
Димитър Сумеонов, Петя Кънчева /
Dimitar Simeonov, Petya Kancheva

**ДИНАМИКА И ПРОСТРАНСТВЕНИ ИЗМЕРЕНИЯ НА
ПРОФЕСИОНАЛНАТА РЕАЛИЗАЦИЯ НА
МЕДИЦИНСКИТЕ КАДРИ В БЪЛГАРИЯ**

*Dynamics and Spatial Dimensions of the Professional
Realization of the Medical Staff in Bulgaria*

Summary: The functioning and development of medical staff in Bulgaria. In the present paper, in chronological aspect from 2006 to 2016, are traced it's spatial changes at national and regional level between medical staff in Bulgaria.

Key words: health staff, medical staff, healthcare, demographic disproportions, public health system, cardiologists, surgeons.

„В здравните системи има недостиг на подходящи хора с подходящи умения, на правилното място, особено медицински сестри и общопрактикуващи лекари. Разпределението на здравните работници е неравномерно, характеризиращо се с градска концентрация и селски дефицити.“
„Здраве 2020“, СЗО

Общественото здраве има непосредствено влияние върху цялостната човешка дейност, следователно неговото изучаване се явява част от предметната същност на обществената географска наука и в частност на социалната география. Здравето на населението представлява комплексен биологичен, демографски и социален процес, който отразява степента на икономическо и културно развитие на обществото, състоянието на здравната инфраструктура и на природните условия. То е пряк компонент на възпроизводството на човешки ресурси.

„Здраве“ – сложна и многопластова категория. През 1961 г. Световната здравна организация (СЗО) определя здравето като: „*Състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на заболяване или недъг*“. В тази почти утопична дефиниция се изтъква позитивната страна на здравето (здравето и на здравите, а не само на болните), както и трите аспекта на здравето – физическа страна (соматично здраве), душевна страна (психично здраве) и обществена (социална) страна. Докато физическото

и психичното здраве се считат за конвенционален пълнеж на понятието, то социалният аспект е по-неразбираем и трудно постижим критерий за добро здраве. Социалната страна на здравето на човека зависи от обществените отношения, в които се включва индивидът, от неговата социална среда. Социалното благополучие се свързва с такива компоненти на здравето, които дават възможност на индивида да учи, да работи и да участва в обществения живот, да има дом и семейство. Ненаправно бедността и безработицата се смятат за важни социални детерминанти и рискове за здравето. Именно чрез социалната страна на здравето се разкрива двупосочната връзка между икономика и здраве.

Системата на здравеопазването включва институции, организации, органи и дейности за опазване, лечение, укрепване и възстановяване здравето на населението. Те всички, в една или друга степен, имат свое материално-веществено изражение и географско разположение. Ключови понятия, характеризиращи промените в здравната система, са „преструктуриране“, „трансформиране“ и „оптимизация“.

Декларираната визия за бъдещето на здравните услуги контрастира с резултатите в съвременните социално ориентирани, регионални географски изследвания. В тях се отчита задълбочаване на проблемите и все по-голяма диференциация при по-ниските таксономични равнища. Сложността, противоречивостта и динамичността на здравните реформи поставят отделните територии пред изключително сложната задача: как да бъдат управлявани здравните процеси в условията на ограничаване на ресурсите, без да може да се въздейства в редица от случаите върху природата на самите явления? Частичен отговор на поставения въпрос е проследяването на пространствените измерения, свързани с медицинските кадри в България в хронологичния обхват 2006–2016 г.

В публикуваната през 2009 г. „Концепция за преструктуриране на болничната помощ“, приета от Министерството на здравеопазването, е отбелязано, че: „перспективите на развитие на системата на здравеопазването са насочени към осигуряване на адекватна на демографската структура на населението здравна инфраструктура“¹. Това кратко заключение придава реален смисъл при пространственото планиране на здравната инфраструктура и влияе на състоянието ѝ като цяло в страната. От една страна, като най-важен се явява демографският фактор, който чрез намаляване на раждаемостта, увеличаване продължителността на живота, нарастване относителния дял на населението в надтрудоспособна възраст и пренасяне на социално-икономическата тежест към работещото население се превръща във водещ проблем за жизнеността на нацията. От друга страна, състоянието и доброто функциониране на вече изградената здравна инфраструктура са възможност за преодоляване на терито-

риалните демографски диспропорции, от които впоследствие произлизат и социално-икономическите проблеми.

Пространствено измерение на медицинските кадри е разпределено в три взаимосвързани йерархични нива:

➤ **Национално** – обхваща територията и населението на цялата страна. Управлението и координацията се осъществява от Министерството на здравеопазването (МЗ).

➤ **Областно** – включва териториалния обхват и населението на всяка от 28-те най-големи административно-териториални единици, където управлението и координацията са поверени на районните центрове по здравеопазване (РЦЗ), които са пряко подчинени на МЗ.

➤ **Общинско** – отнася се за територията и населението на всяка от 264-те общини. Координацията е поверена на общинските управления по здравеопазване.

Обект на настоящото изследване са промените на медицинския персонал в България през периода 2006–2016 г. в първите две нива – национално и областно. Причината за този избор е обвързана с публичната достъпност на информацията от Министерството на здравеопазването, Националния статистически институт и Инфостат.

Известно е, че здравните професионалисти са най-значимият ресурс за всяка здравна система, а разходите за труд са най-големият разход в системата като цяло (обикновено варират между 40 и 60%). Не е нужно привеждането на специални доказателства за това, че именно наличието на достатъчно здравни професионалисти, тяхната квалификация и условия за нейното непрекъснато поддържане и повишаване са от първостепенна важност за осигуряването на навременно и качествено здравно обслужване на населението. Това правило остава валидно независимо от развитието на медицинската наука и медицинските технологии.

За съжаление, наред с другите сериозни дисбаланси в системата на здравеопазването в България недостигът на медицински персонал в териториален и в професионален разрез създава редица трудности. Достатъчно е само да припомним, че една от причините, пораждащи необходимостта от реструктуриране на болничната помощ, е липсата на лекари по редица специалности в болниците в страната.

Един от големите проблеми, свързани с медицинския персонал е именно миграцията в България, която се развива в резултат на демократичните промени, разширяването на ЕС на изток, икономическата и културната глобализация. След 1989 г., България стана пълноправен участник в миграционните процеси както на европейско, така и на световно ниво. Професионалната мобилност се

разрасна най-вече поради бързото технологично развитие, по-добрите транспорт и връзки, както и заради отворените граници. Причините за тези миграции са комплексни: липсата на средства в здравната система, липсата на модерно медицинско оборудване, ниското удовлетворение от работата, серия от провали, свързани със здравните реформи, и т.н. Един от основните проблеми обаче е ниското равнище на заплащане, което е под средното за Европа. Това засяга по-специално някои медицински специалности, като анестезиолози, акушери и гинеколози, пулмолози и психиатри. Този изходящ поток от здравни специалисти поставя сериозно предизвикателство пред българската здравна система, но това би могло да бъде предотвратено от адекватна политика в областта на здравните работници.

Основна категория, използвана при разработките за медицинския персонал, са резултатите от последните две официални преброявания към 31.12.2006 и 31.12.2016 г. Използвани са и електронно достъпните ресурси на Националния статистически институт² и Инфостат³.

Ако разгледаме изложението се открояват няколко тенденции за последното десетилетие. На първо място се установява все по-голямо разминаване при показателя „Общ брой лекари в лечебните и здравни заведения България през периода 2006–2016 г.“ – **Прил. 1.**

Като цяло общият брой на лекарите по специалности в България, в това число по вътрешни болести, кардиолози, пневмолози, педиатри, хирурзи, ортопедо-травматолози, уролози, инфекционисти, акушер-гинеколози, офталмолози, оториноларинголози, невролози, психиатри, по кожни и венерически болести, рентгенолози, по физикална терапия и рехабилитация, лабораторни лекари, други специалности и общопрактикуващи лекари се е увеличил от 28 111 (2006 г.) до 29 539 (2016 г.). Това увеличение обаче не е равномерно разпределено в 28-те области в страната. Докато в едни области общият брой се е увеличил заради по-добро заплащане и по-добри условия на работа – било то болнична база или оборудване (напр. Пловдив – 17,69%, Бургас – 15,36%, Пазарджик – 13,94%, Русе – 13,71%, Варна – 13,07%) – то в други е спаднал поради ред икономически и демографски причини (напр. Видин – 21,86%, Перник – 19,23%, Добрич – 18,67%, Търговище – 15,12%, Смолян – 14,28%).

При следващия показател – „Лекари специалисти кардиолози в лечебните и здравни заведения България през периода 2006–2016 г.“ – **Прил. 2.**, се наблюдава увеличение на специалистите с цели 31% (от 937 през 2006 г. на 1358 през 2016 г.). Една от причините за увеличението брой кардиолози е по-голямото търсене на пазара на труда и по-добрите условия за работа. Налице отново са големи регионални различия, въпреки че отрицателен темп на нараст-

ване има само в няколко области – Враца, Ловеч, Габрово, Търговище и Смолян – територии, непривлекателни за медицинските специалисти, които предпочитат да се реализират в по-големи медицински центрове в страната.

При последния показател – „*Лекари специалисти хирурзи в лечебните и здравни заведения България през периода 2006–2016 г.*“ – **Прил. 3.**, за разлика от останалите два показателя – общ брой лекари и лекари кардиолози, броят на хирурзите е намалял и има отрицателен темп на развитие – 17,08%. Основният проблем е недостатъчното заплащане на специалистите и сложността при придобиване на специалност. Освен това изучаването и специализацията са значително по-скъпи и недостъпни за хората и доста по-продължителни във времето. За разлика от специалистите кардиолози, при хирурзите положителен темп на развитие имат едва 3 области – Бургас – 18,75%, Благоевград – 15,21% и Силистра – 6,25%.

Като цяло общият брой на лекарите от 2006 до 2016 г. е нараснал от 28 111 на 29 539 (**Прил. 4.**). В подпериода 2007 до 2010 г. има спад, който се обяснява с членството на страната в Европейския съюз, позволило по-лесната миграция на здравни специалисти – един от най-важните проблеми в здравната ни система. След 2010 г. се наблюдава положителен тренд.

От **Приложение 4.** се вижда темпът на нарастване на специалистите кардиолози и хирурзи през целия период на изследване. Увеличаването на кардиолозите е положително, с цели 31%. При специалистите хирурзи трендът е отрицателен – 17,08%. Поради по-сложната специфика на специалността, недостатъчното заплащане и остарялата техника дори големи болници изпитват затруднения в намирането на хирурзи и работните места остават незаети.

Българската здравна система подобно на здравните системи в други страни от ЕС страни се характеризира с ограничена статистика на по-ниските таксономични равнища. Системата се е развила при пазарни условия, но със значителна роля на държавата, чиито органи са отговорни за здравеопазването (Попов, 2007). Регионалните, подрегионалните и общинските органи оказват влияние върху управлението на здравните ресурси и организациите на местно ниво. Здравната система се финансира от различни източници – здравноосигурителни фондове, държавни и местни бюджети, и др. Неравнопоставеността в здравеопазването между градското и селското население, както и неравенствата в достъпа до здравните услуги се увеличава през целия процес на реформите. Най-много страдат част от общинските здравни заведения, особено болниците, поради недостатъчното им финансиране.

ОБЩО ЛЕКАРИ В ЛЕЧЕБНИТЕ И ЗДРАВНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ НА В ПЕРИОДА 2006 - 2016 ПО СТАТИСТИЧЕСКИ ЗОНИ, СТАТИСТИЧЕСКИ РАЙОНИ И ОБЛАСТИ					
	Общо за 2006 година	Общо за 2011 година	Общо за 2016 година	Темп на нарастване	
Общо за страната	28111	28411	29539	4,83%	↑
Северна и Югоизточна България	12967	13189	13266	2,25%	↑
Северозападен	3332	3448	3349	0,50%	↑
Видин	379	345	311	-21,86%	↓
Враца	672	677	644	-4,34%	↓
Ловеч	570	610	522	-9,19%	↓
Монтана	485	476	476	-1,89%	↓
Плевен	1226	1340	1396	12,17%	↑
Северен централен	2665	2641	2624	-1,56%	↓
Велико Търново	841	804	749	-12,28%	↓
Габрово	467	466	443	-5,41%	↓
Разград	329	317	303	-8,58%	↓
Русе	692	742	802	13,71%	↑
Силистра	336	312	327	-2,75%	↓
Североизточен	3545	3589	3632	2,39%	↑
Варна	1988	2135	2287	13,07%	↑
Добрич	572	533	482	-18,67%	↓
Търговище	373	365	324	-15,12%	↓
Шумен	612	556	539	-13,54%	↓
Югоизточен	3425	3511	3661	6,44%	↑
Бургас	1113	1143	1315	15,36%	↑
Сливен	556	576	617	9,88%	↑
Стара Загора	1406	1421	1375	-2,25%	↓
Ямбол	350	371	354	1,12%	↑
Югозападна и Южна централна България	13638	13826	14931	8,65%	↑
Югозападен	8614	8540	9276	7,13%	↑
Благоевград	823	914	941	12,53%	↑
Кюстендил	472	470	438	-7,76%	↓
Перник	403	350	338	-19,23%	↓
София	924	957	896	-3,12%	↓
София (столица)	5992	5849	6663	10,07%	↑
Южен централен	5024	5286	5655	11,15%	↑
Кърджали	403	405	413	2,42%	↑
Пазарджик	784	852	911	13,94%	↑
Пловдив	2740	2980	3329	17,69%	↑
Смолян	368	340	322	-14,28%	↓
Хасково	729	709	680	-7,20%	↓

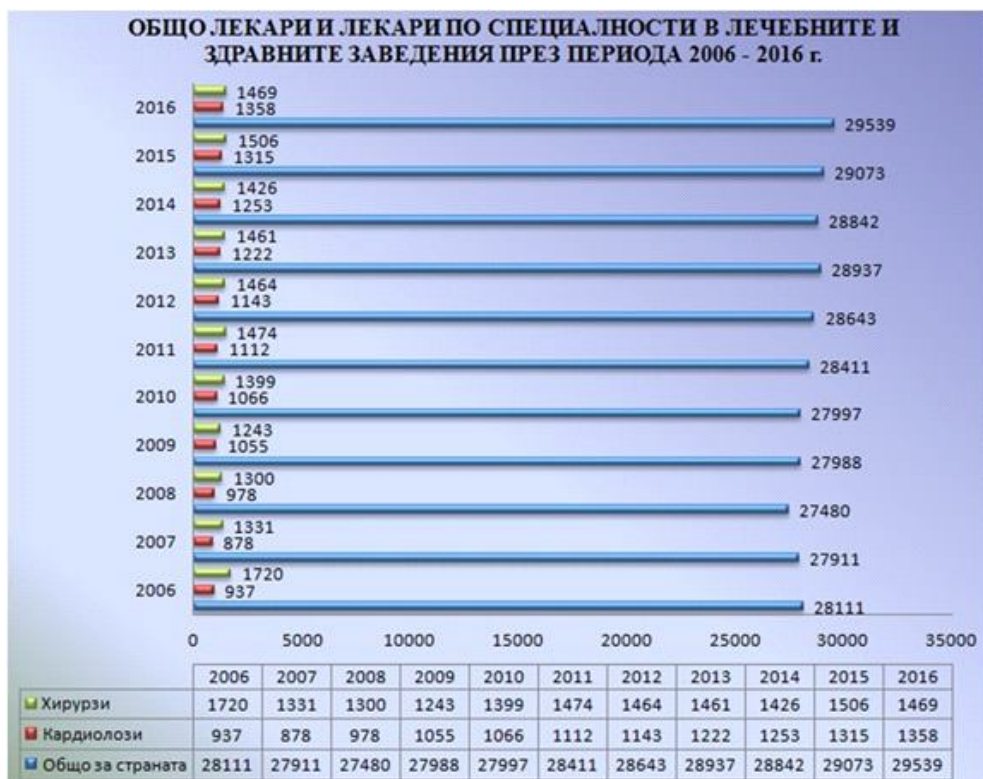
Прил. 1. Общ брой лекари в периода 2006–2016 г.

ЛЕКАРИ ПО СПЕЦИАЛИСТИ КАРДИОЛОЗИ В ЛЕЧЕБНИТЕ И ЗДРАВНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ В ПЕРИОДА 2006 - 2016 г. ПО СТАТИСТИЧЕСКИ ЗОНИ, СТАТИСТИЧЕСКИ РАЙОНИ И ОБЛАСТИ					
	Кардиолози 2006 година	Кардиолози 2011 година	Кардиолози 2016 година	Темп на нарастване	
Общо за страната	937	1112	1358	31,00%	↑
Северна и Югоизточна България	346	471	534	35,20%	↑
Северозападен	95	132	119	20,16%	↑
Видин	10	10	12	16,66%	↑
Враца	27	22	14	-92,85%	↓
Ловеч	14	17	12	-16,66%	↓
Монтана	12	13	20	40%	↑
Плевен	32	70	61	47,54%	↑
Северен централен	71	84	109	34,86%	↑
Велико Търново	19	34	35	45,71%	↑
Габрово	19	16	16	-18,75%	↓
Разград	4	6	5	20%	↑
Русе	24	22	47	48,93%	↑
Силистра	5	6	6	16,66%	↑
Североизточен	91	133	166	45,18%	↑
Варна	61	93	112	45,53%	↑
Добрич	7	17	19	63,15%	↑
Търговище	7	7	5	-40%	↓
Шумен	16	16	30	46,66%	↑
Югоизточен	89	122	140	36,42%	↑
Бургас	19	29	44	56,81%	↑
Сливен	16	24	24	33,33%	↑
Стара Загора	39	49	52	25%	↑
Ямбол	15	20	20	25%	↑
Югозападна и Южна централна България	502	561	723	30,56%	↑
Югозападен	353	383	465	24,08%	↑
Благоевград	14	27	32	56,25%	↑
Кюстендил	11	15	18	38,88%	↑
Перник	6	3	6	0%	
София	29	34	46	36,95%	↑
София (столица)	293	304	363	19,28%	↑
Южен централен	149	178	258	42,24%	↑
Кърджали	8	12	15	46,66%	↑
Пазарджик	18	22	43	58,13%	↑
Пловдив	90	110	160	43,75%	↑
Смолян	14	13	13	-7,69%	↓
Хасково	19	21	27	29,62%	↑

Прил. 2 Лекарни специалисти кардиолози в периода 2006–2016 г.

ЛЕКАРИ ХИРУРЗИ В ЛЕЧЕБНИТЕ И ЗДРАВНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ В ПЕРИОДА 2006 - 2016 г. ПО СТАТИСТИЧЕСКИ ЗОНИ, СТАТИСТИЧЕСКИ РАЙОНИ И ОБЛАСТИ				
	Хирурзи 2006 година	Хирурзи 2011 година	Хирурзи 2016 година	Темп на нарастване
Общо за страната	1720	1474	1469	-17,08%
Северна и Югоизточна България	695	608	607	-14,49%
Северозападен	162	150	138	-17,39%
Видин	17	14	11	-54,54%
Враца	37	40	31	-19,35%
Ловеч	21	24	20	-5%
Монтана	22	18	21	-4,76%
Плевен	65	54	55	-18,18%
Северен централен	143	121	129	-10,85%
Велико Търново	47	43	39	-20,51%
Габрово	17	15	16	-6,25%
Разград	21	18	21	0%
Русе	43	35	37	-16,21%
Силистра	15	10	16	6,25%
Североизточен	202	161	153	-32,06%
Варна	112	86	90	-24,44%
Добрич	27	24	22	-22,72%
Търговище	26	22	13	-50%
Шумен	37	29	28	-32,14%
Югоизточен	188	176	187	-0,53%
Бургас	65	58	80	18,75%
Сливен	28	25	23	-21,73%
Стара Загора	77	72	66	-16,66%
Ямбол	18	21	18	0%
Югозападна и Южна централна България	885	733	746	-18,63%
Югозападен	551	453	454	-21,36%
Благоевград	39	44	46	15,21%
Кюстендил	26	25	22	-18,18%
Перник	20	15	13	-53,84%
София	62	60	52	-19,23%
София (столица)	404	309	321	-25,85%
Южен централен	334	280	292	-14,38%
Кърджали	20	18	17	-17,64%
Пазарджик	47	49	45	-4,44%
Пловдив	212	158	179	-18,43%
Смолян	19	18	16	-18,75%
Хасково	36	37	35	-2,85%

Прил. 3 Лекари специалисти хирурзи в периода 2006–2016 г.



Прил. 4. Общо лекари и лекари по специалности в лечебните и здравните заведения през периода 2006–2016 г.

БЕЛЕЖКИ / NOTES

¹ <http://www.strategy.bg> (Концепция за реструктуриране на системата за болнична помощ). Приета е с Протокол № 49, 38 на Министерския съвет от 16.12.2009 г. и изменена с Протокол № 11, 25 от 25.03.2010 г. със срок на действие до края на 2017 г.

² Здравеопазване. Кратък статистически справочник – 2016. НСИ, Министерство на здравеопазването. Национален център по здравна информация. София, 2017.

³ https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/module.jsf?x_2=3 (Инфостат – Демографска и социална статистика – Здравеопазване, Лекари по специалности в лечебните и здравните заведения на по статистически зони, статистически райони и области период 2006–2016 г.)

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

Делчева, Е. Конкурентоспособност на здравеопазването. 2007. [Delcheva, E. Konkurentnosposobnost na zdraveopazvaneto. 2007.] – достъпно на http://ips.bg/Uploads/Yearbook/Yearbook_2007_No7_E%20Delcheva.pdf към 20.06.2018 г.

Рохова, М. Икономическата криза и миграцията на здравните професионалисти. – В: Сборник доклади от Юбилейна международна конференция „Световната криза и икономическото развитие“. Т. 3, Икономически университет – Варна, 2010, Варна, с. 167–179. [Rohova, M. Ikonomicheskata kriza I migraciyata na zdravnite profesionalisti. – In: Sbornik dokladi ot yubileyna mezhdunarodna konferencia “Svetovната kriza I ikonomicheskoto razvitiе”, tom 3, Ikonomicheski universitet – Varna, 2010, Varna, s. 167–179.]

Симеонов, Д. Пространствени изменения на здравната инфраструктура в България. Велико Търново, 2015. [Simeonov, D. Prostranstveni izmeneniya na zdravnata infrastruktura v Bulgaria. Veliko Tarnovo, 2015.]

Dimova, A. Health Systems in Transition – Bulgaria, European Observatory on Health Care Systems, 2012.