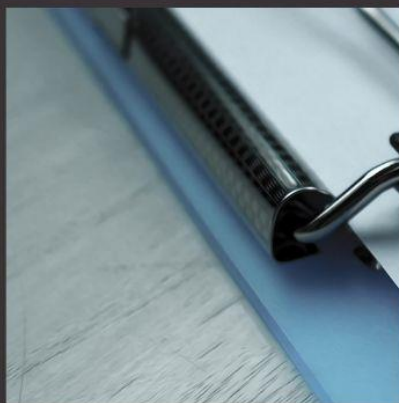


10 РЕШЕНИЯ НА ПРОБЛЕМА С МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ

ЧАСТ 1 ОТ СЕРИЯТА
„ЗДРАВЕН ИНКУБАТОР
НА ИПИ“

ДЕКЕМВРИ 2024 Г.



Инициативата „Здравен инкубатор на ИПИ“ има за цел да предлага реформи в здравеопазването, които дават повече власт в ръцете на потребителите при избора на своите доставчици на здравни услуги и протоколи за лечение, както и да предлага и насърчава политики, основани на доказателства, водещи до подобряване на здравните показатели на населението и ефективното функциониране на здравната система.

Всички статии, становища и анализи могат да бъдат намерени [тук](#).

За контакт: д-р Петя Георгиева, petya@ime.bg, 02 952 6266

**AMERICA FOR
BULGARIA
FOUNDATION**

Тази публикация е подкрепена от Фондация „Америка за България“. Изявленията и мненията, изразени тук, принадлежат единствено на ИПИ и не отразяват непременно вижданията на Фондация „Америка за България“ или нейните партньори.

СЪДЪРЖАНИЕ

Препоръки	4
Въведение.....	6
Основни проблеми пред развитието на медицинските специалисти по здравни грижи у нас	7
I. Заплащане на труда на медицинските сестри.....	12
II. Обучение на медицинските сестри	17
III. Миграция	24
IV. Регионални различия.....	29

Проблемът с намаляващия брой на медицинските сестри у нас е проблем не само за качеството на медицинската услуга, но и изобщо за предлагането ѝ в определени региони. Ако не бъдат взети мерки за решаването му в скоро време, е възможно здравните резултати да продължат да се влошават, а една евентуална здравна криза да прерасне в медицинска катастрофа. Липсата на достатъчно медицински сестри е възможно да създава паралелен процес на намаляване на търсенето – т.е. здравните заведения реструктурират дейността си по начин, изискващ по-малко на брой персонал с такава квалификация. Това създава ново равновесие – по-малко медицински сестри при запазване на (относително) ниско заплащане – с всички последици, които това генерира за качеството на здравните услуги. Множество изследвания¹ показват негативното влияние на ниския брой медицински сестри върху качеството на здравните услуги и решаването на проблема в България преминава през предприемането на редица мерки, които могат да са непопулярни или неподкрепени от всички заинтересовани страни, но това не бива да спира вземащите решения да действат. Ето какви могат да са те:

1. **Значително повишаване на възнагражденията** на медицинските сестри извън общото увеличение на цените на клиничните пътеки и медицинските дейности в извънболничната помощ – **удвояване на възнагражденията в рамките на една или две години с предвидими стъпки** ще е сериозна заявка за решителни действия в тази посока. Увеличаването на възнагражденията е най-лесната и най-ефективната мярка за повишаване на привлекателността на медицинската професия. Нейното действие няма да е мигновено, но ще даде ясен сигнал както на работещите в момента, така и на желаещите да упражняват професията, че в нея има възможност за развитие и обещание за стабилен доход.

Изключително важно е да се обмисли добре **механизмът на финансиране на подобна мярка**, тъй като опитът досега сочи, че увеличението на средствата по клинични пътеки или медицински дейности всъщност не достига до медицинските сестри. Това означава, че увеличението следва да е изнесено извън стандартните финансиращи механизми – под формата на отделен фонд, стипендиантска програма или друга бюджетна програма, насочена пряко към всяка една медицинска сестра у нас.

2. **Разширяване на обхвата на дейностите, които болногледачите и/или недипломираните медицински сестри да имат право да извършват** в лечебните заведения при определени условия – реалният живот изпреварва законодателството и на практика и в момента болногледачите извършват част от работата на дипломирани медицински сестри. Регламентирането на тези дейности или освобождаването от част от регулациите на труда ще облекчи голяма част от лечебните заведения да наемат и по-нискоквалифицирани служители.

3. **Намаляване на срока на обучението** за медицинска сестра във висшето образование с два семестъра до постигане на минималните изисквания на директивата. Вече подробно описахме възможностите, които намаляването на срока на обучението за медицинска сестра дава, без да се нарушават изискванията на директива 2005/36. Необходимо е да се изследват учебните програми и държавните изисквания за обучение и какви възможности за облекчение има в тях.

¹ Например <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863> и тук <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573910/>

4. Проучване и програма от **целенасочени мерки за повишаване на степента на задържане на студени в специалността**, съответно – постигане на по-висок дял на завършили специалността сред тези, които са избрали следването.
5. Мерки за **привличане на медицински сестри от трети страни**: България трябва да се опита да използва „ресурса“ на медицински сестри в страни извън ЕС с активно търсене, стимули за започване на работа (например на принципа на зелените карти), улеснения в скоростта на признаване на обучението, удостоверенията и квалификацията и бърза писта при недостиг на изисквания за квалификация (доизучване). Това няма да е лесно, но трябва целенасочено да се мисли в тази посока.
6. Разрешаване на медицинските сестри със **собствена практика да договарят самостоятелно с НЗОК нейното заплащане**. Възможностите за самостоятелна практика вече привличат към професията сестри, които желаят да работят самостоятелно и дават възможност на тези, които упражняват професията в лечебни заведения в момента, сами да станат работодатели. Изборът на форма и вид заетост и възможността да се договаря заплащане за труда във всички случаи се отразява благоприятно на пазара на труда на съответната професия.
7. Създаване на ясна **пътека за професионално развитие**, включваща заплащане на труда, обучение и етични норми. Ако такъв тип мярка бъде предприета, това ще даде по-ясна визия за развитието на заетите в дългосрочен план, както и за възможностите, които професията им предоставя. Следва да се има предвид, че изпълнението на подобна мярка е в пряка отговорност на работодателите на медицинските сестри и без техния активен ангажимент тя няма да се случи.
8. **Засилване на стимулите за по-добро регионално разпределение на сестрите заедно с намаляване на броя на болниците (или селективно договаряне с лечебните заведения)**. Тези стимули са формулирани добре, но на този етап не постигат целите си, което навежда на мисълта, че вероятно предвидените средства за тях не са достатъчни.
9. **Премахване на регулации и ограничения за работа в детски заведения и училища.**
10. Освен финансиране на лекари и други медицински специалисти за работа в отдалечени региони следва да се обмисли и **трансформиране на здравната система** чрез концентриране на високоспециализирани дейности и услуги в няколко централни болници, засилване на спешната помощ и разширяване на услуги в извънболничната за сметка на болничната помощ в по-голямата част от населените места в България. Концентрацията на услуги дава възможност за по-добро заплащане и много по-добри възможности за квалификация и за развитие на медицинския персонал.

Медицинският персонал у нас е чест обект на анализи и изследвания, защото неговият брой, регионално разпределение, но също и обучение, подготовка, професионално развитие и етично поведение е в основата на онова, което всички наричаме „качествено здравеопазване“. Липсата на лекари и медицински специалисти по здравни грижи демонстрира пробив в системата, който трудно и с много усилия може да се преодолее.

Недостигът на здравни специалисти у нас, по-специално - на медицински сестри и акушерки - се превръща във водеща тема на здравеопазването. Изследване² на Съвета за икономически анализи от 2023 година показва, че в момента в здравната ни система не достигат 16,9 хиляди медицински сестри, за да постигнем средното за Европа съотношение на брой медицински сестри спрямо брой лекари, което е отправна точка за качествена здравна грижа. В последното [проучване](#) за потребностите от работна сила на Агенцията по заетостта на пазара се търсят най-много медицински сестри (4,7 хиляди) и лекари (4,4 хиляди) сред всички специалисти с висше образование.

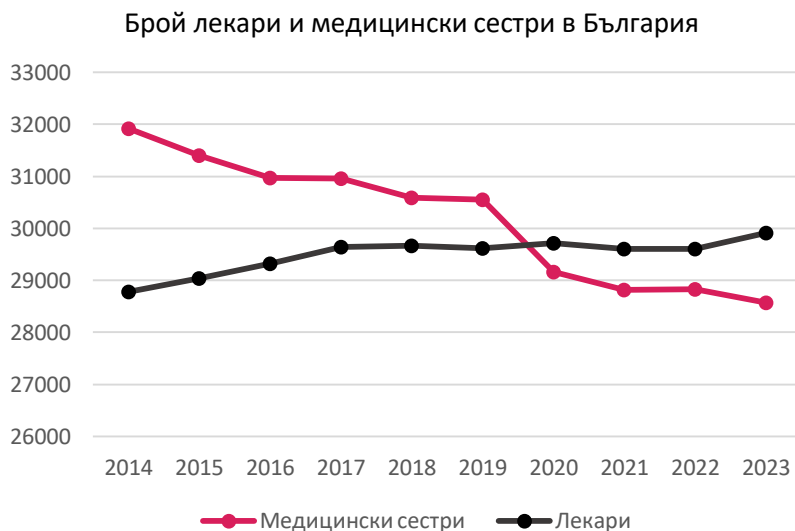
Проблемът със структурния дефицит на медицинските специалисти не е само български феномен. По [оценки](#) на Световната здравна организация недостигът на лекари и други медицински специалисти се очаква да достигне 10 милиона през 2030 година. Германската статистическа служба пък дава [прогноза](#) за липса на между 280 и 690 хиляди специалисти по здравни грижи в германското здравеопазване. Това на практика показва, че проблемът е глобален и на България ще се наложи да се конкурира със силно развити държави в създаването, привличането и задържането на медицински кадри. За малка отворена икономика подобна задача изисква висока степен на планиране, организация и множество смели и неотложни действия, ако трябва да предотвратим съвсем реалната опасност след няколко години да се окажем практически без здравни специалисти в здравната ни система.

Целта на настоящото изследване е да направи преглед на проблемите, обуславящи структурния недостиг на медицински сестри на пазара на труда в България и **да предложи работещи решения за преодоляване му**. За анализа е използвана статистическа и аналитична информация, достъпна свободно в публичното пространство. В хода на подготовка на анализа ИПИ проведе множество срещи с различни заинтересовани страни в сектора на здравеопазването и резултатите от тези срещи и обсъждания също са включени в анализа.

² Ганев, К., Ганева, Р., „Недостигът на медицински специалисти в здравеопазването“, СИА Анализ № 03/2023, ноември 2023 г.

ОСНОВНИ ПРОБЛЕМИ ПРЕД РАЗВИТИЕТО НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ У НАС

Медицинските сестри в България продължават да намаляват през 2023 година по последни данни на НСИ, докато броят на лекарите леко се увеличава. За десет години България е „загубила“ над 10% от медицинските сестри, упражняващи професията към 2014 година. След 2019 година на един лекар вече има средно по-малко от една сестра, а това поставя качеството на медицинските грижи под сериозен въпрос.



Източник: НСИ

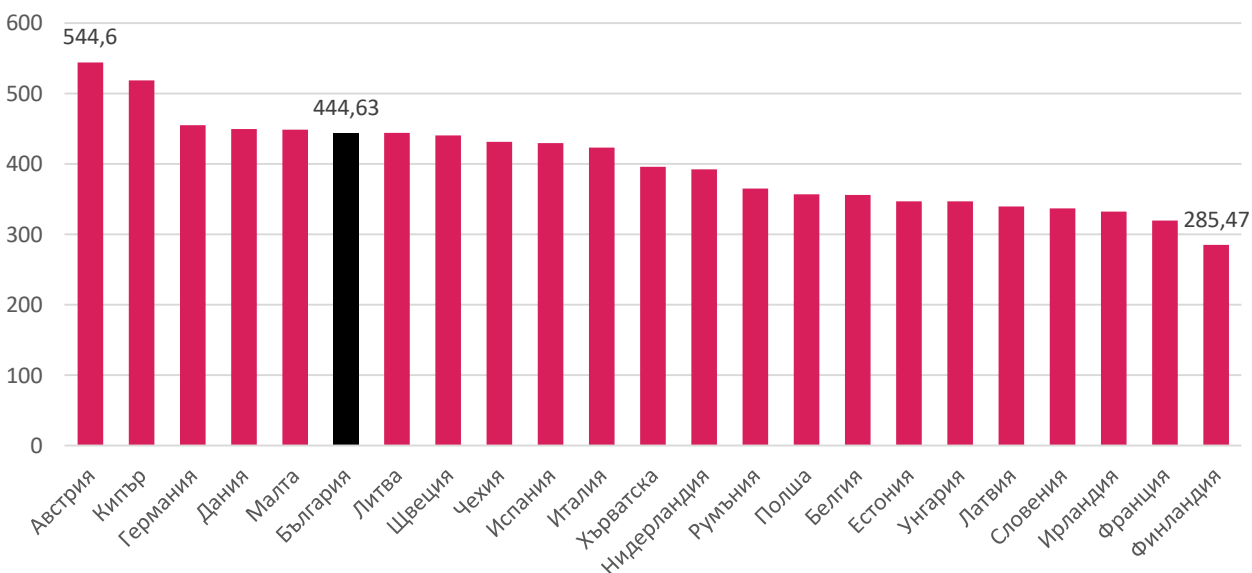
Данните на НСИ показват още, че:

- През 2023 година общият брой на медицинските сестри достига 28,6 хиляди. Той продължава да намалява за десета поредна година, въпреки че при останалите медицински специалисти по здравни грижи не се регистрира такова намаление. Очевидно при тази категория са налице системни и нерешени проблеми.
- В болничната помощ са заети 25 928 професионалисти по здравни грижи, от които 17 977 са медицински сестри. В извънболничната помощ професионалистите по здравни грижи и другите медицински специалисти са 6 948 души. В детските ясли през същата година работят 3317 медицински сестри.
- Данните поставят много въпроси по отношение на това как изобщо е възможно да функционира българското здравеопазване в момента. Едно обяснение е постепенното увеличение на медицинските специалисти в категория „други“ – те нарастват с 13% за десетгодишния период. Тук се включват болногледачите, които в много случаи са наемани от лечебните заведения, за да извършват част от работата на медицинските сестри. Това много често са студенти по медицина или по здравни грижи, които работят по време на следването си, както и хора, желаещи да помагат на лечебните заведения като доброволци.

Данните за броя на медицинските специалисти в сравнителен план с останалите страни от ЕС показват, че докато при лекарите по медицина и дентална медицина броят им спрямо населението е относително висок, то при специалистите по здравни грижи нещата не стоят така.

Броят³ на лекарите у нас достига 444,6 на 100 хиляди души от населението, а на зъболекарите – 115,4 на 100 хиляди през 2022 година, като и двете стойности са над повечето страни от ЕС⁴. Това на практика означава, че България разполага с достатъчен брой лекари и особено – лекари по дентална медицина - и за количествен недостиг при тях трудно може да се говори. Остава като проблем регионалното им разпределение и разпределението по отделни медицински специалности.

Лекари на 100 хил. души от населението, 2022 г.



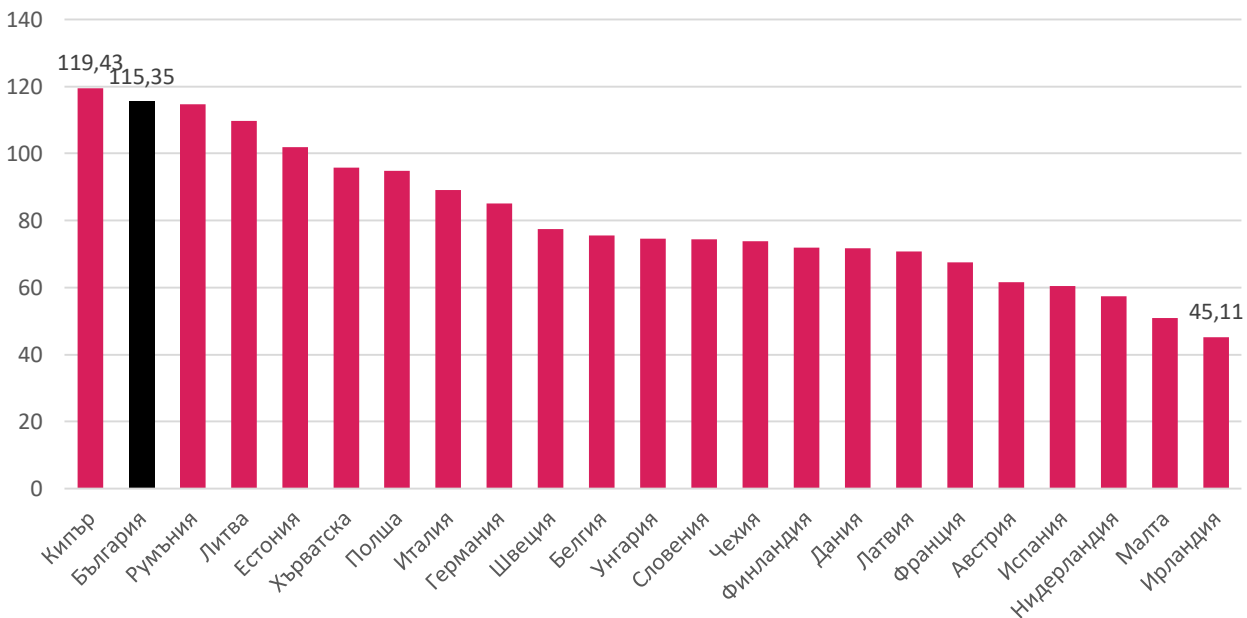
Бележка: Включени са държавите, за които има данни в Евростат. Данните за Финландия, Швеция и Дания са за 2021 г. (последни налични).

Източник: Евростат

³ Представени са последните данни на Евростат за 2022 година, като не всички страни от ЕС предоставят данни на статистическата служба, поради което не може да се изчислят средни стойности за ЕС.

⁴ За страните, за които Евростат предоставя данни. Информацията е за 2022 година.

Лекари по дентална медицина на 100 хил. души, 2022 г.

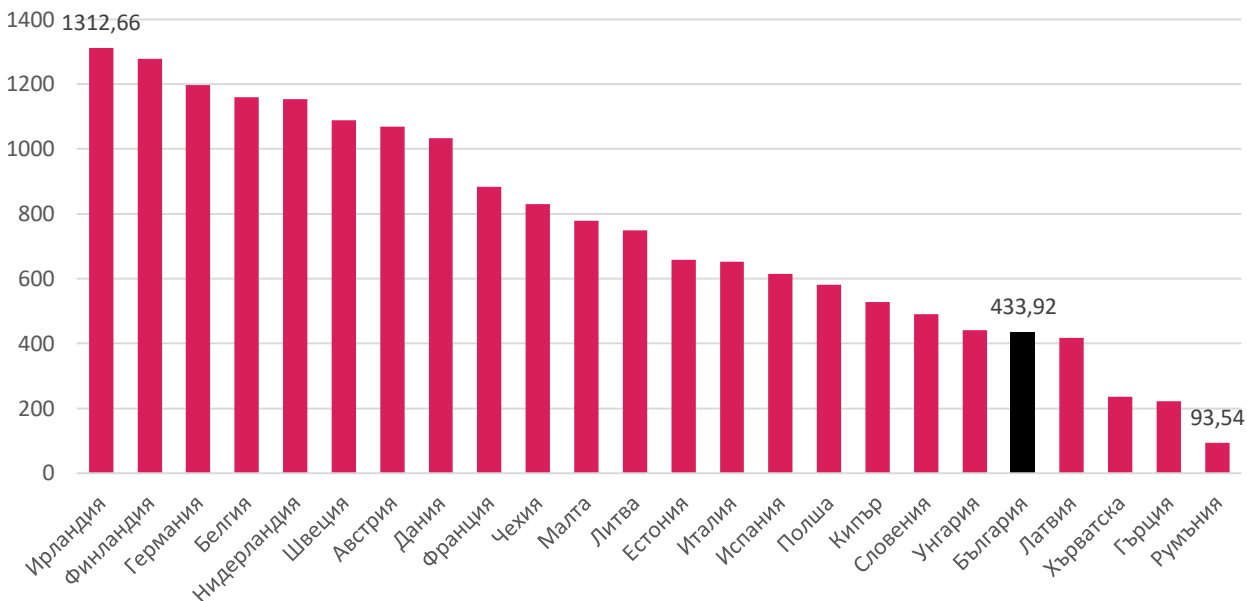


Бележка: Включени са държавите, за които има данни в Евростат. Данните за Финландия, Швеция и Дания са за 2021 г. (последните налични).

Източник: Евростат

Броят на медицинските сестри обаче достига 433,9 на 100 хиляди души, като след България са само Латвия, Хърватска, Гърция и Румъния. Броят на медицинския обслужващ персонал пък е най-нисък сред представените европейски страни – 11,5 души на 100 хил. души от населението. Ниският брой на медицинските сестри е виден не само в общия брой, но и при съотношението им спрямо броя на лекарите.

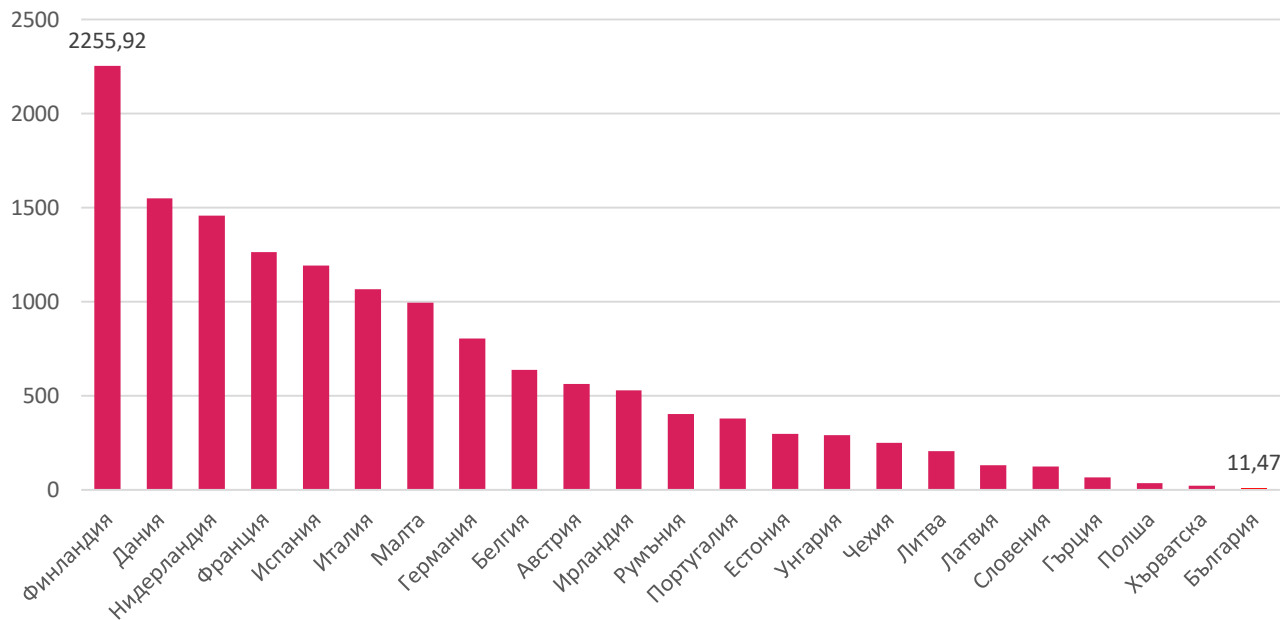
Медицински сестри на 100 хил. души от населението, 2022 г.



Бележка: Включени са държавите, за които има данни в Евростат. Данните за Финландия, Швеция, Белгия, Франция и Дания са за 2021 г. (последните налични).

Източник: Евростат

Обслужващ персонал на 100 хил. души от населението, 2022 г.

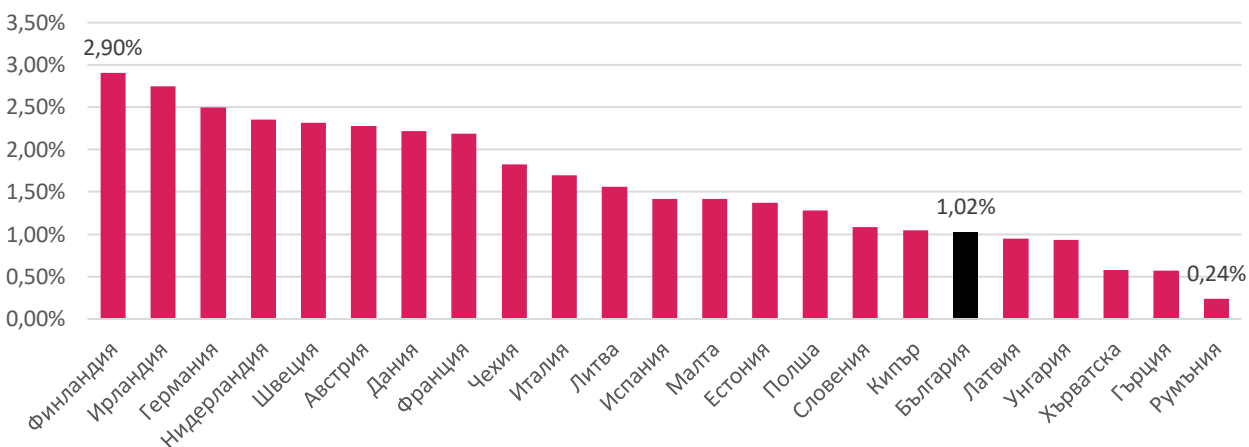


Бележка: Включени са държавите, за които има данни в Евростат. Данните за Финландия, Германия, Белгия, Франция и Дания са за 2021 г. (последните налични). Източник: Евростат

Ще отбележим само и случая на Финландия, която е страната с най-нисък брой лекари спрямо населението и най-висок – на относителния брой на медицински сестри и на обслужващия медицински персонал. Това показва **съвсем различен модел на правене на медицина**, който има много добри резултати и поставя под въпрос традиционното схващане на здравеопазването като дейност, базирана в голяма, дори изключителна степен на ролята на лекаря.

Макроикономическото значение на медицинските сестри може да се оцени чрез тяхното участие в пазара на труда. В България около 1% от заетите в икономиката лица са медицински сестри. Отново, както и в поддръждането спрямо населението, по-нисък дял се наблюдава в Унгария (0,9%), Гърция (0,6%), Хърватска (0,6%) и Румъния (0,2%). Най-голям дял на сестри има във Финландия (2,9%) Ирландия (2,7%) и Германия (2,5%). За последните десет години медицинските сестри у нас като дял от общата заетост намаляват от 1,11% (2014 година) до 1,02% през 2022 година. Освен в България, този дял намалява само в Кипър и Унгария, в останалите страни наблюдаваме увеличение. С други думи – макар и малко на брой и като дял в общата заетост, у нас привлекателността на професията на медицинската сестра не дава перспектива за благоприятно развитие.

Дял на медицинските сестри в общата заетост, 2022 г.



Бележка: Включени са държавите, за които има данни в Евростат. Данните за Финландия, Швеция, Франция и Дания са за 2021 г. (последните налични).

Източник: Евростат, собствени изчисления

Важно е да се отбележи, че право да упражняват регулираната медицинска професия „медицинска сестра“ имат само лицата, придобили тази професионална квалификация. На такава длъжност не могат да бъдат назначавани лица с професионална квалификация „лекар“, „фелдшер“, „акушерка“, „лекарски асистент“, „медицински лаборант“ и т.н. Не могат също така да бъдат назначавани и студенти по медицина или студенти по друга специалност от висшето образование (например „Фармация“), въпреки че в болниците е честа практика назначени на работа като болногледачи студенти по медицина да изпълняват техните функции – практика, обявена като противоречаща на закона от МЗ. Позициите на болногледач и на медицинска сестра имат различни функции според нормативната уредба и наложените традиции и разбиране – болногледачите и здравните асистенти са помощници на медицинските сестри и предоставят общи грижи за пациентите като хранене, тоалет, придружаване на болен и др., докато медицинската сестра има по-големи отговорности. Дейността на болногледачите може да се упражнява и от хора, придобили необходимите знания и умения в резултат на кратко

обучение⁵, включително проведено от работодател. Въпреки това, след редица проведени интервюта от ИПИ сред медицински специалисти и управители на лечебни заведения се налага мнението, че повечето лечебни заведения всъщност наемат болногледачи и им възлагат задължения на медицинска сестра, за да могат изобщо да извършват своята дейност.

Ниският относителен брой на медицинските сестри у нас е резултат на поне няколко проблема, свързани с тяхното обучение, квалификация, реализация, работна среда, заплащане, регионално разпределение и задържане на работа. Тези проблеми са свързани помежду си и на този етап **тяхното решение е скрито зад политически и лобистки интереси в системата.**

Като се има предвид, че част от проблемите имат специфични решения извън чисто икономическите и управленски механизми на държавата и на пазара, в тази част ще се спрем на **4 главни проблема пред медицинските сестри:**

- Заплащането на труда
- Обучението им за придобиване на професионална квалификация
- Емиграцията като възможност за реализация в чужбина
- Регионалните диспропорции в разпределението на медицинските сестри

На този етап извън обхвата на настоящия анализ ще остане факторът „работна среда и условия на работа“ (извън възнагражденията на медицинските сестри), но ще отбележим тук, че той също има важно значение за задържането на медицинските сестри на работа и много често се отбелязва от тях като важна пречка пред професионалното им развитие.

I. ЗАПЛАЩАНЕ НА ТРУДА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ

Може би **най-важният фактор, определящ избора на заетост и задържането на работа, е равнището на заплащане на труда** – както номинално, така и в съотношение с останалите професии на пазара на труда. Възнагражденията на медицинските сестри, подобно на целия медицински персонал, се определят в зависимост от обема дейност на лечебното заведение (ЛЗ) и правилата за работна заплата, които всяко от тях прилага. Дейността на ЛЗ се заплаща от финансиращия орган (в общия случай и с най-голяма тежест в общите постъпления - от НЗОК) по предварително определени цени, докато правилата за работната заплата са вътрешни документи на лечебните заведения, които са формулирани от техния управител във взаимодействие с медицинския персонал (най-често лекари) и/или синдикалните организации, които ги представляват⁶. Най-често медицинските специалисти се назначават на определена основна заплата и получават допълнителни възнаграждения на база на извършената от тях дейност, както и при полагане на труд в определени условия (през нощта, на национални празници, в почивни дни и др.).

⁵ Предлагат се такива обучения от лицензирани доставчици, които продължават 5-6 седмици и издават диплома, призната в други европейски държави.

⁶ Обикновено синдикалната организация на медицинските сестри рядко участва в подготовката на вътрешните правила за работна заплата.

Равнището на заплащане на труда на медицинските сестри влияе пряко върху мотивацията им да упражняват професията. В много изследвания ниското ниво на заплащане е една от основните причини медицинските сестри да напускат работа, да емигрират или да сменят професията си. Според проучване на мястото и ролята на специалистите по здравни грижи в България например⁷ ефектът на мотивацията слабо се повишава между 2016 и 2023 година; според по-голямата част от респондентите по-скоро рядко се наблюдават конфликти на работното място между лекари и медицински сестри; съсловната организация на медицинските сестри не осигурява значима подкрепа за работата и професионалното развитие на сестрите. Ниският обществен престиж на професията, поради традиционни представи, свързани с обществените възприятия, недостатъчното заплащане и подчинената роля, мотивира професионалистите по здравни грижи да сменят своята професия.

Между синдикалните организации и работодателите в много сектори се сключва колективен трудов договор (КТД) и здравеопазването не прави изключение. КТД представлява официално споразумение между работодатели и синдикати, скрепено със съдействието на Министерството на здравеопазването, което урежда условията на труд, възнагражденията, социалните придобивки и други аспекти на трудовите отношения за работещите в здравния сектор, като за отделни специфични въпроси дава допълнителни права на работещите или препраща към Кодекса на труда. Най-често най-големите спорове между двете страни при сключване на договора са въпросите, свързани с възнагражденията.

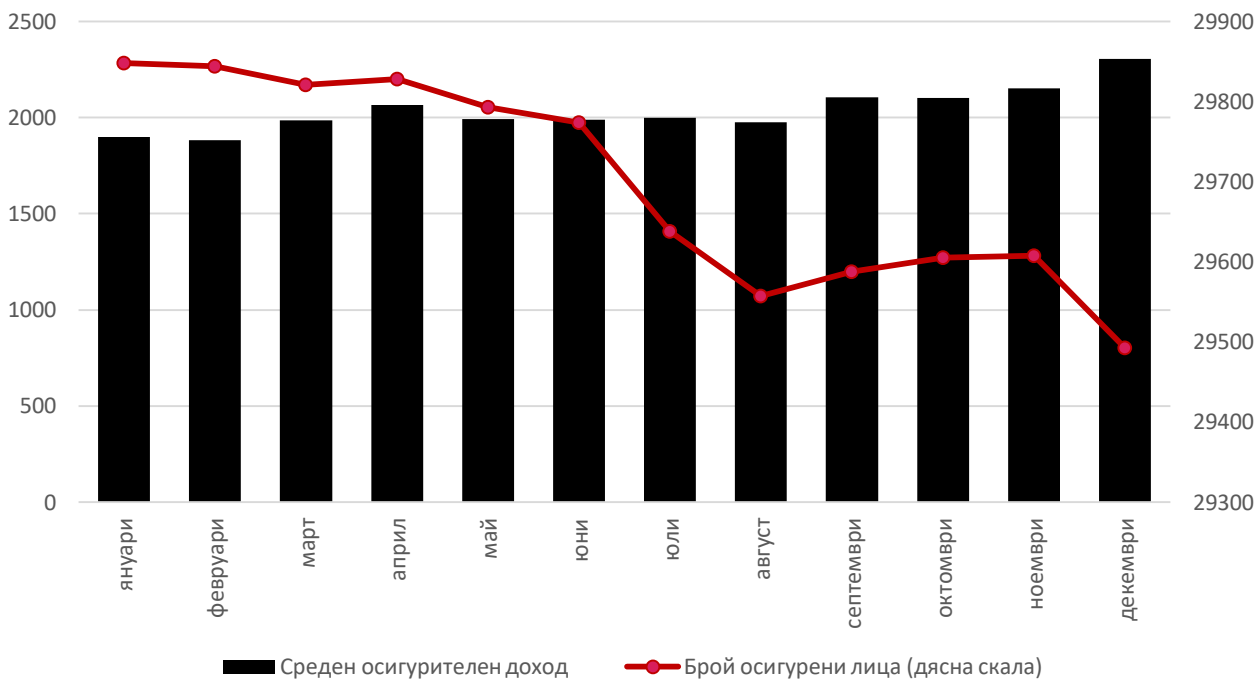
Срокът на действие на КТД е две години, като настоящият изтече в средата на април 2024 година.⁸ В него са указани основни заплати за лекар със специалност 2000 лв., за медицинска сестра – 1450 лв., за санитар – 910 лева. След изтичането на КТД текат преговори за новия колективен договор, които обаче засега не вървят гладко. Синдикатите настояват за 25% средно увеличение на заплатите в здравния сектор, но според работодателите това създава риск от фалит на болници. От МЗ пък предлагат поне още една година да останат непроменени основните възнаграждения, указани в досега действащия Колективен трудов договор.

От данните на Националната агенция по приходите е видно, че **медицинските сестри получават доходи, значително надвишаващи записаните в КТД минимални нива на основните възнаграждения** – към декември 2023 година месечният им осигурителен доход надхвърля 2300 лева. За една година средният осигурителен доход на сестрите се е увеличил с 21%. Следва да се има предвид, че ножицата между основна заплата и реален осигурителен доход се отваря поради няколко причини – допълнителни възнаграждения над основното, плащания за прослужено време, плащания за работа на повече от едно работно място, плащания за специализации и образователни степени, работа в условия на извънреден и нощен труд и други. Средният осигурителен доход обаче е реален измерител на достигнатото ниво на възнаграждения в даден сектор.

⁷ Михайлова, В., Алакиди, А., „Професионални предизвикателства към специалистите по здравни грижи“, „Българско списание за обществено здраве“, февруари 2023 г.

⁸ Виж тук: <https://www.mh.government.bg/bg/normativni-aktove/kolektiven-trudov-dogovor-v-sektor-zdraveopazvane/>

Месечен осигурителен доход на медицинските сестри за 2023 г., лв.



Източник: ИПИ въз основа на ЗДОИ до НАП

Само за сравнение към декември 2023 година средната брутна заплата на лицата, наети по трудово и служебно правоотношение в България, е била 2173 лева. На следващата графика е представено и разпределението на възнагражденията според заетостта по икономически дейности. За категория хуманно здравеопазване и социална работа се включват доходите на всички заети в тези сектори.

Средна месечна брутна работна заплата към декември 2023 г., лв.



Източник: НСИ

Националният осигурителен институт пък дава информация за средния за цялата 2023 година месечен осигурителен доход по категории труд⁹. Медицинските сестри са втора категория труд, за която средният месечен осигурителен доход е бил 1721 лева, но тук отново са включени всички лица, полагащи първа и втора категория труд през годината.

⁹ Виж тук: <https://nssi.bg/publikacii/analizi/sreden-osiguriteln-dohod/>

Среден месечен осигурителен доход за 2023 г., лв.



Източник: НОИ

Как държавата планира да реши проблемът с възнагражденията на медицинските сестри на този етап?

В „Стратегията за предприемане на мерки и действия за подобряване осигуреността на системата на здравеопазване на Република България с медицински сестри и акушерки“¹⁰ МЗ предвижда един от основните приоритети да бъде „осигуряване на минимално основно трудово възнаграждение на медицинските сестри и акушерките в размер на 90 на сто от средната работна заплата в България или регламентираното в чл. 55, ал. 2, т. 3б от Закона за здравното осигуряване, което е по-благоприятно“. За изпълнението на тази мярка МЗ е предвидило в бюджета си за 2025 година около 6,6 млн. лв. Подобна мярка се предвижда и за заетите медицински сестри, назначени в структури на ВМА, за което са необходими малко над 7,2 млн. лв. в бюджета на министерство на отбраната. В стратегията се отбелязва, че **в нито едно държавно ЛЗБП не е постигната минимална заплата от 90% от средната работна заплата за България. Липсата на амбиция при дефиниране на целта на този приоритет според нас е симптоматична** и вероятно няма да доведе до реален резултат в повишаване на привлекателността на професията. Изборът на професия е много дългосрочен приоритет в житейския път на човек и без ясна и много сериозно заявена държавна визия, че това ще бъде приоритет, включително финансово осигурен с действия на властта, най-вероятно по-малко ученици ще се насочват към тази професия и по-малко семейства ще изберат да подкрепят децата в този избор.

¹⁰ Тази стратегия е разработена от МЗ в отговор на решението на Народното събрание за предприемане на мерки и действия за подобряване осигуреността на системата на здравеопазване на РБ с медицински сестри и акушерки, обн. в ДВ, бр. 68 от 13.08.2024 г.

В сравнителен план средното ниво на пълните възнаграждения на медицинските сестри не е ниско, което означава, че проблемите не се крият само в заплащането на техния труд. Въпреки това, ако държавата се опитва да фиксира основните им заплати на ниво близко или малко над сегашните възнаграждения¹¹, най-вероятно няма да постигне значим успех, защото е твърде скромно на фона на големия проблем с недостига на медицински сестри и перспективите пред потенциала за разрешаването му. Целенасочената политика за увеличение на възнагражденията на сестрите следва да поставя **много по-високи целеви нива на основните възнаграждения и ясен механизъм**, който да гарантира постигането тази цел. Следва да се имат предвид и регионалните различия и различията между отделните лечебни заведения, които ще затруднят някои болници в изпълнението на общ критерий за увеличение на заплатите на сестрите (например поставяне на високи минимални нива на възнаграждения за всички). Това означава, че е изключително важно какъв механизъм ще се избере, за да достигнат предвидените средства именно до медицинските сестри. Той трябва да е „изнесен“ извън стандартните финансиращи механизми – например под формата на отделен специален фонд в рамките на бюджета на МЗ, стипендиантска програма или друга бюджетна програма. Видно от състоянието и установеното равновесие към момента, общо увеличаване на цените на здравните дейности, плащани от НЗОК, съхранява статуквото, запазвайки по-ниска от оптималното относителната цена на труда на медицинските сестри. Следователно избраният инструмент трябва да дава ясен път за увеличение на възнагражденията, без много формалности и изисквания и без необходимост от специфични усилия от страна на специалистите по здравни грижи. **Удвояване на възнагражденията на медицинските сестри спрямо нивата им в момента е реалистична цел**, разходът за която е в рамките на 700-800 млн. лв. годишно, и е достатъчно амбициозна, за да има ефект върху избора на професия и задържането в нея. Следва да се има предвид, че такова предложение вероятно ще срещне сериозна съпротива от страна на много на брой синдикални и други лобистки организации в сектора.

II. ОБУЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ

Професията на медицинските сестри е включена в списъка на регулираните професии в Република България, тъй като е от обществена значимост за живота и здравето на гражданите. Нейното упражняване е определено чрез закони, подзаконови или административни разпоредби, изисква притежаването на специфична професионална квалификация, удостоверена с документи за образование, правоспособност или предполага членство в професионална организация, работеща за поддържане на високо равнище в съответната професионална област, за осъществяването на което е получила специално признаване от държавата¹².

Специалността „Медицинска сестра“ е част от професионално направление „Здравни грижи“¹³ у нас и се придобива в 10 висши училища (от общо 51), като за разлика от специалностите „Медицина“, „Дентална медицина“ и „Фармация“, медицинските сестри могат да се обучават и в различни от медицинските

¹¹ Визираме предложенията от пролетта на 2024 година при обсъждането на следващия КТД да се повишат основните възнаграждения на лекарите на 2700 лв., а на медицинските сестри – на 1950 лв. За момента тези предложения са отхвърлени поради съпротива на работодателските организации.

¹² Закон за висшето образование, ДР, § 4в

¹³ Направление „Здравни грижи“ включва разнообразни специалности: акушерка, зъботехник, инспектор по обществено здраве, лекарски асистент, масажист, медицински лаборант, медицинска сестра, помощник – фармацевт, рентгенов лаборант, рехабилитатор, парамедик, медицинска козметика, трудотерапия, хранене, гериатрични грижи и др.

университети. Обучението стандартно е 4 учебни години или 8 семестъра и включва теоретична и практическа подготовка. Съобразено е изцяло с изискванията на европейската директива 2005/36 относно признаване на професионалните квалификации, закона за висшето образование и с единните държавни изисквания за обучение по специалностите от регулираните професии.

Директива 2005/36 на Европейския парламент и на Съвета на ЕС от 7 септември 2005 година относно признаването на професионалните квалификации¹⁴ е основният нормативен документ на европейско ниво, който създава условия за признаването от държавите-членки на професионални квалификации, придобити в други държави-членки на ЕС. Според директивата:

„Свободата на движение и взаимното признаване на удостоверенията за професионални квалификации на лекари, медицински сестри с общ профил, лекари по дентална медицина, ветеринарни лекари, акушерки, фармацевти и архитекти трябва да се основават на фундаменталния принцип на автоматично признаване на удостоверения за професионални квалификации на базата на координирани минимални квалификационни изисквания. В допълнение, достъпът в държавите-членки до професиите „лекар“, „медицинска сестра с общ профил“, „лекар по дентална медицина“, „ветеринарен лекар“, „акушерка“ и „фармацевт“ трябва да се обвърже с притежаване на определена професионална квалификация, гарантираща, че лицето е преминало обучение, което отговаря на предвидените минимални изисквания. Тази система следва да бъде допълнена с поредица от придобити права, от които квалифицираните специалисти да се ползват при определени условия.“

Директивата указва, че за достъп до обучение за медицински сестри с общ профил се изисква завършване на общо образование с продължителност 10 години, удостоверение с диплома, свидетелство или друго удостоверение, издадено от компетентните власти или органи на държава-членка, или със свидетелство за успешно издържан изпит, на еквивалентно ниво, за прием в училище за медицински сестри. Обучението на медицински сестри с общ профил следва да е с **минимална продължителност от три години или 4600 часа теоретично и клинично обучение** (чл. 31, т. 3), като продължителността на теоретичното обучение представлява минимум една трета, а продължителността на клиничното обучение представлява минимум една втора от минималната обща продължителност на обучението. Държавите членки могат частично да освобождават от това изискване лица, които са получили част от обучението си чрез курсове, които са поне на равностойно ниво.

Директивата описва и основните знания и умения, които завършилите за медицински сестри следва да притежават, за да упражняват професията: достатъчни познания върху науките, на които се основават общите здравни грижи, достатъчни познания за характера и етиката на професията и за общите принципи на здравето и здравните грижи, достатъчен клиничен опит и способност за участие в практическото обучение на здравните работници. За да се упражнява професията на медицинска сестра, директивата описва подробно какви са удостоверенията за квалификациите, издавани от всяка страна членка и какви са отговорните държавни органи за тяхното издаване.

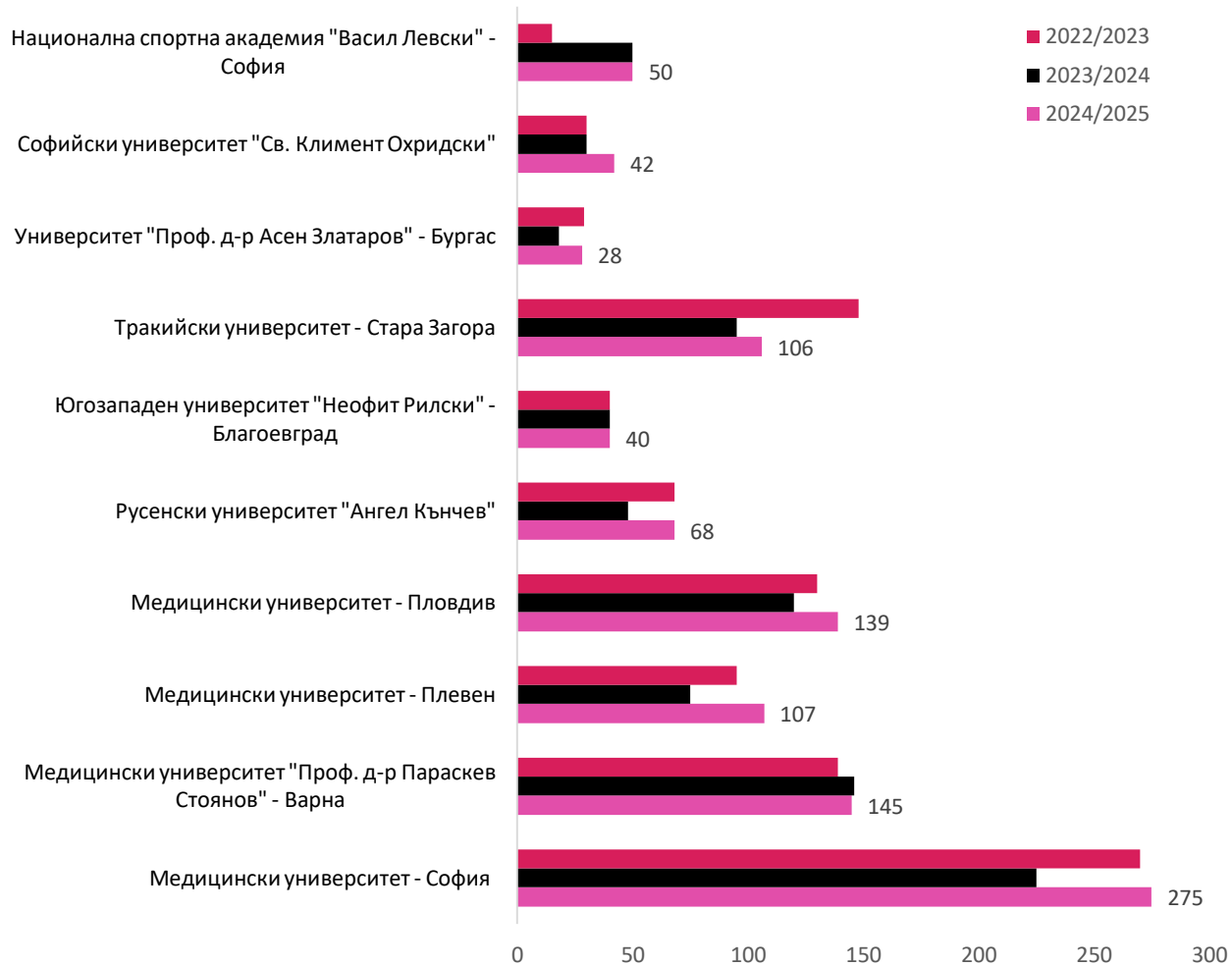
Прави впечатление, че **България е надхвърлила минималните изисквания на директивата за обучение на медицински сестри с близо една година допълнителен престой в университетите**. Липсва яснота каква е причината за това удължаване от страна на въвлечените институции (най-вече министерството на здравеопазването и министерството на образованието). **Самата директива не поставя задължително изискване за четиригодишно обучение**. Основното обяснение за по-дългия срок на обучението е в по-голямото

¹⁴ Пълен текст на директивата е наличен тук: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/?uri=celex%3A32005L0036>

ограничение, поставено от изискването за задължителен минимален брой часове обучение по специалността (4600 часа). Според представители на МЗ е невъзможно тези 4600 часа да се вместят в по-малко от 10 семестъра или 4 години бакалавърско обучение. Ще отбележим само, че директивата поставя изисквания не само върху минималния общ брой часове, но и върху тяхното разпределение, като продължителността на теоретичното обучение трябва да бъде минимум една трета, а продължителността на клиничното обучение - минимум една втора от минималната продължителност на обучението. В този смисъл 4600 часа няма как да се вместят в по-малко от 10 семестъра, освен ако не се използва времето на дългите летни ваканции на университетите за провеждане на клиничното обучение на медицинските сестри. В такъв случай **намалението на университетското обучение на 9 или дори 8 семестъра е постижимо, реалистично и наложително.**

Обучението за медицински сестри в българските университети се подчинява и на общите тенденции на развитието на висшето образование у нас. Общият брой на утвърдените места за медицински сестри е сравнително нисък и вероятно няма да доведе до компенсиране на дълго натрупваните липси на такива медицински специалисти в здравеопазването в България - за учебната 2022/2023 година този брой е 964, за 2023/2024 година – 847, а за 2024/2025 година – 1000. Разпределението на местата по университети е видно на графиката по-долу, като най-много места за медицински сестри има в четирите медицински университета, а най-малко – в университет „Проф. Асен Златаров“, Бургас. Местата за обучение за медицински сестри слабо (с около 4%) растат през разглеждания тригодишен период. Следва да се има предвид и че не всички приети студенти завършват своето образование – по експертна оценка на ИПИ между 25% и 65% от учащите се дипломират по специалността в различните университети.

Места за студенти в специалност "Медицинска сестра"



Източник: Решенията на МС за утвърждаване броя на приеманите за обучение студенти и докторанти в ДВУ за съответната учебна година

По данни от Националната карта на висшето образование в Република България за 2023 година увеличението на план-приема по държавна поръчка през 2022/2023 г. спрямо предходната година е концентрирано в няколко приоритетни професионални направления, едно от които е направление „Здравни грижи“ (основно специалност „Медицинска сестра“). В някои от направленията с увеличен план-прием се отчита и увеличение на реализирания прием – например в специалност „Медицинска сестра“ план-приемът расте със 177 бройки, а реализираният прием – със 73 броя. Отпуснатите допълнителни бройки план-прием в този случай водят до увеличение на броя новоприети студенти, тъй като в предходната учебна година е постигната пълна запълняемост на местата в специалност „Медицинска сестра“, което сочи за висок интерес сред кандидат-студентите. Дори и след увеличението на план-приема, в три от всички региони за планиране (Югоизточен, Североизточен и Южен Централен) има 100% запълняемост на държавната поръчка в специалност „Медицинска сестра“, т.е. в тези региони има потенциал за допълнително повишение на държавната поръчка за медицински сестри, която е силно дефицитна професия в България. Средната запълняемост на местата по държавната поръчка за специалност „Медицинска сестра“ за учебната 2022/2023 година е 90,3%, **но тя е относително ниска в сравнение с останалите специалности от направление „Здравни грижи“ и много по-ниска от запълняемостта**

на местата в специалностите в направление „Медицина“, „Стоматология“ и „Фармация“¹⁵. Тези данни разкриват по-ограничените намерения на бъдещите студенти да се обучават за медицински сестри в сравнение с останалите медицински специалности.

За да се направят изводи за обучението по университети в направление „Здрави грижи“¹⁶, може да се използва рейтинговата система на висшите училища. Тази система събира и предоставя ежегодно подробна информация за различни индикатори и дава възможност за сравнения между ВУЗ в различни разрези. За 2023 година рейтинговата система показва следната обобщена информация за професионално направление „Здравни грижи“, основна част от което е специалност „медицинска сестра“, в категория „учебен процес“ и в категория „реализация на пазара на труда“ по няколко избрани индикатора.

Учебен процес	Програмна акредитация	Институционална акредитация	Брой действащи студенти	Удовлетвореност от учебния процес
Медицински университет - София	8.96	9.56	1892	8.17
Медицински университет "Проф. д-р Параскев Стоянов" - Варна	8.89	9.27	1726	8.75
Русенски университет "Ангел Кънчев"	8.25	9.44	279	9.75
Медицински университет - Плевен	9.00	9.27	482	8.25
Медицински университет - Пловдив	8.93	9.21	1045	8.29
Югозападен университет "Неофит Рилски" - Благоевград	8.63	9.30	168	8.21
Тракийски университет - Стара Загора	8.41	9.20	826	8.21
Университет "Проф. д-р Асен Златаров" - Бургас	7.82	8.84	283	6.69
Софийски университет "Св. Климент Охридски"	8.88	9.61	72	5.78
Национална спортна академия "Васил Левски" - София	9.29	9.26	23	7.61

Източник: Рейтинговата система на висшите училища

Данните сочат, че с малки изключения учебният процес е с висока акредитация, а студентите показват сравнително добро ниво на удовлетвореност. Единствено университет „Проф. Асен Златаров“, Бургас показва по-ниски резултати сред набора от университети по отношение на акредитацията, а студентите в СУ „Св. Климент Охридски“, София декларират много по-ниско ниво на удовлетвореност от обучението. Като цяло обучението на медицински сестри в медицинските университети по показателите за учебен процес е по-добро в сравнение с неспециализираните такива.

¹⁵ Повече информация има в РМС №10 от 2024 г.

¹⁶ Рейтинговата система за висшите училища не предоставя информация за отделните специалности. Това налага да правим преглед на цялото направление „Здравни грижи“.

<i>Реализация на пазара на труда и регионална значимост*</i>	Приложение на придобитото висше образование	Осигурителен доход на завършилите	Привлекателност на ВУ за кандидат-студентите в областта	Брой завършили български граждани през последните 5 години	Безработица сред завършилите
Медицински университет - София	77.84	1884	30.15	2421	1.40
Медицински университет "Проф. д-р Параскев Стоянов" - Варна	78.55	1659	35.70	2223	1.23
Русенски университет "Ангел Кънчев"	93.52	2046	41.37	283	0.82
Медицински университет - Плевен	91.05	1918	46.20	638	1.03
Медицински университет - Пловдив	81.10	1681	41.82	1141	1.08
Югозападен университет "Неофит Рилски" - Благоевград	87.40	1613	55.77	140	1.01
Тракийски университет - Стара Загора	87.57	1678	29.06	869	1.30
Университет "Проф. д-р Асен Златаров" - Бургас	85.54	1529	72.46	297	0.70
Софийски университет "Св. Климент Охридски"	94.57	2003	22.86	96	0.87
Национална спортна академия "Васил Левски" - София	84.62	1617	3.13	76	1.97

Бележка: * Индикаторите за регионална реализация дават информация за лицата, заемащи длъжност, изискваща висше образование. Повече информация за индикаторите може да бъде намерена в методологията на Рейтинговата система на висшите училища, налична тук: <https://rsvu.mon.bg/#/documents>

Източник: Рейтинговата система на висшите училища

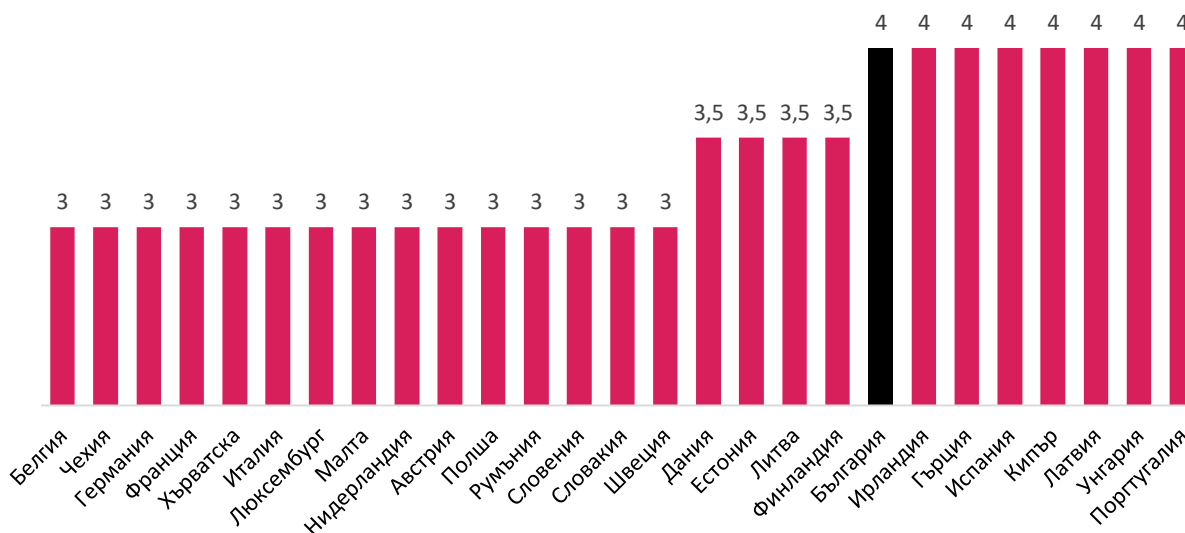
Що се отнася до реализацията на пазара на труда, е видно, че значителна част от дипломираните студенти се реализират с полученото висше образование и имат много ниска безработица. Тези данни отново демонстрират гледа за медицински сестри на пазара на труда. Доходите на завършилите варират в зависимост от регионалната реализация. По отношение на привлекателността на съответния ВУЗ на регионално ниво обаче университетите показват големи различия, като най-ниска е тя за НСА „Васил Левски“, София. Най-висока е привлекателността на направлението сред кандидат студентите в Бургас.

Сред палитрата от мерки, които могат да се предприемат, за да се стимулират хора да избират професията, е намаляване на продължителността на обучението за придобиване на квалификация и практикуване на професията. Твърде дългото обучение за медицинските сестри не е обосновано от гледна точка на това, че в по-

дълъг период от време студентите не могат да заемат „редовна“ позиция, изискваща завършено образование, съответно доходите им продължително време остават ниски. Това дестимулира избора на медицинска професия от новозавършили ученици или от хора на зряла възраст, решили да се завърнат във висшето образование и да сменят сферата на професионалната си реализация. От системна гледна точка дългото обучение пречи на системата по-бързо да се обновява с нови кадри. Съществуват неподкрепени с данни и факти притеснения сред специалисти в сектор „здравеопазване“, че намаляването на срока на обучение ще намали и бездруго неособено високия престиж на професията и по-малко лица ще проявяват желание да я упражняват. По-краткият срок на обучение обаче, в съчетание с по-високи нива на заплащане, може да привлече допълнително лица към професията на медицинската сестра.

Данни от проучване на ИПИ за продължителността на обучението за медицинска сестра в страните от ЕС¹⁷ показва, че в много страни то е тригодишно (6 семестъра) и води до придобиване на образователна степен „бакалавър“. Има няколко случая, в които обучението може да бъде и професионално – Австрия е такъв пример, но тази възможност съществува и в Германия, Нидерландия и Белгия. Скандинавските държави предпочитат обучение в рамките на 6 или 7 семестъра. Във всички държави членки медицинските сестри се сертифицират и могат да работят след завършването на бакалавърска степен, като по желание могат да продължат следването си и в магистърски, а някъде – и в докторски – програми. Всички програми за обучение на медицински сестри в ЕС включват теоретично и практическо обучение, като разпределението на часовете често е поравно.

Минимален срок за обучение на медицинските сестри в страните от ЕС



Източник: Проучване на ИПИ, данни за 2023 г.

Скъсяването на обучението на медицинските сестри в България е само една от възможностите за начало на целенасочена структурирана и комплексна политика по преодоляване на недостига. Сравненията с другите европейски страни ясно показва, че е възможно с един или два семестъра по-кратък престой в университета да

¹⁷ За основа на анализа са използвани данни от университети, асоциации на медицинските професионалисти, проучвания на ЕК и научни изследвания, публикувани в свободно достъпни научни мрежи.

се постигне качествено обучение, гарантиращо покриване на стандартите за образователната степен и международното признаване на дипломите.

Друг изключително важен въпрос е **не само как да се привличат, но и как да се задържат студенти** за професията медицинска сестра. Данните и прогнозата при задълбочаване на досегашната тенденция показват, че увеличаването на местата с между 5 и 10% няма да има съществен ефект върху оформящия се голям недостиг. Още повече, дори този малък напредък вероятно ще остане пожелателен, ако част от новоприетите студенти не завършат образованието си. Отпадането на студенти по време на обучението също е предизвикателството пред университетите и е пряко свързано с качеството на предоставяната от тях услуга и мотивацията на студентите да завършват обучението си. За част от студентите преценката в баланса между нужните усилия и очакваната бъдеща реализация и перспектива води до рационален избор да се откажат, или да сменят специалността си в съвсем друго направление. Университетите в съчетание с министерството на здравеопазването и министерството на образованието също следва да търсят начини към засилване на интереса към професията и повишаване на качеството на образованието в тях.

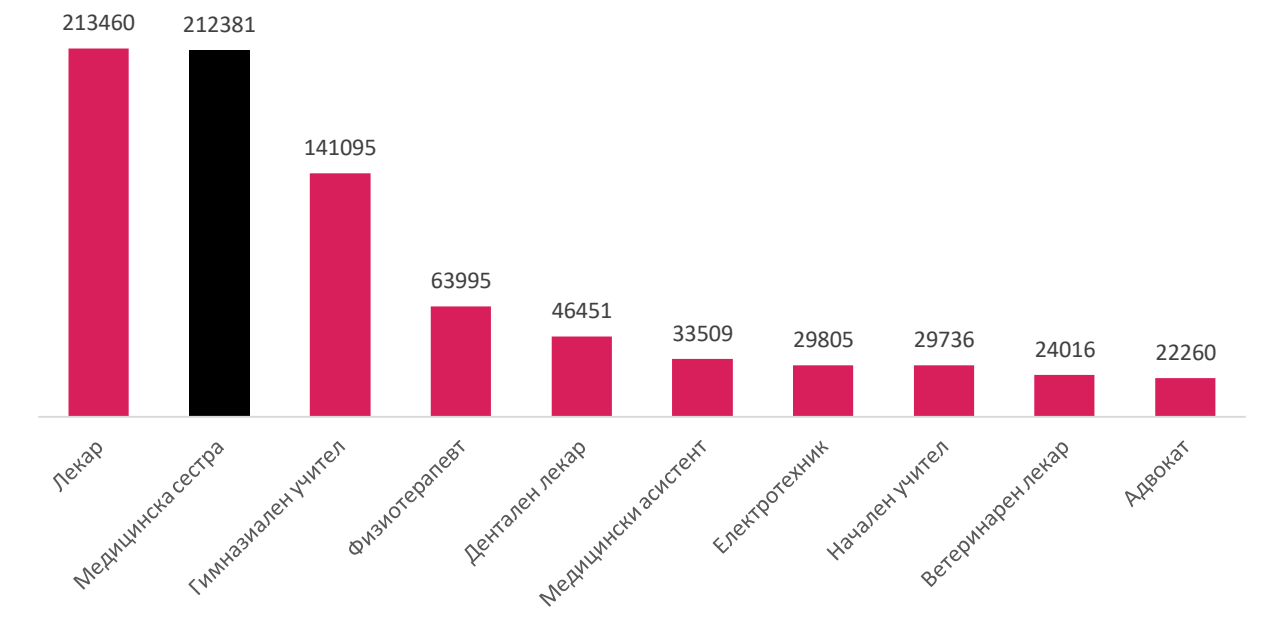
III. МИГРАЦИЯ

Миграцията е друг значим фактор в наличието и разпределението на медицинските сестри у нас. Негативните тенденции, свързани със заплащане на труда и условия на труд, водят до дългогодишна емиграция на медицинските сестри, която през последните години (поне по данни на министерството на здравеопазването) се охлажда. Конкуренцията за сестри на европейския и международния пазар води до изтичане на тези кадри към страни с по-висок стандарт на живот, доходи и по-добри условия за работа. Емиграцията на медицински сестри носи нетна загуба за страната поради по-малкия брой оставащи да работят, разходите за обучение, които не се изплащат и поради трудности в привличането на нови кадри в професията в разумно време. На теория емиграцията в дългосрочен план следва да избутва възнаграденията нагоре за оставащите да работят в страната и да създава повишен интерес към професията от страна на кандидат студентите, като по този начин води до по-голям брой медицински сестри в системата. За да се случва това обаче необходимо условие е търсенето на сестри да остане постоянно – тогава пазарните сили ще повишат равновесното заплащане за този вид труд. Твърде вероятно обаче в дългосрочен план да се случва паралелен процес на намаляване на търсенето – т.е. здравните заведения реструктурират дейността си по начин, изискващ по-малко на брой персонал с такава квалификация. Това създава ново равновесие – по-малко медицински сестри при запазване на (относително) ниско заплащане – с всички последици, които това генерира за качеството на здравните услуги. Все по-широкото владение на чужди езици пък е фактор в подкрепа на бързата и успешна емиграция и адаптация.

Миграцията в страните от ЕС на лица от регулираните професии може да се проследи чрез информацията в базата данни на Европейската комисия за регулираните професии¹⁸. Ако разгледаме данните за най-„мобилните“ регулирани професии – това са онези професии, за които най-често е искано разрешение за признаване на професионалната квалификация с цел установяване в страна от ЕС, ЕИП или Швейцария, е видно, че **медицинските професии са едни от най-мобилните, а професията на медицинската сестра се нарежда на второ място**, почти наравно с тази на лекарите. Детайлните данни показват също така, че пандемията не е оказала значимо влияние върху мобилността на медицинските сестри в посока на увеличаване – тази професия винаги е била в челото на класацията за мобилност на регулирана професия в рамките на съюза.

¹⁸ Базата данни е налична тук: <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/home>

Десетте най-мобилни професии в ЕС, 2007-2024 г.

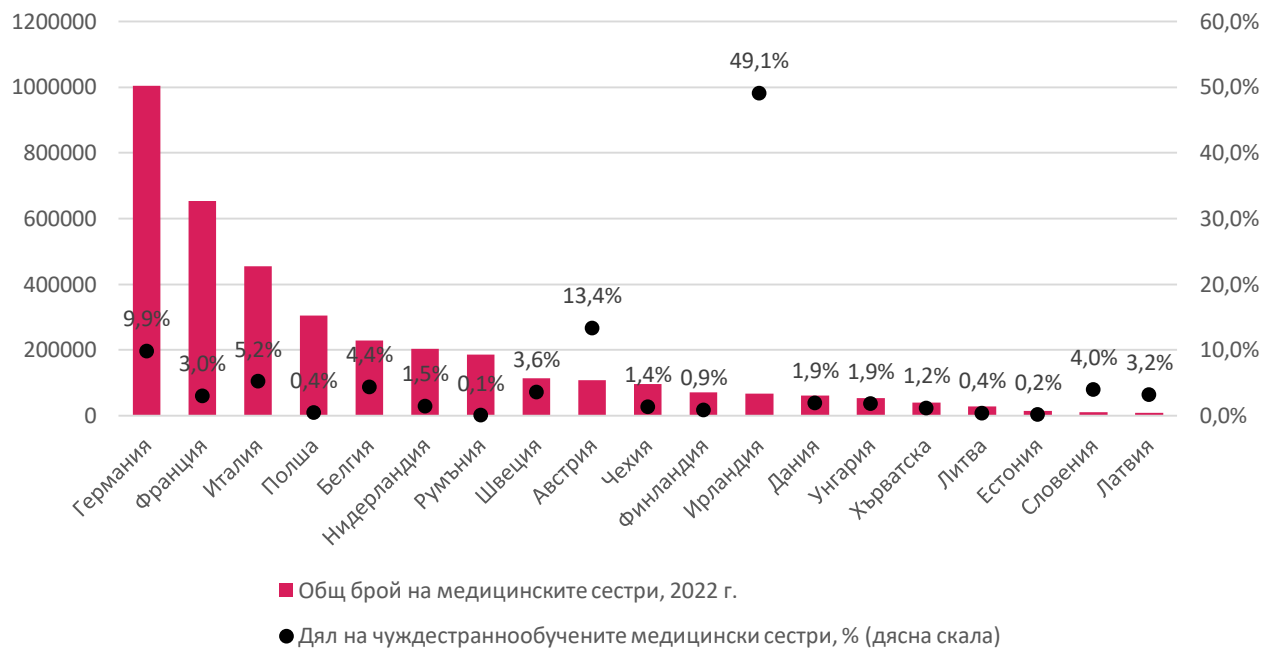


Бележка: Данните са с натрупване за целия период, отнасят се за всички регулирани професии.

Източник: ЕС, База данни за регулираните професии

В отделни страни много голяма част от медицинските сестри са обучавани в чужбина – в Ирландия това са 49% от всички сестри, в Австрия – 13%, а в Германия – близо 10% през 2022 г.

Дял на чуждестранно обучените медицински сестри през 2022 г., %

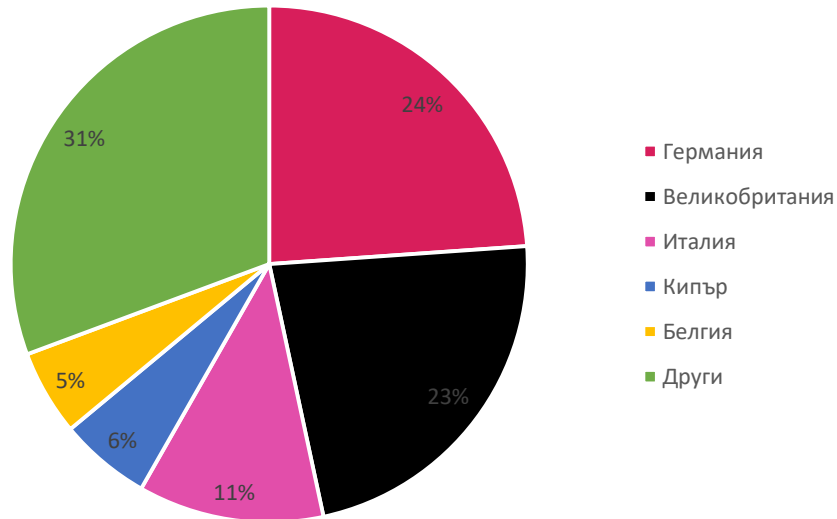


Бележка: Включени са държавите, за които има данни в Евростат. Данните за Финландия, Франция, Швеция и Дания са за 2021 г. (последните налични).

Източник: Евростат

Основните европейски страни, привличащи медицински персонал от България, са Германия, Великобритания, Италия, Кипър и Белгия. До напускането на Великобритания на ЕС страната е значим „получател“ на медицински персонал както поради улесненията на членството в ЕС, така и поради използването на английски език. Съседните на България страни привличат сравнително малък брой медицински персонал, като те много вероятно са чисти донори на медицински специалисти.

Къде в ЕС отиват да работят българските медицински сестри?



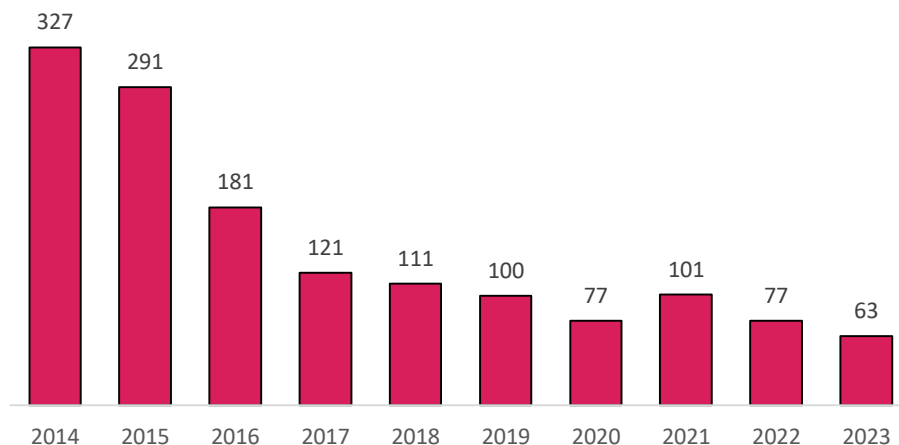
Бележка: Данните са за общ брой емигрирали медицински сестри към декември 2024 г.

Източник: ЕС, База данни на регулираните професии

У нас по данни на министерството на здравеопазването издадените удостоверения за работа в чужбина на медицински сестри намаляват 5 пъти в рамките на 10 години¹⁹. Според министерството, предвид факта, че удостоверенията имат 3-месечен срок на валидност съгласно изискванията на Директива 2005/36/ЕО, сериозното намаление в броя на издадените удостоверения през годините **отчита реално намаляване на намеренията за емиграция**. Следва да се има предвид, че издаваните удостоверения са необходими за признаване на придобитата в България професионална квалификация както с цел дълготрайно установяване в друга държава, така и с цел обучение или краткосрочна работа, след което медицинският специалист се завръща в България. Това означава, че реално емигриралите медицински специалисти вероятно са по-малко от посочените.

¹⁹ МЗ, „Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите в Р България за 2023 г.“, 2024 г.

Удостоверения за работа в чужбина, издадени на медицински сестри



Източник: МЗ

Що се отнася до медицинските специалисти от чужбина, които искат да работят в България, през 2023 година са издадени общо само 173 удостоверения за признаване на професионална квалификация и специалност в областта на здравеопазването на чужди граждани²⁰. Този брой е незначителен на фона на общия натрупан недостиг на медицински кадри.

„Ограничаването“ на емиграцията е трудна задача, пряко свързана с общото икономическо развитие на страната и някои специфични регулации на труда на медицинските сестри у нас. **Привличането на медицински сестри от трети страни** (извън ЕС) обаче е голяма възможност, която в момента се пропуска от управляващите. Тя трябва да се преследва целенасочено чрез намаляване на регулациите и ограниченията в признаването на образованието и започване на работа, повишаване на възнагражденията и осигуряване на добри условия за работа и развитие на медицинските специалисти от трети страни, които имат желание да дойдат и да останат на работа у нас. По време на публичните дискусии, за съжаление, изявената съпротива от представители на медицинската общност с абсурдни аргументи вероятно ще е причина да няма промяна в посока облекчаване и „внос“ на медицински сестри от трети страни. За да има промяна, трябва натиск върху изпълнителната и законодателна власт от страна на работодателите в сектор „Здравеопазване“, по подобие на процесите в IT сектора. Това в здравеопазването на този етап не е налице, което отново потвърждава хипотезата, че голяма част от работодателите до момента залагат на други индивидуални стратегии, позволяващи им да организират дейността си с намаляващ дял на наетите медицински сестри.

²⁰ Пак там. Става дума за удостоверения, издавани на чужди граждани по всички регулирани професии в отговорността на МЗ.

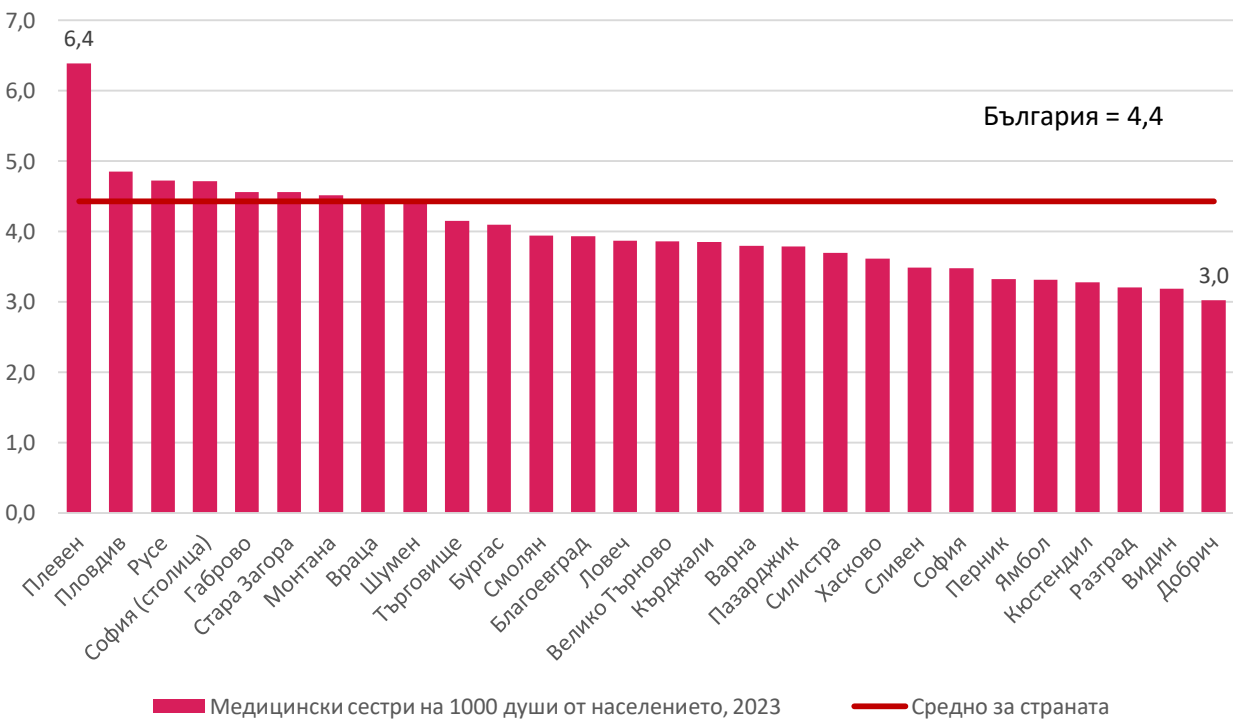
IV. РЕГИОНАЛНИ РАЗЛИЧИЯ

Общият недостиг на медицински сестри в България е само един аспект на проблема с осигуряването на качествени медицински услуги за населението. Регионалното им разпределение също буди големи тревоги. Различията в регионалното разпределение на медицинските специалисти може да се оцени чрез отнасянето им спрямо населението на съответната област. Освен броя на медицинските сестри, върху показателя отражение оказва и броят на местното население, следователно при по-значимо намаляване на населението показателят ще е относително по-благоприятен.

Данните показват, че средно за България на 1000 души от населението отговарят 4,4 медицински сестри. Над средната стойност са 8 области. С най-малко сестри спрямо населението си разполагат области Добрич, Видин и Разград. И трите области страдат от общ демографски спад – намаляващо и застаряващо население и ниска раждаемост. Плевен пък е областта с най-много относителен брой медицински сестри – повече от два пъти над този на Добрич. Причината за по-големия брой е наличието на медицински университет, произвеждащ кадри и свързаното с това разполагане на плеяда разнообразни лечебни заведения в региона, които осигуряват заетост и добро ниво на заплащане на медицинските специалисти. След Плевен се нареждат Пловдив и Русе.

Медицински сестри спрямо 1000 души от населението по области, 2023

г.



Източник: НСИ, собствени изчисления

Един от инструментите на държавата за корекция на неравномерното регионално разпределение на медицинските сестри е влияние върху заплащането за работа в отдалечени или труднодостъпни региони.

Според Националния рамков договор за 2023-2025 година Националната здравноосигурителна каса финансира осигуряването на медицински персонал в лечебни заведения – изпълнители на ПИМП, СИМП и МДД, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината²¹. Разпределението на средствата за финансиране се осъществява по (обективни) критерии, включени в методики, като размерите им са както следва: 1. за изпълнителите на ПИМП – 3 млн. лв.; 2. за изпълнителите на СИМП – 400 хил. лв.; 3. за изпълнителите на МДД – 400 хил. лв. годишно.

Изпълнителят на болнична медицинска помощ също има право на заплащане, когато лечебното заведение извършва медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината. Средствата за финансиране за периода месец септември – ноември 2023 г., са в размер на 2 млн. лева.

Във всички методики за финансиране на осигуряването на медицински персонал, работещ в лечебни заведения в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, се включва критерий за нает медицински персонал. Това на практика означава, че наличието на наети медицински сестри в тези лечебни заведения привлича ресурс от НЗОК по този показател. Предвидените средства за тези стимули обаче **са много малки в контекста на общия бюджет за медицински дейности на НЗОК**, вероятно поради което и не постигат сериозен резултат.

²¹ За информация, към септември 2024 г. това са 539 населени места или над 10% от всички населени места.

