

**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**

АВТОРЕФЕРАТ

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

Автор

Снежана Младенова Кондева

Научен ръководител

проф. д-р Анастасия Бънкова

София, 2018

Съдържание на автореферата

<i>Административна справка</i>	3
<i>Увод</i>	4
<i>Актуалност на темата</i>	4
<i>Визия за развитие на системата на клинична специализация на лекарите</i>	5
<i>Тема на дисертационния труд и изследователска теза</i>	7
<i>Основна цел и изследователски задачи</i>	7
<i>Обхват на изследването</i>	8
<i>Обект на изследване</i>	8
<i>Предмет на изследване</i>	8
<i>Изследователски хипотези</i>	9
<i>Методология на изследване</i>	10
<i>Контекст на дисертационния труд</i>	11
<i>Съдържание на дисертационния труд</i>	24
<i>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</i>	24
<i>Глава втора – Теоретико-методологически предпоставки за развитие на националната система на клинична специализация на лекарите</i>	25
<i>Глава трета – Изследване и анализ на процеса за придобиване на клинична специалност от лекарите</i>	25
<i>Част I. Изследване на правните, икономическите и социалните аспекти на процеса за придобиване на клинична специалност от лекарите</i>	25
<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</i>	26
<i>Част III. Сравнителен и социално-икономически анализ на предпоставките за промяна и предлаганите промени в системата на клинична специализация на лекарите</i>	26
<i>Глава четвърта – Формулиране на причините за 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</i>	27
<i>Заключение</i>	28
<i>Приложение</i>	28
<i>Заключение</i>	28
<i>Изводи и препоръки</i>	38
<i>Списък и анотация на схемите в дисертационния труд</i>	40
<i>Авторска справка за приносите на дисертационния труд</i>	42
<i>Публикации</i>	42

Административна справка

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от катедра “Икономика и управление по отрасли” в Стопанския факултет на СУ “Св. Климент Охридски” на заседание, проведено на (Протокол № .../.....).

Авторът е докторант на самостоятелна подготовка и е допуснат до защита по професионално направление 3.8. Икономика (Икономика и управление по отрасли – публичен сектор, иновации). Защитата ще се състои на г. от ч. в зала на Стопанския факултет на СУ „Св. Кл. Охридски“. Материалите по защитата са публикувани в интернет страницата на Софийския университет и са на разположение в катедра „Икономика и управление по отрасли“ на Стопанския факултет.

Дисертационният труд се състои от 215 стандартни страници, включително заглавна страница, съдържание, увод, основен текст от четири глави, четиринайсет схеми, заключение, библиография и приложение. Използвани са 210 източници, от тях: 49 литературни и архивни източници; 55 интервюта в медиите; 47 интернет източници и 59 нормативни актове. Публикациите на автора по темата на дисертацията са 4 – една статия в докторантски сборник, два доклада в международни научни конференции и един доклад в научно-практическа конференция.

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 общественно-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.

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.

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

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.²

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 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. Стремещт 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 модернизирани 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.

² Quo vadis, Национално издание на БЛС, бр. 1 от 31.01.2014 г.

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 за 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.

II. Предлаганите промени - в институционалната структура, в правната регламентация и във финансовата рамка на системата.

III. Социалният ефект от промените – 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.³ 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.⁴

Методология на изследване

Използваният методологически алгоритъм (цикъл от взаимосвързани научни методи) се основава на изследванията на утвърдени автори,⁵ 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*

³ 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.

⁴ 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.

⁵ „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.

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.

Използваните 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 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 специалист; 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.

Контекст на дисертационния труд

Изискването за образование и професионална квалификация на упражняващите медицина, е най-старата форма на контрол, целящ да предпази обществото от опасността самозвани и некомпетентни лица да се представят за лекари и да вредят вместо да лекуват. От XII – XIII век започва процес на въвеждане на изисквания за регламентиране

на медицинските практики и подобряване на санитарното състояние, първо от градските общини, а след това и от държавата, като в началото на XIX век здравеопазването е включено в държавната администрация на някои европейски страни.

У нас след Освобождението осъществяването на надзор върху упражняването на медицина и фармация, признаването на правоспособност и произнасянето по откриването на нови длъжности и учреждения е в правомощията на Върховния медицински съвет към санитарната дирекция при Министерство на вътрешните работи. Броят на лекарите постоянно се увеличава и дейността на ВМС като консултативен орган на държавната администрация се оказва недостатъчна, за да гарантира пред обществото правоспособността на всеки отделен лекар, особено частнопрактикуващ. Затова Софийското медицинско дружество инициира и реализира идеята за обединяване на лекарските дружества и през 1901 г. е създаден Българският лекарски съюз - втората в света, след Британска медицинска асоциация, професионална организация на лекарите на държавно ниво. По този начин започва да се реализира идеята за *контрол на национално равнище върху правоспособността и етичното поведение на практикуващите лекари, осъществяван от самото лекарско съсловие*. БЛС става професионална камара със задължително членство за всички практикуващи лекари, а в Англия професионалната камара е създадена отделно от синдикалната организация на лекарите. По отношение на тази перспективна обществена организация 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.

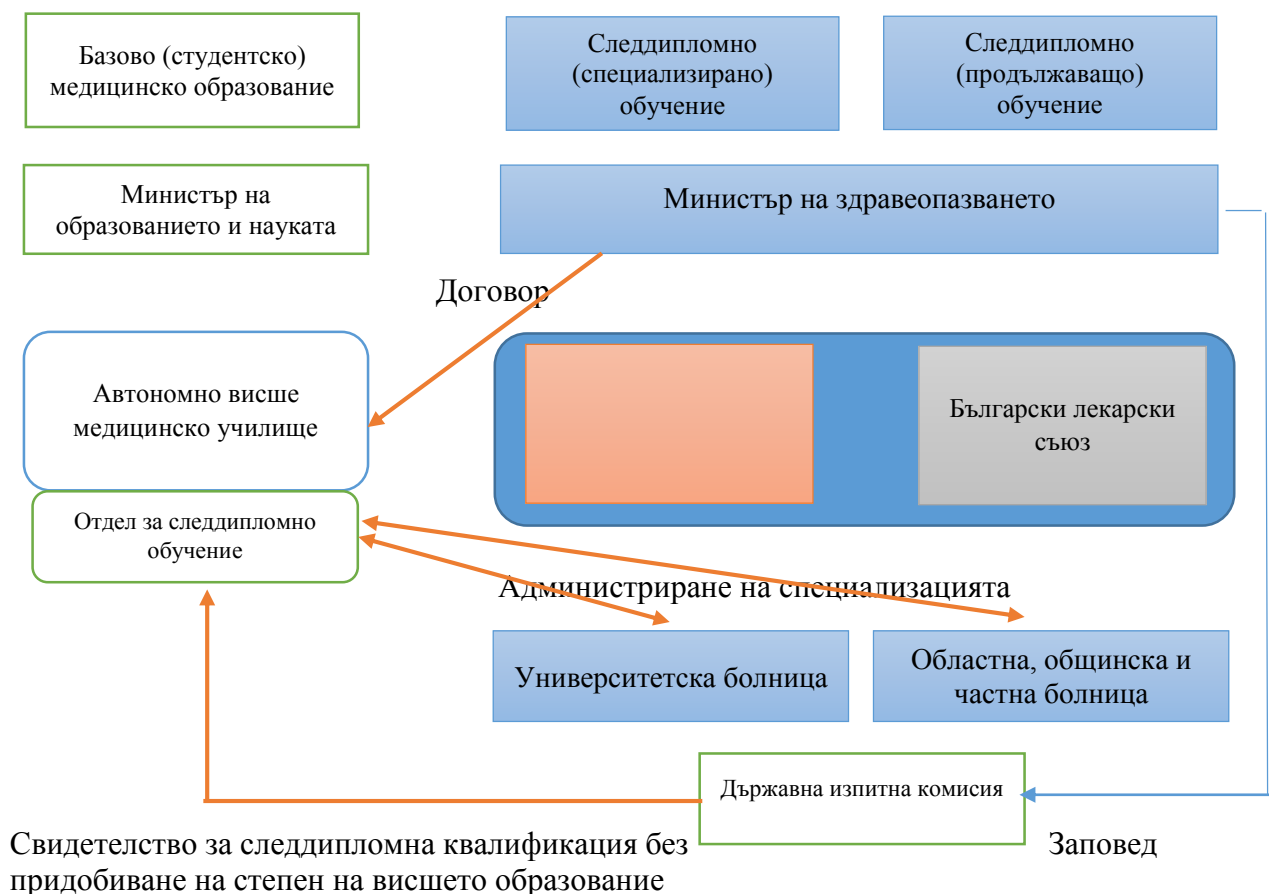
През 20 век се развива и друга тенденция, свързана с промяната в характера на специализацията в определена област на медицината, породена от разширяващите се научни изследвания, увеличаващите се здравни потребности на населението и постоянното въвеждане на нови информационни и комуникационни технологии. 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.

Ретроспекцията показва, че в българската система 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 нейната неефективност като цяло, тъй като не са отстранени следните проблеми:

В управлението на специализацията основният проблем е липсващата институционална отговорност. 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 държавният контрол се осъществява от министъра на здравеопазването, но няма институция, която да е отговорна за организацията, координацията, контролът и качеството на специализацията.

Схема: Институционална структура в действащата система за клинична специализация



С подзаконов нормативен акт и договор за финансиране на теоретичното обучение министърът на здравеопазването възлага на съответните висши училища организирането, регистрирането, провеждането и контролът върху теоретичното

обучение за придобиване на специалност, а на базите за обучение – практическото обучение. Тъй като държавните правомощия не са предоставени по закон:

- **няма институция/институции, които да провеждат държавната политика** след придобита образователно-квалификационна степен „магистър“ по медицина – няма ясна процедура за събиране и публикуване на обобщена информация за обявените места за специализанти; не се анализират потребностите и причините за неравномерното териториално разпределение на местата за специализанти; не са определени механизмите за контрол върху изпълнение на задълженията и отговорностите на обучаващите лекари; не се проследява удовлетвореността на специализантите от обема знания и практическите възможности за придобиване на професионални умения по време на специализацията, и др.

- **дейностите от управленски се свеждат до изпълнителски** – размяна на информация между висшето училище и болницата относно назначените специализанти, тяхното зачисляване, регистриране, прекъсване и спиране на специализацията, проведените колоквиуми, проведените модули и раздели от учебната програма;

- **контролът е само върху дейността по регистрацията** – да не се допускат грешки при размяната на информацията и данните на специализанта;

- **няма конкуренция между доставчиците** на следдипломна образователна услуга в здравеопазването – съществуващите иновативни болнични структури, които развиват научно-изследователска дейност и притежават капацитет сами да организират теоретичното и практическото обучение не са равнопоставени с медицинските висши училища;

- **няма професионален консенсус** – задължението националните консултанти да изготвят, съгласуват и представят за утвърждаване националния учебен план създава условия за включване на завишени изисквания за теоретично обучение и наличие на материални условия, които има само в много малък брой лечебни заведения.

В изследваните системи на Австрия, Великобритания и Германия **управленските функции са възложени на национална независима съсловна организация на лекарите**. Това са Австрийската лекарска камара, Националният лекарски съвет във Великобритания и Федералната лекарска камара в Германия, която е със статут на асоциация, но обединява 17-те лекарски камари на отделните провинции.

Проблемите в организацията, координацията и контрола са свързани с провеждането на клиничната специализация между две публични сфери, в които действат различни законови регулации, взаимовръзки и пазарни механизми. Това поражда неефективност в следните направления:

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; както и в медицински екип, членовете на който имат основно трудово правоотношение с изпълнителния директор/управител на лечебното заведение. Ръководителят на специализанта и комисиите за провеждане на предвидените в учебната програма колоквиуми се определят със заповед не на ректора, а на изпълнителния директор/управител на болницата, в която работи специализанта. Ангажиментът на висшето училище е изпълнение на задълженията, конкретно посочени в наредбата – регистрацията и координацията във връзка с регистъра на специализантите и на придобилите медицинска

специалност, а лекари, които имат втори трудов договор за преподаване, да провеждат теоретични курсове с определена продължителност в университетските болници.

Схема: Организация, координация и контрол на клиничната практика и клиничното обучение в действащата система



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, т.е. задълженията и отговорностите за практическото обучение не се възлагат с длъжностните характеристики на персонала. Причината за това е, че няма източник на финансиране на издръжката за обучението и затова не се възлага изпълнение на дейност, която не може да бъде възмездена.

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 му да се заплаща в зависимост от квалификацията, обема и ефективността от работата. Работодателят е длъжен да изпълни всички задължения, които има по трудовото правоотношение, но не получава (или по-точно не получава законосъобразно) работната сила на специализантите. Срочният трудов договор притежава характеристиките едновременно

на трудов договор и на договор за обучение, от което следва, че трудът на специализанта е неквалифициран и работодателят не може да го влага в производството на здравни услуги. *Няма законно основание да се търси отговорност от специализанта за недобре свършена работа*, да се сключва трудов договор със срок за изпитване или да се прекратява трудовия договор поради липса на качества на специализанта за ефективно изпълнение на работата.

Специализантите са неудовлетворени, защото трудът им не се документира, а 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. 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*. Неэффективно 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. Под един знаменател са поставени както млади лекари, които искат да станат учени в своята специалност и да работят на по-високо ниво на лекарска компетентност, така също и специализанти, които виждат своята реализация в изпълнение на рутинни медицински дейности и работа в по-малки лечебни заведения и населени места. Системата на клинична специализация трябва да даде на специализантите право на избор - да специализират в университетска или институтска болница, в по-малка частна или общинска болница.

В трите изследвани квалификационни системи специализантът трябва да изпълни конкретна програма с определени изследвания и методи на лечение. Обучението включва практическа дейност под надзора на оторизираните лекари и в определените случаи допълнителни курсове, които специализантът трябва успешно да приключи.

Възможността в здравеопазването законосъобразно да работят лекари с различна степен на компетентност, се прилага в Националната здравна служба на Обединеното кралство. Още от втората година на Базисната програма лекарите се сертифицират за извършване на определени медицински дейности, като лекарят може да прецени 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.

Проблемите с финансирането на процеса за придобиване на клинична специалност насочват вниманието към опита на другите:

В изследваните 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 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 предоставят еднократно плащане към местните образователни доставчици 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.

В *Австрия* и *Германия* има специални програми за финансиране на специализацията на общопрактикуващите лекари, защото много от специалистите предпочитат да работят в голям град, а специализантите да специализират в голяма болница, тъй като в тези болници е възможно провеждането на всички модули и курсове по дадена специализация. Но в същото време не са малко начинаещите лекари, които са мотивирани да избират по-малка болница, където са по-добре приети и получават необходимото внимание, докато в големите болници възможностите за активна работа са по-малко поради натовареността на обучаващите лекари.

В *България* младите лекари предпочитат големите университетски градове, първо, защото там основно се обявяват места за специализация, и второ, защото условията за съчетаване на личния живот с работата са по-добри.

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 целите 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.

В противовес на тези цели обаче са разпоредбите в Наредба № 1/2015, с които се спря издръжката на клиничната специализация и по този начин цялата финансова тежест се стовари върху лечебните заведения, които провеждат практическото обучение.

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 промяната 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 – центрове за спешна медицинска помощ; центрове за трансфузионна хематология; държавните психиатрични болници и други лечебни заведения, които нямат положителна акредитационна оценка за обучение.

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.

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



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.

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 прилаганите вече практики в тази насока не само в европейската практика, но и в някои университети и болници в България.

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 специализанта 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.

В дисертацията са идентифицирани конкретните правни норми, прилагането на които води до неефективност, а формулираните цели и очакваните резултати при промяната им за националната система на клинична специализация на лекарите са следните:

- Децентрализиране на дейностите по провеждане на обучението за придобиване на специалност - Министърът на здравеопазването осъществява контрол върху дейностите по провеждане на клиничното обучение, а Българският лекарски съюз го организира, координира, провежда, регистрира и контролира.

Цел на промяната: Следдипломното обучение на лекарите, включващо обучение за придобиване на специалност и продължаващо обучение, да се превърне в основен фактор 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.

Схема: Усъвършенстване на институционалната система на клинична специализация на лекарите



- Насърчаване на промяната и иновациите в медицинското образование – Медицинските училища, научните институти и съсловната организация 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.

Схема: Усъвършенстване на организацията на клиничната практика и клиничното обучение



- 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, които 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.

- 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.

- 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.

- Намаляване на административната тежест в процеса на специализация на лекарите чрез съкращаване на процедурата по прием и регистрация на специализантите – Въвеждане на електронна форма на комуникация между Българския лекарски съюз, лечебното заведение и специализанта.

Цел на промяната: Да се намали бюрокрацията 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: Намалване 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.

- 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.

- Въвеждане на национална оценка на придобитите индивидуални компетенции от специализантите в процеса на следдипломно обучение в определена специалност – 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 комисииите 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.

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 допринесе за развитието и изследванията в избраната област на медицината;

- професионализъм;

- заинтересованост и способност да действа като застъпник на пациента.

- 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 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.

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.

- 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 компенсирани 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.

Достъпът до висококачествено здравно обслужване зависи преди всичко от наличието на мотивирана работна сила с достатъчен капацитет и с необходимите умения за посрещане на нарастващите нужди от здравеопазване. Затова всички заинтересовани страни посочват, че мерките за справянето с тези предизвикателства включва осъвременяването на системата на клиничната специализация, но за съжаление липсва активност за създаване на стратегия за управление на промяната и инициране на законодателни промени.

Съдържание на дисертационния труд

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.

- 2.1. Образование, професионална квалификация и специализация в медицината
- 2.2. Първи действия на здравна администрация у нас за упражняване надзор върху медицинската практика и квалификацията на лекарите
- 2.4. Лекарската експертиза в общественото осигуряване
- 2.5. Изисквания за заемане на лекарски длъжности, професионално израстване и финансиране на специализацията на лекарите след 1929 г.
- 2.6. Статистически данни за правоспособните лекари към 1 януари 1936 и 1940 г.
- 2.7. Институт за специализация и усъвършенстване на лекарите /ИСУЛ/ (1950 – 1972)
- 2.8. Нормативната уредба на медицинската специализация след 1972 г.
- 2.9. Статут на Българския лекарски съюз
- 2.10. Политика, насочена към осигуряване на устойчивост в здравния сектор

В първа глава е направен *исторически преглед* на националната традиция в специализираното обучение по медицина. Издирени са архивни документи, правни актове и статистически данни за управлението на системата, реда и условията за специализация и правоспособността на лекарите. Анализирани са проблемите и е

посочено въздействието на ниската мотивация на специалистите върху устойчивостта и конкурентоспособността на националната здравна система.

В първа глава са анализирани и разкрити елементите на действащата система, отговарящи на съвременните тенденции в клиничната практика и специализация, както и факторите, които пораждаат неефективност и влияят върху устойчивостта на здравния сектор.

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

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

3.2. Специфика на медицинското образование

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

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

Във втора глава на дисертационния труд е използван методът на системния анализ и синтез и е направена *обща характеристика* на здравната услуга, контролираният достъп до сферата на здравеопазването и на системите на контрол, чрез систематизиране и преглед на основните европейски документи и националното законодателство, отнасящи се до предоставянето на здравни услуги и осъществяването на мониторинг и контрол в здравеопазването. Тези характеристики определят *обективните предпоставки*, с които трябва да бъде съобразена стратегията за модернизирание на клиничната специализация на лекарите.

В тази глава също така са подбрани и систематизирани международните препоръки и стандарти, отнасящи се до медицинските кадри и специализираното медицинско обучение, чрез преглед на изявления, декларации, становища и препоръки на Световната медицинска асоциация. Представена е мисията на Световната федерация за медицинско образование и са обобщени постановките в стандарта за следдипломно (специализирано) медицинско обучение.

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

Трета глава съдържа три части, в които е използван контекстуалният анализ и научното обобщение, като са приложени специалните методи, способности и анализи – сравнение с (най-добрите) добрите практики, критичен анализ, сравнителен анализ и социално-икономически анализ.

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

I.2. Корпорации на публичното и частното право

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

- I.4. Научни организации в сферата на здравеопазването
- I.5. Статус на лекаря специалист
- I.6. Финансиране на дейността и инвестиции в клиничната специализация

В част първа на трета глава са изследвани и формулирани функциите на БЛС като професионална камара чрез анализ на законовите правомощия на съсловната организация и на функциите в областта на професионалната саморегулация на лекарската професия; направена е съпоставка на управленските политики на висшите медицински училища и лечебните заведения чрез анализ на основните им дейности и прилаганите акредитационни процедури; изследван е статусът на лекаря специалист чрез преглед на европейските документи, българското законодателство и тълкуване на правните норми; направено е критично изследване на данните за финансирането от републиканския бюджет, предоставени от Министерство на здравеопазването по реда и условията на Закона за достъп до обществена информация.

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

- 1.1. Статут и правомощия на съсловната организация на лекарите в Австрия
- 1.2. Система на медицинско образование
- 1.3. Реформа в системата на специализираното обучение на лекарите.

II.2. Великобритания

- 2.1. Работа на български лекари във Великобритания
- 2.2. Система на следдипломно медицинско обучение във Великобритания
- 2.3. Реформите в Националната здравна служба

II.3. Германия

- 3.1. Работа в Германия - поглед от България
- 3.2. Система на медицинско самоуправление, регулация и обучение
- 3.3. Поглед от Германия

Изследването на чуждия опит в управлението на клиничната специализация на лекарите след завършване на магистърска степен по медицина е направено чрез проучване на системите за саморегулация и самоуправление на лекарското съсловие и специализираното обучение в три европейски страни – *Австрия, Великобритания и Германия.*

Добрите практики в тези държави доказват ефективността на професионалното саморегулиране и самоуправление за гарантиране компетентността и етичното поведение на лекарите пред обществото.

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

- 1.2. Национална традиция в институционалната структура на системата за клинична специализация на лекарите
 - 1.3. Социално-икономически предпоставки за усъвършенстване на институционалната структура на системата за клинична специализация
 - 1.4. Държавни регулации, отнасящи се до управлението на системата на клиничната специализация на лекарите
- 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
 - 2.2. Националната традиция в организирането, продължителността и завършването на клиничната специализация
 - 2.3. Социално-икономически предпоставки за усъвършенстване процеса на клинична специализация на лекарите
 - 2.4. Държавна регулация, отнасяща се до качеството на обучението и получаването на сертификат за клинична специалност
- 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
 - 3.2. Националната традиция в регламентиране правоспособността на лекарите специализанти
 - 3.3. Социално-икономическите предпоставки за промяна статуса на лекарите в периода на клиничната специализация
- III.4. Финансови аспекти в процеса на клинична специализация на лекарите

Анализите в третата част на трета глава разширяват аргументите в полза на модернизиранието на процеса за придобиване на клинична специалност като перспектива за подобряване състоянието на човешкия капитал в българското здравеопазване.

В трета глава са изследвани и анализирани правните, икономическите и социалните аспекти на процеса за придобиване на клинична специалност и са сравнени с тези в квалификационните системи на Австрия, Великобритания и Германия. Посочени са доказали своята ефективност решения в управлението, администрирането, контрола и финансирането на специализацията, правоспособността на специализантите по време на обучението и ангажираността на обучаващите лекари.

Глава четвърта – Формулиране на причините за 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

4.2. Възможности за подобряване ефективността на националната система на клинична специализация на лекарите

4.2.1. Промени в структурата и функциите на системата за придобиване на специалност от лекарите

4.2.2. Промени в процеса на обучение

4.2.3. Промени във финансирането на обучението за придобиване на специалност и преференции за обучаващите се

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

4.3.2. Анализ на социалното поведение на заинтересованите страни в процеса за придобиване на клинична специалност

4.3.3. Анализ на професионалните нагласи за промени

В четвърта глава е приложен метода на научно прогнозиране и подхода за конструиране на системата от правни норми в процеса на клинична специализация чрез систематичното тълкуване. Предложените промени в системата за придобиване на клинична специалност от лекарите са съобразени с принципите на децентрализация, професионалната автономия на лекарите, самоуправление и саморегулация на лекарската професия, прилагане на клиничния опит, водеща роля на грижата за пациента, ефективност.

Направен е анализ на резултатите от анкетата сред млади лекари за съществуващите проблеми в специализацията и критичен анализ на социалното поведение на заинтересованите страни. Обобщени и интерпретирани са професионалните нагласи за въвеждане на промени в системата за придобиване на специалност в сферата на здравеопазването.

Заключение

Представени са основните резултати от направените изследвания и възможностите за стратегическа промяна на системата за клинична специализация на лекарите в България.

Приложение

Резюмета на мненията и становищата, изразени в интервюта.

Заключение

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*, с идентифициране на проблемите в действащата система и е посочено въздействието на ниската мотивация на специализантите върху устойчивостта на здравни сектор.

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, а втората – до практическа работа по специалността под ръководството на обучаващ лекар в лечебно заведение, където организацията и контролът върху медицинската дейност се различават от организацията и контрола върху учебния процес по време на студентското обучение.

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. 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 (дежурство).

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 специализант включва преглед на европейските документи и българското законодателство в областта на правоспособността на лекарите специализанти 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 специализант 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 регламентацията относно правото и задължението 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.

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 специализанти 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 Националният лекарски съвет е да осигурява подходящи стандарти в медицинската практика. В тази връзка законов ангажимент на Националният 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 Националният 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 непersonифицирано 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 потребността 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 формулирани причините за неефективността на системата, които се отнасят до липсващата институционална отговорност и професионален консенсус, слабата конкуренция между доставчиците на 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.

Представени са възможностите за промени в процеса на специализация, които могат схематично да се представят така:

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 преминал 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. Съществуващата регламентация поражда освен неефективни действия от заинтересованите страни, така също и незаконосъобразни практики между някои участници в процеса на специализация.

Децентрализацията на оперативните функции е основната предпоставка за осъществяване на предлаганите промени, но извън обхвата на изследването е преценката на 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 състояние 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 конкретизирани 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 преодолени 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.

Списък и анотация на схемите в дисертационния труд

1. *Схема: Дейности в процеса на придобиване на специалност от лекарите по Наредба № 1/2015 (стр. 33)* – Схематично са представени институциите, участващи в процеса на клиничната специализация и извършваната от тях дейност по планирането, организирането, провеждането и финансирането на обучението. Съгласно действащата наредба финансовият ангажимент на държавата се свежда само до заплащане на висшите медицински училища за основни и тематични лекционни курсове от учебната програма по специалността за спечелилите държавно финансиране специализанти. Останалите такси за теоретично обучение се заплащат от самите специализанти, от лечебните заведения или от друг източник. От тях се изплащат възнагражденията и осигуровките на преподавателите, независимо че това обучение също се провежда в болниците. Лечебните заведения поемат всички останали разходи, включително и възнагражденията и осигуровките на специализантите, за сметка на собствени приходи.
2. *Схема: Решетка - Мониторинг и контрол в националната система на здравеопазване (стр. 40)* – Схематично е представена общата рамка на контролираната среда и контролът върху процеса на предоставяне на услуги в здравеопазването, за да се открие сферата на независимото лекарско решение, в която се осъществява самоконтролът на съсловието върху образованието, квалификацията и върху субективния елемент в дейността на лекаря – етичното поведение, мнението за индивидуалните нужди на неговия пациент и решението за необходимото лечение. Оценката за ефективно-неефективно и ефикасно-неефикасно решение, от медицинска гледна точка, може да се прилага само от оправомощени структури на лекарска камара. За разлика от контрола на изпълнителната власт и финансиращите органи, при които се отчитат медицинската грешка, нанесената вреда на пациента и финансовата злоупотреба.
3. *Схема: Функционираща (централизирана) система за клинична специализация на лекарите (стр. 56)* – Графично е представена зависимостта на болниците, в които се обучават специализанти, от сключването на договор с висше медицинско училище и поставянето на областни, общински и частни лечебни заведения в неблагоприятна ситуация по отношение изпълнението на критериите за обучение на специализанти.
4. *Схема: Усъвършенствана (децентрализирана) система за клинична специализация на лекарите (стр. 56)* – Представени са графично равните възможности за предоставяне на образователна услуга. С подобряването на конкурентната среда и създаването на правна възможност доставчици на следдипломна образователна услуга да бъдат освен висшите медицински училища и научни организации в здравната сфера, ще се премести фокусът от образователната система върху обучението и квалификацията на лекарите, заети в националната система на здравеопазване.
5. *Схема: Статус на лекаря специализант в действащата в момента система за клинична специализация на лекарите (стр.64)* – Фигурата изобразява положението на специализантите като „чуждо тяло“ в медицинския екип, което е следствие от нормативно определеният им статус на „обучаващ се лекар“.
6. *Схема: Статус на лекаря специализант в усъвършенстваната система за клинична специализация на лекарите (стр. 64)* – Фигурата изобразява положението на специализантите като членове на медицинския екип, в който се осъществява саморегулацията на лекарската дейност – разпределянето на задачите и отговорностите в зависимост от личните качества и квалификацията, осигуряването на консултации и

професионална подкрепа за начинаещите лекари от страна на по-опитните им колеги, и др.

7. *Схема: Финансиране на обучението за придобиване на клинична специалност от лекарите по реда и условията на Наредба № 34/2006 (стр. 66)* – Показан е пътят на средствата за издръжка на обучението от бюджета на Министерство на здравеопазване и от специализантите, платено обучение – те се превеждаха на висшето училище, където по решение на Академичния съвет само около 30 на сто се преразпределяха на университетските болници, останалите бяха за възнаграждения и административни разходи на университета.

8. *Схема: Финансиране на обучението за придобиване на клинична специалност от лекарите по реда и условията на Наредба № 1/2015 (стр. 67)* – Показани са всички разходи за клиничното обучение на специализантите, които университетската болница прави за сметка на собствени приходи, след като от началото на 2015 г. няма финансиране на възнагражденията за специализантите по т.нар. държавна поръчка и за издръжка на обучението.

9. *Схема: Институционална структура в действащата система за клинична специализация (стр. 126)* – Представена е централизираната система на клинична специализация и липсващата институционална отговорност в самостоятелното направление на медицинското образование – следдипломното обучение за придобиване на специалност.

10. *Схема: Организация, координация и контрол на клиничната практика и клиничното обучение в действащата система (стр. 128)* – Представена е централизираната оперативна дейност, добавяща бюрокрация и понижаваща ефективността и контрола върху индивидуалните специализации.

11. *Схема: Усъвършенстване на институционалната система за клинична специализация на лекарите (стр. 130)* – Представена е децентрализираната управленска структура чрез прехвърляне на държавни правомощия на съсловната организация.

12. *Схема: Усъвършенстване на организацията на клиничната практика и клиничното обучение (стр. 135)* – Представена е децентрализираната оперативна дейност, създаваща условия за балансиране интересите на заинтересованите страни и насърчаване на конкуренцията между доставчиците на следдипломна образователна услуга в здравеопазването.

13. *Схема: Управленска отговорност в процеса на придобиване на клинична специалност от лекарите по Наредба № 1/2015 (стр. 164)* – Представено е как управленската отговорност по отношение клиничната специализация на лекарите се прехвърля от министъра на здравеопазването в друг публичен сектор и се възлага на висшите медицински училища, за които тази дейност е несвойствена.

14. *Схема: Ефективност на процеса за придобиване на клинична специалност от лекарите в усъвършенстваната система (стр. 165)* – Показани са променените обществени отношения вследствие въведената системност на правните норми, при която децентрализацията и възлагането на управленските функции на съсловната организация създава условия за ефективност на оперативното управление на процеса на клинична специализация, поддържането на високо професионално ниво на практикуващите лекари и постоянното управление на качеството.

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.

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