

УСТОЙЧИВОСТ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Милена Владимирова

Дирекция „Промоция на здраве и превенция на болестите“, НЦОЗА

SUSTAINABILITY OF HUMAN RESOURCES IN HEALTHCARE

Milena Vladimirova

Department “Health Promotion and Prevention of Diseases”, National Centre of Public Health and Analysis

РЕЗЮМЕ

В доклада се подчертава актуалността на проблема за човешкия ресурс и неговата устойчивост в глобалното здравеопазване и у нас. Основната цел е да се акцентира на важни въпроси за състоянието на човешките ресурси като остър недостиг на медицински сестри и лекари по някои клинични специалности, както и регионални различия, миграция и др.

Материал и методи: Приложени са документален метод и описателна статистика.

Резултати: Извършена е оценка на ролята на изпълнените мерки по отношение на човешките ресурси в национални и европейски документи за периода 2015-2020 г. През последните години се повиши осведомеността за критичната роля на човешките ресурси за укрепване на ефективността и устойчивостта на здравната система в посока подобряване на резултатите за здравето на населението.

Заключение: Необходими са последващи действия – правно-нормативни, икономически, социално-психологически и други от страна на Министерството на здравеопазване, общини, централна и местна власт, както и участието на всички съсловни организации.

Ключови думи: модернизация на човешките ресурси, устойчивост, резултати от здравни политики

SUMMARY

Abstract: The report highlights the urgency of the human resource problem and its sustainability in the global healthcare and at home. The main goal is to highlight the issues about the state of human resources as an acute shortage of nurses and doctors in some clinical specialties, as well as regional differences, migration and other.

Aim: The purpose of the article is to present the diversity of health professions, the distribution of the global health workforce, and the deficits impeding the accessibility of health care among the global population.

Material and methods: Documentary method and descriptive statistics are applied.

Results: An assessment of the role of the implemented measures in terms of human resources in national and European healthcare documents for the period 2015-2020 was carried out. In the recent years the awareness about the critical role of human resources has increased in strengthening the effectiveness and sustainability of the health system in the direction of improving the health outcomes of the population. **Conclusions:** Follow up actions are necessary – legal and normative, economic, social-psychological and others from the ministry of Health, municipalities, central and local authorities, as well as the participation of all professional organizations.

Conclusion: Follow up actions are necessary – legal and normative, economic, social-psychological and others from the ministry of Health, municipalities, central and local authorities, as well as the participation of all professional organizations.

Key words: modernization, health resources, sustainability, results of health policies

Въведение

Общата цел на здравните стратегии в нашата страна и в чужбина е свързана с: осигуряване на наличност, достъпност, приемливост и качество на работната сила чрез адекватни инвестиции и прилагане на ефективни политики на регионално и глобално равнище за осигуряване на здравословен начин на живот във всички възрасти и насърчаване на справедливо социално-икономическо развитие чрез достъп и възможности за работа. Потвърждава се остра необходимост от нов подход към инвестициите в системата на човешки ресурси в здравеопазването [23,24,14,17]. Поставят се нови изисквания към характеристиките на работната сила в здравеопазването, породени от новите предизвикателства, пред които е изправена

здравната система – засилена конкуренция на пазара на здравни услуги, навлизането на чужди инвеститори, реструктуриране на собствеността, зелени работни места. Здравеопазването е отрасъл с висока трудоемкост и един от най-големите икономически сектори в ЕС, като на него се падат около 17 млн. работни места (8% от всички работни места). [15, 16, 27, 28, 29] Устойчивостта на системата на здравеопазване е свързана с процеса на развитие на човешките ресурси и модернизацията им.

Ефективност на системата на здравеопазване се отъждествява с развиване на аналитичен и експертен потенциал в сферата на управлението на здравеопазването, което е свързано с недостига на специалисти в областта на медицинската

статистика, управление на риска, оценка на въздействието.

Необходими са инвестиции по отношение на квалификацията на човешките ресурси, както и преодоляване на непрекъснато възникващи структурни проблеми, свързани с недостига им и регионалните дисбаланси, както и неравенството в достъпа [2,4,11,12,14]. Неслучайно в европейските страни се дискутира и изследва въпросът за преодоляване на т.нар. “медицински пустини“, който засяга все повече региони в целия Европейски съюз, включително и България.

Препоръчително е да се преодоляват и проблемите, свързани с ниската здравна култура на определени групи от населението и промоция на здраве.

Независимо че се подчертава значителната роля на човешките ресурси за функционирането на здравеопазване, все още в нашата страна до момента не е приета специална стратегия за развитие на човешките ресурси в здравеопазването.

Цел на настоящото изложение е да направи преглед на изпълнените в България мерки по отношение на човешките ресурси в здравеопазването от национални и европейски документи за периода 2015-2020 г.

Състояние и устойчивост на човешките ресурси в здравеопазването

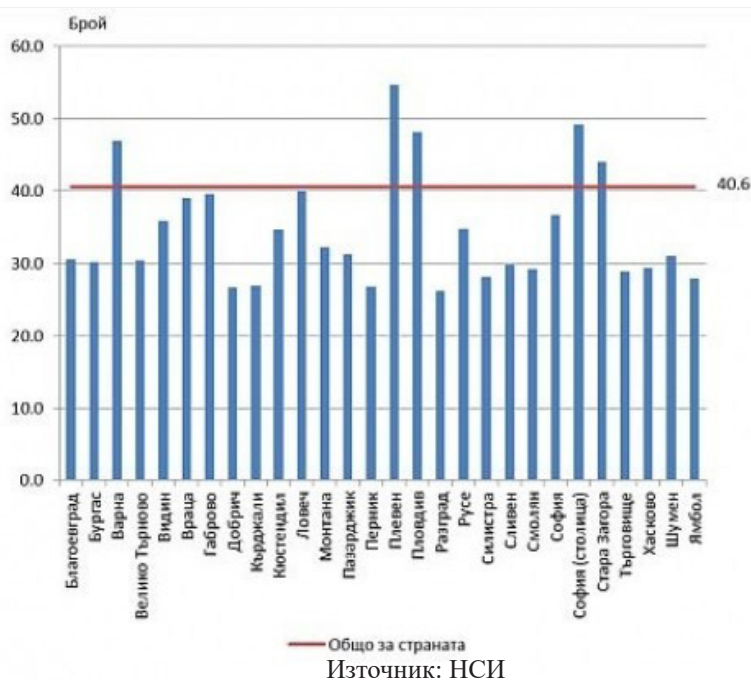
Хората са основният активен ресурс във всяка социална система [5,6,7,8]. В здравеопазването те имат най-важно значение за функциониране

и постигане целите на системата. От броя, вида, професионалната компетентност, както и териториалното разпределение на човешките ресурси в най-голяма степен зависи достъпът на населението до медицинска помощ, степента на задоволяване на потребностите му, качеството и ефективността на медицинските дейности [2,8,10,11]. Затова пред централната и местната власт, мениджърите на лечебни заведения стои приоритетната задача за осигуряване на достатъчен брой и квалифициран медицински персонал, с оглед задоволяване на потребностите на населението с качествени здравни услуги.

Прогнози от проведено проучване у нас от „Галъп интернешънал болкан“ от 2021 г., свързано с Индекс на болниците, посочват, че в следващите от 1 до 5 години се очаква сериозен дефицит на кадри, който ще доведе до редукция на дейността на лечебните заведения, които са участвали в анкетата. Акцентът е върху свръхнатоварването на сестрите, както и на недостига на лекарите по определени специалности [26].

По данни на НЗОК и НСИ броят на практикуващите лекари в първичната медицинска помощ постепенно, но трайно намалява [25]. Причините за намалението на броя на лекарите и за нарастване на незаетите практики се коренят във все по-трудните условия на работа, големия обем задължения, недостатъчното заплащане, разпадането на транспортната мрежа до малките населени места, съкращаването на обществения транспорт, административния натиск, непрекъснатите реформи и др.

Фигура 1. Брой лекари на 10000 жители по градове (2015-2016)



Териториалните диспропорции на общопрактикуващите лекари, водещи до очевидни трудности в обслужването на населението и все по-труден достъп, са обект на критики и дебати. Поради търговския характер на регистрацията лекарите сами избират къде да работят, за да оцелеят финансово. По тази причина усилията за решаване на проблема с покритието с първична помощ се свеждат до дебати за увеличение на финансовите средства. Към 31.12.2020 г. общопрактикуващите лекари в първичната помощ представляват 13,5% от всички практикуващи лекари в страната [25,28,34,35].

За лекарите от клинични специалности, съгласно Националната здравна карта от 2018 г., необходимият брой на 100 000 души население и средният брой лекари, сключили договор с НЗОК, съвпадат само в три области: Видин, Плевен и Стара Загора. В останалите 25 области медиците в първичната помощ са под необходимия брой. В областите Габрово, Кюстендил, Ловеч, Монтана, Перник и Шумен незаетите места са най-малко спрямо необходимите. Според проучване от 2019 г. 1/3 от лекарите, работещи в специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП), работят и в лечебните заведения от болнична помощ в рамките в същото или друго населено място [11].

Установява се, че достъпът до медицинска помощ (преглед от личен лекар или преглед по спешност) е много по-лесен и бърз в България отколкото дори в страни с отдавна утвърдени здравни системи (Великобритания, Канада). Проблем има със специализираната помощ, тъй като талоните направления за този вид помощ имат лимити, предоставят се в определени дни и често в редица райони на страната липсват точните специалисти. Например онколозите у нас са под средния брой за страните от ЕС, което възпрепятства и усложнява превенцията, профилактиката, лечението. Закъснялото диагностициране на пациенти с такива сериозни заболявания води до прилагане на по-тежки терапии. Отчита се и недостиг на патолози – средно на 100 000 души от населението те са под средния брой за ЕС – за 2015 г. в ЕС са 6,6, докато за България са 4,61 [1, 33, 34].

Липсата и недостигът на лекари по вътрешни болести води до намаляване на достъпа до диагностика и лечение на широк кръг заболявания (белодробни, сърдечни, стомашно-чревни и др.): за ЕС те са 27,6, докато за България за 2015 г. са 18,8 на 100 000 души от населението (данни на Евростат, специалисти по вътрешни болести на 100 000 души от населението на България и ЕС за периода 2010-2015 г.). Това затруднява навременната диагностика и повишава риска от съпътстващи заболявания, от намаляване на обема дейности, загуба на работоспособност и др.

За медицинските сестри се отчита остър

недостиг [6, 22, 24]. За нормалното протичане на лечебния процес е необходимо съотношението лекар/медицинска сестра да е средно 1 към 2, докато в България е 3 към 1. У нас професията медицинска сестра губи авторитетната си роля и е една от най-ниско заплатените медицински професии. През 2019 г. след поредица масови протести на съсловието, с подкрепата на Европейския съюз на медицинските сестри се наблюдава лека промяна в Колективния трудов договор и съответно във възнагражденията, но постигнатото все още е крайно недостатъчно. През последните години, в резултат на недостига им, обичайна практика е особено във ведомствените болници в София медицинските сестри да работят на последващи дежурства в по две или три отделения, за да се изпълнят критериите за нивата на компетентност на лечебните заведения, което води до свръхнатоварване и демотивация.

Различно е положението при акушерките и стоматолозите. При тези два вида медицински специалисти България се доближава до другите европейски страни. За акушерките – средно 2 на 100 000 души, а за лекарите по дентална медицина са около 4 на 100 000 души. По този показател България е в първите три места в ЕС [4, 19, 22, 29, 31, 32].

Необходими са последващи действия – правно-нормативни, икономически, социално-психологически и др. от страна на Министерството на здравеопазването, общини, централна и местна власт, както и участието на всички съсловни организации.

Правата и отговорностите на работната сила в здравеопазването у нас са защитени чрез законовата уредба. Приетите наредби за добра медицинска практика, за щатните разписания в Центровете за спешна медицинска помощ, за делегирани права на здравния медиатор, за различните съсловни организации, за нови изследвания, с цел по-добро здраве, промяна в Наредбата за специализация са добри примери за усъвършенстване на нормативната база, упражняването на медицинските професии и удовлетвореността на самите работещи в здравната сфера [31, 32, 33].

Мерки от Националната здравна стратегия за устойчивост на човешките ресурси в здравеопазването

Мерките в проекта на Националната здравна стратегия 2021-2030 г. за реализиране на политиката за осигуряване на човешки ресурси в здравеопазването са в следните посоки [32]:

Въвеждане на единна информационна система за регистрация и мониториране на персонала в здравеопазването, тъй като само при

надеждна и достъпна информация могат да се вземат правилните решения за осъществяване на конкретни мерки и действия, свързани с обективната действителност, респ. да бъде провеждана и реализирана адекватна политика за осигуряване на необходимите медицински специалисти. Достъпната информация осигурява и възможност за по-конструктивно публично обсъждане и прозрачност на взетите решения.

Посочените предизвикателства изискват инвестиции в медицинското образование и професионалното обучение, които осигуряват обща фундаментална подготовка и базови знания и умения, приложими в здравеопазването. Съществена особеност е обучението на медицинския персонал да е обвързано със здравните потребности на населението и необходимостта от осигуряване на оптимално отношение между отделните категории медицински персонал. Във връзка с това от 2017 г. е увеличен приемът на студентите по специалност „Медицинска сестра“, както и броят на учебни заведения за обучение, включително и укрепване на филиали на медицинските университети. Създават се възможности за пълноценно реализиране на потенциала на медицинските сестри и по-широкото им включване в медицинското обслужване (възможност за осъществяване на специфични дейности и услуги, свързани с дългосрочни грижи, палиативни грижи и др.)

Инвестиции в следдипломното обучение, което осигурява придобиване на специализирани професионални знания, умения и компетентности, свързани с медицинската професия или специалност, както и придобиване на нови умения (технически, организационни, в мултидисциплинарен екип, излизащ извън рамките на биомедицинския подход, изграждане на партньорства и др.).

Само количественото осигуряване на медицинските специалисти все още не означава предоставяне на качествени здравни услуги

Друга съществена мярка е актуализиране на учебните програми на висшите училища, насочено към разширяване на практически умения с приоритет към основните здравни проблеми и съвременните здравни технологии. Утвърждават се местата за специализация, финансирани от държавата по специалности, които отчитат негативни тенденции. Създават се възможности за повишаване на квалификацията на персонала в областта на спешната, психиатричната и педиатричната помощ, дългосрочни здравни грижи, донорство и трансплантация. Работи се

за създаване и на условия, включително чрез въвеждане на финансови стимули, за работа на медицински специалисти в райони с установен недостиг на специалисти [1,2,3,10,32].

През последните години се повишава осведомеността за критичната роля на човешките ресурси и тяхната устойчивост за засилване на ефективността на здравната система в посока подобряване на резултатите за здравето на населението.

Модернизация, устойчивост, работна заплата

Модернизацията и устойчивостта на здравните системи в развитите европейски страни, както и в средно развитите страни като България, е насочена към оптимизиране на съществуващите модели на здравно обслужване на индивидите, подобряване качеството на здравните услуги и ограничаване ръста на разходите за здравеопазване. Това води до методологични и структурни промени и подобрения, които не засягат утвърдените принципи на действащите здравеопазни системи [12,13,14,15,16,17,20,21,22].

Като основен проблем в процеса на модернизация и устойчивост на човешките ресурси в здравеопазването се извежда постигането на оптимален баланс между нарастващите здравни потребности на населението и задълбочаващите се ограничения на ресурси (материални, финансови и човешки) за здравеопазване. За неговото решаване се предприемат стъпки и действия в следните насоки: ефективност в управлението и възнаграждението на медицинските екипи.

Специфично за нашата страна е минималното ниво на заплащане, което фигурира в Колективния трудов договор за сектор „Здравеопазване“. Работната заплата се договаря и се определя от размера на минималната работна заплата у нас. Често има периоди на разногласия между участниците в процеса на договаряне. Работната заплата е структуроопределящ елемент на цената на труда [9,10,11,28,29,30,31,34].

В частния сектор на здравеопазването средните годишни заплати на заетите по трудово и служебно правоотношение по икономически дейности и сектор „Хуманно здравеопазване и социална работа“ са по-високи от наетите в публичния здравен сектор за периода 2016-2020 г.

Здравеопазването е силно зависимо от качеството и количеството на заетите човешки ресурси, за разлика от останалите сектори.

Въпросът за разходите в здравеопазването е предмет на множество изследвания. Например в актюерски модел (прогнозен модел) в

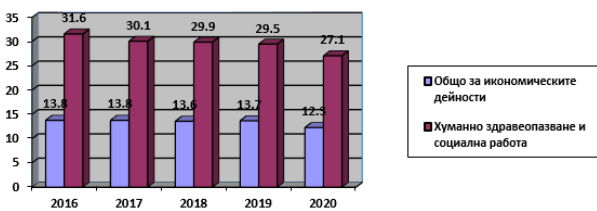
Консултантска програма за финансиране на здравеопазването от 2015 г. се посочва, че ръстът на разходите за здравеопазване е съчетание на увеличени цени и обеми, които трябва да бъдат разделени, за да правят прогнози [35].

Таблица 1. Средна годишна заплата на наетите лица по трудово и служебно правоотношение по икономически дейности и сектори за периода 2016-2020 г.

Икономически дейности	Общо за икономическите дейности			Хуманно здравеопазване и социална работа		
	Общо	Обществен сектор	Частен сектор	Общо	Обществен сектор	Частен сектор
Година						
2016	11379	11772	11257	11769	11160	13504
2017	12448	12789	12344	12723	11929	14879
2018	13755	13884	13717	13962	12978	16573
2019	15209	15522	15114	15347	14372	17886
2020	16687	17239	1650	17009	16233	19163
2021 (предварителни данни)	18608	20087	18120	21384	20543	23858

Източник: НСИ и собствени изчисления

Фигура 2. Динамика на заплащане по дейности за периода 2016-2020г. (в %)



Източник: НСИ и собствени изчисления

Съществува и разлика в заплащането по пол:

Таблица 2. Средна годишна заплата на наетите лица по трудово и служебно правоотношение по икономически дейности и пол за периода 2016-2020 г.

Икономически дейности	Общо за икономическите дейности			Хуманно здравеопазване и социална работа		
	Общо	Мъже	Жени	Общо	Мъже	Жени
Година						
2016	11379	12650	10098	11769	16882	10409
2017	12448	13828	11043	12723	17980	11317
2018	13755	15257	12213	13962	19575	12459
2019	15209	16845	13528	15347	21459	13703
2020	16687	18339	14967	17009	23190	15322

Източник: НСИ и собствени изчисления

Като първа стъпка в този процес е необходимо да се направи оценка и на специфичния ценови индекс в сектора „Здравеопазване“. Това се налага, тъй като голяма част - между 50 и 70% от разходите в здравеопазването, се изразходва за заплати, а останалите 30-50% са за оборудване, медицински стоки, съоръжения. С нарастването на заплатите и други производствени разходи в икономиката се появява необходимостта същите да бъдат прехвърлени на потребителите под форма на по-високи цени или това е частично компенсирана повишена производителност. Колкото по-нисък

е темпът на повишаване на производителността, толкова по-голямо трябва да бъде ценовото увеличение. Следователно браншовете от сектора на услугите като здравеопазване, които не могат да се възползват от повишена производителност на капитала за разлика от производствените браншове, са с присъщи или структурни нива на инфлация в икономиката или т.нар. ефект на Баумол. Изследователи са изчислили ценови индекс. Базовото предположение е, че заплатите представляват 70% от сметката на здравеопазването. Направена е симулация с 50% тежест на заплатите. България е страна със средни доходи и е предложено разпределение 60% заплати и 40% цени. Инфлацията в медицината е приета за по-висока с 1% спрямо индекса на потребителски цени.

Като цяло работната сила в здравеопазването у нас разполага с 200000 души по-малко отколкото през 2008 г. Регионалните различия на пазара на труда продължават да са значителни [30, 31].

От друга страна, от 2013 г. до момента намалява дисперсията по райони на равнищата на възнагражденията. През 2017 г. възнагражденията в някои райони (Видин и Благоевград) все още представляват по-малко от половината от равнищата в София, а процесът на догонване е бавен.

Голямото неравенство в доходите до 2021 г., както и големият брой хора, изложени на риск от бедност, показват необходимостта от политики за „активно приобщаване“, чиято цел е да се даде възможност на всеки гражданин да работи и да участва пълноценно в обществото. Тази закономерност се отнася и за човешки ресурси в здравеопазването [10, 15, 17, 18, 22, 31, 34].

Както в нашата, така и в европейските здравни системи, съществуват редица нерешени проблеми, които понижават ефективността и оказват влияние върху нейната устойчивост [15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24]. С увеличаване броя на застаряващото население се повишава търсенето на медицински услуги. Разходите за предоставяните здравни услуги се финансират чрез увеличение на здравните вноски и в по-малка степен за сметка на бюджета, което създава значителни финансови затруднения. Същевременно номиналните разходи за здравни услуги се увеличават, но резултатите не се подобряват съществено. Поради това ефективността и устойчивостта са приоритетен проблем в целия регион. Европейските страни са започнали реформи, които се основават на принципите за справедливост, ефективност и солидарност, които и българската държава е възприела и прилага. На практика те са подчертани във всички прилагани стратегически документи у нас и в Европа, но има какво да се коригира и променя, за да се удовлетворят всички човешки ресурси в здравеопазването или възприетият термин в Европа (workforce in

healthcare).

Подборът, ролята и развитието на човешките ресурси в здравеопазването и управлението им налагат системност и многофункционалност. Все още са оскъдни обобщените анализи по проблема, а те са необходими за вземането на правилните решения за изграждането на стабилни здравни системи и конкурентоспособни човешки ресурси.

Изводи и заключение

В последните петнадесет години започна да се оформя един унифициран, по-общ модел на здравни политики и системи, който илюстрира и тенденцията към тяхната глобализация. В същото време глобалният подход към реформите не означава подценяване или отричане спецификата на националните здравни проблеми и системи. Като общ приоритет се запазва гарантираното право на здраве и здравни грижи. Въпреки това се признава, че правото е по-скоро дефинирано като политика и по-малко реализирано като практика. Друга глобална тенденция в здравните политики се очертава увеличението на разходите за медицинско обслужване без достатъчно доказателства за постигането на по-високи здравни резултати. Това води до засилена обществена неудовлетвореност от нарастващи разходи за здравно обслужване и неговата незадоволителна ефективност. По тази причина правителствата продължават да търсят решения на въпроса как в условията на нарастващи разходи, породени от новите заплахи (пандемии, рецесии, военни конфликти), да се постигнат по-добри резултати от здравните политики и услуги. Затова те се ориентират към общи подходи и решения за по-висока ефективност на предлагането на здравни услуги.

Очертаните проблемите на човешките ресурси в здравеопазването в Република България са свързани главно с: регионални диспропорции, поражащи неравенства в достъпа до медицинска помощ; ниска осигуреност с медицински сестри и неблагоприятно съотношение между медицински сестри и лекари; тенденция за намаляване броя на специалистите по някои специалности (анестезиология и интензивно лечение, педиатрия, нефрология, акушерство и гинекология, инфекциозни болести, клинична патология и др.); незаети лекарски практики, особено в отдалечените райони на страната; намален прием на студенти в медицинските университети, което заедно с очакванията за засилване на емиграция води до недостиг на кадри; съществуващи финансови и организационни трудности при професионалното и кариерното развитие; неадекватно ниско заплащане на труда; по-нисък престиж на професията в сравнение с други страни; негативен образ на

общопрактикуващия лекар; липса на оптимални условия на труд. Членството на България в ЕС и правната уредба, свързана с директивата за свобода на движение на стоки, услуги, капитали и хора в известна степен засилва и миграцията, която доведе до сериозни проблеми с недостига на медицински специалисти и у нас, и в останалите държави, което се отразява на устойчивостта на работната сила в здравеопазването у нас.

Въпреки опитите да се налагат и определят критерии за справедливо разпределение, които да сведат неравенствата между регионите до минимум, у нас все още са значими различията в социално-икономическото развитие между отделните райони на планиране. Запазва се тенденцията на значими неравенства в здравното състояние и обслужване на населението, живеещо в градовете и селата. Особено изразен е дефицитът на човешки ресурси в определени региони, което потвърждава неравномерното разпределение; особено по време на извънредни ситуации, като с COVID-19 се натъкваме и на друг факт - недостатъчна мотивация на медицинския персонал за пренасочване.

В Международната година на здравните работници 2021г. изследванията по отношение устойчивостта на човешките ресурси, периодичните анализи, добавените стойности на проектните инициативи, свързани с темата, прилагането на Глобалния код за международно набиране на медицински персонал допринасят за нарастването на значението на работната сила, която трябва да отговаря на съвременните повишени изисквания към нея [19, 22, 24].

Възниква необходимост от въвеждане на механизми за привличане и задържане на медицински персонал, в това число и подобряване на условията за работа и заплащане. Достъпът до добро здраве и благополучие е немислим без устойчива здравна система и модернизирано здравеопазване.

Литература:

1. Аналитичен доклад, Конвергентна програма 2021-2027, с.1038-1061;
2. Валентинова, Цв., Недкова-Миланова, В. Фактори, повлияващи мотивацията за работа на общопрактикуващите лекари“, *Обща медицина*, том 20, бр. №1, 2018;
3. Владимирова, М., П. Димитров, Н. Данова, Г. Цолова, Укрепване на капацитета на работещите в системата на здравеопазване, Сборник с доклади от Юбилейна Научна конференция „Нови подходи в Общественото здраве и здравната политика“, Факултет Обществено здраве, Медицински университет - Плевен, 11.2020.г. с. 210-214;
4. Доклад на ЕК „Бъдещи умения и компетенции на работна сила в здравеопазването в Европа“, 2016; http://portal.healthworkforce.eu/wpcontent/uploads/2016/06/JAHWF_WP6_D062-Future-skills-and-competences-of-the-healthworkforce-in-Europe-Final-May-2016.pdf
5. Захов, Вл. Стратегии и модели на управление на човешките ресурси в Лечебните заведения, Симелпрес, С., 2011;
6. Иванова, В., „Недостиг на 30000 медицински сестри“, кръгла маса „Пандемията от Covid-19 и влиянието ѝ върху жените-медицински специалисти в здравеопазването“

- м.септември 2021г., КНСБ;
7. Иванова, Т. Невидимото обществено здравеопазване. Бетапринт, 2007, с.78;
 8. Кафеджиева, Е. Планиране на човешки ресурси в здравеопазването, Българско списание за Обществено здраве, 2015, С., с.16-20;
 9. Марчева, А., А. Розенблум. Икономика и управление на услугите. Свищов, АИ „Ценов“, 2016, с.132-140;
 10. Марчева, А., Владимирова, М. Човешки ресурси в здравеопазването (2009-2019), В: „Икономиката на България. 30 години след началото на промените“. Свищов, АИ „Ценов, 2020, с. 35-42;
 11. Павлова, Г., Владимирова М. Мотивация на болнични лекари за работа в СИМП. Въздействие върху здравната система, 96-104стр., 44-та сесия, конференция, ИНГА, 25.11.2019, Контакт 19-44NTS-2.pdf
 12. Шиплет Майра., Съвременен управление на човешките ресурси, Институт по Публична администрация, 2005, с.54-56;
 13. Applying elicitation methods to robust workforce planning <http://www.horizoncanning.org.uk/publications/elicitation-methods-applying-elicitation-methods-to-robust-workforce-planning/>
 14. Armstrong, M. (2006) A Handbook of Human Resource Management Practice, Kogan Page, London (6), pp. 363–87;
 15. European Commission, Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013, Com '07 630 final, 2007;
 16. Goryakin Y, Maeda A, Bruckner T, Scheffler R. Global health workforce labor market projections for 2030. Human Resources for Health. 2017;15:11. doi:10.1186/s12960-017-01 Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century, p.114;
 17. Health care Efficiency Measures: Identification, Categorization and Evaluation, Final Report, www.ahrq.gov/qual/efficiency/hecemchl.htm;
 18. Kuhlmann E, Dussault G, Wismar M. Health labor markets and the human face of the health workforce: resilience beyond COVID-19. Eur J Public Health 2020;30:iv1–iv2;
 19. Kuhlman. E., Monica-Georgiana Brinzac, Viola Burau.T.Correia, M.Unguracanu, Health workforce protection and preparedness during the Covid -19 pandemic: a tool for the rapid assessment of EU Health systems, Eur Public Health (2021), Novem, Oxford, University Press, Public health, Novem, Public health Emergency Collecting;
 20. Liu JX, Goryakin Y, Maeda A, Bruckner T, Scheffler R. Global health workforce labor market projections for 2030. Human Resources for Health. 2017;15:11. doi:10.1186/s12960-017-01794-1;
 21. McPake B, Maeda A, Araújo EC, Lemiere C, El Maghraby A, Cometto G. Why do health labor market forces matter? Bulletin of the World Health Organization. 2013;91:841–6. doi:10.2471/BLT.13.118794;
 22. Resolve to Save Lives. Protecting healthcare workers: a need for urgent action. 2021. Available at: <https://resolvetosavelives.org/about/press/protecting-hcws> (16 March 2021, date last accessed);
 23. WHO, Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel WHA 63.16, 21. may.2010 A 63/VR/8;
 24. 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;
 25. Георгиева,Л., Хр. Божинова-Димитрова, Здравето на населението като социална цел и достъпност на първичната медицинска помощ по света,Социална медицина,2020
 26. www.galup-international.bg
 27. www.nhif.bg
 28. Здравен профил на страната, Евростат www.ec.europa.eu/chr_bulgaria.bulgaria
 29. www.eurostat.eu
 30. www.mh.government.bg- методика за образуване на разходи за персонал и работни заплати,
 31. Стратегически анализ на нуждите на процеса по програмиране на средства по Оперативна програма за Развитие на човешките ресурси през програмния период 2021-2027 www.mtsp.bg.
 32. www.ncpha.government.bg
 33. www.mh.government.bg
 34. www.nsi.bg
 35. www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/06/16/finasirane-na-zdraveopazvaneto-v-bulgariq-aktueski-model.pdf.15;

! Адрес за кореспонденция:

Доц. Милена Владимирова, д.м.

НЦОЗА, София, България,

тел.:359 02 805 62 10

e-mail: m.vladimirova@ncpha.government.bg