

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”
СТОПАНСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА „ИКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ ПО ОТРАСЛИ“



**РАЗВИТИЕ НА НАЦИОНАЛНАТА СИСТЕМА ЗА
КЛИНИЧНА СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ НА ЛЕКАРИТЕ -
ИНСТИТУЦИОНАЛНИ, ПРАВНИ И ФИНАНСОВИ
АСПЕКТИ**

ДИСЕРТАЦИЯ ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР”
ПО НАУЧНО НАПРАВЛЕНИЕ: 3.8 ИКОНОМИКА (ИКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ ПО
ОТРАСЛИ – ПУБЛИЧЕН СЕКТОР, ИНОВАЦИИ)

Докторант:
Снежана Младенова Кондева

Научен ръководител:
проф. д-р Анастасия Бънкова

София, 2018

На 30 юли 2018 г. от 14:00 ч., в зала № 417, Блок 3 на Стопанския факултет на СУ „Св. Климент Охридски“ се състоя защитата на докторската дисертация на **Снежана Младенова Кондева** на тема: „Развитие на националната система за клинична специализация на лекарите – институционални, правни и финансови аспекти“ пред научно жури в състав:

Председател - доц. д-р Соня Цветанова Георгиева (със становище), и

Членове:

- проф. д-р Веселин Борисов, дмн (с рецензия)
- доц. д-р Александър Николов (с рецензия)
- проф. д-р Анастасия Миланова Бънкова (със становище)
- проф. д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн (със становище)

Научното жури присъди на **Снежана Младенова Кондева** образователната и научна степен „**доктор**“ по професионално направление **3.8 Икономика** (Икономика и управление по отрасли – публичен сектор, иновации).

Съдържание

Увод.....	6
Актуалност на темата.....	6
Визия за развитие на системата на клинична специализация на лекарите.....	8
Тема на дисертационния труд и изследователска теза.....	10
Основна цел и изследователски задачи.....	10
Обхват на изследването.....	11
Обект на изследване.....	11
Предмет на изследване.....	12
Изследователски хипотези.....	13
Методология на изследване.....	15
Глава първа - Исторически преглед на развитието на специализацията в медицината и на националната традиция за професионална квалификация на лекарите. Тенденции в осигуряването на устойчивост в здравния сектор.....	17
1.1. Образование, професионална квалификация и специализация в медицината.....	17
1.2. Първи действия на здравна администрация у нас за упражняване надзор върху медицинската практика и квалификацията на лекарите.....	18
1.3. Създаване на Медицински факултет.....	21
1.4. Лекарската експертиза в общественото осигуряване.....	21
1.5. Изисквания за заемане на лекарски длъжности, професионално израстване и финансиране на специализацията на лекарите след 1929 г.....	22
1.6. Статистически данни за правоспособните лекари в България към 1 януари 1936 и 1940 г.....	23
1.7. Институт за специализация и усъвършенстване на лекарите /ИСУЛ/ (1950 – 1972).....	24
1.8. Нормативната уредба на медицинската специализация след 1972 г.....	26
1.9. Статут на Българския лекарски съюз.....	29
1.10. Политика, насочена към осигуряване на устойчивост в здравния сектор.....	30
Схема: Дейности в процеса на придобиване на специалност от лекарите по Наредба № 1/2015.....	33
Глава втора – Теоретико-методологически предпоставки за развитие на националната система на клинична специализация на лекарите.....	34
2.1. Обща характеристика на здравната услуга и регулиране дейността на доставчиците при трансграничното здравно обслужване.....	34
2.2. Специфика на медицинското образование.....	37
2.3. Контролиран достъп до сферата на здравеопазването, контрол при предоставянето на здравни услуги и саморегулация на лекарската професия.....	39
Схема: Решетка - Мониторинг и контрол в националната система на здравеопазване....	40

2.4. Международни препоръки и стандарти, отнасящи се до медицинските кадри и специализираното медицинско обучение на лекарите. Систематизиран подбор.....	41
<i>Глава трета – Изследване и анализ на процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите.....</i>	<i>50</i>
Част I. Изследване на правните, икономическите и социалните аспекти на процеса за придобиване на клинична специалност от лекарите.....	50
I.1. Взаимоотношенията лекар - пациент и социалният ангажимент на Българския лекарски съюз.....	50
I.2. Корпорации на публичното и частното право.....	53
I.3. Съпоставка между управленските цели на обучаващите институции в системата за следдипломното специализирано медицинско обучение.....	54
I.4. Научни организации в сферата на здравеопазването.....	55
<i>Схема: Функционираща (централизирана) система за клинична специализация на лекарите.....</i>	<i>56</i>
<i>Схема: Усъвършенствана (децентрализирана) система за клинична специализация на лекарите.....</i>	<i>56</i>
I.5. Статус на лекаря специализант.....	57
<i>Схема: Статус на специализанта в действащата система за клинична специализация на лекарите.....</i>	<i>64</i>
<i>Схема: Статус на специализанта в усъвършенстваната система за клинична специализация на лекарите.....</i>	<i>64</i>
I.6. Финансиране на дейността и инвестиции в клиничната специализация.....	65
<i>Схема: Финансиране на обучението за придобиване на клинична специалност от лекарите по реда и условията на Наредба № 34/2006.....</i>	<i>66</i>
<i>Схема: Финансиране на обучението за придобиване на клинична специалност от лекарите по реда и условията на Наредба № 1/2015.....</i>	<i>67</i>
Част II. Изследване на добрите практики в управлението на клиничната специализация и професионалната саморегулация на лекарското съсловие в някои страни членки на Европейския съюз.....	70
II.1. Австрия.....	70
1.1. Статут и правомощия на съсловната организация на лекарите в Австрия.....	70
1.2. Система на медицинско образование.....	72
1.3. Реформа в системата на специализираното обучение на лекарите.....	78
II.2. Великобритания.....	80
2.1. Работа на български лекари във Великобритания.....	80
2.2. Система на следдипломно медицинско обучение във Великобритания.....	83
2.3. Реформите в Националната здравна служба.....	87
II.3. Германия.....	89
3.1. Работа в Германия - поглед от България.....	89
3.2. Система на медицинско самоуправление, регулация и обучение.....	90

3.3. Поглед от Германия.....	97
Част III. Сравнителен и социално-икономически анализ на предпоставките за промяна и предлаганите промени в системата на клинична специализация на лекарите.....	99
III.1. Реформа в институционалната структура на системата за придобиване на клинична специалност.....	99
1.1. Добри управленски практики за институционална структура на клиничната специализация на лекарите.....	99
1.2. Национална традиция в институционалната структура на системата за клинична специализация на лекарите.....	100
1.3. Социално-икономически предпоставки за усъвършенстване на институционалната структура на системата на клинична специализация.....	102
1.4. Държавни регулации, отнасящи се до управлението на системата на клиничната специализация на лекарите.....	106
III.2. Продължителност на обучението, регистрацията и получаването на сертификат за лекар специалист по клинична специалност.....	108
2.1. Добри управленски практики при организирането, координирането и сертифицирането на процеса на клинично обучение и завършването на специализацията.....	108
2.2. Националната традиция в организирането, продължителността и завършването на клиничната специализация.....	110
2.3. Социално-икономически предпоставки за усъвършенстване процеса на клинична специализация на лекарите.....	112
2.4. Държавна регулация, отнасяща се до качеството на обучението и получаването на сертификат за клинична специалност.....	115
III.3. Правоспособност на лекарите специализанти по време на обучението за придобиване на клинична специалност.....	116
3.1. Добри управленски практики в регламентиране статуса на лекаря по време на специализацията.....	116
3.2. Националната традиция в регламентиране правоспособността на лекарите специализанти.....	117
3.3. Социално-икономическите предпоставки за промяна статуса на лекарите в периода на клиничната специализация.....	119
III.4. Финансови аспекти в процеса на клинична специализация на лекарите.....	124
Глава четвърта – Формулиране на причините са съществуващите проблеми и възможностите за подобряване ефективността на националната система на клинична специализация на лекарите. Обратна връзка – мнението на младите лекари, социалното поведение на заинтересованите страни и професионалните нагласи за промени.....	126
4.1. Причини за съществуващите проблеми в управлението, организацията, координацията и контрола на клиничната специализация.....	126
<i>Схема: Институционална структура в действащата система за клинична специализация</i>	126
<i>Схема: Организация, координация и контрол на клиничната практика и клиничното обучение в действащата система.....</i>	128

4.2. Възможности за подобряване ефективността на националната система на клинична специализация на лекарите.....	129
4.2.1. Промени в структурата и функциите на системата за придобиване на специалност от лекарите.....	129
<i>Схема: Усъвършенстване на институционалната система за клинична специализация на лекарите.....</i>	<i>130</i>
<i>Схема: Усъвършенстване на организацията на клиничната практика и клиничното обучение.....</i>	<i>135</i>
4.2.2. Промени в процеса на обучение.....	138
4.2.3. Промени във финансирането на обучението за придобиване на специалност и преференции за обучаващите се.....	141
4.3. Обратна връзка - мнението на младите лекари, социалното поведение на заинтересованите страни и професионалните нагласи за промени.....	143
4.3.1. Анкета сред млади лекари за проблемите в системата на специализациите в здравеопазването.....	143
4.3.2. Анализ на социалното поведение на заинтересованите страни в процеса за придобиване на клинична специалност.....	148
4.3.3. Анализ на професионалните нагласи за промени.....	157
<i>Схема: Управленска отговорност в процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите по Наредба № 1/2015.....</i>	<i>164</i>
<i>Схема: Ефективност на процеса за придобиване на клинична специалност от лекарите в усъвършенстваната система.....</i>	<i>165</i>
Заключение.....	166
Изводи и препоръки.....	181
Авторска справка за приносите на дисертационния труд.....	183
Библиография.....	185
Приложение - Основни мнения и становища, изразени в интервютата.....	195

Увод

Актуалност на темата

Актуалността на разработваната тема се определя преди всичко от *процесите и тенденциите, проявяващи се на европейско равнище*, които оказват натиск и влияят върху устойчивостта на националните системи на здравеопазване.

Първата група процеси са следствие от цялостната промяна на общественото-политическата система в България и свързаната с нея реформа в здравеопазването. Процесите на национално равнище пряко формират управленските, икономическите и правните проблеми в *развитието на националната система за клинична специализация на лекарите*. Общата характеристика на това влияние, наред с положителните, можем да открием и негативни аспекти, които са свързани с подценяване на експертния човешки капитал в здравната система, като цяло, и *на процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите, в частност*.

Втората група процеси, влияещи на *развитието на националната система за клинична специализация на лекарите*, се формира от макросредата и е характерна не само за България. Основното предизвикателство е демографската тенденция на *застаряване на населението* в Европа, но следва да се отчитат и други фактори като условията на труд в здравните системи на страните членки и мобилността на здравните кадри.

България не прави изключение по отношение демографската тенденция на *застаряване на населението* - по данни на Националния център по обществено здраве и анализи /НЦОЗА/ населението на възраст над 65 години се увеличава от 16.4% през 2000 г. на 20.7 % през 2016 г., а на възрастовата група от 0-17 г. намалява от 19.5% през 2000 г. на 16.8 % през 2016 г. Процентът на активното население също намалява от 64.1% (2000 г.) на 62.5 % (2016 г.).¹

Възрастовата структура на човешките ресурси в здравеопазването е съответна на общата демографска ситуация, като се увеличава делът на здравните работници на около 50 години и на тези, на които им предстои пенсиониране. По данни на Българския лекарски съюз лекарите на възраст до 30 години са само 8 % от общия брой на регистрираните лекари в страната. Лекарите на възраст от 61 до 70 години са 18%, а лекарите между 41 и 50 години - 21%.² Цифрите ясно показват недостиг на млади лекари.

¹ Възрастова структура на населението в процент, Източник: НЗОЗА, http://nczhp.government.bg/files/nczi/zdr.statistika/health_A_2.pdf

² Д-р Стоян Борисов, главен секретар на УС на БЛС: Абсурдно е да се твърди, че се наливат пари в здравеопазването, Quo Vadis, брой 11 от 09.12.2016.

Не може и не трябва да ни успокоява фактът, че в Европа ситуацията не е по-различна – в Зелената книга е посочено, че броят на лекарите на възраст под 45 години е намалял с 20%, а броят на лекарите над тази възраст се е увеличил с над 50%.

Условията на труд в определени здравни сектори също оказват влияние върху разпределението на медицинския персонал по специалности и територия. Тревожна е кадровата осигуреност на звената за спешна медицинска помощ и лечебните заведения в по-малките населени места, както и в някои специалности като анестезиология, патоанатомия и др.

Съществен принос за влошаването на възрастовата структура у нас имат *емиграционните процеси* сред младите възрастови групи. За половината от емигрантите напускането на страната е свързано с осъществяване на постоянна работа, т.е. изключени са за по-продължителен период от групата на лицата в активна трудоспособна възраст. Миграцията на здравни специалисти се активизира след организирането на международни медицински трудови борси – здравната ни система напускат вече утвърдени специалисти, които се стремят към по-добро заплащане, но и лекари без специалност, на които се предлагат по-добри условия за специализация и професионална реализация в други държави.

През 2014 г., във връзка с отпадането на всички ограничения за пазарите на труда в Европейския съюз, Българският лекарски съюз представи данни, че от 2008 г. до 2014 г. в чужбина са заминали над 2 600 български лекари.³ В следващите две години, според думите на д-р Стоян Борисов, главен секретар на УС на БЛС, ситуацията не се е променила – за 11-те месеца на 2016 г. БЛС е издал сертификати за напускане на страната на 376 лекари. Някои от тях заминават временно, но от 509 заминали през 2015 г., не са се върнали близо 45%. Най-много сертификати са издадени за Англия - 101, за Германия - 109, за Ирландия - 36, за Франция - 32, както и за други страни. Няма издадени сертификати за работа в САЩ. Тази тенденция се запазва и през 2016 г.

Националната здравна политика по отношение на основната причина за миграцията - придобиването на клинична специалност от лекарите трябва да следва традиционно добрите управленски практики у нас и в други европейски страни, в съчетание с възможностите, които днешното поколение притежава – технологичното обезпечаване на медицинската практика, електронното здравеопазване и телемедицината. Това от своя страна изисква ***преминаване в следващ етап на развитие на системата за клинична***

³ Quo vadis, Национално издание на БЛС, бр. 1 от 31.01.2014 г.

специализация, регламентиране на новите форми на медицинско обучение и квалификация на лекарите, адекватните структури и финансиране.

Визия за развитие на системата на клинична специализация на лекарите

Науката за публичното управление поставя в началото на всеки управленски цикъл за реформи създаването на *обоснована визия за промяната*, а в следващите етапи изработването на стратегия, включваща определянето на конкретни цели и политики за постигането им. Настоящият труд е опит да се изследва един обективно съществуващ социален проблем, какъвто е *намаляващата ефективност на националната система за клинична специализация на лекарите* и чрез средствата на науката да се намери неговото научно описание, обяснение и решение. Стремешът е да се направи първата стъпка в дългия и сложен процес на управление на промяната, като се *обоснове авторската визия за стратегическа промяна*. Обосновката включва доказване на ефективността на модернизиране на институционалната структура, правната регламентация и финансовата рамка на *системата за клинична специализация на лекарите*. Модернизацията трябва да отговори на променящата се социално-икономическа среда, на постоянно развиващите се социални отношения, свързани с придобиването на клинична специалност и на международните изисквания за качество на медицинското обучение, специализация и здравно обслужване на населението.

Визията е представена чрез едно общо и няколко *конкретизиращи твърдения*, развити в текста.

В своята кратка дефиниция *общото твърдение* е, че *създаването на стратегия за ефективно управление на националната система на клинична специализация на лекарите е основна предпоставка за бъдещото подобряване състоянието на човешкия капитал на българското здравеопазване*.

Общото твърдение е разгърнато като аргументиране на необходимостта от управленска стратегия с ясното съзнание, че нейното създаване е въпрос на екипна работа и не е по силите на един изследовател. Цялостната управленска стратегия за промяна на националната система на клинична специализация на лекарите може да бъде плод единствено на съвместните усилия на експерти с различен профил, осъществени на институционално равнище.

Конкретизиращите твърдения в дисертацията са свързани с дефинирането на *стратегическите насоки и цели* на предлаганите промени в системата на клинична специализация на лекарите, а именно:

Първата насока е адаптиране на процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите към съвременните социално-икономически условия чрез подобряване на институционалната среда, териториалният достъп до специализация, условията на труд на специализантите и финансирането на системата на клиничната специализация на лекарите.

Втората насока е създаване на институционални, правни и икономически предпоставки за задържането на лекарите специализанти и реализирането им в националната здравна система.

Тези две основни направления се конкретизират в стратегическите цели, които хармонизират институционалните, правните и икономическите параметри на процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите.

Стратегическите цели в институционален аспект са създаването, утвърждаването и насърчаването на:

- институционална децентрализация за провеждане на теоретичното и практическото обучение по клинични специалности, която отстранява неопределеността на институционалната отговорност и подобрява субординацията и координацията на дейността;
- конкуренция между доставчиците на следдипломна образователна услуга в здравеопазването и недопускане на концентрация на местата за специализанти в университетските градове;
- активност на лекарското съсловие и професионален консенсус при съставянето и утвърждаването на националните учебни програми за придобиване на специалност.

Стратегическите цели в правен аспект са регламентирането, регулирането и създаването на:

- правото на специализантите да извършват медицинска дейност с увеличаваща се степен на самостоятелна отговорност и признаването на частична правоспособност по време на специализацията;
- правата и задълженията на обучаващия лекар (ръководител) и неговата отговорност към специализанта, съсловието и лечебното заведение;
- правна възможност за ефективно администриране на индивидуалните специализации, оценката на професионалните качества и етичното поведение на специализанта и предприемането на евентуални коригиращи действия от страна на работодателите.

Стратегическите цели във финансов аспект са подобряване на:

- финансовия механизъм, осигуряващ необходимите средства за издръжка на специализираното обучение и възнагражденията на специализантите, както и справедливо разпределение на финансовата тежест между заинтересованите страни - държавата, съсловната организация, местната власт, доставчиците на образователна услуга, специализантите, лечебните заведения и индустриите в областта на здравеопазването;

- на мотивацията на местната власт, медицинските дружества и фармацевтичната индустрия за осигуряване на преференции и инвестиции в процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите.

Тема на дисертационния труд и изследователска теза

При формулиране на темата на дисертационния труд: **„Развитие на националната система на клинична специализация на лекарите – институционални, правни и финансови аспекти“** е отчетено наличието на следните обстоятелства: - намаляването на ефективността на националната система на клинична специализация на лекарите у нас, дължаща се на нарушената възрастова структура на здравните кадри, на емиграционните нагласи сред младите лекари и на намаления интерес към практикуването на медицина извън големите градове, където условията на труд и кариерно развитие са по-неблагоприятни, - архаичната институционална структура, - липсващата регламентация на новосъздадените отношения в процеса на придобиване на специалност и по-специално правните, икономическите и социалните му аспекти, - недостатъчното финансиране на дейностите.

Защитаваната в дисертационния труд теза е, че повишаването на ефективността на националната система на клинична специализация на лекарите може да се осъществи на основата на стратегия за нейната промяна, която да определи необходимите действия на изпълнителната и законодателната власт за реформиране на управленската структура и съответстващите ѝ правна регламентация и финансиране.

Основна цел и изследователски задачи

Основната цел на дисертационния труд е да се посочат предпоставките за осъществяване на промените, като се изследват и сравнят институционалните, правните и финансовите аспекти на специализацията у нас с тези в някои европейски страни и на тази основа *да се определят възможности за подобряване ефективността на българската система на клинична специализация.*

За постигането на тази цел в хода на изследването трябва да се решат следните задачи:

1. Да се направи исторически преглед на действащата система и се посочат елементите ѝ, които отговарят на съвременните тенденции, както и факторите, влияещи върху устойчивостта на здравния сектор.
2. Да се издирят и систематизират международните препоръки и стандарти за медицинско образование и клинична специализация, които определят насоката на бъдещите промени в националното законодателство и квалификацията на лекарите.
3. Да се изследват институционалната структура, взаимоотношенията между заинтересованите страни и финансирането и да се направи социално-икономически анализ на предпоставките за осъществяването на промените.
4. Да се изследват системите на специализация в три европейски страни – Австрия, Великобритания и Германия и да се направи сравнителен анализ с българската система.
5. Да се идентифицират конкретните правни норми, прилагането на които води до неефективност, и да се формулират очакваните резултати при промяната им за националната система.
6. Да се анализират резултатите от анкетата, проведена сред млади лекари, да се направи критичен анализ на социалното поведение на заинтересованите страни и на професионалните нагласи за промени, въз основа на дадени в медиите интервюта.

Обхват на изследването

Извън обхвата на изследването е придобиването на неклинична специалност и специалност по обща медицина, както и придобиването на специалност от лекарите по дентална медицина, медицинските сестри, акушерки и асоциираните медицински специалисти.

Не се включва в предмета на изследване качеството на теоретичното обучение в периода на специализация на лекарите и съдържанието на учебните програми по отделните специалности.

Обект на изследване

Обект на изследване е националната система за клинична специализация на лекарите.

Разгледан в развитие обектът на изследване се разделя на три взаимосвързани части:

- I. Действащата система за придобиване на специалност от лекарите - историческо развитие, институционална структура и взаимовръзки, правна регулация и

регламентация, финансиране и отговорност на държавата за клиничната специализация на лекарите.

II. Предлагащите промени - в институционалната структура, в правната регламентация и във финансовата рамка на системата на клинична специализация на лекарите.

III. Социалният ефект от промените на националната система на клинична специализация на лекарите – повишаване качеството на здравните услуги, заетост в здравеопазването, конкурентна среда за обучаващите институции, подобряване условията на труд в лечебните заведения, преодоляване на нагласите за емиграция, и др.

Предмет на изследване

Предмет на изследване са съвременните управленски фактори, които влияят върху процеса за придобиване на клинична специалност от лекарите. Тази предметна област досега е относително слабо изследвана и създаването на нови знания ще подпомогне стратегическото управление на клиничната специализация и повишаване на нейната ефективност. По този начин ще се създадат също така условия за постигане на консенсус относно подходите към управлението на системата.

Научните знания в литературните източници по предметната област на дисертационния труд са предимно от гледна точка на пациента и неговата безопасност, достъпът до медицинска помощ и заетостта в сектора, заплащането и условията на труд в здравеопазването и миграцията на лекари.

По-слабо застъпени са изследванията върху стратегическите компоненти на управлението на клиничната специализация. Затова предметът на настоящото изследване ще се фокусира върху създаването на визия за стратегическото управление на системата, основаваща се на съществуващите научни знания до момента и ще се направи опит за теоретично осветяване на:

- традицията в досегашната управленска практика;
- тенденциите в модернизирването на следдипломната квалификация в определена област на медицината, отразени в инструментите на авторитетни международни медицински организации;
- спецификата на обществените отношения в процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите и по-специално правните, икономическите и социалните му аспекти;
- актуалните проблеми в действащата управленска система за придобиване на клинична специалност в здравеопазването;

- квалификационните системи и системите за саморегулация на лекарската професия в други страни;
- възможен начин за осъвременяване на системата и очакваните резултати от въвеждане на промените, и
- мнението на специализантите за съществуващите проблеми, социалното поведение на заинтересованите страни и професионалните нагласи сред лекарите за промени в системата на клиничната специализация.

Изследователски хипотези

Формулираните хипотези се отнасят до констатирането и оценката на актуалното състояние на системата на клинична специализация, а тяхното обосноваване е предпоставка за аргументиране на визията за ефективна стратегия за нейното развитие и модернизиране и управлението на началния етап на промяната.

Хипотези за състоянието на институционална структура на системата:

I.1. Съществуващата централизация при провеждането на клиничната специализация води до слабости в нейното оперативно управление и в гарантиране качеството на процеса на придобиване на специалност.

I.2. Липсата на диференциация на критериите за признаване на лечебно заведение или отделно негово звено за обучаваща структура води до намаляване броя на специализантите в по-малките населени места.

I.3. Слабата конкуренция между обучаващите институции не позволява повсеместно прилагане на иновативни методи и форми на обучение и квалификация в съответствие с водещите световни тенденции и добрите европейски практики.

Хипотези за действащата правна регулация и регламентация:

II.1. Отсъствието на независим от изпълнителния орган (министъра на здравеопазването) национален регулатор (съсловна организация на лекарите) води до снижаване на контрола върху системата на клинична специализация.

II.2. Към момента правният статус на лекар специализант не дава право той да извършва медицинска дейност в рамките на обучаващата структура, което пречи на по-ранната професионална реализация и води до засилване на емиграционните нагласи на младите лекари да специализират в чужбина, където имат право да осъществяват дейност с увеличаваща се степен на самостоятелна отговорност по време на специализацията.

II.3. Нерегламентираното право и задължение на обучаващия лекар и на работодателя да оценяват напредъка на специализанта в усвояването на нови знания, умения и

поемането на отговорност при изпълнението на служебните задължения, е пречка за тяхната ангажираност към обучението, което отново води до снижаване качеството на индивидуалната специализация.

Хипотезите за действащата практика на финансиране, преференции и инвестиции:

III.1. Настоящият начин на финансиране на дейностите за клинично обучение пречи на обявяването на достатъчно места за специализация и не компенсира увеличените разходи за назначаване, обучение и задържане на лекари;

III.2. Отсъствието на социални преференции не стимулира заетостта и създаването на работни места за лекари специализанти на територията на съответната община и задържането им на работа в общинските лечебни заведения след придобиването на клинична специалност.

III.3. Липсата на *ангажимент от страна на всички заинтересовани страни* за финансиране и инвестиции в процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите не гарантира качеството и безопасността на предоставяните здравни услуги в лечебните заведения в по-малките общини.

Цялостното изработване на стратегията и осъществяването на реформите в социалната сфера е институционална дейност, изискваща определен административен капацитет. Съществен елемент на този процес е механизмът за оценка на въздействието на законодателството, който е задължителен след промяната на Закона за нормативните актове.⁴ Механизмът съдържа предварителна оценка на въздействието на правните норми, която установява целите, които да бъдат постигнати; формулира варианти на действие, водещи до решаване на проблема; оценява въздействията на тези варианти и се определя най-подходящият от тях. Резултатите от прилагането на нормативния акт се проверяват чрез последваща оценка на въздействието. Въз основа на проверката, ако е необходимо, се предлага отмяна, изменение или допълнение на нормативния акт.⁵

⁴ Закон за нормативните актове, обн., ДВ, бр. 27 от 03.04.1973 г.; изм. и доп., бр. 65 от 21.07.1995 г.; доп., бр. 55 от 17.06.2003 г.; в сила от 18.12.2003 г.; изм. и доп., бр. 46 от 12.06.2007 г.; изм. и доп., бр. 34 от 03.05.2016 г., в сила от 05.11.2016 г.

⁵ Наредба за обхвата и методологията за извършване на оценка на въздействието, Приета с ПМС № 301 от 14.11.2016 г., обн., ДВ, бр. 91 от 18.11.2016 г., в сила от 18.11.2016 г.; изм., бр. 5 от 17.01.2017 г., в сила от 18.11.2016 г.

Методология на изследване

Използваният методологически алгоритъм (цикъл от взаимосвързани научни методи) се основава на изследванията на автори,⁶ според които създаването на научно знание изисква докторантът да се постави в позицията на методолог, изпълняващ изискванията към съвременните социални изследвания, които са резултат от дългогодишна традиция в тяхното провеждане.

Методологическият алгоритъм на дисертационния труд включва логическия и съдържателен преход в хода на изследователския процес, чийто последователни стъпки са: *дефиниране на социалния проблем – дефиниране на възможностите за социално управление на проблема – научната интерпретация на проблема (превръщането му в проблем на науката за публичното управление) – дефиниране темата на дисертацията – дефиниране на докторската теза – определяне на изследователския обект – определяне на изследователския предмет – определяне на основния изследователски въпрос – дефиниране на хипотезите – дефиниране на целите – дефиниране на задачите на изследването – посочване на основния инструментариум от методи и методики за изпълнение на изследователските задачи.*

За доказване на изследователските хипотези е използван *интердисциплинарният метод*, който съчетава историческия, управленския, юридическия и икономическия подход към анализирания факти и проблеми.

Използвани са:

- *общонаучни методи* – исторически преглед; теоретичен анализ и синтез; контекстуален анализ; научно обобщение; прогнозен анализ,
- *специални методи, способности и анализ* – систематизация на правни инструменти на международни организации; систематично тълкуване като подход за конструиране на система от правни норми; сравнение с (най-добрите) добрите практики; критичен анализ; сравнителен анализ; социално-икономически анализ,
- *принципи на изследване* – системност; последователност; приемственост; толерантност,
- *принципи на конструираната система от правни норми* – децентрализация, професионална автономия на лекарите, самоуправление и саморегулация на лекарската

⁶ „Иновативни идеи за социални публични политики“, Четвърта част, Александър Николов, СУ, 2015 г.; Anol Bhattacharjee „, Social Science Research: Principles, Methods, and Practices“ University of South Florida, 2012; Новиков А.М.Н, Докторская диссертация?: Пособие для докторантов и соискателей ученой степени доктора наук. – 3-е изд. – М. :Издательство «Эгвес», 2003. – 120 с. ISBN 5-85449-126-5.

професия, прилагане на клиничния опит, водеща роля на грижата за пациента, ефективност.

Конкретните изследвания в дисертационния труд, с които се обосновават изследователските хипотези са:

- исторически преглед на националната традиция в специализацията и квалификацията на лекарите; изследване на общата характеристика на здравната услуга, контролираният достъп до сферата на здравеопазването и на системите на контрол; систематизиране на препоръките на Световната медицинска асоциация и стандартите на Световната федерация за медицинско образование, отнасящи се до медицинските кадри и специализираното медицинско обучение; изследване и дефиниране на функциите на БЛС като професионална камара; изследване на управленските политики на висшите медицински училища и лечебните заведения за болнична помощ; изследване на статуса на лекаря специализант; критично изследване на финансирането от републиканския бюджет на обучението за придобиване на специалност от лекарите; сравнително изследване на системите за самоуправление и саморегулация в Австрия, Великобритания и Германия; анализ на резултатите от анкетата сред млади лекари за съществуващите проблеми в специализацията; критичен анализ на социалното поведение на заинтересованите страни и на професионалните нагласи за промяна в системата на клиничната специализация на лекарите.

Въз основа на направените изследвания и авторския анализ в докторантския труд е направено предложение за промени в конкретни правни норми, очертана е целта и очаквания резултат при обновяването и адаптирането на клиничната специализация към променящите се социално-икономически и технологични условия.

Глава първа - Исторически преглед на развитието на специализацията в медицината и на националната традиция за професионална квалификация на лекарите. Тенденции в осигуряването на устойчивост в здравния сектор.

1.1. Образование, професионална квалификация и специализация в медицината

Нетипичните взаимоотношения между доставчик и потребител на медицинска услуга и зависимостта на клиента/пациента от притежаваните от лекаря специални познания за здравословното му състояние и необходимото лечение, предизвикват стремежът на общността да се предпази от опасността самозвани и некомпетентни лица да се представят за лечители и да вредят вместо да лекуват. Установяването на контрол върху придобитото образование и професионалната квалификация на упражняващите медицина е най-старата форма на контрол, наложена още в ранния период на практикуване на съвременната медицина.

В началото на XIX век здравеопазването е включено в държавната администрация на някои европейски страни.⁷

Първоначално броят на лекарите не е голям, затова държавата е в състояние да упражнява *директен надзор върху медицинската практика*, като организира и провежда мероприятия за предоставяне на право за упражняване на медицина. По-късно започват да се изграждат системи на здравеопазване, отговарящи на нарасналите здравни потребности на населението - постепенно се увеличава броят на студентите и завършилите медицина, на лечебните заведения и на териториите с осигурен достъп до медицинска помощ. Увеличава се също така броят на обособените медицински специалности, реформират се здравноосигурителните системи и се децентрализират много от дейностите по обучението и подготовката на медицински кадри. Особено бързо се развиват тези процеси в периода на демографския бум след Втората световна война.

Съвременната държава вече не е в състояние да организира и управлява медицинската квалификация и специализация на конкретния специалист и делегира тези правомощия на съсловните организации и заинтересованите лица в сферата на здравеопазването. Запазва чрез правни регулации надзора върху:

- продължителността и учебното съдържание на базовото медицинско образование;
- органите, които признават образователна степен и медицинска правоспособност;

⁷ Николова, В., Законодателни основи на българското здравеопазване (1878 – 2000 г.), списание „Медицинско право“, бр. 1/2008 г., стр. 14.

- съдържанието на учебните програми за специализация;
- лечебните заведения, в които се провежда практическо обучение на студенти и специализанти и
- качеството на обучението чрез полагането на държавен изпит за признаване на специалност.

Развитието на физиката, молекулярната биология, биохимията, микробиологията, хистологията и имунологията определиха и напредъка на приложната медицинска наука. Започна естествен процес на *обособяване на нови специалности и подспециалности*, обусловен от специализацията на труда във всички сфери на обществения живот, постоянно увеличаващият се обем наука и практика в самата медицина и невъзможността медицинските изследвания и необходимите практически умения да се обхванат професионално от един лекар (примерно той да е специалист и да лекува едновременно вътрешни, очни, кожни и други заболявания и да извършва оперативни интервенции).⁸

Според някои автори медицинските специалности са се появили през 19 век в следствие развитието на патологията, въвеждането на медицинските технологии и поради урбанизацията.⁹

1.2. Първи действия на здравна администрация у нас за упражняване надзор върху медицинската практика и квалификацията на лекарите

От средата на 19 век в българските територии на Османската империя *е регламентирана медицинската практика и е създадена система от военни и граждански болници*.¹⁰

В по-големите български градове започват да практикуват дипломирани лекари, включително българи, завършили медицина в чужбина, като най-голям е броят на завършилите Цариградското военномедицинско училище. Средствата за заплащане на лекарските хонорари се поемат от предосвободенските български общини.¹¹

⁸ Танчев, П., Танчев, П.П., Медицинската етика през вековете, Исторически обзор, https://www.researchgate.net/publication/261632038_The_Medical_Ethics_Over_the_Centuries

⁹ History of Medicine On-Line, The Emergence of Medical Specialties in the Nineteenth Century: A Discussion of the Historiography, Alexander Silvester, http://www.priory.com/history_of_medicine/Medical_specialisation.htm

¹⁰ Автореферат на дисертация на тема „Болнично дело и здравеопазване в българските земи (1856- 1878)“, автор Екатерина Кирилова Михайлова, СУ „Св. Климент Охридски, Исторически факултет, катедра История на България, София, 2013.

¹¹ Серафимов, П., „Професионалното движение на здравните работници в буржоазна България и общественото здравеопазване“, издателство „Медицина и физкултура“, София, 1981, стр. 23 - 25

След Руско-турската война /1877-1878 г./ в Княжество България започват да се изграждат и да действат първите здравни структури и органи. С утвърдените на 1.02.1879 г. Временни правила за устройството на медицинското управление в България започва периодът на *изграждане на здравни органи и администрация*,¹² както и разкриването на нови длъжности за лекари.

Гражданските медицински закони от 1882 г. и Санитарният закон от 1888 г. променят централното управление и съсредоточават санитарната власт в гражданското управление, а след това в дирекция при Министерството на вътрешните работи. Медицинският съвет е преименуван във Върховен медицински съвет (ВМС) със статут на съвещателен орган към вътрешното ведомство, който обсъжда законопроекти, *осъществява надзор върху упражняването на медицината и фармацията, признава правоспособност на лекарите, произнася се по откриването на нови длъжности и учреждения*, и др.

След освобождението лекарите продължават да получават своето образование в чужбина, а държавата и санитарната власт полагат известни грижи за обучението на фелдшери и акушерки, като създават фелдшерско и акушерско училище. Целта е да се задоволят потребностите на населението от медицинска помощ най-вече в селските райони.¹³ Към 1903 г. броят на фелдшерите в България достига 573, но продължава да съществува *проблемът с неравномерното разпределение на медицински кадри*. Този проблем се дискутира при приемане на бюджета на държавата през 1901 г.

Обсъжданите реформи и създаването на участъковите лекарски служби са реализирани по-късно със *Закона за опазване на общественото здраве, в сила от 30.12.1903 г.* Законът възлага контролните функции по упражняване на медицина, зъболекарство и фармация на директора на дирекцията за опазване на общественото здраве, но запазва компетентността на ВМС да подлага лекари, зъболекари и аптекари на *проверовъчен изпит за право на практика*.

От 1904 г., по решение на Върховния медицински съвет, започва командироването на лекари в чужбина, а през 1907 г. е приет правилник за *специализация на български лекари в чужбина*.¹⁴ Между тях е д-р Стоян Киркович,¹⁵ който в периода на своята

¹² Божилова, К., „Документално наследство на Главна дирекция на народното здраве”, Дигитална библиотека по архивистика и документастика, София, 2013, <http://electronic-library.org/articlars/Article%200192.html>

¹³ Стенографски дневници на XI ОНС, I ИС, XLIX 3, 15/V 1901, стр. 1534-1535; 1733; 1734.

¹⁴ Георгиев, М., Цанков, Н., „90 години Медицински факултет – София (1917 – 2007)”, София, 2007.

¹⁵ Един от основоположниците на Медицинския факултет в София през 1918 г.

специализация (1904-1906) получава системна клинична подготовка в двете водещи европейски школи по онова време - Виенската и Парижката.¹⁶

Финансов ангажимент за специализацията на лекари поемат и някои общини. През тифозната епидемия през 1907 г. пловдивската община, поради липса на специалисти-бактериолози в местната лекарска колегия, командирова младшия градски лекар д-р Нешо Чипев за 6-месечно обучение в Берлин. След неговото завръщане в Пловдив се открива първата градска Бактериологична лаборатория.¹⁷

Едновременно със специализацията на лекари в чужбина, *преподаватели в най-престижни европейски университетски клиники са основоположниците и първите професори в Медицинския факултет.*¹⁸

По време на Първата световна война лекарите от българската армия поставят *началото на научно-изследователската работа и проучванията върху заболяванията на фронта и прилагането на някои нови лечебни методи в хирургичната и терапевтичната дейност.*¹⁹

Според списък в първия дневник на Медицинския съвет, съставен на 22.11.1879 г., *броят на лекарите* в страната е 72, от тях 53 българи. Според други автори през 1878 г. лекарите са около 130 – 150,²⁰ вероятно с турските военни лекари, оттеглили се с войската.

През 1903 г. лекарите са 560, като в управлението на здравната служба са заети 18 окръжни лекари, 122 околийски лекари и 140 болнични лекари (от тях 5 са едновременно и окръжни, а 33 - околийски лекари). Статистиката е в полза на лекарите на частна практика – 318 срещу 242 лекари на служба.

През 1910 г. съотношението е променено – общият брой на лекарите е 660, от тях 214 на служба в дирекция народно здраве (32%), във военното ведомство – 130 (20%), училищни лекари – 20 (3,5 %), общински лекари – 73 (11%), лекари към Министерство на транспорта и др. ведомства – 23 (3,5%) и лекари на частна практика – 200 или 30% от общия брой лекари. [Серафимов, стр. 30 и стр. 47]

¹⁶ Професор д-р Стоян Киркович (1875-1960) - класик на българската вътрешна медицина, InSpigo, брой № 3(11) / септември 2010, Интервенционална пулмология.

¹⁷ „Д-р Нешо Д. Чипев (Бележки за неговия възрожденски род и за личния му принос към опазване на общественото здраве в Пловдив)”, ст.н.с. д-р Василка Танкова, Институт по история, БАН, Научен форум „Пловдивски приноси 2009”, <http://historymuseumplvdiv.org/prodimg/file1284383224.pdf>

¹⁸ Софийски университет „Св. Климент Охридски”, Медицински факултет, www.uni-sofia.bg/index.php/bul/universitet_t/fakulteti/medicinski_fakultet2/istoriya

¹⁹ Страници из историята на медицината у нас (Научни трудове и материали по история на медицината), под редакцията на доц. В. Давидова, изд. Медицина и физкултура, София, 1966, стр. 88 – 95.

²⁰ България 20 век: Алманах, под редакцията на Филип Панайотов, издателство „Труд”, София, 1999, стр. 480.

1.3. Създаване на Медицински факултет

*Началото на университетското медицинско образование в България е свързано с датата 1 януари 1918 г., когато е открит новият медицински факултет в Софийския университет.*²¹

*Подготовката за създаване на факултета включва изработването на програми, приемането на правилник и организирането на курсове за специализация на лекарите и специализация в чужбина на бъдещите професори. През 1910 г. Върховният медицински съвет приема и конкретен план за създаване на медицински факултет, за практическата реализация на който са създадени нарочни *държавни комисии за проучването на чуждия опит*. Те посещават медицинските факултети в Мюнхен, , Хайделберг, Виена и други.*

На IX редовен конгрес на Българския лекарски съюз, проведен от 6 до 8 май 1912 г. в град Русе, се приема програма за подобряване на санитарно-хигиенните условия в страната и за засилване на борбата със заразните заболявания и туберкулозата, като едно от основните професионални искания е да се осигурят необходимите кадри за нейното реализиране и *да бъде открит медицински факултет към университета.*²²

Народните представители се обединяват около идеята за откриването на факултета и *на 29 ноември 1917 г. е обнародвано изменението на Закона за народната просвета. На 10 април 1918 г. по думите на д-р Русев „започват лекциите в храма на българската медицинска наука”*. [„90 години Медицински факултет – София (1917 – 2007)“]

За клинична база на новоучредения Медицинския факултет е определена Александровска болница, в която до 1904 г. се подготвят фелдшери, сестри и акушерки, а до 1917 г. се провеждат опреснителните курсове за лекари. Клинична база на факултета още от самото начало е и Майчин дом.

1.4. Лекарската експертиза в общественото осигуряване

Промяната в статуса на лекаря и обществената значимост на лекарската професия се засилва след приетия на 05.04.1917 г. Закон за хигиената и безопасността

²¹ Арнаудов, М., „Софийски университет Св. Климент Охридски. Кратка история за 50 годишнината от основаването му.”, Университетска печатница, София, 1939, стр. 46, архив на автора.

²² Летописи на БЛС, Програма на БЛС, с. 349 – 358, 1913.

на труда и включването на лекарите в дейностите по закрила на труда. Работническите лекари стават органи на инспекцията на труда с права на инспектори.²³

През 1924 г. е приет Закона за обществените осигуровки, с който се дава *право на осигурените да избират своя лекуващ лекар*, но държавата, респ. управлението на фонда, контролират предоставянето на медицинска помощ.

В началото на организираното осигуряване става необходимо да се обоснове, че няма две категории болни – такива, които са лекувани от свободно практикуващи лекари и такива, лекувани от фондови лекари, а че има две категории изисквания, на които трябва да отговаря квалификацията на лекуващия лекар, за да не се допускат злоупотреби.^{24 25}

Съгласно Закона за обществените осигуровки от 1924 г. медицинската помощ се осигурява за сметка на фонда и по *системата на свободния избор на лекар*. Поради невъзможност фондът да се справи със злоупотребите и разточителството, през 1929 г. правната уредба се променя и се въвежда регулиран свободен избор на лекар, а през 1934 г. – система за назначаване на лекари към фонда, т. нар. „фондови лекари”. След като не се постига желаният резултат и дефицитът нараства, през 1936 г. е възстановена действащата преди това система на регулиран свободен избор.

1.5. Изисквания за заемане на лекарски длъжности, професионално израстване и финансиране на специализацията на лекарите след 1929 г.

През 1929 г. е приет Закон за народното здраве.²⁶ С него Върховният медицински съвет е преименуван във Висш медицински съвет, но без да се променя статута му на съвещателен орган. Едно от правомощията на съвета е да дава *мнение за разрешаване или лишаване от право на упражняване на медицина и да се произнеса за незаконното ѝ практикуване*.

Назначаването и уволняването на лекари на държавна служба се извършва от министъра на вътрешните работи и народното здраве по доклад на главния директор на народното здраве, а по-низшият санитарен персонал се назначава и уволнява от главния

²³ Д-р Г. Шаров, „Лекарят в закрилата на труда и общественото осигуряване, София, 1938, стр. 59, архив на автора.

²⁴ „Хроника”, Летописи на Българския лекарски съюз, кн. 1 от 1940 г., стр. 26, архив на автора.

²⁵ Лик, Ервин, Лекарят и неговото призвание, печатница „Художник”, София, 1928 г., стр. 36 и 37, архив на автора.

²⁶ „Закон за народното здраве, Утвърден с указ № 2 от 7 февруари 1929 год. и обнародван в притурка на „Държавен вестник”, брой 277 от 9 март 1929 год., изменен и допълнен със закони, обнародвани в „Държавен вестник”, броеве 68/1933 год., 76, 178, 223/1935 год. и 129/1940 год.”, Държавно книгоиздателство, София, 1941, архив на автора.

директор на народното здраве. *Професионалното израстване* се обвързва с минимален брой години служба или свободна практика и с изискване за специализация.

Законът съдържа императивна разпоредба относно *финансирането на специализацията и задължението на специализираните лекари* - санитарните лица,²⁷ специализирали за сметка на държавата, окръга или общината са длъжни да работят по специалността двойно на специализацията време, на място, където финансиращото учреждение ги изпрати. В противен случай трябва да върнат изразходваната за тях сума и да се лишат завинаги от правото да заемат обществени длъжности.

Членството в Българския лекарски съюз от 1929 г. става задължително за всички правоспособни лекари, а надзорът върху частната практика се осъществява от здравната дирекция чрез лекарските и дисциплинарните съвети на съсловната организация.

1.6. Статистически данни за правоспособните лекари в България към 1 януари 1936 и 1940 г.

Съгласно Закона за народното здраве Главна дирекция на народното здраве публикува списък на лекарите, на които е признато право на медицинска практика. В своя статия от 1940 г. д-р Виктор Кузмин проследява *динамиката на лекарското съсловие* и отбелязва основните тенденции в неговото развитие за четиригодишния период, въз основа на публикуваните списъци на лекарите през 1936 и 1940 година:²⁸

- процентът на мъжете и жените в двата списъка е еднакъв – 84 % мъже и 16 % жени;
- броят на лекарите (без тези в странство) се увеличава от 2 720 през 1936 г. на 3 124 през 1940 г. или с 404 души;
- през 1936 г. и 1940 г. съответно частнопрактикуващите лекари са 45 % на 40%, а лекарите на държавна и общинска служба – 55% на 60 %;
- през 1936 г. общите лекари (т.е. лекари без специалност) са 1835 (67 %), а лекарите със специалност - 959 души (33 %);
- през 1940 г. без специалност са 62%, а със специалност - 38% от лекарите;
- завършилите в славянски страни (България, Русия, Югославия, Чехия и Полша) през 1940 г. са 1 421 лекари (45%), а през 1936 г. – 39%;
- завършилите лекари в университетски градове на Германия и Австрия през 1940 г. са 973 (31%), а през 1936 г. – 36 %;

²⁷ Дефиниция в чл. 232 ЗНЗ 1929 г.: „санитарно лице (лекар, фелдшер, акушерка и др.)”

²⁸ Летописи на БЛС, Д-р Виктор М. Кузмин, „Българското лекарско съсловие към началото на 1940 година”, кн. 4, 1940, стр. 3-11, архив на автора.

- в романските страни (Франция, Белгия, Италия, Швейцария и Румъния) през 1940 г. завършилите са 695 лекари (22 %), а през 1936 г. – 23 %.

Коментарът в статията е, че ние следваме тенденцията на модерното общество, в което прогресивното развитие се характеризира с широко разделение на труда във всички сфери и слоеве, включително и в лекарското съсловие, изразяващо се във все по-голямо развитие на специализацията. Така за четири години лекарите специалисти в България се увеличават с 5 процента, като 244 лекари са с две и повече специалности.

В зависимост от университетските градове, в които лекарите са завършили медицинското си образование и специализация се забелязва циклична промяна на периодите на влияние на германската и романската култури, като до 1924 г. най-много лекари завършват в градовете Тулуза, Париж, Лозана и Женева, а най-силно през 1925 – 1927 г. е германското влияние. През 1940 г. вече има явна тенденция за изместване на германското и романското със славянското влияние.

1.7. Институт за специализация и усъвършенстване на лекарите /ИСУЛ/ (1950 – 1972)

След 1944 г. по-голяма част от разпоредбите на Закона за народното здраве са отменени и заменени с отделни нормативни актове (Закона за цялостното обединение на здравните служби, Указа за разпределение и назначаване на медицинските и здравните кадри, Указа за всенародна безплатна медицинска помощ и мн. др.), а останалите правни норми загубват юридическа сила поради наложения съветски модел на здравеопазване. Едва през 1973 г. множеството нормативни актове са обединени в единен закон за народното здраве и официално е отменен Законът за народното здраве от 1929 г.

През 1950 г. с постановление Министерският съвет предлага, а с указ Народното събрание преименува Работническа болница „Царица Йоанна” в Институт за специализация и усъвършенстване (усъвършенствуване) на лекарите /ИСУЛ/.²⁹ *Акът на разделяне на основното и следдипломното обучение по медицина* се оказва сполучлив, защото се създава една структура, в която се изграждат катедри и клиники, и се осигурява достъп до съвременни познания и умения след университетското обучение.³⁰

Лекарите специализират и придобиват практически умения и надграждат усвоените от базовото образование знания по медицина. В института се провежда учебна и научна

²⁹ Постановление на Министерския съвет № 528 от 08.08.1950 г. и Указ на Народното събрание № 523 от 02.10.1950 г.

³⁰ „75 години УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ”, юбилеен сборник под редакцията на доц. д-р Бойко Коруков, дм, София, 2011.

работа и методично ръководство на медицинските кадри в лечебните заведения в страната. Организиран се курсове за усъвършенстване по актуални проблеми в специалностите и по тесни профилни проблеми. Преподавателският състав е ангажиран с лекции, тематични упражнения, дискусии и практически занятия, разработване и обсъждане на научно-практически теми и обсъждане на занятията. Редовно се провеждат научни сесии по проблемите на медицината и здравеопазването.³¹

През 1957 г. е издаден *Правилник за специализация на лекарите и усъвършенстване на висшите медицински кадри*, в който се определят основните и профилните специалности и продължителността на клиничния стаж.³² Изработват се програми за специализация по отделните специалности. Освен специализиращите лекари, които са на трудов договор в лечебните заведения в страната, но провеждат модулно обучение в института, в ИСУЛ е въведена също така и *клинична ординатура* – по време на специализацията лекарите получават възнаграждение от Министерство на народното здраве и социалните грижи и работят постоянно в института. През 1972 г. институтът става втора база на Медицинска академия.

Промяната в институционалната структура обезличава постигнатото от исулските лекарите (преподаватели, докторанти и специализанти), в следствие на което се влошава качеството на следдипломното медицинско обучение и професионална квалификация в института (База-2). Едни и същи преподаватели провеждат обучението на студенти и специализанти, като резултатът е не подобряване качеството на базовото медицинско образование, а демотивиране на преподавателите да надграждат специални знания по специалността за завършилите медицина и уеднаквяват критериите при специализацията с тези по време на студентския стаж. Институтът се превръща в база за обучение без самостоятелни цели за подобряване на процеса на придобиване на специалност и професионално развитие на лекарите, както и без институционална отговорност към системата за медицинска специализация в България.

1.8. Нормативната уредба на медицинската специализация след 1972 г.

След 1954 г. завършилите медицина, както всички завършили висше образование, подлежат на разпределение за срок от три години. Младите лекари се разпределят на

³¹ „Четвърта научна сесия на ИСУЛ”, в-к „Здравен фронт”, бр. 17 от 24 април 1955 г., архив на автора.

³² Правилник за специализация на лекарите и усъвършенстване на висшите медицински кадри, издаден на 31.10.1957 г., публикуван в „Служебен бюлетин на МНЗСГ”, бр. от 11.12.1957 г.

работа в лечебни заведения на територията на цялата страна, като съответната община трябва да им осигури жилище.³³

От 1974 г. следдипломната квалификация на лекарите се провежда на два етапа: ранна специализация (интернатура) и специализация на работно място (ординатура). Формите на следдипломна квалификация са: очни, задочни и комбинирани; с пълно или с частично откъсване или без откъсване от работа; колективни (курсове и школи) или индивидуални, и др.

След назначаването на новозавършилия лекар, на определеното му от разпределителната комисия работно място, той се разпределя в задължителна интернатура за срок от една година в отделение на окръжна или специализирана болница, диспансер или окръжно ХЕИ. Това е период, през който се изпълнява утвърдена учебна програма и се оценяват способностите и придобития опит в съответната медицинска специалност.

Лекарите, успешно завършили интернатура, се зачисляват в ординатура на работното място след успешен изпит за специализация. Обучаваните висши медицински кадри получават пълния размер на основната си заплата, увеличенията към нея и всички допълнителни възнаграждения.³⁴

С постановление от месец декември 1989 г. за преустройство на здравеопазването на министъра на народното здраве и социалните грижи се възлага до 30 юни 1990 г. да утвърди усъвършенствана система за следдипломна специализация и квалификация на висшите медицински и други кадри, включително за специализация по обща медицина. Освен, че не е спазен срокът, няма и промяна в системата за следдипломно обучение. През 1991 г. само е изменена наредбата в частта, че за изпратените на планово обучение лекари извън местоработата, работодателят заплаща пътни, дневни и квартирни пари. Така до отмяната ѝ през 1994 г. продължава да действа задължителното разпределение.

³⁵

Наредбите от 1994 г., 1995 г. и от 2001 г. с известни различия определят реда и условията за специализация на работното място в държавно или частно лечебно заведение, определено като база за специализация, в лечебно или здравно заведение, което не е определено за база за следдипломно обучение, специализация за лица, които

³³ Наредба за планиране, разпределяне и настаняване на работа младите специалисти, завършили висше образование у нас и в чужбина, обн., ДВ, бр. изв. 96 от 1954 г.

³⁴ Наредба за следдипломна квалификация на висшите медицински кадри, обн., ДВ, бр. 7 от 25.01.1974 г.

³⁵ Постановление № 61 на МС от 18.12.1989 г. за преустройство на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 101 от 29.12.1989 г.

не работят в лечебно или здравно заведение, както и за специализация (клинична ординатура) във висшите медицински институти (училища).³⁶

Действащата до месец януари 2015 г. Наредба № 34/2006 г. промени съществено системата за придобиване на специалност, както по отношение на определянето на броя на местата за специализация и формата на обучение, така също и по отношение на обучаващите институции и финансирането на специализацията.

В зависимост от финансирането на обучението и възнаграждението на специализантите са определени няколко вида места: финансирани от държавата (т. нар. държавна поръчка); срещу заплащане (т. нар. платена специализация); финансирани от друг източник и за чужденци.

Основна форма на обучение е клиничната ординатура, т.е. специализация без право на работа. Изключението е за асистентите и ординаторите, които работят в университетската болница, където се провежда обучението по специалността.

Лекарите, придобили специалност на места, финансирани от държавата, са длъжни да постъпят на работа в лечебно или здравно заведение, определено от министъра на здравеопазването, за срок, равен на продължителността на обучението им.³⁷

Сдружение „Български лекари за европейски стандарт на специализация“ атакува през 2013 г. някои разпоредби на Наредба № 34/2006, а Върховният административен съд обяви част от тях за незаконни. Във връзка с това министърът на здравеопазването възприе, вместо изменение, да издаде нова наредба за специализациите в здравеопазването.

Действаща в момента е Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването.³⁸

С новата наредба не се променя институционалната структура на системата за придобиване на специалност и тя е следната:

³⁶ Наредба № 11 от 06.06.1994 г. за следдипломно обучение на специалистите с висше образование в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 50 от 21.06.1996 г.; Наредба № 47 от 14.12.1995 г. за следдипломно обучение на специалистите с висше образование в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 9 от 30.01.1996 г.; Наредба № 31 от 28.06.2001 г. за следдипломно обучение в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 64 от 20.07.2001 г.

³⁷ Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 23.01.2007 г., отм., ДВ, бр. 7 от 27.01.2015 г.

³⁸ Наредба № 1 от 22.01.2015 г., издадена от министъра на здравеопазването, за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 27.01.2015 г., последно доп., бр. 88 от 08.11.2016 г.

- *обучаващи институции* са медицинските университети, медицинските факултети, националните центрове и Военно медицинска академия по военномедицинските специалности.

- *бази за обучение* са освен обучаващите институции и лечебните заведения, получили положителна акредитационна оценка за обучение на студенти и специализанти, които имат възможност за изпълнение на учебната програма за специалността или на съответните раздели или модули от нея.

Министърът на здравеопазването планира, координира и контролира дейностите по провеждане на обучението, а администрацията на Министерство на здравеопазването води регистър на специализантите и регистър на придобилите специалност в системата на здравеопазването. Регистрирането на специализантите се извършва от висшите медицински училища, които получават регистрационен номер от регистъра на специализантите и от регистъра на придобилите специалност.

Нов момент в регламентирането на специализациите са правомощията, дадени на *националните консултанти*. На тях се възлага не само разработването на учебните програми по съответната специалност, но и съгласуването от тяхна страна със съответната съсловна организация и висшите училища. Националният консултант предлага на министъра на здравеопазването за утвърждаване съгласуваните учебни програми по съответната специалност. Военномедицинските специалности се съгласуват и с министъра на отбраната преди да бъдат предложени за утвърждаване от министъра на здравеопазването.

Обучението за придобиване на клинична специалност ³⁹ се осъществява въз основа на сключен *срочен трудов договор на пълно работно време* между специализанта и базата за обучение по съответната специалност на длъжност за специализант.

Базите за обучение са свободни целогодишно да определят необходимостта от специализанти по определени специалности, да обявяват свободните длъжности и да уведомяват министерството за броя на обявените *длъжности за специализанти*.

Висшите училища и националните центрове по проблемите на общественото здраве съставят план-график за провеждане на включеното в учебните програми теоретично обучение по различните специалности и *определят таксите за участие*.

Министърът на здравеопазването определя *местата за специализанти, за които държавата ще финансира теоретичното обучение*. Министърът сключва договори с

³⁹ Специалност, при която се извършват лечебно-диагностична дейност или здравни грижи.

висшите училища и Военномедицинската академия за предоставяне на тези средства въз основа на представена справка за проведеното обучение на специализантите.

1.9. Статут на Българския лекарски съюз

Първото дружество на лекарите в България е Физико-медицинското дружество, организирано в София през 1880 г. по инициатива на д-р Д. Моллов. По-късно, през 1883 г. се създава Варненското научно-медицинско дружество, през 1888 г. – Софийското медицинско дружество, а след това медицински дружества се създават в Пловдив, Русе, Бургас, Видин, Ловеч и др. Независимо от противоречията, които съществуват между двете течения в Софийското дружество (на ораховистите и на русевистите) относно начина на развитие на здравеопазването и грижата за здравето на населението, именно от неговите среди произлиза инициативата за обединяване на отделните лекарски дружества. В резултат на това начинание през 1901 г. е основан Българският лекарски съюз - втората професионална организация на лекарите в света, след английската.

Със Закона за опазване на общественото здраве от 1903 г. на БЛС се предоставят права да обсъжда законите, свързани със здравеопазването, както и да дава предложения по тях, да разработва правата и задълженията на съюзните членове, нормите на лекарската етика и пр. [Серафимов, стр. 31 - 37]

Съществен етап от развитието на лекарското съсловие и утвърждаването на БЛС като професионална камара е Законът за народното здраве от 1929 г., с който правомощията на съюза са разширени, а членството става задължително за всички практикуващи лекари. Контролът върху професионалната квалификация и дейността на заетите в санитарното ведомство се упражнява от министъра на вътрешните работи и директора на Главна дирекция народно здраве, а по отношение на правоспособността и спазването на професионалната етика от страна на частнопрактикуващите лекари правомощията са на съсловната организация.

През 1947 г. БЛС се влива в профсъюза на здравните работници, а след 1990 г. започва процес за неговото възстановяване. Де юре това става с приемането през 1998 г. на Закона за съсловните организации на лекарите и стоматолозите, преименуван по-късно на Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина.⁴⁰

⁴⁰ Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина (Загл. изм. - ДВ, бр. 76 от 2005 г., в сила от 01.01.2007 г.), обн., ДВ, бр. 83 от 21.07.1998 г., последно изм., бр. 39 от 20.05.2011 г.

1.10. Политика, насочена към осигуряване на устойчивост в здравния сектор.

След Освобождението лекарите получават своето образование в чужбина, а първият орган, упражняващ надзор върху признаването на лекарска правоспособност е Върховният медицински съвет (ВМС) към санитарната дирекция в Министерство на вътрешните работи. Създадените през този период лекарски дружества се обединяват през 1901 г. в Български лекарски съюз - втората професионална организация на лекарите в света, след английската. Правомощията на БЛС постепенно се разширяват - от включване на негови членове в състава на ВМС, обсъждането на закони, определянето на правила за съюзните членове и норми на етично поведение, до задължителното членство на всички практикуващи лекари и отговорност на съюза по отношение на тяхната правоспособност и спазването на професионалната етика.

Още в този начален етап на организиране на здравеопазването и у нас постепенно расте броят на лекарите със специалност, следвайки тенденцията на модерното общество за все по-голямо развитие на специализацията. По отношение на лекарската специализация и квалификация след създаването на Медицинския факултет значително намалява влиянието на чуждите школи и се засилва процесът на национализация на българската медицинска мисъл.

Институтът за усъвършенстване и специализация на лекарите /ИСУЛ/ от 1950 г. до 1972 г. проправя пътя за специализираното практическо обучение след завършване на медицина. Провежданото в института следдипломно обучение по отделни медицински специалности, като надграждащо придобитите знания и умения от студентите, предизвиква международен интерес, а днес трите фази на медицинското образование (студентско, специализиращо и продължаващо) са утвърден стандарт за качество на медицинското образование.

От 1974 г. следдипломната квалификация на лекарите се провежда на два етапа: интернатура и ординатура, а наредбите от 1994 г., 1995 г. и от 2001 г. с известни различия определят реда и условията за специализация на работното място в държавно или частно лечебно заведение. Наредба № 34/2006 г. промени съществено условията и реда за придобиване на специалност и въведе в законодателството разпоредби, които не бяха съобразени с националната традиция и международното развитие на медицинското образование, с което се затрудни достъпът до специализация и осигуряването на достатъчен брой лекари специалисти.

Понижената ефективност на системата за възпроизводство на лекари специалисти и нарушените интереси на заинтересованите страни в настоящия момент се дължат на някои разпоредби, отнасящи се до управлението, контрола и координацията на дейностите, концентрирането на местата за специализация в университетските градове, ограничените възможности специализантите да извършват медицинска дейност, незаинтересованост от страна на обучаващите лекари, поемане от лечебните заведения на цялостната издръжка на практическото обучение и възнагражденията на специализантите.

С последната промяна на наредбата от месец ноември 2016 г. се въведе възможността да се отпускат стипендии със средства от европейски проекти и програми, но за ограничен кръг държавни лечебни заведения – центровете за спешна медицинска помощ; центровете за трансфузионна хематология; държавните психиатрични болници и други лечебни заведения, които нямат положителна акредитационна оценка за обучение.

От пет години БЛС осигурява стипендии за специализанти и докторанти по програма, която има за цел да подпомогне финансово обучението на младите лекари и да ги мотивира да останат в страната.

Върху неефективността на системата на клинична специализация влияние оказват и външни фактори – в световен мащаб медицинската работна сила е мобилна, което увеличава интернационализирането на лекарската професия и необходимостта да се гарантират професионалните качества на лекарите, където и по света да работят, както и предоставянето на качествени трансгранични здравни услуги на европейските граждани. Освен това държавите-членки следва да се справят с нарастващото търсене и ограничените възможности за предлагане на здравни услуги, вследствие застаряването на населението и работната сила в здравеопазването. За справяне с проблемите в следващото десетилетие *политиките* и дейностите трябва да осигурят устойчивост и конкурентоспособност, основаващи се на националните традиции в здравеопазването и медицинското образование, културните и социално-икономическите условия във всяка отделна страна, като не се разчита изцяло на краткосрочната заетост на емигрантите и положителния ефект от завръщането им върху квалификацията на човешкия потенциал в здравния сектор.

Възможностите за действия на европейско равнище са свързани с насърчаване сътрудничеството между държавите членки и координирането на техните програми, като Съюзът се съобразява изцяло с отговорностите на държавите членки за определянето на

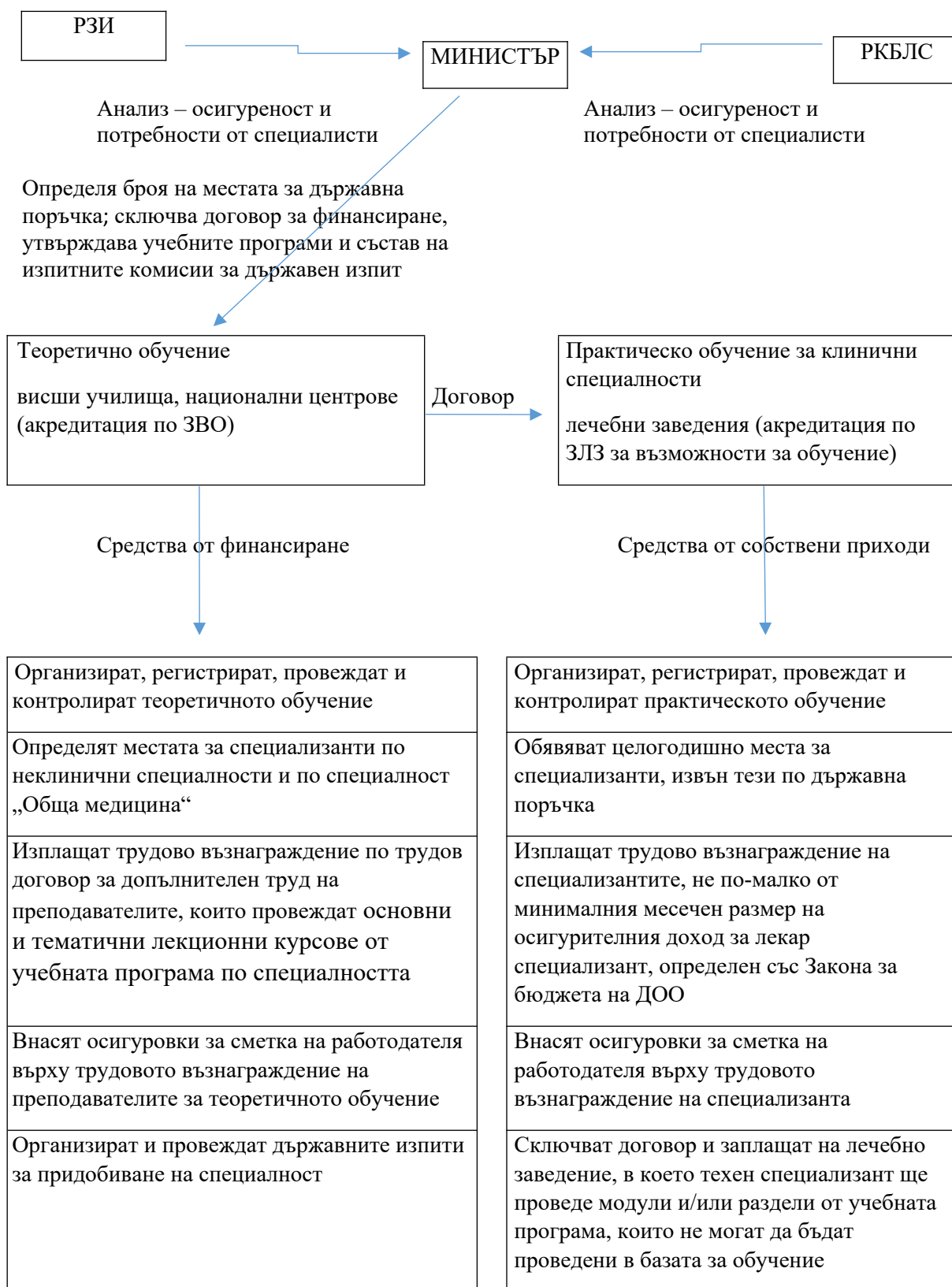
техните здравни политики и организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи.

България е от страните „донори” за здравните системи в Западна Европа, което застрашава устойчивостта на националната система на здравеопазване и поставя на дневен ред провеждането на реформи в сектора. Едно от приоритетните направления е подобряване на условията и реда за придобиване на клинична специалност от лекарите.

Разпоредбите на Наредба № 1/2015 продължават да демотивират преди всичко абсолвентите да останат и специализират в страната. Емиграционните решения на българските лекари са предизвикателство за сектора, а стремежът е чрез дискусиите на тази тема да се намерят правилните решения, които да доведат до удовлетвореност на българските лекари и медицински специалисти от условията на труд, възнагражденията и отношението на обществото към тях.⁴¹ Все още обаче няма конкретна визия и законодателна инициатива за промени по отношение на основния мотив за емиграцията – системата за клинична специализация на лекарите в България.

⁴¹ Кръгла маса „Лекари и мобилност“, 41-во НС, Комисия по здравеопазване, 22.11.2012 г., зала „Изток“, стенографски протокол, www.parliament.bg/pub/cW/20121130030831prot.kr.masa-22.11.12.doc

Схема: Дейности в процеса на придобиване на специалност от лекарите по Наредба № 1/2015



Глава втора – Теоретико-методологически предпоставки за развитие на националната система на клинична специализация на лекарите.

2.1. Обща характеристика на здравната услуга и регулиране дейността на доставчиците при трансграничното здравно обслужване

В европейската правна рамка съществуват два вида услуги – услуги в икономическата дейност и услуги в обществен интерес.

Основната характеристика, която определя една услуга като икономическа дейност е тя да се предоставя срещу заплащане, като не е необходимо да има директно заплащане. За тези услуги се прилагат законите за вътрешния пазар (свободно предоставяне на услуги и свобода на установяване), и за конкуренцията. Икономическият характер на услугата не зависи от правния статут на доставчика или от характера на услугата, а от начина по който дадена дейност се организира, извършва и финансира.

Услугите от общ интерес могат да бъдат икономически и неикономически.

Като услуги от общ икономически интерес, подлежащи на регулаторен режим, се определят тези, които имат европейско покритие – телекомуникации, електричество, газ, транспорт и пощенски услуги. Към услугите от общ икономически интерес се отнасят и управлението на отпадъците, водоснабдяването или преработката на отпадъчни води, но без специални разпоредби на Общността.

Неикономически са държавните услуги - полиция, правосъдие и законно установени структури за социална сигурност. Те не са обект на законодателството на Европейския съюз и не са включени в разпоредбите за вътрешния пазар и конкуренцията от Договора. Регламентират се от самите държави членки.

В по-широката рамка на услугите от обществен интерес се включват социалните и здравните услуги.

Първоначално здравните услуги са обект на директивата за услугите на вътрешния пазар, защото не е оценена в достатъчна степен тяхната специфика, обществената им значимост и финансирането им от публични фондове.

Особеното положение на здравната услуга се определя от това, че събдването на здравен риск поставя лицата в уязвимо и несигурно положение и създава асиметрична връзка между лекар и пациент, различна от връзката между доставчик и потребител. Това налага различна от тази на икономическите услуги правна рамка и гарантиране на сигурност при трансграничното здравно обслужване. Защото разпоредбите на

вътрешния пазар и за конкуренцията улесняват упражняването на дейности от доставчиците на икономически услуги, но значително намаляват възможностите специфичните задачи от общ интерес, възложени на здравните услуги, да бъдат изпълнени.

След постигнатото широко съгласие относно необходимостта от осигуряване на правна сигурност и последователност в политиките на Европейския съюз, здравните услуги са включени в кръга на услугите от обществен интерес, определени от Комисията на Европейските Общности като „нов европейски ангажимент“.⁴²

Подходът е спазване на отговорността на държавите членки за организирането, финансирането и предоставянето на медицинска помощ. Целта е да се постигне съгласуваност при прилагане на правилата относно осигуряване на равен достъп и гарантиране на сигурни, висококачествени и ефективни трансгранични здравни услуги на всички граждани на Европейския съюз, независимо от тяхното местоживеее или ниво на доходи. Дейността на Общността по осигуряване на трансгранично здравно обслужване се осъществява „при спазване на принципите на универсалност, качество, безопасност, непрекъснатост и солидарност, като по този начин се допринася за социалното и териториално сближаване на Европейския съюз“.⁴³

От характера на здравната услуга и възможностите за свободно движение на територията на Европейския съюз произтича и несигурността на пациентите относно приложимия закон и отговорността при провеждане на лечение в повече от една страна. Съгласно директивата от 9 март 2011 г. за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване под „мобилност на пациентите“ се разбира ползването на здравно обслужване в държава членка, различна от държавата-членка, в която пациентът е здравноосигурен.⁴⁴

Пациентите могат да ползват здравни услуги зад граница и разходите им за това да се възстановяват, съгласно условията на националната им здравна система. Всяка държава членка има право да въвежда изисквания за предварително одобрение за възстановяване

⁴² Комисия на Европейските общности, Съобщение от Комисията до Европейския парламент, Съвета, Европейския икономически и социален комитет и Комитета на регионите, Брюксел, 20.11.2007, COM(2007) 725 окончателен.

⁴³ Европейски парламент, Проектодоклад за влиянието и последиците от изключването на здравните услуги от директивата за услугите на вътрешния пазар (2006/2275(INI), 6.3.2007, 2006/2275(INI).

⁴⁴ Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 9 март 2011 година за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, 4.4.2011 г., Официален вестник на Европейския съюз, L 88/45.

на разходите по лечението, ако е застрашена финансовата стабилност и устойчивост на системата им за социална сигурност.

Директива 2011/24/ЕС се отнася до мобилността на пациентите и гарантирането на тяхната правна сигурност, а не за свободното движение на доставчиците на здравни услуги.

Дейността на доставчиците на здравни услуги се регламентира от различни правни актове, а мониторинг се осъществява по отношение професионалната квалификация, медицинското образование, обменът на информация между държавите членки относно квалификацията на здравните работници и условията за работа на специалистите в сферата на здравеопазването.

Принципът на европейското право е, че граждани, квалифицирани да упражняват регулирана професия в държава членка, имат право да я упражняват навсякъде в Европейския съюз. Улесняването на предоставянето на услуги обаче трябва да гарантира общественото здраве и безопасността със специални разпоредби относно регулираните професии, предоставящи трансгранични здравни услуги.⁴⁵

Обект на правна регламентация чрез външно оценяване и акредитационни процедури е медицинското образование. Международни медицински организации и форуми дават препоръки за радикални промени и нововъведения в структурата в световен мащаб във връзка с адаптиране на медицинското образование към променящите се условия в системите на здравеопазването. Първостепенно значение в тази насока имат действията за подготовка на млади лекари, за въвеждане в практиката на медицинските научни знания и технологии, за реализиране потенциала на лекарите за придобиване на знания през целия живот и за осигуряване на обучение в областта на информационните технологии.

От съществено значение за целите на планирането и предоставянето на здравни услуги на територията на Европейския съюз е обменът на информация относно броя на здравните работници, които се обучават и които са наети на работа, тяхната специализация, географското им разпределение, възраст, пол и страна на произход. Събираните данни са от полза за хармонизиране и стандартизиране на индикаторите за работната сила в здравния сектор и управление на мобилността на здравните работници в пределите на Европейския съюз.

⁴⁵ Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 7 септември 2005 г. за признаването на професионални квалификации

Условията на работа в здравеопазването създават повишен риск за поява на професионално заболяване или трудова злополука. Тези рискове са обект на секторни и общи директиви (пр. секторната директива за наранявания от остри предмети или отнасящата се до всички сфери директива за работното време, и др.)

2.2. Специфика на медицинското образование

Процесът на медицинско образование започва от приемането на студентите по медицина и завършва с прекратяването на активната професионална дейност на лекарите. Затова системата на медицинско образование се разделя на три подсистеми: базово (студентско) медицинско образование, следдипломно (специализирано) обучение в определена област на медицината и непрекъснато (надграждащо) професионално развитие на лекарите.

Учебните програми в *базовото медицинско образование* включват клинична практика (стаж), по време на която студентите нямат право да извършват медицинска дейност. Те могат само да наблюдават в клинични условия дейността на лекарите специалисти и да извършват дейности, които не са пряко свързани с обслужването на пациентите и тяхното лечение. Обучението по медицина няма бакалавърска степен, затова след успешно завършване студентите придобиват образователно-квалификационна степен „магистър по медицина“.

Лекарите специализанти, които след придобита магистърска степен по медицина се обучават в определена *клинична специалност*, работят в болничен медицински екип и полагат личен труд в грижите за пациентите и извършването на медицинска дейност, но под надзора на лекар специалист (клиничен ръководител). Ръководителят поема отговорността, наблюдавайки работата и степента на придобити знания и умения, да определя каква медицинска дейност специализантът може да извършва самостоятелно. *Идеята е в края на специализираното обучение, което в зависимост от специалността е с продължителност от 3 до 6 години, специализантът да може самостоятелно да извършва всяка медицинска дейност, която извършва неговият клиничен ръководител.* След успешно положен изпит специализантът получава квалификацията „лекар, специалист по ...“ и може да извършва медицинска дейност в съответната област и да упражнява самостоятелна медицинска практика по специалността.

Лекарите специалисти поемат ангажимент към съсловието и обществото, че ще поддържат постоянно своята квалификация, а заинтересованите страни си разпределят

отговорността да осигуряват условия за *непрекъснато медицинско обучение* и възможности за развитие на всеки лекар, без продължително откъсване от работното му място.

Наложилите се форми на продължаващо обучение на лекарите са участие в тематични курсове, индивидуално обучение, програми за професионална квалификация и за дистанционно обучение, семинари, конгреси, конференции, симпозиуми и др.

Задължение на лекарите е да предоставят на своите пациенти медицинска помощ и консултации, адекватни на тяхната непрекъснато развиваща се професионална компетентност, придобити знания и практически умения в съответната медицинска специалност.

Лекарските камари създават механизъм за проследяване и контрол върху индивидуалното участие на лекарите в различни форми на продължително обучение, например чрез набирането на точки за участия за определен период от време. Възможно е да се предвидят и санкции от страна на съсловните организации за лекари, които не са изпълнили задължението си да поддържат високо ниво на професионална компетентност, включително да ги лишават временно от правоспособност. В нашата правна система няма предвидена ресертификация.

Организацията на учебния процес в медицинските университети също е специфична, изразяваща се в това, че длъжностите на хабилитираните и нехабилитираните преподаватели са в структурите на университетските болници, които имат самостоятелна правосубектност. Научно-преподавателските кадри извършват лечебна дейност по основен трудов договор в тези болници и преподавателска дейност по допълнителен договор към съответния университет, но на работното си място в университетската болница. В учебните зали и клиничните звена на тези болници, с редки изключения, се организират лекциите, упражненията и практическите занимания на студентите и специализантите. Собствените сгради на университетите се ползват от административния персонал на ректората и деканатите. Въпреки това субсидията от Министерство на образованието и науката за издръжка на един студент в професионално направление „медицина” се превежда само на висшите медицински училища.⁴⁶

⁴⁶ Постановление № 162 от 20 юни 2001 г. за определяне на диференцирани нормативи за издръжка на обучението за един студент по професионални направления, обн., ДВ, бр. 59 от 3 юли 2001 г., последно доп., бр. 69 от 02.09.2016 г., в сила от 01.01.2017 г.

2.3. Контролиран достъп до сферата на здравеопазването, контрол при предоставянето на здравни услуги и саморегулация на лекарската професия

Саморегулацията на лекарската професия, като последица от правото на професионална автономия на лекарите, се осъществява в рамките на националната система за контрол в здравеопазването, а съсловната организация носи отговорност за поведението и дейността на лекарите. В нашата правна система са регламентирани необходимите механизми за мониторинг и контрол в здравеопазването за гарантиране на общественото здраве и безопасността при предоставяне на здравни услуги за населението. Общата рамка на контролираната среда и контролът върху процеса на предоставяне на услуги в здравеопазването е представен в решетка – Мониторинг и контрол в националната система на здравеопазване.

Здравеопазването винаги е било сред обществените сфери с най-висока степен на регламентиране и регулиране,

първо, поради съществуващата асиметрична връзка между лекар и пациент и спецификата на здравната услуга;

второ, поради широкият обхват на клиентите, които ползват тази услуга и необходимостта от намеса на държавата в регулиране на взаимоотношенията лекар-пациент-осигурителен институт;

трето, поради независимостта на лекарското решение/експертиза и силното му влияние върху работната сила на обществото и разходите за здравно осигуряване;

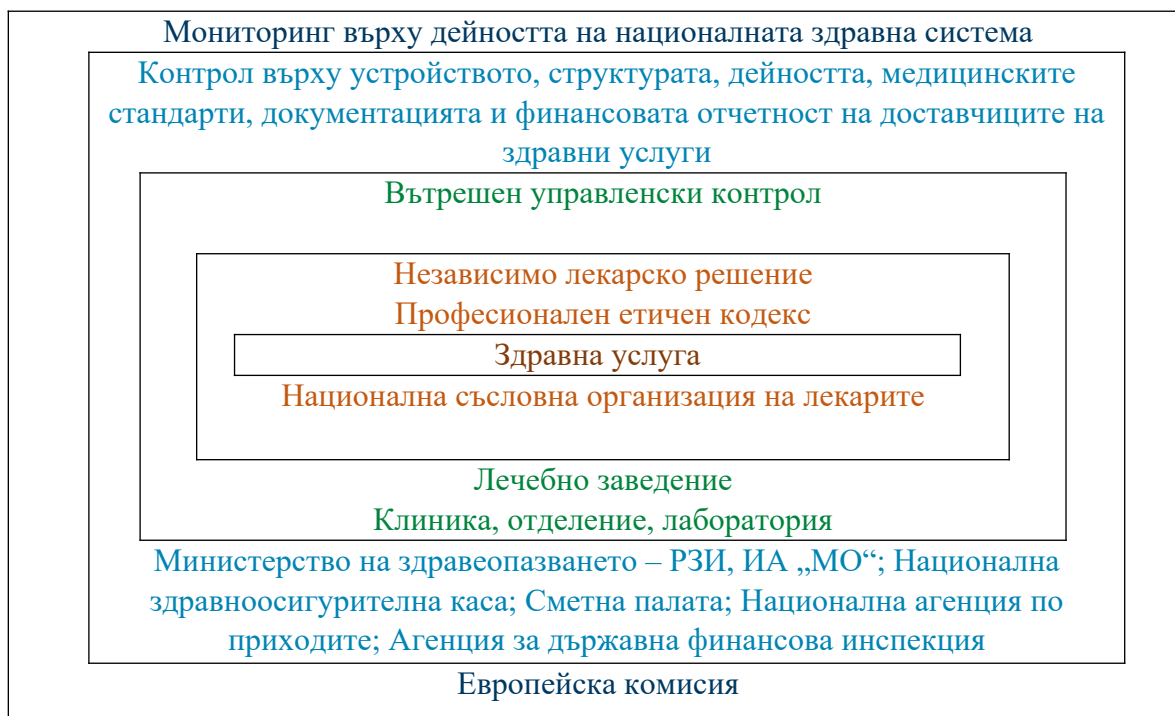
четвърто, поради участието на държавата във финансирането на здравеопазването и стремежа за получаване на насрещна полза – предоставянето на достатъчни по обем качествени здравни услуги на гражданите.

Затова националните механизми за регламентиране и контролиране на осъществяваните в здравеопазването дейности все повече се усъвършенстват и непрекъснато се актуализират в зависимост от обществено-политическото и технологично развитие.

Основните фактори, които обуславят *процесите за контролиране на средата и осъществяването на контрол върху дейностите в здравеопазването*, са нетипичната връзка лекар - пациент (за да се гарантира безопасното лечение) и автономното лекарско решение (за да се минимизира негативното му влияние върху пазара на труда, осигурителната система и здравното осигуряване). Важността на обществените отношения в сферата на здравеопазването и влиянието на лекарския професионализъм

върху нагласите и удовлетвореността на пациентите е сред причините държавата да се стреми, чрез контролните си функции, да минимизира негативния ефект и да осигурява достатъчен обем здравни услуги с добро качество и приемлива цена.

Схема: Решетка - Мониторинг и контрол в националната система на здравеопазване



Но постоянното въвеждане на нови механизми и форми на контрол трябва да бъде в приемливи граници, защото е възможно всяка следваща стъпка към засилване на контрола върху дейността на лечебните заведения и лекарите, без да се извършва реформа в системата и да се балансират интересите на заинтересованите страни, да доведе до противоположния резултат – влошаване качеството на здравната услуга.

Възможно е също така прекомерният контрол, вместо да ограничи разходите, да ги увеличи, примерно, ако лекарят назначава на своите пациенти повече изследвания, манипулации и лекарства, защото не е мотивиран да направи преценка на това, кои от тях могат да не бъдат направени или изписани и това да не се отрази на правилното лечение. Както е казано в Декларацията от Мадрид на Световната медицинска асоциация, *познаването на размера на разходите е съществен елемент от саморегулацията, а лекарите са специално подготвени да оценят мерките, които се предприемат за ограничаването им.*

2.4. Международни препоръки и стандарти, отнасящи се до медицинските кадри и специализираното медицинско обучение на лекарите. Систематизиран подбор.

2.4.1. *Световната медицинска асоциация (СМА)* е създадена на 18 септември 1947 г. от делегати, представители на 27 национални лекарски организации. Първоначално на своите Световни медицински асамблеи, а по-късно на сесии на Общото събрание и на Съвета, СМА прави изявления относно редица въпроси, свързани с медицинската етика, медицинското образование, медицинските кадри, грижата за пациентите, изследванията върху хора и общественото здраве.

Пълноправни членове на СМА са националните медицински асоциации, които са независими от правителствата им и представляват лекарите в съответната страна по силата на своето членство (доброволно или задължително). Асоциирани членове могат да бъдат отделни лекари, които имат право на глас в Общото събрание чрез свои избрани представители.⁴⁷

В обзора на документите на СМА авторът включва декларации, становища и препоръки, публикувани в сборника „Лекарят, пациентът, обществото”,⁴⁸ а за последните десетилетия – в официалния сайт на асоциацията:

- Становище относно медицинските кадри – I, Венеция, Италия, октомври 1983 г., /изм./ Ранчо Мираж, Калифорния, САЩ, октомври 1986 г.

Препоръчва се възприемането на принципа, че поддържането и развитието на лекарските умения и технологии, а оттам и осигуряване на качествена медицинска помощ, се основават на клиничния опит на лекаря и възможностите му да оказва помощ на пациента. Становището на Асамблеята е, че националните медицински асоциации трябва да си сътрудничат със своите правителства за възприемане и прилагане на този принцип в подготовката на законите и определянето на политиката относно медицинските институти.

- Становище относно медицинските кадри – II, Сингапур, октомври 1984 г., /изм./ Ранчо Мираж, Калифорния, САЩ, октомври 1986 г.

СМА, вземайки предвид, че качеството на здравната помощ, осигурявана от лекарите, не може да бъде по-добро от качеството на медицинското обучение, което лекарите получават, потвърждава своята подкрепа за високите стандарти на медицинското обучение.

⁴⁷ World Medical Association, <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/index.html>

⁴⁸ Сборник „Лекарят, пациентът, обществото”, Фондация „Невронауки и поведение”, София, 1994 г.

- Становище относно медицинските кадри – III, Брюксел, Белгия, октомври 1985 г., /изм./ Ранчо Мираж, Калифорния, САЩ, октомври 1986 г.

Това становище е адресирано до тези, които определят програмите за медицинско обучение. Техен ангажимент е да предадат на студентите – медици идеята за важността от придобиване на действителен опит и за необходимостта от непрекъсната практика за поддържане на основна медицинска компетентност.

- Декларация от Мадрид относно професионалната автономия и саморегулация, Мадрид, Испания, октомври 1987 г.

Тази декларация е приета във връзка с проблемите и предизвикателствата към професионалната автономия и саморегулацията на медицинската професия и след проучване на тяхното значение в целия свят.

Декларирано е, че:

- професионалната автономия гарантира на всеки отделен лекар свободата на самостоятелна професионална преценка при лечението и грижите за своите пациенти;
- професионалната автономия е съществен компонент на високото качество на медицинската помощ и е в интерес на пациентите да бъде съхранявана;
- медицинската професия има неотменната отговорност да се саморегулира, като естествена последица от правото на професионална автономия – независимо от другите форми на контрол, прилагани към всеки отделен лекар, самата медицинска професия трябва да бъде отговорна за контрола върху професионалното поведение и дейността на лекарите;
- националните медицински асоциации трябва да разработят, поддържат и активно да участват в система за саморегулация на лекарите, защото резултатният самоконтрол ще осигури професионалната автономия на решенията при медицинската помощ;
- системата на саморегулация следва да осигури качеството на помощта, оказвана на пациентите и компетентността на лекаря, предоставящ тази помощ, както и отговорността да се проследяват научните постижения в медицината и използването на терапевтични методи, които са безопасни и ефективни;
- познаването на размера на разходите е съществен елемент от саморегулацията – лекарите са специално подготвени да оценят мерките, предприемани за ограничаване на разходите и поради това националните медицински асоциации трябва да задействат механизми за съдържане на разходите в своята собствена система за саморегулация;
- националните медицински асоциации следва да гарантират етично поведение на лекарите в интерес на техните пациенти – етичните нарушения да бъдат незабавно

отстранени, а виновните лекари да бъдат наказани и професионалното им поведение да бъде коригирано;

- СМА насърчава обмяната на информация и опит между националните медицински асоциации, за да се подобрява саморегулацията на професията;

- обществеността във всяка страна трябва да бъде информирана и да приеме, че съществува ефективна и отговорна система за саморегулация на медицинската професия – такава е системата за саморегулация, при която почтено и обективно се оценяват всички проблеми, свързани с медицинската практика, грижите и лечението на пациентите;

- системата за саморегулация дава възможност на националната медицинска асоциация да подкрепи правото на отделния лекар да лекува пациентите си без странични въздействия, с професионална свобода и в съответствие с личната си професионална преценка – отговорното професионално поведение на всеки отделен лекар и ефективната и ефикасна система на саморегулация на националната медицинска асоциация са необходими, за да може всеки член на обществото да е сигурен, че когато той е пациент ще получи качествена медицинска помощ, предложена от компетентен лекар.

- Декларация от Ранчо Мираж относно медицинското обучение, приета от 39-та Световна медицинска асамблея, Мадрид, Испания, октомври 1987 г.

Декларацията дефинира медицинското обучение като непрекъснат процес на учене, започващ с приемането в медицински институт и завършващ с оттеглянето от активна практика. Като принадлежащи към медицинската професия, всички лекари трябва да поемат отговорността не само да поддържат високи лични стандарти на медицинско обучение, но и да поддържат високи стандарти на медицинско обучение за професията.

Това обучение трябва да бъде основано на няколко принципи, три от които са от особена важност за защита на изследователските хипотези и затова авторът ги представя дословно:

„Принцип V – Клинично обучение

Клиничната съставка на медицинското обучение следва да бъде центрирана върху изследването на пациенти под наблюдение и да включва непосредствен опит в диагностициране и лечение на болестта. Клиничното обучение трябва да включва личен диагностичен и лечебен опит с нарастващо поемане на отговорности. Необходимо е да се спазва подходяща взаимовръзка между броя на приетите болни за обучителни цели и грижовното отношение към индивидуалния пациент.

Преди да започне самостоятелна практика, всеки лекар следва да премине специална програма на клинично обучение. Тази програма, обикновено с най-малко едногодишна продължителност, трябва да се характеризира с контролирано нарастване на отговорността за справяне с клинични проблеми.

Преподавателското тяло е отговорно за преценката, че студентите, които получават първа професионална степен имат необходимото основно разбиране на клиничната медицина, основните умения да оценяват клиничните проблеми и да предприемат самостоятелно необходимите действия, като при това имат характер и нагласа да бъдат етични лекари.“

„Принцип VII – Следдипломно медицинско обучение (Postgraduate medical education)

Желателно е лекарят, след първата професионална степен, да се заеме със следдипломно медицинско обучение като направи своя избор за специализация измежду лечебната медицина, общественото здравеопазване, клиничната или фундаментална изследователска работа или преподаването на медицина. Преминаването през специалните програми за клинично обучение трябва да предшества самостоятелното практикуване, както на обща медицина, така и на отделна специалност. Медицинската професия е отговорна за критериите за успешното завършване на програмите за клиничното обучение, което следва първата професионална степен.

Принцип VIII – Непрекъснато медицинско обучение (Continuing medical education)

Всички лекари се посвещават на обучение през целия си живот. Това обучение е решаващо, за да бъде лекарят в крак с развитието на медицината и да поддържа необходимите познания и умения за висококачествена здравна помощ на населението. Медицинските институти, болниците и професионалните общности си разпределят отговорността за развитието на всеки лекар и предоставянето му на възможности за непрекъснато медицинско обучение.

Изискването да се осигурява медицинска помощ, да се предотвратяват болестите и да се дават консултации по здравни въпроси налагат най-високи стандарти на преддипломно, следдипломно и непрекъснато медицинско обучение.” [“Лекарят, пациентът, обществото”, стр. 44, 45]

В своя резолюция от 2011 г. СМА определя националните медицински асоциации като професионална организация, по отношение на медицинската професия и регулаторен орган, по отношение на експертните познания на лекарите по въпросите на общественото здраве и благоденствието на населението.

Като изразители на мнението на медицинската професия тези асоциации се стремят да осигурят прилагането на етичните норми в медицинската практика, добро качество на медицинските грижи, както и придържане към високи стандарти от всички практикуващи.

Като защитници на своите членове по въпроси, свързани с общественото здраве, те обаче не срещат разбиране от страна на правителствата, които възприемат техните действия като опозиционна политика, а в действителност те се основават на медицинските познания и познаване нуждите на пациентите и населението.

СМА осъжда опитите да се заглушава гласа на медицинската асоциация чрез поставяне от страна на правителствата на свои представители на отговорни позиции, които да модифицират посланията в такива, които правителството може да толерира. Настоява за независимото функциониране на националните медицински асоциации и насърчава правителствата да работят заедно с лекарите за подобряване здравето и благосъстоянието на населението.⁴⁹

Проблемът с неравенството и правото на населението в селата и по-малките градове да получава качествена медицинска помощ се оказва съществен и трудно решим за всички национални системи. В тази връзка Световната медицинска асоциация препоръчва да се насърчават усилията за повишаване квалификацията на всички лица, оказващи медицинска помощ, независимо в какъв район практикуват. Напътствието е да се осигурят необходимите условия за работа, оборудване и квалифицирани лекари, които да имат възможност да получават обучение, пригодно към медицинските потребности на населението и да поддържат професионалните си познания на съвременно ниво. Освен към държавните здравни власти, препоръките са отправени и към националните медицински асоциации, които трябва да участват активно и да направят всичко възможно, за да осигурят еднакво благоприятни условия за практикуване на лекарската професия.⁵⁰

2.4.2. Световна федерация за медицинско образование (СФМО)

⁴⁹ Резолюция на Световната медицинска асоциация за независимостта на националните медицински асоциации, *Приета на 62-та сесия на Общото събрание на СМА, Монтевидео, Уругвай, октомври 2011 г.*, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/i6/>

⁵⁰ Сборник „Лекарят, пациентът, обществото“, Фондация „Невронауки и поведение“, София, 1994 г., стр. 25 и 26 - Препоръки относно медицинската помощ в селските райони, Приети от 18-та Световна медицинска асамблея, Хелзинки, Финландия, юни 1964 г., изменени от 35-та Световна медицинска асамблея, Венеция, Италия, октомври 1983 г.

Процесът на специализация в медицината е съпътстван от създаването на научни дружества и асоциации по основните специалности в различните държави и на международен орган, представляващ всички медицински преподаватели и медицински учебни заведения – Световната федерация за медицинско образование (СФМО).⁵¹

Дейностите на СФМО обхващат всички етапи на медицинското образование, а целите на организацията са да се насърчава по-доброто медицинско образование и да се подобрява здравето на всички хора.

В Копенхаген през 2003 г. СФМО представи проекта си „Глобалните стандарти в медицинското образование за по-добро здравеопазване”, с който определя три цели, валидни за всичките етапи на медицинското образование, а именно:

„1) да стимулира медицинските училища да разработят собствени планове за промяна и подобряване на качеството в съответствие с международните препоръки;

2) да създаде система за национално и/или международно оценяване и акредитиране на медицинските училища, за да може в програмите им да бъдат заложили стандарти за минималните изисквания за качество; и

3) да гарантира практикуването на медицина и използването на работната сила в медицината, както и нейната нарастваща интернационализация чрез ясно формулирани международни стандарти за медицинско образование.”⁵²

След 2004 г., стандартите за подобряване на медицинското образование се използват за самооценка, външна проверка и реформи в стотици медицински училища, както и като модел за национални и регионални стандарти и за признаване на акредитационни процедури в повече от 60 страни.

Една от основните препоръки на СФМО е всяка страна (институция или регулатор) да направи преглед на стандартите и да разработи тяхна версия, съобразно местните обстоятелства.

У нас стандартите се прилагат на институционално равнище, като акредитацията и учебните програми във всеки медицински университет са съобразени със стандарта в основното медицинско образование от тритомника на СФМО.

Не така обаче стоят нещата по отношение на стандарта в следдипломното медицинско образование, защото съдържанието на националния стандарт следва да отразява потребностите и условията за ефективно управление на медицинската специализация на

⁵¹ World Federation for Medical Education (WFME), <http://wfme.org/standards>

⁵² Basic Medical Education, WFME Global Standards for Quality Improvement, The 2015 Revision, <http://wfme.org/standards/bmc/78-new-version-2012-quality-improvement-in-basic-medical-education-english/file>

национално равнище. Това е по-дълъг процес, изискващ оценка, консултации и ангажиране на екип от специалисти и заинтересовани страни, но не е ясен инициаторът на тези действия. Затова до този момент като национален стандарт се възприема наредбата на министъра на здравеопазването за специализациите в сферата на здравеопазване.

Стандартът на СФМО за следдипломното медицинско образование възпроизвежда основните принципи и добри практики в следдипломното (специализирано) медицинско обучение, които са формулирани в няколко раздела, включващи две нива на изпълнение - основен стандарт и подобряване на качеството: 1) Мисия и резултати; 2) Процес на обучение; 3) Оценка на специализантите; 4) Специализанти; 5) Персонал; 6) Възможности за обучение и образователни ресурси; 7) Оценка на процеса на обучение; 8) Управление и администрация; 9) Непрекъснато подобряване.⁵³

Разработените основни насоки за изпълнение на стандарта са:

Компетентните органи трябва да определят в консултации с професионалните организации, мисията, целите и очакваните резултати за различните видове следдипломно обучение по медицина и да ги направят известни.

Специализираното обучение следва да насърчава лекарите да станат учени в рамките на избраната от тях област на медицината и да ги подготви за обучение и самообучение през целия период на активна професионална дейност в системата на продължаващото медицинско обучение и професионално развитие.

Процесът на обучение трябва да осигури, след базовото медицинско образование, по-нататъшно укрепване на професионализма на лекаря.

Професионализмът включва придобиване на знания, умения, нагласи и поведение, които пациентите и обществото очакват да получат от лекарите по време на упражняването на професията им и включва понятия като умения за учене през целия живот и поддържане на компетентност, информационна грамотност, етично поведение, почтеност, честност, алтруизъм, служене на другите, придържането към професионалните кодекси, правосъдието и уважение към другите.

Обучението трябва да интегрира обучението и медицинската дейност (обучение на работното място), включващо личното участие и отговорност на обучавания в предоставяните здравни услуги и дейностите на грижите за пациентите в обучаващите институции.

⁵³ Postgraduate Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement, <http://www.wfme.org/standards/pgme>

Следдипломното специализирано обучение трябва да включва процес на оценка на специализантите, като компетентните органи определят и посочват използваните методи за оценка, включително критериите за полагане на изпити или други видове оценка. Различните етапи на обучението трябва да се записват в дневник за обучение на специализанта.

Компетентните органи, в сътрудничество с лекарската професия, трябва да гарантират, че съществува и е на разположение система за подкрепа, консултиране и професионално ориентиране на обучаващите се.

Следдипломното специализирано обучение трябва да се провежда в обучаваща институция на платена позиция в избраната област на медицината и трябва да включва участие във всички медицински дейности, които са от значение за обучението, включително и задължение за повикване. По този начин специализантът посвещава професионалната си дейност на практическото обучение и теоретично учене през цялото стандартно работно време.

Политиката за назначаване на преподаватели трябва да посочи необходимата експертиза и техните отговорности и задължения. Трябва да бъдат уточнени също така задълженията на персонала за обучение и в частност балансът между образователните и служебните задължения. Всички лекари трябва да поемат отговорността, като част от техните професионални задължения, да участват в следдипломното обучение на специализантите.

Местата за обучение трябва да бъдат избрани и признати от компетентните органи и трябва да разполагат с достатъчно оборудване в подкрепа на предоставянето на обучение, както и достатъчен брой пациенти с най-често срещаните за специалността заболявания. Броят на пациентите и заболяванията трябва да дадат възможност за клиничен опит във всички аспекти на избраната специалност, включително обучение по промоция на здравето и профилактика на болестите.

Трябва да има политика, която е насочена към ефективното използване на информационните и комуникационните технологии в програмите за обучение, с цел да се осигури съответното лечение на пациента. Обучаващи и обучаеми трябва да са компетентни да използват информационните и комуникационните технологии за самостоятелно обучение и при достъп до информация да работят с данни от системите на здравеопазване.

Съответните органи и лекарската професия трябва да установят механизъм за оценка на програмите за обучение, който да включва наблюдение на процеса на обучение,

оборудването и напредъка на специализанта, за да се гарантира, че проблемите са идентифицирани и разгледани. Оценката на програмите следва да обърне внимание на контекста на процеса на обучение, структурата, конкретните компоненти на програмата и очакваните резултати.

Обучението трябва да се извършва в съответствие с разпоредбите, относно структурата, съдържанието, процеса на обучение и резултатите, издадени от компетентен орган. Компетентният орган трябва постоянно да оценява програмите за обучение, обучаващите институции и преподавателите. Този орган също така трябва да бъде отговорен за създаването на програма за качество на обучението. Трябва да бъдат разработени процедури, чрез които национални и международни органи да могат да проверяват документално завършеното обучение.

При съществуващата динамика на следдипломното обучение по медицина съответните власти трябва да въведат процедури за редовно преразглеждане и актуализиране на структурата, функцията и качеството на програмите за обучение и трябва да поправят констатираните пропуски.

Процесът на обновяване трябва да се основава на прогнозни проучвания и анализи и следва да доведе до преразглеждането на политиките и практиките на следдипломните програми за медицинско обучение в съответствие с минал опит, настоящите дейности и бъдещите перспективи.

Глава трета – Изследване и анализ на процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите

Част I. Изследване на правните, икономическите и социалните аспекти на процеса за придобиване на клинична специалност от лекарите

I.1. Взаимоотношенията лекар - пациент и социалният ангажимент на Българския лекарски съюз

С научните постижения в медицината и технологичния прогрес в практиката, освен че се промени коренно организацията на здравния сектор, се промени статуса на лекаря и очакваните резултати от лекарския труд.

Лекарите, които са в трудово правоотношение с изпълнител на медицински дейности в здравното осигуряване, са обвързани с реда и условията на закона, националния рамков договор и договора на лечебното заведение със здравната каса. Те трябва да съобразяват дейността си с регулативните стандарти и недостига в определени случаи на направления в извънболничната помощ; лимитираните бюджети на болниците по договора с касата и необходимостта да се приемат за месеца по-малък брой пациенти по клинични пътеки и/или да се включват в листи на чакащите; скъпоструващите медицински изделия (медицински пирони, изкуствени стави, сърдечни клапи и др.), които пациентът трябва да заплати изцяло; нерегулярните доставки на ваксини, пораждащи тревожност у родителите; продължителността на процедурите по обществените поръчки за доставка на скъпоструващи лекарства за пациентите с онкологично заболяване, и т.н. Поради директния контакт *пациентът много често свързва тези неуредици с личните качества на лекаря и подлага на съмнение неговия професионализъм и етично поведение.*

Лечебните заведения и лекарите трябва да съобразят дейността си и с нивата на компетентност по съответните медицински специалности. За медицинското качество, от професионална гледна точка, е естествено и задължително да има изисквания за наличие на медицинска апаратура, оборудване, диагностични структури и по-голям брой лекари за най-високото – трето ниво на компетентност на клиниките и отделенията в лечебното заведение. Но тези изисквания са неразбираеми и неприемливи за жителите на по-малките населени места и влияят негативно върху пациентското удовлетворение, защото при здравословен проблем, изискващ по-сложна операция, диагностични и високоспециализирани медицински дейности, пациентът трябва да пътува до големия град.

Ако за лечение, изискващо подходящи технологични условия, материална база и висококвалифицирани човешки ресурси тази отдалеченост е оправдана, то тя е неоснователна за повечето заболявания, които могат да бъдат лекувани в общински болници със структури от първо и второ ниво на компетентност.

Негативите от нереформираната здравна система, като *обективна действителност, определят съществуващата дистанция между лекар и пациент*. В здравното осигуряване конфликтни точки от обективен характер, от гледна точка на тези взаимоотношения, съществуват и в извънболничната, и в болничната медицинска помощ.

Но удовлетвореността от предоставената здравна услуга продължава и ще продължава да се определя преди всичко от субективното поведение и дейност на лекарите при личния контакт с пациента. Лекарят прави субективна преценка какви диагностични и лечебни методи и средства да бъдат приложени, а тази преценка зависи от познанията, вкл. за използването на здравни технологии, от личния опит и интуицията. *Успехът е резултат от степента на свободата, която има лекаря, за да приложи необходимото лечение*. В интерес на пациента е лекарят да бъде независим при определянето на належащите за всеки конкретен случай диагностични и лечебни методи и средства, като тази независимост не може да се простира извън рамките на закона, стандартите и правилата за добра медицинска практика.

Пациентът има право да избира своя лекар, но и лекарят, съгласно Кодекса за професионална етика, има право да откаже лечението и консултацията, когато е убеден, че между него и пациента липсва необходимото доверие или липсват условия за изпълнението на неговите професионални права и задължения. Той обаче не може да откаже медицинска помощ при спешни случаи.⁵⁴

Обективният елемент в отношенията се отнася до действителните качества на лекаря, до неговата *подготовка и актуална квалификация*, както и до условията, в които работи – апаратура, достъп до информационни и комуникационни технологии, и др. Затова, освен доверието на пациента и независимостта на лекарското решение, са необходими обективни познания и опитност на лекаря и благоприятни материални условия за провеждане на лечението. На пациента се признава правото да избере лекар, но *държавата трябва да гарантира, че всички лекари, между които той прави своя избор, са компетентни да предоставят качествено лечение*.

⁵⁴ Кодекс за професионална етика на лекарите в България, (Загл. изм. - ДВ, бр. 85 от 2013 г.), Обн. - ДВ, бр. 79 от 29.09.2000 г.; изм. и доп., бр. 85 от 28.09.2013 г., Издаден от министъра на здравеопазването.

Тази специфика на лекарската професия е причината в системите на здравеопазване, независимо от всички други форми на контрол, да се регламентира, от една страна, *самоконтролът на съсловието върху субективния елемент* в дейността на лекаря – етичното поведение, мнението за индивидуалните нужди на неговия пациент и решението за необходимото лечение, и от друга, *контролът на държавата върху обективния елемент* – образованието и непрекъснатото поддържане на професионалната компетентност на всеки активно практикуващ лекар.

По време на специализацията *саморегулацията се осъществява чрез съвместната работа на лекари със и без специалност в медицинския екип и контрол на обучението в клинични условия чрез надзор върху извършваната от специализантите медицинска дейност.*

Световната медицинска асоциация определя националните съсловни организации като регулаторен орган по отношение на експертните познания на лекарите по въпросите на общественото здраве и благоденствието на населението. За да придобие БЛС статут на регулаторен орган, т.е. на лекарска камара, следва да се извърши децентрализацията на следдипломното клинично обучение и промяна в институционалната структура на националната ни системата за придобиване на специалност от лекарите и Българският лекарски съюз да поеме *отговорността* пред обществото за осигуряване на високо равнище на знанията и уменията на практикуващите лекари.

С тази функция ще се разширят съществуващите законови правомощия на съсловната организация, а именно:

- *гарантирането* на контрола върху изпълнението на етичния кодекс на лекаря (**съсловната санкция**);
- *отстояването* на колективния интерес в областта на условията и заплащането на лекарския труд (**съсловната защита**);
- *участието* в надзорния съвет на НЗОК и страна по Националния рамков договор (**съсловното партньорство**) и
- *членството* в различни комисии и експертни групи по проблемите на здравеопазването (**съсловното представителство**).

Преструктурирането на БЛС или създаването на отделна лекарска камара не е предмет на настоящата докторантура. Авторът само констатира световната тенденция за гарантиране и подобряване на медицинското качество чрез саморегулация на лекарската професия и дейността на независимите национални медицински асоциации.

I.2. Корпорации на публичното и частното право

Корпорациите, регулирани от публичното право, са натоварени с публичноправни функции, а уставите им съдържат правни норми, неспазването на които е санкционирано с държавна принуда. За разлика от корпорация, регулирана от частното право, чийто устав (дружествен договор) има организационно-правна същност и е вътрешен устройствен акт.

На корпорациите на публичното право, които са професионални камари, държавата възлага със закон публични функции и поемането на самостоятелна отговорност за изпълнението от страна на професионалната общност. Конкретно за лекарското съсловие самоуправлението включва планирането, организирането, координирането, регистрирането и контролът върху лекарската практика и спазването на етичните принципи и норми на професията, т.е. *лекарите самостоятелно да управляват, чрез национална лекарска организация, професионалната компетентност и спазването на медицинската етика от всеки един практикуващ лекар през целия период на активна клинична практика.*

Със съществуването в правния мир на корпорации на публичното право се създава възможност, при реформирането на администрацията, държавата да не прехвърля отговорности в сферата на частното право, а да продължава да изпълнява ангажиментите си, възлагайки правомощия на професионалните камари. Целта е, от една страна, да се избегне бюрокрацията и неефективността на административното управление на специфичните професионални дейности на регулираните професии, каквато е лекарската практика, а от друга, *да се постигне оптимизация на различните цели и ресурси на професионално ниво и получаването на качествена услуга от гражданите.*

С такава властническа функция не разполагат корпорациите на частното право, каквито са синдикатите, тъй като те се учредяват на принципа на свободата на сдружаване. Синдикатите нямат компетентност по отношение на лекарската правоспособност и спазването на етичния кодекс, защото взаимоотношенията им със съсловието и с изпълнителната власт се ограничават до договаряне на работни заплати и условия на труд, а доброволното членство изключва налагането на санкция при неизпълнение на каквито и да било професионални задължения. Освен това ограничената синдикална членска маса не може да гарантира изпълнението на публичните задачи на национално равнище.

Корпорации на частното право са и медицинските дружества по отделните специалности, тъй като те имат правомощия само в областта на развитието на отделните специалности - осъществяват дейности по въвеждането на международните стандарти и на международно признатите методи за качествен контрол в сферата на продължаващото медицинско обучение.

I.3. Съпоставка между управленските цели на обучаващите институции в системата за следдипломното специализирано медицинско обучение

Медицинските университети и факултети имат своя стратегия за подобряване на качеството на медицинското образование и повишаване на кредитния си рейтинг, но целите на управленските им политики в определени моменти се разминават съществено с тези на лечебните заведения за осигуряване на качествена медицинска помощ и услуги.

Освен стремежът за утвърждаване на престижа и подобряване на финансовото състояние на институцията чрез увеличаване броя на чуждестранните студенти, университетите се стремят да покрият критериите за по-висока реализация на своите студенти в чужбина.⁵⁵ Прави се директна агитация за насочване към посреднически фирми за набиране на лекари и специализанти за работа в други страни, чрез постоянно актуализирана информация на официалните сайтове на медицинските университети и факултети. Оказва се, че българското медицинско образование работи повече за обезпечаване с кадри здравния сектор на други държави, отколкото за подобряване на конкурентността на българското здравеопазване.

Провежданата политика за самостоятелно развитие на медицинските университети не е незаконосъобразна, защото се основава на принципа на академичната автономия. Но проблемът на здравния сектор е, че законово разпределените функции между институциите, отговорни за управлението и развитието на работната сила в здравеопазването, не осигуряват ефективност.

Проблемът, който съществува в институционалната структура на системата за придобиване на клинична специалност е в различните критерии при акредитационните процедури,⁵⁶ които висшите училища и лечебните заведения се стремят да изпълняват,

⁵⁵ Постановление № 328 на МС от 30.11.2015 г. за определяне на средствата от държавния бюджет за издръжка на обучението в държавните висши училища в зависимост от комплексна оценка за качеството на обучението и съответствието му с потребностите на пазара на труда, обн., ДВ, бр. 94 от 04.12.2015 г., в сила от 01.01.2016 г.

⁵⁶ Наредба № 18 от 20.06.2005 г., издадена от министъра на здравеопазването, за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения, обн., ДВ, бр. 54 от 01.07.2005 г., последно изм. и доп., бр. 79 от 07.10.2016 г., Приложение № 11 към чл. 22, ал. 3 (Изм. - ДВ, бр. 77 от 2008 г.; изм. изцяло,

което се отразява негативно върху провеждането на специализираното обучение и осигуряването на работен потенциал за националната здравна система. Това се дължи на факта, че след завършване на магистратура по медицина *в периода на специализацията има повече заинтересовани страни, чийто интереси не се покриват с взаимоотношенията университет – университетска болница*, както е при студентското обучение. Затова „задържането” в сферата на висшето образование на първата форма на следдипломно обучение ограничава правото на:

- специализантите да извършват законно медицинска дейност (за което имат диплома) и да получават работна заплата за положения от тях труд (а не възнаграждение от рода на стипендия);

- работодателите в лечебните заведения да провеждат самостоятелна политика за създаване и развитие на квалифицирани кадри при облекчени условия, вместо да наемат лекари специалисти понякога при непосилни искания за трудово възнаграждение (в случаите, когато липсата на лекар специалист може да се окаже пречка за сключване на договор със здравната каса).

С предлаганите промени в системата за придобиване на клинична специализация се отстранява неравнопоставеността между лечебните заведения за болнична помощ, в които се обучават специализанти, изразяваща се в *диференциране на критериите за одобряване на обучаваща структура, намаляване на бюрократичните процедури при администрирането на специализациите и включването на труда на лекарите специализанти в себестойността на предоставяните здравни услуги*.

I.4. Научни организации в сферата на здравеопазването

Пресечната точка в целите и политиките на медицинските училища и лечебните заведения може да се окажат научните организации в сферата на здравеопазването. Сега статут на научна организация имат лечебните заведения, които са включили в предмета на дейност научноизследователска и проучвателна дейност в областта на медицината, стоматологията и фармакологията, провеждането на клинични изследвания, проучвания, обобщения и клинични изпитвания на лекарствени продукти. Тази правна възможност е регламентирана в Закона за лечебните заведения (чл. 2, ал. 3) и Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (чл. 87, ал. 1). На това основание лечебните заведения -

бр. 5 от 2010 г., в сила от 19.01.2010 г.; изм. и доп., бр. 10 от 2011 г.; изм., бр. 50 от 2012 г.) – Програма за оценяване на обучението на студенти и/или специализанти.

научни организации, кандидатстват и участват в проектите на Фонд „Научни изследвания“, в други научно-изследователски проекти и клинични проучвания.

Схема: Функционираща (централизирана) система за клинична специализация на лекарите

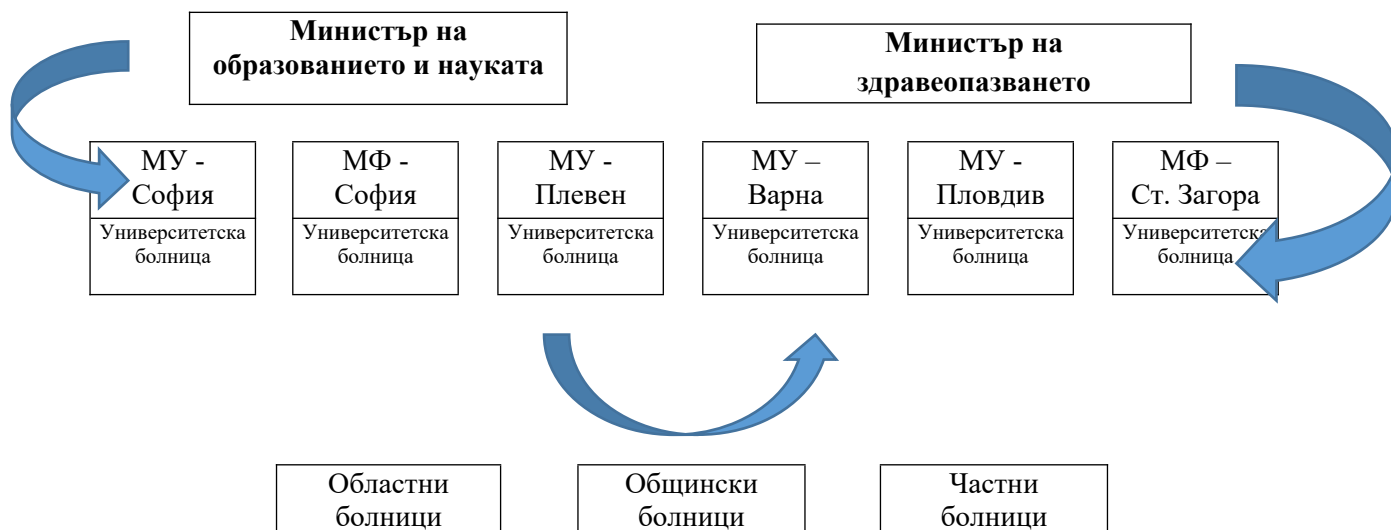


Схема: Усъвършенствана (децентрализирана) система за клинична специализация на лекарите



Регулацията, прехвърляща правомощия от министъра на здравеопазването, задължава всички болници, в които се провежда обучение, да сключат договор с някой от четирите държавни медицински университета и два медицински факултета, за да може техните специализанти да се регистрират, да участват в теоретичните курсове, да се явяват на държавен изпит и да получават диплома. Поради това договори сключват и частни лечебни заведения, които реално имат ресурс самостоятелно да организират обучението.

С предлаганите промени болниците, включително университетските и факултетските, ще са на еднакво разстояние от органа (БЛС), който ще бъде с разширени правомощия в процеса на придобиване на клинична специалност. Промяната ще създаде *конкурентна среда и разширяване на кръга на доставчиците на следдипломно специализирано и продължително обучение*.

1.5. Статус на лекаря специализант

Достъпът до лекарската професия след завършена образователно-квалификационна степен магистър в нашата правна система е едностепенен - лекарите получават пълна правоспособност след провеждане на следдипломно специализирано обучение и полагане на държавен изпит по конкретна специалност. По време на специализацията извършената от тях медицинска дейност не се валидира.

С лишаването от частична правоспособност по време на обучението (право самостоятелно да извършват разрешена от клиничния ръководител медицинска дейност) специализантите се изключват за около пет-шест години от практиката, т.е. няма съществена разлика между студента по медицина и специализанта. Така прилагането в практиката на придобити знания, умения и компетентности от младите лекари по време на специализацията се отлагат с няколко години – до получаването на диплома и право да се осъществяват всички медицински дейности по съответната медицинска специалност. В условията на недостиг на кадри тази регулация е неефективна.

Последните две наредби за специализация и Националният рамков договор не признават за медицинска дейност положения от специализантите труд, което е в противоречие с директивата за признаване на професионалните квалификации и международния стандарт за следдипломно медицинско обучение, регламентациите в които са следните:

Специализираното обучение „включва участие в пълния набор *медицински дейности* в отделението, в което се осъществява обучението, включително дежурства,

по такъв начин, че специализиращият лекар да посвети цялата си професионална дейност на своето практическо и теоретично обучение през цялата работна седмица и през цялата година, в съответствие с процедурите, предвидени от компетентните органи.“ [член 25, 3 на Директива 2005/36/ЕО]

„Практическото обучение трябва да включва личното участие на обучавания в *медицинската дейност* и обслужването на пациентите в обучаващите институции.“ [Международен стандарт за следдипломно медицинско обучение, 2. Процес на обучение, 2.1. Подходи за обучение, Основен стандарт]

В Наредба № 1/2015 и в НРД/2015 обаче се пропуска терминът „медицинска“ и разпоредбите добиват следния вид:

- „Обучението се осъществява чрез личното участие на специализанта *в дейностите*, извършвани в базата за обучение, като той носи отговорност за извършваната от него дейност в съответствие с действащите медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика.“ [чл. 15, ал. 2, изр. 2 на Наредба № 1/2015]

- „Лекари без придобита специалност могат да извършват *дейности* от болничната помощ (БП) под ръководство и по разпореждане на лекар с придобита специалност, който извършва медицинска дейност в същото лечебно заведение по договор с НЗОК и носи отговорност за това.“ [чл. 17, ал. 2 на НРД/2015 за МД]

За 2016 г. не беше подписан национален рамков договор, затова договорите през тази година се сключваха на основание решение на Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса.⁵⁷ В това решение текстът в НРД/2015 за МД е отпаднал, а в чл. 145, ал. 1, т. 18 е посочено, че изпълнителят на болнична помощ представя списък на лекарите без специалност и на лекарите специализанти. С този списък обаче не се променя статусът на лекаря специализант, защото никъде не се отменя указанието относно прилагането на НРД/2015 за медицински дейности, в което се предписва, извършените медицински процедури от лекар без специалност, какъвто е лекарят специализант, да се преподписват от началника на клиниката/отделението и/или от лекар специалист, под чието ръководство и по разпореждане работи лекарят без специалност. Според това указание допълнителният подпис не валидира участието на специализанта в изпълнението на клиничната пътека.⁵⁸ Разпоредбата е възпроизведена в НРД/2017 и

⁵⁷ [Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл.54, ал.9 и чл.59а, ал.6 от Закона за здравното осигуряване на Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса.](#)

⁵⁸ Указание № РД 16-8/28.01.2015 г. на управителя на НЗОК и на председателя на УС на БЛС, относно прилагането на НРД/2015 за МД.

процедурата на преподписване се запазва (чл. 282, ар. 2).⁵⁹ За нарушаване на тази разпоредба има заведени съдебни дела.⁶⁰

При преглед на законодателството относно възможността/невъзможността специализантите да осъществяват законосъобразно медицинска дейност може да се установи и пряко противоречие с българския закон за признаване на професионалните квалификации. В него за признаване на професионалната квалификация на лекарите, придобили специалност в друга държава членка, се изисква доказателство, че обучението им е „проведено под ръководството на компетентен орган и с личното участие на специализанта във всички медицински дейности на структурата, в която се осъществява обучението.“ [чл. 44, ал. 2, т. 3 на ЗППК]

Възниква въпросът защо по отношение на специализантите, придобили специалност в друга държава членка, компетентният по признаването български орган изисква клиничен опит и извършване на медицинска дейност по време на специализацията, а лекарите, които специализират в нашата страна не могат законосъобразно да извършват такава.

Специализацията в определена област на медицината винаги е имала *характеристиките на обучението за усвояване на занаят* (дейност за ръчна изработка, която се владее професионално). В международния стандарт за качество на следдипломното обучение на Световната федерация за медицинско образование периодът на специализация също е описан като форма на чиракуване.

Смисълът на следдипломното обучение е да се натрупат практически знания и умения над базовото медицинско образование, под ръководството на лекар със специалност, който поема отговорността за обучението и надзора върху степента на усвояване на професията от младия лекар. По време на обучението специализантът трябва да придобива поетапно знанията и практическите умения на специалиста, за да може в края на обучението да е подготвен за цялостно упражняване на професионална медицинска дейност по съответната специалност и да обучава следващите специализанти. Не е оправдано усвоени знания и практически умения още в началото на специализацията младият лекар да ги извършва законно едва в края на специализацията след получаване

⁵⁹ Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2017 г., в сила от 01.04.2017 г., издаден от министъра на здравеопазването, обн. ДВ., бр.24 от 21 март 2017г.

⁶⁰ Решение № 2467 от 23.02.2009 г. на ВАС по адм. д. № 12885/2008 г., докладчик председателя Иван Трендафилов.

на диплома. Затова все по-голяма е потребността в периода на специализацията *да се регламентира извършваната самостоятелно от специализанта медицинска дейност.*

За изясняване статуса на специализанта е необходимо да се изследват *взаимоотношенията с клиничния ръководител* и функцията му в процеса на придобиване на специалност от лекарите.

„Ще отдам на моите учители почитта и благодарността, които им се полагат“ се казва в Декларацията на Световната медицинска асоциация, приета в Женева през 1983 г. Този тържествен обет е съвременният прочит на Хипократовата клетва, която включва следния текст: *„На учителя, който ме е учил да лекувам, ще гледам като на баща: ще му помагам да живее и ще му давам каквото му е нужно, и ще гледам децата му като свои братя. Ако те поискат да изучат нашето изкуство, аз ще ги обуча без пари и без никакви задължения в бъдеще.*

Ще ги уча на принципите на медицината, ще им давам обширни обяснения, ще им развивам доктрината като на свои деца, както на тях, така и на учениците си, които са записани при мен и са положили клетва.“

Днес знания се получават от много и най-разнообразни източници, а прилагането им в практиката продължава да се свързва с конкретни лекари, от които се възприема дължимото поведение и професионалните умения. Но поради ниската степен на мотивация на обучавани и обучаващи, процесът е досаден за професионално претоварените лекари специалисти (ръководителите) и труден за специализантите, които се опитват да се научат на занаята.

В Наредба № 1/2015 задълженията на ръководителя на специализанта са разписани подробно – изработване на индивидуален учебен план, участие в провеждането на колоквиумите, контролиране и съдействие за изпълнението на изискванията по учебната програма, оценяване напредъка на специализанта и отбелязване на задължителните умения и компетентности, които специализантът е овладял, както и изготвяне атестат за практическата дейност, реализирана по време на обучението и изпълнението на индивидуалния учебен план. Ръководителят може да присъства на държавния изпит на специализанта.

Основният проблем е, че оценяването и „отбелязването“ на овладените от специализанта умения и компетентности, ако се прави от ръководителя, е под формата на чекиране по учебната програма и не носи персонална информация за напредъка. За атестирането, отново с уговорката ако се прави, няма нормативно въведен механизъм за коригиране при необходимост на практическата дейност на специализанта, т.е. няма

значение дали се справя или не – специализацията продължава. При условие, че качеството на дейността се доказва чрез нейното документиране, а такова липсва за дейността на специализантите, е обяснимо недоверието на институциите и финансиращите органи към професионализма на специализантите и към безопасността на предоставяните от тях медицински услуги. Това недоверие е обективизирано в нормативната уредба.

В целия процес на специализацията се откроява влиянието на обучаващия лекар, но между ръководителя и специализанта няма отношения на власт и подчинение, защото те работят в екип при предоставянето на здравни услуги и основната задача е въз основа на придобитата квалификация *да се възпитават умения за формиране на независимо лекарско решение и осъществяването му в рамките на стандартите и добрата медицинска практика.*

Качеството на предоставяните здравни услуги, зависещо и от дейността на специализантите, трябва да отговаря на нарастващите потребности, а принципът е за него да гарантира цялото лекарско съсловие. Затова *част от уменията, които трябва да се предават и възприемат между лекарските поколения, е обучението, консултирането и професионалната подкрепа за по-неопитните лекари.*

Друг съществен елемент от анализа на статуса на специализанта е ***трудоваправното взаимоотношение с работодателя*** в болницата, в която специализира.

В отменената наредба специализацията се провеждаше съгласно тристранен договор между висшето училище, лечебното заведение и специализанта, който нямаше характера на трудов договор. Затова Кодексът за социално осигуряване беше допълнен със специално основание за осигуряване на специализантите, получаващи възнаграждение по договор за обучение за придобиване на специалност от номенклатурата на специалностите, определена по реда на чл. 181, ал. 1 от Закона за здравето.⁶¹

В действащата в момента наредба специализацията може да започне след сключване на трудов договор с базата за обучение със срок до датата на придобиване на права на специалист, но не по-късно от една година от допускането на специализанта до държавен изпит. Лечебното заведение може да не е в трудово правоотношение със специализант ако той има трудов договор и договор за обучение с друго лечебно заведение, което не е база за обучение. Така специалното основание в КСО загуби своето действие, защото

⁶¹ Кодекс за социално осигуряване, Обн., ДВ, бр. 110 от 17.12.1999 г., в сила от 1.01.2000 г., последно изм. и доп., бр. 105 от 30.12.2016 г., в сила от 30.12.2016 г.

специализантите се осигуряват на общо основание като лица, работещи по трудово правоотношение.

Статусът на специализанта обаче не е променен и отново се прилагат специални разпоредби, отнасящи се до същността на трудовото правоотношение. В Националната класификация на професиите и длъжностите (НКПД) е включена длъжността „лекар, специализант по ...“, а съгласно Наредба № 1/2015 работодателят има задължението да заплаща на специализантите трудово възнаграждение не по-малко от минималния месечен размер на определения в закона осигурителен доход за лекарите със специалност. С това се изключва възможността специализантът да осъществява медицинска дейност на длъжност лекар ординатор, както и правото на работодателя да му възлага изпълнение на лечебна, диагностична и рехабилитационна дейност и да заплаща труда в зависимост от квалификацията, обема и ефективността от работата му.

Специалното на тази разпоредба е, че работодателят е длъжен да изпълни всички задължения, които има по трудовото правоотношение с работниците и служителите, но не получава (или по-точно не получава законосъобразно) работната сила ⁶² на специализантите. Това е така защото срочният трудов договор със специализантите притежава характеристиките едновременно на трудов договор и на договор за обучение.

Трудовият договор, като способ за възникване на трудовото правоотношение със специализант, се сключва в писмена форма преди постъпването на работа. С него се уговаря работното време, което съгласно наредбата трябва да бъде с пълна продължителност, работното място и задължението за спазване на определена трудова дисциплина. Уговаря се също задължението на специализанта да дежури, разпределението (графика) за работните смени, почивките и отпуските, възнаграждението и се подписва длъжностна характеристика. Но *възнаграждението по своята същност не е трудово, защото законодателството определя труда на специализанта за неквалифициран и работодателят не може да го влага в производството на здравни услуги*. В длъжностната характеристика се включва задължение специализантът да се обучава, извършвайки дейности под надзора на клиничния ръководител, а не да отдава своята работна сила. Реално работодателят не знае каква дейност изпълнява специализанта и какъв е неговият напредък – има ли дейности, които е усвоил професионално и може ли да ги изпълнява самостоятелно, както и това дали се справя с поставяните задачи и дали с дейността си не застрашава

⁶² Способността да се полага труд (физически и умствен) при производството на стоки, доставки и услуги.

безопасността на пациентите и персонала. Няма механизъм, по който работодателят да търси отговорност от специализанта за недобре свършена работа, защото задължението на специализанта е да се обучава, а също и да има възможност да определя по-нисък размер на трудовото му възнаграждение в зависимост от обема и сложността на работата или при незадоволително усвояване на професионални умения. Във връзка с това не може още да сключва трудов договор със срок за изпитване или да прекратява трудовия договор поради липса на качества на специализанта за ефективно изпълнение на работата – все права, които работодателят има в общия случай по трудовото правоотношение с персонала и които спомагат за ефективното управление и гарантирането на качествена медицинска дейност.

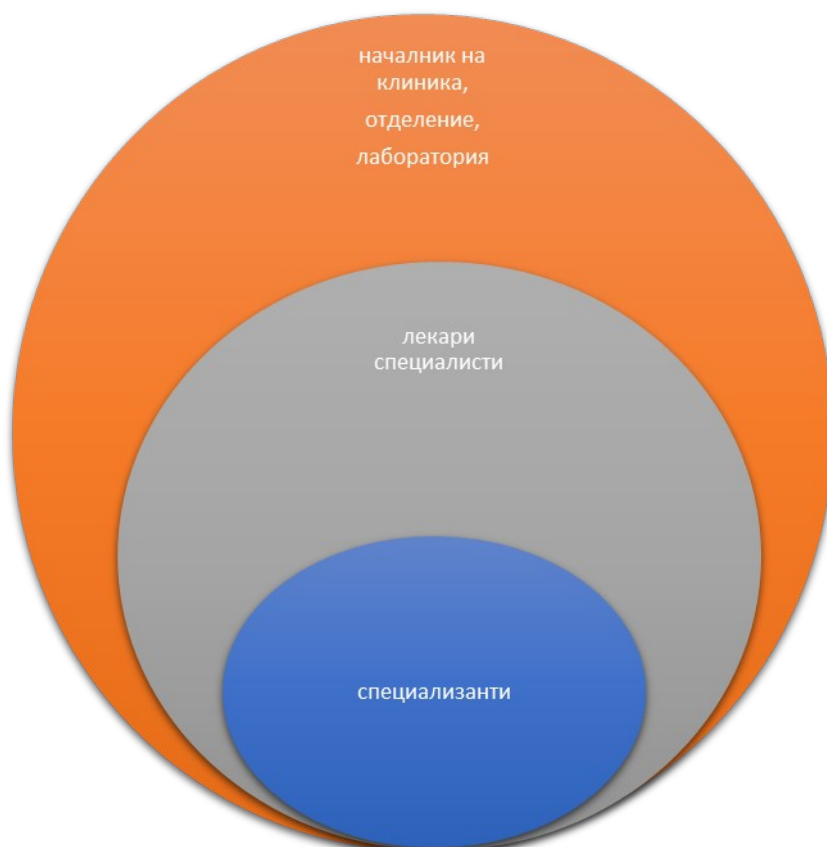
По трудовия договор се дължи продължително и многократно изпълнение, но при специализантите не е ясно какво се дължи продължително и многократно. Работодателят не може да включи труда на специализанта при планиране на необходимата работна сила за производството на здравни услуги и по този начин заплаща необосновано висока цена за обучението на медицински кадри. Едновременно с това и специализантите са неудовлетворени, защото трудът им не се документира, а по-сложна дейност не им се разрешава да извършват дори и да са подготвени за това. Истината е, че по време на специализацията те извършват рутинни дейности, а същинската специализация започва едва след получаването на диплома за специалност и работа на длъжност лекар. В периода след специализацията се осъществява действителната саморегулация на лекарската дейност – тогава началникът на клиниката/отделението/лабораторията разпределя задачите и отговорностите в зависимост от личните качества и квалификацията, осигурява консултации и професионална подкрепа за начинаещите лекари от страна на по-опитните им колеги. На практика се получава, че специализацията е пропуснато време в кариерното развитие на лекарите. Неефективно е лекарите, придобили магистърска степен по медицина и положили клетва, да наблюдават какво правят лекарите със специалност и между другото да се опитват да извършват някаква лечебна или диагностична дейност.

С предлаганите промени в системата за придобиване на клинична специалност специализантите сключват трудов договор за работа като лекар на ординаторска длъжност, с което се включват в списъчния състав на персонала на лечебното заведение, като лекари с частична правоспособност.

Схема: Статус на специализанта в действащата система за клинична специализация на лекарите



Схема: Статус на специализанта в усъвършенстваната система за клинична специализация на лекарите



Така те ще станат част от необходимия брой лекари по договора със здравната каса и след като трудът им се включи в себестойността на лекуваните пациенти, специализантите ще имат законното право на определен размер от допълнителните възнаграждения, получавани от персонала за работа по клинични пътеки. Едновременно с това и работодателят ще може да определя основното им възнаграждение в зависимост от напредъка и получените сертификати и съгласно въведените системи за работна заплата и атестиране на персонала, да налага дисциплинарни наказания и да прекратява трудовия договор при незадоволителна или лоша оценка от страна на клиничния ръководител и съответния началник на структурно звено.

I.6. Финансиране на дейността и инвестиции в клиничната специализация

Макар механизмът за издръжката на практическото обучение и заплащането на възнагражденията на специализантите, приети на места финансирани от държавата по действащата до края на 2014 г. наредба да не беше ефективен, в приетата Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването държавното финансиране за дейностите, осъществявани в обучаващите лечебни заведения беше изцяло отменено.

Финансова рамка на процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите, съгласно Наредба № 1/2015, включва ангажимент на:

- държавата да предоставя на висшите медицински училища средства за теоретичното обучение на специализантите, приети на места, финансирани от държавата;
- лечебните заведения, които са сключили договор за обучение със специализанта или самият специализант да заплащат цената на теоретичното обучение от учебната програма;
- лечебните заведения да заплащат изцяло възнагражденията на специализантите, включително и на тези, които са по държавна поръчка.

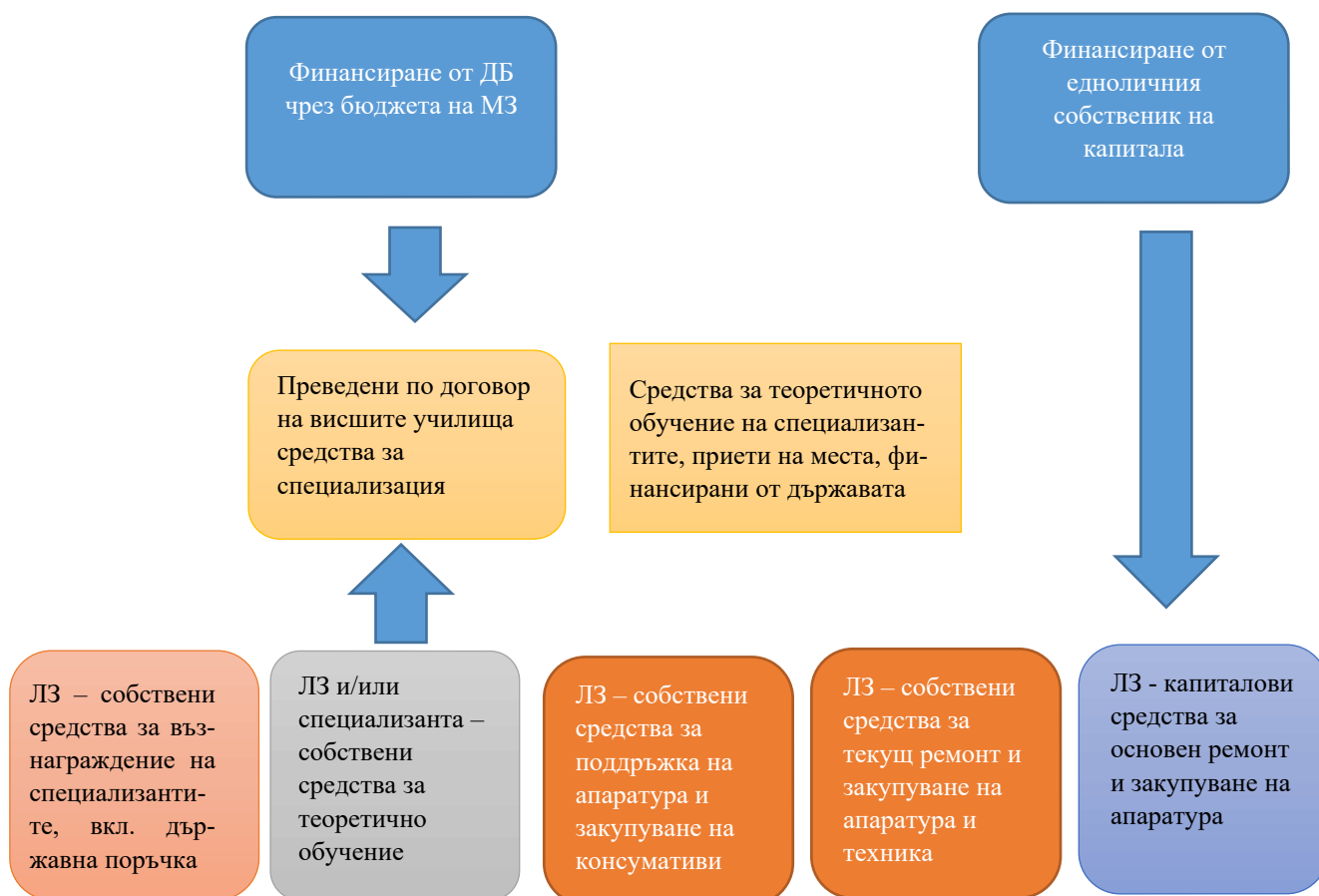
Всъщност по действащото законодателство финансовият ангажимент на държавата се свежда само до заплащане на висшите медицински училища на теоретичното обучение за спечелилите държавно финансиране специализанти - става въпрос за основни и тематични лекционни курсове от учебната програма по специалността, а цените на тези курсове варират от 10.00 лв. за лекционен курс до около 400.00 лв. за основен и тематичен курс.

С последната промяна на Наредба № 1/2015 от месец ноември 2016 г. се въведе възможността да се отпускат стипендии със средства от европейски проекти и програми, но за ограничен кръг държавни лечебни заведения – центрoвете за спешна медицинска помощ; центрoвете за трансфузионна хематология; държавните психиатрични болници и други лечебни заведения, които нямат положителна акредитационна оценка за обучение.

Схема: Финансиране на обучението за придобиване на клинична специалност от лекарите по реда и условията на Наредба № 34/2006



Схема: Финансиране на обучението за придобиване на клинична специалност от лекарите по реда и условията на Наредба № 1/2015



По отменената Наредба № 34/2006, за четири години – 2012, 2013, 2014 и 2015 г., министерството е превело средства по договор с висшите училища за специалисти, приети на места, финансирани от държавата съответно: 4 960 736 лв., 4 066 155 лв., 4 024 169 лв. и 4 454 510 лв.⁶³

Предлаганата от автора промяна във финансовата рамка на системата за придобиване на клинична специалност трябва да осигури оптимално разпределение на финансовата тежест между държавата, местната власт, медицинските дружества, фармацевтичната индустрия, лечебните заведения и специалистите:

- **държавата** трябва да поеме отговорност за:

⁶³ Справка по заявление за достъп до обществена информация с вх. № 93-00-29/12.03.2016 г. за финансиране от републиканския бюджет на обучението за придобиване на специалност от лекарите, издадена от Министерство на здравеопазването.

1. *финансиране на теоретичното обучение и част от издръжката на практическото обучение* на специализанти, които се обучават в дефицитна специалност или в лечебно заведение, което се намира в непривлекателен район на страната. Средствата трябва да се предоставят на лечебното заведение, което заплаща теоретичното обучение на медицинското училище, в което специализантът е избрал да го проведе. *Конкуренцията между висшите училища ще регулира цените на теоретичното обучение и ще подобри качеството на предлаганата образователна услуга.*

2. *частично финансиране на разходите за заплати* на специализантите по критерий изравняване на възможностите за специализация и компенсирание на увеличените разходи за назначаване, обучение и задържане на лекари в по-големите и в по-малките населени места, като субсидията е за лечебното заведение, в което специализантът работи. Тези средства ще позволят на работодателите да повишат заплатите и/или да увеличат допълнителните възнаграждения на специализантите, а с освободените средства да повишат заплащането за лекарите специалисти, които са и клинични ръководители. *По този начин ще се регулира нивото на лекарска заетост в различните лечебни заведения в страната.*

3. да продължи *осигуряването на капиталови средства* за основни ремонти, закупуване на апаратура, информационна и комуникационна техника за държавните болници и търговските дружества с държавно участие в капитала, в които се провежда обучение на специализанти. *Технологичното обновяване на клиничната среда, в която се обучават специализантите, ще подобри качеството на медицинското обучение и на предоставяните здравни услуги на населението.*

- **местните общински съвети** трябва да поемат отговорността за:

1. *финансиране на теоретичното обучение* за специализанти, които не са в кръга на финансираните от държавата или от работодателя;

2. *осигуряване от общинските бюджети на средства* за закупуване на апаратура и оборудване, както и поемане на разходите за консултантските услуги и/или за мобилните екипи за оказване на медицинска помощ на пациентите на специализантите;

3. *осигуряване на жилища* на лекарите и техните семейства, *детски градини* за децата и *други преференции*, които местната власт може да предложи на специализантите.

Целта е да се гарантира безопасността на предоставяните здравни услуги, независимо от местоположението на лечебното заведение чрез разпределяне на отговорностите и ресурсите в процеса на клинична специализация; да се стимулира заетостта и

създаването на работни места за лекари специалисти и задържането им на работа след придобиване на клинична специалност в лечебни заведения, осъществяващи дейност в непривлекателни райони на страната.

Лечебните заведения осигуряват изцяло издръжката на процеса на обучение, а в зависимост от собствеността държавата, местните власти и частните собственици, в различен обем и периодичност, правят капиталови разходи.

От пет години БЛС осигурява стипендии за специалисти и докторанти по програма, която има за цел да подпомогне финансово обучението на младите лекари и да ги мотивира да останат в страната.

Висшите медицински училища и научни институти трябва да инвестират в нови информационни и комуникационни технологии и телемедицината, за да въведат електронната, дистанционната и симулационната форма на обучение, следвайки добрите практики в тази насока на медицинските университети във Варна и Плевен, и болница „Сити клиник“ в София.

Инвестициите в иновативни форми на обучение, здравни технологии и материална база са в подкрепа на:

- постигането на баланс между работата и личния живот на лекарите;
- равен достъп до обучение на работното място и до последните новости, клиничните изпитвания и медицинските доказателства в съответната клинична специалност;
- качеството на предоставяните здравни услуги чрез подобряване на комуникацията между обучаващ и обучаван и между специалиста и обучаващата институция;
- намаляване на професионалния стрес и създаване на повече възможности за непрекъснато обучение и общуване с пациента;
- стимулиране на личния избор на лекарите да работят в по-малките населени места и да специализират по медицинските специалности, които имат по-специфични условия на труд.

Част II. Изследване на добрите практики в управлението на клиничната специализация и професионалната саморегулация на лекарското съсловие в някои страни членки на Европейския съюз

II.1. Австрия

Австрия и австрийската здравна система са оказвали *положително влияние върху развитието на медицината у нас* още в края на 19-ти и началото на 20-ти век, а сега, когато двете страни са част от европейската здравна система, има много повече възможности за взаимодействие и използване на научно-техническите постижения в медицината и иновациите в управлението на здравеопазването.

От една страна Австрия е извън топ три на страните, в които българските лекари желаят да специализират или работят, а условията за кандидатстване за магистър по медицина са по-неблагоприятни в сравнение с тези в българските университети. - Австрийската система за базово медицинско образование е реформирана преди години във връзка със значителния брой кандидат-студенти от Германия - местата са ограничени и има приеман изпит, а медицинските университети могат да приемат само до 20 на сто студенти от Европейския съюз.

От друга страна обаче, структурата на лекарската камара в Австрия е сходна с тази на Българския лекарски съюз и поради тази причина интерес представлява австрийската система за професионална саморегулация на лекарското съсловие и управление на следдипломното медицинско образование.

1.1. Статут и правомощия на съсловната организация на лекарите в Австрия

Федералното Министерство на здравеопазването е органът, който има законодателна инициатива в областта на общественото здраве и здравната политика, а също така регулираща и контролираща функция по отношение на дейностите, осъществявани от различните участници в австрийската здравна система. Грижата за пациентите се поделя между федералните и провинциалните институции, като правителството определя основните законови разпоредби, а местните власти и институции отговарят за прилагането на вече приетите закони на местно ниво. Законовата рамка относно дейността на болничните лекари, лекарите на свободна практика, общопрактикуващите лекари и специализиращите лекари, както и тяхната правоспособност, също се определя от федералното министерство, но практическата реализация и отговорността за саморегулация е в правомощията на съсловната организация.

Австрийската лекарска камара (*Österreichische Ärztekammer* (ÖÄK)) е федералната структура на съсловната лекарска организация. В състава ѝ са включени деветте лекарски камари на отделните провинции, а членството в тях е задължително.⁶⁴

Дейността на камарата е насочена в защита на професионалните, социалните и икономическите интереси на всички лекари, работещи в Австрия. Отговорността ѝ е да гарантира спазването на правата на лекарите, изпълнението на професионалните им задължения и запазване на тяхната репутация. Едновременно с това лекарската камара изпълнява своята отговорност към цялото общество за осигуряване на модерно здравеопазване и безопасност на пациентите чрез поддържането на високо професионално ниво на практикуващите лекари и постоянно управление на качеството.

Основните правомощия на лекарската камара са:

- водене на публичен регистър на практикуващите лекари в Австрийската здравна служба – вписване и заличаване от регистъра при получаване или при загуба на права за упражняване на лекарска професия, както и регистър на лекарите специализанти;
- специализирано обучение и изпити за получаване на професионална квалификация от лекари специалисти и общопрактикуващи лекари;
- организиране и провеждане на продължаващото медицинско образование и издаване на дипломи и сертификати;
- разработването на политики и програми, свързани с функционирането на австрийската здравна система;
- провеждане на инициативи за подобряване на безопасността на пациентите;
- осигуряване качеството на медицинската дейност и безопасността на пациентите;
- представяне на становища относно федералните и областни закони, отнасящи се до здравеопазването, преди началото на тяхното гласуване - закони от основно значение за лекарите се дискутират с лекарската камара, която изработва собствени предложения;
- партньорство с институциите на социалното осигуряване относно задължението на лекарите да лекуват с електронна карта - осигуряване на свободен достъп на пациента до медицински услуги чрез прилагане на натуралната облага и директното разплащане на лекаря със законовата здравна осигуровка;
- договаряне на съдържанието на договорите за здравното осигуряване – определяне на медицинските дейности, които се заплащат, административни планове за

⁶⁴ Österreichische Ärztekammer, <http://www.aerztekammer.at/aufgaben-der-oesterreichischen-aerztekammer>

местоположението на действие на сключилия договор с касата лекар, избор на лекари за сключване на договори с касата;

- сключване на колективни договори и договаряне на възнагражденията и добавките на лекарите в болничната помощ и даване на указания за частните хонорари;

- приемане на насоки относно таксите, които се заплащат от пациентите за болнично лечение, за рецепта, и др.;

- законодателна дейност в областта на управлението на образователни практики, медицинска документация и зачитане на репутацията на медицинската професия;

- налагане на рекламна политика;

- издаване на лекарски кодекс за поведение, насоки и препоръки за действия при сътрудничеството на лекарите с фармацевтичната промишленост;

- развитие на терапевтични и превантивни препоръки за здравни грижи.

Тези правомощия се осъществяват, освен от структурите, и от следните организации към Австрийската лекарска камара:

- Австрийска лекарска академия ООД (*Österreichische Akademie der Ärzte* (GmbH));

- Австрийско дружество за управление и гарантиране на качеството в медицината (*Österreichische Gesellschaft für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Medizin* (ÖQMed));

- Издателска къща на лекарите – Консултантско дружество за медийна продукция и комуникация ООД (*Verlagshaus der Ärzte – Gesellschaft für Medienproduktion und Kommunikationsberatung GmbH*).

1.2. Система на медицинско образование

Базовото медицинско образование е под контрола на Федералното министерство за наука и изследвания. Достъпът до професията в Австрия е описан в Закона за съсловната организация на лекарите - *Ärztegesetz* (AerzteG), а базово медицинско образование се получава в университетите във Виена, Грац и Инсбрук и в частния университет в Залцбург, които са под контрола на Федералното министерство за наука и изследвания. Кандидатства се с изпит и има ограничен прием - 1700 студенти годишно.

Специализираното обучение е под контрола на Федералното министерство на здравеопазването. Завършилите основно медицинско образование в австрийски медицински университет лекари нямат право на самостоятелна практика, затова могат да започнат работа само в болница. За чуждите граждани, които специализират в Австрия

първата възможност е да практикуват медицина като самостоятелно наети лекари в рамките на специализираното си обучение. По време на това обучение е необходима регистрацията като лекар специализант в лекарската камара, а ако дипломата е издадена в страна извън Европейския съюз трябва да се получи „Nostrifikation” (процедура по признаване на дипломи, издадени в чужда страна). Чуждите граждани могат след регистрацията да придобият правоспособност за практикуване на медицина като самонаето лице - лекар в Австрия (*Approbierter Arzt*) по време на специализираното обучение, но тази възможност е достъпна само при следните условия: лицето да притежава диплома по основна медицинска степен от Европейския съюз; дипломата да е включена в приложението на директивата за признаване на професионална квалификация и другото кумулативно условие е тази диплома да дава право за самостоятелно практикуване на медицина в държавата членка, която я е издала.

Основните контролни функции по отношение на изпълнението на изискванията за специализация и регулиране на системата за специализирано обучение са възложени на Австрийската лекарска камара, към която е създаден специализиран орган – Комитет по образование. Комитетът има за задача да:

- признава дипломите и периодите на обучение в чужбина;
- издава временни разрешения за самостоятелно практикуване на лекарска професия от чуждестранни лекари;
- признава болниците за образователни институции, в които могат да се обучават специализиращи лекари;
- признава индивидуални и групови практики, като центрове за обучение;
- проверява качеството на обучение на лекарите в признати образователни институции и центрове, и др.

Лекарската камара е отговорна за специализацията на лекарите - органите на камарата имат компетентността да разработят учебното съдържание за всяка медицинска специалност и след това да прилагат учебната програма в процеса на специализираното обучение. Федералното министерство на здравеопазването одобрява учебната програма, а обучението на общопрактикуващите лекари и специализантите завършва с полагането на задължителен изпит.⁶⁵

Продължаващото професионално развитие е под контрола на Австрийската лекарска камара. Лекарската камара, съгласно Наредбата за продължаващо медицинско

⁶⁵ Списание „MD Медицински дайджест”, бр. 8 от 01.12.2011 г., „Лекарите в Австрия” – интервю с д-р Валтер Дорнер, президент на Австрийската лекарска камара.

образование (DFP - *Verordnung über ärztliche Fortbildung*),⁶⁶ има ангажимента да осигури акредитацията на доставчици и събития от календара на продължаващото образование, кредитирането и сертификацията на продължаващото медицинско образование (CME – *Continuing Medical Education*) и непрекъснатото професионално развитие (CPD – *Continuing Professional Development*). Доставчиците са отговорни за организацията и провеждането на обучението, а лекарите от своя страна са длъжни да се включат в процеса на професионално развитие, чрез участие в утвърдени програми на лекарските камари на отделните провинции или в международно признати програми за продължаващо образование.

Продължаващото медицинско образование (CME) включва медицински знания и умения, които са широко признати и приети от професията, като част от основните медицински науки, медицината и здравеопазването.

Непрекъснатото професионално развитие (CPD) има по-широк обхват и се отнася до всички образователни дейности, които помагат на лекаря да поддържа или да повиши своя професионализъм, като подобрява комуникацията си с пациентите, колегите и обществеността (социална компетентност, управленски умения, медицинско право, икономика на здравеопазването).

Задължение на лекарите е да осигурят на всички свои пациенти медицинска помощ и консултации, адекватни на тяхната непрекъснато развиваща се професионална компетентност, придобити знания и практически умения в съответната медицинска специалност.

Продължаващото професионално образование трябва да включва актуални знания за развитието на медицинската наука и практика, а съдържанието на програмите да са съобразени с всички разпоредби на Австрийската лекарска камара и по-специално с разпоредбите и насоките на сътрудничеството с фармацевтичната индустрия и производителите и търговците на медицинска апаратура и медицински консумативи.

Продължаващото обучение за лекарите се организира под формата на:

- събития, включващи лекции, семинари, работни срещи, курсове, симпозиуми и конференции, които се характеризират с висока практическа насоченост, актуалност и бързи, ефективни възможности за изпълнение;

⁶⁶ DFP - *Verordnung über ärztliche Fortbildung*, <http://www.arztakademie.at/dfpverordnung/>

- работни групи, съставени от определен кръг лекари, които обсъждат специфични медицински проблеми, с цел да се подобряват грижите за пациентите чрез обмяна на опит и въвеждане на нови подходи в ежедневната работа;

- научна дейност – публикации в рецензирани медицински списания и, при определени условия, закупуването на книги и абонамент за медицински списания;

- надзор – специфична форма за консултиране на екипи и организации за подобряване работата с клиенти, пациенти и договарящи се страни в различните управленски нива, с цел да се осигурява лична, социална и/или професионална компетентност;

- стаж в клинична структура, по време на който се анализира и оценява участието на лекаря;

- е-обучение – все по-предпочитана форма на обучение, при която се прилагат критериите за качество, приложими за останалите форми на продължаващото професионално развитие.

Клиничните курсове на продължаващото медицинско обучение се провеждат само по сертифицирани дейности въз основа на дисциплини от учебния план на австрийските медицински университети.

Неклиничните форми на непрекъснатото професионално развитие може да не са изцяло ориентирани към пациента и да включват курсове за медицински английски, семинари по медицинско и данъчно право за собственици на практики, и др.

Принципът за поддържане на висока степен на доверие на пациентите и обществеността в настоящите знания и умения на лекарите при предоставяне на медицинска помощ и услуги се прилага, както чрез осигуряването на условия от страна на лекарската камара за провеждане на непрекъснатото професионално обучение и изпълнение от страна на лекарите на законовото задължение да участват в процеса на обучение (ÄrzteG § 49), така също и чрез активното участие на пациентите в усилията на съсловието за саморегулация и непрекъснато подобряване качеството на здравните услуги.⁶⁷

Осигуряване на медицинско качество и безопасност на пациентите. С цел да се гарантира непрекъснатото подобряване качеството на грижите за пациентите, федералното правителство през последните години приема различни закони, правила и подзаконови актове, които съдържат изключително или частично специфични изисквания за качество – изисквания към документацията, качеството на лекарствата и

⁶⁷ Österreichische Ärztekammer, Fortbildung, <http://www.aerztekammer.at/fortbildung>

медицинските изделия, на обучението и медицинската практика, зачитане правата на пациентите, и др.

Хронологично първият специален нормативен акт е издаденият през 2005 г. Федерален закон за качеството на медицинските услуги (*Health Act Quality – GQG*).⁶⁸ Съгласно този закон федералният министър на здравеопазването трябва да осигури съответстваща координация между всички заинтересовани страни, участващи в системата за качество в цяла Австрия и е отговорен за осигуряване на национална координация на действията за качество и осигуряване на националната и международната сравнимост на здравните услуги.

Законът определя, че под система за качество се разбира федерална система за координация, насърчаване, подкрепа и наблюдение за целите на непрекъснато подобряване на качеството на здравните услуги, а самото качество - като степен на изпълнение на основните характеристики на предоставяните здравни услуги в условията на прозрачност, ефективност и ефикасност.

В изпълнение на препоръката на Съвета на ЕС относно безопасността на пациентите на общностно и национално равнище, от името на Федералното министерство на здравеопазването на Австрия е публикувана обща стратегия за безопасност на пациентите 2013–2016,⁶⁹ която е одобрена от Федералната комисия по здравеопазване. Членове на комисията с право на глас са федералните представители на социалното осигуряване, заинтересованите страни от провинциите, болниците, пациентите и Австрийската лекарска камара. Този документ е част от Стратегията за качество на австрийската система на здравеопазване, приета също от Федералната комисия по здравеопазване на 25 юни 2010 г.⁷⁰

Заложеният в стратегията модел конкретизира необходимостта от интервенция и предприемане на мерки в областта на организационното развитие, разработването на политиките, повишаването на обществената осведоменост, наблюдението и развитието на персонала, работещ в здравеопазването.

⁶⁸ Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG),
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883&ShowPrintPreview=True>

⁶⁹ Patientensicherheit Österreichweite Strategie 2013-2016, Wien, 22.03.2013, Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit,
http://www.bmg.gv.at/cms/site2/attachments/1/4/5/CH1331/CMS1366277814203/20130502_patientensicherheitsstrategie.pdf

⁷⁰ Quality Strategy for the Austrian Healthcare System, Wien, in May 2010, Commissioned by the Austrian Federal Health Commission (BGK),
http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/2/CH1063/CMS1318493541783/qualitaetsstrategie_englisch.pdf

Изпълнението на мерките в тези области на интервенция се възлага на следните структури, координатори и заинтересовани страни: Федералното министерство на здравеопазването, други федерални министерства, федералните провинции, социалното осигуряване, доставчиците на здравни услуги, законовите представители на професионалните асоциации и сдружения, пациентските организации и групи, експертните организации (университети и институции, финансиращи научни изследвания в областта на безопасността на пациентите), и др.

Здравна политика и реформи. Камарата сътрудничи като равнопоставен партньор в областта на реформите в здравеопазването и се ангажира с конструктивна позиция, защото опазването и възстановяването на здравето са задължение и отговорност на съсловието. Целта е да се осигури устойчивост на австрийската здравна система чрез гарантиране на равен достъп до здравни услуги, отговарящи на високите медицински стандарти, както и практикуване на лекарската професия при зачитане на професионалната независимост и етичните принципи.

Камарата, като представител на лекарското съсловие и член на австрийската здравна система, е ангажирана с инициативи за динамично адаптиране на здравеопазването към променящите се обществени условия. Приоритет са иновациите, вземането на решения, базирани на съвременните научни достижения в медицината и отговорност, адекватна на професионалните умения и непреходните етични и правни медицински ценности.

На фона на тези високи цели австрийската здравна система изпитва трудности, валидни в една или друга степен за всички държави-членки.

Един от основните проблеми и за Австрия е свързан с първичната медицинска помощ и липсата на лекари в провинциалните райони. В тази връзка се обсъждат широк кръг възможности за промяна на системата и стимулиране на лекарите – от разширяване обхвата на частната практика до отделянето на публичен ресурс за покриване на част от разходите на амбулаториите и заплатите на лекарите. Лекарските организации и фондовете за социално здравно осигуряване провеждат периодично преговори помежду си, които целят определянето броя на договорните лекари, количеството и вида на здравните услуги и заплащането на лекарския труд.

Австрия също така не може да се справи с изискването за осигуряване на условия на труд на болничните лекари, отговарящи от една страна на потребностите на националната система и от друга – на международните правни норми за ограничаване на работното време.

Неблагоприятните условия на труд излизат извън рамките на работното време и параметрите на работната среда, а конкретните проблемни сфери са посочени в концепцията на лекарската камара за бъдещето на австрийските болници и болничната медицинска професия до 2025 година - претоварване на амбулаторните отделения на болниците, недостиг на персонал поради миграция и пенсиониране, липса на перспективи за кариерно развитие, феминизация на медицината (вече около две трети от лекарите специализанти са жени), и др.

Лекарската камара се стреми да предложи конструктивни решения, като дейността ѝ е насочена към:

- преразглеждане на условията за достъп до амбулаторните структури на болниците и осигуряването на свободен прием само за спешните случаи;
- регионално 24-часово предоставяне на медицинска помощ и наблюдение чрез създаване на координационни центрове и мобилни медицински екипи;
- намаляване и създаване на гъвкави модели на работно време, между които медицинският специалист да може да избира;
- предлагане на детски заведения с работно време, съвпадащо с работното време на медицинския персонал;
- създаване на нови възможности за професионално развитие чрез формирането на автономни медицински екипи, които могат да вземат самостоятелно решение и да управляват собствен бюджет.⁷¹

1.3. Реформа в системата на специализираното обучение на лекарите.

Проблемите в австрийската система за специализирано обучение се създаваха преди всичко от недостатъчния брой на обявяваните места и продължителното отлагане на специализацията. Това е и водещият мотив федералният министър на здравеопазването да издаде нов Правилник за квалификация на лекарите (*Ärzte-Ausbildungsordnung* (ÄAO 2015)),⁷² който влезе в сила от 1 юни 2015 г.

Правилник 2015 регламентира практическото обучение на лекарите за придобиване на специалност обща медицина и клинична специалност.

Основната разлика с Правилник 2006 е, че се регламентира основен курс на обучение за въвеждане в медицинската практика, от най-малко 9 месеца. По време на този курс

⁷¹ Spitalsärztin/Spitalsarzt 2025 – Die Zukunft der österreichischen Spitäler, 23.07.2014, <http://www.aerztekammer.at/home/>

⁷² Ärzte-Ausbildungsordnung 2015, <http://www.aerztekammer.at/arzte-ausbildungsordnung>

специализантите трябва да придобият основни клинични умения във всички хирургични и терапевтични специалности, с изключение на анатомията.

Лицата, които започват обучение за общопрактикуващ лекар или специалист след 31 май 2015 г. по новия правилник трябва да завършат такъв основен курс. Има преходен период след тази дата, през който се допуска специализация без основно обучение за вече специализиращи лекари.

Основното клинично обучение трябва да осигури на всички лекари възможността да придобият умения и да поемат отговорност за ежедневната грижа за пациентите от приемането до изписването им от лечебното заведение и при оказването на спешна медицинска помощ. Целта е със завършване на основния курс да се признае правоспособност на лекарите за справяне в клинични условия с най-често срещаните заболявания и тяхното лечение.

Основният курс включва консервативни и хирургични дисциплини, като конкретното съдържание и разпределение се определя от медицинския директор на всяка болница. Тази организация на обучението се дължи на разпоредбите в издадените от Австрийската лекарска камара учебни програми (KEF und RZ-V 2015 г.), ⁷³ съгласно които в рамките на основното обучение по специалности няма предварително разпределение на времето за определени теми.

По време на обучението специализантите имат право да извършват всички дейности, които са извършвали в годината за клинична практика (*Klinisch praktischen Jahr* (KPJ) – 11-и и 12-и семестър от университетското медицинско образование, както и през 9-те месеца основен курс. В периода на специализацията лекарите, чрез регулирано придобиване и доказване на необходимите професионални знания, опит и умения, извършват и по-сложни медицински дейности в условията на намаляващ надзор от страна на клиничния ръководител. Те обаче нямат право да работят по време на нощни, почивни и празнични дежурства без едновременно с тях да работят лекари специалисти.

Специализираното обучение за придобиване на клинична специалност и обща медицина се провежда в университетски болници и акредитирани от лекарската камара учебни болници и образователни практики.

Проследяване на резултатите от реформата в системата на специализираното обучение на лекарите. „Да се гарантира следващото поколение лекари означава да се

⁷³ Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (KEF und RZ-V2015), <http://www.aerztekammer.at/ckeditor-hook/download/3883730>

прилагат стандарти в образованието“ – това е заглавието на съобщение за пресата от 04.03.2016 г. на лекарската камара, според която прилагането на новия Правилник за квалификация на лекарите има първостепенно значение.

Комисията към сметната палата също изразява, в публичен дебат, разбирането, че най-важните фактори в квалификацията на лекарите е да има концепция за образованието с високо качество и добра рамка, защото досегашните резултати са неудовлетворителни. Това заключение на комисията е направено след проведено през ноември 2015 г. оценяване на образованието на лекарите специалисти. В него са участвали 32% от лекарките и лекарите, обучаващи се за специалност, 95% от които завършват образованието си по Правилника за квалификация на лекарите от 2006 г. Само 41% от анкетиранните лекарки и лекари специалисти са заявили, че в тяхното отделение има концепция за образованието, а почти една трета са отговорили, че не им е ясно, кой отговаря за образованието.

За първи път в новия Правилник 2015 се разглежда като задължителен елемент концепцията за образованието.

А според Карлхайнц Корнхойзл, заместник-председател на Федералната служба на лекарите от държавните болници на Австрийската лекарска камара (ÖÄK) и ръководител на Федералната секция на лекарите на срочен договор, финансовите субекти на болницата трябва да поемат задължението да гарантират качествено образование, да предоставят времеви и човешки ресурси за него и да създадат добри рамкови условия на онези, които ще се квалифицират. Той смята, че само така ще може да се гарантира, че в страната ще останат повечето квалифицирани лекари от новото поколение.⁷⁴

II.2. Великобритания

2.1. Работа на български лекари във Великобритания

Великобритания е една от предпочитаните дестинации за българските лекари поради лесното приспособяване към езика и доброто заплащане, което е едно от най-високите в Европа.

Ако до 01.01.2014 г. инициативността беше от страна на търсещите работа лекари, то след отпадането на общата забрана от тази дата българи и румънци да работят в страната,

⁷⁴ Ärztenachwuchs sichern – Ausbildungs-Standards umsetzen, Ärztekammer: Umsetzung der Ausbildungsordnung neu hat höchste Priorität, 04.03.2016, http://www.aerztekammer.at/home/-/asset_publisher/777cp2QuE8rt/content/id/21608021?_101_INSTANCE_777cp2QuE8rt_redirect=%2F

интересът на работодателите във Великобритания се засили и те започнаха активна политика по наемане на работа на повече български лекари. Търсенето е за три категории длъжности за лекари:

- позицията лекар на тръста (*Trust Doctor*). Това са лекари, наемани от обединенията на болниците (тръстовете), които нямат статут на стажанти (те са извън договорените млади лекари за работа в Националната здравна служба (НЗС) (*National Health Service* (NHS)). Тези лекари извършват определени услуги и като не-стажанти не се контролират от кралските колежи или департаментите за следдипломна медицинска квалификация. Лекар на тръста или лекар в първите две години след завършване на образованието си, който е записан в програма за следдипломна квалификация, може впоследствие да получи квалифицирана работа и да се запише в програма за специалност, но повечето лекари предпочитат кариерата на лекар ординатор, без да придобиват специалност. В проучване на Британската медицинска асоциация обаче се отбелязва, че лекари от чужбина по-лесно получават такава длъжност и приемат работата на *Trust Doctor*, независимо от факта, че притежават специалност. Това от своя страна поражда опасения за експлоатация на лекарския труд на чужденците.⁷⁵

- позицията лекар специалист (*Speciality doctor*). Лекарите, които работят в болница на това длъжностно равнище предоставят пряката грижа за пациентите. Тяхното израстване в кариерата до следващото професионално равнище на консултант се осъществява през няколко периода от по две години, като в края на двугодишния период лекарят трябва да докаже напредъка в квалификацията си и придобития опит по съответната специалност.⁷⁶

- позицията лекар консултант (*Consultant doctor*). Консултантите поемат крайната отговорност за грижата за пациентите, насочени към тях, затова работата им е свързана с голяма лична отговорност. Освен това консултантите обикновено ръководят постоянен екип от лекари стажанти, лекари специализанти и лекари специалисти и заемат ключови позиции в управлението на болниците или в НЗС.⁷⁷

Лекарите в обучение получават основна заплата плюс бонус, ако работят повече от 40 часа седмично и/или работят извън часовете от 7:00 до 19:00 от понеделник до петък. Младшият лекар стажант в болница получава през първата година начална заплата от £ 22,636, а през втората - до £ 28,076.

⁷⁵ Trust Doctor, https://en.wikipedia.org/wiki/Trust_Doctor

⁷⁶ Specialty Doctor, https://en.wikipedia.org/wiki/Specialty_Doctors

⁷⁷ Consultant (medicine), [https://en.wikipedia.org/wiki/Consultant_\(medicine\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Consultant_(medicine))

Лекарите в специализирано обучение получават основна начална заплата от £ 30,002. Ако по договор работят повече от 40 часа седмично и/или работят извън часовете от 7:00 до 19:00 от понеделник до петък, получават допълнителен бонус, който обикновено е между 20% и 50% от основната заплата. Този бонус се основава на допълнителните часове над 40 часа нормална работна седмица.

Лекарите специалисти получават основна заплата от £ 37,176 до £ 69,325.

Основната заплата на консултантите е от £ 75,249 до £ 101,451 на година, в зависимост от обема на консултантската услуга. Има допълнително заплащане ако консултантът е поел допълнителни отговорности, например в областта на управлението или образованието.

Консултантите, както и всички лекари, могат да работят и в частния сектор.⁷⁸

Реформирането на британското здравеопазване се отнася, но не само, до променената схема за осигуряване на достъп до специалисти - 24 часа, 7 дни в седмицата, т.е. и по време на нощните дежурства и дежурствата в почивни и празнични дни. За да се изпълнява това нововъведение на системата са необходими много по-голям брой лекари специалисти, защото директивата за работното време ограничава работната седмица до 40 часа. Възприетото решение е лекарите да работят на повече от един договор – дългосрочни договори за работа в допустимите от директивата часове и краткосрочни договори за работа извън установеното работно време или така наречените „договори по заместване“.

Тази нова организация на работното време предоставя възможност не само на британски, но и чуждестранни лекари, да получават допълнителен доход от работа по заместване. От обстоятелството, че може да се работи във Великобритания само през уикенда и в празничните дни, се възползват и български лекари, поддържащи активен професионален статус в Националния лекарски съвет срещу такса от 420 паунда.

Краткосрочните договори са по-добре платени и затова интересът към тях е голям. Всеки лекар, който има регистрация на национален сайт за работа по заместване може да получи покана, а работодателите в повечето случаи заплащат и самолетните билети за чуждестранните лекари. Така много български лекари ползват няколко почивни дни в работния си график в наше лечебно заведение, за да работят временно зад граница. Разбира се има предложения и за по-дълъг период, примерно за шест месеца, което също позволява да не се прекратява трудовия договор, а да се ползва отпуск за това време.

⁷⁸ Health careers, <https://www.healthcareers.nhs.uk/about/careers-medicine/pay-doctors>

Мотивацията на лекарите е ясна – възнаграждението, което получават във Великобритания е около десет пъти по-високо от получаваното у нас.

2.2. Система на следдипломно медицинско обучение във Великобритания

Специфичното за системата на острова е, че има:

- две отделни организации на британските лекари – синдикат и камара: Британската медицинска асоциация (*The British Medical Association* (BMA)) ⁷⁹ е синдикалната организация на лекарите, а Националният лекарски съвет (*The General Medical Council* (GMC)) ⁸⁰ е отговорният орган за медицинско образование, правоспособност и работа на лекарите (с функции на лекарска камара),

- регионални структури за следдипломно медицинско обучение в Националната здравна служба: ⁸¹ Местни департаменти (NHS *Deanery*) в Шотландия, Уелс и Северна Ирландия, и Местни комисии за образование и обучение (*Local Education and Training Boards* (LETBs)) в Англия;

- степен бакалавър в основното медицинско образование (за разлика от почти всички други държави, в които студентското образование е само редовна форма в магистърска степен),

- Базисна програма (*The Foundation Programme*) за задължително двугодишно обучение след завършването на медицински колеж и самата специализация. ⁸²

Британската медицинска асоциация (БМА) е професионалният синдикат на лекарите в Обединеното кралство, който няма отговорности по регистрацията и сертификацията на лекарите. Заявената цел на асоциацията е да насърчава медицината и свързаните с нея науки и да поддържа честта и интересите на лекарската професия.

БМА е създадена през 1832 г. като Провинциална медицинска и хирургическа асоциация (*Provincial Medical and Surgical Association* (PMSA)). Членството в провинциалната асоциация бързо нараства и през 1856 г. тя става Британска медицинска асоциация – първата в света професионална организация на лекарите на държавно ниво.

⁸³ Само две години по-късно (1858 г.) БМА изиграва ключова роля в изготвянето и приемането на Медицинския закон, с който се създава Националният лекарски съвет със

⁷⁹ British Medical Association (BMA), <http://www.bma.org.uk/about-the-bma>

⁸⁰ General Medical Council (GMC), <http://www.gmc-uk.org/>

⁸¹ Всяка от четирите страни на Обединеното кралство има публично финансирана система на здравеопазване, наречени Национална здравна служба (National Health Service (NHS)).

Понятието Национална здравна служба се използва и за общо обозначаване на четирите служби.

⁸² The Foundation Programme, <http://www.foundationprogramme.nhs.uk>

⁸³ Втората в света професионална организация на лекарите е създаденият през 1901 г. Български лекарски съюз.

задача да определи стандарт за квалифицирани и неквалифицирани лекари и да създаде система за професионално регулиране.⁸⁴

Днес, основната цел на Националния лекарски съвет (Националния съвет) е да защитава, насърчава и поддържа здравето и безопасността на обществеността чрез осигуряване на подходящи стандарти в медицинската практика. В тази връзка законът ангажира Националния съвет да предоставя на лекарите насоки по отношение на стандартите за професионално поведение, дейност и медицинска етика чрез публикуване на добра медицинска практика.

Националният съвет е независим орган, който регулира студентското медицинско образование и следдипломното обучение в Обединеното кралство. Следдипломното обучение обхваща задължителното двугодишно обучение, специализацията на лекарите, включително обучението по обща медицина и продължаващото обучение.

Правомощията и задълженията на Националния съвет са регламентирани в Медицинския закон от 1983 г.,⁸⁵ а неговото предназначение е да гарантира, че пациентите могат да имат доверие в лекарите.

В тази връзка Националният лекарски съвет има следните четири основни функции:

- да поддържа актуални регистри на лекарите – на напълно регистрирани лекари или лекари с временна и ограничена регистрация;
- да насърчава добрата медицинска практика;
- да насърчава високите стандарти в медицинското образование;
- да налага санкции на лекари.

През юни 2012 г. към Националния съвет е създаден дисциплинарен комитет – Арбитраж на практикуващите лекари (*Medical Practitioners Tribunal Service* (MPTS)), за да може ясно да се разграничи функцията по проучване, изслушване в заседание и вземане на решение за налагане на санкция на лекари, чиято професионална дейност и/или правоспособност са поставени под въпрос. Арбитражът има правомощия да налага санкции на практикуващи лекари, когато това е необходимо, за да се предпази обществото от предлагане на медицинска помощ, несъответстваща на медицинските стандарти. Членовете на дисциплинарният комитет вземат самостоятелни решения, които се основават на установените от Националния съвет стандарти за добра

⁸⁴ British Medical Association, https://en.wikipedia.org/wiki/British_Medical_Association

⁸⁵ Medical Act 1983, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/54/part/I/crossheading/the-general-medical-council>

практика. Изслушванията се провеждат в съответствие с Медицинския закон от 1983 г., като в повечето случаи те са публични.⁸⁶

Извън обхвата на отговорностите на Националния лекарски съвет е предоставянето, организирането и отговорността за изпълнението на програмите за следдипломно обучение – в Базисната програма и специализираното обучение. Тези функции, заедно с планирането на работната сила, са в правомощията на Националната здравна служба, департаментите (*deaneries*) и местните образователни доставчици (*Local Education Providers* (LEPs)). Те също така трябва да гарантират, че следдипломните програми са предоставяни в съответствие със стандартите, определени от Националния съвет. Националната здравна служба и образователните доставчици са отговорни за осигуряване на безопасна и ефективна грижа за пациентите и трябва да гарантират безопасна работна среда.

Базисната програма (*The Foundation Programme*) или Програмата е система за обучение в работна среда и представлява свързващото звено между медицинското училище и специализацията. За двугодишното обучение на лекарите има входен тест и класиране, с което следва да се измерят клиничните и теоретичните умения, които кандидатите са придобили по време на следването.

Дейността на стажантите е подходящо контролирана и с възможности за бърз достъп до консултация на работното място от клиничен ръководител. Учебните планове на Базисната програма подкрепят медиците в първите две години на професионално развитие чрез стажове в различни болници по базисни за медицината специалности - вътрешни болести, хирургия, педиатрия, спешна медицина и др. През първата година (F1) стажант-лекарите трябва да докажат, че могат да прилагат придобитите знания от следването и да се грижат за пациентите, както и че са компетентни в редица области, включително в извършването на манипулации, в провеждането на консултации, в осигуряването безопасността на пациентите и работата в екип. Те трябва също така да развиват и демонстрират редица основни междуличностни и клинични умения за лечение на остри и хронични заболявания, независимо от специалността, която ще изберат.

През втората година (F2) в Програмата стажантите имат повече отговорности - право да вземат самостоятелни решения, да участват в лечението на пациента и да обучават медицински сестри и студенти по медицина. Втората година е по-специализирана и се

⁸⁶ Medical Practitioners Tribunal Service, <http://www.mpts-uk.org/home.asp>

включват стажове само в няколко медицински направления, в зависимост от желанията за бъдеща специализация.

Основен процес в Базисната програма е Годишният преглед за напредъка на компетентността (*Annual Review of Competence Progression* (ARCP)). Лекарите се оценяват по резултатите от изпълнението на учебния план и вписват оценките си (не само най-добрите) в електронно портфолио.

Стажантите трябва да докажат, с помощта на структурирани инструменти за оценка, че са постигнали определени резултати на работното място, с което се цели да се отчете напредъка в компетентността в сравнение с тази на студента по медицина.

За успешното завършване на Базисната програма и получаване на документ за правоспособност (*Foundation Achievement of Competence Document* (FACD)), стажантът трябва да демонстрира професионални умения с повишаващо се ниво на отговорност. Обучението през втората година трябва да подготви стажанта за следващата стъпка в медицинската кариера – обучението за придобиване на специалност.⁸⁷

През първата година лекарите имат частична регистрация в Националния лекарски съвет, а след завършване на първата година от Програмата правят заявление за пълна регистрация.

По време на тази програма се предвиждат и курсове, които не са свързани пряко с клиничната практика, но са необходими на британския лекар в ежедневната практика - счетоводство, администрация, здравно осигуряване и др.

Целта на Базисната програма е да насърчава ученето през целия живот и максимално добре да подготви стажантите за работата в британското здравеопазване

В здравната система на Великобритания специалистът е лекар, който има необходимия опит и квалификация, за да бъде регистриран от Националния лекарски съвет в регистъра на специалистите. Само лекари специалисти могат да бъдат назначавани за консултанти в Националната здравна служба.

Лекарите могат да започнат обучение по желаната от тях специалност след успешно завършване на Базисната програма и преминаване през конкурентен процес (обикновено явяване на интервюта). В края на специализацията се издава Сертификат за завършен курс на обучение (*Certificate of Completion of Training* (CCT)), в резултат на задоволителна оценка на обучението и напредъка.

⁸⁷ The UK Foundation Programme: Reference Guide, http://www.foundationprogramme.nhs.uk/download.asp?file=Reference_Guide_WEB.PDF

Департаментите и комисиите за образование и обучение имат териториален обхват и разполагат с училище за всяка медицинска дисциплина. Те са отговорни освен за оценката на стандартите по време на обучението, но и за признаване на болниците и практиките за обучение. Имат създадени комисии за обучение по специалности, които също, като в Базисната програма, провеждат Годишен преглед за напредъка на компетентността (*Annual Review of Competence Progression* (ARCP)).

Програмите за специализирано обучение са с различна продължителност в зависимост от специалността. Учебните програми, използвани за отделните специалности, се определят от съответния кралски медицински колеж.

2.3. Реформите в Националната здравна служба

2.3.1. От 1 април 2010 г. Националният лекарски съвет (General Medical Council (GMC)) поема функциите на Комисията за следдипломно медицинско образование и обучение (Postgraduate Medical Education and Training Board (PMETB)). От своя страна PMETB започва да функционира от 30 септември 2005 г. като независим от правителството орган, отговорен пред Парламента на Обединеното кралство, поемайки отговорностите на органа за специализирано обучение на кралските медицински колежи.

До обединението се стига след критики от някои кралски медицински колежи, че Комисията за следдипломно медицинско образование и обучение добавя бюрокрация, създава лоша комуникация между заинтересованите страни и не гарантира стабилност чрез своята наредба за следдипломно обучение по медицина.

Във връзка с тези критики независима комисия, председателствана от професор Джон Туук (по-късно председател на британската Академия на медицинските науки) изготвя доклад за състоянието на следдипломното обучение. През февруари 2008 г. докладът е връчен на държавния секретар по здравеопазването, като основните препоръки в него, които са приети, се отнасят до обединение на регулаторните функции в една организация и промяна в структурата на системата за Модернизиране на медицинските кариери (*Modernising Medical Careers* (MMC)).

2.3.2. Здравно образование на Англия (*Health Education England* (HEE)) е изпълнителен неведомствен публичен орган ⁸⁸ на Министерство на здравеопазването, който е един от най-новите, създаден през юни 2012 г. във връзка с реформите в Националната здравна

⁸⁸ (Non-departmental public body (NDPB)) или квази-автономни неправителствени организации.

служба. Целта е да осигури национално ръководство и координация за образование и обучение на работната сила в здравната система на Англия, като гарантира, че:

- работната сила притежава необходимите умения, поведение и квалификация, и има достатъчно назначения, за да се отговори на потребностите от здравни грижи и подобрения в здравеопазването;

- подкрепя доставчиците на здравни услуги и клиницистите да поемат по-голяма отговорност за планиране и въвеждане в практиката на програми за образование и обучение чрез Местните комисии за образование и обучение (LETBs), които по закон са комисии на националния орган;

- компетентността и професионалните умения на работната сила в здравеопазването се развиват в съответствие с променящите се демографски и технологични условия.⁸⁹

2.3.3. От 1 април 2014 г. е въведена нова система за финансиране на медицинското образование и обучение в Англия, която се прилага за следдипломното обучение на специализантите. Тарифната система е създадена, за да осигури по-прозрачен механизъм за финансиране на разходите за заплати, надбавките за отпуск за обучение, за проучвания и други разходи, свързани с обучението.

Местните комисии за образование и обучение (LETBs) предоставят еднократно плащане към местните образователни доставчици (LEPs) за покриване на преките разходи за предоставяне на образование и обучение за всеки специализант в продължение на една година. Местен образователен доставчик е болница или практика, доставящи следдипломно медицинско обучение, т.е. работодател на специализанта.

Тарифата има два компонента:

- първият компонент е частично финансиране на разходите за заплати – за 2014-2015 г. чрез Местните комисии за образование и обучение се финансират 50% от основните разходи за заплати, включително осигуровките, а останалата част се финансира съгласно Закона за заетостта;

- вторият компонент е таксата за осигуряване на процеса на обучение, в зависимост от броя и потребности на специализантите – таксата за 2014-2015 г. е 12 400 паунда, която се умножава по фактора на пазарните сили.⁹⁰

Факторът на пазарните сили (*The Market Forces Factor* (MFF)) е оценка на неизбежната разлика в цената между доставчиците на здравни услуги, на базата на тяхното географско

⁸⁹ Health Education England (HEE), <https://www.hee.nhs.uk/about-us>

⁹⁰ Postgraduate medical education and training - a new tariff system, <http://www.bma.org.uk/developing-your-career/specialty-training/education-and-training-tariff>

местоположение. Факторът се използва за регулиране разпределението на ресурсите в Националната здравна служба пропорционално на тези различия в разходите, така че пациентите да не са нито облагодетелствани, нито в неизгодно положение от относителното ниво на неизбежните разходи в различните части на страната.⁹¹

2.3.4. Най-засегнати от реформата са обучаващите се лекари, защото лекарите специалисти, които вече работят в събота и неделя се нуждаят от подкрепа от страна на младшите лекари и през тези дни. Това налага въвеждането на един единствен договор с променени условия и включване за по-продължително време на младшите лекари в медицинската дейност на лечебните заведения. Преди това стажантите са имали по няколко договора, което им е позволявало сами да организират и планират работата и свободното време за самостоятелна теоретична подготовка и проучвания.

Това е причината през февруари 2016 г. да бъде обявена подготовка за 24-часова стачка в знак на протест срещу новите условия за работа на младшите лекари. Решението е взето след като не е постигнато споразумение на проведените разговори между Британската медицинска асоциация, работодателите от Националната служба по здравеопазване и Министерството на здравеопазването. Подготвяните промени се отнасят до включването на младшите лекари в предоставянето на медицинска помощ и работа на пълно работно време, включително и в събота. Основният спор е по въпроса дали съботата трябва да стане част от нормалната работна седмица на стажантите.⁹²

II.3. Германия

3.1. Работа в Германия - поглед от България

Българските лекари, които са решили да работят в чужбина, предпочитат Германия. Започването на работа не изисква много време, първо, защото там също има недостиг на лекари, особено извън големите градове, второ, защото дипломите, издадени в нашата страна съответстват на минималните изисквания в Европейския съюз, съгласно директива 2005/36/ЕС и трето, защото работодателите ползват услугите на посреднически и консултантски агенции за набиране на специалисти, с което значително се намалява времето за подготовка на необходимите документи.

⁹¹ A guide to the Market Forces Factor, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300859/A_guide_to_the_Market_Forces_Factor.pdf

⁹² Младшите лекари във Великобритания организират втората си 24-часова стачка, <http://medicalnews.bg/2016/02/10/>

Признават се както дипломите за магистър-лекар, така и диплома за специалност (нарича се още „удостоверение за съответствие“). Лекарите без специалност, както и тези със специалност, които не са направили постъпки за признаването ѝ, могат да работят само като асистент-лекари.

Дипломите, издадени преди приемането на страната ни в Европейския съюз се признават, но има допълнително изискване за удостоверяване, че през последните 5 години лекарят е упражнявал професията си на пълен работен ден най-малко 3 последователни години.

Същественото условие обаче е разрешението за работа като лекар в Германия, което се нарича апробация (*Approbation*). За издаването на разрешение за работа институциите в съответната провинция изискват удостоверение, че работодател в тяхната провинция ще наеме лицето. Независимо, че документите, необходими за издаването са различни за всяка провинция, апробацията дава право за работа на цялата територия на страната.

Лекарят може да започне работа без апробация, но трудът му няма да бъде заплатен докато няма апробация, а времето за получаването ѝ е около 3 месеца.

Задължително е членството в лекарска камара и притежаването на сертификат за владее на немски език, минимум ниво B2. В някои провинции има и по-високи изисквания за владее на езика, а медицинският немски не е задължително условие, защото след започване на работа повечето болници осигуряват кратки курсове на място.

Лекарските заплати в Германия зависят от фактори като: семейно положение, квалификация, опит, големина и местоположение на здравното заведение и др. Възнагражденията на лекарите извън големите градове са по-високи.

Работодателите, които са поканили даден лекар на интервю, поемат разходите за хотел и храна, като изцяло или частично възстановяват пътните разходи. Съдействат за осигуряване на жилище под наем, но в повечето случаи предлагат настаняване в общежитие или апартаменти на болницата.

3.2. Система на медицинско самоуправление, регулация и обучение

Централната организация в системата за медицинско самоуправление е Федералната лекарска камара (*Bundesärztekammer* (BÄK)), която обединява 17-те лекарски камари в Германия (*Landesärztekammer*). Тези камари са самоуправляващи се публични институции, независими от правителствата на отделните провинции. Членството в

камарите на федералните провинции е задължително за всички лекари, които практикуват в Германия.

Асоциацията на немските камари на лекарите представлява интересите на лекарите по въпроси, свързани с професионалната политика и е активен участник в законодателните процедури, в процесите при формиране на професионални становища и мнения, свързани със здравеопазването и социалната политика.

Лекарите са членове на федералната камара на лекарите по силата на задължителното си членство в камара на лекарите в съответната федерална провинция.

Немската лекарска асамблея (*Deutscher Ärztetag*), наричана още "парламентът на лекарската професия" в Германия, се провежда всяка година от 1873 г., с изключение на следните години: 1912, 1915-1917, 1920, 1922/1923, 1932-1947.

Намерението на немските лекари през 1873 г. е да се обединят усилията на разпръснатите по това време медицински дружества за обмен и взаимно признаване на научните и практическите постижения на лекарската професия и социалното осигуряване на лекарите.

Новата страница в самоуправлението на немските лекари започва през 1947 г., когато западногерманските лекарски камари учредяват Федералната лекарска камара. След обединението на Германия във федералната камара се включват и създадените самостоятелни камари в бившите източногермански провинции.

Седалището на Федералната лекарска камара е в Берлин. Основните структури на организацията включват кабинета на генералния секретар, на отдела за международни отношения, службата по печата и седем допълнителни отдела, всеки със специален акцент върху някои аспекти на лекарската професия или на здравеопазването.

Органи на Федералната лекарска камара са Общото събрание, Управителният съвет, Председателският съвет и Изпълнителният съвет.

Годишната лекарска асамблея е общото събрание на Федералната лекарска камара, която се свиква и работи по специален правилник.⁹³ Председателят/Президентът и двамата заместник-председатели/вицепрезиденти на Управителния съвет се избират от общото събрание за срок от четири години, а другите двама членове се избират от Изпълнителния съвет за същия срок. Представител на Изпълнителния съвет е генералният секретар, а в Председателският съвет се включват представители на провинциалните лекарски камари.

⁹³ [Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage \[PDF\]](http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/geschaeftsordnung/),
<http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/geschaeftsordnung/>

На лекарската асамблея председателят или генералният секретар представят годишен доклад за работата на Федералната лекарска камара, а председателят на Комитета по финанси отчита финансите и резултатите от одитите на комисията.

Камарите на лекарите изпращат общо 250 делегати за Немската лекарска асамблея. Делегатите обсъждат и приемат общи професионални регламенти относно, например, професионалния регистър на лекарите (*Musterberufsordnung*) и регламентирането на обучението за придобиване на специалност (*Musterweiterbildungsordnung*). Приемат също така становища по актуални въпроси на лекарската професия и по социално-политически дебати, свързани със здравеопазването.

В специална публикация ⁹⁴ Федералната лекарска камара представя структурата и съставът на комисиите и работните групи.

В Академията на диалога на Федералната лекарска камара (*Akademien der Bundesärztekammer im Dialog*) са създадени тематични работни групи – по финансиране на амбулаторното обучение, стратегиите, медицинската психотерапия, и др.

От 1996 г. е учредена позиция комисар (омбудсман) по правата на човека на Федералната лекарска камара. Сферата на дейност на омбудсмана по правата на човека включва консултиране и информиране на провинциалните камари, лекарите и обществеността по правни и политически въпроси на законодателството и административни действия в областта на медицината, при които правата на човека са изложени на риск. Комисарят по правата на човека няма правомощия по отношение правните действия на лекарските камари и отговорности, свързани с предполагаеми нарушения на лекари в рамките на немското право.

Органи на Федералната лекарска камара със специални наредби са: Комисията по лекарствата, Агенцията за качество в медицината, Научният консултативен съвет, Постоянната комисия по трансплантация на органи, Немската академия по обща медицина, Немската академия за придобиване на специалност, Комисията по финанси, Комисията по етика, и др.

Постоянни комисии, комитети и конференции са: Комитетът "Медицинско образование и продължаващо обучение", Постоянната комисия „Медицинско обучение“, Постоянната конференция „Медицинско образование“, Квалификационните центрове "Сертификат за обучение" и "Медицински асистенти", в които лекарските камари изпращат представители, които да обменят опит, Комитетът „Професионален кодекс на

⁹⁴ [Gesamtübersicht der Gremien der Bundesärztekammer \[PDF\]](http://www.bundesaeztekammer.de/)
Stand: 01.12.2015, <http://www.bundesaeztekammer.de/>

поведение за работа на лекарите в Германия“, Комисията по етика и медико-правни въпроси“, и др.

Функциите на Федералната лекарска камара са:

- Осигуряването на добра медицинска помощ на населението чрез постоянен обмен на опит между провинциалните камари на лекарите и координирането на техните цели и дейности.
- Насърчаването на чувство за единство между всички лекари, които практикуват в Германия, като предоставя съвети и ги информира за всички важни процеси и дейности, свързани с лекарската професия, здравеопазването и обществото.
- Постигането на оптимална степен на регулиране на професионалните задължения и принципи на лекарската практика във всички медицински области.
- Гарантирането на професионалните интереси на лекарите по въпроси, които са извън рамките на самоуправлението и саморегулацията на професията - връзки с федералното правителство, двете камари на парламента и политическите партии.
- Защитаване позициите на лекарската професия по въпроси, отнасящи се до здравната политика и медицинската практика.
- Насърчаване на продължаващото медицинско образование и осигуряването на медицинско качество.
- Изграждане и поддържане на добри отношения с медицинските асоциации и научната медицинска общност в чужбина.
- Наблюдение върху прилагането на:
 - Професионалния кодекс (*Berufsordnung*), който регламентира етичните и професионалните задължения на лекарите, взаимоотношенията помежду им и с пациентите и
 - Правилата за обучение за придобиване на специалност, които определят съдържанието, продължителността и целите на обучение и наименованията на отделните специалности и подспециалности.

Лекарските камари на отделните провинции имат допълнителни задължения, като например поддържането на специфични здравни услуги, регулирането на специализираното обучение и изпитите за специалност, мониторинга на професионалното поведение, разследването на претенции за злоупотреби, както и организирането на социалното осигуряване и пенсионният фонд на лекарите.

Основните дейности на асоциацията са свързани с изпълнение на решенията на Федералната лекарска камара, представителство и застъпничество на интересите на немските лекари на национално и международно ниво, консултиране на немския парламент и правителството, мониторинг на пазара на наркотици със специален фокус върху нежеланите лекарствени реакции, които се регистрират от Комисията по лекарствата, както и на дейността на Националната асоциация за задължително здравно застраховане на лекарите.

Федералната лекарска камара няма синдикален характер, но въпреки това се ангажира да преговаря за заплащането на медицинската експертиза от пенсионните фондове, за обезщетенията за медицинските експертизи и свидетелите в съда, и др.

Федералната камара преговаря също така и с Министерство на здравеопазването относно схемата за заплащане на лекарите в частния сектор.

Едно от основните задължения на Федералната лекарска камара е поддържането на високи професионални и етични стандарти в областта на медицината. Тази цел е ръководна по отношение на всички дейности във всички органи и комисии на федералната и провинциалните лекарски камари. Тя се разглежда като предпоставка за предоставяне на най-добрата медицинска услуга на обществото, както и като гаранция за независимостта на самоуправляващата се структура на лекарската професия.

Федералната лекарска камара се ангажира да подкрепя развитието и интеграцията на Европейския съюз и интензивното сътрудничество с всички международни организации и органи.⁹⁵

Според Правилникът за квалификация на лекарите (*Weiterbildungsordnung*), специализацията в Германия, като обучение за придобиване на специфични умения в определена област на медицината след завършване на основна образователна степен и получаване на разрешение за практикуването на медицина, се характеризира със следното:

- По отношение на отговорностите за специализираното обучение:
 - Федералната лекарска камара (*Bundesärztekammer* (BÄK)) разработва правила за обучение,⁹⁶ които имат препоръчителен характер и определят минималните срокове и

⁹⁵ European Financial Management Association (EFMA), National medical associations, representing both member organisations and observers, <http://legeforeningen.no/efma-who/members/national-medical-associations-representing-both-member-organisations-and-observers/bundesarztekkammer-german-medical-association/>

⁹⁶ (Muster-)Weiterbildungsordnung, <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/>

минималното съдържание, а условията на индивидуалната специализация се регламентират от лекарската камара на провинцията, в която работи съответния лекар.

- Отговорни по всички въпроси, отнасящи се до следдипломното (специалното и продължителното) медицинско обучение са лекарските камари на отделните провинции (*Landesarztekammern*).

- Обучаващият лекар е специалист в определена медицинска специалност или подспециалност, който притежава сертификат, издаден от провинциалната лекарска камара.

- Центърът за обучение е университет, институт, отделна клиника на лечебно заведение или лекарска практика, одобрени от лекарската камара на провинцията, в която се намира.

Федералната лекарска камара е неперсонифицирано сдружение,⁹⁷ а камарите на лекарите на отделните провинции са корпорации на публичното право.⁹⁸

Сертифицираният от лекарската камара и работещ в одобрен център за обучение лекар специалист притежава властовият ресурс да провежда и оценява обучението на специализанта.

Изискванията към центъра за обучение са да поддържа необходимия брой пациенти с типични за съответната специалност заболявания; да разполага с персонал и оборудване, отговарящи на развитието на медицината и на програмите за обучение и да осигурява редовни обучителни консултации.

Разрешението на центъра за обучение може изцяло или частично да бъде отнето, когато отпаднат основанията за издаване на сертификат на единствен обучаващ лекар, когато се установи, че не се изпълнява или вече не може да бъде изпълнявана програмата за обучение или когато не могат да бъдат изпълнени изискванията за осигуряване на достатъчен брой пациенти с типични заболявания, персонал, оборудване и консултации, необходими за обучението.

- По отношение статуса на специализантите (в Германия те се наричат лекари асистенти) и получаването на удостоверение за признаване на специалност:

- Приоритет е практическото приложение на медицинските познания в извънболничната, болничната и рехабилитационната грижа за пациентите.

⁹⁷ Обединяване на 2 или повече лица за извършване на съвместна дейност и постигане на обща цел. Самото дружество не е ЮЛ.

⁹⁸ ЮЛ на публичното право, на което държавата възлага със закон публичноправни функции – организиране, контрол, известна дисциплинарна власт спрямо членовете, и др.

- Обучението в определена област на медицината се провежда под формата на структуриран ред в придобиването на квалификация, като специализантът трябва да изпълни конкретна програма с определени изследвания и методи на лечение.

- По време на специализацията специализантът не държи формални изпити, а само един основен изпит след завършване на обучението. За някои специалности обаче има изисквания за допълнително обучение и курсове от системата за следдипломно обучение, които се провеждат в медицински университети, центрове и институти за следдипломно обучение и са платени.

- Предписаните минимални изисквания към съдържанието и продължителността се удължават при индивидуалното обучение в зависимост от личното разпределение на периодите за работа (майчинство, непълно работно време и т.н.) и от степента на усвояване на специалните знания и практическото им приложение.

- Обучението се провежда в одобрени обучителни институции, където лекарят асистент работи на пълно работно време (или на намалено работно време за по-дълъг период) и извършваната от него медицинска дейност се заплаща. То включва практическа дейност и теоретично обучение под надзора на оторизираните лекари и в определените случаи допълнителни курсове, които специализантът трябва успешно да приключи.

- Завършването на обучението и получаването на квалификация „лекар специалист“ по определена медицинска специалност или подспециалност се потвърждава от удостоверение за признаване, което се издава след документирано приключване и оценяване на лекаря асистент от страна на обучаващия лекар и успешно положен изпит.

- Допускането до изпита става след заявление и разрешение от лекарската камара въз основа на изпълнението на изискванията за срок и съдържание на обучението и оценката на обучаващия лекар.

- Изпитните комисии се назначават от съответната лекарска камара, но в тях могат да се включват и лекари от други провинциални камари.

3.3. Поглед от Германия

В сайта на федералната камара е публикуван кратък анализ на официалните статистически данни за 2014 г., направен от професор Франк Улрих Монтгомъри,

президент на Федералната лекарска камара и председател на лекарската камара на Хамбург:⁹⁹

През 2014 г. с 2,2 на сто е нараснал броят на регистрираните в провинциалните камари, които работят като лекари, като в края на годината те са 365 247. Това увеличение, според проф. Монтгомъри, не е достатъчно, за да се премахнат различията в предоставянето на медицинска помощ, създадени в резултат на поредица от социални развития.

Налице е смяна на приоритетите на младите лекари, които вече отдават голямо значение на постигането на баланс между работата, семейството и свободното време, на фиксираните работни часове и гъвкавите модели на работното време. В резултат все повече от тях избират да работят на непълно работно време.

Според проучванията 23 % от лекарите планират да изоставят практиката си до 2020 г. В същото време има необходимост от повече персонал, в резултат от новите възможности за лечение и поради демографските промени - броят на населението на възраст над 79 години ще се увеличава до около 13 % към 2060 г. Колкото по-възрастно е населението, толкова по-голям е интензитетът на лечението и по този начин търсенето на лекари. От всички страни в Европейския съюз Германия е с най-възрастното население, а в световен мащаб е втората страна след Япония. Прогнозира се недостиг на около 111 000 лекари до 2030 г., според консултантската компания Roland Berger.

Обществото застарява, а с него и медицинската професия. Делът на лекарите под 35-годишна възраст през 2014 г. е бил 18,3 %. За сравнение през 1993 г. 26.6 % от лекарите са били на възраст до 35 години. Освен това делът на лекарите на възраст между 40 и 49 години намалява от 26.6 % на 25.2 %, докато делът на тези, които са на възраст от 50 до 59 години от 28,3 % е нараснал до 28.5 %.

През 2014 г. 2 364 лекари са напуснали Германия. Най-популярните страни за емиграция са, както в предишни години, Швейцария (754), Австрия (285) и САЩ (131).

За известно облекчение, според професор Монтгомъри, имиграцията се предвижда. - Броят на регистрираните в Германия чуждестранни лекари се е увеличил през 2014 г. на 39 661, което представлява увеличение от 10,5 %. Най-голямо е увеличението на регистрираните лекари от европейските страни – с 2 361 и по-специално от Европейския съюз с 1 692. Общо 72,3 % от всички чуждестранни лекари са от Европа, 18,4 % от Азия, 5,7 % от Африка и 2,9 % от Америка. Най-големите групи са от Румъния (3 857), Гърция

⁹⁹ Ärzttestatistik 2014: Etwas mehr und doch zu wenig,
<http://www.bundesärztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2014/>

(3 011), Австрия (2 695) и Полша (1 936). Лекарите от чужбина имат съществен принос за поддържането на медицинската помощ в селските райони.

Част III. Сравнителен и социално-икономически анализ на предпоставките за промяна и предлаганите промени в системата на клинична специализация на лекарите

III.1. Реформа в институционалната структура на системата за придобиване на клинична специалност

1.1. Добри управленски практики за институционална структура на клиничната специализация на лекарите

И в трите изследвани системи на специализираното следдипломно обучение *управленските функции са възложени на национална независима съсловна организация на лекарите:*

В *Австрия* федералният министър на здравеопазването издава правилник за квалификацията на лекарите, но основните контролни функции по отношение на изпълнението на изискванията за специализация и регулиране на системата са възложени на Австрийската лекарска камара.

Специализираният орган на камарата – Комитетът по образование признава дипломите, периодите на обучение и издава временни разрешения за практикуване на лекарска професия от чуждестранни лекари; признава болниците, индивидуалните и групови практики съответно като образователни институции и центрове за обучение, и проверява качеството на обучение на лекарите.

Органите на камарата имат компетентността да разработят учебното съдържание за всяка медицинска специалност и след това да прилагат учебната програма в процеса на специализираното обучение. Федералното министерство на здравеопазването одобрява учебните програми по отделните медицински специалности, а специализираното обучение за придобиване на клинична специалност и обща медицина се провежда в университетски болници и акредитирани от лекарската камара учебни болници и образователни практики.

Във *Великобритания* има отделно синдикат – Британската медицинска асоциация, и Национален лекарски съвет, който е с функции на лекарска камара.

Националният съвет е независим орган, който регулира студентското медицинско образование и следдипломното обучение в Обединеното кралство и има четири основни функции: да поддържа актуални регистри на лекарите – на напълно регистрирани лекари или лекари с временна и ограничена регистрация; да насърчава добрата медицинска практика; да насърчава високите стандарти в медицинското образование и да налага

санкции на лекари. Извън обхвата на отговорностите на Националния лекарски съвет е предоставянето, организирането и отговорността за изпълнението на програмите за следдипломно обучение. Тези функции, заедно с планирането на работната сила, са в правомощията на Националната здравна служба, департаментите и местните образователни доставчици.

Департаментите и комисиите за образование и обучение имат териториален обхват и разполагат с училище за всяка медицинска дисциплина. Те са отговорни освен за оценката на стандартите по време на обучението, но и за признаване на болниците и практиките за обучение.

В *Германия* Федералната лекарска камара, която обединява 17 лекарски камари, разработва правила за обучение, които имат препоръчителен характер и определят минималните срокове и минималното съдържание, а условията на индивидуалната специализация се регламентират от лекарската камара на провинцията, в която работи съответния лекар. Тези лекарски камари са самоуправляващи се публични институции, независими от правителствата на отделните провинции и членството в тях, а оттам и във федералната камара, е задължително.

Отговорни по всички въпроси, отнасящи се до следдипломното (специализирано и продължително) медицинско обучение са лекарските камари на отделните провинции. В компетентността им е издаването на сертификат на обучаващите лекари и одобряването на центровете за обучение в тяхната провинция - университетите, институтите, отделна клиника на лечебно заведение или лекарска практика.

1.2. Национална традиция в институционалната структура на системата за клинична специализация на лекарите

В *България* в края на 19 век са създадени първите лекарски дружества, а Софийското медицинско дружество инициира и реализира идеята за тяхното обединяване, като през 1901 г. е създаден Българския лекарски съюз - втората в света професионална организация на лекарите. Със Закона за народното здраве от 1929 г. членството в БЛС става задължително за всички правоспособни лекари. Назначаването и уволняването на лекарите на държавна служба и по-нисшия санитарен персонал се извършва съответно от министъра на вътрешните работи и народното здраве и главния директор на здравната дирекция, а функциите на съсловната организация включват надзор върху частната практика чрез лекарските и дисциплинарните съвети на БЛС. Задължителното членство, т.е. преобразуването от професионален съюз в лекарска камара, още в началния етап на

формирането на самоуправляващи се лекарски структури в международен аспект, е голямо постижение за лекарското съсловие в България.

По това време броят на лекарите на държавна служба позволява изпълнителната власт да контролира тяхната правоспособност и служебно израстване, но към настоящия момент това е невъзможно, поради увеличаващият се брой практикуващи лекари, медицински специалности и медицински стандарти, и поради наложилите се съвременни здравни и осигурителни системи. Затова ***институционалната структура, при която БЛС има ограничени правомощия по отношение на клиничната специализация на лекарите, се превръща в спирачка за развитието на лекарското самоуправление и саморегулация, а оттам - задълбочаване на кадровия проблем и конкурентоспособността на националната система на здравеопазване.***

Първоначално у нас законодателството в областта на общественото здраве и социалното осигуряване, което включва и осигуряването за болест, е под благотворното влияние на социалните идеи в западните страни, където вече има създаден достатъчно опит. Благодарение на това в началото на 20 век са приети Закон за народното здраве и Закон за социалното осигуряване, които за времето си решават по възможно най-добрия начин социалните проблеми в страната.

С наложеният съветски модел на здравеопазване е прекъснато естественото развитие на здравната ни система и са обезличени постиженията на лекарското съсловие да се самоуправлява и саморегулира. В първите години обаче се запазва стремежът за просперитет на лекарската професия и през 1950 г. е създадена иновативна обучаваща институция – Институт за специализация и усъвършенстване на лекарите (ИСУЛ). Отговорността на института е провеждането на учебна и научна работа и методично ръководство на клиничната специализация на лекарите в лечебните заведения в цялата страна, като по този начин е създадена организационна и управленска структура на специализацията, извън студентското обучение и клиничния стаж по време на следването. Процесът на специализация у нас се развива успоредно със зараждането на концепцията, че придобиването на определени знания и практически умения по съответна медицинска специалност трябва да бъде под постоянното ръководство от по-опитни лекари. Защото само продължителността на професионалния стаж не е достатъчна - необходима е работа в лечебни заведения, които имат освен опитни лекари специалисти, също така и подходяща материално-техническа база за провеждане на клиничното обучение. В резултат на тази институционална структура българските

лекари специализират и придобиват практически умения и надграждат усвоените от базовото образование знания по медицина.

Със създаването на Медицинска академия и преструктурирането на ИСУЛ в една от неговите бази, условията за специализация се влошават. Това се дължи на смяната на приоритетите и отговорностите - обучаващите лекари са „научни ръководители“, защото са назначени на длъжност във висш медицински институт на академията, а в края на клиничното обучение специализантите се явяват на изпит и получават диплома за придобита специалност, издадена също от висшия медицински институт. *По този начин институционално специализацията става част от базовото медицинско образование, а не приоритет на лекарското съсловие да усъвършенства лекарската практика.* Разпределянето и на студентски групи в института уеднаквява изискванията, като резултатът не е възлагане на повече отговорности на специализантите при лечението на пациентите, а удължаване на периода, през който отношението към тях е като към стажанти от последната година на следването. Тази регламентация претърпя известни промени, главно в това, че наименованието „научен ръководител“ вече е само „ръководител“ на специализанта и, че ръководител може да бъде и лекар специалист без академична длъжност. Но обвързаността на клиничната специализация с висше медицинско училище продължава да е основен елемент от управлението на клиничната специализация, за разлика от добрите управленски практики в чужбина. *Институционалната структура, при която специализацията е част от базовото медицинско образование, има въздържащ ефект върху медицинската практика – засилват се емиграционните желания на лекарите да търсят по-добра реализация в чужбина, където още в периода на специализация започва кариерното развитие, т.е. специализантите са практикуващи лекари, макар и с ограничена правоспособност, а не обучаващи се стажанти.*

1.3. Социално-икономически предпоставки за усъвършенстване на институционалната структура на системата на клинична специализация

Основната предпоставка за *реформа в клиничната специализация* и предоставянето на качествени здравни услуги на гражданите, гарантирани от страна на лекарското съсловие, *е децентрализацията*, която се отнася до:

първо, поемането на социален ангажимент от страна на лекарския съюз да осигури адекватно на съвременните условия развитие на професионалните знания и практическите умения на лекарите в избрана от тях клинична специалност, и

второ, създаването на гъвкава система на доставчици на следдипломна образователна услуга за клинична специализация, за да се отстранят съществуващите ограничения по отношение на конкуренцията, ефективността и новаторството.

За разлика от трите разглеждани системи, управленските функции в системата на клинично обучение на лекарите не е в правомощията на съсловната организация. БЛС има правомощия само по отношение на продължаващото медицинско обучение на лекарите и в тази насока през последните години се направи много: създаден е Акредитационен съвет към БЛС със статут на висш независим орган в системата на продължаващото медицинско образование; Национални експертни специализирани лекарски бордове по специалности; правила за добра медицинска практика по отделните специалности, и др. Но остана да действа регулацията от времето на Медицинска академия, когато доминираше академичното преподаване и клиничната специализация се управляваше изцяло от медицинските институти на академията.

След преобразуването на висшите медицински институти в университети по Закона за висшето образование се запази институционалната структура, при която само университетите могат да издават дипломи за специалност, за разлика от изследваните страни, където завършването на клиничното обучение и получаването на квалификация „лекар специалист“ по определена медицинска специалност или подспециалност се потвърждава от удостоверение за признаване или сертификат, издаден от лекарската камара. Тази световна тенденция се наложи поради постоянно променящите се условия в здравеопазването и стремежа за постигне на ефективност. Затова клиничната специализация в определена област на медицината не е част от базовото медицинско образование, а е първа фаза на следдипломното обучение, защото квалификацията се провежда в медицинските екипи на лечебните заведения. Обучаващите лекари не са само академичните преподаватели, но и лекари специалисти, които работят в тези екипи. Освен това при специализацията има повече заинтересовани страни и обществени потребности, които не се изчерпват с отношенията между университетската болница и висшето медицинско училище.

Съществуващата у нас неопределеност на управленските функции по време на клиничната специализация създава конфликтни ситуации сред лекарското съсловие и очертава линията на противопоставяне на академични преподаватели срещу практикуващи лекари:

Наложилата се практика водещи специалисти от академичните среди да лобират в интерес на определена специалност и/или лечебно заведение, както и споменът от

миналото за доминиращата роля на научните кадри, създава недоверие сред съсловието, тъй като под тяхно въздействие се допълва и изменя нормативната уредба без тези промени да са обсъждани с по-широк кръг лекари. В много случаи се утвърждават необосновано завишени критерии и изисквания към лекарската професия и специализацията, акредитацията на лечебните заведения и нивата на компетентност. Публично направените предложения от представители на академичната общност да се създадат отделни лекарски камари, базирайки се на медицинските дружества по подобие на лекарската саморегулация в САЩ, засили още повече съмненията в целите и ефективността на предлаганите промени. БЛС официално подкрепи отхвърлянето на идеята за създаване на „академична“ лекарска камара извън структурата на лекарския съюз.

Към тази взаимна размяна на упреци чрез медиите се добавя липсата на професионален консенсус при изготвянето на националните учебни програми по специалности. Институцията на националните консултанти по медицински специалности, създадена в структурата на изпълнителната власт, засили още повече проблемът с разширяване властовия ресурс на университетските преподаватели върху медицинската практика и условията за клинична специализация на лекарите. Ограничените правомощия на лекарския съюз даде възможност министърът на здравеопазването с наредбата за специализациите в здравеопазването да възложи на физическите лица - национални консултанти, институционалната отговорност да изготвят националните учебни програми по специалности. Те имат само процедурното задължение да ги съгласуват с БЛС преди утвърждаването им от министъра.

Практикуващите лекари, и в болничната, и в извънболничната помощ, и не само у нас, но и в другите здравни системи, работят на динамичен график, наложен от естеството на медицинската помощ, увеличаващия се обем здравни услуги, кадровия проблем сред лекарското съсловие и разширяването на достъпа до лечебни структури. Всяка една новост в дадена медицинска област и въвеждането на здравни технологии в практиката на специалността изисква допълнителни усилия за обучение, а времето за това се отнема от и без това малкото свободно време на лекарите. Те са демотивирани и от факта, че сертификатите, които получават не се отразяват на техните доходи. От друга страна внушенията за злоупотреби със средства от здравната каса и постоянните проверки от различни институции ги правят мнителни по отношение добронамереността на „своите“, когато наблюдават и оценяват работата им. Затова всеки опит за промяна в медицинската практика и контролиране на професионалната дейност на лекарите, наложени „отгоре“ и

от позицията на „ментори“, предизвиква негативната реакция на практикуващите медици.

За съжаление има липса на доверие и към дейността на съсловната организация – лекарите смятат, че техният труд не е оценен по достойнство и не се чувстват достатъчно защитени пред финансиращите институции и пред обществото. Това е следствие най-вече от лимитираните бюджети и остойностяването на медицинските дейности по договорите с НЗОК, защото БЛС е страна по Националния рамков договор.

Друга причина за скептичните професионални нагласи е, че вече повече от четвърт век специализацията на лекарите, които са водещите ни специалисти, се дължи на индивидуалния им стремеж за усъвършенстване и специализация, най-вече в чужбина. Лекарите около 50-годишна възраст, които се оказват преобладаващата част от лекарите у нас, не свързват постигнатите успехи в кариерата с подкрепа от страна на лекарското съсловие. Младата генерация лекари също търси по-добри условия за кариерно развитие и специализация извън страната, но каква част от тях ще се върнат в България като високоспециализирани в своята професия, не може да се прецени. Всичко това е следствие от аморфността на клиничната специализация и липсата на основни елементи от управленската ѝ структура, което потвърждава водещата теза на автора, че трябва да се усъвършенства процесът на придобиване на клинична специалност.

На лекарите, които освен с лечебна дейност, се занимават с наука и преподаване, се дължи запазването и издигането на авторитета на българския лекар в условията на интернационализиране на лекарската професия. Те са професионалисти в своята област, специализирали са не само у нас, но и в чужбина, членуват в международни органи и организации, имат участия в международни изследователски програми и научни форуми, персонално ангажирани са с развитието на специалността и с осъществяването на дейности по въвеждането на международните стандарти и на международно признатите методи за качествен контрол. Между тях има изобретатели и първопроходци в световната медицина. Техният основен аргумент в задочния спор е, че лекарската саморегулация е задължително условие за предоставяне на качествени здравни услуги на населението. Но поради факта, че те самите са кадри на висшите медицински училища, обосновават постигането на тази цел с необходимостта от лекарска саморегулация единствено в системата на продължаващото следдипломно медицинско обучение и приемат за даденост университетската структура на клиничната специализация. Тяхната негативна реакция е насочена срещу премахване обвързаността на специализацията с висше медицинско училище, защото смятат, че само по този начин може да се гарантира

качество на образованието, определяйки само академичното образование за качествено. Но пропускат факта, че лекарите са получили своето медицинско образование в магистърска степен и специализацията е усъвършенстване практиката на тези лекари, а не получаването на нова образователна степен.

При предоставянето на качествени здравни услуги лечебните заведения в страната се намират в конкурентна среда помежду си и се нуждаят от кадри, които актуализират своята професионална квалификация. В тази ситуация лечебните заведения и лекарите трябва да имат право на избор на качествена образователна следдипломна услуга, специализирана и продължителна, а решението да се търси в създаване на самостоятелни институти за следдипломно медицинско обучение.

У нас вече има няколко центъра, които предлагат следдипломни образователни услуги, конкурентни не само на национално, но и на европейско равнище – между тях са медицинските университети в Плевен и Варна и частната болница „Сити клиник“ в София. За разлика от университетите, които по Закона за висшето образование могат да създават самостоятелни структури - центрове и институти за следдипломно медицинско обучение и да издават дипломи за придобита специалност, лечебните заведения, притежаващи същия финансов и кадрови ресурс, както и статут на научна организация, примерно „Сити клиник“, нямат тази възможност. Те винаги са поставени в ситуация на зависимост от даден медицински университет, който трябва да удостовери завършването на специализацията, защото у нас няма въведена система на сертификация в клиничното обучение, каквато има в продължителното следдипломно обучение. При реформирането на системата за клинична специализация институтите за следдипломно обучение, държавни и частни образователни доставчици, ще бъдат поставени при еднакви условия, а конкуренцията ще доведе до прилагане на иновативни методи и форми на обучение.

Създаването на конкурентна среда за доставчиците на следдипломна образователна услуга за клинична специализация ще „освободи напрежението“ между заинтересованите страни (изпълнителна власт, съсловна организация, висши медицински училища, лечебни заведения и специализанти) и ще стимулира напредъка и иновациите.

1.4. Държавни регулации, отнасящи се до управлението на системата на клиничната специализация на лекарите

В международния стандарт за следдипломно медицинско обучение се отбелязва, че независимо от особеностите в съдържанието и процеса на следдипломното медицинско

образование в националните системи, научната основа на медицината и стремежът да се наложи доказателствената клинична практика е универсален, а задачата на медицинското образование навсякъде е осигуряването на здравеопазване. Тази тенденция, въпреки различията, води до определена степен на еквивалентност на структурата, процесите и образователните услуги в следдипломното обучение по медицина в света. Върху принципа на децентрализация, при който държавата възлага на национална съсловна организация на лекарите публични функции по отношение професионалното развитие и експертните качества на лекарите и създава условия за иновации, са изградени системите за следдипломно обучение и в Австрия, Великобритания и Германия. Затова в усъвършенствания модел на клинична специализация са въведени няколко регулации на национално равнище.

Първата регулация е на **промяната и иновациите** в системата. В *акредитационните процедури* на висшите медицински училища, научните институти и лечебните заведения се определят критерии, отчитащи ангажираността им към въвеждането на нови методи на обучение и иновативно управление на специализираното обучение на лекарите, както и осигуряване на механизъм за внедряване на тези промени в практиката. Целта е да се гарантира постоянно подобряване на качеството на медицинското образование и включването на нови стандарти (програми) и изисквания за придобиване на специфични познания и умения, а очакваният резултат - *повишаване мотивацията на българските лекари да специализират и работят в страната* чрез създаването на възможности за обучение и кариерно развитие в почти всички специалности, по които може да се специализира и практикува в чужбина.

С втората регулация трябва да се **постигане професионален консенсус** по отношение качеството на следдипломното медицинско обучение, като изискванията са да се разработва общ проект на учебни програми по специалности от представители на медицинските училища, научните институти, медицинските дружества и съсловната организация на лекарите.

С постигането на професионален консенсус се *гарантира навременното приспособяване на медицинското образование към променящите се условия в системата на здравеопазването и към потребностите и очакванията на обществото.*

Третата регулация за **технологично обновяване на лечебните заведения**, които кандидатстват за одобрение като база за обучение или за обучаваща болница се съдържа, както и в досегашната система, в изискванията на медицинските стандарти по отделните специалности, в институционалната самооценка и външната проверка при акредитацията

на висшите училища и лечебните заведения. Държавата, общините и частните собственици инвестират в медицинско оборудване, апаратура и обзавеждане, което спомага да се създаде капацитет за по-ефективно управление на лечебните заведения и разширяване на възможностите за изпълнение на учебните програми по специалности и обучението на специализанти.

По този начин *ще се намалят различията на териториален принцип* и специализираното обучение ще се провежда при едни и същи клинични условия, с най-често наблюдаваните клинични случаи и обслужване на пациенти с типични за специалността заболявания.

III.2. Продължителност на обучението, регистрацията и получаването на сертификат за лекар специалист по клинична специалност

2.1. Добри управленски практики при организирането, координирането и сертифицирането на процеса на клинично обучение и завършването на специализацията

Практиката в европейските здравни системи е специализацията в определена област на медицината да бъде с продължителност до шест години след завършване на базово медицинско образование, в зависимост от учебните програми по отделните специалности.

Разликите са, че във Великобритания има задължително двугодишно обучение, т. нар. Базисна програма, а в Австрия от 2015 г. е въведен 9-месечен задължителен основен курс, който обаче се включва в общата продължителност на специализираното клинично обучение. В Германия няма разделяне на периода на специализация.

Базисната програма във Великобритания е система за обучение в работна среда и представлява свързващото звено между медицинското училище и специализацията. Основен процес в Програмата е Годишният преглед за напредъка на компетентността, а за успешното завършване и получаване на документ за правоспособност стажантът трябва да демонстрира професионални умения с повишаващо се ниво на отговорност.

Основният курс в Австрия включва консервативни и хирургични дисциплини, като конкретното съдържание и разпределение се определя от медицинския директор на всяка болница, съгласно учебните програми на Австрийската лекарска камара, в които няма предварително разпределение на времето за определени теми в рамките на основното обучение по специалности.

Медицинските специалности, във всички страни членки, имат нормативно определена продължителност, съдържание и изискване за работа на пълно работно време, като периодът на специализация може да бъде удължаван ако специализантът предпочита да работи на намалено работно време или да прекъсва специализацията си за известно време. Задължителното условие обаче е да бъде изпълнен целият набор от конкретната програма с определените изследвания и методи на лечение.

Болниците в Германия определят места за специализация в зависимост от диагностичните възможности на лечебното заведение, от броя на сертифицираните от лекарската камара специалисти, както и от наличието на кандидати, които след регистрация в лекарската камара са получили право на обучение по определена специалност. Ако обявяването на свободните позиции за специализанти зависи от потребностите на болницата, то оценката на кандидата зависи изцяло от обучаващото лице, което обикновено е началника на отделението или клиниката. Това, от една страна, позволява значителна гъвкавост, както при разкриването на позиции, така също и при избора на специализанти. От друга страна обаче, в много случаи обучаващото лице няма квалификацията да проведе цялата специализация, затова специализантът трябва да продължи в друга или в други болници, докато изпълни програмата и се яви на изпит за специалност. В Германия има повече от 2000 болници, 80 от тях се намират в големи градове с население над сто хиляди души, но в редки случаи, обикновено в университетските болници, може да се проведе цялата специализация. Освен това специализантът трябва да кандидатства отново, да си намери ново жилище и да започне работа – няма вариант да бъде наблюдател.

Основните правомощия на лекарските камари е воденето на публични регистри на лекарите специализанти и управление на индивидуалните специализации чрез териториалните си структури.

През първата година лекарите във Великобритания имат частична регистрация в Националния лекарски съвет, а след завършване на първата година от Програмата правят заявление за пълна регистрация.

Департаментите и комисиите за образование и обучение във Великобритания имат създадени комисии за обучение по специалности, които също, като в Базисната програма, провеждат Годишен преглед за напредъка на компетентността. В края на специализацията се издава Сертификат за завършен курс на обучение, в резултат на задоволителна оценка на обучението и напредъка, т.е. текущо оценяване.

В другите две системи специализацията завършва с полагането на задължителен изпит. В Австрия организирането и провеждането на изпитите е отговорност на Австрийската лекарска академия в лекарската камара, а в Германия – на лекарските камари на отделните провинции.

По време на самата специализация в Германия специализантът не държи формални изпити, а основните задължителни теоретични курсове, с продължителност 2-3 седмици, обичайно се заплащат от болницата. Завършването на обучението и получаването на квалификация „лекар специалист“ по определена медицинска специалност или подспециалност се потвърждава от удостоверение за признаване, което се издава след документирано приключване и оценяване на лекаря асистент (специализанта) от страна на обучаващия лекар и успешно положен изпит. Допускането до изпита става след заявление и разрешение от лекарската камара въз основа на изпълнението на изискванията за срок и съдържание на обучението и оценката на обучаващия лекар. Изпитните комисии се назначават от съответната лекарска камара, но в тях могат да се включват и лекари от други местни камари. Няма и изискване за включване в състава на изпитните комисии на лица с академично звание или на преподавателска длъжност.

2.2. Националната традиция в организирането, продължителността и завършването на клиничната специализация

С утвърдените на 01.02.1879 г. Временни правила за устройството на медицинското управление в България е създаден Медицински съвет, който издава позволителните за практикуване на медицина и фармация. И след преименуването във Върховен медицински съвет се запазват правомощията на съвета да признава правоспособност на лекарите, а от 1929 г. Висшият медицински съвет, освен че дава мнение за разрешаване или лишаване от право на упражняване на медицина, се произнася и за незаконното й практикуване.

При приемането на държавния бюджет за 1901 г. народните представители обсъждат заплатите на ординаторите да бъдат по-малки, но броят им да се увеличи, за да може младите лекари да преминат на стаж през болниците за 2 – 3 години. Мнението е, че връщайки се от обучение в Европа, лекарите отиват направо да лекуват населението, поради което срещат затруднения в практиката си.

Необходимостта от професионална подготовка на лекарите нараства, затова няколко години по-късно, по решение на Върховния медицински съвет, започва командироването

на лекари в чужбина, а през 1907 г. е приет и правилник за специализация на български лекари в чужбина.

Отговорността на държавата за квалификацията на българските лекари, след като вече е създаден и медицински факултет към Софийския университет „Св. Климент Охридски“, е нормативно регулирана със Закона за народното здраве от 1929 г. Изискването за частнопрактикуващите лекари е едногодишен стаж в университетските клиники или в общите първостепенни държавни болници, за да могат да получат правото да извършват медицински изследвания и да издават валидни пред всички ведомства медицински свидетелства. За професионалното израстване на лекарите на държавна служба има допълнителни изисквания за специализация и минимален брой години стаж или частна практика.

През 1957 г. е издаден Правилник за специализация на лекарите и усъвършенстване на висшите медицински кадри, с който в ИСУЛ, едновременно с въвеждането на изисквания за контролирано обучение по време на специализацията в западните системи, се изработват програми за специализация по отделните специалности. Те се утвърждават от ректора на института и от министъра на народното здраве и социалните грижи. Специализиращите лекари работят на трудов договор в лечебните заведения в страната и провеждат модулно обучение в института. Въведена е и клинична ординатура – по време на специализацията лекарите получават възнаграждение от министерството и работят постоянно в института.

В периода на „исулската“ организация на клиничната специализация институтът издава свидетелство за специалност въз основа на оценка на изпитна комисия. Специализантите се явяват на изпит, след като получат положително становище от ръководителя за извършваната лечебна дейност и прилагането в практиката на възприетите нови средства и методи на лечение, и взаимоотношения с пациентите.

От 1974 г. следдипломната квалификация на лекарите се провежда на два етапа: ранна специализация (интернатура) и специализация на работно място (ординатура). Формите на следдипломна квалификация са: очни, задочни и комбинирани; с пълно или с частично откъсване или без откъсване от работа; колективни (курсове и школи) или индивидуални, и др.

След назначаването на новозавършилия лекар, на определеното му от разпределителната комисия работно място, той се разпределя в задължителна интернатура за срок от една година в отделение на окръжна или специализирана болница, диспансер или окръжно ХЕИ. Това е период, през който се изпълнява утвърдена

учебна програма и се оценяват способностите и придобития опит в съответната медицинска специалност.

Лекарите, успешно завършили интернатура, се зачисляват в ординатура на работното място след успешен изпит за специализация. Обучаваните висши медицински кадри получават пълния размер на основната си заплата, увеличенията към нея и всички допълнителни възнаграждения.

Наредбите от 1994 г., 1995 г. и от 2001 г. с известни различия определят реда и условията за специализация на работното място в държавно или частно лечебно заведение, определено като база за специализация, в лечебно или здравно заведение, което не е определено за база за следдипломно обучение, специализация за лица, които не работят в лечебно или здравно заведение, както и за специализация (клинична ординатура) във висшите медицински институти (училища).

2.3. Социално-икономически предпоставки за усъвършенстване процеса на клинична специализация на лекарите

В края на 2005 г., във връзка със синхронизиране на българското законодателство с европейското, е спрян приемът на специализанти, а нова наредба, регламентираща процеса на придобиване на специалност в системата на здравеопазването, е приета едва през декември 2006 г. Реално обаче първият прием на специализанти по тази наредба е проведен през 2008 г., поради дългата процедура за определяне на броя на местата за специализация. Така към *двугодишния нулев прием* се прибавиха и четири или пет години специализация на първия випуск, т.е. периодът, през който нямаше дипломирани лекари специалисти реално е около седем години.

Неефективността на системата за придобиване на специалност по Наредба № 34/2006 се дължи, освен на нулевия прием, и на погрешния прочит на европейската директива за признаване на професионалната квалификация на лекарите. Условието в нея е достъпът в държавите-членки до професията лекар да бъде обвързано с притежаване на определена професионална квалификация, гарантираща, че лицето е преминало обучение, което отговаря на хармонизираните на европейско равнище минимални изисквания, но не е задължително тази квалификация да е придобита единствено чрез редовно обучение в университетска болница или в ограничен брой други лечебни заведения. За съжаление по време на действието на Наредба № 34/2006 *достъпът до специализация беше затруднен* именно защото регламентираше приеман изпит за определен брой места във висшите медицински училища и само редовна форма на

обучение. Изключение за специализация без откъсване от работното място имаше за някои неклинични специалности и за работещите в центровете за спешна медицинска помощ, спешните отделения на болниците и в центрове по трансфузионна хематология. За разлика от страни като Германия, където специализацията започва успоредно с работата по трудово правоотношение.

С издадената от министъра на здравеопазването Наредба № 1/2015 за придобиване на специалност в системата на здравеопазването се отстраняват част от несъвършенствата на предходната – младите лекари да се явяват на приеман изпит само за места, определени от министъра на здравеопазването и допускането на специализация без трудов договор. Но едновременно с отстраняването на неприемливите за специализантите условия държавата престана да финансира възнагражденията на специализантите по държавна поръчка и прехвърли цялата финансова тежест на лечебните заведения. С наредбата се запази също така централизираният модел на специализация и водещата роля на висшите медицински училища в управлението на процеса на придобиване на клинична специалност.

Съгласно Закона за здравето министърът на здравеопазването е отговорен за провеждането на клиничната специализация на лекарите. От своя страна министърът, чрез издадената от него наредба и с договорите за финансиране на теоретичното обучение, прехвърля на медицинските университети и факултети изброените по-горе правомощия.

У нас медицинските училища поемат несвойствената функция да организират учебния процес за придобиване на клинична специалност за сметка на лечебните заведения. Тази функция е несвойствена за тях, защото институционалната им отговорност изключва действия по осигуряване на необходимия брой практикуващи лекари, ефективното управление на клиничната практика и професионалната реализация на лекарите в националната здравна система. Висшите медицински училища са компетентни по отношение на университетското образование, но не и по отношение работата на медицинските екипи в болниците, където в клинична среда, под надзора на лекари специалисти, се обучават специализантите.

След получените от министъра на здравеопазването правомощия медицинските училища сключат договори с университетски и други болници, получили положителна акредитационна оценка за възможностите за обучение на студенти и специализанти. Заложените критерии в програмата за оценка на възможностите за обучение обаче са предвидени за университетска болница и много от по-малки болници не ги покриват. По

този начин специализацията продължава да е съсредоточена в по-големите градове и специализантите не могат да се включат в работата на изпитващите постоянен недостиг на кадри общински болници. Освен това, поради липса на нормативно определени срокове, има необосновано забавяне на решението на Акредитационния съвет по модула за възможностите за обучение на специализанти. Това е причината новосъздадени лечебни структури да отлагат приема на специализанти, въпреки желанието на болницата и кандидатите за обучение.

Базите за обучение са длъжни да изпратят необходимите данни за регистрация на специализанта в съответното висше медицинско училище, откъдето те се препращат в министерството за включване в регистъра на специализантите. Министерството на здравеопазването връща регистрационния номер, а администрацията на медицинските университети и факултети го изпраща в болницата, в която специализантът провежда практическото обучение.

Този нецелесъобразен процес се повтаря и по отношение на заявленията за явяване на държавен изпит и при включване в регистъра на специалистите.

В изследваните здравни системи, както беше отбелязано по-горе, лекарските камари регистрират специализантите и специалистите и провеждането на специализираното и продължителното обучение. Младите лекари/асистентите са отговорни за своята специализация, поради което липсва посредник (медицинско училище или лечебно заведение) между тях и лекарската камара, в която поддържат своята регистрация. От много години, не само в Германия, процесът на регистрация се осъществява по електронен път. За разлика от България, където има натрупване на бюрокрация и увеличаване на административните разходи както в лечебните заведения, така също в медицинските училища и министерството, а това неминуемо води и до увеличаване броя на грешките.

За да бъде намалена административната тежест, в усъвършенстваната система на клинична специализация на лекарите се въвежда съкратена процедура по прием и регистрация на специализантите – електронна регистрация между лекарския съюз и съответното лечебно заведение. Очакваният резултат е намаляване на разходите и на процента грешки при отразяване на промените в регистъра, отнасящи се най-често за случаите, при които специализацията се спира или прекратява, когато част от практическото обучение е проведено в друго лечебно обучение (което директно трябва да отразява в Българския лекарски съюз периода на обучение) или преместването в друга база за обучение, и др.

2.4. Държавна регулация, отнасяща се до качеството на обучението и получаването на сертификат за клинична специалност

Усъвършенстването на системата има за основна цел подобряване качеството на клиничното обучение, а оттам и на предоставяните здравни услуги на гражданите. Затова отговорностите в процеса на обучение се разпределят и възлагат по следния начин:

- *институционална отговорност* на базата за обучение да организира, координира, провежда, контролира, и най-важното, да документира изпълнението на индивидуалния учебен план и да сертифицира овладените от специализанта умения и компетентности,
- *съсловна отговорност* на обучаващия лекар, въз основа на личното взаимодействие и наблюдение на напредъка в обучението, да възлага и контролира изпълнението на медицинската дейност от специализанта,
- *професионална отговорност* на младшия лекар да не превишава своята компетентност като осъществява само тази медицинска дейност, за която обучаващият лекар е преценил, че може да изпълни професионално и която е документирана (сертифицирана).

Една от основните промени е в статута на ръководителя на специализанта – неговата отговорност се персонализира и става водещ елемент в структурата на лекарското самоуправление и саморегулация. БЛС издава сертификат на обучаващия лекар, а той е този, който оценява специализанта през целия процес на обучение. Тук, съвсем естествено, ще бъде поставен въпросът за допълнително заплащане на труда на обучаващия лекар, но това, заедно с начина на реструктуриране на лекарска камара, е извън обхвата на настоящата докторантура.

Понеже системата се децентрализира, държавата въвежда регулация, чрез която продължава да изпълнява своята отговорност за осигуряване на квалифицирани лекари специалисти. Четвъртата регулация за **национална оценка** на придобитите индивидуални компетенции се осъществява чрез въвеждане на единен държавен изпит за придобиване на специалност. На БЛС се възлага преценката за допустимост до единен държавен изпит и изготвянето на предложение за състав на изпитните комисии по специалности, а министърът на здравеопазването утвърждава съставът на изпитните комисии.

С тази регулация *ще се уеднаквят критериите по отношение компетенциите, които трябва да бъдат постигнати от специализантите в резултат на изпълнените учебни програми* и предоставяне на правоспособност на лекаря в определена област на

медицината въз основа на придобитите специфични знания, умения, нагласи и поведение.

III.3. Правоспособност на лекарите специализанти по време на обучението за придобиване на клинична специалност

3.1. Добри управленски практики в регламентиране статуса на лекаря по време на специализацията

В *Австрия* чуждите граждани след регистрация могат да придобият правоспособност за практикуване на медицина по време на специализираното обучение, но затова лицето трябва да притежава диплома по основна медицинска степен от Европейския съюз и тази диплома да дава право на самостоятелно практикуване на медицина в държавата членка, която я е издала.

Извън тази хипотеза, чуждите граждани, които специализират в страната, както всички лекари, завършили основно медицинско образование в австрийски медицински университет, нямат право на самостоятелна практика и могат да започнат работа само в болница.

По време на обучението специализантите имат право да извършват всички дейности, които са извършвали в годината за клинична практика – 11-и и 12-и семестър от университетското медицинско образование, както и през 9-те месеца основен курс. В периода на специализацията лекарите, чрез регулирано придобиване и доказване на необходимите професионални знания, опит и умения, извършват и по-сложни медицински дейности в условията на намаляващ надзор от страна на клиничния ръководител. Те обаче нямат право да работят по време на нощни, почивни и празнични дежурства без едновременно с тях да работят лекари специалисти.

Във *Великобритания*, след завършване на бакалавърските медицински учебни програми, дейността на стажантите в Базисната програма е подходящо контролирана и с възможности за бърз достъп до консултация на работното място от клиничен ръководител. Учебните планове на Програмата подкрепят медиците в първите две години на професионално развитие чрез стажове в различни болници по базисни за медицината специалности – вътрешни болести, хирургия, педиатрия, спешна медицина и др.

През първата година стажант-лекарите трябва да докажат, че могат да прилагат придобитите знания от следването и да се грижат за пациентите, както и че са

компетентни в редица области, включително в извършването на манипулации, в провеждането на консултации, в осигуряването безопасността на пациентите и работата в екип. Те трябва също така да развиват и демонстрират редица основни междуличностни и клинични умения за лечение на остри и хронични заболявания, независимо от специалността, която ще изберат.

През втората година в Програмата стажантите имат повече отговорности - право да вземат самостоятелни решения, да участват в лечението на пациента и да обучават медицински сестри и студенти по медицина. Втората година е по-специализирана и се включват стажове само в няколко медицински направления, в зависимост от желанията за бъдеща специализация.

В *Германия* има задължително условие за започване на работа като лекар – издаването на разрешение за работа, което се нарича апробация. За издаването на разрешение за работа институциите в съответната провинция изискват удостоверение, че работодател в тяхната провинция ще наеме лицето.

Обучението в определена област на медицината се провежда под формата на структуриран ред в придобиването на квалификация, като специализантът трябва да изпълни конкретна програма с определени изследвания и методи на лечение. Приоритет е практическото приложение на медицинските познания в извънболничната, болничната и рехабилитационната грижа за пациентите.

Лекарят асистент работи на пълно работно време (или на намалено работно време за по-дълъг период) и извършваната от него медицинска дейност се заплаща. То включва практическа дейност и теоретично обучение под надзора на оторизираните лекари и в определените случаи допълнителни курсове, които специализантът трябва успешно да приключи.

3.2. Националната традиция в регламентиране правоспособността на лекарите специализанти

Проблемът с недостига и неравномерното териториално разпределение на лекарите съществува постоянно. Политическите решения той да бъде решен чрез задължителни административни мерки също се повтарят – веднъж през 1935 г. с издаване на Наредба-закон за задължителна служба и частна практика на лекарите в селата, и втори път - през 1954 г. с издаване на Наредба за планиране, разпределяне и настаняване на работа младите специалисти, завършили висше образование у нас и в чужбина. Две години след издаването наредбата-закон е отменена, защото лекарите, тогава предимно мъже, е

трябвало да отбиват военна служба през периода, когато са подлежали и на задължителна работа в селата. Разпределението на лекарите по втората наредба отпада чак през 1994 г.

През 30-те и 40-те години на миналия век като причини за многото незаети места в селските участъци се изтъкват малките заплати и неуреденото служебно положение на участъковите лекари – работа при лоши битови и санитарни условия, без транспортна и съобщителна връзка, и без намаление на срока на военната служба. Независимо от това, че нямат осигурени подходящи условия за работа, мнението е, че участъковите лекари трябва да бъдат измежду най-подготвените, защото не могат да разчитат на професионална помощ от свой колега и трябва сами да се справят при много трудни случаи в своята лечебна практика. Затова предложението е ценза на участъковия лекар да бъде разширен с тримесечен курс: един месец – даване помощ на родилки, един месец – малка хирургия, фрактури и луксации и един месец – хигиена и администрация.

През същия период не е решен и въпросът с положението на доброволните лекари (т.е. специализантите) в университетските клиники. В някои клиники на тях не се възлага никаква работа, освен това времето, прекарано в специализация в университетска клиника не се признава като прослужено време. За приравнена към службата на младши лекар обаче се признава работата на доброволните асистенти.

Основната форма на специализация в следващия етап е специализацията на щатно ординаторско място, което означава възлагане на трудова функция на лекарите да извършват медицинска дейност след завършването на медицина. Специализирането и усъвършенстването на медицинските възможности след това се осъществява с посещение на провежданите в звената на ИСУЛ колективни и индивидуални курсове. Клиничната ординатура също се утвърждава като форма за качествена подготовка. Ординаторите, които през 1960 г. са 78, поемат значителна част от лечебната дейност на института, което позволява хабилитираните кадри да отделят повече време за научна работа, те също да осъществяват многостранна допълнителна специализация в чужбина, да внедряват нови методи и да се ангажират с голям обем учебна дейност, създавайки в профилираните катедри и клиники школи за подготовка на лекари. Мотивирани са, както обучаваните, така също и обучаващите лекари в института, защото взаимоотношенията им са като между колеги, а не отношения между преподавател и студент.

До 1994 г., когато е отменена наредбата от 1974 г., новозавършилия лекар, след назначаването му на определеното от разпределителната комисия работно място, се разпределя в задължителна интернатура (ранна специализация) за срок от една година в отделение на окръжна или специализирана болница, диспансер или окръжно ХЕИ. Това

е период, през който се изпълнява утвърдена учебна програма и се оценяват способностите и придобития опит в съответната медицинска специалност.

Лекарите, успешно завършили интернатура, се зачисляват в ординатура на работното място, на което са разпределени. Тези лекари, които не кандидатстват или не положат успешен изпит за специализация по дадена специалност, продължават да работят като ординатори без специалност. Все още между по-възрастните лекари има такива, които никога не са кандидатствали и нямат придобита специалност. След въвеждане на здравното осигуряване те, независимо от възрастта и опита си, са в еднакво положение със специализантите. Поради факта, че специализантите са назначени на ординаторска длъжност и извършват медицинска дейност, съгласно длъжностната си характеристика, получават пълния размер на основната си заплата, увеличенията към нея и всички допълнителни възнаграждения.

След 1994 г. специализацията на работното място продължава да е основна форма на специализация до издаването на Наредба № 34/2006 г., която изведе българският специализант от медицинската практика и го върна в образователната система и то само в редовна форма на обучение в базова болница, без трудов договор и без каквато и да е правоспособност до получаването на диплома за придобита специалност.

3.3. Социално-икономическите предпоставки за промяна статуса на лекарите в периода на клиничната специализация

Задължителното разпределение беше дискриминационно, но то разшири значително достъпът на населението до медицинска помощ. От средата на 50-те години започна да се променя съотношението между мъжете и жените лекари, като комисиите обикновено разпределяха жените в районните болници, а мъжете в селските здравни служби.

Лекарите в селата, макар и много млади и без медицинска специалност!, за кратко време се превръщаха в най-тачените, защото отговаряха на нуждите на населението – мереха кръвно, преслушваха гърдите и сърцето, изписваха хапчета при настинка, преглеждаха децата и бременните, промиваха рани, когато някой на къра или от волската каруца се нарани, и др. Винаги се намираше някоя жена да омеси баница за „Доктора“ или някой да го покани на семейната трапеза. Ако заболяването беше по-сериозно насочваше пациента към районната болница. Дори когато в смъртния акт записваше като причина за смъртта просто „дамла“, близките се успокояваха и приемаха, че и докторът не е могъл да помогне. В селските здравни служби имаше и фелдшери, като някои от тях

работеха самостоятелно, ако нямаше разпределен лекар. Дейността им в голямата си част покриваше дейността на участъковите лекари.

Рязката промяна в удовлетвореността на пациента настъпи, след като въведеният модел на здравно осигуряване лиши от правоспособност лекарите без специалност и фелдшерите и те се оказаха заплаха за неговата безопасност. Обучението по специалността „фелдшер“ бе прекратено, а професионалната реализация на вече завършилите се ограничи само до звената за спешна медицинска помощ.

Когато се стигна до прозрението, че е по-добре да има ограничени здравни услуги за населението, отколкото да няма никаква медицинска помощ, министърът, по настояване на Сдружението на фелдшерите в България, предприе законодателна инициатива и в списъка на регулираните професии беше включена тази на лекарския асистент (бившите фелдшери), които се обучават в бакалавърска степен. По този начин, според сдружението, ще бъде покрит дефицитът от медицински кадри в спешните центрове и малките населени места.

Тези мерки, според автора, не са изчерпателни, защото в националната система на здравеопазване може ефективно да се използва квалификацията на лекарите магистри, които специализират, като им се предостави частична правоспособност по време на специализацията.

Лекарите, разпределяни в болниците, също участваха в лечебната дейност, спазвайки изискването да не се превишава компетентността и да се изпълняват нарежданията на по-опитните лекари - завеждащият клиниката или отделението разпределя работата в дневните смени в зависимост от професионалния стаж и опит, а за дежурствата през нощта и в празнични и почивни дни се осигурява специалист на разположение. Това даваше възможност лекарите без специалност на ординаторска длъжност да се включват в графика на персонала за осигуряване на непрекъсната медицинска помощ.

С въвеждането на здравното осигуряване у нас законодателят възприе, че само лекарите с придобита специалност могат да оказват медицинска помощ и услуги на задължително здравно осигурените лица. При тази нормативна уредба всеки един час от денонощието в болничния сектор трябва да бъде покрит от лекар специалист на територията на лечебното заведение. Презумпцията е, че на задължително здравноосигурените лица ще бъде гарантирано по-високо качество на предоставяната здравна услуга ако бъдат лекувани от лекари със специалност. В действителност обаче този императив, освен че лишава специализантите от защита по отношение на предоставяната от тях работна сила, ограничава работодателите при вземане на

управленски решения относно организацията на работните графици и осигуряването на непрекъснат достъп до медицинска помощ, както и невъзможността да бъде осъществяван контрол върху дейността на специализантите, след като тази дейност не се документира. При тези обстоятелства натискът върху работното време на лекарите със специалност нараства и те са принудени да работят много повече часове, отколкото е допустимо и вероятността за лекарска грешка в следствие на преумора значително се увеличава.

Работодателите в здравеопазването трябва да имат право сами да разпределят наличните човешки ресурси и да възлагат дежурство и на лекари без специалност в периодите, когато не се изисква изпълнение на професионалните задължения от по-висока компетентност по медицински стандарт. От тази възможност работодателите се възползват при условие, че:

първо, са в трудово правоотношение с лекари специализанти на ординаторска длъжност, преминали успешно колоквиум за полагане на самостоятелно дежурство, включващ усвояване на медицински дейности при наблюдение и/или оказване на спешна помощ на пациент, и

второ, са осигурили лекар специалист на разположение, който при необходимост и след повикване в кратък срок може да се яви на работното си място за изпълнение на медицинска дейност, която не е в компетентността на лекаря без специалност.

Тук ще има хора, които ще възразят и ще кажат, че това се прави и сега в болниците, и ще бъдат прави. Особеностите на медицинската помощ, грижите за пациента и стремежа за ефективност в дейността на болницата са причините, които карат специализанти и работодатели да уреждат, но не формално, взаимоотношенията си по начин, който позволява специализантите да извършват медицинска дейност и да дежурят без специалист на територията на болницата, а само такъв на разположение.

В общностното право няма изискване към доставчиците на здравни услуги при трансгранично здравно обслужване да осигуряват извършване на медицинска дейност и услуги само от лекари със специалност, а отговорността на всяка държава-членка да предоставя на гражданите на своята територия безопасно, висококачествено, ефективно и достатъчно от гледна точка на количеството здравно обслужване може да се гарантира чрез оптимизиране на работните графици на медицинските специалисти.

Възможността в здравеопазването законосъобразно да работят лекари с различна степен на компетентност, се прилага в Националната здравна служба на Обединеното кралство чрез системата за Модернизиране на медицинските кариери. Още от втората

година на Базисната програма лекарите се сертифицират за извършване на определени медицински дейности, като лекарят може да прецени никога да не получи специалност, а през целия период на активна професионална дейност да извършва административни или други определени медицински дейности по специалността. По този начин специалистите и консултантите, които извършват медицинска дейност от по-високите нива на компетентност, се освобождават от натоварващи работния им график задължения, като оформянето на медицинската документация, извършването на рутинни изследвания, и др.

Липсата на правна регламентация на правоспособността на лекарите по време на специализацията увеличи дистанцията между ръководителя и специализанта, а резултатът от метода на обучение, при който специализантът „краде занаят“ е напускането на страната и търсене на по-добри условия за специализация в чужбина. В терапевтичните специалности може би проблемът не е толкова ясно изразен, защото обучаващият по-лесно споделя занаята си със специализанта и е възможно още след първия месец да му възлага самостоятелна дейност.

Не така стоят нещата в специалностите с хирургична насоченост. Когато д-р Джеръм Групман, в своята книга „Как мислят лекарите“, говори за „аутистично“ поведение на хирурзите, най-вероятно има предвид спешните хирурзи. При спешен случай наистина съществува дистанция, защото пациентът може да не е в състояние да комуникира и да не е придружаван от никого, а спешният хирург за много кратко време трябва да вземе решение. Навременността на едно токова решение спасява човешки животи и освен, че е изключително отговорно, е свързано с много странични обстоятелства - шефът на хирургичния екип се съсредоточава върху това дали е необходим втори екип от лекари на разположение, ще се наложи ли да бъде търсен лекар консултант от друга специалност, какво ще открие при отварянето на пациента, какво трябва да направи след това и др. В такава динамична обстановка може би последната мисъл на хирурга е за неговия специализант.

В плановата хирургия е различно - пациентът търси директен контакт с хирурга, за когото има информация, че може да направи операцията по най-добрия начин, осъществява се близък контакт между тях, а освен това в последните години пациентът може да избере и плати за услугата „избор на лекар/екип“. При това положение избраният хирург, не може да впише в оперативния протокол специализанта като водещ оператор, първо, защото здравната каса няма да приеме такова изпълнение, и второ, защото той е избран от пациента лично да направи операцията. В тези условия

специализантите по хирургия не могат да извършват хирургична дейност и реалната им специализация започва след получаването на специалност и възлагането в рамките на медицинския екип на оперативни интервенции с нарастваща степен на отговорност. Затова и коментарите на водещи медицински специалисти са, че за България не е подходящо връщането към специализация на два етапа, както и взаимстване практиката на Австрия, където е въведен 9-месечен основен курс преди специализацията. Преобладава мнението, че специализантите трябва в много кратък срок след завършването на медицина да се включат в практиката на националната здравна система, като лекари с частична правоспособност. По този начин ще се намали отложеното кариерно развитие на лекарите в сравнение с кариерното развитие на завършилите бакалавърска и магистърска образователно-квалификационна степен на немедицинска специалност.

Съществени са различията със специализацията по хирургия в Германия, където много млади лекари избират да специализират хирургия. По техните думи безспорно финансовият момент е един от факторите, които са повлияли на решението им да специализират в чужбина, но водещата причина са условията в България, където четири или пет години може да нямаш собствени операции, но да получиш диплома за специалист по хирургия.

За тази ситуация в хирургичната специализация има и обективни причини, защото операции могат да се извършват само при определени условия и изисквания, заложен в медицинския стандарт: наличие на хирургично отделение/клиника с обособена операционна зона (зали, блок) и обем на хирургичната дейност, извършвана в съответствие с техния общопрофилен или профилиран (тясно специализиран) характер; броя, специализацията и компетентността на лекарите-хирурзи, работещи на щат в звеното; възможностите на болницата за пред-, интра- и следоперативни диагностични изследвания; оборудване на хирургичното отделение/клиника и на операционните зали; възможности за интердисциплинарни консултации, включително профилирани хирургични консултации и формиране на смесени хирургични екипи. Тези фактори трябва да определят обема и сложността на оказваната хирургическа помощ на пет нива в здравната мрежа: извънболнична хирургическа помощ в амбулатория за индивидуална и групов практика за първична медицинска помощ; специализирана извънболнична хирургическа помощ в амбулатория за индивидуална и групов практика за специализирана медицинска помощ, медицински, стоматологичен, медико-стоматологичен и диагностично-консултативен център; болнична хирургическа помощ

в болница за активно лечение (бивша районна); болнична хирургическа помощ в многопрофилна болница за активно лечение (областна, бивша окръжна); общопрофилна и профилирана (тясноспециализирана) болнична помощ в хирургични клиники на многопрофилна болница за активно лечение (с ранг на университетска болница и национален център).

С предлаганите промени ще се гарантира в по-голяма степен *безопасността на предоставяните здравни услуги, независимо от местоположението на лечебното заведение чрез разпределяне на отговорностите и ресурсите в процеса на клинична специализация*, а това от друга страна ще *стимулира заетостта и създаването на работни места за лекари специализанти и задържането им на работа след придобиване на клинична специалност в лечебни заведения, осъществяващи дейност в непривлекателни райони на страната*.

III.4. Финансови аспекти в процеса на клинична специализация на лекарите

И в трите системи лекарите специализанти/стажанти/асистенти получават възнаграждение в зависимост от извършената от тях медицинска дейност. По време на специализацията лекарите във Великобритания могат да получават сертификат за определена здравна услуга, която да практикуват самостоятелно, а броят на получените сертификати определя и размера на възнаграждението. Следдипломното обучение на специализантите се финансира по тарифна система, създадена, за да осигури прозрачен механизъм за финансиране на разходите за заплати, надбавките за отпуск за обучение, за проучвания и други разходи, свързани с обучението. Местните комисии за образование и обучение (LETBs) предоставят еднократно плащане към местните образователни доставчици (LEPs) за покриване на преките разходи за предоставяне на образование и обучение за всеки специализант в продължение на една година. Местен образователен доставчик е болница или практика, доставящи следдипломно медицинско обучение, т.е. работодател на специализанта.

Първият компонент на тарифата е частично финансиране на разходите за заплати – финансират се 50% от основните разходи за заплати, включително осигуровките, а останалата част се финансира съгласно Закона за заетостта.

Вторият компонент на тарифата е таксата за осигуряване на процеса на обучение, в зависимост от броя и потребности на специализантите – таксата, умножена по фактора на пазарните сили. Факторът на пазарните сили е оценка на неизбежната разлика в цената

между доставчиците на здравни услуги, на базата на тяхното географско местоположение. Използва се за регулиране разпределението на ресурсите в Националната здравна служба пропорционално на тези различия в разходите, така че пациентите да не са нито облагодетелствани, нито в неизгодно положение от относителното ниво на неизбежните разходи в различните части на страната.

В *Австрия* и *Германия* има специални програми за финансиране на специализацията на общопрактикуващите лекари.

В Германия има повече от 2000 болници, 80 от тях се намират в големи градове с население над сто хиляди души. Много от специалистите предпочитат да работят в голям град, а специализантите да специализират в голяма болница, тъй като в тях е възможно провеждането на всички модули и курсове по дадена специализация. Този интерес за специализация позволява болниците в тези градове да избират измежду повече кандидати. Малките, по техните стандарти, болници имат ограничени пълномощия за провеждане на специализацията и по-малък брой специалности, по които може да се провежда обучението, но условията за специализация са сравними с условията в наша университетска болница. Начинаещите лекари са мотивирани да избират по-малка болница, защото в тях те са по-добре приети и получават необходимото внимание, докато в големите болници възможностите за активна работа, участие в операции, извършване на манипулации и т.н. са по-малко, поради натовареността на обучаващите лекари.

В *България*, тези абсолвенти, които са решили да останат, също предпочитат големите университетски градове. Поради този факт, стремежът за постигане на ефективна национална система трябва да е насочен към промени не само в структурата и правната регламентация, но и към поемането на финансов ангажимент от всички заинтересовани страни в процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите.

В миналото БЛС е настоявал пред здравните власти да се подобрят санитарните условия в лекарските участъци, а заради обективните трудности – отдалеченост, липса на пътища, телефони, културни развлечения, предлага преференции за участъковите лекари, отнасящи се до освобождаване или намаляване на военната служба, осигуряването на по-добро жилище и за по-висока заплата, за да може лекарят на село да покрива своите нужди, включително и културните такива, като веднъж или два пъти в месеца ходи до големия град.

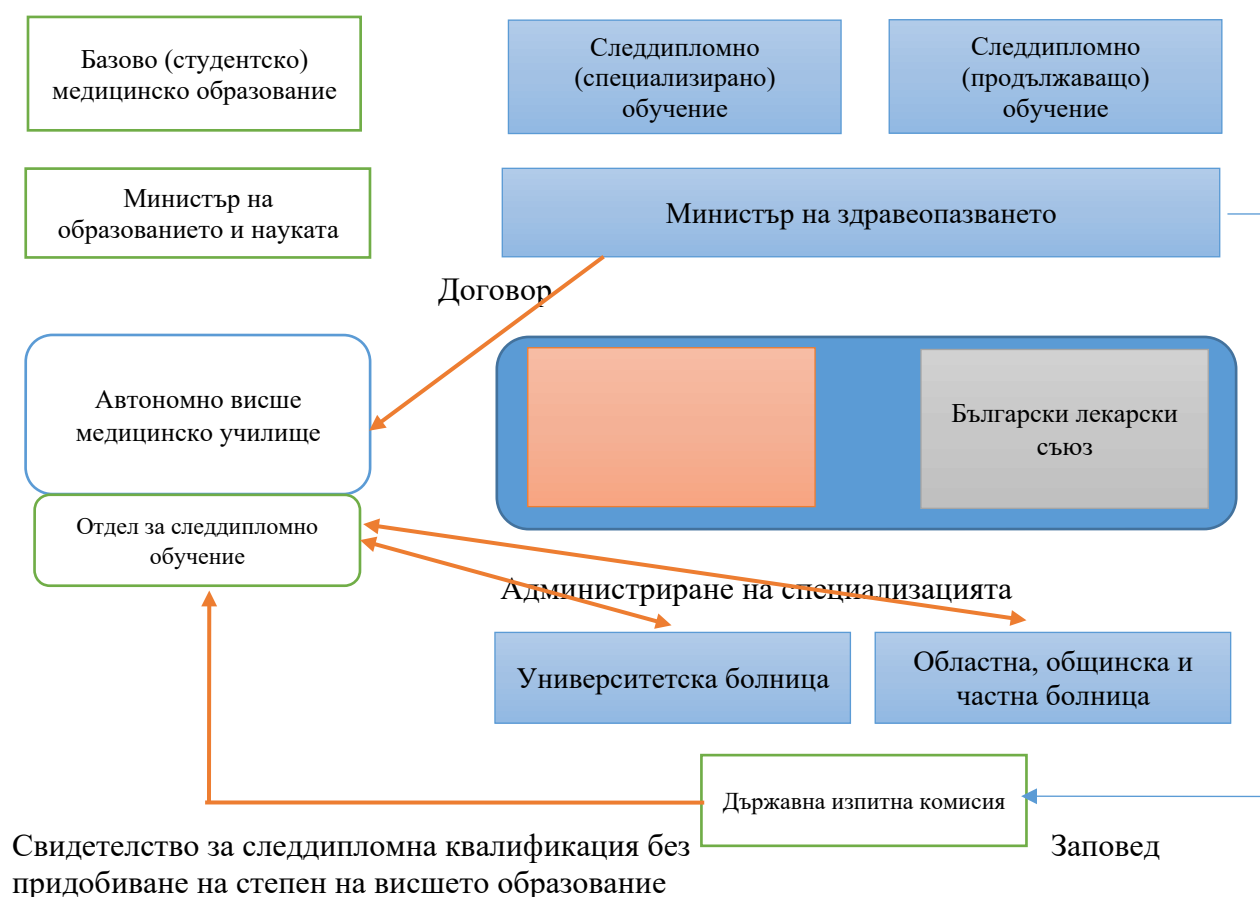
Сега реалностите са други, но исканията са сходни – мотивиране на младите лекари да специализират в страната, да избират специализация и работа не само в големите, но и в общинските болници, да се увеличат лекарските възнаграждения, и др.

Глава четвърта – Формулиране на причините са съществуващите проблеми и възможностите за подобряване ефективността на националната система на клинична специализация на лекарите. Обратна връзка – мнението на младите лекари, социалното поведение на заинтересованите страни и професионалните нагласи за промени.

4.1. Причини за съществуващите проблеми в управлението, организацията, координацията и контрола на клиничната специализация

Основният проблем в институционалната структура на действащата система на клинична специализация на лекарите е липсващата институционална отговорност.

Схема: Институционална структура в действащата система за клинична специализация



В първата фаза на медицинското (студентското) образование държавният контрол се осъществява от министъра на образованието и науката, а институционалната

отговорност е на автономните висши медицински училища. Във втората фаза на клинична (практическа) специализация в определена специалност държавният контрол се осъществява от министъра на здравеопазването, без институция, която да е отговорна за организацията, координацията, контролът и качеството на специализацията.

Тъй като държавните правомощия не са предоставени по закон:

- няма институция/институции, които да провеждат държавната политика в областта на следдипломното обучение и клиничната специализация на лекарите след придобитата образователно-квалификационна степен „магистър“ по медицина;

- дейностите от управленски се свеждат до изпълнителски – размяна на информация между висшето училище и болницата;

- контролът е само върху дейността по регистрацията;

- конкуренция между доставчиците на следдипломна образователна услуга почти не съществува;

- професионалният консенсус при разработването на учебните програми по определена медицинска специалност се свежда до инициативността на националния консултант.

Отсъствието на системност и провеждането на клинична специализация между две публични сфери, в които действат различни законови регулации, взаимовръзки и пазарни механизми, води до следната неефективност на клиничната специализация на лекарите:

Висшите медицински училища не могат по ефективен начин да организират, координират и контролират теоретичното обучение на специализантите, защото то се провежда в клинични условия, създадени не от медицинските университети, а от самостоятелните правни субекти – лечебните заведения, и в медицински екип, членовете на който имат основно трудово правоотношение с изпълнителния директор/управител на лечебното заведение.

Лечебните заведения, база за обучение, не разполагат с ресурс за ефективно управление на индивидуалната специализация, защото дейността е свързана с изпълнение на договор с външна организация (медицински университет) и се осъществява без съответната управленска структура и длъжности.

Статусът на специализанта изключва възможността да се осъществява медицинска дейност на длъжност лекар, както и да му се възлага изпълнение на лечебна, диагностична и рехабилитационна дейност, а трудът да се заплаща в зависимост от квалификацията, обема и ефективността от работата му. Това е така защото срочният трудов договор със специализантите притежава характеристиките едновременно на

трудова договор и на договор за обучение, от което следва, че труда на специализанта е неквалифициран и работодателят не може да го влага в производството на здравни услуги.

Схема: Организация, координация и контрол на клиничната практика и клиничното обучение в действащата система



Едновременно с това и специализантите са неудовлетворени, защото трудът им не се документира, а по-сложна дейност не им се разрешава да извършват дори и да са подготвени за това. По време на специализацията те извършват рутинни дейности, а същинската специализация започва едва след получаването на диплома за специалност и работа на длъжност лекар. Неефективно е лекарите, придобили магистърска степен по медицина и положили клетва, да наблюдават какво правят лекарите със специалност и между другото да се опитват да извършват някаква лечебна или диагностична дейност.

Проблемът с финансирането на специализацията продължава да съществува и да се задълбочава несправедливостта в разпределението на отговорностите. Лечебните

заведения осигуряват изцяло издръжката на процеса на обучение, а в зависимост от собствеността държавата, местните власти и частните собственици, в различен обем и периодичност, правят капиталови разходи.

4.2. Възможности за подобряване ефективността на националната система на клинична специализация на лекарите

Създаването на *стратегия за ефективно управление на националната система за клинична специализация на лекарите*, като основна предпоставка за бъдещото подобряване състоянието на човешкия капитал на българското здравеопазване, е социалната перспектива, в която авторът предлага промени, определя целта и формулира очакваните резултати. Възможностите за подобряване ефективността на клиничната специализация се свързват с осъвременяване на следните неефективни правни норми в действащата наредба за придобиване на специалност, : ¹⁰⁰

4.2.1. Промени в структурата и функциите на системата за придобиване на специалност от лекарите

➤ *планиране, координиране и контролиране на дейностите по провеждане на обучението за придобиване на специалност:*

Функционираща в момента система: Министърът на здравеопазването планира, координира и контролира дейностите по провеждане на обучението за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. (чл. 179 ЗЗ ¹⁰¹ и чл. 7 на Наредба № 1/2015)

Предлагани промени: Децентрализиране на дейностите по провеждане на обучението за придобиване на специалност. - Министърът на здравеопазването осъществява контрол върху дейностите по провеждане на обучението за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. Българският лекарски съюз организира, координира, провежда, регистрира и контролира обучението за придобиване на специалност от лекарите.

Цел на промяната: Следдипломното обучение на лекарите, включващо обучение за придобиване на специалност и продължаващо обучение, да се превърне в основен фактор

¹⁰⁰ не се включват неклиничните и военномедицинските специалности от професионално направление „Медицина“, специалностите от професионални направления „Дентална медицина“, „Фармация“ и „Здравни грижи“ и обучението на чужденци.

¹⁰¹ Закон за здравето, обн., ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г., в сила от 01.01.2005 г., последно изм., бр. 103 от 27.12.2016 г.

за развитие на системата за самоуправление и саморегулиране на лекарската професия и медицинската дейност.

Резултат от промяната: Осигуряване и гарантиране на качеството на предоставяните здравни услуги на обществото и прилагане в управлението на съвременните тенденции за независимост на саморегулиращата се структура на лекарската професия.

➤ **определяне на специалностите в професионално направление „Медицина“:**

Функционираща система: С подзаконов нормативен акт на министъра на здравеопазването се определя номенклатурата на специалностите в системата на здравеопазването. (Наредба № 1/2015, приложение № 1)

Схема: Усъвършенстване на институционалната система за клинична специализация на лекарите



Предлагани промени: Насърчаване на промяната и иновациите в медицинското образование. – Медицинските училища, научните институти и съсловната организация на лекарите периодично преразглеждат и дават предложения на министъра на

здравеопазването за включване в номенклатурата на нови специалности, тясно профилни специалности и експертни функции, отразяващи развитието на медицината, технологиите и социалните процеси.

Цел на промяната: Постоянно подобряване на качеството на медицинското образование чрез включване на нови стандарти (програми) и изисквания за придобиване на специфични познания и умения.

Резултат от промяната: Повишаване мотивацията на българските лекари да специализират и работят в страната чрез създаването на възможности за обучение и кариерно развитие в почти всички специалности, по които може да се специализира и практикува в чужбина.

➤ **утвърждаване на националните учебни програми за придобиване на специалност от лекарите:**

Функционираща система: Учебните програми се разработват от националния консултант по съответната специалност, който ги съгласува със съсловната организация и висшите училища и ги предлага на министъра на здравеопазването за утвърждаване. (Наредба № 1/2015, чл. 9, ал. 1, 2 и 3)

Предлагани промени: Постигане на професионален консенсус по отношение прилагането на минималните международни стандарти за следдипломно медицинско обучение по специалности и изискванията за подобряване на качеството. – Медицинските училища, медицинските дружества и съсловната организация на лекарите разработват общ проект на учебни програми по специалности, който представят на министъра на здравеопазването за утвърждаване.

Цел на промяната: Учебните програми да бъдат формулирани по такъв начин, че да се превърнат в лост за промяна и реформи и да отчитат постигнатото по специалности на две различни нива – на ниво основни стандарти (минимални изисквания) и на ниво стандарти за подобряване на качеството.

Резултат от промяната: Приспособяване на медицинското образование към променящите се условия в системата на здравеопазването и към потребностите и очакванията на обществото.

➤ **институции, провеждащи теоретичното обучение по клинични специалности:**

Функционираща система: Обучаващи институции, в които се провежда теоретичното обучение по клинични специалности, са висшите училища, получили

положителна акредитационна оценка по Закона за висшето образование. (Наредба № 1/2015, чл. 5, ал. 1)

Предлагани промени: Развитие на мрежата от доставчици на образователна услуга за теоретично и практическо клинично следдипломно обучение. – Допълнителното теоретично обучение по време на специализацията се организира по различни начини, като освен теоретичното клинично обучение се реализират регионални, национални и международни теоретични програми, управлявани от медицински университети, медицински дружества и институти за следдипломно медицинско обучение.

Доставчици на образователна услуга са и лечебни заведения, отделни клиники и отделения, обучаващи освен свои специализанти и специализанти на други лечебни заведения, които не могат да осигурят обучение по някои от самостоятелните раздели и модули на учебната програма по специалността.

Цел на промяната: Да се повишава качеството на медицинското образование и да се насърчава провеждането на реформи с цел да бъде гарантирана компетентността на лекарите, които са придобили специалност у нас.

Резултат от промяната: Създаване на условия за национална оценка и международно признание на следдипломното обучение по медицина, като предпоставка за непрекъснатото усъвършенстване, развитие и интернационализиране на лекарската професия.

➤ **институции, в които се провежда практическо обучение по специалности:**

Функционираща система: Бази за обучение са лечебни заведения, получили положителна акредитационна оценка за обучение на студенти и специализанти по реда на Закона за лечебните заведения, които имат възможност за изпълнение на учебната програма по специалността или на съответните раздели или модули от нея. . (Наредба № 1/2015, чл. 5, ал. 2)

Предлагани промени: Технологично обновяване на лечебните заведения за болнична помощ, които кандидатстват за одобрение като база за обучение или обучаваща болница. – Държавата, общините и частните собственици инвестират в медицинско оборудване, апаратура и обзавеждане, което спомага да се създаде капацитет за по-ефективно управление на лечебните заведения и разширяване на възможностите за изпълнение на учебните програми по специалности и обучението на специализанти. Лечебните заведения със статут на университетски болници, освен разрешението за дейност и институционална оценка, имат акредитационна оценка за обучение на

студенти и специализанти по реда на Закона за лечебните заведения. Останалите болници имат разрешение за осъществяване на медицинска дейност, съгласно медицинските стандарти по специалности, затова необходимо и достатъчно условие е да кандидатстват и да бъдат определени за бази за обучение ако са получили само институционална оценка по наредбата за акредитация на лечебните заведения.

Цел на промяната: Да се използват ефективно инвестициите на държавата, местната власт и лечебното заведение в медицинска апаратура, оборудване, информационни и комуникационни технологии за целите не само на предоставяните здравни услуги, но и за обучението на лекарите по определени специалности.

Резултат от промяната: Намаляване различията на териториален принцип в обучението и провеждане на специализация при едни и същи клинични условия, с най-често наблюдаваните клинични случаи и обслужване на пациенти с типични за специалността заболявания.

➤ **прием и регистрация на специалистите:**

Функционираща система: Базите за обучение обявяват целогодишно, включително на интернет страниците си, свободните длъжности за „лекар, специалист по ...“. (Наредба № 1/2015, чл. 17, ал. 1)

В 14-дневен срок базите за обучение уведомяват Министерството на здравеопазването за обявените от тях свободни длъжности за специалисти. (Наредба № 1/2015, чл. 17, ал. 2)

В Министерството на здравеопазването се води регистър на специалистите. (Наредба № 1/2015, чл. 8, ал. 1 и 2)

В 7-дневен срок от сключването на трудов договор със специалиста, базата за обучение изпраща във висшето училище, с което има сключен договор, необходимите документи за регистрация и издаване на книжка за специализацията. (Наредба № 1/2015, чл. 14, ал. 1)

Ръководителите на висшите училища изпращат в министерството данните на специалиста, необходими за регистрацията. (Наредба № 1/2015, чл. 8, ал. 4)

Министерството на здравеопазването изпраща на съответното висше училище номерата от регистъра на специалистите в 14-дневен срок от получаване на информацията за регистъра на специалистите. (Наредба № 1/2015, чл. 8, ал. 5)

Висшето училище изпраща книжката за специализация на базата за обучение в 7-дневен срок от получаване на номера от регистъра на специалистите. (Наредба № 1/2015, чл. 14, ал. 3)

Предлагани промени: Намаляване на административната тежест в процеса на специализация на лекарите чрез съкращаване на процедурата по прием и регистрация на специализантите. – В Българския лекарски съюз се води регистър на специализантите. Базата за обучение, след сключване на трудов договор, изпраща необходимата информация в електронен вид в Българския лекарски съюз за вписване в регистъра на специализантите. Лечебното заведение получава онлайн номера на специализантите от регистъра и издава книжка на специализацията. Процедурата по регистрация трябва да приключи в рамките на едномесечния период, в който след сключването на трудовия договор специализантът трябва да встъпи в длъжност в обучаващото лечебно заведение.

Цел на промяната: Да се намали бюрократията и да се минимизират разходите за административно обслужване на дейностите по придобиване на специалност от лекарите, чрез директната комуникация между обучаващото лечебно заведение, специализанта и Българския лекарски съюз.

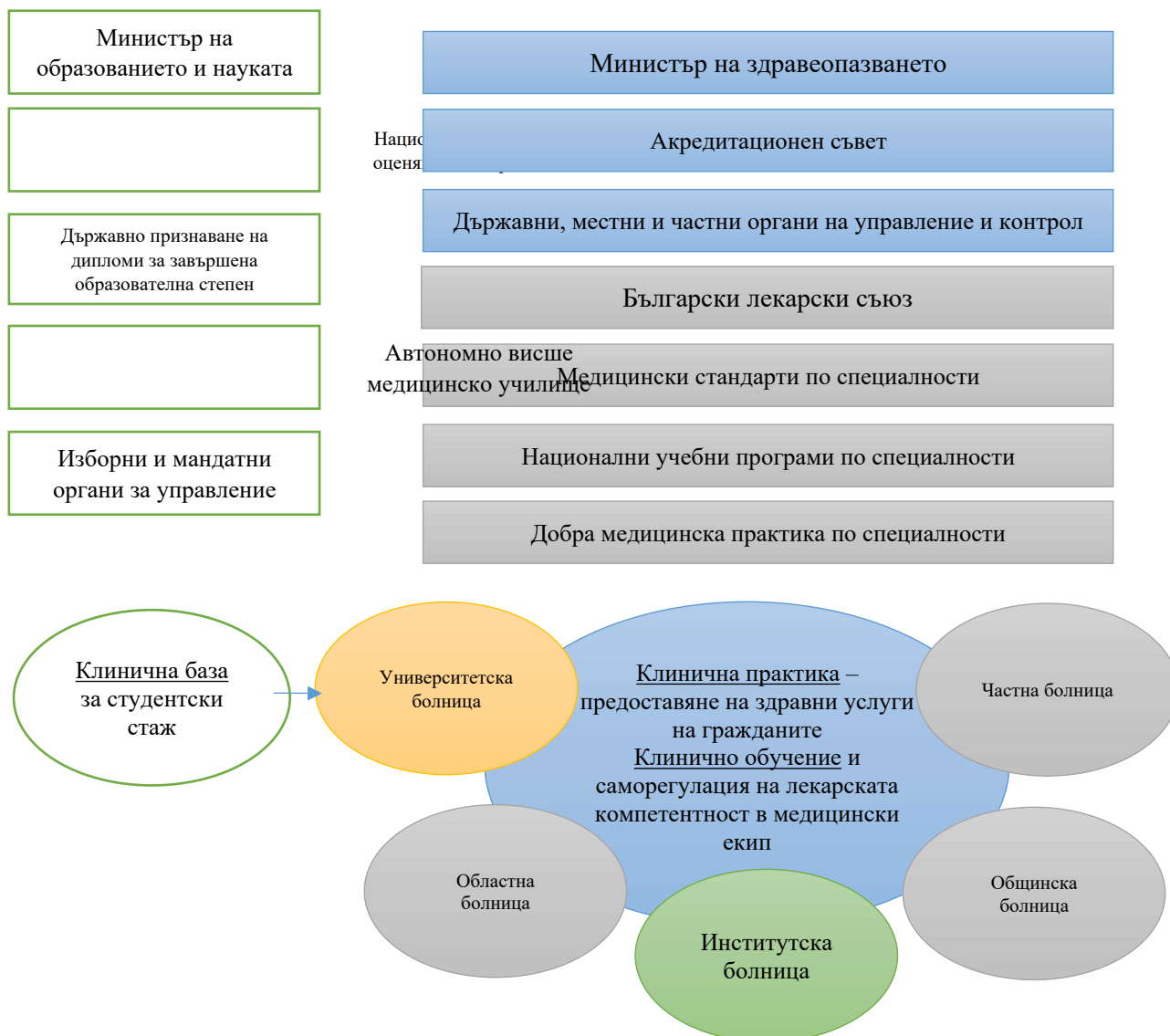
Резултат от промяната: Намаляване на разходите и на процента грешки при отразяване на промените в регистъра, отнасящи се най-често за случаите, при които специализацията се спира или прекратява, когато част от практическото обучение е проведено в друго лечебно обучение (което директно трябва да отразява в Българския лекарски съюз периода на обучение) или преместването в друга база за обучение, и др.

➤ **определяне на местата за специализанти, финансирани от държавата (държавна поръчка):**

Функционираща система: Регионалните здравни инспекции, районните колегии на Българския лекарски съюз и висшите училища представят на министъра на здравеопазването, в определени срокове, ежегодна информация за осигуреността и потребностите на населението от областта от специалисти, както и за носителите на награди от студентското медицинско образование. (Наредба № 1/2015, чл. 44)

Въз основа на тази информация и в съответствие с целите и приоритетите на националната здравна стратегия министърът на здравеопазването ежегодно определя със заповед броя на местата за специализанти, разпределени по специалности и по висши училища, за които държавата ще финансира теоретичното обучение. (Наредба № 1/2015, чл. 45)

Схема: Усъвършенстване на организацията на клиничната практика и клиничното обучение



Предлагани промени: Преместване на фокуса върху медицинската практика и разпределение на местата за специализанти, финансирани от държавата, в зависимост от потребностите на обучаващите лечебни заведения и специализантите.

– В Българския лекарски съюз се преценяват потребностите от специалисти по райони и лечебни заведения и се обобщава информацията. Ежегодно Българският лекарски съюз изпраща предложение на министъра на здравеопазването за броя на местата, които да бъдат финансирани от държавата, разпределени по обучаващи лечебни заведения и видове дейности.

Цел на промяната: Да се увеличи капацитетът на лечебните заведения за предоставяне на достъпна, достатъчна и непрекъсната здравна услуга на населението.

Резултат от промяната: Насърчаване на работодателите да разкриват места за лекари специализанти и да осигуряват условия за тяхното интегриране и задържането им в медицинския екип, независимо от местоположението на лечебното заведение.

➤ **държавен изпит и регистрация на лекарите, придобили специалност:**

Функционираща система: Определят се две сесии за провеждане на държавен изпит във висшите училища – през месец май и месец септември. До държавен изпит за специалност се допускат специализантите, които са изпълнили съответната учебна програма и индивидуален учебен план. Преценката за това, дали е изпълнена утвърдената от министъра на здравеопазването учебна програма, се извършва при условия и по ред, определени от висшето училище, регистрирало специализанта и издало книжката за специализация. (Наредба № 1/2015, чл. 28)

Министърът на здравеопазването веднъж на три години със заповед утвърждава състава на изпитните комисии за държавен изпит за специалност. (Наредба № 1/2015, чл. 29)

Висшите училища изпращат в Министерство на здравеопазването списък на допуснатите до държавен изпит специализанти по съответните специалности, а министерството разпределя допуснатите до държавен изпит специализанти по комисии за държавен изпит. (Наредба № 1/2015, чл. 34)

Лицата, които са положили успешно държавния изпит, получават свидетелство за призната специалност, издадено от висшето училище, допуснало специализанта до държавен изпит. (Наредба № 1/2015, чл. 37)

Висшите училища изпращат в Министерство на здравеопазването необходимите данни за вписване в регистъра на придобилите специалност, а министерството изпраща поредния номер в регистъра на придобилите специалност за вписване в свидетелството за призната специалност. (Наредба № 1/2015, чл. 8, ал.3, 5 и 6)

Предлагани промени: Въвеждане на национална оценка на придобитите индивидуални компетенции от специализантите в процеса на следдипломно обучение в определена специалност. – До единен държавен изпит за придобиване на съответна специалност се допускат специализанти, които са изпълнили учебната програма по специалността. Българският лекарски съюз прави преценка по допустимост до държавен изпит и изпраща за утвърждаване на министъра на здравеопазването предложение за състав на изпитните комисии по специалности. За да се избегне конфликт на интереси, в състава на комисии за всяка изпитна сесия се включват различни представители на институциите, провеждащи теоретично обучение, на районните колегии на съсловната

организация, на базите за обучение и обучаващите лекари. За всяка изпитна сесия министърът на здравеопазването определя университетска клиника, в която да се проведе практическия изпит за придобиване на специалност. В зависимост от заявленията за допускане до държавен изпит може да се сформират повече от една изпитна комисия по съответната специалност и да се определят повече от една дата в изпитна сесия.

Цел на промяната: Да се постигне консенсус между министерството, съсловната организация, институциите за теоретично и практическо обучение и обучаващите лекари по отношение компетенциите, които трябва да бъдат постигнати от специализантите в резултат на изпълнените учебни програми.

Резултат от промяната: Определяне от страна на заинтересованите страни на правоспособността на лекаря в определена област на медицината въз основа на притежаваните специфични знания, умения, нагласи и поведение в следните направления:

- грижа за пациента, която да е подходяща и ефективна по отношение на индивидуалния здравословен проблем и промоция на здравето;
- медицински знания в основните биомедицински, поведенчески и клинични науки, медицинската етика и медицинската съдебна практика и прилагането на тези знания в грижите за пациентите;
- междуличностни и комуникативни умения, които гарантират ефективен обмен на информация с индивидуални пациенти и техните семейства и работа в екип с други здравни професии, научната общност и обществото;
- оценка и използване на нови научни знания за непрекъснатото актуализиране и подобряване на клиничната практика;
- участие в самоуправлението и саморегулацията на лекарската професия и умение за предаване на натрупаните знания и умения на по-неопитни колеги, студенти по медицина и други здравни професии;
- възможност да бъде учен и да допринася за развитието и изследванията в избраната област на медицината;
- професионализъм;
- заинтересованост и способност да действа като застъпник на пациента.

4.2.2. Промени в процеса на обучение

Функционираща в момента система:

➤ статус на лекаря специализант:

Работи в базата за обучение по трудов договор за срок до датата на придобиване на права на специалист, но не по-късно от една година от допускането на специализанта до държавен изпит. (Наредба № 1/2015, чл. 11, ал. 1)

Присъства в друго лечебно заведение за частите от учебната програма, които базата за обучение не може да проведе, и за предвиденото в учебната програма теоретично обучение (Наредба № 1/2015, чл. 11, ал. 3)

Трудовият договор е за пълно работно време, а обучението се осъществява чрез личното участие на специализанта в дейностите, извършвани в базата за обучение, като той носи отговорност за извършваната от него дейност в съответствие с действащите медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика. (Наредба № 1/2015, чл. 15, ал. 2)

Медицинската документация не може да се подписва от лекар специализант (НРД/2015, чл. 191), затова не е ясно кои са дейностите, в които той участва лично, пред кого и за какво носи отговорност.

➤ отговорност на обучаващата институция:

Висшето училище, с което базата за обучение има сключен договор, провежда теоретичното обучение в редовна форма, а ако е предвидено в учебната програма, може да се провежда и дистанционно. (Наредба № 1/2015, чл. 15, ал. 1)

Висшите училища обявяват на интернет страниците си план-график за провеждане на включеното в учебните програми теоретично обучение по различните специалности и определените от тях такси за участие. Специализантът може да провежда част от теоретичното си обучение и в друго избрано от него висше училище, различно от висшето училище, в което е регистриран. (Наредба № 1/2015, чл. 22, ал. 1 и 2)

➤ отговорност на работодателя на специализанта:

Изпълнителният директор/управителят/директорът на базата за обучение сключва срочен трудов договор със специализанта и заплаща трудово възнаграждение не по-малко от минималния месечен размер на осигурителния доход за длъжността „лекар специализант“, определен със Закона за бюджета на Държавното обществено осигуряване за съответната календарна година. (Наредба № 1/2015, чл. 15, ал. 3)

Лечебните заведения, база за обучение, трябва да сключат договор с висше училище, което да регистрира специализанта, да издаде книжка на специализацията и да проведе теоретичното обучение. (Наредба № 1/2015, чл. 14)

Сключват договор с друго лечебно заведение ако в базата за обучение не могат да се проведат част от модулите и разделите, включени в учебния план на специалността. В договора се определят условията, включително и финансовите, и редът за провеждане на практическото обучение на специализантите за времето, през което се обучават в друго лечебно заведение. (Наредба № 1/2015, чл. 21, ал. 1 и 2)

Колоквиумите, предвидени в учебната програма, се провеждат пред комисия, определена със заповед на ръководителя на базата за обучение, която се състои най-малко от двама членове. (Наредба № 1/2015, чл. 15, ал. 6)

➤ **отговорност на ръководителя на специализанта:**

1. изработва индивидуален учебен план в срок до един месец от сключването на трудовия договор, който включва и списък със задължителните умения и компетентности, които специализантът следва да придобие по време на обучението си; индивидуалният учебен план се утвърждава от ръководителя на базата за обучение;

2. участва в провеждането на колоквиумите;

3. контролира и съдейства за изпълнението на изискваните по учебната програма практически дейности (изследвания, операции, манипулации и други);

4. оценява напредъка на специализанта в края на всяка година от обучението на специализанта и отбелязва задължителните умения и компетентности, които специализантът е овладял до момента;

5. изготвя атестат за практическата дейност, реализирана по време на обучението и изпълнението на индивидуалния учебен план;

6. може да присъства на държавния изпит на специализанта.

➤ **оценка на качеството на обучение:**

Висшите училища и лечебните заведения – бази за обучение, осигуряват качеството на обучението за придобиване на специалност в системата на здравеопазването чрез вътрешна система за оценяване, поддържане и развитие на качеството на обучението, която включва и проучване на мнението на специализантите най-малко веднъж годишно. (Наредба № 1/2015, чл. 49, ал. 1)

Вътрешната система за оценяване, поддържане и развитие на качеството на обучението за придобиване на специалност в системата на здравеопазването включва най-малко:

1. за лечебните заведения и националните центрове по проблемите на общественото здраве – бази за обучение:

а) разработване на вътрешни правила, с които се регламентират правата и задълженията на специализантите, на ръководителите на специализантите и на други участници в процеса на обучение;

б) периодичен анализ на резултатите от участието на специализанта в изпълнението на предвидените в учебната програма операции, манипулации, изследвания и други практически дейности;

в) провеждане на анкета сред персонала на структурата на базата за обучение (включващ лекари, медицински сестри и др.) относно комуникативните умения на специализанта и способността му за работа в екип най-малко веднъж годишно;

г) организиране на дейности за поддържане и повишаване квалификацията на ръководителите на специализантите;

д) провеждане на анкета сред специализантите най-малко веднъж годишно относно качеството на обучение за придобиване на специалност в системата на здравеопазването в базата за обучение;

е) анализ на успеваемостта на държавен изпит за специалност на специализантите, обучавани в съответната база;

ж) огласяване на резултатите от проведени вътрешни и външни одити във връзка с обучението;

2. за висшите училища и Военномедицинската академия:

а) организиране на дейности за поддържане и повишаване квалификацията на преподавателите на специализантите;

б) провеждане на анкета сред специализантите най-малко веднъж годишно;

в) огласяване на резултатите от проведени вътрешни и външни одити във връзка с обучението. (Наредба № 1/2015, чл. 50, ал. 1)

Предлагани промени: Провеждане на клинична практика с висока степен на самостоятелна отговорност на специализанта, нарастваща постепенно с придобиването на умения, знания и опит в процеса на клинично обучение. – Лечебните заведения могат да бъдат одобрени от лекарския съюз за бази за обучение ако имат институционална оценка и отговарят на изискванията за практическо обучение по учебния план на съответната специалност, или на част от него, включително и за осигуряване на необходимия брой пациенти с типични заболявания. Лечебните заведения също така трябва да бъдат в трудово правоотношение с лицензиран от

Българския лекарски съюз обучаващ лекар по дадената специалност. Базата за обучение организира, координира, провежда и контролира изпълнението на индивидуалния учебен план на специализанта, а обучаващият лекар поема отговорността, въз основа на личното взаимодействие и наблюдение на напредъка в обучението, да възлага и контролира изпълнението на медицинската дейност от специализанта. А той от своя страна има задължението да осъществява само тази медицинска дейност, за която обучаващият лекар е преценил, че може да изпълни професионално. Графикът и ангажирането на специализанта в дейността на медицинския екип трябва да бъдат съобразени с необходимостта от свободно време за подготовка и провеждане на допълнителното теоретично обучение.

Цел на промяната: Да се постигне баланс между интересите и потребностите на заинтересованите страни и тяхната отговорност за провеждането на следдипломно обучение за придобиване на специалност от лекарите.

Резултат от промяната: Заинтересованите страни, отговорни за планирането и развитието на човешките ресурси, включват работната сила на специализантите в здравния сектор на страната. С това се създават възможности за по-добро прогнозиране и задоволяване на потребностите от медицински персонал на местно ниво, подобряване на условията на труд, възможностите за кариерно развитие и професионалната подкрепа на специализантите.

4.2.3. Промени във финансирането на обучението за придобиване на специалност и преференции за обучаващите се

Функционираща в момента система: За теоретичното обучение, предвидено в учебните програми, се заплаща такса, определена от висшето училище или националния център по проблемите на общественото здраве, провеждащи теоретичното обучение, или Военномедицинската академия. Таксата за теоретичното обучение може да бъде заплащана от специализанта, базата за обучение, от Министерството на здравеопазването за местата, финансирани от държавата, или от друг източник, включително със средства от европейски проекти и програми. (Наредба № 1/2015, чл. 40, ал. 1 и 3)

Средствата от държавния бюджет за финансиране на таксата за обучението на местата, финансирани от държавата се планират по бюджета на Министерството на здравеопазването. Министъра сключва договори с висшите училища и Военномедицинската академия за предоставяне на тези средства въз основа на

представена справка за проведеното теоретично обучение в съответното висше училище от специализантите, приети на финансираните от държавата места. (Наредба № 1/2015, чл. 43, ал. 1 и 2)

Предлагани промени: Оптимално разпределение на финансовата тежест между държавата, местната власт, медицинските дружества, фармацевтичната индустрия, лечебните заведения и специализантите в процеса на клинична специализация. – От държавния бюджет се финансира издръжката на обучението и възнаграждения на специализанти, специализиращи в дефицитни специалности и в по-малки населени места, като субсидиите и средствата се превеждат в обучаващите лечебни заведения по критерий изравняване на възможностите за специализация и компенсиране на увеличените разходи за назначаване, обучение и задържане на лекари. Осигуряват се средства за закупуване на апаратура и оборудване за държавните болници и лечебните заведения, търговски дружества с държавно участие в капитала.

От местните бюджети се осигуряват средства за закупуване на апаратура и оборудване, както и поемане на разходите за консултантските услуги и/или за мобилните екипи за оказване на медицинска помощ на пациентите на специализантите.

Въвеждат се социални преференции на местно ниво при поети задължения от специализантите да работят по-продължително време в съответната община.

Висшите медицински училища и медицинските институти инвестират в нови информационни и комуникационни технологии и телемедицината, за да въведат електронната, дистанционната и симулационната форма на обучение като рутинна практика.

Цел на промяната: Да се гарантира безопасността на предоставяните здравни услуги, независимо от местоположението на лечебното заведение чрез разпределяне на отговорностите и ресурсите в процеса на клинична специализация.

Резултат от промяната: Ще се стимулира заетостта и създаването на работни места за лекари специализанти и задържането им на работа след придобиване на клинична специалност в лечебни заведения, осъществяващи дейност в непривлекателни райони на страната.

4.3. Обратна връзка - мнението на младите лекари, социалното поведение на заинтересованите страни и професионалните нагласи за промени

4.3.1. Анкета сред млади лекари за проблемите в системата на специализациите в здравеопазването

Един от основните изследователски въпроси защо трябва да бъде направена промяна в системата за придобиване на клинична специалност, намира своя отговор в решението на младите лекари да напуснат страната и да специализират в чужбина. По данни на БЛС от 2014 г. 32 % от емигрантите са на възраст до 30 години, т.е. възрастта след завършване на магистърска степен по медицина. Това означава, че за 1/3 от всички напуснали лекари водещата причина са достъпът до специализация и условията за придобиване на медицинска специалност в страната. Новата наредба от 2015 г. подобри достъпа и през следващите две години имаше няколко съобщения от Министерство на здравеопазването, че е намалял броят на емигриращите абсолвенти. Кризисният момент обаче не е преминат и специализиращите продължават да се чувстват недооценени, а времето за специализация да определят като пропуснат период в тяхното кариерно развитие поради недостатъчната медицинска дейност, която извършват лично по време на специализацията.

За да бъдат потвърдени чрез анкета неудовлетворяващите условия се свързах със специализанти от двете големи университетски болници – „Александровска болница“ и „Царица Йоанна – ИСУЛ“, но на въпроса дали биха участвали в анкета, отговорът беше отрицателен, защото не желаят резултатите от анкетата, ако по някакъв начин достигнат до ръководството на болницата или клиничния им ръководител, да се отразят на тяхната специализация, независимо от дадените гаранции за анонимност. Прецених, че дори и да се отзоват някои от тях представителността на получените данни ще бъде недостатъчна за изводи за националната система на клинична специализация. Затова осъществих връзка с д-р Радислав Наков, специализант и докторант в Клиника по гастроентерология на УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ и председател на Асоциацията за развитие на медицинската общност (АРМО) за съдействие и осигуряване на по-висока степен на представителност, като описах основните насоки на изследователското търсене. Решението, което предложи е да се проведе анкета под егидата на асоциацията, на която е председател, Българския лекарски съюз (БЛС) и медицинския сайт Medical News по тяхна методика и формулирани въпроси. Анкетата беше активна 15 дни на специализирания сайт за медици www.medicalnews.bg и в нея се включиха 515 млади

лекари. От тях: 49,1 % - лекари специалисти; 31,1 % – студенти по медицина; 13% - лекари без започната специализация; 5,2 % - лекари с придобита специалност и 1,6 % - докторанти.¹⁰²

Въпросите и отговорите се отнасят до следните изследвани в докторантския труд проблеми, които възникват от прилагането на разпоредбите за специализациите:

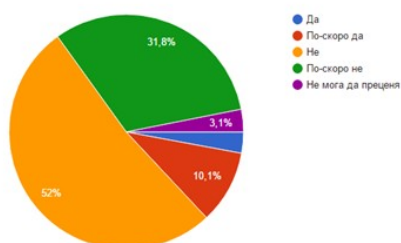
Първо, относно *достъпът до специализация по клинична специалност*:

Въпрос: Леснодостъпна ли е информацията за актуалните конкурси и места за специализация?

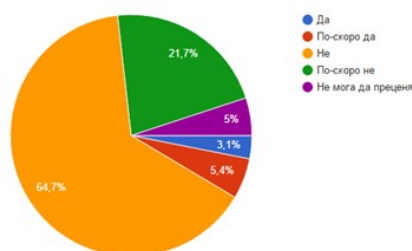
Въпрос: Според Вас, достатъчно места ли се обявяват за специализация?

Резултати: „Близо 84 % – **83,9 %** (51,9 % с отговор „не“ и 32 % – с „по-скоро не“) са посочили, че информацията за актуалните конкурси и места за специализация не е леснодостъпна, а **86,2 %** (64,5 % с отговор „не“ и 21,7 % – с „по-скоро не“) смятат, че не се обявяват достатъчно места за специализация. Близо **47 %** – 46,7 % от специалистите искат връщане на конкурсния изпит като начин за прием за специализация.“

Леснодостъпна ли е информацията за актуалните конкурси и места за специализация?
515 отговора



Според Вас, достатъчно места ли се обявяват за специализация?
515 отговора



Второ, относно *предпочитаното лечебно заведение за специализация*:

Въпрос: Къде в България бихте искали да специализирате?

Въпрос: Има ли възможност за участието Ви в научна дейност?

Резултати: „По отношение на предпочитания вид лечебно заведения за специализация **67,6 %** изразяват виждането си, че университетската болница е най-

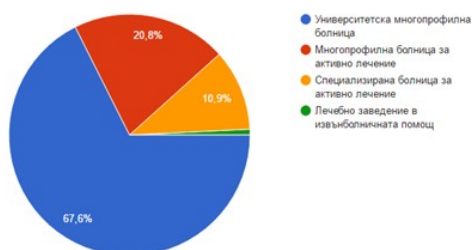
¹⁰² Обзор на анкета „Млади лекари“ за проблемите в системата на специализациите в здравеопазването.

<http://medicalnews.bg/blog/2017/05/21/%D0%9E%D0%B1%D0%B7%D0%BE%D1%80-%D0%BD%D0%B0-%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D0%B5%D1%82%D0%B0-%D0%9C%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B8-%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B8-%D0%B7%D0%B0-%D0%BF%D1%80%D0%BE/>

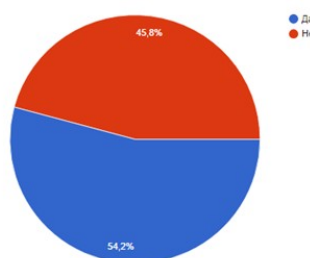
<http://medicalnews.bg/blog/2017/05/21/%D0%9E%D0%B1%D0%B7%D0%BE%D1%80-%D0%BD%D0%B0-%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D0%B5%D1%82%D0%B0-%D0%9C%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B8-%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B8-%D0%B7%D0%B0-%D0%BF%D1%80%D0%BE/>

подходящото място, **20,8 %** категорично заявяват, че искат болницата, в която специализират да е многопрофилна, **10,9 %** от младите медици посочват специализираните болници като предпочитано място, в което да се обучават за специалност, а под **1 %** – **0,8 %** биха специализирали в лечебно заведение в извънболничната помощ.“ Малко повече от половината (**54,2 %**) преценяват, че има възможности за участието им в научна дейност.

Къде в България бихте искали да специализирате?
515 отговора



Има ли възможности за участието Ви в научна дейност?
515 отговора



Трето, относно *провеждането на клиничната специализация*:

Въпрос: Доволни ли сте от начина по който протича специализацията Ви в момента?

Въпрос: Как бихте оценили теоретичното си обучение по време на специализацията?

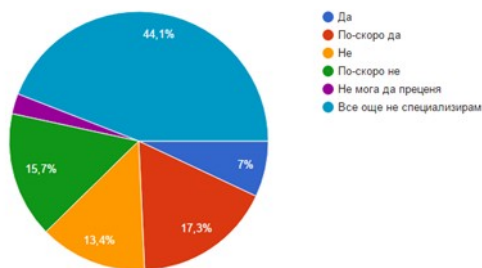
Въпрос: Как бихте оценили практическото си обучение по време на специализацията?

Резултати: „На въпроса „Доволни ли сте от начина по който протича специализацията Ви в момента?“ отговорите са силно разнопосочни. Най-голям процент – **29,1 %** са отговорили с „не“ (13,4 %) или с „по-скоро не“ (15,7%), малко над 24% – **24,3 %** са посочили отговор „да“ (7 %) или „по-скоро да“ (17,3 %), 44,1 % – все още не са започнали специализация, а само 2,5 % са признали, че не могат да преценят. **16,1 %** от специализантите са поставили оценка „среден 3“ на теоретичното си обучение по време на специализацията, **13,8 %** са писали – „добър 4“, **12,8 %** – „слаб 2“, **10,9 %** – „много добър 5“ и **4,1 %** – „отличен 6“.

Практическото обучение е оценено със „слаб 2“ от **13,6 %** от специализантите, **13 %** поставят „среден 3“, **12,2 %** – „добър 4“, **10,7 %** – „много добър 5“ и **8,3 %** – „отличен 6“.

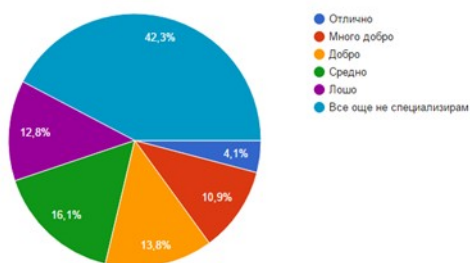
Доволни ли сте от начина, по който протича специализацията Ви в момента?

515 отговора



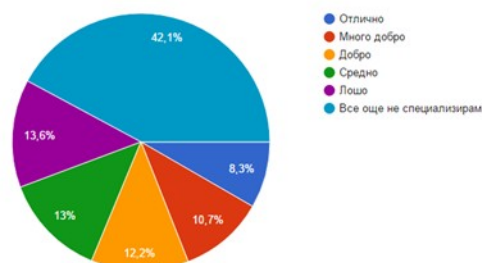
Как бихте оценили теоретичното си обучение по време на специализацията?

515 отговора



Как бихте оценили практическото си обучение по време на специализацията?

515 отговора



Четвърто, относно *възможностите за кариерно развитие и емиграционните нагласи*:

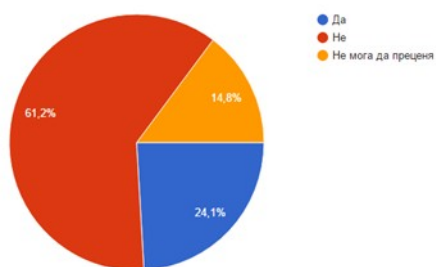
Въпрос: Как оценявате Наредба № 1 на МЗ от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност?

Въпрос: Има ли условия за кариерно израстване в Р България?

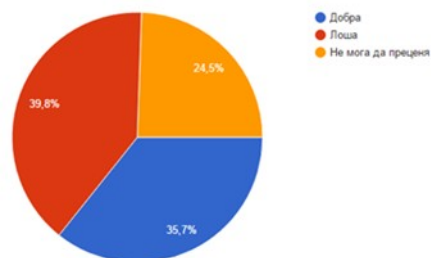
Въпрос: Наредба № 1 на МЗ от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност мотивира ли Ви да останете да се реализирате в Р България?

Резултати: „**61,1 %** от младите лекари не са мотивирани да останат да се реализират професионално в България от Наредба 1 на Министерството на здравеопазването за специализациите.“ **35,7 %** оценяват Наредба № 1 като „добра“, а **39,8 %** като „лоша“. Превес на отговор „не“ - **57,5 %** срещу **42,5 %** с отговор „да“ има на въпроса за възможностите за кариерно развитие в България.

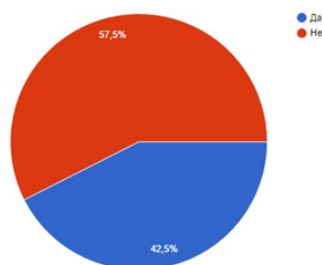
Наредба № 1 за придобиване на специалност мотивира ли Ви да останете да се реализирате в Р. България?
515 отговора



Как оценявате Наредба №1 на МЗ от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност?
515 отговора



Има ли условия за кариерно израстване в Р.България?
515 отговора



Анкетата включваше и други въпроси, като размера на възнаграждението на специалистите, таксите за теоретично обучение и спазването на трудовото законодателство, които са извън предмета на настоящото изследване, но влияят върху неудовлетвореността на медиците, а предлаганите промени целят именно отстраняването им в следващ етап чрез ефективно регулиране на дейностите в процеса на клинична специализация.

Мнението на специалистите, въз основа на резултати от анкета в специализирания сайт за медици www.medicalnews.bg, е следното:

- **83,9 %** (51,9 % с отговор „не“ и 32 % – с „по-скоро не“) са посочили, че информацията за обявяваните от лечебните заведения конкурси за специалисти със съответните критерии за провеждане на конкурсите не е леснодостъпна и прозрачна – исканията им в тази връзка са за връщане на конкурсния изпит за зачисляване и създаване на национален регистър за обявяваните конкурси;

- **86,2 %** (64,5 % с отговор „не“ и 21,7 % – с „по-скоро не“) смятат, че не се обявяват достатъчно места за специализация – исканията им са за увеличаване на местата за специалисти, преди всичко в университетските болници, защото условията за специализация там са по-добри;

- **29,1 %** („не“ - 13,4 %, „по-скоро не“ - 15,7%) от специализантите не са доволни от това как протича специализацията им, а практическото обучение е оценено под „добър 4“ от **38,8 %** от тях („слаб 2“ - 13,6 %, 13 % - „среден 3“, 12,2 % – „добър 4“) - искането е трудът им да се признава за квалифициран и за подобряване качеството на програмите за специализация.

Най-тревожният факт, който потвърждава намаляващата ефективност на клиничната специализация, е, че като цяло условията за специализация у нас са демотивиращи за **61,1 %** от младите лекари.

Представители на Асоциацията за развитие на медицинската общност (АРМО) и Асоциацията на студентите-медици в България представиха резултатите от анкетата на среща с министъра на здравеопазването, проведена на 05.06.2017 г., на която са обсъдени проблемите пред специализантите в три сфери: организацията на специализациите, качеството и контрола им, както и тези свързани с възнагражденията. Като резултат от срещата може да се посочи създаването на регистър на обявените от лечебните заведения места за специализации в системата на здравеопазване. Задължението лечебните заведения да изпращат информация в Министерство на здравеопазването обаче не е нормативно закрепено и затова няма срокове и контрол върху изпълнението на разпореждането на министъра за пълнота на информацията.

4.3.2. Анализ на социалното поведение на заинтересованите страни в процеса за придобиване на клинична специалност

Първоначално ще направя съпоставка между управленския цикъл в последните две наредби за клинична специализация, за да се изясни за какво „връщане“ става въпрос в анкетата и за да може да се представи по-ясно, освен мнението на специализантите и позициите на другите заинтересовани страни, изразени публично:

Управленският цикъл по действащата от 2006 г. до 2015 г. Наредба № 34 беше следният: 1) министърът на здравеопазването определяше броя на местата, финансирани от държавата (т.н. държавна поръчка) и местата срещу заплащане (т.н. платено обучение) по предложение на лечебните заведения, които имат акредитация и договор за обучение на специализанти с някое висше медицинско училище; 2) от държавния бюджет се разпределяха чрез министерството средства за издръжка на местата за обучение и възнагражденията на специализантите по държавна поръчка, като тези средства се превеждаха на съответния университет на основание договор с министерството; 3)

висшите училища провеждаха конкурсните изпити за зачисляване, изплащаха възнагражденията, които министерството им превеждаше за специализантите държавна поръчка и правеха по преценка на Академичния си съвет около 30-процентно отчисление от средствата за издръжка за болниците, в които се провеждаше тяхното практическо обучение; 4) болниците не получаваха средства за издръжка на специализантите платено обучение, но изплащаха за своя сметка възнаграждението и осигуровките върху него за тези специализанти; 5) специализацията се извършваше на основание тристранен договор между висшето училище, болницата и специализанта, който нямаше характеристиките на трудов договор, а осигуряването се осъществяваше на основание специална правна норма в Кодекса за социално осигуряване.

Управленският цикъл по действащата в момента Наредба № 1/2015 г. е следният: 1) министърът на здравеопазването определя броя на местата за специализанти, разпределени по специалности и по висши училища, за които държавата ще финансира теоретичното обучение; 2) от държавния бюджет се осигуряват средства чрез министерството за финансиране на определените от висшите училища такси за теоретично обучение на специализантите по т. 1; 3) висшите училища получават тези средствата на основание договор с министерството и след представена справка за проведеното обучение; 4) болниците не получават никакви средства от държавния бюджет, а всички разходи за дейностите по провеждане на обучението, възнагражденията и осигуровките на всички специализанти и теоретичното обучение на тези, които не са включени в т. 1, са за сметка на собствените приходи на лечебното заведение от дейност по клинични пътеки; 5) специализацията се извършва на основание трудов договор между работодателя (болницата) и специализанта, който е за срок до датата на придобиване на права на специалист; 6) болницата обявява целогодишно, включително на интернет страницата си, свободните длъжности за специализанти, а заемаването им се извършва в съответствие с изискванията на Кодекса на труда.

Какви са императивните и диспозитивните разпоредби в актуалната наредба, които определят социалното поведение на заинтересованите страни и какви промени се предлагат?

- Относно *институционалните аспекти* при оценката на потребностите и достъпът до специализация по клинична специалност:

Министерство на здравеопазването не разполага с административен капацитет за оперативно управление на дейностите по придобиването на клинична специалност,

затова министърът чрез подзаконов нормативен акт разпределя управленската си отговорност на различни административни структури, организации и лечебни заведения.

Районните здравни инспекции съвместно с районните колегии на съсловните организации представят информация от регионалните регистри на членовете на съответната съсловна организация. Тази справка в наредбата е описана като „проучване на потребностите“ и „анализ на състоянието“ на специалистите в областта, но реално в дейността по съставянето ѝ няма оценъчен момент.

Висшите училища подават в Министерството на здравеопазването информация за регистрираните от тях носители на наградата „Златен Хипократ“ и „Златен Гален“. Въпросът тук е колко от включените в справката до министъра носители на награди ще специализират в страната?

Въз основа на тези справки министърът на здравеопазването ежегодно определя със заповед броя на местата за специализанти, за които държавата ще финансира теоретичното обучение по такси, определени от всяко висше училище. Няма разписано изискване заповедта да има мотиви за увеличаването на броя специализанти за определено висше училище или намаляването на броя за друго/други.

Висшите медицински училища сами определят таксите за теоретичното обучение - става въпрос за основни и тематични лекционни курсове от учебната програма по специалността, а цените на тези курсове варират от 10.00 лв. за лекционен курс до около 400.00 лв. за основен и тематичен курс.

База за практическо обучение за придобиване на специалност може да бъде не само университетска болница, но и лечебно заведение или отделна негова медицинска структура, с положителна акредитационна оценка за обучение на специализанти. Не е задължително клиничният ръководител на специализанта да бъде лекар специалист с академично звание, но акредитационна оценка се дава само ако базата има договор с висше медицинско училище за обучение на специализанти, което предопределя изискването за наличие на специалисти с научни степени и научни звания. Към тази детерминанта се добавя и условието за възможностите за изпълнение на поне 50 % от утвърдената учебна програма по съответната специалност. Тези учебни програми се изготвят от националните консултанти, които са на академични длъжности в университетски болници и затова субективно се поставят изисквания за наличие на материални условия и брой специалисти, на които могат да отговорят само малък брой лечебни заведения, извън университетските. Специализацията в общинска болница е по-скоро изключение, отколкото възможен избор.

Лечебните заведения, които са бази за обучение, обявяват целогодишно, включително на интернет страниците си, свободните места за специализанти. Преценката е в зависимост от ресурса, който могат да отделят за осигуряване на обучението. Финансови затруднения изпитват всички лечебни заведения, но най-сериозен е проблемът с общинските болници, където лимитирането на приходите от клинични пътеки, ограничаването на дейността им от националната здравна карта и медицинските стандарти, които имат ненужни изисквания и необосновано увеличават разходите, поставят болничният мениджмънт в невъзможност да обезпечи процеса на обучение на специализанти и да изплаща възнагражденията им.

Назначаването на специализанти се извършва по реда на Кодекса на труда без приемен изпит на специално създадени длъжности „лекар специализант по ...“, а висшето училище, с което базата има сключен договор, регистрира специализанта и издава книжка за специализация. Процесът обаче е много дълъг - базите за обучение изпращат необходимите данни за регистрация в съответното висше медицинско училище, откъдето те се препращат в Министерството на здравеопазването за включване в регистъра на специализантите, министерството връща регистрационния номер, а администрацията на медицинските университети и факултети го изпраща в болницата. Същата е последователността и при подаването на заявления за явяване на държавен изпит и включване в регистъра на специалистите, поради което се натрупва бюрокрация и се увеличават административните разходи.

Във връзка с достъпа специализантите искат връщане на конкурсните изпити по отменената наредба, при която министерството обобщаваше предварителните заявки на лечебните заведения и възлагаше на съответните висши училища да провеждат конкурси за зачисляване. Една от причините тази наредба да бъде отменена беше именно настояването на специализантите за премахване на конкурсните изпити, защото административно се ограничаваше броя на местата, удължаваше се времето за започване на специализацията и се затрудняваше достъпа.

Мотивите за отмяна и приемане на нова наредба за специализациите на тогавашния министър на здравеопазването бяха, че по този начин ще се облекчи достъпът до специализация, тъй като освен отпадането на конкурсния изпит за зачисляване, започването на специализация ще е целогодишно. В мотивите се казваше още, че определянето на местата за специализанти от самите бази за обучение значително ще съкрати сроковете за започване на специализация и ще удовлетвори в по-пълна степен текущите реални потребности от човешки ресурси на базите за обучение.

Съобразявайки се с искането на организациите на младите лекари, сегашният министър на здравеопазването, пое ангажимент до края на март 2018 г. да предложи за публично обсъждане промяна на наредбата за специализациите и връщането на конкурсните изпити. Това е поредният опит да се удовлетворят исканията само на една от заинтересованите страни – специализантите, за сметка на потребностите на лечебните заведения за ефективно провеждане на обучението. Искането им за връщане на конкурсните изпити се основава на конкретни ситуации, а не на оценка на управленските процеси на клиничната специализация на национално равнище, още повече проблемът с информираността за актуалните конкурси намери своето решение със създаденият регистър на сайта на министерството. Затова допускам, че много скоро специализантите ще променят отношението към тази административна процедура и отново ще поставят въпроса за отпадане на конкурсните изпити.

Промените в институционален аспект са свързани с осъществяване на децентрализация и се предлагат с цел да се подобри ефективността на оперативното управление, контролът и координацията на дейностите в процеса на придобиване на клинична специалност.

Младите лекари/асистентите са отговорни за своята специализация, затова в изследваните здравни системи липсва посредник (медицинско училище или лечебно заведение) между тях и лекарската камара, в която поддържат своята регистрация, а процесът се осъществява по електронен път. Предложението е административната тежест да се намали чрез въвеждане на съкратена процедура – електронен регистър в лекарския съюз, включващ информация от съответното лечебно заведение и специализанта. Очакваният резултат е намаляване на разходите и на процента грешки при отразяване на промените в регистъра, отнасящи се най-често за случаите, при които специализацията се спира или прекратява, когато част от практическото обучение е проведено в друго лечебно обучение (което директно трябва да отразява периода на обучение) или преместването в друга база за обучение.

Също така очакван резултат от децентрализацията е разширяването на териториалния обхват на специализацията и въвеждането на иновативни методи за теоретично обучение, което ще бъде следствие от постигнат професионален консенсус по отношение критериите за акредитация на обучаващата структура, промените в медицинските стандарти и националните учебни програми по отделни специалности.

- *Относно правните аспекти* при провеждането на специализацията и взаимоотношенията специализант-работодател-обучаващ лекар:

В действащата в момента наредба специализацията може да започне след сключване на трудов договор с базата за обучение със срок до датата на придобиване на права на специалист, но не по-късно от една година от допускането на специализанта до държавен изпит. Специалните разпоредби за сключването на трудовия договор са работодателят да създаде длъжност „лекар, специализант по ...“ и да заплаща на специализантите трудово възнаграждение не по-малко от минималния месечен размер на определения в закона осигурителен доход за лекарите със специалност. Ръководителят на специализанта има задължения да представя информация на съответното висше училище по отношение изпълнението на индивидуалния учебен план, но не и задължение да информира работодателя за напредъка на специализанта. В длъжностната характеристика на специализанта се включва задължение да се обучава, извършвайки дейности под надзора на клиничния ръководител, а не да отдава своята работна сила. Реално работодателят не знае каква дейност изпълнява специализанта и какъв е неговият напредък – има ли дейности, които е усвоил професионално и може ли да ги изпълнява самостоятелно, както и това дали се справя с поставяните задачи и дали с дейността си не застрашава безопасността на пациентите и персонала. Няма механизъм, по който работодателят да търси отговорност от специализанта за недобре свършена работа, защото задължението на специализанта е да се обучава, а също и да има възможност да определя по-нисък размер на трудовото му възнаграждение в зависимост от обема и сложността на работата или при незадоволително усвояване на професионални умения. Във връзка с това не може още да сключва трудов договор със срок за изпитване или да прекратява трудовия договор поради липса на качества на специализанта за ефективно изпълнение на работата – все права, които работодателят има в общия случай по трудовото правоотношение с персонала и които спомагат за ефективното управление и гарантирането на качествена медицинска дейност.

Разликата с общите разпоредби в трудовото законодателство е, че лекарят без специалност се назначава на най-ниската щатна длъжност „лекар ординатор“, възлага му се изпълнение на трудови задължения от най-ниското ниво на медицинска компетентност, определя се медицинската и административната подчиненост, основното трудово възнаграждение за заеманата длъжност и допълнителните възнаграждения, които са в зависимост от оценката на прекия ръководител и резултатите от труда му. Разходите за трудово възнаграждение и осигуровките на ординатора се включват в общите разходи на предоставените здравни услуги. В този случай на лекаря се признава

завършената магистърска степен по медицина и, макар ограничена, професионална компетентност да извършва медицинска дейност.

Освен негативите за работодателя от невъзможността да използва ефективно работната сила на специализантите в диагностично-лечебния процес, специализантите също са неудовлетворени, защото трудът им не се документира, а по-сложна дейност не им се разрешава да извършват дори и да са подготвени за това. Истината е, че по време на специализацията те извършват рутинни дейности, а същинската специализация започва едва след получаването на диплома за специалност и работа на длъжност лекар. В периода след специализацията се осъществява действителната саморегулация на лекарската дейност – тогава началникът на клиниката/отделението/лабораторията разпределя задачите и отговорностите в зависимост от личните качества и квалификацията, осигурява консултации и професионална подкрепа за начинаещите лекари от страна на по-опитните им колеги. На практика се получава, че специализацията е пропуснато време в кариерното развитие на лекарите. Неефективно е лекарите, придобили магистърска степен по медицина и положили клетва, да наблюдават какво правят лекарите със специалност и между другото да се опитват да извършват някаква лечебна или диагностична дейност.

Предлаганите промени в правното регулиране статуса на специализантите и обучаващите лекари позволяват специализантите да сключват трудов договор за работа като лекар на ординаторска длъжност, с което се включват в списъчния състав на персонала на лечебното заведение, като лекари с частична правоспособност. Така те ще станат част от необходимия брой лекари за осигуряване на непрекъснат диагностичен и лечебен процес и след като трудът им се включи в себестойността на лекуваните пациенти, специализантите ще имат законното право на определен размер от допълнителните възнаграждения, получавани от персонала за работа по клинични пътеки. Едновременно с това и работодателят ще може да определя основното им възнаграждение в зависимост от напредъка и получените сертификати и съгласно въведените системи за работна заплата и атестиране на персонала, да налага дисциплинарни наказания и да прекратява трудовия договор при незадоволителна или лоша оценка от страна на клиничния ръководител и съответния началник на структурно звено.

Съществени са различията в сегашната правна уредба у нас със специализацията в Германия, където много млади лекари избират да специализират по медицински специалности с хирургическа насоченост. По техните думи безспорно финансовият

момент е един от факторите, които са повлияли на решението им да специализират в чужбина, но водещата причина са условията в България, където четири или пет години може да нямаш собствени операции, но да получиш диплома за специалист по хирургия.

- Относно *икономическите аспекти* при провеждането на клиничната специализация на лекарите:

Зад гръмкото заглавие в Наредба № 1/2015 г. на Глава пета „Определяне на местата за специализанти, финансирани от държавата“ реалността е, че чрез бюджета на Министерство на здравеопазването се осигурява финансиране само на автономните висши медицински училища от друг сектор – образователния, а за системата на здравеопазването държавата от 2015 г. не отделя нито лев за обучението на специализантите – нито за техните възнаграждения, нито за покриване на разходите на лечебните заведения за организиране и провеждане на клиничната специализация.

На заседанието на парламентарната Комисия по здравеопазване на 18.01.2018 г. член на комисията постави въпрос към министъра на здравеопазването за предвижданите стъпки към решаването на проблемите на специализиращите лекари и незаконосъобразните практики при специализациите. Уточнено беше, че те се отнасят до заставяне на някои места специализантите да подписват отказ, че не желаят да получават заплати като условие да бъдат оставени да специализират, причината за което е липсата на средства и прехвърлянето на отговорността за заплащането на младите лекари изцяло върху болниците.

Министърът отклони отговора към даването на обещание, че екипът му полага усилия да изработи по-бързо механизъм за определяне на размера на възнагражденията в лечебните заведения, за да се създадат стимули медиците да търсят реализация не само в столицата и големите градове, но и в малките населени места. Поясни също, че това се отнася и до наредбата за специализациите. Но от отговорът не стана ясно дали промените ще включват и държавно субсидиране на клиничната специализация на лекарите.

Вероятно отпадането на държавното финансиране на част от специализацията е свързано с презумпцията, че медицинската компетентност на наетата работната сила се заплаща от приходите за изпълнени клинични пътеки и държавата не може да субсидира дейност, която се финансира от здравната каса. Но в случая става въпрос за субсидиране от Министерство на здравеопазването на дейност, която:

- първо, не се включва в държавната субсидия, осигурявана чрез бюджета на Министерство на образованието и науката за издръжка на обучението на студентите, защото студентското обучение и специализацията на лекарите са две различни

направления в медицинското образование и заедно с третото направление - непрекъснатото професионално развитие, обхваща цялата активна професионална дейност на лекарите,

- второ, медицинската компетентност на лекарите специалисти, които участват като изпълнители на медицинска дейност, заплащана от касата, не съвпада с компетентността на специалистите, която се увеличава постепенно от зачисляването до придобиването на пълна правоспособност в края на специализацията, а организацията на лечебното заведение по обезпечаването на учебния процес, както и личната ангажираност на лекарите специалисти да обучават по-неопитните си колеги, не се заплаща от здравната каса.

Не би трябвало да има възражения срещу държавното финансиране, основаващи се на съмнения за начина на отчитането и контрола върху изразходваните средства, защото Министерството на здравеопазването има опит повече от 15 години в създаването на методики за финансирането на дейности, които не се заплащат от НЗОК – първоначално по тях се отчитаха пациентите със заболявания, които не бяха включени в клиничните пътеки, след това останаха дейности като хемодиализата, интензивното лечение, спешната помощ, ТЕЛК и др., които преставаха да бъдат финансирани от министерството, след включването им в договорите на лечебните заведения с НЗОК.

Предлаганите промени в икономически аспект се отнасят до финансиране на теоретичното обучение и част от издръжката на практическото обучение на специалисти, които се обучават в дефицитна специалност или в лечебно заведение, което се намира в непривлекателен район на страната; частично финансиране на разходите за заплати на специалистите по критерий изравняване на възможностите за специализация и компенсиране на увеличените разходи за назначаване, обучение и подобряване на заетостта ; осигуряването на финансиране от държавата и общините за основни ремонти, закупуване на апаратура, информационна и комуникационна техника в обучаващите лечебни заведения; осигуряване на жилища на лекарите и техните семейства, детски градини за децата и други преференции, които местната власт може да предложи на специалистите.

Целта е да се гарантира безопасността на предоставяните здравни услуги, независимо от местоположението на лечебното заведение чрез разпределяне на отговорностите и ресурсите в процеса на клинична специализация; да се стимулира заетостта и създаването на работни места за лекари специалисти и задържането им на работа след придобиване на клинична специалност в лечебни заведения, осъществяващи дейност в

непривлекателни райони на страната. По този начин ще се променят предпочитанията на младите лекари да специализират основно в университетска болница.

Пример в това отношение е въведената от 1 април 2014 г. система за финансиране на медицинското образование и обучение в Англия, която се прилага за следдипломното обучение на специализантите. Тарифната система е създадена, за да осигури по-прозрачен механизъм за финансиране на разходите за заплати, надбавките за отпуск за обучение, за проучвания и други разходи, свързани с обучението. Тарифата има два компонента - първият компонент е частично финансиране на разходите за заплати – 50% от основните разходи за заплати, включително осигуровките, се финансират чрез Местните комисии за образование и обучение, а останалата част - съгласно Закона за заетостта; вторият компонент е таксата за осигуряване на процеса на обучение, която се образува в зависимост от броя и потребности на специализантите и оценката на неизбежната разлика в цената между доставчиците на здравни услуги, на базата на тяхното географско местоположение.

Направените изследвания и анализи в настоящия докторантски труд доказват освен неефективността на процеса за придобиване на специалност, така също и липса на системност в предлаганите законодателни промени. Потвърждава се необходимостта от управленска стратегия за реформа в системата на клиничната специализация на лекарите.

4.3.3. Анализ на професионалните нагласи за промени

За целите на настоящото изследване е важно да се проследят нагласите, желанията и очакванията на българските лекари за осъществяване на предложените промени в системата за придобиване на клинична специалност. Първоначалната идея беше да се проведат индивидуални дълбочинни интервюта с представители на заинтересованите страни и професионално изявени в своята специалност лекари. Затова определих четири групи въпроси, а именно:

Първата група основни въпроси се отнася до съвременната тенденция в западните страни държавата да децентрализирана оперативната дейност по определени специфични дейности и регулирани професии, като на корпорации на публичното право (лекарските камари) се прехвърля отговорността да се саморегулират.

Отговорите на тези въпроси ще отчетат нагласите на лекарите да бъдат разширени правомощията на съсловната организация и чувството им за принадлежност към Българския лекарски съюз.

Втората група въпроси са адресирани към ръководствата и преподавателите във висшите медицински училища и се отнася до оценката им за ефективността на институционалната структура на клинична специалност от лекарите.

Отговорите на тези въпроси ще покажат доколко обективно се идентифицират проблемите в процеса на специализация от страна на академичните среди, след като теоретичното обучение се провежда не само в университетските болници и не само от университетски преподаватели, но и в други болници и от лекари специалисти без академично звание и длъжност.

Третата група въпроси се отнасят до мениджмънта на обучаващите болници – университетски, областни, общински и частни болници и техните структури - клиники, отделения и лаборатории.

Тази група въпроси трябва да допълни съществуващите факти по отношение **неравнопоставеността на заинтересованите страни** и възлагане на административното, кадровото и финансово обезпечаване на клиничната специализация на лекарите само на болниците. Проблемите тук са видими, а негативните резултати – измерими.

Четвъртата група въпроси се отнасят до обучаващите и обучаваните лекари в процеса на придобиване на клинична специалност.

Тази група въпроси е свързана с **неефективността на процеса на придобиване на клинична специалност** – от една страна, незаинтересованост от страна на обучаващите лекари, поради професионална претовареност и липса на допълнително възнаграждение за наставничество, а от друга, поставянето на специализантите в ситуация „да крадат“ занаят. Основният проблем тук е свързан с лишаването на специализантите от правоспособност през целия срок на специализацията, за разлика от западните системи, където или се сертифицира всяка усвоена медицинска дейност (пр. Англия) или се извършва медицинска дейност с увеличаваща се степен на самостоятелна отговорност (Австрия, Германия).

С повечето от предварително определените респонденти имам професионални ангажименти и познавам лично, като многократно в годините назад взаимно сме обсъждали проблемите в специализацията на лекарите. Поради този факт поканата за интервю беше приемана радушно, но след представянето на основните въпроси

реакциите бяха различни – някои признаваха, че нямат информация и не могат да отговорят на въпроси за специализацията на национално равнище, други даваха отговори, които напълно противоречаха на мнението, изказано преди да бъде включен диктофона, трети даваха отговор с едно изречение или с една дума, четвърти не върнаха отговор на поканата по електронната поща. Това доведе до прекратяване на работата по индивидуалните дълбочинни интервюта, като до този етап бях направи покана към лекари и преподаватели, но до официална покана за интервю към ръководствата на БЛС и висшите медицински училища не се стигна.

Оказва се, че лекарите са по-словоохотливи и дават интервюта в медиите, като въпросите на журналистите и техните отговори се припокриват с въпросите, които бях формулирала за индивидуалните дълбочинни интервюта. Това позволи 55 интервюта да бъдат използвани при анализиране на социално-икономическата и професионалната среда и нагласите на лекарите, а неуспешният опит да се направят индивидуални дълбочинни интервюта се превърна в още едно доказателство, че проблемите съществуват, но лекарите нямат консенсус каква да бъде насоката.

Най-важното обаче е, че този първоначален етап от подготовката на индивидуалните дълбочинни интервюта се оказа самостоятелно емпирично изследване, резултатът от което може да бъде формулиран по следния начин: разнопосочни са професионалните нагласи за развитие на специализацията на лекарите у нас, защото досега лекарите, които са водещите ни специалисти, са постигнали своите успехи благодарение на индивидуалния си стремеж за усъвършенстване и специализация, най-вече в чужбина. Наблюдава се повторение на закономерността от следосвобожденска България, когато лекарите учат в чужбина и в зависимост от университетските градове, пренасят влиянието на техните култури и медицински школи в практиката, а също така и различни виждания за организацията на общественото здраве. Сега, училите и специализираните в САЩ, застъпват тезата, че лекарското самоуправление и саморегулация е отговорност на гилдиите по съответните специалности, а тези, които имат повече специализации в Европа, смятат системата на независимата национална съсловна организация за по-близка до нашата традиция.

Лекарите около 50-годишна възраст, които са преобладаващата част от лекарите у нас, не свързват постигнатите успехи в кариерата с подкрепа от страна на лекарското съсловие и затова са скептични, не само към разширяване на правомощията на Българския лекарски съюз, но и като цяло към националната система за клинична специализация. Този скептицизъм съществува и сред младата генерация лекари, също

търсеща по-добри условия за кариерно развитие и специализация извън страната. Каква част от емигриралите лекари ще се върнат да практикуват в България като високоспециализирани в своята професия, не може да се прецени.

От лекарския съюз има ясни сигнали, че задържането на лекарите да работят в страната е приоритет, въпреки че БЛС вижда решаването на проблема с кадрите извън своите структури и е встрани от обсъждането и вземането на решения за реформи в сектора. Конкретните действия са с характер на синдикални искания: за остойностяване на лекарския труд, за по-добри условия за специализация и работа на лекарите и финансиране на здравния сектор. Гарантирането на качеството на медицинската дейност се свързва само с продължаващото обучение, което е в настоящите правомощия на БЛС.

Водещи специалисти от академичните среди пледират за преструктуриране на БЛС в лекарска камара, като изтъкват, че едно от най-важните направления за намаляването на лекарските грешки е ежегодно да се извършва анализ на дейността на всеки един лекар, а основната задача на лекаря е да се самоусъвършенства. Обучението на лекарите обаче не е въпрос само на желание за самоусъвършенстване, но и ангажимент на съсловната организация. Смисълът е да се създаде независима институция, лекарска камара, чиято основна функция да е провеждането на следдипломно медицинско обучение и неговата акредитация. Въвеждането на правила за саморегулация първо е в полза на обществото, защото при всички случаи води до подобро качество на медицинското обслужване, и второ е в полза на самата гилдия, защото изпълнявайки качествено задълженията си, тя е защитена от каквито и да било нападки. Създаването на лекарска камара ще доведе до по-добро образование, специализация, непрекъснато обучение и следене на новите неща, които се въвеждат, във всички случаи ще доведе до по-добро качество на медицинското обслужване и ще сведе до минимум лекарските грешки. Със създаването на лекарска камара ще се въведат процедури за проследяване работата на лекарите.

Преди години, когато беше повдигнат въпросът за лекарска камара, имаше отпор, както от самите лекари срещу евентуален „академичен“ диктат, така също и от съсловната организация срещу създаването на лекарска камара, извън структурата на лекарския съюз. След затихване на дебата Българският лекарски съюз, в рамките на правомощията си, направи съществени стъпки в посока лекарска саморегулация: създаден е Акредитационен съвет към БЛС със статут на висш независим орган в системата на продължаващото медицинско образование; Национални експертни специализирани лекарски бордове по специалности; правила за добра медицинска

практика по отделните специалности, усъвършенства се регистъра на практикуващите лекари.

Лекарите, които специализират в страната са на мнение, че един от основните нерешени проблеми е късането на връзката между институциите – по време на следването студентите са част от медицинския университет, а след дипломирането и започването на работа специализантите се чувстват „като част от нищото“. Изход от това състояние младите лекари виждат в посредническата функция на съсловната организация при избора на специалност и мотивирането им да останат в страната.

Друг основен проблем, който въздейства върху емиграционните нагласи на лекарите е невъзможността законосъобразно да извършват медицинска дейност по време на специализацията, което поставя специализантите в положение „да крадат занаят“ и ги лишава от възможността от по-ранно кариерно развитие.

Работодателите в здравеопазването признават, че поради липсата на свободни средства за покриване на възнагражденията и разходите за специализация, се ограничават да обявяват места за лекари специализанти. Затова специализантите, след като не намерят подходящо място, заминават да специализират в чужбина.

Предложението на университетските болници е да получават субсидия за извършваните в тях дейности, които определят статута им – извън основната диагностично-лечебна и рехабилитационна дейност в тези болници се изпълняват и други основни дейности – преподавателска, експертна, научна и консултантска. Мениджмънтът на университетските болници отделя за тях от собствените си приходи за диагностика и лечение на пациентите и мобилизира значителен човешки ресурс в тази насока.

Професионалните нагласи за въвеждане на промени в системата за придобиване на специалност в сферата на здравеопазването въз основа на анализиранияте 55 интервюта, дадени от водещи специалисти в медицинската наука и практика и здравния мениджмънт, могат да се обобщят по следния начин:

- досега повечето лекари са постигнали своите успехи благодарение на индивидуалния си стремеж за усъвършенстване и специализация и не свързват постигнатите успехи в кариерата с подкрепа от страна на лекарското съсловие, поради което манифестираните професионални нагласи към съсловната организация и системата на специализация са разнопосочни;

- различията са по отношение начина на усъвършенстване на медицинските кадри на национално равнище – първият е за специализирано обучение само в университетски

болници, насърчаване на индивидуалния стремеж за квалификация и регулиране на медицинската дейност и етичното поведение чрез гилдиите по отделните специалности, другият подход е да се следва националната традиция от периода на ИСУЛ за разграничаване на обучението по медицина от специализацията и усъвършенстването на лекарите, каквато е практиката в напредналите страни;

- съсловната организация дава ясен знак, че задържането на лекарите да работят в страната е приоритет, въпреки че БЛС вижда решаването на проблема с кадрите извън своите компетенции и е изолиран от обсъждането и вземането на решения за реформи в сектора;

- гарантирането на качеството на медицинската дейност се свързва само с продължаващото обучение, което е в настоящите правомощия на БЛС;

- основната задача на лекаря да се самоусъвършенства не е въпрос само на лично желание, но и на ангажимент на съсловната организация, която трябва да гарантира високия професионализъм на всички практикуващи лекари;

- представители на академичната общност са за реструктурирането на БЛС в лекарска камара и ежегодното извършване на анализ на дейността на всеки един лекар, защото това е едно от най-важните направления за намаляването на лекарските грешки;

- част от практикуващите лекари са на мнение, че поради натовареният си работен график, нямат достатъчно свободно време за провеждане на акредитирано продължително обучение по специалността, а евентуалното реструктуриране ще доведе до „академичен диктат“ и ще затрудни още повече работата им;

- един от основните нерешени проблеми е късането на връзката между институциите – по време на следването студентите са част от медицинския университет, а след дипломирането и започването на работа специализантите се чувстват „като част от нищото“; изход от това състояние младите лекари виждат в посредническата функция на съсловната организация при избора на специалност и мотивирането им да останат в страната;

- основен проблем, който въздейства върху емиграционните нагласи на лекарите е невъзможността законосъобразно да извършват медицинска дейност по време на специализацията, което поставя специализантите в положение „да крадат занаят“ и ги лишава от възможността за по-ранно кариерно развитие;

- липсата на свободни средства за покриване на възнагражденията и разходите за специализация, води до ограничаване на обявяваните места за лекари специализанти, което е причина те да заминават да специализират в чужбина;

- необходимо е университетските болници да получават субсидия за извършваните в тях преподавателска, експертна, научна и консултантска дейности, които понастоящем финансират от собствените си приходи за диагностика и лечение на пациентите, мобилизирайки допълнително значителен човешки ресурс;

- липсва активност за създаване на стратегия за управление на промяната и инициране на законодателни промени.

Всички заинтересовани страни посочват, че трябва да се осъвремени системата на клиничната специализация, но за съжаление липсва активност от тяхна страна за създаване на стратегия за управление на промяната и инициране на законодателни промени.

Схема: Управленска отговорност в процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите по Наредба № 1/2015

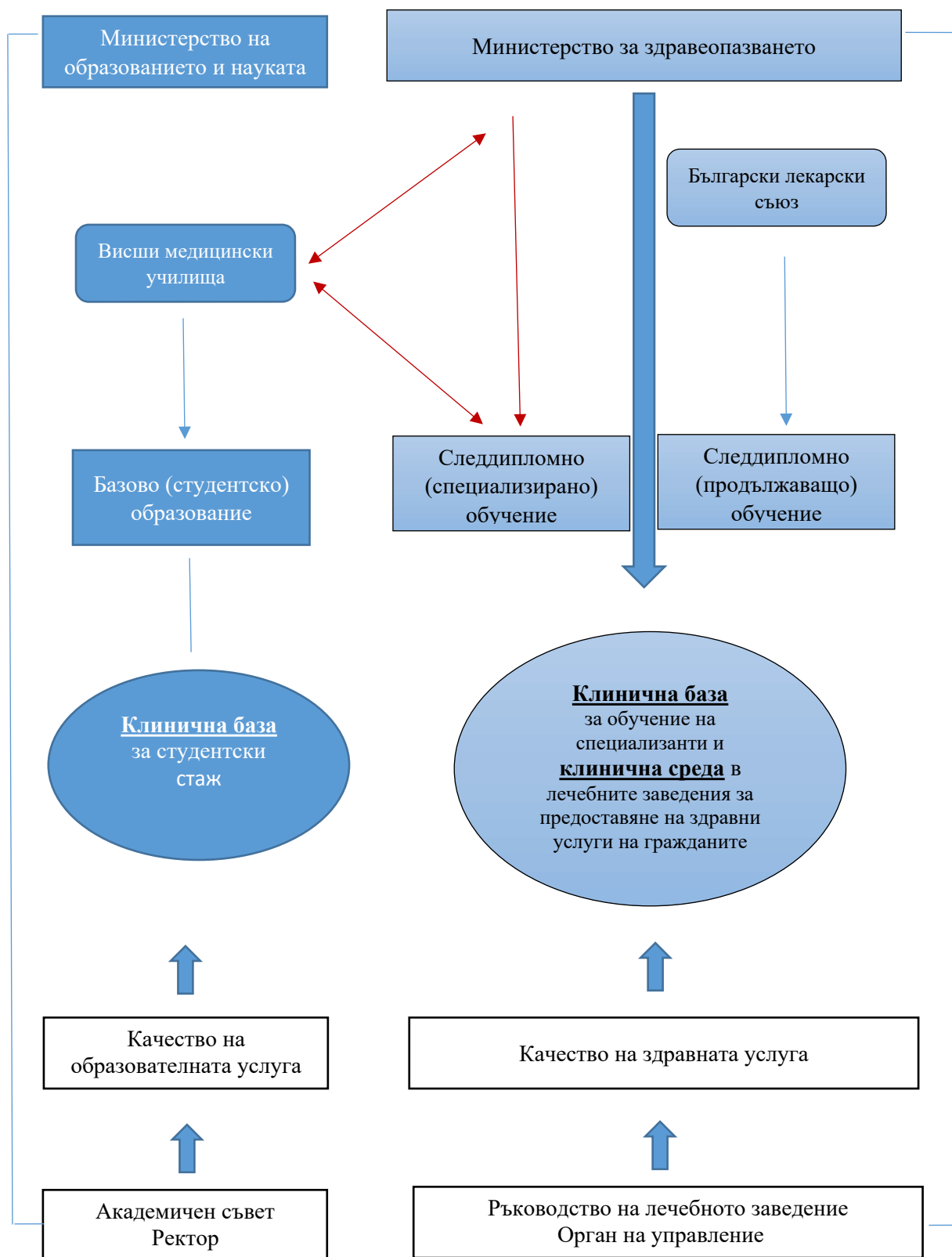
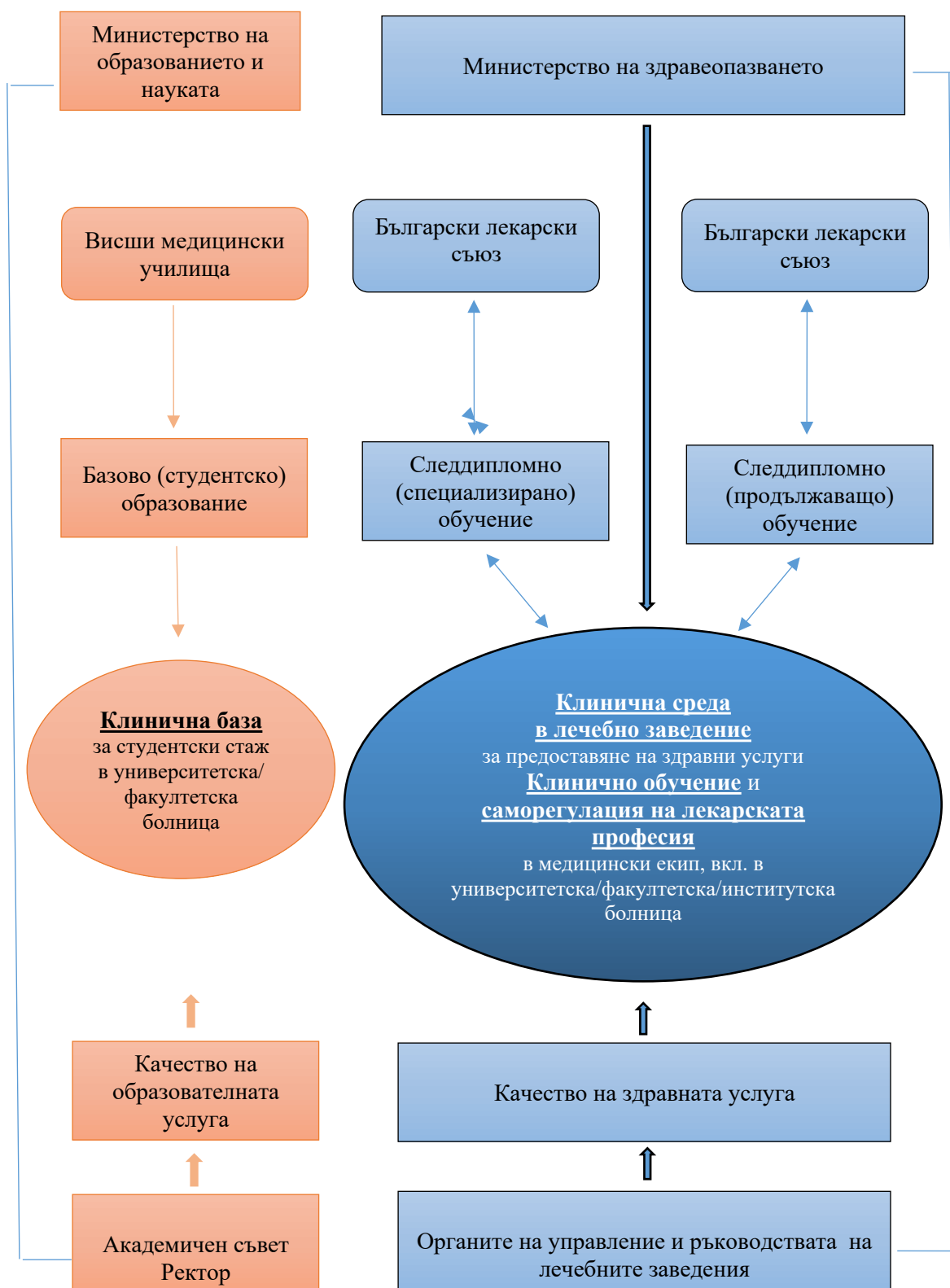


Схема: Ефективност на процеса за придобиване на клинична специалност от лекарите в усъвършенстваната система



Заклучение

Социалният проблем, който предизвика първоначалния интерес, е кризисното състояние на човешкия капитал в системата на здравеопазването, дължащ се в голяма степен на неразвитост на системите, които го възпроизвеждат. От тях с най-силно влияние върху качеството на разполагаемия човешки ресурс е системата за клинична специализация на лекарите, която в сравнителен европейски план не отговаря напълно на съвременните тенденции за успешно кариерно развитие на тези специалисти. Затова създаването на *стратегия за ефективно управление на националната система за клинична специализация на лекарите, като основна предпоставка за бъдещото подобряване състоянието на човешкия капитал на българското здравеопазване*, е социалната перспектива, в която е развита докторската теза.

С изпълнението на поставените задачи и обосноваването на необходимостта от управленска стратегия, е постигната основната цел - *да се определят възможности за подобряване ефективността на българската система на клинична специализация*. Аргументацията е разгърната в четирите глави на дисертацията, а резултатите потвърждават изследователските хипотези.

В *първа глава* е направен *исторически преглед* на развитието на медицинската специализация, както и на националната традиция в обучението и квалификацията на лекарите. Идентифицирани са също проблемите в действащата система, посочено е въздействието на ниската мотивация на специализантите върху устойчивостта и конкурентоспособността на сектора на здравеопазване.

Важен компонент на стратегическата визия е свързан с възраждането на две тенденции, за които съществен принос има българското лекарско съсловие. Понастоящем те са се наложили в европейските здравни системи, защото гарантират индивидуалната компетентност и етичното поведение на практикуващите лекари.

Първата тенденция се отнася до осъществяването на контрол на национално равнище върху правоспособността и етичното поведение на практикуващите лекари от самото лекарско съсловие. Тази първоначална идея е възприета много бързо и по инициатива на Софийското медицинско дружество отделните лекарски дружества в страната се обединяват, в резултат на което през 1901 г. е основан Българският лекарски съюз - втората професионална организация на лекарите в света, след английската. През 1929 г. той става професионална камара със задължително членство за всички практикуващи лекари, за да гарантира пред обществото тяхната правоспособност и спазването на

професионалната етика. По отношение на тази перспективна, но по онова време все още слабо развита в международен план обществена организация на лекарската саморегулация, настъпва рязка промяна през 1947 г., когато БЛС се влива в профсъюза на здравните работници. През 1998 г. лекарската организация е възстановена като независима, но въпреки задължителното членство в нея, тя продължава да има ограничени правомощия, отнасящи се само до продължителното професионално обучение, но не и към клиничната специализация на лекарите. За разлика от повечето европейски страни, в които националният орган е със статут на независима лекарска камара (корпорация на публичното право) и има правомощия да контролира индивидуалната квалификация, включително специализацията, и спазването на медицинската и професионална етика от всеки практикуващ лекар.

Втората тенденция е свързана с промяната в характера на специализацията в определена област на медицината, породена от разширяващите се научни изследвания, увеличаващите се здравни потребности на населението и постоянното въвеждане на нови информационни и комуникационни технологии. Тези динамични процеси увеличават обема знания и практически умения, които трябва да се обхванат професионално от един лекар. Затова се възприема, че качеството на предоставяните здравни услуги може да се гарантира чрез обособяването на специалности и подспециалности, специализираното обучение по тях и разширяването на достъпа до тези специалности и специалисти. Особено бързо се развиват тези процеси в периода след Втората световна война, когато у нас, на базата на Работническата болница „Царица Йоанна“ в София, се създава Институт за специализация и усъвършенстване на лекарите (ИСУЛ). Институтът има самостоятелна академична структура за обучение на специализанти, докторанти и продължителна квалификация на лекарите в лечебните заведения в цялата страна. Голямата леглова база дава възможност да се осигури на специализантите и курсистите продължителна практическа работа по специалността под ръководството на персонално определени и утвърдени специалисти. Такава практика за организация и контрол върху специализацията, различна от организацията и контрола върху студентското обучение по това време липсва в други страни, поради което опитът предизвиква определен интерес и международно признание. След това нещата се променят и иновативната практика да се усъвършенстват основно практическите умения на лекарите с допълващо теоретично обучение започва да се прилага и развива в чужбина, докато статусът на българските специализанти и към момента продължава да е по-скоро на стажанти от

последната практическа година на следването, отколкото на положили Хипократова клетва лекари.

В първа глава също така са проследени промените в наредбите за специализация и са идентифицирани проблемите, които влияят върху ефективността на клиничната специализация и мотивацията на специализантите. В оценъчен план има както добри, така и нецелесъобразни решения за регламентиране на процеса за придобиване на специалност. Но основната предпоставка за необходимостта от визия за стратегическа промяна е неефективността като цяло на действащите в момента разпоредби за придобиване на специалност.

Във **втора глава** са представени няколко ключови фактори на международната и европейската институционална среда, които са предпоставки за развитие на националната система на клинична специализация на лекарите и определят насоката на стратегическата промяна.

Първият фактор е свързан с характера на самата здравна услуга и европейския механизъм за регулиране дейността на доставчиците при трансграничното здравно обслужване. Особеното положение на здравната услуга се определя от взаимоотношенията лекар - пациент, които не са идентични с тези между доставчик и потребител. Това налага различна от тази на икономическите услуги правна рамка и гарантиране на сигурност при трансграничното здравно обслужване, като отговорността за организирането, финансирането и предоставянето на медицинска помощ е на отделните държави членки.

По отношение квалификацията на здравни специалисти, принципът на европейското право е, че граждани, квалифицирани да упражняват регулирана професия в държава членка, имат право да я упражняват навсякъде в Европейския съюз. Улесняването на предоставянето на услуги обаче трябва да гарантира общественото здраве и безопасността със специални разпоредби относно регулираните професии, предоставящи трансгранични здравни услуги.

Вторият фактор е свързан с детерминиращите условия на националните системи на здравеопазване, които са с най-висока степен на регламентиране и регулиране. Това се дължи освен на особеностите и обема на предоставяните здравни услуги, така също и на независимостта на лекарското решение, което е продукт на уникалната комбинацията от знания, умения и интуиция при лечението на всеки отделен клиничен случай и влиянието му върху работната сила на обществото и разходите за здравно осигуряване. Затова, освен всичките форми на мониторинг и контрол върху здравната инфраструктура и

медицинската дейност, в повечето европейски здравни системи общата рамка включва самоуправлението на лекарската професия и саморегулацията на медицинската дейност. Оценката за ефективно-неефективно (ефикасно-неефикасно) лекарско решение от медицинска гледна точка може да се дава само от оправомощени структури на съответната лекарска камара, а при контрола на изпълнителната власт и финансиращите органи се отчитат медицинската грешка, нанесената вреда на пациента и евентуална финансова злоупотреба. За разлика от добрата европейска практика в този аспект, в нашето законодателство не е институционализирана саморегулацията на лекарското съсловие.

Друг фактор, който определя насоката на стратегическата промяна на клиничната специализация, са *инструментите (декларации, становища и препоръки) на Световната медицинска асоциация (СМА)*, чрез които се очертават международно приетите граници и съдържание на професионалната отговорност на лекарите. От тях са издирени и систематизирани тези, които се отнасят до медицинските кадри, професионалната автономия и саморегулация, и клиничното обучение на лекарите.

Основните постановки са следните:

- препоръчва се възприемането на принципа, че поддържането и развитието на лекарските умения и технологии, а оттам и осигуряването на качествена медицинска помощ, се основават на клиничния опит на лекаря и възможностите му да оказва помощ на пациента, а националните медицински асоциации трябва да си сътрудничат със своите правителства за възприемане и прилагане на този принцип в подготовката на законите и определянето на политиката относно медицинските институти;

- клиничното обучение следва да бъде центрирано върху работата с пациенти под наблюдение и да включва непосредствен личен опит в диагностициране и лечение на болестта с нарастващо поемане на отговорности;

- медицинската професия има важната характеристика да се саморегулира като естествена последица от правото на професионална автономия – независимо от другите форми на контрол, прилагани към всеки отделен лекар, лекарското съсловие носи основната отговорност за професионалното поведение и дейност на лекарите;

- системата на саморегулация следва да осигури качеството на помощта, оказвана на пациентите и компетентността на лекаря, предоставящ тази помощ, като насърчава прилагането на научните постижения в медицината и изисква използването на терапевтични методи, които са безопасни и ефективни;

- съобразяването с размера на разходите е съществен елемент от саморегулацията, поради което лекарите трябва да са специално подготвени да оценят мерките, предприемани за тяхното ограничаване, а националните медицински асоциации трябва да задействат собствени механизми за съдържането им;

- националните медицински асоциации следва да гарантират етично поведение на лекарите към техните пациенти – нарушенията да бъдат незабавно отстранявани, а виновните наказани и професионалното им поведение – коригирано;

- системата за саморегулация ще даде възможност на националната медицинска асоциация да подкрепи правото на отделния лекар да лекува пациентите си без странични въздействия, с професионална свобода и в съответствие с личната си професионална преценка – отговорното професионално поведение на всеки отделен лекар и ефективната и ефикасна система на саморегулация на националната медицинска асоциация са необходими, за да може всеки член на обществото да е сигурен, че когато той е пациент ще получи качествена медицинска помощ, предложена от компетентен лекар.

Следващ основен фактор, който налага преосмисляне на действащите разпоредби и определя необходимостта от създаване на управленска стратегия е *стандартът за следдипломно (специализирано) медицинско образование на Световната федерация за медицинско образование (СФМО)*. Една от целите на организацията е да гарантира практикуването на медицина и използването на работната сила в медицината, както и нейната нарастваща интернационализация, чрез ясно формулирани международни стандарти за медицинско образование.

Стандартът на СФМО за следдипломното медицинско образование възпроизвежда основните принципи на добрите практики в следдипломното (специализирано) медицинско обучение, а прилагането му служи като препоръка и уверение за качествата на лекарите, където и по света да работят. Част от разработените насоки за изпълнение на стандарта са:

- специализацията трябва да интегрира обучението и медицинската дейност (обучение на работното място), включващо личното участие и отговорност на обучавания в предоставяните здравни услуги и грижите за пациентите в обучаващите институции;

- обучението трябва да включва даването на оценка на специализантите, като компетентните органи определят и посочват използваните методи за оценяване, включително критериите за успешно полагане на изпити или други подобни форми на оценка;

- следдипломното специализирано обучение в избраната област на медицината трябва да се провежда на платена позиция в обучаваща институция и да включва участие във всички медицински дейности, които са от значение за обучението, включително и задължение за повикване.

Съществена постановка в стандарта, която кореспондира директно с виждането на автора за необходимостта от стратегия за промяна е, че съответните държавни органи и лекарското съсловие трябва да разработят механизъм за оценка на програмите за обучение, за да се гарантира тяхното качество. При съществуващата динамика на следдипломното обучение по медицина е необходимо структурата и съдържанието на програмите за обучение перманентно да се актуализират като се отстраняват констатираните в хода на обучението пропуски.

Трета глава на дисертацията съдържа три части, в които е изследван и анализиран процесът за придобиване на клинична специалност.

В първа част на трета глава са изследвани и формулирани функциите на БЛС като професионална камара чрез анализ на законовите правомощия на съсловната организация, включително и в областта на професионалната саморегулация на лекарската професия, които трябва да бъдат регламентирани.

При анализа на функциите на независима съсловна организация на лекарите със статут на корпорация на публичното право се обосновава хипотезата, че съществуващата централизация при провеждането на клиничната специализация води до слабости в нейното оперативно управление и в гарантиране качеството на процеса на придобиване на специалност.

Съпоставката на управленските политики на висшите медицински училища и лечебните заведения за болнична помощ е направена чрез анализ на основните им дейности и прилаганите акредитационни процедури. Изводът от този анализ е, че институционалната структура на системата за клинична специализация е неефективна, защото прехвърлените от министъра на здравеопазването управленски функции в сферата на специализираното следдипломно обучение върху медицинските висши училища са несвойствени за тях, поради което се добавя бюрокрация и се ограничава конкуренцията между доставчиците на следдипломна образователна услуга. Това е в подкрепа на хипотезите, че липсата на диференциация на критериите за признаване на лечебно заведение или отделно негово звено за обучаваща структура води до намаляване броя на специализантите в по-малките населени места, а слабата конкуренция между обучаващите институции не позволява повсеместно прилагане на иновативни методи и

форми на обучение и квалификация в съответствие с водещите световни тенденции и добрите европейски практики.

Изследването на статуса на лекаря специалист включва преглед на европейските документи и българското законодателство в областта на правоспособността на лекарите специалисти и изяснява същността на тяхното трудово правоотношение.

Разкриването на естеството на клиничното обучение, на съвременното развитие на обществените отношения във връзка с компетентността на лекарите и необходимостта от въвеждането на национални регулации, чрез които да се провежда здравната политика в областта на специализацията на лекарите, е в подкрепа на хипотезите, че:

- отсъствието на независим от изпълнителния орган (министъра на здравеопазването) национален регулатор в лицето на съсловната организация на лекарите води до снижаване на контрола върху системата на клинична специализация;

- правният статус на лекаря специалист към момента не дава право той да извършва медицинска дейност в рамките на обучаващата структура, което пречи на по-ранната професионална реализация и води до засилване на нагласите на младите лекари да специализират в чужбина, където имат право да осъществяват дейност с увеличаваща се степен на самостоятелна отговорност;

- липсата на регламентация относно правото и задължението на обучаващия лекар и на работодателя да оценяват напредъка на специалиста в усвояването на нови знания, умения и поемането на отговорност при изпълнението на служебните задължения, е пречка за тяхната ангажираност към обучението, което отново води до снижаване качеството на индивидуалната специализация.

Финансирането на обучението през последните пет години е обект на критичен анализ въз основа на данните, предоставени от Министерство на здравеопазването по реда и условията на Закона за достъп до обществена информация. Изводът от него е, че *финансирането от държавния бюджет* на клиничното обучение не съответства на променените обществени условия на развитието на медицинската наука и здравните технологии, и на интернационализирането на лекарската професия и медицинското обучение. Той обосновава тезите на автора, че:

- настоящият начин на финансиране на клиничното обучение пречи на обявяването на достатъчно места за специализация и не компенсира увеличените разходи за назначаване, обучение и задържане на лекари;

- отсъствието на социални преференции не стимулира заетостта и създаването на работни места за лекари специалисти на територията на съответната община и

задържането им на работа в общинските лечебни заведения след придобиването на клинична специалност;

- липсата на *ангажимент от страна на всички заинтересовани страни* за финансиране и инвестиции в процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите не гарантира качеството и безопасността на предоставяните здравни услуги в лечебните заведения в по-малките общини.

Във **втора част на трета глава** е направено изследване на чуждия опит в управлението на клиничната специализация на лекарите в три европейски страни – *Австрия, Великобритания и Германия* – от гледна точка на действащите в тях системи за саморегулация и самоуправление на лекарското съсловие и специализираното обучение. Накратко този опит може да бъде описан по следния начин:

В **Австрия** дейността на *Австрийската лекарска камара (Österreichische Ärztekammer (ÖÄK))* е насочена в защита на професионалните, социалните и икономическите интереси на всички лекари, работещи в Австрия. Отговорността ѝ е да гарантира спазването на правата на лекарите, изпълнението на професионалните им задължения и запазване на тяхната репутация. Едновременно с това лекарската камара изпълнява своята отговорност към цялото общество за осигуряване на модерно здравеопазване и безопасност на пациентите чрез поддържането на високо професионално ниво на практикуващите лекари и постоянно управление на качеството. В периода на специализацията, която е регулирано придобиване и доказване на необходимите професионални знания, опит и умения, специализантите извършват и по-сложни медицински дейности в условията на намаляващ надзор от страна на клиничния ръководител. Те обаче нямат право да работят по време на нощни, почивни и празнични дежурства без едновременно с тях да работят лекари специалисти.

Специализираното обучение за придобиване на клинична специалност и обща медицина в Австрия се провежда в университетски и учебни болници, и в акредитирани от лекарската камара учебни болници и образователни практики.

Във **Великобритания** има две отделни организации на британските лекари – синдикат и камара: Британската медицинска асоциация (*The British Medical Association (BMA)*) е синдикалната организация на лекарите, а *Националният лекарски съвет (The General Medical Council (GMC))* е отговорният орган за медицинско образование, правоспособност и работа на лекарите, притежаващ функции на лекарска камара.

През 1858 г. БМА изиграва ключова роля в изготвянето и приемането на Медицинския закон, с който се създава Националният лекарски съвет със задача да определи стандарт

за квалификацията на лекарите и да създаде система за професионално регулиране. Днес, основната задача на Националния лекарски съвет е да осигурява подходящи стандарти в медицинската практика. В тази връзка законов ангажимент на Националния съвет е да предоставя на лекарите насоки по отношение на професионалното им поведение и медицинска етика чрез публикуване на добра медицинска практика.

Националният съвет е независим орган, който регулира студентското медицинско образование и следдипломното обучение в Обединеното кралство. Следдипломното обучение обхваща задължителното двугодишно обучение, специализацията на лекарите, включително обучението по обща медицина и продължаващото обучение. Правомощията и задълженията на Националния съвет са регламентирани в Медицинския закон от 1983 г., а неговото предназначение е да гарантира доверието на пациентите в лекарите.

В **Германия** централна организация в системата за медицинско самоуправление е *Федералната лекарска камара (Bundesärztekammer (BÄK))*, която обединява 17-те лекарски камари в Германия (*Landesärztekammer*). Тези камари са самоуправляващи се публични институции, независими от правителствата на отделните провинции. Членството в камарите на федералните провинции е задължително за всички лекари, които практикуват в Германия.

Асоциацията на немските камари на лекарите представлява интересите на лекарите по въпроси, свързани с професионалната политика и е активен участник в законодателните процедури, в процесите при формиране на становища и мнения, свързани със здравеопазването и социалната политика.

Според Правилникът за квалификация на лекарите (*Weiterbildungsordnung*), специализацията в Германия е обучение за придобиване на специфични умения в определена област на медицината след завършване на основна образователна степен и получаване на разрешение за практикуването на медицина. Тя се характеризира със следното:

Федералната лекарска камара (*Bundesärztekammer (BÄK)*) разработва правила за обучение, които имат препоръчителен характер и определят минималните срокове и минималното съдържание, а условията на индивидуалната специализация се регламентират от лекарската камара на провинцията, в която работи съответния лекар.

Отговорни по всички въпроси, отнасящи се до следдипломното (специалното и продължителното) медицинско обучение са лекарските камари на отделните провинции (*Landesarztekammern*).

Обучаващият лекар е специалист в определена медицинска специалност или подспециалност, който притежава сертификат, издаден от провинциалната лекарска камара.

Център за обучение е университет, институт, отделна клиника на лечебно заведение или лекарска практика, одобрени от лекарската камара на провинцията, в която се намира.

Федералната лекарска камара е неперсонифицирано сдружение, а камарите на лекарите на отделните провинции са корпорации на публичното право.

Сертифицираният от лекарската камара и работещ в одобрен център за обучение лекар специалист притежава властовият ресурс да провежда и оценява обучението на специализанта.

Изискванията към центъра за обучение са да поддържа необходимия брой пациенти с типични за съответната специалност заболявания; да разполага с персонал и оборудване, отговарящи на развитието на медицината и на програмите за обучение и да осигурява редовни обучителни консултации.

Добрите практики в тези държави доказват ефективността на професионалното саморегулиране и самоуправление на лекарите и необходимостта то да бъде институционализирано в националната ни система за клинична специализация на лекарите.

Анализите в *трета част на трета глава* обосновават необходимостта от институционални промени, промени в правния статус на обучаващите лекари и специализанти и промени във финансирането на системата за клинична специализация на лекарите. Основните заключения и изводи в тази връзка са следните:

- в България има традиция в лекарското самоуправление и саморегулация на медицинската дейност, която трябва да бъде възстановена и развита;
- практическото обучение на лекарите, саморегулацията на независимата лекарска професия и лекарската експертиза по всички въпроси, касаещи общественото здраве и социалното осигуряване се определят от страна на Световната медицинска асоциация като условие за предоставяне на качествени здравни услуги и осигуряването на здравна помощ на гражданите и се насърчават;
- заложените в международните стандарти на Световната федерация за медицинско образование изисквания за непрекъснато усъвършенстване на организационната структура, актуализирането на учебното съдържание и подобряването на контрола върху качеството на студентското, специализираното и непрекъснатото медицинско

обучение, са в подкрепа на въвеждането на нови методи и форми за придобиване на знания и иновационно управление на медицинското образование;

- добрите управленски практики в повечето европейски здравни системи в областта на специализираното следдипломно медицинско обучение допринасят за оптимално регулиране на професионалните задължения във всички медицински области;

- промените социално-икономически и технологични условия в здравеопазването в световен мащаб изискват адекватни структури и органи на управление, по-добри условия на работа и кариерно развитие на лекарите, отговарящи на новата глобална клинична среда за предоставяне на здравни услуги и новия тип комуникация между лекаря и пациента;

- финансирането на системата за придобиване на клинична специалност трябва да осигури оптимално разпределение на финансовата тежест и инвестиции между държавата, местната власт, медицинските дружества, фармацевтичната индустрия, лечебните заведения и специализантите, а инвестициите в иновативни форми на обучение, здравни технологии и материална база ще променят емиграционните нагласи сред младите лекари в полза на националната здравна система.

В **четвърта глава** са приложени методът на научно прогнозиране и методът за конструиране на системата от правни норми чрез систематичното тълкуване. Обратната връзка е представена чрез критичен анализ на мнението на младите лекари за съществуващите проблеми, социалното поведение на заинтересованите страни и професионалните нагласи за промени в клиничната специализация.

Формулираните *причини за неефективността* на системата се отнасят до липсващата институционална отговорност и професионален консенсус, слабата конкуренция между доставчиците на следдипломна образователна услуга, нарушеният балансът между интересите на заинтересованите страни, невъзможността специализантът да осъществява медицинска дейност на длъжност лекар, задължението лечебните заведения изцяло да финансират специализацията.

Предложени са следните *промени в системата* за придобиване на клинична специалност от лекарите:

Възможният начин за реформиране на управленска структура включва възлагане на Българския лекарски съюз да организира, координира, провежда, регистрира и контролира обучението за придобиване на специалност от лекарите, а контролните функции на държавата се осъществяват чрез съответни законови регулации. Предлага се механизъм за постигане на професионален консенсус при изработването на

националните учебни програми по специалности; развитие на мрежата от доставчици на образователна услуга за теоретично и практическо клинично следдипломно обучение; технологично обновяване на обучаващите лечебни заведения в страната и намаляването на административната тежест в процеса на специализация.

Промяната в статуса на обучаващия лекар и специализанта премества фокуса върху медицинската практика и дава възможност специализантите да имат частична правоспособност и да извършват законосъобразно медицинска дейност, а обучаващите лекари и работодателите да оценяват периодично придобитите знания, умения и изпълнението на трудовите задължения и да предприемат коригиращи действия по отношение по-нататъшната специализация.

Възстановяването на държавното финансиране и разпределението на средствата между одобрените лечебни заведения на принципа изравняване възможностите за създаване, задържане и кариерно развитие на лекарите, както и поемането на финансови ангажименти от местната власт и бизнеса, има за цел да засили интереса на младите лекари и да осигури кадрово лечебните заведения в по-малките населени места. Успоредно с това заложените възможности за стимулиране на всички заинтересовани страни трябва да доведе до инвестиции в нови образователни технологии и въвеждането на електронната, дистанционната и симулационната форма на обучение.

От съществено значение за потвърждаване на изследователската теза, че са необходими спешни мерки за подобряване ефективността на клиничната специализация въз основа на стратегия за нейното развитие, е *обратната връзка* за степента на удовлетвореност на специализантите, породените неефективни и незаконосъобразни практики, вследствие дейността на заинтересованите страни, както и възприемането от страна на лекарското съсловие на необходимостта от промени и определяне на тяхната насока.

Един от основните изследователски въпроси защо трябва да бъде направена промяна в системата за придобиване на клинична специалност, намира своя отговор в решението на младите лекари да напуснат страната и да специализират в чужбина. По данни на БЛС от 2014 г. 32 % от емигрантите са на възраст до 30 години, т.е. възрастта след завършване на магистърска степен по медицина. Това означава, че за 1/3 от всички напуснали лекари водещата причина са достъпът до специализация и условията за придобиване на медицинска специалност в страната. В последните две години броят на емигриращите абсолвенти намаля, но кризисният момент не е преминат според резултатите от анкетата

в специализирания сайт за медици www.medicalnews.bg сред 515 млади лекари. Обобщено мнението им е следното:

- **83,9 %** (51,9 % с отговор „не“ и 32 % – с „по-скоро не“) са посочили, че информацията за обявяваните от лечебните заведения конкурси за специализанти със съответните критерии за провеждане на конкурсите не е леснодостъпна и прозрачна – исканията им в тази връзка са за връщане на конкурсния изпит за зачисляване и създаване на национален регистър за обявяваните конкурси;

- **86,2 %** (64,5 % с отговор „не“ и 21,7 % – с „по-скоро не“) смятат, че не се обявяват достатъчно места за специализация – исканията им са за увеличаване на местата за специализанти, преди всичко в университетските болници, защото условията за специализация там са по-добри;

- **29,1 %** („не“ - 13,4 %, „по-скоро не“ - 15,7%) от специализантите не са доволни от това как протича специализацията им, а практическото обучение е оценено под „добър 4“ от **38,8 %** от тях („слаб 2“ - 13,6 %, 13 % - „среден 3“, 12,2 % – „добър 4“) - искането е трудът им да се признава за квалифициран и за подобряване качеството на програмите за специализация.

Най-тревожният факт, който потвърждава намаляващата ефективност на клиничната специализация, е, че като цяло условията за специализация у нас са демотивиращи за **61,1 %** от младите лекари.

Независимо, че последната наредба за специализациите отстрани по-голяма част от съществуващите преди това трудовоправни неуредици в работата на специализантите, тя възпроизведе основните правни регулации, които са *пречка за балансиране интересите на заинтересованите страни*.

Централизираната система, при която държавата в лицето на министъра на здравеопазването е по закон единственият орган на управление, води до неефективност на процесите по планиране, организиране и координиране на клиничната специализация и провеждането ѝ от всеки отделен лекар, създава бюрокрация, понижава качеството и контрола върху специализациите.

Административните методи при осъществяване на изпълнителната власт са неприложими по отношение дейността на автономните висши училища и лечебните заведения, търговски дружества, защото всяко юридическо лице има различна стратегия за развитие, мениджмънт и ресурси за осъществяване на основната дейност и обучението на специализанти. Още по-малко властовите лостове са приложими по отношение на съсловната организация, която е отговорна за поддържането на професионалните и

етични стандарти от лекарите, но дейността ѝ може да бъде сведена до синдикална и изолирана чрез ограничаване на правомощията ѝ да влияе върху процеса на клинична специализация. Затова социалното поведение на заинтересованите страни, преди очакваната поредна промяна на наредбата за специализациите в здравеопазването през месец март 2018 г., има следното очертание:

Де юре решението на министъра на здравеопазването за определяне броя на местата за специализанти, чисто теоретично обучение ще бъде финансирано от държавата, се взема след оценка на потребностите от специалисти, но де факто то представлява утвърждаване на заявените места от базите за обучение. За висшите училища броят им не е от значение, защото те ще получат освен тези такси от министерството и всички останали, които се плащат от лечебните заведения или от самите специализанти. Финансовите затруднения на болниците, не само общинските и областните, но и университетските, оказват въздействие върху решението на ръководството им колко и какви места за специализанти да обявяват. Специализантите се стремят към специализация в университетските болници, защото в по-голямата болница и град има по-добри условия за съчетаване на работата, времето и възможностите за самостоятелно обучение, грижите за семейството и свободното време. Местата обаче в университетските болници са по-малко от желаещите да специализират в тях, затова специализантите настояват за връщане на конкурсите за зачисляване за специалност, за да се въведе някаква справедливост в зависимост от знанията, придобити по време на следването. При специализацията се осъществява един дълъг процес на размяна на информация по отношение индивидуалната регистрация, евентуалното ѝ спиране и продължаване, за който работодателят няма достатъчен ресурс. Статутът на специализанта не позволява работодателят да използва законосъобразно работната му сила, затова в интерес и на двете страни се прави компромис, като специализантите дежурят и макар и много малко извършват медицинска дейност, често нарушавайки трудовото законодателство за продължителност на работното време. При невъзможност работодателят да изплаща законовоопределеното възнаграждение се стига до договорка за работа без трудов договор. Рискът в този случай е многократно по-висок, както за работодателите и специализантите, така и за пациентите.

Децентрализацията на оперативните функции е основната предпоставка за осъществяване на предлаганите промени, но извън обхвата на изследването е преценката за настоящия административен капацитет и начинът на реструктуриране на Българския лекарски съюз, както и времевата рамка на реализирането им.

Професионалните нагласи за въвеждане на промени в системата за придобиване на специалност в сферата на здравеопазването въз основа на анализиранияте 55 интервюта, дадени от водещи специалисти в медицинската наука и практика и здравния мениджмънт, могат да се обобщят по следния начин:

- досега повечето лекари са постигнали своите успехи благодарение на индивидуалния си стремеж за усъвършенстване и специализация и не свързват постигнатите успехи в кариерата с подкрепа от страна на лекарското съсловие, поради което манифестираните професионални нагласи към съсловната организация и системата на специализация са разнопосочни;

- различията са по отношение начина на усъвършенстване на медицинските кадри на национално равнище – първият е за специализирано обучение само в университетски болници, насърчаване на индивидуалния стремеж за квалификация и регулиране на медицинската дейност и етичното поведение чрез гилдиите по отделните специалности, другият подход е да се следва националната традиция от периода на ИСУЛ за разграничаване на обучението по медицина от специализацията и усъвършенстването на лекарите, каквато е практиката в напредналите страни;

- съсловната организация дава ясен знак, че задържането на лекарите да работят в страната е приоритет, въпреки че БЛС вижда решаването на проблема с кадрите извън своите компетенции и е изолиран от обсъждането и вземането на решения за реформи в сектора;

- гарантирането на качеството на медицинската дейност се свързва само с продължаващото обучение, което е в настоящите правомощия на БЛС;

- основната задача на лекаря да се самоусъвършенства не е въпрос само на лично желание, но и на ангажимент на съсловната организация, която трябва да гарантира високия професионализъм на всички практикуващи лекари;

- представители на академичната общност са за реструктурирането на БЛС в лекарска камара и ежегодното извършване на анализ на дейността на всеки един лекар, защото това е едно от най-важните направления за намаляването на лекарските грешки;

- част от практикуващите лекари са на мнение, че поради натовареният си работен график, нямат достатъчно свободно време за провеждане на акредитирано продължително обучение по специалността, а евентуалното реструктуриране ще доведе до „академичен диктат“ и ще затрудни още повече работата им;

- един от основните нерешени проблеми е късането на връзката между институциите – по време на следването студентите са част от медицинския университет, а след

дипломирането и започването на работа специализантите се чувстват „като част от нищото“; изход от това състояние младите лекари виждат в посредническата функция на съсловната организация при избора на специалност и мотивирането им да останат в страната;

- основен проблем, който въздейства върху емиграционните нагласи на лекарите е невъзможността законосъобразно да извършват медицинска дейност по време на специализацията, което поставя специализантите в положение „да крадат занаят“ и ги лишава от възможността за по-ранно кариерно развитие;

- липсата на свободни средства за покриване на възнагражденията и разходите за специализация, води до ограничаване на обявяваните места за лекари специализанти, което е причина те да заминават да специализират в чужбина;

- необходимо е университетските болници да получават субсидия за извършваните в тях преподавателска, експертна, научна и консултантска дейности, които понастоящем финансират от собствените си приходи за диагностика и лечение на пациентите, мобилизирайки допълнително значителен човешки ресурс;

- липсва активност за създаване на стратегия за управление на промяната и инициране на законодателни промени.

Осигуряването на благоприятни условия на труд, кариерно развитие и удовлетворяващи доходи за работещите в сектора може да бъде постигнато чрез намирането на новаторски решения и организационни промени в здравеопазването, а системата на клинична специализация на лекарите е едно от приоритетните направления на реформата.

Изводи и препоръки

Изследването на обективно съществуващия социален проблем, какъвто е намаляващата ефективност на националната система за клинична специализация на лекарите и резултатите от доказването на изследователските хипотези, дават основание да се направи основният извод, че констатираното кризисното състоянието на човешкия капитал на българското здравеопазване може да бъде преодоляно, а бъдещото му подобряване зависи от създаването на стратегия за ефективно управление на системата на клинична специализация на лекарите.

Възможен вариант на стратегия в дългия и сложен институционален процес на реформа в клиничната специализация е авторовата визия за управление на промяната, която включва следните конкретизиращи изводи и препоръки:

- Процесът за придобиване на клинична специалност от лекарите трябва да се адаптира към съвременните социално-икономически условия чрез подобряване на администрирането и ръководството, оптимизиране мрежата на обучаващите звена, териториалното разпределение, условията на труд и финансирането на системата на клиничната специализация на лекарите.

- Осъществяването на децентрализация за провеждане на теоретичното и практическото обучение по клинични специалности ще отстрани неопределеността на институционалната отговорност и ще подобри субординацията и координацията на дейността.

- Насърчаването на конкуренцията между доставчиците на следдипломна образователна услуга в здравеопазването ще стимулира прилагането на иновативни методи и форми на обучение и квалификация в съответствие с водещите световни тенденции и добрите европейски практики.

- Ангажирането на лекарското съсловие ще доведе до постигането на професионален консенсус при съставянето и утвърждаването на националните учебни програми за придобиване на специалност и утвърждаване на саморегулацията като фактор за осигуряване на високо професионално ниво на практикуващите лекари и постоянно управление на качеството.

- Регулирането чрез медицинските стандарти на правото на специализантите да извършват медицинска дейност с увеличаваща се степен на самостоятелна отговорност и признаването на частична правоспособност по време на специализацията ще промени емиграционните нагласи и ще мотивира младите лекари да специализират и работят в националната система на здравеопазване.

- Регламентирането на правата и задълженията на обучаващия лекар (ръководител) ще определи неговата отговорност към специализанта, съсловието и лечебното заведение.

- Създаването на правна възможност за оценка на професионалните качества и етичното поведение на специализанта и предприемането на евентуални коригиращи действия от страна на работодателите ще гарантира ефективно администриране на индивидуалните специализации и подобряване качеството на процеса на специализация.

- Подобряването на финансовия механизъм, осигуряващ необходимите средства за издръжка на специализираното обучение и възнагражденията на специализантите ще

допринесе за справедливото разпределение на финансовата тежест между заинтересованите страни.

- Мотивирането и ангажирането на местната власт, медицинските дружества и фармацевтичната индустрия ще осигури преференции и инвестиции в процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите.

Препоръчително е да бъдат преодолените различията между лекарите специалисти в отделните медицински специалности в професионалните нагласи към саморегулацията и БЛС да стане основен инициатор на промяната, за да се осъществи в по-кратък срок реформа в системата на клинична специализация на лекарите.

С цел гарантиране ефективността на системата на клинична специализация на лекарите, след създаването на управленска стратегия, е препоръчително предлаганите промени да бъдат въведени в нормативните актове на три етапа: първи етап – регламентиране на частична правоспособност на лекарите специализанти по време на обучението и осигуряване на държавно финансиране на част от обучението; втори етап – разширяване правомощията на БЛС; трети етап – промяна в нормативната уредба относно акредитирането на едно лечебно заведение или негова структура за обучаваща база.

Авторска справка за приносите на дисертационния труд

Теоретичните и теоретико-приложните приноси са следните:

- разкрито е главното съдържание на националната традиция в осъществяването на клиничната специализация и са посочени елементите ѝ, които следва да се използват в съвременната медицинска практика и следдипломното специализирано обучение на лекарите;

- направен е критичен анализ на действащата в момента система за клинична специализация и са разкрити основните ѝ слабости;

- тематично подбрани и систематизирани са изявленията, декларациите, становищата, препоръките и стандартите на международни медицински асоциации във връзка с лекарската квалификация и саморегулация, определящи насоката на бъдещите промени в националното законодателство, медицинската практика и системата на клиничната специализация на лекарите;

- определени са институционалните, правните и финансовите предпоставки за осъществяването на реформа в системата на клинична специализация на лекарите;
- изследвани са квалификационните системи в Австрия, Великобритания и Германия и е направен сравнителен анализ с България;
- идентифицирани са конкретните неефективни правни норми в действащата система и са формулирани очакваните резултати при промяната им за националната система на клинична специализация на лекарите;
- изследвани и интерпретирани са обществените нагласи за промяна в системата на клиничната специализация на лекарите.

За да се гарантира устойчивостта на системата са предложени няколко **регулации на национално ниво** – регулация на промяната и иновациите; регулация за постигане на професионален консенсус; регулация за техническо обновяване на лечебните заведения; регулация на национална оценка на компетентността и регулация за преместване фокуса върху медицинската практика.

Публикации

Кондева, Снежана. Проблемът с непрекъснатото работно време в здравеопазването и дежурствата на лекарите специализанти. Сборник с докторантски трудове. Втора част. 2014. с. 164 – 176.

Кондева, Снежана. Децентрализиран модел за придобиване на медицинска специалност, компетентност и квалификация на лекарите. Сборник с доклади от Единадесетата международна научна конференция на МВБУ „Интелигентна специализация на България”, секция „Качество и конкурентоспособност на висшето образование”. София. 2014. с. 1576 – 1586.

Кондева, Снежана. Специализантите и предизвикателството „работа от разстояние” на лекарите. Сборник с доклади от Дванадесетата международна научна конференция „Мениджмънт и инженеринг, 14”, Стопански факултет на ТУ- София, секция „Мениджмънт на човешките ресурси”, Созопол. 2014. с.

Кондева, Снежана. Традиция и иновации в специализацията на лекарите в България. Доклад в научно-практическа конференция „Човешкият капитал – методология, измерения и практики” на НБУ. София. 2014.

Библиография

Книги, сборници, списания, вестници и други източници

1. *Арnaudов*, Михаил. Софийски университет Св. Климент Охридски. Кратка история за 50 годишнината от основаването му. Университетска печатница. София. 1939. с. 77.
2. *Алманах*. България 20 век. Под редакцията на Филип Панайотов. Труд. София. 1999. с. 1298.
3. *Баркър*, Филип Дж., Стив Болдуин. Етични проблеми в психичноздравната помощ. Българска психиатрична асоциация. София. 1999. с. 191.
4. *Борисов*, Веселин. Здравната реформа на кръстопът – хаос или мениджмънт. София. с. 124.
5. *Борисов*, Веселин. Цекомир Воденичаров. Реалности на здравната реформа. София. 2000. с. 50.
6. *Борисов*, Веселин. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. София. 2006. с. 320.
7. *Воденичаров*, Цекомир. Професия – лекар. Медицина и физкултура. София. 1986. с. 85.
8. *Воденичаров*, Цекомир. Сашка Попова. Медицинска етика. София. ДАК. 2003. с. 230.
9. *Воденичаров*, Цекомир. Десетте принципа на медика и мениджъра или света на асоциативното и интегрално мислене. София. Симелпрес. 2010. с. 140.
10. *Георгиев*, Минчо. Николай Цанков. 90 години Медицински факултет – София (1917 – 2007). София. 2007. с.189.
11. *Годишник* на Софийския университет – Медицински факултет. Том XXVI. Година 1946 – 1947.
12. *Групман*, Джеръм. Как мислят лекарите. Изток-Запад. София. 2008. с. 304.
13. *Дамянов*, Дамян. История Клиника по хирургия Проф. д-р Коста Стоянов УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ”. ИК ДЛ-М. София. 2012. с. 136.
14. *Джаров*, Стефан. История на медицината. Хр. Т. Бъчваров. София. 1932. с. 112.
15. *Д-р Г. Шаров*. Лекарят в закрилата на труда и общественото осигуряване. София. Гладстон. 1938. с. 256.
16. *Инструкция* за работата на научните организации и научните съвети по прилагането на Закона за научните степени и научните звания. 1973.
17. *Кръстев*, Йорданка. Комисиите по етика в здравеопазването – проучване за България и сравнителен анализ с други държави. Списание „Медицинско право“, бр. 2/2008. с. 42 – 59.
18. *Летописи* на Лекарския съюз в България. кн. 10 и 11. София. 1903.
19. *Летописи* на БЛС. Програма на БЛС. София. 1913.
20. *Летописи* на Българския лекарски съюз. кн. 1 - кн. 10. София. 1940.
21. *Летописи* на БЛС. Д-р Виктор М. Кузмин. Българското лекарско съсловие към началото на 1940 година. кн. 4. София. 1940.
22. *Летописи* на БЛС. Реч на д-р Д. Киров, председател на БЛС, при откриването на 25 редовен събор на БЛС. кн. 9 и 10. Конгресен брой. София. 1940.
23. *Лик*, Ервин. Лекарят и неговото призвание. Художник. София. 1928. с. 189
24. *Михайлова*, Екатерина. Автореферат на дисертация на тема: Болнично дело и здравеопазване в българските земи (1856- 1878), СУ „Св. Климент Охридски“, Исторически факултет, катедра История на България. София. 2013.
25. *Мръчков*, Васил. Договорът в трудовото право. Сиби. 2010. с. 287.
26. *Николова*, Валентина. Законодателни основи на българското здравеопазване (1878 – 2000 г.). Списание „Медицинско право“, бр. 1/2008. с. 14 - 23.
27. *Новиков*, А.М.Н, Докторская диссертация?: Пособие для докторантов и соискателей ученой степени доктора наук. – 3-е изд. – М. :Издательство «Эгвес», 2003. – 120 с. ISBN 5-85449-126-5.

28. *Петрова*, Златица. Кънчо Чамов, Стефан Гладилев. Качеството в здравеопазването. Съвременни измерения и тенденции. Хелт Медиа Груп. София. 2008. с. 270.
29. *Попов*, Мирослав, Евгения Делчева. Технологии в здравеопазването. УИ Стопанство. София. 1996. с. 93.
30. *Правилник за вътрешния трудов ред* в Института за специализация и усъвършенстване на лекарите – София, 15.03.1954 г., с оригинален подпис на ректора проф. д-р Т. Ташев и пом. ректора Бл. Зашев
31. *Радойнова*, Добринка. Лекарски грешки. Съдебномедицинска гледна точка. Стено. Варна. 2013. с. 235.
32. *Сборник*. Здравната реформа в България. Македония прес. София. 1997. с. 380; Глава "Мениджмънт на здравеопазването": *Бънкова, Анастасия*. Организационна диагностика. с. 270-281; *Бънкова, Анастасия*. Организационно проектиране. с. 282-288; *Бънкова, Анастасия*. Работа в културния слой на организацията. с.288-305.
33. *Сборник*. Иновативни идеи за социални публични политики. Четвърта част. Александър Николов. СУ, 2015 г.
34. *Сборник*. Лекарят, пациентът, обществото. Фондация „Невронауки и поведение“. София. 1994. с. 144.
35. *Сборник* от нормативни материали по научна работа. Медицинска академия. Президиум – отдел „Наука“. София. 1982.
36. *Серафимов*, Павел. Професионалното движение на здравните работници в буржоазна България и общественото здравеопазване. Медицина и физкултура. София. 1981. с. 137.
37. *Справка по заявление* за достъп до обществена информация с вх. № 93-00-29/12.03.2016 г. за финансиране от републиканския бюджет на обучението за придобиване на специалност от лекарите, издадена от Министерство на здравеопазването.
38. *Стенографски дневници* на XI ОНС, I ИС, XLIX 3, 15/V 1901, стр. 1534-1535; 1733; 1734.
39. *Страници* из историята на медицината у нас (Научни трудове и материали по история на медицината). Под редакцията на доц. В. Давидова. Медицина и физкултура. София. 1966. с. 211.
40. *Четвърта научна сесия* на ИСУЛ. в-к „Здравен фронт“, бр. 17 от 24 април 1955 г.
41. *Юбилеен сборник* „75 години УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“. под редакцията на доц. д-р Бойко Коруков, дм, София, 2011.
42. *Quo vadis*, Национално издание на БЛС, бр. 1 – 12 от 2010 г.
43. *Quo vadis*, Национално издание на БЛС, бр. 1 – 12 от 2011 г.
44. *Quo vadis*, Национално издание на БЛС, бр. 1 – 12 от 2012 г.
45. *Quo vadis*, Национално издание на БЛС, бр. 1 – 12 от 2013 г.
46. *Quo vadis*, Национално издание на БЛС, бр. 1 – 12 от 2014 г.
47. *Quo vadis*, Национално издание на БЛС, бр. 1 – 12 от 2015 г.
48. *Quo vadis*, Национално издание на БЛС, бр. 1 – 12 от 2016 г.
49. *Quo vadis*, Национално издание на БЛС, бр. 1 - 10 от 2017 г.

Интервюта

1. *Интервю* с д-р Александър Златаров, д-р Владислав Григоров, д-р Евелина Арнаудска, д-р Калина Димитрова. Как медиците приемат подадената колегиална и приятелска ръка. *Quo vadis*, Национално издание на БЛС, бр. 12 от 13.01.2017.
2. *Интервю* с проф. д-р Асен Гудев. Едно от най-големите предизвикателства на нашето образование (студентско и следдипломно) е да се създаде чувство на отговорност, състрадателност и отдаденост към професията. Мединфо, бр. 9. 2014.
3. *Интервю* с доц. Бойко Коруков. Университетските болници трябва да получават субсидиране и за преподавателска дейност. zdrave.net, 27 ноември 2008.

4. *Интервю* с доц. Бойко Коруков. Достигнали сме до точка, на която ще берем само горчиви плодове. Дарик радио, 9 ноември 2011.
5. *Интервю* с доц. Бойко Коруков, директор на УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“. Можем да станем референтен център за обучение на лъчетерапевти. zdrave.net, 27 август 2012.
6. *Интервю* с проф. Бойко Коруков. Няма как да правим европейска медицина с африкански бюджет. Дарик радио, 25 март 2016.
7. *Интервю* с д-р Венцислав Грозев, председател на БЛС. Намаляването на лекарите застрашава националната сигурност. В-к 24 часа. 28 май 2015.
8. *Интервю* с д-р Венцислав Грозев. Не може само да се иска и да се карат медиците да отдават всичко от себе си, без да получават настреща това, което са заслужили. *Quo vadis*, Национално издание на БЛС, бр. 1 от 13.01.2017.
9. *Интервю* с проф. Генчо Начев. Отношението към пациентите трябва да бъде като към най-близки хора. Фрамар. 24 ноември 2011.
10. *Интервю* с проф. Генчо Начев, директор на Специализирана болница за активно лечение на сърдечно-съдови заболявания „Св. Екатерина“. Създаването на лекарска камара би било от полза, както за пациентите, така и за лекарите. Радио Фокус. 22 февруари 2012.
11. *Интервю* с проф. Генчо Начев. Ако един хирург е направил за 3 г. само 20 операции, трябва да се вземе сертификатът му. Фрамар. 12 декември 2011.
12. *Интервю* с Георги Карааргиров, директор „Иновации и информационни технологии“ в болница „Света Марина“ - Плевен. Проектът е мащабен, затова избрах Плевен пред Лондон. Капитал Daily. 25 октомври 2015.
13. *Интервю* с проф. Григор Горчев. След време може да ни лекуват само индийци и пакистанци. Орязването на бройките за специализации е недогледано решение. Bgsever.info.бр. 14, 9 – 15 април 2010.
14. *Интервю* с д-р Деян Попов – председател по вътрешните въпроси на Асоциацията за развитие на медицинската общност. Необходими са ясни правила в системата на здравеопазването, за да останат младите лекари да работят в България. Радио Фокус. 21 август 2014.
15. *Интервю* с доц. д-р Димитър Петков. Съдовата хирургия е все по-щадяща към пациента. Безкръвните методи се развива много бързо, както в областта на артериалната хирургия, така и в областта на венозните заболявания.. Капитал. 2 декември 2016.
16. *Интервю* с доц. Добромир Димитров. Моралът ни е поставен на изпитание. Знанията трябва да се предават на младите, а не да се крият. Стандарт. 6 август 2015.
17. *Интервю* с хирурга д-р Доброслава Балова. В Ирландия се чака за спешен преглед и по 15 часа. В-к 24 часа. 10 май 2013.
18. *Интервю* с д-р Елена Домусчиева, Клиниката по съдова хирургия в университетска болница „Дева Мария“, Бургас. Да се учиш от най-добрите за едни е мечта, за мен – ежедневие. Флагман БГ. 28 юли 2017.
19. *Интервю* с д-р Емануил Найденов. Здравната система е на патерици, болници назначават 98-годишни. Стандарт. 8 януари 2015.
20. *Интервю* с д-р Иван Вецев. Новата наредба за специализации облекчава много младите лекари. Агенция Фокус. 29 юли 2015.
21. *Интервю* с д-р Иван Манчев, началник на *Втора хирургия в МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов“*. Големи хирурзи няма, има големи хирургични екипи. Фрамар. 28 октомври 2011
22. *Интервю* с проф. Иван Миланов. След няколко години може да се изправим пред проблема с липсата на кадри. Медицинфо, бр. 6. 2006.
23. *Интервю* с проф. д-р Иван Миланов. За да има здравеопазване, трябва да има политическа воля. Puls.bg, 27 юли 2009.
24. *Интервю* с проф. Иван Миланов. Реанимирането на здравната система не е свързано само с пари. Topnovini.bg, 16 октомври 2014.
25. *Интервю* с акад. проф. д-р Иван Миланов, д.м.н. УМБАЛНП „Св. Наум“ работи по най-новите методи в диагностиката и лечението. Credoweb, 3 април 2015.

26. *Интервю* с акад. Иван Миланов. Лекарите стават хора, които са силни индивидуалисти, които искат да покажат, че са най-великите и най-много могат. Medical News, 18 май 2015.
27. *Интервю* с акад. Иван Миланов. Ниските заплати са пречка за младите лекари. Стандарт, 23 юли 2015.
28. *Интервю* с акад. проф. д-р Иван Миланов, д.м.н., изпълнителен директор на болницата по неврология и психиатрия "Свети Наум" в София. Лекарят мениджър. Мениджър news, 1 май 2016.
29. *Интервю* с проф. Константин Анастасов. ИСУЛ трябва да се възстанови. В-к „Дума“, бр. 27 от 3 февруари 2010. с. 11.
30. *Интервю* с проф. Константин Анастасов. Реформата е сбор от традиции и новаторство. В-к „Дума“, бр. 260 от 11 ноември 2010. с. 1.
31. *Интервю* с проф. Красимир Иванов. Цяла Европа страда от недостиг на лекари. Дарик радио. Варна. 17 септември 2013.
32. *Интервю* с проф. Красимир Иванов, ректор на Медицинския университет - Варна. Модерно здравеопазване се прави с инвестиции. В-т Труд. 27 ноември 2014.
33. *Интервю* с проф. Красимир Иванов, д.м.н., ректор на Медицинския университет във Варна. Ключът към успеха – напредниково мислене и труд. Форум медикус. 12 април 2016.
34. *Интервю* с проф. Красимир Иванов, д.м.н., ректор на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна. Интересът към медицината се увеличава. Clinica.bg. 3 октомври 2016.
35. *Интервю* с ректора на Медицинския университет във Варна, проф. Красимир Иванов. Задава се здравна катастрофа – лекарите са все по-малко. В-к Труд. 30 януари 2017.
36. *Интервю* с проф. Красимир Иванов, д.м.н., ректор на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна. Изграждаме личности на XXI век. Инвестираме в професионалното развитие на кадрите си, което е непрекъснат процес за лекарите. В-к Аз Бу Ки. Бр. 3, 19 – 25 януари 2017.
37. *Интервю* с проф. Красимир Методиев, ръководител на Катедра „Предклинични и клинични науки“ към Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна. Специализациите ще станат възможни благодарение на стипендиантската програма SHI. Дарик радио. 10 декември 2012.
38. *Интервю* с млади лекари. Красимира Радева. Борислав Игнатов. Когато всичко изглежда счупено, от къде да започнеш да го поправяш? E-vestnik.bg. 1 юни 2015.
39. *Интервю* с доц. д-р Любомир Киров, председател на Националното сдружение на общопрактикуващите лекари. Младите хора да имат възможност за специализация при по-добри условия. Дневник. 30 април 2014.
40. *Интервю* с д-р Любомир Паунов, асистент по хирургия. Защо младите напускат България. TrafficNews.bg. 25 март 2015.
41. *Интервю* с д-р Мирослав Зашев, специализант в Болница „Лозенец“. Не превръщайте лекарите в изкупителни жертви. В-к Стандарт. 4 юли 2017.
42. *Интервю* с проф. Николай Габровски, Трето поколение неврохирург. Връщането на младите лекари от чужбина. България Он Ен. 13 август 2017.
43. *Интервю* с радиационния онколог д-р Николай Недев. Идвам в „Сити Клиник“, за да създам интегрирана система в лъчетерапията. В-к 24 часа. 13 март 2016.
44. *Интервю* с д-р Радина Цекова. Медицината не е за индивидуалисти. Асоциация за развитие на медицинската общност. 2 юли 2015.
45. *Интервю* с д-р Радина Цекова. Новата наредба за специализации все още създава някои проблеми. БТА. 18 август 2015.
46. *Интервю* с д-р Радислав Наков. Като млад лекар имам заплата 450 лв. – жестоко е! Блиц. 7 януари 2015.
47. *Интервю* с д-р Радислав Наков от Асоциация за развитие на медицинската общност. Целта на новата наредба бе да възпре младите лекари да напуснат страната, но за съжаление това не се постигна. medicalnewsbg. 2 август 2016.
48. *Интервю* с д-р Радислав Наков, председател на Асоциацията на младите гастроентеролози в България. Работата ни понякога е като отделен епизод на „Д-р Хаус“. Redmedia. 30 ноември 2016.

49. *Интервю* с д-р Радислав Наков. Инвестицията в млади лекари е най-добрата. Clinica.bg. 3 януари 2017.
50. *Интервю* с проф. Славчо Томов, МУ - Плевен. Пилотен проект за 3D обучение ще бъде представен на Международната конференция на 24 – 25 октомври. Радио Фокус. 23 октомври 2014.
51. *Интервю* с проф. д-р Славчо Томов. Медицинският университет в Плевен обучава студентите с високотехнологична апаратура. В-к 24 часа. 23 февруари 2017.
52. *Интервю* с д-р Сотир Караниколов. Добра медицина правим и в провинцията. Епицентър. 29 ноември 2014.
53. *Интервю* с д-р Христо Димитров, председател на Сдружението на общопрактикуващите лекари. Новата наредба за лекарите-специализанти създава проблеми за болниците. ИА Фокус. 27 април 2015.
54. *Интервю* с проф. Цекомир Воденичаров, декан на Факултета по обществено здраве в МУ - София: За 20 години създадохме поколение модерни здравни мениджъри. Животът днес. 30 септември 2015.
55. *Интервю* с проф. Юлия Джоргова. Иновативната медицина задържа млади лекари у нас. BestDoctors.bg . 21 март 2015.

Интернет източници (по реда на цитирането)

1. *Възрастова структура на населението в процент*. Източник: НЗОА, http://ncphp.government.bg/files/nczi/zdr.statistika/health_A_2.pdf
2. *Средна продължителност на живота в години*. Източник: НСИ, http://ncphp.government.bg/files/nczi/zdr.statistika/health_A_4.pdf
3. *Кръгла маса „Лекари и мобилност“*, 41-во НС, Комисия по здравеопазване, 22.11.2012 г., зала „Изток“, стенографски протокол, www.parliament.bg/pub/cW/20121130030831prot.kr.masa-22.11.12.doc
4. Bhattacharjee, Anol, "Social Science Research: Principles, Methods, and Practices" (2012). *Textbooks Collection*. 3. http://scholarcommons.usf.edu/oa_textbooks/3
5. Танчев, П., Танчев, П.П., Медицинската етика през вековете, Исторически обзор, https://www.researchgate.net/publication/261632038_The_Medical_Ethics_Over_the_Centuries
6. Професор д-р Стоян Киркович (1875-1960) - класик на българската вътрешна медицина, InSpiro, брой № 3(11) / септември 2010, Интервенционална пулмология. <http://inspiro-bg.com/profesor-d-r-stoyan-kirkovitch-1875-1960-klasik-na-balgarskata-vatreshna-meditsina/>
7. Божилова, К., „Документално наследство на Главна дирекция на народното здраве“, Дигитална библиотека по архивистика и документалистика, София, 2013, <http://electronic-library.org/articlars/Article%200192.html>
8. *History of Medicine On-Line*, The Emergence of Medical Specialties in the Nineteenth Century: A Discussion of the Historiography, Alexander Silvester, http://www.priory.com/history_of_medicine/Medical_specialisation.htm
9. „Д-р Нешо Д. Чупев (Бележки за неговия възрожденски род и за личния му принос към опазване на общественото здраве в Пловдив)“, ст.н.с. д-р Василка Танкова, Институт по история, БАН, Научен форум „Пловдивски приноси 2009“, <http://historymuseumplvdiv.org/prodimg/file1284383224.pdf>
10. *Софийски университет „Св. Климент Охридски“*, Медицински факултет, www.uni-sofia.bg/index.php/bul/universitet_t/fakulteti/medicinski_fakultet2/istoriya
11. *База данни на Евростат*. Очаквана продължителност на живота, по пол, последно извличане - 16.09.2016 12:03, www.nsi.bg
12. *Обзор на анкета „Млади лекари“ за проблемите в системата на специализациите в здравеопазването*. Medical News. 21.05.2017. <http://medicalnews.bg/blog/2017/05/21/%D0%9E%D0%B1%D0%B7%D0%BE%D1%80-%D0%BD%D0%B0-%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D0%B5%D1%82%D0%B0-%D0%9C%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B8-%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B8-%D0%B7%D0%B0-%D0%BF%D1%80%D0%BE/>

13. Списание „ MD Медицински дайджест”, бр. 8 от 01.12.2011 г., „Лекарите в Австрия” – интервю с д-р Валтер Дорнер, президент на Австрийската лекарска камара, <http://spisaniemd.bg/md/2011/12/lekarite-v-avstriya>
14. World Medical Association, <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/index.html>
15. Резолюция на Световната медицинска асоциация за независимостта на националните медицински асоциации, Приета на 62-та сесия на Общото събрание на СМА, Монтевидео, Уругвай, октомври 2011 г., <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/i6/>
16. World Federation for Medical Education (WFME), <http://wfme.org/standards>
17. Basic Medical Education, WFME Global Standards for Quality Improvement, The 2015 Revision, <http://wfme.org/standards/bme/78-new-version-2012-quality-improvement-in-basic-medical-education-english/file>
18. Postgraduate Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement, <http://www.wfme.org/standards/pgme>
19. Концепция за реструктуриране на болничната помощ на Република България, <http://www.mh.government.bg/>, последно изменена и допълнена на 29.10.2014 г., <http://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/koncepcii/koncepciya-za-prestrukturirane-sistemata-na-bolnichnata-pomosht/>
20. За първи път в България „Сити клиник” представя технологиите на бъдещето в медицината, 11.03.2014 г., <http://cityclinic.bg/bg/sofia/news/za-pyrvi-pyt-v-bylgariq-siti-klinik-predstavq-tehnologiite-na-bydeshteto-v-medicinata>
21. Österreichische Ärztekammer, <http://www.aerztekammer.at/aufgaben-der-oesterreichischen-aerztekammer>
22. DFP - Verordnung über ärztliche Fortbildung, <http://www.arztakademie.at/dfpverordnung/>
23. Österreichische Ärztekammer, Fortbildung, <http://www.aerztekammer.at/fortbildung>
24. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883&ShowPrintPreview=True>
25. Patientensicherheit Österreichweite Strategie 2013-2016, Wien, 22.03.2013, Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, http://www.bmg.gv.at/cms/site2/attachments/1/4/5/CH1331/CMS1366277814203/20130502_patientensicherheit_sstrategie.pdf
26. Quality Strategy for the Austrian Healthcare System, Wien, in May 2010, Commissioned by the Austrian Federal Health Commission (BGK), http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/2/CH1063/CMS1318493541783/qualitaetsstrategie_englisch.pdf
27. Spitalsärztin/Spitalsarzt 2025 – Die Zukunft der österreichischen Spitäler, 23.07.2014, <http://www.aerztekammer.at/home/>
28. Ärzte-Ausbildungsordnung 2015, <http://www.aerztekammer.at/arzte-ausbildungsordnung>
29. Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (KEF und RZ-V2015), <http://www.aerztekammer.at/ckeditor-hook/download/3883730>
30. Ärztenachwuchs sichern – Ausbildungs-Standards umsetzen, Ärztekammer: Umsetzung der Ausbildungsordnung neu hat höchste Priorität, 04.03.2016, http://www.aerztekammer.at/home/-/asset_publisher/777cp2QuE8rt/content/id/21608021?_101_INSTANCE_777cp2QuE8rt_redirect=%2F
31. Health careers, <https://www.healthcareers.nhs.uk/about/careers-medicine/pay-doctors>
32. British Medical Association (BMA), <http://www.bma.org.uk/about-the-bma>
33. General Medical Council (GMC), <http://www.gmc-uk.org/>
34. The Foundation Programme, <http://www.foundationprogramme.nhs.uk>

35. *British Medical Association*, https://en.wikipedia.org/wiki/British_Medical_Association
36. *Medical Act 1983*, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/54/part/I/crossheading/the-general-medical-council>
37. *Medical Practitioners Tribunal Service*, <http://www.mpts-uk.org/home.asp>
38. *The UK Foundation Programme: Reference Guide*, http://www.foundationprogramme.nhs.uk/download.asp?file=Reference_Guide_WEB.PDF
39. *Health Education England (HEE)*, <https://www.hee.nhs.uk/about-us>
40. *Postgraduate medical education and training - a new tariff system*, <http://www.bma.org.uk/developing-your-career/specialty-training/education-and-training-tariff>
41. *A guide to the Market Forces Factor*, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300859/A_guide_to_the_Market_Forces_Factor.pdf
42. *Младшите лекари във Великобритания* организират втората си 24-часова стачка, <http://medicalnews.bg/2016/02/10/>
43. *Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage* [PDF], <http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/geschaeftsordnung/>
44. *Gesamtübersicht der Gremien der Bundesärztekammer* [PDF] Stand: 01.12.2015, <http://www.bundesaerztekammer.de/>
45. *European Financial Management Association (EFMA)*, National medical associations, representing both member organisations and observers, <http://legeforeningen.no/efma-who/members/national-medical-associations-representing-both-member-organisations-and-observers/bundesaerztekammer-german-medical-association/>
46. *(Muster-)Weiterbildungsordnung*, <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/>
47. *Ärztestatistik 2014: Etwas mehr und doch zu wenig*, <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/>

Нормативни актове – Кодекси, Закони, Постановления, Правилници, Инструкции, Указания, Решения, Съдебна практика, Право на Европейския съюз

1. *Административнопроцесуален кодекс*, обн., ДВ, бр. 30 от 11.04.2006 г.; в сила от 12.07.2006 г., последно доп., бр. 13 от 07.02.2017 г., в сила от 07.02.2017 г.
2. *Кодекс за професионална етика на лекарите в България*, (Загл. изм. - ДВ, бр. 85 от 2013 г.), обн. - ДВ, бр. 79 от 29.09.2000 г.; изм. и доп., бр. 85 от 28.09.2013 г., Издаден от министъра на здравеопазването.
3. *Кодекс за социално осигуряване*, обн., ДВ, бр. 110 от 17.12.1999 г., в сила от 1.01.2000 г., последно изм. и доп., бр. 105 от 30.12.2016 г., в сила от 30.12.2016 г.
4. *Кодекс на труда*, обн., ДВ, бр. 26 от 01.04.1986 г. и бр. 27 от 04.04.1986 г., последно изм. и доп., бр. 105 от 30.12.2016 г., в сила от 30.12.2016 г.
5. *Закон за административните нарушения и наказания*, обн., ДВ, бр. 92 от 28.11.1969 г., последно доп., бр. 101 от 20.12.2016 г., в сила от 22.01.2017 г.
6. *Закон за висшето образование*, обн., ДВ, бр. 112 от 27.12.1995 г., последно изм. и доп., бр. 98 от 09.12.2016 г., в сила от 01.01.2017 г.
7. *Закон за здравето*, обн., ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г., в сила от 01.01.2005 г., последно изм., бр. 103 от 27.12.2016 г.
8. *Закон за здравното осигуряване*, обн., ДВ, бр. 70 от 19.06.1998 г., последно изм. и доп., бр. 98 от 09.12.2016 г., в сила от 01.01.2017 г.
9. *Закон за лечебните заведения*, ДВ, бр. 62 от 09.07.1999 г., последно изм. и доп., бр. 98 от 09.12.2016 г.

10. Закон за народното здраве, Утвърден с указ № 2 от 7 февруари 1929 год. и обнародван в притурка на „Държавен вестник“, брой 277 от 9 март 1929 год., изменен и допълнен със закони, обнародвани в „Държавен вестник“, броеве 68/1933 год., 76, 178, 223/1935 год. и 129/1940 год., Държавно книгоиздателство, София, 1941 г.
11. Закон за нормативните актове, обн., ДВ, бр. 27 от 03.04.1973 г.; изм. и доп., бр. 65 от 21.07.1995 г.; доп., бр. 55 от 17.06.2003 г.; в сила от 18.12.2003 г.; изм. и доп., бр. 46 от 12.06.2007 г.; изм. и доп., бр. 34 от 03.05.2016 г., в сила от 05.11.2016 г.
12. Закон за признаване на професионални квалификации, обн., ДВ, бр. 13 от 08.02.2008 г., в сила от 08.02.2008 г., последно изм., бр. 59 от 29.07.2016 г., в сила от 01.08.2016 г.
13. Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина (Загл. изм. - ДВ, бр. 76 от 2005 г., в сила от 01.01.2007 г.), обн., ДВ, бр. 83 от 21.07.1998 г., посл. изм., бр. 39 от 20.05.2011 г.
14. Наредба-закон за задължителна служба и частна практика на лекарите в селата, обн., ДВ, бр. 71 от 29.03.1935 г.
15. Указ на НС № 523 от 02.10.1950 г. за създаване на Институт за специализация и усъвършенстване на лекарите (ИСУЛ).
16. Постановление № 61 на МС от 18.12.1989 г. за преустройство на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 101 от 29.12.1989 г.
17. Постановление № 162 от 20 юни 2001 г. за определяне на диференцирани нормативи за издръжка на обучението за един студент по професионални направления, обн., ДВ, бр. 59 от 3 юли 2001 г., последно доп., бр. 69 от 02.09.2016 г., в сила от 01.01.2017 г.
18. Постановление № 328 на МС от 30.11.2015 г. за определяне на средствата от държавния бюджет за издръжка на обучението в държавните висши училища в зависимост от комплексна оценка за качеството на обучението и съответствието му с потребностите на пазара на труда, обн., ДВ, бр. 94 от 04.12.2015 г., в сила от 01.01.2016 г.
19. Постановление № 528 от 08.08.1950 г. на МС, предложение до Президиума на Народното събрание за издаване на указ за основаване на Институт за специализация и усъвършенстване на лекарите (ИСУЛ).
20. Национален рамков договор за медицинска дейност – 2011 (отм.)
21. Национален рамков договор за медицинска дейност – 2012 (отм.)
22. Национален рамков договор за медицинска дейност – 2014 (отм.)
23. Национален рамков договор за медицинска дейност – 2015 (отм.)
24. Национален рамков договор за медицинска дейност - 2017
25. Наредба № 1 от 22.01.2015 г., издадена от министъра на здравеопазването, за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 27.01.2015 г., последно доп., бр. 88 от 08.11.2016 г.
26. Наредба № 2 от 22.04.1994 г. за реда за установяване задължение за дежурство или за разположение на работодателя, обн., ДВ, бр. 38 от 06.05.1994 г.
27. Наредба № 11 от 06.06.1994 г. за следдипломно обучение на специалистите с висше образование в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 50 от 21.06.1996 г.
28. Наредба № 18 от 20.06.2005 г., издадена от министъра на здравеопазването, за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения, обн., ДВ, бр. 54 от 01.07.2005 г., последно изм. и доп., бр. 79 от 07.10.2016 г., Приложение № 11 към чл. 22, ал. 3 (Изм. - ДВ, бр. 77 от 2008 г.; изм. изцяло, бр. 5 от 2010 г., в сила от 19.01.2010 г.; изм. и доп., бр. 10 от 2011 г.; изм., бр. 50 от 2012 г.) – Програма за оценяване на обучението на студенти и/или специализанти.
29. Наредба № 31 от 28.06.2001 г. за следдипломно обучение в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 64 от 20.07.2001 г.
30. Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 23.01.2007 г., отм., ДВ, бр. 7 от 27.01.2015 г.

31. *Наредба № 47* от 14.12.1995 г. за следдипломно обучение на специалистите с висше образование в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 9 от 30.01.1996 г.;
32. *Наредба за обхвата и методологията за извършване на оценка на въздействието*, Приета с ПМС № 301 от 14.11.2016 г., обн., ДВ, бр. 91 от 18.11.2016 г., в сила от 18.11.2016 г.; изм., бр. 5 от 17.01.2017 г., в сила от 18.11.2016 г.
33. *Наредба за определяне на видовете работи, за които се установява намалено работно време*, Приета с ПМС № 67 от 12.12.2005 г., обн., ДВ, бр. 103 от 23.12.2005 г.
34. *Наредба за планиране, разпределяне и настаняване на работа младите специалисти, завършили висше образование у нас и в чужбина*, обн., ДВ, бр. изв. 96 от 1954 г.
35. *Наредба за следдипломна квалификация на висшите медицински кадри*, ДВ, бр. 7 от 25.01.1974 г.
36. *Разпореждане на МС № 816/1960 г. за утвърждаване на Правилник за научно-изследователските институти при ведомствата*, обн., ДВ, бр. 49 от 1960 г.
37. *Решение № РД-НС-04-24-1* от 29.03.2016 г. по чл.54, ал.9 и чл.59а, ал.6 от Закона за здравното осигуряване на Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса.
38. *Указание № РД 16-8/28.01.2015 г. на управителя на НЗОК и на председателя на УС на БЛС*, относно прилагането на НРД/2015 за МД.
39. *Правилник за приложение на Закона за висшето образование* (обн., ДВ, бр. изв. 12 от 11.02.1958 г., отг., бр. 112 от 27.12.1995 г.), Обн. в ДВ, бр. изв. 45 от 1958 г. и е
40. *Правилник за специализация на лекарите и усъвършенстване на висшите медицински кадри*, издаден на 31.10.1957 г., публикуван в „Служебен бюлетин на МНЗСГ”, бр. от 11.12.1957 г.
41. *Устройствен правилник на Изпълнителна агенция „Медицински одит”*, приет с ПМС № 67 от 23.03.2015 г., обн., ДВ, бр. 23 от 27.03.2015 г., в сила от 27.03.2015 г., посл. изм., бр. 89 от 11.11.2016 г.
42. *Решение № 29 от 11.11.1998 г. на КС на РБ по конституционно дело № 28/98 г.*, относно искане за установяване на противоконституционност на Закона за съсловните организации на лекарите и стоматолозите
43. *Решение № 2467 от 23.02.2009 г. на ВАС по адм. д. № 12885/2008 г.*, докладчик председателя Иван Трендафилов.
44. *Решение № 15612 от 26.11.2013 г. на ВАС*, постановено по адм. дело № 12716/2012 г. от тричленен състав на ВАС, потвърдено с Решение № 9470 от 07.07.2014 г. по адм. дело № 4325/2014 на петчленен състав на ВАС.
45. *Директива на Европейския парламент и на Съвета 2003/88/ЕО от 04.11.2003 г. относно някои аспекти на организацията на работното време.*
46. *Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 7 септември 2005 г. за признаването на професионални квалификации*
47. *Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 9 март 2011 година за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване*, 4.4.2011 г., Официален вестник на Европейския съюз, L 88/45.
48. *Зелена книга за работната сила в здравния сектор в Европа*, COM (2008) 725 окончателен, 10.12.2008.
49. *Комисия на Европейските общности*, Съобщение на Комисията до Европейския парламент, Съвета, Европейския икономически и социален комитет и Комитета на регионите, COM(2009) 180 окончателен, 29.4.2009 г.
50. *Комисия на Европейските общности*, Съобщение от Комисията до Европейския парламент, Съвета, Европейския икономически и социален комитет и Комитета на регионите, Брюксел, 20.11.2007, COM(2007) 725 окончателен.
51. *Европейски парламент*, Проектодоклад за влиянието и последиците от изключването на здравните услуги от директивата за услугите на вътрешния пазар (2006/2275(INI), 6.3.2007, 2006/2275(INI).
52. *Решение на Съда на Европейския съюз от 3 октомври 2000 г. - Sindicato de Médicos de Asistencia Pública (Simar) срещу Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana.*

53. *Решение на Съда на Европейския съюз* от 09.09.2003 г. - Landeshauptstadt Kiel срещу Norbert Jaeger. - Искане за преюдициално заключение: Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein - Германия. - Социална политика - Опазване на безопасността и здравето на работниците - Определения за „работно време“ и „период на почивка“ - Дежурство на повикване („Bereitschaftsdienst“) осигурявано от лекар в болница.

54. *Определение на Съда на Европейския съюз* от 11.01.2007 г. - Социална политика - Защита на безопасността и здравето на работниците - Понятие за работно време - Периоди на престой в рамките на дежурство, изпълнявано от лекар на работното му място - Квалифициране - Значение за възнаграждението на заинтересованото лице“.

55. *Комисия по петиции*, Съобщение за членовете на ЕП от 28.08.2013 г. относно: Петиция 0074/2010, внесена от г-н Жан Пирот, с белгийско гражданство, от името на FISP-IFOD (Fédération inter catégorielle des services publics), относно предполагаемо нарушение на Директива 2003/88/ЕО относно някои аспекти на организацията на работното време в Белгия.

56. *Комисия на Европейските общности*. Съобщение на комисията до Европейския парламент, Съвета, Европейския икономически и социален комитет и Комитета на регионите относно телемедицината в полза на пациентите, системите на здравеопазването и обществото. Брюксел, 4.11.2008. COM(2008)689 окончателен.

57. *Становище на Европейския икономически и социален комитет* относно „Съобщение на Комисията до Европейския парламент, Съвета, Европейския икономически и социален комитет и Комитета на регионите относно телемедицината в полза на пациентите, системите на здравеопазването и обществото“, Брюксел, 23.12.2009. COM (2008) 689 окончателен, (2009/C 317/15).

58. *Европейска комисия*. Предложение за регламент на Европейския парламент и на Съвета за създаване на програма „Здраве за растеж“ – трета многогодишна програма за действие на ЕС в областта на здравето за периода 2014 – 2020 г. Брюксел, 9.11.2011. COM(2011) 709, окончателен. 2011/0339 (COD).

59. *Становище на Европейския икономически и социален комитет* относно „Предложение за регламент на Европейския парламент и на Съвета за създаване на програма „Здраве за растеж“ – трета многогодишна програма за действие на ЕС в областта на здравето за периода 2014-2020 г.“, Брюксел, 22.5.2012. COM(2011) 709 final – 2011/0339 (COD). 2012/C 143/19.

Приложение - Основни мнения и становища, изразени в интервютата

Мнения и становища по отношение правомощията на съсловната организация, чувството за принадлежност на лекарите към Българския лекарски съюз и здравната политика

Д-р Венцислав Грозев, председател на Българския лекарски съюз.

През 2015 г., при избирането на д-р Грозев за председател на съсловната организация на лекарите, той извежда два основни приоритета за своята бъдеща дейност: първият е задържането на лекарите да работят в страната и вторият, остойностяването на лекарския труд.

Според д-р Грозев много ясно трябва да се чуе какви са очакванията на младите лекари, защото проблемът не е само сред специализантите, заплахата е лавинообразна. Специализантите в името на квалификацията правят компромиси и изкарат тези 4-5 години. Но ако след това не виждат условия за реализация, ще напуснат. Общественият интерес е броят на специализантите да бъде равен или поне близък до броя специалисти, които ще лекуват в България. Д-р Грозев споделя, че се е почувствал поразен от думите на един млад лекар, казани на среща в министерството: сега влизаме петима специализанти, а оттук ще излезем петима емигранти. Надява се да надделее здравият разум и държавата да създаде условия за развитието на младите лекари. Защото ако ситуацията не се промени бързо, след 10-15 години няма да има кой да ни лекува – средната възраст в повечето специалности е 55-60 г. И това е въпрос на национална сигурност, който трябва да бъде разбран от всички власти в държавата. Вече се усеща дефицит на лекари, особено по специалности, за които в чужбина има в пъти по-добри условия за реализация, затова е крайно време да се създадат предпоставките за задържане на лекарите.

От казаното става ясно, че д-р Грозев вижда решаването на проблема с кадрите извън лекарския съюз, а на конкретен въпрос какво може да се направи от страна на БЛС отговаря от позицията на синдикална организация: „Ще се борим за искането на младите лекари началната им заплата да бъде поне 1500 лв.“ Новозавършилият лекар получава начална заплата 700 лв. без допълнително възнаграждение за професионален стаж, а БЛС се опитва чрез дарители и свои средства да дава стипендии по 400 лв. месечно на 127 млади лекари, но и от съсловната организация разбират, че това не е достатъчно, защото тази сума стига почти само да си купуват учебници.

Позицията на синдикална организация се потвърждава и при отговора на въпрос за втория приоритет от бъдещата дейност на съюза – остойностяването на лекарския труд. Д-р Грозев посочва, че нещата са свързани: липсата на остойностяване на труда води до липса на нормални условия за реализация, липсва също така адекватно заплащане според извършената работа и отговорността на лекаря. Дава пример че човек, който изкопава 3 кубика пръст на ден знае на колко се оценява работата му, каква надницата е заработил, докато за направени 3 операции или 3 раждания, или каквато и да е друга медицинска дейност, лекарят не знае колко е оценен трудът му. Българският лекар е отлично подготвен и не отстъпва по нищо на колегите си отвън, даже е по-квалифициран и това се оценява от приемащите държави. Към 30% от българските лекари във Великобритания са назначени на ръководни позиции.

Дефицитните специалности са тези, при които има голяма ежеминутна отговорност. След няколко години ще се стигне до проблем с хирурзите, които през последните 7-8 години са намалели с 15 – 20%, не само заради емиграция, а поради липса на интерес за вземане на такава специалност. Няма интерес и към педиатрията, нулев е интересът и за работа в спешната медицина.

БЛС е встрани от обсъждането и вземането на решения за реформи в сектора, защото д-р Грозев казва, че съюзът не е запознат с детайлите за подготвяните реформи, но безспорно е според него да има промени. Трябва обаче да се знае как, с какви средства, в какви темпове и последователност ще върви процесът, каква е предполагаемата ефективност, ще се стигне ли до по-добра организация на здравеопазването, която гарантира качествено лечение и профилактика за пациентите и добри условия за реализация на лекарите, професионалистите по здравни грижи, фармацевтите, денталните лекари.

По повод подписването на Националния рамков договор за 2017 г. д-р Грозев съобщава, че БЛС е възстановил членството си в Съюза на европейските медицински специалисти (UEMS). Това е най-мощната и най-авторитетната лекарска организация в Европейския съюз, която е с представителство в Европейския парламент, в част от Комисията по здравеопазване към Европейския парламент. Членството в тази организация осигурява по-големи възможности за международно сътрудничество. Фактор е за постигане високо ниво на продължаващото медицинско обучение и продължителното професионално развитие на лекарите. Едновременно е и път за утвърждаване у нас на международни стандарти и на световно признати методи за

качествен контрол в обучението. В по-дългосрочен план това членството е възможност за завръщане в родината на напусналите я медици.

На проведения през 2015 г. в София 23-ти Симпозиум на централно- и източноевропейските лекарски камари (ZEVA) са дискутирани много проблеми: застаряването на лекарите; възнагражденията на медиците в частните практики; отношенията с медиците; остойността на медицинските дейности. Разгледани са и въпросите на следдипломното обучение и на продължаващото обучение, което е съществена част от дейността на лекарския съюз. Д-р Грозев съобщава, че предстои промяна в Закона за съсловните организации, за да може в законов акт продължаващото и непрекъснато обучение да стане със задължителен характер, да изпълни със съдържание и да осмисли дейността на бордовете по специалности.

БЛС ще се стреми да запази единството на съсловието, като положи усилия за повишаване в максимална степен качеството на медицинските услуги. Д-р Грозев е уверен, че българските медици (не само лекарите, но и професионалистите по здравни грижи) не отстъпват по нищо на западноевропейските, а съюза ще отстоява правата им. Медиците предоставят нужното качество, независимо от обстоятелствата, при които се намират.

И в това интервю д-р Грозев се обръща към неясен адресат, който трябва да подобри условията на труд и заплащането на лекарите, да въведе методиката за остойността на медицинския труд и тогава, според него, ще се разбере действително какви средства са необходими за бюджетиране на системата на здравеопазване. Ако се намери точната формула за остойността на медицинския труд, ще стане ясна и картината - с какъв точно финансов ресурс трябва да се обърне държавата към проблемите в системата на здравеопазването. „Не може само да се иска и да се карат медиците да отдават всичко от себе си, без да получават насреща това, което са заслужили.“, казва в заключение д-р Грозев.

Проф. д-р Генчо Начев, изпълнителен директор на СБАЛССЗ “Св. Екатерина” ЕАД, притежава специалност обща хирургия и кардиохирургия. Специализирал е в Кралски колеж по хирургия – Лондон, Англия, Немски сърдечен център /DHZ/ - Берлин, Германия, Медицински колеж Baylor – Хюстън, САЩ, Сърдечен институт – Минеаполис, САЩ. Национален консултант по кардиохирургия, ръководител Катедра по сърдечно – съдова хирургия към Медицински университет – София, председател на Общото събрание на Медицински Университет – София, председател на „Българско дружество по кардиохирургия“.

По повод празника на болница „Св. Екатерина” 24 ноември – Великомъченица Света Екатерина, проф. Начев поздравява персонала на болницата и им пожелава все така със сърце и с душа да участват в лечебния процес и лечението на пациентите, с които се срещат. Не само да търсят най-ефективните методи за лечение, но и да проявяват милосърдие и отношение към пациентите като към най-близките си хора. Споделя, че от промените във финансирането – цените на клиничните пътеки, заплащането на спешната помощ, непълното заплащане за трансплантации и т.н., са довели и до загуба на болницата от 2,3 млн. лв., което неминуемо се е отразило и върху възнаграждението на персонала. Изразява и оптимизъм за това, че следващите години ще има повече разбиране в институциите и ще може да се финансира не само ежедневната дейност, но и иновативни дейности за лечение на пациенти, които се извършват само в болница „Света Екатерина”.

На въпрос правят ли се достатъчно инвестиции в болницата проф. Начев представя ситуацията, в която са не само болница „Света Екатерина“, но и почти всички останали болници. Поради недостатъчното финансиране не се правят инвестиции, защото няма как да се върнат тези инвестиции – пример, за въведените 4 - 5 иновативни методи, които се правят само в болница „Св. Екатерина”, с които се равняваме по световното ниво на кардиохирургията, инвазивната кардиология и на електрофизиологията, не се заплащат от никой. Поради тази причина в болницата се извършва рутинната медицинска дейност, но не се правят нововъведения. От това страдат българските пациенти, които мога да получат такова обслужване, но сега не го получат, защото няма кой да плати за това.

Проф. Начев отговаря и на въпрос за лекарските грешки като изтъква, че едно от най-важните направления за намаляването им е ежегодно да се извършва анализ на дейността на всеки един лекар, който има сертификат да извършва определена дейност, за да се знае той сбъркал ли е някъде, не е ли сбъркал, резултатите му добри или лоши са, ако са лоши - какво трябва да се направи, да се продължи започнатото вече продължително медицинско образование. Защото лекарят е един от малкото специалисти, които се образоват през целия си живот. И основната функция на лекаря е да се самоусъвършенства. Основната му цел е да лекува най-добре пациента и да го излекува, но основната му задача е да се самоусъвършенства. Това е кредото, което трябва да се следва.

Обучението на лекарите обаче не е въпрос само на желание за самоусъвършенстване, но и ангажимент на съсловната организация. В друго свое интервю проф. Начев отговаря на въпроси за създаването на лекарска камара. Вижданията на професора, като един от

активните представители на академичните среди, са за правомощия на съсловната организация само по отношение на продължаващото медицинско образование, а не за разширяване на правомощията и по отношение на специализацията на лекарите. Уточнява, че в повечето страни се казва лекарска камара, но същите функции могат да се изпълняват и от Българския лекарски съюз. Смисълът е да се създаде независима институция, чиято основна функция да е провеждането на продължително медицинско образование и продължителното професионално развитие, и да извършва акредитацията на това, което е свършила, т.е. на това продължително медицинско образование. Заедно с това по-нататък функциите са да оценява дейността на съответните единици, било то клиники или отделения по отделни специалности, както и на отделните специалисти и в зависимост от това каква е била тази дейност като обем, като качество да дава ресертификация, т.е. да подновява разрешителните за извършване на една или друга дейност.

На въпрос как в гилдията се приема тази идея и на какъв етап е, проф. Начев отговаря, че хората, с които е говорил, приемат много положително тази идея. Но хората, с които е говорил са негови познати, естествено, нормално е да споделят идеята. Какво е настроението сред гилдията професорът не знае, но според него това не е въпрос на настроение на гилдията, това са задължителни изисквания, които Европа налага и рано или късно ще трябва да бъдат въведени в България. Още повече че това е първо в полза на обществото, защото при всички случаи води до подобро качество на медицинското обслужване, и второ е в полза на самата гилдия, защото изпълнявайки качествено задълженията си, тя е защитена от каквито и да било нападки. А на какъв етап е – по инициатива на Българския лекарски съюз е създаден акредитационен съвет, в който влизат представители на Българския лекарски съюз, на медицинските университети в България, и на Съюза на българските медицински специалисти. Двата съюза – на университетите и медицинските специалисти (бившите научни дружества), могат да извършват по компетентност продължителното медицинско образование и под егидата на лекарския съюз.

Създаването на лекарска камара, според проф. Начев, ще доведе до по-добро образование, специализация, непрекъснато обучение и следене на новите неща, които се въвеждат, във всички случаи ще доведе до по-добро качество на медицинското обслужване и ще сведе до минимум или до въобразимия минимум лекарските грешки. Те не могат да изчезнат, защото това е, лекарите са хора, има субективизъм в цялата история. Няма как да изчезнат лекарските грешки, лекарски грешки има навсякъде.

Създаването на лекарска камара, ще доведе до създаването на процедури за проследяване работата на лекарите и на три години да се прави анализ, на база медицинската документация, за броя и качеството на направените от даден лекар консултации и интервенции. По този начин онези, които не покриват изискванията, ще трябва или да специализират допълнително, или да си търсят друга работа. Например, ако един хирург е направил за 3 г. само 20 операции, трябва да се вземе сертификатът му, защото се е дисквалифицирал. Под лупа трябва да се гледат и да се взимат съответните мерки и при много лоши резултати - висока следоперативна смъртност, чести и сериозни усложнения и др. Самият професор прави на година средно по 400 големи сърдечни операции.

Акад. проф. д-р Иван Миланов, д.м.н., изпълнителен директор на МБАЛНП „Св. Наум“ – София; 2004 г. – 2008 г. зам.-ректор на Медицински университет – София; 2010 г. зам.-министър на здравеопазването; член-кореспондент и академик на БАН; невролог; с над 540 научни публикации, множество монографии, учебници и ръководства; национален консултант по неврология; членува, вкл. и в ръководствата на наши и международни научни организации.

Болницата, на която академик Миланов е изпълнителен директор, е създадена през 1938 г. в областта Четвърти километър и започва да функционира като частна психиатрична клиника на д-р Любен Русев и д-р Люба Русева. Още от самото създаване на ИСУЛ болницата на четвърти километър е част от неговата структура като Научно-изследователски психоневрологичен институт с неврологично и психиатрично отделение, по-късно Научноизследователски институт по неврология и психиатрия. От 2000 г. е преструктурирана в университетска специализирана болница, а от 2011 г. в Университетска многопрофилна болница за активно лечение по неврология и психиатрия „Св. Наум“, ЕАД.

Академик Миланов смята, че причините за недоброто състояние на здравеопазването се дължи на факта, че не е завършена започнатата през 2000 г. реформа и най-вече реформата в болничната помощ. Все още, според него, има достатъчно подготвени специалисти, които наистина са на европейско ниво. Това важи за всички специалности в медицината. Но ако сега здравеопазването не е добро преди всичко поради недостатъчно финансиране и неефективна структура, то когато се задълбочи проблемът с недостига на млади кадри, положението в здравеопазването ще се влоши значително. Системата на здравеопазване засяга цялото общество и една реформа винаги се приема първо негативно. Затова трябва да има политическа воля.

По повод поредния конгрес по неврология академик Миланов казва, че българската неврология е на много добро ниво, защото имаме неврологична школа с традиции като възможности за диагностика и лечение.

На въпрос дали неврологията като специалност е атрактивна за младите лекари и предоставя ли добри възможности за кариерно развитие отговаря, че специалността не е много атрактивна, за разлика от инвазивната кардиология и хирургията. Основната пречка е ниското заплащане на лекарския труд в повечето медицински специалности. Ако в България се развие инвазивната неврология, то тогава ще се привлекат повече млади хора, защото при нея са необходими млади лекари, които биха могли да внедрят някои новости и да печелят пари на практика, тъй като това също е важно.

На въпроса „Какво мислите за идеята да има социална мрежа за лекари в България Medical Book ?, академик Миланов отговаря: „Великолепно, това е много хубаво. Само не знам дали знаете, че една от малкото професии, при които хората не работят в екип, е лекарската. Лекари стават хора, които са силни индивидуалисти, които искат да покажат, че са най-великите и най-много могат. Именно поради това, като погледнете в лекарското съсловие, всеки с всеки е скаран, всеки казва: остави го, този нищо не разбира. И за съжаление, това е истина. Така че това за социалната мрежа е много хубава идея, като особено ще е полезна възможността медиците да си обменят опит, да си помагат.“

Виждането на академик Миланов за силно изразеното индивидуално поведение на лекарите е и причината той лично да не приема идеята на автора да бъдат възложени правомощия по отношение на следдипломното специализирано обучение на съсловната организация на лекарите в България – Българският лекарски съюз. Аргументите му, посочени пред автора, са че съсловната организация на лекарите не се ползва с необходимото доверие, а дейността ѝ определя като недобра. Затова съвсем естествено не възприема евентуално прехвърляне на правомощия на БЛС по процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите. Коментира, че в други системи следдипломното обучение на лекарите се регулира от държавата и гилдията по специалности (наблюденията му са преди всичко върху американската система). Като добри практики посочва националния изпит за започване на специализацията, одобрението само на университетски болници като бази за обучение и провеждането на пълния срок на обучение в тях.

Това всъщност беше моделът на специализация по Наредба № 34/2006 г., който се оказва крайно неефективен за нашите условия и за периода на действие на наредбата до

началото на 2015 г. беше отчетено засилване на емигрантските настроения сред младите лекари.

Академик Миланов не смята, че трябва да се предприеме евентуална промяна в управлението на националната система за клинична специализация и не подкрепя възлагането на правомощия на БЛС в този процес. Категоричен е, че БЛС не може да поеме такава отговорност, а крайният резултат от такава промяна ще бъде фатален за клиничната специализация. Не свързва собствената отговорност на лекарите с БЛС, а управлението на системата за клинична специализация у нас след 10 години определя като непредвидимо.

Съгласен е обаче с формулираният от автора проблем за липса на документиране на индивидуалната специализация и вписване на медицинските дейност, които специализантът е извършил и за които има разрешение от клиничния ръководител да извършва самостоятелно. Поради тази причина всеки специализант набира стаж, без възможности за прекратяване на специализацията поради несправяне с усвояването на необходимите знания и практически умения в процеса на работа, което според академик Миланов, е трагично.

Проблемът с институционалната структура, която според академик Миланов не трябва да се променя, е детайлно анализирана в дисертационния труд. Авторът обосновава като основен фактор за неефективността ѝ неясната управленска отговорност в процеса на придобиване на специалност от лекарите – администрирането е разделено между базата за обучение, висшето медицинско училище и министерството, без ясна институционална отговорност.

Мнения и становища по отношение възможностите на университетски болници и други високотехнологични лечебни заведения, които притежават потенциал да бъдат реструктурирани в самостоятелни институти за следдипломно обучение в медицината (ИСДОМ)

Проф. д-р Константин Йорданов Анастасов е сред нашите големи специалисти, които влизат в списъка на българските личности с международна значимост. С богатите си знания в областта на лицево-челюстната хирургия, с научните си публикации в тази област (над 150), с учебниците, многобройните си доклади на международни форуми и с достойната си преподавателска дейност у нас и по света той има завидна известност. Член е на Френската и на Мексиканската академия по лицево-челюстна хирургия. Проф.

Анастасов има дълъг трудов стаж у нас и в клиники в Европа и на други континенти. Работил е в ИСУЛ от създаването до закриването му, бил е гост-професор в много чужди институти.

През 2010 г. проф. Анастасов дава интервю, в което отговаря на въпроси за недостатъчните средства за финансиране на здравеопазването навсякъде по света, като изказва мнение, че е необходима разумна и ефективна организация за целесъобразно изразходване на средствата за здравеопазване и втората, много важна задача е решаването на проблемите е качеството на подготовка на медицинския персонал.

Дългогодишният опит в областта на специализацията, усъвършенстването и квалификацията на кадрите му позволява да направи равностойка, че със започване през 1950 г. на своята научно-методическа дейност ИСУЛ се превръща в ръководител на специализацията на наши, а после и на чуждестранни лекари, стоматолози и фармацевти. В катедрите и звената на ИСУЛ са работели най-добрите наши специалисти, с високи научни и практически постижения, с които стават известни в Европа и света. До 1972 г. ИСУЛ успява да обучи над 8000 специалисти. Това е доста високо постижение даже и за страни с много добро здравеопазване. ИСУЛ е отделно учебно заведение и се ръководи от здравното министерство, а авторитетът му е завиден - търсен от специалисти от цял свят. С учредяването на Медицинска академия, в гигантската ѝ структура влизат медицинските заведения от София, Стара Загора, Пловдив, Плевен - обединяват се всички медицински университети у нас, както и научните институти по медицина. Академията поема несвойствени за нея функции, като включва в едно звено, както университетското, така и следдипломното образование. Това, според проф. Анастасов, се отразява на качеството на обучение на студентите, на специалистите.

Проф. Анастасов споделя и притесненията си относно усъвършенстването на медицинските кадри: „Сега специализациите и усъвършенстването на лекарите се извършва от медицинските университети и техните катедри - това не е нормално! Страда качеството на медицината у нас. Във всички напреднали страни двете направления - медицинското образование и специализациите и усъвършенстването на лекарите, са разграничени. Сега нямаме специално звено за специализация и усъвършенстване. Загубиха и лекарите, и пациентите. А те са тандем - един без друг не могат да съществуват. Отвори се пропасть между медицинското образование и специализациите. Затова категорично настоявам - ИСУЛ трябва да се възстанови! Според средствата, които се изразходват за нашето здравеопазване, би трябвало да имаме значително по-добро медицинско обслужване и по-качествен лечебен процес. Къде е вината?

Причината е, че и обучението, и специализациите са пренебрегнати в плановете за действие и развитие на здравеопазването. Лекарите ни вече са недостатъчно квалифицирани и това понижи обществения им рейтинг. За тях се говори по-вече като за хора, които вършат всичко само за пари. Резултатът е намаление на самочувствието и на добрите специалисти.“

Проф. д-р Бойко Коруков, началник на Клиника по хирургия и на Клиничния център по гастроентерология в УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД; хирург с над 133 участия в научни форуми и публикации; член на Пленума и на надзорния съвет на Българското хирургическо дружество и на Националния съсловен съюз на лекарите хирурзи в България; бъдещ председател на Българското хирургическо дружество; бил е научен секретар на списанията “Българска хирургия“ и „Висцерална хирургия“; от 2006 г. до 2013 г. – изпълнителен директор на УМБАЛ „Царица Йоанна–ИСУЛ“ ЕАД – София.

Като дългогодишен директор проф. Коруков припомня някои важни дати, събития и личности от историята на УМБАЛ „Царица Йоанна–ИСУЛ“ ЕАД – София. Тя е наследник на Работническата болница „Царица Йоанна“, построена през 1936 г. и Института за специализация и усъвършенстване на лекарите (ИСУЛ), създаден през 1950 г. Първоначално болницата има социална функция, а най-славният период от историята на болницата е ИСУЛ - първото гастроентерологично отделение в Европа е създадено именно в ИСУЛ. И до днес в тази болница работят едни от най-добрите лекари на България, включително и много от националните консултанти.

Още в далечното минало – 1927 г., Народното събрание гласува специален закон за създаване на болница за работещи, които се самоосигуряват. И ненапразно в самото начало тя носи името Работническа болница „Царица Йоана“. Едва след 1950 година минава в друго русло, с което се познава като Институт за специализация и усъвършенстване на лекарите, т. е. болницата има две начала. Едното е на Работническа болница със силно социален оттенък и второто на ИСУЛ, където в продължение на 20 години специализират лекарите на България.

През 60-те години е била построена поликлиниката, която сега е свързана с топла връзка към старата сграда. Архитект Овчаров, архитектът на сградата, е създал доста емблематични сгради в София, които са в същото време архитектурна ценност за страната – сградата на МВР, Музикалният театър, Агрономическият факултет. Сградата е имала много добро разпределение и простор за пациентите и за лекарите, но с времето всеки директор нещо е пристроявал. Направени са обаче няколко крачки в посока възстановяване на първоначалния архитектурен образ.

Много големи имена са работили в ИСУЛ, между тях са т. нар. създатели на ИСУЛ, въпреки че зад тях стоят хиляди знайни и незнайни хора: акад. Ташо Ташев съзателят на Катедрата по гастроентерология и хранене, проф. Бойчо Бойчев, който е едно емблематично име, акад. Иван Пенчев, който пък е ендокринолог и проф. Гоце Тенчов, който е първият ректор на ИСУЛ и създател на Катедрата по онкология. Катедрите, основани в ИСУЛ са 18, между тях са катедрите по кардиохирургия, спешна хирургия, урология, ортопедия и травматология, анестезиология и реанимация, нефрология, клинична лаборатория, онкология, фармакология, ендокринология. Тази история трябва да се съхрани и предаде на следващите поколения, защото някой трябва да остави след себе си имената и дължимото на тези хора. През школите, създадени в ИСУЛ от големите имена в българската медицина са преминали поколения лекари, а както се знае, за да има прогрес, учениците трябва да бъдат по-добри от учителите. Затова, според проф. Коруков, тази тенденция трябва да се поддържа.

Споделя обаче трудностите през последните години за осигуряването на достатъчно кадри в някои специалности, които са ключови за функционирането на една болница. Не е достатъчно да има хирурзи, травматолози, уролози и т. н., защото ако няма анестезиологичен екип, няма каква дейност да се осъществява. Лекарите си тръгват един по един от България и ще си тръгнат, защото лекарската професия е изключително отговорна, а от страна на обществото и на част от медиите има не много позитивна нагласа към тях, преди дори да е доказана съответна грешка или пропуск. Във връзка с това, че и ИСУЛ вече изпитва недостиг, глад за някои специалности, проф. Коруков разказва за среща с омбудсмана, на която са обсъждани проблемите за недостига на кадри. Негов колега се обърнал към омбудсмана (тогава Константин Пенчев) с думите: „Г-н Пенчев, не го слушайте доц. Коруков, той направо е разглезен. Тук има 260 лекари. В провинцията сме се сблъскали с колективи, където се чудят как да вържат графика“. Затова, според професора, проблемът трябва да се разглежда в дългосрочна перспектива, но се опасява, че вече сме стигнали до точка, на която ще берем само горчиви плодове.

В тази връзка, но в друго интервю, проф. Коруков изказва мнение, че университетските болници трябва да получават субсидия за извършваните в тях допълнителни дейности – извън основната диагностично-лечебна и рехабилитационна дейност в тези болници се изпълняват и други – преподавателска, експертна, научна и консултантска дейности, които не се заплащат. По този начин болничният мениджмънт разполага с ограничен ресурс за покриване на текущите си разходи, защото е голям делът на инвестиционните разходи – въвеждане на съвременни методи на диагностика и

лечение, закупуване на високотехнологична апаратура, осигуряване на висококвалифицирани кадри.

В предаването "Най-добрите лекари" проф. Бойко Коруков, един от най-добрите коремни хирурзи в България, коментира, че няма как да правим европейска медицина с африкански бюджет. Нищо не се е подобрило по отношение на младите кадри. В страната има райони с по 70 000 души, в които в радиус от 10 км има само по един анестезиолог и по един хирург. Той отбелязва, че преди години станал директор, защото искал да помогне по-скоро да се завърши здравната реформа. На по-късен етап обаче стигнал до заключението, че реформа може да има само тогава, когато политическите сили седнат на една маса, загърбят пристрастията и приемат реформата като национална задача.

Проф. д-р Красимир Иванов е 12-ят ректор на Медицински университет - Варна, преподавател по коремна хирургия, практикуващ хирург-онколог с над 25 години стаж, експерт в диагностиката на ректалния карцином, специалист по здравен мениджмънт. Проф. д-р Иванов е и национален консултант по хирургия.

Като ректор на варненския Медицински университет той увеличава броя на чуждестранните студенти с англоезично обучение с над 300 %, а държавната поръчка – с 50 на сто. Създава филиали на Университета в Сливен, Велико Търново и Шумен. Открива първия в страната университетски Медико-дентален център, първия в Източна България Център по транслационна медицина и клетъчна терапия, центрове по електронно и дистанционно обучение, за кариерно развитие (по новите професии здравен асистент и болногледач), университетски център по източна медицина и др. Създава първата у нас университетска телевизия, вече лицензирана от СЕМ.

Проф. Иванов разширява международния профил и контакти на университета: академичната институция е водеща в многобройни научни проекти, включително по „Хоризонт 2020" на Европейската комисия – програмата за развитие на научните изследвания и иновации; участва в 82 международни партньорства от 5 континента.

Независимо от, образно казано, разтварянето на вратите на университета пред чуждестранните студенти, проф. Иванов смята, че променените условия и възможността младите лекари у нас да специализират и в малки болници е правилното решение на проблема с кадрите. Защото не можем да сме конкурентни на офертите от чужбина, където нашите медици получават добри заплати и всякакви удобства, докато специализират. Резултатът е очевиден – губим младите лекари, губим и специалистите. Тази тенденция може да се ограничи ако се инвестира в оборудване на болниците и провеждане на обучение в тях.

Защото, според проф. Иванов, това, което привлича младите е инвестицията в базата, в хората. Варненският медицински университет е направил такива инвестиции и покрива всички изисквания на европейските университети, където конкуренцията е много сериозна. Университетът не се конкурира с медицинските университети в страната, а с тези в Европа, защото образованието отдавна е без граници. В момента на континента дефицитът е около един милион лекари, което трудно може да се пребори за 10-15 години. Дори днес да се приемат един милион студенти във всички медицински университети в Европа, те ще станат правоспособни след 6 години, ще придобият специалност след още 6 години - така дефицитът си остава. Проблемът ще се засилва, защото около 60% от работещите лекари в Европа ще се пенсионират поради общото застаряване в професията. База на висшите училища по медицина са университетските болници и полагането на усилия от страна на държавата за развитието на базите ще повиши качеството на обучението.

Проф. Иванов отбелязва, че интересът към медицината се увеличава именно поради качеството на преподаване, съвременните образователни технологии, модерната база за обучение и конвертируемостта на дипломите. Наблюденията на професора върху завършилите български дипломанти е за гарантирана и много добра реализация както в България, така и в чужбина. Все повече от студентите остават да практикуват у нас, а има тенденция да се привличат и чуждестранни студенти, които университетът задържа тук като докторанти, асистенти, като лекари, работещи в модерната университетска болница. Много важно условие за специализация и продължаващо обучение са перспективите за добра реализация, която включва не само достойно заплащане, от гледна точка на финансовия аспект, но и модерна среда, високотехнологично оборудване, възможности за научна работа и за кариерно развитие. Инвестирането в професионалното им развитие, което е един непрекъснат процес за лекарите, е нещо, което университетът може да им осигури. Контактите, които университетът има с университетската болница, спомагат за създаването на тези условия.

Чл.-кор. проф. д-р Григор Горчев, д.м.н., съсобственик и медицински управител на МБАЛ „Света Марина“ – Плевен, гинеколог, онколог, хирург, бивш и почетен ректор на Медицинския университет в Плевен, пионер във въвеждането на роботизираната хирургическа система da Vinci ¹⁰³ в Югоизточна Европа и първият български лекар, сертифициран за работа с нея. През 2012 г. въвежда за първи път в България напълно

¹⁰³ Високотехнологичният робот, наречен Да Винчи, премахва тумори без разрези и хирургични шевове.

неинвазивното лечение на солидни тумори с високоинтензивен фокусиран ултразвук (HIFU).

В отговор на въпрос за увеличаващите се онкогинекологични заболявания проф. Горчев посочва няколко причини за това: първата - ниската профилактика, втората – неефективната здравна система, третата – недобра организация на онкологичната помощ в страната и четвъртата, но не и по важност – няма добре подготвени специалисти в национален мащаб по отношение на тези заболявания. Изказва опасения, че поради зависимостта от действията на министерството за планиране и финансиране на следдипломното обучение специализантите са по-малко от необходимите наши кадри и ако продължаваме така, според професора, след време ще идват да ни лекуват индийци и пакистанци. Защото нашите подготвени кадри заминават главно за Западна Европа, където има голям глад за лекари - най-вече във Франция, Германия и Испания. И медици, които са подготвени добре езиково, заминават, изтичат кадри. Специалностите, които по-рядко се избират са патологоанатомията, съдебната медицина, психиатрията, анестезиологията, но мнението на проф. Горчев е, че няма ниша, в която да има пренасищане, така че трябва да има плановост на развитието.

Проф. Горчев предлага да се въведе коефициент за финансиране на университетските болници, защото не може да се сравнят направените оперативни интервенции в университетските болници с една областна или общинска болница. В тях се извършва обучение на студентите и понякога се задържат пациенти, за да ги видят студентите. Затова трябва да има различен коефициент на финансиране, тъй като в университетските болници пристигат по-тежки случаи, за които се използват повече ресурси и така се формират дълговете на тези болници.

Георги Карааргиров, директор „Иновации и информационни технологии“ в МБАЛ „Света Марина“ – Плевен (частна високотехнологична многопрофилна болница).

След 19 години във Великобритания Георги Карааргиров решава да се върне в България, защото иска да работи в една "умна" болница. Въведената в МБАЛ „Света Марина“ – Плевен ИТ система позволява пълен контрол на качеството и сигурността на лечението, дава възможност за бърза обработка, анализ, съхранение и достъп от всяка точка на света до данните, свързани с лечението и проследяването на пациентите.

Георги Карааргиров обяснява, че при постъпването си всеки пациент получава гривна с баркод и чрез него всичко – от влизането до изписването му, се въвежда в електронно досие. До всяко болнично легло има персонален пациентски високотехнологичен

терминал, позволяващ лесен и бърз достъп до това досие. Системата има възможност за телемедицина, дистанционни консултации с водещи експерти от страната и чужбина.

Като икономист и финансист е наясно, че светът няма да издържи финансово на все по-големите разходи за здраве. Дава за пример САЩ, където се харчи най-много в тази сфера. Отвъд океана вече се обмислят начини болниците да бъдат стимулирани така, че да не правят веднага скъпи операции, а преди това да положат усилия да решат проблема по друг начин. Ако някой пациент със сърдечни проблеми отиде на преглед, ще е по-добре да му се назначи хранителен режим, да го запишат на фитнес и чрез програма да следят дистанционно състоянието му - колкото по-дълго стои далеч от здравно заведение, толкова по-добре ще са си свършили работата медиците, обяснява Карааргиров.

Доц. д-р Димитър Петков, д.м., началник на отделение по съдова и ендоваскуларна хирургия в болница "Тракия", Стара Загора (една от най-големите частни болници, оборудвана с високотехнологична медицинска техника от последно поколение), доцент по сърдечно-съдова хирургия в Медицинския факултет на Тракийския университет, Стара Загора, има специалности по хирургия и съдова хирургия, автор и съавтор в над 90 научни разработки, публикувани и представени на научни форуми в България и по света, както и публикации в реномирани български и международни списания.

На въпрос какви са последните иновации в съвременното лечение на съдовите заболявания и в какви направления се използват тези методи доц. Петков отговаря, че последните десетилетия съдовата хирургия определено се насочва към лечение на съдовите заболявания по ендоваскуларен път ("безкръвен" начин). Тези методи се понасят от болните много по-леко. Пациентът се възстановява изключително бързо, намалява се престоят му в болница, съкращава се периодът на неработоспособност. Болният много по-бързо се връща на работа и в нормалната си социална среда. Това са сериозни причини тези методи да се използват толкова често, защото, въпреки че са скъпи като технологии, практически са изключително полезни за самия пациент. Тези методи позволяват и обучението на лекарите да се извършва на съвременно ниво. Доц. Петков отбелязва, че има много млади лекари, специализиращи съдова хирургия и ангиология, които се учат на добра съдова хирургия не само в България, но имат възможности и за международно обучение. На заседание на управителните органи на Европейското дружество по съдова хирургия в Копенхаген е станало ясно, че дружеството ще работи за отваряне към Източна Европа и облекчаване на възможностите за спечелване на грантове за обучение и научни проекти от наши млади

лекари. По този начин наши специализанти ще получат финансиране за обучение и участие в научни програми в елитни клиники в Европа.

Мнения и становища по отношение организацията на процеса на придобиване на специалност от лекарите, взаимоотношенията между обучаван и обучаващ и проблемите, които имат специализиращите лекари

Нереформираната здравноосигурителна система и липсата на ефективен механизъм за финансиране на болничната дейност създават условия за насочване на по-голям финансов ресурс в определени специалности, за сметка на други, чиито клинични пътеки не покриват дори и половината от разходите. Това условно разделяне на „привилегировани“ и „дефицитни“ влияе върху възможностите за подобряване на условията на работа и доходите на лекарите, а оттам повишаване или намаляване интереса на младите лекари да специализират в определена област на медицината. Една от „привилегированите“ специалности е кардиологията и особено инвазивната кардиология.

Проф. д-р Асен Гудев, началник на Клиника по кардиология в УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД – София, посочва, че нивото на кардиологията и напредъка в инвазивната кардиология в България е сравнимо със средноевропейското ниво, защото у нас се извършват голяма част от процедурите, които са необходими за лечение на основните заболявания. Добрата новина е, че в тази област на медицината има много добре подготвени млади специалисти.

Проф. Гудев посочва, че реализацията на един млад лекар навсякъде по света е продължителен и нелек процес и всеки, който се посвещава на лекарската професия трябва да е наясно преди всичко с лишенията, които трябва да изтърпи. Мотивацията, отдадеността на професията, милосърдието и емпатията към болните и семействата им са основните изисквания за реализация като лекар, а изборът на лекарската професия е нещо много отговорно. Младите лекари трябва да бъдат подготвени за трудна житейска професионална реализация, защото придобиването на права на специалист и утвърден лекар е дълъг процес, който коства доста безсънни нощи, дежурства и четене.

Според проф. Гудев, едно от най-големите предизвикателства на нашето образование (студентско и следдипломно) е да се създаде чувство на отговорност, състрадателност и отдаденост към професията. Но това не се учи от книги, а в клиника. Изключително важен момент в обучението на младите лекари е те да бъдат в подходяща среда, да се

създава чувство за отбор и отговорност. Медицината в 21 век е концерт за оркестър, а не за солисти. Диригентът е важен, но отборът е много по-важен и, професорът съветва, когато се избира мястото за специализация, да се избират клиники, в които наистина има такъв дух и атмосфера.

На въпрос задължителна ли е обмяната на опит с други страни, проф. Гудев отговаря, че това е неизбежен процес във века на глобализацията, защото контактите с други страни са доста улеснени. Много от лекарите имат възможност да пътуват още като студенти и изводът, който правят е, че проблемите и радостите са едни и същи. Нещата, които се припокриват, са повече от нещата, които се различават.

Проф. Гудев отговаря на въпроса дали въвеждането на иновации в тази медицинска област е въпрос на самоинициатива – както навсякъде по света, лидерството е важно и голяма част от нововъведенията в кардиологията у нас наистина стават възможни благодарение на амбицията и желанието на някои уважавани от гилдията лекари. Резултатите обаче няма да бъдат добри, ако се разчита само на личната инициатива. Трябва да има среда, която да насърчава иновациите, а големите академични центрове трябва да имат условия, които да подкрепят точно този тип академично, иновативно мислене, а това е нещо, в което ние изоставаме. Големите центрове по света имат друг статут – тяхната мисия е точно да въвеждат иновациите, без да бъдат поставени под зловата на деня и да мислят колко клинични пътеки ще изработят, а колко сложни пациенти ще приемат. Това е един от големите проблеми на българската медицина – получаването на пари за количество болни, а не за това колко проблемни болни са лекувани. Докато ситуацията е такава ще има хроничен недостиг на средства за здравеопазването у нас.

Доц. д-р Добромир Димитров, д.м., зам.-декан на факултета по Медицина на Медицинския университет – Плевен, има специалност по обща хирургия, специализирал в Германия, Англия, Китай, Турция, Италия и др., има над 60 научни съобщения и публикации и реализирани научно-изследователски проекти.

Доц. Димитров казва, че една от причините да се ориентира към специалността е участието в студентски кръжок с ръководители двама изтъкнати наши професори по хирургия. Техният подход, маниер, търпение и гласуваното доверие в развитието на младите го е задържало в клиниката по онкологична хирургия.

На въпрос кой е най-важният принцип според него в Хипократовата клетва, доц. Димитров отговаря, че Хипократовата клетва е морален акт пред обществото, пациентите, колегите, който трябва да бъде в съзнанието на лекаря. Лекарската професия

винаги се е отличавала с присъствието на много професионален дълг, етика, човечност, колективност, милосърдие и безкористност. Но е факт, че всички тези качества на съвременния лекар в България са поставени на изпитание. Липсата на ефективна здравна система и достойно заплащане са извинение за честото им нарушаване. Според него, от съвременна гледна точка, важна част от клетвата е за предаването на знанията и опита на обучаващите се лекари. Изказва съжаление, че има все повече примери, в които опитни лекари крият познанията и опита от израстващите специалисти. Добрият колектив, екипността и следването на общи принципи на работа осигуряват качествени здравни грижи и предпазват пациентите.

Според доц. Димитров има болници и клиники, които са „острови“ на качествено, високотехнологично лечение, ориентирано към пациентите, което отговаря на съвременните правила. Но здравната ни система е от затворен тип за новостите. Няма реални правила за това как, кой, къде и с колко средства може да въведе някаква иновация и съвременен подход на лечение или управление. Държавата не стимулира такива намерения и въпреки това има болници, между които и частни, където предлаганите услуги са на много добро ниво. Точно те успяват да произвеждат добри специалисти и млади лекари.

А пред младите лекари, според доц. Димитров, има няколко основни пречки. Първата и много важна е липсата на ясна перспектива. Никой не знае как ще изглежда, какви познания и умения ще има младият лекар след 1, 3, 5 години от трудовия си стаж и специализация. Дали изобщо ще може да започне тази специализация. В Германия и Англия има много строги правила за младия лекар и ако се справя с отговорностите си, е ясно какво ще се случи на определените периоди от неговото обучение. Крайният резултат е много добър - можеш, знаеш, съвременно мислещ млад лекар. Там има широко отворени врати на входа за започване на специализацията и много тесен изход за придобиването ѝ. Повечето кандидат-хирурзи успяват да вземат специалност след 7-8 години, а не след 5. За тези 2-3 години в повече те покриват суровите количествени изисквания към тях за брой операции, манипулации и изследвания, като на финала стават изградени специалисти. В България трябва да вземеш специалност, за да започнеш да оперираш. В тези 7-8 години лекарите в другите страни успяват да защитят и докторска степен. Така те доказват, че се развиват хармонично. Този дисертационен труд не е гарант, че лекарят ще става професор, но показва начин на мислене, различен от императивното предаване на знания от опитен към млад лекар. Неговата клинична

работа ще бъде базирана на научни доказателства, т.е. на най-новите, сигурни, качествени и минимално инвазивни методи за лечение.

Друг проблем е ангажираността на колективите към обучението на младия лекар. Ако младият лекар попадне в затворен за новостите колектив, придобива техния манталитет доста бързо. Финансовото заплащане е в пъти по-малко от това на лекарите в западните здравни системи. В същото време работата и отговорностите, които ще имат са сходни.

Д-р Николай Недев, радиационен онколог в Клиника по лъчелечение и радиохирургия в Аджибадем Сити Клиник, Онкологичен център в София; притежава лиценз да практикува специалността си на няколко континента – Австралия и Нова Зеландия, Африка и Европа; пионер е в много аспекти на лъчелечението и е развил първата програма за лъчелечение с модулиране на дозата (IMRT) в Нова Зеландия; под негово лично ръководство са проведени повече от 10 000 курса лъчелечение с много високо ниво на сложност; завършил е медицина в Медицински университет – Варна.

Д-р Недев се завръща в България, за да се присъедини към екипа на Онкологичния център, тъй като болницата има съвременно разбиране за пациента като фокус и за ролята на лекаря. Описва двете основни концепции в медицината: първата се базира на индивидуалната брилянтност на лекаря, а другата е брилянтност на системата. Качеството се осигурява не от един човек, а от системата като цяло. Сравнява лъчетерапията с авиоиндустрията, защото не може да се каже, че самолетите не падат, понеже има един перфектен пилот – трябва да има система, която да обучи всички пилоти, всички техници по последния човек на високо професионално ниво, т.е. да се осигури качество на продукта като цяло.

Под негово ръководство са израснали доста радиационни онколози в Нова Зеландия и има амбицията да приложи опита си в България. От полза на всички е общото ниво да е високо. Един от големите проблеми на България е, че медицината рядко създава школи – някой стига донякъде благодарение на собствените си усилия, а това е много екстензивен начин в развитието на един лекар. Д-р Недев смята, че младият лекар е избутан в ъгъла и се опитва да „краде занаят“. Идеята, че занаятът се краде, а не се дава, е една от най-отвратителните в медицината. „Занаятът“ се споделя. Затова е голям дългът към следващото поколение лекари и д-р Недев се страхува, че обществото дори не разпознава този проблем, а той е най-големият за българската медицина. В тази връзка преценява себе си като много добър лекар, но ако не обучи хората около него да бъдат толкова добри, значи не си е свършил работата.

Д-р Деян Попов, председател по вътрешните въпроси на Асоциацията за развитие на медицинската общност.

Интервюто е във връзка с инициативата на млади лекари да призовават политиците да „освежат“ здравната система. Средната възраст на лекарите в България е 53 г., а смъртността сред хората в тази професия е по-висока, заради напрежението, с което е свързана. Така до 2020 г. България може да остане изцяло без ново поколение специалисти, което да заеме мястото на старото и съответно достъпът до здравеопазване на българите да изпадне в криза.

Д-р Попов откроява като причина лекарите да напускат страната, освен финансовият параметър, проблемът, свързан с неясната перспектива за това какво ще се случва в професионален план с един млад лекар след завършването на медицина. Затова предложенията са за реформа в здравеопазването и ясни правила, прозрачна система на специализации, за да може младият лекар спокойно да започне своята специализация, да получи качествено обучение, да я завърши и, разбира се за труда, който той полага да получи адекватно възнаграждение. Това, което от асоциацията предлагат е да се осигурят условия младите лекари да могат да покриват разходите си за курсове, вкл. и в чужбина и да си купуват литература, за да са сигурни, че ще се развиват като специалисти в бъдеще.

На въпрос за това дали получават разбиране от здравните власти д-р Попов споделя, че за съжаление такова разбиране няма. Младите лекари знаят, че няма да имат проблем да се реализират в чужбина, а нашата система е толкова „затлачена“, че никой не смее да предприеме смели стъпки в тази насока, защото това би коствало много главоболия. Включително и много тежки теми ще се зададат, които не са угодни и никой не иска да ги коментира в момента, и просто се отлагат във времето.

Д-р Мирослав Зашев, специализант в Болница „Лозенец“

„- Вие сте специализант. Какви са пречките в тази сфера?

- Безспорно новата наредба има своите предимства, но има още неща, които могат да се променят, за да бъде по-лесно започването на специализация. Проблемът, който не е решен, е късането на връзката между институциите. В университета ние сме студенти по медицина и част от институтция. Когато се дипломираш и станеш лекар, реално си част от нищото. После чукаш на вратата, за да търсиш работа.

- Смятате ли, че комуникацията между институциите трябва да се подобри?

- Може би има нужда от медиатор, посредник. Има колеги, които може да не са се ориентирали към специалност, такива, които да се колебаят дали да останат или да

заминат за чужбина. По време на дискусиата преди връчването на наградите „Млад медик 2017" се коментираше БЛС да има регистър на лечебните заведения, до който завършилите лекари да имат достъп, за да виждат къде има места и нужда от лекари. Ако има такъв посредник и достъп до такъв регистър, би било полезно.“

Пет поредни години БЛС обявява конкурс за стипендианти по програма за подпомагане на млади лекари специализанти и редовни докторанти. На последната церемония за връчване на стипендиите специализантите споделят за какво ще използват тези пари и къде смятат да се реализират:

Д-р Евелина Арнаудска, специализант по пластична хирургия в УМБАЛСМ „Пирогов” казва, че стипендията ще ѝ даде възможност да посети различни обучителни курсове, защото те са доста скъпи и малко млади лекари могат да си ги позволят.

Д-р Владислав Григоров, специализант в Националната кардиологична болница, за момента иска да остане в България и като повечето специализанти също така иска да работи в по-голяма университетска болница, заради по-добрите възможности за развитие и по-добрата техника. В същото време обаче може да напусне страната ако не се промени системата. От по-възрастните си колеги знае, че от 20 години се очакват добри реформи, но за момента нещата не са се случили.

За **д-р Калина Димитрова**, специализант по обща и клинична патология в УМБАЛ - Плевен, стипендията е стимул да се занимава по-сериозно с научна дейност. Парите от стипендията ще вложи в обучението си, защото публикуваните статии и учебници, които си купува, понякога изискват сериозни финансови средства. В болницата, в която специализира получава специално внимание от ръководителите и възможност за професионално развитие.

Както казва и д-р Грозев, тези средства са крайно недостатъчни, за да решат финансовите проблеми на специализантите. Системата се нуждае от мотивиране на всички заинтересовани страни в процеса на придобиване на специалност от лекарите.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ОРИГИНАЛНОСТ И ДОСТОВЕРНОСТ

(по чл. 27, ал.2 от ПП ЗРАСРБ)

От **Снежана Младенова Кондева**, докторант към Стопански факултет, катедра „Икономика и управление по отрасли“ на Софийски университет „Св. Климент Охридски“,

декларирам, че представената от мен за защита дисертация на тема: **„Развитие на националната система за клинична специализация на лекарите – институционални, правни и финансови аспекти“** за присъждане на образователната и научна степен "доктор" е оригинална разработка и съдържа оригинални резултати, получени при проведени от мен научни изследвания, с подкрепата и съдействието на научния ми ръководител.

Декларирам, че резултатите, които са получени, описани и/или публикувани от други учени, са надлежно и подробно цитирани в библиографията, при спазване на изискванията за защита на авторското право.

Уведомена съм, че в случай на констатиране на плагиатство в представената дисертация, комисията по защитата е в правото си да я отхвърли.

Декларирам, че настоящата дисертация не е представяна пред други университети, институти и други висши училища за придобиване на образователна и научна степен.

Дата: 20.03.2018 г.

Декларатор:.....

Снежана Младенова Кондева