



УНИВЕРСИТЕТ ЗА НАЦИОНАЛНО И СВЕТОВНО СТОПАНСТВО
ФАКУЛТЕТ „УПРАВЛЕНИЕ И АДМИНИСТРАЦИЯ“
КАТЕДРА „ПУБЛИЧНА АДМИНИСТРАЦИЯ“

ЗЛАТИНА КРАСИМИРОВА ИВАНОВА

МОБИЛНОСТ И ПОЛИТИКИ ЗА ЗАДЪРЖАНЕ НА
СПЕЦИАЛИСТИ С ВИСШЕ ОБРАЗОВАНИЕ В БЪЛГАРИЯ

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен
„доктор“
по професионално направление 3.7. „Администрация и управление“,
докторска програма „Организация и управление извън сферата на материалното
производство (публична администрация)“

София

2020

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от катедра „Публична администрация“ към факултет „Управление и администрация“ при УНСС на заседание, проведено на 30.04.2020 г.

Трудът е в обем от 295 страници, от които 220 страници основен текст. Състои се от въведение, изложение в три глави, заключение, списък на използваната литература, 11 приложения, 39 таблици и 60 фигури. Използваната литература съдържа общо 161 заглавия на български, английски и немски език, в т.ч. нормативни документи и официални източници, книги, монографии, статии в научни и периодични издания, статистически и научноизследователски източници и доклади и анализи на международни организации, както и електронни източници със специфична информация.

НАУЧНО ЖУРИ:

1. Проф. д-р Евгения Делчева
2. Проф. д-р Тодорка Костадинова
3. Доц. д-р Румяна Янева, д.м.
4. Проф. д-р Петко Салчев, д.м.
5. Доц. д-р Евгения Пенкова – научен ръководител

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 9 юни 2020 г., 13 ч., зала 3032-А на УНСС.

Материалите по защитата са на разположение в сектор „Научни съвети и конкурси“ при Дирекция „Наука“ на УНСС – гр. София и на интернет страницата на УНСС.

I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Актуалност и значимост на проблема

Миграционните процеси са неразделна характеристика на глобалното развитие и са предпоставка за създаване на политики за управление на мобилността и миграцията на човешките ресурси. Увеличението на броя на международните мигранти през годините (общият им брой за 2017 г. е 258 милиона души, за разлика от 220 милиона през 2010 г. и 173 милиона през 2000 г., като за 2017 г. средната възраст е 39 години¹) съответно оказва значително влияние върху развитието на държавите и икономиките им. Според данни на Международната организация на труда² (МОТ) през 2013 г. от общо около 232 милиона международни мигранти, 150 милиона са трудови мигранти. Сред основните фактори за желанието за миграция са търсенето на по-добри условия за труд, по-високо заплащане, повече възможности за кариерно развитие и по-добрия стандарт на живот. Може да бъде изведена **силната взаимовръзка между желанието за миграция и придобитата образователна степен**. Специалистите с висше образование са хората, които са инвестирали значителни средства и време за придобиване на по-висока квалификация и обикновено са склонни да напуснат родната си страна в търсене на по-добри възможности за реализация.

Европейският съюз (ЕС) и Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) също акцентират върху силното влияние, което оказват миграционните процеси. Съвместните анализи³ изследват **връзката на мобилността с пазара на труда**, като детайлно е представено и анализирано влиянието на миграцията върху осигуреността на държавите с човешки капитал. Следните основни констатации и прогнози очертават параметрите на тази връзка:

- ✓ Застаряващо население в страните-членки на ЕС за 2015 г. населението на възраст над 65 години представлява 19% от общия брой;
- ✓ Без миграция населението в трудоспособна възраст в държавите от ЕС ще намалее с повече от 11 милиона до 2020 г., съответно, 80 милиона до 2050 г.

¹ United Nations, 2017. *International Migration Report. Highlights*.

² International Labour Organization. *Labour migration*.

³ OECD, European Commission, 2014. *Matching economic migration with labour market needs in Europe*.

- ✓ За периода 2000-2010 г. имигрантите представляват съответно 70% и 47% от увеличението на работната сила в Европа и САЩ.
- ✓ За периода 2008-2012 г. в ЕС-28 равнището на заетост за хората в трудоспособна възраст намалява с 1.8 процентни пункта.

Проблемът е особено актуален за страните от ЕС, където общите регламенти за мобилност в Съюза поставят сериозно изпитание пред националните политики – как да бъдат задържани в дадената страна специалистите, без да се посегне на правото им на избор къде, как и при какви условия да се трудят и живеят. Кризата с недостига се засилва и след приемането на *Директива 2005/36/ЕО* за признаването на професионални квалификации, което значително улеснява мобилността на специалистите и те могат свободно да изберат страна, в която да практикуват в рамките на Съюза. Това води до засилване на миграционните процеси „от изток на запад“ като сред основните движещи фактори се открояват именно по-високото заплащане, по-добрите условия на труд, повече възможности за кариерно развитие и др.

Трудовата миграция и мобилността на обучени специалисти са сред основните причини за недостига на квалифицирани специалисти и в България. Като негативни ефекти на миграцията и мобилността се отчитат: засилване на демографската криза, ограничаване на трудовия потенциал на държавата, нарастващата зависимост на семействата от “емигрантски трансфери”, както и “оголване” на цели сектори от икономиката”⁴, сред които и здравният сектор.

В рамките на общата трудова мобилност, тази на медицински специалисти е от особено значение поради ключова роля на здравеопазването за успешното развитие на икономиката, както и поради огромния недостиг на медицински специалисти в световен мащаб. По данни на Световната здравна организация (СЗО) към 2013 г. недостигът им в света е изчислен на 17 милиона, докато към 2030 г. се очаква да достигне 80 милиона.

⁴ Маринов, В., 2007. *Международната трудова миграция: икономически аспекти*. с.50

Като един от най-значимите сектори в икономиката на ЕС, здравеопазването се характеризира с потенциал за увеличаване на заетостта поради нарасналото търсене на здравни услуги. В голяма степен това е свързано със застаряването на населението и нарастване на заболяемостта, но все по-голяма роля играят напредъкът на медицинската наука, развитието на технологиите, повишените изисквания на потребителите към здравната система и динамичните промени на макросредата.

Наред с възможностите за растеж в здравния сектор е необходимо да се вземат предвид някои *основни предизвикателства*, които стоят пред него, сред които:

- ✓ Застаряващи здравни професионалисти и недостатъчно млади такива, необходими да заместят пенсионираните;
- ✓ Значително текучество в здравните заведения поради тежките работни условия и относително ниското заплащане;
- ✓ Необходимостта здравните професионалисти постоянно да развиват своите умения, за да се справят както с новите технологии, така и с нарастването на хроничните и съпътстващите ги заболявания на населението⁵.
- ✓ Нарастваща вътрешна и международна мобилност на медицински професионалисти и др.

България, макар и да има сравнително добра осигуреност на населението с лекари (4.24 на 1 000 души население, в сравнение с 3.60 в ЕС-28 за 2017 г.)⁶, също е изправена пред кризата с недостиг на медицински специалисти. Успоредно с миграцията влияние оказват и множество *негативни процеси и фактори* – застаряване на специалистите от медицинските професии, огромни дисбаланси както при финансирането, така и при осигуреността със специалисти в регионален план, дефицит в някои основни медицински специалности (анестезиология, педиатрия, инфекциозни болести и др.), ниски публични разходи за здравеопазване, високи потребителски разходи и др.

⁵ European Commission. Green paper on the European Workforce for Health, 2008.

⁶ OECD, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. *State of Health in the EU. Bulgaria. Country Health Profile 2019*. p.12

На фона на общите европейски политики за мобилност и при очертаните у нас дисбаланси, към настоящия момент **в страната няма ефективни политики по задържане на специалисти, липсват данни за броя на мигриралите лекари и специалисти по здравни грижи, липсват актуални проучвания и оценка за нагласите и намеренията на младите специалисти.** Липсата на ефективни мерки и политики в тази насока се отразява директно и върху здравословното състояние на нацията – по последни данни от НСИ в страната се наблюдава^{7,8}:

- ✓ **Ниска раждаемост** – 9.1% при средна стойност 10% за ЕС (на 1 000 човека);
- ✓ **Висока смъртност** – 15.1% при средна стойност 10% за ЕС (на 1 000 човека);
- ✓ **Висока детска смъртност** – 6.4% при средна стойност 3.6% за ЕС (на 1 000 живородени);
- ✓ **Ниска очаквана продължителност на живота** в сравнение с останалите страни-членки на ЕС – 74.8 години при средна стойност 80.9 години за ЕС.

В допълнение към това се наблюдава и голям брой на хора с хронични заболявания (51%), както и застаряване на населението (делът на хората над 65 години в България е 20.7%, докато средната стойност за ЕС е 19.4%)⁹, т.е. увеличава се броя на гражданите, които все повече ще имат нужда от грижа и здравна помощ.

Подобряването на тези показатели извежда на преден план проблема с осигуряването на здравната система с квалифицирани медицински специалисти и извежда актуалността на изследвания проблеми и е предпоставка за избора на тема за разработване на дисертационния труд. Изследователският интерес бе допълнително провокиран и от липсата на комплексни и конкретни политики за задържане на специалистите в страната.

⁷ OECD, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. *State of Health in the EU. Bulgaria. Country Health Profile 2019*. p.12.

⁸ Institut national d'études démographiques. 2019. *Births, deaths and infant mortality*.

⁹ OECD, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. *State of Health in the EU. Bulgaria. Country Health Profile 2019*.

2. Разработеност на проблема

Литературните източници у нас третираат политиките за задържане на медицински специалисти в страната предимно в програмните и нормативните документи. Актуална информация за осигуреността на здравната система с кадри на практика липсва, т.е. значителна част от статистическите източници не поддържат актуални бази данни, като това се отнася не само до българските, но и до чуждестранните източници. Изследваната тема е актуална както за България, за страните-членки на ЕС, за Съюза като цяло и включително на световно равнище, поради засиления глобален, научен и обществен интерес.

3. Обект и предмет на изследването

Обект на дисертационния труд са квалифицираните специалисти с висше образование в България и по-конкретно медицинските специалисти (предимно лекари и медицински сестри, но се анализира осигуреността и с фелдшери, акушерки, дентални лекари, лаборанти и др.).

Предмет на дисертационния труд е постигането на баланс между политиките за мобилност и инструментите за задържане на специалисти с висше образование в България. В този смисъл в изследването се търси отговор на въпроса: как да се формират националните политики за задържане (какви инструменти да се използват), за да не се влиза в конфликт с европейската политика за мобилност и да не се ограничават правото на избор на медицинските специалисти. В по-широк план, от позициите на Концепцията за човешкото развитие, да се гарантира свободата на избора, развитието и благосъстоянието на отделния индивид.

4. Основна теза и съпътстващи хипотези

Основната теза на дисертационния труд е, че политиките за задържане на специалисти с висше образование в страната не следва да ограничават (чрез контролни и административни механизми) индивидуалната свобода на избор. Ролята на държавата в управлението на мобилността и миграцията е чрез целенасочени политики да изгради конкурентна среда за развитие и професионална реализация в националните

граници. Такова ценностно разбиране за политиките е приложимо не само за външната миграция, но и при управлението на регионалните дисбаланси, резултат от вътрешната миграция и е невъзможно без създаването на информационна база данни.

В подкрепа на основната теза са формулирани и следните *съпътстващи хипотези*:

1. Мобилността е предпоставка за дисбаланс и несъответствия при разпределението на човешките ресурси в здравеопазването в международен план, което ограничава достъпа до здравни услуги и влошава тяхното качество за страните на произход.
2. Медицинската миграцията има като ефект значими негативни социални и икономически последици с дълготраен ефект за страните по произход. Остойностяването им аргументира мерките и политиките по задържане на медицинските специалисти и тяхното финансиране.
3. Международната миграция от изток на запад и вътрешната – по оста север-юг и от малките към по-големите областни градове води до ограничаване достъпа до здравна помощ, влошава качеството на предлаганите здравни услуги на населението и дебалансира осигуреността с медицински специалисти в страната.
4. Доброто управление на медицинската мобилност развива и укрепва функционирането на здравната система, а прогнозирането и планирането са водещи функции, в т.ч. чрез:
 - ✓ анализ на осигуреността с медицински специалисти, в т.ч. създаване, развитие и поддържане на информационна база данни – по възраст, пол, специалност, населено място и т.н.;
 - ✓ проучване на нагласите за мобилност сред медицинските специалисти, в т.ч. и студенти;
5. Предположението, че при осигурен равен достъп до трудовия пазар, хората с еднакво равнище на образование и квалификация, ще изберат място за реализация, където ще получат по-добри условия за развитие и по-високи доходи, извежда като приоритет на политиките за задържане осигуряване на конкурентна среда за професионално развитие на медицинските специалисти в родната страна.

5. Цел и задачи на дисертационния труд

Дисертационният труд *цели* на основата на фокусирано изследване на миграцията на медицинските специалисти в България да се очертаят параметри на политики за тяхното задържане като част от доброто управление на медицинската миграция и мобилност за постигане на устойчив управленски баланс на основата на публичния интерес.

За постигане на целта на дисертационния труд са поставени следните *основни задачи*:

1. Анализ на международни документи, научни трудове, емпирични изследвания и добри международни практики относно политиките за мобилността и задържане на медицински специалисти.
2. Анализ на актуалното състояние на човешки ресурси в сферата на здравеопазването в България, в това число и при отчитане развитието на миграционните процеси.
3. Оценка на негативите от миграцията на медицински специалисти за страната, в т.ч. пропуснати социални и икономически ползи.
4. Анализ на мерките в здравната политика на страната, насочени към развитие и задържане на медицински специалисти.
5. Проучване нагласите и анализ на потенциалната мобилност и миграция:
 - ✓ сред българските медицински специалисти чрез провеждане на собствено анкетно проучване;
 - ✓ проучване на мнението и оценката на представители на заинтересовани страни, чрез провеждане на интервю.
6. Изготвяне на примерна концептуална рамка на политики за задържане на медицински кадри в България, както и алгоритъм за нейното провеждане на различни нива.

6. Изследователски подход и използвани източници

Методологията на изследването се основава на съчетание на емпиричния, сравнителния и desk анализ, както и провеждането на количествено и качествено проучване (анкетно проучване и интервю). Заедно с тях, където е приложимо, са

използвани статистически методи, сред които анализ на международни и български официални статистически данни.

Основните литературни и информационни източници, които са използвани при разработването на дисертационния труд са **научни разработки** (монографии, статии, научни съобщения, доклади на международни организации и институти на български, немски и английски езици), **нормативни документи** – закони, правилници, стратегии, референтни рамки, директиви, меморандуми, регулиращи процесите на обучение, специализация, квалификация, миграция и реализация на медицинските специалисти у нас и в страните от ЕС и др., и **статистически източници** (информационната база данни на национални, европейски, и международни статистически институти, организации, и институции – Национален статистически институт (НСИ), Евростат, СЗО и др.).

7. Ограничителни условия на изследването

Ограниченията на изследването са представени по следния начин:

- ✓ По отношение на **обекта**, изследването се ограничава до медицинските специалисти с висше образование в България. Понятието **“медицински специалисти”** в разработката включва лекари, медицински сестри, дентални лекари, фармацевти, акушери, рехабилитатори, зъботехници, медицински лаборанти, рентгенови лаборанти и рехабилитатори, всички влизащи в обхвата на Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 7 септември 2005 г. относно признаването на професионалните квалификации по регулираните професии.
- ✓ **Времевият обхват** на изследването е съобразен с приемането на България в ЕС, т.е. периодът, от който българските медицински специалисти се включват в политиката за мобилност. Поради тази причина във времеви план са изследвани параметрите на тяхното търсене (учащи се, прием в медицинските университети) и предлагане – завършили миграцията и реализацията в страната за периода 2008 – 2018 г.;
- ✓ **Териториалните ограничения** са свързани с двете разглеждани политики, поради което фокусът е насочен върху политиките и добрите практики на

страни от ЕС (Германия и Великобритания¹⁰), приемащи медицински специалисти и страни, в които са налице интензивни миграционни процеси (Румъния, Полша, Чехия, Унгария и България);

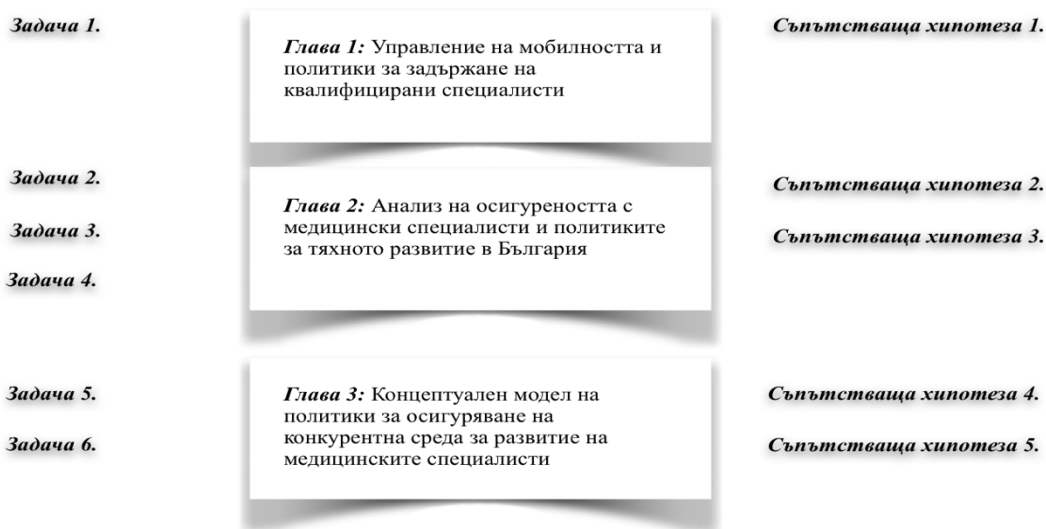
- ✓ Анкетното проучване *обхваща* студентите от всички медицински университети в България, както и специалисти и специализанти под 45 години в тях и е изготвено и проведено в рамките на периода на подготовка на дисертационния труд;

8. Логика на дисертационния труд

Дисертационният труд е структуриран в *три глави*, като следва логиката от общото към частното, в случая от представяне на общия недостиг на квалифицирани специалисти с висше образование към дефицита на медицински специалисти, от разглеждане на глобални международни политики и стратегически документи през европейски регулации и добри практики към анализ на състоянието на здравната система в България. Представянето на резултатите от анкетните проучвания и дълбочинните интервюта като последна стъпка преди да бъде изведен примерен концептуален модел на политики за задържане на медицинските специалисти в страната. Схематично логиката на дисертационния труд е следната:

Фигура 1.

Логика на дисертационния труд



¹⁰ Основната част от изследването приключи към декември 2019 г., т.е. преди излизането на Великобритания от ЕС

II. СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

СПИСЪК НА ТАБЛИЦИТЕ

СПИСЪК НА ФИГУРИТЕ

СПИСЪК НА ПРИЛОЖЕНИЯТА

ВЪВЕДЕНИЕ

Глава 1: УПРАВЛЕНИЕ НА МОБИЛНОСТТА И ПОЛИТИКИ ЗА ЗАДЪРЖАНЕ НА КВАЛИФИЦИРАНИ СПЕЦИАЛИСТИ

1.1 Мобилността в контекста на общия недостиг на специалисти

1.2 Рамки на общите политики за управление на мобилността и миграцията

1.2.1 Глобални политики и стратегически документи

1.2.2 Европейски политики и стратегически документи

1.3 Добри практики за управление на мобилността на медицинските

специалисти

1.3.1 Политики за управление на мобилността в страни, към които има силно изразени мигрантски потоци

1.3.2 Политики за развитие на медицинските специалисти в страни с ярко изразена мигрантска вълна

1.4 Планиране на човешките ресурси в здравеопазването: модели, инструменти и процеси

Основни изводи

Глава 2: АНАЛИЗ НА ОСИГУРЕНОСТТА С МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ И ПОЛИТИКИТЕ ЗА ТЯХНОТО РАЗВИТИЕ В БЪЛГАРИЯ

2.1 Общи тенденции в осигуреността с медицински специалисти в България

2.2. Миграцията на медицински специалисти: тенденции и ефекти

2.2.1 Потенциална миграция на лекарите по медицина

2.2.2 Потенциална миграция на медицински сестри и акушерки

2.2.3 Ефекти и дефекти от развитието на миграционните процеси сред медицинските специалисти

2.3 Политики за подобряване на осигуреността с медицински специалисти:

оценки на напредъка

Основни изводи

*Глава 3: КОНЦЕПТУАЛЕН МОДЕЛ НА ПОЛИТИКИ ЗА
ОСИГУРЯВАНЕ НА КОНКУРЕНТНА СРЕДА ЗА РАЗВИТИЕ НА
МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ*

3.1 Изследване на нагласите: методика и обобщения на резултати от анкетно проучване

3.1.1 Анкетно проучване сред студенти

3.1.2 Анкетно проучване сред специалисти и специализанти

3.2 Анализ и оценка мненията на заинтересованите страни относно мобилността и политиките за задържане на медицинските специалисти

3.3 Развитие на политиките: адаптиране на добри практики и специфични инструменти

Основни изводи

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

ПРИЛОЖЕНИЯ

III. СИНТЕЗИРАНО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Глава 1: УПРАВЛЕНИЕ НА МОБИЛНОСТТА И ПОЛИТИКИ ЗА ЗАДЪРЖАНЕ НА КВАЛИФИЦИРАНИ СПЕЦИАЛИСТИ

Първа глава има въвеждащ характер и цели да постави проблема за миграцията в международен и европейски план, както и в частност на медицинските специалисти на база подробен литературен анализ и критичен анализ на достъпните информационни източници. В нея се подлага на проверка твърдението, че *мобилността води до дисбаланс при разпределението на човешките ресурси в здравеопазването в международен план, което ограничава достъпа до здравни услуги и влошава тяхното качество за страните на произход.*

Представеният анализ в първа глава най-общо може да бъде обобщен в две направление: първото е свързано с извеждане, систематизиране и анализиране на ключови политики, стратегически документи и кодекси, имащи отношение към медицинските специалисти и тяхното задържане. Второто направление се отнася до извеждането на добри практики, изведени след подробен сравнителен анализ, както и представяне на отделни модели за планиране на човешките ресурси в здравеопазването, които биха били подходящи и при планирането им в България.

1. Значение и роля на мобилността на специалистите с висше образование

Миграционните процеси оказват силно влияние върху икономиките на държавите. Броят на международните мигранти бързо нараства последните десетилетия, като според Международния миграционен доклад от 2017 г.¹¹ броят им през 2000 г. е 173 милиона, докато през 2017 г. е 258 милиона души. Изведена е и връзката между страните, приемащи висококвалифицирани специалисти, и мястото, на което те се нареждат в Индексът на човешкото развитие на ООН. Към 2015 г. в Съединените Американски Щати (САЩ) 14.7 милиона са мигрантите на 25 или повече години, които притежават следдипломна квалификация или степен за завършено висше образование. В Канада същите възлизат на 4.4 милиона, в Обединеното кралство 3.4

¹¹ United Nations, 2017. *International Migration Report. Highlights.*

милиона човека, Австралия – 3 милиона, Германия 2 милиона и Франция с 1.8 мигранти с висше образование¹². За същата година изброените страни, с изключение на Франция, попадат в топ десет за най-развити икономики.

Мобилността, като всеки друг процес, оказва както положително, така и отрицателно влияние. Негативните последици от мобилността на квалифицирани специалисти обаче са предимно за страните на произход. Именно трудовата миграция е сред основните причини за недостиг на медицински специалисти в страната, като значително затруднява ефективното функциониране на здравната система. Задържането им в страната не би било възможно без създаване на целенасочени политики, основани на задълбочен анализ и съобразен с реалните възможности и нужди. Създаването и провеждането на подобни политики за управление на миграционните процеси е ключов фактор за устойчив икономически растеж и развитие.

2. Политики и стратегически документи

Мобилността на медицинските специалисти и политиките за тяхното задържане са обект на изследване на множество международни организации. В тази част на дисертационния труд са идентифицирани основни документи и политики, имащи отношение към управление на мобилността в областта на здравеопазването както в света, така и в региона на Европа. Представянето и анализирането им е от *ключово значение за последващо разработване на политики и конкретни мерки за справяне с недостига на медицински специалисти в България.*

Разглежданите политики и стратегически документи са разделени съответно в две основни групи – глобална (международна) регулация и европейски документи. Документите имат предимно доброволен, а не задължителен характер, като целят да са в помощ на държавите при осигуряването им с медицински специалисти.

¹² Connor, P., Ruiz, N., 2020. *Majority of U.S. Public Supports High-Skilled Immigration.*

Политики и стратегически документи



Източник: авторска

Изведените международни политики са на СЗО, а разгледаните европейски документи са въведени от регионалния офис за Европа на СЗО, ЕС, както и европейското гражданско общество, включващо организации от Белгия, Великобритания, Полша, Италия, Испания, Германия, Холандия и Румъния.

Като общи елементи се открояват *засилване ролята на международното сътрудничество*, както и *назрялата необходимост от събиране и обмен на информация чрез поддържане на актуални бази данни*, които да са в основата на планирането на човешките ресурси в сектора. Създаването и постоянното обновяване на тези регистри са ключови за създаването на адекватни политики, съобразени с нуждите.

Налице е стремеж от международните организации за решаване на проблема с миграцията чрез формиране на *обща политика* за управление на мобилността, въпреки това се акцентира и на факта, че всяка държава трябва да има подобна политика на национално ниво, съобразена със специфичните потребности на страната.

3. Добри европейски практики за задържане на медицински специалисти

Европейските държави прилагат разнообразни политики, инструменти и механизми, за да превърнат здравните си системи в привлекателни за медицинските специалисти. Представените добри практики са изведени след подробен сравнителен анализ както на изпращащи, така и на приемащи страни. Те биха били подходящи за адаптиране към българската здравна система, което от своя страна значително ще допринесе за справяне с недостига в страната.

3.1 Сравнителен анализ

Сравнителният анализ е извършен на няколко етапа, като за база за сравнение е използвана осреднената стойност на изследваните показатели за ЕС-28, за които са налични данни в официалните информационни източници. *Целта е да бъде очертана позицията на България в сравнение с други страни-членки и да бъдат открити евентуалните пропуски, на които да се акцентира при последващо създаване на конкретни политики.* Страните, приемащи мигрантски потоци на квалифицирани здравни професионалисти, в сравнителния анализ, са представени Германия и Обединеното кралство, а сред страните, от които има ярко изразени изходящи потоци са включени държави от Централна и Източна Европа, в това число Чехия, Полша, Унгария, Румъния и България.

Първият етап на изследването включва анализ на *общии показатели* за страните, сред които публични разходи за здравеопазване като % от БВП, публични разходи за здравеопазване като % от общите здравни разходи, директни плащания от потребителите, разходи за здравеопазване на глава от населението, БВП на глава от населението, средно възнаграждение за един работен час, както и относителен дял на бедните. Анализът на данните показва, че *високото равнище на публично финансиране на здравния сектор играе ключова роля за осигуряване на високо качество на предлаганите медицински услуги, предлагане на адекватно заплащане на труда на здравните кадри, модернизиране на сгради, закупуване на модерна високотехнологична апаратура и др.*, които довеждат до повишаване здравния статус на населението и благосъстоянието му като цяло.

При втория етап се сравнява *осигуреността на здравните системи* на държавите на базата на конкретни показатели: брой практикуващи лекари, брой практикуващи медицински сестри, брой болнични легла, болници и т.н. При сравнителния анализ се откроява дефицитът на медицински сестри в България, което значително влошава качеството на предлаганите здравни услуги и затруднява работата на лекарите. Другият открояващ се в сравнителен план проблем е броят лечебни заведения в страната (значително над средния за ЕС-28), което свидетелства за неоптимизирана здравна мрежа и неефективно разпределение на ограничения финансов ресурс.

Състоянието на здравната система, включващо осигуреността на национално и регионално равнище с квалифицирани медицински специалисти и адекватното предлагане на качествена медицинска помощ и услуги, играе ключова роля за на демографските показатели за дадена страна. Поради тази причина, на третия етап са сравнени *резултативни показатели*, в това число смъртност, смъртност, предотвратима с добро лечение, предотвратима смъртност, детска смъртност, коефициент на плодовитост, дял на населението на възраст над 65 години и очаквана продължителност на живота. *Сравнителният анализ очертава неблагоприятно позициониране на страната ни по основни здравни показатели и насочва към медицинските специалисти, без които не може да се постигне тяхното подобрене.*

Последният, четвърти етап на анализа сравнява селектираните държави по комплексни показатели (индексът на човешкия капитал, индексът на човешкото развитие и индексът на европейския здравен потребител). Изводът, който се прави е, че приемащите страни (Германия и Обединеното кралство) имат водещи позиции. Като сред основните причини за изоставането на страните-донори са силните миграционни вълни на високо квалифицирани специалисти, в т.ч. и медицински.

Изводът от направения сравнителен анализ на база разгледаните показатели сочи, че приемащите страни (*Германия и Великобритания*) *управляват по-ефективно здравните си системи*, в сравнение с България и другите европейски страни, което дава своето отражение и върху основни здравни показатели и съответно качеството на живот на населението. Обединеното кралство и Германия могат да бъдат

пример при разработването на политики и практики, касаещи подобряване на осигуреността на здравната система с медицински специалисти. От друга страна, Чехия, Полша, Унгария и Румъния, поради засилващият се дефицит на кадри в здравния сектор, също предприемат мерки за овладяване на кризата, които могат да бъдат подходящ ориентир и посока за действие за българското здравеопазване.

3.2 Примери за добри практики

Добрата практика е доказан подход или модел, който работи *ефективно* (постига целите на политиките) и *ефикасно* (генерира добри резултати при използване на наличните ресурси). Споделена, анализирана и адаптирана, тя е изпитан подход за действие. Устойчивото развитие на дадена здравна система се гради на споделянето на знания, опит, ноу-хау, шоу-хау, технологии и ресурси. В този смисъл *адаптирането на добри европейски практики може да допринесе за преодоляване на недостига и дисбаланса на разпределение на медицинските професионалисти, на повишаване устойчивостта на здравната система и осигуряване на по-добър достъп на населението до здравна помощ*. И това е така, защото здравеопазването е критично зависимо от броя, уменията и мотивацията на хората, които работят в него, а осигуряването на човешки ресурси в тази област е комплексна задача с голяма сложност.

Изведените в дисертационния труд добри практики могат да бъдат обобщени в различни области, изискващи политически решения и разработването на конкретни механизми и инструменти за въздействие, а именно по отношение на:

✓ *Информационна бази данни:*

- База данни за подобряване организацията на работа и задържане на медицински специалисти, включваща отделни практики стратегии и интервенции (Обединено кралство);
- База данни с описани добри практики за организация на труда и оптимизация на процесите в болниците, с цел подобряване използването на човешките и финансови ресурси (Германия);

✓ *Обучение:*

- Онлайн базирана програма за обучение и развитие на здравните специалисти, с насоченост предимно към медицинските сестри.

Включва четири основни направления – клинична практика, улеснено обучение, лидерство и научни изследвания и развитие (Обединено кралство);

- Новосъздадена магистърска програма за медицински сестри, в отговор на все по-големите изисквания за знания и опит на сестрите (Унгария);
- Увеличаване приема в медицинските университети (Полша);

✓ **Финансови стимули:**

- Финансови стимули за личните лекари за стартиране на практика в по-слабо населени региони (Германия и Чехия);
- Разработване на мотивираща схема за заплащане труда на специалистите като част от Държавна здравна политика 2017-2020 г. (Румъния);
- Безвъзмездна стипендиантска програма (Унгария);

✓ **Подобряване условията за труд:**

- Създаване на детски градини на територията на лечебните заведения за децата на служителите (Германия);
- Създаване на център за човешките ресурси, чиято основна задача е да планира, прогнозира, оценява нуждите на специалистите, координира обучението им и дава насоки за кариерно развитие, включително и на тези, които работят в чужбина, с цел тяхното завръщане в страната (Румъния).

4. Планиране на човешките ресурси в здравеопазването

Първа глава на дисертационния труд завършва с представянето на примерни модели за планиране на човешките ресурси в здравеопазването. ***Без дългосрочно планиране на необходимите квалифицирани специалисти в здравния сектор е невъзможно конкретни политики да постигнат заложените и желани резултати.***

Изведени са модели, в пет държави – Австралия, Холандия, Нова Зеландия, Шотландия и Уелс. Сходството на разгледаните държави по размер и разсейване на населението е сходно с това на България, което ги превръща в адекватни и приложими

и за нашата страна. Моделите включват конкретни инструменти, времеви рамки за изпълнение, необходим екип за работа по модела, използване на данни и начинът на тяхното събиране, както и съответна предимства и недостатъци от приложението им.

Основни изводи от изложеното в **Глава 1.:**

- 1. Разглежданата проблематика е изключително актуална и очертава контурите на световен проблем, свързан с дисбаланса между необходимите медицински специалисти и тяхното предлагане. Всички прогнози сочат, че този дисбаланс ще се увеличава в бъдеще;*
- 2. Миграцията сред медицинските специалисти показва тенденция на ускорена динамика в последните две десетилетия, при което се очертава ясно изразена посока на движение: от страни с ниско равнище на доходите към такива с по-висок стандарт. Специално за Европа миграционните процеси са по оста „изток-запад“;*
- 3. Налице е стремеж от международните институции за решаване на проблема чрез формирането на общи политики за управление на мобилността (мобилност, миграция, задържане на специалисти);*
- 4. Паралелно с тези политики на национално ниво също се формират активни правителствени действия за решаване на проблема с недостига на кадри. Като особено успешни се очертават тези, насочени към обучението, финансовите стимули и социални придобивки. Сред съвкупността от използвани мерки най-ефективни се оказват тези на местно и микро ниво. Националните политики следва да гарантират справедливо разпределение на общите здравни ресурси и подобряване и изравняване на условията на труд и заплащане в цялата страна. Реално, така не се възпрепятства (ограничава) индивидуалния избор на хората, а се създават условия за алтернативи в избора, т.е. разширяват се възможностите за избор;*
- 5. За прилагането както на националните, така и на международните политики особено важна е ролята на информацията, като база за тяхното изграждане. В това отношение е налице изоставане (включително и в страните с добри практики) по отношение на общите принципи и договорености.*

Глава 2: АНАЛИЗ НА ОСИГУРЕНОСТТА С МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ И ПОЛИТИКИТЕ ЗА ТЯХНОТО РАЗВИТИЕ В БЪЛГАРИЯ

Втора глава анализира актуалното състояние на българската здравна система. В нея авторът се стреми да верифицира хипотезите, че *миграцията на медицинските специалисти носи негативни социални и икономически последици с дълготраен ефект за страните по произход, каквато е и България* и хипотезата, че *освен външната, вътрешната миграция (от малките към по-големите градове) също влошава качеството на предлаганите здравни услуги, както и достъпа до здравна помощ и засилва регионалните дисбаланси.*

Анализът на осигуреността на системата е извършен въз основа на налична официална информация, при това важно е да се отбележи, че в страната не се поддържа актуализирана информационна база данни. Използвани са данни предимно на Евростат, НСИ, СЗО, като и от тях не всички налични данни са актуални. *Не се поддържа и единна информационна база данни, която да следи миграцията на специалистите*, поради което анализът на миграционните процеси е направен *съобразно наличната институционална информация*, предоставена от БЛС, БАПЗГ и МЗ.

В тази част на дисертацията е направен опит да се проследи потенциалната миграция на лекари, медицински сестри и акушерки, на базата на който е изведен модел за оценка на загубите от миграцията. Изведени са основни взаимовръзки между отделни показатели. Представени са политики и стратегически документи, имащи отношение към развитието на медицинските специалисти в страната.

1. Общи тенденции при осигуреността с медицински специалисти в България

Обективни обстоятелства засягащи пряко осигуреността с медицински специалисти през последните десетилетия са:

- ✓ *мащабната здравна реформа 2000-2001 г.*, която довежда до концентрация на специалистите в големите градове и съответно неравномерното им разпределение в страната (вътрешната миграция);

- ✓ *приемането на България в ЕС през 2007 г.*, включително и изпълнението на *Директива 2005/36/ЕО*, които значително улесняват движението на хора в рамките на Съюза.

За целите на анализа и оценката на осигуреността са използвани специфични здравни показатели за осигуреност на системата: осигуреност с лекари и специалисти по здравни грижи, наличие на високотехнологична апаратура, прием в медицинските университети, динамика на публичните разходи и т.н., както в национален, така и в регионален разрез за последните десет години. Най-общо са изведени *следните тенденции*^{13,14}:

- ✓ при лекарите по медицина за разглеждания период е налице *положителна динамика*. Въпреки това, макар да има значителен ръст в броя на лекарите на 1 000 население от 3.27 за 1990 г. до 4.24 за 2017 г., се наблюдава дисбаланс при разпределението им по региони и специалности – през 2016 г. едва 15,5% от лекарите са общопрактикуващи, което е значително под средното равнище за ЕС (27.3%).
- ✓ макар броят на лекарите да е относително голям и да се доближава до равнището в Германия (4.25%), осигуреността на страната с *медицински сестри* (4.37%) е втората най-ниска в ЕС (8.45%) (след Гърция с 3.31%). България регистрира най-ниското отношение на медицински сестри на лекар за всички страни-членки на ЕС – 1.1 на лекар, което рязко контрастира с най-голямата наситеност с *лекари по дентална медицина* на 1 000 население в ЕС за 2016 г.
- ✓ броят на *акушерките* и *фармацевтите* е голям спрямо средната стойност за ЕС през 2016 г.
- ✓ за разглеждания период специалността „*лекарски асистент*“ в България на практика липсва.

¹³ OECD, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. *State of Health in the EU. Bulgaria. Country Health Profile 2019*.

¹⁴ Dimova, A., Rohova, M., Koeva, S., Atanasova, E., Koeva-Dimitrova, L., Kostadinova, T., Spranger, A., 2018. *Bulgaria: Health system review. Health Systems in transition*. Vol. 20 No. 4

Добри индикации за подобряване на осигуреността на системата дава и динамиката на *приема в медицинските университети в страната*. Данните сочат значителен ръст на броя новоприети студенти от всички разглеждани направления (медицина, дентална медицина, фармация и здравни грижи), като най-голям ръст бележи приемът в направление „медицина“ – три пъти през 2018/19 г. в сравнение с учебната 2007/08 г. Макар осезаемият ръст в приема на студенти, към 2020 г. все повече се констатира недостиг на медицински специалисти в цялата страна и особено в малките населени места.

За осигуреността с медицински специалисти в страната фактори, които оказват значително влияние са и:

- ✓ *Застаряването на специалистите от медицинските професии*, като за 2017 г. делът на лекарите във възрастовата група 55-64 години, или 34.5% от общия брой медици.
- ✓ *Влошено здравословно състояние на населението*, което също предопределя необходимостта от осигуряването на българската здравна система с медицински кадри.
- ✓ *Негативните демографски тенденции* – висока смъртност, висока детска смъртност и др.
- ✓ *Нивото на заплащане* – ако средната работна заплата на един лекар в България възлиза на 1 483 лв., то в Обединеното кралство месечното възнаграждение е 7900 паунда.

В обобщен вид факторите могат да бъдат представени по следния начин:

Таблица 1.

Влияние върху осигуреността на здравната система

| Фактори | Осигуреност | Дефицит |
|-----------------|---|---|
| Вътрешни | Наличният (наследен) потенциал от специалисти в сектора; Прием във ВУ и университетите (държавна поръчка); Пазарно търсене; | Възрастов състав на заетите; Влошено здравословно състояние на нацията; Заплащане на труда на мед. специалисти; |

| | | |
|---------------|--|---|
| Външни | Търсене на здравни услуги от чуждестранни граждани (дефицит в други страни); | Политиката на мобилност на ЕС; Признаване на медицинските професии; Условията на труд; Заплащане на труда; |
|---------------|--|---|

Източник: авторска

Представеният анализ свидетелства за необходимостта от взимане на спешни мерки, за да бъде подобрена осигуреността на страната с медицински специалисти, което е в интерес както на държавата, така и на обществото. В този смисъл по провеждането на политики не следва да е отговорно единствено Министерството на здравеопазването, а и широк кръг институции и стопански субекти. **Таблица 2.** обобщава заинтересованите страни, както и техните функции и отговорности.

Таблица 2.

Споделени отговорности на заинтересовани страни

| Заинтересована страна | Функции и отговорности |
|--|--|
| Държавата (МЗ) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Гарантира (вкл. и финансира) справедлива здравна система на своите граждани; ✓ Осигурява равен достъп до медицинска помощ; ✓ Формира политиките за задържане на медицински специалисти; ✓ Гарантира (чрез медицинските стандарти) качеството на предлаганите здравни услуги, съответно общото здравно състояние на населението; |
| Висши училища и университети | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Осигуряват качествена подготовка на медицински специалисти; ✓ Развиват научните изследвания в областта на медицината; |
| Лечебни заведения | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Осигуряват условия на труд и професионално израстване на медицинските специалисти; ✓ Използват система от материални и морални стимули за осигуряване на достоен начин на живот и развитие на медицинските специалисти; ✓ Предлагат здравни услуги, базирани на съвременни медицински технологии; |
| Пациенти и пациентски организации | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Представяват и защитават интересите на отделни групи граждани, обикновено обединени около една или група сходни нозологични единици; |

| | |
|---|---|
| Бизнес организациите | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Сътрудничат с висшите училища (ВУ) и университетите, в т.ч. и спонсорират развитието на тяхната материална база и научни изследвания; ✓ Осигуряват стипендии за обучение на студенти; ✓ Осигуряват работни места на завършилите съответните медицински специалности; |
| Общини | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Поддръжка и инвестиции в общинските лечебни заведения; ✓ Поддръжка и инвестиции в детски ясли, детски градини, училища, бази за отдых и забавления; ✓ Привличане и задържане на изтъкнати специалисти от една страна, както и на млади лекари и специализанти от друга; |
| НПО съсловни организации | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Търсене на възможности и оказване на натиск за защита интересите и правата на членовете си; |

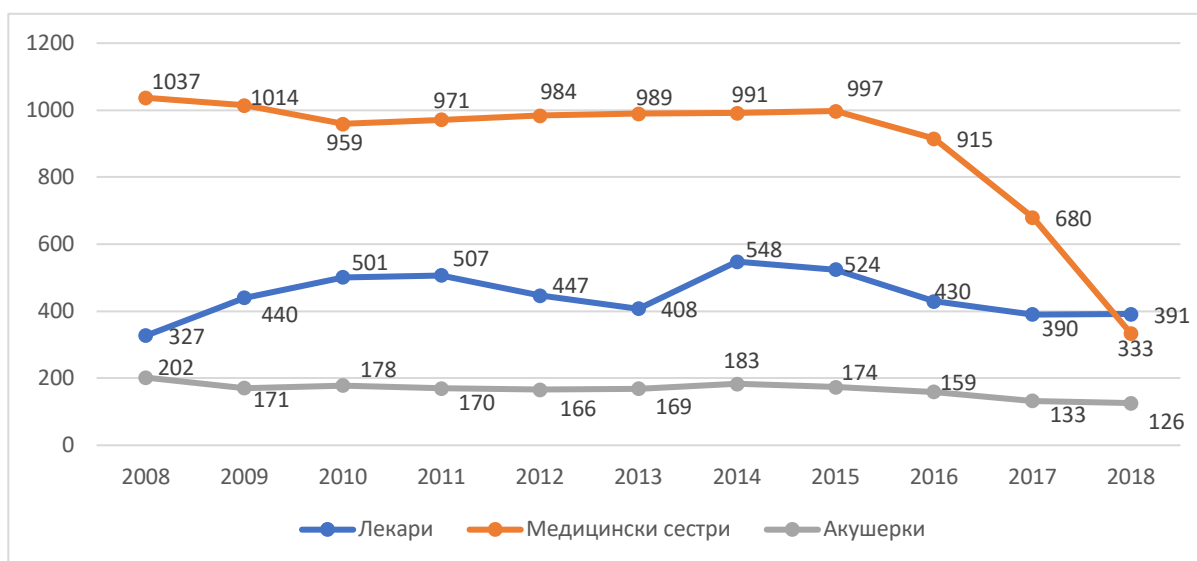
Източник: авторска

2. Потенциална миграция на лекари и медицински сестри

Доколкото информационна база данни за миграцията на медицинските специалисти в страната, не се поддържа, при анализа в тази част тя се оценява потенциално, на база брой издадени удостоверения за работа в чужбина от съответните съсловни организации.

Фигура 3.

Брой издадени сертификати за работа в чужбина 2008-2018 г.



Източник: по данни на БЛС и БАПЗГ, 2019

За десетгодишния период 2008-2018 г. издаденият брой удостоверения за работа в чужбина възлиза на **16 614**. Поради условността на тези данни като индикатор за миграционните процеси, в дисертацията се разработват три сценария – оптимистичен, неутрален и песимистичен, които стъпват на предположението, че съответен процент (100%, 75% или 50%) от получилите удостоверения действително ще емигрират. Дори и при най-оптимистичния вариант е видно, че за разглеждания период страната ни се е лишила от минимум **8 307** медицински специалисти.

Дефицитът на системата се доказва и чрез годишния нетен поток за медицинските специалисти. В **Таблица 3**, това е илюстрирано за лекарите. Видно е, че средно за периода 60% от завършилите медицина, получават сертификат за работа в чужбина, т.е. нетното попълнение на системата е от 40%. В началото на изследвания период (2009-2011 г.) ситуацията е критична – индикациите са, че едва под 20% от завършилите със сигурност остават в страната.

Таблица 3.

Нетен поток на лекари по медицина в България за периода 2008-2018 г.

| Година | Завършили Лекари | Издадени сертификати | % | Година | Завършили лекари | Издадени сертификати | % |
|-------------|---------------------|-------------------------|----|-------------|---------------------|-------------------------|-----------|
| 2008 | 580 | 327 | 56 | 2014 | 772 | 548 | 71 |
| 2009 | 503 | 440 | 87 | 2015 | 837 | 524 | 63 |
| 2010 | 597 | 501 | 84 | 2016 | 859 | 430 | 50 |
| 2011 | 602 | 507 | 84 | 2017 | 1 052 | 390 | 37 |
| 2012 | 630 | 447 | 71 | 2018 | 1 102 | 391 | 35 |
| 2013 | 691 | 408 | 59 | Общо | 8 225 | 4 913 | 60 |

Източник: по данни на БЛС, 2019

В допълнение към горното, в броя на издадените сертификати влизат не само новозавършили лекари, но и такива с една или повече специалности, т.е. това са **обучени и висококвалифицирани хора**, в които държавата е инвестирала значителни средства. Също така, част от издадените документи за работа в чужбина от БЛС са за лекари от **дефицитните специалности** (инфекциозни болести, анестезиология и

интензивно лечение, педиатрия, спешна медицина, обща и клинична патология). Сред предпочитаните страни за работа на медицинските специалисти се нареждат **Обединеното кралство и Германия**.

3. Ефекти и дефекти в следствие на миграционните процеси

Едва ли може да бъде оспорван негативният ефект от емиграция на специалисти с висше образование, особено на тези от сектор здравеопазване. Както при всички други процеси, така и от миграционните, следва да се очаква генерирането както на ползи, така и на разходи, при това те не са еднопосочни за различните равнища: индивидуално и макро. **Ефектите и дефектите** съответно са обобщени и диференцирани както за **отделния индивид**, така и от гледна точка на **обществото**, като са разделени на икономически и социални.

Таблица 4.

Индивидуални и обществени ползи и разходи

| Показатели | Икономически | Социални |
|-------------------------------------|--|---|
| <i>Индивидуални разходи и ползи</i> | | |
| Ползи | Прираст в личните доходи – текущи и бъдещи; | По-добри условия за професионална реализация; По-добро качество на живот (и за семейството); |
| Разходи/Загуби | Първоначални разходи, свързани с адаптацията; | Откъсване от социалната среда; Трудности по социалното включване в новата среда; |
| <i>Обществени разходи и ползи</i> | | |
| Ползи | - | Популяризиране и издигане имиджа на българското медицинско образование; |
| Разходи/Загуби | Публични разходи (държавна субсидия) за образование; Стипендии за обучение; Частни (домакински разходи), преки и косвени; Пропуснати ползи (имплицитни разходи) за държавата; | Загуба на квалифициран ресурс за здравната система; Териториални дисбаланси в осигуреността; Негативни последици за динамика на основни здравни показатели. |

Източник: авторска

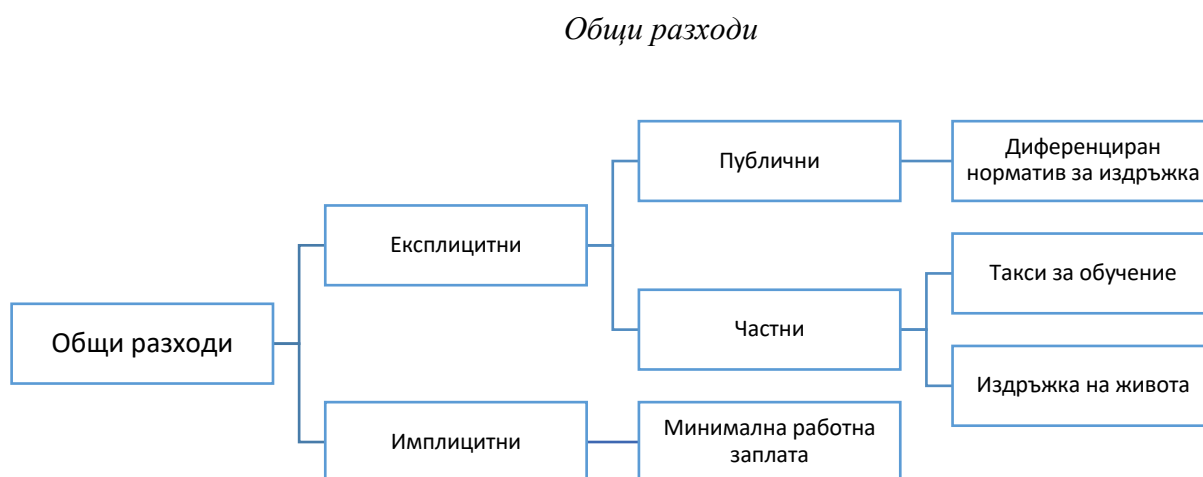
Видно от таблицата, на индивидуално равнище *преобладават ползите*, а разходите (с изключение на първоначалните) са социални. На макро равнище *преобладават разходите/загубите* за обществото, както в икономически, така и социален аспект.

3.1 Модел за оценка на загубата на обществен ресурс

Предвид на разглежданата проблематика и оглед очертаване на аргументация, като фундамент за изграждане на политиките за задържане на медицински специалисти, в тази част се акцентира на разходи (загубите) за обществото от миграцията на медицински специалисти.

В общественото пространство, а и в научната литература, често се изтъква, че *емиграцията е и огромна загуба на публичен ресурс*. Това е безспорно, но конкретни данни не се посочват. В тази част на дисертационния труд се прави опит за една приблизителна калкулация, макар и тя да е извършена с *много условности*, сред които неточно изчисляване на пропуснатите ползи, трудно остойностяване на някои от социалните разходи, както и липсата на методика за остойностяване на кумулативните разходи/загуби за обществото. Схематично са изведени отделните компоненти, включени при остойностяване на модела:

Фигура 4.



Източник: авторска

Калкулацията е направена на база трите предположения за относителния дял на емигриралите медицински специалисти. В тази връзка загубите на публичен ресурс се оценяват в три варианта, съответстващи на *песимистичната, неутралната и оптимистична прогноза.*

Таблица 5.

Загуба на публичен ресурс от потенциална емиграция на медицински специалисти

| Видове разходи/варианти | Лекари | Здравни грижи | Общо |
|--------------------------------------|---------------|----------------------|--------------------|
| Публични експлицитни разходи: | | | |
| - Оптимистичен | 102 427 416 | 87 905 424 | 190 332 840 |
| - Неутрален | 153 620 280 | 131 850 624 | 285 470 904 |
| - Песимистичен | 204 813 144 | 175 795 824 | 380 608 968 |
| Имплицитни разходи | | | |
| - Оптимистичен | 58 555 224 | 92 960 688 | 151 515 912 |
| - Неутрален | 87 820 920 | 139 433 088 | 227 254 008 |
| - Песимистичен | 117 086 616 | 185 905 488 | 302 992 104 |
| Общо разходи: | | | |
| - Оптимистичен | 160 982 640 | 180 866 112 | 341 848 752 |
| - Неутрален | 241 441 200 | 271 283 712 | 512 724 912 |
| - Песимистичен | 321 899 760 | 361 701 312 | 683 601 072 |

Източник: авторска

Видно от примерната калкулация, дори и при неутралния вариант, за изследвания период загубите на публичен ресурс надхвърлят 500 млн. лева. Добавянето на социалните ефекти/дефекти от миграция многократно би надвишило тази сума.

3.2 Изследване на взаимовръзки

В тази част на дисертационния труд е изследвана *връзки между отделни показатели*, в т.ч. и в сравнителен аспект (със страните от ЕС). В резултат на анализа се констатират редица *общии тенденции*, както и *някои специфични за нашата страна особености*, а именно:

✓ *В общ план:*

- В страните с по-висок относителен дял на публичните разходи за здравеопазване са налице по-добри здравни показатели, напр. по-висока продължителност на живота;
- По-високите разходи за здравеопазване на глава на населението се съчетават с по-ниска е смъртност, включително и предотвратимата чрез добро лечение;

✓ *За България:*

- Наличието на сравнителни предимства в осигуреността по някои показатели (напр. осигуреност с лекари, болнични легла и др.) не води до по-добри здравни резултати, като понижаване нивата на смъртност, детска смъртност и др.
- Не се спазват установени стандарти в обслужването, напр. *съотношението медицински сестри:лекари (2:1)*¹⁵.

Горните констатации дават широк простор за политически решения в посока към финансовото осигуряване и подобряване на организацията на ресурсите за ефективно функциониране на здравната система.

¹⁵ Министерство на здравеопазването. *Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението Националната здравна стратегия 2020 за 2016 г.* с.154

3.3 Регионални дисбаланси

Изразените общи тенденции в осигуреността дават своето отражение и в *териториалните дисбаланси*. Анализът в тази част разглежда подробно:

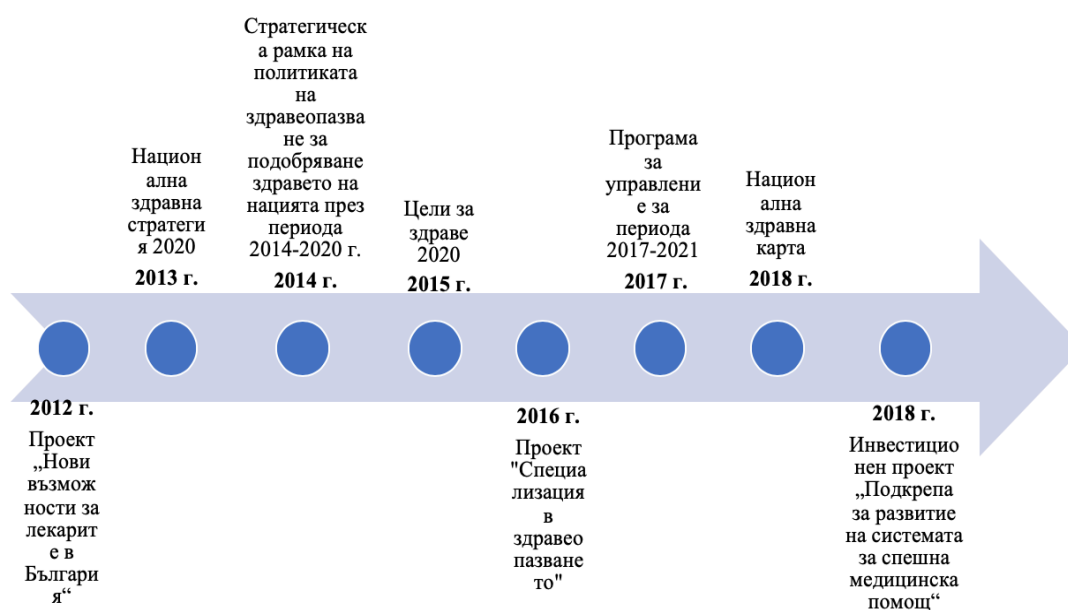
- ✓ *Разпределението на финансови средства от НЗОК по области*, които свидетелстват за наличието на тежки регионални диспропорции. Разликата в публичните разходи на глава от населението в различни области са значителни. Например, за области Пловдив (596 лв.) те са над четири пъти и половина по-високи от тези в Добрич (128 лв.). Нарушен е *основен принцип*, който е заложен както в Конституцията на Република България, така и в Закона за здравето, а именно принципът за *равнопоставеност и равен достъп* до медицинска помощ и право на избор.
- ✓ *Необходим минимален брой медицински специалисти и налични такива по области* – забелязва се концентрация на специалисти в големите области, докато в някои от по-малките не се достига дори необходимият минимум от специалисти. Общо за страната *не достигат 4 996 лекари и 2 788 специалисти по здравни грижи* за необходимия минимум за покриване на основните потребности на българското население от здравна помощ. Прави впечатление, че общата сума приблизително отговаря на калкулацията от оптимистичния сценарий на миграцията.
- ✓ *Осигуреност на българската здравна система с високотехнологична апаратура*, което също е доста неравномерно и поставя здравето на хората в различни области под риск.

4. Политики за подобряване на осигуреността с медицински специалисти: оценки на напредъка

Разглежданите в дисертационния труд политики и стратегически проекти в България, имащи отношение към медицинските специалисти в страната са изведени хронологично:

Фигура 5.

Политики и стратегически проекти в България



Източник: авторска

При сравнение с разглежданите международни и европейски политики и стратегически документи (Фигура 2.), прави впечатление, че България *не закъснява* при създаването и внедряването на конкретни политики и мерки. Въпреки проведените комплексни решения и политики с цел преодоляване на недостига, *няма реално подобрение* на осигуреността на здравната система с медицински специалисти. Проблемът не е толкова *в липсата, а в мерките, които тези политики прилагат и начинът им на изпълнение, т.е. отчита се незначителен напредък*, който не е достатъчен за отговаряне на нуждите на населението.

Основни изводи от изложеното в **Глава 2.:**

1. В България проблемът с осигуреността с медицински специалисти не е ново явление – дефицитът от различните професионални направления се задълбочава през годините, което ограничава достъпа на населението до медицинска помощ и ефективността на здравната система.
2. Наблюдават се значими вътрешни дисбаланси в осигуреността с медицински специалисти, както и в прилагането на иновативни технологии и техника. Националната здравна карта не изпълнява функциите си на регулатор за преразпределение на ресурсите в здравеопазването.
3. Очертаните проблеми се задълбочат от развитието на медицинската миграция, която освен че задълбочава проблема с осигуреността, предизвиква и значими непазарни дефекти, сред които неефективно разпределение и ръст на публичните разходи, загуба (изтичане) на публичен ресурс, неравномерна териториална дислокация; ограничен достъп и др.
4. Националните политики, стратегически и програмни документи акцентират на необходимостта от адекватни мерки за справяне с кризата, но и към 2019 г. **няма реално отчетено подобрене**, което да бъде мотивираща причина за младите да останат да работят и да се развиват в България. Една от основните причини е, че политиките се правят при наличието на информационен вакуум – липсва поддържана информационна система за профила на медицинските специалисти в страната, липсва обобщена информация за емигриралите медицински специалисти – по години, по професии, по специалности и т.н., липсва актуално проучване на нагласите на младите лекари за тяхната реализация и др.
5. В резултат на липсата на информационна база данни процесите на планиране и прогнозиране на човешките ресурси в сектора са силно пренебрегнати, в т.ч. и като необходима обосновка на приема в медицинските университети, въвеждането на нови специалности, териториално разпределение, отчитане на излизациите от системата по причини (пензионна възраст, миграция и др.). Това задълбочава вътрешните диспропорции в сектора и засилва регионалните дисбаланси.

Глава 3: КОНЦЕПТУАЛЕН МОДЕЛ НА ПОЛИТИКИ ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА КОНКУРЕНТНА СРЕДА ЗА РАЗВИТИЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ

В трета глава на дисертационния труд е подложена на проверка втората част от основната теза, а именно че *ролята на държавата в управлението на мобилността и миграцията е чрез целенасочени политики да изгради конкурентна среда за развитие и професионална реализация в националните граници, като по този начин бъде овладяна както външната, така и вътрешната миграция*. Натрупаните нерешени въпроси и проблеми дават индикация за сериозна криза в осигуряването на системата с медицински специалист, която по всичко личи, че ще се задълбочава. Създаването на адекватни политики е единственият вариант за овладяване на кризата с човешките ресурси в сектора.

В тази част от разработката се акцентира на два взаимосвързани процеса. Първият е проучване за нагласите за миграция на медицинските специалисти, както и оценките на експертите по въпроса за миграцията. Анализът в тази част представя резултати от проведено собствено анкетно проучване и дълбочинно интервю. Оценката на нагласите се приема като част от необходимата информационна база за изготвяне на политиките. Второто направление е извеждането на примерен концептуален модел на политики за задържане на специалистите в България с алгоритъм за действия, както и препоръки на отделните разглеждани нива.

1. Анкетно проучване

Анкетното проучване, като *количествен метод* за събиране на информация, дава възможност цялостно да се изследва мнението на анкетиранията относно нагласите им за мобилност, мнението им за състоянието на българската здравна система относно осигуреността с медицински кадри, както и конкретните причини и фактори, довели до дефицита на специалисти с висше образование в здравеопазването.

Анкетното проучване е проведено сред *две основни целеви групи*. Въпросите в двете анкетни карти са еднакви или сходни, отнасящи се до конкретната група, включващи както персонална част, така и конкретни въпроси за изследване на

нагласите както за мобилността и миграцията, така и мнението им за състоянието и осигуреността на здравната система с медицински специалисти.

Първата група включва *студенти в медицинските университети* в страната. Фокусът при втората група засяга вече *завършилите – с насоченост е върху специалисти и специализанти на възраст до 45 години*. Анкетното проучване сред *студентите* е проведено *в периода 28.06-31.07.2018 г.* Общият брой на анкетираните от тази целева група е **422**. Втората група включва специалисти и специализанти от професионални направления „Медицина“, „Дентална медицина“, „Фармация“ и „Здравни грижи“, като е проведено *в периода 20.06-19.07.2018 г.* Общият брой на респондентите от тази целева група възлиза на **461** човека.

1.1 Анкетно проучване сред студенти

Участници в проучването са студенти от всички медицински университети в страната от първи до шести курс, като средната възраст на студентите, попълнили анкетната карта е 24 години. От тях повечето от тях са жени (76%). Значителна част владеят чужди езици (87%), което е сред основните предимства при вземането на решение за заминаване в чужбина. Откроява се предпочитанието на студентите бъдещата им професионална реализация да бъде в частния, а не в публичния сектор (57%). Повече от половината (57%) изявяват своето желание да работят в България, като представените в *Глава 2*. дефицитни специалности не са сред предпочитаните от тях. Може да бъде изведено, че няма съществена връзка между професия на родителите и избора за кариерно развитие сред студентите. Отново 57% от анкетираните са на мнение, че съществуват трудности с бъдещата им професионална реализация в България, като 51% отбелязват, че имат желание да работят в чужбина. На въпроса „Смятате ли, че емиграцията на медицинските специалисти намалява шансовете на здравната система да посреща здравните нужди на населението?“ отговорите са повече от категорични – 90% от общия брой анкетирани студенти, т.е. независимо от личните им намерения, почти всички от тях са на мнение, че наблюдаваната тенденция за миграция на медицинските специалисти оцетява здравната система. Интересна е и корелацията между последно представеният въпрос, както и желанието на студентите да работят в друга държава – с други думи, независимо от факта, че осъзнават щетите, до които води миграцията за здравната

система, личните мотиви надделяват и те искат да работят в чужбина. За предпочитана страна за развитие отбелязват Германия и Обединеното кралство, които съвпадат като желана дестинация с издадените сертификати за работа в чужбина от БЛС и БАПЗГ.

Част от въпросите на анкетното проучване по *проекта “Общи действия за планиране и прогнозиране на човешките ресурси в здравеопазването”* са използвани и в авторското анкетно проучване с цел да се анализират индивидуалните нагласи сред студентите, като бъдат изследвани във времето – през 2016 г. и 2018 г. Анкетното проучване е проведено през **2016 г.** сред студенти от първи до шести курс от Медицински университет “Проф. д-р Параскев Стоянов” гр. Варна. Резултатите са представени през септември **2016 г.** по време на среща на работната група по проекта. През 2018 г. се увеличава процентът на анкетираните, които са изяви желание за работа в чужбина, в сравнение с проучването от 2016 г. През 2016 г. се наблюдава приемственост на професиите през поколенията, докато такава през 2018 г. не се отчита. При останалите въпроси, сред които предпочитана страна за реализация, познанство на медицински специалисти в чужбина, владеење на чужди езици, избор на специалност, *не се открояват съществени разлики* при отговорите на студентите.

С оглед перспективите за кадрова осигуреност на здравната система в България и главно на публичния здравен сектор от особено значение са следните установени нагласи за:

- ✓ Реализация в чужбина, в т.ч. и при придобита специализация у нас (над 70%);
- ✓ Отлив от дефицитни специалности (обща и клинична патология, анестезия и интензивно лечение, неонатология, спешна медицина, педиатрия, инфекциозни болести);
- ✓ Явно предпочитание за реализация в частния здравен сектор у нас;
- ✓ Преобладаващи нагласи за реализация извън страната на лекари – хуманитарна медицина и специалисти по здравни грижи.

1.2 Анкетно проучване след специалисти и специализанти

Средната възраст на участниците е **31 години**. Както при анкетното проучване при студентите, повечето анкетираните специалисти и специализанти са жени (69%), владеят чужди езици (91%), избор на специалност (и при тази целева група дефицитните специалности не са приоритетни), имат желание за развитие в частния сектор (54%). Съвпадат и отговорите относно унаследяването на професията в семейството (няма зависимост между професията на родителите и изборът на държава за реализация на студентите). Повечето специалисти и специализанти също изпитват затруднения (57%) с професионалната си реализация в България, което съвпада и при отговора на въпроса за желанието им да работят в чужбина – предпочитан избор на 54%, като отново насочеността е към Германия и Обединеното кралство.

Видимо отговорите при двете анкетни проучвания нямат съществени различия, т.е. както настоящите, така и бъдещите специалисти са на сходно мнение относно осигуреността на системата и личните им предпочитания:

- ✓ Въпреки явното осъзнаване за негативите за здравната система у нас, **предпочитанията към реализация в чужбина са явни** – над 50% от анкетираните при двете проучвания (конкретно 53.8% при специалистите и 51.33% при студентите);
- ✓ Като предпочитан се очертава „**компромисният модел**“ – реализация у нас, съчетана с почасова работа извън страната (няма обаче анализ на негативите от този модел);
- ✓ Мобилността към страни като **Великобритания и Германия е предпочитан вариант** за немалка част от анкетираните;
- ✓ Положително следва да се оцени желанието за работа и развитие предимно в България при 57% от студентите и нежеланието за работа в чужбина при 44.6% от специалистите в т.ч. са и тези които адмирират компромисния модел, но негативната оценка на условията за работа у нас е явна;
- ✓ Профилът на анкетираните **потвърждава** извода за отлив от дефицитните в страната специалности.

2. Интервю

Качественият метод на проучване включва **16 представители**, които заемат ключови ръководни позиции в държавата, отделни съсловни организации, медицински университети и болници. Дълбочинните интервюта са проведени в периода **2.04.-09.10.2019 г.**

Дълбочинното интервю включва въпроси, които се отнасят до осигуреността на българската здравна система с медицински специалисти, необходимите мерки за преодоляване на дефицита, отговорности при изготвянето и провеждането на политиките за задържане, както и предложения и препоръки. Интервюираните са подбрани типологично, т.е. целенасочено и преднамерено, без да се налага принципа на случаен подбор.

Обобщено, резултатите показват, че:

- ✓ Според 70% системата е частично осигурена с медицински специалисти;
- ✓ Според 65% за **задържането на младите кадри в България е възможно да се подобрят условията на труд, да се предложи адекватно заплащане на труда, да се оптимизират условията за специализация.**
- ✓ Почти всички (95%) са на мнението, че задържането на младите медицински кадри в страната трябва да бъде финансирано от страна на **държавата.**
- ✓ Всички интервюирани (100%) смятат, че провеждането и управлението на политики за задържане на медицински специалисти трябва да извършва **на първо място от държавата.**

Анализирането на резултатите от проведеното дълбочинно интервю, заедно с резултатите от проведените анкетни проучвания, очертават от една страна трайната нагласа за емиграция сред младите медицински специалисти, а от друга – липсата на ефективна държавна политика за тяхното задържане.

3. Примерен концептуален модел на политики за задържане на специалистите в България

Като се вземат предвид анализите от изложението до тук, в тази част от дисертационния труд се излагат основните виждания за политиките за задържане на специалисти с висше образование у нас, на примера на медицинските специалисти. По-конкретно:

1. Необходимост от промяна в политиките относно развитието на специалистите в системата на здравеопазването, при това по цялата верига на тяхното формиране – от университета, през специализацията им, кариерното развитие, до излизането им от работния цикъл;
2. Промяната в политиките изисква **обединение на усилията на всички заинтересовани страни** (политици, медицински специалисти, университети, пациентски и съсловни организации, НПО и др.), при това при **координиране на различни нива** – национално, регионално, общинско, микро (организация, институция).
3. Отправна точка е **промяната на условията за реализация на политиките** – в т.ч. активни мерки по отношение на материалната база, техниката, внедряване на нови технологии, заплащане, битови условия на работещите и т.н.
4. Политическите интервенции следва да обхванат всички равнища, при това чрез използването на специфични лостове – мерки и инструменти (**Таблица 6.**). Това предполага и **целево финансиране**, както от местните власти, така и от институциите (здравните организации).
5. За постигане желания резултат е необходимо **създаването на дългосрочна и детайлна стратегия за изпълнение на политиките**, а не предприемането на отделни временни мерки.

Таблица 6.

Мерки и инструменти

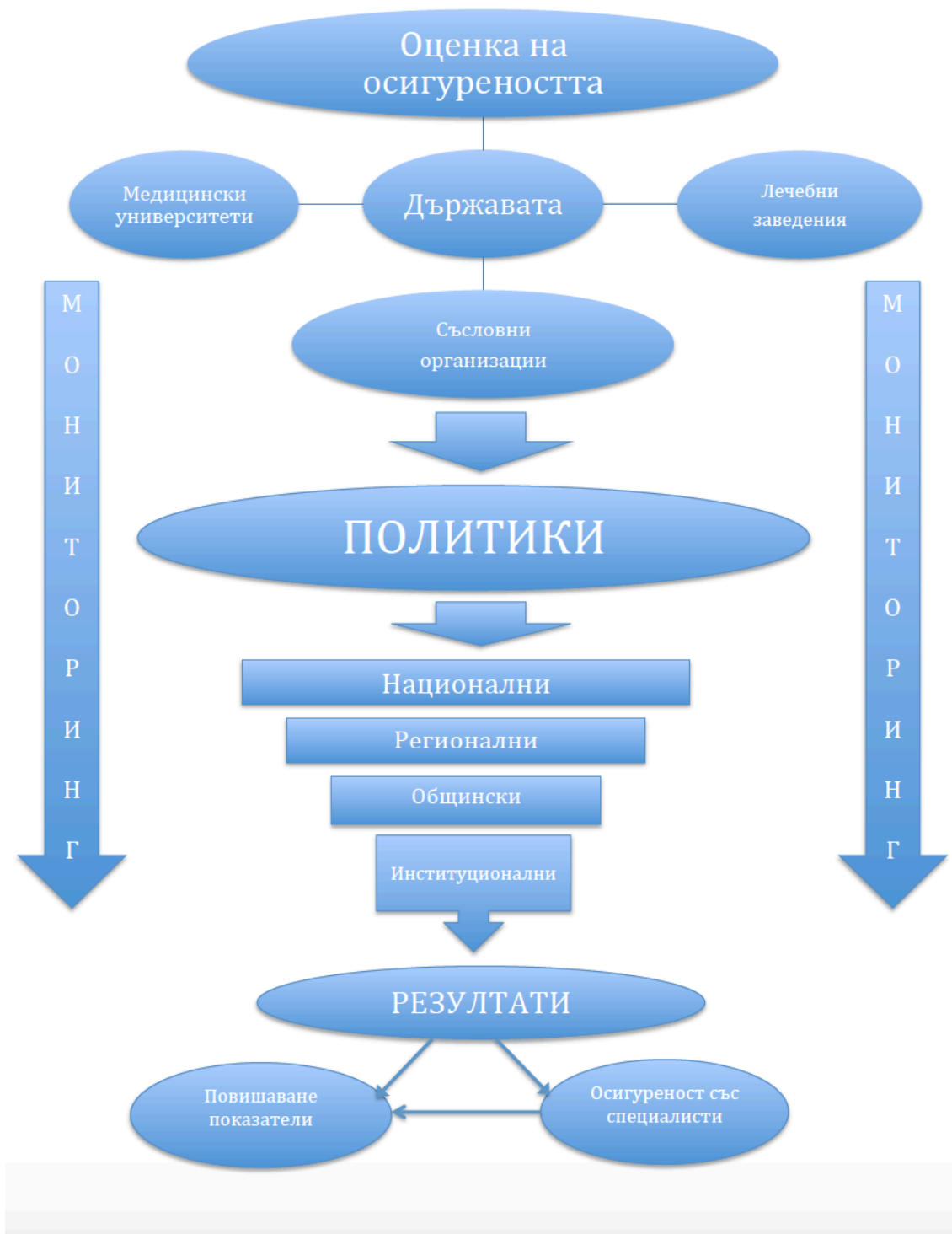
| Стимули/ мерки | Равнище | Инструменти |
|--|--|--|
| Финансови | Национално; Регионално /общинско; Организационно; | Добавка към заплатата; Данъчни облекчения (заем за жилище); Еднократна финансова помощ; |
| Социални | | Общинско жилище; Детски градини; |
| Условия на труд | Организационно; | Развитие на материалната база, техническо оборудвана и въвеждането на нови технологии, включително и чрез използване на ресурса на фондовете на ЕС; |
| Професионално и кариерно израстване | Национално; Организационно; | Нормативна регламентация на специализациите и кариерното израстване; Създаване на подходяща среда за развитие – тютурство, поемане на издръжката за квалификационни курсове; форми на стимулиране на квалификацията и др. |

Източник: авторска

Предизвикателство в разрешаването на този въпрос е, че общото законодателство на ЕС дава възможност на гражданите на Република България, в това число и на медицинските специалисти, да се движат свободно в рамките на Съюза и да практикуват своята професия. Българската държава **няма правото да ограничи техния избор**. В този смисъл политиките за задържане на медицинските специалисти са част от общата здравна политика, която следва да акцентира на изграждането на иновативна и привлекателна за медицинските специалисти работна среда, адекватно заплащане и развитие на социални условия (придобивки), **т.е. политиките за задържане не следва да ограничат, а да разширяват правото на избор на хората къде да се трудят.**

Фигура 6.

Концептуален модел на примерни политики за задържане на медицинските специалисти в България



Източник: авторска

На база концептуалния модел е изведен алгоритъм за неговото приложение. Той е разписан в конкретни стъпки, които са детайлно разгледани. Най-общо за ефективното му изпълнение е необходимо спазването на следната последователност:

- ✓ **Стъпка 1.** Подготвителни дейности
- ✓ **Стъпка 2.** План за действие
- ✓ **Стъпка 3.** Изпълнение на заложените политики
- ✓ **Стъпка 4.** Мониторинг и контрол
- ✓ **Стъпка 5.** Оценка на резултатите

Цялостната **визия** на политиките за задържане на медицинските специалисти в страната следва да включва:

- ✓ **Детайлно разписани** политики за задържане, конкретни мерки, добри практики;
- ✓ **Приоритетност и последователност** на отделните политики;
- ✓ Поставени краткосрочни, средносрочни и дългосрочни **времеви срокове**;
- ✓ **Контрол и мониторинг**;
- ✓ **Отговорност** за изпълнението на съответните мерки;

Във връзка с концептуалния модел и алгоритъмът на неговото изпълнение са изведени и препоръки съответно на **национално, на регионално и общинско, както и на организационно** равнище.

Основни изводи от изложеното в **Глава 3.**:

От изложеното в тази част на дисертационния труд могат да се направят следните най-общи изводи:

1. *Очевидна е трайната нагласа на младите специалисти за реализация извън страната, както и тяхната категорична оценка, че условията са тези, които ги карат да търсят работа в чужбина.*
2. *Необходимостта от държавни политики по отношение на развитието на медицинските специалисти понастоящем нямат алтернатива. Изграждането им следва да се осъществи преди всичко:*
 - ✓ *след обстойно проучване на нагласите на медицинските специалисти;*
 - ✓ *след обстоен анализ на осигуреността, в т.ч. по региони и населени места и при включването на широк кръг заинтересовани страни – правителствени институции, университети, здравни заведения, пациентски и съсловни организации, граждани;*
 - ✓ *на основата на надежден инструмент за информационно осигуряване на политиките, за да може балансът на медицинските специалисти да бъде актуално поддържан.*
3. *Политиките за задържане не следва да се градят на принципите на забраната и санкцията, а да създават добри условия за работа, професионално израстване, достойно заплащане и социална среда.*
4. *Изпълнението на активните мерки в политиките се изгражда на принципа на споделената отговорност. В този смисъл, макар МЗ да провежда и отговаря за цялостното осъществяване на здравната политика в страната, доколкото тя изисква отпускането на допълнителни финансови ресурси и изграждането и развитието на нова социална среда, то партньорството с МФ и МТСП, с техните регионални структури и местната власт, както и всички заинтересовани страни, е задължително условие за успех.*

Проведеното дисертационно изследване позволява да бъдат изведени *следните обобщения:*

1. *Недостигът на медицински специалисти е все по-задълбочаващ се глобален проблем, включително и за страни като САЩ, Великобритания и Германия. Държави като България, характеризирани се с по-ниско заплащане на труда в сектора, влошени условия за труд и занижен жизнения стандарт, са изправени пред огромното предизвикателство да задържат своята работна сила в условията на засилената конкуренция, породена от глобализацията.*
2. *Макар множество световни и международни организации да създават общи рамки и стратегии за овладяване на недостига на медицински специалисти, те насърчават държавите да разработват национални стратегии и политики за задържане на обучените си квалифицирани кадри в сектора.*
3. *Овладяването на мобилността и миграционните процеси не би било постижимо без задълбочен анализ за функциониране на здравната система, осъзнаване потребностите както на населението, така и на медицинските специалисти, внедряване на добри практики. Планирането на човешките ресурси в здравеопазването не би било реалистично и възможно без наличието на информационна база данни, която да поддържа подробна актуална информация.*
4. *Политиките за задържане на медицинските специалисти в страната са свързани с целево финансиране и съвместна работа на всички заинтересовани страни – държавата, съсловните организации, университетите, общини и областни управи, лечебни заведения, неправителствени организации и др.*
5. *Основополагащо при създаване на политиките за задържане на медицинските специалисти в страната е създаването на подходящи условия за труд и развитие, като по този начин здравната система ще стане привлекателна за младите – по този начин свободата им на избор единствено се разширява, без да се ограничава.*
6. *Предложеният в дисертационния труд примерен концептуален модел, разписаният алгоритъм за неговото изпълнение, както и препоръките на отделните равнища се явяват инструмент за овладяване на значителна част от съществуващите проблеми и преодоляване на негативните тенденции в здравната система.*

IV. СПРАВКА ЗА ПРИНОСИТЕ В ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Представеният подробен анализ и изследване на нагласите могат да послужат като основа за вземане на обосновани управленски решения при формирането на политиките, насочени към стимулиране на медицинските специалисти за реализация в България. В изследването могат да се открият следните приносни моменти с **методологичен и практико-приложен характер**:

1. *Анализ и оценка на осигуреността със здравни кадри в България за периода 2008-2018 г., включително и сравнителен анализ.*
2. *Остойностяване на ефектите от миграцията на макро ниво чрез използване на подхода „разход-ползи“.*
3. *Изследване, обобщение и оценка на нагласите на студентите от медицинските университети и медицинските кадри от България за реализация в страната и чужбина.*
4. *Проучване и обобщение на оценката на представители на заинтересованите страни, за развитието на медицинската миграция.*
5. *Разработване на примерна концептуална рамка и алгоритъм за разработване на политики за задържане, разписан в конкретни стъпки за действие, както и препоръки на национално, регионално, общинско и организационно ниво.*

V. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Иванова, З.**, 2019. *Електронните медицински регистри – необходимо условие за ефективност и устойчивост на здравните системи*. Докторантски четения 5. Дигитално образование за дигитална администрация: линии на партньорство. Пета есенна академия. Катедра “Публична администрация”. Издателски комплекс – УНСС. София. с.45-50
2. **Иванова, З.**, 2019. *Привлекателна ли е българската здравна система за младите медицински специалисти: изследване на нагласите сред студентите от медицинските университети в България*. Здравна икономика и мениджмънт. т.19 брой 2 (72). 2019. ИК “Стено” – Варна. с.3-7 Достъпно: <http://journals.mu-varna.bg/index.php/hem/issue/view/348/showToc>
3. **Penkova, E., Ivanova, Z.** *Migration of medical staff: individual benefits and national deficits*. Journal of IMAV. Annual Proceeding (Scientific Papers). Peytchinski Publishing Ltd. – *под печат*
4. **Иванова, З.**, 2019. *Регионални политики за заетост в сферата на здравеопазване*. Здравна икономика и мениджмънт. година 19. брой 3 (73). 2019 г. ИК „Стено“ – Варна. с.3-9 Достъпно: <http://journals.mu-varna.bg/index.php/hem/article/view/6600>
5. **Иванова, З.**, 2019. *Мобилност на медицинските специалисти – предизвикателство за българската здравна система*. Здравна икономика и мениджмънт. година 19. брой 3 (73). 2019 г. ИК „Стено“ – Варна. с.10-15 Достъпно: <http://journals.mu-varna.bg/index.php/hem/article/view/6601>
6. **Иванова, З.**, 2020. *Управление на мобилността и миграционните процеси*. Докторантски четения 6. Администрация и управление: образование с хоризонт 2030. Шеста есенна академия. Катедра „Публична администрация. Катедра „Управление“. Катедра „Регионално развитие“. УНСС. София – *под печат*