

## ЗАПЛАЩАНЕ НА ТРУДА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

След усвояване на материала в тази глава Вие ще можете:

- Да дефинирате понятието „трудово възнаграждение“ и да определите неговите икономически функции и елементи;
- Да разберете какво е компенсацията на труда;
- Да се запознаете с различни системи на заплащане на труда на медицинските кадри;
- Да проследите развитието на системите на заплащане на труда на медицинските кадри в България;
- Да се запознаете с проблемите и реформите в областта.

### 1. Същност на трудовото възнаграждение

#### 1.1. Понятиен апарат

Един от най-важните мотиви за оказване на по-голяма по обем и с по-високо качество медицинска помощ е икономическият интерес на заетите в тази сфера. Ето защо системите на заплащане на индивидуалния труд са от изключително значение в икономиката на здравеопазването. Те се разглеждат и като важен елемент на системата за финансиране на здравните заведения.

В областта на заплащането на труда се срещат няколко термина, което налага обяснение за тяхното използване.

Според Конвенция 95 на Международната организация на труда (МОТ) от 1949 г. в сила от 1952г., терминът „**трудово възнаграждение**“, независимо от наименованието или от метода на

изчисляване е всяко възнаграждение или всяка заработка, изчисляема в пари и установена в споразумение или в националното законодателство, което по силата на писмен или устен договор за наемане работодателят заплаща на трудещия се за труда, който е положен или трябва да бъде положен, или за услугите, които или са оказани или трябва да бъдат оказани.

Според цитираното определение по Д. Шопов и Л. Стефанов трудовото възнаграждение има **парична форма**. Паричното трудово възнаграждение (или работната заплата) може да бъде **номинално**, когато се изразява в количество пари и **реално**, когато е съобразено с покупателната способност на същото количество пари. Например ако номиналното трудово възнаграждение не е съобразено с целия инфлационен коефициент (в последните години работните заплати на заетите в бюджетната сфера се индексират с по-нисък процент -70,80% от коефициента на инфлация и от тези на заетите в отраслите на самоиздръжка), реалното трудово възнаграждение изостава от номиналното, което е признак за обедняване на заетите в съответния вид дейност. В статистическата отчетност се проследяват и двата измерителя на работната заплата и доходите на населението.

Съгласно същата Конвенция трудовото възнаграждение може да се изплаща и в натура, когато това е целесъобразно и наложително. Българското трудово законодателство допуска такава възможност в случаите за компенсиране на по-специфични и тежки условия на труд. Следователно друга форма на трудовото възнаграждение е **натуралната форма**, но тя е по-нетипична.

Едно по-ново за нашата практика понятие с голямо разпространение в развитите страни е понятието „**компенсация на наетите лица**“. В Системата на националните сметки е прието следното определение за него:

**Компенсацията** на наетите представлява общото възнаграждение в парична или натурална форма, изплатено от предприятието на наемния работник в замяна на извършената от него през



отчетния период работа, както и осигурителните вноски от работодателя за пенсионно, здравно и друг вид социално осигуряване.

Съществена отлика на съдържанието на това понятието е, че то **включва и осигурителните вноски, които се заплащат от работодателя и работещия за пенсионно, здравно и друг вид социално осигуряване.** Следователно понятието „компенсация на наетите“ е по-широко от понятието „трудово възнаграждение“ и характеризира цялата финансова тежест на работната сила в разходите и стойността на производството.

Заетите лица с трудова дейност, получаващи доходи от труд могат да бъдат две категории: **наети и самонаети.**

**Наетите лица** работят за даден работодател по силата на сключен формален или неформален договор като в замяна на своя труд те получават компенсация и в т.ч. трудово възнаграждение. Трудовото възнаграждение от своя страна може да бъде по **трудово правоотношение** (например включените в щатното разписание и получаващите заплата) или по **извънтрудово правоотношение** (например по граждански договори, за дейност на свободните професии и др.).

**Самонаетите лица** работят за себе си – например частни лекари, еднолични търговци, занаятчии и др. В този случай не се прилага понятието „трудово възнаграждение“, а понятието „**доход от дейност**“.

В настоящата тема ще разглеждаме компенсирането на труда и системите на заплащане само на наетите медицински специалисти. В случая на самонаемане начините на заплащане и получаване на доходи ще бъдат третираны като част от системите на заплащане на здравни заведения и институционални структури.

## 1.2. Функции на трудовото възнаграждение

Трудовото възнаграждение изпълнява три основни **функции** в съвременните икономически условия :

- **Възмездяваща функция** (възпроизводствена функция) – определя смисъла на трудовото възнаграждение като средство за живеене и издръжка на домакинството. За да изпълни тази своя функция трудовото възнаграждение трябва да възмезди изцяло вложената работна сила, изразходвана в трудовия процес, така че да възстанови своята работоспособност и здраве и в следващи периоди; осигури физическото и интелектуалното развитие на работната сила в съответствие с производствените нужди; да гарантира продължението на рода, създаването и обучението на нова работна сила.
- **Мотивираща функция** – произтича също от разбирането за трудовото възнаграждение като средство за живеене. Свързана е с естествения стремеж на хората към по-високо възнаграждение и поведението им в трудовия процес (напр. по-високото възнаграждение мотивира заетите да полагат по-интензивен труд с по-високо качество). Счита се, че интересът към пазара на труда зависи най-вече от равнището на заплащането.
- **Стабилизационна функция** – свързана е с мястото на разходите за труд в паричното обръщение. Например колкото по-висок е дялът на компенсациите на заетите в общата парична маса, толкова по-голямо е и значението на трудовото възнаграждение като фактор за стабилизация.

### 1.3. Елементи на трудовото възнаграждение

**а/Парично трудово възнаграждение** – то представлява най-съществената част от трудовото възнаграждение и в много случаи го изчерпва изцяло. Паричното трудово възнаграждение независимо от приетата система на заплащане съдържа три елемента:

– индивидуално основно трудово възнаграждение (зависи от действително отработеното време или от обема на извършената работа или друг основен фактор за определянето му);



– допълнителни трудови възнаграждения (зависещи от фактори, неотчетени при определянето на основното възнаграждение) – например за нощни дежурства, за работа през официални празници и почивни дни, за ползване в работата на по-висока квалификация (специалност, научна степен), за специфични условия на труд и т.н.;

– поощрения или санкции за постигнати (пропуснати) резултати от труда, които се определят по предварително регламентирани правила.

**б/ Натурално възнаграждение** – изплаща се под формата на хранителни продукти и др. за компенсиране неблагоприятните и специфичните условия на труд.

**в/ Допълнителни изгоди** – особено допълнение към трудовото възнаграждение, което независимо от формата, в която се предоставя на работещите има голямо значение за техния жизнен стандарт. Те представляват много важен дял от всички трудови разходи в развитите страни. Например допълнителни изгоди са : допълнителен платен годишен отпуск, допълнителни социални осигуровки от работодателя, допълнителни семейни надбавки, предоставяне на безплатна храна или хранене по намалени цени, безплатно облекло, създаване и поддържане на почивни станции и профилакториуми, професионални абонаменти и т.н. Допълнителните изгоди се регламентират в колективните трудови договори в нашата практика. В българското законодателство се използва термина „социални разходи“.

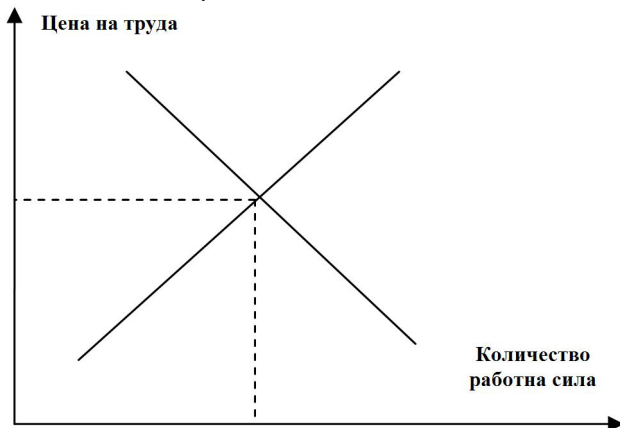
## 2. Определяне на трудовото възнаграждение

### 2.1. Теоретични възгледи

Класическата икономическа школа (особено Д.Рикардо) защитава твърде нехуманна теза за определянето на трудовото възнаграждение на наетите. Според нея то трябва да задоволява само екзистенц-минимума на работниците. По такъв начин класиците

отчитат само възпроизводствената функция на трудовото възнаграждение и то на равнището на физическото оцеляване на наемните работници.

Неокласическата икономическа школа за пръв път въвежда понятието „пазар на труда“ като разглежда равнището на заплащане като цена на работната сила и резултат от невидимите пазарни сили – търсене и предлагане на работна сила (вж. фиг. 16). Единствената функция на трудовото възнаграждение при представители на тази школа е мотивиращата. Равнището на заплащането мотивира работещите да се придвижват към по-високоплатени отрасли.

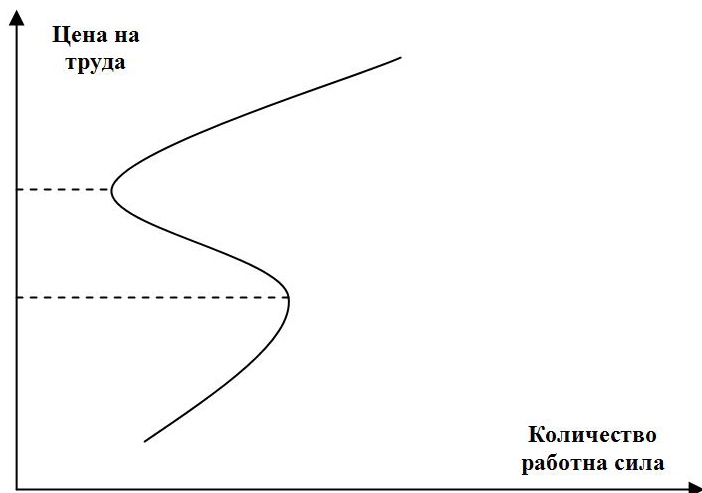


**Фиг. 16** Определяне на равнището на заплащане на труда при равновесен пазар

В друга крайност отиват привържениците на монетаризма. Те не разглеждат равнището на заплащането на труда като резултат от търсенето и предлагането на работна сила, а акцентират предимно на стабилизационната функция на заплащането в паричното обръщение. Отчитат обема и динамиката на паричната маса, фискалните и монетарни фактори, които определят дадено равнище на заплащане на труда.

По-късните привърженици на неокласическата теория през XX в., наблюдавайки промените в пазара на труда в резултат на

мощните синдикални движения, развиват и хуманизират икономическата теория за заплащането на труда. Те приемат тезата за пазарно определяне на равнището на заплащането в условията на отворено стопанство като изследват влиянието на равнището на заплащането върху предлагането на работна сила. Например на фиг. 17 е представена една по-сложна крива на предлагането. До равнище на заплащането равно на екзистенц-минимума предлагането нараства, защото е поставено под въпрос физическото оцеляване на индивида и семейството му. Наблюденията върху заетостта и пазара на труда доказват, че при равнище на заплащането между екзистенц-минимума и жизнения минимум предлагането има обратна крива, изразяваща намаляване на желанието за работа и предпочитания към повече свободно време. Всъщност това е и една важна съвременна причина за наличието на голям процент на неработещи по желание в Западна Европа, които имат осигурен жизнен минимум от социалното осигуряване. Едва след нарастване на равнището на заплащането над определено ниво, надвишаващо жизнения минимум се наблюдава отново нормална крива на предлагането на работна сила.



**Фиг. 17.** Предлагане на работна сила в зависимост от равнището на заплащане



Последователите на социалната пазарна теория (Фрайбургската школа) предлагат въвеждането на политика за регулиране на доходите, един от важните инструменти, на която е определянето на минимална работна заплата. Те приемат формата на социално-партньорство и договарянето на равнището на заплащането и всички допълнителни облаги като най-адекватна за условията на смесеното стопанство и социалната пазарна икономика. Всъщност по този начин на пазара на труда се формира двустранен монопол (от една страна обединение на синдикати, а от друга страна – на работодатели), който посредством преговори се стреми да установи взаимноизгодни условия на труд и заплащане.

**Основният фактор** за определянето на равнището на заплащането на труда в съвременните условия е **издръжката на живота** (средното и типичното потребление за дадена страна в конкретен период) в дадена страна.

Издръжката на живота зависи от цял комплекс от детерминанти като природо-климатичните условия, традиционния начин на живот, икономическото развитие, цените на стоките и услугите, диференциацията в жизнения стандарт на отделните социални групи, данъците за населението и т.н. **Друг важен фактор** за определяне на равнището на трудовото възнаграждение е **извършваната дейност**. **Трети фактор** без съмнение си остава **състоянието на пазара на труда**. **Четвърти фактор** е **политиката на държавното регулиране на доходите и т.н.**

## 2.2. Модели за определяне на трудовите възнаграждения

Опитът на други страни и нашата практика дават възможност да се разграничат три основни модела за определяне на трудовото възнаграждение:

- **Административно-директивен модел** – характерен за плановото стопанство. При него се определят централи-





зирано и регулират с нормативни актове всички елементи на трудовото възнаграждение.

- **Индивидуално договаряне** – това е типичният модел за пазарното стопанство. При него се сключва индивидуален трудов договор между работодател и работещ и това е единственото средство за определяне на заплащането. От доминиращ модел, той се превръща в съвременния свят в допълнителен. По данни на МОТ сега той обхваща не повече от 25% от работниците и служителите в Зап. Европа. Най-голямо разпространение има в САЩ (над 75%), Швейцария, Канада (между 25 и 75%) и др. В България този модел доминира в частния сектор и то предимно в отрасли и дейности, където няма асоцииране на работещите. Според експерти той обхваща около 35% от заетите по трудово правоотношение.
- **Колективно договаряне** – предхожда, но не подменя индивидуалното договаряне. Колективното договаряне е типично за Зап. Европа и страните със социална държава. Колективният договор е израз на социалното партньорство. Среща се в три разновидности : национално централизирано договаряне, отраслово централизирано (браншово) договаряне и децентрализирано договаряне на ниво фирма и организация. В него се уреждат въпроси свързани с минималното равнище на заплащане по видове персонал, условия и стандарти за труд, допълнителни облаги и т.н. Според някои експерти държавата трябва да се оттегля все повече от колективното договаряне, което от своя страна се извършва по-успешно на децентрализирано и отраслово равнище. Моделът (в национално-централизиран вариант) се прилага в България от 1991г., като в последните години неговата роля на социалната сцена намалява. Колективни трудови договори се подписват и по отрасли и браншове включително и в здравеопазването.



### 3. Системи за заплащане на труда в здравеопазването

#### 3.1. Класификация на системите

**Системите на заплащане на труда** са съвкупност от конкретни показатели, критерии, нормативи и правила, въз основа на които се определя размера на брутното трудово възнаграждение на наетите в дадена организация и дейност за даден период от време.

В практиката на развитите страни се прилагат множество разновидности и механизми на системите за заплащане на труда. Обикновено се разграничават два вида системи в **зависимост от основният показател за определяне на брутното възнаграждение**:

- **сделни** (заплащане на парче или вид извършена услуга), при които основният показател за определяне на брутното възнаграждение е обемът на извършената работа или произведена продукция.
- **повременни системи** (заплащане за отработено време), при които основният показател за формиране на брутната заплата е отработеното време като мярка на труда.

**В зависимост от обхвата и начина на изчисляване** се обособяват:

- **индивидуални системи**, при които размерът на брутното възнаграждение се изчислява за всеки работещ поотделно.
- **групови системи**, при които първо се определя общия размер на средствата за заплащане на групата и след това се извършва разпределението им.

**В зависимост от броя на показателите** (факторите) за определяне на брутното трудово възнаграждение се различават:

- **еднофакторни системи**, при които се отчита само един показател – напр. време.
- **многофакторни системи**, отчитащи повече показатели.



**В зависимост от наличието на ограничители се срещат:**

- **неограничени системи**
- **ограничени „отдолу“**
- **ограничени „отгоре“**
- **двустранно ограничени системи.**

### **3.2. Съвременни тенденции**

Съвременните тенденции в прилаганите системи за заплащане на труда на работещите в здравеопазването в развитите страни са следните:

– **Плурализъм в системите на заплащане на труда** в зависимост от вида дейност, собствеността и икономическата организация в отрасъла. Например обикновено стоматолозите получават хонорар за вид обслужване, а общопрактикуващите лекари – заплащане според броя на записаните в регистъра. Също така в частния сектор преобладават едни системи (обикновено сделни, индивидуални, неограничени, еднофакторни и т.н.), а в обществения сектор – други (обикновено повременни, групови, многофакторни, ограничени).

– **Нарастваща роля на съсловните организации** (а не на синдикатите) при определяне на правила, нормативи, показатели и критерии за заплащане на труда на различните групи персонал в здравеопазването.

– **Доминиране на колективното браншово договаряне** на рамковите условия за заплащане на труда (между здравноосигурителни фондове, правителство и съсловни организации).

– **Нарастващо отчитане на пазарни, външни, обективни фактори** за определяне на трудовото възнаграждение като например извършени услуги, брой записани или прегледани пациенти, други показатели за дейност и резултати.

– **Преход към смесени и по-сложни системи за заплащане на труда**, които съдържат елементи на различни отделни системи и с което се компенсират взаимно недостатъците на „чистите“ системи.

### 3.3. Основни системи на заплащане на труда в здравеопазването

В литературата се посочват обикновено три основни системи на заплащане на труда на работещите в здравеопазването, които могат да се прилагат в чист вид или комбинирано.

#### а) Хонорар за вид услуга (fee-for service)

Това е най-древната система за компенсирание на труда и за възнаграждение на резултатите от интервенцията на медицинския специалист. Произхожда от латинското „honor“, което означава „чест“, „почит“, „уважение“. Тя може да се отнесе към сделните, еднофакторните, индивидуалните и неограничени системи. В съвременната концепция е прието да се възнаграждава самият труд, независимо от резултатите на дейността. Медицинският специалист получава хонорар (възнаграждение) за всяка отделна манипулация или единица дейност, който се заплаща като част от цените на извършените услуги от пациентите или от здравноосигурителната система. Хонорарите се определят обикновено чрез индивидуално или колективно договаряне с работодателя или със здравно-осигурителните институции. В Зап. Европа преобладава модела на колективно договаряне на хонорарите между съсловни организации и финансиращия орган. В случаите на обществено финансиране в процеса на договаряне може да участват равнопоставено и представители на правителството. Интерес представлява опита на Германия, в която финансовите средства за заплащане на лекарите от първичната здравна помощ се разпределят от местните асоциации на общопрактикуващите лекари според планирания брой точки за извършената дейност. Обикновено компенсациите за труда са около 50-75% от общата цена.

Хонорарната система се посочва като най-стимулиращата система, която води до по-висока производителност на труда и по-високо качество на медицинските услуги. Тя мотивира и иновационното развитие на дейността. Предпочита се и от пациентите и от лекарите.



Тази система намира най-голямо приложение в частния медицински сектор, при частно здравно осигуряване и при заплащане на стоматолозите и специалистите. По-рядко се използва при социално осигуряване поради нейния отворен характер и проблемите с контрола върху разходите. Решение на тези проблеми е прилагането на системата при затваряне „отгоре“ в рамките на лимитирани общи средства (напр. опита на Канада и Германия).

### **б) Заплащане според броя на записаното за обслужване население (capitation)**

Тази система е специфична за здравеопазването (рядко се среща в други отрасли) и се отнася повече към сделните системи, но заплащането се извършва за отговорността за цялостно обслужване на дадено население и се определя по разценка за всеки записан в списъка на лекаря.

Също така системата обикновено се прилага в многофакторен вид като отчита и други показатели като квалификация на лекаря, обем и видове извършвани дейности и т.н. В повечето случаи е групова тъй като и груповата практика на лекарите преобладава в много страни. В някои страни се въвеждат ограничители „от горе“, т. е. горна граница за записано население.

Прилага се широко за компенсиране на труда на общопрактикуващите лекари в Австрия, Великобритания, Испания и др. Във Финландия и Великобритания е въведена по-късно модифицирана система, при която е предвидена диференцирана разценка за деца и възрастни (над 65г) от тази за останалото население. Подобен подход, основан на условен брой точки за характеризирани на тежестта на обслужвания контингент (по възраст) се прилага в Унгария в условията на здравно осигуряване. Заплащането не зависи от честотата на посещенията в здравната служба.

Експертите оценяват тази система като най-добрата за заплащане на труда на медицинските специалисти в първичната здравна помощ. Предимствата и са, че е пазарно ориентирана, но не е прекалено отворена. Позволява лесно администриране, реално



планиране и бюджетиране, както и контрол над здравните разходи. Създава стимули за икономия на разходи, но при условие, че не се влоши качеството за пациента. При нея се наблюдават някои недостатъци като например рефериране и прехвърляне на пациенти на други лекари и нива, но те могат да се преодолеят с включването в системата и на други „сделни“ стимулиращи фактори, както и с по-строг контрол над дейността.

### **в) Заплата за отработено време (salary)**

Типичната система от досегашната и настоящата българска практика. Намира и широко приложение в публичните здравни заведения на други страни при колективно договаряне. В частния сектор се прилага при условията на индивидуалното договаряне. Обикновено е многофакторна – зависи от заеманата длъжност, трудовия стаж, квалификацията, отчасти и от дейността. Прилага се за заплащане на сестринския и друг персонал в здравеопазването, за административния персонал и за заплащане на труда на лекарите в обществените болници.

Според специалистите тази система е най-немотивираща за медицинския специалист, но е подходяща за тежки икономически условия и финансов дефицит. Тази система е по-успешна в условията на свободен, регулиран и развит пазар на медицинския труд. Много специалисти я препоръчват, но като част от смесена система, съдържаща и гаранции за възпроизводството на висококвалифицираната медицинска работна сила.

## **4. Заплащане на труда в здравеопазването на България**

### **4.1. Промени в условията на здравно осигуряване**

Приемането на Закона за лечебните заведения и въвеждането на здравноосигурителен начин на финансиране на лечебната здравна помощ променят радикално отношенията и съществуващата система на заплащане на труда в общественния сектор в следните посоки:



- От тотално преобладаване на наемни трудови отношения се преминава към въвеждане и разширяване на отношенията на самонаемане и на упражняване на свободна професия;
- От пълно доминиране на колективния модел на определяне на трудовите възнаграждения се преминава към разрастване на индивидуалния модел;
- От 100% непазарно определяне на трудовите възнаграждения в общественния сектор се отива към изграждане на пазарни и квазипазарни форми;
- От един основен източник на заплащане за труда (обществените бюджети като цяло) се преминава към множественост на източниците и формите на заплащане на труда;
- От една система на заплащане се отива към плурализъм в системите на заплащане на труда – например специалистите получават хонорар за всяко посещение в зависимост и от пакета на извършваната дейност; някои наети общопрактикуващи лекари (помощници в практика или участници в групова практика) получават възнаграждение според броя на записаните лица; наетите медицински сестри и болничния персонал получават заплати, но в условията на по-ясно изграден пазар на труда.

Здравната реформа и новите начини за финансиране на здравеопазването се отразиха позитивно върху заплащането на труда на наетите по трудови договори. На табл.5 са представени относителните заплати (получени като съотношение спрямо средната номинална заплата за страната за обществения и частния сектори) в здравеопазването и социалните дейности.

**Таблица 5. Относителни работни заплати в здравеопазването\* (в %)**

Икономическа дейност	2000	2003	2005	2007	2009
Общо	100	100	100	100	100
Здравеопазване – обществен сектор	71,2	91,4	100,1	111,4	109,3
Здравеопазване – частен сектор	86,2	76,3	75,3	81,0	92,3

Изчислено по данни от: Статистически справочник– 2006 и Статистически справочник– 2001 и данни от НСИ

\*– Данните са за сборния отрасъл „здравеопазване и социални дейности“

Здравната реформа води до значително нарастване на реалната работна заплата в обществените лечебни и здравни заведения докато формално отчитаните заплати в частния сектор изостават от общото нарастване на реалната работна заплата в страната и особено спрямо обществения сектор на здравеопазването (вж. табл.6).

**Таблица 6. Индекси на реалната работна заплата в страната и здравеопазването\* (спрямо 2000г= 100%)**

Икономическа дейност	2000	2003	2005
Общо	100	103,2	111,6
Здравеопазване – обществен сектор	100	151,1	182,3
Здравеопазване – частен сектор	100	80,4	86,2

\*– Данните са за сборния отрасъл „здравеопазване и социални дейности“

Изчисленията са по данни от: Статистически справочник– 2006 и Статистически справочник– 2001



## 4.2. Система на заплащане на труда

**Системата на заплащане на труда в здравните и лечебните заведения на бюджетна издръжка** в здравеопазването се отнася към системата за отработено време или „заплата“. Тя е характерна за всички организации на бюджетна издръжка и търпи общи въздействия и ограничения от страна на държавата. Максималните стойности или диапазонът на основните заплати по длъжностни нива в бюджетните организации се определят с нормативен акт.

В здравните и лечебните заведения, които са с търговски статут и над 50% собственост на държавата или общините се прилагат комбинирани системи на заплащане – съчетание от заплата за отработено време и заплащане за извършена дейност.

Лечебните заведения, които са частна собственост на юридически и физически лица прилагат разнообразни системи на заплащане приоритетно обвързани с извършената дейност.

Съгласно установената обща Наредба за структурата и организацията на работната заплата (ПМС №4 от 17.01.2007) структурата на заплащане на труда в здравеопазването се формира от:

– **Основно трудово възнаграждение** определено от действащата нормативна уредба и прилаганата система на заплащане на труда. Това е възнаграждението за изпълнението на основните задачи, задължения и отговорности, присъщи за съответното работно място или длъжност в съответствие с приетите стандарти за количество и качество на труда и определено времетраене на извършваната работа.

– **Допълнителни трудови възнаграждения** в съответствие с Кодекса на труда, определени в нормативен акт или в колективния трудов договор – за извънреден труд, нощен труд, за времето през което лицето е на разположение, за научна степен, за придобит трудов стаж и професионален опит, за участие в хирургични екипи, за промени в условията на труд и др. Допълнителните трудови възнаграждения се предоставят в пари и в натура.



– **Възнаграждение за извършена дейност и постигнати резултати** – това е елемент на допълнителните трудови възнаграждения, но поради неговата важност го обособяваме като отделен компонент. Това е елемент в системата, който има променлив характер, и зависи от обема на извършените услуги по договор с НЗОК или заплатени от пациентите и други източници. В някои лечебни заведения се определя тримесечно, а в други – всеки месец. Съгласно изискванията на НРД не по-малко от 30% от приходите от НЗОК се разпределят за преките изпълнители на извънболнична медицинска помощ и 40% от приходите на болницата от клинични пътеки и до 40% от други приходи (от платени услуги) се разпределят между персонала на болницата по методики приети и утвърдени от съответните ръководства и колективи.

#### **4.3. Регулиране на заплащането на труда в лечебните заведения – търговски дружества с над 50% държавно или общинско участие**

Всички търговски дружества с над 50% държавно или общинско участие подлежат на регулиране на процеса на образуване на средствата за работна заплата чрез общ нормативен акт на Министерския съвет. Поради спецификата на пазарната среда в здравеопазването и трайната задължнялост на лечебните заведения за болнична помощ, МЗ ежегодно издаваше специфичен нормативен акт – инструкция за лечебните заведения с над 50% държавно и общинско участие. Съгласно този акт средствата за работна заплата се формират тримесечно и зависят най-общо от финансово-икономическото състояние и получените приходи. При отрицателни финансови резултати и задължнялост средствата за заплащане на труда не се увеличават. При положителни финансови резултати се разпределя част от превишението за нарастване на трудовите възнаграждения.



### **Въпроси за самоподготовка:**

1. Как се развива заплащането на труда на медицинските професионалисти в България през последните 20 години?
2. Кои са основните системи на заплащане на труда на изпълнителите на медицинска и дентална помощ в България?
3. Какви са проблемите при заплащането на труда и как могат да бъдат решени?
4. Опишете опита на други страни.

### **КЛЮЧОВИ ПОНЯТИЯ:**

**Системите на заплащане на труда (remuneration systems)** – съвкупност от конкретни показатели, критерии, нормативи и правила, въз основа на които се определя размера на брутното трудово възнаграждение на наетите в дадена организация и дейност за даден период от време.

**Трудово възнаграждение (labour income)** – всяко възнаграждение или всяка заработка, изчисляема в пари и установена в споразумение или в националното законодателство, което по силата на писмен или устен договор за наемане работодателят заплаща на трудещия се за труда, който е положен или трябва да бъде положен, или за услугите, които или са оказани или трябва да бъдат оказани.

**Компенсацията на наетите (compensation of employees)** – общото възнаграждение в парична или натурална форма, изплатено от предприятието на наемния работник в замяна на извършената от него през отчетния период работа, както и осигурителните вноски от работодателя за пенсионно, здравно и друг вид социално осигуряване.

**Хонорар за вид услуга (fee-for-services)** – получават се приходи директно от пациентите или от трето звено – здравно-осигурителен фонд, община и др. по цени за всеки отделен вид извършена услуга.



**Заплащане на глава (capitation)** – получаване на сума за всеки записан жител (осигурено лице) в регистъра на даден лекар.

**Заплата (salary)** – заплащане за времето за изпълнение на поставените задачи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гладилов Ст., Евг. Делчева, Икономика на здравеопазването, Принцепс, 2009
2. Куерво Х., Ж.Варела, Р. Беленес, Управление на болницата, С., Македония прес, 1998
3. Попов М., Б. Давидов, Ан.Димова, Управление на болницата, Изд. „Св. Кл. Охридски“, 2004, 256 с.
4. Шопов Д., Л.Стефанов, Управление на заплатите, С., 1996.