24. Grebner S., Elfering A., Semmer N. et al. Stressful Situations at Work and in Private Life among Young Workers: An Event Sampling Approach. *Social Indicators Research*, 2004, 67: 11-49. 10.1023/B:SOCI.0000007333.96382.3a
25. Elovainio M., Kivimäki M., Vahtera J. Organizational Justice: Evidence of a New Psychosocial Predictor of Health. *Am. J. Public Health*, 2002, 92: 105-8.
26. Kottwitz M., Grebner S., Semmer N., et al. (). Social Stress at Work and Change in Women's Body Weight. *Industrial health*, 2014, 52. 10.2486/indhealth. 2013-0155.
27. Sparks K., Faragher B., Cooper C.L. Well-being and Occupational Health in the 21st Century Workplace. *J of Occup & Organiz Psychology*, 2001, 74(4): 489-509.
28. Hrabá J., Lorenz F., Lee G., et al. Gender differences in health: evidence from the Czech Republic. *Soc Sci Med*, 1996, 43: 1443-51.
29. Miilunpalo S., Vuori I., Oja P., et al. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol*, 1997, 50: 517-28.

Проучване на водещите фактори на работната среда и тяхното въздействие върху оператори от ВЕЦ (1991, ЦИНТИ No 83697045) и от ТУ "Софийски телефонни и телеграфни съобщения" (1991, ЦИНТИ No 83697029), изследване на психичното благосъстояние на учителите в зависимост от характеристики на работата им и личностните ресурси (ДЗ 160, НИХПЗ, 1991-1992, ЦИНТИ No 82283231). В Трудово-хигиенни проучвания на факторите на работната среда и професионалния риск за работници от прокатното производство (1993), влиянието на електромагнитни полета (ЕМП) в обекти на НУ „Радио и телевизионни станции“ (1992), Оценка на нервно-психичното натоварване и стрес свързан с работата: водещи психосоциални фактори като източници на напрежение и последствията им за благосъстоянието на: мениджърски и банков персонал (2002 г.), при кадрови военнослужещи и военни служители (2002 г.) и на работещите в: МЗ (2006 г.), НЦОЗА (2007-2008 г.), художествено-технически персонал в масмедия (2006-2007 г.), персонал от социално-здравни заведения за деца и възрастни (2000-2003, 2006 г.).

Автор

Доц. д-р Бистра Ценова, дп, НЦОЗА, София, e-mail: b.tzenova@ncpha.government.bg , e-мейл: bistratz@abv.bg

РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – ИЗМЕРЕНИЕ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА

М. Владимирова, Н. Данова, Пл. Димитров

DEVELOPMENT OF HUMAN RESOURCE FOR HEALTHCARE – DIMENSION AND CHALLENGES

M. Vladimirova, N. Danova, Pl. Dimitrov

Резюме. Глобалната стратегия за човешките ресурси в здравеопазването през 2016 г. цели укрепване на капацитета на заетите в сектора. Тя е в унисон с поставените приоритети в целите за устойчиво развитие относно подготовката и развитието на работната сила в здравеопазването, особено в по-слабо развитите страни. Продължава да се споделя острият дефицит на работната сила в здравеопазването, както и нарастващото несъответствие между потребностите на населението от търсене и предлагане на специалисти към момента и в бъдеще. В този доклад е направен кратък анализ на предвидените за целта мерки в нашата страна.

Summary. Global Human Resources Strategy in healthcare in 2016 aims to strengthen the capacity of the sector's employees. It is in line with the priorities set in the sustainable development objectives on healthcare preparedness and development in health care, especially in the less-developed countries. The acute health deficit in the workforce, as well as the growing disparity between the needs of the population from demand and supply of specialists in the present and the future, continue to be shared. This report provides a brief analysis of the measures envisaged for this purpose in our country.

Key words: human resources, health care, problems

Демографското измерение на проблема за човешките ресурси се свързва със застаряващо население и отчитане на застаряваща работна сила с недостатъчен брой млади специалисти, особено за основни специалности, които не са толкова привлекателни за тях. През последните години се наблюдава засилена миграция в рамките на ЕС и извън него. В приетата стратегия на СЗО (2013 г.) и Резолюция, в която основен акцент е образованието и квалификацията на медицинските кадри, за да се подпомогне постигането на крайната цел за универсален достъп до здравеопазване. [13, 15] За целта се разработват политики, стратегии, планове, касаещи обучението и квалификацията на специалистите на базата на цялостна оценка и подготовка на кадрите като се използват подходящи инструменти. Предлагат се поредица от мерки и в нашата страна като: изпълнение на приетите цели на хилядолетието, осъвременяване на методологията, преодоляване на консерватизма, прилагане на комплексен подход, въвеждане на мерки за превенция на негативни фактори. [1] Анализът

на актуалното състояние на работната сила в здравеопазването извежда на преден план специфични проблеми като: съществуваща международна миграция, необходимост от изработване на международни правила и норми, прилагане на мерки за превенция на риска от миграция, включително и за страните с по-слаб ръст на икономика и дефицит на кадри, както и защита на правата на тези специалисти.

На този етап е необходима промяна в политиките, след критичен ситуационен анализ, ясна визия с ключови цели в националната здравна стратегия на Р. България. Дейностите в областта на общественото здраве у нас се разглеждат като се имат предвид общите изисквания, които се поставят към човешките ресурси във всяка страна. Те включват необходимостта от планиране, обучение, постоянна квалификация, организация на труд, заплащане, мотивация, удовлетвореност и др. В Таблицата са посочени основните заинтересовани страни при планиране на човешките ресурси у нас:

Заинтересована страна (институция)	Функция
Министерство на здравеопазването	Анализ на потребностите, определяне на приоритети, изготвяне на планове, определяне на учебни бази за студентско и следдипломно обучение, обсъждане на планове за годишен прием на студенти, акредитация на лечебните заведения за обучение, определяне на видовете специалности по професионална област здравеопазване, водене на регистър на кадрите; определяне на състава на държавните комисии за специалности
Министерство на образованието и науката	Подготвя и провежда политиката по висше образование
РЗИ	Съвместно със съсловните организации проучват потребностите на региона от медицински и немедицински специалисти с висше образование и предлагат на министъра на здравеопазване броя на местата за следдипломно обучение; предоставят база за обучение на специализанти по някои от специалностите
Национални центрове по Обществено здраве	Изучават потребностите от кадри по съответния им профил, осигуряват места за следдипломно обучение, участват в разработване на програми за следдипломно обучение, извършват обучение на ученици, студенти, специализанти, докторанти, участват в държавни изпитни комисии
Медицински висши училища	Провеждат обучение на студенти, специализанти, докторанти и продължаващо обучение. Разработват програми за обучение. Осигуряват подготовка на преподаватели, осигуряват подготвени преподаватели, осъществяват интеграция на науката с клиничната практика. Осигуряват необходимото качество на обучението
Други висши училища	Подготовка на специалисти в други области, работещи в системата на общественото здраве (химици, биолози, икономисти, социални работници и специалисти и др.)
Съсловни организации	Участват в съвместни изследвания на потребностите от кадри, участват в продължаващо обучение, водят регистри на членовете си
Национална агенция по оценяване и акредитация към МС	Осигурява качеството на обучението чрез прилагането на системата за акредитация
Висш медицински съвет	Създаден въз основа на Закона на здравето

Източник: Иванова, Т. Невидимото обществено здравеопазване, с. 78, Беттапринт, 2007

Координацията на взаимодействието, както и приносът на всяка институция се осъществява чрез съответните отдели на министерствата и изброените институции [5]. Когато се анализира процесът на планиране се извършва анализ на демографското състояние, както и географското разпределение по специалности, анализ на променящите се модели на обслужване, социално-икономически показатели, оценява се дейността на лечебните и здравни заведения, с акцент на някои прогнозни разработки. В България процесът на планиране продължава се извършва на национално, регионално, локално и на ниво лечебно заведение. При анализ на географското разпределение на човешките ресурси също се наблюдават определени диспропорции – особен недостиг се отчита в малките населени и отдалечени места на ОПЛ и специалисти. Съществуват незаети практики на ОПЛ, някои обслужват прекалено голям брой лица или не съществува горна граница на записаните в практиката, по данни на НЗОК. Всички тези факти, поражат неравенства в достъпа до медицинска помощ. Определянето на компетентните, уменията, познанията на заетите в сферата на Обществено здравеопазване се определят в изискванията за придобиване

на специалност по съответната област. Тревожен е фактът по отношение повишаването на средната възраст на медицинските сестри и лекари.

Ефективното развитие на всяка здравна система зависи от броя на човешките ресурси, тяхната класификация и мотивация. [7, 8] Икономическото развитие и социалната функция са определящи за нивото на здравеопазване във всяка страна. Неслучайно СЗО определя ниският социален статус и бедността като най-значимите фактори за риска на здравето и активното им подобряване би довело до позитивен ефект върху здравето на населението. [13, 14] През последните пет години се разглежда опитът на добрите практики в областта на планирането, натрупан до момента като един от възможните варианти за опазване и подобряване на състоянието на човешките ресурси в здравеопазването. [2, 6, 9, 10] Планирането на човешките ресурси се запазва като значим въпрос. [11, 12]

За последните години актуализираната база данни по отношение на човешките ресурси като обект на наблюдение разглежда съвкупността на практикуващите медицински специалисти, работещи на основен трудов договор в лечебните и здравни заведения – лекари, лекари по дентална медицина, медицински специалисти по здравни грижи и др. Методологията на изследване е в съответствие с методическите указания на Евростат за практикуващите медицински специалисти.

По данни на НЦОЗА И НСИ, за периода 2012-2017 г. са отчетени следният брой медицински специалисти у нас [16, 18]:

Медицински персонал	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Лекари	28643	28937	28842	29073	29539	30078
Лекари по дентална медицина	6706	7247	7013	7511	8011	8355
Медицински специалисти по здравни грижи	47806	48463	48158	47428	46930	46702
Фелдшери	2456	2467	2409	2315	2255	2186
Акушерки	3291	3276	3263	3274	3254	3207
Медицински сестри	32059	32455	31917	31397	30976	30955
Лаборанти (рентгенови и медицински)	5731	5895	6003	5923	5962	5979
Зъботехници	1494	1656	1710	1663	1592	1584
Други медицински специалисти	2775	2714	2856	2856	2891	2791
Население на 1 лекар	254	250	250	246	240	234
Население на 1 лекар по дентална медицина	1086	1000	1027	952	887	844

Източник: НСИ

Данните от последният годишен доклад за състоянието здравето на гражданите (www.mh.government.bg) отчитат следното:

► Осигуреността с лекари по области варира, като най-висока е в области, в чиито центрове има медицински университети и университетски болници. Осигуреността с лекари през 2017 г. се увеличава на 42.7 на 10 000 души от 41.6 на 10 000 през 2016 г. и надвишава средните европейските показатели (ЕС – 35.1 на 10 000). Лекарите по дентална медицина също са се увеличили – 8 355, спрямо 8 011 за 2016 г.

► Най-ниска остава осигуреността на Здравно осигурени лица от Общо практикуващи лекари в РЗОК Разград. Запазва се тенденцията за най-добра осигуреност на ЗОЛ от ОПЛ в РЗОК Плевен.

► През 2017 г. известно увеличение се наблюдава при осигуреността със специалисти по здравни грижи, която

през 2016 г. е 66.1 и достига 66.2 на 10 000 души през 2017 г.

► Възрастовата структура на медицинските специалисти остава *неблагоприятна*, като увеличаващата се средна възраст увеличава риска от дефицит при пенсиониране на поколенията.

► И през 2017 г. се установяват *диспропорции* в осигуреността с медицински специалисти по области и региони, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ.

► Кадровото обезпечаване в структурите на общественото здравеопазване в страната е в крайно тежко състояние, с най-голям дефицит на лекари и други медицински специалисти.

► *Недостигът* на специалисти в сферата на общественото здравеопазване излага на риск ефективното провеждане на всички дейности, касаещи както превенцията на човешкото здраве и благополучие в частност, така и здравната сигурност на страната, както и процесите на планиране и прогнозиране.

► Липсата на достатъчно квалифицирани кадри, на места в здравната система и на съвременно лабораторно оборудване, както и адекватно финансиране на определени дейности води до значителни затруднения при изпълнение на служебните задължения и на поетите ангажменти (това касае лабораторна дейност извършвана в националните центрове) от страна на Република България по националното и европейско законодателство и международни договори и споразумения се отразява негативно на обема и качеството на извършвания държавен контрол.

През 2017 г. редът и условията за специализация се регламентират от Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, с която значително се *облекчава* достъпът и се подобряват условията за специализация.

Без съществени промени остава системата за продължаващо обучение в здравеопазването. Предвиждат се мерки продължаващото обучение да се въведе като задължителен, а не като препоръчителен елемент в системата на здравеопазването.

Феноменът миграция, залегнал в документите на СЗО [19, 15] от 2004 г. продължава да вълнува гражданите на ЕС – вътрешна миграция в самите държави – членки, както и предпочитания за работа са страни като Великобритания, Германия, Франция. Проблемът за миграцията на здравни кадри има икономически, професионални, дълбоко човешки и емоционални последици и е присъщ на всички страни от Европейският регион. На този етап липсват точни данни за емиграцията, както и система и ресурси за наблюдаване на явлениято, в това число и за реализацията на здравните кадри в чуждите здравни системи и на завърналите се от емиграция в нашата страна. България издава удостоверения на лицата, придобили професионална квалификация по медицинска професия в България, които желаят да упражняват професията си в друга страна – членка на ЕС и съхранява тези данни. Същевременно сертификатите носят информация само за намерения за емиграция. Все още остава отворен въпросът на колко от лицата, на които е издавано удостоверение, действително отиват в друга държава, получават признаване на професионалната си квалификация и започват работа по специалността си. В това отношение представената статистическа информация е изключително полезна и навременна. Министерството на здравеопазването е компетентен орган за признаването на професионална квалификация по регулираните медицински професии. През 2016 г. са издадени 68 удостоверения за признаване на професионална квалификация и специалност в областта на здравеопазването.

През последните 10 години е налице благоприятна тенденция за *намаляване* броя на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „лекар“ и „медицинска сестра“ в чужбина на български граждани. Според статистиката през 2016 г. са издадени само 258 удостоверения, необходими за упражняване на професията в чужбина на лекари – български граждани, завършили в Р. България. Посоченият брой е по-малък от броя на издадените удостоверения на лекари – български граждани през предходните години – 364 за 2015 г., 411 за 2014 г., 428 за 2013 г., 495 за 2012 г., 524 за 2011 г., 585 за 2010 г., 492 за 2009 г., 655 за 2008 г. и 594 за 2007 г.

През 2016 г. са издадени само 181 удостоверения, необходими за упражняване на професията в чужбина на медицински сестри, завършили в Р. България. За сравнение в периода 2011–2015 г. са издавани между 280 и 356 удостоверения, а в периода 2007–2010 г. – между 426 и 687 удостоверения.

Регионалните здравни инспекции (РЗИ) играят основна роля за изпълнение на здравната политика на страната за защита здравето на гражданите. В тези структури неколккратно е оптимизирана дейността. В отделите и дирекциите по надзор на заразни и паразитни болести с ресурсната обезпеченост (кадрите) е 18% под необходимия брой със средна възраст на лекарите 46–68 г. и в повечето РЗИ има по един лекар епидемиолог. Липса на мотивация за постъпване на работа се наблюдава и в РЗИ на млади специалисти.

Нерешени проблеми у нас са:

► Тревожна тенденция на намаляване на фонд работна заплата и непроменени регламенти. Острият недостиг на специалисти по общественото здравеопазване и оборудване излага на риск провеждането на всички дейности като превенция, благополучие в частност, така и дейности с различно ниво на дейност и отговорност в България и в чужбина.

► За 2017 г. са установени регионални диспропорции, свързани с неравенства в достъпа до медицинска помощ. Все още влияние на корупция върху развитието на кадрите (образование, професионална реализация, удовлетвореност, специализация).

► Голям размер на нерегламентирани плащания, което ограничава достъпа на определени групи от общността. Засилено недоволство сред потребителите на здравни услуги. Въведените лимити в болничната и до болничната медицинска помощ не съдействат за обвързване на доходите на медицинския персонал.

► У нас все още няма финансови стимули за дипломираните лекари, както е много европейски страни (кариерното развитие и размера на възнагражденията не е пропорционален). Това се отнася и за останалите регулирани медицински професии, а за някои от тях, дори съществуват ограничения при надграждащо обучение – помощник фармацевт – магистър фармацевт и др. специалности от Медицинските колежи. Би могло да се помисли за промени в Закона на здравното осигуряване. Лицата не могат да го откажат или да ограничат участието си в задължителното здравно осигуряване, като все още ролята на доброволното здравно осигуряване е подценявана. Някои го свързват със забавяне на процеса на монополизирането на НЗОК;

► Факторът натоварване на специалистите от системата по общественото здраве е налице.

► Отлага се анализ на нормативната уредба на управлението.

► Засилени са здравните неравенства.

► Необходимо е приемане на дългосрочна инвестиционна политика както и приемане на национална програма по осигуряване на кадрите.

Стратегически мерки

Национална здравна стратегия *2014-2020

В нея са залегнали основни задачи, свързани с човешките ресурси в здравеопазването, залегнали в политиката на СЗО, Здраве 2020, Европа 2020 – Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж, Национална програма за развитие – България 2020. [17]

Предвижда се усъвършенстване на нормативната база за по-пълно синхронизиране на нормативните документи с европейското законодателство и ефикасен контрол върху прилагането им. Цели се постигане на консенсус, прозрачност, взаимна обвързаност, която да доведе до внедряването им. Планирана дейност в стратегията е „Осигуряване на човешки ресурси в здравеопазването, които да удовлетворят настоящи и бъдещи здравни потребности на хората, основно чрез подобряване качеството на медицинското образование, професионалните знания и умения на работещите в системата. Очаква се чрез въвеждане на единна интегрирана система за електронно здравеопазване, както и чрез прилагане на медицина, основана на доказателства да се преодолеят все още съществуващите слабости.

Изключително важно е международно сътрудничество по въпросите на работната сила в здравеопазването, основаващо се на обща терминология и показатели, на достоверни и сравними резултати и предполагащо наличие на единни индикатори за оценка на качеството на специалистите в здравеопазването. Тук е важна ролята на ЕС както в процесите на планиране, обучение, следдипломна квалификация и продължаващо обучение, така и по въпросите на мобилността на кадрите на различни нива.

Проект „Специализация в здравеопазването“ (2016) подкрепя лица започнали специализация по медицина и дентална медицина да продължат обучението си чрез допълване на мерките за подкрепа на продължаващото обучение, което облекчава достъпът до специализация. [17] Продължаващото обучение има пожелателен характер, но би могло да премине в задължително.

Проект Съвместно действие „Планиране и прогнозиране на човешките ресурси в здравеопазването“ (2013-2016) е съфинансиран и подкрепян от Европейската комисия в рамките на Програмата за обществено здраве на Европейския съюз. (16) Негова цел е да се подобри планирането и прогнозирането на работната сила в областта на здравеопазването чрез споделяне на информация, опит, както и прилагане на добри практики. Основната задача на проекта е да се създаде платформа за сътрудничество, обмен и подкрепа между европейските държави-членки с цел предприемане на ефективни и устойчиви решения за преодоляване на очаквания недостиг на специалисти в здравеопазването на национално и европейско ниво.

Проект SEPEN(09.2019 и в момента) –EU Health Workforce Network Update; Чрез него се цели да се подкрепя експертната мрежа за планиране и прогнозиране и се продължи диалога на всички заинтересовани страни по този проблем.

Проблемите с човешките ресурси в здравеопазването няма да загубят своята приоритетна роля, защото здравното състояние е от основно значение не само за благополучието на гражданите, но е и важен фактор за бъдещия икономически просперитет на всяка страна, а ефективното функциониране на здравната система зависи от човешките ресурси, тяхната квалификация и мотивация. [19]

Заклучение

Достъпността, сравнимостта, изчерпателността, съвременността на информацията за човешките ресурси не са достатъчно задълбочени и все още затрудняват процесът на вземане на управленски решения.

Новите предизвикателства пред България са свързани с продължителността на живота, недостатъчна работна сила, тревожни поведенчески фактори, бързо застаряващо население, ниски разходи за здравеопазване, които оказват влияние върху устойчивостта на здравната система. България се нарежда на предпоследно място (пред Литва) по най-ниската продължителност на живот в сравнение със страните в ЕС. Работната сила е изправена пред тежък недостиг, постоянен проблем с миграцията, (специалистите в сферата на здравеопазване мигрират в други страни в търсене на по-добри перспективи за кариерно развитие и заплащане). Не на последно място по значимост са големите регионални различия в разпределението на общопрактикуващи лекари и медицински сестри. Прилагането на инструментите, политиките и механизмите изразяват готовността на органите, вземащи решения у нас да прилагат приетите най-нови документи на СЗО и ЕК. В Националната ни Здравна стратегия политика номер три е осигуряване на човешки ресурси в здравеопазването. С приемането и прилагането на Глобалната стратегия за развитие на човешките ресурси в здравеопазването 2016 (трудова ресурси 2030) се очаква да се подкрепят националните здравни политики на страните членки за да се гарантират в дългосрочен план достатъчно човешки ресурси, в резултат на комбинация от уменията им и укрепване на тяхното сътрудничество.

Библиография

1. Владимирова К., М.Атанасова, Гъвкавост и управление на човешките ресурси при кризи, с.39,64-65;
2. Владимирова М., Н.Данова, А.Марчева, Планиране на работната сила в здравеопазването, кръгла маса, София, Съвременни планови практики в България –проблеми и предизвикателства; с.119 – 120;
3. Доклад на ЕК за България за 2017, включващ задълбочен преглед отнотносно предотвратяване и коригиране на макроикономическите дисбаланси и резултати от задълбочените прегледи в съответствие с Регламент (ЕС)N1176/2011, COM(2017)90;
4. Иванова Т. Невиждомото Обществено здравеопазване, С., 2007, 77-79;
5. Здравеопазване 20017, НСИ и НЦОЗА, www.nsi.bg/bg/content/15924, с.5, с.62;
6. Комитов, Г., С.Генев, Мениджмънт на ресурсите – приоритет на здравната реформа, София, 2009, с.138-139;
7. Политики на ЕС:Обществено здраве, Европейска комисия, Служба за публикации на ЕС, 2016
8. Регламент (ЕС)N282/2014 на европейският парламент и на съвета от 11 март 2014 г. за създаване на трета програма за действие на Съюза в областта на здравето (2014-2020) и за отмяна на решение N 1350/2007/ЕО(OJ L86, Vol 57 of 21march 2014).
9. Шиплет М., Съвременно управление на човешките ресурси, София, ИПА, 2005, с.54-56
10. Шипова, Л.С. О, Управление здравеохранение, 2-3, 2012, с.15-31;
11. Bjorkman, J. J. Nemec, Health reforms in Central and Eastern Europe, Health reforms in BG, Eleven, 2013, p.53-54;
12. Strike A., Human resources in Health care: A Manager's Guide, p.116-118;
13. WHO, Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel WHA 63.16, 21. may.2010 A 63/VR/8
14. WHO, WHA 69.19 Global strategy on human resources for health: workforce 2030, sixty-ninth world health assembly, 28.may.2016, A 69/VR/8
15. WHO, 2014. Transforming the Health workforce in Support of Universal Health Coverage: A global toolkit for evaluating health workforce education, Report of the 3rd meeting 1-3.07.2014
16. www.ncpha.government.bg; 17. www.mh.government.bg;
18. www.nsi.government.bg; 19. http://healthworkforce.eu/join-our-network/

Автори

Гл. експерт Милена Владимирова, дм; доц. д-р Наташка Данова, дм; Проф. д-р Пламен Димитров, дм – НЦОЗА