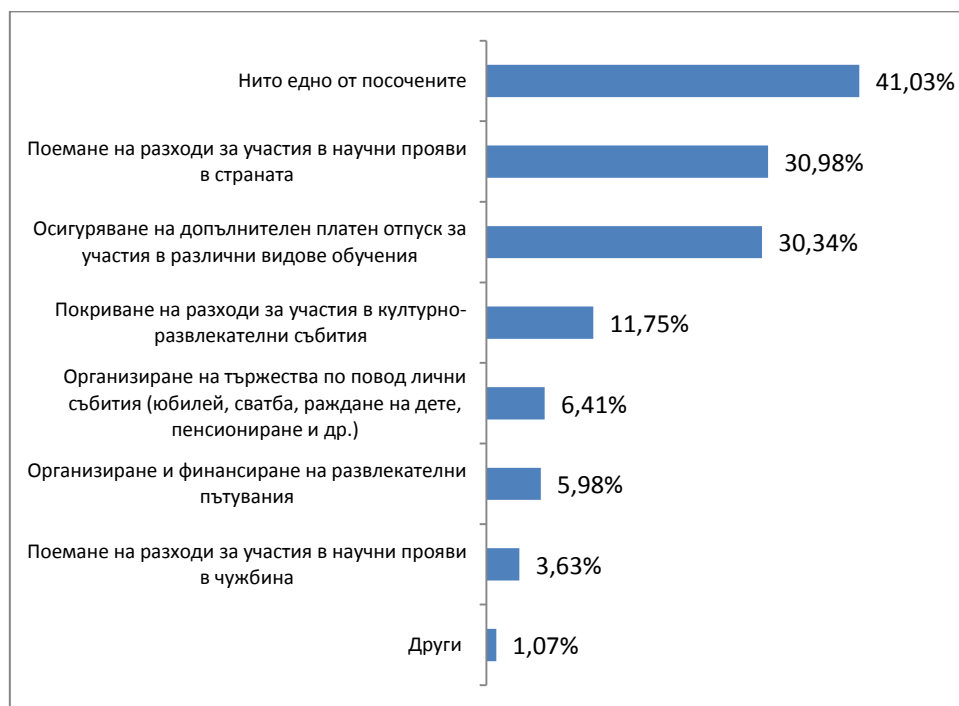
Независимо, че все още участието в продължаващо обучение рядко се заплаща, сравнителните данни установиха, че 60,0% от ръководителите по здравни грижи оценяват положително тази мярка (Фиг. 31). Точният тест на Фишер установи статистически значима зависимост ($p < 0,0001$) между приложението на различните директни финансови стимули и оценката на респондентите за влиянието им върху привличането и задържането на медицински сестри. Общата картина на оценките показва, че ръководителите по здравни грижи са по-скоро скептични, с преобладаваща отрицателна оценка, най-категорична при липсата на финансови стимули (82,7%).



Фиг. 31 Приложение на директни финансови стимули в лечебните заведения за болнична помощ

Аналогично, респондентите трябваше да посочат индиректни финансови стимули. Получени са 468 отговора, които също бяха обработени и класирани.

Индиректните финансови стимули, които ръководителите по здравни грижи споделят, че се прилагат в лечебните заведения за болнична помощ са посочени с Фиг. 32 :

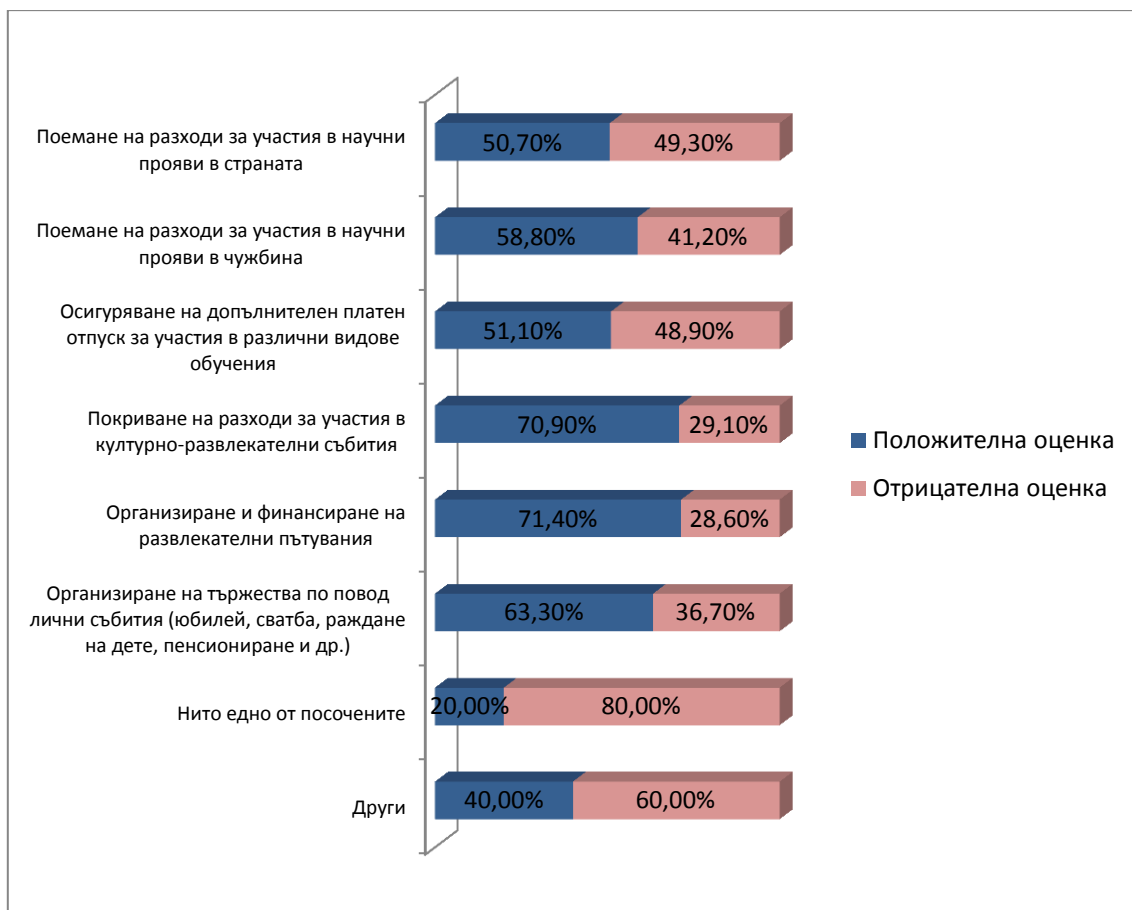


Фиг. 32 Ранжиране на индиректните финансови стимули, прилагани в лечебните заведения

Свободни отговори са дали 1,1% (n=5) от ръководителите по здравни грижи, като са посочили: 1. „Поемане на част от разходите за участие в курсове“ (Главна медицинска сестра, УМБАЛ, Северен централен район) 2. „Организиране на някои празници и подпомагане при здравословни проблеми“ (Главна медицинска сестра, УМБАЛ, Северен централен район); 3. „Толерира се продължаващото обучение и не е отказвана поискана финансова помощ“ (Главна медицинска сестра, МБАЛ, Южен централен район); 4. „На тийм билдинг, поемат част от кувертите за празници.“ (Старша медицинска сестра, МБАЛ, Южен централен район).

Резултатите показаха, че индиректните финансови стимули са слабо застъпени, над 40,0% (n=192) от респондентите отговарят, че нито един от посочените не се прилага в тяхното лечебно заведение. Въпреки, че при директното финансово стимулиране беше установено, че в ограничен брой случаи към възнаграждението на медицинските сестри се прилага добавка за участия в ППО, при индиректните стимули се наблюдава работодателска активност при допълнителното финансово стимулиране чрез поемане на разходи за участия в научни прояви в страната (30,98%) и осигуряване на допълнителен платен отпуск за участия в различни видове обучения (30,34%). Тези две мерки се открояват като гъвкав механизъм, който би могъл да бъде приложен от повече работодатели в здравната система, така че да се постига ефект на задържане на квалифицираните кадри. Създаването на продуктивна здравна работна сила изисква инвестиции в повече и по-добро образование на медицинските специалисти, обучение през целия живот и създаване на привлекателна работна среда.

Оценката на участващите в изследването ръководители по здравни грижи анализирахме чрез точният тест на Фишер, който установи наличие на статистическа значима зависимост ($p < 0,0001$) между приложението на различните индиректни финансови стимули и оценката на запитаните за влиянието им върху привличането и задържането на медицински сестри (Фиг. 33).



Фиг. 33 Приложение на индиректни финансови стимули в лечебните заведения за болнична помощ

По отношение на подпомагането за участия в научни прояви и обучения, положителната оценка надхвърля 50,0%. Въпреки, че установихме, че случаите при които работодателят се ангажира не само финансово, но и организационно като покрива разходи за участия в културно-развлекателни събития или организира и финансира развлекателни пътувания са доста слабо застъпени (Фиг. 32), подобни мерки за стимулиране на социалния живот на медицинските сестри срещат над 70,0% одобрение сред участващите в проучването ръководители по здравни грижи. Наблюдава се силно негативна оценка (80,0%) за резултата от мерките за привличане и задържане на медицински сестри, когато в лечебните заведения не се прилагат индиректни стимули.

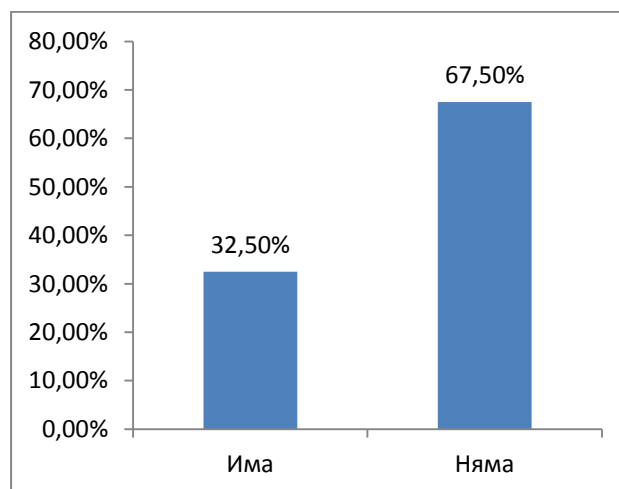
Получените резултати доказват необходимостта да се търси баланс между директното и индиректното финансово стимулиране. Безспорно парите са мотивиращ фактор, но за усещането на медицинските сестри като пълноценни служители в медицинския екип е нужно и приложението на мерки, които допринасят за повишаване

на удовлетвореността от работата и демонстрират отношение на грижа и внимание към служителя.

6. **Професионална, лична подкрепа и стил на управление**

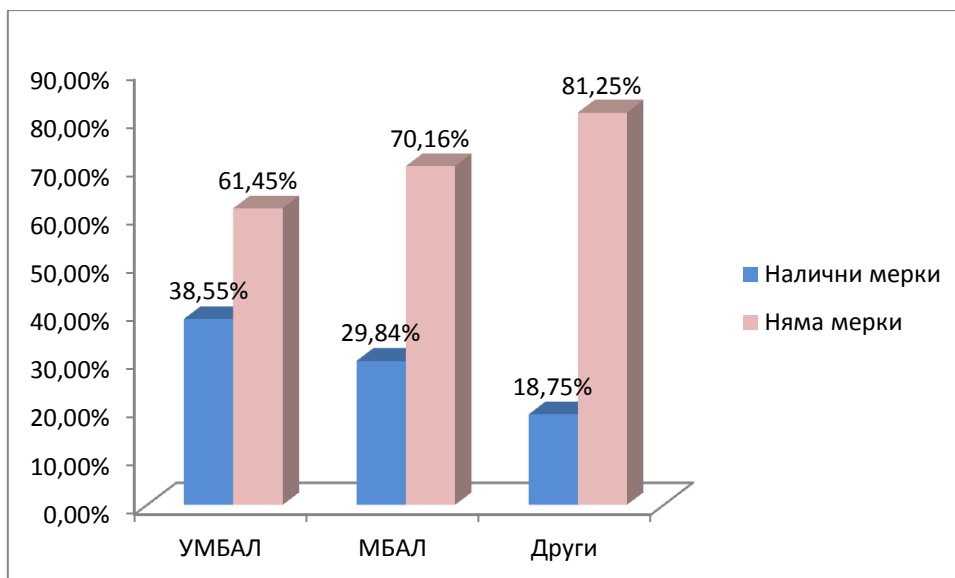
Важно значение за удовлетвореността от работата и задържането на работното място имат и мерките, предприемани от мениджмънта на лечебното заведение за повишаване привлекателността на работната среда. Технологичният напредък и ежегодно повишаващият се финансов ресурс, вложен в здравната ни система предполага и напредък в подобренията на работната среда.

На европейско ниво, внедряването и изпълнението на програми за подобряване на работната среда се оценява като демонстрация на мениджърски ангажимент от високо равнище. За съжаление, в нашето проучване установихме, че 67,5% (n=310) от респондентите не потвърждават наличието на такива подобрения (Фиг.34).



Фиг. 34 Наличие на мерки за повишаване на привлекателността на работната среда в лечебното заведение

Разгледахме честотата на приложение на мерките спрямо типа на лечебното заведение за болнична помощ и установихме, че най-малко такива мерки се наблюдават в лечебни заведения от тип „Други“ (81,25%). Най-голяма част от потвърдилите наличието на мерки за подобряване на работната среда са ръководителите по здравни грижи от лечебни заведения тип „УМБАЛ“ (38,55%).



Фиг. 35 Мерки за повишаване привлекателността на работната среда (според типа на лечебното заведение)

Различните видове мерки и честотата на тяхното приложение, разглеждаме в следващата фигура 36:



Фиг. 36 Прилагани мерки за повишаване привлекателността на работната среда в лечебните заведения

Общопризнато е, че професионалното прегаряне (burnout) е един от сериозните проблеми на съвременната професионална дейност. Тъй като за „помагашите“ професии, в това число и сестринската, бърнаут е характерен, не е изненадващ и полученият най-висок дял (45,32%) на прилаганата мярка, която е свързана с провеждане на семинари за справяне със стреса и превенция на бърнаут. Прави

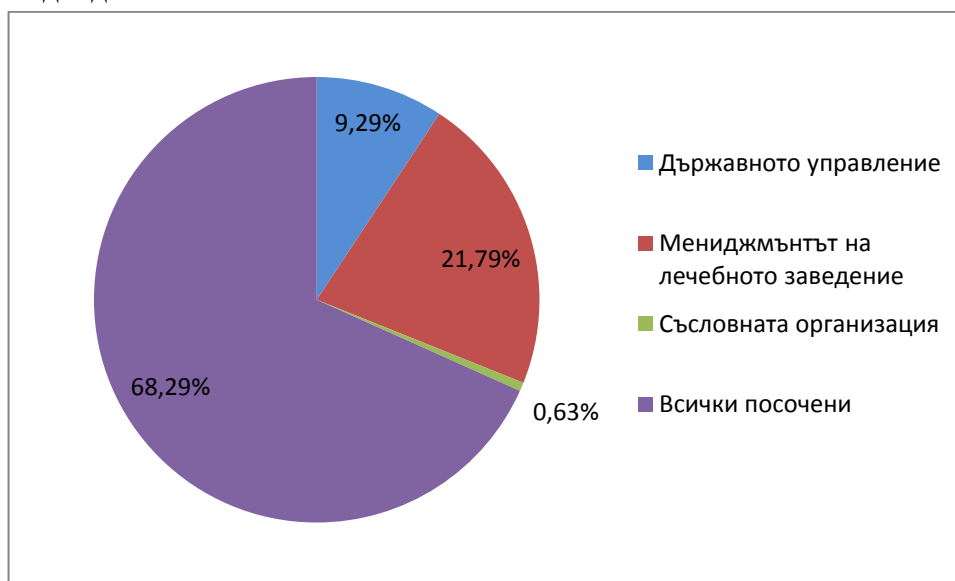
впечатление, обаче, че фокусът е насочен по-скоро към теоретични, отколкото към емпирични подходи. От отговорите на ръководителите по здравни грижи установяваме, че само в 4,93% от случаите се извършва измерване и наблюдение на нивата на стреса. Тези случаи са посочени от 10 ръководители, като 8 от тях са представители на УМБАЛ и 2-ма – на МБАЛ. За инвестиции в технически средства за облекчаване работата на медицинските сестри споделят 31,53% от ръководителите по здравни грижи. Точният критерий на Фишер установи, че има статистически значима зависимост ($p < 0,0001$) между прилагането на мерки за подобряване привлекателността на работната среда и оценката за влиянието на тези мерки върху привличането и задържането на медицински сестри. За всяка от прилаганите мерки положителната оценка на респондентите превишава 70,0%. Почти същият е делът (68,0%) на негативната оценка, когато в лечебните заведения не се полагат усилия за подобряване на работната среда (Фиг. 37). Американската организация AMN Health Care, която работи в областта на подбора на здравни специалисти посочва, че една от насоките за успешно задържане на медицинските сестри в лечебните заведения е вслушване в мнението им за внедряване на подобрения в работната среда. Лечебните заведения, които прилагат този подход постигат 95,5% задържане на човешките ресурси (138).



Фиг. 37 Оценка на мерките, прилагани за подобряване на работната среда

Управлението на човешките ресурси в здравеопазването е комплексна дейност, основаваща се на интегрален подход. Правилата за добра управленска практика са в

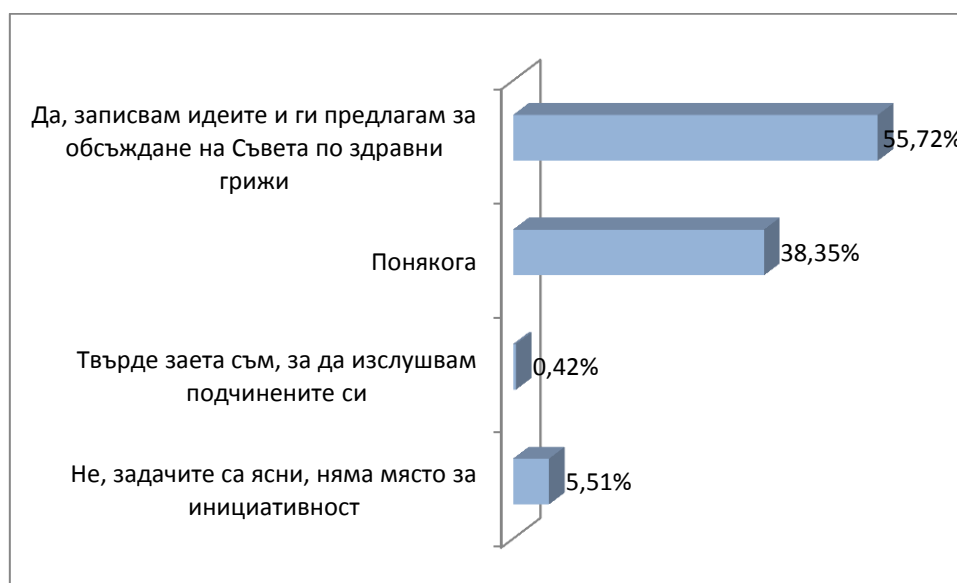
основата на ключовите изисквания за регулиране на професионалните отношения в здравеопазването (14). От отговорите на въпроса „Коя според Вас трябва да бъде активната страна в разработването и прилагането на мерки за привличане и задържане на медицински сестри?“ установяваме, че делът на мениджърите на здравните грижи, които споделят разбирането, че интегритетът в здравеопазването система е необходимо условие за успешни политики е 68,29% (n=323). Според тях активни в разработването и прилагането на мерки за привличане и задържане на медицински сестри трябва да бъдат едновременно държавното управление, мениджмънтът на лечебното заведение и съсловната организация. Малко над една пета (21,79%) от респондентите считат, че е достатъчно, ако активност прояви мениджмънтът на лечебното заведение. Ние не бихме изразили съгласие с подобно мнение, тъй като всяко лечебно заведение е част от една обща система на здравеопазване и създаването на достатъчно добри стимули за привличане и задържане на медицинските специалисти следва да е резултат от целенасочени усилия и широк екипен подход.



Фиг. 38 Участници в разработването и прилагането на мерки за привличане и задържане на медицински сестри

Насърчаването на инициативността и делегирането на отговорности са израз на доверие към медицинските сестри от страна на ръководителите по здравни грижи. Здравният мениджър трябва да знае кога точно да се обърне към определено лице, каква работа да му възложи, за да получи точно определен резултат, в интерес на целите на лечебното заведение. Яснотата в отношенията, възможността да изявят себе

си и участието на медицинските сестри във вземането на решения са важен елемент от комуникацията ръководител – служител. Стратегиите за постигане на съгласие в работния екип са едни от най-важните в мениджмънта. Какви са нагласите на участващите в нашето изследване ръководители по здравни грижи проучихме чрез въпроса *Насърчавате ли инициативите на медицинските сестри, по отношение на съставяне на работния график и подобряване на условията на работната среда?* (Фиг. 39)



Фиг. 39 Насърчаване на инициативите на медицинските сестри за съставяне на работния график и подобряване условията на работната среда

Установено беше, че при 55,72% (n=263) от ръководителите по здравни грижи водещ е екипният подход със стил на мениджмънт, за който са присъщи съчетаването на зачитане мнението на медицинските сестри и грижа към изпълнение на задачите. Това е стил, характерен за управлението на човешките ресурси, при който всички ресурси са мобилизирани за постигане на високи цели. Също така, спрямо изведената рамка от компетентности (по David Ulrich) на съвременния ръководител по здравни грижи, проличава и наставническата му роля. При нея ръководителите осъществяват управлението на човешките ресурси като наставляват, делегират отговорности, насърчават и акцентират върху силните страни на членовете на екипа.

При 38,35% (n=181) от запитаните ръководители по здравни грижи се наблюдава умереност в насърчаването на инициативите на медицинските сестри. Тази умереност отдаваме на предпочитанията към по-авторитарен стил на управление, присъщ на

методите, прилагани при управлението на персонала. Характерни за сестринската професия са принципи като хуманност, отговорност, екипност. Това, че тези принципи са водещи принципи и в управлението на здравните грижи се потвърждава и от ниския дял (под 6,0%) на ръководителите по здравни грижи, които заявяват, че не отделят време, за да обърнат внимание на потребностите на медицинските сестри, които ръководят.

Установена беше статистически значима зависимост ($p=0,026$) между продължителността на заемане на мениджърска позиция и склонността към насърчаване на инициативите на медицинските сестри за съставяне на работни графици и подобряване условията на работната среда. Ръководителите с мениджърски стаж повече от 10 години (59,0%) са по-склонни да делегират, докато 46,4% от ръководителите със стаж до 10 години проявяват тази склонност „Понякога“.

Съвременната концепция за здравни грижи определя, че те трябва да бъдат „пациент-центрирани“. Здравето и благополучието на човека, независимо от това дали е болен, член на семейството на болен, служител или лекуващ, се намира в основата на дейността по управление на сестринските грижи. Същевременно теорията на управлението на човешките ресурси определя, че ключовите отношения в екипа следва да са ориентирани към нуждите и потребностите на клиента или пациента при предоставянето на здравна услуга. В тази връзка потърсихме отговори на това как ръководителите по здравни грижи оценяват здравните грижи, които ръководените от тях медицинските сестри предоставят (Фиг. 40). Повече от половината от участвалите в изследването ръководители (53,60%) оценяват грижите, предоставяни на пациентите като изцяло ориентирани към техните нужди. Този резултат е показателен за стремежа на лечебните заведения към утвърждаване на стил на управление, базиран на принципите на управлението на човешките ресурси (по класификацията на стила на управление на Bratton и Gold). Същевременно, немалък е и дялът (41,73%) на отговорилите, които оценяват грижите като частично ориентирани към нуждите на пациента и като ориентирани към изпълнението на всекидневните задачи. Това отношение към клиента – пациент се отнася към стратегическите аспекти на управлението на персонала. За здравните структури е характерен консерватизмът, поради това не може да се очаква, че промяната на управленските стратегии може да се

осъществява с темповете на типичните търговски дружества. Независимо от тези резултати, показателен за все по-автономната функция на сестринството е много niskият дял на отговорилите (2,54%), че грижите за пациента са изцяло ориентирани към лекарските назначения.



Фиг. 40 Оценка на грижите, които медицинските сестри предоставят на пациентите в лечебните заведения

В голяма степен качеството и безопасността на грижите за пациента се предопределят от социално-психологическия климат в здравния екип. Установено е, че нарушенията в комуникацията водят до конфликтни ситуации, а те от своя страна повлияват в негативен план организацията в дадено звено, водят до пропуски в документацията, неизпълнение на нареждания, неадекватно споделяне на информация за пациентите и др. (150). Тъй като конфликтите са организационно ежедневие, попитахме ръководителите по здравни грижи за предпочитаната от тях стратегия за справяне с конфликти на работното място (Фиг 41).



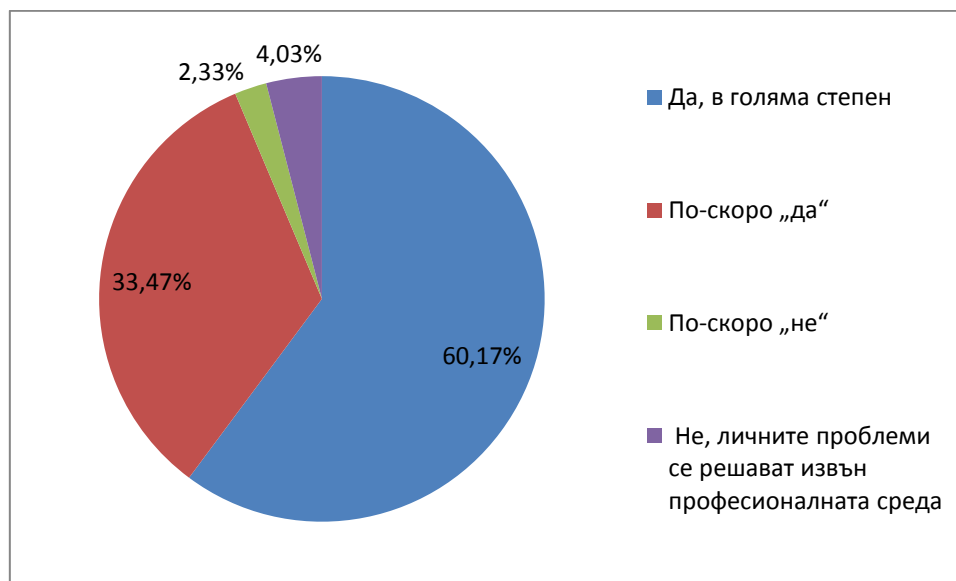
Фиг. 41 Предпочитана стратегия за справяне с конфликт

Точният тест на Фишер не установи зависимост ($p=0,182$) между продължителността на заемане на мениджърска позиция и избора на стратегия за справяне с конфликти. Това потвърждава и една от основните тези на теорията на конфликтите, че стратегията за поведение в конфликтна ситуация зависи от конкретни характеристики на личността на ръководителя и неговата професионална компетентност, а не толкова от времето, за което упражнява ръководна позиция. В резултат на проучването установихме, че ръководителите по здравни грижи прилагат разнообразие от техники за преодоляване на конфликтите в работния екип с превес на тези, характерни за управлението на персонала. По класификацията на Bratton и Gold, при управлението на персонала характерен управленски лост е техниката за справяне с конфликти чрез постигане на временно примирие. В потвърждение са резултатите от честотното разпределение на отговорите, свързани с приложението на техники „Постигане на примирие чрез опити да се говори с хората да се откажат от противопоставянето“ (46,11%) и „Отнасяне на проблема към по-висшестоящ ръководител“ (17,23%). Интерес представлява незначителният дял (0,66%) на мениджърите, които избират слабо ефективната стратегия за справяне с конфликт чрез заплахата от наказание, което дава основание да считаме, че авторитарният стил на управление не е сред предпочитаните стилове и се прилага много рядко.

Привържениците на либералния стил посочват, че в 18,39% от случаите разрешават конфликтна ситуация чрез провеждане на среща с опонентите, а в 12,82% от случаите разчитат на определянето на общи цели и утвърждаване на етични принципи. При тези ръководители по здравни грижи очевидно доминира идеята за лидерски стил, който се основава на убеждаване, мотивация и директна комуникация. Характерно за такъв тип лидери е, че възприемат разминаването на мнения като естествено различие между отделните участници в екипа. Директната комуникация и диагностицирането на причините за конфликта са важни умения за ефективния лидер, защото именно определянето на причината за проблема дава възможност за определяне на подходяща стратегия за решаването му.

Директната комуникация между ръководителите по здравни грижи и медицинските сестри в екипа има водещо значение за изграждането на подкрепяща работна среда. Една от основните предпоставки за развитие на подкрепяща работна среда е мениджмънтът да проявява отношение и ангажираност спрямо споделени лични проблеми от страна на служителите. Типичната за сестринската професия съпричастност намира отражение и при служебните взаимоотношения между ръководещите здравните

грижи и медицинските сестри в екипа – над 60,0% от ръководителите по здравни грижи заявяват категорична готовност да подкрепят медицинска сестра от екипа си при решаването на неин личен проблем. С известна колебливост, но отново с готовност за подкрепа са 33,47% от запитаните, а само 4,03% считат, че личните проблеми се решават извън професионалната среда (Фиг. 42). Разгледан през призмата на Bratton и Gold, този резултат показва установени унитаристични взаимоотношения в сестринските екипи. И ако при избора на стратегия за разрешаване на конфликт доминират техники за управление на персонала, то тук ръководителите по здравни грижи дават категорична изява на стила на лидерство, базиран на управлението на човешките ресурси. Потърсихме връзка между склонността на ръководителите по здравни грижи за подкрепа на медицинските сестри при решаването на личен проблем и резултата от мерките за привличането и задържането на медицински сестри. Точният критерий на Фишер ($p < 0,0001$) установи наличие на статистически значима зависимост между двете променливи, а това е показателно за важността, която ръководителите по здравни грижи отдават на вниманието към своите служители и усилията, които полагат за привличането и задържането им.



Фиг. 42 Склонност на ръководителите по здравни грижи към подкрепа на медицинските сестри при решаването на личен проблем

7. Обобщение на резултатите от анкетното проучване

Проведеното проучване на прилаганите у нас мерки за привличане и задържане на медицински сестри дава основание да считаме, че поради застаряването на сестринската работната сила и все по-осезаемият недостиг, мениджърите на лечебни заведения и ръководителите по здравни грижи започват да търсят ефективни подходи за справяне с този проблем. В резултат на изследването, беше установено, че мерки за набиране и задържане на сестри се прилагат, макар и в недостатъчна степен и с колеблив резултат. Във всички райони на планиране са провеждани кампании за популяризиране на професията на медицинската сестра и въпреки, че не са особено успешни, ръководителите по здравни грижи считат тази мярка за необходима в усилията за привличане на младите хора към професията „Медицинска сестра“. Слабо застъпен е интересът на мениджърите към трудовия потенциал на безработни лица, въпреки че усилия в тази посока също са правени във всеки от шестте района на планиране в България. Независимо от установения сравнително малък брой проведени и планирани инициативи за заплащане на обучението на безработни лица за придобиване на професия „Медицинска сестра“, участвалите в изследването ръководители по здравни грижи ги оценяват като значими. Според проучвания на европейско ниво, съхраняването на работоспособността на застаряващата работна сила изисква значителен финансов ресурс, но като предпочитана мярка за здравните мениджъри у нас се открие поощряването на медицински сестри в пенсионна възраст за отлагане на пенсионирането им и оставане на работа по-дълго време. След проведеното проучване се установи, че дейностите, свързани с продължаващо обучение и сертификация са силно подкрепяни от ръководителите по здравни грижи. Такава подкрепа, обаче не се наблюдава от страна на работодателите по отношение на директните финансови стимули за медицинските сестри, стремящи се към кариерно развитие. Същевременно анкетирания споделят мнение, че подобна подкрепа би имала положително влияние върху привличането и задържането на медицински сестри. Индиректните финансови стимули също са слабо застъпени. Това показва, че заплащането не се използва като лост за подобряване на набирането или задържането на медицински сестри. Други конкретни мерки, които ръководителите по здравни грижи оценяват като ефективни и резултатни за доброто ресурсно осигуряване са дейности, които демонстрират отношение и грижа към медицинската сестра. Откроява

се силно положителна нагласа към мерките, стимулиращи социалния живот на медицинските сестри (покриване на разходи за участия в културно-развлекателни събития, организиране и финансиране на развлекателни пътувания, организиране на тържества по повод лични събития) и мерките, отнасящи се към доброто физическо и психическо здраве на медицинските сестри (инвестиции в технически средства за облекчаване на работата, семинари за справяне със стреса и измерване нивата на стреса). Според оценките на участвалите в изследването ръководители по здравни грижи, резултатите от привличането и задържането на медицински сестри са крайно незадоволителни в лечебните заведения, в които мерки не се прилагат.

По отношение на стила на управление не се открие доминиращ такъв. В професионалната си дейност ръководителите по здравни грижи съчетават подходите на управление на персонала и на управлението на човешките ресурси. Важно е да отбележим оценката на ръководителите по здравни грижи за лечебното заведение, в което работят. Като „обучаваща организация“, която инвестира в повишаване на квалификацията на наетите медицински сестри, болницата е оценена от най-много ръководители (35,38%). Близък до този резултат е и установеният дял на отговорите, свързани с индиректните финансови стимули за медицински сестри, при които 30,98% от ръководителите по здравни грижи споделят, че работодателят поема разходи за участия в научни прояви в страната и осигурява допълнителен платен отпуск за участия в различни видове обучение (30,34%). Тези данни са показателни за осъществяващия се мениджмънт на промяната в лечебните заведения и стремежът към установяване на стил на управление, при който водещо е не транзакционното, а трансформационното лидерство, при което лидерът формира мотивите, ценностите и целите на подчинените си и полага грижа за хората - най-ценният ресурс за една организация. Превес на управлението на персонала пред управлението на човешките ресурси беше установен при осъществяване на функциите по подбора на медицински сестри. Тази централна мениджърска функция е придобила второстепенно значение в йерархията на задачите на ръководителите по здравни грижи. Тя би била ключова задача, ако кандидатстващите за работа медицински сестри бяха повече от вакантните места в лечебните заведения. Превес на управлението на персонала установихме и по отношение на мерките за подобряване на работната среда. Делът на ръководителите по

здравни грижи, които споделят, че в лечебното заведение мениджмънтът не демонстрира отношение на грижа към медицинските специалисти е 67,50%.

Повече от половината от участвалите в изследването ръководители по здравни грижи (55,72%) са привърженици на екипния подход и вземат под внимание идеите и предложенията на медицинските сестри за подобряване на професионалната среда. Микроклимат, при който взаимоотношенията ръководител – служител са базирани на доверие и взаимно зачитане е характерен за управлението на човешките ресурси. Проявления на такъв тип управление бяха открити и при оценката на грижите, предоставяни на пациентите. Повече от половината от запитаните (53,60%) считат, че грижите са пациент-центрирани. По отношение на техниките за справяне с конфликт на работното място водеща позиция заема техниката за постигане на временно примирие, която е често прилаган подход при управлението на персонала. Личната подкрепа, която ръководителите по здравни грижи споделят, че са склонни да оказват на медицинските сестри в ръководения от тях екип категорично дава превес на управлението на човешките ресурси.

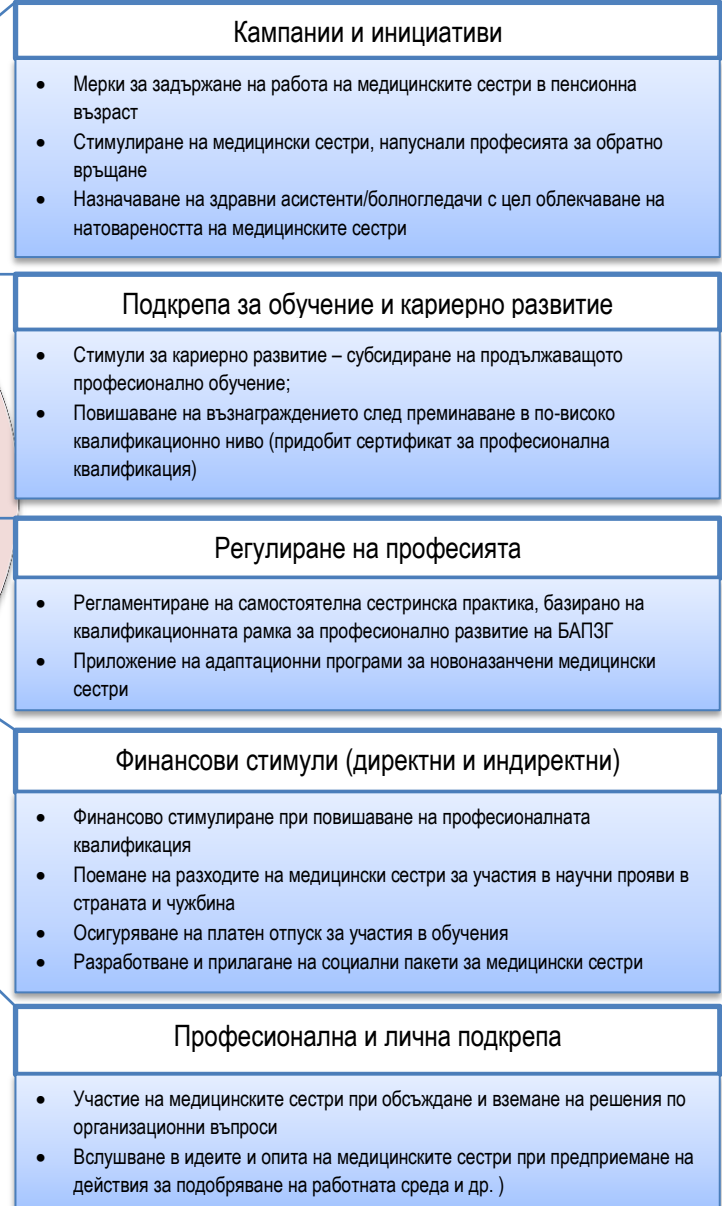
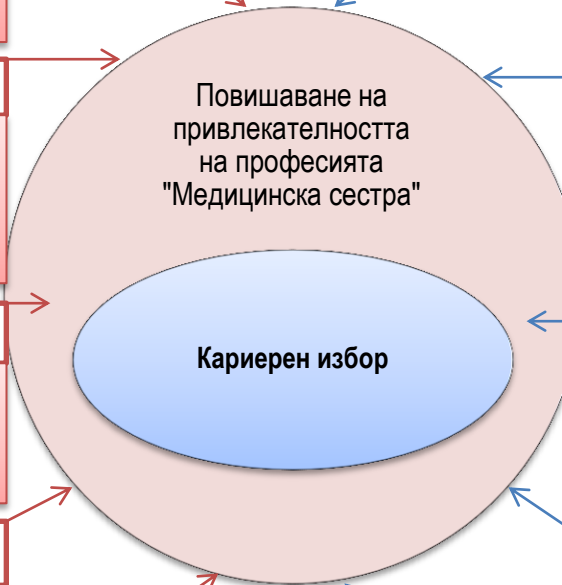
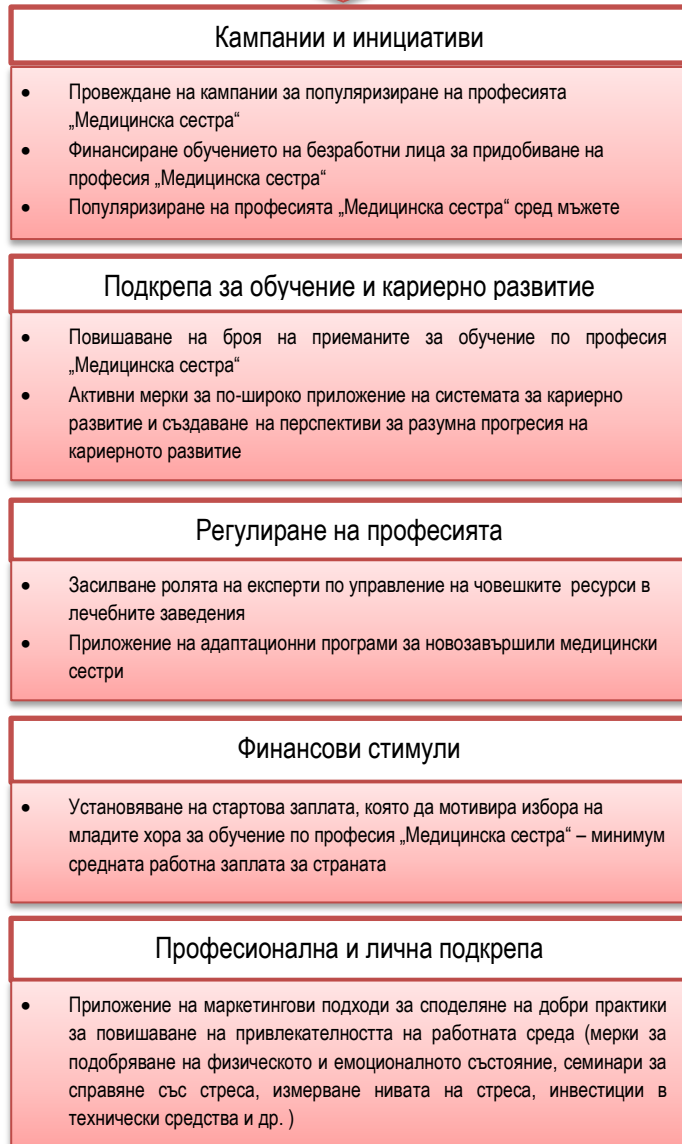
Резултатите от анализа на въпросите, пряко свързани със стила на управление показва, че в съвременната болница се наблюдава стремеж към утвърждаване на стил на мениджмънт, базиран на стратегиите за управление на човешките ресурси, но и методите на управление на персонала все още имат силно проявление. Това е така, защото лечебното заведение е сложна и многопластова организационна структура, която за да съществува ефективно и успешно е необходимо непрекъснато да търси баланса между мениджмънта, бюрокрацията и хуманизма.

В резултат на извършеното проучване на състоянието на сестринската работна сила и проведената анкета можем да обобщим, че прилагането на иновативни мерки за привличане и задържане на медицински сестри е необходимо условие за справянето с очертаните проблеми – чувствително застаряване на работната сила в сестринството, недостатъчна осигуреност на 100 000 души население и частично застъпени мерки за повишаване привлекателността на професията. Действията, които трябва да бъдат предприети у нас е необходимо да следват препоръките на СЗО за успешни организационни стратегии и политики, свързани с привличане и задържане на човешките ресурси в здравните грижи. Базирайки се на тези препоръки и оценявайки резултатите от нашето двукомпонентно изследване разработихме и предлагаме модел, основан на комплексен подход за повишаване ефективността на управлението на човешките ресурси в здравните грижи.

Привличане към
професията
„Медицинска сестра“

Модел за повишаване ефективността на управлението
на човешките ресурси в здравните грижи

Задържане в
професията
„Медицинска сестра“



IV. ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ПРИНОСИ

ИЗВОДИ

Резултатите, получени от проучването и анализа на състоянието на сестринската работна сила и анкетното проучване позволяват да бъдат формулирани следните важни изводи:

1. Сестринството в България е в тежка демографска криза. Тя се изразява във висока средна възраст на медицинските сестри (51 години), **висок коефициент на стареене** $K_{60+} = 25,02\%$, отрицателен прираст на сестринска работна сила за периода 2008-2017 г., който при равни други условия ще се запази до 2020 г. Около една пета (20%) от работещите медицински сестри са в над трудоспособна възраст, а на още 20% от упражняващите професията предстои навършване на пенсионна възраст до 2022 г. Осигуреността с медицински сестри в две области на България е критична – в област Кюстендил над 70,0% от упражняващите професията медицински сестри са в над трудоспособна възраст, а в област Перник – над 80,0%.
2. Осигуреността с медицински сестри на 100 000 души от населението е **два пъти по-ниска** от средноевропейското равнище (430 медицински сестри в България срещу 740 средно в Европейския съюз). В средносрочна перспектива повишаването на броя на приеманите за обучение студенти в специалност „Медицинска сестра“ може да има положително влияние върху осигуреността на 100 000 души. По прогнозни данни до 2022 г. коефициентът на демографско заместване ще достигне стойност $Z=73,31\%$ - на всеки 100 медицински сестри, на които предстои да напуснат работната сила ще има по-малко от 74 медицински сестри, които да се включат в нея.
3. На национално и регионално ниво са създадени ефективни механизми за повишаване на качеството на човешките ресурси в здравните грижи чрез постигнат равен достъп на предлаганите възможности за участие в

продължаващо професионално обучение. По осем от приоритетните сфери на въздействие, заложи в трите взаимно надграждащи се национални стратегии за учене през целия живот е постигнат значим напредък в областта на продължаващото обучение за медицински сестри у нас.

4. Медицинските сестри в България са „учещи професионалисти“, тяхната активност за поддържане и разширяване на знанията и уменията (66,53%) надхвърля общата за страната с **почти десет пъти**.
5. Оценката на кариерното развитие на медицинските сестри се извършва чрез специално създаден инструмент – Квалификационна рамка за професионално развитие на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти. Този инструмент от една страна дава възможност за планиране на кариерата на медицинската сестра, а от друга защитава правото на пациента на качествени здравни грижи като не допуска самостоятелна сестринска практика преди достигане на трето квалификационно ниво.
6. Системата за кариерно развитие на медицинските сестри дава възможност за преминаване през различни квалификационни нива. Достигнато второ ниво, удостоверено със сертификат според Квалификационната рамка за професионално развитие на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти имат почти половината (49,81%) от регистрираните в БАПЗГ и упражняващи професията си медицински сестри. Интересът към второ сертифициране и преминаване в по-високото – трето квалификационно е подчертано слаб. Причина за това е, че средствата, които медицинските сестри влагат в своето кариерно развитие все още се осмислят само като разход, не и като инвестиция, тъй като срещу тях не стои справедлива оценка на повишените знания, умения и компетенции.
7. Прилагането на иновативни и доказали своята ефективност мерки за привличане и задържане на медицински сестри в лечебните заведения у нас е необходимо условие за справяне с недостатъчната осигуреност с човешки ресурси в здравните грижи. От съществено значение е комбинациите от мерки, които се предприемат да извеждат на преден план изискванията и потребностите на медицинските сестри, така че да се повишава удовлетвореността им от работата,

а това в дългосрочен план ще доведе до повишаване на привлекателността на професията.

8. Установеният стремеж на ръководителите по здравни грижи към утвърждаване на стил на мениджмънт, базиран на стратегиите за управление на човешките ресурси дава основание да считаме, че в здравната ни система има потенциал за разработване и прилагане на достатъчно гъвкави управленски механизми за задържането на квалифицираните човешки ресурси и привличането на нови хора със съответната квалификация и качества.

ПРЕПОРЪКИ

Анализът на състоянието на сестринството в България и прилаганите мерки за привличане и задържане на медицински сестри показаха, че е необходима комплексна политика на всички нива: законодателно, изпълнително, образователно, административно, съсловно и синдикално, така че да се осигурят човешки ресурси, които предоставят качествени здравни грижи при стриктно съблюдаване на европейските стандарти за сигурност и безопасност на пациентите.

Към Министерство на здравеопазването:

- да разработи стратегия за развитие на здравните грижи в България, която да е придружена с план за действие, предвиждащ приложението на доказалите своята ефективност на международно и европейско ниво мерки за привличане и задържане на медицински сестри, с цел преодоляване на проблемите на застаряването и недостатъчната осигуреност с медицински сестри;
- да стимулира създаването на продуктивна здравна работна сила в сестринството като предложи финансов механизъм за субсидиране на участията на медицинските сестри във форми на продължаващо обучение;
- да инициира законодателни промени, свързани с повишаване на стартовото възнаграждение до нивата на средната работна заплата за страната, за да имат мотив млади хора да навлизат в професията;
- да търси възможности за проектно финансиране на преквалификацията на безработни лица за включване в сестринската работна сила;
- да полага усилия за увеличаване на приема за обучение на медицински сестри в университетите. Основният риск от недостиг на медицински сестри идва от малкия брой попълнения, които не могат да компенсират броя на тези, на които предстои излизане от работната сила в средносрочна, а и в дългосрочна перспектива. Подобна мярка би имала позитивен ефект само, ако е съчетана със стимули за упражняване на професията (съответстващо възнаграждение, надграждащо и продължаващо обучение, кариерно развитие, обществено признание).
- да предложи организационен и финансов механизъм, който да обезпечава дейности в самостоятелни практики на медицинските сестри с придобито трето и по-високо квалификационно ниво – така ще се създадат по-ефективни модели за заетост на

човешките ресурси в здравните грижи и в по-голяма степен ще бъдат удовлетворени потребностите на застаряващото население у нас.

Към синдикални организации:

Да предложат механизъм за изпълнение на договореностите в колективния трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“ от всички лечебни заведения, независимо от тяхната собственост. Така ще се постигне прозрачност по отношение на стартовите възнаграждения на медицинските сестри и ще се стимулира кариерното развитие чрез ясен регламент за допълнително трудово възнаграждение за придобита специалност и/или придобита квалификационна степен, удостоверена със сертификат.

Към здравните мениджъри:

да прилагат доказалите своята ефективност на международно и европейско ниво мерки за привличане и задържане на медицински сестри в лечебните заведения като:

- предвидят директни и индиректни финансови стимули и използват заплащането като лост за подобряване на набирането и задържането на медицински сестри;
- подкрепят активно участията на медицинските сестри в разнообразни форми на учене през целия живот;
- осигурят специалист по управление на човешките ресурси с цел намаляване натовареността на сестрите с мениджърски функции и същевременно повишаване на ефективността на процесите по планирането, подбора и кариерното развитие на медицинските сестри;
- вземат предвид мнението на медицинските сестри при внедряване на мерки за подобряване на работната среда.

Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ):

- да инициира разработване на алгоритъм в софтуера на НЕПР, чрез който да се създаде възможност за бързо извеждане на статистическа информация, касаеща средната възраст на всички професионалисти по здравни грижи и по отделно за всяка професия, както и за извеждане на данни за осигуреността на 100000 души по региони;
- да създаде и поддържа база данни, включваща информация за вътрешната миграция на медицинските сестри.

Подобно разширяване на функционалностите, би повишило качествата на НЕПР като инструмент за мониторинг и планиране на сестринската работна сила.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Очертаните проблеми на сестринството в България са резултат най-вече от липсата на целенасочена държавна политика в областта на управлението на човешките ресурси в здравеопазването и липсата на нормативно регулиране на планирането и развитието на сестринската работна сила. В най-общ план проблемите са свързани с нарушена демографска структура, недостатъчна осигуреност с медицински сестри, ограничени или липсващи финансови стимули и частична ангажираност на мениджърите в здравеопазването с прилагането на мерки за привличане и задържане на медицински сестри.

Застаряването на сестринската работна сила има потенциала да дестабилизира цялата система на здравеопазване, защото медицинските сестри застаряват изпреварващо спрямо българското население. Този проблем не трябва повече да остава неадресиран, тъй като в европейски план за „посребряването“ на сестринската професия се говори и пише още от 90-те години на XX-ти век. Дейностите по здравни грижи са изключително важна част от лечението, рехабилитацията, профилактиката и промоцията на здраве. Поради това проблемите на сестринството не трябва да бъдат подценявани, а е необходимо да бъдат решавани във взаимодействие, при което да се постигне баланса между предоставящите здравна услуга и получаващите я.

Мерките за привличане и задържане на медицински сестри стават все по-наложителни. Липсата на достатъчен брой медицински сестри поставя работодателите в здравеопазването в ситуация на невъзможност за подбор. Назначават се и се наемат лица по критерии, които не винаги са съобразени със спецификата на предстоящата работа. Правят се компромиси, които не са в полза на качеството и ефективността на здравната грижа за пациента. Лечебните 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 наличните човешки ресурси да се използват максимално ефективно. Ефикасното функциониране на лечебното заведение се основава на поддържането на компетентни и мотивирани човешки ресурси. Основна задача на мениджърите в здравеопазването е да открият най-добрите практики в управлението на човешките ресурси – планиране, подбор, обучение и задържане на медицински

специалисти чрез съответстващи на квалификацията им финансови и нефинансови стимули.

Проучването на състоянието на сестринската работна сила през участията в продължаващо обучение и в процеса на сертификация внесе степен на оптимизъм в проблематичното поле, което беше обект на анализ и обсъждане. В съвременните условия, когато познанието и ученето през целия живот се превръщат в основен фактор на развитието, медицинските сестри доказват, че са формирали ценен човешки капитал в системата на здравеопазването у нас. Особен принос за това има съсловната организация – БАПЗГ, която чрез систематични усилия е изградила стройна и достъпна система за организиране, провеждане, контрол и мониторинг на продължаващото обучение на човешките ресурси в здравните грижи, а също така е разработила и квалификационна рамка, която е инструмент, изпълняващ едновременно две функции – ясен план на кариерното развитие и гаранция за упражняване правото на пациента на качествени здравни грижи.

Това, което е необходимо в здравната ни система е разработване на национални приоритети за развитие на човешките ресурси, които да поставят в центъра на здравеопазването пациента и през отговорността за неговото здраве да се приложат мерки за осигуряване на достатъчен човешки ресурс, който да предоставя първата по значимост за общественото благоденствие услуга – здраве.

ПРИНОСИ

Приноси с научно-познавателен характер:

1. Комплексно е оценено състоянието на сестринската работна сила в България чрез детайлен анализ на възрастовата структура, участията във форми на учене през целия живот и кариерното развитие на медицинските сестри;
2. В дисертационния труд са изяснени и формулирани мерките за привличане и задържане на медицински сестри, които могат да бъдат взети предвид при разработването на национални приоритети за развитие на човешките ресурси в здравните грижи.

Приноси с приложен характер:

1. Разработен е и предложен мониторинг с оценка на резултатите относно възможностите на медицинските сестри за участия в процеса на учене през целия живот;
2. Проведено е мащабно и задълбочено проучване на продължаващото обучение и сертификацията в България след регламентирането им, съобразно изискванията в страните от ЕС. Изведените данни за участията на медицинските сестри във форми на продължаващо обучение и в процеса на сертификация са добра отправна точка за определяне на необходимия финансов ресурс за стимулиране на кариерното развитие на медицинските сестри;
3. Разработен е и предложен съвременен модел за подобряване ефективността на управлението на човешките ресурси в сестринството в България, базиран на препоръки на СЗО, приложени ефективни европейски практики и проучено мнение на ръководители по здравни грижи в страната;
4. Формулирани са препоръки към Министерство на здравеопазването, към синдикални организации, към здравните мениджъри – работодатели и към БАПЗГ за инициране на дейности, които да допринесат за повишаване ефективността на управлението на човешките ресурси в здравните грижи.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Анализ на пазара на труда. Актуализирани краткосрочни, средносрочни и дългосрочни прогнози за развитието на пазара на труда в България. МТСП, 2015. стр. 78
2. **Ангелов, А.** Основи на мениджмънта. Тракия М, София 1998 ISBN: 954-957-40-83
3. **Александрова, М.** Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри [ред.] Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн. София 2007. стр. 23-27
4. **Балканска, П., Я. Проданова,** Обучението на персонала в здравната организация - успешна инвестиция и проява на управленска компетентност. Сестринско дело 2-3, МУ - София, ЦМБ, София 2010 ISSN1310-7496 УДК 641.253.5., стр. 28-31
5. **Бойкова, Кр.** Управление на човешките ресурси. Пловдив : ИМН - Пловдив, 2005 ISBN 954-317-069-X
6. **Борисов, В.** Здравен мениджмънт - новата азбука на здравния мениджмънт. Горекс Прес, София 2009. стр. 181
7. **Борисов, В.** Здравен мениджмънт. Синтетична презентация за обучаващите се във ФОЗ. 4-то издание. 2013, стр. 64-65; 103-104
8. **Борисов, В.** Медицинските сестри - приоритет или бумеранг, Здравни грижи №4, БАПЗГ, София 2013, ISSN 1312-2592, стр. 5-6
9. **Борисова, С.** Стандартите по здравни грижи - необходимост в професионалната практика., Здравни грижи №3, БАПЗГ, София 2017 ISSN 1312-2592. стр. 5-11
10. България: здравен профил за страната 2017, ОИСП/Европейска обсерватория за здравните системи и политики. ISBN 9789264285071. стр. 18
11. **Велева, Н.** Състояние и тенденции на пазара на труда на медицински сестри в България, автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор“, Плевен 2013
12. **Воденичаров, Ц.** Десетте принципа на медика и мениджъра. СИМЕЛПРЕС, София 2010 ISBN 978-954-9487-86-2, стр. 101
13. **Воденичаров, Ц.** Здравна политика, базирана на доказателства. Здравна политика и мениджмънт №4, ФОЗ - София, София 2009, ISSN 1313-4981, стр. 3-7.
14. **Воденичаров, Ц., С. Попова, М. Мутафова** и съавт. Социална медицина. ГорексПрес, София 2013.. ISBN 978-954-616-228-1, стр. 503
15. **Воденичарова, А., Р. Златанова - Великова, А. Янакиева,** Необходимост от етични норми в дейността на здравния мениджмънт, Здравна политика и мениджмънт №1, Том 17., ФОЗ, МУ-София, София 2017, ISSN 1313-4981, стр. 49-50
16. **Геров, А.** Фирмено планиране. Тема седма, Персонал. ANG, София 1999. стр. 234-266
17. **Господинов, Д.** Управление на човешките ресурси в училищни организации.: ДЕЯЛ - Емилия Недялкова, София 2012. ISBN 978-954-92637-5-6, стр. 11

18. **Грънчарова, Г.** Управление на здравните грижи: С модул "Здравни проекти". ИЦ МУ - Плевен, Плевен 2005. Р11 КЯ73 Г89
19. **Дойновска, Р.** Предизвикателства пред управлението на медицинския персонал в българската армия и направления за разрешаването им. Автореферат за присъждане на образователната и научна степен "доктор". София 2012. стр. 11
20. **Дойновска, Р., Н.Колев, С. Узунов,** Управление на здравната система. Военна академия "Георги Сава Раковски", София 2013 ISBN 978-954-9348-41-5, стр. 164
21. **Дракър, П.** Мениджмънт предизвикателствата през XXI век. Второ издание. "Класика и стил" ООД, София 2005 ISBN 954-9964-05-1, стр. 9, 52-55
22. Единна кредитна система за оценка на формите на продължаващо обучение на професионалистите по здравни грижи. БАПЗГ
23. Закон за здравето, изм. и доп. ДВ. бр.98 от 27 Ноември 2018г .
24. Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти (ЗСОМСААМС). изм. и доп. ДВ. бр.103 от 27 Декември 2016г.
25. Закон за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите (ЗСОМСААМСЗПФ). изм. и доп. ДВ. бр.102 от 11 Декември 2018г.
26. Изисквания за издаване на първи, втори и трети сертификат за професионална квалификация. БАПЗГ, 2018
27. **Каконен, С.** и съавт. Смекчаване на икономическото въздействие на застаряването на населението: Възможни варианти за България. Доклад на Световната банка, 2013, стр. 13
28. Кампания за популяризиране на професията медицинска сестра проведеха преподаватели и студенти от МУ - София. Електронен бюлетин "Здравни грижи", бр. 5/2017. София, стр. 64
29. Квалификационна рамка за професионално развитие на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти. БАПЗГ, 2016
30. **Кехайов, А.** Концептуален модел за стратегическо развитие на здравеопазването в България. Симелпрес, София 2017 ISBN: 978-619-183-052-7 стр. 25-29
31. **Колева, Г., Д. Георгиева, И. Христова,** Нагласи и отношение на професионалистите по здравни грижи за продължаващо обучение и научна дейност, Здравни грижи №1, 2018 г. ISSN 1312-2592 стр. 28-34
32. Концепция "Цели за здраве 2020", Министерство на здравеопазването. София 2015. стр. 26-43
33. **Котлър, Ф., Н. Лий, Д. Хексхил,** Добри дела. Сиела, София 2014 ISBN 978-954-28-1577-8. стр. 53-57
34. **Крейнър, С.** Ключови идеи в мениджмънта. Трето издание. "ИнфоДАР" ЕООД, София 2005 ISBN 954-761-147-X стр. 23-31
35. **Крул, Х.** Понятието човешки капитал, Човешки ресурси №9, Фондация "Човешките ресурси в България и евроинтеграцията", София 2008 ISSN 1312-319X

36. **Крумов, Св., Н. Ангелова, Б. Янева, И. Гетов** Изграждане и анализ на прогностичен модел за осигуреността с магистър-фармацевти в България до 2025 г. Социална медицина № 2-3, 2017, ISSN 1310-1757 стр. 52-55
37. **Кръстев, Кр., Е. Лозанов, Д. Дончев** и съавт. Геоикономика. Втори раздел, Човешките ресурси в света. Университетско издателство „Стопанство“, София 2000 ISBN 954-494-408-7 стр. 29-51
38. **Кръстева, Н.** Обучението на медицински сестри в България – ретроспекция и перспективи, автореферат за присъждане на образователна и научна степен „Доктор по медицина“. София 2000 стр. 10
39. **Кузнецова, Д.**, Парите мотивират мобилността на медицинските специалисти, Политики №6, "Отворено общество", София 2012
40. **Левин В.** и съавт. Значение на уменията за трудовата реализация в България: отношението между познавателните и социално-емоционалните умения и реализацията на пазара на труда. Световната банка. Дефекто ЕООД, София 2016
41. **Маркова, Ст.** Състояние и проблеми в сестринството, Здравни грижи № 4, БАПЗГ, София 2006 ISSN 1312-2592 стр. 4-7
42. Методика за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри), приложима при разработване на стандарти : БАПЗГ, 2018
43. **Миланова, А., П. Найденова** Управление на човешкия капитал във фирмена среда. Академично издателство "Проф. Марин Дринов", София 2013 ISBN 978-954-322-674-0 стр. 26
44. Наредба №1 от 08.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно
45. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалността "Управление на здравните грижи" за образователно-квалификационните степени "магистър" и "бакалавър" от професионално направление "Обществено здраве"
46. **Насева, Е., А. Енчев, Л. Чорбанова**, Приложение на Google формуляри за набиране на данни от емпирични проучвания в областта на медицината и здравеопазването, Здравна политика и мениджмънт №4 ФОЗ при МУ - София, София 2017 ISSN 1313-4981 стр. 77-79
47. Население и демографски процеси през 2017 година, НСИ. София, 2018. стр.3
48. Национална здравна стратегия 2020: Министерство на здравеопазването, 2015
49. Национална стратегия за продължаващо професионално обучение 2005 – 2010
50. Национална стратегия за учене през целия живот за периода 2008 – 2013
51. Национална стратегия за учене през целия живот за периода 2014-2020
52. **Николов, С., Т. Алексиева, Д. Димитрова**, Мъжете в сестринската професия – предразсъдък или предизвикателство, Здравни грижи № 2, БАПЗГ, София 2018, ISSN 1312-2592 стр. 13-17
53. Ново обществено здравеопазване Том. 1. Под редакцията на В. Борисов, З. Глутникова и Ц. Воденичаров. София, Акваграфикс ООД, 1998. стр. 270-281

54. НСИ, Инфостат <https://infostat.nsi.bg/>
55. **Петрова, Г.** Тенденции и перспективи в развитието на здравните грижи в България Управление и образование №5, Том. IX., Бургас 2013 ISSN 131261121 стр. 25-28
56. Правила за издаване на сертификат за професионална квалификация по професиите от Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти по чл. 8, т.3; чл. 11, т. 5 и чл. 20, т. 2. : БАПЗГ, 2018
57. Програма за управление на правителството на РБългария за период 2017-2021. София 2017 стр. 60.
58. Проект на Решение на Министерския съвет за утвърждаване броя на приеманите за обучение студенти и докторанти във висшите училища и научните организации на Република България през учебната 2019 - 2020 година : Министерски съвет, 22.03.2019
59. **Ранчов, Г.** Медицинска статистика, Глава 20 Статистическо прогнозиране, Горекс Прес 1997, София стр. 255-259
60. Регистър на лечебните заведения за болнична помощ, центровете за психично здраве, центровете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове, домовете за медико-социални грижи и диализните центрове. Министерство на здравеопазването. <https://www.mh.government.bg> (дата на достъп 15.07.2018)
61. Решения на Министерски съвет на Република България : РМС 375/11.05.2012; РМС 288/10.05.2013; РМС 293/ 13.05.2014; РМС 343/18.05.2015; РМС 328/03.05.2016; РМС 236/27.04.2017; РМС 341/21.05.2018
62. **Сотирова, Д.** Европейските етични стандарти и българската медицина: сборник статии: Медицински университет - София, София 2014 ISBN 9786199022511 стр. 249-255
63. **Сотирова, Д.** Организационно поведение и култура. Фабер, Велико Търново 2007 ISBN 978-954-775-771-4 стр. 249
64. **Стамболова, И.** Мениджмънт и етика в общата медицинска практика. РИК "Симел", София 2008 ISBN 978-954-9487-38-1 стр. 20-47
65. **Стамболова, И.** Сестринството в България: възникване, развитие, състояние и перспективи. Централна медицинска библиотека - МУ - София, София 2015 ISBN 978-954-9318-57-9 стр. 91-93
66. **Стамболова, И., Г. Чанева,** Управление на здравните грижи. Под редакцията на проф. д-р Сашка Попова д.м. Филвест, София 2014 ISBN 954-8688-79-4 стр. 62-66
67. **Стефанова, К., П. Добрилова,** Медико-психологически профил на сестринската професия, Сестринско дело №3, МУ - София, ЦМБ, София 2016 ISSN 1310-7496 УДК 641.253.5. стр. 27-29
68. **Стоянова, Р.** Текущото на медицинските сестри в Южен централен район на Република България – нагласи, фактори и перспективи. Автореферат на дисертационен труд за придобиване на ОНС „Доктор“, стр. 30

69. Стратегическата рамка за европейско сътрудничество в областта на образованието и обучението („Образование и обучение 2020“). Европейска комисия 2009
70. **Събев, Н.** Нагласи сред пациентите за консултиране и получаване на съвет от медицински професионалисти, Здравни грижи №2, БАПЗГ, София 2015, ISSN 1312-2592 стр. 36-40
71. **Събев, Н., Г. Андре,** Индекс на качеството на живот на медицинските сестри в лечебните заведения със стационар в гр. Русе, Здравни грижи №3, София 2014, ISSN 1313-2592 стр. 26-30
72. **Тончева, С.** Супервизия и наставничество в сестринството, Автореферат на дисертационен труд за придобиване на научна степен "Доктор на науките" Варна, 2018, стр. 108
73. **Тончева, С., В. Крумова,** Повишаване социалната роля на медицинската сестра и утвърждаване на сестринската професия като автономна чрез изграждане на сестринска служба., Здравни грижи №2, БАПЗГ, София 2012, ISSN 1312-2592 стр. 31-39
74. **Трендафилова, П., Л. Спасов,** Ефективни подходи за подобряване за подобряване, организиране и управленска компетентност на съвременния здравен мениджър. Контакти 1 (69), 2008, стр. 9-11
75. Устав на Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
76. **Чакалов, Б., В. Бондиков,** Методи за изследване на масовата комуникация. Университетско издателство "Св. Климент Охридски", София 2015 ISBN 978-954-07-4004-1 стр. 156-157
77. **Шипковенска Е., С. Попова, Г. Петрова** и съавт. Методология на научното проучване. [ред.] проф. д-р Цекомир Воденичаров, д.м. ЕкоПринт, София 2013 ISBN 978-954-92284-8-9
78. **Aiken, L.** Economics of nursing., Policy, Politics, & Nursing Practice, 9(2), 2008 May, doi: 10.1177/1527154408318253 pp. 73-79
79. **Aiken, L., D. Sloane, P. Griffiths** et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care 2016, BMJ Quality & Safety, doi: 10.1136/bmjqs-2016-005567. pp. 559-568
80. Annual equality, diversity and inclusion report 2016 – 2017. Nursing and Midwifery Council (NMC). 2017. p. 28
81. **Ahmad, K.** The Association between Training and Organizational Citizenship Behavior in the Digital World, IBIMA Publishing 2011 DOI: 10.5171/2011.448699, p. 11
82. **Armstrong, M.** Armstrong's handbook of human resource management practice. 13th Edition . London : Kogan Page, 2014. ISBN 978 0 7494 6964 1 p. 4
83. **Barriball, L, J. Bremner, J. Bushan** et al. Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. Brussels : European Commission, 2015. ISBN: 978-92-9200-682-2
84. **Betlehem, J., E. Pek, B. Banfai,** et al. Current Characteristics of the Hungarian Nurses' Workforce. s.l. : Intech Open, 2017 DOI: 10.5772/intechopen.68383

85. **Birch, St.** Health human resource planning for the new millennium: inputs in the production of health, illness, and recovery in populations.. PubMed 33(4), 2002. ISSN 0844-5621
86. **Bratton, J. and J.Gold,** Human resource management: theory and practice. s.l. : Palgrave Macmillan, 2007. ISBN : 9780230001749. p. 27
87. **Brunt, Barbara A.,** Nursing Professional Development Competencies: Tools to Evaluate and Enhance Educational Practice. Danvers : HCPro, 2014. ISBN 978-1-55645-079-2. p. 23
88. **Buchan, J., L. Calman,.** Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions. 2004. ISBN: 92-95040-20-1. p. 15
89. **Bushan, J., G.Perfileva,** Making progress towards health workforce sustainability in the WHO European Region. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2015. pp. 9-10
90. **Catton, H.** International Council of Nurses: workforce forums. 2018. pp. 13
91. Caring in Crisis The Impact of the Financial Crisis on Nurses and Nursing. A Comparative Overview of 34 European Countries. European Federation of Nurses (EFN), Brussels 2012
92. Core Health Indicators in the WHO European Region 2015, Special focus: Human Resources for Health
93. **Covey, St.** The Seven Habits Of Highly Effective People. s.l. : Free press, 1989.. ISBN: 0-7432-6951-9. p. 101
94. **Doaei, H., R. Najminia,** How does the HRM differ from PM, European Scientific Journal N:13, Vol. 8, 2012 ISSN 1857-7431 pp. 161-171
95. Dublin Declaration on Human Resources for Health: Building the Health Workforce of the Future, Global Forum on Human Recourses for Health 13-17 November 2017. s.l. : Fourth Global Forum on Human Resources for Health, 2017
96. EFN Country Report on Continuing Professional Development in Nursing. s.l. : European Federation of Nurses Associations (EFN), Brussels 2012
97. EFN Manifesto for the European Parliament Elections – May 2019 Invest in Nursing to Save Lives!, EFN, Brussels 2019
98. Eurostat, Healthcare personnel statistics – nursing and caring professionals http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals [Cited: 20.01.2018]
99. **Filipkowski, J., M. Ruth,A. Heverin** Building a coaching culture for change management. s.n. Human Capital Institute, Cincinnati, 2018
100. **Fisher, L., G. van Belle** Biostatistics. A Methodology for the Health Sciences. New York : John Wiley & Sons INC, 1993. p. 991
101. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020. s.l. WHO, 2016 ISBN 978 92 4 151045. pp. 3-24
102. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. WHO 2016 ISBN 978 92 4 151113 1 p. 8

103. Goal 3 Ensure healthy lives and promote well-being for and all ages. United Nations. Sept. 2015 <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/> [Online] [Cited: 08 25, 2017.]
104. **Gould, D., M. Fontenla**, Strategies to recruit and retain the nursing workforce in England: a telephone interview study. 1, 2006, *J Res Nurs*, Vol. 11,. doi: 10.1177/1744987106060768 pp. 3-17
105. **Guest, D.** Human Resource Management and the American Dream *Journal of Management Studies*, Volume 27, Issue 4, July 1990 doi.org/10.1111/j.1467-6486.1990.tb00253.x pp. 377-397
106. **Hager, C.** Continuous Professional Development of Health Professionals: European Context. s.l. : European Commission, 2016
107. **Hassan, A.** Human resource development and organizational values, *Journal of European Industrial Training* 6, Vol. 31,. 2007, DOI 10.1108/03090590710772631. pp. 435-448
108. Health of the Health Workforce 2015, A report by Health Workforce New Zealand. Wellington : Ministry of Health. s.n., 2016 ISBN 978-0-947491-54-3 pp. 12
109. **Henau, J, S. Himmelweit, Z. Łapniewska** et al. Investing in the Care Economy: A gender analysis of employment stimulus in seven OECD countries. March 2016 International Trade Union Confederation p. 6
110. **Kinnear, P. C. Gray**, SPSS for Windows Made Simple. Psychology Press. East Sussex, UK : Psychology Press, 1997. p. 386
111. **Koff , S.** Nursing in the European Union, Anatomy of a profession. New York : Routledge, 2016 ISBN 13: 978-1-4128-6312-4 p. 120
112. **Lahti, M. , H.Hätönen, M.Välimäki**, Impact of e-learning on nurses"and student nurses knowledge, skills and satisfaction: A systematic review and meta-analysis., *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 51, 1/2014, pp. 136-139
113. **Lostrek, N.** Slovenian Hospital System Dangerously Understaffed, Nurses Overworked and Underpaid. 2018. <https://www.total-slovenia-news.com/politics/1831-slovenian-hospital-system-dangerously-understaffed-nurses-overworked-underpaid> (Cited: 10.12.2018)
114. **McKillup, S.** Statistics Explained. An Introductory Guide for Life Scientists. s.l. : CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS, 2005
115. **Mielke, D.** Effective Teaching in Distance Education. Washington : s.n., 1999, ERIC, ED436528. pp. 3-4
116. National Nursing Workforce Study, National Council of State Boards of Nursing (NCSBN), Chicago 2015
117. New Investments in Global Health Workforce Will Create Jobs and Drive Economic Growth. s.l., United Nation Commission, WHO Newsletter Sept 2016
118. Nursing Matters, Nurses and Ageing Workforce: factsheet, ICN 04.2015
119. Odborové združenie sestier a pôrodných asistentiek. Slovakia : s.n., 2016
120. **Popile, E.** Through the eyes of continuing education-The ICN., *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 6, Vol. 10, 1979

121. **Poikkeus, T, H. Leino-Kilpi , J.Katajisto** , Supporting ethical competence of nurses during recruitment and performance reviews - the role of the nurse leader. *Journal of Nurse Management* (22)6, 2014, doi: 10.1111/jonm.12033 pp. 792-802
122. **Price, A.** *Human Resource Management in a Business Context.* s.l. : THOMSON, 2007. ISBN 978-184480-548-8
123. *Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. Executive summary,* European Commission s.n., B-1049 Brussels 2015. p. 35
124. *RCN Factsheet: Continuing Professional Development (CPD) for nurses working in the United Kingdom (UK) .* s.l. : Royal College of Nursing (RCN), 2016
125. **Ross, K. J.Barr, J. Stevens** Mandatory continuing professional development requirements: what does this mean for Australian nurses *BMC Nursing*, Vol. 12. 9/2013
126. **Solarević, M. B. Djurdjev, D. Arsenovic**, The population aging in Slovak settlements in Vojvodina, the example of Backi Petrovac and Kovacica *www.researchgate.net* : s.n., 2012, pp. 55-56
127. *State of health in the EU OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017* ISBN 9789264285071 pp. 18
128. *Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU.* s.l. : European Commission, 2015. p. 11
129. **Sherman R., L. Chiang-Hanisko, R. Koszalinski**, The ageing nursing workforce: a global challenge *Journal of Nursing Management*, Vol. 21 7/ 2013,. DOI: 10.1111/jonm.12188 pp. 899-902
130. *The Global Nursing Shortage: Priority Areas for Intervention.* s.l. : ICN, 2007. ISBN: 45745784687
131. *The New Zealand Nursing Workforce: A profile of Nurse Practitioners, Registered Nurses and Enrolled Nurses 2016-2017.* Wellington : Nursing Council of New Zealand, 2018. ISBN 978-0-908662-05-0 p. 17
132. *The UK nursing labour market review 2017 .* Royal College of Nursing (RCN) London : s.n., 2017. pp. 20-21
133. *The World Health Report 2006 – working together for health: WHO 2006* ISBN 92 4 156317 6 p.20
134. *The World Health Report. Health systems: Improving performance.* s.n., WHO Geneva :2000 ISBN 92 4 156198 X pp.77-81
135. *Transformation and Innovation, Biennial Report 2016-2017.* International Council of Nurses ICN, Geneva 2018 ISBN: 978-92-95099-51-7, p. 16
136. *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013* Switzerland : WHO, 2013. ISBN 978 92 4 150650 2. pp. 48-49.
137. **Ulrich, D.** *A New Mandate for Human Resources.* s.l.: Harvard College, January/February 1998, *Harvard Business Review*, pp. 134-134.

138. **Vincent, L. and M. A. Beduz**, The Nursing Human Resource Planning Best Practice Toolkit: Creating a Best Practice Resource for Nursing Managers.. May 2010, Nursing Leadership,. doi:10.12927/cjnl.2010.21746 pp. 51-60
139. White Paper: Together for Health – A Strategic Approach for the EU, 2008-2013. s.l. : European Commission, Oct. 2007. p. 3.
140. **Witt, K.**, Continuing Education: A Personal Responsibility. Advances in Neonatal Care, 4, Vol. 11, 2011, doi: 10.1097/ANC.0b013e31822648f3 pp. 227-228.
141. **Wood, D.** Best Practices for Retaining Nurses, AMN Healthcare, San Diego 2009
142. World Development Report: Knowledge for Development. New York : Oxford University Press, The World Bank 1999. ISBN 0-19-521118-9 pp. 25-27
143. World Development Report 2018: Learning to Realize Education Promise. Washington : The World Bank Group, 2018 e-ISBN: 978-1-4648-1098-5. p. 39
144. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth, WHO. s.l. : WHO, 2016. ISBN 978 92 4 151130 8. pp. 17-46.
145. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs2016. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/. [Online] [Cited: 27.08.2017.]
146. **Zgliczyński, W., D.Cianciara, O. Rostkowska**, et al., Nurses in Poland – staffing and training system. 5, 2016, Post N Med , Vol. XXIX,. DOI: 10.5604/08606196.1202369 pp. 279-283
147. http://www.beonline-bg.com/unss/uchebnici/16_planirane_i_prognozirane/glava-1.html - [Online] [Дата на достъп 15.09.2018]
148. <https://ru.wiktionary.org/wiki/%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83%D1%80%D1%81>. [Online] [Дата на достъп: 10.08.2017]
149. <http://cio.bg/1617/> [Online] [Дата на достъп: 16.10.2017]
150. <http://mediation-net.eu/pdf/2017/11-maria-sharkova.pdf> [Online] [Дата на достъп: 14.06.2019]

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми ръководители по здравни грижи, предлагаме на Вашето внимание анонимна анкета във връзка с разработване на дисертационен труд на тема „**Управление на човешките ресурси в здравните грижи - състояние на сестринската работна сила и иновативни мерки за привличане и задържане на медицински сестри**“.

Участието Ви е доброволно. При обработка и анализ на получените резултати ще се съблюдават изискванията за защита на личните данни, а именно използване на информацията само за целите на горепосоченото проучване.

Целта на настоящата анкета е да се проучи в каква степен в лечебните заведения у нас се прилагат мерки за привличане и задържане на медицински сестри, а също така и какъв стил на управление доминира сред ръководителите по здравни грижи – управление на персонала или управление на човешките ресурси?

Предварително Ви благодарим за участието и отделеното време!

1. В последните пет години в лечебното заведение, в което работите иницириана ли е кампания за популяризиране на сестринството с цел привличане на младите хора към професията „Медицинска сестра“?

- А) Да, провеждана е и считам, че беше успешна
- Б) Да, провеждана е, но не постигна особен резултат
- В) Не е провеждана, но е планирано да бъде проведена в близко бъдеще
- Г) Не е провеждана и не е планирана

3. В лечебното заведение, в което работите, прилагани ли са някои от следните мерки за привличане и задържане на медицински сестри? (възможен е повече от един отговор)

- А) Поощрения на медицинските сестри в пенсионна възраст, с цел отлагане на пенсионирането им и оставане на работа по-дълго време
- Б) Поддържане на контакт с медицински сестри, които са напуснали професията и предлагане на стимули за обратно връщане
- В) Назначаване на здравни асистенти/ болногледачи с цел облекчаване натовареността на медицинските сестри
- Г) Не е прилагана нито една от посочените мерки
- Д) Други (моля, посочете какви)

2. В последните пет години мениджмънтът на Вашето лечебно заведение предлагал ли е възможности за заплащане обучението на безработни лица за придобиване на професия „Медицинска сестра“?

- А) Да
- Б) Да, но не се появиха кандидати
- В) Не, но е планирана такава инициатива
- Г) Не и не е планирана подобна инициатива

4. Насърчавате ли медицинските сестри от Вашия екип за участия в различни форми на продължаващо обучение?

- А) Да, високата квалификация е ключова за добрата здравна грижа
- Б) Бих ги насърчавала, ако имахме достатъчно сестри
- В) Не, повишаването на квалификацията е личен ангажимент

Щракнете тук, за да въведете текст.

5. Считате ли, че медицинските сестри с придобит сертификат за професионална квалификация имат по-висока самооценка за професионалното си представяне?

- А) Да
- Б) Да, повечето от тях
- В) По-скоро не
- Г) Не

7. Как определяте функцията си по подбора на човешки ресурси?

- А) Като ключова задача
 - Б) Една от многото ми задачи като ръководител на здравните грижи
 - В) Друго, моля посочете какво
- Щракнете тук, за да въведете текст.

9. Какви са Вашите предпочитания за наемане на медицински сестри на вакантни длъжности?

- А) Новозавършили медицински сестри
- Б) Медицински сестри с трудов стаж по професията до 5 години
- В) Медицински сестри с трудов стаж над 5 години
- Г) Трудовият стаж не е критерий при подбора

11. Ако отговорът на въпрос 10 е „да“ моля, посочете какъв е адаптационният период ?

- А) От една до две седмици
- Б) От две седмици до един месец
- В) От един до три месеца
- Г) От три до шест месеца

Д) Друг срок (моля, посочете)

Щракнете тук, за да въведете текст.

13. Как смятате, че трябва да се формира заплащането на медицинската сестра?

- А) Като фиксирана, твърда сума
- Б) Комбинация от фиксирана сума и плаваща добавка, в зависимост от обема, степента и качеството на изпълнение на задачите
- В) Като сбор от цените на извършените дейности, ако са остойностени
- Г) Друго (моля, посочете)

Щракнете тук, за да въведете текст.

6. Как бихте определили лечебното заведение, в което работите?

- А) Като „обучаваща организация“, която инвестира в повишаването на квалификацията на наетите медицински сестри
- Б) Като организация, предоставяща контролиран достъп до курсове и обучения за медицински сестри
- В) Като организация, в която курсовете и обученията за медицински сестри не са приоритет
- Г) Не мога да преценя

8. От кого се осъществява подборът на редови медицински сестри във Вашето лечебно заведение? (възможен е повече от един отговор)

- А) Отдел „Човешки ресурси“
- Б) Главната медицинска сестра / директорът по „Здравни грижи“
- В) Старшата медицинска сестра на отделението, за което има вакантни длъжности

10. Прилага ли се адаптационна програма за длъжността при новоназначени медицински сестри във Вашето лечебно заведение?

Да | Не

12. Считате ли, че възможността за самостоятелна практика на медицинските сестри е фактор за повишаване привлекателността на професията?

- А) Категорично да
- Б) В известна степен, да
- В) Не съм сигурна
- Г) Категорично не

14. Има ли във Вашето лечебно заведение, разработена система за финансово стимулиране на медицинските сестри?

Да | Не

15. Моля, посочете кой от предложените директни стимули се прилага към Вашата система за финансово стимулиране на медицинските сестри? (възможен е повече от един отговор)

- А) Допълнително възнаграждение за участие в продължаващо обучение
- Б) Допълнително възнаграждение за придобита специалност
- В) Допълнително възнаграждение за придобит сертификат за професионална квалификация
- Г) Допълнително финансово стимулиране от разпределение на средства по клинични пътеки
- Д) Бонуси за празници
- Е) Нито един от посочените

Ж) Други (моля, посочете какви)

Щракнете тук, за да въведете текст.

17. Има ли разработени мерки за повишаване на привлекателността на работната среда в лечебното заведение, в което работите?

Да | Не

19. Как бихте оценили резултата от мерките за привличане и задържане на медицински сестри, прилагани във Вашето лечебно заведение?

- А) Отличен
- Б) Много добър
- В) Добър
- Г) Задоволителен
- Д) Незадоволителен

16. Моля, посочете кой от предложените индиректни стимули се прилага във Вашата система на финансово стимулиране? (възможен е повече от един отговор)

- А) Поемане на разходи за участия в научни прояви в страната
 - Б) Поемане на разходи за участия в научни прояви в чужбина
 - В) Осигуряване на допълнителен платен отпуск за участия в различни видове обучения
 - Г) Покриване на разходи за участия в културно-развлекателни събития
 - Д) Организиране и финансиране на развлекателни пътувания
 - Е) Организиране на тържества по повод лични събития (юбилей, сватба, раждане на дете, пенсиониране и др.)
 - Ж) Нито едно от посочените
- З) Други (моля, посочете какви)

Щракнете тук, за да въведете текст.

18. При положителен отговор на предходния въпрос моля, посочете някоя от следните мерки, ако е разработена и приложена във Вашето лечебно заведение (възможен е повече от един отговор)

- А) Мерки за подобряване на физическото и емоционалното състояние (например: фитнес програми, танцови състави, състезания между екипи и др.)
 - Б) Семинари за справяне със стреса и превенция на бърнаут
 - В) Измерване и наблюдение на нивата на стреса
 - Г) Инвестиции в технически средства за облекчаване работата на медицинските сестри (например: таванни елеватори)
 - Д) Нито едно от посочените
 - Е) Други (моля, посочете какви)?
- Щракнете тук, за да въведете текст.

20. Коя според Вас трябва да бъде активната страна в разработването и прилагането на мерки за привличане и задържане на медицински сестри? (възможен е повече от един отговор)

- А) Държавното управление
- Б) Мениджмънтът на лечебното заведение
- В) Съсловната организация
- Г) Всички посочени

21. Насърчавате ли инициативите на медицинските сестри, по отношение на съставяне на работния график и подобряване на условията на работната среда?

- А) Да, записвам идеите и ги предлагам за обсъждане на Съвета по здравни грижи
- Б) Понякога
- В) Твърде заета съм, за да изслушвам подчинените си
- Г) Не, задачите са ясни, няма място за инициативност

23. Каква е Вашата стратегия за справяне в ситуация на конфликт на работното място? (възможен е повече от един отговор)

- А) Изчакване на утихване на конфликта от самосебе си
- Б) Постигане на примирие чрез опити да се говори с хората да се откажат от противопоставянето
- В) Чрез заплахата от налагане на някаква форма на наказание
- Г) Отнасяне на проблема към по-висшестоящ ръководител
- Д) Провеждане на среща с опонентите
- Е) Определяне на общи цели и утвърждаване на етични принципи

25. Заеманата от Вас длъжност е:

- А) Главна медицинска сестра
- Б) Директор по здравни грижи
- В) Старша медицинска сестра

27. Моля, посочете в кой район се намира Вашето работно място:

- А) Северозападен (Видин, Враца, Ловеч, Монтана, Плевен)
- Б) Северен централен (Велико Търново, Габрово, Разград, Русе, Силистра)
- В) Североизточен (Варна, Добрич, Търговище, Шумен)
- Г) Югоизточен (Бургас, Сливен, Стара Загора, Ямбол)
- Д) Югозападен (Благоевград, Кюстендил, Перник, София, София-столица)
- Е) Южен централен (Кърджали, Пазарджик, Пловдив, Смолян, Хасково)

22. Как бихте оценили грижите, които медицинските сестри предоставят на пациентите във Вашето лечебно заведение? (възможен е повече от един отговор)

- А) Изцяло ориентирани към нуждите на пациента
- Б) Частично ориентирани към нуждите на пациента
- В) Ориентирани към изпълнението на всекидневните задачи
- Г) Ориентирани изцяло към лекарските назначения
- Д) Ориентирани към подготвянето на медицинската документация

24. Склонни ли сте да подкрепите медицинска сестра от Вашия екип при решаването на неин личен проблем?

- А) Да, в голяма степен
- Б) По-скоро „да“
- В) По-скоро „не“
- Г) Не, личните проблеми се решават извън професионалната среда

26. Типът на лечебното заведение, в което работите е (УМБАЛ, МБАЛ, друго):

Моля, посочете:

Щракнете тук, за да въведете текст.

28. Каква е продължителността на Вашия трудов стаж на мениджърска позиция?

- А) До 5 години
- Б) 6 - 10 години
- В) 11 - 15 години
- Г) 16 - 20 години
- Д) Над 20 години