

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

---

Мария Веселинова Спасова

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

**АВТОРЕФЕРАТ**

на 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“

**НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ**

Проф. Иванка Стамболова, дм

**РЕЦЕНЗЕНТИ**

Доц. Цветелина Петрова – Готова, дм

Проф. д-р Елена Шипковенска, дм

---

София, 2019 г.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за защита от катедрен съвет на катедра „Здравни грижи” към Факултет Обществено здраве на Медицински университет – София на 14.10.2019 г.

Дисертационният труд съдържа 180 страници и е онагледен с 23 таблици и 42 фигури. Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

Библиографският списък съдържа 150 източника, от които 77 на кирилица, 69 на латиница и 4 интернет източника.

**Научно жури:**

1. Проф. Магдалена Банчева Александрова, дм
2. Доц. Цветелина Милчева Петрова – Готова, дм
3. Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм
4. Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм
5. Проф. Христина Танчева Милчева, дп

**Резервни членове:**

1. Проф. Галина Стамова Чанева, дм
2. Доц. Албена Николаева Андонова, дм

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 11.03.2020 от 13:00 часа в заседателна зала на Факултет по обществено здраве на Медицински университет – София, ул. „Бяло море” No 8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в Деканата на Факултета по обществено здраве на МУ – София, ул. „Бяло море” No 8, гр. София.

## Съдържание

I.	ВЪВЕДЕНИЕ .....	3
II.	ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО.....	5
1.	Цел, задачи и работна хипотеза .....	5
2.	Предмет, материал, методика и организация на проучването .....	6
III.	РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ .....	10
1.	РЕЗУЛТАТИ ОТ АНАЛИЗА НА СЪСТОЯНЕТО НА СЕСТРИНСКАТА РАБОТНА СИЛА .....	10
1.1.	Възрастово-полов състав на медицинските сестри, упражняващи професията си в България .....	10
1.2.	Участие на сестринската работна сила в учене през целия живот .....	18
1.3.	Сертификация и кариерно развитие на медицинските сестри .....	25
2.	РЕЗУЛТАТИ ОТ АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ ЗА ПРИЛАГАНИ МЕРКИ ЗА ПРИВЛИЧАНЕ И ЗАДЪРЖАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В БЪЛГАРИЯ .....	28
2.1.	Професионално-демографска характеристика на изследваните лица.....	28
2.2.	Предприемани инициативи за привличане и задържане на медицински сестри .....	30
2.3.	Мнение на ръководителите по здравни грижи относно подкрепата за обучение .....	35
2.4.	Регулиране на професията на медицинската сестра .....	39
2.5.	Финансово стимулиране на медицинските сестри.....	44
2.6.	Професионална, лична подкрепа и стил на управление .....	49
2.7.	Обобщение на резултатите от анкетното проучване .....	57
IV.	ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ .....	61
	ИЗВОДИ.....	61
	ПРЕПОРЪКИ.....	63
	ПРИНОСИ.....	65
	СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	66

## I. 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 на 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.

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.

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.

## II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

### 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:**

- 1.1. 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;
- 1.2. 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.
- 1.3. Да се проучи и анализира повишаването на професионалната квалификация на медицинските сестри чрез участия в продължаващо професионално обучение (ППО)
- 1.4. Да се проучи и анализира кариерното развитие на медицинските сестри чрез участието им в процеса на сертификация.
- 1.5. 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?
- 1.6. 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**

Предмет на проучване в настоящия дисертационен труд са състоянието на сестринската работна сила, наличието на мерки за привличане и задържане на медицински сестри и стила 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 (НЕПР) 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. 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).

### **2.4. Организационни направления на проучването:**

Проучването има дескриптивен характер и 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.

Поставените основни задачи формираха 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 – възрастова структура, продължаващо обучение и кариерно развитие.

#### **1.1. Изследване на възрастовата структура на сестринската работна сила**

Срезовото проучване на възрастовата структура на сестринската работна сила е проведено чрез анализ на база данни от НЕПР на БАПЗГ към 31.12.2017 г. Анализирания извадка включва 22841 медицински сестри, упражняващи професията си в РБългария и с активно членство в съсловната организация, съгласно разпоредбата на ЗСОМСААМСЗПФ. Детайлно са описани възрастовата и половата структура на сестринската работна сила по класификациите NUTS2 и NUTS 3. Проучени са съотношението лекар:медицинска сестра, осигуреността с медицински сестри на 100 000 души население за 10-годишен период (2008 – 2017) и са представени прогнозни данни за осигуреността на 100 000 души до 2022 г. Изчислени са коефициент

на стареене на сестринската работна сила K60+ и коефициент на демографско заместване (Z%).

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

Ретроспективният анализ на участието на медицинските сестри в различни форми на продължаващо обучение се основава на извадка от НЕПР на 22 841 медицински сестри с общ брой регистрирани участия в продължаващо обучение – 86 866 в периода 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). Проучени са възможностите за участие на медицинските сестри във форми на учене през целия живот като данните са съпоставени с приоритетите и сферите на въздействие, заложен в трите взаимно надграждащи се национални стратегии за учене през целия живот. Установени са участията в продължаващо обучение на медицинските сестри за всеки от шестте района на планиране. Установени бяха организаторите, които имат основна роля в следдипломното обучение на медицинските сестри у нас. Идентифицирани са предпочитаните форми на продължаващо обучение, в които участват медицинските сестри в наблюдавания период.

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

Анализът на данните за кариерното развитие на медицинските сестри се базира на извадка от НЕПР на БАПЗГ за издадените първи и втори сертификат за професионална квалификация ( $n_{1+2} = 11757$ ;  $n_1 = 11378$ ;  $n_2 = 379$ ) в периода 01.06.2006 – 31.12.2017г. (датата 01.06.2016 г. съвпада с началото на регистрацията в НЕПР на издадените сертификати). Установени са териториалното разпределение и динамиката на сертификацията на медицинските сестри у нас.

**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. Анкетното проучване е проведено в периода 01.08.2018 – 20.10.2018 г. с участието на ръководители по здравни грижи, заемащи длъжности „Главна медицинска сестра“, „Директор по здравни грижи“ и „Старша медицинска сестра“ ( $n = 477$ ) в лечебни заведения за болнична помощ (УМБАЛ, МБАЛ и др.) от шестте района на планиране – Северозападен, Северен централен, Североизточен, Югоизточен, Югозападен, Южен централен.

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.

#### **Ограничения на анкетното проучване:**

- (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.

## **2.5. 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. **T-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  $\alpha$ .

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

### III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

#### 1. РЕЗУЛТАТИ ОТ АНАЛИЗА НА СЪСТОЯНИЕТО НА СЕСТРИНСКАТА РАБОТНА СИЛА

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

###### 1.1.1. 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 ( $M=50,97$ ;  $SD=10,17$ ).

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%.

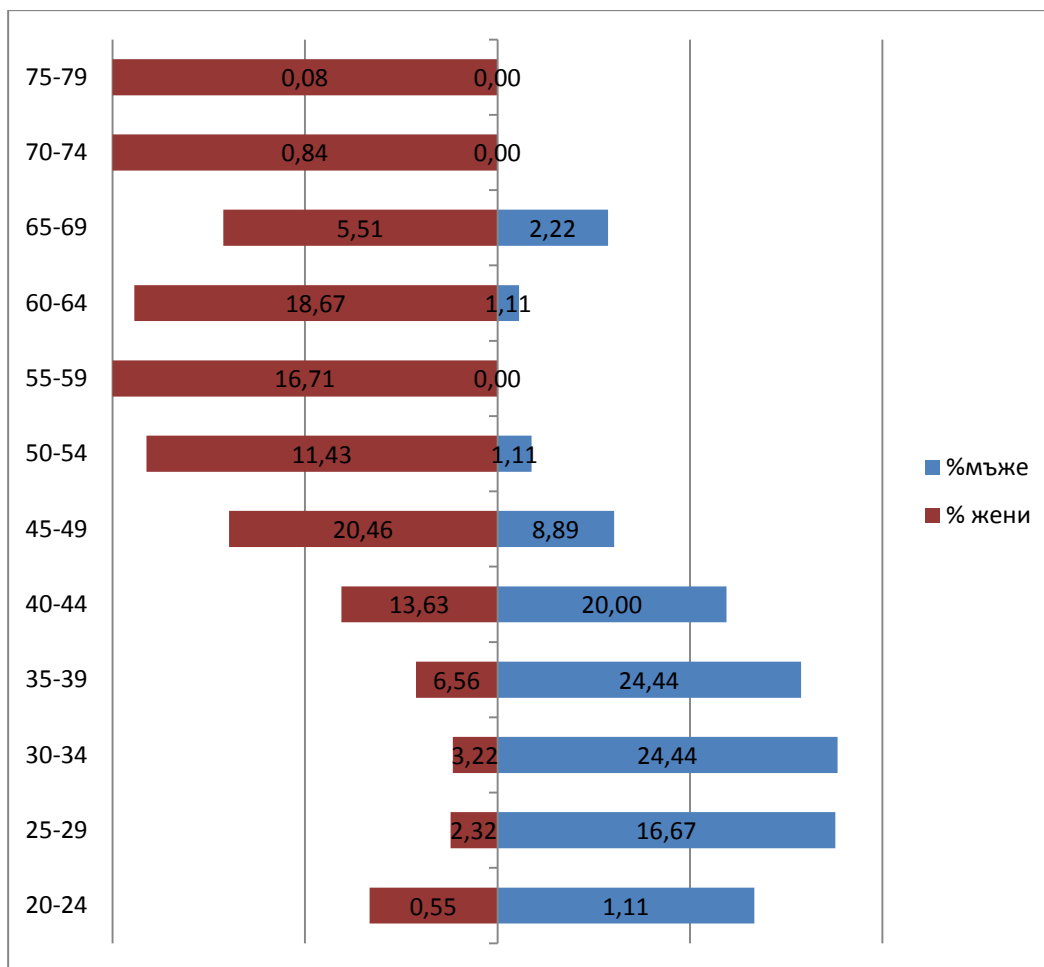
От гледна точка на демографията, застаряването на населението се отчита спрямо възрастта за пенсиониране, която в различните държави варира и за долна граница на остаряването се възприема възраст 60-65 години. За 2017 година, у нас границите за населението в трудоспособна възраст са 61 години за жените и 64 години за мъжете<sup>1</sup>.

Един от демографските показатели, прилаган за измерване на застаряването е **коефициентът на стареене (K60+)**, който се представя като отношение между броя на лицата над 60-годишна възраст към броя на лицата от всички възрасти. Стойността на K60+ за сестринската работна сила у нас към 31.12.2017 г. е **25,02%**, което според класификацията на Едуард Росет (108) определя, че сестринската работна сила е в ситуация на демографско застаряване ( $K60+ >12\%$ ).

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. 1).

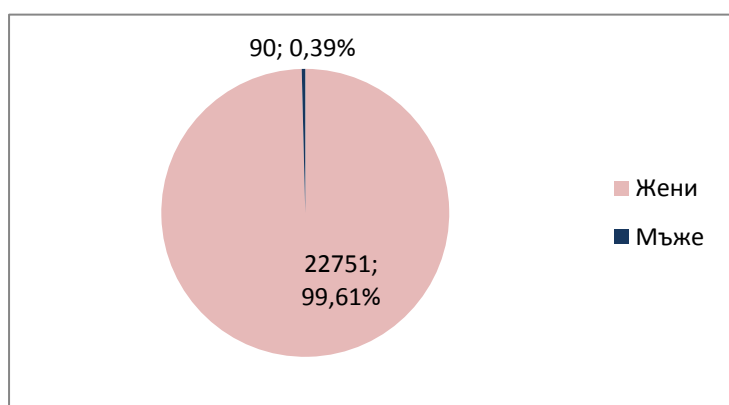
---

<sup>1</sup> 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).



Фиг. 1 Възрастова пирамида на сестринската работна сила към 31.12.2017 г.

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”.



Фиг. 2 Разпределение на сестринската работна сила по пол

Сестринската работна сила у нас е силно феминизирана (99,60%), с дял на мъжете от едва 0,40% (фиг. 2), за разлика от други държави, в които този дял през 2017 г. в Нова Зеландия достига 9.0 %, - в Австралия – 10,8%, в САЩ - 9,6%, а във Великобритания – делът на мъжете медицински сестри е 11,5% . 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. 1)

### 1.1.2. Средна възраст на сестринската работна сила

Общата средна възраст на сестринското съсловие у нас е 51 години (Табл. 1) 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. 1), 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. По данни на НСИ средната възраст на населението в България в края на 2017 г. е 43,6 години. Възрастта на медицинските сестри в Европа през 2012 г. е 43 години (110). 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.

Табл. 1 Средна възраст на медицинските сестри в България към 31.12.2017 г.

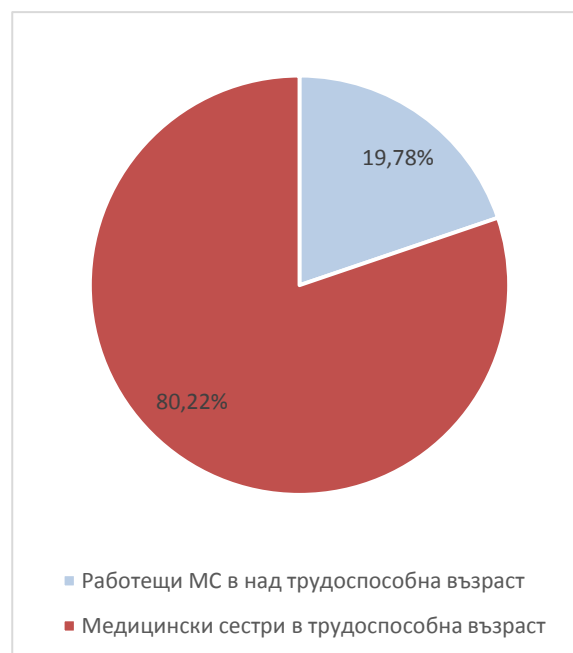
№	Район на планиране	Медицински сестри към 30.12.2017, брой			Средна възраст, години		
		Жени	Мъже	Общо	Жени	Мъже	Общо
Северозападен							
1	Видин	158	3	161	50,96	45,33	50,86
2	Враца	682	5	687	47,16	35,00	47,07
3	Ловеч	472	0	472	53,61	N/A	53,61
4	Монтана	360	0	360	49,36	N/A	49,36
5	Плевен	852	7	859	50,28	33,43	50,15
Общо за района		<b>2524</b>	<b>15</b>	<b>2539</b>	<b>49,97</b>	<b>37,00</b>	<b>49,89</b>
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		<b>2538</b>	<b>4</b>	<b>2542</b>	<b>51,51</b>	<b>33,50</b>	<b>51,49</b>
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		<b>2744</b>	<b>6</b>	<b>2750</b>	<b>50,54</b>	<b>41,17</b>	<b>50,52</b>
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		<b>3470</b>	<b>10</b>	<b>3480</b>	<b>51,15</b>	<b>35,00</b>	<b>51,10</b>
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		<b>7277</b>	<b>34</b>	<b>7311</b>	<b>51,64</b>	<b>36,44</b>	<b>51,57</b>
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		<b>4198</b>	<b>21</b>	<b>4219</b>	<b>50,19</b>	<b>34,71</b>	<b>50,12</b>
<b>Общо за страната</b>		<b>22751</b>	<b>90</b>	<b>22841</b>	<b>50,97</b>	<b>36,16</b>	<b>50,96</b>

Източник: НЕПР и собствени изчисления

Тенденцията на застаряване на сестринската работна сила рефлектира и върху структурирането ѝ по критерии **трудоспособна** и **над трудоспособна** възраст (Фиг. 3).

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.



Фиг. 3 Медицински сестри в трудоспособна и над трудоспособна възраст към 31.12.2017 г.

Структурният индекс, съотнасящ броя 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.

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. 2).

Табл. 2 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.

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 намалеят с 40% (26). 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).

### 1.1.3. 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. 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. 3 )

Табл. 3 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. 4)

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

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

Табл. 4 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	<b>2018</b>		<b>31914</b>	<b>30962</b>

Средното абсолютно отклонение (MAD) на грешката на прогнозата е: при  $\alpha=0,1$ ; MAD=535,59; а 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. взехме за базов при разработване на средносрочна прогноза. Прогнозата се основава на решения 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.

**НВПМСС = ДМС – ПМС, 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. 5 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
<b>Общо</b>	<b>3287</b>	-	<b>3287</b>	<b>4484</b>	<b>-1197</b>	-	-	-

\*РМС – Решение на Министерски съвет

В резултат от приложението на модела се беше установено, 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%).

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. 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.

#### **1.1.4. 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. (40). При тези данни потребността от медицински сестри спрямо броя на лекарите възлиза на 61359, което формира дефицит от 30404 медицински сестри.

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 ресурси 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**

Прегледът на приоритетите и сферите на въздействие, заложили 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*) установи съществен напредък на България в областта на продължаващото професионално обучение (ППО) на специалистите по здравни грижи и в частност на медицинските сестри (Табл. 6).

Табл. 6 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"> <li>• Равни възможности за достъп до ППО - във всички области на страната (28 регионални колегии)</li> <li>• От 2006 г. се прилага Единна кредитна система за оценка на формите на продължаващо обучение на професионалистите по здравни грижи</li> <li>• Разнообразие от форми на ППО – курсове, научни конгреси, семинари, симпозиуми, конференции, абонаменти за научни издания, дистанционно обучение и др.</li> </ul>
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"> <li>• Създаден административен капацитет за ефективна координация между участници, обучаващи институции и кредитираща обучението организация – БАПЗГ - на национално и регионално равнище</li> <li>• 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.</li> </ul>
НСППО 2005–2010	Осигуряване на високо качество на продължаващото професионално обучение	
НСУЦЖ 2008-2013	Осигуряване на качество и ефективност на ученето през целия живот	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• Осигурен контрол на качеството чрез предварителна оценка на програмите за обучение от страна на кредитиращата организация – БАПЗГ.</li> </ul>
НСППО 2005–2010	Повишаване на инвестициите в продължаващото професионално обучение	
НСУЦЖ 2014-2020	Създаване на инструменти и платформи за електронно обучение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• От 2015 г. функционира платформа за дистанционно обучение, която предлага възможности за участия в продължаващо обучение без откъсване от местоработата и местоживеенето.</li> </ul>
НСУЦЖ 2014-2020	Осигуряване на достъп до формите на УЦЖ чрез културни институции (библиотеки, читалища, музеи)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• От 2003 г. излиза от печат списание „Здравни грижи“, което е една от научните платформи на сестринството у нас;</li> <li>• През 2016 г. е създадена електронна библиотека в сайта на БАПЗГ</li> </ul>
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"> <li>• От 2006 г. е въведена система за мониторинг чрез регистрация на участията в продължаващо обучение в Националния електронен професионален регистър (НЕПР)</li> <li>• 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.</li> </ul>

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

Анализът на базата данни, изведени от НЕПР на БАПЗГ за наблюденията 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 (Табл. 7)

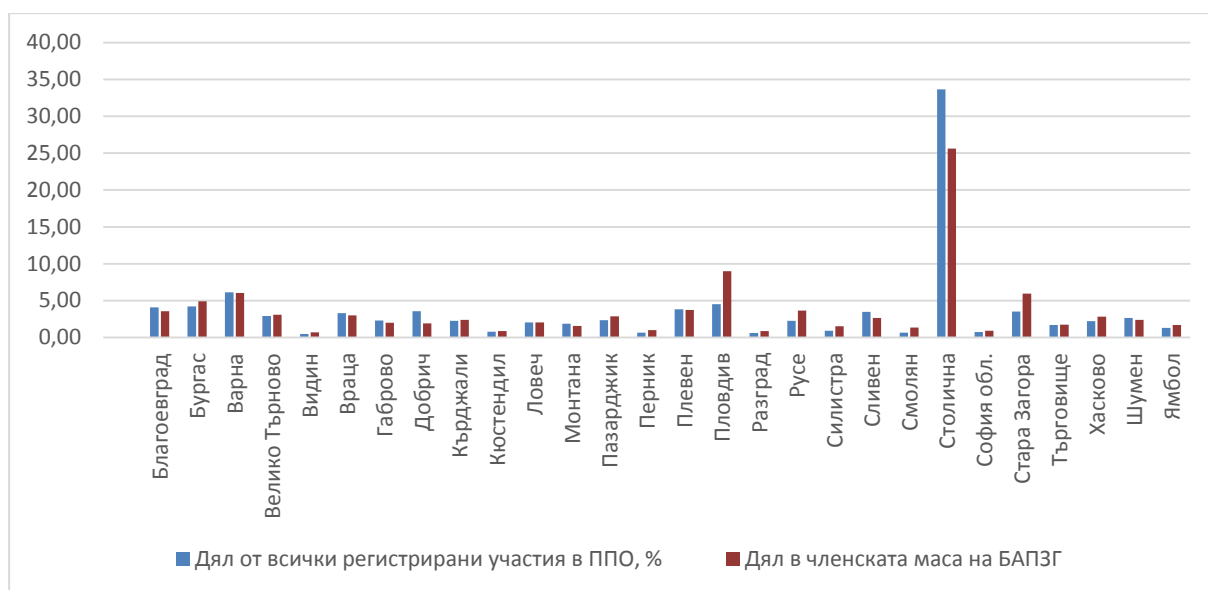
Табл. 7 Регионално разпределение на участията на медицински сестри във форми на ППО (2006 – 2017 г.)

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, (%)
<b>BG 31 Северозападен</b> (Видин, Враца, Ловеч, Монтана, Плевен)	10038	2539	11,56
<b>BG 32 Северен централен</b> (Велико Търново, Габрово, Разград, Русе, Силистра)	7840	2542	9,03
<b>BG 33 Североизточен</b> (Варна, Добрич, Търговище, Шумен)	12177	2750	14,02
<b>BG 34 Югоизточен</b> (Бургас, Сливен, Стара Загора, Ямбол)	10874	3480	12,52
<b>BG 41 Югозападен</b> (Благоевград, Кюстендил, Перник, София, София - столица)	35484	7311	40,85
<b>BG 42 Южен централен</b> (Кърджали, Пазарджик, Смолян, Хасково, Пловдив)	10453	4219	12,03
<b>Общо</b>	<b>86866</b>	<b>22841</b>	<b>100</b>

Източник: НЕПР на БАПЗГ

Наблюдаваните данни са показателни за това, че на централно и на регионално ниво БАПЗГ е създала 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. 4 в 24 области на България дялът на участията (85,71%) в ППО и дялът 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. 4 Участия на медицинските сестри във форми на продължаващо обучение, разпределение по области  
Източник: НЕПР на БАПЗГ

Динамичният анализ на данните от НЕПР на БАПЗГ за участията на медицинските сестри в продължаващо обучение установи две силно изразени тенденции (Табл. 8).

Табл. 8 Темп на прираст на участията в ППО (2006-2017)

Година	Брой участия на медицински сестри във форми на ППО (Y <sub>i</sub> )	Темп на прираст, базисен (Т), в %	Темп на прираст, верижен (Т), в %	Брой договори по чл.7, т. 8 от ЗСОМСААМСЗПФ
2006	4334	0	-	64
2007	14306	<b>230,09</b>	230,09	213
2008	16027	<b>269,80</b>	12,03	277
2009	8639	99,33	<b>-46,10</b>	<b>196</b>
2010	6764	56,07	-21,70	<b>188</b>
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	<b>52,20</b>	154
2017	3570	-17,63	-25,89	212
<b>Общо</b>	<b>86866</b>	-	-	<b>2244</b>

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. 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. 9).

Табл. 9 Разпределение на медицинските сестри според броя на участията им във форми на ППО

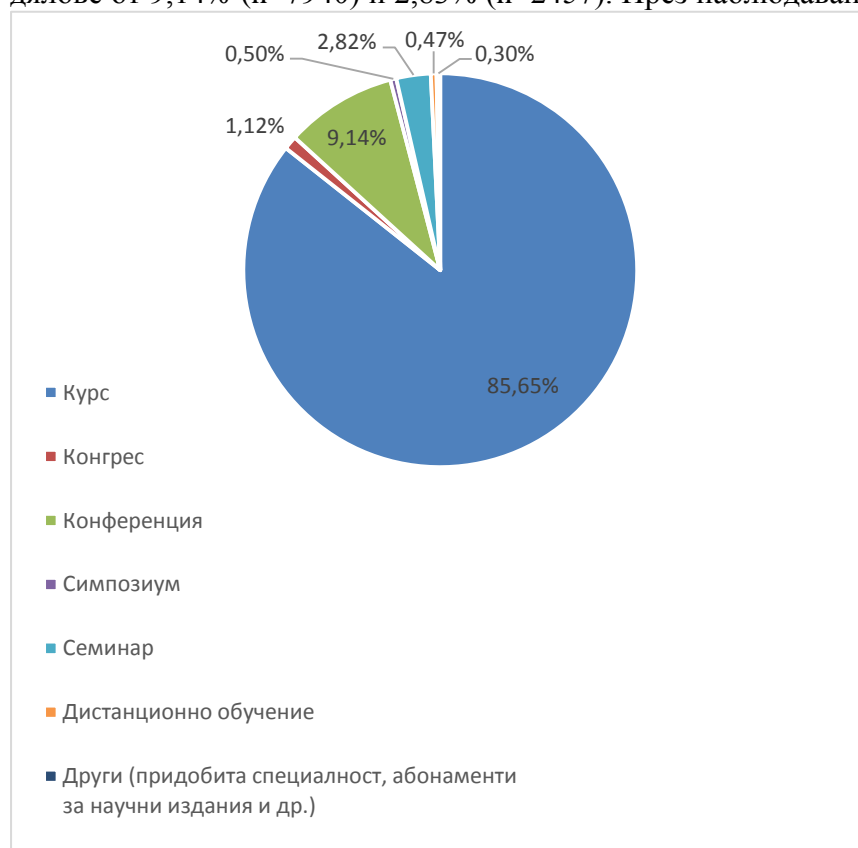
Регистрирани участия в ППО			
№	(2006 - 2017)	Медицински сестри, (бр.)	Общо участия, (бр.)
1	Едно участие	3517	3517
2	Две участия	2551	5102
3	Три и повече участия	9128	78247
4	Без регистрирани участия	7645	0
<b>Общо</b>		<b>22841</b>	<b>86866</b>

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 (39). 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 (127).“

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

Анализът на данните (Фиг. 5) 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 дигитализация се свят и предимствата на ниската цена, обучение в удобно време и място, прави впечатление твърде ниският дял на участията в дис-

Фиг. 5 Участия на медицинските сестри в различни форми на ППО

-танционно продължаващо обучение. Въпреки този резултат, нашето виждане е, че намаляващият брой на специалистите по здравни грижи в страната, голямата им



ангажираност и 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**

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

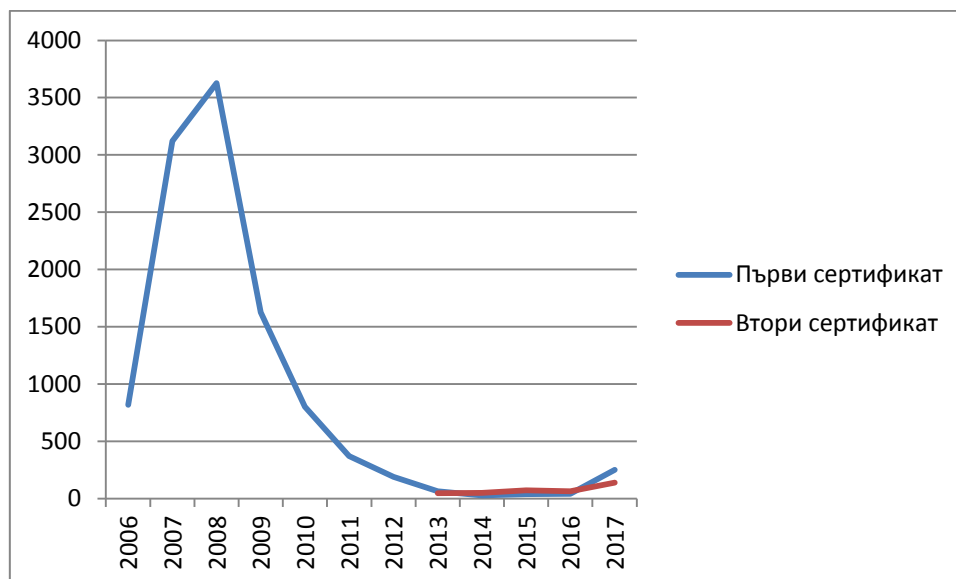
### 1.3.Сертификация и кариерно развитие на медицинските сестри

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. 10). 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. 10 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			
<b>BG 31 Северозападен</b> (Видин, Враца, Ловеч, Монтана, Плевен)	888	45	2539	34,97	1,77
<b>BG 32 Северен централен</b> (Велико Търново, Габрово, Разград, Русе, Силистра)	1017	12	2542	40,01	0,47
<b>BG 33 Североизточен</b> (Варна, Добрич, Търговище, Шумен)	1664	63	2750	<b>60,51</b>	2,29
<b>BG 34 Югоизточен</b> (Бургас, Сливен, Стара Загора, Ямбол)	1696	46	3480	48,74	1,32
<b>BG 41 Югозападен</b> (Благоевград, Кюстендил, Перник, София - столица)	4568	182	7311	<b>62,48</b>	2,49
<b>BG 42 Южен централен</b> (Кърджали, Пазарджик, Смолян, Хасково, Пловдив)	1545	31	4219	36,62	0,73
<b>Общо</b>	<b>11378</b>	<b>379</b>	<b>22841</b>	<b>49,81</b>	<b>1,66</b>

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. 6) пикът на сертификация е през 2008 г. и подобно на тенденциите, установени за продължаващото обучение, и тук от 2009 г. се наблюдава значителен спад.



Фиг. 6 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. 6) 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 е необходима и политическа воля.

\* \* \*

### SWAT анализ на кариерното развитие на медицинските сестри

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

## 2. РЕЗУЛТАТИ ОТ АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ ЗА ПРИЛАГАНИ 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 препоръчваните 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.

### 2.1. Професионално-демографска характеристика на изследваните лица

Разпределението на респондентите в реализираната извадка от 477 главни и старши медицински сестри е представено в таблица 11. Организацията на данните е според критерии „Длъжност“, „Период на заемане на мениджърска позиция“, „Тип на лечебно заведение“ и „Район на планиране“.

Табл. 11 Професионално-демографска характеристика на изследваните лица

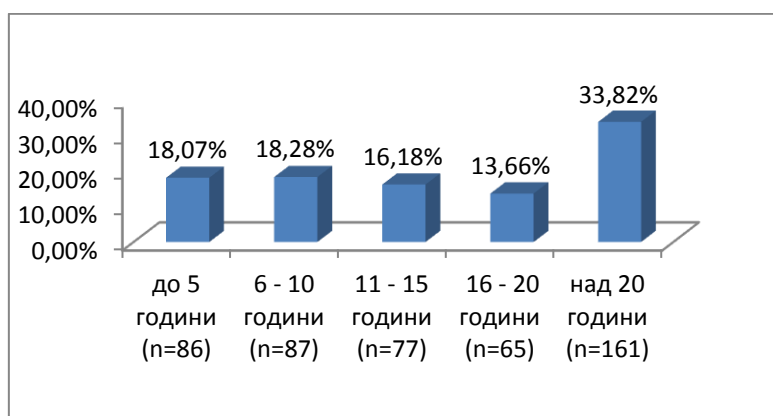
Променливи	Брой	Дял в %
<b>Длъжност:</b>		
Директор по здравни грижи	1	0,21
Главна медицинска сестра	63	13,21
Старша медицинска сестра	413	86,58
<b>Период на заемане на мениджърска позиция:</b>		
до 5 години	86	18,03
6 – 10 години	87	18,24
11 – 15 години	78	16,35
16 – 20 години	65	13,63
Над 20 години	161	33,75
<b>Тип лечебно заведение:</b>		
УМБАЛ	187	39,20
МБАЛ	258	54,09
Други (СБАЛ, ЦПЗ, ДПБ, КОЦ и др.)	32	6,71
<b>Район на планиране:</b>		
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 дялът 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. Дялът 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. 7 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. 12).

Табл. 12 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
<b>Общо</b>	<b>473</b>	<b>100</b>

\*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.

## 2.2. Предприемани инициативи за привличане и задържане на медицински сестри

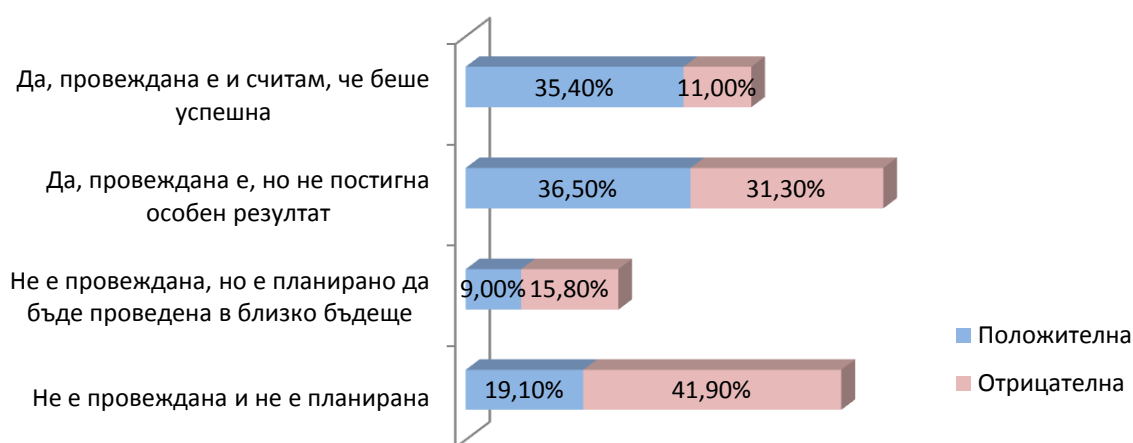
От проведеното анкетно проучване сред ръководителите по здравни грижи в шестте района на планиране относно инициирането на кампания за популяризиране на сестринството с цел привличане на младите хора към професията „Медицинска сестра“ (Табл. 13) се установява, че в 53,60% (n=253) от случаите, такава 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. 13 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	<b>96</b>
	Отн. дял в %	19,79	25,00	10,94	4,00	27,97	22,22	<b>20,34</b>
Да, провеждана е, но не постигна особен резултат	Брой	16	22	23	12	49	35	<b>157</b>
	Отн. дял в %	16,67	39,29	35,94	24,00	34,27	55,56	<b>33,26</b>
Не е провеждана, но е планирано да бъде проведена в близко бъдеще	Брой	11	9	9	9	19	6	<b>63</b>
	Отн. дял в %	11,46	16,07	14,06	18,00	13,29	9,52	<b>13,35</b>
Не е провеждана и не е планирана	Брой	50	11	25	27	35	8	<b>156</b>
	Отн. дял в %	52,08	19,64	39,06	54,00	24,48	12,70	<b>33,05</b>
Общо	Брой	<b>96</b>	<b>56</b>	<b>64</b>	<b>50</b>	<b>143</b>	<b>63</b>	<b>472</b>
	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. 8). 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“.

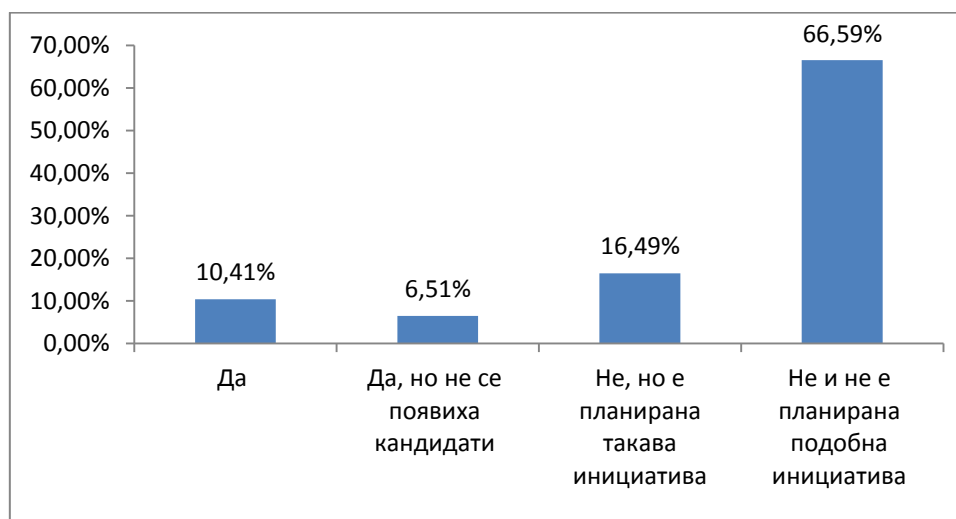


Фиг. 8 Оценка на проведени кампании за популяризиране на сестринството

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. 9



\*16 от запитаните не са дали отговор на въпроса

Фиг. 9 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. 14 )

Табл. 14 Проведени и планирани инициативи за заплащане обучението на безработни лица за придобиване на професия "Медицинска сестра"

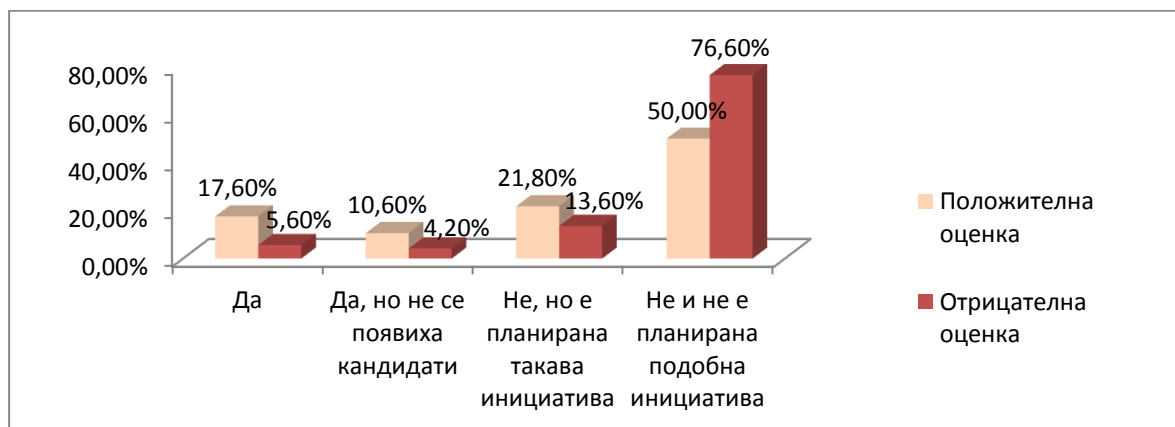
Район на планиране	Проведена инициатива		Планирана инициатива	
	Брой	Отн. дял	Брой	Отн. дял
Северозападен	4	5,26%	7	9,21%
Северен централен	14	18,42%	6	7,89%
Североизточен	5	6,59%	7	9,21%
Югоизточен	4	5,26%	4	5,26%
Югозападен	31	40,79%	39	51,32%
Южен централен	18	23,68%	13	17,11%
<b>Общо</b>	<b>76</b>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

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. 9) 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

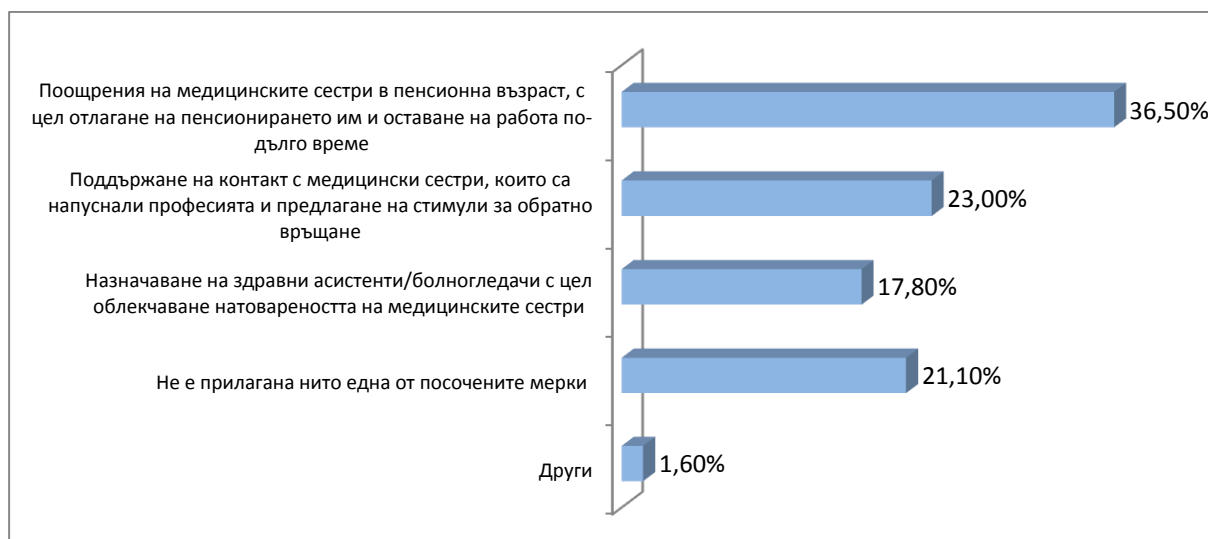
активизирането им за участие в 4-годишно обучение и заетост в последствие. Друг аспект на слабата активност за приложение на подобна мярка е липсата на утвърден финансов механизъм, по който обучението може да бъде финансирано, както и липсата на мотивиращо стартово възнаграждение за придобилите специалност „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. 10). 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. 10 Оценка на резултата от инициативи за заплащане обучението на безработни лица за придобиване на професия „Медицинска сестра“

Видно от резултатите, представени на Фиг. 11 мениджърите в здравеопазването разчитат най-вече на задържането на работните им места на медицинските сестри в пенсионна възраст (36,5%).



Фиг. 11 Прилагани мерки за привличане и задържане на медицински сестри

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“.

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 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);

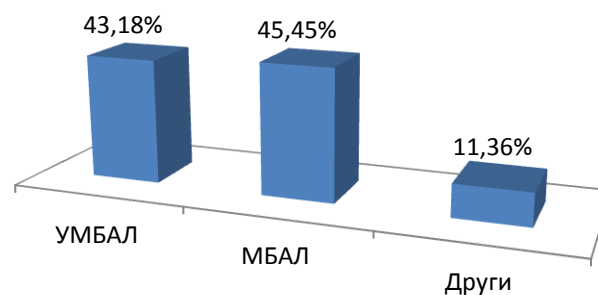
□ „Назначават се технически секретари в кабинети поради липса на сестри“ (Старша медицинска сестра, МБАЛ, Южен централен район);

□ „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);

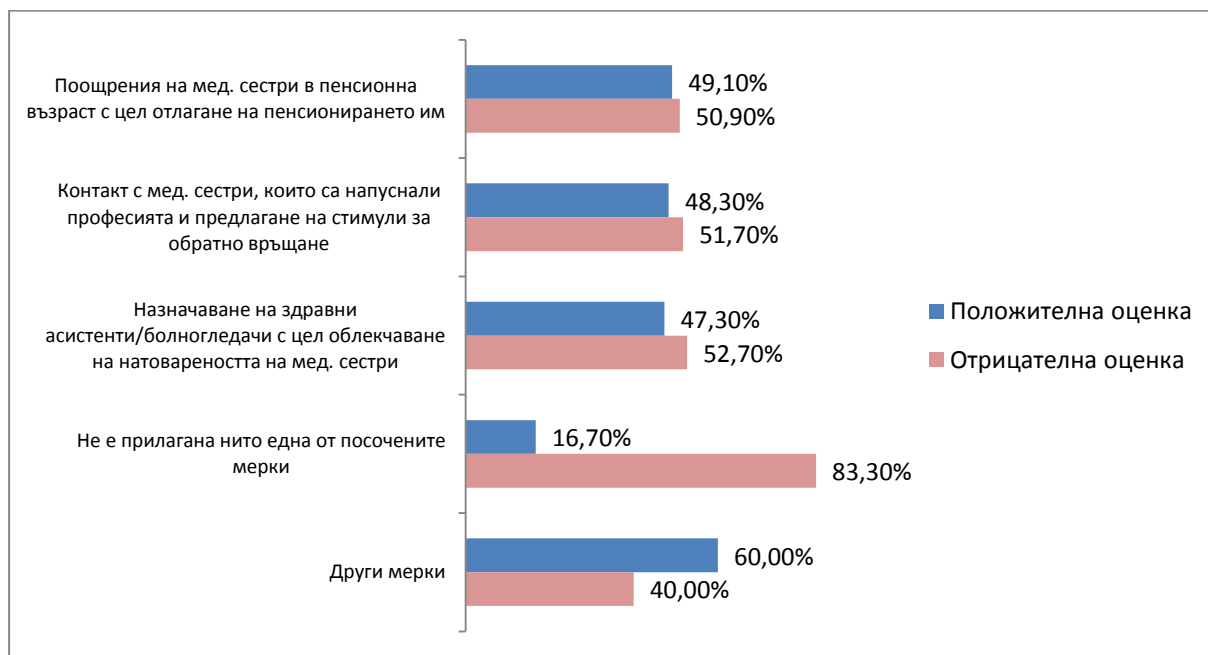
□ „Изготвяне на работен график, съобразен с желанията за почивка.“ (Старша медицинска сестра, МБАЛ, Югозападен район).

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.12).



Фиг. 12 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. 13)



Фиг. 13 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.

### 2.3. Мнение на ръководителите по здравни грижи относно подкрепата за обучение

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. 14).

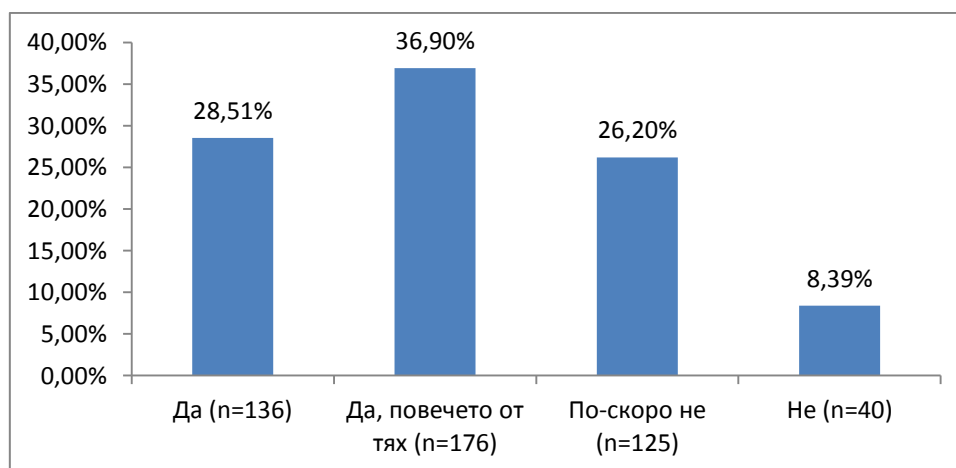


\*3 лица не са дали отговор на този въпрос

Фиг. 14 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.

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. 15).

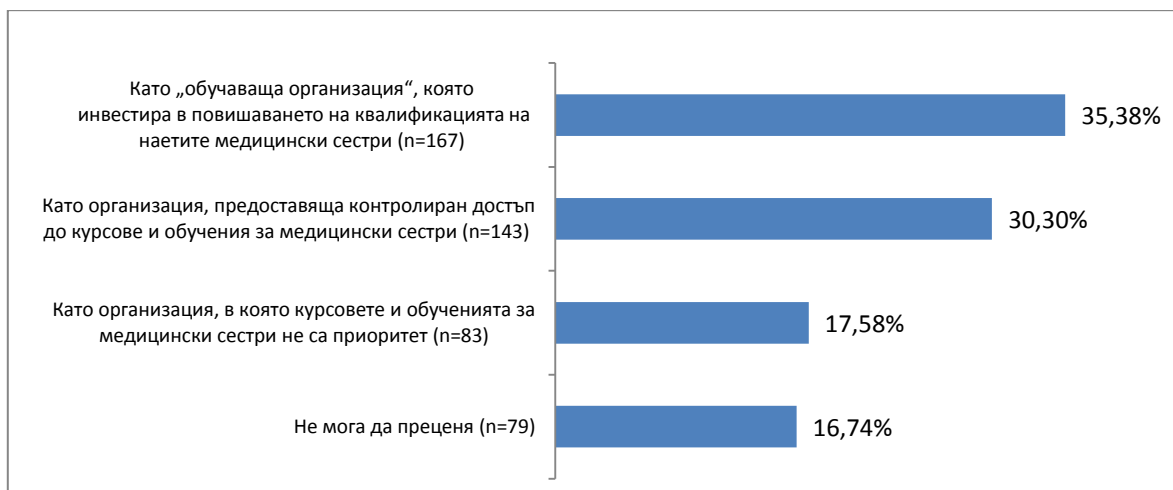


Фиг. 15 Мнение на ръководителите по здравни грижи относно самооценка на професионалното представяне на медицинските сестри с придобит сертификат за професионална квалификация

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. 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.

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. 16) 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. 16 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 (85), 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. 15 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. 15 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%
<b>Общо</b>	<b>177</b>	<b>100,00%</b>	<b>291</b>	<b>100,00%</b>

#### 2.4. 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. 17). Участващите 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. 17 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. 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.18).



Фиг. 18 Участници в процеса на подбор на медицински сестри

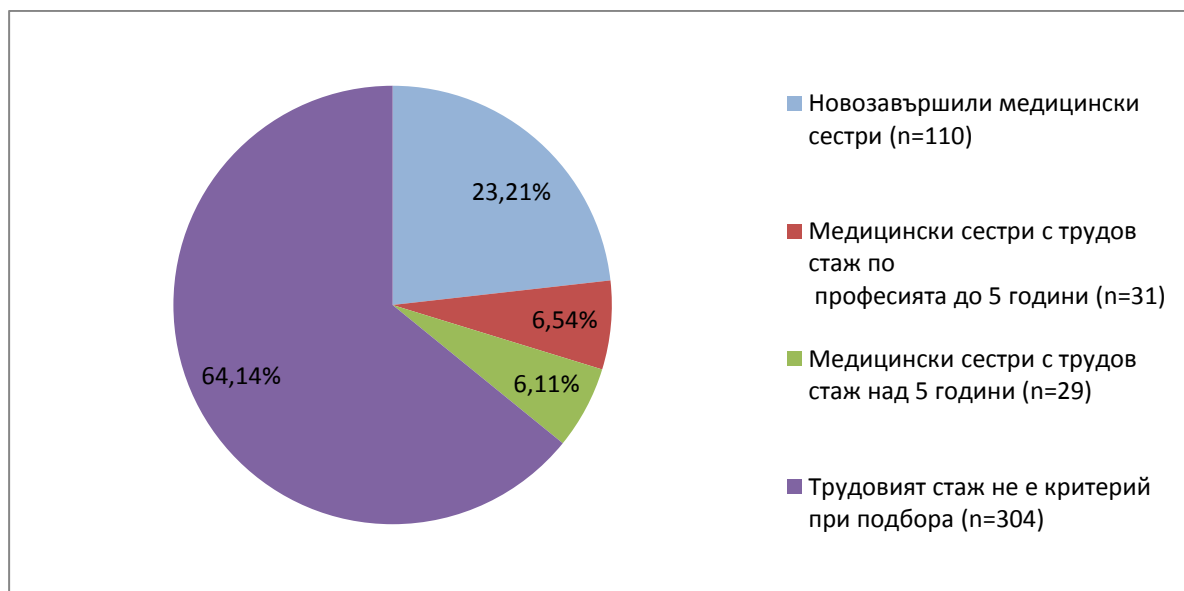
В 46,62% от случаите подборът се осъществява съвместно от главната и старшата медицинска сестра; че подборът се прави само от главната сестра, посочват 21,10% от респондентите. Според 15,19% от запитаните, ангажирана с подбора е само старшата медицинска сестра. Прави впечатление много слабо застъпеното 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. 16). 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. 16 Оценка на резултата от подбора на медицински сестри

Участници в подбора на медицински сестри	Честота	Положителна оценка	Отрицателна оценка	Общо
Отдел "Човешки ресурси"	Брой	49	14	63
	%	<b>16,20%</b>	<b>8,00%</b>	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%
<b>Общо</b>	Брой	303	174	477
	%	100,00%	100,00%	100,00%

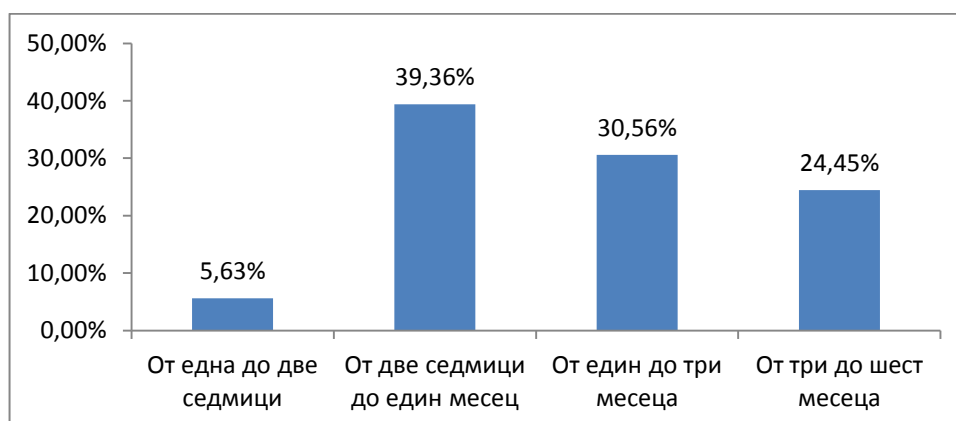
За привличане и оставане на работа в лечебното заведение най-големи усилия полагат главните и старшите медицински сестри. Какви са техните предпочитания за наемане на сестри на вакантни длъжности показваме с графичното изображение на фиг.19. Желание за назначаване на новозавършили медицински сестри споделят 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.



Фиг. 19 Предпочитания на ръководителите по здравни грижи за наемане на медицински сестри на вакантни длъжности

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. 20.



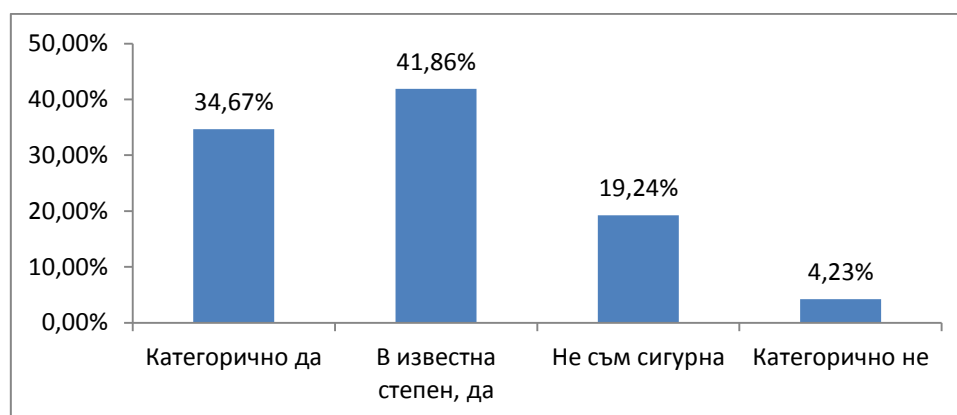
Фиг. 20 Продължителност на адаптационната програма за новоназначени медицински сестри

При изследване на оценката на ръководителите по здравни грижи за резултата от приложението на адаптационна програма за новоназначени медицински сестри (Табл. 17) 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. 17 Приложение на адаптационна програма за новоназначени медицински сестри

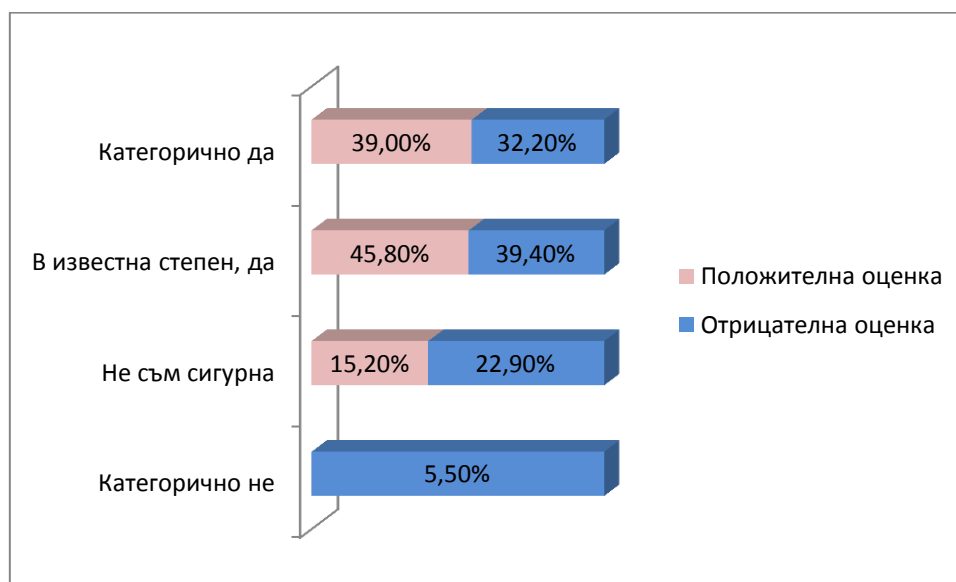
Адаптационна програма за новоназначени медицински сестри	Положителна оценка		Отрицателна оценка	
	Брой	Отн. дял	Брой	Отн. дял
Прилага се	156	88,10%	234	79,90%
Не се прилага	21	11,90%	59	20,10%
<b>Общо</b>	<b>177</b>	<b>100,00%</b>	<b>293</b>	<b>100,00%</b>

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. 21). 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.“ (71)



Фиг.21 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 проява тяхната колебливост (Фиг. 22). 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.

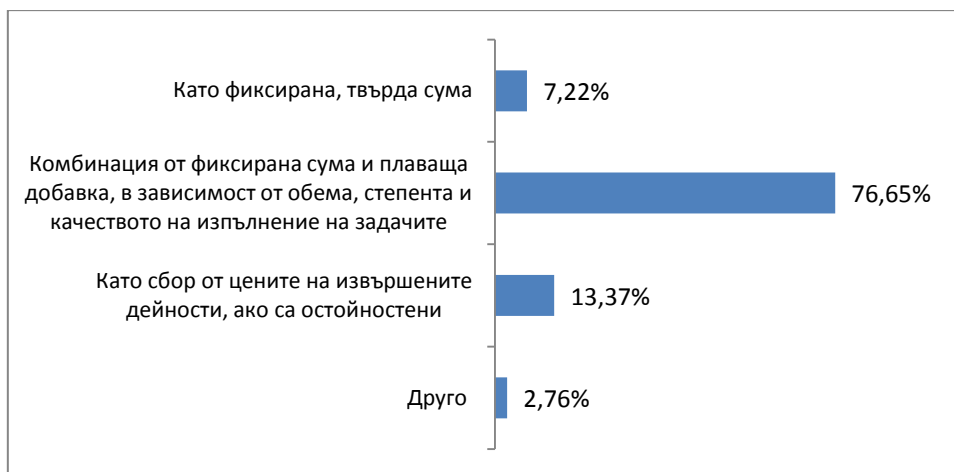


Фиг. 22 Оценка на самостоятелната практика на медицинските сестри като фактор за повишаване привлекателността на професията

## 2.5. Финансово стимулиране на медицинските сестри

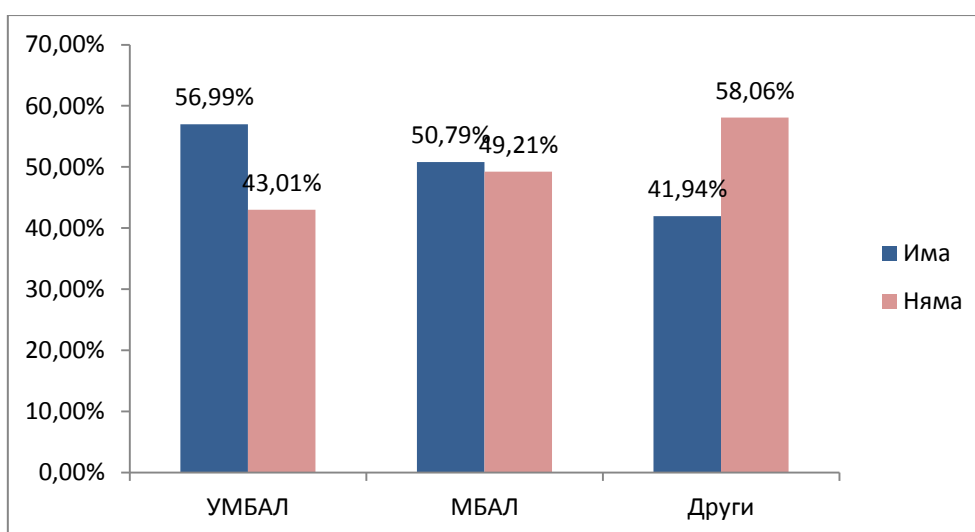
Възнаграждението е основен икономически фактор, който е пряко свързан с привличането и задържането на човешки ресурси. Поради това, в настоящото проучване наблюдаваме оценката на ръководителите по здравни грижи относно начина на формиране на възнаграждението и наличието на система за финансово стимулиране 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 23. ).



Фиг. 23 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, анкетираният 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 анкетираният (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. 24:



Фиг. 24 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. 25) .

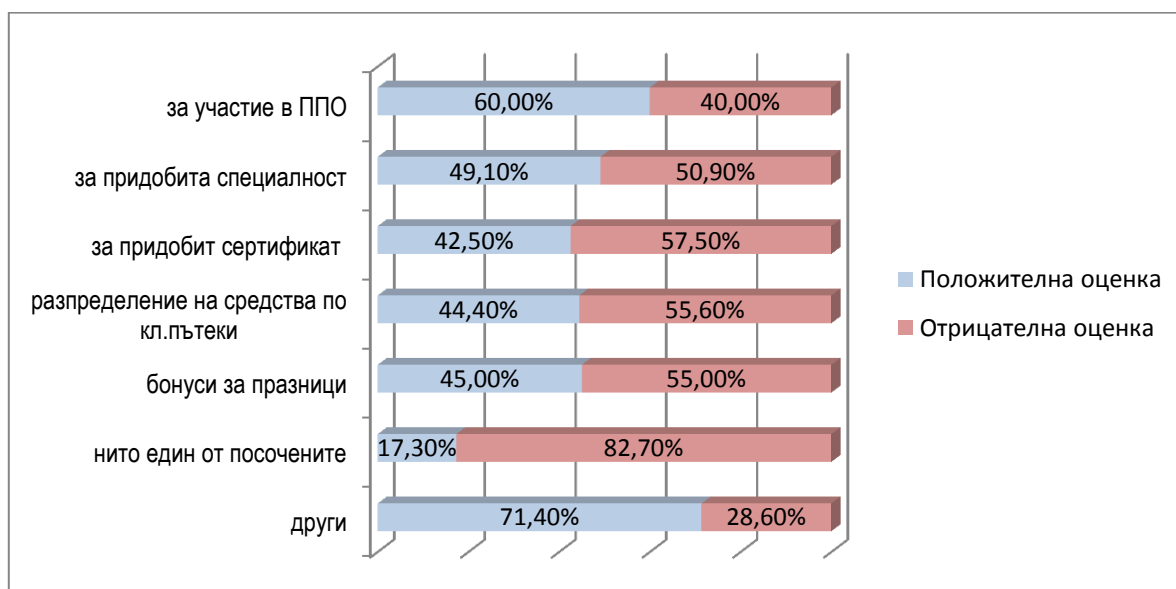


Фиг. 25 Ранжиране на директните финансови стимули в лечебните заведения

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. 26). 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. 26 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 на Фиг. 27 :



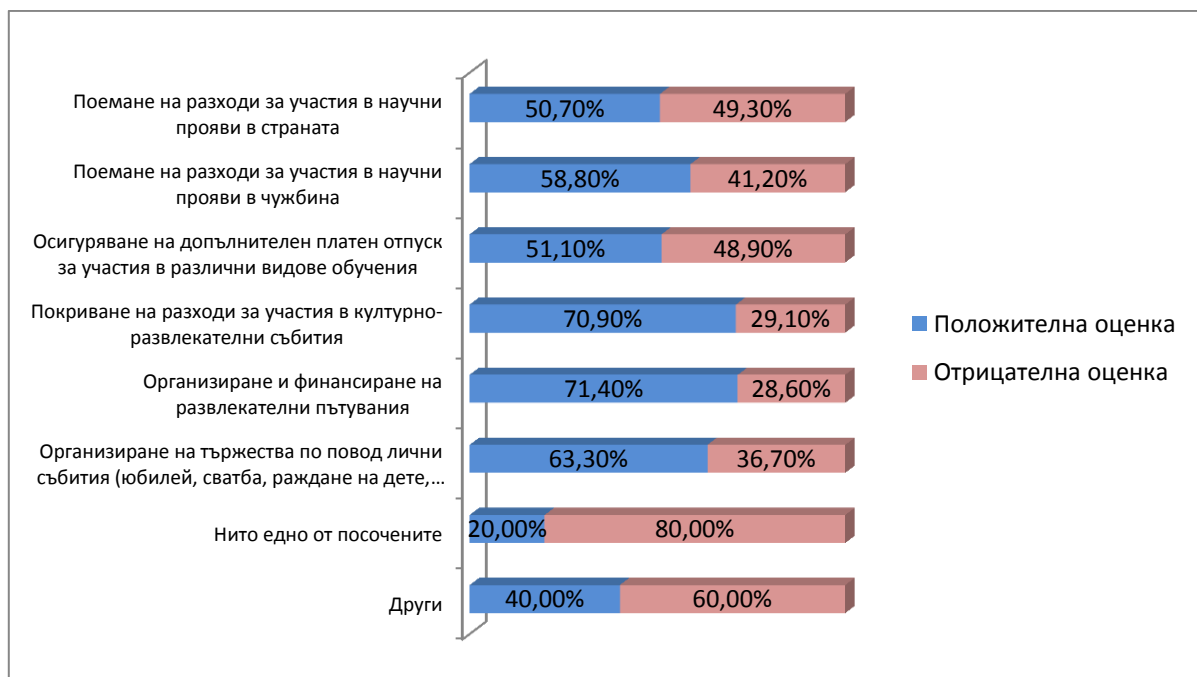
Фиг. 27 Ранжиране на индиректните финансови стимули, прилагани в лечебните заведения



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 статистически 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. 28).



Фиг. 28 Приложение на индиректни финансови стимули в лечебните заведения за болнична помощ

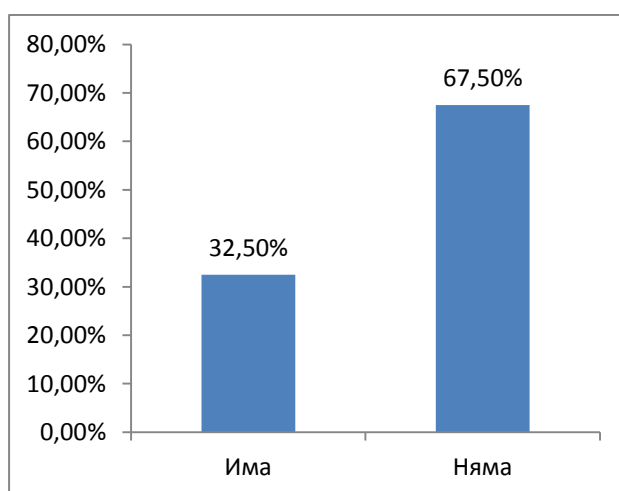
По отношение на подпомагането за участия в научни прояви и обучения, положителната оценка надхвърля 50,0%. Въпреки, че установихме, че случаите при които работодателят се ангажира не само финансово, но и организационно като покрива разходи за участия в културно-развлекателни събития или организира и финансира развлекателни пътувания са доста слабо застъпени (Фиг. 27), 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.

## 2.6. **Професионална, лична подкрепа и стил на управление**

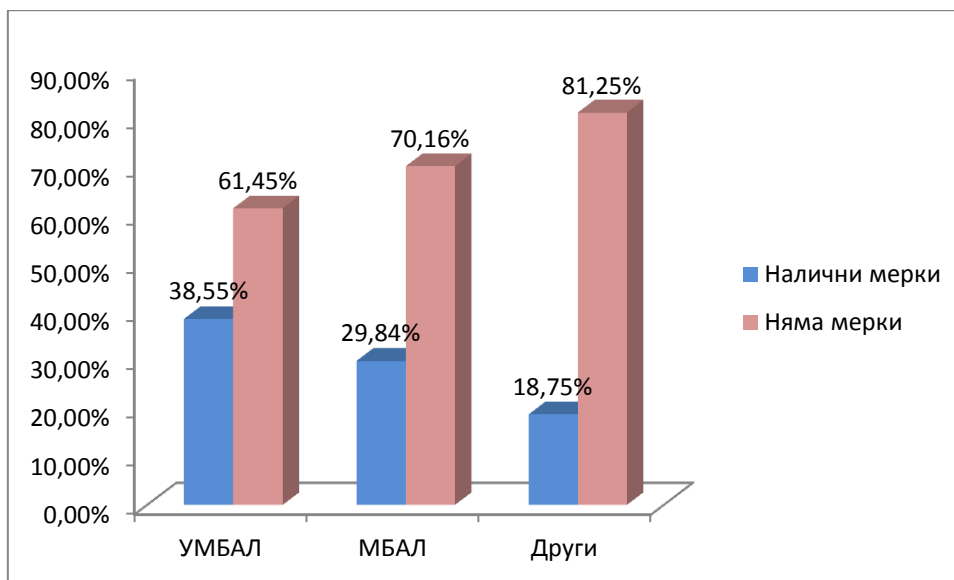
Важно значение за удовлетвореността от работата и задържането на работното място имат и мерките, предприемани от мениджмънта на лечебното заведение за повишаване привлекателността на работната среда. Технологичният напредък и ежегодно повишаващият се финансов ресурс, вложен в здравната ни система предполага 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.29).



Фиг. 29 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 (Фиг. 30) 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. 30 Мерки за повишаване привлекателността на работната среда (според типа на лечебното заведение)

Различните видове мерки и честотата на тяхното приложение, разглеждаме в следващата фигура 31:



Фиг. 31 Прилагани мерки за повишаване привлекателността на работната среда в лечебните заведения

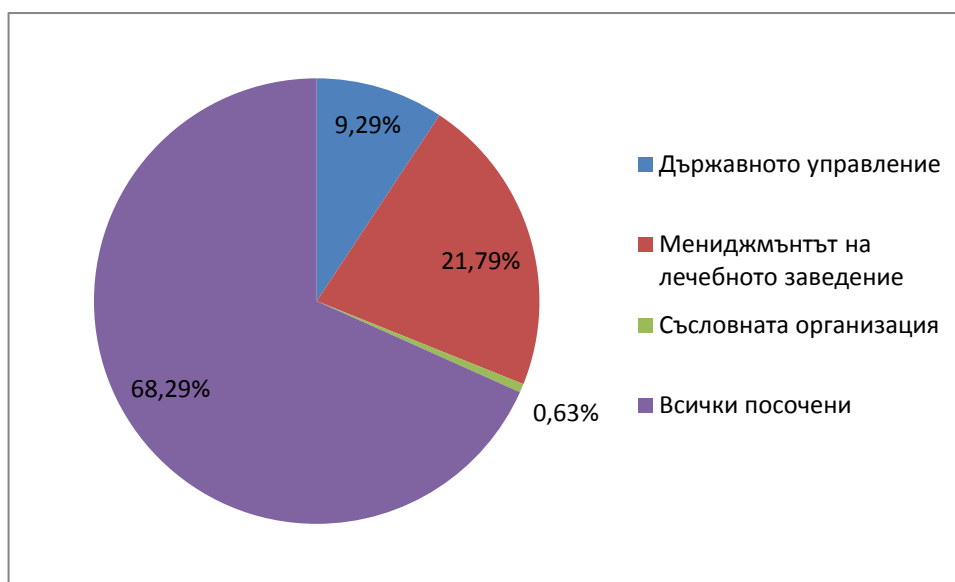
Общопризнато е, че професионалното прегаряне (burnout) е един от сериозните проблеми на съвременната професионална дейност. Тъй като за „помагашите“ професии, в това число и сестринската, бърнаут е характерен, не е изненадващ и полученият най-висок дял (45,32%) на прилаганата мярка, която е свързана 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 дялът (68,0%) на негативната оценка, когато в лечебните заведения не се полагат усилия за подобряване на работната среда (Фиг. 32). 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 (140).



Фиг. 32 Оценка на мерките, прилагани за подобряване на работната среда

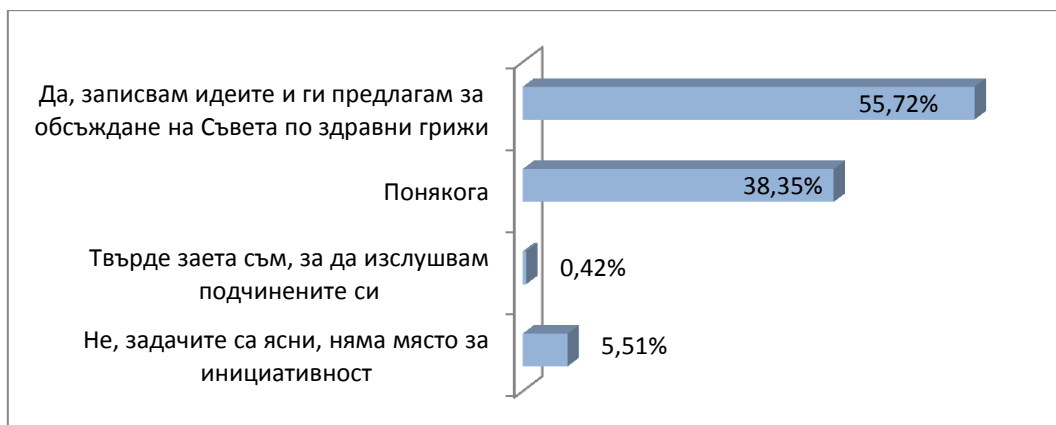
Управлението на човешките ресурси в здравеопазването е комплексна дейност, основаваща се на интегрален подход. Правилата за добра управленска практика са в основата на ключовите изисквания за регулиране на професионалните отношения в здравеопазването (13). От отговорите на въпроса „Коя според Вас трябва 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 здравеопазната 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. 33 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. 34)



Фиг. 34 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. 35). 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 ниският дял на отговорилите (2,54%), че грижите за пациента са изцяло ориентирани към лекарските назначения.



Фиг. 35 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. (149). Тъй като конфликтите са организационно ежедневие, попитахме ръководителите по здравни грижи за предпочитаната от тях стратегия за справяне с конфликти на работното място (Фиг 36).



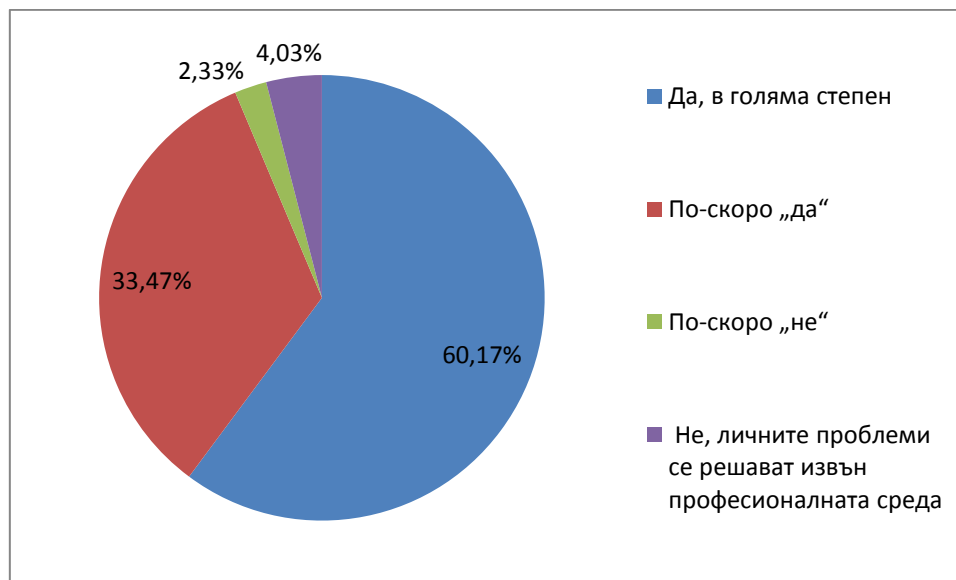
Фиг. 36 Предпочитана стратегия за справяне с конфликт

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. 37). 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. 37 Склонност на ръководителите по здравни грижи към подкрепа на медицинските сестри при решаването на личен проблем

## 2.7.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 показаха, 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.

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

Привличане към професията „Медицинска сестра“

Задържане в професията „Медицинска сестра“

**Кампании и инициативи**

- Провеждане на кампании за популяризиране на професията „Медицинска сестра“
- Финансиране обучението на безработни лица за придобиване на професия „Медицинска сестра“
- Популяризиране на професията „Медицинска сестра“ сред мъжете

**Подкрепа за обучение и кариерно развитие**

- Повишаване на броя на приеманите за обучение по професия „Медицинска сестра“
- Активни мерки за по-широко приложение на системата за кариерно развитие и създаване на перспективи за разумна прогресия на кариерното развитие

**Регулиране на професията**

- Засилване ролята на експерти по управление на човешките ресурси в лечебните заведения
- Приложение на адаптационни програми за новозавършили медицински сестри

**Финансови стимули**

- Установяване на стартова заплата, която да мотивира избора на младите хора за обучение по професия „Медицинска сестра“ – минимум средната работна заплата за страната

**Професионална и лична подкрепа**

- Приложение на маркетингови подходи за споделяне на добри практики за повишаване на привлекателността на работната среда (мерки за подобряване на физическото и емоционалното състояние, семинари за справяне със стреса, измерване нивата на стреса, инвестиции в технически средства и др. )



**Кампании и инициативи**

- Мерки за задържане на работа на медицинските сестри в пенсионна възраст
- Стимулиране на медицински сестри, напуснали професията за обратно връщане
- Назначаване на здравни асистенти/болногледачи с цел облекчаване на натовареността на медицинските сестри

**Подкрепа за обучение и кариерно развитие**

- Стимули за кариерно развитие – субсидиране на продължаващото професионално обучение;
- Повишаване на възнаграждението след преминаване в по-високо квалификационно ниво (придобит сертификат за професионална квалификация)

**Регулиране на професията**

- Регламентиране на самостоятелна сестринска практика, базирано на квалификационната рамка за професионално развитие на БАПЗГ
- Приложение на адаптационни програми за новоназначени медицински сестри

**Финансови стимули (директни и индиректни)**

- Финансово стимулиране при повишаване на професионалната квалификация
- Поемане на разходите на медицински сестри за участия в научни прояви в страната и чужбина
- Осигуряване на платен отпуск за участия в обучения
- Разработване и прилагане на социални пакети за медицински сестри

**Професионална и лична подкрепа**

- Участие на медицинските сестри при обсъждане и вземане на решения по организационни въпроси
- Вслушване в идеите и опита на медицинските сестри при предприемане на действия за подобряване на работната среда и др. )

## IV. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

### 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 **коэффициент на стареене K60+ = 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“ тъй като 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 показваха, 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.

## 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.

## СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Спасова, М.,** И. Стамболова, М. Василева, „Медицинските сестри в България – застаряваща работна сила“, „Здравни грижи“, бр. 4, 2018, стр. 21-28, ISSN 1312-2592
2. **Spasova, M.** ”Continuing Education of Nurses in Bulgaria: Organization and Development” Knowledge – International Journal, Vol.28.3, Skopje 2018, pp 1111-1116, ISSN 2545-443
3. Стамболова, И. **М. Спасова** „Дистанционното обучение - бъдеще на следдипломното обучение на здравните професионалисти“, „Здравни грижи“, бр. 4, 2017, стр. 10-16, ISSN 1312-2592
4. **Спасова, М.,** И. Стамболова, „Човешките ресурси в здравеопазването – стратегии за привличане и задържане на медицински сестри“, „Здравни грижи“, бр. 3, 2017, стр. 25-36, ISSN 1312-2592
5. Стамболова, И., **М. Спасова,** В. Петкова, „Самооценка на комуникативната компетентност на студенти – медицински сестри във Факултет „Обществено здраве“ при медицински университет – София“, „Сестринско дело“, бр. 1, 2017, Стр. 8-13, ISSN 1310-7496 УДК 641.253.5
6. И. Стамболова, **М. Спасова,** „Комуникация в процеса на подбор на сестрински персонал“, „Здравни грижи“ бр. 4, 2016, стр. 5-9, ISSN 1312-2592
7. **Спасова, М.,** И. Стамболова, „Сестринството в Европа – политики по отношение на медицинските сестри“, „Управление и образование“, кн. 5, том 12, 2016, стр. 154-163, ISSN 13126121