

**СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ
ОХРИДСКИ“
СТОПАНСКИ ФАКУЛТЕТ, КАТЕДРА СТОПАНСКО
УПРАВЛЕНИЕ**

**ПРИВЛИЧАНЕ И ЗАДЪРЖАНЕ НА ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ
И ГЕРМАНИЯ (ВЪЗМОЖЕН ЛИ Е ТРАНСФЕР НА
РАБОТЕЩИ МЕХАНИЗМИ?)**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

**на дисертационен труд за присъждане
на образователна и научна степен „Доктор“**

Професионално направление

3.7. Администрация и управление

Автор:

Весела Кирилова Кръстева

Научен ръководител:

Проф. д. с. н. Цветан Давидков

София, 2018

Дисертационният труд е обсъден и насочен за публична защита на редовно заседание на катедра "Стопанско управление" (Стопански факултет, Софийски университет "Свети Климент Охридски", състояло се на 20.11.2018 (Протокол №).

Дисертационният труд е в обем от 206 страници и се състои от увод, две глави, информационни източници и едно приложение. Основният текст съдържа 22 фигури и 40 таблици. Цитираните литературни източници са 154, от които 97 на български език, 49 на немски език и 8 на английски език.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 2019 г. от часа в зала в Стопанския факултет на Софийския университет "Св. Климент Охридски" (бул. "Цариградско шосе" 125, бл. 3).

I. Съдържание на дисертационния труд

1. Увод	Error! Bookmark not defined.
ПЪРВА ГЛАВА - Пазар на труда - демографски тенденции, фактори и участници	Error! Bookmark not defined.
Bookmark not defined.	
1. Пазар на труда	Error! Bookmark not defined.
1.1 Демографски тенденции - полова и възрастова структура	Error! Bookmark not defined.
defined.	
1.2. Демографски тенденции в мобилността на лекарската работна сила – териториално разпределение и емиграция	Error! Bookmark not defined.
1.3. Политики и мерки, насочени към подобряване на условията на пазара на труда	Error! Bookmark not defined.
2. Участници на пазара на труда	Error! Bookmark not defined.
2.1. Държавата	Error! Bookmark not defined.
2.1.1 Управление и финансиране на здравеопазването в България	Error! Bookmark not defined.
Bookmark not defined.	
2.1.2 Управление и финансиране на здравеопазването в Германия.....	Error! Bookmark not defined.
Bookmark not defined.	
2.1.3 Роля на държавата	Error! Bookmark not defined.
2.1.4 Насоки и мерки за справяне с проблемната ситуация на пазара на труда	Error! Bookmark not defined.
3. Съсловни организации.....	Error! Bookmark not defined.
3.1 Съсловни организации в България	Error! Bookmark not defined.
3.2. Съсловни организации в Германия	Error! Bookmark not defined.
4. Болницата.....	Error! Bookmark not defined.
4.1 Видове болници в България и Германия.....	Error! Bookmark not defined.
4.2 Управление на човешките ресурси в болничните заведения в България и Германия	Error! Bookmark not defined.
4.3 Роля на ръководителя в здравното заведение.....	Error! Bookmark not defined.
4.4 Прилагани практики за привличане и задържане на лекари.....	Error! Bookmark not defined.
not defined.	
5. Лекари и лекарската професия.....	Error! Bookmark not defined.
5.1 Мотиви за избор на професия	Error! Bookmark not defined.
5.2 Мотивация, удовлетвореност, ангажираност	Error! Bookmark not defined.
5.3 Мотиви за избор на лекарската професия.....	Error! Bookmark not defined.
5.4. Повторен избор на професията - оправдаване на очакванията и удовлетвореност	Error! Bookmark not defined.
5.5. Професионален стрес	Error! Bookmark not defined.
6. Отношение на обществото към лекарската професия. Проблемът с недостига на лекари	Error! Bookmark not defined.
ВТОРА ГЛАВА - Какво привлича и задържа лекарите в България и Германия	Error! Bookmark not defined.
Bookmark not defined.	
1. Методи на проучване	Error! Bookmark not defined.
2. Постановка на проучването.....	Error! Bookmark not defined.
3. Резултати от проведеното изследване. Обсъждане.....	Error! Bookmark not defined.
3.1 Характеристика на лекарите, включени в проучването	Error! Bookmark not defined.
defined.	

3.2. Анализ и оценка на резултатите от проведеното анкетно проучване сред лекарите.....	Error! Bookmark not defined.
Изводи	Error! Bookmark not defined.
Общи изводи	Error! Bookmark not defined.
Изводи в зависимост от пола	Error! Bookmark not defined.
Изводи в зависимост от възраст.....	Error! Bookmark not defined.
Изводи в зависимост от държава на практикуване	Error! Bookmark not defined.
Изводи от хипотезите.....	Error! Bookmark not defined.
Препоръки	Error! Bookmark not defined.
Заключение	Error! Bookmark not defined.
Научни и научно-приложни приноси.....	Error! Bookmark not defined.
Списък на фигурите и таблиците.....	Error! Bookmark not defined.
Информационни източници	Error! Bookmark not defined.
Публикации, свързани с дисертационния труд.....	Error! Bookmark not defined.
Приложение №1.....	198

II. Обща характеристика на дисертационния труд

1. Значимост на темата

Здравеопазването е основен отрасъл на непроизводствената сфера на националното стопанство, който има социално-икономическо и хуманитарно значение и оказва положително влияние върху растежа и заетостта в икономиката.

Връзката между икономиката, здравето и здравеопазването е двупосочна. Безусловна е зависимостта на здравните резултати от развитието на икономиката. Същевременно осигуряването на добро здраве е важен фактор за успешната бъдеща трудова заетост и професионална реализация, както и за дългосрочния потенциал за развитие на отделния човек, организация или държава в глобалната икономика. Здравето е включено като един от фундаменталните измерители на индекса на човешкото развитие, като показателят "продължителност на живота" се приема като един от най-съществените индикатори на качеството на живота (НС, 2012).

До 2060 година населението в Европейския съюз (ЕС) над 65 годишна възраст ще нарасне с 66,9 милиона души и хората над 80-годишна възраст ще съставляват най-бързо нарастващия сегмент от населението (Комисия на Европейските Общности, 2008). Застаряването на населението и увеличаването на средната продължителност на живот предполагат по-голямо търсене на медицински услуги и увеличаване на необходимостта от повече здравни специалисти.

Недостигът на новопостъпващи кадри в рамките на системата на здравеопазването се очертава като сериозен проблем в решаването, на който се включват редица механизми на държавите и обществата.

В Зелената книга на Комисията на ЕО са представени предизвикателства, пред които са изправени всички държави-членки, изразяващи се в демографски промени,

недостатъчна привлекателност за младите поколения на повечето професии в сектора на здравеопазването, нееднаква мобилност в рамките на Европейския съюз, както и миграция на здравните работници в Европейския съюз и извън него. Нарастващото търсене на кадри, липсата на персонал, разликата в заплатите и условията на труд довеждат до повишаване на мобилността на работната сила в рамките на сектора отвъд националните граници (EPSU, 2010).

2. Анализ на състоянието на проблема и степен на разработеност

Предпочитана държава за професионална реализация на българските лекари е Федерална Република Германия. Разглеждането на пазара на труда в двете страни прави възможно набелязването на успешни практики и механизми.

Негативните влияния на дефицита на работна сила са осезаеми за всички браншове на националното стопанство. Особено в здравеопазването тази специфика не може да бъде игнорирана, тъй като се отразява не само на бранша, а и на цялото население, оказвайки влияние директно върху здравните услуги (Ostwald, 2010).

Персоналът е критичен фактор за успеха както за болниците, така и за всяка организация, като се визира не само икономическата част с цел обслужването на голям брой пациенти и съответно генериране на повече оборот, а също гарантирането на качеството на работа.

Загубата на висококвалифицирани кадри оказва отрицателно въздействие върху икономическото, финансовото и социалното развитие на всяка една от държавите - губи се важен ресурс, здравната система бива дестабилизирана. Много страни от ЕС непрекъснато отчитат трудности при привличането и задържането на работа на медицински специалисти.

Въпросът защо лекарската професия е загубила атрактивността си и на какво се дължи недостигът на кадри, както и голямото им текучество, изискват по-задълбочено разглеждане на факторите, привличащи и задържащи лекарите.

Прегледът на литературата показва, че в България провежданите изследвания са съсредоточени предимно върху причини и склонност за емиграция на българските лекари, удовлетвореност и вероятност за повторен избор на професията.

- Всяка година Медицинският факултет провежда анкета сред новозавършилите лекари за изследване на желанието им за реализация в чужбина (БЛС);
- Беярова провежда изследване върху миграцията на български лекари в периода след 1989 година и посочва причини за миграционно решение на младите лекари (Рохова, 2010);
- Павлова проучва желание и мотив за емиграция на лекарите (Павлова, 2017);
- Атанасов определя значимостта на шест мотивационни фактора за избор на лекарската професия и изследва влияние на някои социални фактори върху професионалната удовлетвореност на лекарите (Атанасов, 2016);
- Воденичаров е потърсил отговор на въпроса дали лекарите биха избрали отново тази професия и доколко са оправдани очакванията им (Воденичаров, 1980);
- Healthgrouper research проучва през 2012 година удовлетвореността на лекарите от работата им (Healthgrouper research unit, 2012);
- Въз основа на обобщени данни от проведени проучвания сред медицинския персонал, Ценова извежда основните причини, които обуславят наличието на работен стрес в лечебното заведение (Ценова, 1998, 2002, 2003, цит. от Балканска, 2012);
- Проведена анкета през 2017 година на специализирания сайт за медици – www.medicalnews.bg, с подкрепата на Български лекарски съюз (БЛС) и Асоциация за развитие на медицинската общност (АРМО) проучва мнението на лекарите за качество на специализацията и новата Наредба №1 за придобиване на специалност в системата на здравеопазването

Въз основа на направеното проучване се констатира липса на данни за проведени изследвания в България относно:

1. Мнение и оценка на лекарите за предприетите мерки в България от държавата, Българския лекарски съюз, болниците и очаквания към тях;
2. Различните поколения лекари в България с цел изясняване на специфични характеристики, очаквания и нагласи;

3. Изясняване на полово специфични характеристики, очаквания и нагласи към работната среда;
4. Предпочитани характеристики на работна среда - причини за напускане;
5. На кой етап от своя професионален път лекарите взимат решение за практикуване на професията в Германия;
6. Какво би накарало българските лекари да се върнат/да останат в България;
7. Конкретни практики в управлението на човешките ресурси в България и как се възприемат, прилаганите в Германия;
8. Полагат ли усилия ръководителите в болниците за задържане на служителите;
9. Оценка на условията на работа в болниците в България и Германия по посочени критерии;
10. Оправдават ли се очакванията на българските лекари, практикуващи в Германия

Допълнителен стимул за разработване на тази проблематика представлява и липсата на изследване върху български лекари в Германия, в частност конкретни мерки за привличането и задържането им и оценка на условията на работа в болниците в Германия и България.

3. Цел

Основната цел е да се установят факторите, пораждащи миграционни нагласи на лекарите в България и да се предложат механизми, които биха подпомогнали привличането и задържането им.

4. Задачи

Реализирани са следните задачи:

Задача 1: Да се представи и оцени актуалната ситуация на пазара на труда на лекари - предприемат ли участниците (заинтересованите лица) необходимите действия, за да реагират на предизвикателствата, свързани с недостиг на кадри;

Задача 2: Да се анализират факторите, пораждащи неудовлетвореност и желание за емиграция в лекарите и причини за вземане на решение за практикуване на професията в Германия - предпочитани характеристики на работната среда;

Задача 3: Да се изучат поколенчески и полови различия с цел изясняване на специфични характеристики, очаквания и нагласи;

Задача 4: Да се потърси отговор на въпроса: Какво би накарало българските лекари да се върнат (останат) в България ?;

Задача 5: Да се проучи мнението, отношението и нагласите на лекарите към ръководителя (стил на управление);

Задача 6: Да се анализират мерки за привличане и задържане на служители, прилагани в България и Германия - проследяване и оценка на ефективността на прилаганите практики и изследване възможността за трансфер на успешни практики в българската система на здравеопазване.

5. Хипотези

Въз основа на разглеждането на различни изследвания в България и в Германия и на база проведените предварителни проучвания са издигнати следните хипотези:

Хипотеза 1: Предполага се, че финансовата неудовлетвореност не е водеща причина за напускане на работното място, както и за решението на лекарите да работят в Германия, но получаването на съответстващо възнаграждение е най-съществена практика при задържането им.

Основание за издигане на хипотезата е фактът, че представени резултати от проведени емпирични проучвания в България са съсредоточени предимно върху изясняване факторите, предизвикващи лекарската миграция. Допълнителен аргумент е предположението, че при изработване на стратегии за справяне с недостига на лекари в България трябва да се проучват комплексно факторите за задържане и привличане на кадри.

Хипотеза 2: Очаква се, че степента на прилагане на практики за задържане на лекари е значително по-голяма в Германия в сравнение с България. Допуска се, че управляващите в болниците в България не предприемат достатъчно ефективни мерки за

задържане на лекарите при намерението им за преместване в Германия, а работодателите в Германия полагат усилия за задържане на служителите.

Формулирането на тази хипотеза е продиктувано от посочени в немската литература различни примери за прилагани практики в УЧР в болниците в Германия и информация за предприети мерки на ниво държава. В България има оскъдни данни за осъществяването на целенасочени мероприятия за привличане и задържане на лекари.

Хипотеза 3: Предполага се, че решението за упражняване на професията в Германия от повечето лекари не е планирано още по време на обучението по медицина.

Аргумент за формулиране на тази хипотеза е предположението, че липсата на възможности за своевременно започване на специализация в България и професионално развитие на младите лекари води до взимане на решение за напускане на страната и търсене на реализация в Германия.

Хипотеза 4: Допуска се, че успешното привличане и задържане на служителите изисква прилагане на практики, съобразени с възрастта им, тъй като представителите на различните поколения предпочитат различни практики.

Формулирането на тази хипотеза е продиктувано от доказаните в множество емпирични проучвания различията в очакванията към работната среда на представителите на отделните поколения.

Хипотеза 5: Предполага се, че мъжете и жените не оценяват еднакво различните мерки за привличане и задържане на служителите.

Формулирането на тази хипотеза е продиктувано от доказаните полово специфични очаквания към работната среда.

6. Предмет на изследването

Предмет на изследването са прилаганите мерки за привличане и задържане на лекари в България и Германия и възможностите за трансфер на работещи механизми от Германия в България

7. Обект на изследването

Обект на изследване са български лекари със специалност, лекари без специалност и специализанти, работещи в болници в България и/или Германия

8. Методологична основа на изследването

Методологията се основава върху комплексен подход като включва качествено и количествено изследване. В рамките на проучването са проведени полуструктурирани интервюта с 10 лекари и експерти в областта и е изпратено електронно писмо, съдържащо анкетната карта и разяснение за целите на провежданото проучване до 402 лекари.

8.1 Методи на проучване

Целта на научното проучване налага използването на комплекс от икономически, социологически и статистически методи.

Икономически анализ - извършени са анализ на демографските фактори и факторите на макроикономическата среда; анализ на търсенето на лекарска работна сила; анализ на предлагането; анализ на разпределението.

Социологически метод - документален - използване на икономическа, здравна и демографска информация от следните източници: Национален статистически институт (НСИ), Националният център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА), Български лекарски съюз (БЛС), Министерство на здравеопазването (МЗ), Министерство на финансите, Световна здравна организация (СЗО), Евростат, Национална здравноосигурителна каса (НЗОК), Национален осигурителен институт (НОИ), Институт Отворено общество за България и съответно в Германия: Bundesärztekammer, Bundesministerium für Gesundheit, Statistisches Bundesamt, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Bundeszentrale für politische Bildung, Deutsche Krankenhausgesellschaft

Анкетен - първичната социологическа информация е събрана чрез анкета, изготвена и изпратена до респондентите чрез онлайн базирана платформа "Google формуляри". Анкетната карта включва общо 32 въпроса, разделени в две части. Първата, състояща се от 22 въпроса, е насочена към всички лекари. Втората, която съдържа 10 въпроса, е ориентирана към лекарите с професионален опит в Германия. Четири от въпросите са по отношение на демографските и професионални показатели (пол, възраст, трудов

стаж, заемана позиция; осем - затворени - с алтернативни отговори; дванадесет - изискващи степенуване на отделните отговори с приложена 5-степенна Ликертова скала за оценка, според значимостта им за респондента, както и осем отворени въпроса (Приложение № 1).

Изследвани параметри:

- склонност към емиграция;
- удовлетвореност;
- причини за напускане;
- оценка на условията на работа;
- оценка на ръководителя;
- оценка и прилагане на мерки за привличане и задържане;
- очаквания на лекарите от работата в Германия

Анкетната карта завършва със заключителен въпрос с отворен формат, който дава възможност на респондентите да споделят мнение или проблеми по теми, които не са засегнати в анкетата, но които ги вълнуват и са свързани с изследваната материя. Въпросникът за научното изследване е разработен за целите на проучването. Апробиран е при 10 лекари;

Експертна оценка - хабилитирани преподаватели; експерти и лекари с дългогодишна практика;

Статистически - Статистическата обработка и анализът на данните са извършени с помощта на статистически пакет SPSS и Microsoft Excel

Статистически достоверни различия са приети при $p < 0,05$.

8.2 Постановка на проучването

Етапи на проучването

Подготвителният етап е осъществен в периода: юли 2016 година – януари 2017 година

- Направен е критичен анализ и синтез на научната литература по темата.
- Проучени са обективни и субективни фактори, под въздействието на които се формират състоянието и тенденциите на пазара на труда на лекари в България и Германия.
- Подготвена е методиката за изследване и е определена извадката.

Критерии за извадката на изследването:

- респондентите са български лекари със специалност, лекари без специалност или специализанти;
- някои от лекарите заемат ръководна позиция;
- работят в болнично заведение;
- имат опит в България и/или Германия;
- представители на публичния и частния сектор на здравеопазването.

Формирането на извадката е осъществено на два етапа като е използвана комбинация от два вида извадки без случаен подбор: извадка по достъпност (по удобство) и извадка според отзовалите се. При формирането ѝ не е приложен случаен подбор – тя е преднамерена за целевата популация и не е представителна.

За идентифицирането на e-mail адресите на лекарите е направено специално проучване на уеб сайтовете на болниците и където това беше възможно, са регистрирани техните e-mail адреси. На всеки един от адресите е изпратено електронно писмо, съдържащо анкетната карта и разяснение за целите на провежданото проучване. Общият брой на изпратените мейли е 402. Използвани са и професионални платформи, като XING и LinkedIn. Отговор е получен от 263 респонденти.

Изследователският етап е проведен в периода: януари 2017 година – октомври 2017 година

Първи етап: изработване на въпросници на база на анализа на научната литература и проведени полуструктурирани интервюта с 10 лекари и експерти в областта;

Втори етап: реализиране на анкетните проучвания – набиране на първична емпирична информация;

Пилотното изследване е реализирано се през март 2017 година сред 10 лекари с цел оценка коректността на въпросите и отстраняване на евентуални проблеми;

Същинското изследване е проведено в периода: от април 2017 година до октомври 2017 година.

В специално изработена уеб-базирана платформа, която осигурява анонимност на участниците и сигурност на данните, се попълва въпросник, който се състои от две части: първата - обща част, насочена към всички лекари и втора част, ориентирана към български лекари с опит в болниците в Германия. След провеждането на изследването всички данни от въпросниците се преглеждат за евентуални формални грешки, непълноти или неточности в отговорите.

Заключителният етап е проведен в периода: октомври 2017 година – май 2018 година

- Данните са обработени чрез система за статистическа обработка (SPSS). За информацията, събрана чрез отворени въпроси, се прилага контент анализ;

- Изготвени са изводи и препоръки.

Очаквани резултати

- Изясняване на причините, пораждащи професионална неудовлетвореност в лекарите и мотиви за напускане на страната;

- Разбиране и приемане от специалистите, институциите и обществеността на необходимостта от осъществяване на съвместна политика по отношение кадрите в здравеопазването;

- Изучаване на възрастово и полово-обусловените фактори за успешно управление на човешките ресурси и обогатяване уменията за управление на различна по възраст и пол работна сила;

- Предлагане на система от възможни действия за повишаване на професионалната удовлетвореност и на мотивацията за труд на лекарите в българските болници, което би подпомогнало успешното им привличане и задържане

Ограничения на изследването

- Научната литература в областта на управлението и развитието на човешки ресурси в здравеопазването в България е ограничена. Това обстоятелство изисква превод и използването на чуждестранна литература - от немски и английски език;

- Обект на изследване са единствено лекарите, работещи в болнични заведения в България и/или Германия

9. Структура на дисертацията

Моделът на изследването задава структурата на текста (фиг.1). В първа глава е представена проблемната ситуация на пазара на труда на лекари в България и Германия. Недостигът на медицински кадри в Европа и в частност в България и Германия показва трайна тенденция на увеличаване. Тъй като Германия е желана страна за практикуване на професията от преобладаваща част от българските лекари се проследяват тенденции и фактори на пазара на труда в тези две страни. Разглеждат се ролята, влиянието и предприети действия от страна на основните му участници: държавата, съсловни организации, болниците като работодател, самите лекари и обществото.

На макро - ниво се анализира ситуацията в болниците и обществените рамкови условия за недостига на лекари. Те влияят върху решенията на мениджмънта на мезо - равнище. Проучва се в каква степен обществените условия и свързаните с тях решения на управлението на болниците влияят върху ситуацията на лекарите в болниците на микро - ниво. Действията на лекарите на микро-равнище от своя страна въздействат върху решенията на управляващите. (Müller, 2014).

Представят се конкретни примери за прилагани практики с цел привличане и задържане на лекари в Германия и в България, като се изследва възможността за трансфер на работещи мерки. Анализира се удовлетвореността на лекарите в болниците, разкриват се причини за професионалната им неудовлетвореност и миграционни нагласи.

Втората глава съдържа резултатите от собствено емпирично изследване. Представена е характеристика на извадката от лекари по възраст; пол; възраст и пол; заемана позиция; възраст и заемана позиция; пол и заемана позиция. Показана е статистически значима зависимост между държавата на практикуване, пола, възрастта и изследваните параметри. От получените резултати се определят склонността за напускане и емиграция, удовлетвореността, предпочитани от лекарите мерки за привличане и задържане. Респондентите оценяват прекия си ръководител и условията на работа в болниците в България и Германия.

Направени са изводи - общи и диференцирани по пол, възраст и държава на практикуване. Изведени са препоръки към държавата, Българския лекарски съюз, болничния мениджмънт, самите лекари и към обществото като цяло.

В заключението е направена рекапитулация на извършената работа. В резултат на самостоятелното изследване са изведени 5 приноса.



Фиг.1 Теоретичен модел на изследването

III. Основно съдържание на дисертационния труд

Първа глава - Пазарът на труда - демографски тенденции, фактори и участници

1. Пазар на труда

Сериозното планиране на работната сила в здравеопазването трябва да се основава върху прогнозата за търсенето и предлагането. Това важи както за пазара на труда като

цяло, така и за търсенето и предлагането на определени квалификации или професии (Ostwald, 2010).

В България и Германия се поставя под въпрос настоящата и бъдещата възможност за отговаряне на търсенето с национален капацитет на работна сила. Недостигът на медицински персонал затруднява намирането на подходящи кадри. Този проблем в болниците може да доведе до затварянето на някои клиники или до прекалено натоваарване на служителите в други (Landau, 2015).

Демографските промени се изразяват в застаряващо население в световен мащаб и застаряваща работна сила в здравния сектор и съответно недостиг на попълнения от млади кадри в системата, които да заместят напускащите.

Като остър демографски проблем се очертава процесът на остаряване на населението в България и Германия.

Състояние и тенденции на пазара на труда на лекари

По данни на НСИ в България към края на 2016 година на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения в страната практикуват 29539 лекари, които са с 466 повече от 2015 година. Преобладаваща част от тях са във възрастовата група 55 - 64 години. Общият брой на тези лекари е 9975 или 33,8 %. Младите кадри са по-малко от тези в пенсионна възраст. Работещите медицински специалист на възраст до 35 години са 3434 (11,6%), а тези над 65 години са 4477 или 15,2% (НСИ).

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

По данни на Лекарската камара в Германия към 31.12.2016 година броят на практикуващите професията възлиза на 378607, с 7305 повече от 2015 година. От тях в болници работят 194404. Пенсионираниите и неупражняващи дейност са 117640. Лекарското съсловие като част от обществото не остава незасегнато от общата тенденция на застаряване. Средната възраст на медицинските кадри се покачва. Тази тенденция се обяснява с осезаемо намаляващия брой млади специалисти. Лекарите под 35-годишна възраст съставляват 18,8% през 2016 година. Техният брой бележи ръст с 2334 спрямо 2015 година. Но възрастовата група 50 - 59 години се е увеличила с 1600,

тази между 60 и 65 години с 1172, а над 65 годишните с 2463. До 2020 година 19851 главни лекари ще се пенсионираат (Bundesaerztekammer, 2017).

Според статистиката в Германия броят на практикуващите лекари през последните години се увеличава с 6000 до 9000 годишно, което е в разрез с твърдението, че съществува недостиг на лекари. Същевременно все повече лекари не искат да работят на пълно работно време. Съвременна тенденция е желанието за успешно съчетаване на професия и личен живот - особено семейство.

В последните години се наблюдава покачване на дела на жените в лекарската професия. Това налага промяна на работните структури - предполага необходимостта от въвеждане на модели на гъвкаво и почасово работно време и възможност за съвместяване на работа и семеен живот, което изисква допълнително персонал. Така болниците могат да привлекат жените и да ги задържат. *Феминизирането на лекарската професия представлява финансово и организационно предизвикателство пред болниците.*

Демографските промени не са само един статистически фактор, а са придружени от изменения в стила на живот, очакванията, ценности, технологии, икономика.

Промяна в създаването на условията на работа и на предлаганите услуги би била в унисон с предизвикателствата на пазара на труда, изразяващи се в силно присъствие на жените, чужденци, по-възрастни служители, по-квалифицирани и по-изискващи (Dilcher, 2013).

Високата мобилност на работната сила, увеличаването на нейната териториална гъвкавост вследствие на промените в регионалните трудови пазари се считат за важна характеристика на гъвкавост на съвременния трудов пазар и за важно средство за балансиране на съотношението между търсенето и предлагането на работна сила в отделните икономически региони.

Ситуацията на пазарите на труда е резултат от икономическото развитие и провежданите политики за регулиране на националните пазари, в по-глобален план и от политиките за увеличаване на заетостта (Владиминова, 2007), в това число и стимулирането на миграционни потоци с цел осигуряване на работна сила.

Лекарският миграционен поток се отнася към т.н. "изтичане на умове" (Brain Drain), идентифициращо интелектуалната международна миграция на трудови ресурси, представена от учени – изследователи, лекари, преподаватели и други кадри с подобна квалификация. Мотивите на този тип международна миграция са преди всичко съществените международни различия в условията за професионална реализация на тази категория кадри, нееднаквият им социален статут, различията в трудовите им възнаграждения и възможностите за кариерно развитие в едни или други страни (Маринов, 2007).

Миграционни потоци в България

Удостоверенията за добра медицинска практика са необходими при кандидатстване за работа в чужбина. Те служат като показател за отчитане на намерение за практикуване на лекарската професия извън страната. В периода 2008-2016 година Българският лекарски съюз (БЛС) е издал такива удостоверения на 4522 български лекари.

Прегледът на статистическите данни за последните 10 години разкрива явна тенденция на намаляване броя на издаваните удостоверения, необходими за упражняване на професията "лекар" в чужбина. През 2016 и 2017 година са издадени съответно 430 и 390 удостоверения на лекари – български граждани. Посоченият брой е по-малък от издадените удостоверения на лекари – български граждани през предходните години.

Няма данни колко от лицата, получили удостоверение, действително отиват в друга държава и започват работа там. Няма информация и за завърналите се лекари, тъй като медиците с издадени сертификати не се отписват от регионалните колегии и запазват членството си в БЛС.

Миграционни потоци в Германия

Германия също е повлияна от международната миграция в две посоки - немски лекари напускат, като същевременно чуждестранни пристигат. Ежегодно Германия губи повече лекари, отколкото привлича.

През 2016 година 2050 лекари са напуснали Германия, като предпочитани страни са Швейцария (677), Австрия (295) и САЩ (112). Броят на чуждестранните лекари в

Германия е 46721, като 68,6% от тях идват от Европа. През 2016 година пристигнали лекари от Европейски съюз са 1430, като предимно са от Румъния (251), България (189), Австрия (155), Гърция (137), Унгария (119), Италия (110). Към 31.12.2016 година в Германия работят 1634 български лекари, от които 1268 в болници (Bundesaerztekammer, 2017). Най-голям прираст имат медиците от Сирия. През 2016 година новодошлите са 746 лекари и така стават общо 2895, от които 2702 упражняват професията си в Германия. Отчита се нарастване с 35% в рамките на една година (Woratschka, 2017).

Докато западните европейски страни, в т.ч. Германия компенсират недостига на лекари с кадри от Източна Европа, то страни като България, която страда от все по-задълбочаващ се демографски проблем, няма откъде да запълнят дефицита си. Германия е желана страна за практикуване за преобладаваща част от българските медици. Там специализацията е безплатна, а професията много по-добре платена и уважавана. Това обяснява и фактът, че през последните няколко години съществен брой от издадените сертификати от БЛС са за работа в Германия (през 2016 година от издадени 430 сертификата - 121 са за Германия; към 30.06.17 - от общо 390 сертификата - 66 са за Германия).

Ефекти на миграцията за България и Германия

Присъединяването на България към ЕС, признаването на дипломите за висше и средно специално образование и бавните до липсващи решения на икономически и професионални проблеми засилват нагласата за емиграция. Трансграничните миграционни процеси са насочени към държави с високо и стабилно икономическо развитие, с модерно здравеопазване и по-добри условия на труд, каквато е Германия. България е преди всичко страна на емиграцията на работна сила, докато имиграцията на трудови ресурси за сега има по-скоро символичен характер (Владиминова, 2007).

Резултатите от емиграцията за България се оценяват предимно като *негативни*, като се посочва загубата на квалифицирани кадри със знания, умения и опит, придобити след скъпо за обществото държавно образование. В България университетското обучение на един лекар, без да се включва специализацията, възлиза на 60 000 лева (Цонов, 2012). Демографските последици в резултат на миграцията се изразяват в намаляване

числеността на населението в България; влошаване на възрастовата структура на населението; съкращава се трудовият потенциал на страната, влошава се качеството на работната сила. Единственият положителен момент е споделянето с колеги на придобития в чужбина опит след завръщане. Някои други позитивни ефекти за индивида са натрупването на нови професионални и комуникативни умения, придобиване на нова култура и по-високо професионално самочувствие, по-добра финансова обезпеченост. Негативните ефекти са разрушаване на семействата, трудности при преодоляване на езиковата бариера и при адаптирането към чужда култура и правила (КНСБ).

Проведени изследвания във връзка с установяване причини и намерение за миграция

Всяка година Медицинският факултет провежда анкета сред новозавършилите лекари за изследване на желанието им за реализация в чужбина.

Випуск МУ	% абсолвенти, желаещи да напуснат страната
2013	80%
2014	74%
2015	75%
2016	55%
2017	48%

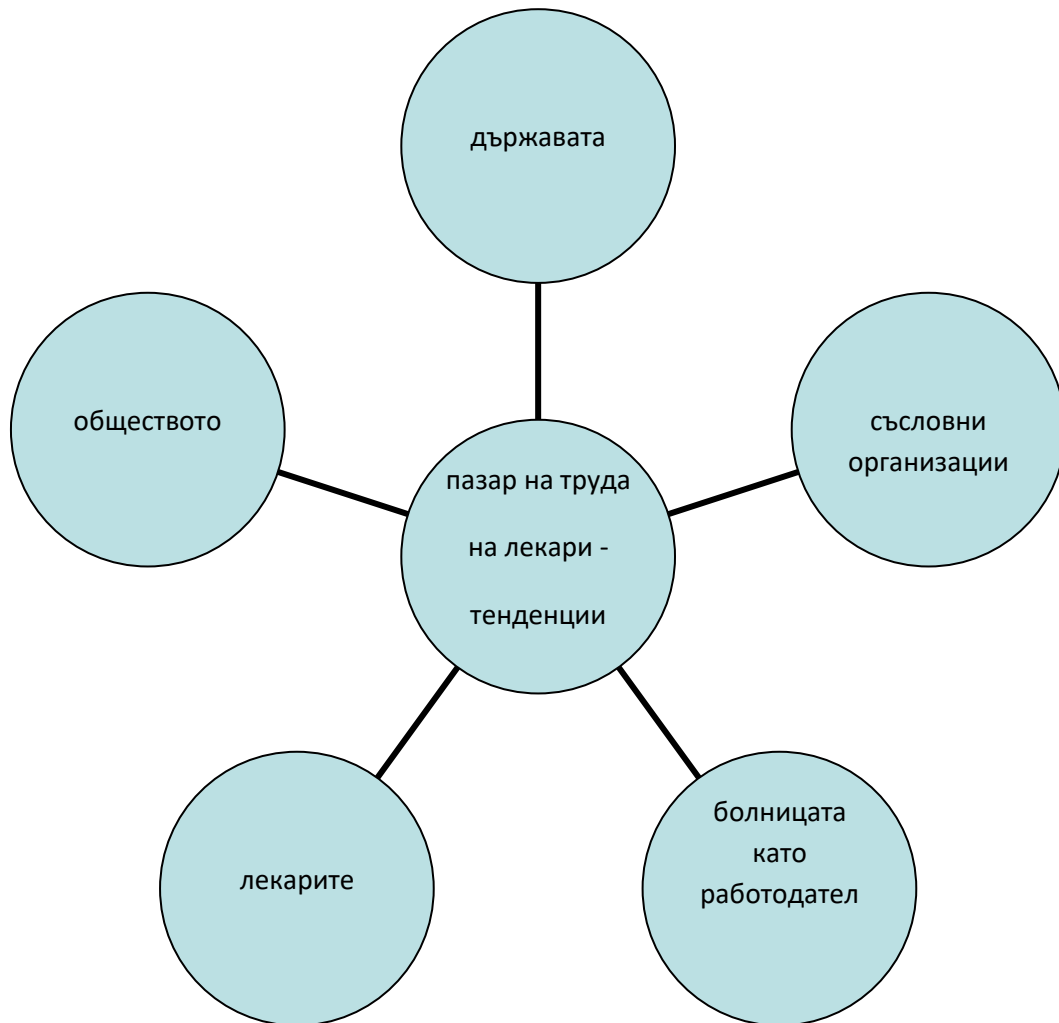
Табл. 1: Желаещи абсолвенти да напуснат страната за периода 2013-2017 г

Забелязва се промяна в желанието за емиграция на голям брой от абсолвентите през 2016 и 2017 година. Обяснението на този факт вероятно е в новата Наредба №1 за придобиване на специалност от 2015 година, която премахва платената специализация и позволява на всички специализиращи да получават заплати и осигуровки.

2. Участници на пазара на труда

Върху състоянието и тенденциите на пазара на труда влияние оказват държавата, съсловните организации, работодатели, работната сила и обществото. За целите на

обзора като представител на работодателите са разгледани болниците, а на работната сила - болничните лекарите. За справянето с недостига на медицински кадри в здравеопазването е нужно да се разработи обща концепция, обединяваща усилията на държавата, работодателите, съсловни организации, медицинска общност и населението.



фиг. 2: Участници на пазара на труда

ДЪРЖАВАТА

Във все по-глобализиращия се пазар ролята на държавата е да регулира и контролира пазарните отношения (Ангелов, 2012).

В текста подробно е разгледана *ролята на държавата* и средствата, чрез които тя се намесва в двете страни.

СЪСЛОВНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Анализирано е значението на *съсловните организации* в България и Германия, като се акцентира на разликата във възможността за оказването на влияние върху управлението на системата и реално участие в реформите и предизвикателствата в бранша в двете страни.

БОЛНИЦИТЕ

Чрез анализа на *болниците* като работодател се дават насоки за ключовите аспекти в УЧР - привличането и задържането на лекарите, както и повишаване на ангажираността и удовлетвореността от работата. Акцентира се върху решаващата роля на ръководителя на здравното заведение.

ЛЕКАРИТЕ

Представен е профилът на *лекаря* и лекарската професия. Дискутират се мотивите за избор на професия, ключовите теории и видовете мотивация, ролята на ангажираността и удовлетвореността от работата.

ОБЩЕСТВОТО

Всичките участници в системата на пазара на труда се разглеждат като отделни части на едно цяло, оформящо обществото, с неговите обществени представи и отношения.

Изводи от направения преглед на литература и проведени изследвания:

Прегледът на специализираната литература и проведени изследвания в Германия и България, засягащи недостига на лекари, дава възможност да се направят следните изводи:

1. Здравеопазването има социално-икономическо и хуманитарно значение и оказва положително влияние върху растежа и заетостта в икономиката.
2. Върху пазара на труда в сектора на здравеопазването влияние оказват демографските тенденции, държавата, съсловните организации, болниците като работодател, обществото и самите лекари.
3. Застаряването на населението и увеличаването на средната продължителност на живот предполагат по-голямо търсене на медицински услуги и увеличаване на

необходимостта от повече здравни специалисти. Същевременно съществува недостиг на попълнения от млади кадри в системата.

4. Загубата на висококвалифицирани кадри оказва отрицателно въздействие върху икономическото, финансовото и социалното развитие на всяка една от държавите - губи се важен ресурс, здравната система бива дестабилизирана.

5. Не се оползотворява потенциалът на групите с по-слабо участие на пазара на труда - младите хора и по-възрастните.

6. Липсва стратегия за полагане на съвместни усилия от страна на всички участници на пазара на труда за справяне с предизвикателствата в сферата на здравеопазването, изразяващи се в дългосрочен план в застаряване на населението, емиграция и трудова неактивност.

7. Прилаганите мерки не са достатъчно ефективни и не успяват да преодолеят миграционната нагласа на лекарите.

8. Не е потърсен опитът на развити европейски страни за справяне с недостига на кадри в здравеопазването.

Втора глава - Какво привлича и задържа лекарите в България и Германия

1. Характеристика на лекарите, включени в проучването

Изследван контингент

Възраст

В проучването са участвали 263 български лекари с възрастов диапазон 25-70 години, работещи в България и Германия. Разделени са в следните възрастови групи, дефинирани спрямо поколенията, представени в първата част на дисертацията.

Поколение след войната (1935-1950) от 67г. до 82г.	Бейби-бумъри (1951-1965) от 52г. до 66г.	Поколение X (1966-1979) от 38г. до 51г.	Поколение Y (след 1980) от 17г. до 37г.
--	--	---	--

табл. 2 Възрастово разпределение според поколенията

Разпределението на лекарите е следното:

от 25 до 37 години – 150 лекари,

от 38 до 51 години – 70 лекари,

от 52 до 66 години – 40 лекари,

от 67 и повече години – 3 лекари. Поради малкия брой представители от тази възрастова група, правим уточнението, че тя не е обект на анализ.

Най-голяма част от анкетираните лекари (57%) е на възраст под 37 години, което благоприятства целите на изследването. Точно те са кадрите, които са в началото на професионалния си път. На този етап избират своя работодател. Склонни са да напуснат страната в желанието си да намерят по-добри възможности за реализация. Доброто изучаване на очакванията им, би подпомогнало задържането им.

Пол

От анкетираните 147(55,89%) са мъже и 116 (44,11%) жени.

Заемана позиция

Без специалност са 17 от тях, 90 са специализанти, а 98 са лекари с придобита специалност. Ръководна длъжност заемат 58 от респондентите, от които 46 са мъже и 12 жени.

Държава, в която е завършено образованието по медицина

Завършили медицина в България са 247, в Германия - 15 и в Австрия -1. (Респондентът, завършил в Австрия, има опит в Германия и България и поради този факт участва в извадката.)

Според държава на професионален опит лекарите са разпределени в четири групи, както следва:

- 132 от респондентите са с месторабота в България и опит само в България;
- 57 работят в Германия, но имат опит и в България;
- 34 работят в България, но имат опит в чужбина;
- 40 практикуват в Германия и нямат опит в България

месторабота \ обучение	месторабота в България и опит само в България	работят в България, но имат опит в чужбина	работят в Германия, но имат опит и в България	практикуват в Германия и нямат опит в България	Общо
Австрия	-	-	1	-	1
България	132	33	55	27	247
Германия	-	1	1	13	15
Общо	132	34	57	40	263

Табл. 3: Разпределение на лекарите според държава на професионален опит и обучение по медицина

Видно е, че 16 медици са получили образованието си в чужбина, а броят на практикуващи извън България към момента на провеждане на изследването е 97. Съществува статистически значима зависимост между държава, в която е завършено образованието и място на практикуване на професията: $\chi^2(6, N=263) = 67,084, p < 0,05$, Cramer's V = 0,357. От завършилите 15 в Германия 13 практикуват там и нямат опит в България, 1 работи в България, но има опит и в чужбина и 1 работи в Германия, но има опит и в България. Броят на завършилите в България медицина, но практикуващи в

Германия е 82, което представлява не само професионална, но и икономическа загуба за страната, поради инвестираните средства в обучение на студентите.(Вж - обучение по медицина)

Форма на собственост на болницата

Преобладаваща част от лекарите (142) практикуват в държавни болници, 27 - в обществени и 90 в частни. Четирима от лекарите са посочили друго.

2. Анализ и оценка на резултатите от проведеното проучване сред лекарите

Причина да останат да практикуват в България

(оценени по петстепенна Ликертова скала, където "много важна" е 5 и "изобщо не е важна" е 1)

Водеща причина за избора да останат да практикуват в България е "заради семейство/близки" (средна стойност 4,18). На второ място е посочен аргументът "имам утвърдени позиции като лекар в България (3,52), последван от "нямам желание за работа в чужбина" (3,04).

Склонност за работа в чужбина

Потърсен е отговор на въпроса доколко лекарите, практикуващи само в България, са склонни да работят в чужбина. Положителен отговор дават 47 или 35,6% от респондентите; 44 или 33% не са склонни, а 41 или 31% са избрали "колкото да, толкова и не".

Причини, повлияли върху завръщането на лекарите в България

(оценени по петстепенна Ликертова скала, където "много важна" е 5 и "изобщо не е важна" е 1)

Основна причина за решението на лекарите, практикували извън България, да се върнат, е отсъствието на семейството и носталгия (4,26). Трудностите с интеграцията (2,12) и с новото работно място в чужбина (2,15) са с по-малко значение.

Причини, повлияли върху решението за оставане в Германия

(оценени по петстепенна Ликертова скала, където "много важна" е 5 и "изобщо не е важна" е 1)

Лекарите с опит в България, избрали да останат да практикуват в Германия, посочват като най-съществени причини по-добрите условия на работа (4,81) и на живот (4,56).

Удовлетвореност от работата

Потърсен е отговор на въпроса в каква степен са удовлетворени от настоящата си работа респондентите. Повече от половината лекари са удовлетворени (65,1%), 14,4% не са удовлетворени, а колкото удовлетворени, толкова и не са 20,5%. Установена е слаба статистически значима зависимост между *възраст и удовлетвореност*: χ^2 (12, N=263) = 28,443, $p < 0,05$, Cramer's V = 0,190. Удовлетвореност от настоящата си работа изразяват 82,5 % от лекарите на възраст между 52-66 години (поколението на бейби бумърите), 70% от представителите на поколение X и 58% от поколение Y.

Съществува слаба статистически значима зависимост и между *пол и удовлетвореност*: χ^2 (4, N=263) = 12,458, $p < 0,05$, Cramer's V = 0,218, като 72,8% от мъжете и 55,2% от жените са удовлетворени. 27,6% от жените са "колкото удовлетворен/а, толкова и неудовлетворен/а", докато такъв отговор са посочили 15% от мъжете. Неудовлетворени от работата си са 17,2% от жените и 12,2% от мъжете.

Резултати от анализа показват слаба статистически значима зависимост между *държава на практикуване и удовлетвореност*: χ^2 (12, N=263) = 70,601, $p < 0,05$, Cramer's V = 0,299.

държава на практикуване \ удовлетвореност	лекари, практикуващи в България, без опит в чужбина	лекари, практикуващи в България с опит в чужбина	лекари, практикуващи в Германия с опит в България	лекари, практикуващи в Германия без опит в България
напълно съм удовлетворен/а	49,3%	55,9%	94,8%	82,5%

по-скоро съм удовлетворен/а				
по-скоро не съм удовлетворен/а	21,3%	20,5%	5,2%	17,5%
изобщо не съм удовлетворен/а				

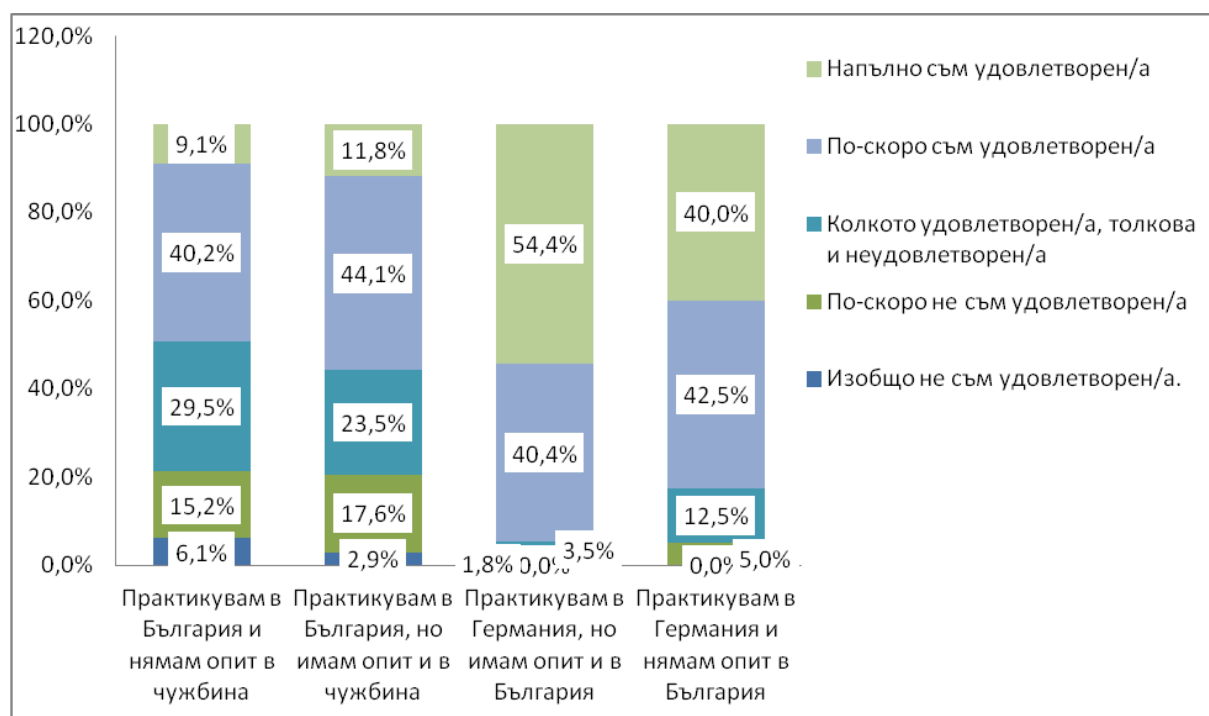
Табл. 4: Разпределение на резултатите относно удовлетвореност по групи, съобразно държава на практикуване

49,3% от практикуващите в България лекари без опит в чужбина са удовлетворени, а 21,3% не са;

55,9% от практикуващите в България с опит в чужбина са удовлетворени, а неудовлетворени са 20,5%;

94,8% от практикуващите в Германия с опит в България са удовлетворени и едва 5,2% не са.

82,5% от практикуващи в Германия без опит в България са удовлетворени, като 17,5% не са.



фиг. 3: Удовлетвореност на лекарите според държава на практикуване

Броят на удовлетворените лекари, практикуващи в Германия, е значително по-голям от тези в България. Лекарите в Германия са по-категорични в оценката си, като много малка част от тях не могат да преценят с точност и отговарят с "колкото удовлетворен/а, толкова и неудовлетворен/а".

Вероятност да напуснат настоящата си работа

30,5% от респондентите посочват вероятност да напуснат настоящата си работа;

23,2% са склонни отчасти;

за 46,4% не съществува такава вероятност.

Проведеният анализ показва слаба статистически значима зависимост между *вероятност за напускане на работа и възраст*: χ^2 (12, N=263) = 36,875, $p < 0,05$, Cramer's V = 0,216. Най-голяма вероятност за напускане изразяват лекарите под 37 годишна възраст (38%), на следващо място са представителите на поколение X (38 - 51 години) с 21,4% и най-малко са бейби бумърите (52 - 66 години) с 15%. Тези резултати са в обратнопропорционална зависимост с удовлетвореността. Най-удовлетворени са лекарите във възрастовия диапазон 52 - 66 години и при тях вероятността за напускане е най-малка. Най-малко удовлетворени от работата и с най-голяма вероятност за напускане са най-младите, тези под 37 години.

Доказана е слаба статистически значима зависимост между *държава на практикуване и вероятност за напускане*: χ^2 (12, N=263) = 37,408, $p < 0,05$, Cramer's V = 0,218. Практикуващите в Германия лекари показват малка склонност за напускане в сравнение с работещите в България. Това се обяснява с по-добрите условия на работа (резултати от анализа на въпросите, сравняващи болниците в България и Германия) и полаганите усилия от работодателя за задържане на служителите в Германия (въпрос 25 и 27 - Приложение №1)

Вероятност за напускане на настоящата си работа потвърждават:

41,7% от практикуващите в България без опит в чужбина;

29,4% от практикуващите в България с опит в чужбина;

10,5% от практикуващите в Германия с опит в България;

22,5% от практикуващите в Германия без опит в България;

Общо 71,1% от двете групи лекари, практикуващи в България са склонни да напуснат работното си място.

Основни причини, поради които биха напуснали лекарите

(оценени по петстепенна Ликертова скала, където "много голяма" е 5 и "изобщо не е вероятно" е 1)

Най-голям дял от лекарите биха напуснали заради намиране на ново интересно място (3,64), недобра организация на работата (3,30) и финансова неудовлетвореност (3,16).

Финансова неудовлетвореност е причината, посочена на трето място при анализиране на общите резултатите от всички групи лекарите. Но при разглеждането им по държава на практикуване се установява, че тази причина е на първо място за двете групи лекари, практикуващи в България. (вж. Хипотеза 1)

Предпочитани практики за задържане

(оценени по петстепенна Ликертова скала, където "много важна" е 5 и "изобщо не е важна" е 1)

Получаване на съответстващо възнаграждение е практиката с най-висока средна оценка (4,46) (вж. Хипотеза 1), последвана от предлагане на висококачествено продължаващо обучение (4,43) и възможност за постигане на баланс работа - личен живот (4,24), последвани от:

самостоятелност в работата (4,22);

осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд (4,18);

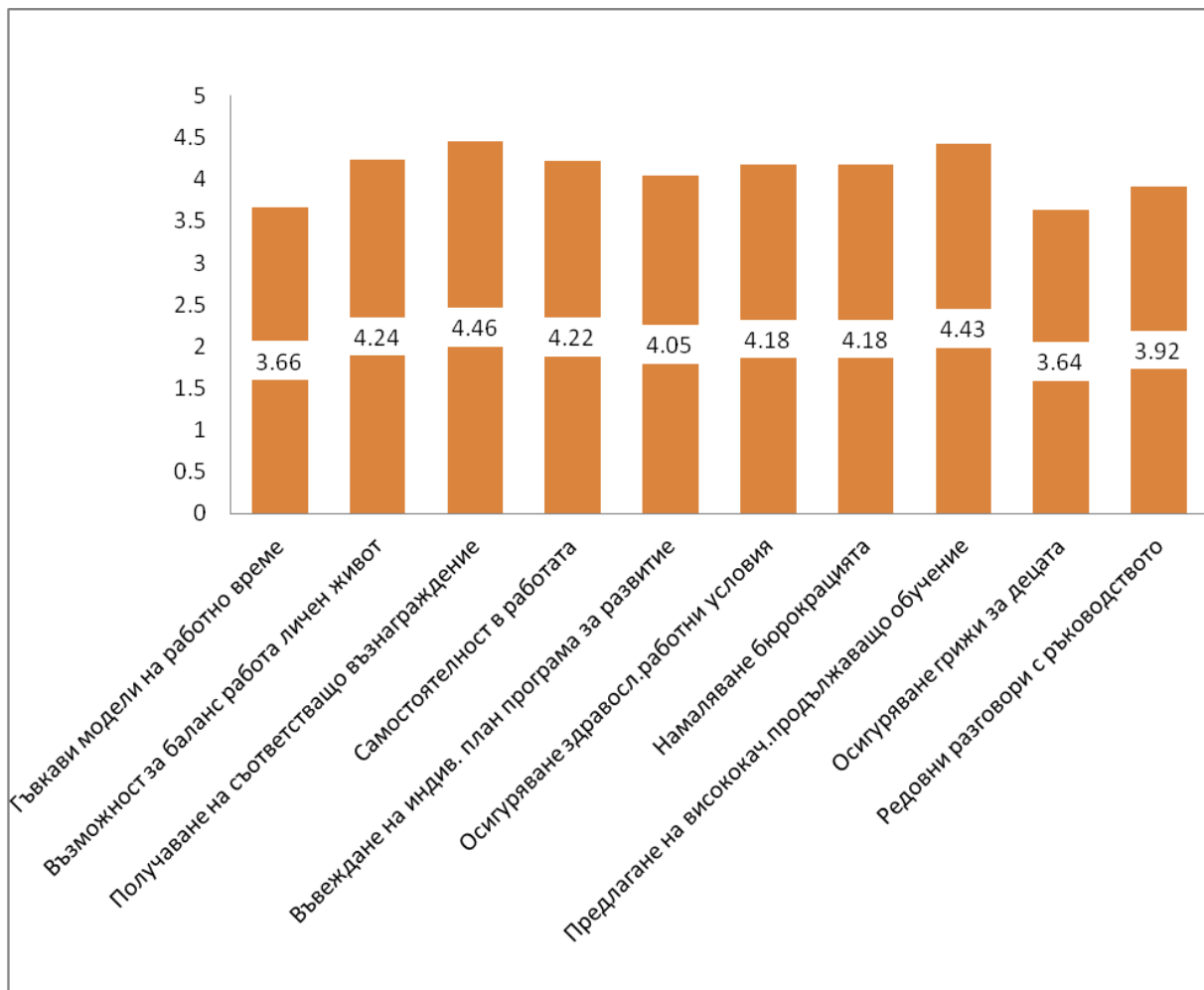
намаляване на бюрокрацията (4,18);

въвеждане на индивидуален план програма (4,05);

редовни разговори с ръководството (3,92);

гъвкави модели на работно време (3,66);

осигуряване на грижа за децата (3,62)



фиг.4: Предпочитани практики за задържане

Анализът разкрива слаба статистически значима зависимост между *пол* и *отношение към прилагане на гъвкави модели на работно време*: $\chi^2 (4, N=263) = 10,928, p < 0,05, \text{Cramer's } V = 0,204$. 65,5% от жените оценяват положително прилагането на тази мярка и 55,8% от мъжете.

Анализът разкрива слаба статистически значима зависимост и между *пол* и *въвеждане на индивидуална план програма* като предпочитана мярка: $\chi^2 (4, N=263) = 14,907, p < 0,05, \text{Cramer's } V = 0,238$., като тя е посочена от 82,7% от жените и 70,8% от мъжете.

Получените резултати дават основание Хипотеза 5 да бъде потвърдена.

Анализът на посочените оценки на практиките от различните поколения, установява, че няма съществено различие по възраст. И за трите поколения получаването на съответстващо възнаграждение, предлагане на висококачествено продължаващо обучение и възможност за постигане баланс работа - личен живот са сред първите три посочени мерки. Единствено поколение X дава приоритет на самостоятелност в работата пред възможност за постигане на баланс работа - личен живот. Осигуряване на грижи за децата и гъвкави модели на работно време заемат последните две позиции и при трите поколения.

Получените резултати дават основание Хипотеза 4 да бъде отхвърлена.

Степен на прилагане на практиките

Най-често прилагана практика е предоставяне самостоятелност в работата, получаване на съответстващо възнаграждение и осигуряване на здравословни условия на труд.

Всички разгледани мерки се прилагат в по-голяма степен в Германия, в сравнение с България. (вж. Хипотеза 2)

С най-голяма честота в Германия са:

- самостоятелност в работата;
- получаване на съответстващо възнаграждение;
- висококачествено продължаващо обучение;
- осигуряване на здравословни и безопасни условия на работа;

Най-малко осъществявани са:

- осигуряване грижи за децата;
- намаляване на бюрокрацията;
- възможност за гъвкави модели на работа

В България най-често прилагани практики са същите с изключение на предлаганото възнаграждение :

- самостоятелност в работата (ако в Германия е посочена от 80%, то в България от 40%);
- висококачествено продължаващо обучение;
- осигуряване на здравословни и безопасни условия на работа

Много малък процент посочва осъществяване на редовни разговори и въвеждането на индивидуална план програма.

В България според резултатите от проведено от автора изследване сред жени, упражняващи лекарската професия, 26% от анкетираниите са въведени плавно в работния процес след отсъствие поради майчинство. В България няма разработени групови програми за подпомагане връщането на работа след продължително отсъствие.

Посочени най-предпочитани мерки за задържане са:

- получаване на съответстващо възнаграждение;
- висококачествено продължаващо обучение;
- възможност за постигане на баланс работа - личен живот;
- самостоятелност в работата.

Най-голямо разминаване има по отношение на възможност за постигане на *баланс работа - личен живот* и в двете държави.

Съобразно изложените теоретични постановки в първа част успешен е този ръководител, който:

- се грижи служителите да са удовлетворени от работата;
- планира добре работния процес;
- се справя добре с разрешаването на конфликти;
- оценява обективно Вашата работа;
- е открит и последователен в отношенията;
- отдава признание за добре свършена работа;

- цени мнението на служителите

За тази цел лекарите са оценили управленското поведение на своите преки ръководители посредством 5-степенна Ликертова скала.

Общите резултати за всички лекари (в България и Германия) са:

67,3% от респондентите смятат, че тяхната работа се оценява обективно;

66,1% преценяват, че мнението им се цени;

Според 64,3% от лекарите прекият ръководител отдава признание на добре свършена работа;

59,3% от респондентите оценяват прекия ръководител като открит и последователен в отношенията;

58,2% от респондентите смятат, че управляващият се справя добре с разрешаването на конфликти;

57,4% от отговорилите преценяват, че ръководителят се грижи служителите да са удовлетворени от работата;

Оценка дейността на Българския лекарски съюз (БЛС)

Лекарите са оценили дейността на БЛС посредством 5-степенна Ликертова скала. При обработване на резултатите отговорите "в много голяма степен" и "в голяма степен" са обединени, както и "в много малка степен" и "в малка степен".

71% от лекарите преценяват, че БЛС почти не оказва влияние върху управлението на здравната система и не участва реално в реформите. Положителна оценка поставят едва 8,9%.

76% от респондентите посочват, че БЛС в много малка степен защитава професионалните им права и интереси, а 6,7% чувстват подкрепа.

78,5% от отговорилите оценяват, че БЛС организира продължаващо медицинско обучение (ПМО) в много малка степен и едва 6,79% дават положителна оценка

Оценка на предприетите мерки от Министерство на здравеопазването във връзка с Наредба №1 от 22.01.2015 г за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, с която се въвежда нов регламент на специализациите

Големият дял респонденти (48), незапознати с новата Наредбата се обяснява с броя на лекарите, които не практикуват в България и които вероятно не следят промените, настъпващи в българското здравеопазване. Положителна оценка е дадена от 33 от анкетиранияте, като тя е предимно по отношение получаването на възнаграждение. Двама са посочили тази Наредба като причина за оставане в България, а за един е повод за завръщането му. 16 от отговорилите не могат да дадат категорична положителна или отрицателна оценка. Смятат, че е добро начало, но недостатъчно. 65 лекари оценяват отрицателно Наредба №1. Възприема се, че премахването на приемния изпит не е правилна стъпка. Не е обективна оценката на база интервю. Съществуват предпоставки за корупция.

Оценка на предприетите мерки от Министерство на здравеопазването във връзка с въвеждане на системи за задължително продължаващо обучение

На този въпрос както и на предходния има голям дял (56) незапознати. 58 лекари оценява положително системите за задължително продължаващо обучение, но при условие, че са финансово осигурени.

Споделете мнение

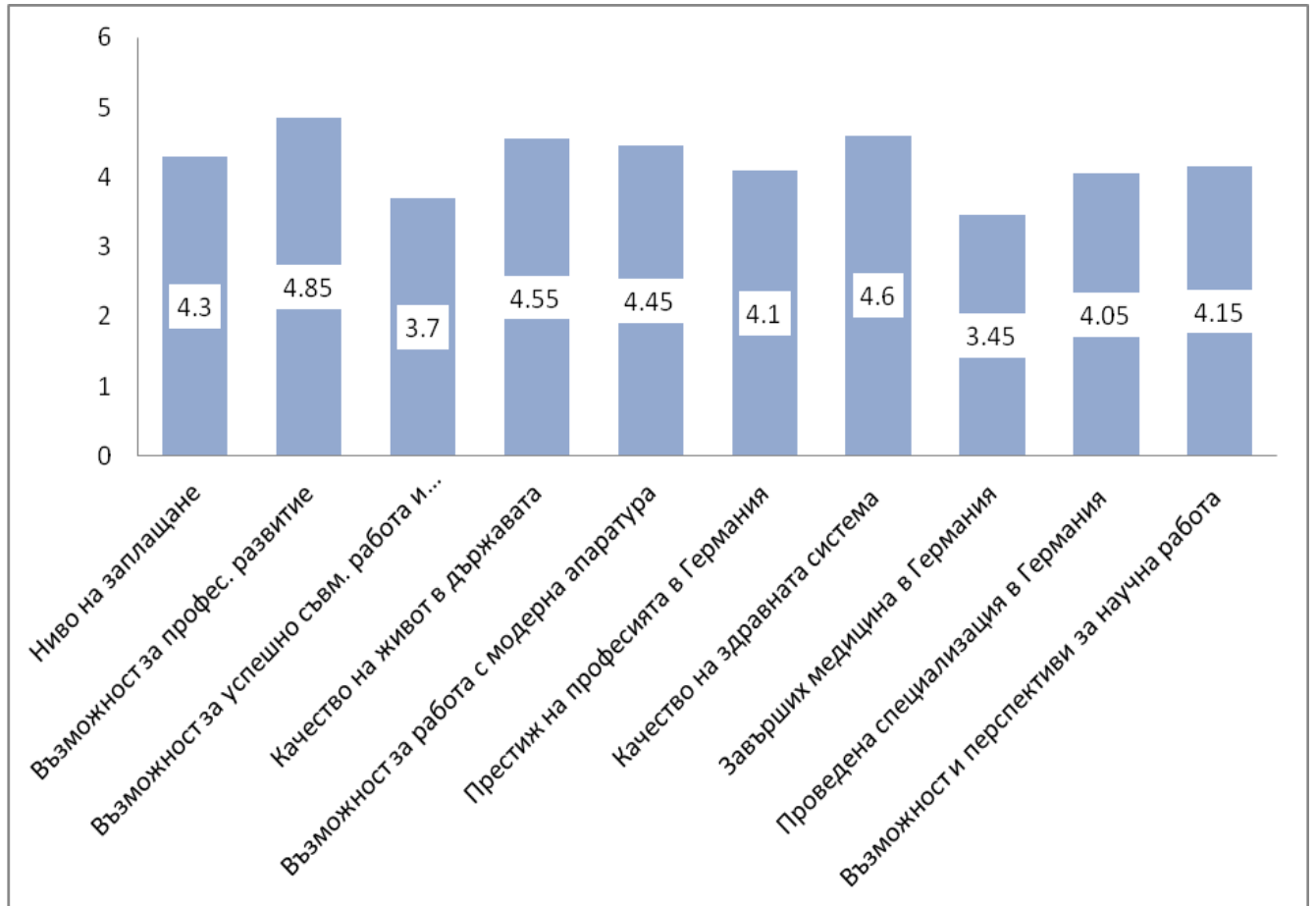
Малка част от лекарите са се възползвали от възможността да споделят мнение по изследвания проблем. Според тях предприемането на мерки срещу корупцията и агресията към лекарите са не по-малко необходими действия в сравнение с необходимостта от увеличаване на заплащането и подобряване условията на труд. Голяма част от респондентите са разочаровани и не вярват в развитие в положителна насока.

Причини за започване на работа в Германия (оценени по петстепенна Ликертова скала, където "много важна" е 5 и "изобщо не е важна" е 1)

Посочените на първите три позиции причини за започване на работа в Германия са възможност за професионално развитие (4,85), качество на здравната система (4,60) и

на живот в държавата (4,55). **Нивото на заплащане (4,30)** е на пето място след възможността за работа с модерна апаратура/оборудване (4,45).

На база на представените резултати можем да заключим, че Хипотеза 1 е частично потвърдена .



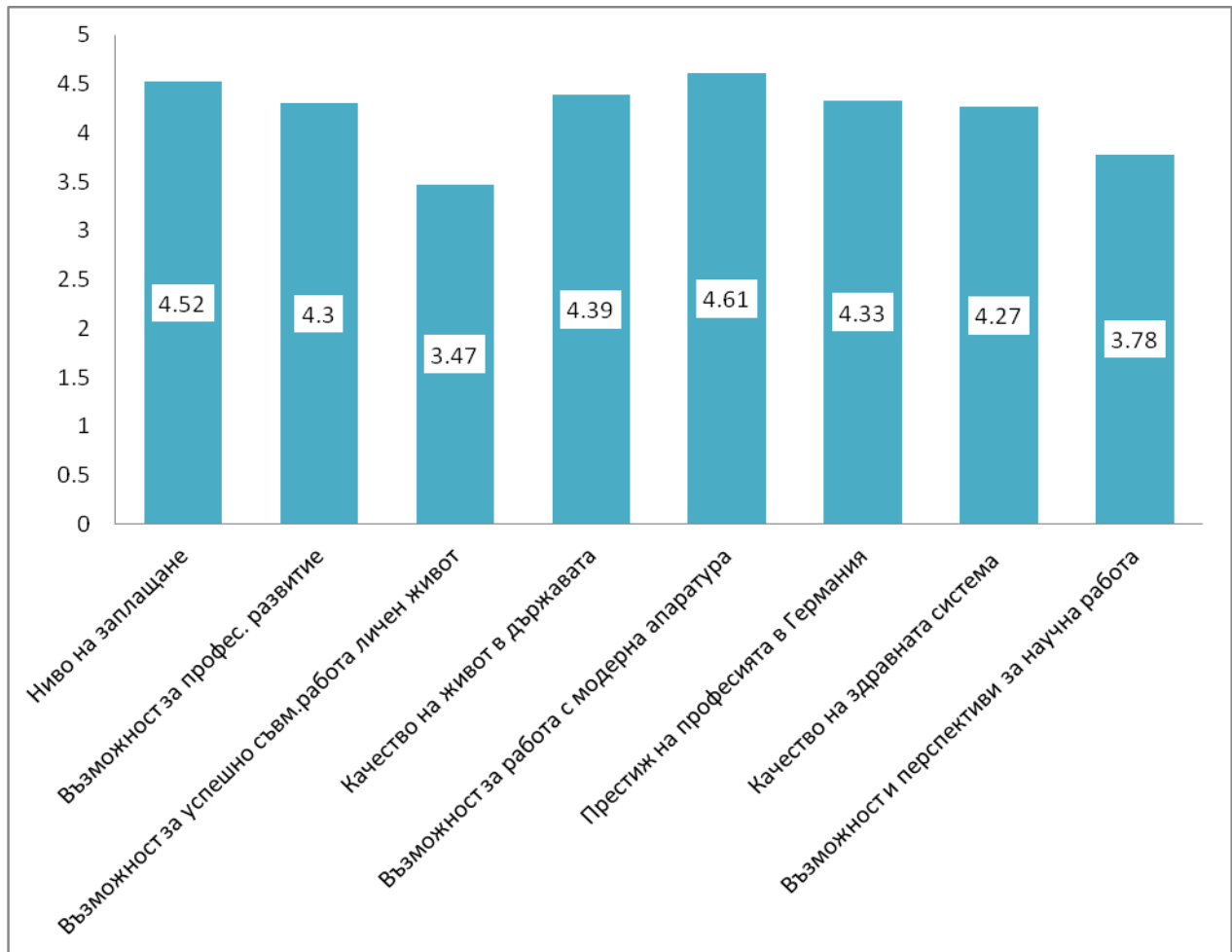
фиг.5: Причини за започване на работа в Германия

До каква степен се оправдаха очакванията Ви?

(оценени по петстепенна Ликертова скала, където "в много голяма степен" е 5 и "в много малка степен" е 1)

В най-голяма степен са се оправдали очакванията за възможност за работа с модерна апаратура/оборудване (4,61), ниво на заплащане (4,52), последвани от качество на живот в държавата (4,39), престиж на професията в Германия (4,33), възможност за професионално развитие (4,3), качество на здравната система (4,27). Последните две

позиции са за възможност и перспективи за научна работа (3,78) и възможност за успешно съвместяване на работа и личен живот (3,47).



фиг. 6: Степен на оправдаване на очакванията

На база изложеното може да се обобщи, че очакванията на лекарите, практикуващи в България с опит в чужбина, са се оправдали в най-малка степен, въпреки че повече от половината респонденти са удовлетворени по отношение ниво на заплащане и възможност за професионално развитие. Възможността за успешно съчетаване на работа и личен живот е посочена само от 27,3%. Обстоятелството, че тези лекари са се завърнали в България, би могло да е следствие от неоправдани очаквания (ако изключим фактора семейство). Успешното съвместяване на работа и личен живот е сред първите три най-предпочитани мерки за задържане независимо от възрастта.

Опита ли се ръководството да Ви задържи на заеманата позиция в България?

Отговор "ДА" са посочили 24,6% от респондентите, а "НЕ" - 75,4%. Повече от 3/4 от респондентите отговарят, че работодателите не са се опитали да ги задържат. Респондентите посочват като конкретни действия: предлагане на по-високо възнаграждение, възможност за специализация и асистентско място. На двама е обещано запазване на работното място. Други двама от лекарите споделят, че са били обект на негативни изказвания и заплахи (вж. Хипотеза 2).

Полагат ли усилия Вашите нови работодатели в Германия да Ви задържат?

82,6% отговарят утвърдително.

Едва 17,4% не усещат опити от страна на ръководителя да ги задържи. (вж. Хипотеза 2).

Най-често прилаганите мерки за задържане са предлагане на адекватно възнаграждение и възможност за развитие, последвани от възможност за заемане на по-висока позиция, специализация и оказване на подкрепа при курсове и обучения. Положително се оценяват предложени възможности за научна работа, гъвкавост при работа и проява на толерантност и подкрепа от работодателя.

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

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

Вашето решение за практикуване в Германия беше ли планирано още по време на следването Ви?

Отговор "ДА" са посочили 42% от респондентите, а "НЕ" - 58%. На база тези резултати може да се направи изводът, че преобладаващата част от студентите не са с нагласа за заминаване по време на следването си. Предприемането на адекватни и навременни действия, осигуряващи провеждане на специализация и предоставяне на възможност за

професионална реализация, биха намалили желанието в младите лекари за практикуване на професията в чужбина.

Резултатите потвърждават Хипотеза 3.

Оценете условията на работа в болниците в Германия

Лекарите с опит в Германия поставят най-висока оценка на ниво на медицинско обслужване - 4,51, възможности за специализация - 4,38 и възможности за повишаване на квалификацията - 4,28;

- възнаграждение на лекарите и качество на медицинското обслужване - 4,19;

- качество на специализацията- 4,10;

- възможности за кариерно израстване- 4,01;

- отношение между лекари и пациенти - 3,88;

- взаимоотношения между ръководители и служители- 3,58;

- възможности за баланс между работа и личен живот- 2,97.

Оценете условията за работа в болниците в България

При оценяване условията на работа в болниците в България по 5-степенна Ликертова скала, първите три най-високи оценки получават възможност за баланс работа - личен живот 2,54, взаимоотношения между ръководители и служители 2,12 и качество на медицинското обслужване - 2,04;

- качество на специализация - 1,95;

- отношение между лекари и пациенти и ниво на медицинско оборудване - 1,93;

- възможности за повишаване на квалификацията - 1,72;

- възможности за специализация - 1,68;

- възможности за кариерно израстване - 1,53;

- възнаграждение на лекарите - 1,26

Лекарите поставят най-висока оценка на възможността за постигане на баланс между работа и личен живот (2,54) в България, а в Германия този критерий е на последно място (2,97). Прави впечатление фактът, че при оценяване на критериите чрез 5-степенна Ликертова скала, в Германия най-ниската оценка е 2,97, а в България най-високата е 2,54. В България най-високата оценка е по-ниска от най-слабата в Германия. В Германия на първо място е ниво на медицинско оборудване (4,51), което в България е на пето място. В България лекарите са дали най-ниска оценка на възнаграждението (1,26) и на възможности за кариерно израстване (1,53). При анализиране не на оценките, а на ранжирането на отделните критерии, се установява, че "качество на специализацията" в България е на четвърто място, а в Германия е на пето. Същевременно "възможности за специализация" в Германия е на второ място, а в България - на седмо. "Качество на медицинското обслужване" в България е на трето, а в Германия - на четвърто място. "Взаимоотношения между ръководители и служители" в България е на второ място, а в Германия на осмо.

Изводи

Резултатите, получени от анкетното проучване сред лекарите, позволяват да бъдат формулирани следните изводи.

Общи изводи

1. Промените на пазара на труда се изразяват в силно присъствие на жените, чужденци, по-възрастни служители, по-квалифицирани и по-изискващи. Феминизирането на лекарската професия представлява финансово и организационно предизвикателство пред болниците.
2. Потвърждава се значимостта на фактора "семейство" като причина за оставане и завръщане в България.
3. Най-съществена причина, повлияла върху решението за оставане и практикуване на професията в Германия, са по-добрите условия на работа.
4. Повече от половината лекари са удовлетворени от работата си (65,1%).

5. Основни причини за напускане при лекарите са намиране на ново интересно работно място, недобра организация на работа и финансова неудовлетвореност.

6. По-малко от 10% от лекарите оценяват положително дейностите на БЛС.

7. Налице е тенденция на намаляващ брой лекари с издадени удостоверения за заминават в чужбина. Моментът е подходящ за предприемане на нужните действия, които не са само от финансов характер. Резултатите от изследването показват, че медиците търсят по-добра организация на работа и възможности за развитие.

Изводи в зависимост от пола

1. Мъжете са по-силно представени на ръководни позиции (31,3%) в сравнение с жените (10,3%).

2. 46,9% от мъже и 24,3% от жените имат нагласа да работят в чужбина.

3. 72,8% от мъжете са удовлетворени от работата си, а от жените 55,2%.

4. Жените по-често предпочитат практики като гъвкави модели на работно време и въвеждане на индивидуални план програми.

5. Мъжете оценяват в по-голяма степен положително прекия си ръководител в сравнение с жените

Изводи в зависимост от възрастта

1. Представителите на най-младото поколение са склонни в най-голяма степен към трудова миграция.

2. Най-удовлетворени от работата си са лекарите на възраст между 52 - 66 години, а лекарите под 37 години са най-малко удовлетворени.

3. Най-голяма вероятност за напускане изразяват лекарите под 37-годишна възраст (38%)

Изводи в зависимост от държава на практикуване

1. 44,1% от лекарите, които практикуват в България, но са с опит в чужбина, заемат ръководни позиции. На управленска позиция са 33,3% от работещите лекари в

Германия, но с опит и в България. Тези резултати дават основание да се направят изводи, че опитът в различни страни е предпоставка за заемане на ръководна позиция

2. Лекарите, практикуващи в Германия, са значително по-удовлетворени от колегите си в България.

3. Практикуващите в Германия лекари показват малка склонност за напускане в сравнение с работещите в България.

4. Финансовата неудовлетвореност не е водещ фактор при напускане работа в Германия.

5. Двете групи лекари, работещи в Германия поставят по-високи оценки на преките си ръководители.

6. В най-голяма степен са се оправдали очакванията на лекарите относно възможност за работа с модерна апаратура/оборудване и ниво на заплащане в Германия.

7. Лекарите с опит само в една страна са по-критични в оценките си.

8. Като основен фактор, който би повлиял завръщането им в България лекарите посочват получаване на адекватно възнаграждение, последван от осигуряване на добри условия на труд и наличие на модерна апаратура. Загубеното уважение и доверие към лекарската професия категорично са актуален проблем

9. При оценяване условията на работа в болниците в Германия и България по 5-степенна Ликертова скала, където 1 е най-слаба, а 5 най-висока оценка, най-високата оценка, която получава България е 2,54, а Германия 4,51.

Забележка: Получените резултати и направени изводи са доказателство за добрата ефективност на прилаганите практики за привличане и задържане на български лекари в Германия и се препоръчва опит за трансфер на тези механизми в България.

Изводи от хипотезите

Хипотеза 1

1. Финансовата неудовлетвореност е причина за напускане, посочена на трето място при анализиране на общите резултатите от всички групи лекарите. Но при

разглеждането им по държава на практикуване се установява, че тази причина е на първо място за двете групи лекари, практикуващи в България.

2. Посочените първи три причини за започване на работа в Германия са възможност за професионално развитие, качество на здравната система и на живот в държавата. Нивото на заплащане е на пето място.

3. Получаване на съответстващо възнаграждение е практиката за задържане с най-висока средна оценка.

Хипотеза 1 е частично потвърдена.

Хипотеза 2

1. Всички разгледани мерки за задържане на служители се прилагат в по-голяма степен в Германия.

2. Ръководителите в здравните заведения в България не полагат достатъчно усилия за задържане на лекарите при намерение за преместване според 75,4% от респондентите.

3. 82,6% от лекарите в Германия съобщават, че новите работодатели полагат усилия за задържането им.

Хипотеза 2 е потвърдена.

Хипотеза 3

1. По-голяма част от лекарите (58,3%) взимат решение за практикуване на професията в Германия след завършване процеса на обучение по медицина.

Хипотеза 3 е потвърдена.

Хипотеза 4

1. Не се доказва зависимост между възраст и предпочитани мерки за привличане и задържане.

Хипотеза 4 се отхвърля.

Хипотеза 5

1. Доказани са полово специфични предпочитания към различни практики.

Хипотеза 5 е потвърдена.

Препоръки

В резултат от проучването могат да бъдат направени следните препоръки:

към Държавата:

1. Промяна на здравноосигурителното законодателство с цел осигуряване на по-висока здравноосигурителна вноска, по-добра събираемост, както и увеличаване на процента от БВП, отделян за здравеопазване;
2. Постигане на широк обществен консенсус за важноста и подкрепа на лекарската професия, както и осъществяване на активни мероприятия за противодействие на агресията срещу медицинските служители;
3. Създаване на условия за набиране на кадри в системата на здравеопазването още от средното образование - създаване на професионални училища. Полагане на усилия за увеличаване привлекателността/атрактивността на лекарската професия;
4. Създаване на финансови условия за безпрепятствено упражняване на професията и лична финансова удовлетвореност сред медицинския персонал;
5. Предоставяне на по-добри условия за професионално развитие и възможности за своевременно започване на специализация на младите лекари.

към Българския лекарски съюз:

1. Реорганизация на модела за продължаващо обучение, свързана и с оценяване на придобитите знания и умения. Съсловната организация акредитира и следи за качеството на ПМО като сключва договори за определените събития (сбирки, конгреси, симпозиуми и др.). В България липсват дейности по инициране на обученията от страна на болниците. Дори и рядко да се провеждат такива, те се по-скоро формални. Не се следи за крайния резултат, не се проверяват получени знания. Най-често такива

мероприятия се организират от фармацевтични фирми с маркетингова цел. Акцентира се върху презентиране на продукти и обучителният елемент заема малка част от програмата;

2. По-активно присъствие на Българския лекарски съюз на ниво болница;

3. Инициране на различни информационни и образователни кампании, както сред лекарите, така и сред обществото.

към болничния мениджмънт:

1. Осъществяване на регулярни разговори и анонимни анкети със служителите за изясняване на предпочитанията и очакванията по отношение предпочитани характеристики на работната среда и степента на удовлетвореност от предприетите мерки от ръководството по отношение подобряване условията на труд;

2. На база проведени разговори със служителите и изясняване на предпочитанията и очакванията им, разработване на индивидуална план програма за професионално развитие и осигуряване на условия за реализирането ѝ;

3. Индивидуална оценка на способностите на всеки един от служителите и критична преценка на трудностите, които биха възникнали при всеки един от тях при изпълнението на определена дейност с последвали мерки за оказване на подкрепа;

4. Изясняване на причините за текучество на медицинския персонал (критична оценка на липсата на удовлетвореност сред служителите). Внедряване на доказани практики за привличане и задържане на служителите;

5. Поставяне на изисквания към квалификацията на ръководителите, но и същевременно предоставяне на по-добри условия за повишаването ѝ.

Препоръчително е ръководството в болниците да съобрази и ползите от реализиране на следните дейности:

1. Провеждане на медиация по отношение на възникнали конфликти между преки ръководители и служителите;

2. Организиране на информационни кампании сред обществото с цел осведомяването му за същността на лекарската професия и трудностите в изпълняването ѝ;

3. Подобряване организацията в болниците - за постигането на тази цел може да се използва следния модел, представен от Ramboll Management:

- намаляване на бюрократичното натоварване;
- по-добра съвместимост работа- личен живот;
- промяна в стила на управление.

към самите лекари:

1. Развиване и поддържане на желание за обучение и обогатяване на професионалните умения;
2. Проява на повече разбиране и толерантност към пациентите;
3. Подобряване комуникацията между лекар и пациент и изграждане на доверие (тази препоръка се отнася и към обществото);
4. В случай, когато ръководството не инициира разговори, търсене на контакт и споделяне на мнение;
5. Инициране и отстояване желанието за бъдещо кариерно развитие пред болничния мениджмънт.

за промяна на обществените нагласи:

1. Проява на повече разбиране и толерантност към лекарите;
2. Разработване на механизми за превенция и нетолериране агресията към лекарите;
3. Промяна на нагласата в посока заплащане на по-високи здравноосигурителни вноски и нетолериране незаплащането им.

Заключение

Дейността на болничните заведения е изложена на постоянното въздействие на икономически, политически, социално-демографски и технологични промени. В условията на засилена конкуренция на пазара на труда, корпоративната култура е определящ фактор.

Привличането и задържането на квалифицирани медицински специалисти в болничните заведения изисква създаването на подходяща организационна култура, подпомагаща адаптирането на кадрите към динамичните условия на работната среда, подкрепяща професионалното им развитие и удовлетвореност. Успешното управление на човешките ресурси се характеризира с постигане на общите цели на болничното заведение и удовлетворяване индивидуалните потребности на служителите.

Вследствие на проведеното емпирично изследване са изяснени причините за напускане на работното място, изведени са предпочитани практики за привличане и задържане от лекарите. Направена е оценка на преките ръководители и на условията на работа в болниците в България и Германия. Потърсени са зависимости, свързани с пола, възрастта и държавата на практикуване.

Българските лекари, практикуващи в Германия, са удовлетворени в по-голяма степен от колегите си в България, изявяват по-малка склонност към напускане на работното място. Те оценяват високо усилията за тяхното привличане и задържане, вкл. ролята на прекия си ръководител, както и условията на работа в болницата.

Немският опит в областта на болничния мениджмънт е добра основа за бъдещето развитие на дейност по УЧР в здравните заведения в България. Необходимо е да се потърси *възможност за трансфер на работещи механизми от Германия към България*. Под трансфер на работещи механизми в УЧР- в частност привличане и задържане на служители - се разбира процес на споделяне на умения, знания, опит и конкретни практики сред заинтересованите лица и доразвиване на идеи в конкретните направления.

Изследване възможността за трансфер на работещи механизми предполага разглеждане на следните въпроси:

- Как се възприемат конкретните практики от лекарите и от ръководителите?
- Финансова и административна възможност за прилагане на тези практики?

Резултатите от емпиричното изследване показват, че лекарите в България оценяват положително прилаганите практики в Германия. Преобладаваща част от предпочитаните мерки за задържане, като получаване на обратна връзка, въвеждане на индивидуална план програма, самостоятелност в работата, дори постигане на баланс работа - личен живот и провеждане на обучения не изискват значителен финансов ресурс. Промяната на организационната култура, начина на общуване в колектива и въвеждането на устойчива тенденция за по-добра комуникация в организацията, в частност в болницата, а също и в отделните компоненти на болничния мениджмънт, би довело до внедряване на всички тези практики от "само себе си". Увеличаването на финансирането и влагането на по-голям ресурс в програми, свързани с промяна на организационната култура, а също и за продължаващо обучение, справянето с корупционните практики, би довело до повече ефективност в самата система и оттук до произтичаща промяна в обществото като цяло.

Насоки за бъдещи изследвания:

1. Предмет на следващо изследване би могло да бъде проучване на мнението на лекари и техните ръководители относно прилагани конкретни мерки и резултатите от тях. Това би детайлизирало успешните практики и оценило ефекта от тяхното внедряване.

2. Как ръководителите оценяват своята подготовка/компетентност/способност за справяне с управленските задължения - преминали ли са обучение.

Научни и научно-приложни приноси

Формулирани са пет приноса, които са лично дело на автора.

1. Идентифицирани са основни причини за напускане на работното място от страна на български лекари и вземане на решение за работа в Германия;
2. Изведени са ключови практики, подпомагащи привличането и задържането на лекарите в страната на произход;
3. Разкрита е зависимостта между държавата на практикуване (България и Германия) и удовлетвореността, склонността за напускане на работното място и степента на прилагане на мерки за привличане и задържане на лекари;
4. Обосновани са насоки за промяна и необходими дейности за подобряване условията на работа в здравните заведения на България като механизъм за привличане и задържане;
5. Предложен е комплекс от мерки като ориентир за разработване на ефикасни програми и планове за действие за привличане и задържане на лекарите от страна на основните заинтересовани страни

Информационни източници

Агенция по заетостта (2013) Оперативна програма Развитие на човешките ресурси 2007-2013 инвестира във Вашето бъдеще". СИСТЕМИ ЗА ГЪВКАВО РАБОТНО ВРЕМЕ ДОБРИ ПРАКТИКИ, София: ДВ Студио

Александрова, Е. (2012) Здравното осигуряване в Германия и България и усъвършенстването на българската здравноосигурителна система, дисертационен труд, Медицински университет - София

Александрова, Е. (2013) Основни здравноосигурителни механизми за повишаване на качеството на здравеопазването във ФРГ. Сборник статии Европейските етични стандарти и българската медицина, с. 336-340

Ангелов, А.(1998) Основи на мениджмънта. София: Тракия-М

Ангелов, С., Ангелова, Т. (2016) Здравеопазване- политика, икономика, управление, София: Полиграф Юг Ад

Ангелова, Ил. (2016) Закон и наредба ще доведат до недостиг на асистенти и лекари, Достъпен на: <https://www.credoweb.bg/publication/88796/zakon-i-naredba-shte-dovedat-do-nedostig-na-asistenti-i-doktoranti> [посетен на 10 юли 2018]

Армстронг, М. (1993) Управление на човешките ресурси. Изкуството на бизнеса, кн.8

Атанасов, П. (2014) Влияние на някои социални фактори върху професионалната удовлетвореност на лекарите в болницата. Научни трудове на Русенския университет, том 53

Атанасов, П. (2014) Мотивация за работа и професионална удовлетвореност на лекарите в българските болници. Научни трудове на Русенския университет, том 53

Атанасов, П. (2016) Професионална удовлетвореност на болничните лекари- съвременни проблеми и решения. Автореферат на дисертационен труд, ТУ-Стара Загора

Атанасова, М.(2009) Концепцията за учещата организация- приложни аспекти

Балканска, П. (2012) Три важни акцента от психологичните подходи в мениджмънта на здравеопазването, София, Репозиториум на ЦМБ, Достъпен на: <http://nt-cmb.mu-sofia.bg:8080/jsrui/handle/10861/56> [посетен на 10 април 2016]

Борисов, В. (2006) Стратегически здравен мениджмънт- философия и практика, Филвест - София

Борисов, В. (2004) Здравен мениджмънт - азбука на здравния мениджмънт, Том I, Филвест-София

Борисов, В. (2017) Здравен мениджмънт - Синтетична презентация за обучаващите се във ФОЗ

Борисова, Б. (2013) Оценка на дейността на ОПЛ чрез мнението на пациентите (социологически анализ). дисертационен труд, Медицински университет - София

Българска стопанска камара (2014) Здравеопазване 2014: състояние, проблеми, решения, предизвикателства, Достъпен на: <https://www.bia-bg.com/analyses/view/18124> [посетен на 06 юни 2016]

Българска стопанска камара - Анализ на изходното състояние и тенденции на пазара на труда и работната сила. Оперативна програма Развитие на Човешките ресурси 2007-2013

Български лекарски съюз (2012) Стипендии "Теодора Захариева" за лекари специализанти, Достъпен на: <https://blsbg.com/bg/844.stipendii-teodora-zaharieva-za-lekari-specializanti.html>, [посетен на 14 март 2017]

Български лекарски съюз (БЛС).електронен вестник "quo vadis", Достъпен на: http://www.blsbg.com/index.php?option=com_content&view=category&id=51&Itemid=257&lang=bg, [посетен на 15 март 2016]

Български лекарски съюз. (2018) Български лекарски съюз подписа знаков договор с Европейски съюз на медицинските специалисти, Достъпен на: <https://blsbg.com/bg/3312.balgarski-lekarski-sayuz-podpisa-znakov-dogovor-s-evropeiski-sayuz-na-medicinskite-specialisti.html> [посетен на 02 юни 2018]

Бънкова, А. (2013) Управление на организациите и организационните мрежи, УИ „Св. Климент Охридски”

Василева М. (2010) Нови възможности за съвместяване на семейния живот със служебните задължения. Труд и право, Достъпен на: http://trudipravo.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=708:2010-01-07-17-13-54&catid=38:epitru&Itemid=51[посетен на 10 април 2017]

Василева, Н. (2014) Мотивация за избор, работа и кариерно развитие в сестринската професия. дисертационен труд, МУ-София

Ведър,О. (2014)Управление на човешките ресурси, УИ" Св. Климент Охридски"

Велева, Н. (2013) Състояние и тенденции на пазара на труда на медицински сестри в България. Автореферат на дисертационен труд, МУ-Плевен

Владиминова, К. (2006) Управление на човешките ресурси: стратегии, стандарти, практики. София: УИ” Стопанство”

Владиминова, К. (2007) Демографско развитие- Стратегии, политики и програми, УИ Стопанство

Воденичаров, Ц. (1980) Социални аспекти при избора на лекарска професия, дисертационен труд

Воденичарова, Ал. (2016) Новият стил на управленски професионализъм в здравеопазването - дисертационен труд, Медицински университет- София, Факултет по обществено здраве

Горанова, Б. (2011) Реформите в системата на здравеопазването на Германия и възможности за приложение на опита ѝ в България - автореферат на дисертационен труд , УНСС

Давидков, Ц. (2005) Управление на организациите, поведението в организационен контекст, София.

Давидков, Ц. (2009) Мотивация за отлични резултати (културни ориентири) - Качеството на висшето образование в България – проблеми и перспективи 2009 - Сборник доклади том I , Министерство на образованието, младежта и науката, Втора национална научна конференция с международно участие , Русе , Достъпен на: <http://qedu.uni-ruse.bg/bg/docs/proceedings-v1.pdf> [посетен на 05 юни 2016]

Делчева, Е. (2007) Конкурентоспособност на здравеопазването, Годишник на УНСС

Димитров, Г. (2017) Тезата " Демополизация на НЗОК" ,Здравна политика и мениджмънт, том 17, №4, с. 2-8

Димова, А, Попов, М, Рохова,М. (2007) Здравната реформа в България - Анализ - необходимост, развитие, резултати, перспективи, Издание на Институт “Отворено общество”, София

Динков, М. (2016) Ангажираност на персонала като организационен феномен, Eastern Academic Journal Доклади от Международна конференция " Лекари и мобилност" , 22.11.2012г, София, Достъпен на: www.parliament.bg/pub/cW/20121130030831prot.kr.masa-22.11.12.doc [посетен на 19 септември 2015]

Дракър, П. (2005) Мениджмънт предизвикателствата през XXI век, Класика и Стил, София

Европейска агенция за безопасност и здраве при работа(ЕАБЗР) (2015) Здравословни работни места, Награди за добри практики за здравословни работни места 2014-2015, Управление на стреса и психосоциалните рискове на работното място

Европейска асоциация по здравен мениджмънт. (2015) Привличане и задържане на медицински специалисти в Европа

Закон за здравето - Обн. ДВ. бр.70 от 10 Август 2004г., изм. и доп. ДВ. бр.27 от 5 Април 2016г

Закон за лечебните заведения- Обн., ДВ, бр. 62 от 9.07.1999 г., изм. и доп., бр. 72 от 18.09.2015 г

Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина- Обн. ДВ. бр.83 от 21 Юли 1998г, изм. ДВ. бр.102 от 28 Ноември 2008г

Здравкова, Я. (2015) 523 чужди лекари работят в България, Достъпен на: <http://www.segabg.com/article.php?id=767456>, [посетен на 10 февруари 2016]

Икономически и социален съвет (2014) Здравеопазването в България - проблеми и възможни решения, Достъпен на: https://blsbg.com/images/Zdraveopazvaneto_Problemi_Reshenia.pdf, [посетен на 16 септември 2015]

Илиев, Д. (2017) Общински стипендии за младите лекари, *Стандарт*

Караиванова, М, Зиновиева, И. (2012) Предпочитания на поколението, навлизащо на пазара на труда, към характеристиките на работата и организационните стимули, Годишник на СУ" Св.Климент Охридски", книга Психология, том 103, с.27-43

Караиванова, М. (2013) Баланс между професионалния и личния живот и тенденция към напускане на организацията при младите хора. *Psychological Research, Volume 16, Nr.2, с. 351-357*

КНСБ. Анализ Развитие и реализация на човешките ресурси в отрасъл "Здравеопазване" изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд, Оперативна програма Развитие на човешките ресурси 2007-2013, Достъпен на: http://knsb-flexicurity.org/docs/pdf/Analysis_1.4_04.pdf, [посетен на 19 февруари 2016]

Кодекс на професионална етика- Обн. ДВ. бр.79 от 29 Септември 2000г.

Комисия на Европейските Общности. (2015) Работен документ на службите на комисията - Национален доклад за България за 2015 г , включващ задълбочен преглед на предотвратяването и коригирането на макроикономическите дисбаланси, Брюксел

Комисия на Европейските Общности (2008) Зелена книга за работната сила в здравния сектор в Европа , Брюксел

Комисия на Европейските Общности, Достъпен на: http://ec.europa.eu/health/workforce/policy/index_en.htm, [посетен на 19 февруари 2016]

Костадинова, И. (2016) Управление на икономически, медицински и социални резултати на лекарския труд, Автореферат, РУ" Ангел Кънчев"

Куфинял, А., Нгуен, Х. (2015) Окончателен доклад за финансирането на здравеопазването - Диагностика и преглед на предвидените реформи. Споразумение за консултантски услуги между Министерство на здравеопазването на Република България и Международна банка за възстановяване и развитие, оперативна програма "Техническа помощ", съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския фонд за регионално развитие

Ливинсън, Х. (2007) Управление чрез цели. Но чии?, *Harvard Business Review* за Оценка на изпълнението на служителите

Маринов, В. (2007) Международна трудова миграция: икономически аспекти. УНСС, Достъпен на: https://www.unwe.bg/uploads/ResearchPapers/Research%20Papers_vol2_2007_No1_V%20Marinov.pdf [посетен на 10 април 2016]

Маркова,Св., Лазарова, В. (2014) Създаване на ангажирани екипи чрез предизвикателства?!, Човешки ресурси, бр.1

Министерство на здравеопазването, Национална здравна стратегия 2014-2020 - Здраве и здравеопазване - актуално състояние Достъпен на: http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/08/nacionalna-zdravna-strategia_2014-2020.pdf [посетен на 14 април 2016]

Министерство на здравеопазването, отчет за изпълнение, Достъпен на: https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/11/12/otchet-1-godina-prvitelstvo-12-11-2015.pdf, [посетен на 20 май 2016]

Министерство на здравеопазването, Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр.7 от 27.01.2015г.

Министерство на образованието и науката , Достъпен на: <https://www2.mon.bg/AdminUReg/html/reports.asp> [посетен на 18 юни 2016]

Министерство на труда и социалната политика (2011). Национален доклад за България - 2011г Втори преглед и оценка по изпълнението на международния план за действие по застаряването от Мадрид, 2002г и на регионалната стратегия за Европа към него , Достъпен на: https://www.unecsc.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/BGR_report_rus.pdf, [посетен на 15 май 2016]

Министерство на труда и социалната политика, Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението на Република България 2012-2030

Министерство на финансите (МФ) (2009) Финансиране и управление на здравеопазването- теоретични основи, модели, проблеми и тенденции

Михайлова, Цв.(2015) Роля на мотивацията за ефективността на медицинските специалисти в болничната помощ- дисертация, МУ- София

Народно събрание на Република България, Доклад за здравето 2012, Достъпен на: www.parliament.bg/pub/cW/20140124045044Dokald_za_zdraveto_2012_final.doc [посетен на 10 май 2016]

Национален статистически институт, Достъпен на <http://www.nsi.bg/>

Национален център по обществено здраве и анализи, Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите в Република България и изпълнение на Националната здравна стратегия 2015г.

Павлова, Г. (2017) Качество на медицинската дейност и заплащане труда на медицинските специалисти в България. Здравна политика и мениджмънт, том 17, №4, с. 18-26

Парашкевова, Б, Маринова, Юл, Здравеска, Ал, Костов, К. (2013) Доверие, признание и престиж на професията - гледна точка на общопрактикуващите лекари. Сборник статии Европейските етични стандарти и българската медицина, с. 464-470

Петрова, Е.(2016) Българските компании и проблемът за баланса между работа и личен живот сред служителите, „ Лидерство и организационно развитие- Китен, с. 1217-1224

Петрова, С. (2017) "Демографски политики и приоритети на България "- лекция Софийски университет

Пожарлиев,А. (2008) Управление и развитие на кариерата в организациите. Управление на кариерата в организацията. БАУРЧР. София

Радев, Ем. (2013) Предиктори на синдрома бърнаут. Сборник статии Европейските етични стандарти и българската медицина, с. 540-543

Райкова, Е. (2010) Организационна култура на здравната организация. Управление и образование , том VI(4), с. 276-283

Райнова, Д.(2018) Фонд"Здраве" ще задържа млади лекари в Добрич, Достъпен на: <https://www.24chasa.bg/region/article/6832725> [посетен на 25 юни 2018]

Рохова, М, Мутафова, Е., Костадинова, Т. (2010) Икономическата криза и миграцията на здравните професионалисти, Световната криза и икономическото развитие- Сборник доклади от юбилейна международна научна конференция, том 3, с. 167-179 Медицински университет- Варна, Наука и икономика

Рускова, С, Ябанозова, А. (2016) Фактори и инструменти за повишаване мотивацията на медицинския персонал. Научни трудове на Русенския Университет, том 55, серия 5.1, с. 388-420

Световната банка: истинска революция трябва да се случи в България, Достъпен на: <http://www.dw.com> [посетен на 23 август 2016]

Симеонов, С. (2010) Професионална удовлетвореност и текучество при младите лекари. Медицински мениджмънт и здравна политика, 1, с. 3-7

Сингър, Р. (2008).Изграждане на работодателска марка в сферата на професионалните услуги. Изграждане на работодателска марка. БАУРЧР. София

Станимиров, Е. (2011) Изследване на връзките между удовлетвореност, лоялност и ангажираност на персонала. Известия, бр. 4, ИУ Варна, с. 9-24.

Стоева, М. (2013) Нематериална мотивация, Човешки ресурси, бр.4-5

Стоянова, С. (2012) Образът на добрия работодател, Достъпен на: https://www.capital.bg/biznes/kompanii/2012/03/13/1786742_obrazut_na_dobriia_rabotodatel/?sp=0#storystart [посетен на 10 май 2018]

Сурчева, Ж. (2003) Трудовата мотивация – обзор върху някои теоретични постановки Исторически бележки, съдържателни теории за трудовата мотивация, личностен подход и подход, свързан с емоционалната диспозиция. - Здравен мениджмънт, том 3, № 5, с. 18-28

Цонов, П. (2012) Емиграцията на българските лекари, Достъпен на: <http://forummedicus.com/archives/all-publications/2331> [посетен на 05 февруари 2016]

Черкезов, Т., Торнъова, Б. (2014) Оценка на мениджмънта и лидерството в управлението на МБАЛ " Д-р Атанас Дафовски"- АД, гр.Кърджали, СУБ-Кърджали, Научни трудове, том V

Шопов, Д, Стефанов, Л., Паунов, М., Дулевски, Л. (2002) Икономика на труда. Тракия-М

EPSU, HOSPEEM (2010) Наемане на работа и задържане на кадрите- Рамка за действие Европейска асоциация по здравен мениджмънт

Healthgrouper research unit (2012), Удовлетвореност на лекарите от работата ми в България- специален доклад, Достъпен на: www.healthgrouper.com [посетен на 24 август 2016]

Top Management Advisors (2012) Финансиране на здравеопазването в България с публични средства: Основни показатели и тенденции

Beechler, S., Woodward, I.C. (2009) The global “ war for talent”, Journal of International Management, Fox School of Business

Blum K., Loeffert, S. (2010) Aerztmangel im Krankenhaus- Ausmass, Ursachen, Gegenmassnahmen, Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, DKG .(2013) Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus - aus der Praxis für die Praxis, Broschüre, Berlin

Bundesärztekammer. Ärztestatistik 2014: Etwas mehr und doch zu wenig, Достъпен на: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014> [посетен на 14 април 2015]

Bundesärztekammer (BÄK).Vorstand der Bundesärztekammer, Достъпен на: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/vorstand> [посетен на 14 май 2016]

Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK), Studie zur Krankenhausprivatisierung

Buxel, H. (2009) Motivation, Arbeitsplatzzufriedenheit und Jobwahlverhalten von Assistenzärztinnen und - aerzten sowie Studierenden der Humanmedizin: Ergebnisse zweier empirischer Untersuchungen und Implikationen fuer das Personalmanagement und-marketing von Krankenhäusern, Studienbericht, Münster

Buxel,H. (2012) Arbeitsplatzbedingungen- und zufriedenheit von Ärztinnen und - ärzten in Krankenhäusern, Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, Studienbericht, Münster

Bühren,A., Schoeller, A. (2010) Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Bundesärztekammer Berlin

Cardiff University. (2014) Open for Business, Generational Differences in the Workplace- implications for career development, Достъпен на: <http://www.cardiff.ac.uk/learn/assets/PDF/CPD/CPD-membership/place/Generational%20Difference.pdf> [посетен на 05 февруари 2015]

Deloitte (2012) Rollen von Fach- und Führungskräften im Krankenhaus der Zukunft Herausforderungen für das Personalmanagement, Достъпен на: <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/de/Documents/life-sciences-health-care/lshc-11-2012-personal.pdf> [посетен на 12 април 2016]

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, Достъпен на: http://www.dkg-ev.de/dkg.php/cat/215/aid/4222/title/Eckdaten_Krankhausstatistik [посетен на 28 декември 2017]

Dilcher,B., Hammerschlag, L.(2013) Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit. Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus, Springer Gabler

Deutsche Welle (2018) Zulassung zum Medizinstudium wird neu geregelt, Достъпен на: www.dw.com [посетен на 20 юни 2018]

Erasmus (2017) Programme of the European Union Age-diverse Workforce Management for HR Managers - Empowering managers to encourage age-diversity in the workplace, Достъпен на: <http://www.hr4ad.eu> [посетен на 12 април 2018]

Feldkamp B. (2011) Empirische Untersuchung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Ärztinnen im deutschen Krankenhausträgersystem am Beispiel der Region Münster/Münsterland, aus dem Universitätsklinikum Münster, Medizinische Klinik und Poliklinik, INAUGURAL-DISSERTATION, Münster

Fleischer.W. (2004) Der Arzt als Manager, Personalentwickler und Administrator, Entlastung für aerztliche Leitungskraefte in deutschen Kliniken und Krankenhauser durch Coaching on the job, Достъпен на: http://www.wf-coaching.de/pdfs/artikel_chefaerzte.pdf [посетен на 11 април 2015]

- Gensch, K., Waltenberger, M. (2006) Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Bayern unter Berücksichtigung des steigenden Anteils an Ärztinnen, Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung, Monographien: Neue Folge, Band 74, München
- Gerlinger, T, Burkhardt, W. (2014) Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Teil 1: Staat und Politik Bundeszentrale für politische Bildung (BPB), Достъпен на: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72565/staat-und-politik> [посетен на 12 юни 2016]
- Gold, A. (2008) Studienmotive und Zukunftsvorstellungen von Studienanfängerinnen und Studienanfängern der Humanmedizin- Geschlechtsspezifische Unterschiede in Studien- und Berufsmotiven, Facharztwahl und Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Studienanfängerinnen und Studienanfängern des Fachbereichs Humanmedizin, Dissertation. Freiburg
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2015) Gesundheitsversorgung in Deutschland, Krankenversicherung in Deutschland, Достъпен на: <https://www.gesundheitsinformation.de/krankenversicherung-in-deutschland.2698.de.html?part=versicherung-32> [посетен на 12 април 2016]
- Hahn, J. (2010) Die besten halten. Personalwirtschaft, HR im Gesundheitswesen, S. 23-26
- Hahnenkamp, Haserbrook. (2015) Rund auf eckig: Die junge Ärztegeneration im Krankenhaus, Tagungsband des Forschungsprojekts FacharztPlus: Sicherung der ärztlichen Kompetenzkontinuität im demografischen Wandel, Gesundheitswesen in der Praxis, medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
- Haupt, Th. (2017) Wege aus dem Ärztemangel, Der Augenspiegel, Unternehmensmanagement, Ärztemangel, S. 24-26
- Kamp, A., Koenig, E., Müller, S., Lücker, W. (2011) Personalmangel versus Arbeitgeberattraktivität, Studienergebnisse offenbaren mangelhafte Personalkonzepte in deutschen Krankenhäusern, Arzt und Krankenhaus, 11, S. 334-338
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Ärztemangel
- Kirchner, H, Schroeter, M., Flesch, M. (2012) Personalakquise im Krankenhaus - Ärzte gewinnen, binden, entwickeln, Springer Verlag
- Kopetsch, T. (2010) Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztaufentwicklung, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berlin
- Kopetsch, T. (2008) The migration of doctors to and from Germany. Journal of Public Health, Springer Verlag, 17 (1), pp.33-39
- Koppel, O. (2013) Ärztemangel- Der Notfall fällt für Jahre aus- Pressemitteilung Nr 42 des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln
- Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG, Ausfertigungsdatum: 29.06.1972, Достъпен на: https://www.destatis.de/DE/Methoden/Rechtsgrundlagen/Statistikbereiche/Inhalte/625_KHG.pdf?__blob=publicationFile [посетен на 20 юни 2016]
- Landau, L. (2015) Mitarbeiterbindung in Krankenhäusern - Handlungsempfehlungen für das Personalmanagement der Generation Y und Generation Z, Diplomica Verlag
- Löffing, D, Löffing, C. (2010) Mitarbeiterbindung ist lernbar- Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen, Springer Verlag
- Lüthy, A, Ehret, T. (2014) Krankenhäuser als attraktive Arbeitgeber- Mitarbeiterkultur erfolgreich entwickeln, Kohlhammer
- Marburger Bund, Familienfreundliches Krankenhaus, Praxisbeispiele, Достъпен на: <http://www.familienfreundliches-krankenhaus.de/Praxisbeispiele/index.php> [посетен на 12 юли 2017]
- Meyer, J., Allen, N. (1991) A three-component conceptualization of organizational commitment. Human Resource Management Review, 1, p. 61-89.
- Müller, M. (2014) Arbeitsmotivation von Fachärzten und -ärztinnen im Krankenhaus – Rahmenbedingungen, Herausforderungen und Implikationen für das Personalmanagement Theoretische Grundlagen und eine empirische Studie in Kooperation mit der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern Master-Thesis
- Müller & Mooseder (2017) Personal und Organisation im Krankenhaus, Arbeit. Zeit. Leben., Müller & Mooseder Unternehmensberatung, Достъпен на: <http://personal-im->

krankenhaus.de/_downloads/Personal_Organisation_im_Krankenhaus_-_Mueller_Mooseder_Unternehmensberatung_3.pdf [посетен на 21 юли 2017]

NAS Insights (2014) Recruiting & Managing the Generations, Достъпен на: <http://www.nasrecruitment.com/uploads/files/recruiting-managing-the-generations-04-2014-90.pdf> [посетен на 07 януари 2015]

Ostwald,D., Ehrhard, T. (2010) Fachkraeftemangel Stationaerer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, Pricewaterhouse Coopers AG

Prokop A, Chmielnicki, M. (2013) Wenn ich gross bin, werde ich Chirurg , Personalwirtschaft, HR im Gesundheitswesen, Recruiting

Ramboll Management (2004) Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“, Abschlussbericht, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Hamburg

Rothe, A. (2015) Chancengleichheit für Ärztinnen im Krankenhaus, Достъпен на: <https://www.aekbv.de/muenchner-aerztliche-anzeigen/maea-leitartikel.html> [посетен на 15 февруари 2016]

Rump, J, Eilers, S. (2015) Die Generation Y finden, begeistern und binden - So " tickt" der Nachwuchs, ZFPG, Jg.1, Nr.2, S.27-37, Ulm

Rüter, K. (2014) Talentmanagement: Kongressberichte: 10.Personalkongress der Krankenhaeuser 2014: Generationenunterschiede und generationengerechte Fuehrungskultur

Saß, Fr. (2014) Gut geführt ist fast gebunden. Personalwirtschaft. HR im Gesundheitswesen. Recruiting, S. 36-38

SHRM (2012) Generations: What should employers consider when recruiting from different generations- Baby Boomers, Generation X, and Generation Y?

Spath, D., Buck, H. (2009) Personalwirtschaft, Manuskript zur Vorlesung, Institut Arbeitswissenschaft und Technologiemanagement, Universitaet Stuttgart

Statista – Das Statistik-Portal, Достъпен на: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/382409/umfrage/verteilung-der-bevoelkerung-deutschlands-nach-altersgruppen> [посетен на 12 юли 2017]

Statistisches Bundesamt , Достъпен на: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbil05.html> [посетен на 12 юли 2017]

Stukenberg, T, Elmer, C. (2015) Landaerzte: Hier mangelt es an Aerzte, Spiegel online

Tavolato P. (2012) Generationengerechtes Führen,Worauf es ankommt, dass alle Generationen engagiert zusammenarbeiten, Достъпен на: <https://tavolato.com/wp-content/uploads/2013/05/Generationengerechtes-F%C3%BChren.pdf> [посетен на 12 февруари 2018]

Weschke A. (2014) Ärztinnen im Spannungsfeld zwischen Karrierezielen und Familienplanung: Eine Analyse gesellschaftlicher, beruflicher und familiärer Determinanten, Bachelorarbeit , HAW Hamburg

Wessling, A. (2013) Generationenvielfalt im Krankenhaus managen Personalwirtschaft, HR im Gesundheitswesen, Recruiting, 26-28

Woratschka, R. (2017) Vor allem Syrer und Rumaenen durch Zuwanderung deutlich mehr Aerzte in Deutschland, der Tagesspiegel, Достъпен на: <https://www.tagesspiegel.de/politik/vor-allem-syrer-und-rumaenen-durch-zuwanderung-deutlich-mehr-aerzte-in-deutschland/19857002.html> [посетен на 12 декември 2017]

http://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/regulated-professions/index_bg.htm [посетен на 10 март 2018]

<http://medigate.eu> [посетен на 5 февруари 2018]

www.medicalnews.bg [посетен на 10 декември 2017]

<http://bnr.bg/post/100796064/stoicho-касаров> [посетен на 15 октомври 2017]

http://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/regulated-professions/index_bg.htm [посетен на 10 декември 2017]

<https://spisaniemd.bg/md-magazine/2004/09/prodolzhashtoto-meditsinsko-obrazovanie-v-balgariya-i-evropa> [посетен на 12 октомври 2017]

Публикации, свързани с дисертационния труд

1. Кръстева, В. (2015) Организационната култура - ключов фактор за успех в управлението на таланти - Сборник докторантски трудове, IV част, ДАСУН, СУ.
2. Кръстева, В. (2016) Днешните младежи са утрешните кандидати на пазара на труда (анализ на анкетно проучване), Електронно списание *i - продължаващо образование, том 11*, достъпна на <http://diuu.bg/emag/4536/>
3. Кръстева, В. (2015) Състояние и фактори, влияещи на пазара на труда в здравния сектор. Мерки за справяне с негативните тенденции, *Здраве и Наука*, година V, брой 4 (020), Медицински колеж – София.
4. Кръстева, В. (2016) Ключови компетенции на здравния мениджър за осъществяване на ефективно управление - Доклад за конференция „Лидерство и организационно развитие - Китев, достъпна на [https://www.researchgate.net/profile/Milka_Semova/publication/308904509_ALUMNI_NETWORKS_AS_MEANS_FOR_UNIVERSITY_ORGANIZATIONAL_DEVELOPMENT_IN_BULGARIA - APPROACHES FOR THEIR ESTABLISHMENT AND GROWTH/links/57f6a53308ae8da3ce5776a7/ALUMNI-NETWORKS-AS-MEANS-FOR-UNIVERSITY-](https://www.researchgate.net/profile/Milka_Semova/publication/308904509_ALUMNI_NETWORKS_AS_MEANS_FOR_UNIVERSITY_ORGANIZATIONAL_DEVELOPMENT_IN_BULGARIA_-_APPROACHES_FOR_THEIR_ESTABLISHMENT_AND_GROWTH/links/57f6a53308ae8da3ce5776a7/ALUMNI-NETWORKS-AS-MEANS-FOR-UNIVERSITY-)

ORGANIZATIONAL-DEVELOPMENT-IN-BULGARIA-APPROACHES-FOR-THEIR-ESTABLISHMENT-AND-GROWTH.pdf

5. Кръстева, В. (2016) Ефекти от международната трудова миграция върху пазара на труда на лекари в България и Германия, *Здравна политика и мениджмънт*, МУ-София, бр. 3.
6. Кръстева, В. (2017) Жените в лекарската професия, *Здравна политика и мениджмънт*, МУ - София, бр. 3.
7. Кръстева, В. (2018) Управленско поведение на прекия ръководител в болничното заведение (анализ на анкетно проучване), *Здраве и Наука*, година VIII, брой 1 (029), Медицински колеж – София.