



# Недостигът на медицински специалисти в здравеопазването

Ралица Симеонова-Ганева, Калоян Ганев\*

По оценки на Световната здравна организация (СЗО) недостигът от медицински специалисти на глобалния пазар се очаква да достигне до 15 млн. лекари, медицински сестри и др. през 2030 г. Дефицитът става все по-осезаем в Европейския съюз и конкуренцията между отделните държави по отношение на привличането и задържането на медици става все по-голяма. Настоящият анализ представя основни факти относно осигуреността на здравната система в България с медицински специалисти. Направено е сравнение на избрани показатели с набор от референтни стойности за Европа и е идентифициран недостигът от кадри на национално и регионално ниво.

Резултатите показват, че в България броят на лекарите на 100 хил. души население през 2021 г. е по-висок от изчислената за разглежданите европейски държави медиана (429,6 срещу 402,5). Въпреки това при тях открояваме два специфични дефицита: недостиг от приблизително 1000 общопрактикуващи лекари и недостиг от над 460 психиатри. Най-сериозен дефицит в системата се очертава по отношение на медицински сестри, който съответства на приблизително 16,9 хиляди медицински сестри.

Понастоящем образователната система само частично компенсира напускането на лекари и медицински сестри. Потребностите, определени от съществуващите вече дефицити, остават незадоволени. Преодоляването на недостига е огромно предизвикателство пред държавното управление. Възможните решения, които предлагаме, са свързани с приоритизиране на обучението на медицински специалисти, задържането им в България (в т.ч. на обучаваните чуждестранни граждани), обратно привличане на българските специалисти, работещи в чужбина, както и значително подобряване на условията за труд и възможностите за кариерно развитие.

\* Софийски университет „Св. Климент Охридски“. Членове на Съвета за икономически анализи. Мненията изразени в настоящия анализ, са единствено на авторите му. Те не ангажират по никакъв начин и не представят мнения на Съвета за икономически анализи или българската държава и нейните институции. Авторите изказват благодарност на членовете на СИА, особено на Пламен Ненов, Йото Йотов, Джефри Нилсен, Теодора Цанкова и Петьо Бонев, както и на Андрей Василев от Софийския университет за подкрепата и ценните коментари. Специални благодарности на Антон Гладнишки и колегите му от Администрацията на Министерския съвет, на Свилен Кателиев от Националния статистически институт, както и на екипите от Министерството на здравеопазването и Министерството на образованието и науката за предоставената статистическа информация. Благодарности и на лекарите проф. Жени Стайкова, Жан Филипov, Екатерина Найденова, Николай Искърров и Иглика Брашо за безценната обратна връзка по проблемите на работна сила в здравеопазването.

През последните десетилетия търсенето на здравни услуги нараства значително в глобален план.<sup>1</sup> Основните причини за това могат да бъдат обособени в две взаимосвързани групи: демографски и социално-икономически.<sup>2</sup> Към първата група спадат нарастването на броя на населението, увеличаването на средната продължителност на живота и застаряването. Към втората могат да бъдат причислени повишаването на благосъстоянието (доходите), подобряването на достъпа до медицинско обслужване и превенция, технологичното развитие в медицината, нарастващото разпространение на хронични заболявания, повишаването на здравната култура на населението и др.

Повишеното търсене на здравни услуги води от една страна до усилване на натиска върху публичните и частните системи за финансиране на медицинското обслужване, а от друга увеличава потребностите от осигуряване на здравната система със съответните медицински специалисти. В голямата си част този тип специалисти попада в класа на т.нар. регулирани професии. Обучението им се характеризира с висока степен на стандартизация, интензитет и продължителност. Също така, това обучение изисква значително по-високо от средното финансово осигуряване. Като се имат предвид ограничените възможности са частно финансиране, последното предполага съществени затруднения в достъпа до образование и обучение. Ето защо в този контекст важноста на публичното финансиране и политики нараства значително. По-конкретно, формулирането и приложението на публичните политики изисква изрично адресиране на проблемите не

само на образованието и обучението, но и тези свързани с допълнителната квалификация, задържането на медицинските специалисти и привличането на такива от други здравни системи.

Във водещите световни икономики тези проблеми, както и техните решения, са добре осъзнати, което е отразено и в провежданите от тях политики в областта. В тези държави се отделят значителни публични и частни средства за обучение на такива кадри.<sup>3</sup> Тези инвестиции обаче са силно недостатъчни, поради което понастоящем глобалното търсене на лекари, сестри и други здравни специалисти надвишава значително предлагането им. Освен на посочените демографски и социално-икономически фактори, това се дължи и на факта, че някои големи икономики предпочитат да избягват увеличаването на публичните разходи,<sup>4</sup> като го заместват с привличане на специалисти от чужбина. Ефектът от това е, че засегнатите държави често се принуждават да намаляват още повече инвестициите за създаване на съответните специалисти.<sup>5</sup>

По оценки на Световната здравна организация (СЗО) към 2006 г. недостигът от медицински специалисти на глобалния пазар възлиза на над 4 млн. лекари, сестри, акушерки и др.<sup>6</sup> При продължаване на настоящите тенденции и липса на адекватни интервенции към 2030 г. недостигът от здравни работници се очаква да достигне до 15 млн.<sup>7</sup> Например, недостигът на лекари в САЩ се очаква да надхвърли 54 хил.

<sup>1</sup> Culyer and Newhouse (2000).

<sup>2</sup> Fuchs (1972), Gu (2020).

<sup>3</sup> Вж. например Frenk et al. (2022), Online Appendix, стр. 16-17.

<sup>4</sup> He et al. (2021).

<sup>5</sup> В специализираната литература явлението е познато като ефект на бракониерството (poaching externality). На микроикономическо ниво то се свързва с нежеланието на работодателите да инвестират в обучение на служителите поради рисковете те да бъдат „откраднати“ от конкуренцията.

<sup>6</sup> WHO (2006).

<sup>7</sup> Liu et al. (2017).

към 2033 г.<sup>8</sup> Ситуацията в Европейския съюз е сходна.<sup>9</sup>

В резултат на силно конкурентния глобален пазар е налице все по-неравномерно разпределение на медицински кадри по континенти, страни и региони. Дефицитът става все по-осезаем там, където заплащането на труда на медицинските специалисти е относително ниско. Проблемът е допълнително изострен вследствие на пандемията от COVID-19. Физическото и психическото претоварване на медицинските кадри през този период предизвиква и промяна в нагласите за работа в сектора на здравните работници. При немалка част от тях е отчетено намерение да напуснат медицинската професия или да се пенсионират по-рано.<sup>10</sup>

Описаните проблеми предполагат непрекъснато повишаване на ценността на медицинските специалисти. Очертава се засилване на конкуренцията между отделните държави по отношение на тяхното привличане и задържане. Може да се очаква, че предимство ще имат държавите и регионите, в които нивото на заплащане, цялостните условия на труд и възможностите за професионална реализация и развитие са значително по-високи. Важна роля в това отношение вероятно ще играят и популярността в световен и регионален план на официалните езици, на които се практикуват професиите.

В контекста на европейските трудови пазари България попада в групата на страните, в които заплащането е относително по-ниско. Това е фактор за изтичане на медицински специалисти от страната. Освен това българският език като основен в работната среда на медиците се оказва допълнително

препятствие, което пречи за привличането на специалисти от други държави.

Целта на настоящия анализ е да представи основни факти относно осигуреността на здравната система на Република България с медицински специалисти. На база на изведени референтни стойности на разглежданите показатели за широк набор от европейски държави е оценен недостигът от кадри в България на национално и регионално ниво. Анализирани са входящите и изходящите потоци от кадри и е направена оценка доколко образователната система е в състояние да компенсира отлива от системата. В края на анализа са направени и някои изводи и препоръки към провеждането на политики в сектора на здравеопазването.

## Недостигът на специалисти: национални измерения

### Методологични бележки

Определянето на оптималния брой медицински специалисти зависи в голяма степен от търсенето на медицински услуги от страна на населението.<sup>11</sup> Докато в литературата и практиката се използват редица измерители за търсенето, то за определянето на тези оптимални стойности все още липсват ясни и общоприети формални критерии. Поради тази причина различните държави и институции често прибегват до оценки по усмотрение.<sup>12</sup> Подобен подход обаче носи риска от присъствието на твърде силен субективен елемент. Ето защо в практиката се прилага и алтернативен подход, при който за приближение на желаното

<sup>8</sup> IHS Markit (2020).

<sup>9</sup> Вж. например "Europe Is Struggling to Keep its Health Systems Afloat", Health Policy Watch, <https://healthpolicy-watch.news/europe-struggles-to-keep-health-systems-afloat/>.

<sup>10</sup> Например, през 2021 г. при 43% от медицинските сестри в САЩ е отчетено намерение за напускане на професията (Vivian Health, 2021).

<sup>11</sup> Разбира се, от страна на предлагането съществен определящ фактор са и разходите, свързани с обучението на кадрите.

<sup>12</sup> Вж. например Committee to Study the Role of Allied Health Personnel, Institute of Medicine (1989).

състояние се използва обективно определена референтна стойност (бенчмарк).<sup>13</sup>

За да бъде определен недостигът на кадри в България, в настоящия анализ е избран вторият подход. За целта е направена оценка на това къде попада страната в общото разпределение на показателите в целия набор от разгледани европейски държави.<sup>14</sup> По-конкретно, като недостиг е дефинирано отрицателно отклонение от определена референтна стойност.

Разпределението на осигуреността с медицински кадри по отделните държави само по себе си се характеризира със значителна вариация и асиметрия. Поради тази причина не би било удачно като референтна стойност да се използва аритметичната средна за цялата група страни. Използването на максималната стойност също не е удачно, тъй като тя може да представлява нетипично наблюдение в контекста на извадката. Поради тези причини показателят, който е избран за определяне на референтни стойности, е медианата.<sup>15</sup>

### България спрямо европейските държави: колко са големи дефицитите?

Общата картина по отношение на броя на лекарите на 100 хил. души население показва, че за 2021 г. стойността за България е по-висока от изчислената за групата европейски държави медиана (429,6 срещу 402,5). Подобно е положението при лекарите по дентална медицина – отчетената за България стойност е 109,9 при медиана, равняваща се на 78,9. Важно е да се отбележи, че тези положителни отклонения не следва да се интерпретират като излишъци, а единствено като наличие на

относително по-благоприятна ситуация в контекста на разглежданата група държави.

Тази наглед положителна картина по отношение на лекарите може обаче да бъде подвеждаща в определен смисъл. По-конкретно, ако бъдат взети под внимание стойностите по отделни видове специалисти, могат да бъдат очертани няколко специфични дефицити. На първо място това е недостигът от общопрактикуващи лекари – при медиана от 72,1 на 100 хил. души население, за България стойността възлиза на 57,4. Това съответства на недостиг от малко повече от 1000 лекари за цялата страна. В относително изражение това представлява недостиг, равняващ се на около 1/4 от общия брой общопрактикуващи лекари, отчетен за 2021 г. След тях се нареждат психиатрите, при които съотношението на 100 хил. души е 10,2, при медиана от 17,0. Това предполага дефицит от над 460 психиатри или над 70% от общия им брой за 2021 г. Като цяло може да се приеме, че по показателите, касаещи останалите специалности (акушер-гинеколози, педиатри, хирурзи), България се представя относително по-добре спрямо медианата за избраните европейски държави.<sup>16</sup>

Положително отклонение е пресметнато и за акушерките – при медиана от 34,6, стойността за България е 47,5. Нещо повече, за тази категория специалисти съотношението им към общия брой акушер-гинеколози за страната е равно на приблизително 1,9:1. Такова съотношение е сравнително благоприятно, но все пак е значително по-ниско от препоръчаното от СЗО 3:1.<sup>17</sup> Ако последното съотношение бъде прието за референтно, това би означавало недостиг от приблизително

<sup>13</sup> Борисова и Маноилова (2020).

<sup>14</sup> Най-общо списъкът включва държави-членки на ЕС, но в зависимост от конкретния показател в него попадат и държави от ЕАСТ, ЕИЗ и държави-кандидати за членство в ЕС. Обхватът се определя от наличността на данните, публикувани от Евростат.

<sup>15</sup> Медианата представлява стойността, спрямо която половината от стойностите на съответния показател са по-ниски, а другата половина – по-високи.

<sup>16</sup> В Приложениято са представени изчислените отклонения и за други медицински специалности. Те обаче се отнасят за 2015 г., за която е и последната налична статистическа информация в базата данни на Евростат.

<sup>17</sup> Вж. например WHO, "Global strategy on human resources for health: Workforce 2030", <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>.

2000 акушерки или около 60% от общата им наличност.

На този фон ясно се очертава значителен дефицит на медицински сестри – за България техният брой на 100 хил. души население е 419,0, при медиана от 666,3. Съотнесено към общото население на България, този недостиг съответства на приблизително 16,9 хил. медицински сестри или приблизително 60% от наличността им към 2021 г. Съотношението между броя на медицинските сестри и броя на лекарите за същата година е 0,97:1. То е крайно неблагоприятно за адекватното функциониране на здравната система. За да бъде достигнато съотношение 2:1<sup>18</sup> (което е по-ниско от препоръчаното от СЗО 3:1), дефицитът, който трябва да бъде преодолян, възлиза на над 29 хил. сестри (повече от настоящия им брой).

## Достатъчни ли са лекарите и медицинските сестри на регионално ниво?

Регионални неравенства: концентрация в няколко региона

Представените резултати на национално ниво дават известна представа за наличието на определени проблеми, свързани с осигуряването на здравната система с медицински специалисти и тяхното разпределение. Поради факта обаче, че показателите са усреднени по региони, тези проблеми в някои случаи се оказват подценени, а в други изцяло скрити. Използвайки симетрични разсъждения, това предполага също, че са прикрити и някои положителни (спрямо изчислените референтни стойности за групата европейски страни) явления на регионално ниво.

По отношение на разпределението на лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри и акушерки по отделни области е налице силен дисбаланс. В зависимост от вида медицински специалисти, между 1/3 и 1/5 от тях са позиционирани в област София (столица).<sup>19</sup> Над половината се намират в шест от общо двадесет и осем области – София (столица), Пловдив, Варна, Плевен, Стара Загора и Бургас.<sup>20</sup> В центровете на тези области се намират и медицинските университети в България. Като цяло в тези области в динамичен план за последните две десетилетия се наблюдава увеличение на броя на лекарите по дентална медицина, акушерките и акушер-гинеколозите. Различно е положението при общопрактикуващите лекари, психиатрите, педиатрите и медицинските сестри – наблюдава се тенденция към спад. В останалите области тенденцията е към намаление при всички видове медицински специалисти (Фиг. от 5 до 12 в Приложението).

Регионите спрямо европейската медиана: къде са дефицитите?

Пет от общо двадесет и осемте области разполагат с по-голям брой лекари на 100 хил. души население спрямо медианата за анализиранията група европейски държави – София (столица), Пловдив, Плевен, Варна и Стара Загора. Във всички останали области ситуацията е по-неблагоприятна в сравнение с медианата, като най-голям е недостигът на лекари в областите Благоевград, Кърджали и Хасково. В дванадесет от областите лекарите по дентална медицина не достигат, т.е. те са по-малко от референтната стойност. Все пак трябва да се има предвид, че общият недостиг представлява едва 3,1% от наличностите към 2021 г. Подобно е положението при акушер-гинеколозите. Недостиг се наблюдава в

<sup>18</sup> Съотношението 2:1 е прието за минималното, осигуряващо нормално функциониране на здравната система (Министерство на здравеопазването, 2022а).

<sup>19</sup> За сравнение, населението на областта е приблизително 1/5 от населението на страната.

<sup>20</sup> Населението на тези шест области представлява около 1/2 от общото население на България.

тринадесет области, но той съставлява 2,6% от общия им брой. Въпреки че броят на педиатрите се характеризира с обща тенденция към спад, към 2021 г. само в девет от областите се наблюдава недостиг. Отново неговото относително изражение (3,6%) показва, че остротата на проблемите при тази категория специалисти не е чак толкова голяма, поне в краткосрочна перспектива. Съвсем различна е ситуацията при общопрактикуващите лекари и при психиатрите. Единствената област, в която съотношението на броя на общопрактикуващите лекари спрямо медианата, изчислена за избраната група държави, е над единица, е област Плевен. В абсолютни числа най-голям недостиг се наблюдава в областите София (столица) (приблизително 200 лекари), Бургас (над 100 лекари) и Пловдив (над 70 лекари). При психиатрите също само в една област не се наблюдава дефицит – област Ловеч. Най-остър е дефицитът в област София (столица) (над 90 психиатри), следвана от област Пловдив (около 50 психиатри) и областите Благоевград, Бургас и Варна (с недостиг от по над 30 психиатри).

На база на изчислената референтна стойност (медианата) по отношение на броя на акушерките са идентифицирани дванадесет области, в които не достигат такъв тип медицински специалисти. Този недостиг е относително малък сумарно, като възлиза на 5,3% от общия им брой. Най-съществен е дефицитът на акушерки в област Велико Търново (близо 40), Благоевград и Бургас (с по над 20).

Най-неблагоприятна е ситуацията при обезпечеността с медицински сестри. Няма област, в която техният брой да съответства на изчислената референтна стойност. Само за област София (столица) са необходими над

2500 медицински сестри. В област Пловдив не достигат почти 1400, а в област Варна – почти 1500 медицински сестри. Ако вместо референтната стойност се заложи изискуемо съотношение между медицински сестри и лекари 2:1, то тогава в област София (столица) недостигът би възлязъл на над 8000 медицински сестри. В област Пловдив той би достигнал близо 4000, а в област Варна – над 3000 медицински сестри.

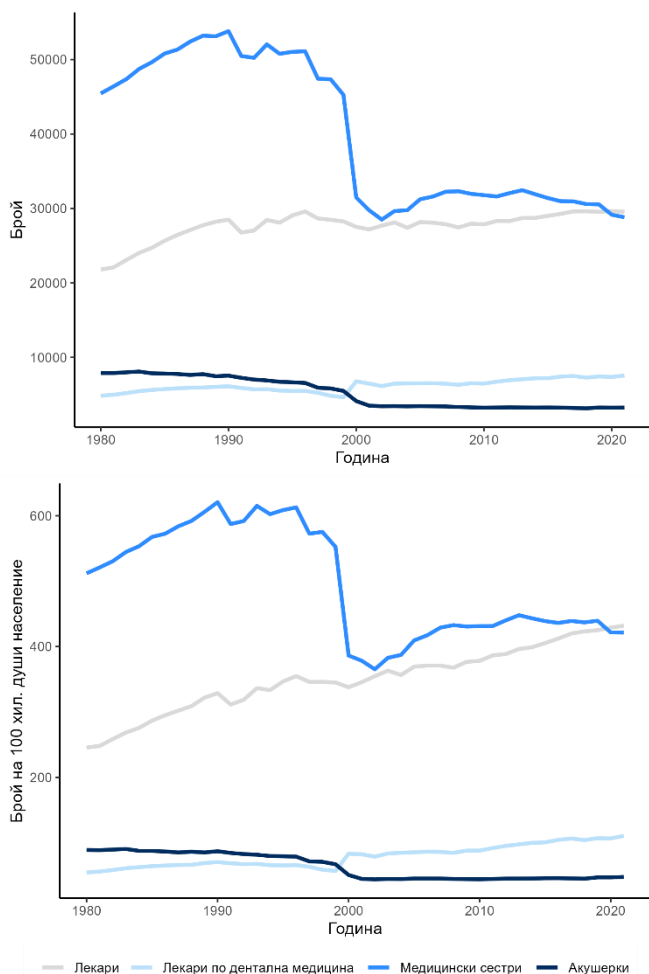
Отново следва да се подчертае, че използваната референтна стойност (медианата) не съответства непременно на оптимално (желано) състояние. В този смисъл изчислените положителни разлики за някои региони на България и за някои видове специалисти не означават сами по себе си отсъствие на проблем. Вътрешното разпределение на медицинските специалисти във всяка област поотделно също е свързано с концентрация в областните центрове, докато в по-малките населени места достъпът до медицински услуги е затруднен в значително по-висока степен.<sup>21</sup>

## Дългосрочна динамика

За периода 1980-2021 г. броят на лекарите в България следва като цяло положително развитие. До началото на 90-те години на XX в. той се характеризира с ясно изразен устойчив темп на нарастване. С началото на прехода, постепенното установяване на пазарни отношения и отварянето на границите този брой показва известна волатилност, но като цяло сътресенията са относително малки. Може да се каже, че след приемането на България в ЕС динамиката на броя на лекарите е устойчиво положителна, но темпът на нарастване е значително по-нисък от този, наблюдаван през 80-те години на XX в. Към 2021 г. броят достига приблизително 30 хил., при малко под 22 хил. през 1980 г.

<sup>21</sup> За повече информация относно регионалните неравенства по отношение на здравните услуги и наличностите от медицински специалисти вж. Министерство на здравеопазването (2022b).

## 1. Медицински специалисти по години



Източник: Евростат, НСИ, собствени изчисления

При лекарите по дентална медицина дългосрочният тренд е положителен, като единствено през 90-те години на XX в. се наблюдава минимален спад в броя им. През XXI в. този брой бавно, но устойчиво се увеличава и достига около 7,5 хил. (за сравнение този брой през 1980 г. е приблизително 4,8 хил.).

Броят на акушерките в България намалява устойчиво от началото на 80-те години на XX в. до началото на XXI в. След това той започва да се стабилизира и от 2007 г. насам се колебае в диапазона 3,2-3,3 хил. (през 1980 г. този брой е възлизал на почти 7,9 хил.).

Най-негативно е дългосрочното развитие при броя на медицинските сестри. В началото на

80-те години на XX в. той е около 45,4 хил., като до началото на 90-те години той нараства бързо и устойчиво и през 1990 г. достига до историческия си максимум от 53,8 хил. Сътресенията, породени от кризите на 90-те години на XX в., водят до значителни колебания в броя им, но посоката на развитие става низходяща. През 2000 г. броят на медицинските сестри рязко спада с почти 14 хил. до около 31,5 хил. Основните причини за това драстично намаление могат да се търсят в две направления. Първо, през 1999 г. е взето решение лечебните заведения да бъдат преобразувани в търговски дружества. Поради недостатъчния финансов ресурс, при управлението на тези дружества възниква мотив за оптимизиране на разходите чрез съкращаване на персонал. Медицинските сестри се оказват по-лесният вариант за извършване на такива съкращения. Тъй като лечебните заведения се явяват практически квази монопсон за услугите на медицинските сестри, голяма част от последните са принудени да напуснат трайно системата и да потърсят алтернативна заетост, в т.ч. в чужбина. Второ, през същата година е приет Кодекс за задължителното обществено осигуряване,<sup>22</sup> с който се предвижда увеличаване на възрастта за пенсиониране. Това създава стимул сред част от медицинските сестри да предпочетат по-ранно пенсиониране съгласно старите правила. През 2001 г. се наблюдава вторично по-малко намаление на техния брой – с около 1,7 хил. До проявлението на ефектите от световната икономическа и финансова криза в България през 2009 г. е налице известно възстановяване на броя на медицинските сестри – през 2008 г. той възлиза на 32,3 хил. От 2009 г. до настоящето динамиката на този брой е почти неизменно негативна (с изключение на 2012 и 2013 г.). Към 2021 г.

<sup>22</sup> От 2003 г. името му е променено на Кодекс за социално осигуряване.

броят на медицинските сестри възлиза на 28,8 хил.

Разглеждането на същите показатели, измерени на 100 хил. души население, не води до съществено различни изводи. Динамиката е сходна. Единствено при броя на лекарите тенденцията към нарастване става по-ясно изразена.

Наблюдаваната през последните години динамика по отношение на броя на медицинските специалисти все още не отразява в пълнота проблема, свързан със застаряването в тези групи професии.<sup>23</sup> При равни други условия това предполага значително увеличаване на заместващото търсене в сектора на здравеопазването през следващите години.

## **Компенсират ли образователната система напускането на медицински специалисти?**

В България попълването на броя на медицинските специалисти става почти изключително по линия на новозавършили студенти в български медицински университети. Почти изцяло те са български граждани.<sup>24</sup>

Що се касае до капацитета на образователната система в България да създава лекари, то той понастоящем надвишава значително броя на обучаваните български граждани. Средно за периода 2012-2021 г. около 1/3 от обучаваните студенти по

медицина са чуждестранни граждани, а по дентална медицина – около 1/5.

Последните факти дават основание входящият поток от медицински специалисти да бъде идентифициран с броя на завършващите студенти – български граждани (при допускане, че те остават да работят в България<sup>25</sup>). Изходящият поток се получава като резултатна величина, равняваща се на нетното изменение на съответната наличност от специалисти за дадена година, намалено с размера на входящия поток. В изходящия поток се включват пенсионираните медицински специалисти, починалите, напусналите страната и напусналите сектора на здравеопазването.

Конкретно за групата на лекарите, и входящият, и изходящият поток следват тенденция към нарастване. Като цяло до 2018 г. входящият поток изцяло компенсира напускащите.

През последните няколко години обаче напускащите системата кадри като брой започват да надвишават броя на постъпващите в сектора. В частност за 2021 г. оценките показват, че са напуснали 1015 лекари, докато постъпилите са 902.

По данни на Министерство на здравеопазването за периода 2012-2021 г. общият брой на лекарите с придобита специалност по „Обща медицина“, които биха могли да се вляят в потока на общопрактикуващите лекари, възлиза на приблизително 1,7 хил. Въпреки тази

<sup>23</sup> Вж. например НСИ, „Лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ и здравни заведения към 31.12.2022 година“, [https://nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/HealthEstabl2022\\_P726DZA.pdf](https://nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/HealthEstabl2022_P726DZA.pdf). Според тази публикация 20.1% от практикуващите лекари са на възраст 65 и повече години, а 33.8% са на възраст 55-64 години. Подобни резултати се съдържат и в OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021).

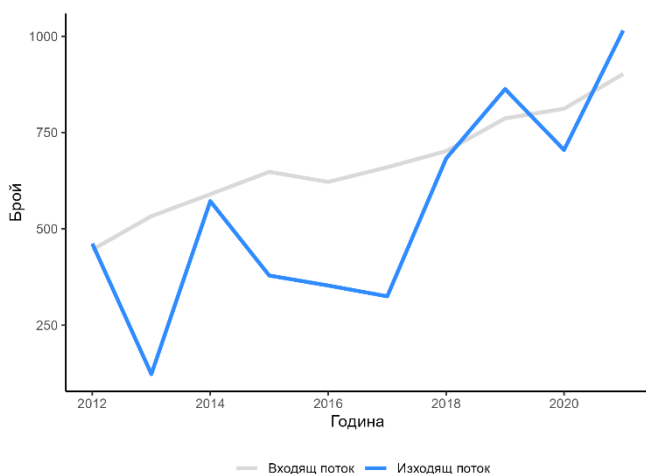
<sup>24</sup> По данни на Евростат, за периода 2007-2021 г. в България са постъпили на работа като лекари 310 лица, завършили в чужбина, а броят на медицинските сестри е 26. За сравнение Република Ирландия, която е с население около 5.3 млн. души, е привлякла през същия период 19.1 хил. медицински сестри и 14.8 хил. лекари, завършили в чужбина (в т.ч. местни и чуждестранни лица).

<sup>25</sup> Това предположение е мотивирано от факта, че от 2014 г. до днес броят на издадените удостоверения, необходими за работа в чужбина на лекари – български граждани, завършили в България намалява устойчиво и значително, достигайки до 139 удостоверения през 2021 г., докато през 2014 г. техният брой е бил 501. Подобна тенденция се наблюдава и при медицинските сестри (Министерство на здравеопазването, 2022а, 82-83).



относително висока стойност за същия период по данни на НСИ се наблюдава нетен спад от 647 общопрактикуващи лекари. Също така през последните години броят на придобиващите такава специалност намалява, като през 2021 г. достига до 59 лица. При допускане за нулев отлив преодоляването на съществуващия дефицит от приблизително хиляда общопрактикуващи лекари за 5 години предполага, че поне 200 лица ще придобиват съответната специалност годишно (брой, постигнат през 2014-2016 и 2019 г.).

## 2. Лекари: входящ и изходящ поток



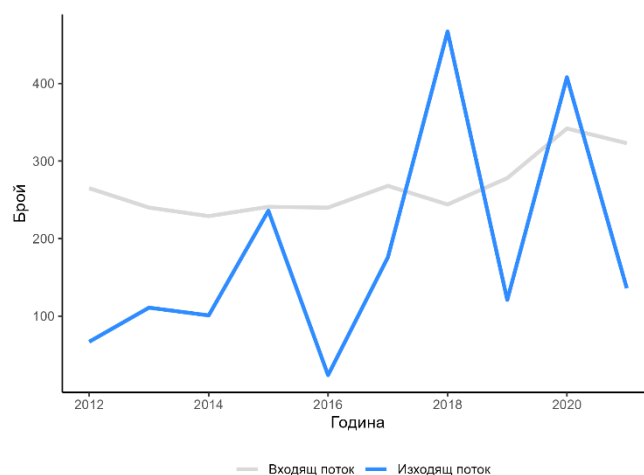
Източник: НСИ, собствени изчисления

Подобно е развитието и при броя на лицата, придобиващи специалност „Психиатрия“, за която има съществен недостиг. За периода 2012-2021 г. общо 105 лица придобиват такава специалност (за 2021 г. този брой е 11). Нетната промяна за периода съответства на спад от 16 лица. Ако няма отлив, преодоляването на съществуващия дефицит от 460 психиатри за 5 години изисква над 90 души годишно да придобиват съответната специалност (при средно 10 лица, придобиващи такава специалност за периода 2012-2021 г.).

Относно потоците, касаещи лекарите по дентална медицина, може да се твърди, че броят на постъпващите успешно компенсират намалението на наличностите поради

напускане. Изключения за последното десетилетие представляват единствено 2018 и 2020 г., през които броят на напусналите е по-висок от броя на постъпилите. За 2021 г. оцененият входящ поток възлиза на 323 души, а изходящият – на 136 души.

## 3. Лекари по дентална медицина: входящ и изходящ поток

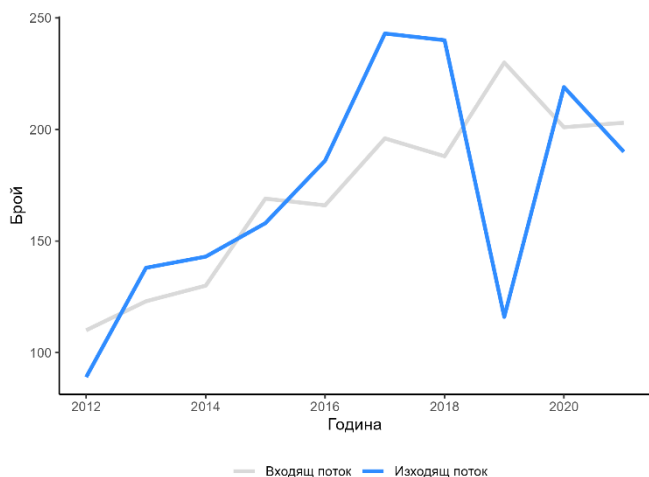


Източник: НСИ, собствени изчисления

При акушерките до 2018 г. се наблюдава тенденция на нарастване и при изходящия, и при входящия поток, като най-общо първият надвишава втория. Забавяне в динамиката и на двата потока се наблюдава от 2019 г. насам. Независимо от това се оформя общият извод, че образователната система изпитва затруднения да компенсира спада в наличния брой акушерки чрез създаване на нови кадри. Оцененият изходящ поток за 2021 г. е 190 души, а входящият – 203 души.

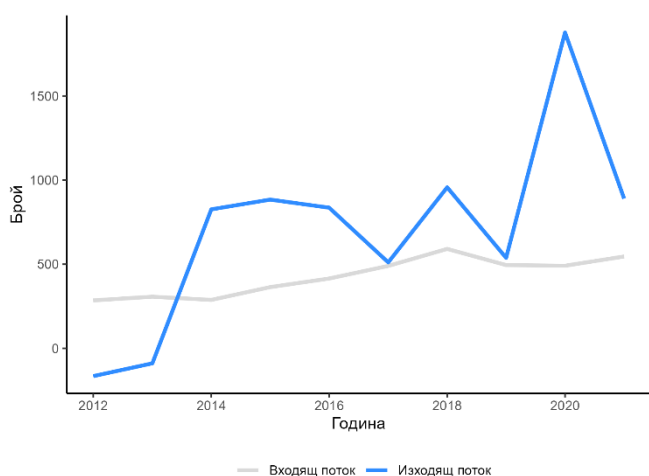
Ситуацията при медицинските сестри е очаквано най-неблагоприятна. От 2014 г. насам изходящият поток от медицински сестри неизменно надвишава входящия, като за 2020 г. оценката за превишението достига максималната си стойност от 1386 души. През 2021 г. тази оценка възлиза на 344 души, което съответства на входящ поток от 546 медицински сестри и брой на напускащите 890.

#### 4. Акушерки: входящ и изходящ поток



Източник: НСИ, собствени изчисления

#### 5. Медицински сестри: входящ и изходящ поток



Източник: НСИ, собствени изчисления

Може да се твърди, че образователната система без съмнение не покрива текущите загуби на този тип ресурс в сектора. При равни други условия входящ поток от 500-600 медицински сестри годишно би успял да покрие вече съществуващия недостиг от близо 17 хил. сестри за близо 30 години.

Общият извод, който може да бъде направен, е, че понастоящем образователната система не компенсира напускането на лекари и медицински сестри, а само частично покрива изходящия поток. Потребностите, определени от съществуващите вече дефицити от медицински специалисти на национално и

регионално ниво, остават незадоволени. Отделно стои проблемът със застаряването на кадрите в сектора и предстоящия в краткосрочен и средносрочен план отлив на значителен дял от медицинските специалисти.

### Възможни решения и препоръки

Преодоляването на съществуващите дефицити представлява огромно предизвикателство пред държавното управление. През последното десетилетие националните стратегически документи в здравеопазването очертават някои основни проблеми и решения. Има постигнати известни резултати, но недостигът от кадри все още е съществен. Мащабът на проблемите предполага цялостно преосмисляне на развитието на човешките ресурси в сектора в дългосрочен план. Освен осигуряването на необходимите финансови ресурси по линия на националния бюджет и европейските програми, за решаването на проблемите е необходимо към тях да се приложи интегриран подход. Това означава формулирането и изпълнението на отделните политики и мерки да се осъществи едновременно и съгласувано.

Най-общо политиките следва да бъдат насочени към формирането на човешкия капитал и намаляване на свръхзаемността на специалистите в сектора, както и към подобряването на институционалната рамка в посока развиване на конкурентни пазари. Отделно, важно е да бъде подобрен общественият престиж на професията и да бъде осигурена ефективна защита на медицинските специалисти от вербална и физическа агресия.

Сред възможните решения могат да бъдат открити следните, които имат пряко отношение към преодоляването на недостига в национален мащаб:

- Определяне на целеви стойности за броя на медицинските специалисти по отделни категории в дългосрочен план, основани на медианните стойности, наблюдавани в ЕС.
- Съобразяване на размера на държавната поръчка по специалности с необходимостта от постигане на целевите стойности. Реформиране на структурите на медицинските специалности с оглед на оптимизиране на разходите за образование на отделните специалисти. Осигуряване на адекватни стипендии за обучаващите се студенти и специализанти, в т.ч. и по-високи стипендии за студенти обучаващи се в специалности с изразен недостиг на специалисти, обвързани с ангажимент за работа в българското здравеопазване. Осигуряване на преференциални студентски заеми за студенти в медицински специалности.
- Създаване на стимули за завършващите студенти, които са български граждани, особено на тези, обучаващи се за медицински сестри, да останат да работят в България.
- Обратно привличане на българските медици, работещи в чуждестранни здравни системи, в т.ч. осигуряване на възможности за частично практикуване на професията в България.
- Създаване на стимули за привличане на чуждестранните граждани, завършващи медицински специалности в България, към заетост в българското здравеопазване. Това предполага прилагане на едни и същи критерии за прием на чуждестранни и български граждани.
- Поставяне на силен акцент на политиките върху проблема с недостига от медицински сестри, който допълнително се очаква да се изостри в средносрочен план поради застаряването и пренатоварването на действащите в момента кадри. Това предполага осигуряване на конкурентно заплащане с оглед предотвратяване на изтичането на кадри от системата и повишаване на привлекателността на професията. По-доброто заплащане следва да бъде съпътствано от ефективна регулация на минималния брой сестри на лекар в болничните заведения и максималната седмична работна натовареност на медицинска сестра. Също така, следва да бъде оптимизирана продължителността на обучението за медицински сестри, така че здравната система да може да бъде захранвана по-бързо с нужните кадри. Необходимо е да се осигурят възможности за кариерно израстване и продължаващо професионално образование на медицинските сестри. Следва да бъде развито и обучението на всички свързани специалисти, подпомагащи работата на медицинските сестри (напр. лекарски асистенти и т.нар. асоциирани медицински сестри по подобие на други европейски държави). Важно е да се гарантира привличането и на санитарни и друг помощен персонал, чийто недостиг натоварва с неприсъщи дейности медицинските сестри. Целевата група от студенти може да се разшири чрез привличане на кандидати от българската диаспора в чужбина и промотиране на възможности за кариерна промяна в посока медицинска квалификация сред представителите на други професии без оглед на тяхната възраст. Напусналите системата лица могат да бъдат привлечени обратно чрез осигуряване на опреснителни курсове.
- Политиките следва да бъдат фокусирани върху преодоляване недостига от общопрактикуващи лекари, психиатри и други медицински специалисти. Това предполага задълбочен анализ на факторите, определящи привлекателността на тези професии: адекватност на заплащането; работно натоварване и възможност за ползване на отпуск; условия на труд; възможност за включване

в обучения и научно-изследователска дейност; отношение на пациентите; административни тежести и т.н. Създаваните стимули трябва да отразяват адекватно ролята на изброените фактори и да помагат за привличането на кадри в тези специалности, в т.ч. и такива, които имат лекарска квалификация, но или не са практикували професията, или са я напуснали.

Що се касае до преодоляването на недостига от медицински специалисти на регионално ниво, основните направления, в които може да се търси решение на проблема, са:

- Осигуряване на по-високо заплащане на медицинските специалисти от средното за страната в по-слабо развитите региони.
- Гарантиране на възможности за кариерно развитие, в т.ч. участие в научно-изследователски проекти на медицинските специалисти, работещи в по-слабо развитите региони.
- Съществено подобряване на условията на труд и материалната база в по-малките населени места посредством целеви инвестиции.

Успешното приложение на посочените стимули е в пряка зависимост от цялостното повишаване на качеството на живот на населението в по-слабо развитите региони. То предполага и развитие на транспортната свързаност, подобряване на образователната, културната и спортната инфраструктура и пр.

От особена важност е обвързването на изграждането на медицински специалисти със значителното повишаване на качеството на медицинското образование и обучение. Първостепенно изискване за това е съществено да се подобри материалната и технологичната база на медицинските университети. Учебното съдържание също трябва да се модернизира в съответствие с установените световни стандарти и съвременните изисквания на пазара на здравни услуги. Формирането на добри специалисти предполага и значителни инвестиции във висококвалифицирани преподаватели и качествена научно-изследователска дейност.

Всички изброени възможни действия предполагат разработването на стратегия за развитие на човешките ресурси в сектора и осъществяване на необходимите реформи. Това би осигурило по-ефективно функциониране на здравеопазването в България и значително подобряване на здравето на българската нация в дългосрочен план.

**Приложението към настоящия анализ е достъпно на: [cea.egov.bg](http://cea.egov.bg)**

Съветът за икономически анализи изготвя независими анализи и становища по отделни въпроси относно състоянието на българската икономика, предизвикателствата и рисковете пред нея, както и възможни политики и препоръки за решаването им.

Уеб страница: [cea.egov.bg](http://cea.egov.bg) Социални медии: [@BCEANews](https://www.facebook.com/BCEANews) [Facebook](#)

## Библиография

Committee to Study the Role of Allied Health Personnel, Institute of Medicine, 1989. *Allied Health Services: Avoiding Crises*. National Academy Press, Washington, D.C.

Culyer A. J., Newhouse, J. P., 2000. Introduction: The State and Scope of Health Economics. In: Culyer A. J., Newhouse, J. P. (Eds.) *Handbook of Health Economics*. Vol. 1A., Elsevier, pp. 1-10.

Frenk, F., Chen, L. C., Chandran, L., Groff, E. O. H., King, R., Meleis, A., Fineberg, H. V., 2022. Challenges and Opportunities for Educating Health Professionals after the COVID-19 Pandemic. *The Lancet* 400, 1539–56.

Fuchs, V. R., 1972. The Growing Demand for Medical Care. In: Fuchs, V. R. (Ed.), *Essays in the Economics of Health and Medical Care*. National Bureau of Economic Research, pp. 61-68.

Gu, S., 2020. A Comparative Study of Increasing Demand for Health Care for Older People in China and the United Kingdom. *World Scientific Research Journal* 6 (4), 218-251.

He, K., Whang, E., Kristo, G., 2021. Graduate Medical Education Funding Mechanisms, Challenges, and Solutions: A Narrative Review. *The American Journal of Surgery* 221, 65-71.

IHS Markit, 2020. *The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections From 2018 to 2033*. Association of American Medical Colleges, Washington, D.C.

Liu, J.X., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner. T., Scheffler, R., 2017. Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. *Human Resources for Health* 15 (11), 1-12.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021. Bulgaria: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Vivian Health, 2021. *State of Healthcare 2021: What's Next for America's Healthcare Professionals*. San Francisco, Vivian Health.

WHO, 2006. Chapter One, Health Workers: A Global Profile. *The World Health Report 2006*.

Борисова, Б., Маноилова, А., 2020. Бенчмаркинг като метод за осъществяване на организационна промяна в здравеопазването. *Обща медицина* 22 (3), 67-72.

Министерство на здравеопазването, 2022а. Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите в РБългария през 2021 г.

Министерство на здравеопазването, 2022б. Национална карта на дългосрочните нужди от здравни услуги.