

УНИВЕРСИТЕТ ЗА НАЦИОНАЛНО И СВЕТОВНО СТОПАНСТВО
КАТЕДРА „ПУБЛИЧНА АДМИНИСТРАЦИЯ“

ДОКТОРАНТСКИ ЧЕТЕНИЯ 11

ЕДИНАДЕСЕТА ЕСЕННА АКАДЕМИЯ

УНСС, 20 ноември 2024 г.
Зала „Аврора“



АКАДЕМИЧНО ИЗДАТЕЛСТВО – УНСС
София, 2025

Публикацията е финансирана със съдействието на средства от фонд НИД на УНСС,
№ НФ-11-2024.

Редакционна колегия:

доц. д-р Александър Вълков
доц. д-р Ралица Велева
гл.ас. д-р Красимира Вълчева
гл.ас. д-р Виолета Тончева-Златкова
гл.ас. д-р Даниела Кръстева
гл.ас. д-р Златина Шотарова
гл.ас. д-р Калин Боянов

Научен редактор:

доц. д-р Деница Горчилова

Всички права са запазени! Не се разрешават копиране, възпроизвеждане и разпространение на книги или на части от тях по какъвто и да е начин без писменото разрешение на Академично издателство – УНСС.

Авторите носят пълна отговорност за оригиналността на произведението, както и за грешки, допуснати по тяхна вина.

© Колектив

© АКАДЕМИЧНО ИЗДАТЕЛСТВО – УНСС

Директор: Петър Петров, тел. 02 8195 264
Гл. редактор: Валентин Митев, тел. 02 8195 665

УНИВЕРСИТЕТ ЗА НАЦИОНАЛНО И СВЕТОВНО СТОПАНСТВО
1700 София, район „Студентски“, ул. „8-ми декември“ № 19

СЪДЪРЖАНИЕ

УВОДНИ ДУМИ	5
ПЪРВА ЧАСТ	
ДОКТОРАНТСКИ ДОКЛАДИ.....	7
ЛИЧНОСТНИ СТИЛОВЕ НА ЛИДЕРИТЕ В МЕСТНАТА ВЛАСТ	7
Лорета Трайкова	
ДУАЛНОТО ОБУЧЕНИЕ КАТО ВЪЗМОЖНОСТ ЗА ПАРТНЬОРСТВО МЕЖДУ ДЪРЖАВАТА И БИЗНЕСА	21
Спасимира Давидова	
МАРКЕТИНГОВ ПРОЧИТ НА ИЗГРАЖДАНЕТО НА СТУДЕНТСКАТА ЛОЯЛНОСТ КАТО ПОДХОД ЗА ЗАДЪРЖАНЕ НА СТУДЕНТИ В ПО-ВИСОКА ОБРАЗОВАТЕЛНА СТЕПЕН	32
Огнян Огнянов	
КОНТРОЛ ПРИ ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА АНТИКОРУПЦИОННА ПОЛИТИКА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.....	40
Севинч Христемова	
ОБЩАТА СЕЛСКОСТОПАНСКА ПОЛИТИКА НА ЕС В БЪЛГАРИЯ: ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА МОДЕРНО УПРАВЛЕНИЕ.....	50
Никол Кънчев	
ПОДОБРЯВАНЕ НА ОДИТА НА ПОЛИТИЧЕСКИТЕ ПАРТИИ В БЪЛГАРИЯ	59
Михаил Ставрев	
ПУБЛИЧНИ РАЗХОДИ И ЗДРАВНИ РЕЗУЛТАТИ В БЪЛГАРИЯ: МОМЕНТНА КАРТИНА.....	67
Диян Ганев	

ВТОРА ЧАСТ	
ПОДБРАНО ОТ МАГИСТЪРСКИ ТЕЗИ	82
УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ КАТО КРИТЕРИЙ ЗА КАЧЕСТВО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ	82
Веселина Иванова	
СЪСТОЯНИЕ НА ОНКОЛОГИЧНАТА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ – ПЕРСПЕКТИВИ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА	99
Таня Клисурска	
РАЗВИТИЕ НА ПАЛИАТИВНИТЕ ГРИЖИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО БЛАГОСЪСТОЯНИЕ В БЪЛГАРИЯ	114
Мила Проданова	
СТРАТЕГИИ ЗА ЗАДЪРЖАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ПЕРСОНАЛ В БЪЛГАРИЯ	141
Екатерина Петрова	
НЕДОСТИГЪТ НА ИНТЕНЗИВНИ ПЕДИАТРИЧНИ ЗВЕНА В СТРАНАТА	162
Иван Янев	

УВОДНИ ДУМИ

През учебната 2024 – 2025 г. катедра „Публична администрация“ организира успоредно две събития, финансирани от фонд „Научноизследователска дейност“ на УНСС.

Традиционната, единадесета по ред Есенна академия, събра студенти, докторанти и преподаватели под общата тема за навлизането на изкуствения интелект във всички сфери на академичния живот – преподаване, създаване на съдържание, конструиране на изследвания, индивидуално подпомагане на ученето, проверка на знания и т.нар. На този форум университетски преподаватели и студенти сменяха своите места и се обучаваха взаимно, демонстрирайки изпробвани от тях техники и споделяйки успехи и провали. Оживената дискуссионна среда допринесе и за укрепването на контакти между докторанти от различни катедри на УНСС, както и с участници от други висши училища, обучителни институции и практиката.

През октомври 2024 г. на национална конференция катедра „Публична администрация“ отбеляза годишнината от излизането на класическия за публичния мениджмънт текст на Дейвид Осборн и Тед Геблер „Преосмисляне на управлението. Как духът на предприемачеството трансформира публичния сектор“ (Osborne, D., T. Gaebler, 1992. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Addison-Wesley, Reading, MA). Конференцията „Преоткриване на държавата. Предприемаческият модел на държавно управление: 30 години по-късно“ привлече сериозен брой участници, които в модерирани дебати дискутираха по зададени от ключовите говорители проблеми, свързани с прилагането на принципите на публичния мениджмънт в условията на българския преход.

Сборникът „Докторантски четения 11“ е разделен на две части. Първата представя работата на докторанти към катедрите „Публична администрация“, „Управление“, „Маркетинг и стратегическо планиране“, „Финансов контрол“ и „МИО и бизнес“ към УНСС, като първоначални варианти на тези доклади са обсъждани на конференцията „Преоткриване на държавата“. Тематиката съответства както на водещите проблеми на конференцията на катедра „Публична администрация“, така и на областите на подготовка на отделните автори. В разработките им се засягат проблеми, свързани със селскостопанската политика на страната, развитието на лидерски подходи в местната власт, на дуалното обучение като мост между университетското образование и потребностите на практиката. Включено е интересно изследване за изграждането на студентска лоялност като метод за стимулиране на обучението в магистърски и докторски програми. Здравната тематика е избрана от двама от авторите, които проследяват публични здравни разходи и постиганите от системата на

здравеопазването в България резултати, както и контролът върху антикорупционните политики в областта. Одитните проблеми върху дейността на политическите партии в страната също са предмет на изследванията на докторантите.

Втората половина на сборника представя избрани части от защитени през учебната 2024 – 2025 г. магистърски тези в специалност „Публична администрация със специализация Здравен мениджмънт“. През 2022 г. катедрата осъществи едно специално издание на поредицата „Докторантски четения“, изцяло изградено от дванадесетте най-добри магистърски тези от учебната 2021 – 2022 г. То беше подготвено и в знак на признателност за работата на нашите студенти – основно лекари, стоматолози, медицински сестри, фармацевти, лаборанти и други медицински работници – за благородния им труд по време на пандемията. Настоящият сборник включва подбрани отделни глави от някои от най-впечатляващите разработки от текущата учебна година. Това са изцяло авторски изследвания, които са работени на терен и произтичат от конкретната специалност, в която са специализирали нашите студенти в медицинското си поприще.

В магистърската част на „Докторантски четения 11“ могат да бъдат прочетени резултати от измерване на удовлетвореността на пациенти, актуален анализ на състоянието на онкологичната помощ в България, както и на недостига на специализирани педиатрични звена и последиците от това за детското здраве. Малко изследваната тема за палиативните грижи е разработена в нормативното ѝ измерение, включени са и интересни авторски предложения за задържане в страната на лекари и медицински сестри.

Редакционната колегия на поредицата „Докторантски четения“ изразява своята увереност, че споделянето на научни търсения е най-добрият път към постигането на трайно въздействие върху набеязаните от изследователите проблеми. Екипът на катедра „Публична администрация“ ще продължи своите системни усилия за осигуряване на платформа за дискусия, за видимост на резултати и за изграждане на мрежа между младите изследователи – пост-докторанти, докторанти и студенти. На добър час!

доц. д-р Деница Горчилова
ръководител на проект „Есенна академия“

ПЪРВА ЧАСТ ДОКТОРАНТСКИ ДОКЛАДИ

ЛИЧНОСТНИ СТИЛОВЕ НА ЛИДЕРИТЕ В МЕСТНАТА ВЛАСТ

Лорета Трайкова

Докторант, катедра „Управление“, УНСС
loreta.traykova@unwe.bg

***Резюме:** Задълбочаващата се политически криза през последните няколко години не само в България, но и в световен мащаб е индикатор за криза на лидерството. Все по-често вниманието е насочено към липсата на ярки личности, притежаващи съществени личностни качества и стил на поведение, които да са катализатор на промяната. Нестабилната политическа обстановка е предпоставка фокуса да се измести към кметовете и общините, които получават най-широка обществена подкрепа и олицетворяват устойчивост, сигурност и отговорност.*

Целта на настоящия доклад е да представи личностните стилове на кметовете в България като пример за ефективно лидерство.

Изследването обхваща управленски мандат 2019 – 2023 г. и включва кметовете на общините на територията на Република България и районите кметове на градовете София, Пловдив и Варна.

***Ключови думи:** личностни стилове; лидерство; лидер; местна власт; кметове*

***JEL:** H10; H70; H79; R00; R50; R59; Z00*

PERSONAL STYLES OF LOCAL GOVERNMENT LEADERS

Loreta Traykova

PhD student, Department „Management“, UNWE
loreta.traykova@unwe.bg

***Summary:** The deepening political crisis in the last few years, not only in Bulgaria, but also on a global scale, is an indicator of a crisis of leadership. More and more often, attention is focused on the lack of bright personalities, possessing essential personal qualities and behaviour style, which can be a catalyst for change. The unstable political environment is a prerequisite for the focus to shift to mayors and municipalities, who receive the widest public support and embody sustainability, security and responsibility.*

The purpose of this paper is to present the personal styles of the mayors in Bulgaria as an example of effective leadership.

The study covers the management mandate 2019 – 2023 and includes mayors of municipalities on the territory of the Republic of Bulgaria and regional mayors of the cities of Sofia, Plovdiv and Varna.

Keywords: *personality styles; leadership; leader; local government; mayors*

JEL: *H10; H70; H79; R00; R50; R59; Z00*

Въведение

Промените в света настъпват с бързи темпове, а това изисква прилагането на нов подход в управлението на обществените организации. Задълбочаващата се политическа криза сигнализира за криза на лидерството. Това явление е факт не само в националната политика, но и в международната. Анализатори от различни сфери подкрепят тезата, че редица проблеми в глобален план са породени именно от липсата на ярки фигури, които да изпъкват с личностни качества и да увличат последователи в името на обществения прогрес. Слабото управление поражда недоверие и апатия в обществата по света.

Темата за лидерството е обект на задълбочени дискусии от античността до наши дни. Въпреки множеството гледни точки, учени от различни направления подкрепят тезата, че няма универсални стилове на поведение и лидерски качества, които да гарантират успех. Независимо от различията обаче теоретици и практики са на мнение, че успешното управление е невъзможно без лидерство.

Фокусът на вниманието започва да се измества от държавата към градовете като олицетворение на сигурност, надеждност и устойчивост. Все по-често на градовете се гледа като на масивна основа за бъдещото глобално управление, но това изисква също така да се вгледаме в миналото им и в древните им демократични корени. Надеждата винаги е извираща от градовете, а кметовете като техни представители винаги са били символ на оптимизъм и прагматизъм.

Актуалността на темата за личностните стилове е обоснована от факта, че не всеки човек, заемащ ръководна длъжност е лидер и умее да управлява – за това са необходими набор от качества, знания, умения, личен стил на управление и поведение. От друга страна, за да се развие лидерския потенциал, са необходими хора, които имат общи цели и изпитват потребност от вътрешен организатор.

Настоящия доклад е фокусиран върху изследване на личностните стилове на кметовете в българските общини и по конкретно на стиловете на поведение в определени области на живота. Причината поради, която изследването е ориентирано към този сектор на обществения живот е, че кметовете в най-голяма степен се доближават до теоретичните постановки за лидер и лидерство, тъй като се избират мажоритарно, предимно заради наличието на определени личностни качества, имат пряк контакт с гражданите на общините, ко-

ито управляват и ежедневно са ангажирани с решаването на обществени проблеми. Освен това при извършен обзор на проучванията в областта на лидерството установихме, че фокусът е насочен основно към изследване на лидерските стилове на управление и то предимно в бизнес организации или във военна среда (Арабаджиева & Асенова & Василева, 2016; Божинова & Пенчева, 2005; Дамянова & Корект Консулт България ЕООД, 2019; Лазарова, 2013; Петков & Енчева & Атанасова, 2018; Петкова – Гурбалова, 2013; Райчева, 2005, 2006; Стойцова & Жильова & Русинова & Василева & Христова & Пенчева, 2002; Христова, 2011; Янева – Дамянова, 2016) и няма задълбочени проучвания в тази област. Нестабилната политическа среда на национално ниво беше допълнителен мотив за избор на област на изследване.

1. Теоретична основа на проблема

Значението на думата „лидер“ според „Речник на българския език“ е водач, ръководител на политическа партия или на обществено – политическа организация (www.rechnik.chitanka.info). Лидерството като понятие възниква пет века по-късно (Манолов, 2011). Ние ще се придържаме към схващането, че лидерът е личност водач, с многобройни последователи, които той съзнателно е повел към постигането на конкретна обществено значима цел (Иванов, 2014).

В психологията на лидерството се гледа като на един от най-интересните феномени, възникнали в процеса на съвместна дейност между членовете в социалната група. Въпреки множеството теории, за първоизточник на лидерството се приема теорията за чертите на лидера. Шпалински и Петровски определят лидерството като „процес на вътрешна социално – психологическа самоорганизация и самоуправление на взаимоотношенията и дейността на членовете на групата за сметка на индивидуалната инициатива на участниците“ (с. 84).

Ефективността в дейността на един лидер се определя от множество фактори, някои от тях са приемани за обективни, а други за субективни. Обективните могат да бъдат принципите, по които се създава конкретна социална организация, структурата ѝ, както и социално – психическите процеси и явления, произлизащи от съвместната дейност между членовете на организацията. Личностните качества или характеристики са свързани с лидера и тях можем да отнесем към субективните фактори (Иванов & Чавдарова, 2013). Редица автори са на мнение, че ефективността на съвременните лидери зависи от наличието на основни човешки качества, като физическа и емоционална стабилност и издръжливост, ясно осъзнаване на мисията си и тази на общността (Илиев, 2016). Въпреки недоверието към възможността за обучение и възпитание на лидерски качества модерната наука извежда комплекс от актуални умения, които трябва да притежава лидера като: вземане на решения; умение

за приоритизиране; работа в екип; комуникационни умения за водене на преговори; цифрова грамотност; владеење на чужди езици и други.

В резултат на задълбочените изследвания през годините можем да заключим, че съчетаването на придобити знания и умения чрез обучение и възпитание с прилагането и разгръщането на вродените дарби е причина за изграждане на лидерска идентичност (Иванов, 2014). В това се крие и отговора на въпроса дали лидерите се раждат или се създават (Уилинк, 2021).

Очакванията към лидерите на XXI в. са много по-големи, от когато и да било, защото се налага те да генерират и изпълняват идеи, които да задоволяват освен материалните потребности на обществото и неговите духовни такива. Това изисква специфичен управленски подход (Радев, 2020).

Лидерството в местната власт е олицетворение на начина, по който кметът съумява да реализира управленския си мандат чрез жителите на общината и съвместно с тях (Танева, 2021). От представителите на местната власт се изискват уникални таланти и личностни черти, които често не се забелязват при другите политически длъжности. Сред тях се отличават:

- силен характер, комбиниран с чувство за хумор;
- прагматичен подход;
- лична заинтересованост към градските дела;
- отдаденост на професията, незасенчена от други амбиции.

Кметовете дефинират градовете и градовете дефинират тях. Това много по-рядко се отнася за нациите и техните лидери (Барбър, 2021).

2. Методи

Данните в изследването са събрани чрез прилагането на самостоятелно онлайн анкетно допитване. Генералната съвкупност е сформирана от кметовете на 265-те общини на територията на Република България и кметовете на районите в градовете София (24), Пловдив (6) и Варна (5), т.е. общо 300 единици. Изследването покрива 19% от всички единици в генералната съвкупност. Следва да отбележим, че кметовете от мъжки пол са повече от тези от женски пол, съответно 85% от генералната съвкупност са мъже, а едва 15% са жени. В изследването се отзоваха 57 кмета, от които 46 мъже (81%) и 11 (19%) жени.

Като недостатък отчитаме невъзможността за осъществяване на личен контакт с респондентите, но въпреки това интернет изследванията имат и своите предимства. Те са една полезна иновация в полето на социалните науки, защото позволяват бързо набиране на първични емпирични данни, тяхната незабавна обработка и изготвяне на анализ относно изследваните процеси и явления в кратки срокове (Атанасов, 2023).

Изследователският инструмент, който сме използвали в настоящата статия е психометричен въпросник, създаден в средата на 80-те години от Норман

Бъкли, който е доразвит през 1990 г. Специално проектиран е от психолози, за да разберат потенциала на личността (www.facet5global.com). Въпросникът (електронна анкета по имейл с препратка (електронен адрес) към HTML – уеб – базирана анкетна карта) е стандартизиран, включва 30 затворени въпроси и изследва личното мнение по множество въпроси. Той разглежда нагласи, мнения и предпочитания и е проектиран така, че да разглежда онези аспекти от личността на човека, които са сравнително стабилни и постоянни, и които го правят това, което е. Петте аспекти на личността са *Емоции*; *Енергия/Темперамент*; *Отношение към хората/Отвореност към нов опит*; *Контрол/Сътрудничество* и *Воля*. Всеки от тях се състои от по 6 твърдения (Фасет личностен профил Sample Profile, 2016). Съчетанието от тези личностни аспекти формира личностния стил на поведение на дадения човек в 10 категории:

- **Стил на справяне с предизвикателствата** – формира се от комбинацията между факторите *Емоционалност (N)* и *Енергия/Темперамент (E)*.
- **Стил на справяне със стреса** – формира се от комбинацията между факторите *Емоционалност (N)* и *Отношение към хората/Отвореност към нов опит (O)*.
- **Стил на решаване на междуличностните противоречия** – формира се от комбинацията между факторите *Емоционалност (N)* и *Контрол/Сътрудничество (A)*.
- **Стил на постигане на целите** – формира се от комбинацията между факторите *Емоционалност (N)* и *Воля (C)*.
- **Стил на интересите** – формира се от комбинацията между факторите *Енергия/Темперамент (E)* и *Отношение към хората/Отвореност към нов опит (O)*.
- **Стил на поведение в междуличностните отношения** – формира се от комбинацията между факторите *Енергия/Темперамент (E)* и *Контрол/Сътрудничество (A)*.
- **Стил на активността** – формира се от комбинацията между факторите *Енергия/Темперамент (E)* и *Воля (C)*.
- **Стил на социално поведение** – формира се от комбинацията между факторите *Отношение към хората/Отвореност към нов опит (O)* и *Контрол/Сътрудничество (A)*.
- **Стил на придобиване на нов опит** – формира се от комбинацията между факторите *Отношение към хората/Отвореност към нов опит (O)* и *Воля (C)*.
- **Стил на работа в екип** – формира се от комбинацията между факторите *Контрол/Сътрудничество (A)* и *Воля (C)*, (Маламова, 2019).

От тази картина могат да се развият някои идеи за начина, по който е вероятно човек да реагира или да се държи в различни ситуации. Обобщаването на резултатите ще представи тези идеи, но от съответната личност ще зависи как да ги развие и прилага в бъдеще (Фасет личностен профил Sample Profile, 2016).

Отговорите на всеки въпрос се дават чрез 5-степенна Ликертова скала от 1 – *Твърдението е изцяло невярно за Вас и не сте съгласни с него*, до 5 – *Твърдението е напълно вярно за Вас и сте абсолютно съгласни с него*.

Независимо от малкия брой изследвани случаи, скалите на петте аспекта на личността показват добри психометрични свойства. По-конкретно надеждността на скалите за *Емоции*; *Отношение към хората/Отвореност към нов опит* и *Контрол/Сътрудничество*, измерена чрез Кронбах алфа, е 0,46. За *Енергия/Темперамент*, коефициента е 0,68, а за *Воля* е 0,79. Следвайки този модел, сборът на отговорите на всички твърдения, отнасящи се до един аспект са разделени на бройката на включените твърдения.

Изборът на този въпросник е обоснован от факта, че разкрива факторите на личността, считани от психолозите за петте основни „градивни блока“ на личността (Трайкова, 2024).

Методите за анализ, които са използвани при обработване на резултатите са метод на групировките, изчисляване на средна аритметична величина и описателен анализ (Гоев и кол., 2019).

3. Резултати

С цел идентифициране на личностния стил на изследваните кметове обработихме получените отговори и ги разпределихме по петте аспекта на личността. Получените резултати за всеки един аспект и комбинацията между тях, определени съгласно методологията за обобщаване на резултатите от оригиналния въпросник дават възможност да се определи личностния профил и стила на поведение на обектите на изследване в 10 категории. Въз основа на личностните стилове на поведение се оформиха четири типа личностни профили, които сме представили в таблица 1.

Първият тип личностен профил е характерен за 40 от анкетираните кметове (70% от общо анкетираните), като от тях 36 (63%) са от мъжки пол, а 4 (7%) са от женски пол. Комбинацията от стиловете и съответстващото поведение, на кметовете, притежаващи първият тип личностен профил са:

- **Стил на справяне с предизвикателствата** – тази категория се определя от комбинацията между *Емоционалност* и *Енергия/Темперамент*. По този показател изследваните лица са **Оптимистичен тип** ($N - E +$). Характерното за оптимистичният тип личност е, че обикновено са весели и не се притесняват сериозно от проблемите. В ежедневието си умеят да се забавляват с приятните неща и изпитват истинска наслада от живота, дори когато са фрустрирани или разочаровани от нещо, бързо им минава. Обичат да правят планове за бъдещето и са нетърпеливи да ги осъществят. Склонни са да подценяват заплахите и рисковете.

Таблица 1. Личностни типове, според стила на поведение

ТИП СПОРЕД СТИЛА НА ПОВЕДЕНИЕ										Мъже	%	Жени	%	Общо	%	
I.	Оптимистичен	Адаптивен	Сговорчив	Целенасочен	Социален	Сърдечен	Продуктивен	Прогресивен	Любознателен	Алтруистичен	36	63	4	7	40	70
II.	Емоционален	Свърхчувствителен	Отстъпчив	Свъхконтролиращ	Социален	Сърдечен	Продуктивен	Прогресивен	Любознателен	Алтруистичен	8	14	7	12	15	26
III.	Оптимистичен	Нечувствителен	Сговорчив	Целенасочен	Масов	Сърдечен	Продуктивен	Традиционен	Прилежен	Алтруистичен	1	2	0	0	1	2
IV.	Емоционален	Неадаптивен	Отстъпчив	Свъхконтролиращ	Масов	Сърдечен	Продуктивен	Традиционен	Прилежен	Алтруистичен	1	2	0	0	1	2

Източник: Създадена от автора

База: 57

➤ **Стил на справяне със стреса** – тази категория се определя от комбинацията между *Емоционалност* и *Отношение към хората/Отвореност към нов опит*. Съгласно получените резултати изследваните кметове са **Адаптивен тип** ($N - O +$). Характерното за адаптивният тип личности е, че не пренебрегват проблемите и заплахите, а мислят задълбочено върху тях и често пъти съумяват да намерят оригинални решения. Те са спокойни и аналитични личности, дори, когато са поставени под натиск не приемат ситуацията като непроменима даденост, а се опитват, да я префокусират по позитивен и насърчаващ развитието начин.

- **Стил на решаване на междуличностните противоречия** – тази категория се определя от комбинацията между *Емоционалност* и *Контрол/Сътрудничество*. Обектите на изследване по този показател могат да бъдат определени като **Сговорчив тип** ($N - A +$). Характерното за този тип хора е, че трудно се ядосват и много рядко изразяват открито негативните си емоции, дори, когато се чувстват оскърбени, те си дават сметка за последиците от един евентуален конфликт и предпочитат да простят и забравят, вместо да се конфронтират с другите. Вярват, че в спора има две страни и постоянно търсят възможности за постигането на взаимно приемлив компромис.
- **Стил на постигане на целите** – тази категория се определя от комбинацията между *Емоционалност* и *Воля*. Резултатите от тази комбинация определят кметовете като **Целенасочен тип** ($N - C +$). Хората от целенасочения тип имат ясни цели, които се стремят да постигнат, независимо от трудностите и проблемите. Умеят да търпят фрустрация или да отлагат удовлетворението на своите потребности в името на по-важни, дългосрочни цели. Стремят се към постигането на резултати в работата и могат да балансират между стремежа си да изпипат всеки детайл и необходимостта да се вмести в определени времеви или финансови ограничения.
- **Стил на интересите** – тази категория се определя от комбинацията между *Енергия/Темперамент* и *Отношение към хората/Отвореност към нов опит*. Резултатите формират **Социален тип** ($E + O +$). Интересите на този тип личности са привлечени от сложни или нови проблеми в различни области на културата, науката и изкуството. Обичат да се изказват на публични форуми и събрания, да преподават и обучават, да участват в дискусии, да правят презентации и други.
- **Стил на поведение в междуличностните отношения** – тази категория се определя от комбинацията между *Енергия/Темперамент* и *Контрол/Сътрудничество*. Въз основа на тази комбинация кметове са определени като **Сърдечен тип** ($E + A +$). Характерно за този тип е, че истински ценят общуването и приятелството с околните. Открити са към нови междуличностни връзки. Умеят бързо да се привързват. Отделят много време и внимание, за да поддържат широката си мрежа от социални контакти. Обичайно тяхната роля в екипа е да се грижат за груповата кохезия и да разрешават възникналите противоречия.
- **Стил на активност** – тази категория се определя от комбинацията между *Енергия/Темперамент* и *Воля*. Обектите на изследване, притежаващи първият личностен профил по този показател са **Продуктивен тип** ($E + C +$). Характерното за тях е, че са много ефективни и могат да работят бързо. Важно е да им се обясни какво се иска от тях и веднага се залавят с него. Ролята им в екипа често е да мотивират останалите да

работят по-усърдно и енергично. Концентрирани са върху крайната цел, дори когато работят по няколко задачи едновременно.

- **Стил на социално поведение** – тази категория се определя от комбинацията между *Отношение към хората/Отвореност към нов опит* и *Контрол/Сътрудничество*. Резултатите показват, че обектите на изследване са **Прогресивен тип (O + A +)**. За прогресивния тип личност е характерно, че приветства всеки опит за намиране на нови решения на съществуващите проблеми между хората в дадена организация. Тези личности вярват, че нещата, колкото и да са лоши, могат да се оправят. Отворени са към новите идеи или начини за подобряване на сътрудничеството и работния климат. Биха могли да са проводници на новото, въпреки че силата им не е в това да се борят с нагласите на мнозинството.
- **Стил на придобиване на нов опит** – тази категория се определя от комбинацията между *Отношение към хората/Отвореност към нов опит* и *Воля*. Според резултатите от тази комбинация обектите на изследване са **Любознателен тип (O + C +)**. Характерното е, че въпреки че може да не са по-интелигентни от останалите, постигат високи резултати в ученето, тъй като са любознателни и добре организирани. Амбициозни са. Притежават способност да намират творчески решения на проблемите, което допълнително ги стимулира да напредват още повече в усвояването на знанията и уменията.
- **Стил на работата в екип** – тази категория се определя от комбинацията между *Контрол/Сътрудничество* и *Воля*. Тази комбинация определя кметовете с този профил като **Алтруистичен тип (A + C +)**. Характерното за тях е, че системно допринасят за постигането на високи групови резултати. Подредени и дисциплинирани са. Имат силна воля и са склонни да насочват усилията и енергията си за постигането на значими за организацията цели. Често се включват като доброволци в изпълнението на трудни задачи, без да очакват някакво признание за своя принос.

Втори тип личностен профил е характерен за 15 от анкетираните кметове (26% от общата съвкупност от 57 изследвани), от които 8 (14%) мъже и 7 (12%) жени. Основните различия с първия тип личностен профил са във:

- **Стил на справяне с предизвикателствата** – резултатите от тази комбинация сочат, че изследваните лица са **Емоционален тип (N + E +)**. Този тип личности преживяват много силно както негативните, така и позитивните събития. Животът им е преизпълнен с преживявания, а настроенията им могат бързо да се променят от едната крайност към другата. Отношенията им с другите могат да бъдат бурни, объркани и белязани от резки поврати. Характерното за този тип личности е, че могат да бъдат описани като нервни, прибързани, спонтанни и прекалено емоционални.

- **Стил на справяне със стреса** – тази комбинация, съгласно получените резултати определя кметовете, притежаващи втория тип личностен профил като **Свърхчувствителен тип** ($N + O +$). Хората от свърхчувствителния тип изглеждат така, сякаш нямат никакви защитни механизми. Те са в непрестанна готовност за появата на всякакви опасности.
- **Стил на решаване на междуличностните противоречия** – тази комбинация определя обектите на изследване като **Отстъпчив тип** ($N + A +$). Често преживяват вътрешни конфликти, лесно раними и уязвими са, но не са способни да изразяват своя гняв директно. В повечето случаи преживяват емоциите си без да им дават външен израз. Понякога гнева им може да е насочен към самите тях под формата на самообвинения и малощеностни изживявания. В други случаи, когато изразяват открито агресията си, започват да се чувстват виновни и търсят начин да се извинят.
- **Стил на постигане на целите** – резултатите от този показател определят кметовете с този профил като **Свърхконтролиращ тип** ($N + C +$). Хората от свърхконтролиращия тип обикновено са склонни да бъдат прекалено амбициозни и перфекционисти. Обръщат внимание на детайлите и непрекъснато се стремят към постигане на възможно най-добрия резултат. Често си поставят нереалистично високи цели или се чувстват притиснати от времевите и финансовите ограничения. Ако не успеят да осъществят намеренията си, са дълбоко разочаровани и склонни да се самообвиняват.

Вторият тип личностен профил се припокрива изцяло с **първи тип** по отношение стил на интересите; стил на поведение в междуличностните отношения; стил на активност; стил на социално поведение; стил на придобиване на нов опит и стил на работата в екип.

Трети и четвърти тип личностни профили са единични случаи, като кметовете с тези тип профили са от мъжки пол. Следва да отбележим, че трети тип личностен профил се **различава** с първи тип личностен профил в стил на справяне със стреса; стил на интересите; стил на социално поведение и стил на придобиване на нов опит. Четвърти тип личностен профил се **различава** с втори тип личностен профил също в тези четири стила.

- **Стил на справяне със стреса (III тип)** – резултатите показват, че изследваното лице е **Нечувствителен тип** ($N - O -$). Този тип хора рядко имат негативни преживявания, но когато това им се случи, са склонни да ги омаловажават или мигновено да предприемат конкретни действия, за разрешаване на проблемите. Привърженици са на проблемно – фокусираните стратегии за справяне със стреса. Ако установят, че те са неефективни, се фокусират върху неща, които могат да ги разсеят.

- **Стил на справяне със стреса (IV тип)** – лицето с тези резултати е **Неадаптивен тип (N + O –)**. Характерно за този тип личности е, че много често използват механизми като отричане, потискане и т. н. като средство за справяне с проблемите. Предпочитат да игнорират нещата, които ги напъргат и са склони да подценяват възможните рискове или опасности.

Трети и четвърти тип личностни профили съвпадат по между си, но се отличават от първи и втори тип по отношение на стил на интересите; стил на социално поведение и стил на придобиване на нов опит.

- **Стил на интересите (III и IV тип)** – по отношение на този стил изследваните лица са **Масов тип (E + O –)**. Интересите на тези хора преобладаващо съвпадат с масовите предпочитания. Привлечени са от традиционните сфери на бизнес и професионални дейности. Обичат да работят с други хора. Харесва им да се срещат с приятели, да пазаруват, да гледат спортни състезания, телевизионни филми, шоу програми и други.

- **Стил на социално поведение (III и IV тип)** – въз основа на получените резултати тези лица са **Традиционен тип (O – A +)**. Характерно за тях е, че са привърженици на традициите и вярват в ценностите, които са били възприети в тяхното семейството или в училището. Защитници са на статуквото. Вярват, че установените норми и правила на поведение могат да осигурят благополучието и просперитета на всеки индивид. Подхождат с недоверие към нови идеи и са способни да се съпротивляват на промяната, особено ако имат привърженици в тази кауза.

- **Стил на придобиване на нов опит (III и IV тип)** – резултатите сочат, че изследваните лица са **Прилежен тип (O – C +)**. Тези хора са прилежни и старателни, но предпочитат да усвояват знанията буквално, без критически да ги анализират или осмислят. Прилагат наученото само в случаите и в областите на приложение, които са им посочени и рядко се опитват да го доразвият или усъвършенстват (Маламова, 2019 г.).

В таблица 2 са представени процентното съотношение и абсолютните стойности, разделени по полов признак и общо за всеки от десетте стила на поведение, за всеки от четирите типа личностни профили.

Таблица 2. Личностни стилове на поведение по пол

Стил на	Личностен тип	Мъже	%	Жени	%	Общо	%
справяне с предизвикателствата	Оптимистичен	37	65%	4	7%	41	72%
	Емоционален	9	16%	7	12%	16	28%
справяне със стреса	Адаптивен	36	63%	4	7%	40	70%
	Свърхчувствителен	8	14%	7	12%	15	26%
	Нечувствителен	1	2%	-	-	1	2%
	Неадаптивен	1	2%	-	-	1	2%

Стил на	Личностен тип	Мъже	%	Жени	%	Общо	%
<i>решаване на междуличностните противоречия</i>	Сговорчив	37	65%	4	7%	41	72%
	Отстъпчив	9	16%	7	12%	16	28%
<i>постигане на целите</i>	Целенасочен	37	65%	4	7%	41	72%
	Свърхконтролиращ	9	16%	7	12%	16	28%
<i>интересите</i>	Социален	44	77%	11	19%	55	96%
	Масов	2	4%	-	-	2	4%
<i>поведение в междуличностните отношения</i>	Сърдечен	46	81%	11	19%	57	100%
<i>активността</i>	Продуктивен	46	81%	11	19%	57	100%
<i>социално поведение</i>	Прогресивен	44	77%	11	19%	55	96%
	Традиционен	2	4%	-	-	2	4%
<i>придобиване на нов опит</i>	Любознателен	44	77%	11	19%	55	96%
	Прилежен	2	4%	-	-	2	4%
<i>работа в екип</i>	Алтруистичен	46	81%	11	19%	57	100%

Източник: Създадена от автора

База: 57

От данните, изложени в таблица 2 е видно, че има 100% съвпадение в три стила на поведение – в междуличностните отношения; активността и работа в екип. В тези три стила на поведение не се забелязват различия по пол и в четирите типа личностни профили.

Дискусия и заключение

В съвременния бързоразвиващ се свят изискванията към лидерите стават все повече – те трябва да вдъхновяват, да стимулират, да ентузиазират, да направляват и въздействат на хората.

Настоящият доклад е насочена към проучване на личностните стилове на кметовете в българските общини. Резултатите от анализа на данните показват, че има 100% съвпадение в личностните стиловете на поведение на кметовете по отношение на поведението им в междуличностните отношения (Сърдечен); по отношение на активността им (Продуктивен) и по отношение на стила им на работа в екип (Алтруистичен). При 70% от изследваните лица се наблюдава определен тип съчетание на личностните стилове на поведение, които формират първи тип личностен профил. Резултатите могат да бъдат обяснени с културни особености, областта, в която респондентите реализират лидерския си потенциал, което от своя страна предполага и специфичен тип организационна култура.

Получените резултати от проведеното изследване на лидерите в местната власт подкрепят и обогатяват тезата, че лидерът трябва да олицетворява идеала, трябва да има визия за бъдещето и дългосрочен поглед върху развитието

на нещата, че наличието на определени личностни качества и стил на поведение са в основата на успешното управление и на промяната.

В бъдещи изследвания вниманието ще бъде насочено към изследване и анализ на взаимовръзката между личностния стил на поведение и стила на управление на лидера и отражението им върху финансовите показатели на общината/района и мандатността на кмета. Не на последно място ще се търси връзката между личностния стил и представянето на кмета и общината/района в публичното пространство.

Използвана литература

1. Атанасов, А. (2023). Формиране на извадката за интернет изследванията. Интернет изследователски методи: Настояще, когнитивен потенциал и технологични възможности за развитие. Тематичен сборник. София, Академично издателство Проф. Марин Дринов.

2. Барбър, Б. (2021). Ако кметовете управляваха света. Упадък на нациите, възход на градовете. София, Сиела.

3. Гоев, В., Бошнаков, В., Тошева, Е., Харалампиев, К., Бозев, В. (2019). Статистически анализ в социологически, икономически и бизнес изследвания. София, Издателски комплекс – УНСС.

4. Иванов, Д. (2014). Лидерство. София, Сиела.

5. Уилинк, Дж. (2021). Лидерство. Стратегия и тактика: полеви наръчник. София, Locus Publishing.

6. Арабаджиева, Асенова, Х., Василева, И. (2016). Личностни профили на субекти с различен когнитивен стил. *Psychological Thought*, vol. 9, Issue № 2, с. 159 – 168.

7. Божинова, Р., Пенчева, Е. (2005). Личностни особености и стил на вземане на решение. Психологически изследвания. София, бр. 2. Академично издателство Проф. Марин Дринов, с. 41 – 55.

8. Дамянова, Д., Корект Консулт България ЕООД. (2019). Лидерски стилове на жените в бизнеса в България. Международна научна конференция Лидерство и развитие на човешките ресурси. Сборник с доклади. София, Университетско издателство св. Климент Охридски, с. 81 – 88.

9. Иванов, И., Чавдарова, В. (2013) Лидерство и харизма. Библиотека Диоген, том 21, бр. 1. Велико Търново, Университетско издателство Св. св. Кирил и Методий, с. 77 – 120.

10. Илиев, Цв. (2016). Лидер и лидерство – същност и теоретични конструкции. Научни трудове. Благоевград, Международно висше бизнес училище, бр. 8, с. 159 – 179.

11. Лазарова, Т. (2013). Ефективни лидерски стилове и удовлетвореност в организациите. Психологически изследвания. София, Академично издателство Проф. Марин Дринов, бр. 2, с. 279 – 287.

12. Маламова, Л. (2019). Презентация. Лична ефективност. София, Институт за публична администрация.

13. Манолов, Г. (2011). За лидерството в политиката. Годишник – Висше училище по сигурност и икономика, том VIII. Пловдив, Принта – КОМ – Смолян, с. 111 – 123.
14. Петков, Г., Енчева, М., Атанасова, Б. (2018). Междукултурни различия в лидерските стилове (България и Гърция). Трансгранично сътрудничество, сигурност и перспектива за развитие в широкия черноморски регион. Поредица за трансгранично сътрудничество „Нови предизвикателства за сигурността и развитието на Балканите“, том 5. Велико Търново, „ИВИС“, с. 258 – 266.
15. Петкова – Гурбалова, И. (2013). Лидерски стил на мъже и жени ръководители в България. Дисертационен труд. София, СУ Свети Климент Охридски.
16. Радев, К. (2020). Трансформационно лидерство и корпоративно предприемачество: инструмент за устойчиво развитие в условията на индустрията 4.0. Годишник на департамент Администрация и управление, том 5, с. 198 – 227;
17. Райчева, С. (2006). Влияние на самооценката за лична ефективност за лидерски стилове на командири от българската армия. Психологични изследвания, бр. 3. София, Академично издателство Проф. Марин Дринов, с. 123 – 136.
18. Райчева, С. (2005). Лидерски стилове във военната организация. Теоретични аспекти и критерии за ефективност. Психологични изследвания, бр. 3. София, Академично издателство Проф. Марин Дринов, с. 103 – 111.
19. Стоицова, Т., Жильова, С., Русинова, В., Василева, Л., Христова, А., Пенчева, Е. (2002). Психологичен анализ на лидерските стилове. Психологични изследвания, бр. 2. София, Академично издателство Проф. Марин Дринов, с. 41 – 50.
20. Танева, А. (2021). Лидерство в местната власт. Софийски университет Св. Климент Охридски.
21. Трайкова, Л. (2024). Съществени личностни характеристики за формиране личността на лидера в общинската администрация на територията на Република България. Докторантски четения 10. Публична администрация в развитие: презареждане. Десета есенна академия. София, Издателски комплекс – УНСС, с. 44 – 62.
22. Христова, П. (2011). Лидерски стилове и стратегии за справяне със стреса в организациите, автореферат.
23. Янева – Дамянова, И. (2016). Лидерски стил в системата на МВР. Лидерство и организационно развитие. Сборник резюмета Международна научна конференция Лидерство и организационно развитие. София, Университетско издателство Св. Климент Охридски, с. 209 – 216.
24. Фасет личностен профил Sample Profile, дата на администриране: 13.03.2016, организация: Facet 5;
25. www.facet5global.com;
26. www.rechnik.chitanka.info.

Рецензент: гл.ас. д-р Калин Боянов

ДУАЛНОТО ОБУЧЕНИЕ КАТО ВЪЗМОЖНОСТ ЗА ПАРТНЬОРСТВО МЕЖДУ ДЪРЖАВАТА И БИЗНЕСА

Спасимира Давидова

Докторант, катедра „Публична администрация“, УНСС
e-mail: spasimira.davidova@unwe.bg

Резюме: В статията се анализира дуалното обучение като инструмент за прилагане на принципите на съвременния публичен мениджмънт. Авторът разглежда предимствата на дуалното обучение спрямо нуждите на бизнеса и образователната система. Чрез подкрепата и координацията на държавата, дуалното обучение представлява важна възможност за укрепване на партньорството между публичния и частния сектор в България. Чрез интеграция на практическото обучение с теоретичната подготовка, този модел подобрява качеството на образованието и стимулира икономическото развитие, като създава квалифицирани и конкурентоспособни специалисти. В статията са посочени актуални примери за участието на държавата в развитието и популяризирането на дуалното обучение чрез проекти и процедури.

Ключови думи: дуално обучение, професионално образование, публичен мениджмънт, частен сектор

JEL: I25, H52

DUAL EDUCATION AS AN OPPORTUNITY FOR PARTNERSHIP BETWEEN STATE AND PRIVATE BUSINESS

Spasimira Davidova

PhD student, Department of Public Administration, UNWE
e-mail: spasimira.davidova@unwe.bg

Abstract: The article analyzes dual education as a tool for applying the principles of modern public management. The author examines the advantages of dual education against the needs of business and educational system. Through the support and coordination of the state, dual education represents an important opportunity to strengthen the partnership between the public and private sectors in Bulgaria. By integrating practical training with theoretical learning, this model improves the quality of education and stimulates economic development by creating qualified and competitive professionals. Current examples of the state's participation in the development and promotion of dual education through projects and procedures are indicated in the article.

Keywords: dual education, professional education, public management, private sector

JEL: I25, H52

Въведение

Дуалното обучение се утвърждава като иновативен подход в управлението на публичните услуги и представлява модел на образование, който комбинира теоретични знания, предоставяни от академичните институции, и практически умения, придобивани в реална работна среда. Ролята на държавата в дуалното обучение е от ключово значение за успеха и устойчивостта на тази образователна система. В този контекст, дуалното обучение предлага уникална възможност за партньорство между държавата и бизнеса. Тази форма на сътрудничество има потенциал да подобри образованието, да отговори на нуждите на пазара на труда и да насърчи икономическото развитие. Чрез тясно сътрудничество между институциите и бизнеса, образователните програми се фокусират върху предоставяне на практически умения, които гарантират на младите хора по-добра професионална реализация. Същевременно работодателите получават квалифицирани кадри, които отговарят на техните изисквания, което засилва връзката между обучението и заетостта. Дуалното обучение насърчава конкуренцията и ориентацията към резултати, тъй като бизнесите и държавата са мотивирани да предлагат висококачествени програми, които водят до реални професионални постижения. Компаниите, които инвестират в дуално обучение, се конкурират за най-добрите ученици и студенти и, в резултат, осигуряват по-добри условия за стажове, обучения и кариерно развитие. Това е конкурентна среда, ориентирана към постигането на конкретни резултати – успешна професионална реализация и устойчиво икономическо развитие за бизнеса.

1. Теоретична рамка на дуалното обучение

Дуалното обучение произхожда от модели, разработени в страни като Германия и Швейцария, където успешната комбинация от образование и практика е довела до високи нива на заетост и квалифицирана работна ръка. Целта е теоретичните знания да бъдат обогатени от практически опит, който да подпомогне усвояването на знания и умения.

Швейцарската система за професионално образование на принципа „учене чрез работа“ е смятана за една от най-успешните в света. Основната идея е да се обединят усилията на академичния сектор, частния бизнес и държавните структури с цел създаване на образователни програми, които не само да развиват уменията на студентите, но и да ги подготвят за конкретни професионални ситуации. Швейцарският модел на професионално образование и обучение предполага, че образователната система следва да бъде в услуга на бизнеса, който трябва да определя учебното съдържание според реалните нужди и тенденции в даден икономически сектор и/или професия. В тази връзка учебните планове и програми в Швейцария се изготвят в рамките на работни

групи, съставени от представители на бизнеса, браншовите камари и учебните институции, които заедно определят какви са необходимите знания, умения и компетентности, необходими за практикуването на дадена професия. В следствие тези т.нар. „ресурси“ биват интегрирани в учебните планове и програми, които се изготвят въз основа на ситуационния подход. Целта на швейцарския модел на професионално образование е то да бъде в услуга на бизнеса. Финансирането идва от конфедерацията (държавата), кантоните (общините) и частния сектор, който осигурява над 60% от средствата.

В Германия дуалното обучение е предпочитан модел от над 50% от учениците в горните класове на средното образование. Комбинира се теоретично обучение в професионални училища с практическо обучение в компании. Обикновено учениците прекарват 3 – 4 дни в седмицата в компанията и 1 – 2 дни в училище, което гарантира балансирано развитие на знания и практически умения. Основно предимство в Германия е силната ангажираност на компании от различни сектори, които предлагат стажантски места в рамките на дуалната система. Учениците могат да избират от над 320 признати професии, които предлагат дуално обучение. Това включва професии в сфери като инженерство, автомобилостроене, електроника, информационни технологии, финанси и други.

В контекста на България, дуалното обучение навлиза все по-широко в различни учебни заведения, благодарение на сътрудничеството с водещи компании в технологичния, производствения и туристическия сектор. Този модел се превръща в катализатор за модернизирание на образователната система и засилване на връзката между държавната политика и нуждите на частния сектор. Началото на този тип професионално образование в България може да се каже, че е поставено през учебната 2015/2016 година с промени в Закона за предучилищното и училищното образование, Закона за професионалното обучение и образование, Кодекса на труда и специалната Наредба № 1 за дуалното професионално обучение и образование. В Наредба № 1 дуалното обучение е дефинирано като „специфична форма на професионално обучение за придобиване на професионална квалификация, което се организира въз основа на партньорство, включително въз основа на договор между един или няколко работодатели и институция в системата на професионалното образование и обучение, с изключение на центровете за информация и професионално ориентирание.“¹ Близо 12 000 гимназисти са избрали дуално обучение през учебната 2022/2023 година, което 33 пъти увеличение спрямо 2016/2017 година,

¹ Наредба № 1 от 8 септември 2015 г. за условията и реда за провеждане на обучение чрез работа (дуална система на обучение). Обн., ДВ, бр. 70 от 11 септември 2015 г.; изм. и доп., ДВ, бр. 40 от 15 май 2018 г.; изм. и доп., ДВ, бр. 74 от 30 август 2024 г. <https://lex.bg/bg/mobile/ldoc/2136610831>

когато са били едва 353. Въпреки увеличението, процентът остава нисък и се равнява на едва 8% от всички учащи в професионалното образование.

2. Предимства на партньорството между държавата и бизнеса

Предприемчивата държава насърчава иновации и търсене на нови начини за предоставяне на публични услуги. В контекста на дуалното обучение, държавата стимулира иновативни решения в образованието, като дава възможност за нови форми на партньорства между публичния и частния сектор. Следните предимства могат да бъдат открити и използвани за по-фокусирано развитие на тази форма на професионално обучение:

2.1. По-добро съответствие с нуждите на пазара на труда

Едно от основните предимства на дуалното обучение е, че то предоставя възможност за по-тясно съответствие между образователните програми и нуждите на бизнеса. Частните компании могат активно да участват в разработването на учебните програми, като осигуряват реална представа за това какви знания и умения са нужни в съответните индустрии. Така държавата може по-успешно да регулира образователната система, като я насочва към подготвяне на кадри, които отговарят на търсенето на пазара.

Липсата на квалифицирани кадри е често посочвана причина от фирмите за незадоволителен икономически растеж в България. Частният сектор страда от липса на служители с необходимите знания и практически умения за извършване на служебните задължения. Прякото участие на бизнеса в дуалната форма на образование дава възможност от първо лице да се посочат необходимите умения, от които бизнесът се нуждае. Ежегодно разработваният от Института за пазарна икономика Индекс на съответствието между професионалното образование и профила на икономиката¹ показва, че за около половината обучаващи се за придобиване на професионална квалификация няма търсене, в много райони в страната разрывът е особено голям и обхваща над 2/3 от учениците.

¹ Институт за пазарна икономика (2024). Индекс на съответствието между професионалното образование и профила на икономиката.



Източник: Институт за пазарна икономика

Фигура 1. Индекс на съответствие между професионалното обучение и образование и пазара на труда 2022 – 2024 г.

Изследването включва над 22 хиляди ученици в следните 6 сектора: селско стопанство, преработваща промишленост, строителство, транспорт, хотелиерство и ресторантьорство и показва, че вероятно над 10 хиляди от тези ученици няма да работят по специалността, която са учили. Може да се направи извод, че само чрез силната връзка между училищата и работодателите, професионалното обучение може да изпълни основната си роля на мост между образованието и пазара на труда и да осигури на максимално голям процент от завършилите ученици кариерно развитие спрямо придобитата квалификация.

2.2. Подобряване на квалификацията и заетостта на младите хора

Чрез дуалното обучение студентите не само придобиват теоретични знания, но и получават възможност за практически опит в реална работна среда. Това ги прави по-конкурентоспособни на пазара на труда и улеснява тяхната професионална реализация. Държавата печели от този модел, тъй като намалява нивата на младежка безработица, а бизнесът има достъп до добре обучени кадри, готови да се включат веднага в производствения процес. Такава тенденция се наблюдава в държави с добре развито дуално обучение като Германия и Швейцария, където нивата на младежка безработица са значително по-ниски от средните за Европа. Например в Германия безработицата сред

младежите се запазва относително ниска около 6 – 7% през последните години, сравнена с 15 – 20% за Европа (5.9% младежка безработица през 2023 г. спрямо 14.5% в Европейския съюз).

Таблица 1. Равнище на младежката безработица за населението под 25-годишна възраст в Европа, 2021 – 2023 г., % от активното население на възраст под 25 г.

Държава	2021	2022	2023
Босна и Херцеговина	38.3	35.1	30.1
Испания	35.0	29.7	28.7
Гърция	35.5	31.4	26.7
Сърбия	26.0	24.3	25.0
Италия	29.7	23.7	22.7
Швеция	24.7	21.7	22.1
Румъния	21.0	22.8	21.8
Португалия	23.4	19.2	20.5
Словакия	20.6	19.9	19.8
Хърватска	21.5	17.7	18.9
Люксембург	16.9	17.6	18.8
Турция	22.7	19.5	17.5
Естония	16.7	18.6	17.3
Франция	18.9	17.3	17.2
Кипър	17.1	18.6	16.6
Финландия	17.1	14.2	16.2
Белгия	18.2	16.4	16.1
Европейски съюз – 27 държави	16.6	14.5	14.5
Литва	14.3	11.9	13.8
Унгария	13.5	10.6	12.8
Латвия	14.8	15.3	12.3
България	15.8	10.6	12.1
Дания	10.8	10.6	11.5
Полша	11.9	10.8	11.4
Норвегия	12.6	10.0	11.0
Ирландия	14.6	10.1	10.7
Австрия	11.0	9.5	10.4
Словения	12.8	10.1	9.9
Малта	9.9	9.0	9.2
Исландия	12.1	8.7	8.8

Държава	2021	2022	2023
Чехия	8.2	6.8	8.3
Нидерландия	9.3	7.6	8.2
Швейцария	8.3	6.8	7.9
Германия	7.0	6.0	5.9

Източник: Евростат, Равнище на безработицата по пол и възрастова група – средногодишна стойност, %

Изследванията показват, че около 70% от завършилите дуално обучение в Германия получават предложение за постоянна позиция на трудов договор от компаниите, където са били обучавани.¹

2.3. Икономическо развитие и иновации

Сътрудничеството между държавата и бизнеса в рамките на дуалното обучение може да доведе до създаване на иновации и икономическо развитие. Компаниите, които участват в програмите, инвестират в образованието на бъдещите си служители, като по този начин създават нови възможности за развитие на ключови индустрии. Освен това, държавата може да използва тези партньорства за насърчаване на стратегически сектори като високите технологии, енергетиката или зелената икономика.

В България дуалното обучение се въвежда с проект ДОМИНО – „Дуално образование за модерните изисквания и нужди на обществото“ в рамките на проект „Швейцарска подкрепа за въвеждане принципите на дуалното обучение в българската образователна система“. По данни от проекта, състоял се в периода 2015 – 2019 г., общият брой на ученици от професионалните гимназии, включени в дуално обучение, косвено достига 2415. „Галъп интернешънъл“ провежда в периода юни – юли 2019 г. проучване сред 104 фирми и 32 професионални училища по ДОМИНО, 502 фирми и 153 училища извън проекта, както и 4 фокус групи с ученици от професионални гимназии и родителите им, за да анализира нагласите и ефекта от проекта ДОМИНО, както и с цел популяризирането му сред потенциални партньори. Проучването показва, че над 70% от завършилите по ДОМИНО остават да работят в предприятията, където са трупали трудов опит.² 61% от фирмите, участвали в проекта, оценяват като „Много добро“ взаимодействието между фирмите и професионалните гимназии на местно ниво, а над половината от участвалите фирми са готови да отделят време и хора за разработване на учебни програми. Тези резултати

¹ European Commission. The dual system of vocational training in Germany. Erasmus+ Programme.

² ДОМИНО (2019). Дуалното образование в България: положителни резултати, но и все още предизвикателства пред професионалното образование.

показват положителна нагласа за продължаващо развитие на дуалното обучение в страната и готовността на бизнеса да съдейства.

3. Предизвикателства и ролята на държавата

Въпреки предимствата, дуалното обучение в България среща редица предизвикателства. Един от основните проблеми е липсата на достатъчно развитие на инфраструктурата за координация между образователните институции и бизнеса. Държавата играе ключова роля в създаването на нормативна рамка и стимули, които да насърчат частния сектор да инвестира в дуалните програми.

В усилията за повишаването на съответствието между професионалното образование и обучение с пазара на труда и разработен проект BG05M2O P001-2.014-0001 „Подкрепа на дуалната система на обучение“ 2020 – 2023 г.¹ по Оперативна програма „Наука и образование за интелигентен растеж“, съфинансирана от Европейския социален фонд. Проектът подкрепя действия за повишаване привлекателността на дуалната система на обучение сред учениците и родителите, както и повишаване на информираността в предприятията. Целта на проекта е да разшири обхвата на дуалната система на обучение, с оглед повишаване качеството на професионалното образование в България и засилване на връзката му с нуждите на пазара на труда. Дейностите са насочени към подобряване на компетентностите на учителите и преподавателите по професионална подготовка, и придобиване на педагогически и методически умения от представители на работодателите. Целевите групи по проекта включват 9800 ученици от 147 професионални гимназии и училища с паралелки за професионална подготовка, учители по професионална подготовка в системата на средното професионално образование и обучение, представители на предприятията, родители.

Процедурата „От висше образование към заетост“² по програма „Образование“ 2021 – 2027 г. също стимулира и развива дуалната форма на обучение. Основната цел на процедурата е постигане на динамично съответствие между търсенето и предлагането на специалисти с висше образование чрез:

- подобряване на практическите умения на студентите в съответствие с потребностите на пазара на труда;
- насърчаване въвеждането на дуално обучение във висшето образование;
- укрепване на връзките между висшите училища и работодателите и повишаване на ефективността на партньорства между тях.

Чрез осигуряване на допълнителна практическа подготовка на студенти и обучение в реална работна среда процедурата ще допринесе за осигуряване

¹ Министерство на образованието и науката. (2020). Проект BG05M2OP001-2.014-0001 „Подкрепа за дуалната система на обучение“. <https://dual.mon.bg/>

² Министерство на образованието и науката. (2024). Процедура BG05SFPR001-3.002 „От висше образование към заетост“. <https://www.eufunds.bg/bg/opseig/node/15704>

на допълнителни възможности на завършващите висше образование за по-успешна реализация на пазара на труд. Процедурата цели 5 висши учебни заведения (1 от район в преход – Югозападен регион, и 4 от по-слабо развити региони) да разработят методически указания за въвеждане на дуалното обучение и да въведат дуална форма на преподаване в поне едно професионално направление. Очаква се общо 2594 студенти да бъдат в дуална форма на обучение от стартиране на процедурата до 1 година след нейното приключване. От тях 432 следва да бъдат във висше училище в Югозападния регион, а 2162 – в по-слабо развитите региони

Друг актуален пример за държавен стимул е проект на Министерството на образованието и науката за модернизирание на професионалното образование и обучение¹, който се реализира с финансовата подкрепа на програма „Образование“ 2021 – 2027 г. и на Европейския социален фонд плюс. Резултатът от първите 10 месеца на проекта са над 400 включени училища и над 600 учители, преминали обучения за нови умения. Проектът цели подобряване на качеството, приобщаващия характер и ефективността на професионалното образование и обучение (ПОО). Изпълнението на планираните дейности ще спомогне за развитие на професионалното образование и обучение, използващо модерни методи на преподаване и дигитални образователни материали по професионална подготовка с цифрово и интерактивно учебно съдържание. В рамките на програмата е разработен нов Списък на професиите за професионално образование и обучение². Списъкът на професиите е основен документ на системата за професионално образование и обучение и представлява систематизирана структура (матрица) от наименования на професии и специалности, класифицирани в професионални направления, съобразно областите на образованието по Международната стандартна класификация International Standard Classification of Education ISCED – 97 и в съответствие с Класификация на областите на образование и обучение (КОО-2008) на Националния статистически институт. Като основен документ за организацията на професионалното ориентиране, професионалното обучение и професионалното образование списъкът има задължителен характер за всички институции, в които ще се извършва професионално обучение за придобиване на професионална квалификация – професионални гимназии, професионални училища, професионални колежи и центрове за професионално обучение.

Като възможност за развитие могат да се посочат все още недостатъчното участие на частния сектор в дуалното обучение, както и необходимостта от

¹ Министерство на образованието и науката. (2020). Процедура BG05SFPR001-3.001 „Модернизирание на професионалното образование и обучение“. <https://sf.mon.bg/?go=page&pageId=576>

² Министерство на образованието и науката. (2024). Списък на професиите за професионално образование и обучение. <https://www.mon.bg/nfs/2024/08/spisak-profesii-21082024.pdf>

повишаване на осведомеността и мотивацията сред ученици, студенти и работодатели за ползите му. Тук държавата играе ключова роля и може да допринесе чрез информационни кампании и стимули за компаниите, които участват в такива програми. Процедурите и програмите, посочени по-горе, са само част от инструментите на държавата. Добрите примери на успешно завършили ученици и студенти с успешна кариера след дуално обучение могат да увеличат интереса от страна на младежите. От друга страна, компаниите ще имат възможност повече млади хора да бъдат обучени от тях и да изберат сред тях кадри, които да могат да продължат кариерата си в обучилата ги фирма.

Заклучение

Дуалното обучение е мощен инструмент за прилагане на принципите на съвременния публичен мениджмънт. То не само отговаря на нуждите на бизнеса и студентите, но и подкрепя иновативни и ефективни управленски практики, ориентирани към резултати и устойчиво развитие. Чрез подкрепата и координацията на държавата, дуалното обучение представлява важна възможност за укрепване на партньорството между публичния и частния сектор в България. Чрез интеграция на практическото обучение с теоретичната подготовка, този модел не само подобрява качеството на образованието, но и стимулира икономическото развитие, като създава квалифицирани и конкурентоспособни специалисти. За да се постигне устойчив успех, е необходимо държавата да продължи да подкрепя този процес чрез адекватна политика и стимули за бизнеса, което ще доведе до дългосрочни ползи за обществото и икономиката.

Използвана литература

1. Евростат. (2024). Равнище на безработицата по пол и възрастова група – средногодишна стойност. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/une_rt_a/default/table?lang=en
2. Евтимова, П., Георгиев, Н., Златарска, П. (2019). Практическо ръководство за дуално обучение. Българо-швейцарска програма за сътрудничество. <https://dominoproject.bg/wp-content/uploads/2019/06/Dualno-obuchenie-practichesko-rakovodstvo-BG.pdf>
3. Институт за пазарна икономика (2024). Индекс на съответствието между професионалното образование и профила на икономиката. https://ime.bg/wp-content/uploads/2024/05/educationemployment_index2024.pdf
4. Наредба № 1 от 8 септември 2015 г. за условията и реда за провеждане на обучение чрез работа (дуална система на обучение). Обн., ДВ, бр. 70 от 11 септември 2015 г.; изм. и доп., ДВ, бр. 40 от 15 май 2018 г.; изм. и доп., ДВ, бр. 74 от 30 август 2024 г. <https://lex.bg/bg/mobile/ldoc/2136610831>
5. Министерство на образованието и науката. (2022). Програма „Образование“ 2021 – 2027. <https://sf.mon.bg/>

6. Министерство на образованието и науката. (2020). Проект BG05M2O P001- 2.014-0001 „Подкрепа за дуалната система на обучение“. <https://dual.mon.bg/>
7. Министерство на образованието и науката. (2024). Процедура BG05SFPR001-3.002 – От висше образование към заетост. <https://www.eufunds.bg/bg/opseig/node/15704>
8. Министерство на образованието и науката. (2020). Процедура BG05SFPR 001-3.001 „Модернизиране на професионалното образование и обучение“. <https://sf.mon.bg/?go=page&pageId=576>
9. Министерство на образованието и науката. Списък на професиите за професионално образование и обучение – 2024. <https://www.mon.bg/nfs/2024/08/spisak-profesii-21082024.pdf>
10. Проект ДОМИНО. (2019). Методология за прилагане на швейцарския модел за дуално образование. (<https://dominoproject.bg/wp-content/uploads/2019/11/...dualno-obrazovanie.pdf>)
11. Славова, З. (2024). Нови стимули за разширяване на дуалното образование. Институт за пазарна икономика. <https://ime.bg/articles/novi-stimuli-za-razshiryavane-na-dualno-obrazovanie/>
12. Ghisla, G. (2014). Situation-based didactics [PDF]. Swiss Federal Institute for Vocational Education and Training. https://idea-ti.ch/images/team/ghisla/17a_TOOLS_E_DpS_Ghisla_Boldrini_BauschSiD_Situation-based-Didactica_E_2014_.pdf
13. European Commission. The dual system of vocational training in Germany [PDF]. Erasmus+ Programme. Accessed April 21, 2025, from <https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/project-result-content/ad158493-afec-4a4a-abd5-0d7ae7e548df/Result%20No.%20%20Vocational%20training%20Germany.pdf>
14. Hoffman, N., Schwartz, R. (2015). Gold standard: The Swiss vocational education and training system. International comparative study of vocational education systems [Report]. Center on International Education Benchmarking. <https://ncee.org/gold-standard-the-swiss-vocational-education-and-training-system/>

Рецензент: гл.ас. д-р Виолета Тончева-Златкова

МАРКЕТИНГОВ ПРОЧИТ НА ИЗГРАЖДАНЕТО НА СТУДЕНТСКАТА ЛОЯЛНОСТ КАТО ПОДХОД ЗА ЗАДЪРЖАНЕ НА СТУДЕНТИ В ПО-ВИСОКА ОБРАЗОВАТЕЛНА СТЕПЕН

Огнян Огнянов

Докторант, катедра „Маркетинг и стратегическо планиране“, УНСС
ognyan.ognyanov@unwe.bg

Резюме: Докладът има за цел да представи студентската лоялност и предпоставките за нейното изграждане, в контекста на маркетинга на висшето образование като част от маркетинговия прочит на процеса на задържане на студенти във висшето учебно заведение, в по-висока образователна степен. Темата е актуална поради огромния, нереализиран капацитет на висшите училища в България. Предмет на настоящата разработка е студентската лоялност, а обект са висшите учебни заведения. Докладът е разработен на база критичен анализ и синтез на съществуваща научна литература, касаеща маркетинга на висшето образование и студентската лоялност.

Ключови думи: маркетинг на висшето образование, висши учебни заведения, задържане на студенти

JEL: M30, M31

A MARKETING PERUSAL OF STUDENT LOYALTY BUILDING AS AN APPROACH TO STUDENT RETENTION IN HIGHER EDUCATIONAL DEGREE

Ognyan Ognyanov

PhD Student, Department „Marketing and Strategic Planning“, UNWE
ognyan.ognyanov@unwe.bg

Abstract: The report aims to present student loyalty and the prerequisites for its construction, in the context of the marketing of higher education as part of the marketing perusal of the process of retaining students in the higher educational institution, in a higher educational degree. The topic is relevant due to the huge free capacity of higher education institutions in Bulgaria. The subject of the current development is Student loyalty, and the object is Higher education institutions. The report is developed based on a critical analysis and synthesis of existing scientific literature concerning the marketing of higher education and student loyalty.

Keywords: marketing of higher education, institutions of higher education, student retention

JEL: M30, M31

Въведение

Услугата висше образование е особена, сложно структурирана, изискваща постоянно взаимодействие между тези, на които се предоставя и същевременно се предоставя от много и различни лица и структури в рамките на висшето училище. Всичко това в комбинация с дългосрочното ѝ предоставяне (поради спецификата ѝ), изисква ангажираност, дори отдаденост и продължителни усилия, на което маркетингът може да помогне. В маркетинга е традиционно известно, дори непреходно, че разходите за придобиването на един нов клиент, многократно надвишават запазването на съществуващите, особено ако на последните могат да бъдат предоставени (възмездно) и допълнителни продукти – текущо или впоследствие (във времето). Въпросът със задържането е интердисциплинарен, като не се ограничава до маркетинг, човешки ресурси, логистика, управление на процеси и структуриране на администрацията. Маркетинговите усилия, особено тези с дългосрочен ефект (обикновено насочени към бранда на висшето учебно заведение), повлияват и привличането и задържането на студенти, но положителни резултати могат да се очакват единствено с целенасочени и регулярни дейности от всички страни в процеса. Целта на доклада е да представи студентската лоялност и предпоставките за нейното изграждане, в контекста на маркетинга на висшето образование. Предмет на настоящата разработка е студентската лоялност, а обект са висшите учебни заведения (ВУЗ).

1. Маркетинг на висшето образование

Основите на развитието на маркетинга на образователни услуги и в частност, маркетинга на висшето образование, могат да се проследят до 70-те години на миналия век. Съвсем естествено, първите автори започват да изследват тази проблематика, в държавите с предимно платено висше образование и със значителен брой частни висши училища. Поетапно, с развитието на такъв тип пазарни отношения, се увеличава и интереса към всякакви допълнителни начини за привличане на студенти, освен административно наложените. Накратко можем да кажем, че маркетинговите решения се търсят там, където се зараждат маркетинговите проблеми като функция на управленските, а именно – как да бъдат привлечени повече студенти, за да бъде реализиран текущият капацитет и евентуално разработен нов от една страна, и как да бъдат задържани текущите такива по принцип (до приключване на образованието им в конкретната образователна степен), и как висшето учебно заведение да ги накара, да продължат в по-висока образователна степен на същото място – от друга.

Кентърбъри (Canterbury, 1999) изказва мнението, че приликите между висшето образование като отрасъл и организациите, създадени с цел печалба, може да не са достатъчни, за да заключим, че същите маркетингови методи

могат да се прехвърлят във ВУЗ. Дрискол и Уикс (Driscoll and Wicks, 1998) също оспорват идеята, че мейнстрийм концепциите за маркетинг на услугите се прилагат в университетите. Те вярват, че услугите, предоставена от университетите са нематериални, осигуряват се от много хора (персонал, преподаватели, библиотекари и т.н.) и необходимото време за предоставяне е продължително. Следователно резултатът не може да бъде измерен, нито пък може лесно да се оцени процесът, чрез който е постигнат. Те също така са на мнение, че уникален аспект на образователната услуга е липсата на ясна размяна. Макар че студентите очевидно са най-важните реципиенти на услугата, те не заплащат еквивалентно на услугата, която получават поради това, че последната е субсидирана (*държавна субсидия – пълна или частична, субсидии от външни за университета фондове и източници – курсив: автора*). Следователно клиентът не заплаща реалната цена на услугата. Накрая, те считат, че силната маркетингова ориентация, може да бъде потенциална заплаха за качеството на програмата (специалността). Следователно, основният фокус на институциите върху маркетинга на техните специалности, не трябва да включва намаляване на стандартите за прием, за да се увеличи броят на записаните студенти. Това е често срещана критика, отправена срещу лошо проектиран маркетинг, който не прави нищо друго, освен увеличаване на приема. Фиске (Fiske, 1979) предупреждава, че университетите няма да постигнат никакви дългосрочни ползи, ако единствено увеличават или намаляват броя на специалностите, в стремежа си да бъдат адекватни на търсенето. Холдън (Holden, 1995) също застава на позицията, че университетите, трябва да направят така, че изпълнението на показателите по приема, да не бъде за сметка на академичните приоритети.

Изследователите, които работят по темата в последните години по-скоро вече приемат този въпрос за решен или поне оставен на заден план чрез негласно споразумение. Същото поведение се наблюдава и при дебата за това, клиенти ли са или не са студентите. В своето изследване Гиболт (Guibalt, 2016, с. 8) посочва, че висшето образование е услуга и трябва да се счита за услуга, която съставлява преживяване. Този вид услуги са дефинирани от като „услуги, при които фокусът е върху опита на потребителя при взаимодействие с организацията, а не само функционалните ползи, които следват от доставените продукти и услуги“. Това според същия автор е най-добрият начин за разглеждане на образованието. С тази гледна точка студентът е клиент. Марк (Mark, 2013, с. 490) от своя страна твърди, че „студентите са тези, които се обслужват най-пряко от университета и неговата мисия, така че те трябва да бъдат разглеждани като негови основни клиенти“.

Студентското преживяване е възможност да се направи едно своеобразно „помириване“ на двете гледни точки – клиенти или не са студентите. Идеята е да се обследва как самите студенти се възприемат. Корис и колектив (Koris, et al., 2015) предлагат 11 категории на студентското преживяване, а именно:

- обратна връзка от студентите;
- дипломиране;
- дизайн на учебното съдържание;
- комуникация с обслужващия персонал;
- строгост;
- оценяване;
- поведение в учебната аудитория;
- обучение в учебната аудитория;
- индивидуално обучение;
- методи на преподаване;
- дизайн на курса.

Те провеждат емпирично изследване сред студенти по бизнес дисциплини в Естония и резултатите показват, че студентите не очакват подход към тях като клиенти във всяка категория от студентското преживяване. От една страна, студентите очакват да се подхожда към тях като към клиенти относно категориите:

- обратна връзка от студентите;
- обучение в учебната аудитория;
- комуникация с обслужващия персонал;
- индивидуално обучение;
- дизайн на курса;
- методи на преподаване.

От друга страна, те не очакват клиентски подход към:

- дизайн на учебното съдържание;
- строгост;
- поведение в учебната аудитория;
- дипломиране.

Категорията „оценяване“ в изследването е оставена без конкретно място, в коя от двете условно разделени части попада като очаквания. Авторите на изследването твърдят, че респондентите „остават по-скоро безразлични по отношение на тази категория“, с което изследването нито потвърждава, нито отхвърля твърденията в съществуващата литература по въпроса.

Настоящата разработка няма за цел да обследва полемиката по този въпрос и като подчинена на маркетинговата гледна точка приема, че студентите трябва да бъдат възприемани като клиенти.

2. Студентска лоялност

2.1. Природа на лоялността на студентите

Лоялността на студентите е съвкупната цел, към която би следвало да се стреми ВУЗ, като обедини усилията от маркетинговите си дейности по студентска удовлетвореност, студентска ангажираност, както и от всички активности

в спектъра на релационния маркетинг. Лоялността в контекста на маркетинга се дефинира като „...дълбоко вкоренен ангажимент за повторно закупуване или превръщане в редовен клиент, на предпочитан продукт/услуга, последователно за в бъдеще, като това води до повтарящ се избор на закупуване от един и същ бранд или съвкупност от брандове, въпреки ситуационните влияния и маркетинговите усилия, имащи потенциала да предизвикат превключващо поведение“ (Oliver, 1999, с. 34). Тази дефиниция предполага, че лоялността съдържа едновременно както отношенчески, така и поведенчески компонент (Hennig-Thurau et. al, 2001). Хелгесен и Несет (Helgessen & Nettet, 2007) установяват, че качеството на услугата, социалните взаимодействия, климатът в университетските сгради и репутацията, повлияват положително удовлетвореността на студентите от ВУЗ. Подобно на тях, Хенинг-Туро и съавтори (Hennig-Thurau et. al, 2001) смятат, че качеството на образованието, емоционалната ангажираност към бранда и доверието в доставчика на образование, са най-важните определящи фактори за лоялността на студентите. Освен това Хелгесен и Несет (Helgessen & Nettet, 2007) считат, че лоялността на студентите не е ограничена до периода, през който те са официално регистрирани като такива. По-скоро се счита, че лоялността им се простира отвъд дипломирането и може да включва дарителство, членство в клубове на възпитаници (алумни), участие в социалните дейности на ВУЗ, както и положителна препоръка от уста на уста.

2.2. Студентската удовлетвореност като двигател на доверие, ангажираност и лоялност

В литературата за маркетинг на услугите, удовлетвореността се определя като степента, до която клиентът изпитва приятно ниво на свързано с потреблението задоволство. По същия начин, удовлетвореността на студентите се определя като „субективната оценка на студентите за многообразните резултати и преживявания от образованието и живота във ВУЗ“ (Elliott, K., & Shin, D., 2002, с. 198). Удовлетвореността обикновено се основава на оценката, дали очакванията на клиента са били изпълнени (Caruana 2002), както и степента на потвърждаването или непотвърждаването на техните очаквания.

Доверието, което се счита за общоприето очакване, произтичащо от повтарящи се епизоди на услугата, е обобщена оценка, която се позиционира на високо ниво от удовлетвореността. Доверието е отражение на нивото на удовлетвореност в отношенията клиент – доставчик. Клиентската удовлетвореност също така е силно свързана с развитието на ангажираността. Повтарящите се положителни подсилвания на удовлетворяващите преживявания водят до формирането на емоционални връзки, които представляват форма на афективна ангажираност. В крайна сметка, студентската удовлетвореност, по-

влиява положително лоялността на студентите чрез препоръчването, увеличените приходи и намалените разходи на образователните институции, и създава възможност за продължаване на образованието (Helgesen & Nettet, 2007).

2.3. Студентското доверие като двигател на лоялността

Доверието се дефинира като желанието на клиент, да разчита на контрагент, на когото вярва. За да съществува тази връзка, тя трябва да бъде взаимноизгодна и за двете страни. Доверието в сектора на висшето образование се определя като „степен, до която студентът е готов да разчита или има вяра и увереност в организацията, за да предприеме подходящи стъпки, които са от полза за него и му помагат да постигне своите образователни и кариерни цели“ (Ghosh et al., 2001, с. 325). То се основава на личното и субективно мнение, който всеки студент получава от всички елементи на образователното си преживяване, включително преподавателите от на катедрата/факултета, администрацията, технологиите на разположение и живота в рамките на ВУЗ (Hennig-Thurau et. al, 2001). Карвайо и де Оливейра Мота (Carvalho & de Oliveira Mota 2010) установяват, че доверието в персонала на институциите, административните процеси, политики и практики, повишава студентските възприятия за ценност и лоялност. Те считат, че доверието в доставчика на висше образование, е от съществено значение за насърчаване на продуктивни взаимоотношения със студентите. Те също така споделят мнението, че доверието оказва положително влияние върху лоялността на студентите чрез препоръчването, повишеното задържане и повишеното възприемане на качеството на услугата.

2.4. Студентската ангажираност като двигател на лоялността

Ангажираността се дефинира като намерението на клиента, да продължи взаимоотношенията си със своя контрагент. Тя е дългосрочната ориентация на клиента към бизнес отношенията, които се основават на оценката на клиента, че тези отношения, ще продължат да носят ползи (Hennig-Thurau et. al, 2002).

Морган и Хънт идентифицират трите основни предпоставки за клиентската ангажираност: разходи за прекратяване на връзката, ползи от връзката и споделени ценности. Емоционално обвързаните клиенти, желаят да продължат връзката си, защото имат положително отношение към организацията и възприемат социалните ползи от партньорските взаимоотношения. Емоционалната ангажираност се корени в чувството за споделени ценности, принадлежност, отдаденост и сходство (Fullerton, 2003). Фулъртън също установява, че клиентите, които са емоционално ангажирани, са по-склонни да станат засъщности на дадената организация.

В сектора на висшето образование ангажираността се определя като емоционална и когнитивна по своята същност (Hennig-Thurau et al., 2001). Уста-

новено е, че ангажираността влияе положително върху лоялността на студентите, чрез повишено възприемане на качеството на услугата, повишено участие на студентите и желание да посещават, и препоръчват ВУЗ.

Заклучение

Това, което осигурява маркетингът като философия на взаимоотношенията и като комплекс от техники и инструменти играе важна роля за задържането на студентите чрез създаване и поддържане на представата за високо качество на образователните услуги, предлагани от конкретното висше учебно заведение (ВУЗ). Тук разбира се, трябва да бъде отчетен факта, че след първоначалното привличане на бъдещите студенти, маркетинговите подходи макар и важни, са по-скоро спомагателни на процесите на обучение и администриране в даденото ВУЗ. В идеалния случай всичко е синхронизирано, придвижването на студентите през различните образователни етапи, работата на администрацията и маркетинговите усилия са в една посока, което се усилва от ефекта на синергията. В действителност е възможно това да не е така и в даден момент маркетингът да бъде призван да поправи щетите и да връща вече възникналите взаимоотношения в „правилния“ коловоз.

Използвана литература

1. Canterbury, R. M. (1999). Higher education marketing: A challenge. *Journal of College Admission*, 165, 22 – 30.
2. Caruana, A. (2002). Service loyalty: The effects of service quality and the mediating role of customer satisfaction. *European Journal of Marketing*, 36(7 – 8), 811 – 828. <http://dx.doi.org/10.1108/03090560210430818>
3. Carvalho, S., & de Oliveira Mota, M. (2010). The role of trust in creating value and student loyalty in relational exchanges between higher education institutions and their students. *Journal of Marketing for Higher Education*, 20(1), 145 – 165. <http://dx.doi.org/10.1080/08841241003788201>
4. Driscoll, C. & Wicks, D. (1998). The customer-driven approach in business education: A possible danger. *Journal of Education for Business*, 74, 58 – 61.
5. Elliott, K., & Shin, D. (2002). Student Satisfaction: An alternative approach to assessing this important concept. *Journal of Higher Education*, 24(2), 197 – 209
6. Fiske, E. B. (1979, October). The marketing of colleges. *The Atlantic Monthly*, 93 – 98.
7. Fullerton, G. (2003). When Does Commitment Lead to Loyalty? *Journal of Service Research*, 5(4), 333-344. <http://dx.doi.org/10.1177/1094670503005004005>
8. Ghosh, A., Whipple, T., & Bryanm, G. (2001). Student Trust and Its Antecedents in Higher Education. *The Journal of Higher Education*, 72(3), 322 – 340. <http://dx.doi.org/10.2307/2649334>

9. Guilbault, M. (2016) Students as customers in higher education: reframing the debate. *Journal of Marketing for Higher Education*, Vol. 26, No. 2, 132 – 142 <http://dx.doi.org/10.1080/08841241.2016.1245234>
10. Helgesen, O. & Nettet, E. (2007). Images, Satisfaction and Antecedents: Drivers of Student Loyalty? A Case Study of a Norwegian University College. *Corporate Reputation Review*, 10(1), 38-59. <http://dx.doi.org/10.1057/palgrave.crr.1550037>
11. Hennig-Thurau, T., Langer, M., & Hansen, U. (2001). Modelling and managing student loyalty: An approach based on the concept of relationship quality. *Journal of Service Research*, 3(1), 331 – 344. <http://dx.doi.org/10.1177/109467050134006>
12. Holden, A. (1995). Universities search for a new ways to measure success. *University of Toronto Magazine*, 13(2), 12 – 14.
13. Koris, R., Ortenblad, A., Kerem, K., & Ojala, T. (2015). Student-customer orientation at a higher education institution: the perspective of undergraduate business students. *Journal of Marketing for Higher Education*, 25(1), 29 – 44.
14. Marinov, K. (2023). Financial Literacy: Determinants and Impact on Financial Behaviour. *Economic Alternatives*, Issue 1, 89 – 114 DOI: <https://doi.org/10.37075/EA.2023.1.05>
15. Mark, E. (2013). Students are not products. They are customers. *College Student Journal*, 47(3), 489 – 493.
16. Oliver, R. (1999). Whence Consumer Loyalty? *Journal of Marketing*, 63, 33 – 44. <http://dx.doi.org/10.2307/1252099>

Рецензент: гл.ас. д-р Виолета Точева-Златкова

КОНТРОЛ ПРИ ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА АНТИКОРУПЦИОННА ПОЛИТИКА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Севинч Христемова

Докторант, катедра „Финансов контрол“, УНСС
sevinch.hristemova@unwe.bg

Резюме: Здравеопазването е един от уязвимите сектори за ефективно разпределение на публичните ресурси, поради което е необходимо добре да се разгледат и анализират методите за контрол и стратегиите, които се следват при противодействието на корупцията. Целта на настоящия доклад е да представят и анализират механизмите за контрол и противодействие на корупцията в сектора на здравеопазването и да се дадат насоки и препоръки за подобряването им.

Контролът, методите и механизмите при осъществяване на антикорупционна политика в сектор здравеопазване са били едни от водещите актуални теми поради заделения и винаги недостатъчен размер на публичните ресурси.

Ключови думи: контрол, антикорупционна политика, здравеопазване

JEL: H51, H75, I1

CONTROL IN THE IMPLEMENTATION OF ANTI-CORRUPTION POLICY IN HEALTHCARE

Sevinch Hristemova

PhD student, Department of Financial Control, UNWE
sevinch.hristemova@unwe.bg

Abstract: Health is one of the vulnerable sectors for efficient allocation of public resources, therefore it is necessary to thoroughly examine and analyze the control methods and strategies followed in countering corruption. The purpose of this report is to present and analyze the mechanisms for controlling and counteracting corruption in the health sector and to provide guidelines and recommendations for their improvement.

Controls, methods and mechanisms in the implementation of anti-corruption policy in the health sector have been one of the leading topical issues due to the allocated and always insufficient amount of public resources.

Keywords: control, anti-corruption policy, healthcare

JEL: H51, H75, I1

Въведение

Антикорупцията в здравеопазването е критична тема на глобално ниво, здравните системи в различните страни са подложени на сериозен риск от корупционни практики. Корупцията може да се проявява по различни начини в здравеопазването като например: подкупи, злоупотреба с фондове, манипулиране на обществени поръчки, фалшиви медицински медикаменти и услуги, неефективно разпределение на ресурси и много други.

В глобален контекст борбата с корупцията в здравеопазването е от ключово значение за осигуряване на качествено и достъпно здравеопазване за всички, като цели не само икономическа ефективност, но и справедливост, здравна сигурност и правото на гражданите да получават адекватни грижи.

Антикорупцията в здравеопазването в България е тема, която винаги е била и през последните десетилетия продължава да бъде изключително актуална и спорна. Въпреки, че се полагат усилия за подобряване на системата и намаляване на корупционните практики, секторът остава уязвим за различни форми на злоупотреба.

1. Същност и теория на корупцията

Корупцията е вид обществено явление добре познато на човека от векове, явление типично в различни размери за всяко общество. През последните години корупцията е тема за интензивно обсъждане в публичното пространство, поради многобройните случаи които срещаме в различните обществени сфери. Корупцията е вид пречка за развитието на икономиката отделните държави и на международната общност, заплашващо стабилността на институциите и моралните устои на обществото. Широкия обхват на корупция и неточното дефиниране поражда неидентифициране на проблема и няма ефективно противодействие.

Понятието (корупция) идва от латинското (*corruptio*) подкуп, което означава (унищожаване/ нарушение) и се формира от комбинация от латинските думи (*coegi* – няколко участници в обвързваща връзка относно единствения предмет на спора) и (*rumpe* – нещо) за печалба.

Латинския речник, освен посочените значения, цитира и (съблазняване, упадък, извращение, лошо състояние, превратност, както и разстроен, щети, разпад, разрушаване, унищожаване, съблазняване, изкривяване, безчестие). В тази връзка съществува мнение, че латинския термин (*corruption*) идва от двете основни думи (*cor* – сърце, душа, дух, разум) и (*ruptum* – развалят, унищожават, покваряват). Следователно същността на корупцията не е в подкупа на обществените и други служители, а в нарушаването на единството (разпадане, разпад) на определена социална система, включително системата на държавната власт (Андреева, 2012).

Корупцията няма общоприето определение, което води до разнообразни подходи към нейното тълкуване. Пример е Кодексът за поведение на длъжностните лица по правоприлагането, приет от Общото събрание на ООН на 17.12.1978 г., който гласи: „въпреки че понятието за корупция трябва да бъде дефинирано от националното законодателство, трябва да се разбира, че то обхваща извършването или несъздаването на каквито и да е действия по изпълнението на задължения или поради тези задължения, в резултат на изискуеми или приети подаръци, обещания или стимули или тяхното незаконно получаване, когато се извършват такива действия или пропуски“ (Мелков, 1990).

Съвременното значение на понятието корупция се формира изцяло когато тя се превръща в неразделна част от обществения живот, както на повечето европейски държави така и в световен план. Именно от този момент корупцията е вече разбрана като подкупност и продажност на чиновници и дейци. В Тълковния речник на българския език е вложен подобно определение на термина „корупция“: „поквареност на длъжностно лице, продажност“. Това определение и интерпретация е най-близко до всекидневното разбиране на корупцията, но тя е твърде обща и не може да послужи нито за целите на научни изследвания нито като правно определение на това понятие (Малчев, 2016).

Докато в глобален план корупцията се приема за пречка и неетично деяние разрушаващи всички нормативи за икономическо развитие, демокрация и морални ценности, индивидуалният човек, без значение в коя държава се намира и от коя общност е, приема корупцията, като вид деяние за по-бързо приключване на дадена задача/дейност, за по-лесно преодоляване на бюрокрацията, която се бави за изготвянето на дадени документи и за надделяване с мощ пред конкуренцията.

В документ на ООН за международната борба с корупцията са направени опити за формулиране на концепция за корупцията, като в него се отбелязва, че „корупцията е злоупотреба с държавна власт за получаване на лична изгода“ (ООН, А/CONF.169/14,1995). А в Конвенцията за наказателно право срещу корупцията, приета в Страсбург през 27.01.1999 г. също не се определя ясно понятието „корупция“, а се разглеждат нейните вариации (Черников, 2005: 317 – 336).

Трябва да се отбележат и някои незаконни действия в определението за корупция, които противоречат на международното право. Пример за това е Декларацията на ООН за борба с корупцията и подкуп в международни търговски операции (Сидеров & Гумеров, 2014: 169 – 172), понятието подкуп като цяло се разграничава от корупцията. Според някои автори от смисъла на нормите на тази декларация, корупцията и подкупът в съответствие с международния правен аспект са две различни понятия, които нямат общо значение или не съответстват на общоприетото значение, а се приемат като (даване и получаване) (Вълков 2023, с. 65).

2. Теоретични и стратегически подходи за противодействие на корупцията в сектора на здравеопазването

Стратегическият подход на управление следва концептуална рамка за управление на процесите, където попадат и стратегическите решения, взети на национално ниво и свързани с противодействието на антикорупционните прояви. Тази теза застъпват редица автори (Петкова, Киряков, Димитров, 2019: 15), като считат, че намесата на държавата в стратегически политики и чрез реформи ще доведе до намаляване на корупционният риск при предлагане на публични услуги.

При изграждане на дадена стратегия значение имат подходът и начинът за определяне на стратегически насоки и постигане на очакваните резултати за противодействие на корупцията в секторите.

Противодействието на корупцията в здравеопазването изисква комбиниран подход, обединяващ теоретични концепции с практическите стратегии за приложение. Здравеопазването е особено уязвимо срещу корупционни практики, поради огромния финансов ресурс, който управлява, сложността на процесите и множеството заинтересовани страни. Теоретичните и стратегическите подходи за противодействие на корупцията в този сектор могат да бъдат разглеждани в контекста на различни принципи на добро управление като прозрачност, ефективност и етика (Transparency international, 2023).

В наръчник „Ефективно партньорство при реализиране на антикорупционни политики“ на Асоциация „Прозрачност без Граници“, издаден през 2009 г. в рамките на проект „От добри практики към ефективни антикорупционни политики: партньорство между структурите на гражданското общество и държавната администрация като гарант на повишаване на прозрачността и отчетността на администрацията на национално и местно ниво“, изрично е отбелязано, че „гражданското общество притежава необходимия експертен потенциал и организационни мрежи, за да се справя с въпроси от обществено значение, включително и случаите на корупцията“ (Прозрачност без граници, 2009). В резултат на доклада и следваните политики за засилена административна и наказателна репресия, административната корупция достига най-ниски наблюдавани равнища в периода 2009 – 2012 г.

2.1. Теоретични подходи за противодействие на корупцията в здравеопазването

Корупцията има тежки последици за петте измерения на производителността на здравните системи – достъп, справедливост, ефективност, качество, и ефикасност, и е пречка за дългосрочната цел за постигането на всеобщо здравно покритие (U4 Issue, 2020). Теориите са дефинирани по следната структура:

2.1.1. Теория за институционалната неприкосновеност

Тази теория описва значението на изграждането на здрави и устойчиви институции, които предотвратяват корупцията чрез ясно дефинирани правила и стандарти. В контекста на здравеопазването това означава:

- създаване на ясни правни и регулаторни нормативи;
- установяване на стриктни механизми за контрол и мониторинг;
- разработване на антикорупционни програми в здравните институти.

2.1.2. Теория за социалния капитал

Той се отнася до мрежите от доверието, социалното взаимодействие и сътрудничеството между хората, които формират обществени механизми за контрол и за предотвратяване на корупцията (Петкова, 2019: 17 – 19). В здравеопазването това включва:

- създаване на антикорупционни мрежи между медицински специалисти, пациенти и администрацията;
- стимулиране на активно участие на гражданите и пациентите в контрола върху здравната система;
- изграждане на доверие в здравните власти чрез постоянен диалог и участие на заинтересованите страни.

2.1.3. Теория на агентите и принципала

Тази теория разглежда динамиката между „агента“ (здравни служители или мениджъри) и „принципала“ (пациенти, държавни органи, обществени здравни фондове). Тя е ориентирана по скоро към налагане на мерки свързани със самоконтрола и изхожда от принципите на етиката (Петкова, Киряков, Димитров: 21).

При здравеопазването този подход е насочване на усилията към:

- контрол върху действията на агентите чрез външен мониторинг и подобро разузнаване;
- използване на финансови стимули и санкции за поддържане на съответствие с нормите и стандартите.

2.1.4. Теория на контрол и мониторинг

Тази теория подчертава значението на вътрешните и външните механизми за контрол, които осигуряват проверка и отчетност на действието на всички потребители в здравеопазването. Поддръжници на тази теория (Петкова, Киряков, Димитров: 17 – 18) обвързват качеството на предлаганите услуги и контрола при тяхното осъществяване. Поддържам вижданията на тези автори, като в контекста на здравето те са:

- въвеждане на системи за електронен мониторинг на разходите, лекарствата и медикаментите;
- редовни одити на болнични заведения;
- използване на специализирани органи, като инспектори по здравеопазване, които да следват за злоупотребите.

2.2. Стратегически подходи за противодействие на корупцията в здравеопазването

Според някои автори „трансформацията се определя като процес на разработка на стратегиите и преминаването от едно в друго състояние, при което се извършва частична или цялостна стратегическа промяна“ (Радев, 2013: 71 – 85). Според очакваната трансформация в стратегически план в противодействието на корупцията се извършват анализ и оценка на мерките, включени в националните стратегии през годините. Според наблюденията и анализи (Петкова, Киряков, Димитров, 2019: 37 – 39), всеки стратегически план има своите пропуски. „В документа не се посочва как точно следва да бъде засилен контролът от страна на гражданите, нито как да бъдат подобрили механизмите, свързани с препоръките“ относно първата Националната стратегия приета 2001 г. В продължение същите автори анализират и следващите приети стратегии през 2006 г.: Стратегия за прозрачно управление, превенция и противодействие на корупцията 2006 – 2008 г. и Интегрирана стратегия за превенция и противодействие на корупцията и организираната престъпност 2009 – 2014 г., където „Проблемите с посочените стратегии са стратегии с ясно изразен популистски характер и неясната дефиниция кой трябва да бъде засегнат и липсата на пълна информация в документацията – например липса на мерки свързани с оценка на изпълнението, липса на конкретни данни за повишаване индекса на възприемане на корупцията в България.“ Следващият стратегически план Стратегия за противодействие и превенция на корупцията 2015 – 2020 г. допълва донякъде предходния, но естествено със своите недостатъци, като се изтъква че се очаква резултат от борбата с корупция за кратък период от време. Също така и стратегията е с дълъг планов период на изпълнение, има общ характер и недостатъчна конкретизация на мерките при изпълнението на плана, липсват конкретни качествени и количествени индикатори, на базата на които да се извърши оценка за изпълнение на стратегията и плана за действие, нужни са промени в структурата и функциите на прокуратурата и на следващите ги органи, както и мерки за предотвратяване на политическата зависимост на съдебната власт. И относно последната Национална стратегия за превенция и противодействие на корупцията 2021 – 2027 г. в доклада си „Ново антикорупционно законодателство в Република България“ критикува стратегията, като изказва гледната си точка, че е неефективна, като подчертава, че „приемането на няколко стратегии за кратък период от време и изготвянето им без предварителен криминологичен анализ на тенденциите на корупцията в страната, също така и без анализ на недостатъците в прилагането на текущите стратегии, създава впечатление за самоцелност на приемането им“ (Трифонов, 2018: 24 – 30).

Моите възгледи по позицията за стратегически подходи за противодействие на корупцията в здравеопазването са сходни с тези на Световната здравна организация и на Асоциацията „Прозрачност без граници“, обобщени под следната форма:

- Дигитализация и автоматизация на процесите

Един от най-ефективните стратегически подходи за намаляване на корупцията в здравеопазването е внедряването на електронни системи за здравеопазване, като електронно здравно управление, платформи за електронни рецепти и автоматизирани системи за назначаване на медицински услуги. Това може да се осъществи чрез:

- повишаване на прозрачността на медицинските процедури и назначените направления;
- намаляване на възможностите за манипулиране на данни и укриване на съществена документация;
- лесно проследяване на потока на средства.

- Образование и обучение на персонала за етичните норми

Друга стратегия е провеждането на редовни програми за обучение на медицинските работници относно етичните норми и практики в здравеопазването. Това може да се осъществи със:

- редовни курсове по етика и антикорупционни практика;
- разработване на вътрешни етични кодекси и норми на работа;
- насърчаване за създаване на механизми за анонимно подаване на сигнали за корупция и корупционни практики в здравеопазването.

- Повишаване на прозрачността и отчетността

В стратегията за увеличаване на прозрачността може да се включат:

- отворени публични процедури за възлагане на обществени поръчки в здравния раздел;
 - публикуване на данни за плащания на здравните институции и за финансовото състояние на здравната система и дадени здравни заведения;
 - засилване на обществения контрол чрез инициативи като редовни доклади.
- Засилване на наказателните санкции и правен контрол

Увеличаването на наказанията за корупционни действия в здравеопазването и гарантирането на стриктно прилагане на закона може да бъде силен инструмент за възпиране на корупцията, след като се извършат:

- засилване на правния контрол върху процеса;
- прозрачност в съдебните процедури при разследване на случаи на корупция;
- строги санкции за тези, които злоупотребяват със служебното си положение в здравеопазването.

- Участие на гражданите и гражданския сектор

Активното участие на гражданите и неправителствените организации в наблюдението на здравеопазването е ключов фактор за борбата с корупцията:

- създаване на механизми за активно участие на гражданите в мониторинга на здравеопазването;
- възможност за подаване на жалби и сигнали от пациенти и граждани за възможни злоупотреби;
- организиране на кампания за намаляване на обществената осведоменост относно корупционните практики.

В стратегическите подходи и изводи направени от доклади на Световната Здравна Организация, Доклади на ООН за здравеопазването и годишните доклади на Министерството на Здравеопазването в Република България се наблюдава препоръката на сходни подходи, но не се дава точна дефиниция за резултата от извършения контрол. Липсва етиката за превенция на корупцията в нормативната база на сектора в описания годишен доклад от 2022 г. (МЗ, 2022: 296).

Противодействието на корупцията в здравеопазването изисква интегриран подход, който да комбинира теоретичните концепции с практически стратегии за изпълнение. Това включва усилване на институционалната устойчивост, подобряване на прозрачността чрез дигитализация на системата, активиране на образователни и етични програми, засилване на правния контрол и активно участие на гражданите. Успешното прилагане на тези подходи ще доведе до по-ефективна и етична здравна система, която да служи на обществото без корупционни практики.

3. Анализ и оценка на секторните антикорупционни политики в здравеопазването

Анализът и оценката на секторните антикорупционни политики в сектора на здравеопазването на България за периода 2020 – 2024 г. обхваща редица важни аспекти, свързани с усилията за предотвратяване и борба с корупцията в здравеопазването, както и ефективността на приложените мерки и инструменти. За по-изчерпателен анализ, ще бъдат разгледани следните ключови области:

- Основни антикорупционни мерки и политики в здравеопазването. България предприема различни инициативи и промени в здравеопазването, целящи да намалят корупцията и да подобрят ефективността на системата. Някои от основните мерки включват:
- Законодателни промени – Закон за обществени поръчки (ДВ, бр. 62, 2024: 1 – 7) и Закон за здравето (НС, 2024: 1 – 7): През периода от 2020 г. до 2024 г. са изпълнени някои промени в тези закони, насочени към намаляване на възможностите за корупция в процеса на обществените поръчки за медицински продукти, лекарства и строителство на болници, прозрачност и дигитализация на услугите. Тези промени засилват прозрачността и отчетността на обществените поръчки и укрепват контрола върху тях, но не са достатъчно ефективни.

4. Противодействие на корупцията и контролни процедурни механизми в сектора на здравеопазването

Контролните процедурни механизми в сектора на здравеопазването са етичните правила, контрола за тяхното спазване, мерките за повишаване на осведомеността и лесен достъп до информация от обществен интерес, също така и вътрешни проверки на административните процедурите поръчки. Наказателното преследване, наказанията и прозрачно публично отчитане на наказанията е от съществено значение при противодействието на корупцията.

Корупционните практики в здравеопазването се срещат в следните отдели в сектора: ТЕЛК/НЕЛК с т.нар. „фалшиви“ експертни мнения, в болничната система със схеми за усвояване на средства за НЗОК, чрез фалшиво хоспитализиране на пациенти или чрез по-скъпи клинични пътеки, получаване на пари от пациенти под формат на (избор на екип) или извършване на скъпи медицински процедури. Корупционните практики в извънболничната система се характеризират с получаване на подкупи от агенти на фармацевтични компании за лични лекари и други и корупцията продължава по-високите етажи на властта с бюджетиране, финансиране и обществените поръчки на медицинските заведения.

Отговорните лица в корупционните практики в сектор здравеопазване са по цялата йерархия, от най-низшата точка на изпълнение, до най-високата точка на управление. Според моите наблюдения и извършени анализи подобрения в сектора на здравната система трябва да се извършат първоначално в законодателно нормативната система, наказателната система, публичност и прозрачност в наказателната система, дигитализация на системата. Общо взето изпълняване на стратегиите.

Заключение

В България като цяло е изградена правна и организационна рамка за борба с корупцията, но проблема с него е далеч по-голям по данните на официалния статистически показател, експертните оценки и различните проучвания показват, че корупцията в България не само си остава един от най-сериозните проблеми, но и продължава да ескалира особено през последната година при липсата на окончателно правителство, неясното разпределение на финансовите средства и забавената процедура в съдебно правната система.

В обобщение може да се каже, че както в страната така и в самия сектор здравеопазване относно административни документи и процедури си имаме предостатъчно ангажименти, имаме си и теория и стратегия, имаме си примери по които може да се ръководим в ЕС срещу борбата с корупцията. Но ни липсва желание, липсва ни активен механизъм за прилагане в борбата срещу корупцията.

Използвана литература

1. Андреева, Л. А. (2012). К вопросу определения понятия и причин коррупции, //Вопросы современной юриспруденции: сб. ст. по матер. XIV междунар. науч.-практ. конф. Новосибирск.
2. Вълков, К. (2023). Международни и национални политики за борба с корупцията.
3. Годишен доклад на Министерство на Здравеопазването – За състоянието на здравето на гражданите в Р България за 2022 г., 2023 г. – точка 3.2 Държавен здравен контрол.
4. Годишен доклад на Министерство на Здравеопазването. За състоянието на здравето на гражданите в Р България за 2022 г., 2023 г. – точка 2.2 Нормативна база.
5. Държавен вестник, бр. 62, дата 23.07.2024 г., официален раздел Министерски Съвет, Постановление № 257/22.07.2024.
6. Жданов, М., Зимин, Ю. Н., Клишас, В. П., Москалькова, А. А., Овчинский, Т. Н., Слюсарь, В. С. Черников, Н. Б. (2005). Защита прав человека и борьба с преступностью: сб. док. Москва, с. 317 – 336.
7. Малчев, Н. (2016). Предпоставки и фактори за корупция в публичната администрация на Р България. – В: Vanguard scientific instruments in management vol. 12, no. 1.
8. Мелков, (1990). Международная защита прав и свобод человека: сб. док.
9. Народно Събрание на Република България – Законопроект от 20.03.2024 г. – текст на законопроекта – 49-453-10-8.pdf <https://www.parliament.bg/bg/bills/ID/165434>
10. Наръчник „Ефективно партньорство при реализиране на антикорупционни политики“ на Асоциация „Прозрачност без Граници“, 2009 г., https://transparency.bg/wp-content/files-publication_71_1.pdf
11. Петкова И. (2019). Основи на антикорупционната политика и контрол.
12. Петкова, И., Киряков, З., Димитров, З. (2019). Противодействие на корупцията в здравеопазването.
13. Радев, Р. (2013). Подходи на интерпретиране и класификация на възможностите в мениджмънта. Известия на Икономическия университет – Варна, бр. 4. с. 71 – 85.
14. Сидеров, Б. В., Гумеров, И. А. (2014). Социално-правовая характеристика коррупции и меры, необходимые для ее преодоления: современность и перспективы. Вестник экономики, права и социологии, с. 169 – 172.
15. Справочный документ о международной борьбе с коррупцией, подготовленный секретариатом ООН. A/CONF.169/14.1995.
16. Трифонов, Т. (2018). Новото антикорупционно законодателство в Република България. Правен статут на Комисията за противодействие на корупцията и за отнемане на незаконно придобито имущество. Сборник доклади. Русенски университет Ангел Кънчев, с. 24 – 30.
17. Annual Report (2023). Transparency international: 15, Safeguarding public resources for better public service delivery: https://images.transparencycdn.org/images/2023_TransparencyInternationalAnnualReport_EN.pdf
18. U4 Issue 2020: 10, Health sector corruption, Karen Hussmann, Chr. Michelsen Institute (CMI), Norway: <https://www.u4.no/publications/health-sector-corruption.pdf>

Рецензент: гл.ас. д-р Красимира Вълчева

ОБЩАТА СЕЛСКОСТОПАНСКА ПОЛИТИКА НА ЕС В БЪЛГАРИЯ: ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА МОДЕРНО УПРАВЛЕНИЕ

Никол Кънчев

Докторант, катедра „МИО и бизнес“, УНСС

e-mail: nikol.konakchiyska@unwe.bg

Резюме: Настоящото изследване има за цел да оцени предизвикателствата и възможностите за модерно управление на Общата селскостопанска политика (ОСП) на ЕС в България. За анализа са използвани методи като преглед на нормативни документи, анализ на статистически данни и експертни интервюта. Основните задачи включват идентифициране на ключови пречки в прилагането на ОСП, оценка на ефективността на текущите управленски подходи и предложения за подобрения.

Резултатите разкриват, че въпреки наличието на бюрократични трудности и финансови ограничения, съществуват значителни възможности за иновативни и ефективни управленски решения, които да допринесат за устойчивото развитие на селското стопанство в България.

Ключови думи: ОСП, модерно управление, селско стопанство в България

JEL: Q18, H77, O13

THE COMMON AGRICULTURAL POLICY OF THE EU IN BULGARIA: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES FOR MODERN MANAGEMENT

Nikol Kanchev

PhD student, Department „International Economic Relations and business“, UNWE

e-mail: nikol.konakchiyska@unwe.bg

Abstract: This study aims to assess the challenges and opportunities for modern management of the EU's Common Agricultural Policy (CAP) in Bulgaria. The research employs methods such as reviewing regulatory documents, analyzing statistical data, and conducting expert interviews. The main tasks include identifying key obstacles in CAP implementation, evaluating the effectiveness of current management approaches, and offering improvement suggestions.

The results reveal that despite bureaucratic hurdles and financial limitations, there are significant opportunities for innovative and efficient management solutions that could enhance the sustainable development of agriculture in Bulgaria.

Keywords: CAP, modern management, Bulgarian agricultural sector

JEL: Q18, H77, O13

Въведение

Общата селскостопанска политика представлява една от най-старите и важни политики на Европейския съюз, която цели да подкрепя и развива селскостопанския сектор в страните членки. Създадена с цел осигуряване на продоволствена сигурност и стабилни доходи за фермерите, ОСП през годините се трансформира, за да отговори на нови предизвикателства като климатичните промени, опазването на околната среда и устойчивото използване на природните ресурси. За България, която се присъедини към Европейския съюз през 2007 г., ОСП играе важна роля в развитието на селското стопанство, осигурявайки значителни финансови средства за модернизация, екологосъобразни практики и подкрепа за фермерите. Въпреки че ОСП предоставя много възможности за развитие, нейната реализация в България е съпроводена с редица предизвикателства. Една от основните трудности е сложната бюрократична система, която често възпрепятства достъпа до финансиране, особено за по-малките земеделски стопанства. Липсата на ефективно управление и координация на национално ниво също представлява сериозен проблем, който възпрепятства пълното усвояване на наличните ресурси. Освен това, интеграцията на иновативни технологии и устойчиви практики в земеделието остава ограничена, въпреки предоставянето на средства по линия на ОСП за такива цели. Целта на настоящото изследване е да анализира както предизвикателствата, така и възможностите, които ОСП предоставя за България, с фокус върху модерното управление на тази политика. Изследването ще разгледа ключови проблеми в прилагането на ОСП, като бюрократичните пречки, липсата на достъп до финансиране и нуждата от иновации в управлението. В същото време ще се предложат възможности за подобрения, които могат да подпомогнат по-ефективното управление на ОСП, като се акцентира върху модернизацията на селскостопанските процеси, дигитализацията и внедряването на устойчиви практики.

1. Бюрократични пречки и трудности в прилагането на ОСП в България

През последните десет години прилагането на Общата селскостопанска политика в България се сблъсква със сериозни бюрократични пречки, които значително затрудняват ефективното разпределение и усвояване на средствата по програмите на ЕС. Въпреки наличието на значително финансиране за подпомагане на земеделските стопанства, много фермери, особено по-малките производители, са изправени пред сложни административни процедури и често срещат затруднения при кандидатстването за субсидии.

1.1. Основни бюрократични трудности

Една от основните пречки пред ефективното прилагане на ОСП в България е свързана със сложността на административните процедури за достъп до финансиране. Многобройните изисквания, които земеделските производители трябва да изпълнят, често ги поставят в неравностойно положение. Документалните процедури за кандидатстване за субсидии са тромави и времеемки, особено за малките и средни фермери, които нямат достатъчно административен капацитет. Това затруднява тяхната възможност да се възползват от програмите за подпомагане и модернизация на земеделските им стопанства. Много фермери посочват, че липсата на ясни инструкции и затрудненията в комуникацията с отговорните органи усложняват процеса (Bakardzhieva, 2021).

Друга важна пречка е свързана с недостатъчната координация между националните и местните институции, които са отговорни за управлението на средствата по ОСП. Липсата на ефективна комуникация между Министерството на земеделието и храните и Държавен фонд „Земеделие“ води до забавяния в одобрението на проекти и изплащането на субсидии (Borisov, Kolaj, 2019). Забавеното финансиране затруднява планирането на земеделските дейности и намалява ефективността на използването на средствата. Например през 2021 г., когато се очакваше значителна помощ в рамките на преходния период на ОСП, много фермери се оплакваха от дълги забавяния в изплащането на субсидиите. Един от най-изявените примери за бюрократични затруднения при прилагането на ОСП в България е свързан с мерките за екологично озеленяване, въведени с цел да насърчат по-устойчиви селскостопански практики.

Тези мерки изискват фермерите да спазват нови екологични стандарти, но същевременно увеличават административната тежест върху тях. Много от фермерите съобщават, че сложните изисквания за отчетност и липсата на яснота по отношение на процедурите водят до затруднения при спазването на новите правила. Например, за да получат зелени субсидии, фермерите трябва да оставят част от земята си необработена, но точните изисквания за тази мярка не са били достатъчно ясно комуникирани, което доведе до грешки и загуби на доходи за някои земеделски стопани.

Още един проблем е свързан с нововъведената концепция за „активен фермер“, която има за цел да гарантира, че субсидиите по ОСП се предоставят само на реално действащи земеделци. Макар че тази мярка е приветствана от много фермери, тя е довела до значителни административни пречки. За да докажат, че са активни фермери, стопаните трябва да предоставят допълнителни документи, което отново добавя към бюрократичната тежест и затруднява процеса на кандидатстване.

1.2. Възможности за подобрене

Въпреки че бюрократичните трудности значително усложняват прилагането на ОСП в България, съществуват и възможности за подобрене. Опростяването на административните процедури и създаването на по-ясни и достъпни механизми за кандидатстване за субсидии биха могли да помогнат за по-ефективното използване на средствата по ОСП. Въвеждането на дигитални платформи за кандидатстване и управление на проекти би могло значително да намали времето за обработка на документи и да улесни фермерите в тяхната работа. Също така, е необходимо подобряване на координацията между институциите (Slavova, Atanasova, 2021), за да се гарантира, че проектите се одобряват и финансират навреме. Това би намалило натиска върху фермерите и би позволило по-добро планиране на земеделските дейности. Подобряването на комуникацията с фермерите относно новите изисквания и правила също е от съществено значение за преодоляване на бюрократичните пречки. Общата селскостопанска политика на ЕС представлява мощен инструмент за развитие на земеделието в България, но бюрократичните пречки значително затрудняват нейното ефективно прилагане. Сложните административни процедури, липсата на координация между институциите и забавянията в изплащането на субсидиите са само част от проблемите, които фермерите срещат.

2. Възможности за модерно управление и иновации в селското стопанство

Модерното управление и иновациите в селското стопанство са ключови фактори за повишаване на конкурентоспособността и устойчивото развитие на сектора в България през последните 10 години. През този период се наблюдава интензивно развитие на технологии, които променят начина, по който фермерите управляват своите стопанства, като същевременно се въвеждат нови управленски практики, които оптимизират процесите и водят до по-добро използване на ресурсите. Една от най-значимите иновации в селското стопанство е дигитализацията. Въвеждането на системи за прецизно земеделие значително подобри управлението на фермерските стопанства. Прецизното земеделие позволява фермерите да използват сателитни данни, дронове и сензори за наблюдение на състоянието на почвите и растенията. Тези технологии осигуряват на фермерите информация в реално време, която може да бъде използвана за оптимизиране на разходите за торове, вода и пестициди. Пример за това е въвеждането на прецизни технологии в зърнопроизводството в Северна България, където фермерите успяват да намалят разходите си за торове с до 30% и да увеличат добивите с 15% благодарение на по-доброто разбирание на нуждите на растенията (Petrova, 2018).

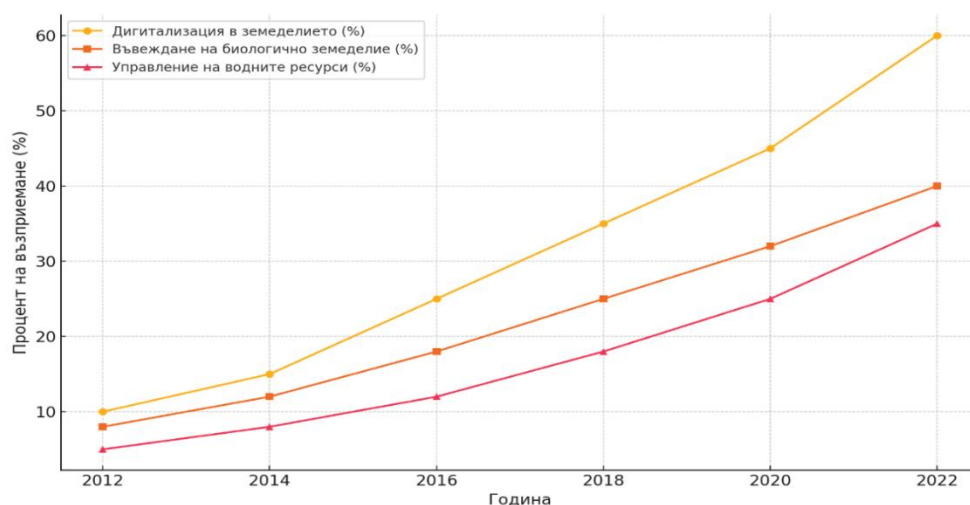
Освен дигитализацията, в последните години се наблюдава засилен интерес към биологичното земеделие като част от модерното управление на селското стопанство. Биологичното земеделие не само отговаря на нарастващото търсене на здравословни и екологично чисти продукти, но също така допринася за устойчивото управление на земеделските ресурси. В България през последното десетилетие площите, обработвани с биологични методи, значително се увеличиха, като страната стана един от водещите производители на биологични продукти в региона. Това се дължи на програми като тези, финансирани от Общата селскостопанска политика (ОСП) на ЕС, които насърчават фермерите да преминат към по-устойчиви методи на производство. Пример за успешна биологична ферма е производството на биологична лавандула в Южна България, която е призната за качествен износител на етерични масла в Европа и Азия.

Освен биологичното земеделие, друг важен аспект на модерното управление в сектора е фокусът върху устойчивостта и ефективното използване на ресурсите. Въвеждането на системи за управление на водните ресурси в земеделието е критично в контекста на климатичните промени и нарастващия недостиг на вода в някои райони на страната.

В Североизточна България се наблюдават успешни примери на фермери, които използват капково напояване и системи за събиране на дъждовна вода, което им позволява да намалят използването на вода с до 40%. Това не само намалява разходите за вода, но също така допринася за опазването на околната среда и устойчивото използване на природните ресурси. Модерното управление на селското стопанство в България през последните години също така се характеризира с внедряване на нови модели за кооперация между фермерите. Създаването на кооперативи позволява на малките и средните земеделски производители да обединяват своите ресурси и да увеличават своята пазарна сила. Чрез кооперативи фермерите могат да намалят разходите за оборудване, да споделят знания и технологии и да постигат по-добри условия за продажба на своите продукти. Пример за успешна кооперация е в региона на Пловдив, където местни фермери създадоха кооператив за производство и продажба на биологични плодове и зеленчуци (Dimitrova, Hristov, 2019). Тази инициатива им позволи да достигнат до по-широк кръг клиенти и да увеличат приходите си с над 20%. Въпреки тези успехи, все още съществуват предизвикателства пред модерното управление на селското стопанство в България. Едно от основните предизвикателства е свързано с липсата на достатъчно знания и умения сред фермерите относно новите технологии и управленски модели. Много от малките земеделски стопанства все още не разполагат с необходимите ресурси за внедряване на иновации и разчитат на традиционни методи за управление, които не са толкова ефективни в дългосрочен план. Тук ролята на държавата и европейските програми е от ключово значение за предоставяне на

обучения и консултации, които да подпомогнат фермерите в преминаването към по-модерни и иновативни методи на работа.

Възможностите за модерно управление и иновации в селското стопанство в България през последните 10 години са значителни, като се наблюдават важни постижения в областта на прецизното земеделие, биологичното производство, управлението на ресурсите и кооперирането между фермерите (Georgieva, Dimitrov, 2022). Тези иновации допринасят за повишаване на конкурентоспособността на българското селско стопанство и за устойчивото му развитие. Въпреки това, за да се постигне още по-голям напредък, е необходимо да се преодолеят съществуващите предизвикателства, свързани с достъпа до технологии и обучения, както и да се насърчи по-широкото им прилагане в практиката.



Източник: AgroJournal, Селскостопанска статистика, 2022

Фигура 1. Възможности за модерно управление и иновации в селското стопанство на България (% на възприемане, година)

Както може да се види на фигура 1, възприемането на ключови иновации в българското селско стопанство през последното десетилетие бележи значителен напредък. Графиката показва три основни области на иновации: **дигитализация в земеделието, биологично земеделие и управление на водните ресурси**, всяка от които има различна скорост на възприемане и развитие. Дигитализацията в земеделието демонстрира най-впечатляващ ръст сред трите показателя. През 2012 г. едва 10% от фермерите използват дигитални технологии, но този процент нараства до 60% през 2022 г. Този бърз темп на възприемане отразява глобалната тенденция към въвеждане на прецизно земеделие, което включва използването на сензори, дронове, софтуери за управление

на почвите и културите, и данни от сателити. Прецизното земеделие дава възможност на фермерите да оптимизират разходите за торове, вода и пестициди, като същевременно увеличава добивите. Този тип технологии са особено популярни сред по-големите земеделски стопанства, но вече се използват и от по-малките производители, които търсят начини да увеличат конкурентоспособността си. Пример за това е Северна България, където въвеждането на тези технологии доведе до увеличаване на добивите с около 15% и намаляване на разходите за торове с до 30%. През последните 10 години биологичното земеделие също бележи стабилен ръст. От 8% през 2012 г. делът на земеделските стопанства, които използват биологични методи, се увеличава до 40% през 2022 г. (Stoyanov, Angelova, 2020). Тази тенденция е стимулирана от нарастващото търсене на екологично чисти продукти и от политиките на ЕС, които подкрепят биологичното производство чрез различни субсидии и стимули. България се утвърждава като един от водещите производители на биологични продукти в региона, а програмите на ОСП насърчават фермерите да преминават към по-устойчиви методи на производство. Пример за успех в тази сфера е производството на биологична лавандула в Южна България, която се изнася на международните пазари, особено в Европа и Азия, и се утвърждава като продукт с високо качество. Управлението на водните ресурси бележи най-бавен, но устойчив ръст през последното десетилетие. В началото на периода, през 2012 г., само 5% от земеделските стопанства използват иновативни техники за управление на водата, като капково напояване и системи за събиране на дъждовна вода. До 2022 г. този процент се е увеличил до 35%, което показва нарастваща осведоменост сред фермерите относно значението на ефективното използване на водните ресурси. Въпреки по-бавния темп на растеж, иновациите в тази област са от изключителна важност за България, където недостигът на вода и климатичните промени оказват сериозно въздействие върху селското стопанство. В Североизточна България, например, много фермери вече използват капково напояване, което им позволява да намалят разходите за вода с до 40%, като същевременно повишават добивите си.

Заклучение

Бъдещето на България в контекста на модерното управление на селското стопанство е тясно свързано с възможностите, които предоставя Общата селскостопанска политика на Европейския съюз. ОСП ще продължи да бъде основен механизъм за подкрепа на земеделските производители, като едновременно стимулира устойчивото развитие и насърчава иновациите. За България това представлява както предизвикателство, така и огромна възможност за модернизация и подобряване на конкурентоспособността на селскостопанския сектор.

В бъдеще, успешното използване на ресурсите по ОСП ще зависи до голяма степен от способността на страната да преодолее съществуващите административни и бюрократични пречки. Опростяването на процедурите за кандидатстване и по-ефективното разпределение на средствата ще позволят на фермерите, особено на малките и средни стопанства, да се възползват по-лесно от предвидените субсидии и програми. Дигитализацията на административните процеси и въвеждането на електронни платформи за управление на проекти могат да ускорят този преход и да намалят административната тежест върху фермерите. Едно от основните предимства на ОСП е нейната фокусираност върху устойчивото развитие. В този контекст, българското селско стопанство може да се превърне в лидер в прилагането на устойчиви и екологично чисти практики. Програмите за биологично земеделие и опазване на околната среда ще продължат да бъдат основен стълб на политиката, предоставяйки не само финансова подкрепа, но и насоки за по-ефективно използване на природните ресурси. Въвеждането на зелени технологии и устойчиво управление на водните ресурси ще бъде ключово за справяне с предизвикателствата, свързани с климатичните промени, които оказват значително влияние върху земеделското производство в страната. Бъдещето на България в рамките на ОСП също така ще зависи от способността ѝ да се адаптира към новите приоритети на Европейския съюз, включително Зеления пакт и стратегиите за въглеродна неутралност. За да отговори на тези изисквания, българското селско стопанство трябва да продължи да внедрява устойчиви технологии и практики, които да намалят екологичния отпечатък на производството. В този контекст, ОСП ще играе ключова роля като финансова и стратегическа рамка за постигане на тези цели. В заключение, България има огромен потенциал да използва възможностите, предоставени от ОСП, за да модернизира своето селско стопанство и да го превърне в по-конкурентоспособен и устойчив сектор. Въпреки че предизвикателствата, свързани с бюрокрацията и административните пречки, остават значителни, с правилното управление и насочване на ресурсите страната може да постигне значителен напредък. Внедряването на иновации, устойчиви практики и модерни управленски подходи ще осигури не само икономическа полза за фермерите, но и ще помогне на България да играе активна роля в изграждането на по-устойчиво и екологично ориентирано европейско селско стопанство.

Използвана литература

1. Bakardzhieva, S. (2021). Bulgarian farmers and the EU's Common Agricultural Policy-plans and expectations, BNR – Burgas.
2. Borisov, P., Kolaj, R. (2019). Influence of the common agricultural policy on Bulgarian agriculture. Bulgarian Journal of Agricultural Science, 25 (No 3), 439 – 447.

3. Dimitrova, P., Hristov, V. (2019). Organic Farming in Bulgaria: Growth and Development Opportunities. *Bulgarian Journal of Agricultural Science*, No. 25, 110 – 118.
4. Georgieva, R., Dimitrov, M. (2022). Innovation and Digitalization in Bulgarian Agriculture: Challenges and Opportunities. *AgroJournal*, No. 9, 45 – 52.
5. Petrova, L. (2018). The Role of Cooperatives in the Modernization of Bulgarian Agriculture. *International Journal of Agricultural Policy and Research*, Vol. 6, 47 – 55.
6. Slavova, Ya., M. Atanasova. (2021). Impact of direct payments on the development and competitiveness of Bulgarian agriculture. *Agricultural Economics and Management*, No. 3 – 4, 17 – 23.
7. Stoyanov, K., D. Angelova. (2020). Sustainable Water Resource Management in Bulgarian Agriculture. *Environmental Engineering and Management Journal*, Vol. 19, 125 – 133.

Рецензент: гл.ас. д-р Златина Шотарова

ПОДОБРЯВАНЕ НА ОДИТА НА ПОЛИТИЧЕСКИТЕ ПАРТИИ В БЪЛГАРИЯ

Михаил Ставрев

Докторант, катедра „Публична администрация“, УНСС
e-mail: mihail.stavrev@unwe.bg

Резюме: *Одитът на политическите партии в България е централен механизъм, който гарантира прозрачност и отчетност в управлението на публичните средства. В България този процес е строго регулиран от Закона за политическите партии и Закона за държавния бюджет, а основният контролен орган е Сметната палата. Сметната палата е независим орган, който осъществява одит на партиите, получаващи държавна субсидия, с цел гарантиране на законосъобразност, прозрачност и ефективност при разходването на средствата. Настоящата статия разглежда условията за получаване на субсидия, етапите на одитния процес, механизмите за контрол и санкциите при установени нарушения. Освен това са обсъдени препоръки за подобряване на контрола и насърчаване на по-голяма прозрачност чрез публично достъпни платформи за отчетност.*

Ключови думи: *държавни субсидии, административно регулиране, закони, одит*
JEL: J68, H71, H72, H76, H83

IDEAS FOR IMPROVEMENT OF THE AUDIT OF POLITICAL PARTIES IN BULGARIA

Mihail Stavrev

PhD student, Department „Public Administration“, UNWE
e-mail: mihail.stavrev@unwe.bg

Abstract: *The audit of political parties in Bulgaria is a central mechanism that ensures transparency and accountability in the management of public funds. In Bulgaria, this process is strictly regulated by the Law on Political Parties and the Law on the State Budget, with the main supervisory body being the National Audit Office. The National Audit Office is an independent authority that conducts audit of parties receiving state subsidies to ensure legality, transparency, and efficiency in the allocation of funds. This article examines the conditions for receiving subsidies, the stages of the audit process, control mechanisms, and sanctions for identified violations. Additionally, recommendations for improving oversight and promoting greater transparency through publicly accessible reporting platforms will be discussed.*

Keywords: *state subsidies, political parties, administrative regulation, laws, subsidy value, state and local budget and expenditures*

JEL: J68, H71, H72, H76, H83

Въведение

Държавната субсидия за политическите партии в България е регламентирана от Закона за политическите партии и се предоставя при изпълнение на конкретни законови изисквания. Основната цел на субсидията е да осигури финансова стабилност на партиите, за да могат да изпълняват своите обществени и политически функции без да зависят от нерегламентирани източници на финансиране.

Одитът на политическите партии в България е от съществено значение за поддържането на прозрачност, отчетност и ефективност в политическата система. Като основен механизъм за контрол върху използването на публичните средства, той играе ключова роля за гарантиране на законосъобразността и целесъобразността на разходите, както и за предотвратяване на злоупотреби. В система, в която държавното финансиране е основен източник на средства за политическите партии, строгият контрол е необходим не само за защита на обществения интерес, но и за укрепване на доверието на гражданите към политическите институции. В демократичните общества държавното финансиране има няколко основни цели. На първо място, то намалява зависимостта на партиите от частни интереси, което е необходимо за предотвратяване на корупция и нерегламентирано влияние върху политическите процеси. На второ място, то осигурява равнопоставеност между политическите субекти, като предоставя финансов ресурс дори на онези партии, които не разполагат с големи частни спонсори. Това позволява да се създаде по-справедлива и конкурентна политическа среда, където идеите, а не финансовите възможности, определят успеха на една партия. Сметната палата, като независим контролен орган, има централна роля в този процес. Чрез редовни и извънредни одити тя следи за спазването на законовите изисквания и за ефективното управление на публичните средства. Процесът на одит е структуриран и включва планиране, събиране на данни, проверки, изготвяне на доклади и, при необходимост, налагане на санкции. Този подход осигурява цялостен контрол върху финансовата дейност на политическите партии и гарантира, че средствата се използват за постигане на обществено значими цели.

1. Условия за получаване на държавна субсидия

Субсидията се изчислява на база броя на получените действителни гласове на последните парламентарни избори. От 2019 г. насам субсидията е фиксирана на 8 лева на глас. Това означава, че партия, която е спечелила 100 000 гласа, ще получи 800 000 лева годишно от държавния бюджет. От 2023 г. обаче се обсъждат промени за увеличаване или намаляване на тази сума в зависимост от актуалните политически и икономически условия. Основните условия за получаване на субсидията включват:

1.1. Регистрация на партията

За да бъде допустима за получаване на държавна субсидия, политическата партия трябва да бъде регистрирана в съответствие със законодателството. Регистрацията изисква представяне на следните документи в Софийския градски съд:

- Учредителен акт, подписан от минимум 2500 граждани с право на глас.
- Устав, в който са описани целите, структурата и дейностите на партията.
- Програма, която обосновава политическите ѝ цели и приоритети.

Регистрацията е първата стъпка, която осигурява легитимност на партията като политически субект. Без регистрация партията не може да участва в избори или да получава държавна субсидия.

1.2. Получаване на минимален брой гласове

Съгласно Закона за политическите партии, за да бъде допустима за получаване на държавна субсидия, партията трябва да е получила най-малко 1% от действителните гласове на последните парламентарни избори. Това изискване гарантира, че само партии с реална обществена подкрепа могат да разчитат на финансиране от държавния бюджет. Това означава, че ако на изборите са гласували 3 милиона души, минималният брой гласове, необходими за получаване на субсидия, е 30 000 гласа. Това условие изключва от достъп до публични средства партии без значим електорат.

1.3. Отчетност и прозрачност

Политическите партии са задължени да предоставят годишни финансови отчети, които включват подробности за:

- **Приходи:** държавна субсидия, дарения, членски вноски, приходи от стопанска дейност и други източници.
- **Разходи:** средства за предизборни кампании, организационни разходи, заплати на персонал, издръжка на офиси и др.
- **Източници на финансиране:** всички дарители трябва да бъдат ясно посочени, а даренията да са в съответствие със законовите ограничения.

Тези отчети се подават към Сметната палата и се публикуват на официалния ѝ уебсайт, за да бъдат достъпни за обществеността. Липсата на отчетност или непълни данни са основание за санкции.

Условията за получаване на държавна субсидия са обобщени в таблица 1.

Таблица 1. Условия за получаване на държавна субсидия от политическите партии в България

Условие	Описание
Регистрация	Партията трябва да бъде официално регистрирана в съответствие със закона
Минимален брой гласове	Не по-малко от 1% от гласовете на последните парламентарни избори
Отчетност	Годишните финансови отчети са задължителни

Източник: авторова разработка

2. Процес на одит

Одитът на политическите партии е системен и детайлен процес, който обхваща всички аспекти на тяхното финансово управление. Основната цел на одита е да се гарантира, че партиите използват предоставените публични средства по законосъобразен и целесъобразен начин. Сметната палата извършва както рутинни, така и извънредни проверки. Процесът включва следните основни етапи:

2.1. Планиране на одита

Сметната палата изготвя годишен одитен план, който обхваща всички партии, получаващи държавна субсидия. При планирането се вземат предвид:

- Резултатите от предходни одити.
- Рискови фактори, като липса на отчетност, аномалии в документацията или голям обем на получените средства.
- Сигнали за нарушения, подадени от граждани, медии или други институции.

2.2. Събиране на данни

На този етап одиторите събират и анализират информацията от различни източници, включително:

- Финансови отчети, подадени от партиите.
- Банкови извлечения, които потвърждават източниците на финансиране и извършените разходи.
- Договори, фактури и други документи, свързани с финансовите операции на партиите.

2.3. Извършване на проверки

Проверките обхващат следните аспекти:

- Законност на разходите: Дали средствата са използвани в съответствие със законовите изисквания.

- Легитимност на финансирането: Проверка на даренията, спонсорствата и други източници на приходи.
- Целесъобразност на разходите: Анализ на ефективността на направените разходи.

2.4. Изготвяне на доклад

След приключване на проверките, Сметната палата изготвя доклад, който съдържа:

- Констатации за съответствие или несъответствие с изискванията.
- Препоръки за подобрене.
- Предложения за санкции, ако са установени нарушения.

Докладите се публикуват на официалния уебсайт на Сметната палата, като това осигурява прозрачност и достъпност за гражданите.

3. Санкции при нарушения

При установяване на нарушения Сметната палата има правомощия да наложи различни санкции, които варират в зависимост от тежестта на нарушението. Основната цел на санкциите е да се гарантира спазването на законовите изисквания, както и да се предотвратят бъдещи нарушения. Санкциите могат да бъдат финансови, административни или свързани с прекратяване на достъпа до държавно финансиране.

3.1. Глоби

Размерът на глобите е строго регламентиран и зависи от конкретния вид нарушение. Примерите включват:

- За липса на финансов отчет или подаване на непълен отчет глобите варират от 5000 до 10 000 лева. Това е често срещано нарушение, когато партиите не представят изчерпателна информация за източниците на финансиране и разходите си.
- За неправомерно използване на субсидия: Глобите могат да достигнат до 50 000 лева, в зависимост от обема на злоупотребата и сериозността на нарушението.
- За приемане на нелегитимни дарения: Глобите са между 15 000 и 30 000 лева, като се изисква и връщане на сумата, ако даренията са свързани с юридически лица, които нямат право да финансират партии.

3.2. Възстановяване на неправомерно използвани средства

Партиите, които са използвали държавни субсидии в противоречие с предвидените цели, са задължени да възстановят цялата неправомерно изразходвана сума. Освен това се начисляват лихви върху тези средства, което увели-

чава финансовата тежест за нарушителите. Така например, ако партия използва субсидия за покупка на недвижими имоти, което не е допустимо според Закона за политическите партии, Сметната палата може да изиска връщане на пълната сума, изразходвана за тази цел, плюс лихви.

3.3. Прекратяване на държавното финансиране

При сериозни или повторни нарушения Сметната палата може да препоръча временно или окончателно прекратяване на държавното финансиране за съответната партия. Това се отнася до случаи на системно неспазване на законите изисквания или груби злоупотреби със средства.

4. Препоръки за подобряване на системата за одит и контрол

За да бъде системата за одит и контрол на политическите партии в България още по-ефективна, е необходимо да бъдат предприети редица допълнителни мерки. Пример в тази област могат да бъдат добри практики от други държави в различни направления.

4.1. Създаване на централизирана онлайн платформа за отчетност

Една от най-важните стъпки е създаването на публично достъпна онлайн платформа, където всички партии да бъдат задължени да качват своите финансови отчети. Тази платформа трябва да предоставя следните възможности:

- Търсене и анализ на данни.
- Гражданите, журналистите и изследователите да могат лесно да намират информация за приходите и разходите на партиите.
- Всички данни да бъдат представени в стандартизиран формат, което улеснява сравненията между различните партии.
- Обновяване в реално време: Партиите да бъдат задължени да публикуват информация в определен срок след всяка финансова транзакция.

Подобна платформа съществува в Естония. Там всяка партия е длъжна да качва информация за своите приходи, разходи и дарения. По този начин се осигурява максимална прозрачност за гражданите.

4.2. Въвеждане на автоматизирани системи за откриване на нередности

Съвременните технологии позволяват автоматизиране на част от процесите на одитиране. Чрез използване на софтуер за анализ на данни могат да се идентифицират аномалии, като например:

- Внезапно увеличение на приходите от дарения.
- Необичайно високи разходи за определени дейности.
- Несъответствия между декларираните данни и реалните транзакции.

В САЩ Федералната избирателна комисия (FEC) използва подобни системи, за да следи финансовите отчети на партиите и кандидатите за избори.

4.3. Задължително публикуване на информация за дарения и спонсорства

Информацията за даренията, които партиите получават, често не е лесно достъпна за гражданите. За подобряване на прозрачността се препоръчва данните за даренията да бъдат автоматично добавяни към предложената по-горе платформа.

4.4. Публикуване на резюмета на одитните доклади

Докладите на Сметната палата често са обемисти и трудни за разбиране от обикновените граждани. За да се увеличи достъпността, е необходимо:

- Създаване на кратки резюмета: Одитните доклади да бъдат придружавани от обобщения, които ясно и достъпно описват основните констатации и препоръки.
- Публикация в медиите: Резюметата да бъдат разпространявани чрез медии и социални мрежи, за да достигнат до по-широка аудитория.

4.5. Засилване на санкциите при нарушения

Настоящите санкции са ефективни, но могат да бъдат засилени, за да имат по-голям възпиращ ефект. Например:

- Увеличаване на глобите при повторни нарушения.
- Автоматично временно спиране на субсидията при неподаване на отчет в срок.
- Наказателна отговорност за лица, които умишлено укриват информация.

Както става ясно от направения преглед, съществуват редица предизвикателства, които изискват допълнителни мерки за усъвършенстване на системата на контрол и одит на политическите партии в България.

На първо място, липсата на достатъчно прозрачност в отчетността на партиите остава сериозен проблем. Въпреки че финансовите отчети се публикуват на сайта на Сметната палата, те често са трудни за разбиране от обикновените граждани. Това налага нуждата от създаване на по-достъпни резюмета, които ясно да представят основните констатации и препоръки от одитите. Освен това, може да се въведе централизирана онлайн платформа, която да обединява информацията за приходите, разходите и източниците на финансиране на всички партии. Такава платформа би била полезен инструмент за гражданския мониторинг и би насърчила по-голяма прозрачност.

На второ място, въвеждането на нови технологии, като автоматизирани системи за анализ на финансови данни, може значително да подобри ефективността на одитния процес. Чрез използването на софтуер за разпознаване на аномалии, като внезапни големи дарения или необичайни разходи, Сметната палата би могла да идентифицира потенциални нарушения по-лесно и бързо. Това не само ще спести време и ресурси, но и ще намали риска от човешки грешки при анализа.

На трето място, санкциите за нарушения трябва да бъдат значително засилени. В момента глобите и другите наказания, макар и ефективни до известна степен, не винаги имат достатъчно възпиращ ефект. Увеличаване на размера на глобите или въвеждане на по-строги наказания, като временно прекратяване на държавното финансиране или дори забрана за участие в избори при системни нарушения, биха могли да насърчат по-голяма отговорност от страна на партиите.

Важно е още да се насърчава активното участие на гражданите и неправителствените организации в процеса на мониторинг. Гражданското общество играе важна роля в поддържането на отчетността на политическите субекти, като чрез независими анализи и доклади може да допринесе за разкриването на нередности. Организирането на публични форуми и дискусии, в които гражданите могат да задават въпроси и да изразяват своите притеснения относно финансирането на партиите, би укрепило доверието в политическата система.

Одитът на политическите партии в България е основен инструмент за защита на демократичните принципи и за гарантиране на ефективното управление на публичните средства. Макар че сегашната система осигурява сериозен контрол, има необходимост от допълнителни мерки, които да подобрят прозрачността, да засилят санкциите и да включат гражданите в процеса на наблюдение. Чрез въвеждането на иновации и по-добри механизми за отчетност България може да укрепи своята политическа система и да гарантира, че публичните средства се използват по най-добрия възможен начин за благото на обществото.

Използвана литература

1. Закон за политическите партии, обн., ДВ, бр. 28 от 01.04.2005 г., в сила от 01.04.2005 г.
2. Закон за Държавния бюджет на Република България за годините от 2005 г. до 2023 г. вкл.
3. Закон за изменение и допълнение на Закона за политическите партии, ДВ, бр. 6 от 23.01.2009 г.
4. Указ № 381 на президента на Република България за обнародване в Държавен вестник на Закон за изменение и допълнение на Закона за политическите партии, параграф 5, с. 13, ДВ, бр. 73 от 05.09.2006 г. в сила от 01.09.2006 г.
5. Сметна палата на Република България. <https://www.bulnao.government.bg/bg/kontrol-partii/>
6. Кашукеева-Нушева, В., Славов, К. (2021). Българският модел за политическо финансиране и провеждане на избори. Фондация „Фридрих Еберт“ Бюро България. <https://www.fes-bulgaria.org>

Рецензент: доц. д-р Ралица Велева

ПУБЛИЧНИ РАЗХОДИ И ЗДРАВНИ РЕЗУЛТАТИ В БЪЛГАРИЯ: МОМЕНТНА КАРТИНА

Диян Ганев

Докторант, катедра „Публична администрация“, УНСС
e-mail: diyan.ganev@unwe.bg

Резюме: *Ефективността и ефикасността на публичните разходи за здравеопазване в Република България са от решаващо значение за гарантиране на устойчиво, достъпно и качествено здравеопазване. В условията на ограничени ресурси основно предизвикателство остава постигането на баланс между вложените разходи и постигнатите здравни резултати. В настоящото изследване се анализират тенденциите в публичните разходи за здравеопазване и тяхното разпределение спрямо здравните нужди на населението и специфичните демографски и икономически условия. Специално внимание се обръща на кадровия дефицит и неравномерното разпределение на медицински специалисти, което ограничава достъпа до качествени здравни услуги, особено в отдалечени и слабо населени региони. Влиянието на тези фактори върху резултатите на здравната система се изразява в затруднения при осигуряване на своєвременни и ефективни медицински грижи, което на свой ред утежнява общата заболяемост и води до значителни социално-икономически разходи. Настоящото изследване има за цел да оцени до каква степен публичните разходи за здравеопазване в България корелират с постигането на здравни резултати в периода 2014–2023 г.*

Ключови думи: *публични разходи за здравеопазване, ефективност на здравната система, кадрови дефицит, предотвратима смъртност, здравни резултати, България*

JEL: *H51, I11, I18*

A SNAPSHOT OF PUBLIC SPENDING AND HEALTH OUTCOMES IN BULGARIA

Diyen Ganev

PhD student, Department „Public Administration“, UNWE
e-mail: diyan.ganev@unwe.bg

Abstract: *The effectiveness and efficiency of public spending on health in the Republic of Bulgaria is crucial to ensuring sustainable, accessible and quality healthcare. Achieving a balance between inputs and health outcomes remains a key challenge in resource-constrained settings. This study analyses trends in public spending on health and their distribution in relation to the health needs of the population and specific demographic and economic conditions. Particular attention is paid to the staffing deficit and the uneven distribution of health professionals, which limits access to quality health services, especially in*

remote and sparsely populated regions. The impact of these factors on the performance of the health system is reflected in difficulties in providing timely and effective medical care, which in turn exacerbates overall morbidity and leads to significant socio-economic costs. This study aims to assess the extent to which public spending on health in Bulgaria correlates with health outcomes over the period 2014-2023.

Keywords: *public spending on health, health system efficiency, staff shortages, preventable mortality, health outcomes, Bulgaria*

JEL: *H51, I11, I18*

Въведение

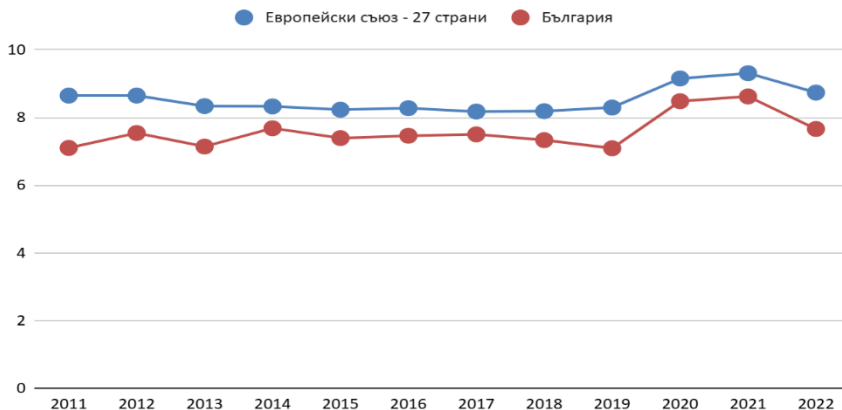
В България публичните разходи за здравеопазване нарастват с 67% като през 2014 г. са били 4,9 милиарда лева и достигат 8,2 милиарда лева през 2023 г. Според произхода си разходите за здравеопазване са имат два източника: бюджет на Министерство на здравеопазването (МЗ), бюджет на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК).

Бюджета на МЗ финансира национални бюджетни програми като спешна медицинска помощ, национални центрове по хематология, детско и майчино здравеопазване, превенция на заразни болести, включително и чрез регионални инспекторати по здравеопазване, ваксинационни програми и др. Динамиката на разходите на МЗ за периода 2016 – 2023 г. е увеличение с 68% като през 2016 г. разходите на ведомството са били 456 млн. лв. докато през 2023 достигат 1,4 милиарда лева.

Бюджетът на НЗОК финансира дейности на договорни партньори в направления като първична извънболнична медицинска помощ, специализирана извънболнична медицинска помощ и болнична медицинска помощ, лекарства и медицински изделия. Моделът на финансиране на договорните партньори се основава на договорен процес между НЗОК и съсловните организации ежегодно относно цени на дейности и продукти, обща бюджетна рамка, правила на договорните отношения.

Динамиката на разходите за периода 2014 – 2023 г. е увеличение на бюджета на НЗОК със 151% като през 2014 г. бюджета на ведомството е бил 2,8 млрд. лв. и достига 7,03 млрд. лв. през 2023 г. [1]

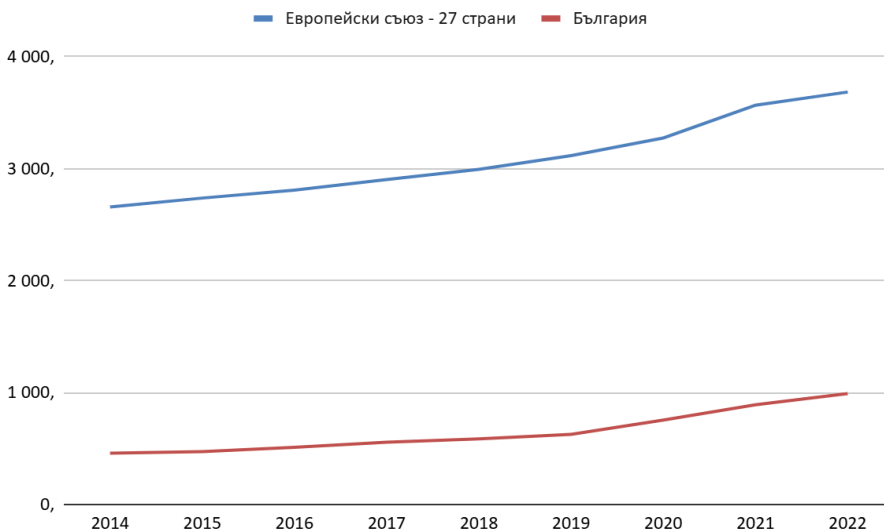
Публичните разходи за здравеопазване в България в периода 2011 – 2022 г. изразени като процентно съотношение спрямо БВП са относително ниски сравнявайки ги със средното ниво за Европейския съюз. През този период публичните разходи за здравеопазване в България са нараснали от около 7.10% до приблизително 7.66% от БВП, докато средният процент за ЕС остава по-висок – около 8.64% до 8.73% от БВП.



Разработено по: Eurostat – Health care expenditure by financing scheme (hlth_sha11_hf) [към 03.09. 2024]

Фигура 1. Разходи за здравеопазване като относителен дял от БВП

Въпреки че делът на публичните разходи за здравеопазване в България леко нараства през последното десетилетие, той остава под средното ниво за ЕС. Това свидетелства за ограничен ангажимент на държавата към сектора и поставя под съмнение устойчивостта на финансирането при застаряващо население. Ниските разходи ограничават както развитието на доболничната помощ, така и капацитета за профилактика и превенция.

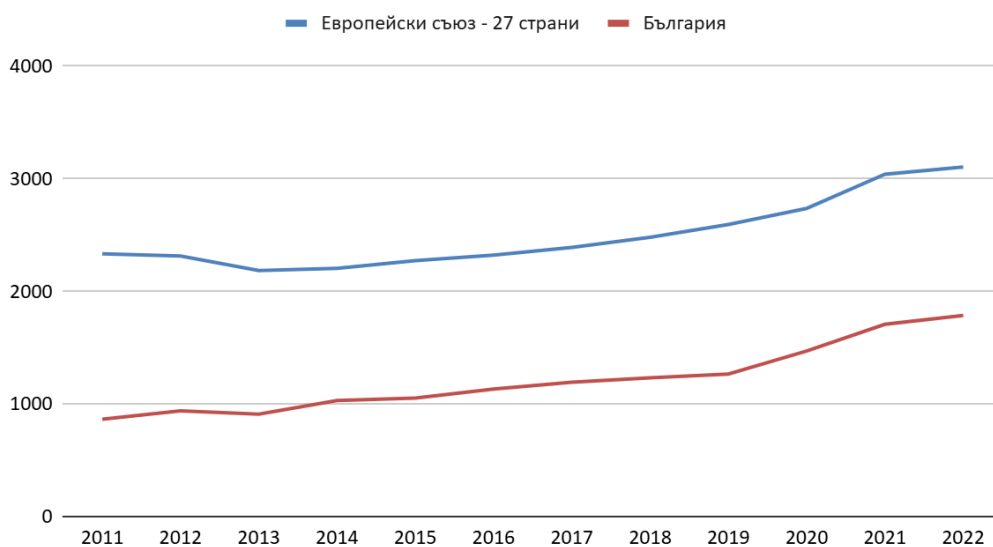


Разработено по: Eurostat – Health care expenditure per capita (hlth_sha11_hf) [към 03.09. 2024]

Фигура 2. Общи разходи за здравеопазване на глава от населението в евро

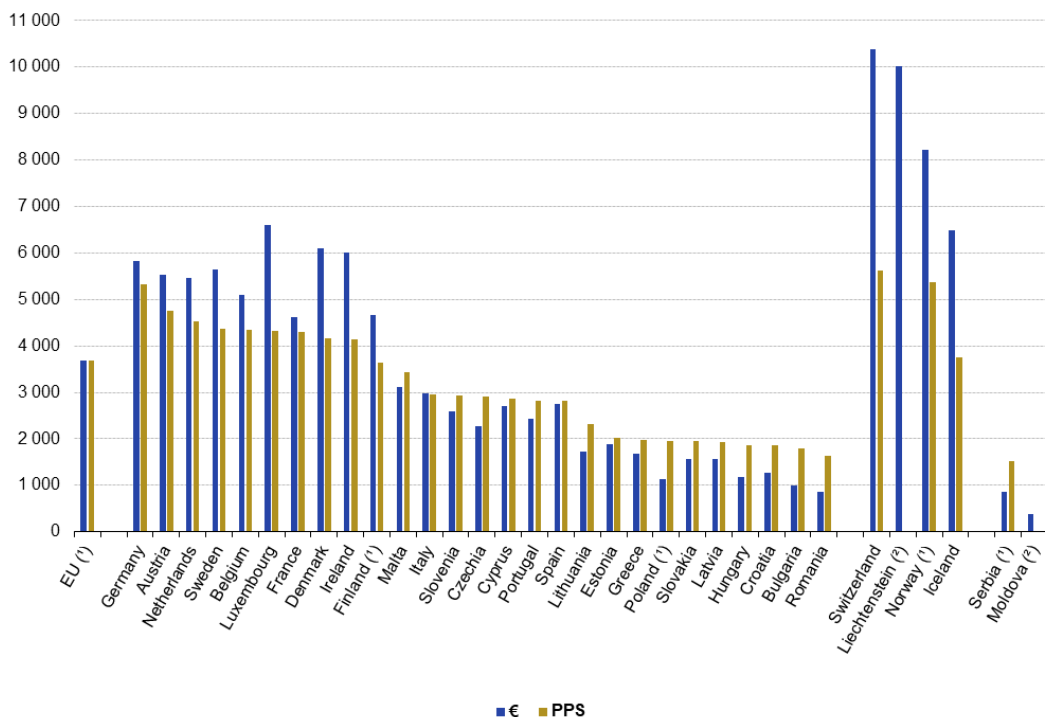
Показателят „Разходи за здравеопазване на глава от населението в евро“ отчита увеличение в България от 2014 г. до 2022 г. с 53% и достига 989 евро на глава от населението в България. Същият показател средно за 27 страни членки на ЕС се покачва с 27% за същия период до 3684 евро на глава от населението през 2022 г. Макар в България да се наблюдава относително висок ръст на разходите на глава от населението (53% за периода), абсолютната стойност остава над три пъти по-ниска от средната за ЕС. Това е сигнал за хронично недофинансиране, което пряко се отразява на качеството на здравните услуги, особено в извънболничния сектор и в регионите с ниска здравна осигуреност.

Поради различия в ценовите равнища в ЕС една и съща сума в различните страни може да бъде представена чрез показателя следния показател PPS (Purchasing power standard). Той изследва покупателната способност на една и съща валута в евро в сферата на здравеопазването в Европа (фиг. 3) [3]. Данните за PPS показват, че въпреки ниските разходи, България има сравнително висока покупателна способност. Това се дължи основно на по-ниските цени на медицински услуги, но не е непременно индикатор за по-висока ефективност. Напротив, високото PPS при ниско финансиране често показва **неустойчива оптимизация**, която може да се срине при натоварване или кризи (както COVID-19).



Разработено по: Eurostat – Purchasing power standard in health care (hlth_sha11_hf)
[към 03.09. 2024]

Фигура 3. Покупателна способност в здравеопазването – PPS (Purchasing Power Standard)



Източник: Eurostat – Health care expenditure per capita by country (hlth_sha11_hf)

Фигура 4. Разходи за здравеопазване на глава от населението в евро и PPS

От фиг. 4 прави впечатление, че държави като Германия, Австрия, Нидерландия, Швеция и други имат по-висок разход за здравеопазване на глава от населението спрямо покупателната способност, която се изчислява като по-ниска. Вероятно това се дължи на относително по-високите цени на услугите за здравеопазване в тези държави. Противоположно на тях държави като България и Румъния, които са с най-нисък разход за здравеопазване в ЕС показват по-висока покупателна способност. Вероятно върху тези резултати оказва влияние и типа на здравните системи в тези страни.

В случая на България, има няколко фактора, които могат да обяснят защо покупателната способност в здравеопазването може да бъде по-висока от разходите за здравеопазване на глава от населението:

- Ниски цени на медицинските услуги. В България цените на медицинските услуги и лекарствата могат да бъдат значително по-ниски в сравнение с други страни от Европейския съюз. Това означава, че за същата сума пари могат да се получат повече здравни услуги.
- Ефективност на здравната система. Въпреки ограничените ресурси, българската здравна система може да бъде ефективна в предоставянето на

основни здравни услуги. Това означава, че дори при по-ниски разходи, пациентите могат да получават адекватна грижа.

- Държавно финансиране и субсидии. Държавата може да осигурява значителни субсидии и финансиране за здравеопазването, което увеличава покупателната способност на гражданите. Това включва както директни плащания към болници и клиники, така и покритие на разходите за лекарства и лечение.
- Частен сектор и допълнителни застраховки. Частният сектор в здравеопазването също играе роля. Много хора използват частни здравни застраховки или плащат директно за медицински услуги, което може да увеличи общата покупателна способност, въпреки че не всички тези разходи са включени в официалните статистики за публичните разходи.
- Социални програми и помощи. Социалните програми и помощи за уязвими групи могат да увеличат покупателната способност в здравеопазването, като осигуряват достъп до необходимите медицински услуги без допълнителни финансови тежести за пациентите.

Тези фактори заедно могат да обяснят как покупателната способност в здравеопазването в България може да бъде по-висока от разходите за здравеопазване на глава от населението. Важно е да се отбележи, че това може да варира в зависимост от конкретни условия и политики в страната.

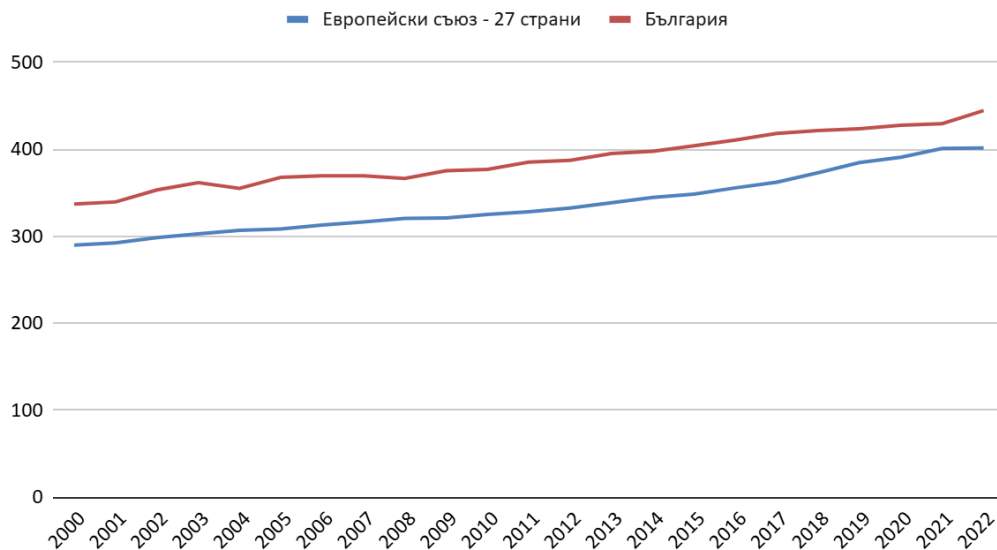
Недостигът на медицински специалисти (лекари и медицински сестри) е добре известен проблем в системата на здравеопазване. Основните ключови фактори на това явление са намаляващ интерес към медицинската сфера, ниските доходи спрямо други сфери на икономиката, застаряваща работна сила в здравеопазването, миграция на медицинските специалисти, голям професионален товар, липса на подходящи политики в областта на човешките ресурси.

В България броя на практикуващите лекари бележи ръст за периода 2000 – 2022 г. година от 24%. През 2000 броят им е бил 290 лекари на 100 000 души население, а през 2022 г. достига 444 лекари на 100 000 души население. Този показател за 27 страни – членки на ЕС, е 401 лекари на 100 000 души. Тоест България разполага средно с повече лекари на глава от населението от средното европейско ниво. Дали това дава ползи за резултатите, които здравната система постига и по-конкретно – подобряват ли се здравните показатели на населението? [4]

По данни на НСИ броя на лекарите в страната е около 30 000 души, тоест около 30% процента от лекарите в страната работят на територията на гр. София и София-област, което показва една значителна концентрация. По данни на НСИ 10% от населението на страната или около 600 000 живее в отдалечени райони, където достъпът до здравни услуги е ограничен. [5] Според Световната банка, около 20% от населението в България или около 1,2 млн. души живее под прага на бедността, което влияе негативно на здравето им. Хората

с ниски доходи често нямат достъп до качествени здравни услуги и здравословна храна, което увеличава риска от заболявания и смъртност. [6]

Въпреки това има механизми за финансиране на тяхното лечение по линия на НЗОК, но основно при спешни и неотложни състояния. Лечението на тези пациенти е затруднено поради икономически фактори. Закупуването на лекарства в България е изцяло за сметка на пациента и НЗОК не покрива извънболнично лечение. Този факт може да влоши показатели като предотвратима смъртност.



Разработено по: Eurostat – Practising physicians per 100 000 population (hlth_rs_prs2) [към 03.09. 2024]

Фигура 5. Практикуващи лекари на 100 000 души население

Абсолютният брой на лекарите обаче не предоставя пълна информация за функциониране на здравната система. България е страна, в която болничното лечение заема основен дял в здравната система. България е известна с високия си брой на лечебни заведения за болнична помощ – 350 броя към 2014 г. [7] Макар на пръв поглед броят на лекарите в България да надвишава средното за ЕС, анализът не отчита териториалния дисбаланс – концентрацията в София и големите градове. Това води до структурна неравнопоставеност в достъпа до здравеопазване, като отдалечените и бедни райони остават слабо обслужени.

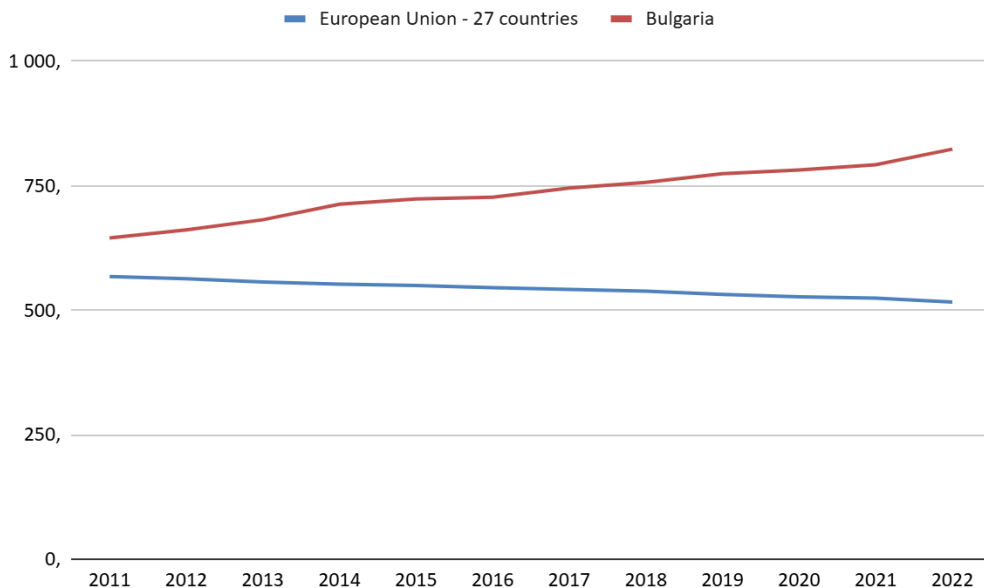


Разработено по: Eurostat – Medical graduates per 100 000 population (HLTH_RS_GRD2) [към 03.09. 2024]

Фигура 6. Дипломирани лекари на 100 000 души население

За периода 2003 г. – 2017 г. в България се дипломират значително по-малко лекари спрямо в ЕС, но в периода 2017 – 2022 г. България увеличава своя брой завършили лекари и всъщност заема първо място в ЕС по този показател за 2022 г. с 29 завършили лекари на 100 000 души население спрямо 18 дипломирани лекари средно в ЕС на 100 000 души население. Според Министерство на здравеопазването, около 20% от лекарите в България са над 60 години, което показва потенциален недостиг на млади и добре обучени кадри (фиг. 6). Съвпадението на тези две явления поставя остра проблема не толкова на абсолютната липса на лекари, колкото тяхното неравномерно разпределение. близа 12 000 лекари са активни членове на Столичната лекарска колегия като достоверността на данните произхождат от нормативното задължение на лекарите да членуват в съсловната организация по област.

Показателят брой легла на 100 000 души население е значително повишен и с положителна тенденция. Броят на леглата между 2011 г. и 2022 г. се е повишил с 22% или с 179 легла на 100 000 души население. Сравнено с 27 страни от ЕС те са намалели с 10% или 51 легла на 100 000 население. България регистрира растеж в броя на болничните легла, в контраст с общоевропейската тенденция на оптимизация. Това говори за структурна ориентация към болнична помощ и липса на развитие в амбулаторната и дневната форма на грижи. Повече легла не е равно на по-добро здравеопазване – когато няма достатъчно кадри и финансиране, леглата се превръщат в статистически баласт. [8]

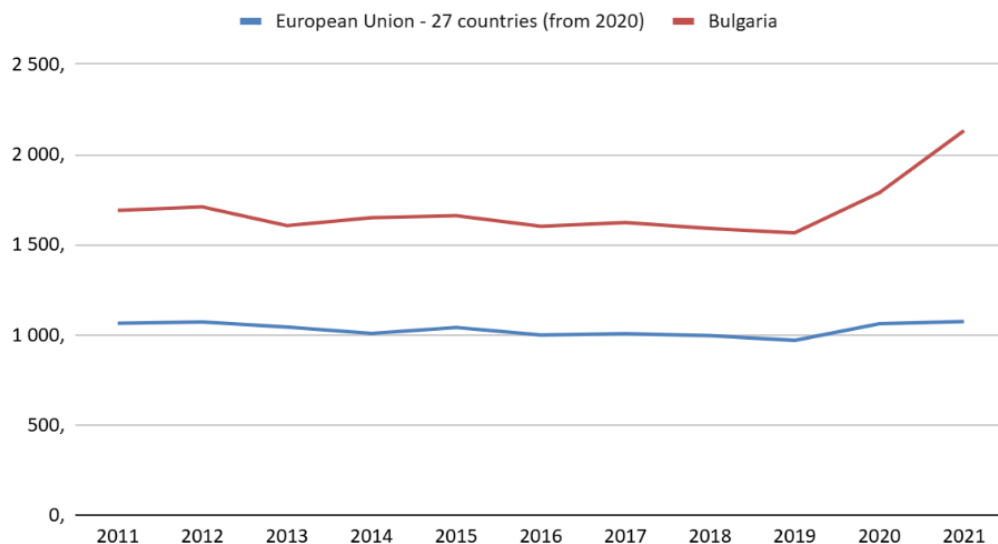


Разработено по: Eurostat – Hospital beds per 100 000 inhabitants (tps00046) [към 03.09. 2024]

Фигура 7. Брой легла на 100 000 души население

Кумулативната смъртност се покачва за периода 2012 – 2020 г. с 4,3% до 1786 души на 100 000 население. Средно за 27 страни на европейския континент същият показател показва 1060 смъртни случаи на 100 000 население. Кумулативната смъртност в България е значително по-висока от средната за ЕС, с тенденция към влошаване. Това е пряк индикатор за неефективност на системата, независимо от ресурсите. Подобна стойност често се асоциира с липса на превенция, лошо проследяване на хронични заболявания и затруднен достъп до качествена диагностика и лечение.

Предотвратимата смъртност показва броя на лечимите и предотвратими заболявания на 100 000 население. В България за периода 2011 – 2021 г. показателят бележи ръст от 39% като достига 685 души на 100 000 население през 2021 година. Средно за 27 европейски страни показателят бележи ръст от 3% и достига 271 души на 100 000 население.



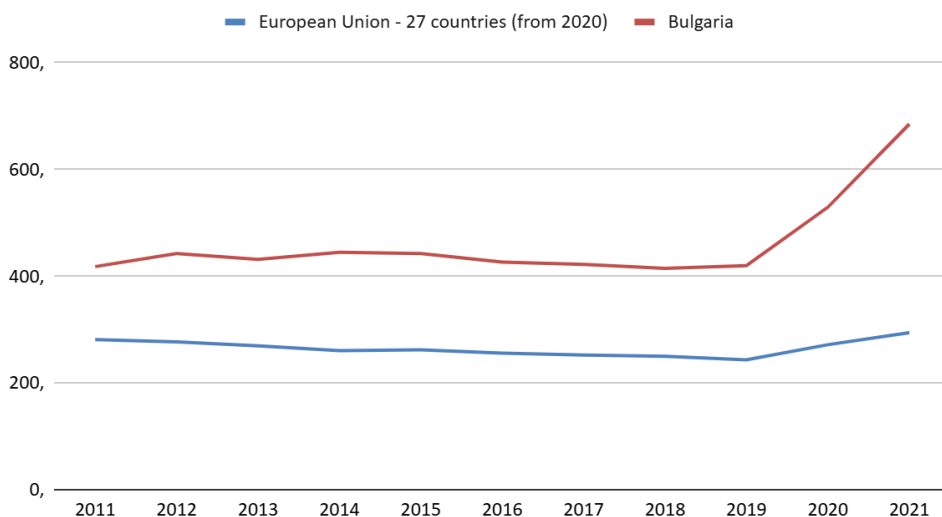
Разработено по: Eurostat – Standardized death rate by cause of death (hlth_cd_asdr2) [към 03.09. 2024]

Фигура 8. Кумулативна смъртност на 100 000 души население

Според Световната здравна организация (СЗО), България има висок процент на хоспитализации поради предотвратими заболявания, което показва, че много от заболяванията биха могли да бъдат избегнати или контролирани чрез по-добро първично здравеопазване. През 2020 г., около 20% от хоспитализациите в България са били поради хронични заболявания, които биха могли да бъдат управлявани по-ефективно с по-добро качество на здравните услуги. [9] Показателят расте рязко в България, за разлика от тенденцията в ЕС. Това означава, че системата не успява да предотврати смъртни случаи, които **биха могли да бъдат избегнати** при по-добро първично здравеопазване и контрол на рискови групи. Това е **един от най-проблемните индикатори**, който сочи към лошо планиране и отсъствие на системни интервенции.

В доклада по здравеопазване на Европейската комисия за 2021 г. е направено заключение, което подкрепя твърдението на авторите относно ниската ефикасност на направените публични разходи за здравеопазване: „С големия брой хоспитализации за лечение на състояния, които биха могли да се лекуват ефективно в условията на извънболничната помощ (включително сърдечна недостатъчност, астма и диабет), здравната система в България продължава да бъде твърде много ориентирана към болничната помощ. Въпреки че през 2019 г. в България разходите за болнична помощ на глава от населението възлизат на 509 евро – около половината от средната стойност за ЕС от 1010 евро

(фигура 9) – те представляват 40% от всички разходи за здравеопазване в държавата в сравнение със средно 29,1% разходи за болнична помощ в ЕС като цяло. Тези данни отразяват както концентрацията на разходите за болнична помощ в България, така и значително по-малкия бюджет за здравеопазване в сравнение с бюджета на повечето други държави от ЕС.“ [10]



Разработено по: Eurostat – Avoidable and treatable mortality (hlth_cd_apr) [към 03.09. 2024]

Фигура 9. Предотвратима и лечима смъртност на 100 000 души население

Въпреки увеличаващите се болнични легла, населението на България увеличава своя дял на граждани, които страдат от предотвратими и лечими медицински състояния. Въпреки нарастващия брой на лекарите и лечебните заведения в България, страната продължава да се сблъсква с високи нива на обща смъртност и предотвратима смъртност. Това може да се дължи на няколко ключови фактора.

Качеството на здравните услуги е функция както на индивидуалната отговорност на медицинските специалисти, така и на структурните механизми в рамките на здравната система. В България, както бе посочено, системата е доминирана от болничната помощ, за сметка на извънболничната – както в първичната, така и в специализираната медицинска практика.

Липсват ефективни механизми за финансиране на специализираната до-болнична помощ, които да позволяват системно проследяване и лечение на хронични заболявания чрез консултации, терапевтични сесии и дългосрочно наблюдение. В резултат на това се наблюдава тенденция към изтегляне на специалисти от публичния в частния сектор, което води до повишени разходи

за пациентите и ограничен достъп до достъпна доболнична помощ. Това допринася за влошаване на здравната достъпност, особено за социално уязвимите групи, и задълбочава неравенствата в системата.

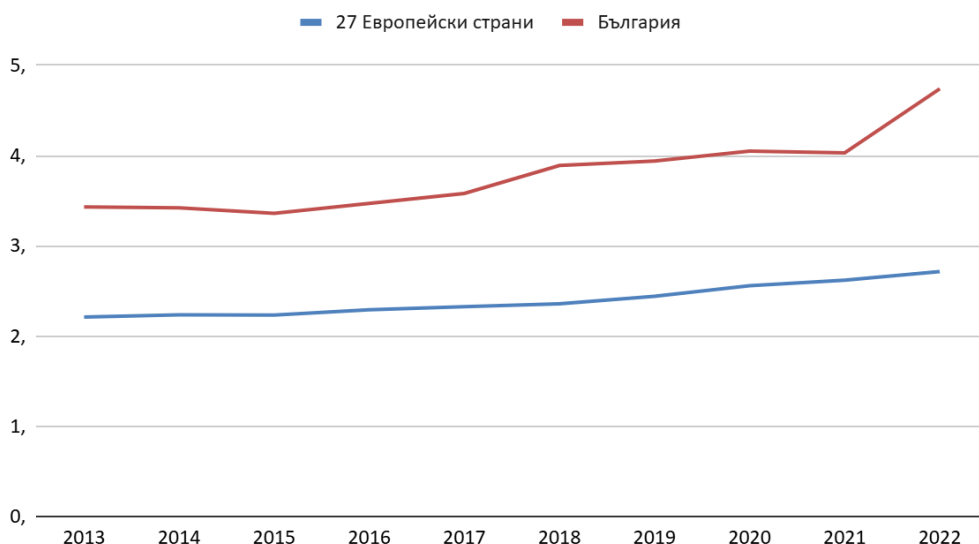
Сред структурните предизвикателства се откроява недостатъчното финансиране на здравната система, което затруднява поддръжката и модернизацията на инфраструктурата, както и развитието и обучението на кадрите. Съгласно нормативната уредба, отговорността за продължаващото медицинско обучение е вменена на самите лекари и се осъществява чрез съсловната организация – Български лекарски съюз (БЛС). Последният функционира като договорен партньор на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и участва в процеса на формиране на здравна политика. БЛС се финансира чрез членски внос от всички практикуващи лекари, без да разполага с външни източници на финансиране.

Освен БЛС, в системата участват и медицински научни дружества по различни специалности, които имат съществена роля при обсъждането на клинични пътеки, лекарствени терапии и медицински изделия. Обученията, организирани от тези дружества, обикновено се финансират от фармацевтични и търговски структури, а не от съсловната организация. БЛС не осъществява системна програма за квалификация. Изключение прави Столичната лекарска колегия, която от 2018 г. управлява фонд за подпомагане на краткосрочни специализации в страната и чужбина, насочен към млади лекари под 40-годишна възраст с поне две години членство в организацията. Централното ръководство на БЛС също разполага с обучителна програма, но с ограничен обхват и финансиране.

Към момента липсва нормативно установена и централизирана система за верификация, отчет и задължителност на проведените квалификационни обучения. Отсъствието на механизъм за сертифициране и санкциониране при неспазване на изискванията за продължаващо медицинско обучение създава предпоставки за влошаване на качеството на медицинската помощ и задълбочава кадровия риск в сектора.

България е на едно от първите места по технически ресурси (напр. операционни зали). Средно за Европа показателя се равнява на 10 на 100 000 души, докато в България е 18 на 100 000 души за 2022 г. Броя на хирургичните операции в България са 854 на 100 000 души население, в 27 европейски страни средно по 954 операции на 100 000 души. Тази разлика подсказва, че наличието на оборудване не гарантира автоматично неговото ефективно използване. Възможни обяснения за това несъответствие са ограничен достъп до хирургични грижи, недостиг на специализиран персонал, дисбаланси в регионалното разпределение на операционните ресурси или неефективна организация на болничната дейност. Данните подчертават необходимостта от не просто количествено увеличаване на инфраструктурата, а от стратегическо управление на капацитета с оглед постигане на по-добри здравни резултати.

Подобна зависимост може да се отбележи и при осигуреността с апаратура за образна диагностика за 2022 г. – в България 4,74 на 100 000 население, в Европа – 2,69 на 100 000 население.



Разработено по: Eurostat – Medical imaging equipment per 100 000 population (hlth_rs_medim) [към 03.09. 2024]

Фигура 10. Устройства за медицинска диагностика на 100 000 души

България е с над средна осигуреност с техника, но това **не се отразява в здравните резултати**. Това потвърждава, че **високото ниво на оборудване не е достатъчно**, когато липсват обучени кадри, устойчива политика за използване и финансиране за текуща поддръжка. Технологичният капацитет е **неизползван ресурс**, ако не е обвързан с клинични резултати.

Заклучение

Настоящото изследване подчерта ключовите предизвикателства пред системата на публично финансираното здравеопазване в България. Анализът на разходите, ресурсите и здравните резултати разкрива няколко съществени закономерности. На първо място, публичните разходи за здравеопазване в страната остават трайно под средните нива за Европейския съюз, както като процент от брутният вътрешен продукт, така и на глава от населението. Тази относително ниска степен на финансиране се съпровожда от изоставане в редица здравни индикатори, включително предотвратима и лечима смъртност, както и недостатъчна покупателна способност на разходите в здравния сектор.

Допълнително внимание следва да се обърне на кадровия дисбаланс в системата, като особено силно се усеща липсата на равномерно разпределени медицински специалисти в различните региони на страната. Преобладаващият модел на болнично финансиране продължава да доминира, за сметка на недо-развитата доболнична и превантивна грижа, което води до системно натоварване на болничната инфраструктура и до неефективно използване на ресурсите.

На тази основа могат да бъдат формулирани конкретни предложения за подобрене. Необходимо е целенасочено увеличаване на инвестициите в доболничната помощ и превенцията, въвеждане на финансови и професионални стимули за по-справедливо териториално разпределение на медицинските кадри, както и разработване и прилагане на обективни индикатори за ефективност и проследимост на разходите.

Настоящото изследване е ограничено по обхват, тъй като се базира изцяло на публично достъпни количествени данни и не включва измервания на субективни индикатори като удовлетвореност на пациентите или качествени аспекти на медицинските грижи. Освен това не се прави отделен анализ на регионалните особености и неравенства в здравните резултати, което би могло да бъде предмет на бъдещи изследвания.

В заключение, представеният анализ потвърждава необходимостта от структурни и стратегически реформи в здравната система на България, насочени към повишаване на ефективността на публичните разходи, подобряване на достъпа до качествена грижа и постигане на по-добри здравни резултати за населението.

Използвана литература

1. National Health Insurance Fund (НЗОК), 2001–2019. Годишен отчет за дейността. [online] Достъпно на: <https://www.nhif.bg/bg/nzok/annual_report> [Достъп: 03 септември 2024].

2. Eurostat. Health care expenditure by financing scheme (hlth_sha11_hf). [online] Достъпно на: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HF_custom_14704944/default/table?lang=en> [Достъп: 03 септември 2024]

3. Eurostat. Healthcare expenditure statistics – overview. [online] Достъпно на: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_-_overview> [Достъп: 03 септември 2024].

4. Eurostat. Health personnel (hlth_rs_prs2). [online] Достъпно на: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_prs2_custom_14703500/default/table?lang=en> [Достъп: 03 септември 2024].

5. Национален статистически институт (НСИ). Здравеопазване. [online] Достъпно на: <<https://www.nsi.bg>> [Достъп: 03 септември 2024].

6. World Bank (2023). Преглед на публичните финанси в България. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development. [online] Достъпно на: <<https://documents1.worldbank.org/curated/en/099011024101024663/pdf/P1802231429d0b661555c14fbf19f3c16d250661bd84.pdf>> [Достъп: 03 септември 2024].
7. World Health Organization (WHO). Number of hospitals. [online] Достъпно на: <https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_471-5011-number-of-hospitals/> [Достъп: 03 септември 2024].
8. Eurostat. Available beds in hospitals by NUTS 2 region (hlth_rs_bdsrg2). [online] Достъпно на: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/view/hlth_rs_bdsrg2> [Достъп: 03 септември 2024].
9. Dimova, A., Rohova, M. & Polin, K. (2024). Bulgaria: Health System Summary. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. ISBN: 9789289059930. [online] Достъпно на: <<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/bulgaria-health-system-summary-2024>> [Достъп: 03 септември 2024].
10. OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2021). България: Здравен профил на страната 2021. Paris: OECD Publishing / Brussels: European Observatory. ISBN: 9789264361645. [online] Достъпно на: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/bulgaria-country-health-profile-2021_4e2e1d69-en> [Достъп: 03 септември 2024].

Рецензент: доц. д-р Ралица Велева

ВТОРА ЧАСТ ПОДБРАНО ОТ МАГИСТЪРСКИ ТЕЗИ

УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ КАТО КРИТЕРИЙ ЗА КАЧЕСТВО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ

Веселина Иванова

Магистър по „Здравен мениджмънт“
vivanova_2367070@unwe.bg

Резюме: Проблемът за качеството в сферата на здравеопазването придобива все по актуално значение и непрекъснато се изостря, което е резултат от съвкупното влияние на редица фактори, засилващи конкуренцията между различните здравни организации, от бързо развитие на медицинската наука и практика, създаването на по-ефективни методи за лечение и рехабилитация, нарастването на здравната култура на пациентите, които имат по-високи очаквания и са по-критични относно оказваната им медицинска помощ, както и от оскъдните ресурси, с които разполагат лечебните заведения, и необходимостта от най-икономичното им използване и предоставяне на висококачествени здравни услуги при най-малки разходи. Проблемът за качеството в сферата на здравеопазването придобива все по актуално значение и непрекъснато се изостря, което е резултат от съвкупното влияние на редица фактори, засилващи конкуренцията между различните здравни организации, от бързо развитие на медицинската наука и практика, създаването на по-ефективни методи за лечение и рехабилитация, нарастването на здравната култура на пациентите, които имат по-високи очаквания и са по-критични относно оказваната им медицинска помощ, както и от оскъдните ресурси, с които разполагат лечебните заведения, и необходимостта от най-икономичното им използване и предоставяне на висококачествени здравни услуги при най-малки разходи.

Настоящият текст представя втора, трета и четвърта глава на магистърската теза.

Ключови думи: качество в здравеопазването, удовлетвореност на пациенти

PATIENT SATISFACTION AS A CRITERION FOR THE QUALITY OF MEDICAL CARE

Veselina Ivanova

Masters student, Department „Public Administration“, UNWE

***Summary:** The issue of quality in healthcare is becoming increasingly important and is continuously exacerbated as a result of the cumulative impact of a number of factors that increase competition between different healthcare organizations, the rapid development of medical science and practice, the creation of more effective methods of treatment and rehabilitation, the growth of the health culture of patients who have higher expectations and are more critical of the medical care provided to them, as well as the scarce resources available to the medical. The problem of quality in healthcare is becoming increasingly important and is continuously becoming more acute, as a result of the combined influence of a number of factors that are increasing competition between different healthcare organisations, the rapid development of medical science and practice, the creation of more effective methods of treatment and rehabilitation, the growth in the health culture of patients who have higher expectations and are more critical of the care they receive, and the scarce resources available to healthcare organisations.*

This text presents the second, third and fourth chapters of the master thesis.

***Keywords:** quality in healthcare, patient satisfaction*

1. Цел и задачи на изследването

Целта на настоящата магистърска теза е да разкрие какво е качество на медицинската помощ и какви са критериите за неговата оценка, чрез мнението на пациентите с оглед обосноваване на подходи за подобряване на медицинското обслужване в изследваното лечебно заведение.

За постигането на тази цел се поставят следните задачи:

1. Да се проучи методичната литература с актуалните проблеми по отношение на качеството на медицинската помощ и съответно давайки отговор на въпроса какво е качество в здравеопазването, да се определят неговите важни приоритети;

2. Да се проведе анкета с пациенти относно тяхната удовлетвореност от предоставяната им медицинска помощ в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София;

3. Да изследва и анализира удовлетвореността на пациентите от получената медицинска помощ и здравни грижи в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, при тяхното посещение или престой в лечебното заведение.

Предмет на настоящото изследване е качеството на медицинската помощ, като съвкупност от действия по предоставяне на всеки пациент на достатъчно

видове диагностични и терапевтични здравни дейности, които да осигурят най-добър резултат по отношение на неговото здраве и достигане на най-голямо удовлетворение от негова страна.

Обект на изследване е удовлетвореността на пациентите като критерий за качество на медицинската помощ, предоставяна от „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София – лечебно заведение.

Като използвани методи при разработването на настоящата разработка са възприети общонаучните и частнонаучните методи за научни изследвания, в т.ч. методите анализ и синтез, като изводите са направени по смисъла на метода на индукцията и дедукцията, като характеристиката на обекта е разкрита, чрез историческия и описателния подход.

В своята дейност в посока изпълнение на своята мисия целта на лечебното заведение е предоставяне на пациентите на широк спектър достъпна, съвременна и качествена медицинска помощ, състояща се в извършване на високоспециализирани консултации и изследвания за ранна и прецизна диагностика, както и прилагане на най-съвременни терапевтични технологии и осигуряване на здравни грижи на равнища, съответстващи на европейските стандарти.

В същото време *хуманитарната платформа на болничното заведение* е основана на международните професионално-етични и деонтологични правила и норми и Хартата за правата на пациента, а стратегическата цел на в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, е непрекъснато повишаване качеството на предоставяната в лечебното заведение медицинска помощ, условията и средствата, с които се извършват и оказват здравните услуги и дейностите, чрез които тя се осъществява.

Политиката по качество в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, е насочена към допринасяне в оптимална степен за намаляване на заболяемостта, инвалидността и смъртността от ракови заболявания посредством тяхната съвременна диагностика, адекватно лечение и интегрирана профилактика по пътя към осигуряване на здравословен начин на живот на хората.

Целта е на база набирането на достатъчна и достоверна информация от страна на пациентите на „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, да се преодолее субективизма и да се направи опит за рационално измерване на качеството на медицинската помощ относно техния прием, грижите и обслужването им, лечението, психоклимата в болницата, етиката в отношенията между персонал – пациент, информираността на пациента относно заболяването и възможностите за неговото лечение. Въз основа на удовлетвореността на пациентите да се даде оценка за качеството на медицинската помощ.

2. Методика на изследването

Емпиричното изследване е проведено под формата на структурирано интервю (анкета), като обект на проучването са 62 пациенти в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София.

Използваните методи при провеждане на изследването са:

✓ *Анкетен метод* – пряка анонимна индивидуална анкета под формата на стандартизирано интервю като метод за набиране на емпирична информация за удовлетвореността на пациентите, което има за цел всички изследвани лица да бъдат поставени в максимално еднакви условия (ситуации) на интервюиране, а самият процес на интервюиране да протича в рамките на един или няколко идентични познавателни модели.

При този тип интервю познавателните процедури и техниките за набиране на информация са максимално стандартизирани, като предварително е изготвено методическо описание на анкетата, където се описват всички необходими детайли за всеки въпрос/група въпроси, като¹:

- изследователска насоченост към даден раздел на изследването;
- тип (отворен, затворен, затворен с повече от един възможен, смесен, решетка/матрица и прочие);
- вид информация, която се набира;
- последователност;
- връзка с други въпроси;
- кодиране (цифрено-буквени означения за всеки въпрос и предложен отговор);
- скала и измерване.

Задължително условие за протичането на стандартизираното интервю е коректното използване и точното „възпроизвеждане“ на изследователския инструмент. Въпросникът се разработва в съответствие със целите, задачите и функциите на изследването, като предварително се тества и прецизира, за да е съобразен с особеностите на изследваните лица и да позволява безпроблемно възпроизвеждане с преобладаващата част от попадналите в извадката лица².

Това от своя страна дава възможност за превръщане на набраната индивидуална първична информация по отношение на удовлетвореността на пациентите в съвкупна информация за качество на медицинската помощ и към нея да се приложат релевантни статистико – математически методи за анализ на информацията.

За диагностика на резултатите се използват количествени и качествени методи:

✓ *Сравнителен и критичен анализ*

¹ Харалампиев, К., Марчев, А. (2017). Емпирични методи за събиране (и анализиране) на данни. София, ИРПС, с. 16.

² Ченгелова, Е. (2016). Интервюто в социалните науки. София, ОМДА, с. 29.

Сравнителният анализ се изразява в сравняване на величини, отделни техни елементи и допълнителна информация по отношение на удовлетвореността на пациентите като критерий за качество на медицинската помощ.

Методът на сравнението има за цел да се оценят измененията в показателите, характерни удовлетвореността на пациентите като критерий за качество на медицинската помощ и да се търси тяхното място в пространството и времето. Той спомага да се очертае тенденцията и перспективата за развитие на качество на медицинската помощ, оценено на база на удовлетвореността на пациентите, изхождайки от динамично променящата се стопанска конюнктура.

Критичният анализ изисква да се анализират от критична гледна точка проблемите по отношение на качеството на медицинската помощ и да оцени въздействието на конкретния проблем върху удовлетвореността на пациентите като цяло. Този анализ помага да се посочат аргументи с текстови доказателства.

✓ **Математико-статистически методи** (процентни разлики и индекси на различие).

Приложението на анкетния метод в дадено изследване предполага проведената анкета да се обработи с подходящи статистически методи, които да позволят формулирането на обобщения и адекватни изводи.

След провеждането на анкетата се преброяват различните варианти на отговорите като е обикновено данните да се подредят в таблица и се изчисляват абсолютните (**броя отговорили по този начин на въпроса – f**) и относителните (**p**) честоти на отговорите за всеки от вариантите. Ако избраният метод налага, относителните честоти се изчисляват и в проценти. Изчисляването на честотите следва да се извършва за всяка от формираните предварително извадки или гнезда (групи), ако има такива.

При използването на количествени методи за обработката на данните се използват статистически методи, докато при качествените методи резултатите се представят предимно описателно.

Изследването е направено на **базата на разработена и структурирана анкета**, която е проведена пряко, индивидуално и анонимно с 62 пациенти на възраст от 20 до 60 години.

Разработената анкетна карта съдържа както затворени, така и отворени 25 въпроса, като първите въпроси са въвеждащи, а следващите въпроси са насочени да оценят удовлетвореността на пациентите от качеството на предоставената им медицинска помощ. Последния въпрос е по отношение на мнението на пациентите в посока предложения и препоръки за удовлетворяване на техните потребности.

Поради невъзможността за създаване на извадка, която да отговаря на изискванията за „пълнен случаен подбор“ е използвана „извадка според отзовалите се“, а периодът на провеждане на анкетното проучване е 20.10.2024 г. – 25.11.2024 г.

3. Анализ на резултатите

Качеството на медицинската помощ засяга значими *проблеми*, изискващи решаване с предимство, както и значими *сектори* на здравната система, изискващи предимство в развитието и групи от *населението*, изискващи предимство в гарантирането на качествени здравни грижи. В това направление проучванията за удовлетвореността на пациентите несъмнено е най-добрият начин за получаване на обратна информация от тяхна страна по отношение на качеството на медицинската помощ.

Проведеното от нас анкетно проучване показва, че 17% от всички 62 анкетиранни пациенти с онкологично заболяване в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, са на възраст между 20 – 25 г. Възрастовата граница от 25 г. до 45 г. сред пациентите е характерна за 26% от тях, най-голям е дялът на респондентите между 45 – 60 год. – 57%.

Таблица 1. Структура на анкетираните по пол и възраст

Възрастова група	Пациенти, бр.	Пациенти, в %
20 – 25 год.	10	17.00%
25 – 45 год.	16	26.00%
45 – 60 год.	36	57.00%
Общо:	62	100.00%

Данните разкриват, че голям процент от болните са хора над 50 години, които при наличието на онкологично заболяване се нуждаят от повишени грижи за съня, тишината, културата на обслужване, поднасяне на храната, добри словесни обноси и щадящо извършване на манипулациите.



Фигура 1. Структура на анкетираните пациенти по възраст

При теоретичния анализ на проблема бе посочено, че освен възрастта, пола и образователното равнище на пациента са от съществено значение при отчитане на неговата удовлетвореност и индивидуално възприемане на медицинската помощ. Преобладаваща част от анкетираните – 74% (46 пациенти), са от женски пол, а 26% – от мъжки пол. Висок дял заемат тези с основно и средно образование – 85% (53 пациенти), пред тези с висше образование, които представляват 15% или 9 пациенти.

Резултатите също така показват, че 75.8% или 47 души от респондентите живеят в градовете, като от тях 37 души в столицата и само 10 от тях в други градове, а останалите 15 души или 24.2% живеят в селата.

Отговорите на анкетираните пациенти разкриват, че те са от различни области на страната, предпочели съответното лечебно заведение доверявайки се на качеството на здравните услуги и професионализма на персонала в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София. Причина за различието (град, село) сред пациентите е също така и факта, че не във всяко по-голямо населено място е налице специализирана болница, предоставяща широк спектър достъпна, своевременна и качествена медицинска помощ, състояща се в извършване на високоспециализирани консултации и изследвания за ранна и прецизна диагностика, както и прилагане на най-съвременни терапевтични технологии и осигуряване на грижи за онкоболните пациенти.

По отношение на социалната им принадлежност най-голямата част от пациентите са служители – 38%, следвани от пенсионери – 22%, безработни – 19%. Работниците са 16% (10 души), а най-малък брой имат учащите – 5% или 3 души.

Таблица 2. Структура на анкетираните по социална принадлежност

Социална група	Пациенти, бр.	Пациенти, в %
<i>работник</i>	10	16.00%
<i>служител</i>	24	38.00%
<i>пенсионер</i>	13	22.00%
<i>учащ</i>	3	5.00%
<i>безработен</i>	12	19.00%
Общо:	62	100.00%

Това от своя страна предполага висока информираност на пациентите по отношение на възможностите за тяхното лечение и съответно по-висока степен на възискателност към качеството на оказваната им медицинска помощ и по-трудно постигане на висока степен на удовлетвореност от тяхна страна.

Попитани „Срещнахте ли трудности при постъпването в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, отговорите на пациентите имат следното изражение:

Таблица 3. Трудности при постъпване в болницата

Наличие на трудности при прием	Пациенти, бр.	Пациенти, в %
Никакви	45	73.00%
От доболничната помощ	14	22.00%
От болницата	3	5.00%
Общо:	62	100.00%

Така дадените отговори от страна на респондентите сочат, че за 73% от тях не са налични трудности по отношение на постъпването им в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София.



Фигура 2. Трудности при постъпване в болницата

Данните в таблица 3, представени графично на фигура 2, разкриват, че не-голяма част от тях са посочили наличие на трудности при приема, но от доболничната помощ – 22% или 14 души от пациентите, и само 5% (3 души) посочват наличието на такива от страна на болницата.

Същевременно е налице удовлетвореност от тяхна страна по отношение на информацията получена в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, за тяхното предстоящо оперативно лечение.

Таблица 4. Удовлетвореност по отношение на информацията получена за тяхното предстоящо оперативно лечение в болницата

	Пациенти, бр.	Пациенти, в %
Удовлетворен съм	48	78.00%
Неудовлетворен съм	7	11.00%
Не съм получил такива	2	3.00%
Не мога да преценя	5	8.00%
Общо:	62	100.00%

Този параметър на удовлетвореността е от изключителна важност, тъй като онкологичните пациенти съвсем естествено чувстват висока степен на притеснение и неяснота относно това, което им предстои. Това съвсем нормално оказва в преобладаващата си част съмнение относно предоставяната им информация като количество и качество за тяхното предстоящо оперативно лечение.

Подобни са резултатите и по отношение на удовлетвореността от получената информация за необходимите изследвания. Данните от таблица 5 разкриват удовлетвореност при 71% от анкетираните пациенти, като неудовлетворени са само 7 или 11%, а неполучилите такава са 3%. Делът на тези, които не могат да преценят е 15%. Причините за тези резултати са идентични с тези при оценката на удовлетвореността по отношение на предоставяната им информация като количество и качество за тяхното предстоящо оперативно лечение.

Таблица 5. Удовлетвореност от получената информация за необходимите изследвания в болницата

	Пациенти, бр.	Пациенти, в %
Удовлетворен съм	44	71.00%
Неудовлетворен съм	7	11.00%
Не съм получил такива	2	3.00%
Не мога да преценя	9	15.00%
Общо:	62	100.00%

За качеството на медицинската помощ при здравните грижи на онкоболни пациенти е важно при постъпването им в болницата и настаняването в болничната стая да им бъде разяснен правилника за вътрешния ред. Причината за това е преди всичко тяхното психологично състояние, което е нестабилно в следствие на множеството фактори, влияещи върху чисто физическото им такова.

Анкетираните посочват, че при постъпването им в болницата и настаняването в болничната стая им е разяснен правилника за вътрешния ред. Положителен отговор са дали 55 от тях или 89%, а само 11% или 7 души от респондентите.

Идентични са отговорите и по отношение на спазването на регламентираният дневен режим в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София. Отново 89% потвърждават спазването на регламентираният дневен режим, като разликата е само в отговорилите с „не“ – 2-ма пациенти, или 3%, а останалите 8% посочват, че не могат да преценят.

Пациентите посочват и рядко наличие на обсъждане на състоянието и заболяването им пред тях в болничната стая. 45% посочват, че това се е случвало понякога, 5% наличие на такова и 50% посочват отговор „не“. Това според нас е положителна характеристика, изхождайки от принципа за лекарската тайна и от психологична гледна точка по отношение на избягване на излишно притеснение у другите пациенти в същата болнична стая.

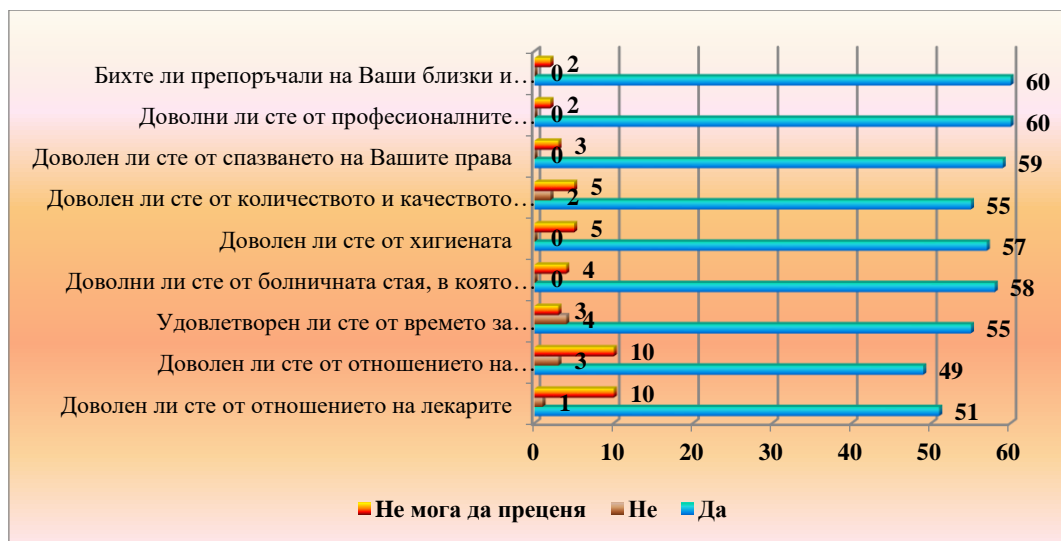
По останалите въпроси от анкетната карта, свързани с удовлетвореността получените от анкетираните отговори имат следния вид:

Таблица 6. Удовлетвореност на пациентите в болницата

Въпрос	Да	Не	Не мога да преценя
Доволен ли сте от отношението на лекарите	51	1	10
Доволен ли сте от отношението на медицинските сестри	49	3	10
Удовлетворен ли сте от времето за посещение на Вашите близки	55	4	3
Доволни ли сте от болничната стая, в която сте настанен	58	-	4
Доволен ли сте от хигиената	57	-	5
Доволен ли сте от количеството и качеството на храната в болницата	55	2	5
Доволен ли сте от спазването на Вашите права	59	-	3
Доволни ли сте от професионалните компетенции и умения на медицинския персонал	60	-	2

Така получените резултати са индикатор за много добро качество на предлаганата от „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, медицинска помощ. Установяваме, че 51 от пациентите (82%) са доволни от отношението на лекарите и 49 (79%) от отношението на медицинските сестри. Недоволните са общо 4-ма или 6%, като един (2%) е недоволен от отношението

на лекарите, а 3-ма (5%) от отношението на медицинските сестри. Това е индикатор за това, че професионализма на лекаря и медицинската сестра в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, се основава на техните лични качества. Те притежават компетентност, висока култура на общуване с болния, зачита неговата личност, проявяват разбиране, съчувствие и отговорност.



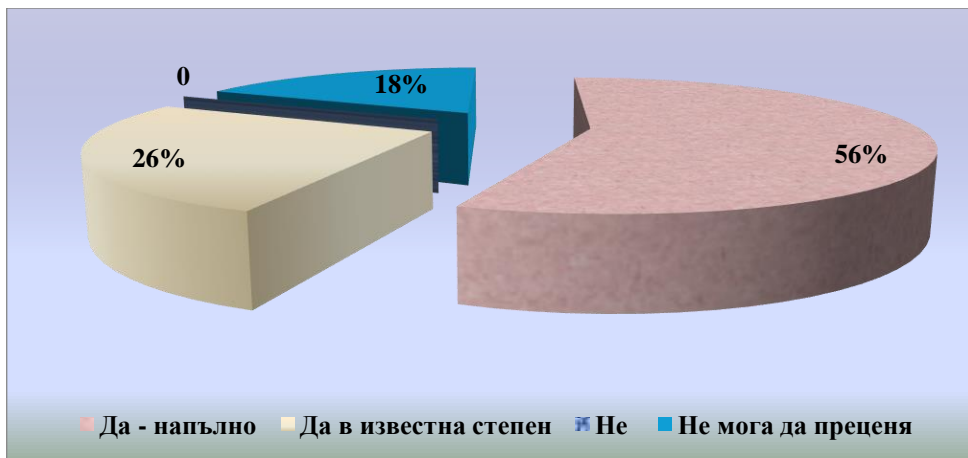
Фигура 3. Удовлетвореност на пациентите в болницата

Същевременно *доволните от професионалните компетенции и умения на медицинския персонал* са 60 пациенти или почти 97%, като недоволни няма, а двама от тях не могат да преценят. Това е отлична оценка за качеството и ефективността на работата по повод оказване на медицинска помощ на болните от онкологични заболявания от страна на „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София.

Лечебното заведение при така поставената оценка от страна на пациентите означава, че успява да осъществява съвременна качествена диагностика за ранно откриване на раковите заболявания при прилагане на съвременни технологии за болнично лечение. Налице е комбинация между така посоченото и предоставянето на качествени битови условия, общи и специфични сестрински грижи за пациентите по време на болничното им лечение. В резултат на това е налице и постигане на устойчиво развитие на инфраструктурата, апаратната и инструментална екипировка, човешките и финансови ресурси.

На въпроса „Считате ли, че по време на престоя Ви в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, е направено всичко за успешното

Ви лечение?“, 35 (56%) от тях посочват отговор „Да – напълно“, 16 (26%) отговарят „Да – в известна степен“. Това от своя страна разкрива 82% удовлетвореност. Няма посочили отговор „Не“, а тези, които не могат да преценят са 18% или 11 души.



Фигура 4. Мнение на пациентите: по време на престоя в болницата е направено всичко за успешното им лечение

Тази оценка определя, че целия медицински персонал притежава необходимата квалификация за работа в изключително специфичното и изискващо висок професионализъм онкологично направление. Тъй като „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, освен диагностика обслужва и хирургично болни, персоналет работи в ситуации на спешност и притежава хирургични и реанимационни умения. За постигане на максимална ефективност на лечебния процес обаче е необходимо и активното участие на болния.

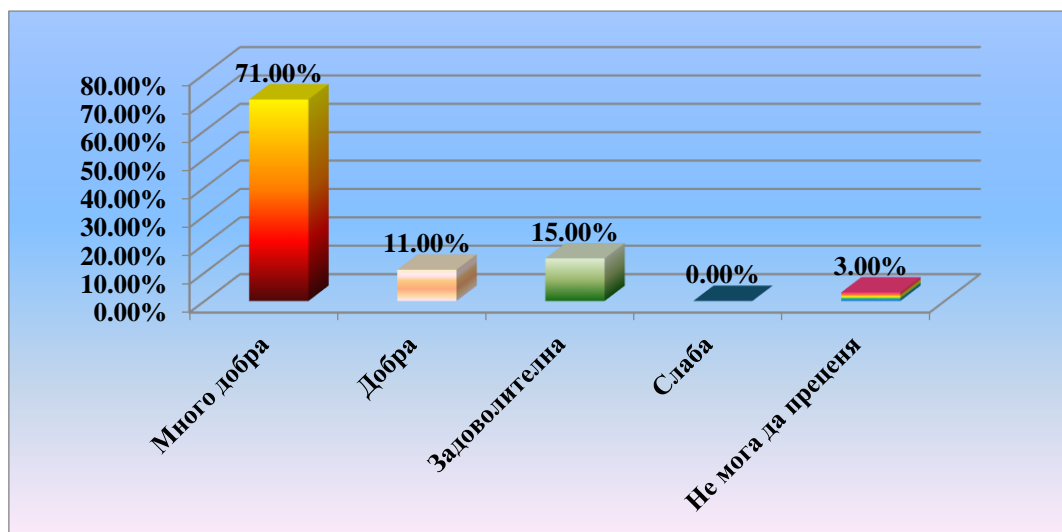
В следствие на така посочените до тук отговори преобладаващата част от пациентите – 47 или почти 76% нямат забележки към персонала на „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София. Тези имащи забележки са 3-ма души (5%), а тези които не могат да преценят са 12 души – 19%.

Оценката, която правят анкетираните пациенти на „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, по отношение на своето лечение се изразява в следните отговори:

Таблица 7. Обща оценка на пациенти по отношение на тяхното лечение

	Пациенти, брой	Пациенти, в %
Много добра	44	71.00%
Добра	7	11.00%
Задоволителна	9	15.00%
Слаба	-	-
Не мога да преценя	2	3.00%
Общо:	62	100.00%

Така формираната оценка е естествен резултат, следвайки отговорите и на предходните въпроси по отношение на удовлетвореността на пациентите.



Фигура 5. Обща оценка на пациенти по отношение на тяхното лечение

Както установяваме няма пациенти на „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, посочващи слаба оценка. Задоволителна е оценката на 15% от анкетираните, което не е висок процент, но е сигнал за наличие на пропуски в предоставяното медицинско обслужване. Само 2-ма от пациентите не могат да преценят. Добра оценка са посочили 11%, а много добра 71%. Това от своя страна означава, че в изследваното от нас лечебно заведение удовлетвореността на пациентите зависи изключително много от предоставянето на възможност самия пациент да участва в процеса на вземане на решения, отнасящи се до неговото здраве и лечение. Естествено финалната преценка за провеждането на дадена терапия е на лекуващия лекар, но ако той е

обсъдил подробно със своя пациент всички детайли по нея и е създал впечатлението, че крайното решение е общо, то положителните нагласи на пациента са значително високи.

В посока „Мнения, препоръки и предложения“ вижданията на пациентите са по отношение на времето за посещение на близки и в посока наличието и осигуряване на разнообразие на културните занимания.

Към момента на пациентите в болницата се осигурява свиждане 3 пъти в седмицата, поради опасността от пренасяне на инфекции, които могат да доведат до усложнения. Предложенията от тяхна страна са в посока осигуряване на възможности за всекидневно свиждане. Причината за това се състои във факта, че присъствието на близки на болния го подкрепя психологически и му внушава увереност в изхода от лечението.

От културните занимания в момента е осигурено 100% гледане на кабелна телевизия чрез наличието на разположение на болните на фонокарта. Като предложение 50% от пациентите посочват необходимостта от наличието на библиотечен кът в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, с ежедневници, списания и художествена литература.

Добрата квалификация на медицинските екипи, доброто оборудване, добрите резултати, доброто отношение към пациентите създават доброто име на едно лечебно заведение. По отношение на „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, това важи с пълна сила, тъй като неговото ръководство винаги търси баланс между изграждането на корпоративния имидж и персоналия имидж на отделните специалисти. Това от своя страна води и до поддържане на по-високо от средното ниво на удовлетвореност на неговите пациенти, които приемат, че щом се лекуват в болница с добър авторитет, по презумпция са попаднали на добро място.

4. Заключение

Проблемът за качеството на медицинската помощ е особено актуален през последните няколко десетилетия. Проблемът за удовлетвореността на пациента, като фактор за качеството на медицинската помощ е важен, тъй като при наличието на пазарни условия в здравеопазването пациентът е необходимо да се разглежда не само като страдащ човек, който се нуждае от диагностика, терапия и възстановяване, а като потребител на комплексна качествена здравна услуга, която включва не само медицинските грижи, но и съпътстващите ги персонално отношение на медицинския и административния персонал, административни услуги и немедицинско обслужване. Резултатите от проучване удовлетвореността на пациентите в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, показват следните изводи:

1. Липса на трудности по отношение на постъпването им в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София.

2. Удовлетвореност по отношение на информацията получена в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, за тяхното предстоящо оперативно лечение – 78%.

3. Удовлетвореност във висока степен – 71% по отношение на получената информация за необходимите изследвания.

4. Наличието на едно много добро качество на предлаганата от „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, медицинска помощ – 82% от пациентите са доволни от отношението на лекарите и 79% от отношението на медицинските сестри. Това е индикатор за професионализма на лекаря и медицинската сестра в лечебното заведение и се основава на техните лични качества. Те притежават компетентност, висока култура на общуване с болния, зачитат неговата личност, проявяват разбиране, емпатия и отговорност.

5. Същевременно *доволните от професионалните компетенции и умения на медицинския персонал* са 97% от пациентите, като недоволни няма, а двама от тях не могат да преценят. Това е отлична оценка за качеството и ефективността на работата по повод оказване на медицинска помощ на болните с онкологични заболявания от страна на „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София.

6. Лечебното заведение според удовлетвореността на пациентите успява да осъществява съвременна качествена диагностика за ранно откриване на раковите заболявания при прилагане на съвременни технологии за болнично лечение.

Налице е комбинация между удовлетвореността на пациентите от съвременна качествена диагностика и предоставянето на качествени битови условия, общи и специфични сестрински грижи за пациентите по време на болничното им лечение. В резултат на това има постигане на устойчиво развитие на инфраструктурата, апаратната и инструментална екипировка, човешките и финансови ресурси.

Единствените отправени препоръки от пациентите са:

- за по-голямо разнообразие в посока културни занимания и създаването на библиотечен кът в „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, с ежедневници, списания и художествена литература;
- режима за свиждане с близките – осигуряване на възможности за всекидневно свиждане.

През последните малко повече от две десетилетия здравната реформа в България преминава продължителен, сложен и повлиян от редица вътрешни и външни фактори път на развитие. Извършени са редица необходими промени, поставени са основите за изграждане на принципно нова здравна система, но основни проблеми като качеството на медицинската помощ все още не е решен напълно.

Оценката на качеството на медицинската помощ, предоставяна от „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда Болница“ – София, е висока, използвайки удовлетвореността на пациентите като критерий за нейното качество. Това не

означава, че няма върху какво да се работи в тази посока от страна на мениджмънта на здравното заведение. Напротив работата тепърва предстои, тъй като особеностите на изискванията към качеството в здравеопазването се отличават от тези в другите области на живот, поради спецификата на медицинската дейност, повишената изисквателност на гражданите. Целта е качеството да се управлява по начин, който да създава възможност за неговото непрекъснато усъвършенстване.

Използвана литература

1. Борисов, В. Здравен мениджмънт. (2009). Новата азбука на здравния мениджмънт. София.
2. Веков, Т. (2011). Стратегия и управление на маркетинга – принципи и приложение в здравеопазването. София.
3. Веков Т. (2008). Удовлетвореност на пациенти и лекари от здравната реформа и препоръки за нейното управление. Медицински мениджмънт и здравна политика, 39(2), с. 19 – 26.
4. Грънчарова, Г. (2012). Социална медицина. Плевен, Издателски център – МУ.
5. Димова, Р. (2021). Медицинска квалитология. Пловдив – МУ.
6. Димова, Р. (2011). Измерване и оценяване на качеството на медицинската помощ, изд. Лакс Бук.
7. Димова, Р. (2021). Медицинска квалитология. Пловдив – МУ.
8. Иванов, Г. (2016). Качество на медицинската помощ – същност, съдържание, определяне, осигуряване, управление. Пловдив – МУ.
9. Комитов, Гл., Генов, Стр. (2010). Клиничните пътеки в българското здравеопазване – очаквания и реалности. Медицински меридиани, 1, с. 18 – 24.
10. Лалев, Н. (2009). Маркетинговата култура като управленски проблем на болницата. Автореферат.
11. Минкина. Ив. (2001). Маркетингът като управленски подход в здравното обслужване. – Здравен мениджмънт, 1, с. 41 – 45.
12. Николова, В. (2022). Система от показатели за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България. Дисертационен труд Варна – МУ Д-р Параскев Стоянов.
13. Петрова, Зл. (2010). Медицинският одит – между традицията и иновацията. Медицински меридиани.
14. Петрова, Зл., Чамов, К., Гладилов, Ст. (2008). Качество в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции. София – МУ.
15. Петрова, Зл., Генов, Стр., Петрова, Е. (2019). Съвременни насоки в управлението на здравната система. ПИКС ООД.
16. Радев, Ем., Славчев, С. Мениджмънт, дефиниращ качеството на здравните услуги, 45. Научно-технологична сесия Контакт 2020, изд. Темто, с. 127 – 132.

17. Славчев, С., Борисова, Б. (2015). Нерешени методологични проблеми в мениджмънта на качеството в здравеопазването. ЦМБ – Медицински мениджмънт и здравна политика, 4, с. 40 – 49.
18. Христов, Г. (2008). Клинични ли са „клиничните пътеки“ в България? – Здравен мениджмънт, 1, с. 61 – 67.
19. Шопов, Д., Стоева, Т. (2019). Мнението на пациента – индикатор за качество на обслужване. Български медицински журнал, XIII, № 1, с. 25 – 26.
20. Чобаянова, И., А. Димова. (2004). Управление на качеството в здравеопазването. Стено.
21. Martinez-Fuentes C. (1999). Measuring hospital service quality: A methodological study. *Managing Service Quality: An International Journal*, 9(4).
22. Upadhyai, R., Jain, A., Roy, H. (2019). A Review of Healthcare Service Quality Dimensions and their Measurement. *Journal of Health Management*, p. 34 – 47.
23. Закон за здравното осигуряване, обн., ДВ, бр. 70 от 19 юни 1998 г., изм. и доп., ДВ, бр. 32 от 26 април 2022 г., изм., ДВ, бр. 62 от 5 август 2022 г.
24. Закон за здравето. Държавен вестник (официално издание на Народното събрание), бр. 70 от 10.08.2004, в сила от 01.01.2005, посл. изм., ДВ, бр. 18/27.02.2018.
25. Закон за лечебните заведения, обн., ДВ, бр. 62 от 9 юли 1999 г., изм. и доп., ДВ, бр. 32 от 26 април 2022 г., изм., ДВ, бр. 104 от 30 декември 2022 г.
26. „Здраве 2020“ – Европейска рамка за политики и стратегия за 21. век.
27. Национална здравна стратегия 2014 – 2020 г., приета с решение на Министерски съвет на Република България на 21.09.2013 г., актуализирана 2015 г.
28. Наредба № 18 от 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения, в сила от 16.07.2005 г., изм., ДВ, бр. 10/11.02.2011 г., изм. и доп., ДВ, бр. 57 от 27 юли 2012 г.
29. Наредба № 8 от 2019 г. за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти, обн., ДВ, бр. 91 от 2019 г., изм. и доп., ДВ, бр. 70 от 24 август 2021 г.
30. Устройство правилник на Изпълнителна агенция Медицински надзор, www.iamn.bg.

Научен ръководител: доц. д-р Александър Вълков
Рецензент: гл.ас. д-р Виолета Тончева-Златкова

СЪСТОЯНИЕ НА ОНКОЛОГИЧНАТА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ – ПЕРСПЕКТИВИ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА

Таня Клисурска

Магистър по „Здравен мениджмънт“
tklisurska_2367007@unwe.bg

Резюме: Онкологичната помощ е от изключителна важност за съвременното здравеопазване, тъй като онкологичните заболявания представляват сериозен здравен и социален проблем в световен мащаб. Ракът е вторият по важност фактор за смъртност след сърдечно-съдовите заболявания и засяга милиони хора всяка година. Лечението на рак изисква мултидисциплинарен подход, който включва диагностика, лечение, психологическа подкрепа и палиативни грижи.

Крайната цел на настоящата работа е да даде обективна оценка на състоянието на онкологичната помощ в България и да предложи възможни насоки за усъвършенстването ѝ, като основен фокус бъде поставен върху гледната точка на пациента и неговия достъп до навременна и качествена медицинска помощ.

Настоящият текст представя трета и четвърта глава на магистърската теза.

Ключови думи: онкологични заболявания, достъп, ресурсна обезпеченост на здравната система

STATE OF CANCER CARE IN BULGARIA – PERSPECTIVES AND CHALLENGES

Tanya Klisurska

Masters student, Department „Public Administration“, UNWE

Summary: Cancer care is of utmost importance for modern healthcare, as cancer is a serious health and social problem worldwide. Cancer is the second leading cause of death after cardiovascular disease and affects millions of people every year. Cancer treatment requires a multidisciplinary approach that includes diagnosis, treatment, psychological support and palliative care.

The ultimate aim of this work is to provide an objective assessment of the state of cancer care in Bulgaria and to suggest possible directions for its improvement, with a primary focus on the patient's perspective and his/her access to timely and quality medical care.

This text presents the third and fourth chapters of the master thesis.

Keywords: cancer, access, health system resourcing

1. Предизвикателства пред онкологичната помощ в България

Пред системата на здравеопазване в България има няколко важни предизвикателства, а именно: влошено здраве, ограничен достъп, ниска степен на финансиране и значителни слабости в ефективността на използване на ресурсите. Същевременно тя е силно бюрократизирана, което не позволява вземане на бързи и своевременни решения и по този начин се нарушава нейната гъвкавост и ефективност. В „Здравен профил на България 2021 г.“¹ е констатирано следното по отношение на:

1) *Системата на здравеопазване*: разходите за здравеопазване са се увеличили значително, но тяхното равнище продължава да е сред най-ниските в ЕС; директните плащания от пациентите са най-високите в ЕС; по-голямата част от разходите за здравеопазване са за лекарствени продукти и болнична помощ; около 38% от разходите за здравеопазване са за лекарствени продукти и медицински изделия; около 15% от населението са здравно неосигурени; малко ресурси са предназначени за дългосрочни грижи; броят на медицинските сестри и общопрактикуващите лекари в България е малък; системата на здравеопазване е в голяма степен ориентирана към болничната помощ;

2) *Функциониране на системата на здравеопазване*

2.1) *Ефикасност*: предотвратимата смъртност бавно намалява; политиките за профилактика и промоция на здравето имат ограничено въздействие; инфекциозните заболявания продължават да бъдат сериозно предизвикателство; ниските равнища на преживяемост от онкологични заболявания будят безпокойство – петгодишните коефициенти на преживяемост от онкологични заболявания са по-ниски, отколкото в повечето държави от ЕС (петгодишната преживяемост при рака на дебелото черво е сред най-ниските сред всички държави от ЕС); равнищата на скрининга остават ниски въпреки наличието на национални програми; напредъкът към по-ефективни и по-качествени грижи е бавен

2.2) *Достъпност*: заявените неудовлетворени потребности от медицинска помощ в страната продължават да намаляват; продължават да съществуват разлики в покритието със социалното здравно осигуряване; финансовата достъпност продължава да се влошава, особено по отношение на лекарствените продукти – България е с най-високите разходи за директни плащания от пациентите в ЕС, а домакинствата с ниски доходи са засегнати в по-висока степен от разходите във връзка със здравословни проблеми; защитните механизми не са достатъчни, за да се намали тежестта на доплащанията; недостигът на ОПЛ възпрепятства осигуряването на първична медицинска помощ –

¹ Съставен от съвместната работа на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и European Observatory on Health Systems and Policies в сътрудничество с Европейската комисия.

регионалното разпределение на лекарите е силно деформирано в полза на по-богатите райони; лекарите са концентрирани в райони с медицински университети и болници;

2.3) *Устойчивост*: разходите за здравеопазване са нараснали по-бързо, отколкото в други държави – членки на ЕС, публичните разходи за здравеопазване като цяло изпреварват ръста на БВП от 2008 г. насам; разчитането в прекомерна степен на частните разходи и намаляването на населението в трудоспособна възраст ограничават финансирането на системата на здравеопазване; болничната помощ продължава да нараства – увеличението на броя на болничните легла е обусловено главно от разрастването на частния сектор; публичните болници страдат от хроничен дефицит; България въведе оценка на здравните технологии (ОЗТ) за целите на реимбурсирането на лекарствените продукти; Национална здравна карта би могла да служи за планирането на работната сила в здравеопазването; управлението на системата е организирано чрез национални стратегии, но прилагането им е бавно.

Основните предизвикателства пред онкологичната помощ в България могат да се обобщят така:

1.1. Финансиране

Мениджмънтът на финансовите ресурси в здравеопазването касае техните източници и целевото им регулиране. Финансирането на здравеопазването в България се основава на два източника: публични средства, включващи финансиране от държавния и общинските бюджети, както и от социалното здравно осигуряване (НЗОК); частни финансови ресурси от директни плащания от физически и юридически лица, здравни осигуровки (частни и доброволни), дарения и други (кредитиране и др.).

Реформата в здравната система, определя НЗОК като единственият платец на здравни услуги в България. В следствие от това се появява недостига в обема на платените от касата услуги, ограничения достъп при общопрактикуващите лекари, недостатъчният обем платени изследвания, ограничения брой направления за специализирани прегледи и пр. За да може НЗОК да покрива повече медицински дейности и така да се намалят доплащанията от страна на пациентите, е необходимо или да се увеличат приходите в НЗОК, или да се засили контрола върху изпълнителите на здравни услуги.

Друг важен елемент е увеличаването на ефективността чрез постигане на по-добри здравни резултати с по-ниски разходи. Към момента здравните заведения в България са търговски дружества, а общопрактикуващите лекари – еднолични търговци. Те се издържат чрез клиничните пътеки, които им се заплащат от НЗОК за всеки индивидуален случай, и такси, които получават от пациентите. Нерядко се изисква и доплащане от страна на пациентите на медицински консумативи и други „екстри“. Търговският статут на икономическите оператори в здравеопазването води от една страна до увеличаване на

доплащанията, а от друга, до опити за източване на НЗОК чрез клиничните пътеки.

Недофинансирането през последните години на цените на клиничните пътеки адекватно на инфлационните индекси и повишените критерии за качество на медицинските услуги затрудни работата на лечебните заведения, особено тези в публичния сектор. Последните, за разлика от тези в частния сектор на здравеопазването, са ограничени по различни причини във възможностите за предоставяне на допълнителни платени медицински услуги, което ги постави в затруднено финансово положение. Освен това въведеното лимитирано бюджетиране спрямо медицинската дейност по клинични пътеки практически ограничава дейността на лечебното заведение като търговско дружество, което води до затруднение (закъснение) в ритмичността на заплащане на извършените дейности.

Относно заплащането на онкологичната дейност, от месец март 2024 г., НЗОК премахна лимитите, но само за някои дейности в онкологията, което продължава да води до затруднения в диагностиката и оперативното лечение на онкологичните пациенти.

От данните, които представихме в първата част на този анализ, е видно, че здравните показатели на България са най-лошите в Европейския съюз. Следва, че настоящата система, превърнала лекарите в търговци и здравните структури в търговски дружества, е неспособна да се справи с целите на една развита социална държава.

1.2. Кадрови предизвикателства

Онкологичната помощ е един от най-динамично развиващите се сектори на здравеопазването, но в същото време е изправена пред значителни кадрови предизвикателства. Недостигът на медицински специалисти, високото ниво на професионално изтощение и необходимостта от непрекъснато обучение са само част от проблемите, които възпрепятстват предоставянето на качествена грижа за пациентите с онкологични заболявания. Тези фактори оказват влияние не само върху качеството на лечението, но и върху цялостната ефективност на здравната система.

Един от най-сериозните кадрови проблеми в онкологичната помощ е недостигът на квалифицирани кадри. Онколозите, радиолозите, хирурзите и медицинските сестри са ключови фигури в лечението на онкологичните заболявания, броят им не отговаря на нарастващите нужди. Основните причини за това са дългият период на обучение, високите изисквания към специалистите и емиграцията на медицински кадри в търсене на по-добри условия на труд.

Работата в онкологията е емоционално и физически натоварваща. Постоянният контакт с тежкоболни пациенти, високата степен на отговорност и необходимостта от вземане на трудни решения допринасят за високото ниво на стрес сред медицинските специалисти. Това често води до професионално

прегаряне (бърнаут), което намалява мотивацията и продуктивността на персонала, а в някои случаи води до напускане на професията.

Кадровите предизвикателства в онкологичната помощ са сериозен проблем, който изисква целенасочени усилия от страна на здравните институции, образователните структури и правителствата. Само чрез съвместни действия и стратегически решения може да се гарантира устойчиво развитие на онкологичната помощ и осигуряване на качествено лечение за всички пациенти.

1.3. Икономически предизвикателства

Икономическата среда е съществена за състоянието на здравеопазването в България. „Ракът води до икономическо бреме за пациентите, здравните системи и страните поради разходите за здравеопазване и загуба на производителност поради заболяемост и преждевременна смъртност. Икономическата тежест на загубата на производителност поради заболяемост и преждевременна смърт от рак е близо 60% от общата икономическа тежест, свързана с рака в страните от Европейския съюз. Цената на рака варира в широки граници в страните от Европейския съюз, отразявайки разликите в размера на населението, възрастовото разпределение, системите за предоставяне на здравни грижи, моделите на заетост и заплатите, както и нивата на заболяемост от рак и смъртност.“¹ Ракът е един от критичните проблеми, причиняващи икономическа и финансова тежест в света днес. Нарастващата честота на рак означава, че бюджетите за здравеопазване на нациите по света са застрашени, като нациите са изправени пред загуба на производителност поради преждевременна смърт и отсъствие от работа. Публичните бюджети за лекарства и медицинско оборудване също са натоварени поради високата цена на лечението. Хората, живеещи с рак, и хората, които се грижат за тях, често понасят двоен удар върху финансите си. Разходите от джоба за текущи и скъпи лечения като операция или химиотерапия и загубените доходи и ползи от отсъствие от работа могат да създадат катастрофална финансова тежест. За мнозина това може да доведе до източване на спестявания, заемане на пари или продажба на активи. Тези, които се борят, често се отказват от посещение при лекар поради разходите за транспорт, намаляване на храната, образование и/или неплащане на сметки.²

1.4. Влияние върху пациента

„В България случаите на катастрофални и водещи до обедняване разходи за здравеопазване са много повече в сравнение с другите страни в Европа. Катастрофалните разходи се дължат почти изцяло на преките плащания за лекарства в извънболничната помощ и се увеличават с течение на времето. Най-

¹ <https://canceratlas.cancer.org/taking-action/economic-burden/>.

² Macmillan Cancer Support. No small change: Time to act on the financial impact of cancer.

силна е концентрацията им сред по-бедните домакинства, по-възрастните хора и живеещите в селските райони. Това отразява значителни пропуски в трите измерения на здравното покритие: обхванато население, покритие на услугите и потребителски плащания (доплащания). Въпреки че през последните години публичните разходи за здравеопазване нарастват, те остават ниски по стандартите на Европейския съюз и изостават спрямо ръста на директните плащания или не се използват за посрещане на неудовлетворени потребности и финансови затруднения.¹ Общите разходи за здравеопазване представляват 8,1% от брутният вътрешен продукт при 9,8% за ЕС. Директните плащания от потребителите в България (48%) са близо 3 пъти по-високи от тези на ЕС (15.8%). По данни на Националния статистически институт през 2023 г. разходите за здравеопазване на домакинствата бележат непрекъснато нарастване – от 924 лв. през 2021 г., 1126 лв. за 2022 г. до 1221 лв. през 2023 г.

1.5. Инфраструктура и оборудване

През последните години на много места в страната се извърши обновяване на апаратурната обезпеченост за диагностика и лечение на онкологични заболявания. Нивото на медицинските технологии, технологичната въоръженост, здравната инфраструктура и интелектуалният потенциал са важна част от макросредата. Бързото развитие на информационно-комуникационните технологии е предпоставка технологиите в медицината също да напредват с много бързи темпове. От медицинска гледна точка това е добре, но от икономическа изисква високи разходи за иновации и изследователска дейност. Поддържането на технологичната актуалност на лечебното заведение изисква високи разходи (финанси). Здравеопазването, в частност и онкологичната помощ, е скъп сектор, в който е невъзможно да се изисква ефективност и качество на диагностиката и лечението без добра технологична въоръженост и здравна инфраструктура.

1.6. Повишена конкуренция

За разлика от частния сектор в националната здравна система, при лечебните заведения с държавна и общинска собственост е затруднено поддържането на апаратурната обезпеченост съответстваща на технологичното развитие на медицината. Освен това сградният фонд на лечебните заведения с публична собственост е амортизиран и със стара, износена вътрешна инфраструктура и съоръжения. Предвид работата в условия на ограничен бюджет, строителните ремонти и технологичното обновяване се извършват спорядично и на парче. Това влияе негативно върху ефективността на лечебния

¹ Димова, Антония. Могат ли хората да си позволят да плащат за здравни услуги? СЗО, Европейски регион.

процес в тях и намалява тяхната конкурентоспособност, като сериозно затруднява дейността им при наличие на силна конкуренция от частния сектор, работещ в областта на онкологията.

1.7. Комплексност в онкологичното лечение

В България липсва комплексност в лечението на пациенти с онкологични заболявания. На фона на ръста на онкоклиниките и средствата за активна терапия, броят на починалите от онкологични заболявания също расте. Средствата и болниците за активно лечение на онкологични заболявания в страната с годините се увеличават, а населението намалява – според НСИ през 2012 г. то е било 7.2. млн., а през 2024 г. – 6.4 млн., т.е. дават се повече средства, а няма качество, комплексна грижа и удовлетвореност на пациентите.

Въпреки въведеното чрез НЗОК изискване към лечебните заведения, които лекуват онкологично болни да планират нуждите и да насочват болните с онкологични заболявания за последващо специфично и друго лечение, координацията между тази обща част на болничната система и специализираната онкологична мрежа не е добра, а пациентите следва сами да търсят възможности за продължаване на своето лечение. Така онкологичната система загуби своята интеграция и комплексност.

1.8. Демографски и епидемиологични тенденции

Социалната и демографска среда в България се характеризира с рязко намаляване на жизнения стандарт на населението, разширяване на бедността, застаряване на населението и високи нива на безработицата. Посочените процеси пряко рефлектират върху сектора на здравеопазването като водят както до увеличен брой пациенти, така и до по-сложни случаи с множество придружаващи заболявания.

В България се наблюдава траен ръст на заболялите с онкологичните заболявания, което поставя допълнителен натиск върху здравната система и определят необходимостта от увеличаване на финансовите ресурси за този отрасъл.

Растящият дял на възрастните хора в България увеличава потребността от дългосрочна грижа, палиативни услуги и мултидисциплинарен подход към лечението.

Преминаващите през стационара болни на повечето държавни болници и в частност през УСБАЛЮ „Проф. Иван Черноемски“ ЕАД са главно със злокачествени или доброкачествени тумори и преканцерози (86%), като голяма част от пациентите са в напреднал стадий на заболяването или инкурабилни. Те не се приемат за лечение в повечето частни лечебни заведения, защото тези пациенти се нуждаят от комплексно лечение и високоспециализирани грижи. Тяхното лечение е значително по-скъпо и трудоемко.

1.9. Макроикономически условия

Икономиката на България бе засегната от разпространението на коронавируса от началото на 2020 г. Тази ситуация предизвика огромно натоварване и върху здравната система, както медицинско, така и финансово. От края на февруари 2022 г. силно влияние върху икономиката на страната започна да оказва и конфликта в Украйна, предвид силната енергоемкост на икономиката и нейната зависимост от вноса на енергоносители от Русия. Допълнително негативно влияние започва да оказват нарушените вериги на доставка.

Не се очаква бързо възстановяване в средносрочен план от влиянието на различните кризи върху социалния и финансово-икономическия аспект на макросредата в България, което ще рефлектира възпиращо и върху размера на средствата, отделяни за здравеопазване. Последствията от тях дефинират несигурност в макроикономическите и социални условия в България.

1.10. Регулаторни и административни ограничения

Напредъкът в диагностицирането и лечението на раковите заболявания води до значително подобрене в преживяемостта и качеството на живот на пациентите. Въпреки това, регулаторните и административните ограничения често създават бариери пред ефективното прилагане на новите методи на лечение и достъпа до иновативни медикаменти.

Регулациите в онкологията целят да осигурят безопасност, ефективност и достъпност на медицинските продукти и услуги. Въпреки това, продължителните процедури по одобрение на нови лекарства и терапии могат да забавят въвеждането им в клиничната практика. Например, одобрението на нови противотуморни медикаменти от регулаторни агенции като Европейската агенция по лекарствата (EMA) или Американската агенция по храните и лекарствата (FDA) може да отнеме години. Това води до забавяне в достъпа на пациентите до потенциално животоспасяващи лечения.

Освен това, регулациите за клиничните изпитвания са изключително стриктни, което е важно за гарантиране на безопасността на пациентите, но също така може да ограничи възможността за участие на повече пациенти в изпитванията. В някои случаи бюрократичните пречки водят до отказ от провеждане на клинични изпитвания в определени региони, ограничавайки достъпа до нови терапии.

Административните процеси, свързани с онкологичното лечение, също представляват сериозно предизвикателство. Липсата на координация между различните административни институции също може да доведе до ненужни забавяния. Например, взаимодействието между болници, здравноосигурителната институция и фармацевтични компании често е тромаво и изисква продължителна комуникация и одобрение на различни нива, което забавя процеса на диагностика и лечение.

Заплащането на база клинични пътеки ограничава възможностите за персонализиран подход в лечението и не винаги отразява нуждите на онкологичните пациенти. Тя не отчита качеството на извършена дейност, а бройка дейности, като така се стимулират лесните кратки практики и празните и бързите обороти на системата.

1.11. Проблеми в палиативната грижа

Палиативната грижа е критично важна за онкологичните пациенти в напреднал стадий на заболяването. Палиативната грижа не получава адекватно финансиране, което оставя пациентите и техните семейства без нужната подкрепа в най-трудните моменти. Финансовият дефицит води до липса на капацитет за обслужване, ограничен брой легла и персонал.

Липсва координация на болниците с други институции. Това сътрудничеството е недостатъчно развито, което води до пропуски в лечението на пациенти, които не могат да останат в болнична среда.

2. Перспективи за развитие

Както показва анализа по-горе, онкологичните заболявания са сред водещите причини за заболяемост и смъртност в световен мащаб, а България не прави изключение от тази тенденция. Развитието на онкологичната помощ у нас се изправя пред редица предизвикателства, но и предоставя възможности за подобрене чрез инвестиции в иновации, модернизация на медицинската инфраструктура и усъвършенстване на диагностиката и лечението.

Сред основните проблеми на онкологичната помощ в България се открояват недостатъчният брой специалисти, липсата на равномерен достъп до качествена диагностика и лечение, както и забавянето при прилагането на съвременни терапевтични методи. Ограниченото финансиране на здравната система често води до недостатъчно оборудвани болници, а дългите процедури за одобрение на нови медикаменти забавят достъпа на пациентите до иновативни терапии.

В Националния план за възстановяване и устойчивост се предвиждат следните реформи на сектор „Здравеопазване“: цялостно внедряване на Национална здравно информационна система; създаване на механизми за привличане и задържане на кадри в системата на здравеопазването и професионалната им реализация в определени райони на страната; изграждане на Национална дигитална платформа за медицинска диагностика; създаване на условия и механизми за увеличаване на достъпа до здравна грижа чрез развитие на здравно-социални услуги и развитие на консултирането като промотивно-профилактичен метод за подобряване на общественото здраве; скрининг на социално-значимите заболявания; създаване на механизми за провеждане на съвременно здравно образование в българското училище; достъп до здравна

грижа чрез създаване на условия за развитие на здравно-социални услуги, развитие на консултирането като промотивно-профилактичен метод и разширяване на обхвата на скрининговите програми за ранна диагностика на социално-значими заболявания, с цел подобряване на общественото здраве.

Като перспективи за развитие на онкологичната помощ в България могат да се определят:

2.1. Реформа на финансирането

Реформите във финансирането на онкологичната помощ в България са от съществено значение за подобряване на здравните услуги и осигуряване на достъп до ефективно лечение за всички пациенти. От решаващо значение на здравната реформа като цяло, и в частност за онкологичната мрежа е повишаване на ефективността ѝ, т.е. да се повиши стойността на отношението „резултат – ресурс“.

Необходимо е преговаряне на цените на клиничните пътеки, с цел отразяване на реалните разходи за лечение и грижи, и така да се намали доплащането от страна на пациента.

Въвеждане на стандарти за качество при финансирането като брой проведени процедури в процеса на лечение, оценка на риска и регистър на усложненията, или регистрация и анализ на разминаването с препоръчителните стандарти.

Въвеждане на критерии за качество, тяхното проследяване, оценка и подобрене.

Включване на пациентски и професионални организации в процеса на договаряне на нов рамков договор.

Повишаването на средствата, ускоряването на процедурите и по-доброто управление на ресурсите ще допринесат за по-качествена грижа и по-добри резултати в борбата с онкологичните заболявания. Само чрез целенасочени и устойчиви промени България може да се доближи до европейските стандарти в онкологичната помощ.

2.2. Развитие на човешкия капитал

Човешките ресурси са от съществено значение за правилното и ефективно функциониране на здравната система. С цел преодоляване на наличния териториален дисбаланс и застаряването на медицинските специалисти, реформите трябва да бъдат насочени към създаване на стимули за работа и задържане на обучените кадри в страната.

Създаване на условия за увеличаване броя на приеманите студенти по медицински професии с установен недостиг (основно професията „медицинска сестра“) и подпомагане на следдипломното обучение за придобиване на специалност в системата на здравеопазването по специалности, при които се отчитат негативни тенденции.

Въвеждане на продължаващо обучение, по време на което специалистът трябва да се развива и обучава постоянно.

2.3. Инвестиции в модерни технологии и иновации

България трябва да насочи усилия към внедряването на съвременни методи за диагностика и лечение, включително молекулярна генетика, имунотерапия и персонализирана медицина. Развитието на телемедицината за консултации и наблюдение на пациенти в отдалечени райони, също може да подобри достъпа до високоспециализирана медицинска помощ.

2.4. Подобряване на превенцията и ранната диагностика

Въвеждането на национални скринингови програми, увеличаване на тяхното финансиране и разширяването на достъпа до профилактични прегледи ще помогне за ранното откриване на злокачествени заболявания, което може да намали разходите за лечение на напреднали стадии на заболяването.

Образователните кампании за повишаване на обществената информираност, увеличаване на осведомеността на населението за рисковите фактори, свързани с онкологичните заболявания, и насърчаване на здравословния начин на живот също могат да играят ключова роля.

Данни сочат, че около 40% от онкологичните заболявания могат да бъдат предотвратени чрез активна превенция. За тази цел българската държава създава: Националната програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България 2007 – 2010, Националният план за действие по околна среда – здраве 2008 – 2013, Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2021 – 2025. Националната програма за първична профилактика на рак на маточната шийка, осигурява публични средства за имунизация срещу РМШ за 12-годишните момичета, но търпи незадоволителен имунизационен обхват.

В допълнение и с оглед поставените цели от Европейския здравен съюз следва да се предприемат своевременни действия за включването на множество програми за превенция по различните рискови фактори, свързани със заболяемостта от онкологични заболявания.

2.5. Разширяване на достъпа до лечение

Необходимо е да се увеличи броят на онкологичните центрове, както и да се осигури равномерен достъп до качествена медицинска грижа в цялата страна. Това включва и улесняване на процедурите за реимбурсация на нови медикаменти и терапии.

Според Националната карта на дългосрочните нужди от здравни грижи „Основната цел на политиката е онкологичните дейности да се организират в

Национална онкологична мрежа, която да комбинира онкологичните центрове с високи постижения в цялата страна и да подкрепя структурите на областно и регионално ниво“.

Във връзка с това необходимо е да бъде подкрепено обособяването на поне един всеобхватен национален онкологичен център, който осигурява широка гама от методи за висококачествена диагностика, лечение и грижи (както медицински, така и немедицински), съобразени с индивидуалните нужди на пациента и покриващи най-малко всички основни видове рак; наличие на достатъчен брой висококвалифицирани специалисти спрямо пациентския поток; високо ниво на инфраструктура, опит и приложение на иновативни подходи; научна, изследователска и медицинска експертиза; утвърдени партньорски взаимоотношения с университетски структури; наличие на образователни програми; технически възможности за управление на голям обем от данни.

Това е в съответствие с целта на Европейската комисия до 2030 г. 90% от пациентите да имат достъп до всеобхватни онкологични центрове чрез създаване на европейска мрежа от такива на територията на Европейския съюз. Трансграничното сътрудничество на центрoвете ще подобри достъпа на българските пациенти до висококачествена диагностика и грижи, и иновативно лечение.¹ Така ще се осигури мултидисциплинарен подход в лечението, чрез създаването на интегрирани екипи от онколози, хирурзи, психолози и социални работници. Така ще се осигури цялостен подход към лечението на пациентите, подобрявайки тяхната преживяемост и качество на живот.

2.6. Разширяване на услугите за чуждестранни пациенти

Друга перспектива за развитие на онкологичната помощ в България е, привличането на пациенти от чужбина чрез предлагане на висококачествени медицински услуги на конкурентни цени. Осигуряване на персонал, който говори чужди езици, и адаптиране на болничните услуги към нуждите на чуждестранните пациенти са стъпките за постигане на тази цел.

Перспективите за развитие на онкологичната помощ в България зависят от съчетаването на иновации, добро управление и стратегически инвестиции. Ако бъдат предприети целенасочени мерки за подобряване на превенцията, диагностицирането и лечението, българската здравна система може значително да подобри грижата за онкоболните и да намали смъртността от онкологични заболявания. Само чрез координирани усилия на държавата, медицинската общност и обществото може да се постигне напредък в борбата с рака.

¹ Националната карта на дългосрочните нужди от здравни грижи.

Заклучение

Инертността на здравната система, несигурността породена от високата степен на нормативна неопределеност в здравеопазването и в развитието на последиците от COVID-19 и конфликта в Украйна, във всички случаи ще продължава да води до нестабилност в дейността на здравните заведения, влошаване на показателите им и затруднение в тяхното управление. На база изложеното до тук, могат да бъдат направени следните изводи:

- Въпреки направените промени в здравноосигурителната система в България, тя не дава желаните резултати насочени към подобряване на здравните показатели на населението.
- Онкологичната мрежа в България е неравномерно разпределена и достъпът на българските граждани до съвременни високотехнологични терапии е затруднен. Липсата на модерно оборудване в някои региони ограничава качеството на диагностичните и терапевтични процедури.
- Малко на брой работещи структури за палиативни грижи.
- Недостиг в страната на специалистите по здравни грижи, в някои области на практикуващи лекари, а също и липсата на млади лекари, специализиращи в онкологията породени то тежките условия на труд и миграцията в чужбина.
- Неблагоприятните демографски процеси и застаряването на населението са едни от важните фактори, които способстват за нарастването на злокачествените новообразувания и определят все по-големите нужди на населението от специализирана онкологична помощ.
- Предвид негативните демографски тенденции и намаляване на населението на страната, ще бъде затруднено увеличаването на броя на преминалите пациенти през лечебните заведения публична собственост, на фона на високия брой лечебни заведения на територията на страната и силната конкуренция от страна на частните болници.
- По експертни мнения, по-ниската заболяемост, в съчетание със средните стойности на преживяемостта при онкологичните заболявания и ниската степен на използване на профилактични и скринингови прегледи показват, че е налице равнище на недостатъчно диагностициране или съществуват проблеми при осигуряването на ефективно лечение.
- Липса на единна актуална и комплексна база данни, която да се използва за целите на планиране, мониторинг, оценка и последващ анализ от всички участници в процеса по онкологични грижи.
- Не достатъчно ефективни програми за превенция, профилактика и скрининг;
- Недостатъчни инвестиции във всички аспекти на онкологията – от науката и образованието до лечението и поддържащите грижи за пациентите.

Използвана литература

1. АППК. Публична информация (government.bg) поддържана от АППК.
2. Димова, А., Могат ли хората да си позволят да плащат за здравни услуги? СЗО, Европейски регион.
3. Бърдаров, Г., Н. Илиева. Хоризонт 2030: Демографски тенденции в България.
4. Европейска комисия. Доклад за България за 2022 г.
5. Евростат.
6. Здравеопазване. Кратък статистически справочник 2024 г. Министерство на здравеопазването, Национален център по обществено здраве и анализи. С., 2024.
7. Индекс на болниците, съвместна инициатива на „Галъп интернешънъл“ и специализирания сайт clinica.bg
8. Йорданова, Е., Л. Петкова, Ч. Беязов, К. Дикова, Р. Янева. (2024). Здравеопазване. София.
9. Консолидиран доклад за дейността през 2023 г. на УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“ ЕАД.
10. Кратък преглед на достъпа и ефективността на здравеопазването. Как работи здравната система на България за пациента, април, 2022 г. Институт за пазарна икономика www.ime.bg
11. Министерство на финансите. Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции. Отдел „Микроикономически анализи, дирекция „Бюджет“.
12. Национален план за борба с рака в Република България 2027 г.
13. Национален статистически институт.
14. Национална здравна стратегия 2030, <https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1604>
15. Национална здравноосигурителна каса.
16. Национална карта на дългосрочните нужди от здравни услуги, <https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1592>
17. НЦОЗА. Бюлетин 21 Регистрирани заболявания и умирения от злокачествени новообразовани в Република България, 2005 – 2020 г.
18. НЦОЗА. Здравеопазване. Кратък статистически справочник, 2024.
19. Организация за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР).
20. Пенкова, Д. Публични разходи за здравеопазване в България и Европейския съюз https://bulgaria.fes.de/fileadmin/user_upload/documents/publications/Publiclni_razhodi_za_zdraveopazvane_v_Bulgaria_i_v_ES_WEB_BG.pdf
21. Портал за обществени консултации.
22. Черноземски, И., Р. Балански, З. Валерианова. (2012). Създаване и развитие на онкологичната помощ в България. Том I. Национална онкологична болница СБАЛО-ЕАД. София, с. 288.
23. ECIS – European Cancer Information System.

24. European Cancer Inequalities Registry. България. Профили на държавите по отношение на рака 2023.
25. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.
26. <https://canceratlas.cancer.org/taking-action/economic-burden/>.
27. https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/reports/result.jsf?x_2=83
28. https://ncpha.government.bg/uploads/statistics/annual/health_E_1.pdf
29. <https://reports.appk.government.bg/public/Public/ReportsView/6821>
30. <https://www.mh.government.bg/bg/politiki/standart-za-finansovo-upravlenie-na-drzhavnite-lechebni-zavedeni/>
31. https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/HealthEstabl2023_V8G3XCQ.pdf
32. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
33. Macmillan Cancer Support. No small change: Time to act on the financial impact of cancer.
34. State of Health in the EU. България – Здравен профил на страната 2021.
35. State of Health in the EU. България – Здравен профил на страната 2023.

Научен ръководител: гл.ас. д-р Владимир Вълков
Рецензент: доц. д-р Александър Вълков

РАЗВИТИЕ НА ПАЛИАТИВНИТЕ ГРИЖИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО БЛАГОСЪСТОЯНИЕ В БЪЛГАРИЯ

Мила Проданова

Магистър по „Здравен мениджмънт“
mprodanova_2367063@unwe.bg

***Резюме:** В специализираната литература палиативните грижи се разглеждат като професионални грижи, които се фокусират върху облекчаване на страданията на индивидите, когато няма изгледи за излекуване или в края на живота на човека. Основната им цел е да се осигури комфорт, като се фокусират върху управлението на симптомите и облекчаване на болката, както и върху психосоциални и духовни грижи. Целта на магистърската теза е свързана с необходимостта от развитието на палиативните грижи за подобряване на благосъстоянието в страната ни.*

Настоящият текст представя втора глава на магистърската теза.

***Ключови думи:** палиативни грижи, обществено благосъстояние*

DEVELOPMENT OF PALLIATIVE CARE TO IMPROVE PUBLIC WELFARE IN BULGARIA

Mila Prodanova

Masters student, Department „Public Administration“, UNWE

***Summary:** In the specialist literature, palliative care is seen as professional care that focuses on relieving the suffering of individuals when there is no prospect of cure or at the end of a person's life. Their primary goal is to provide comfort by focusing on symptom management and pain relief, as well as psychosocial and spiritual care. The aim of the master's thesis is related to the need for the development of palliative care to improve well-being in our country.*

This text presents chapter two of the master thesis.

***Keywords:** palliative care, public welfare*

1. Състояние на палиативните грижи в България: законодателна и политическа рамка

В Закона за здравето се съдържат основните нормативни разпоредби, които рамкират неизчерпателно въпроса за това при какви условия и за кои пациенти следва да се предостави палиативната грижа:

Чл. 95. (1) При нелечими заболявания с неблагоприятна прогноза пациентът има право на палиативни медицински грижи.

(2) Цел на палиативните медицински грижи е поддържане качеството на живот чрез намаляване или премахване на някои непосредствени прояви на болестта, както и на неблагоприятните психологични и социални ефекти, свързани с нея.

Категорично може да се направи изводът, че нормативната формулировка на чл. 95 от Закона за здравето определя най-общо кръга на субекти, за които е приложима палиативната грижа, като изброява най-общо целите, които следва да се постигнат за облекчаване на състоянието на пациента. Но по съдържание не посочва изчерпателно по какъв начин ще гарантира на терминално болния пациент достъпът до тази грижа с оглед на социалния му и здравен статус. Фокусът на нормативната формулировка е трайно облекчаване на болките и страданията. Предвидена е социална и психологическа подкрепа за терминално болния пациент, без да са посочени възможностите за оказване на същите и без да са определени критериите, по които да се определи обемът на подкрепа, нужен за облекчаване състоянието на пациента. Подобна обща формулировка създава неблагоприятни предпоставки за невъзможност да се направи една предварителна оценка от медицинските специалисти по отношение на формата, начина и количеството на указаната палиативна грижа.

В чл. 96 от Закона за здравето е разписано също, че:

(1) Палиативните медицински грижи включват:

1. Медицинско наблюдение.

2. Здравни грижи, насочени към обгрижване на пациента, премахване на болката и психоемоционалните ефекти на болестта.

3. Морална подкрепа на пациента и неговите близки.

(2) Палиативни медицински грижи се оказват от личния лекар, от лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ и от хосписи.

(3) Изискванията за оказване на палиативни медицински грижи се определят с наредба на министъра на здравеопазването.

Нарочна наредба, свързана с определяне на изискванията за предоставяне на палиативна грижа, по реда на чл. 96, ал. 3 от Закона за здравето не е издадена от Министъра на здравеопазването и до настоящия момент. Законът за здравето е приет в настоящия си вид през 2004 г., като до момента е претърпял редица изменения. Наредбата за определяне на изискванията за оказване на палиативни грижи не е издадена от министъра и след 19 години. Следва да се има предвид, че става дума за нелечимо болни пациенти, чиято продължителност на живот трудно би могла да бъде определена. Трудно би могло да се предвиди и в пълен обем настъпилите усложнения, водещи до болки и страдания за терминално болния. Подобна „нормативна празнина“ поставя в пряка зависимост оперативната самостоятелност за взимане на решения от медицинските специалисти за облекчаване на страданията на пациента въз основа на

съществуващите нормативни възможности, разписани в различни наредби. Поставянето на медицинските специалисти в подобна зависимост в не редки случаи би довело до предпоставки за възникване на медицински деликти.

В Закона за лечебните заведения, чл. 27 е формулирано определение за организационната форма и предмета на действие на „дом за медико-социални грижи за пълнолетни лица е лечебно заведение, в което медицински и други специалисти осъществяват продължително медицинско наблюдение и специфични грижи за лица над 18-годишна възраст от различни възрастови групи с хронични заболявания, специфични грижи по домовете на лица с хронични инвалидизиращи заболявания и медикосоциални проблеми“. Следва да отбележим, че тази форма по своя предмет на дейност е най-близка до хосписите, като вид лечебни заведения.

В чл. 28 от Закона за лечебните заведения е разписано, че:

Хосписът е лечебно заведение, когато в него медицински и други специалисти осъществяват палиативни грижи за терминално болни пациенти. Хосписите – лечебни заведения, могат да предоставят социални услуги при условията и по реда на Закона за социалните услуги.

По своята същност хосписите подлежат на регистрационен режим и следва да отговарят на предвидените административно-правни условия за дейност (персонал, оборудване и други).

- ✓ Наредба № 6/07.06.2018 г. за утвърждаване на медицински стандарт по „Медицинска онкология“ – в точка 6.1.8 от наредбата е посочено, че „пациентите имат право на палиативни грижи при неблагоприятна еволюция на болестта“.
- ✓ Наредба № 49/18.10.2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешния ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи – в чл. 17б е посочено, че в „лечебните заведения за болнична помощ могат да се разкриват и клиники/отделения, в които се оказват палиативни грижи с определени за целта не по-малко от 5 легла“. Дефиниция се съдържа и в допълнителните разпоредби на наредбата в т. 11 – „легло за палиативни грижи е болнично легло за осъществяване на палиативни грижи за пациенти с онкологични и неонкологични заболявания в терминален стадий“.
- ✓ Наредба № 19/22.07.1999 г. за водене на регистър на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите – наредбата е издадена на основание чл. 41, ал. 2 от Закона за лечебните заведения. Включва конкретно посочване на лечебните заведения за извънболнична помощ, които се вписват в регистър, условията за регистрация, както и заличаване на регистрации.
- ✓ Национален рамков договор 2022 г.
- ✓ Методично указание № 3 от 29.03.2000 г. за устройството и дейността на лечебното заведение хоспис, утвърдени от Министъра на здравеопазването.

Палиативните грижи в България са заложи в една основна клинична пътека – това е пътека 253 – Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания. По данни, изготвени от НЗОК, по нея през 2021 г. са преминали 1628 пациенти, а година по-рано – 1754. На фона на огромния брой онкоболни в България, част от които в терминален стадий, тази пътека предлага палиативни грижи с болничен престой **общо 20 дни в рамките на 6 месеца на онкологичното заболяване.**

По данни на касата още **4 други пътеки** предлагат палиативни грижи като част от обгрижването по други диагнози, сред които продължително лечение на исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт, на инфаркт на миокарда и след сърдечни интервенции, след оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност с остатъчни проблеми и други. Болничният престой по Каса по всички тези пътеки за една година е в рамките на едва от 7 до 20 дни. Доколко тези данни покриват реалния брой на нуждаещите се от палиативни грижи български пациенти е спорно.

От направения нормативен преглед се установява липса на нормативна последователност в съществуващата уредба, свързана с предоставянето на палиативните грижи. В редица подзаконовни актове спорадично са поместени текстове, рамкиращи тази форма на грижа, но без изчерпателна формулировка. Липсата на единна уредба провокира предпоставки за нарушения или непълноти при документалната подготовка за регистрация и определяне на правната форма за осъществяване на дейност по предоставяне на палиативна грижа.

Разработени са *Национална стратегия за дългосрочна грижа* (Стратеги-ята), приета с Решение № 2 на Министерския съвет от 07.01.2014 г., валидна до края на 2034 г. и *План за действие 2022 – 2027 г. за изпълнение на националната стратегия за дългосрочна грижа*, приет с Решение № 509 на Министерския съвет от 21 юли 2022 г.

Стратегиата разработена в съответствие с действащото национално законодателство в областта на социалните услуги, здравеопазването, интеграцията на хората с увреждания, защитата от дискриминация. Нейното разработване е в съответствие и със Специфичните препоръки на Съвета на ЕС в тази област, добрите практики на страните – членки на ЕС, както и с редица международни документи, които третираат въпросите, свързани със защитата на човешките права и подобряване на качеството на живот на възрастните хора и хората с увреждания:

- Конвенция на ООН за правата на хората с увреждания и Факултативният протокол към нея.
- Конвенция на ООН срещу насилието и дискриминацията.
- Европейска конвенция за защита на правата на човека и основните свободи;
- Принципи на ООН от 1991 г. за защита на лицата с психични заболявания и подобряване на психиатричната помощ.

- Харта на основните права на ЕС.
- Европейска социална харта.
- Европейска харта на правата и отговорностите на възрастните хора, нуждаещи се от дългосрочни грижи и помощ.
- Европейска харта на предоставящите грижа в семейството.
- Европейска стратегия за хората с увреждания за периода 2010 – 2020 г.;
- Европейска стратегия за здравеопазване.
- Резолюция на Европейския парламент от 9 септември 2010 г. относно дългосрочните грижи за възрастни хора.
- План за действие за хората с увреждания на Съвета на Европа за 2006 – 2015 г.

Планът за действие 2022 – 2027 г. за изпълнение на Стратегията е насочен към създаване на условия за независим и достоен живот на възрастните хора и хората с увреждания чрез предоставянето на качествени, достъпни и устойчиви услуги за дългосрочна грижа, съобразени с индивидуалните нужди на потребителите.

Предпоставка да бъдат приведени в действие планираните мерки за изпълнение на Стратегията и да бъдат направени необходимите промени в законодателната рамка за постигането на адекватност и последователност в нормативната уредба, свързана с предоставянето на палиативни грижи в България, е наличието на стабилна политическа обстановка, законодателна власт и правителство.

От 2021 година насам България преминава през поредица от избори. Политическите сили са немощни и с всеки нов вот доверието в политиките отслабва все повече. Периода се характеризира множество временни правителства или такива с краткосрочен мандат. Процесът на спадащо *доверие* в актуалните политически фигури и субекти е достигнал критичен минимум. Такава политическа атмосфера неминуемо води до криза и в икономиката на страната. Политическата нестабилност, обхванала държавата, сериозно влияе върху всички сфери на обществения и икономически живот, включително и на здравеопазването. Периодът на застои блокира всякакви реформи за сектора. Ако не се постигне политически консенсус за държавно управление, ситуацията в здравния сектор ще стагнира. Необходимо е правителство, което да поеме политическа отговорност за важните решения за българското здравеопазване и да поеме конкретни ангажименти в каква посока да се развива здравеопазването.

2. България спрямо останалите държави – членки на ЕС

Класификациите в световен мащаб са съпоставени в карта на Световната здравна организация (СЗО) за палиативните грижи, за Европейския регион на (2007, 2012 г.) и за Латинска Америка (2012 г.). Класация за развитие на па-

палиативните грижи в Европейския съюз (ЕС) първоначално е изискана от Европейския парламент през 2008 г. и е представена в технически доклад. Данните за класифициране за ниво на палиативните грижи обхващат 27 страни – членки на ЕС, през 2007 г. и 28 страни през 2013 г.

Системата за класиране има три компонента.

Първо, индикаторите за палиативна грижа са конструирани въз основа на три вида услуги: стационарни палиативни единици и стационарни хосписи (PCU), болнични екипи за поддръжка (HST) и екипи за домашни грижи (HCT). Ресурсните показатели се оценяват на милион население за всяка страна.

Второ, жизнеността се дефинира като наличието на измерима критична маса от активисти и професионалисти, участващи в специфични палиативни грижи и насърчаващи ключови цели. Косвено, такава критична маса е с ключовото влияние за увеличаване на развитието на персонални палиативни грижи в бъдеще. Тогава в този контекст и за тази работа жизнеността би била начин за оценка на потенциалното развитие на палиативните грижи. Следователно жизнеността се измерва по отношение на съществуването на национална асоциация за палиативна грижа, указател на палиативните услуги, лекарска акредитация в палиативната медицина, броя на 100 000 души от населението на страната, присъстващи на годишните конгреси на Европейската асоциация за палиативни грижи и количество препратки към научни публикации за разработка на палиативни грижи. Всеки от тези индикатори е наличен и в двете издания (2007 и 2013 г.).

Трето, разработването на палиативни грижи се разбира като комбинация от ресурси и жизненост. Във всяка от тези две области водещата страна по суров резултат се счита за референтен индекс и след това всички държави се класират спрямо нея. Има някои проблеми с липсващи данни между двете издания. Ресурсната област през 2013 г. изключва два показателя, използвани през 2007 г.: съотношението на персоналните легла и съотношението на персоналните лекари на 100 000 жители. По същия начин домейнът на жизнеността за 2013 г. изключва от анализа броя на педиатричните палиативни единици на 100 000 жители.

Публикуваните издания на палиативни грижи в Европа включват общоевропейско кръстосано проучване на 53 държави, които съставляват Европейския регион на СЗО. Данни за присъствието на конгреси на Европейската асоциация за палиативни грижи, по държави, са получени от централния офис на организацията. Общите размери на населението за изграждане на показателите са извлечени от данни на Световната банка.

Изчислението в областта на ресурсите е получено като съотношение на 1 милион население. Точките са дадени на относителната позиция на страната по отношение на останалите 27 или 28 държави (съответно през 2007, 2013 г.). Максималният брой точки е 27 през 2007 г. и 28 през 2013 г., което отразява

най-високото развитие, а минимумът е една точка, отразявайки най-ниското развитие. Индексът на ресурсите е агрегиран чрез изчисляване на трите показателя (PCU, HST, НСТ), което означава максимум 81 през 2007 г. (3 27) и 84 през 2013 г. (3 28) точки. Липсващи данни за HST са докладвани за Холандия и Германия през 2013 г. Резултатът е индекс на ресурсите за палиативни грижи в ЕС (таблица 1).

Таблица 1. Класация на специфичните ресурси за палиативните грижи в Европейската общност през 2007 и 2012 г.

Country	Inpatient PC Units ¹ /1 Million Inhabitants ^{2,3}				Hospital Support Teams ¹ /1 Million Inhabitants				Home Care Teams ¹ /1 Million Inhabitants				Total Points ⁴		Resources Ranking	
	Ratio 2007	Ratio 2013	Points 2007	Points 2013	Ratio 2007	Ratio 2013	Points 2007	Points 2013	Ratio 2007	Ratio 2013	Points 2007	Points 2013	2007	2013	2007	2013
	Resource Index															
Luxembourg	2.0	9.4	18	27	2.0	5.7	22	24	4.0	5.7	25	21	65	72	5	1
United Kingdom	3.7	3.5	26	20	5.1	5.7	25	25	5.9	6.1	27	23	78	68	1	2
Belgium	2.8	4.6	22	24	7.4	10.4	28	28	1.4	2.5	16	14	66	66	4	3
Netherlands	5.4	12.7	28	28	3.1	ND ⁵	24	22 ⁶	0.0	2.6	1	16	53	66	9	3
Austria	3.1	4.4	24	23	1.2	3.4	19	20	2.1	5.8	19	22	62	65	6	5
Sweden	5.0	4.0	27	22	1.1	1.4	18	16	5.6	11.2	26	27	71	65	2	5
Ireland	2.0	2.0	18	10	5.5	8.5	27	27	3.5	7.6	24	25	69	62	3	7
Poland	3.4	3.8	25	21	0.1	0.2	8	12	6.1	8.4	28	26	61	59	7	8
Denmark	1.3	5.0	13	25	1.1	2.3	18	19	0.9	2.3	13	13	44	57	15	9
Germany	2.8	5.2	23	26	0.7	ND ⁵	24	19 ⁶	0.4	2.2	7	12	54	57	14	9
Malta	0.0	2.4	4	13	2.5	3.6	23	22	0.0	3.6	1	17	28	52	21	11
Spain	2.2	2.4	21	14	0.6	1.7	14	17	3.2	4.0	22	18	57	49	8	12
Bulgaria	2.1	3.0	19	18	0.0	1.2	7	15	3.3	2.6	23	15	49	48	11	13
Lithuania	1.8	3.0	15	19	0.3	0.2	12	9	0.9	4.9	12	19	39	47	18	14
Slovenia	2.0	2.9	18	15	1.0	8.3	16	26	1.0	0.5	14	5	48	46	13	15
Hungary	1.1	1.3	9	6	0.4	0.3	13	13	2.8	7.0	21	24	43	43	16	16
Italy	1.6	2.9	14	16	0.0	0.0	7	7	2.4	5.2	20	20	41	43	17	16
France	1.3	1.6	12	8	5.1	5.3	26	23	1.4	1.8	15	10	53	41	9	18
Latvia	2.2	2.9	20	17	0.0	3.4	7	21	0.0	0.0	1	2	28	40	21	19
Portugal	0.4	2.1	5	12	0.1	1.9	11	18	0.3	1.1	6	8	22	38	25	20
Estonia	0.0	0.0	4	2	0.0	0.0	7	7	0.0	11.3	1	28	12	37	27	21
Finland	1.2	1.8	11	9	1.9	0.2	21	10	1.9	2.2	17	11	49	30	11	22
Czech Republic	1.0	1.6	7	7	0.1	0.2	11	11	0.4	0.4	8	4	26	22	23	23
Cyprus	1.0	0.9	8	5	0.0	0.0	7	7	2.0	1.8	18	9	33	21	20	24
Slovakia	1.1	2.0	10	11	0.0	0.0	7	7	0.0	0.0	1	2	18	20	26	25
Romania	0.4	0.8	6	4	0.1	0.1	9	8	0.5	0.7	9	6	24	18	24	26
Croatia	d	0.0	d	2	d	0.0	d	7	d	0.9	d	7	16	d	27	
Greece	0.0	0.1	4	3	1.8	0.0	20	7	0.8	0.1	11	3	35	13	19	28

¹ Missing data for 2007 because Croatia joined the EU 2004.

Източник: Списание „Управление на болката и симптомите“, бр. 3, 2016. Класация на страните в Европейския Съюз по развитие на палиативните грижи / Journal of Pain and Symptoms Management, Issue 3, September 2016, Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union – ScienceDirect

За жизненост два индикатора (национална асоциация за палиативна грижа, указател на палиативната грижа) се оценяват с нула за несъществуване или една точка за съществуване. Палиативна грижа в ЕС (таблица 2).

Таблица 2. Класация на валидността на палиативните грижи в Европейската общност през 2007 и 2012 г.

Country	Physician Accreditation ^{a,b}		Existence of National Association ^c		Percentile Group of Total Assistance to PC Congress ^d		Directory of Services ^e		Valid Scientific Information in the Literature ^f		Total Points % Vitality Index ^g		Vitality Ranking	
	2007	2013	2007	2013	2007	2013	2007	2013	2007	2013	2007	2013	2007	2013
Germany	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	8	8	1	1
United Kingdom	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	8	8	1	1
Belgium	0	1	1	1	2	2	0	1	2	2	5	7	7	3
Denmark	1	2	1	1	2	2	0	1	1	1	5	7	7	3
France	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	8	7	1	3
Hungary	0	2	1	1	1	1	0	1	1	2	3	7	15	3
Ireland	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	6	7	5	3
Italy	0	2	1	1	2	1	1	1	2	2	6	7	5	3
Netherlands	0	1	1	1	2	2	0	1	2	2	5	7	7	3
Romania	2	2	1	1	1	1	0	1	1	2	5	7	7	3
Spain	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	7	7	4	3
Sweden	0	1	1	1	2	2	0	1	1	2	4	7	12	3
Austria	0	1	1	1	1	2	1	1	0	1	3	6	15	13
Czech Republic	1	2	1	1	0	1	0	1	1	1	3	6	15	13
Portugal	0	2	1	1	1	2	0	0	1	1	3	6	15	13
Finland	1	2	1	1	1	1	0	0	1	1	4	5	12	16
Latvia	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	3	5	15	16

^a Data for the individual settings/services were taken from the EAPC Taskforce for Development questionnaire in Europe (Fact Questionnaire, Eurobarometer).

^b Costensu et al.

^c Data from EAPC Head Office.

^d Points are given for each indicator: 10 points for the countries with the highest ratio of an indicator and 1 point for the lowest one. The ratio of the 28 EU Countries is calculated as follows: equal weight for each indicator. The total is the sum of all points and rate the 28 countries over 10 points.

Източник: Списание „Управление на болката и симптомите“, бр. 3, 2016. Класация на страните в Европейския Съюз по развитие на палиативните грижи / Journal of Pain and Symptoms Management, Issue 3, September 2016, Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union – ScienceDirect

Участието в конгресите на ЕАРС и генерирането на научна литература са разделени в три различни диапазона от точки и се дава оценка нула за несъществуване, една за съществуване и две за най-високо развитие на индикатора. За сертифициране на лекари се дават две точки за съществуване, една точка за текущ процес на подготовка и нула точки нито за сертифициране, нито за процес. По петте показателя могат да бъдат постигнати максимум осем точки за резултата „жизненост“. Резултатът е представен в таблица 2.

Класирането на цялостното развитие на палиативните грижи е изчислено от индексите за ресурси и жизненост. Претеглянето на двете е приложено след определянето, че ресурсите (75%) са по-значима мярка за развитие от жизнеността (25%). След това е дадена оценка от 100% точки, където 100% отразява най-високото ниво на развитие на държава от ЕС от комбиниран резултат за ресурси и жизненост. Резултатите са представени в квартали като класация на развитието на персонални палиативни грижи в ЕС 2007, 2013 г. (таблица 3).

По обикновен метод за класиране, използван през 2007 г., при който всяка стойност получава отделен пореден номер, включително тези с равни резултати, подходът е променен за 2013 г. Вместо това е използвана стандартна методология за класиране, при която еднакви стойности получават едно и също число за класиране и оставят равни в класирането.

Таблица 3. Глобална класация за палиативни грижи в Европейския съюз през 2007 и 2013 г.

Country	Resources Index Max 84	Vitality Index Max 8	Overall Development Index ¹ Max 100	Ranking 2007 2007	Ranking 2013 2013
United Kingdom	68	8	86	1	1
Belgium	66	7	81	4	2
Netherlands	66	7	81	10	2
Sweden	65	7	80	3	4
Ireland	62	7	77	2	5
Austria	65	6	77	9	5
Germany	57	8	76	5	7
Denmark	57	7	73	13	8
Luxembourg	72	2	71	11	9
Poland	59	5	68	8	10
Spain	49	7	66	5	11
Italy	43	7	60	13	12
Hungary	43	7	60	17	12
France	41	7	58	7	14
Malta	52	3	56	21	15
Portugal	38	6	53	25	16
Latvia	40	5	51	21	17
Slovenia	46	3	50	15	18
Bulgaria	48	1	46	16	19
Lithuania	47	1	45	18	20
Finland	30	5	42	12	21
Czech Republic	22	6	38	24	22
Romania	18	7	38	20	22
Estonia	37	1	36	27	24
Slovakia	20	3	27	26	25
Cyprus	21	2	25	23	26
Greece	13	4	24	19	27
Croatia	16	2	21	d	28

¹ Data for the individual settings/services were taken from the EAPC Taskforce for Development questionnaire in Europe (Fact Questionnaire, Eurobarometer).

² Figures for the population per million were taken from the World Data Bank (2012).

³ Points are given for each indicator: 28 points for the countries with the highest ratio of an indicator and 1 point for the lowest one. The ratio of the 28 EU Countries is calculated as follows: equal weight for each indicator. The total is the sum of all points and rate the 28 countries over 84 points. Where an indicator is not available, we estimate its points giving the average of the other indicator.

⁴ For Germany, the EAPC Atlas, the data of IIST were unavailable. Following publication of the Atlas, the number was revealed as 90 IIST. That means 6 services less than previous 2005 survey. The 2012 coverage would therefore be 50/410 (12%).

⁵ In case of missing data, the ranks were calculated with an average ranking summing up the ranks of Inpatient PC Units/1 Million inhabitants and Home Care Teams/1 Million inhabitants divided by two.

⁶ Missing data for 2007 because Croatia joined the EU 2004.

Източник: Списание „Управление на болката и симптомите“, бр. 3, 2016. Класация на страните в Европейския Съюз по развитие на палиативните грижи / Journal of Pain and Symptoms Management, Issue 3, September 2016, Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union – ScienceDirect

Има разлики между държавите в тези две области и във времето. Сравнявайки резултатите за ресурсите за 2013 г. с 2007 г., две от трите водещи държави се променят, като само Обединеното кралство остава в челната тройка. Гледайки на топ 10 държави за ресурси през 2013 г. Дания и Германия се качват нагоре, докато Испания и Франция падат с няколко пункта. Само една източноевропейска държава (Полша) и една от Южна Европа (Испания) се намират в топ 10 на страните през двата периода от време (таблица 3). Увеличение на услугите на глава от населението може да се види в почти всички страни. Що се отнася до жизнеността, най-добрите страни през 2007 г. и 2013 г.

са Германия и Обединеното кралство (осем точки). Най-ниско класираните страни са България, Естония и Литва.

Повече от половината държави имат максимален резултат за акредитация на лекар. Естония и Малта са единствените страни без национална асоциация. Участието на страните в конгресите на ЕАРС е равнопоставено между липса на участие и максимално участие. Повечето държави имат направление за палиативна грижа, а някои имат най-високо ниво на съществуване на валидни публикации. През годините не е настъпило пренареждане на първите страни по жизненост. Естония остава на дъното на индекса. Изключителни страни със значително подобрене на жизнеността са Унгария и Швеция. Контрастиращи резултати, с ниска оценка на ресурсите, но висока в областта на жизнеността, са установени за Румъния, Чешката република и Португалия, като обратното се получава за Люксембург, България и Литва.

Обединеното кралство остава начело на класацията през 2013 г. с резултат от 86%. Също така в първия квартал на развитие за 2013 г., в диапазона 81%-76%, са Белгия, Холандия, Швеция, Ирландия, Австрия и Германия, всички, с изключение на една, са от Западна Европа (Полша пада от осмо на десето място). За 2013 г. Дания и Люксембург се присъединяват към топ 10, докато Испания и Франция излизат от топ 10. В най-ниския квартал, в диапазона от 24%-21% на развитие, са Гърция и Хърватия.

Значителни подобрения са постигнати от Малта, Португалия и Холандия. Някои държави имат смесени резултати през периода. Например във Финландия съотношенията на IPCU и НСТ се подобряват, но настъпва спад в броя на НСТ.

В рамките на коефициентите на тежест е поставен значителен акцент върху ресурсите и в рамките на това особено значение се приписва на три вида услуги. Това несъмнено е ключов фактор за докладваните резултати. По-дълбоко вкоренените детерминанти може да са в икономическото положение на всяка страна: разходите на глава от населението за здравеопазване или специфични характеристики на населението.

Публикуван през 2015 г., индексът за качество на смъртта на Economist Intelligence Unit привлича значителен интерес. През 2015 г. индексът оценява 80 държави, като използва 20 количествени и качествени показателя в пет категории, всяка с отделно тегло, както следва:

1. Среда за палиативни и здравни грижи (20%).
2. Човешки ресурси (20%).
3. Достъпност на грижите (20%).
4. Качество на грижите (30%).
5. Ниво на ангажираност на общността (10%).

Този индекс формира основата на класификацията за Глобалната карта на палиативни грижи в края на живота и се използва за информиране при избора на държави за Индекса на качеството на смъртта за 2015 г.

Таблица 4 сравнява относителната позиция на 19-те европейски страни, които са и в двете класификации. Дори и с много различни методи и източници на данни, съвпаденията на двете класации са забележителни: страните на върха и дъното са почти еднакви, а разликите са по-малко от 3 относителни позиции във всички с изключение на четири от 19-те включени държави. Използвани са осем индикатора в две категории: „ресурси за палиативни грижи“ (75%) и „жизненост на движението за палиативни грижи“ (25%).

Таблица 4. Сравнение на глобалната класация за развитие на палиативни грижи по Индекс на Качество на смъртта за някои европейски страни, 2013 г. спрямо 2015 г.

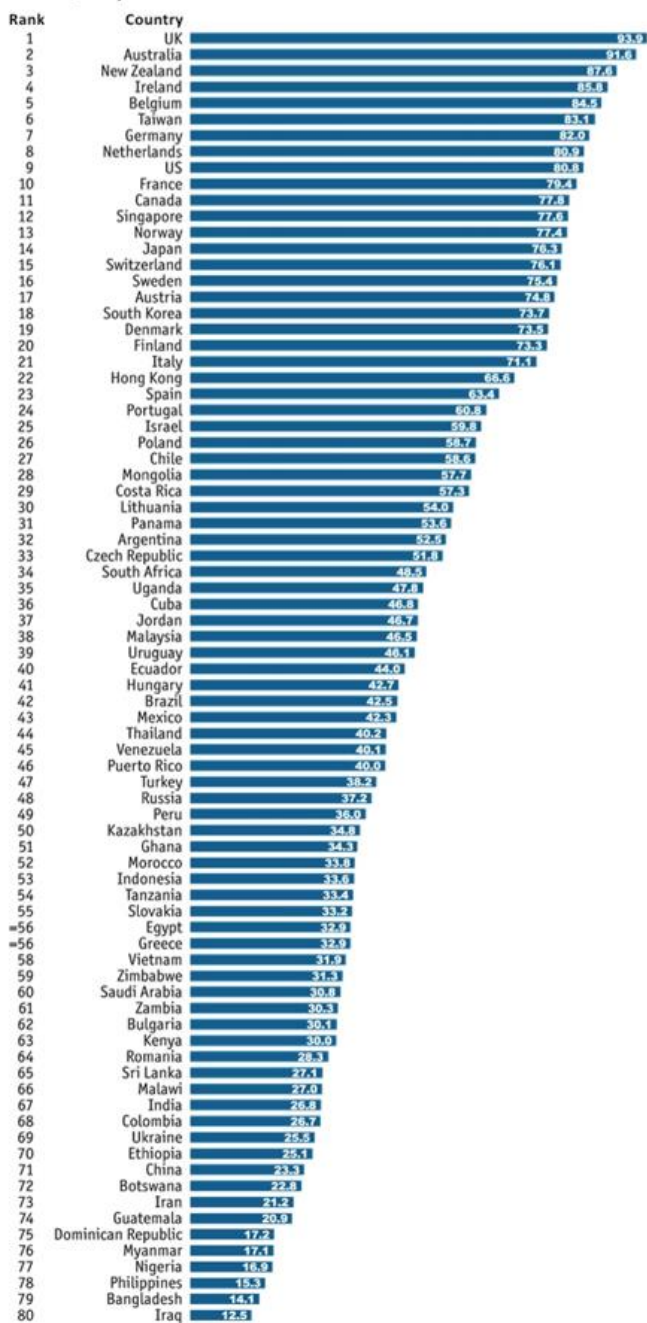
Country ^a	Position in 2013 PC Development Ranking (28 Countries) ^b	Position in 2015 Quality of Death Index (80 Countries) ^c	Relative Position in 2013 PC Development Ranking	Relative Position in 2015 Quality of Death Index	Difference in Relative Position
United Kingdom	1	1	1	1	0
Belgium	2	5	2	3	1
Netherlands	2	8	3	5	
Sweden	4	16	4	7	23
Ireland	5	4	5	2	
					3
Austria Germany	5	17	6	8	32
	7	7	7	4	
Denmark	8	19	8	9	
Poland ^d	10	26	9	14	15
Spain	11	23	10	12	
Italy	12	21	11	11	2 0
Hungary ^d France ^d	12	41	12	17	75
	14	10	13	6	
Portugal	16	24	14	13	1
Lithuania	20	30	15	15	0
Finland ^d	21	20	16	10	6
Czech Republic	22	33	17	16	1
Romania Greece	22	64	18	19	
	27	56	19	18	11

Източник: Списание „Управление на болката и симптомите“, бр. 3, 2016. Класация на страните в Европейския Съюз по развитие на палиативните грижи / Journal of Pain and Symptoms Management, Issue 3, September 2016, Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union – ScienceDirect

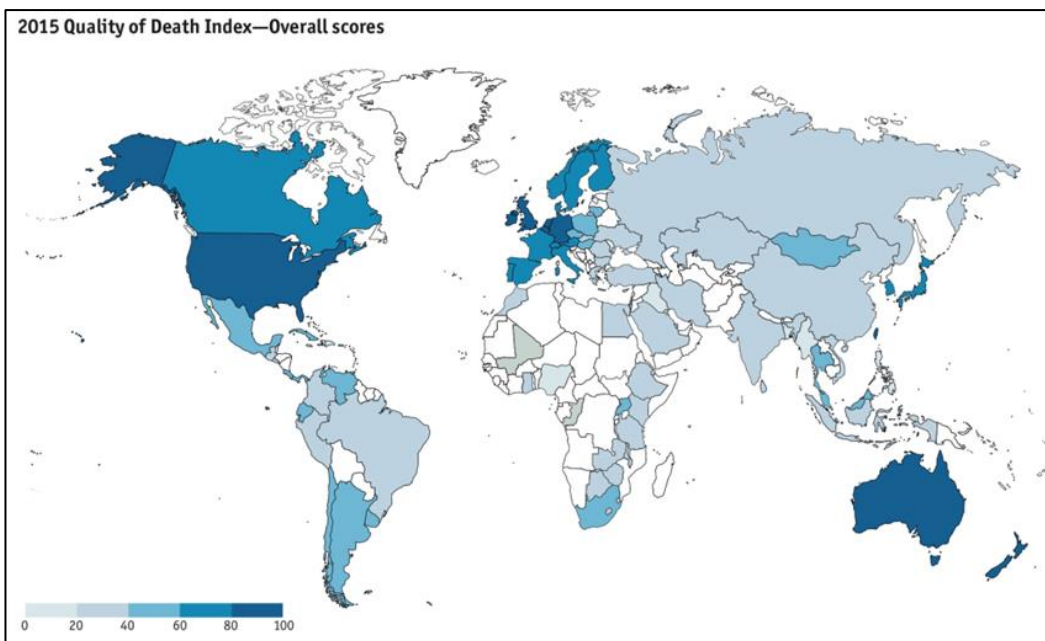
Фигура 1 и 2 показват класирането по Индекса на качеството на смъртта за 2015 г. На Глобалната карта (*The Economist, Intelligence unit, The 2015 Quality of Death Index*). В тази класация България е на 62-ро място, след Гърция и непосредствено преди Румъния, които са в дъното на класацията.

Класирането показва, че ако България претендира да бъде равностойна страна-членка на Европейският съюз, тя следва да сложи на дневен ред изпълнението на своята стратегия за дългосрочни гериатрични и палиативни грижи, която е в съответствие с директивите на ЕС в тази област.

2015 Quality of Death Index—Overall scores



Фигура 1. Индекс за качество на смъртта, 2015 г. – обобщен резултат



Източник: The Economist, Intelligence Unit, The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world

Фигура 2. Глобална карта по Индекс на качество на смъртта, 2015 г.

3. Социоекономически въздействия при липса на палиативни грижи

Доказателствата за икономическите резултати и палиативните грижи са обект на множество прегледи на литературата през последните години. Окончателният систематичен преглед на разходите и ефективността на разходите, свързани с всички модели на палиативни грижи, наброява множество проучвания с общ модел на спестяване на разходи, но хетерогенност на всичко: различни популации (напр. по възраст, диагноза, прогноза), различни национални здравни системи и общества, различни интервенции и настройки, различни подходи към перспективите на разходите и различни подходи за управление на статистическите характеристики на данните за използването.

Анализаторите правят кохортни проучвания на починали – тези, които са фокусирани върху пациенти, за които е известно, че са починали, сравнявайки въздействието на избора на лечение върху резултатите през последните седмици и месеци от живота. Като резултат от проучванията, палиативните грижи са свързани с по-ниско използване и с разходи, но авторите отбелязват, че палиативните/хосписни услуги не са получени от две трети от пациентите в проучванията.

В болничната обстановка, проучването, фокусирано върху екипите за консултация по палиативни грижи (РСС), се натъкна на по-малко проблеми с хетерогенността с десет проучвания от САЩ, оценяващи въздействието на повече или по-малко стандартизирана интервенция. Разликите в разходите и статистическите методи обаче възпрепятстват мета-анализа, особено в контекста на повтаряща се слабост на установените методи и така ключовата констатация е общ модел на спестяване на разходи. Прегледът на приемането на палиативни грижи в интензивни отделения за хоспитализирани възрастни също установява връзка с по-ниско използване.

По отношение на домашните грижи, преглед на кохортите на услугите за палиативни грижи за възрастни пациенти и техните семейства, които се грижат за тях, открива само шест проучвания за ефективност на разходите, с неубедителни доказателства. Преглед на финансовите последици за болногледачите установява, че размерът на разходите за членовете на семейството е постоянно голям, но има малко доказателства за лечебните ефекти на палиативните грижи за подобряване за тези високи разходи.

Въпреки съществените различия както вътре, така и между тези прегледи, четири общи теми са ясни:

Първо, има почти пълно разчитане на компонента „разходи“ в анализа на ефективността на разходите. Проучванията обикновено изследват въздействието на интервенцията върху разходите и приемат, че спестяването на разходи е от полза. Предположението е, че резултатите винаги са поне толкова добри за пациентите с палиативни грижи, колкото и пациентите с обичайни грижи.

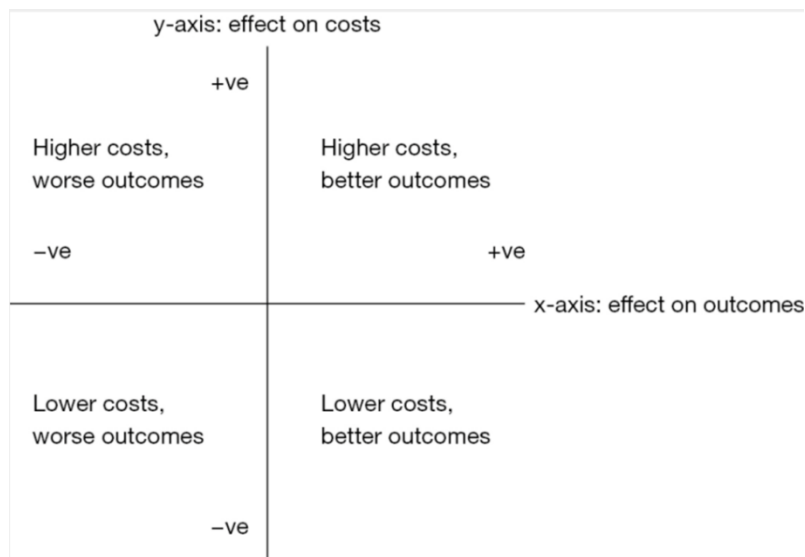
Второ, има тясна перспектива за разходите. Проучванията в голяма степен изследват рутинно събираните разходи от гледна точка на платеща или от гледна точка на болницата (но рядко се разглеждат паралелно), а разходите за пациентите и техните семейства (неофициални разходи) са до голяма степен недостатъчно проучени.

Трето, има много ограничен времеви прозорец за анализи. Доказателствата идват предимно от проучвания на болничния престой и/или използването на здравни грижи в края на живота, които са по-представителни за бързо прогресиращи заболявания като рак и по-малко представителни за грижите за лица с нарастваща слабост в продължение на много месеци или години.

С тези характеристики се преплита фактът, че тази област на изследване се провежда предимно в Северна Америка (някои в Канада и по-голямата част в САЩ) – до 100% от проучванията в прегледите, описани по-горе. Причината за това е неясна, но темите открити в тези прегледи със сигурност могат да бъдат свързани с националната среда, в която са дефинирани и измерени клиничните интервенции и резултати.

По принципи икономическата оценка е изследване на ефекта на два различни варианта както върху разходите, така и върху резултатите. Ефектът на лечението спрямо сравнителен продукт може да бъде поставен на фигура 3.

Ако дадена стратегия намалява разходите и подобрява резултатите (югоизточен квадрант), тогава тя е доминираща стратегия. Обратно, ако увеличава разходите и намалява резултатите (северозапад), тогава е по-нисък и трябва да се избягва. По-трудни решения се вземат в североизточния и югозападния квадрант, където интервенцията подобрява резултатите при по-висока цена или спестява пари за по-ниски резултати и са необходими преценки. Струва ли си да се плащат допълнителни разходи за подобрени резултати? Поносими ли са по-лоши резултати предвид спестяванията?



Източник: Издание *Анали на палиативните грижи*, 14/10/2018 / Economic outcomes in palliative and end-of-life care: current state of affairs Perspective <https://apm.amegroups.org/issue/view/746>

Фигура 3. Ефект на разходите

Палиативните грижи най-често се определят като допълнителна услуга, предлагана на нуждаещи се пациенти, която не изисква прекратяване на грижите, фокусирани върху болестта (основно изключение е хосписната грижа в САЩ, където обикновено е структурирана така, че да се изключва взаимно с болест – фокусирана грижа). В съответствие с тази дефиниция, повечето клинични изпитвания на палиативни грижи използват „обичайни грижи“ като контрола дали добавянето на тази интервенция подобрява резултатите за пациентите в сравнение със статуквото и/или дали намалява разходите за грижи.

Прегледите на проучванията за въздействието на палиативните грижи върху клиничните и докладваните от пациентите резултати като цяло са установили по-добри резултати, което би поставило палиативните грижи в един от двата източни квадранта на фигурата.

Последните проучвания показват последователност в намаляване на разходите, когато са включени палиативни грижи, което би ги поставило в двата южни квадранта. Въпреки това, малко проучвания са измервали тези два вида резултати заедно и дори там, където са, обикновено не са открили положителни въздействия и в двете области в едно и също проучване.

Измерването на разходите и докладваните от пациентите резултати заедно е от решаващо значение за палиативните грижи, поради хетерогенността на интервенциите, настройките и пациентите, които попадат под етикета „палиативни грижи“. Стои въпроса дали икономии на разходи и положителните резултати за пациентите се произвеждат от едни и същи видове интервенции, в едни и същи условия и сред едни и същи видове пациенти. Или един вид интервенция води до спестяване на разходи, а друг вид (или различна среда или население) води до положителни резултати за пациентите.

Ако палиативните грижи са стандартизирани като обикновено хапче, което можеше да се произвежда масово и да се прилага по един и същи начин в множество проучвания, тогава това няма да е проблем. Като сложна интервенция, в която контекстът, времето и доставката са важни фактори, палиативните грижи са всичко друго, но не и просто хапче.

Следващо критично ограничение на икономическите анализи на палиативните грижи до момента, в сравнение с насоките за такива проучвания, е използваната гледна точка на разходите. Обществената гледна точка към разходите е широко приета като оптимален подход и предлага разходите да се измерват от всички съответни източници. Това ще включва разходите за консумативи, персонал и лекарства за доставчика; разходите за платеца, който поддържа голямо разнообразие от доставчици; а също и разходите за пациентите и семействата под формата на парични разходи от джоба, както и стойността на времето, прекарано в предоставяне на неформални грижи. И все пак доказателствената база за палиативните грижи в голяма степен разчита на рутинно събирани болнични данни или данни на платеца – рядко и двете заедно – и рядко включва разходи за пациенти и семейства. Следователно малко се разбира за въздействието на палиативните грижи върху общите разходи.

Например болничните палиативни грижи намаляват разходите отчасти чрез ускоряване на изписването, но това може да прехвърли разходите към други части на официалната здравна система (като заведения за квалифицирани медицински сестри, агенции за домашно здраве или хоспис) и/или върху неформални болногледачи. Като не измерват използването на всички модалности и настройки на грижите от страна на пациентите, изследователите също не успяват да оценят, че тези други модалности може да допринасят за положителните ефекти, приписвани на палиативните грижи. Това означава, че интервенцията за палиативни грижи може да намали бъдещите болнични разходи отчасти, като доведе до хосписни грижи у дома. Не само хосписът е из-

точник на разходи за платеца, но също така е интервенция, за която е известно, че предотвратява болничните разходи. Обществената гледна точка позволява тестване между прехвърляне на разходите и цялостни спестявания на разходи, както и изследване на потенциално допълнителни ефекти от множество интервенции.

Друг важен въпрос в здравно-икономическите изследвания на палиативните грижи е времевият прозорец на анализа. Това е особено очевидно в проучвания, които се фокусират само върху приемането в болница с един индекс, което е очевидно непредставително за грижи за сериозни хронични заболявания и сложни състояния. Най-популярният подход, използван за изследване на по-дълги времеви рамки, е кохортното изследване на починалите, но този подход има своите фини усложнения. Както стойността, така и ограниченията на кохортните дизайни на починалите като цяло са взети предвид. Но има специфичен риск от пристрастия в икономическите проучвания, тъй като разходите се увеличават с времето. В анализа на разходите на забележителния тест на случаен принцип (RCT = Randomized Controlled Test, J.S.Temel), потреблението е по-ниско сред пациентите с палиативни грижи както веднага след диагностицирането, така и през последните седмици от живота, но средните общи разходи са по-високи в групата с палиативна грижа поради положителния ефект на оцеляване. Допълнителните разходи, свързани с по-дългия живот, засенчват спестяванията от лечението с по-нисък интензитет – компютърната интервенция е много ефективна, но не намалява разходите на ниво пациент от интервенцията (или диагнозата) до смъртта. Общото използване на ресурсите е най-важният резултат от интереса към икономиката и политиката, но това може да бъде резултат само в кохортни проучвания на покойници при предположение за нулев ефект върху смъртността и в двете посоки.

Тези ограничения са важни и не са неоправдани. Практическите и етични предизвикателства при провеждането на първични изследвания върху тежко болни популации са добре установени. Настоящите доказателства се фокусират върху фазите на болницата и края на живота, тъй като тези разходи се събират рутинно от доставчиците и платците. Това са най-скъпите периоди и фази на грижа. Болничните разходи са основният компонент на разходите за грижи в края на живота и до половината от хората по света умират в болници. Спестяването на разходи, постигнато в тези моменти не е тривиално, дори ако това е тесен подход.

По подобен начин, липсата на доказателства за резултатите в икономическите проучвания отразява дълбоки методологични трудности при анализиране на измерването.

Въпреки че тези ограничения са разбираеми, все пак е важно те да бъдат преодолені. Няма едно единствено идеално решение.

4. Социален капитал

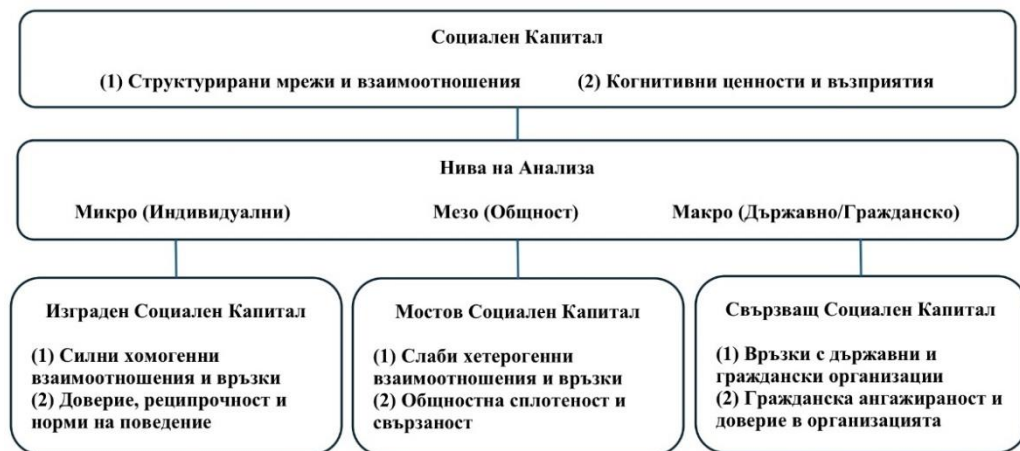
Здравето на индивидите отчасти зависи от характеристиките на техните взаимоотношения и социалните структури, в които хората живеят. Значението на социалните връзки за здравето и благосъстоянието е уловено в конструкцията на социалния капитал. Концепцията за социален капитал е концептуално усъвършенствана през почти един век работа от социолози, икономисти и социални теоретици, за да разберат как животът става по-пълноценен чрез социалните връзки. Изследванията на социалния капитал демонстрират връзки между съседство/характеристики на общността и очаквана продължителност на живота, здраве и благополучие и достъп до здравни грижи и здравно поведение.

Палиативната грижа е подход към грижата, която основно се стреми да оптимизира качеството на живот на пациенти с живото-ограничаващи заболявания и техните семейства и лица, които се грижат за тях. Тази цел се постига чрез управление на симптомите и подкрепа за психологически, духовни и социални нужди. Съвременните услуги за палиативни грижи се координират и предоставят от мултидисциплинарни екипи, които се стремят да подкрепят грижата, ориентирана към пациента, на всички нива на обслужване, където е възможно в околната среда. Признаването на семейството и болногледачите като включени в единицата за грижа е централно за философията и практиката на палиативните грижи, тъй като тяхното участие е необходимо, за да се позволи грижа, ориентирана към пациента, и осигуряване на практическа подкрепа за грижа. Изисква се по-добро разбиране на социалните структури и отношения, за да се планира подкрепата за неформалните болногледачи, които предоставят по-голямата част от грижите в края на живота дори в страни с добри ресурси. Нуждите на неформалните болногледачи са значителни, но остават до голяма степен незадоволени. Тези нужди най-добре се разбират в контекста на взаимоотношенията, но стойността на взаимоотношенията, възприемана от болногледачите, е недостатъчно докладвана в литературата. Ограничаващото живота заболяване често е изолиращо както за пациентите, така и за болногледачите, което много пъти води до бreme и социална загуба. Различията в достъпа до услуги за палиативни грижи и свръхпредставянето на жените като неформални болногледачи повдигат въпроси за справедливостта, пола и градиентите на властта в социалния контекст на грижите в края на живота.

Концепцията за социален капитал дава възможност за разбиране както на капацитета, така и на ограниченията на социалните мрежи за подобряване на здравето и благосъстоянието. Литературата за социалния капитал предоставя рамка от причинно-следствени дефиниции, нива и области, които предоставят представа за това как могат да се натрупат ползи в социалната среда. Подходът към общественото здраве е нововъзникващ фокус в литературата за палиативни грижи и въпреки, че социалният капитал се намира в рамките на този нов дискурс, той е подложен на ограничено конкретно изследване.

Социалният капитал е отделна концепция в рамките на общественото здравеопазване, която изрично характеризира социалните системи и поддържа връзката между структурните (социална стратификация) и междинните (социални обстоятелства) социални детерминанти на здравето и предлага нови прозрения за развитието на общността и подходите за насърчаване на здравето. Интегрирането на съвременните услуги за палиативни грижи, в рамките на биомедицинския фокус върху физическите грижи, означава, че грижите в края на живота вече не са добре позиционирани в социалните контексти. Това е важен проблем, при който по същество социалната природа на умираването е такава, че социалните контексти, социалната подкрепа и включването са наложителни за качествени грижи в края на живота. Потенциалът за социални взаимоотношения и мрежи за натрупване на ефектите от кризата и прехода, свързани с терминална диагноза, допълнително подчертава необходимостта от разбиране и подкрепа на социалния контекст за здраве и благополучие. Следователно палиативните грижи изискват прилагането на отделна социална рамка като социален капитал, за да се създаде по-ясно разбиране на значението на социалния контекст в края на живота.

Литературата за социалния капитал, идентифицираща резултатите за качеството на живот и благосъстоянието, и палиативните грижи, са идентифицирани чрез електронни бази данни (MEDLINE, PsycINFO, Embase и CINAHL) и чрез ръчно търсене на референтни списъци за подходящи публикации и произведения на основополагащи автори. Концептуалният модел, извлечен от тази база данни, е показан на фигура 4.



Източник: Списание „Управление на болката и симптомите“, бр. 3, 2016. Класация на страните в Европейския Съюз по развитие на палиативните грижи / Journal of Pain and Symptoms Management, Issue 3, September 2016, Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union – ScienceDirect

Фигура 4. Детерминанти на социалния капитал

Аспектите на микро ниво, които се отнасят до поведението на индивидуално ниво, се отнасят до свързаността или връзките на членовете на сходни йерархични нива.

Има известен спор дали социалният капитал трябва да се разбира и анализира като индивидуална или колективна собственост. В най-широката си форма социалният капитал се определя както като индивидуални, така и като колективни ресурси, държани и произведени от социалните отношения.

Елементи в рамките на тези три типа социален капитал (фигура 4) са разработени в здравната литература според два различни компонента на социалния капитал: структурен социален капитал и когнитивен социален капитал. Смята се, че структурният социален капитал включва социални мрежи и достъп до стоки и услуги, докато когнитивният социален капитал се характеризира със споделени ценности, доверие, участие, принадлежност, сплотеност и решения – създаване на капацитет, присъщ на индивидите, общностите и обществата. Nahpham описва структурния социален капитал като това, което хората „правят“ и когнитивния социален капитал като това, което хората „чувстват“. Тези конструкти се считат за допълващи се един друг, тъй като поддържат редица социални атрибути.

Рамката на социалния капитал има капацитета да поддържа здравето и благосъстоянието чрез връзки, обмен на информация и придобиване на ресурси и лостове. Развитието и усъвършенстването на концепцията за социален капитал в рамките на изследванията не успяват да подобрят разбирането на приложението на тази концепция към конкретни здравни настройки. Остава капацитетът за модел на социален капитал, който да осигури значителен принос за разбирането на нуждите на пациентите с напреднало нелечимо заболяване и лицата, които се грижат за тях. Изследванията, насочени към подобряване на резултатите при пациенти с живото-ограничаващи заболявания и лица, които се грижат за тях, стават все по-важни със застаряващото население. Необходимо е акцент върху факторите, които допринасят за благосъстоянието на тази група.

Механизмите за подкрепа на пациентите и неформалните болногледачи в палиативните грижи обикновено се концентрират върху модели на стрес и криза, когато това, което наистина се изисква, е фокусиране върху стратегии за разпознаване на силните страни и устойчивост, изграждане на капацитет и справяне. Където моделите на грижи не успяват да включат широкия опит на грижите, практикуващите стават несигурни как най-добре да подкрепят болногледачите при грижи в края на живота. Належаният приоритет за увеличаване на подкрепата за болногледачите в бъдеще изисква разбиране на моделите, които могат да поддържат капацитет за неформална грижа. Тези модели трябва да включват подкрепа за тази група на индивидуално ниво, а също така трябва да идентифицират външни връзки с официални услуги и мрежи и правителствени агенции. Приносът на по-широки мрежи и подкрепа е признат за

повишаване на способностите на неформалните болногледачи в палиативните грижи.

Ключовите резултати, идентифицирани в литературата за социалния капитал, информират предложения ABCD модел на фигура 5.

	Микро/Обвързано	Мезо/Лост	Макро/Свързано	
	<i>(А) Застъпване в съществуващите близки връзки и отношения</i>	<i>(В) Предизвикване на общности формални и неформални връзки и отношения</i>	<i>(С) Междуобщностни връзки и отношения</i>	
СТРУКТУРЕН	<ol style="list-style-type: none"> 1. Идентифициране и разбиране на качеството и количеството на мрежа от връзки и отношения на пациента/болногледача. 2. Идентифициране и мобилизиране на семеен болногледач, в подкрепа на основния болногледач. 3. Идентифициране на подгрупи от населението, изложени на риск от ограничени/отрицателни резултати от социалния капитал (нисък социалноикономически и културен статус, жени-болногледачи) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Насочване към агенции/организации за палиативни и общи здравни грижи, домашни грижи. 2. Идентифициране и подкрепа на възможни мрежи от болногледачи, извън близките семейства. 3. Доставчиците на първична медицинска помощ чрез социално предписване идентифицират и позволяват връзки с мрежата в общността, напр. квартални групи, услуги за отиди и групи за посетители-доброволци. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ангажиране и създаване партньорство с междусекторни агенции за услуги чрез (доброволци) фасилитатори на мрежа от общности, напр. училища, медийни групи и правителствени агенции за подкрепа. 2. Ангажиране на посредник/поддръжник на общностни групи и програми, напр. изкуства, културни и религиозни групи; интернет/уеб базирани групи и програми. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Доставчици на най-добра практика на палиативна грижа, създаване на партньорство за развитие на обществена инфраструктура и социални програми и политика. 2. Сътрудничество между най-добрите доставчици на палиативни грижи и правителството(ата) за разработване и внедряване на политики, програми и законодателство, което подкрепя нуждаещите се от палиативни грижи. 3. Посредничество за надеждни ресурси от правителствени организации за вътрешни и междуобщностни услуги.
КОГНИТИВЕН	<ol style="list-style-type: none"> 4. Идентифициране на ценности, ниво на доверие, реципрочност и мотивация за социална ангажираност. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Идентифициране и разбиране на нивата на доверие и нормите в общността чрез доставчиците на първична медицинска помощ. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Идентифициране и разбиране на нивата на доверие и нормите между общностите чрез връзки с междуобщностните организации. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Създаване на нива доверие и ангажираност, които подкрепят социалната свързаност и интегритет.

Източник: Списание „Управление на болката и симптомите“, бр. 3, 2016. Класация на страните в Европейския Съюз по развитие на палиативните грижи / Journal of Pain and Symptoms Management, Issue 3, September 2016, Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union – ScienceDirect

Фигура 5. Рамка на социалния капитал за палиативни грижи

Рамката идентифицира четири области на улесняване на социалния капитал в палиативните грижи, които включват застъпничество и подкрепа за обвързан или обвързващ социален капитал (А), създаване на вътрешнообщностни мрежи (В) и свързване с междуобщностни мрежи за мостов или свързващ социален капитал (С), и стремеж към връзки с правителството и организационни групи за свързан или свързващ социален капитал (D).

Идентифицирането и подкрепата на обвързан социален капитал чрез застъпничество и подкрепа на близки отношения (А) гарантира, че има разбиране за качеството на силните връзки, присъщи на мрежите от пациенти/болногледачи и подгрупите, изложени на риск от ограничени или отрицателни резултати в контекста на наличния социален капитал. Познаването на мрежите и отношенията, необходими за интензивното ниво на грижа в края на живота, е важно, при което това ниво на грижа вероятно ще се основава на

близките връзки на семейството и приятелите. По същество тези връзки са официално признати във философията на палиативните грижи и практикуват според максимата, че семейството и болногледачите трябва да се разглеждат заедно с пациента като единица за грижа. Въпреки това, безплатните „услуги“, предлагани от неофициалните болногледачи, често се експлоатират от системите на здравеопазване с ограничени алтернативи за оказване на грижи и подкрепа за болногледачите. Проучване на отношенията на полагащите грижи за немощните възрастни хора установява, че най-добрите резултати за пациентите и полагащите грижи не са единствено присъщи на близките семейни отношения и мрежи, за които понякога е установено, че са вредни в тяхната изключителност.

В допълнение към естеството на близките отношения и мрежи, качеството на тези отношения също е важно съображение. Установено е, че това е недостатъчно взето под внимание в литературата за палиативни грижи, като се приема, че тези връзки и мрежи са по същество функционални и сплотени. Когато тези връзки не са положителни или когато терминална диагноза променя естеството на връзката и пациент/семейство не са в състояние да се адаптират, качеството на грижите в края на живота вероятно е влошено. Критичните периоди на грижи в траекторията на края на живота изискват оценка на мрежи и връзки, необходими за осигуряване на адекватна подкрепа за пациентите и болногледачите. Капацитетът на силните свързани мрежи и отношения за подобряване на благосъстоянието на пациентите и болногледачите в края на живота се подразбира. Това, което се изисква, е подкрепа и познаване на качеството и естеството, на близките отношения за поддържане на грижата и подкрепа на обгрижвания. Мултидисциплинарните екипи за палиативни грижи обикновено са в добра позиция да оценят отношенията и мрежите на това индивидуално ниво.

Въпреки оспорвания характер на проучването на социалния капитал, то остава концепция, която поддържа широка рамка за разбиране на въздействието на социалните отношения и мрежи върху здравето и благосъстоянието. Теорията за социалния капитал предоставя структура за организацията на социалната реалност, която потенциално може да подобри или възпрепятства грижите в края на живота. Прилагането на модел на социален капитал в конкретна област на грижа е важно както за установяване на полезността на концепцията за социален капитал, така и за идентифициране на социален контекст на грижа за определени групи от населението. Изследванията, които идентифицират спецификата в прилагането на социалния капитал, са фундаментални за въпросите на достъпа до услуги, поддържането на нива на грижи, здраве и благополучие. Тесният фокус върху семейните задължения за предоставяне на грижи в края на живота има потенциала да ограничи благополучие за пациента и неформалния обгрижващ. Благосъстоянието на пациента и

обгрижващия се оптимизира най-добре чрез комбинация от близките отношения на обгрижващите семейството с неформални извънсемейни отношения и мрежи от по-широки обществени отношения. Необходими са и партньорства с правителствени организации за подпомагане на ресурси за обществени услуги, разработване на социални политики и програми. Обмислянето на застъпничеството за тези групи, идентифицирано в интегрирания модел на палиативни грижи, гарантира, че специфичните нужди на тези групи са явни.

Палиативните грижи трябва да се стремят да разширят фокуса си отвъд развитието на здравните услуги, за да разберат и идентифицират по-широките ресурси, които ще позволят на общностите да управляват грижите в края на живота. Поддържането на отношенията на грижа изисква разбиране на нуждите и сложността на мрежите и отношенията, които поддържат или ги увреждат. Следователно, това, което се изисква за палиативните грижи, е прилагане на модел на социален капитал, който е разбран и доказан, подкрепяйки интервенции, които ще имат положително въздействие върху живота и смъртта на пациентите и лицата, които се грижат за тях. Създаването на общност и общество, които отговарят на нуждите на неизлечимо болните и лицата, които се грижат за техните семейства, ще гарантира по-голяма устойчивост на ресурсите, необходими за постигане добри грижи в края на живота и улесняване на благоприятна среда за социално предимство и приобщаване.

Използвана литература

1. Анали на палиативната медицина, издание 7, (октомври 2018). Икономически резултати при палиативни грижи и грижи в края на живота: текущо състояние на нещата, от Питър Мей и Брайън Касъл / Vol. 7, Supplement 3 (October 14, 2018): *Annals of Palliative Medicine (Outcome Measurement for Advanced Disease Patients) / Economic outcomes in palliative and end-of-life care: current state of affairs*, by Peter May, J. Brian Cassel *Economic outcomes in palliative and end-of-life care: current state of affairs – May – Annals of Palliative Medicine*.
2. Издание Палиативна медицина от Е. Гроенвелд, Дж. Брайън Касъл, Клаудиа Боусевин, Агнес Шикос, Малшгората Крайник и Карен Райън/ *Palliative Medicine* 2017, Vol. 31(4) 296 – 305, by E. Iris Groeneveld, J. Brian Cassel, Claudia Bausewein, Ágnes Csikós, Malgorzata Krajnik, Karen Ryan, *Funding models in palliative care: Lessons from international experience*
3. Издание *Folia Palliatrica* 2017/I, с главен редактор: проф. д-р Любима Д. Деспотова-Толева, дм, зам.-гл. редактор: проф. д-р Васил Анастасов, дм, *Folia_Palliatrica_2017_vol_I-1-1.pdf*
4. Издание *Folia Palliatrica* 2021/III, с главен редактор: проф. д-р Любима Д. Деспотова-Толева, *FINAL_003_2021.pdf*

5. Издание на СЗО. Защо палеативните грижи са важна функция на първичната здравна помощ / Why palliative care is an essential function of primary health care, WHO-HIS-SDS-2018.39-eng.pdf

6. Услуги по палиативна грижа от миналото до настоящето, ред. Мукадер Мулаоглу / 2019 Palliative Care Services from Past to Present, by Murat Can Mollaoğlu, Döne Günay and Mukadder Mollaoğlu <https://www.intechopen.com/chapters/68854>

7. Banerjee, Dwaipayan. (2020). *Enduring cancer: Life, death, and diagnosis in Delhi*. Durham, N.C.: Duke University Press¹.

8. Blaylock, Barbara L. (2005). In memoriam: Elisabeth Kubler-Ross, 1926 – 2004. *Families, Systems, & Health* 23, no. 1: 108 – 9. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.23.1.108>.

9. Borgstrom, Erica. (2015). Planning for an (un)certain future: Choice within English end-of-life care. *Current Sociology Monograph* 63, no. 5: 700 – 13.

10. Borgstrom, Erica, and Natashe Lemos Dekker. (2022). Standardising care of the dying: An ethnographic analysis of the Liverpool Care Pathway in England and the Netherlands. *Sociology of Health and Illness* 44, no. 9: 1445 – 60. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13529>.

11. Borgstrom, Erica, Simon Cohn and Annelieke Driessen. (2020). We come in as ‘the nothing’: Researching non-intervention in palliative care. *Medicine Anthropology Theory* 7, no. 2: 202 – 13. <https://doi.org/10.17157/mat.7.2.769>.

12. Clark, David. (2002). *Cicely Saunders – Founder of the hospice movement: Selected letters 1959 – 1999*. Oxford: Oxford University Press.

13. 2007. From margins to centre: A review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet Oncology* 8: 430 – 8.

14. 2016. *To comfort always: A history of palliative medicine since the nineteenth century*. Oxford: Oxford University Press.

15. Clark, David, Nicole Baur, David Clelland, Eduardo Garralda, Jesús López-Fidalgo, Stephen Connor and Carlos Centeno. (2020). Mapping levels of palliative care development in 198 countries: The situation in 2017. *Journal of Pain and Symptom Management* 59, no. 4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009>.

16. Davies, Elizabeth and Irene J. Higginson, eds. (2004). *Better palliative care for older people*. World Health Organization.

17. Driessen, Annelieke, Erica Borgstrom and Simon Cohn. (2021). Placing death and dying: Making place at the end of life. *Social Science and Medicine* 291. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113974>.

18. Glaser, Barney G. and Anselm L. Strauss. (1968). *Time for dying*. Chicago: Aldine.

19. Green, James W. (2008). *Beyond the good death: The anthropology of modern dying*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

¹ Източници с № 7 – 52 са от The Open Encyclopedia Anthropology, Palliative care <https://www.anthroencyclopedia.com/entry/palliative-care>

20. Hart, Bethne, Peter Sainsbury and Stephanie Short. (1998). Whose dying? A sociological critique of the 'good death'. *Mortality* 3, no. 1: 65 – 77. <https://doi.org/10.1080/713685884>.
21. Howarth, Glennys. (2007). *Death and dying: A sociological introduction*. Cambridge: Polity Press.
22. Hui, David, Masanori Mori, Henrique A. Parsons, Sun Hyun Kim, Zhijun Li, Shamsha Damani and Eduardo Bruera. (2012). The lack of standard definitions in the supportive and palliative oncology literature. *Journal of Pain and Symptom Management* 43, no. 3. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.016>.
23. Flaherty, Devin. (2018). Between living well and dying well: Existential ambivalence and keeping promises alive. *Death Studies* 42, no. 5: 314 – 21. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1396643>
24. Kaufman, Sharon R. (2005). *...And a time to die: How American hospitals shape the end of life*. Chicago: University of Chicago Press.
25. Dementia-near-death and 'life itself'. (2006). In *Thinking about dementia: Culture, loss, and the anthropology of senility*, edited by Annette Leibing and Lawrence Cohen, 23 – 42. New Brunswick: Rutgers University Press.
26. Knaul, Felicia M., Paul E Farmer, Eric L Krakauer, Liliana De Lima, Afsan Bhadelia, Xiaoxiao Jiang Kwete, Héctor Arreola-Ornelas, et al. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet* 391: 1391–454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8).
27. Krawczyk, Marian. (2021). Organizing end of life in hospital palliative care: A Canadian example. *Social Science and Medicine*, 291. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112493>
28. Lawton, Julia. (2000). *The dying process: Patients' experiences of palliative care*. London: Routledge.
29. Lemos Dekker, Natashe. (2018). Moral frames for lives worth living: Managing the end of life with dementia. *Death Studies* 42, no. 5: 322 – 8.
30. Lemos Dekker, Natashe, Marjolein Gysels and Jenny T. van der Steen. (2017). Professional caregivers' experiences with the Liverpool Care Pathway in dementia: An ethnographic study in a Dutch nursing home. *Palliative and Supportive Care* 4, no. 16: 479 – 86.
31. Lemos Dekker, Natashe, and Jeannette Pols. (2020). Aspirations of home-making in the nursing home. In *Ways of home making in care for later life*, edited by Bernike Pasveer, Oddgeir Synnes and Ingunn Moser, 183 – 201. Palgrave Macmillan.
32. Livingston, Julie. (2012). *Improvising medicine: An African oncology ward in an emerging cancer epidemic*. Durham, N.C.: Duke University Press.
33. Long, Susan O. 2005. Cultural scripts for a good death in Japan and the United States: Similarities and differences. *Social Science & Medicine* 58: 913 – 28.
34. McNamara, Beverley. (2004). Good enough death: Autonomy and choice in Australian palliative care.: *Social Science & Medicine* 58: 929 – 38.

35. Pastrana, Tania, Saskia Jünger, Christoph Ostgathe, Frank Elsner and Lukas Radbruch. (2008). A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine* 22: 222 – 32.
36. Pasveer, Bernike. (2020). Almost at home: Modes of tinkering in hospice. In *Ways of home making in care for later life*, edited by Bernike Pasveer, Oddgeir Synnes and Ingunn Moser, 203 – 25. Palgrave Macmillan.
37. Radbruch, Lukas, Liliana De Lima, Felicia Knaul, et al. (2020). Redefining palliative care – A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management* 60, no. 4: 754 – 64. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>.
38. Richards, Naomi. (2022). The equity turn in palliative and end of life care research: Lessons from the poverty literature. *Sociology Compass* 16, no. 5. <https://doi.org/10.1111/soc4.12969>.
39. Samuels, Annemarie, and Natashe Lemos Dekker. (2023). Palliative care practices and policies in diverse socio-cultural contexts: aims and framework of the ERC globalizing palliative care comparative ethnographic study. *Palliative Care & Social Practice* 17. <https://doi.org/10.1177/26323524231198546>.
40. Seale, Clive, and Sjaak van der Geest. (2004). Good and bad death: Introduction. *Social Science & Medicine* 58: 883 – 5.
41. Seymour, Jane. (2012). Looking back, looking forward: The evolution of palliative and end-of-life care in England. *Mortality* 17, no. 1: 1 – 17. <https://doi.org/10.1080/13576275.2012.651843>.
42. Sisk, Bryan, and Justin N. Baker. (2019). The underappreciated influence of Elisabeth Kübler-Ross on the development of palliative care for children. *The American Journal of Bioethics* 19, no. 12: 70 – 2. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1674411>.
43. Souza, Margaret, Erica Borgstrom and Tanya Zivkovic. (2021). Rethinking end of life care: Attending to care, language, and emotions. *Social Science and Medicine* 291. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114612>.
44. Stonington, Scott D. (2012). On ethical locations: The good death in Thailand, where ethics sit in places. *Social Science & Medicine* 75: 836 – 44.
45. *The spirit ambulance: Choreographing the end of life in Thailand*. Oakland: University of California Press, 2020.
46. Visser, Renske. (2019). Going beyond the dwelling: Challenging the meaning of home at the end of life. *Anthropology & Aging* 40, no. 1: 5 – 10.
47. Visser, Renske, Erica Borgstrom and Richard Holti. (2020). The overlap between geriatric medicine and palliative care: A scoping literature review. *Journal of Applied Gerontology* 40, no. 4: 1 – 10. <https://doi.org/10.1177/0733464820902303>.
48. World Health Organization. (1990). *Cancer pain relief and palliative care: Report of a WHO expert committee*. Geneva: World Health Organization.
49. *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines*, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

50. Zaman, Shahaduz, Hamilton Inbadas, Alexander Whitelaw and David Clark. (2017). Common or multiple futures for end of life care around the world? Ideas from the 'waiting room of history'. *Social Science & Medicine* 172: 72 – 9.

51. Zivkovic, Tanya. (2018). Forecasting and foreclosing futures: The temporal dissonance of advance care directives. *Social Science & Medicine* 215: 16 – 22. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vwys3djFxWh7jtSwkr864BL/?lang=en&format=pdf>

52. Tylor, E.B. (1977). *Cultura primitiva*. Madrid: Ayuso.

53. Отчет на The Economist, Intelligence Unit. Класация 2015 по Индекс Качество на смъртта, Световна класация на палиативни грижи / The 2015 Quality of Death Index, Ranking palliative care across the world https://maisonstraphael.org/wp-content/uploads/2016/02/The_Economist_Quality_of_Death_Index_October_2015_Part1.pdf

54. Проучване Обществената осведоменост и отношение към палиативните грижи в Северна Ирландия 17/09/2013, Public awareness and attitudes toward palliative care in Northern Ireland Public awareness and attitudes toward palliative care in Northern Ireland | BMC Palliative Care | Full Text.

55. Публикация Еволюцията на палиативните грижи от историческа гледна точка, актуализирана на 06-01-2024 / The Evolution of Palliative Care A Historical Perspective, Updated 06-01-2024 <https://kindercaring.com.au/palliative-care/the-evolution-of-palliative-care-a-historical-perspective/>

56. СЗО. Глобален атлас на палиативните грижи, 2020. 2-ро издание / Global Atlas of Palliative Care, 2020, 2nd edition <http://www.thewhpc.org/>

57. Списание Управление на болката и симптомите, бр. 3, 2016. Класация на страните в Европейския Съюз по развитие на палиативните грижи / Journal of Pain and Symptoms Management, Issue 3, September 2016, Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union – ScienceDirect, Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union – ScienceDirect.

58. Списание за палиативна медицина. Въздействието на кампаниите за повишаване на осведомеността за общественото здраве върху информираността и качеството на палиативните грижи, от Джейн Сиймор / Journal of palliative medicine, The Impact of Public Health Awareness Campaigns on the Awareness and Quality of Palliative Care, by Jane Seymour, <https://liebertpub.com/journal/jpm>

Научен ръководител: доц. д-р Ралица Велева

Рецензент: доц. д-р Деница Горчилова

СТРАТЕГИИ ЗА ЗАДЪРЖАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ПЕРСОНАЛ В БЪЛГАРИЯ

Екатерина Петрова

Магистър по „Здравен мениджмънт“
epetrova_2367028@unwe.bg

***Резюме:** Темата за задържането на медицинския персонал в България е изключително актуална в контекста на нарастващите предизвикателства пред здравната система на страната. През последните години проблемът с емиграцията на медицински кадри, особено на младите лекари и медицински сестри, придобива все по-голямо значение. Тази тенденция не само изостря съществуващите дефицити в здравната система, но и поставя под въпрос нейното устойчиво развитие и способността ѝ да отговори на нуждите на населението. Целта на настоящата магистърска разработка е въз основа на анализ на тенденциите на текучеството на медици през последните години и проучване на успешни практики и стратегии за задържане на медицинския персонал в други европейски страни, да формулира препоръки и стратегии за задържане на медицински персонал в България, фокусирайки се върху основните рискови групи.*

Магистърската работа защитава тезата, че задържането на медицинските кадри в България изисква стратегическо планиране на национално и политическо ниво, а не само локални инициативи и мениджърски решения. Основен приоритет трябва да бъде запазването на младите лекари и медицинските сестри – две категории, които исторически са били пренебрегвани поради по-ниската възвръщаемост на техния труд в сравнение с тази на лекарите със специалност и същевременно две звена на човешките ресурси, основополагащи за нивото и бъдещето на здравеопазването. За съжаление в последните години, наблюдаваните тенденции за напускане на медицинския персонал са тревожни и основно засягат именно младите лекари и медицинските сестри. В контекста на нарастващата кадрова криза в здравеопазването, е необходимо да се изгради дългосрочна визия за развитие на човешките ресурси в сектора, като се вземат предвид както настоящите, така и бъдещите нужди. Липсата на привлекателност за имиграция от източни медицински специалисти, за разлика от западноевропейските страни, подчертава необходимостта от вътрешни реформи и политики, които да задържат и развиват съществуващите кадри. Така ще се осигури устойчиво развитие на здравната система, което е от ключово значение за справяне с предстоящите предизвикателства.

Настоящият текст представя втора и трета глава на магистърската теза.

***Ключови думи:** лекари, медицински сестри, текучество, стратегии за задържане*

RETENTION STRATEGIES FOR MEDICAL STAFF IN BULGARIA

Ekaterina Petrova

Masters student, Department „Public Administration“, UNWE

***Summary:** The issue of medical staff retention in Bulgaria is extremely topical in the context of the growing challenges facing the country's healthcare system. In recent years, the problem of emigration of medical staff, especially young doctors and nurses, has become increasingly important. This trend not only exacerbates the existing deficits in the health system, but also calls into question its sustainable development and its ability to respond to the needs of the population. The aim of this master thesis is to formulate recommendations and strategies for medical staff retention in Bulgaria, focusing on the main at-risk groups, based on an analysis of medical turnover trends in recent years and a study of successful practices and strategies for medical staff retention in other European countries.*

The master thesis defends the thesis that the retention of medical staff in Bulgaria requires strategic planning at national and political level, not only local initiatives and managerial decisions. The main priority should be the retention of young doctors and nurses, two categories that have historically been neglected due to the lower return on their labour compared to that of specialty doctors and at the same time two human resource units fundamental to the level and future of healthcare. Unfortunately, in recent years, the trends observed in the departure of medical staff are worrying and mainly affect young doctors and nurses. In the context of the growing staffing crisis in the health sector, it is necessary to build a long-term vision for human resource development in the sector, taking into account both current and future needs. The lack of attractiveness for immigration of Eastern medical professionals, as opposed to Western European countries, highlights the need for domestic reforms and policies to retain and develop existing staff. This will ensure sustainable development of the health system, which is key to addressing the challenges ahead

This text presents chapters two and three of the master thesis.

***Keywords:** doctors, nurses, turnover, retention strategies*

1. Данни на Българския лекарски съюз за брой издадени удостоверения за добра медицинска практика и анализ на основните тенденции в миграцията на българските лекари

Според данни, предоставени от Българския лекарски съюз (БЛС) за периода 2011 – 2024 г., се наблюдават значителни вариации в общия брой издадени удостоверения за добра медицинска практика, което е индикатор за желанието на български лекари да работят в чужбина. Средногодишният брой на издадените удостоверения е 443.5, като през този период се наблюдават значителни колебания, вариращи от минимум 358 удостоверения през 2021 г. до максимум от 568 през 2022 г. От анализа се изключват данните за 2024 г., поради незавършеност на годината, но показаните данни до месец юни за тази

година потвърждават тенденциите от последните две години за увеличаване на текуеществото на лекари в България.

Таблица 1. Брой издадени удостоверения за добра медицинска практика за 2011 – 2024 г.

Година	Брой издадени удостоверения	Специалност		Пол		Гражданство	
		със	без	М	Ж	Българско	Друго
2011 г.	507	263	244	275	232	484	23
2012 г.	447	216	231	240	207	414	33
2013 г.	408	226	182	200	208	369	39
2014 г.	548	290	258	293	255	498	50
2015 г.	524	245	279	294	230	460	64
2016 г.	430	378	52	237	193	378	52
2017 г.	390	183	207	196	194	315	75
2018 г.	391	170	221	214	177	142	249
2019 г.	464	172	292	247	217	295	169
2020 г.	403	166	237	248	155	254	149
2021 г.	351	136	215	218	133	204	147
2022 г.	568	90	478	298	270	211	357
2023 г.	488	104	384	260	228	185	303
2024 г.	290	66	224	139	151	111	179
Общо	6209	2705	3504	3359	2850	4320	1889

Данните са към 26.07.2024 г.

Графичното представяне на предоставените данни за общия брой на издадените удостоверения за добра медицинска практика за периода е представено на фиг. 1.

Според предоставените данни от БЛС за периода от 2011 до 2024 г. броят на лекарите, изискали удостоверение за добра медицинска практика за работа в чужбина, демонстрира значителни колебания. През 2011 г. са издадени 507 удостоверения, което бележи сравнително високо ниво. През следващите две години се наблюдава постепенен спад – през 2012 г. са издадени 447 удостоверения, а през 2013 г. – 408. Тази тенденция се обръща през 2014 г., когато броят на удостоверенията рязко нараства до 548, достигайки най-високото ниво за периода. През 2015 г. се наблюдава леко намаление до 524 удостоверения, което все още е значително високо ниво.



Фигура 1. Общ брой издадени удостоверения за добра медицинска практика за периода 2011 – 2024 г. (м. май)

След 2015 г. отново започва спад – през 2016 г. са издадени 430 удостоверения, а през 2017 г. броят им намалява до 390, което е най-ниското ниво до този момент. През 2018 г. броят на удостоверенията остава почти непроменен – 391, но през 2019 г. има ново увеличение до 464. По време на пандемията през 2020 г. броят на издадените удостоверения отново намалява до 403 и през 2021 г. достига най-ниската си точка за десетилетието – 351 удостоверение.

През 2022 г. обаче след спиране на ограниченията се наблюдава драматичен ръст в броя на издадените удостоверения, който достига до 568, което е най-високото ниво за целия разглеждан период. След този пик, през 2023 г. броят на удостоверенията остава висок – 488. Тази тревожна тенденция се затвърждава и през настоящата 2024 година, когато до юли месец са издадени цели 290 удостоверения.

Тези данни илюстрират нестабилност в броя на лекарите, които изискват удостоверения за работа в чужбина, с периоди на значително увеличение и намаление, като най-високата точка е достигната през 2022 година, последвана от задържане на високи нива през 2023 г. и до юли месец 2024 г. на лекари, изискали удостоверение за добра медицинска практика за работа в чужбина.

Още по-тревожен е разборът по възраст на искалите удостоверения: възрастовата граница е между 24 – 60 г., като най-голям дял са новозавършилите – 60%, останалата част е 30% на възраст между 30 – 50 г., и 10% на възраст между 50 – 60 г.

Горепосочените колебания се дължат на множество фактори, които влияят на миграционните процеси сред лекарите. Най-общо факторите, влияещи на текучестото на лекари в България могат да се разделят на икономически, социални, политически, нормативни, професионални, културни и др.

За да се разберат по-добре тези процеси и да се формулират ефективни стратегии за задържане на медицинския персонал, е необходимо да се разграничат основните групи лекари, кандидатстващи за удостоверения за добра медицинска практика. Анализът на тези групи, като например млади лекари, лекари без специалност и специалисти, български и чужди граждани и пол ще позволи по-целенасочено разбиране на мотивациите и факторите, които водят до тяхната емиграция. Това ще осигури основа за разработване на мерки, насочени към специфичните нужди и предизвикателства, пред които са изправени различните групи лекари в България. При анализа на предоставените данни е необходимо е да се вземе предвид следното:

- БЛС не разполага с данни каква част от лекарите получили удостоверенията са напуснали страната.
- В общите данни са и лекари с една и повече от една специалност.
- В общите данни са и лекари с издадени повече от едно удостоверение, за период от една година (валидността на УДМП е за срок от 3 месеца).
- В общите данни са и лекари, които са работили извън страната (обикновено по заместване) за срок от 3 – 6 месеца и са се завърнали, като са заплащали членски внос по време на пребиваването в чужбина.
- В голяма част от издадените удостоверения се посочва повече от една държава, за която да послужи документа.



Фигура 2. Брой издадени удостоверения за добра медицинска практика на лекари със и без специалност за периода 2011 – 2024 г. (м. май)

Със специалност:

- Средногодишен брой: 193.2
- Максимум: 378
- Минимум: 66

Без специалност:

- Средногодишен брой: 250.3
- Максимум: 478
- Минимум: 52

Анализът на данните, предоставени от Българския лекарски съюз (БЛС) за броя на издадените удостоверения за добра медицинска практика, показва значителни вариации в миграцията на лекари от България през периода 2011 – 2024 г., като тези вариации са отчетливи при разглеждането на групите лекари със специалност и лекари без специалност.

Лекари без специалност

Лекарите без специалност съставляват по-голям дял от общия брой напускащи медицински кадри, което отразява специфични предизвикателства и трудности, пред които са изправени младите лекари в България. Техният брой варира значително през годините, което може да се обясни с множество фактори:

- **Възможности за специализация:** В България, ограничените възможности за специализация и трудностите при достъпа до желаните специалности водят до нарастващо недоволство сред младите лекари. Много от тях търсят възможности за специализация в чужбина, където условията са по-добри и процедурите по-достъпни.
- **Нива на възнаграждения:** Възнагражденията за лекари без специалност в България са значително по-ниски в сравнение с тези в други европейски страни, което е основен стимул за емиграция.
- **Условия за работа и следдипломно обучение:** Лошите условия на труд, липсата на подкрепа за следдипломно обучение и ограничените възможности за професионално развитие са допълнителни фактори, които карат младите лекари да напускат страната.

През периода до 2015 г. се наблюдава относително равен темп на емиграция между лекарите със специалност и тези без специалност. Тази ситуация обаче се променя драматично през 2016 г., когато настъпва значителна вълна на емиграция на лекари със специалност. За същата година се отчита рязък спад на напускащите лекари без специалност, вероятно в резултат на направените през същата година промени в Наредба 1 за придобиване на специалност в областта на здравеопазването, както и увеличаването на броя на разкритите места за специализация за същата година. От 2017 г. насам обаче се наблюдава тревожна постоянна тенденция на прогресиращо увеличаване на броя на напускащите страната лекари без специалност, т.е. на младите лекари

с лек спад единствено по време на пандемията COVID-19, последвано от още по-голяма вълна на емиграция на младите лекари след падане на ограниченията.

Лекари със специалност

Лекарите със специалност също са подложени на текучество, макар и в различни мащаби и с различни причини за емиграция. Докато до 2015 г. темповете на емиграция сред тези лекари са сходни с тези на лекарите без специалност, през 2016 г. се наблюдава значителен скок в броя на напускащите лекари със специалност. Това може да се свърже с промени в нормативната уредба, нови възможности за работа в чужбина, или други фактори, които са направили миграцията по-привлекателна за тази група.

След 2016 г. обаче тенденцията се обръща, като броят на напускащите лекари със специалност започва да намалява. Това вероятно се дължи на множество политически и икономически фактори, както в страната, така и в Европейския съюз и Близкия изток. В същото време, младите лекари без специалност продължават да напускат страната в нарастващ брой, което подчертава прогресивно влошаващите се условия за тях в България.

Разграничението между лекарите със и без специалност в анализа на емиграционните тенденции откроява важни аспекти на кадровата криза в българското здравеопазване. Докато лекарите без специалност представляват по-голямата част от напускащите, рязката промяна в динамиката на миграцията сред лекарите със специалност през 2016 г. и последващото ѝ намаляване, акцентира върху сложността на този процес и нуждата от специализирани политики за задържане на кадри. Младите лекари, като най-уязвима група, изискват особено внимание и мерки за подкрепа, за да бъде избегната по-нататъшната загуба на този критичен ресурс за здравната система на България.



Фигура 3. Брой издадени удостоверения за добра медицинска практика на лекари според пол за периода за периода 2011 – 2024 г. (м. май)

- Мъже:
 1. Средногодишен брой: 239.9
 2. Максимум: 298
 3. Минимум: 139
- Жени:
 1. Средногодишен брой: 203.6
 2. Максимум: 270
 3. Минимум: 133

Броят на мъжете лекари, напускащи страната, е малко по-висок в сравнение с броя на жените. Това съотношение остава относително стабилно през годините, но може да се приеме за несъществено по отношение на текучеството на лекари в България.



Фигура 4. Брой издадени удостоверения за добра медицинска практика според налични данни или отсъствие на българско гражданство за периода 2011 – 2024 г. (м. май)

- Българско гражданство:
 1. Средногодишен брой: 308.6
 2. Максимум: 498
 3. Минимум: 111
- Друго гражданство:
 1. Средногодишен брой: 134.9
 2. Максимум: 357
 3. Минимум: 23

По-голямата част от издадените удостоверения са за лекари с българско гражданство, но значителен брой удостоверения са издадени и на лекари с

друго гражданство. Това може да показва привлекателността на българската система за медицинско образование за чужденци, които след завършване и получаване на диплома се връщат в родните си държави или емигрират в други развити държави.

Интересно е също да се разгледат основните държави на емиграция на българските лекари и представители на кои медицински специалности са най-често търсещи работа в чужбина.

Таблица 2. Най-предпочитаните държави за емиграция на лекари за периода 2011 – 2024 г. (м. май). Взема се предвид посочената държава за реализация на издадено удостоверение за добра медицинска практика

1. ГЕРМАНИЯ	6. ДАНИЯ
2. ВЕЛИКОБРИТАНИЯ	7. ШВЕЦИЯ
3. ИРЛАНДИЯ	8. НОРВЕГИЯ
4. АВСТРИЯ	9. ШВЕЙЦАРИЯ
5. ФРАНЦИЯ	10. ГЪРЦИЯ

Основните причини за избора на тези страни са високите заплати, добрите условия на труд, и възможностите за кариерно развитие и специализация. Германия води класацията, благодарение на стабилната си здравна система и възможностите за професионално израстване. Великобритания и Ирландия също привличат лекари с конкурентни възнаграждения и качествени условия на работа, въпреки предизвикателствата, свързани с Брекзит. Норвегия и Швейцария предлагат най-високите заплати, но изискват висока квалификация. Гърция, макар и на последно място, привлича лекари с близостта си до България и по-спокойния начин на живот. Тук трябва да се има предвид и големият брой гръцки лекари, придобили медицинско образование в България.

2. Основни тенденции в миграцията на български лекари, наблюдавани за периода 2011 – 2024 г. и причини за наблюдаваното текучество на лекари

Анализът на предоставените данни, изобразяващи текучеството на лекари в България за периода 2011 – 2024 г. показва ясно разграничение между тенденциите при лекари със специалност и без специалност, като всяка от тези групи се характеризира със специфични динамики и фактори, които обуславят емиграцията.

2.1. Тенденции при лекари без специалност

Лекарите без специалност съставляват значителна част от напускащите страната – 60%. Основната тенденция, която се наблюдава, е прогресивното увеличаване на броя на тези лекари, които търсят възможности за работа и развитие в чужбина. Тази тенденция е особено отчетлива след 2017 г., с изключение на временния спад по време на пандемията COVID-19, последван от още по-голям ръст след премахването на ограниченията.

Наблюдаваните тенденции са тревожни. Значителният брой напускащи млади лекари влияе върху количествената и качествена осигуреност на българското население и води до застаряване на лекарския състав и възпира естествения процес на кадрово обновление (Лекари и мобилност, 2012).

Основни причини за тази тенденция:

- Ограничени възможности за специализация: Младите лекари често се сблъскват с трудности при намирането на места за специализация в България. Липсата на достатъчно позиции и прозрачни процеси за подбор прави специализацията в чужбина по-привлекателна.
- Ниски нива на възнаграждения: Заплащането за лекари без специалност в България е значително по-ниско в сравнение с други европейски страни, което мотивира много млади лекари да търсят по-добри икономически условия в чужбина.
- Неблагоприятни условия на труд: Лошите условия на работа, включително претовареност, липса на модерно оборудване и ограничени възможности за следдипломно обучение, също допринасят за емиграцията на младите лекари.
- За тях процесът на намиране на подходящо работно място е свързан с множество предизвикателства, като липсата на опит и необходимостта от продължаващо обучение. Мотивацията на тази група да търси възможности за работа в чужбина може да бъде повлияна от редица фактори, включително икономически условия, възможности за професионално развитие, както и условията на труд в България.

2.2. Тенденции при лекари със специалност

Лекарите със специалност също са засегнати от тежестта, макар и в различни мащаби и с различна динамика. До 2015 г. темпът на миграция сред тези лекари е сравнително стабилен, но през 2016 г. настъпва значителен скок в броя на напускащите. След този пик, броят на напускащите лекари със специалност започва да намалява, което може да се дължи на промени в политическата и икономическа обстановка.

Основни причини за тази тенденция:

- Политическа и икономическа стабилност: След 2016 г. намаляването на миграцията сред лекари със специалност може да бъде свързано с подобряването на политическата и икономическа обстановка в България и в Европейския съюз, което е намалило натиска за емиграция.
- Застаряване на медицинския персонал: Възрастовата структура на лекарите със специалност показва, че застаряването на тази група намалява тяхната мобилност и склонност към емиграция. Демографските промени не са само един статистически фактор, а са придружени от изменения в стила на живот, очакванията, ценности, технологии, икономика.
- Тази група включва професионалисти с натрупан опит и умения, които търсят възможности за по-добра реализация в чужбина, често мотивирани от по-високи заплати, по-добри условия на труд, и възможности за професионално развитие и научни изследвания. Текуществото в тази група може да бъде значително различно от това при новозавършващите лекари, като се очаква тези с по-висока квалификация да имат по-голямо търсене на международния трудов пазар.

Тенденциите в миграцията на лекари от България показват сериозни предизвикателства за здравната система. Докато младите лекари без специалност продължават да напускат страната в значителен брой, лекарите със специалност, макар и подложени на текучество, показват известно стабилизиране след 2016 г. Тези динамики подчертават необходимостта от целенасочени мерки за задържане на младите лекари и подобряване на условията за работа и професионално развитие както за младите специалисти, така и за лекарите със специалност.

За да разберем по-добре мотивите на двете групи, ще се обърнем към резултатите от анкети, проведени сред новозавършващите лекари в Медицински университет София, както и анкета, насочена към лекарите със специалност. Тези анкети ще ни позволят да идентифицираме основните фактори, които влияят върху решението на лекарите да потърсят работа в чужбина, и ще ни помогнат да предложим препоръки за подобряване на условията на труд и задържане на медицинските кадри в България.

3. Анкети за нагласите за реализация на новозавършващи млади лекари без специалност, МУ – София, 2020, 2021, 2022 г.

Всяка година Медицински университет – София, провежда анкети сред новозавършилите лекари, за да изследва техните нагласи и предпочитания относно реализацията им в България или в чужбина. Тези анкети предоставят ценна информация за тенденциите сред младите медици, включително мотиви

вите, които ги подтикват да търсят професионални възможности извън страната. Пълните данни от проведените анкети са достъпни на официалната страница на МУ – София: https://medfac.mu-sofia.com/page-redirect/?page_id=472

Ето някои от ключовите моменти от резултатите от тези анкети:

1. Според Вас къде можете да се реализирате по-добре?

Отговор	2022 г.	2021 г.	2020 г.
В България	50%	49%	46%
В чужбина	50%	51%	54%

2. Ако смятате, че в чужбина можете да се реализирате по-добре, къде, ако имате възможност, бихте искали да отидете?

Отговор	2022 г.	2021 г.	2020 г.
Европейски съюз	71.11%	68,34%	60.07%
САЩ	10.00%	11,66%	19.13%
Друго	18.89%	20,00%	20.80%

3. Желанието Ви да работите в чужбина се дължи на:

Отговор	2022 г.	2021 г.	2020 г.
По-добро материално заплащане	20.28%	22.21%	20.82%
Държавата не подпомага достатъчно здравната система	17.14%	16.71%	14.39%
По-добра организация на здравната система	16.00%	18.66%	16.71%
По-добро техническо осигуряване (медицинска апаратура)	16.00%	15.67%	14.13%
Развитието на кадрите в България става много по-трудно	14.85%	15.11%	13.88%
Като цяло в чужбина се живее много по-добре	8.00%	5.39%	8.99%
Заради авантюрата	4.57%	2.39%	4.11%
Друго	3.16%	4.28%	6.94%

Данните от проведената анкета сред новозавършващите лекари в Медицинския университет – София, през 2020, 2021 и 2022 г. показват важни тенденции и нагласи сред младите медицински специалисти по отношение на професионалната им реализация и желания за работа в чужбина.

Ето някои ключови изводи:

Нагласи за професионална реализация в България и чужбина:

- През 2020 г. 54% от анкетираните са смятали, че могат да се реализират по-добре в чужбина, като този процент спада през 2021 г. до 51% и през 2022 г. до 50%. Това може да се тълкува като знак за леко подобряване на възприятието за възможности за професионална реализация в България, макар и разликата да е минимална.
- От друга страна, половината от новозавършващите лекари все още виждат по-добри перспективи за професионална реализация извън страната, което е сигнал за съществуващи проблеми в здравната система и условията на труд в България.

Предпочитания за работа в чужбина:

- По-голямата част от желаещите да работят в чужбина биха предпочели да се установят в Европейския съюз (ЕС). През 2022 г. 71.11% от анкетираните предпочитат ЕС, което е увеличение спрямо 60.07% през 2020 г. Това показва нарастващо доверие в ЕС като предпочитано място за работа и живот.
- Същевременно, интересът към работа в САЩ намалява значително – от 19.13% през 2020 г. до 10.00% през 2022 г. Това може да се дължи на различни фактори, включително пандемията от COVID-19 и усложнените визови режими.

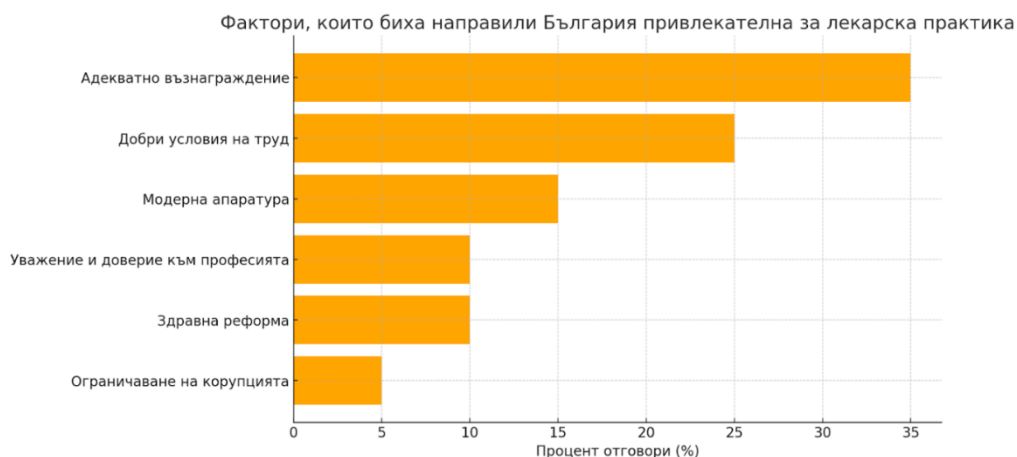
Причини за желание за работа в чужбина:

- Основната причина за желанието за работа в чужбина остава по-доброто материално заплащане, макар и този процент да намалява леко през годините (от 20.82% през 2020 г. до 20.28% през 2022 г.).
- Липсата на достатъчна подкрепа за здравната система от страна на държавата също се откроява като важен фактор, като през 2022 г. 17.14% от анкетираните споделят това мнение, в сравнение с 14.39% през 2020 г.
- Интересно е, че процентът на анкетираните, които смятат, че в чужбина се живее по-добре като цяло, е относително нисък, но все пак показва нарастване – от 5.39% през 2021 г. до 8.00% през 2022 г.

Данните от анкетата показват, че макар и с леко намаляващи темпове, значителна част от младите лекари в България продължават да виждат по-добри перспективи за професионална реализация извън страната, особено в Европейския съюз. Основните причини за това са свързани с по-добрите условия на труд, по-добро материално заплащане и по-добра организация на здравната система в чужбина. Въпреки някои положителни сигнали за България, остават сериозни предизвикателства, които трябва да бъдат адресирани, за да се задържат младите лекари в страната.

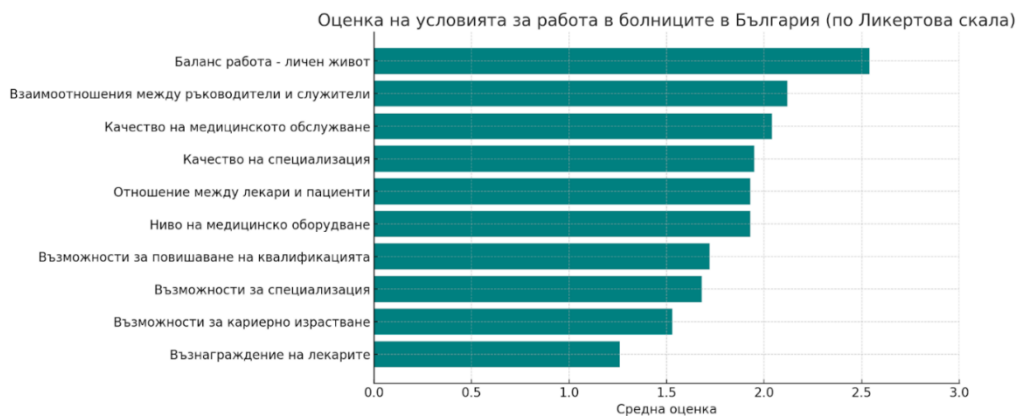
4. Анкета за удовлетвореност и мотивация на българските лекари със специалност, проведена от Весела Кръстева, София, 2018 г.

1. С какво България е/би станала привлекателна за Вас за практикуване на лекарската професия?



Като основен фактор, който би повлиял завръщането им в България лекарите посочват получаване на адекватно възнаграждение, последван от осигуряване на добри условия на труд и наличие на модерна апаратура. Загубеното уважение и доверие към лекарската професия категорично са актуален проблем. Лекарите се надяват да се проведе адекватна и успешна здравна реформа и корупцията да бъде ограничена (Кръстева, 2018).

2. Оценете условията за работа в болниците в България



При оценяване условията на работа в болниците в България по 5-степенна Ликертова скала, първите три най-високи оценки получават възможност за баланс работа – личен живот (2,54), взаимоотношения между ръководители и служители (2,12) и качество на медицинското обслужване (2,04); качество на специализация (1,95); отношение между лекари и пациенти и ниво на медицинско оборудване (1,93); възможности за повишаване на квалификацията (1,72); възможности за специализация (1,68); възможности за кариерно израстване (1,53); възнаграждение на лекарите (1,26).

Анкетният въпрос за оценка на условията на работа в болниците в България, базиран на 5-степенна Ликертова скала, показва следните резултати:

- Балансът между работа и личен живот (средна оценка: 2.54) е оценен като най-високото по важност условие от анкетираните лекари, въпреки че стойността му е малко над средното ниво по скалата. Това показва, че макар да има известен баланс, той все още не е напълно задоволителен за повечето лекари.
- Взаимоотношенията между ръководители и служители (средна оценка: 2.12) и качеството на медицинското обслужване (средна оценка: 2.04) са също сред най-високо оценените аспекти, но те отново остават далеч от желаните стойности, което подсказва за съществени проблеми в комуникацията и управлението, както и в качеството на предоставяните медицински услуги.
- Качеството на специализация (средна оценка: 1.95) и отношенията между лекари и пациенти (средна оценка: 1.93), заедно с нивото на медицинско оборудване (също 1.93), са фактори, които също получават ниски оценки. Това показва недостатъци в обучението и технологичното обезпечаване в болниците.
- Възможности за повишаване на квалификацията (средна оценка: 1.72) и възможности за специализация (средна оценка: 1.68) също са оценени ниско, което индикира липсата на адекватни възможности за професионално развитие.
- Възможности за кариерно израстване (средна оценка: 1.53) и възнаграждението на лекарите (средна оценка: 1.26) са най-ниско оценените аспекти, което ясно показва, че финансовите условия и перспективите за развитие са крайно незадоволителни и вероятно играят важна роля в емиграционните настроения на лекарите.

Тези резултати отразяват значителни предизвикателства в българската здравна система, като най-големите проблеми са свързани с възнаграждението, възможностите за кариерно развитие и условията за професионално обучение и специализация. Въпреки че някои аспекти като балансът между работа и личен живот са оценени относително по-високо, като цяло, оценките са под средното ниво, което показва значителна неудовлетвореност от условията на работа в болниците.

Въз основа на резултатите от проведените анкети, представените данни за тежкостта на лекари от БЛС и анализа на пазара на труда на медици в България, основните фактори, влияещи върху тежкостта на лекари в България могат да се разделят на:

А. Вътрешни фактори

Икономически фактори

- Ниско заплащане: Основен мотив за емиграция е по-ниското заплащане в сравнение с това в други европейски страни, което не отговаря на изискванията и отговорностите на лекарската професия.
- Липса на финансови стимули: Недостатъчна финансова подкрепа за специализация, научна работа и професионално развитие, което ограничава възможностите за кариерно израстване.
- Икономическа нестабилност: Общата икономическа ситуация в страната, включително инфлация и липса на икономически перспективи, допълнително демотивира медицинските кадри.

Социални фактори

- Лоши условия на труд: Прекомерно натоварване, недостатъчна техническа осигуреност, липса на модерно оборудване и остаряла инфраструктура в лечебните заведения.
- Професионално прегаряне (бърнаут): Постоянният стрес и натиск, произтичащи от високото натоварване и недостатъчния брой персонал, водят до емоционално и физическо изтощение сред лекарите.
- Липса на социална подкрепа: Ограничени социални програми и липса на възможности за балансиране между личния живот и професионалните задължения.

Професионални фактори

- Ограничени възможности за професионално развитие: Трудности при достъпа до специализация, липса на възможности за кариерно израстване и научна работа, както и недостатъчно финансиране за участия в международни форуми и конференции.
- Недостатъчна продължаваща медицинска квалификация: Липсата на структурирани програми за продължаващи следдипломно обучение и квалификация ограничава възможностите за поддържане и повишаване на професионалните компетенции.

Нормативни и политически фактори

- Чести промени в законодателството: Постоянни промени в нормативната уредба, свързана със здравеопазването, които създават несигурност и усложняват професионалната реализация на лекарите.

- Липса на стабилна национална стратегия: Недостатъчната политическа воля за изграждане на дългосрочни и стабилни политики за управление на човешките ресурси в здравеопазването.
- Бюрократични пречки: Сложни административни процедури и забавяния при получаване на разрешителни и други необходими документи за професионална практика.

Културни и обществени фактори

- Ниско обществено доверие: Ниско обществено доверие към здравната система и честите критики към медицинските специалисти създават негативна работна среда.
- Привлекателността на чуждите култури: Възможността за придобиване на опит в различна културна среда и по-добри условия на живот в чужбина също мотивират лекарите да напуснат България.

Б. Външни фактори

При анализа на тежестта на лекари в България не бива да се пренебрегват и някои външни фактори, които значително влияят върху тези процеси. Сред тях се открояват няколко ключови събития и тенденции, които оказват съществено въздействие върху миграцията на медицински кадри в България:

- **Пандемията COVID-19:** Глобалната пандемия промени из основи здравните системи по целия свят. В България, както и в много други страни, лекарите бяха изправени пред безпрецедентни предизвикателства, свързани с работното натоварване, недостига на медицински ресурси и високия риск от заразяване. Тези фактори увеличиха стреса и изтощението сред медицинските специалисти, като засилиха стремежа към по-добри условия на труд и живот, особено в страни с по-добре организирани здравни системи и по-високо възнаграждение. Според горепосочените данни на БЛС за издадени удостоверения за добра медицинска практика за работа в чужбина прави силно впечатление резкият спад на емиграция по време на пандемията, който може да се обясни с ограниченията за пътуване и повишен риск, както и с проведените политики за финансово стимулиране на лекарите по време на пандемията. Кратковременният спад обаче е последван от неவிждан до момента скок в желаещите да работят в чужбина веднага след края на пандемията след 2021 г., който персистира като тенденция и до момента.
- **Мигрантската криза в Европа и дестабилизацията в Близкия изток:** Тези кризи доведоха до значителни социални и икономически промени в Европа, което оказва влияние и върху здравния сектор. От една страна, здравните системи на много европейски страни бяха подложени на допълнителен натиск, като резултат от увеличеното търсене на здравни ус-

луги и необходимостта от интеграция на мигрантите. Това създаде възможности за работа в тези страни, което стимулира миграцията на лекари от България и други източноевропейски държави към Западна Европа.

- **Брекзит:** Излизането на Великобритания от Европейския съюз също създаде нови предизвикателства и възможности. Брексит доведе до несигурност относно правния статус и условията на труд за чуждестранни медицински специалисти във Великобритания. След Брексит, много български лекари може да предпочетат да изберат други европейски страни с по-лесен достъп и по-малко бюрократични пречки. Това води до промяна в предпочитаните дестинации за емиграция (World Bank Open Knowledge). Това оказва особено голямо влияние върху текучеството на лекари в България, тъй като според горепосочените данни на БЛС, Великобритания е втората най-желана страна за работа на българските лекари през последните десет години.
- **Политическа и икономическа нестабилност:** Дестабилизацията в блискоизточния регион и други политически сътресения също допринасят за миграцията на медицински кадри. Лекарите търсят по-стабилни и сигурни работни места, често в страни, които предлагат по-добри условия за живот и работа. Тези външни фактори, заедно с вътрешните проблеми на българската здравна система, създават сложна картина на текучеството на лекари. Анализът им е от ключово значение за разбиране на мотивацията зад миграцията на медицински кадри и за разработване на ефективни стратегии за задържане на тези кадри в България.

В резултат на проведеня анализ може да се направи извод, че кризата с изтичането на млади лекари от България е сериозен проблем, който има дългосрочни последици за здравната система и обществото. В България значителна част от практикуващите лекари са в предпенсионна или пенсионна възраст. Без млади кадри, които да ги заменят, системата е изправена пред сериозен недостиг на медицински персонал. Именно затова за целите на магистърската теза ще се фокусираме върху проблемите на младите лекари и изграждане на стратегии за тяхното задържане в страната.

Използвана литература

1. Ангелов, А. (1998). Основи на мениджмънта. София, Тракия-М.
2. Ангелов, С., Ангелова, Т. (2016). Здравеопазване – политика, икономика, управление. София, Полиграф Юг Ад
3. Анкети за нагласите за реализация на новозавършващи млади лекари без специалност. МУ – София, 2020, 2021, 2022 г., достъпен на: https://medfac.mu-sofia.com/page-redirect/?page_id=472 [посетен на 06 февруари 2025 г.].

4. Атанасов, П. (2014). Влияние на някои социални фактори върху професионалната удовлетвореност на лекарите в болницата. Научни трудове на Русенския университет, том 53.

5. Атанасов, П. (2014). Мотивация за работа и професионална удовлетвореност на лекарите в българските болници. Научни трудове на Русенския университет, том 53.

6. Атанасов, П. (2016). Професионална удовлетвореност на болничните лекари – съвременни проблеми и решения. Автореферат на дисертационен труд. ТУ – Стара Загора.

7. Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи. Достъпен на: <https://nursing-bg.com/> [достъпен на 07 февруари 2025].

8. Български лекарски съюз. Достъпен на: <https://blsbg.com/bg/> [достъпен на 07 февруари 2025].

9. Ведър, О. (2014). Управление на човешките ресурси. София. УИ „Св. Климент Охридски“.

10. Владимирова, К. (2007). Демографско развитие – стратегии, политики и програми. София. УИ „Стопанство“.

11. Доклади от Международна конференция „Лекари и мобилност“, 22.11.2012 г., София.

12. Димова, А., Попов, М., Рохова, М. (2007). Здравната реформа в България – анализ, необходимост, развитие, резултати, перспективи. Институт „Отворено общество“, София.

13. Европейска асоциация по здравен мениджмънт. Привличане и задържане на медицински специалисти в Европа, 2015.

14. Закон за здравето, обн., ДВ, бр. 70 от 10 август 2004 г., изм. и доп., ДВ, бр. 27 от 5 април 2016 г.

15. Закон за лечебните заведения, обн., ДВ, бр. 62 от 9.07.1999 г., изм. и доп., бр. 72 от 18.09.2015 г.

16. Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина, обн., ДВ, бр. 83 от 21 юли 1998 г., изм., ДВ, бр. 102 от 28 ноември 2008 г.

17. КНСБ. Анализ „Развитие и реализация на човешките ресурси в отрасъл Здравеопазване“. Финансиран от Европейския социален фонд, ОП „Развитие на човешките ресурси 2007 – 2013“, достъпен на: http://knsb-flexicurity.org/docs/pdf/Analysis_1.4_04.pdf [достъпен на 05 февруари 2025].

18. Кръстева, В. (2018). Привличане и задържане на лекари в България и Германия (Възможен ли е трансфер на работещи механизми?). Автореферат. София, Софийски университет „Св. Климент Охридски“.

19. Маринов, В. (2007). Международна трудова миграция: икономически аспекти. София, УНСС.

20. Маринов, В. (2007). Международна трудова миграция: икономически аспекти. УНСС, достъпен на: https://www.unwe.bg/uploads/ResearchPapers/Research%20Papers_vol2_2007_No1_V%20Marinov.pdf [посетен на 10 февруари 2025].

21. Министерство на здравеопазването. Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 27.01.2015 г.
22. Министерство на здравеопазването. Национална здравна стратегия 2014 – 2020 – Здраве и здравеопазване – актуално състояние, 2015.
23. Национален статистически институт. Достъпен на: <http://www.nsi.bg/> [достъпен на 07 февруари 2025].
24. Цонов, П. (2012). Емиграцията на българските лекари. Форум Медикус.
25. 12 Strategies for Healthcare Employee Retention for Building a Stable and Satisfied Workforce. Empuls, 2025. Достъпен на: <https://blog.empuls.io/healthcare-employee-retention/> [достъпен на 07 февруари 2025].
26. Attracting, Supporting and Retaining Doctors – A Must to Meet Healthcare Challenges. General Medical Council, UK, 2019. Достъпен на: <https://www.gmc-uk.org/news/news-archive/attracting-supporting-and-retaining-doctors-a-must-to-meet-healthcare-challenges> [достъпен на 07 февруари 2025].
27. Campo, A., Mourao, F., Korner, M., Montvila, A., McCourt, E. (2022). Medical workforce planning of the future: trends from Junior Doctor’s eyes after the pandemic. European Junior Doctors Association. Достъпен на: <https://www.juniordoctors.eu/medical-workforce-planning-future-trends-junior-doctors-eyes-after-pandemic> [достъпен на 02 февруари 2025].
28. Chambers, A. (2024). 21 Nurse Retention Strategies 2024: Building a Resilient Healthcare Workforce. Nurse Recruitment Forces. Достъпен на: <https://nurserecruitmentx.com/blog/nurse-retention-strategies/> [достъпен на 05 февруари 2025].
29. EFN Position Statement on Consequences of Nurses Shortages in Public Health (EFN GA October 2020). Достъпен на: <https://efn.eu/wp-content/uploads/EFN-Policy-Statement-on-Consequences-Nurses-Shortages-in-Public-Health-Nov.2020.pdf> [достъпен на 01 февруари 2025].
30. Health and Care Workforce in Europe: Time to Act. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
31. Healthcare Personnel Statistics – Nursing and Caring Professionals. Eurostat, 2024. Достъпен на: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals [достъпен на 06 февруари 2025].
32. How to Improve Nurse Retention: 8 Strategies for 2024. Career Staff Unlimited, 2024. Достъпен на: <https://www.careerstaff.com/healthcare-staffing-blog/workforce-solutions/nurse-retention-strategies/> [достъпен на 06 февруари 2025].
33. Klachin, S., Donaldson, S. (2023). The EU Pay Transparency Directive and how rules compare across borders. Pinsent Masons. Достъпен на: <https://www.pinsentmasons.com/out-law/analysis/eu-pay-transparency-directive> [достъпен на 06 февруари 2025].
34. Landau, L. (2015). Mitarbeiterbindung in Krankenhausern – Handlungsempfehlungen fuer das Personalmanagement der Generation Y und Generation Z. Diplomica Verlag.

35. Lock, F. K., Carrieri, D. (2022). Factors affecting the UK junior doctor workforce retention crisis: an integrative review. *BMJ Open*, 12(3), e059397. Достъпен на: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059397> [достъпен на 02 февруари 2025].

36. Looi, M. (2024). The European healthcare workforce crisis: how bad is it? *BMJ*, , 384:q8. Достъпен на: <https://www.bmj.com/content/384/bmj.q8.full> [достъпен на 07 февруари 2025].

37. Practising Physicians. Eurostat Database, 2024, tps00044. Достъпен на: <https://doi.org/10.2908/TPS00044> [достъпен на 05 февруари 2025].

38. Raeve, P. (2022). The registered nurse shortage in Europe is a ‘ticking time bomb’. *Health Europa*. Достъпен на: <https://www.healtheuropa.com/the-registered-nurse-shortage-in-europe-is-a-ticking-time-bomb/119272/> [достъпен на 05 февруари 2025].

39. Wolters Kluwer. (2022). New Approaches to Nurse Retention. Expert Solutions. Достъпен на: <https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/new-approaches-to-nurse-retention> [достъпен на 05 февруари 2025].

40. Woodward, K. F. (2024). Practical evidence-based strategies for nurse retention allow front-line leaders to meet the needs of nurses on their units. *Evidence-Based Nursing*, 27:141. Достъпен на: <https://ebn.bmj.com/content/27/4/141.citation-tools> [достъпен на 07 февруари 2025].

41. Zapata, T., Azzopardi-Muscat, N., McKee, M., Kluge, H. (2023). Fixing the health workforce crisis in Europe: retention must be the priority. *BMJ*, 381:p947. Достъпен на: <https://www.bmj.com/content/381/bmj.p947> [достъпен на 07 февруари 2025].

Научен ръководител: доц. д-р Деница Горчилова
Рецензент: гл.ас. д-р Златина Шотарова

НЕДОСТИГЪТ НА ИНТЕНЗИВНИ ПЕДИАТРИЧНИ ЗВЕНА В СТРАНАТА

Иван Янев

Магистър по „Здравен мениджмънт“
iyanev_2367041@unwe.bg

***Резюме:** Недостигът на интензивни педиатрични звена представлява сериозно предизвикателство за здравната система в България. Това явление засяга здравето и живота на най-малките пациенти, също така и поставя значителен натиск върху медицинския персонал и родителите. Въпреки усилията за модернизация на здравните услуги, неравномерното разпределение на интензивните звена, липсата на специализирани кадри и остарялата инфраструктура продължават да са основни проблеми. Настоящата Магистърска теза се фокусира върху анализа на тези предизвикателства, като цели да изведе кардинални причини за недостига и да предложи практически решения, базирани на международния опит и добрите практики. Чрез изследване на теоретичните основи и провеждане на статистически анализ, ще се търси отговор на въпроса: Как да се подобри достъпът до качествени интензивни педиатрични грижи в страната?*

Настоящият текст представя първа, втора и трета глава на магистърската теза.

***Ключови думи:** педиатрия, интензивни грижи, педиатрични звена*

THE SHORTAGE OF PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNITS IN THE COUNTRY

Ivan Yanev

Masters student, Department „Public Administration“, UNWE

***Summary:** The shortage of pediatric intensive care units represents a serious challenge for the health system in Bulgaria. This phenomenon affects the health and lives of the youngest patients and also puts considerable pressure on medical staff and parents. Despite efforts to modernise health services, the uneven distribution of intensive care units, lack of specialised staff and outdated infrastructure continue to be major problems. This MSc thesis focuses on the analysis of these challenges, aiming to highlight cardinal causes of shortages and propose practical solutions based on international experience and best practice. By exploring the theoretical underpinnings and conducting statistical analysis, it will seek to answer the question: how to improve access to quality pediatric intensive care in the country.*

This text presents chapters one, two and three of the master thesis.

***Keywords:** pediatrics, intensive care, pediatric units*

ПЪРВА ГЛАВА

СЪЩНОСТ И РОЛЯ НА ИНТЕНЗИВНИТЕ ПЕДИАТРИЧНИ ЗВЕНА

1. Дефиниция и функции на интензивните педиатрични звена

Интензивните педиатрични звена (ИПЗ) са специализирани отделения в болничните заведения, предназначени за диагностика, мониторинг и лечение на деца в критично състояние. Те осигуряват високо ниво на медицински грижи, включително респираторна и сърдечно-съдова поддръжка, прилагане на иновативни терапевтични подходи и непрекъснато наблюдение на виталните показатели на пациентите. [9]

Според Медицинския стандарт по неонатология, неонатологията е клинична специалност, чийто обект са новородените деца. Основна цел е осигуряване на оптимална послеродова адаптация на новородените деца и лечение на всички патологични състояния, възникващи в неонаталния период. [11]

Функции на интензивните педиатрични звена

Основните функции на интензивните педиатрични звена могат да бъдат обобщени в няколко ключови направления:

1. Оценка и стабилизация на критично болни пациенти

- Провеждане на спешни диагностични изследвания.
- Осигуряване на първична стабилизация чрез приложение на реанимационни и поддържащи терапии.

2. Непрекъснат мониторинг на пациенти

- Използване на инвазивни и неинвазивни методи за наблюдение на жизнените функции.
- Прилагане на технологии за ранно откриване на усложнения.

3. Осигуряване на високоспециализирана интензивна терапия

- Провеждане на механична вентилация и кислородотерапия.
- Управление на критични инфекции чрез персонализирана антибиотична терапия.
- Поддържане на хемодинамична стабилност с медикаментозна и апаратна помощ.

4. Следоперативна грижа и рехабилитация

- Възстановяване на пациенти след сложни хирургични интервенции.
- Изготвяне на план за продължаващо лечение и рехабилитация.

5. Координация и обучение на медицинския персонал

- Обучение на лекари и медицински сестри за работа с критично болни деца.
- Участие в научни изследвания и прилагане на иновативни методи на лечение.

Интензивните педиатрични звена играят ключова роля за подобряването на детската смъртност и общото здравословно състояние на пациентите в критично състояние. Техният недостиг в страната представлява сериозно предизвикателство, което изисква специално внимание от страна на здравните институции и обществото като цяло. [13]

2. Значение за детското здравеопазване

Интензивните педиатрични звена (ИПЗ) играят съществена роля в детското здравеопазване, като осигуряват специализирана медицинска помощ за деца в критично състояние. Тяхното значение се проявява в няколко основни аспекта:

Първо, намаляване на детската смъртност и заболяемост

Чрез предоставяне на висококачествени интензивни грижи, ИПЗ допринасят за намаляване на детската смъртност и заболяемост. Те осигуряват навременна диагностика и лечение на животозастрашаващи състояния, което е от решаващо значение за оцеляването и възстановяването на младите пациенти. [13]

Второ, подкрепа за деца с хронични заболявания и увреждания

ИПЗ предоставят комплексни медицински грижи за деца с хронични заболявания и увреждания, като работят във взаимодействие с други медицински и немедицински специалисти. Това включва рехабилитация, наблюдение и подкрепа за семействата, което подобрява качеството на живот на тези деца. [5]

Трето, обучение и развитие на медицинския персонал

ИПЗ служат като центрове за обучение на лекари и медицински сестри в областта на педиатричната интензивна медицина. Те насърчават прилагането на иновативни методи на лечение и подпомагат професионалното развитие на здравните специалисти, което води до повишаване на общото ниво на детското здравеопазване. [1]

Четвърто, интеграция в националната здравна стратегия

Според Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030, доброто детско здраве е признато за национален приоритет. ИПЗ са неразделна част от тази стратегия, като осигуряват необходимата инфраструктура и експертиза за постигане на поставените цели. [13]

Изводи

В обобщение може да се заключи, че интензивните педиатрични звена са от съществено значение за ефективното функциониране на детското здравеопазване, като гарантират, че децата в критично състояние получават необходимите грижи и подкрепа.

3. Международни стандарти и добри практики в областта

Интензивните педиатрични звена (ИПЗ) са изключително важни за съвременното здравеопазване, предоставяйки специализирана грижа за деца в критично състояние. За да се гарантира високо качество на тези услуги, международните стандарти и добрите практики играят основна роля в оформянето на ефективни и безопасни педиатрични интензивни отделения.

Световната здравна организация (СЗО)¹ предоставя насоки за организацията и управлението на педиатричните интензивни звена, обхващащи аспекти като: **необходимото оборудване, квалификацията на персонала и стандартните протоколи за лечение**. Тези насоки целят да осигурят унифициран подход към грижата за критично болни деца, независимо от географското разположение или ресурсите на дадена страна.

Американската Академия по Педиатрия² (AAP) също допринася със стандарти, които подчертават значението на адекватното съотношение между броя на пациентите и персонала, непрекъснатото професионално развитие на медицинските специалисти и необходимостта от мултидисциплинарен подход в грижата за пациентите. Тези стандарти насърчават интеграцията на различни специалисти – педиатри, медицински сестри, респираторни терапевти и други – в екип, който работи координирано за оптималния изход на лечението.

Добрата практика в ИПЗ включва и **прилагането на семейно-ориентирана грижа**, при която родителите и близките на детето са активно включени в процеса на лечение и вземането на решения. Този подход подобрява удовлетвореността на семействата и допринася за по-добри клинични резултати, като осигурява емоционална подкрепа и сътрудничество между медицинския екип и семейството. [24]

Непрекъснатото обучение и професионалното развитие на персонала са от фундаментално значение за поддържане на високи стандарти на грижа. Редовното участие в обучения, семинари и обмен на опит с международни колеги спомага за внедряването на иновативни методи на лечение и повишава компетентността на екипите.

¹ Основана през 1948 г., СЗО (Световната здравна организация – *World Health Organization*) е агенцията на Организацията на обединените нации, която свързва нации, партньори и хора за насърчаване на здравето, пази света в безопасност и обслужва уязвимите, така че всеки навсякъде да може да постигне най-високо ниво на здраве. <https://www.who.int/>

² Американската академия по педиатрия (*American Academy of Pediatrics*), съкратено ААП (AAP), е професионално сдружение на педиатри в САЩ със седалище в село Айтаска, окръг Дупейдж, щата Илинойс. Организацията е учредена през 1930 г. Тя е най-голямото професионално сдружение на педиатри в света и най-големият в света издател на педиатрична литература за лекари и за непрофесионалисти. <https://www.aap.org/en/about-the-aap/>

Прилагането на утвърдени клинични протоколи и насоки е друга важна добра практика, която спомага за стандартизиране на грижите и намаляване на вариациите в лечението. Това включва: използването на доказателствено базирани подходи и адаптирането им към специфичните нужди на пациентите. [6]

В заключение, интегрирането на международните стандарти и добрите практики в управлението и функционирането на интензивните педиатрични звена е от решаващо значение за осигуряване на висококачествена и безопасна грижа за децата. Това изисква постоянен ангажимент към обучение, сътрудничество и прилагане на най-новите научни постижения в педиатричната интензивна медицина.

4. Международни добри практики в управлението на интензивни педиатрични звена

Управлението на интензивните педиатрични звена (ИПЗ) изисква прилагането на *международно признати добри практики*, които гарантират високо качество на грижите и безопасността на пациентите. Сред тези практики се открояват на първо, второ и трето място вече споменатите по-горе:

1. Семейно-ориентирана грижа

Активното включване на родителите и близките в процеса на лечение и вземане на решения е от съществено значение. Този подход освен, че повишава удовлетвореността на семействата, също допринася за по-добрите клинични резултати чрез емоционална подкрепа и тясно сътрудничество между медицинския екип и семейството.

2. Непрекъснато обучение и професионално развитие на персонала

Редовното участие на медицинския персонал в обученията, семинари и обмен на опит с международни колеги е от решаващо значение за поддържане на високи стандарти на грижа. Това спомага за внедряването на иновативни методи на лечение и повишава компетентността на екипа.

3. Прилагане на утвърдени клинични протоколи и насоки

Използването на стандартизирани клинични протоколи и насоки, базирани на доказателства, спомага за намаляване на вариациите в лечението и осигурява последователност в грижите. Адаптирането на тези протоколи към специфичните нужди на пациентите е ключов елемент от ефективното управление на ИПЗ.

4. Мултидисциплинарен екипен подход

Ефективното функциониране на ИПЗ изисква сътрудничество между различни специалисти, включително педиатри, медицински сестри, респираторни терапевти и други. Мултидисциплинарният подход гарантира цялостна оценка и лечение на пациента, което води до подобрени резултати.

5. Осигуряване на адекватни ресурси и инфраструктура

Поддържането на съвременна инфраструктура и осигуряването на необходимите ресурси, като медицинско оборудване и консумативи, са от първостепенно значение за предоставяне на качествени интензивни грижи. Това включва и внедряване на нови технологии и практики, които подобряват ефективността на лечението. [31]

Изводи

Прилагането на тези международни добри практики в управлението на интензивните педиатрични звена е от първокласно значение за осигуряване на висококачествена и безопасна грижа за децата в критично състояние.

ВТОРА ГЛАВА СЪСТОЯНИЕ НА ИНТЕНЗИВНИТЕ ПЕДИАТРИЧНИ ЗВЕНА В БЪЛГАРИЯ

1. Анализ на текущото състояние

Интензивните педиатрични звена (ИПЗ) в България играят ключова роля в предоставянето на специализирана медицинска помощ на деца в критично състояние. Анализът на текущото състояние на тези звена е от съществено значение за идентифициране на предизвикателствата и възможностите за подобрене.

Налична инфраструктура и ресурси

Според Националната здравна карта¹, педиатричните болнични легла в страната са намалели от 2,5 на 1000 деца през 2009 г. до 1,9 на 1000 деца през последните години. В София, която обслужва население от 1,5 до 2 милиона души, има 588 педиатрични и неонатологични легла, без да се включват специализираните детски легла в области като кардиология и ендокринология.

Националната здравна карта на Република България е стратегически документ, чрез който се определят и планират на териториален принцип потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ.

Тя служи като инструмент за осъществяване на националната здравна политика, като адаптира структурата на здравната мрежа към реалните нужди

¹ Националната здравна карта на Република България е стратегически документ, чрез който се определят и планират на териториален принцип потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ. Тя служи като инструмент за осъществяване на националната здравна политика, като адаптира структурата на здравната мрежа към реалните нужди на населението и гарантира равнопоставен достъп до здравни услуги за всички граждани. <https://old.mh.government.bg/bg/politiki/nacionalna-zdravna-karta/>

на населението и гарантира равнопоставен достъп до здравни услуги за всички граждани.¹

Това намаление може да доведе до затруднения в достъпа до интензивни грижи за деца, особено в региони с ограничени медицински ресурси.

Кадрови ресурси и обучение

Недостигът на квалифициран медицински персонал е сред основните предизвикателства пред ИПЗ в България. Според Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030, е необходимо да се инвестира в обучение и професионално развитие на медицинските специалисти, за да се осигури висококачествена грижа за децата. Това включва редовни обучения, семинари и обмен на опит с международни колеги.

Качество на грижите и прилагане на стандарти

Прилагането на утвърдени клинични протоколи и насоки е от съществено значение за стандартизиране на грижите в ИПЗ. Националната стратегия подчертава необходимостта от внедряване на доказателствено базирани практики и адаптирането им към специфичните нужди на пациентите. Това ще спомогне за намаляване на вариациите в лечението и подобряване на клиничните резултати. [12]

Предизвикателства и препоръки

Въпреки усилията за подобряване на педиатричната грижа, съществуват редица предизвикателства, включително *ограничени ресурси, недостиг на персонал и необходимост от модернизация на инфраструктурата*. Препоръчително е да се засилят инвестициите в здравната система, с фокус върху педиатричните интензивни звена, както и да се насърчава междусекторното сътрудничество за подобряване на детското здравеопазване.

В заключение на анализа, е важно да се отбележи, че текущото състояние на интензивните педиатрични звена в България не е на необходимите нива на общоприетите Европейски стандарти и изисква целенасочени усилия за подобрене, включително **инвестиции в инфраструктура, обучение на персонала и прилагане на утвърдени клинични практики**. Това ще гарантира предоставянето на висококачествена и навременна медицинска помощ на децата в нужда.

2. Регионално разпределение на звената и достъпност

Регионалното разпределение и достъпността на интензивните педиатрични звена (ИПЗ) в България са жизненоважни за осигуряването на навременна и качествена медицинска помощ за децата в критично състояние.

Регионално разпределение на ИПЗ

Според Националната здравна стратегия 2030, разпределението на ИПЗ в страната е неравномерно, като големите градове като София, Пловдив, Варна

¹ Национална здравна карта. <https://old.mh.government.bg/bg/politiki/nacionalna-zdravna-karta/>

и Бургас разполагат с по-добре оборудвани и организирани звена, докато в по-малките населени места и селските райони достъпът до такива специализирани услуги е ограничен. [16]

Достъпност на ИПЗ

Достъпността до интензивни педиатрични грижи зависи не само от географското разпределение на звената, а и от наличието на транспортна инфраструктура, квалифициран персонал и оборудване за транспортиране на малките пациенти. В някои региони липсата на адекватен транспорт може да затрудни навременния достъп до ИПЗ, особено при спешните случаи. Освен това, недостигът на медицински специалисти в определени области ограничава капацитета на съществуващите звена да предоставят висококачествени грижи. [14]

Предизвикателства и препоръки

За подобряване на регионалното разпределение и достъпността на ИПЗ в България е необходимо:

- **Инвестиране в инфраструктура:** Разширяване и модернизиране на съществуващите звена, както и създаване на нови в недостатъчно обслужваните региони. [16]
- **Обучение и привличане на персонал:** Стимулиране на медицинските специалисти да работят в отдалечените и селските райони чрез предоставяне на допълнителни стимули и възможности за професионално развитие. [14]
- **Подобряване на транспортната система:** Осигуряване на бърз и надежден транспорт за пациентите от отдалечените райони до най-близките ИПЗ. [16]
- **Телемедицина:** Внедряване на технологии за дистанционна консултация и мониторинг, които могат да подпомогнат медицинските екипи в регионите с ограничен достъп до специалисти. [14]

Чрез прилагането на тези мерки може да се постигне по-равномерно разпределение на ресурсите и да се гарантира, че всички деца в България имат равен достъп до необходимите интензивни педиатрични грижи.

3. Наличност на медицински персонал и оборудване

За да функционират ефективно, педиатричните звена в България ще изискват адекватно осигуряване с квалифициран медицински персонал и съвременен оборудване.

Според Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030, един от основните проблеми в педиатричната грижа е недостигът на медицински специалисти, особено в отдалечените и селските райони.

Това води до неравномерно разпределение на кадрите и затруднява достъпа до качествени медицински услуги за децата в тези области. [13]

Освен това, наличието на съвременно медицинско оборудване е от особено важно значение за ефективната работа на ИПЗ. Медицинският стандарт по

неонатология определя минималните изисквания за оборудване на интензивните легла, включително апаратура за мониторинг на жизнените функции, респиратори и други специализирани устройства.

Въпреки това, не всички лечебни заведения разполагат с необходимото оборудване, което ограничава възможностите за предоставяне на висококачествени грижи. [17]

4. Основни предизвикателства и проблеми

Сред основните предизвикателства пред ИПЗ в България са:

1. Недостиг на медицински персонал

Липсата на достатъчно квалифицирани лекари и медицински сестри, особено в по-малките населени места, води до претоварване на съществуващия персонал и намаляване на качеството на предоставяните услуги.

2. Остаряла или недостатъчна апаратура

Много от ИПЗ не разполагат с модерно оборудване, което ограничава възможностите за диагностика и лечение на критично болни деца.

3. Финансови ограничения

Ограниченото финансиране на здравната система затруднява обновяването на оборудването и привличането на нови кадри.

4. Неравномерно разпределение на ресурсите

Големите градове разполагат с по-добре оборудвани ИПЗ, докато в отдалечените райони достъпът до такива услуги е ограничен. [17], [13]

Изводи

За преодоляване на тези предизвикателства е необходимо прилагането на целенасочени политики, насочени към подобряване на материалната база, привличане и задържане на квалифициран персонал, както и осигуряване на равномерен достъп до интензивни педиатрични грижи в цялата страна.

Тази глава разглежда същността и ролята на интензивните педиатрични звена (ИПЗ), тяхното значение за детското здравеопазване и международните стандарти и добри практики в тази област.

Основните акценти в тази част могат да бъдат обобщени, както следва:

1. Определение и функции на интензивните педиатрични звена

ИПЗ са специализирани отделения, които осигуряват интензивна медицинска помощ на деца в критично състояние. Те изпълняват ключови функции като мониторинг на жизнените показатели, респираторна и сърдечно-съдова поддръжка, лечение на критични инфекции, следоперативна грижа и рехабилитация. Освен това те играят важна роля в обучението и развитието на медицинския персонал.

2. Значение за детското здравеопазване

ИПЗ имат решаващо значение за намаляване на детската смъртност и заболяемост, осигуряване на грижи за деца с хронични заболявания, както и за обучението на медицински кадри. Те са неразделна част от националната стратегия за детско и юношеско здраве, като тяхното функциониране е приоритет за ефективността на здравната система.

3. Международни стандарти и добри практики

Международните организации като Световната здравна организация (СЗО) и Американската академия по педиатрия (AAP) са формулирали насоки за ефективното функциониране на интензивните педиатрични звена. Те включват изисквания за квалификацията на персонала, стандартни протоколи за лечение, мултидисциплинарен подход и интеграция на иновативни методи на лечение. Освен това, семейно-ориентираната грижа се разглежда като ключов елемент за подобряване на удовлетвореността на родителите и клиничните резултати при лечението на децата.

4. Предизвикателства и необходимост от усъвършенстване

Въпреки установените международни стандарти, прилагането им в България среща редица предизвикателства. Сред тях са недостигът на квалифициран медицински персонал, липсата на достатъчно оборудвани интензивни педиатрични звена и нуждата от по-добра координация и подкрепа от страна на здравните институции.

Интензивните педиатрични звена са от решаващо значение за детското здравеопазване и представляват критичен компонент в лечението на най-уязвимите пациенти. Въвеждането на международни стандарти и добри практики в управлението и организацията на тези звена би допринесло значително за подобряване на качеството на медицинската помощ. Недостигът на ресурси и медицински кадри, обаче, остава основно предизвикателство, което изисква спешни мерки и целенасочени инвестиции.

ТРЕТА ГЛАВА

ВЪЗДЕЙСТВИЕТО НА НЕДОСТИГА НА ИНТЕНЗИВНИ ПЕДИАТРИЧНИ ЗВЕНА

1. Въздействие върху здравето на децата

Недостигът на такива педиатрични интензивни отделения значително може и негативно да повлияе върху здравето на децата, особено в критични и спешни ситуации. Ограниченият достъп до специализирани грижи е възможно да доведе до забавяне на диагнозата и лечението, увеличавайки риска от усложнения и смъртност. Според Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030, доброто детско здраве е признато за

национален приоритет и обект на дългосрочен политически и обществен консенсус. Въпреки това, неравномерното разпределение на ИПЗ в страната води до неравен достъп до качествени здравни грижи за децата. Това е особено изразено в отдалечените и селските райони, където липсата на такива звена ограничава възможностите за навременна медицинска намеса. [32]

По време на здравни кризи, като пандемията от COVID-19, пренасочването на педиатрични ресурси към грижи за възрастни изостри недостига на услуги за PICU за деца. Това преразпределение доведе до натрупване на хирургични операции и по-дълго време на чакане за преглед при специалисти, което допълнително компрометира педиатричните здравни резултати. [28]

От друга страна недостигът на може да доведе до прекомерно разширяване на съществуващите звена, което да допринесе за прегаряне на доставчиците на здравни услуги и потенциално да намали качеството на грижите за пациентите. Справянето с тези предизвикателства налага многостранен подход, включително увеличаване на броя на ИПЗ, подобряване на разнообразието на работната сила и прилагане на стратегии за задържане на квалифицирани здравни специалисти. [33]

Изводи

В обобщение на гореизложеното, липсата на подходящи съоръжения и ресурси за ИПЗ представлява значителна заплаха за педиатричното здраве, което подчертава необходимостта от целенасочени интервенции, за да се гарантира, че всички деца имат достъп до услугите за интензивни грижи, от които се нуждаят.

2. Социално-икономически последици за обществото

Недостигът на педиатрични интензивни звена (ИПЗ) има дълбоки социално-икономически последици за обществото. Ограниченият достъп до специализирани педиатрични интензивни грижи може да доведе до повишена детска заболяемост и смъртност, особено сред деца от семейства с по-ниски доходи, които могат да имат по-тежки заболявания при приемане. Това несъответствие от една страна изостря неравенствата в здравеопазването, от друга налага значителни емоционални и финансови тежести върху засегнатите семейства. [27]

От икономическа гледна точка липсата на адекватни ИПЗ може да доведе до по-високи дългосрочни разходи за здравеопазване. Забавената или недостатъчна интензивна грижа може да доведе до продължителен болничен престой, повишена нужда от сложни медицински интервенции и дългосрочни грижи за инвалидност, като всички те ескалират разходите за здравеопазване. Освен това семействата могат да се сблъскат със загубен доход поради отго-

ворности за полагане на грижи или загуба на дете, което допълнително затруднява икономическата стабилност. От обществена гледна точка липсата на ИПЗ може да доведе до намалена производителност и увеличени коефициенти на зависимост, тъй като децата, които не получават навременна и адекватна критична грижа, могат да страдат от дългосрочни здравословни усложнения, които ограничават бъдещия им принос към обществото. Освен това, напрежението върху съществуващите здравни ресурси може да доведе до прегаряне сред доставчиците на здравни услуги, намаляване на общото качество на грижите и увеличаване на текучеството, което допълнително изостря недостига на специализиран медицински персонал. [27]

Отражението в България

От социална гледна точка, недостигът на ИПЗ може да доведе до намалена обществена удовлетвореност от здравната система и загуба на доверие в нейната способност да осигури необходимите грижи за най-уязвимите членове на обществото – децата. Това може да породи обществено недоволство и да увеличи натиска върху здравните институции и правителството за предприемане на мерки за подобряване на ситуацията. Недостигът на интензивни педиатрични звена в България има дълбоки социално-икономически последици, които изискват спешни и целенасочени действия за подобряване на достъпа до качествени здравни грижи за децата в цялата страна.

Изводи

Справянето с недостига на ИПЗ е от огромно значение и за подобряване на резултатите за здравето на децата и за смекчаване на по-широките социално-икономически предизвикателства. Инвестициите в инфраструктурата на здравеопазването, справедливото разпределение на ресурсите и целенасочените политики за подкрепа на уязвимите групи от населението са критични стъпки към осигуряване на по-здрavo и по-икономически стабилно общество.

3. Влияние върху медицинската общност и примери за влияние върху пациенти

Недостигът на интензивни педиатрични звена (ИПЗ) досега е оказвало и продължава да оказва значително влияние върху българската медицинската общност. Лекарите и медицинските сестри, работещи в съществуващите ИПЗ и до момента, често са изправени пред претоварване поради ограничените ресурси и нарастващия брой пациенти.

Това води до повишен стрес и риск от професионално прегаряне сред медицинския персонал. Освен това, липсата на достатъчни ИПЗ ограничават възможностите за професионално развитие и специализация на медицинските кадри в областта на педиатричната интензивна медицина.

Това може да доведе до намаляване на мотивацията и отлив на специалисти към други медицински области или дори към чужбина, където условията за работа са по-добри. В допълнение, недостигът на ИПЗ затруднява прилагането на съвременни медицински практики и стандарти, което може да компрометира качеството на предоставяните здравни услуги. Медицинската общност е изправена пред предизвикателството да осигури адекватна грижа за пациентите при ограничени ресурси, което изисква допълнителни усилия и иновации в организацията на работата.

Като крайно заключение на тази „болезнена тема“ за развитието на медицинските специалисти ще се оформи констатацията, че, недостигът на интензивни педиатрични звена в България в момента създава сериозни предизвикателства за медицинската общност, свързани с *претоварване, ограничени възможности за професионално развитие и затруднения в прилагането на висококачествени медицински практики*. [3]

Анализ на липсата на ИПЗ и кадровия дефицит според медиите

В българските медии често се обсъждат проблемите, свързани с липсата на интензивни педиатрични звена (ИПЗ) и предизвикателствата пред детските болници и педиатричната помощ. Ето и някои примери:

Недостиг на педиатри и затваряне на детски отделения

В много региони на България се наблюдава сериозен недостиг на педиатри, което води до затваряне на детски отделения. Например, в Перник трима от четиримата лекари в педиатричното отделение на местната болница са в болничен, което затруднява предоставянето на адекватна медицинска помощ на децата. [26]

Липса на медицински сестри в детските отделения

Недостигът на медицински сестри също е сериозен проблем. В отделението по детска реанимация на Националната кардиологична болница липсват осем сестри, което затруднява нормалната работа и налага спиране на детските сърдечни операции. [21]

Кадрови дефицит и затруднен достъп до педиатрична помощ

Според анализ на Европейската инвестиционна банка, в България липсват поне 512 педиатри. Около половината от практикуващите детски лекари са в предпензионна и пенсионна възраст, което допълнително усложнява достъпа до педиатрична помощ. [8]

В България съществува значителен недостиг на медицински сестри, особено в интензивните педиатрични звена. Според данни от Националния статистически институт (НСИ) към 31 декември 2023 г., общият брой на професионалистите по здравни грижи и други медицински специалисти в страната е около 44 523. Разпределението по региони е както следва:

За Северна и Югоизточна България: 20 577 специалисти

За Югозападна и Южна централна България: 22 290 специалисти

В рамките на тези региони, броят на професионалистите по здравни грижи е както следва:

Северозападен район: 5104

Северен централен район: 4320

Североизточен район: 5305

Югоизточен район: 5848

Югозападен район: 13 695

Южен централен район: 8595

Тези данни обаче не предоставят конкретна информация за броя на медицинските сестри, работещи в интензивни педиатрични отделения. Според публикация в списание „Здравни грижи“ от 2024 г., в България не достигат близо 30 000 медицински сестри и 4000 акушерки, за да се постигне универсално здравно покритие. [4]

Този недостиг е особено осезаем в специализирани отделения като детската кардиология. Например, в Националната кардиологична болница липсата на осем медицински сестри в детската реанимация доведе до временно спиране на детските сърдечни операции. [22]

За справяне с този проблем Министерството на здравеопазването предложи стратегия, включваща мерки като финансови стимули, кариерни възможности и популяризиране на професията. [15]

Въпреки тези усилия, недостигът на медицински сестри остава сериозно предизвикателство за здравната система в България, особено в интензивните педиатрични звена.

Липсата на интензивни педиатрични звена в България оказва сериозно влияние върху здравето на децата

Ето няколко примера, илюстриращи този проблем:

1. Спиране на приема в интензивното отделение поради липса на анестезиолози: През 2019 г. в Специализираната болница за активно лечение по детски болести „Проф. д-р Иван Митев“ в София се наложи временно спиране на приема в интензивното отделение поради недостиг на анестезиолози. Това доведе до отлагане на спешни медицински интервенции за деца в критично състояние. [15]

2. Недостиг на медицински сестри в Националната кардиологична болница: В Националната кардиологична болница, където се намира единственият Център за комплексно лечение на деца с вродени сърдечни малформации, липсата на медицински сестри в детското интензивно кардиологично отделение затруднява грижите за малките пациенти. Това води до увеличено натоварване на наличния персонал и потенциален риск за качеството на предоставяните медицински услуги.

3. Разпръснатост на специализирани педиатрични звена: Понастоящем някои специализирани педиатрични звена са разположени в различни болници в София, което създава затруднения в диагностичния и лечебния процес, особено когато се налага консултация или лечение на пациенти с по-сложни проблеми. Липсата на централизирана структура води до забавяне в предоставянето на необходимите медицински грижи. [23]

Тези примери подчертават необходимостта от подобряване на инфраструктурата и кадровото обезпечаване в педиатричните звена на страната, за да се гарантира навременна и качествена медицинска помощ за всички деца.

Въпреки дългогодишните обсъждания, България все още няма Национална детска болница, която да обедини различните педиатрични специалности и да предоставя цялостна грижа за децата. Това води до разпокъсаност на педиатричните услуги и затруднения в координацията на лечението. [20]

Тези всички по-гореизложени примери илюстрират сериозните предизвикателства пред педиатричната помощ в България и необходимостта от спешни мерки за подобряване на така създадалата се ситуация.

В независимата общоевропейска медийна мрежа, специализирана в работата на Европейския съюз – сайт Euractiv¹ се коментира критично състояние на детското здравеопазване в България. Авторът на статията – Красен Николов обобщава ситуацията от 2023 г. за състоянието на детското здравеопазване в България, като констатира, че то се намира в сериозна криза, предизвикана от недостатъчно финансиране и липса на медицински персонал. Споменава, че един от основните проблеми е приоритетът на хоспитализациите пред амбулаторното лечение, което води до неефективно разпределение на ресурсите.

Предложение за безплатни лекарства за деца до три години

Николов подчертава, че активисти и медицински специалисти в страната предлагат мерки за подобряване на системата, като осигуряване на безплатни лекарства за деца до три години. Според Българската педиатрична асоциация²

¹ Euractiv е независима общоевропейска медийна мрежа, специализирана в делата на ЕС, създадена от нейния основател Кристоф Леклерк през 1999 г. Ние обхващаме политическите процеси на ЕС преди решенията, обобщавайки проблемите, без да вземаме страни. Покритието на политиката на Euractiv е разпространено в седем 'хъба', Agrifood, Economy, Energy, Environment and Transport, Global Europe, Health, Politics и Technology. Нашето отразяване на новини се допълва от силна програма за събития, в която обединяваме ключовите заинтересовани страни в широчината на разработването на европейски политики за конструктивна дискуссия и дебат. <https://www.euractiv.com/about-euractiv/>

² Българската педиатрична асоциация (БПА) е основана през 1961 г. под името Републиканско научно дружество по педиатрия. От 2015 г. БПА е регистрирана като сдружение с нестопанска цел, което извършва дейност в обществена полза. Асоциацията обединява педиатри, общопрактикуващи лекари с педиатрична практика, специалисти, работещи в сферата на детското здравеопазване, съмишленици.

над 60% от педиатрите ще се пенсионира през следващото десетилетие. Развива проекта „С грижа от 0 до 3“, обединяващ 11 неправителствени организации в подкрепа на тази инициатива. Въпреки това, системните проблеми остават, констатира авторът, като изтъква, че България е с една от най-високите нива на детска смъртност в ЕС (4,8 смъртни случая на 1000 живородени деца), а над 60% от педиатрите ще се пенсионира през следващото десетилетие и в Министерството на здравеопазването и в самото правителство липсва адекватен план за попълване на кадрите.

Трагичният случай на 15-годишната Даная

Трагичният случай на 15-годишната Даная подчертава проблемите в системата – забавени и неадекватни медицински грижи доведоха до смъртта ѝ, твърди Николов. Родителите и медицинската общност са убедени, че ако България разполагаше с модерна детска болница, изходът можеше да бъде различен. Специалистите смятат, че изграждането на такава болница би подобрило лечението на децата, но реализацията на този проект ще отнеме поне пет години, завършва статията си Красимир Николов. [29]

Недостигът на медицински сестри и спирането на детските сърдечни операции в България

В друга статия от май 2014 г. сайтът Nivonite.com описва сериозния проблем, свързан с недостига на медицински сестри в България, който води до временно спиране на детските сърдечни операции. Според проф. Анна Канева, ръководител на Детската кардиологична клиника в Националната кардиологична болница, обявена по bTV, тази критична ситуация е резултат от значителния дефицит на специалисти, необходими за осигуряване на качествени грижи за децата, нуждаещи се от сърдечна хирургия. В детската реанимация липсват осем медицински сестри, което води до необходимостта наличният персонал да поема допълнителни дежурства, често достигайки до 100 извънредни часа, което е непосилно за поддържане в дългосрочен план.

Проф. Канева подчертава предизвикателствата, пред които са изправени медицинските сестри, като отбелязва, че понякога им се налага да работят 24-часови смени. Тя уточнява, че спирането на операциите е временна мярка, насочена към решаване на продължаващия проблем с недостига на персонал, който датира от 2017 г. Въпреки положените усилия за обучение на медицински сестри в областта на детската интензивна грижа, процентът на задържаните кадри остава нисък, основно поради семейни причини.

В този контекст родителите на децата, чакащи операция, изразяват сериозна загриженост относно възможността за трайно преустановяване на оперативните интервенции. Нели Йорданова, майка на дете, очакващо операция вече месец, подчертава високия риск за пациентите, тъй като Националната

кардиологична болница е единственото медицинско заведение в България, което разполага с необходимите условия за извършване на детски сърдечни операции. Катя Трифонова споделя трудностите, с които се сблъсква семейството ѝ в очакване на операцията на нейния син, като описва емоционалното натоварване, което това налага върху родителите, и облекчението, което настъпва при успешното извършване на процедурите.

Въпреки предизвикателствата, родителите изразяват благодарност към медицинския персонал за тяхната отдаденост и професионализъм. В същото време Трифонова апелира към властите за предприемане на конкретни мерки за справяне с недостига на медицински сестри и осигуряване на навременни хирургични интервенции за всички нуждаещи се деца.

Тя акцентира върху отговорността на ръководството на болницата за справяне с организационните предизвикателства в отделението.

Изводи

Тази ситуация подчертава дълбоките структурни проблеми в здравеопазването в България, свързани с кадровия недостиг, особено в специализирани области като детската кардиология. Важно е да се анализират причините за тази криза и да се търсят устойчиви решения, които да гарантират качествена и достъпна медицинска помощ за най-уязвимите пациенти – децата. [30]

Статистика за броя на децата, починали вследствие на некачествено медицинско обслужване или лекарски грешки

В България липсва конкретна статистика за броя на децата, починали вследствие на некачествено медицинско обслужване или лекарски грешки. Данните за причините за смъртта се събират и публикуват от Националния статистически институт (НСИ), но те не предоставят детайлна информация, свързана с медицински грешки като причина за смърт. [19]

Въпреки това, е известно, че детската смъртност в България е сред най-високите в Европейския съюз. Според отчет на Министерството на здравеопазването от 2021 г., продължителността на живота у нас е най-ниска сред страните от ЕС, а детската смъртност е сред най-високите.

Има отделни случаи, които привличат общественото внимание върху проблема с лекарските грешки. Например през 2010 г. 4-годишната Гергана Илиева почина след операция на сливици в университетската болница „Царица Йоанна – ИСУЛ“. След продължителен съдебен процес през 2018 г. лекарят Михаил Маджунов беше осъден на две години условно заради грешки, довели до смъртта на детето. [2]

Този случай подчертава необходимостта от подобряване на качеството на медицинското обслужване и въвеждане на по-строги механизми за мониторинг и отчетност в здравната система.

В допълнение към случая с 4-годишната Гергана Илиева, има и други инциденти в България, при които деца са починали вследствие на предполагаеми лекарски грешки, изложени по-долу:

- Случай с 3-годишно дете в Плевен (2019 г.): През 2019 г. 3-годишно момче почина в Университетската болница в Плевен след операция на сливиците. Родителите обвиниха медицинския екип в небрежност и неправилно проведено лечение.

- Случай с 5-годишно дете в София (2016 г.): През 2016 г. 5-годишно момче почина в столична болница след усложнения от варицела. Родителите твърдяха, че лекарите не са реагирали адекватно на влошаването на състоянието на детето.

- Случай със 7-годишно дете в Бургас (2014 г.): През 2014 г. 7-годишно момиче почина в Бургаската болница след операция на апендицит. Разследването установи пропуски в следоперативните грижи и забавена реакция при усложнения.

По-гореизложените случаи подчертават необходимостта от подобряване на стандартите за медицинско обслужване и засилване на контрола върху качеството на предоставяните здравни услуги в България.

Тази глава от документа се фокусира върху въздействието на недостига на интензивни педиатрични звена (ИПЗ) върху здравето на децата, социално-икономическите последици за обществото, както и влиянието върху медицинската общност.

1. Въздействие върху здравето на децата

Липсата на достатъчно ИПЗ води до ограничен достъп до специализирана медицинска помощ, което може да доведе до забавяне на диагнозата и лечението, увеличавайки риска от усложнения и смъртност сред децата. Особено засегнати са отдалечените и селските райони, където достъпът до качествени здравни грижи е силно ограничен.

По време на кризисни ситуации, като пандемията от COVID-19, този проблем се задълбочава, като педиатричните ресурси се пренасочват към грижи за възрастни, което води до натрупване на операции и продължително чакане за специализирана медицинска намеса.

2. Социално-икономически последици

Недостигът на ИПЗ изостря социалните неравенства и поставя сериозни финансови тежести върху семействата, чиито деца имат нужда от спешна и интензивна медицинска грижа. В икономически план липсата на такива звена води до увеличени разходи за здравеопазване, поради по-дълги болнични престои и необходимостта от скъпоструващи медицински интервенции.

Освен това семействата често са принудени да се грижат за деца с дългосрочни увреждания, което допълнително натоварва икономическата им ста-

билност. Недостигът на адекватни здравни грижи също така намалява общественото доверие в здравната система и засилва натиска върху институциите за спешни реформи.

3. Влияние върху медицинската общност

Медицинските специалисти, работещи в съществуващите ИПЗ, често са претоварени поради ограничените ресурси и нарастващия брой пациенти. Това води до риск от професионално прегаряне, намаляване на качеството на грижите и ограничени възможности за професионално развитие. Освен това, недостигът на достатъчно на ИПЗ затруднява прилагането на съвременни медицински практики и стандарти, което влияе негативно върху ефективността на предоставяните здравни услуги.

4. Медийни анализи и примери

Медиите в България често съобщават за случаи на затруднен достъп до педиатрични интензивни грижи. Проблемът с недостига на педиатри и медицински сестри в детските отделения води до затваряне на цели педиатрични звена, което допълнително усложнява ситуацията. Няколко известни случаи илюстрират сериозните последици от този проблем, включително смъртни случаи на деца, при които липсата на адекватни здравни грижи е била ключов фактор.

Общ извод

Недостигът на интензивни педиатрични звена в България оказва сериозно влияние върху здравето на децата, социално-икономическото състояние на семействата и ефективността на медицинската общност. Проблемът с кадровия и ресурсния дефицит в здравната система изисква спешни мерки, включително разширяване на инфраструктурата на ИПЗ, по-добро разпределение на ресурсите и стимули за привличане и задържане на медицински специалисти. Без целенасочени инвестиции и политики за развитие на педиатричните интензивни грижи, този проблем ще продължи да се задълбочава, с негативни последици за здравето и благосъстоянието на бъдещите поколения.

Използвана литература

1. Бозукова, Мартина. (2024). Мария Шаркова: Действащите медицински стандарти да се пригодят към новата детска болница, а не обратното. MediaPool.bg.

<https://www.mediapool.bg/mariya-sharkova-deistvashtite-meditsinski-standarti-da-se-prigodyat-kam-novata-detska-bolnitsa-a-ne-obratnoto-news361780.html>

2. Бозукова, Мартина. (2018). Осем години по-късно: Какви поуки си извадихме за лекарските грешки?

<https://www.mediapool.bg/osem-godini-po-kasno-kakvi-pouki-si-izvadihme-za-lekarskite-greshki-news283114.html>

3. Българска педиатрична асоциация. (2024). Д-р Димитър Печилков: „Необходими са комплексни мерки за решаване на проблема с хроничния недостиг на медицински сестри“. За Практиката. <https://pediatria-bg.eu/>
4. Василева, Милка. Поклон пред професионализма, милосърдието и хуманизма на всички медицински специалисти. Електронен бюлетин – Здравни грижи https://nursing-bg.com/docs/bzg/2024/Zdravni_griji_05_2024.pdf
5. Дневникът на мама и татко. (2016). Медицински стандарт „Педиатрия“. Детско здравеопазване. <https://www.namama.bg/article/medicinski-standart-pediatria/>
6. Европейска фондация за грижа за новородени (EFCNI). (2021). Европейски стандарти за грижа за новородените – Информационна брошура. https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2021/12/2021_12_20_ESCNH_Bericht_Broschu%CC%88re_Bulgarisch.pdf
7. Илиева, Вучева и кол. (2024). Инициатива за нормативна уредба на телемедицината в България. <https://ivlawfirm.com/initsiativa-za-normativna-uredba-na-telemeditsinata-v-balgariya/>
8. Делчева, Е. (2020). Здравна икономика. ИК – УНСС.
9. Лекс.БГ (Lex.bg). (2021). Наредба № 7 от 3 ноември 2016 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Педиатрия“. <https://lex.bg/en/laws/ldoc/2136928116>
10. Маринова, Евгения. Телемедицината да бъде регламентирана законово в България, настояват експерти. Капитал.бг. <https://www.investor.bg/a/521-zdraveopazvane/384265-telemeditsinata-da-bade-reglamentirana-zakonovo-v-balgariya-nastoyavat-eksperti>
11. Министерство на Здравеопазването. (2014). Наредба № 13 от 23.07.2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Неонатология“, обн., ДВ, бр. 66 от 8.08.2014 г. <https://www.mh.government.bg/upload/333/neonatologiq.pdf>
12. Министерство на здравеопазването. (2025). Начален сайт на Министерство на здравеопазването. <https://www.mh.government.bg/>
13. Министерство на здравеопазването. (2023). Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 <https://www.mh.government.bg/upload/3358.pdf>
14. Министерство на здравеопазването. (2023). Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 https://old.mh.government.bg/media/filer_public/2023/10/13/natsionalna_strategiia_za_detsko_i_iunoshesko_zdrave_i_pediatriчна_grizha_2030.pdf
15. Мишева, Мила. Рискът приемът да спре за всички отделения в Педиатрията. Clinica.bg <https://clinica.bg/10347-riskyt-priemyt-da-spre-e-za-vsichki-otdeleniq-v-pediatriqta>
16. Министерство на здравеопазването. (2024). Национална здравна стратегия – 2030. <https://www.strategy.bg/FileHandler.ashx?fileId=34127>
17. Министерство на здравеопазването. (2023). Наредба № 13 от 23 юли 2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Неонатология“. https://old.mh.government.bg/media/filer_public/9a/0d/9a0d92d6-5833-4e7b-9c18-56b273f48992/proekt-na-naredba-standart-nenatologia.doc

18. Мургова и др. (2022). Доклад относно проучване и анализ на действащата европейска и национална нормативна уредба в сферата на телемедицината. Проект „Подобряване на политиките и нормативната рамка в сферата на телемедицината“ https://dhicluster.bg/wp-content/uploads/2022/09/Activity-1.1_Telemedicine_Legal-analysis_final.pdf

19. Национален статистически институт. (2024). Умирения по причини и смъртност по причини. <https://www.nsi.bg/bg/content/3348>

20. Николова, Десислава. Защо още няма детска болница в София. Капитал. https://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/zdraveopazvane/2024/05/10/4623324_zashto_o_vse_oshte_niama_detska_bolnica_v_sofia/

21. ОфНюз (OffNews). (2024). Спряха детските сърдечни операции. Няма сестри. <https://offnews.bg/zdrave/spriaaha-detskite-sardechni-operatcii-niama-sestri-822930.html>

22. Редакторски екип на БТВ Новините. (2024). „Недостигът на медицински сестри е критичен“: Защо се бавят операциите на детски сърца?. БТВ Новини <https://btvnovinite.bg/predavanja/tazi-sutrin/nedostigat-na-medicinski-sestri-e-kritichen-zashto-se-bavjat-operaciite-na-detski-sarca.html>

23. Списание Педиатрия плюс. (2024). Необходими са комплексни мерки за решаване на проблема с хроничния недостиг на медицински сестри. Издание на Българската педиатрична асоциация брой 5 от 2024 г. <https://pediatria-bg.eu/wp-content/uploads/2024/05/PediatriaPlus-5-2024.pdf>

24. Фондация „Нашите недоносени деца“. (2021). Семейно-ориентирана грижа и болничен престой. Категории: Здравни приоритети. <https://premature-bg.com/semejno-orientirana-grizha-i-bolnichen-prestoj/>

25. Цекова, Р. (2015). Какво точно означава телемедицина и какви са ползите от нея за лекари и пациенти? Medical News. <https://medicalnews.bg/2015/07/25>

26. Шаумян, Ерика. (2025). Липса на педиатри: Проблемът с кадрите затваря детски отделения в страната. Канал 1 – БНТ <https://bntnews.bg/news/lipsa-na-pediatri-problemat-s-kadrite-zatvarya-detski-otdeleniya-v-stranata-1322808news.html>

27. Andrist, Erica. Riley, Carley. (2019). Neighborhood Poverty and Pediatric Intensive Care Use. National Library of Medicine <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6889973/>

28. Jones, Sarah. Walter, Melissa. (2023). Shortages of Care and Medical Devices Affecting the Pediatric Patient Population. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK596745/>

29. Nikolov, Krassen. (2024). Bulgarian doctors sound alarm as paediatric health care collapses. EURACTIV.bg <https://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/bulgarian-doctors-sound-alarm-as-paediatric-health-care-collapses/>

30. Novinite.com. (2024). Nursing Shortage Halts Pediatric Heart Surgeries in Bulgaria! <https://www.novinite.com/articles/226048/Nursing+Shortage+Halts+Pediatric+Heart+Surgeries+in+Bulgaria%21>

31. The European Standards of Care for Newborn Health (ESCNH). (2025). Standards <https://newborn-health-standards.org/>

32. Versea, Federica. (2022). Children's lack of access to pediatric intensive care in rural areas threatens their right to life. Humanium <https://www.humanium.org/en/childrens-lack-of-access-to-pediatric-intensive-care-in-rural-areas-threatens-their-right-to-life/>

33. Wheeler, Derek S. Dewan, Maya. (2018). Staffing and workforce issues in the pediatric intensive care unit. Translational Pediatrics. <https://tp.amegroups.org/article/view/21400/html>

34. Вълков, А. (2010). Стратегическо управление на лечебните заведения. Клиентската перспектива във фокуса на здравните мениджъри.

35. Делчева, Е., М. Попов (1996). Технологии в здравеопазването. Принцепс.

Научен ръководител: проф. д-р Евгения Делчева

Рецензент: гл.ас. д-р Златина Шотарова

ДОКТОРАНТСКИ ЧЕТЕНИЯ 11

ЕДИНАДЕСЕТА ЕСЕННА АКАДЕМИЯ

Научни изследвания

Колектив

Предпечатна подготовка: Теодора Маркова

Дадени за печат на 25.06.2025 г.

Формат 16/70/100. ПК 11,5

ISBN 978-619-232-913-6

ПЕЧАТНИЦА – УНСС